



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Informations sur l'état de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée

Rapport de situation à l'intention du Département fédéral de l'intérieur (DFI)

Berne, 27.4.2015

Maison des cantons
Speichergasse 6
Case postale 684
CH-3000 Berne 7

+41 (0)31 356 20 20

office@gdk-cds.ch
www.gdk-cds.ch

Table des matières

Préambule – Considérations de l’organe scientifique MHS	3
Introduction	4
Mandat légal des cantons et objectifs de la planification MHS	4
Caractéristiques de la planification de la médecine hautement spécialisée	5
1 Organes de la médecine hautement spécialisée	5
1.1 Composition et responsabilités de l’organe de décision MHS	5
1.2 Composition et responsabilités de l’organe scientifique MHS	6
2 Principes de planification de la CIMHS et caractéristiques du processus	6
2.1 Principes généraux de planification	6
2.2 Caractéristiques du processus de planification	7
3 Définition et choix des domaines MHS	7
3.1 Principes généraux	7
3.2 Définition, différenciation et interdépendances entre les domaines MHS	8
4 Processus et critères de planification pour l’établissement de la liste des hôpitaux CIMHS	10
4.1 Critères de planification selon la CIMHS	10
4.2 Dispositions du Tribunal administratif fédéral relatives à l’établissement de la liste des hôpitaux CIMHS	11
4.3 Elaboration des conditions concernant la liste des hôpitaux MHS	11
4.3.1 Analyse des besoins	11
4.3.2 Qualité	12
4.3.3 Economicité	13
4.3.4 Sécurité des soins / accès des patients au traitement en temps utile / disponibilité et capacité de l’établissement à remplir le mandat de prestations	13
4.3.5 Disponibilité de personnel hautement qualifié et formation d’équipe	13
4.3.6 Disponibilité des disciplines de soutien	14
4.3.7 Recherche et enseignement	14
4.3.8 Compétitivité internationale	14
4.4 Procédure de candidature	15
4.5 La réévaluation périodique comme instrument d’assurance qualité	15
Etat d’avancement de la concentration de la MHS	16
1 Priorités de la planification pour la période 2009-2014	16
1.1 Médecine adulte	17
1.1.1 Transplantations d’organes	17
1.1.2 Protonthérapie	17
1.1.3 Implants cochléaires, brûlures graves et transplantations de cellules souches	18
1.1.4 Accidents vasculaires cérébraux – la première cause d’invalidité permanente à l’âge adulte	18
1.1.5 Amélioration de la qualité pour le traitement des blessés graves	18
1.1.6 Neurochirurgie hautement spécialisée	19
1.1.7 Chirurgie viscérale hautement spécialisée	19
1.2 Pédiatrie	20

1.2.1	Une prise en charge optimale des très grands prématurés	20
1.2.2	Traitement des enfants souffrant de brûlures graves	21
1.2.3	Concentration des transplantations d'organes chez l'enfant sur un nombre limité de centres	21
1.2.4	Traitement des tumeurs oculaires	21
1.2.5	Concentration des opérations très complexes en chirurgie pédiatrique	21
1.2.6	Examens spéciaux pour les pathologies auto-immunes	22
1.2.7	Diagnostic et prise en charge des troubles congénitaux du métabolisme	22
1.2.8	Examens spéciaux dans l'épilepsie sévère	22
1.2.9	Amélioration de la qualité du traitement des enfants victimes de blessures graves	22
1.2.10	Oncologie pédiatrique	23
2	Recours contre les attributions de prestations MHS	23
2.1	Conséquences procédurale et matérielles des recours	24
2.2	Conséquences sur le droit d'être entendu / auditions	25
Conséquences de l'attribution des prestations MHS		26
1	Conséquence de l'attribution des prestations MHS sur la qualité et l'économicité de la fourniture de prestations	26
1.1	Exemple 1: la réglementation de la MHS aboutit à une meilleure prise en charge des accidents vasculaires cérébraux	27
1.2	Exemple 2: la prise en charge dans un centre de traumatologie est bénéfique aux blessés graves	28
1.3	Exemple 3: économies réalisées en protonthérapie grâce à l'abandon du projet d'un deuxième centre	28
2	Conséquences des décisions MHS sur la prise en charge de la population suisse	29
3	Conséquences des décisions sur le domaine ambulatoire	30
Evaluation du processus de planification actuel		31
1	Bilan de l'organe de décision MHS	31
2	Evaluation du processus MHS par les parties impliquées	32
3	Bilan des cantons parties à la CIMHS	32
Perspectives		33
4	Priorités de travail 2015 et 2016	33
5	Domaines MHS destinés à un processus de concentration	33
Conclusion		35
Références		36
Annexes		38
A-1	Questionnaire du Département fédéral de l'intérieur	38
A-2	Nombres de cas dans les domaines MHS	40
A-3	Récapitulatif des registres de qualité des résultats	42
A-4	Liste des décisions relatives à la planification de la médecine hautement spécialisée: liste hospitalière CIMHS	43

Préambule – Considérations de l'organe scientifique MHS

Le renforcement de la concentration et de la coordination des maladies et des interventions relativement rares et complexes, surtout dans le domaine hospitalier, est une mesure utile et appropriée pour garantir une médecine durable et de bonne qualité aux habitants de notre pays. Des dispositions analogues ont déjà été mises en œuvre dans de nombreux pays européens et ont abouti à une impressionnante amélioration de la qualité des résultats, y compris des résultats thérapeutiques. Les progrès médicaux débouchent sur des méthodes diagnostiques et thérapeutiques sans cesse nouvelles, chères et toujours plus efficaces; cette évolution s'accompagne également de besoins accrus en personnel médical et paramédical spécialisé. Les études scientifiques prouvent que, en particulier pour les opérations à haut risque de complications, l'expertise de l'équipe soignante représente un facteur de réussite important. Médicalement parlant, il est donc indiqué de concentrer les opérations rares et hautement spécialisées sur un petit nombre d'hôpitaux, et ce, afin de favoriser la création de centres de compétences. Ceci est non seulement important pour une bonne prise en charge des patients concernés et une fourniture de prestations économique, mais permet également de mieux gérer le manque croissant de personnel médical et soignant bien formé et expérimenté.

Quelles réactions le renforcement de la concentration et de la coordination de la médecine hautement spécialisée (MHS) a-t-il suscité à ce jour ? Celles-ci peuvent se résumer en trois points:

1. La reconnaissance que les décisions relatives à la concentration de la MHS ont amélioré la prise en charge des patients dans de nombreux domaines.
2. Des discussions et des protestations parfois non dénuées de facteurs émotionnels à propos d'une soi-disant perte de prestige de la part des services risquant de se voir retirer une prestation MHS.
3. La mise en place rapide, considérée comme positive, de registres médicaux pour la documentation de la prise en charge et des résultats thérapeutiques, et donc la création d'une meilleure base de données pour l'assurance qualité.

Certaines particularités du système de santé suisse compliquent la planification nationale de la MHS. Il s'agit notamment du caractère fédéral de notre État qui confère des compétences importantes aux cantons, mais aussi de la grande liberté entrepreneuriale des hôpitaux et des spécialistes dans la définition de leur offre médicale. Il est par ailleurs dans la nature des choses que les interventions étatiques supracantonales soulèvent des résistances. La limitation de la marge de manœuvre de certaines institutions ou personnes résultant de la CIMHS ne doit toutefois aucunement faire perdre de vue l'objectif principal – savoir la garantie de soins de santé de bonne qualité pour tous. L'intérêt des patients doit prévaloir sur les intérêts politiques et les considérations de prestige. Heureusement, l'initiative MHS a amené bien des acteurs concernés à réviser leurs conceptions. De nouvelles collaborations entre hôpitaux et spécialistes se sont développées ces dernières années, la conscience de la qualité des soins s'est renforcée et quelques services traitant un petit nombre de cas ont renoncé spontanément à la fourniture de prestations MHS. Après des débuts réussis et quelques turbulences, il ne s'agirait pas que ce processus marque à présent un temps d'arrêt. Il est nécessaire que la Confédération et les cantons, de même que les hôpitaux et les milieux médicaux – tous ceux qui doivent avoir à cœur une prise en charge optimale des patients – apportent leur soutien au processus de concentration. La CIMHS contribue de façon signifi-

cative et courageuse à garantir durablement un accès équitable au système de santé de grande qualité qui est le nôtre.

Introduction

Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS), la Confédération possède des compétences subsidiaires en matière de planification dans le cas où les cantons ne décident pas conjointement à temps d'une planification de la médecine hautement spécialisée pour l'ensemble de la Suisse (art. 39, al. 2bis LAMal). Fin 2014, le Conseil fédéral a réalisé un bilan pour contrôler si la Confédération devrait ou non faire usage de cette compétence. Dans sa lettre du 15 décembre, le Conseiller fédéral Alain Berset a demandé à l'organe de décision MHS, représentant des cantons, de procéder à un bilan en vue de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée. Il s'agissait de rendre compte de l'état actuel et des prochaines étapes de la planification MHS dans le cadre d'un rapport de situation. Ce rapport a été établi sur la base d'un questionnaire en 30 points soumis par le DFI (voir annexe A-1). Le rapport de situation de l'organe de décision MHS servira de base à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour la rédaction du rapport destiné au Conseil fédéral et aux Commissions parlementaires compétentes. Le présent rapport a été adopté par l'organe de décision MHS à l'occasion de sa réunion du 9 avril 2015.

Mandat légal des cantons et objectifs de la planification MHS

Fin 2007, le Parlement a voté une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et a chargé les cantons d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (art. 39, al. 2bis, LAMal). C'est à cette fin que ceux-ci ont signé le 1^{er}.1.2009 la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), et se sont ainsi engagés à planifier et à attribuer de conserve les prestations hautement spécialisées. Au lieu de 26 planifications cantonales, il n'existe donc plus, en matière de médecine hautement spécialisée, qu'une seule planification soutenue conjointement par l'ensemble des cantons.

L'impulsion pour une planification de la MHS au niveau de l'ensemble de la Suisse est venue du constat que les nouvelles technologies médicales grèvent de plus en plus les budgets de la santé. La concentration des traitements et des interventions hautement spécialisés entraîne une meilleure exploitation des installations hautement spécialisées et concourt aussi notamment à l'amélioration de la qualité de la prise en charge. La planification commune de la MHS vise à permettre une prise en charge adaptée aux besoins, de haute qualité et économique. Or pour beaucoup d'opérations et de traitements hautement spécialisés, les nombres de cas concernés en Suisse sont trop faibles pour que ces prestations médicales

puissent être proposées dans l'ensemble du pays par une multitude d'hôpitaux avec la qualité et l'économicité requises. Une coordination judicieuse de la fourniture de prestations va non seulement dans l'intérêt des patients concernés, mais peut aussi conduire à enrayer la croissance des dépenses de santé. Le renforcement de la coordination et de la concentration des prestations contribue à éliminer les sources d'inefficacité et les doublons tout en améliorant la qualité de la fourniture des prestations. Réaliser des économies tout en œuvrant pour la qualité, telle est la devise de cette approche de la gestion.

Caractéristiques de la planification de la médecine hautement spécialisée

La convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) constitue la base légale de la planification de la médecine hautement spécialisée. Elle précise les organes chargés de l'exécution de la CIMHS, définit les processus de décision et détaille les critères utilisés pour le choix des domaines de prestations et pour l'attribution des mandats de prestations CIMHS.

1 Organes de la médecine hautement spécialisée

Les acteurs de la planification intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée sont les 26 cantons signataires de cette convention. L'Assemblée plénière des cantons signataires (Assemblée plénière CIMHS) élit un organe de décision politique (organe de décision MHS) auquel incombe l'exécution de la convention. En signant la CIMHS, les cantons signataires ont, conformément à l'art. 39, al. 1, let. E, LAMal, délégué leur compétence pour la promulgation de la liste des hôpitaux dans le domaine de la MHS à l'organe de décision MHS.

1.1 Composition et responsabilités de l'organe de décision MHS

L'exécution de la convention incombe à l'organe de décision MHS (art. 2 CIMHS). Celui-ci se compose des 10 directrices et directeurs de la santé des deux groupes suivants des cantons signataires de la CIMHS (art. 3, al. 1, CIMHS):

1. Les cinq cantons possédant un hôpital universitaire (Berne, Bâle-Ville, Genève, Vaud et Zurich).
2. Cinq autres cantons dont au moins deux cantons avec un grand hôpital de centre remplissant des tâches de prestations intercantionales doivent être représentés. Il s'agit actuellement des cantons d'Argovie, de Glarus, Lucerne, St.-Gall et du Tessin.¹

De plus, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Conférence universitaire suisse (CUS) et santésuisse sont chacun représentés avec voix consultative dans l'organe de décision MHS

¹ La liste des membres de l'organe de décision MHS peut être consultée sur le site web de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (www.gdk-cds.ch).

(art. 3, al. 1, CIMHS). L'organe de décision MHS est présidé depuis 2010 par la conseillère d'État saint-galloise Heidi Hanselmann.

Selon l'art. 3, al. 3, l'organe de décision MHS détermine les domaines qui nécessitent une concentration au niveau national et prend les décisions de planification et d'attribution. Il établit à cet effet une liste intercantonale commune des hôpitaux conformément à l'art. 39 LAMal, liste qui comprend les domaines de la MHS et les centres mandatés pour la fourniture des prestations définies (art. 3, al. 4, CIMHS). Les décisions de l'organe de décision se fondent sur les demandes de l'organe scientifique et tiennent compte des critères de rattachement à la MHS et d'attribution des prestations mentionnés dans la CIMHS (art. 3, al. 5, CIMHS). Le quorum est requis pour l'adoption des décisions; celles-ci nécessitent l'accord d'au moins quatre membres de cantons signataires avec hôpital universitaire et d'au moins quatre des cinq autres membres de l'organe de décision MHS (art. 3, al. 7, CIMHS).

1.2 Composition et responsabilités de l'organe scientifique MHS

L'organe scientifique MHS est composée d'experts scientifiques indépendants de Suisse et de l'étranger qui sont nommés par l'organe de décision MHS (art. 2 CIMHS). L'organe scientifique MHS se compose actuellement de 14 experts et est présidé depuis 2009 par le Pr Peter Suter.² Cette instance spécialisée élabore les bases de décision médico-scientifiques pour l'organe de décision MHS. Cela comprend notamment les tâches suivantes (art. 4, al. 3, CIMHS):

- Il observe les nouveaux développements.
- Il présente et examine les demandes d'intégration d'un domaine dans la MHS.
- Il fixe les conditions spécifiques qui doivent être remplies pour l'exécution d'un mandat de prestations MHS; ceci comprend en particulier les exigences concernant le nombre de cas, les ressources personnelles et structurelles et les disciplines de soutien.
- Il prépare les décisions de l'organe de décision MHS; en font notamment partie les travaux médico-scientifiques préparatoires pour les décisions d'attribution.

L'organe scientifique MHS fonde ses demandes du point de vue du domaine considéré et scientifiquement (art. 4, al. 3, chiffre 5, CIMHS). Dans l'exécution de ses tâches, il tient compte des critères déterminants pour l'intégration d'un domaine dans la MHS (art. 1 et art. 4, al. 4, chiffre 1 et 3, CIMHS) et des critères décrits à l'art. 4, al. 4, chiffre 2 et 3, pour l'élaboration des recommandations d'attribution.

2 Principes de planification de la CIMHS et caractéristiques du processus

2.1 Principes généraux de planification

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'art. 9, al. 2, de la CIMHS, prévalent sur les attributions de prestations cantonales. La CIMHS fixe par ailleurs certains principes qui doivent être respectés dans la planification à l'échelle nationale. Ne sont concernées que les prestations hospitalières cofinancées par les assurances sociales suisses, en particulier l'assurance obli-

² La composition actuelle de l'organe scientifique MHS et les liens d'intérêt de ses membres peuvent être consultés sur la page d'accueil du site web de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (www.gdk-cds.ch).

gatoire des soins (AOS) (art. 7, al. 4, CIMHS). Les mandats de prestations doivent être limités dans le temps et doivent être soumis périodiquement à une réévaluation (art. 3, al. 4, CIMHS); ils peuvent être assortis de conditions relatives à l'assurance qualité.

2.2 Caractéristiques du processus de planification

Le choix des domaines médicaux qui doivent être réglementés dans le cadre de la CIMHS se fonde sur les dispositions déterminantes de la CIMHS conformément à l'art. 1 et à l'art. 4, al. 4. Le choix des fournisseurs de prestations et donc l'établissement de la liste des hôpitaux MHS est basé sur les critères mentionnés dans la CIMHS conformément à l'art. 4, al. 4, et aux critères de planification précisés aux art. 7 et 8 CIMHS.

Dans son arrêt de principe (TAF C-6539/2011), le Tribunal administratif fédéral (TAF) a édicté des dispositions concernant le déroulement du processus de décision. Selon celles-ci, il convient désormais de suivre une procédure formellement séparée en deux temps, qui distingue entre *détermination des traitements qui relèvent de la MHS* (définition du domaine MHS) et *attribution des prestations* (liste des hôpitaux MHS), le rattachement à la MHS devant déjà être établi au moment de l'audition en vue de l'attribution des prestations (TAF C-6539/2011, E. 6.4.1). En 2014, les organes MHS ont adapté la procédure de planification conformément aux prescriptions du TAF.

Figure 1: représentation schématique du processus de planification MHS



La procédure de rattachement d'un domaine à la MHS a lieu en premier lieu; ce n'est que dans un deuxième temps qu'elle est suivie par la procédure d'attribution des prestations, cette dernière étant précédée par une procédure de candidature.

3 Définition et choix des domaines MHS

3.1 Principes généraux

La convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) définit les critères à remplir pour qu'un domaine de prestations relève de la CIMHS et passe ainsi de la compétence de planification cantonale à la compétence de planification intercantonale. Les domaines et prestations ressortissant à la planification de la médecine hautement spécialisée au sens de la CIMHS sont ceux qui se caractérisent par leur rareté, leur potentiel d'innovation prononcé, un investissement humain ou technique élevé ou par des méthodes de traitement complexes (art. 1 CIMHS). Au moins trois des critères mentionnés doivent être remplis pour le rattachement à la MHS, celui de la rareté de l'intervention devant toujours l'être.

Selon l'art. 4, al. 4, de la CIMHS, d'autres critères doivent être pris en considération pour l'intégration dans la liste des domaines MHS; il s'agit notamment de l'efficacité et de l'utilité, de la durée d'application technique et économique, ainsi que des coûts de la prestation mé-

dicale concernée. On doit enfin tenir compte de l'importance de celle-ci pour l'enseignement et la recherche ainsi que pour la compétitivité internationale de la Suisse.

A ce jour, 39 domaines de prestations ont été réglementés de façon contraignante dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS [1]. Pour le choix des domaines, on s'est inspiré de l'expertise relative à la médecine hautement spécialisée (médecine de pointe) mandatée en 2006 par les cantons de Zurich, Bâle-Ville et Berne [2, 3], ainsi que d'autres travaux préparatoires de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé, du canton de Berne et de l'Office fédéral de la statistique [4, 5] qui ont identifié un ensemble de domaines typiques considérés comme relevant de la médecine hautement spécialisée (et pour lesquels il existe des besoins accrus de coordination et de concentration à l'échelle nationale). Les critères de rattachement à la MHS définis à l'art. 1 et à l'art. 3, al. 4, de la CIMHS s'inspiraient eux de la définition formelle de la médecine de pointe proposée par des experts internationaux dans le cadre de l'expertise demandée, moyennant quoi au moins un des critères suivants doit être rempli pour qu'une prestation médicale puisse être rattachée au domaine de la médecine hautement spécialisée [2]:

- Rareté de la maladie (faible incidence/prévalence comme par ex. les tumeurs osseuses)
- Grande complexité et haut degré de gravité d'une maladie (comme les grands brûlés notamment)
- Nécessité de traitements complexes multidisciplinaires (par ex. transplantation)
- Coûts élevés pour l'infrastructure/traitement (par ex. protonthérapie)

En conséquence de ce choix, environ 21 000 cas relevant de la médecine hautement spécialisée ont été recensés en 2005, ce qui correspond à 2 % des cas traités en milieu hospitalier dans les hôpitaux de soins aigus. Le coût du traitement de ces cas calculé par le système de groupage des patients APDRG était d'environ 536 millions de francs, soit 3,8 % du coût des soins hospitaliers dans le domaine aigu. Le nombre de fournisseurs de prestations est très important dans plusieurs domaines de la médecine hautement spécialisée. La plupart du temps, les hôpitaux universitaires affichent les nombres de cas par établissement les plus élevés. Cependant, dans de nombreux domaines hautement spécialisés, le nombre moyen de cas annuel dans beaucoup d'hôpitaux grands et petits est cependant relativement faible (avec des chiffres inférieurs à 20 voire à 10).

3.2 Définition, différenciation et interdépendances entre les domaines MHS

L'organe scientifique MHS élabore des demandes à l'intention de l'organe de décision MHS pour des domaines devant être réglementés dans le cadre de la CIMHS (art. 4, al. 3, CIMHS). Ce faisant, il prend en compte les critères de rattachement à la MHS définis à l'art. 1 et à l'art. 3, al. 4. Pour distinguer les prestations hautement spécialisées des prestations relevant des soins spécialisés ou des soins de base, on fait appel à des experts des disciplines concernées. Les prestations MHS répondent à une définition médicale; depuis 2012, afin de pouvoir encore mieux classer les prestations et aussi de permettre un monitoring de la fourniture des prestations dans l'ensemble de la Suisse, les prestations MHS sont en outre représentées au moyen des codes des maladies (CIM) et des opérations (CHOP).

Le problème des prestations de MHS tient à ce que la classification des opérations CHOP est souvent trop imprécise pour pouvoir refléter clairement lesdites prestations. Afin d'améliorer la représentation des prestations MHS, les associations professionnelles concernées ou la Conférence des directeurs cantonaux de la santé ont donc déposé, auprès de l'Office fédéral de la statistique, des demandes destinées à faire évoluer la classification CHOP dans divers domaines MHS. Dans certains domaines, notamment celui du «Traitement

des blessés graves», la structure actuelle de la classification des opérations ne permet toujours pas de représenter clairement le domaine MHS; c'est la raison pour laquelle on a décidé, dans ce cas-là, de déroger au principe précité et de définir à la place ce domaine en faisant appel à deux instruments internationalement validés pour l'évaluation de la gravité des lésions: l'Injury Severity Score (ISS) et l'Abbreviated Injury Score (AIS).

La classification et la délimitation des domaines MHS s'inspirent de la description des domaines de prestations précisée dans le cadre de la planification hospitalière cantonale. Les prestations MHS peuvent être rattachées aux domaines suivants:

Tableau 1: domaines de prestations de la médecine hautement spécialisée

Domaine de prestations	Groupe de prestations MHS
Oto-rhino-laryngologie	Implants cochléaires
Neurochirurgie	Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire
	Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde
	Pathologies vasculaires du système nerveux central autres que les anomalies vasculaires complexes
	Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du système nerveux central
	Tumeurs rares de la moelle épinière
Neurologie	Traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux
Chirurgie viscérale	Résection œsophagienne
	Résection hépatique
	Résection pancréatique
	Résection rectale profonde
	Chirurgie bariatrique complexe
Hématologie	Transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques
Protonthérapie	Protonthérapie
Transplantations	Transplantations rénales
	Transplantations hépatiques
	Transplantations pulmonaires
	Transplantations pancréatiques
	Transplantations cardiaques
Néonatalogie	Soins intensifs pour les nouveau-nés
Blessures graves	Brûlures graves
	Traitement des blessés graves
Pédiatrie	Traitement des cancers en milieu hospitalier
	Traitement des neuroblastomes
	Traitement des sarcomes des tissus mous et des tumeurs osseuses malignes; membres (jambes, bras)
	Traitement des sarcomes des tissus mous et des tumeurs osseuses malignes; tronc (bassin, abdomen, thorax)
	Traitement des tumeurs du système nerveux central
	Transplantations de cellules souches hématopoïétiques autologues
	Transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques
	Examens spéciaux pour les immunodéficiences primitives (génétiques) chez l'enfant

Domaine de prestations	Groupe de prestations MHS
	Traitement des rétinoblastomes
	Diagnostic et prise en charge des troubles métaboliques congénitaux spéciaux chez l'enfant
	Bilan préopératoire spécifique pour le traitement neurochirurgical de l'épilepsie
Chirurgie pédiatrique	Chirurgie complexe élective du foie et des voies biliaires
	Chirurgie trachéale complexe élective
	Traitement des brûlures graves
	Traitement des mono et polytraumatismes graves, y compris les traumatismes crânio-cérébraux
	Transplantations pulmonaires
	Transplantations hépatiques
	Transplantations rénales

Les interdépendances entre les domaines de prestations (traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux et neurochirurgie vasculaire par exemple) ou entre la médecine pour adultes et la pédiatrie (transplantations notamment) ont été prises en considération dans les attributions de prestations.

Dans le cadre de la procédure de rattachement à la MHS, outre la définition médicale du domaine MHS et sa représentation dans la classification des opérations et celle des maladies, le degré de respect des critères mentionnés à l'art. 1 et à l'art. 4, al. 4, chiffre 1 et 3 CIMHS permet de préciser pourquoi un domaine ressortit à la médecine hautement spécialisée. Dans le cadre d'une vaste consultation, les cantons, les hôpitaux, les assureurs, les associations professionnelles et les autres milieux intéressés (comme les organisations de patients ou les organisations faïtières) ont l'occasion de donner leur avis sur la définition proposée. Ce n'est qu'une fois le rattachement à la MHS adopté que les mandats de prestations CIMHS sont attribués dans le cadre de la procédure d'attribution.

4 Processus et critères de planification pour l'établissement de la liste des hôpitaux CIMHS

4.1 Critères de planification selon la CIMHS

L'art. 4, al. 4, de la CIMHS définit les critères déterminants pour l'attribution des mandats de prestations CIMHS et donc pour l'établissement de la liste des hôpitaux CIMHS:

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

Il convient également de prendre en considération les critères de planification définis à l'art. 7. Afin de parvenir à des synergies, les prestations médicales qui font l'objet d'une concentration doivent être attribuées à un nombre limité de centres multidisciplinaires (art. 7, al. 1, CIMHS). La planification doit inclure l'enseignement et la recherche, ainsi que l'accessibilité en cas d'urgence, et tenir compte des interdépendances entre les différents domaines médicaux hautement spécialisés (art. 7, al. 2 et 3, CIMHS). En matière de planification, les organes MHS se sont basés jusqu'à présent sur les critères d'attribution susmentionnés tels qu'ils sont précisés dans la CIMHS.

4.2 Dispositions du Tribunal administratif fédéral relatives à l'établissement de la liste des hôpitaux CIMHS

Dans son arrêt du 26 novembre 2013, le Tribunal administratif fédéral (TAF) a établi que la procédure en vue de l'établissement de la liste des hôpitaux (attribution) doit respecter les dispositions légales correspondantes de la LAMal, de l'OAMal et de la CIMHS (ATAF C-6539/2011, E. 5.9 f. et 7.2). Cela suppose d'effectuer au préalable une analyse des besoins qui comprend notamment la définition de l'ensemble des patients possibles ainsi que la fixation des capacités nécessaires. C'est à l'organe de décision MHS qu'il revient de déterminer l'offre qui doit être garantie par l'inscription des hôpitaux sur la liste des hôpitaux afin que la couverture des besoins soit assurée. Il importe en l'occurrence de tenir compte des critères de planification précisés à l'art. 58a et suivants OAMal, en particulier l'art. 58b, al. 4 et 5, OAMal.

Lors de l'évaluation et du choix de l'offre à retenir, outre la qualité de la fourniture des prestations, les organes de la CIMHS examinent également leur caractère économique, l'accès des patients au traitement en temps utile, ainsi que la disponibilité et la capacité de l'établissement à exécuter le mandat de prestations. Lors de l'examen de l'économicité et de la qualité, les organes de la CIMHS prennent en particulier en considération l'efficacité de la fourniture de prestations, la preuve de la qualité requise et, dans le domaine hospitalier, les nombres minimaux de cas et l'exploitation des synergies. Afin de satisfaire aux conditions déterminantes, l'organe de décision MHS a, en 2014, adapté en conséquence le processus de planification.

4.3 Elaboration des conditions concernant la liste des hôpitaux MHS

Selon l'art. 4, al. 3, chiffre 3, CIMHS, l'organe scientifique MHS fixe les conditions qui doivent être remplies pour l'exécution d'une prestation en ce qui concerne le nombre de cas, les ressources personnelles et structurelles et les disciplines de soutien. L'arrêt de principe du Tribunal administratif fédéral (ATAF C-6539/2011) a établi qu'il importe, lors de l'établissement de la liste intercantonale des hôpitaux MHS, de respecter les mêmes exigences prescrites par les dispositions de la LAMal et de son ordonnance d'exécution que pour la liste cantonale des hôpitaux. Les organes MHS ont adapté le processus de planification en conséquence. Celui-ci comprend désormais la réalisation d'une procédure de candidature.

4.3.1 Analyse des besoins

La liste des hôpitaux MHS est fondée sur une analyse des besoins. Celle-ci comprend la définition des patients possibles et évalue les capacités nécessaires; elle comporte également un pronostic sur l'évolution des besoins.

4.3.2 Qualité

L'appréciation de la qualité des fournisseurs de prestations MHS se fait en s'appuyant sur les conditions requises en termes de qualité des structures, des processus et des résultats.

Les prescriptions en matière de **qualité des structures** comprennent les conditions relatives à l'infrastructure, notamment en ce qui concerne le service d'urgences, l'équipement technique, les services indispensables dans l'établissement ou les spécialistes médicaux et le personnel soignant nécessaires (y compris leur disponibilité).

Les prescriptions en matière de **qualité des processus** comprennent les conditions relatives à l'obligation de documentation (par exemple la participation à un registre) et au parcours clinique du patient (notamment participation à un tumor board ou mise en réseau systématique avec d'autres fournisseurs de prestations).

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

L'obligation de participation à un registre constitue un premier jalon qui permettra à l'avenir de pouvoir également évaluer la **qualité des résultats** à l'aide d'indicateurs de qualité internationalement validés (tels que la mortalité à 30 ou à 90 jours). Afin de garantir la qualité des résultats et dans un souci d'assurance qualité, des **nombre minimaux de cas** ont été également fixés dans quelques domaines. L'art. 58b OAMal cite le nombre minimum de cas comme critère pour l'attribution des prestations (al. 5, let. C). Au nom de la qualité et de l'économicité, des prescriptions concernant les nombres minimaux de cas se justifient également dans le domaine hautement spécialisé.

Les nombres minimaux de cas pour certaines interventions médicales particulières représentent un critère de qualité internationalement reconnu et servent à assurer ou à accroître la sécurité des patients et la qualité des résultats [6-8], [9, 10]. Les interventions hautement spécialisées nécessitent aussi souvent des infrastructures extrêmement onéreuses. Les nombres minimaux de cas par établissement permettent de garantir que les coûts relatifs à l'infrastructure sont répartis sur un nombre de patients suffisamment important, ce qui fait que la productivité peut être ainsi augmentée. En Allemagne par exemple, des nombres minimaux de cas variant entre 10 et 25 par établissement sont proposés pour certaines interventions sélectionnées (notamment 10 cas dans la chirurgie œsophagienne, 25 cas dans les transplantations rénales). Une étude de l'Office fédéral de la statistique de 2007 [4] révèle qu'en appliquant le critère de 20 cas par intervention quel que soit le domaine de la médecine hautement spécialisée considéré, environ 70 % des hôpitaux suisses n'atteignaient pas ce seuil en 2005. Ceci montre que la fourniture des prestations est encore très fragmentée dans quelques domaines de la médecine hautement spécialisée en Suisse .

4.3.3 Economicité

Estimant que l'économicité était déjà contrôlée dans le cadre de la planification hospitalière cantonale, les organes MHS ont décidé de ne pas procéder à un examen de l'économicité des hôpitaux au début de la planification. Un hôpital figurant sur une liste cantonale des hôpitaux satisfait par conséquent aux exigences relatives à l'économicité. Le Tribunal administratif fédéral (TAF) a critiqué cette interprétation et a considéré que l'économicité devait également être prise en compte pour l'établissement de la liste des hôpitaux CIMHS. A cet égard, l'appréciation du caractère économique se fonde sur des comparaisons entre hôpitaux (art. 58b, al. 4, let.a, OAMal ainsi que al. 3, disp. trans. LAMal).³ Les organes MHS ont adapté la procédure en conséquence. Dans le cadre de la procédure de candidature, les hôpitaux doivent fournir les données relatives aux coûts nécessaires pour l'examen de l'économicité, en l'occurrence la présentation des coûts au format ITAR-K et les données relatives aux coûts et aux prestations de SwissDRG AG.

4.3.4 Sécurité des soins / accès des patients au traitement en temps utile / disponibilité et capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations

Compte tenu de la concentration des prestations hautement spécialisées sur un nombre limité de centres de compétences, il convient de vérifier si la sécurité des soins est garantie, si les capacités sont suffisantes et si les trajets à parcourir sont raisonnables. La planification actuelle a été particulièrement attentive, notamment pour les interventions en urgence, à l'accessibilité aux soins; afin d'assurer une organisation des urgences couvrant l'ensemble du territoire national, des mandats de prestations ont donc été également attribués à des hôpitaux périphériques. Ceci concerne avant tout les domaines MHS suivants: «Prise en charge des blessés graves»⁴, «Traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux»⁵ et «Traitement neurochirurgical des pathologies vasculaires du système nerveux central (SNC)»⁶. En ce qui concerne les domaines MHS de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique, on a surtout veillé à maintenir des services hospitaliers pas trop éloignés du lieu de résidence des patients et à garantir une offre de soins dans les diverses régions linguistiques. Dans le cadre de la procédure de candidature, la question de la disponibilité à remplir le mandat de prestations a été posée à tous les hôpitaux candidats. Quant à la capacité d'un hôpital à remplir le mandat de prestations, elle a été contrôlée en particulier par l'examen des dispositions relatives à la qualité des processus et des structures.

4.3.5 Disponibilité de personnel hautement qualifié et formation d'équipe

La disponibilité temporelle d'un personnel spécialisé et d'un personnel soignant hautement qualifiés fait partie de la qualité des processus. Pour chaque domaine MHS, l'organe scientifique MHS procède à l'établissement de la liste des spécialités nécessaires pour le traitement ainsi qu'à la détermination du nombre de ces spécialistes pour pouvoir garantir la disponibilité temporelle requise – l'objectif étant que les centres puissent par exemple traiter eux-mêmes les complications post-opératoires sans avoir à transférer les patients. Cette dé-

³ Les planifications hospitalières cantonales doivent s'appuyer sur les comparaisons entre établissements en matière de qualité et d'économicité (TAF, arrêt C-5647/2011 du 16 juillet 2013 (liste hospitalière du canton d'Argovie).

⁴ Dans la prise en charge des blessés graves, l'organisation des urgences couvrant l'ensemble du territoire national est assurée par l'attribution de mandats de prestations à 12 centres de traumatologie («Décision relative à la planification de la médecine hautement spécialisée dans le domaine de la prise en charge des blessés graves», Feuille fédérale du 21 juin 2011).

⁵ «Décision relative à la planification de la médecine hautement spécialisée dans le domaine du traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux», Feuille fédérale du 21 juin 2011.

⁶ «Décision relative à la planification de la médecine hautement spécialisée dans le domaine du traitement neurochirurgical des pathologies vasculaires du système nerveux central (SNC)», Feuille fédérale du 21 juin 2011.

marche réduit le risque de complications. Selon la discipline concernée, l'opérationnalisation de ce critère CIMHS répond également à certaines exigences spécifiques concernant la formation des spécialistes, notamment un titre de médecin spécialiste ou une formation approfondie, ou encore une formation continue ou post-graduée spécifique.

4.3.6 Disponibilité des disciplines de soutien

La détermination des disciplines de soutien nécessaires à un traitement MHS déterminé fait partie intégrante de la qualité des processus. Dans de nombreux domaines MHS, le traitement relève d'une équipe multidisciplinaire dont les membres collaborent étroitement de façon interdisciplinaire, ce qui permet de garantir une qualité maximale dans la chaîne de prise en charge et de traitement. L'opérationnalisation de ce critère CIMHS comprend l'établissement de la liste des spécialités nécessaires pour le traitement ainsi que la disponibilité temporelle requise. Selon la discipline concernée, cette opérationnalisation obéit également à certaines exigences spécifiques concernant la mise en réseau des disciplines à différents niveaux de prise en charge.

4.3.7 Recherche et enseignement

Les efforts de concentration de la médecine clinique hautement spécialisée visent également à favoriser la recherche dans la discipline correspondante. L'activité de recherche est attestée notamment par la participation à des mesures d'encouragement du Fonds national suisse et d'autres institutions, la participation à des projets de recherche, en particulier la participation active à des études cliniques et multicentriques, la recherche pour le développement de nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que l'activité de publication qui en découle.

On attache également de l'importance au montant des fonds de tiers engagés pour la réalisation des projets de recherche ainsi qu'à l'encouragement des jeunes chercheurs, y compris la direction et l'encadrement de thèses et de masters.

La participation active à l'enseignement sert à la promotion de la relève dans les domaines MHS correspondants et est capitale pour assurer la pérennité des compétences médicales spécialisées en Suisse. L'activité d'enseignement est attestée notamment par la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée pour un titre de spécialiste ou une formation approfondie spécifique, par les activités dans la formation continue spécifique ainsi que par une activité d'enseignement à la faculté de médecine.

4.3.8 Compétitivité internationale

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

4.4 Procédure de candidature

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

4.5 La réévaluation périodique comme instrument d'assurance qualité

Les attributions de prestations de la MHS sont limitées dans le temps et sont périodiquement soumises à une réévaluation. L'attribution des prestations s'accompagne de conditions imposées aux prestataires, notamment en ce qui concerne l'assurance qualité, le fonctionnement en réseau et la participation à un registre. Les conditions sont à chaque fois mentionnées dans le dispositif décisionnel publié dans la Feuille fédérale⁷. La réévaluation périodique sert à contrôler l'état de mise en œuvre des conditions imposées et à apprécier la prise en charge assurée par les divers fournisseurs de prestations MHS. Elle permet également de procéder à une nouvelle analyse de la situation en matière de soins. De nombreux domaines de la MHS sont soumis à des mutations médico-technologiques ou peuvent être touchés par une éventuelle extension d'indication (protonthérapie ou stimulation cérébrale profonde par exemple), toutes choses qui pourraient se répercuter sur les besoins.

⁷ La décision est en outre publiée sur la page d'accueil de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (www.gdk-cds.ch).

Etat d'avancement de la concentration de la MHS

Depuis l'entrée en vigueur de la CIMHS le 1^{er}.1.2009, des attributions de prestations ont été adoptées dans 39 domaines partiels au total (voir tableau 1). L'ensemble des attributions de prestations forme la liste hospitalière CIMHS qui peut être consultée sur le site de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (www.gdk-cds.ch). La liste hospitalière intercantonale de la médecine hautement spécialisée adoptée par l'organe de décision MHS prévaut sur les listes hospitalières cantonales. Les éventuelles divergences dans les autorisations de listes hospitalières des cantons pour les domaines de la médecine hautement spécialisée réglementés par l'organe de décision MHS sont considérées comme nulles.

Dans le cadre de l'attribution des mandats de prestations MHS, on évalue les hôpitaux et cliniques nécessaires à une prise en charge médicale de la population suisse adaptée aux besoins, de haute qualité et efficiente. Ces hôpitaux et cliniques ont reçu un mandat de prestations MHS; ils figurent sur la liste hospitalière CIMHS et sont ainsi autorisés à facturer les prestations de médecine hautement spécialisée à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Des mandats de prestations ont été attribués à la fois à des hôpitaux publics et privés. Les mandats de prestations étaient parfois provisoires et soumis à certaines conditions, par exemple la participation à la formation postgraduée des médecins spécialistes. En général, cela signifie l'obtention de la reconnaissance officielle comme établissement de formation postgraduée dans le domaine concerné.

A ce jour, 39 domaines partiels de la MHS ont été réglementés de façon contraignante dans le cadre de la planification (voir tableau 1). Cela correspond à environ 9250 cas traités par an (voir tableau 3) – c'est-à-dire nettement moins que les 21 000 cas estimés par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit 2 % des cas traités dans les hôpitaux de soins aigus [4] qui pourraient être comptés, selon la sélection opérée par l'OFS, au titre de la médecine hautement spécialisée.

1 Priorités de la planification pour la période 2009-2014

Chez l'**adulte**, la planification de la médecine hautement spécialisée pendant la période 2009 à 2014 a été axée sur les domaines suivants: neurochirurgie, traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux, prise en charge des blessés graves et des grands brûlés, transplantations d'organes et de cellules souches hématopoïétiques, prise en charge des patients nécessitant un implant pour l'oreille interne (implants cochléaires), ainsi que chirurgie viscérale hautement spécialisée, c'est-à-dire interventions complexes au niveau de l'œsophage, du foie, du pancréas, du rectum ainsi que chez les patients souffrant d'un surpoids important (chirurgie bariatrique).

En **pédiatrie**, l'accent a été mis sur l'amélioration de la coordination des interventions de chirurgie pédiatrique et des traitements de pédiatrie hautement spécialisée, ainsi que sur l'oncologie pédiatrique. Par l'attribution de prestations à caractère contraignant, l'organe de décision MHS a soutenu et renforcé la création en Suisse d'un petit nombre de centres de compétences déjà initiée par les pédiatres.

Toutes les attributions de prestations sont limitées dans le temps et doivent être régulièrement soumises à une réévaluation. Les domaines suivants ont déjà fait l'objet d'une procédure de réévaluation en 2013: protonthérapie, transplantations d'organes et de cellules

souches, implants cochléaires et brûlures graves. Dans les autres domaines, la réévaluation aura lieu en 2015 et en 2016.

Les mandats de prestations attribués et la durée de validité des décisions figurent sur la liste hospitalière CIMHS [1] (voir aussi annexe A-4).

1.1 Médecine adulte

1.1.1 Transplantations d'organes

Dans le cadre de la réévaluation des attributions de prestations adoptées en 2010 pour les transplantations d'organes, il a été décidé en 2013 de poursuivre les transplantations cardiaques dans les hôpitaux universitaires de Lausanne, Berne et Zurich. En 2010, lors de la première phase d'évaluation, on ne disposait que de bases de données limitées pour pouvoir apprécier de façon approfondie la qualité des résultats des trois centres de transplantations. En 2013 en revanche, les données à long terme de la Swiss Transplant Cohort Study étaient disponibles et permirent de porter un jugement circonstancié sur la qualité des résultats. Le facteur déterminant à l'origine de la décision de conserver les trois centres de transplantations cardiaques fut les bons résultats thérapeutiques enregistrés, au surplus comparables à ceux des grands centres étrangers. On put constater que la qualité du traitement était bonne et comparable dans les trois hôpitaux universitaires. Compte tenu des nouveaux développements thérapeutiques et de l'évolution technologique en cardiologie, l'organe de décision MHS a décidé que les transplantations cardiaques seraient à l'avenir intégrées à un concept global de prise en charge de l'insuffisance cardiaque sévère. La pénurie criante d'organes fait qu'outre la transplantation cardiaque, on a aussi recours de plus en plus à des systèmes d'assistance mécanique, c'est-à-dire des cœurs artificiels, pour le traitement des patients souffrant d'une insuffisance cardiaque sévère.

En raison des bons résultats enregistrés, l'organe de décision a également prolongé les mandats de prestations pour les autres transplantations d'organes:

- Transplantations pulmonaires: 2 centres (hôpitaux universitaires de Lausanne, Zurich)
- Transplantations hépatiques: 3 centres (hôpitaux universitaires de Genève, Berne, Zurich)
- Transplantations pancréatiques: 2 centres (hôpitaux universitaires de Genève, Zurich)
- Transplantations rénales: 6 centres (5 hôpitaux universitaires et hôpital cantonal de St.-Gall)

1.1.2 Protonthérapie

Dans le cadre de la réévaluation menée en 2013, l'organe de décision MHS a confirmé sa position, savoir qu'aucune donnée vraiment nouvelle en ce qui concerne les besoins et l'évolution n'a été enregistrée dans le domaine de la protonthérapie qui pourrait justifier la construction d'autres sites de traitement. Les capacités actuelles et nouvellement créées à l'Institut Paul Scherrer (PSI) à Villigen (AG) ont été considérées comme suffisantes pour couvrir les prestations reconnues pour ce traitement dans l'assurance de base, et garantir les capacités nécessaires à la réalisation de nouvelles études cliniques. L'attribution des prestations au PSI est assortie de la condition d'un renforcement de la collaboration avec les hôpitaux universitaires dans le domaine de la recherche clinique. La protonthérapie est actuellement utilisée comme radiothérapie complexe pour le traitement de certaines tumeurs

malignes oculaires, cérébrales et de la moelle épinière, en particulier chez l'enfant. L'attribution des prestations au PSI a permis de réaliser d'importantes économies en Suisse (voir exemple 3 page 28).

1.1.3 Implants cochléaires, brûlures graves et transplantations de cellules souches

Les autres décisions intervenues dans le cadre de la réévaluation de 2013 concernaient les attributions de prestations dans les domaines des transplantations de cellules souches, du traitement des brûlures graves et des implants cochléaires. Compte tenu des bons résultats enregistrés, l'organe de décision a prolongé les attributions de prestations:

- Transplantations de cellules souches: 3 centres (hôpitaux universitaires de Bâle, Genève, Zurich)
- Brûlures graves: 2 centres (hôpitaux universitaires de Lausanne, Zurich)
- Implants cochléaires: 6 centres (hôpitaux universitaires de Bâle, Berne, Zurich, Lausanne/Genève, hôpital cantonal de St.-Gall, hôpital cantonal de Lucerne).

1.1.4 Accidents vasculaires cérébraux – la première cause d'invalidité permanente à l'âge adulte

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent la troisième cause de décès dans les pays industrialisés et la cause la plus fréquente d'invalidité permanente à l'âge adulte. Sur les quelque 20 000 patients victimes chaque année d'un AVC en Suisse, moins de 800 nécessitent, du fait de la gravité de l'AVC, un traitement complexe hautement spécialisé dans une unité d'urgences neurologiques dédiée aux AVC (dite «Stroke Center»). Une prise en charge rapide de ces patients dans une telle unité neurologique spécialisée permet d'améliorer les chances de survie et de réduire les lésions au long cours ainsi que l'invalidité. Dans un souci de qualité, l'organe de décision MHS a décidé de concentrer à l'avenir le traitement hautement spécialisé de ces patients sur huit centres. Qui plus est, grâce à la mise en place d'un réseau sur l'ensemble du territoire national auquel les hôpitaux sont intégrés selon un schéma de prise en charge hiérarchisée des AVC, les patients sont assurés d'être soignés dans un centre non éloigné de leur domicile. Cette amélioration de la qualité bénéficie en fin de compte à tous les patients victimes d'AVC en Suisse. Les attributions de prestations pour le traitement complexe des AVC seront soumises à une réévaluation à la fin de 2015.

La formation d'un réseau initiée par la réglementation MHS s'est traduite par une amélioration notable de la qualité de la prise en charge des AVC (voir exemple 1 page 27).

1.1.5 Amélioration de la qualité pour le traitement des blessés graves

Chaque année en Suisse, environ 800 personnes sont victimes d'un accident d'une gravité telle qu'ils se trouvent en danger de mort et nécessitent une prise en charge médicale hautement spécialisée. Les chances de survie et le pronostic à long terme de ces patients dépendent éminemment d'un transfert immédiat dans un hôpital disposant de l'infrastructure nécessaire et du personnel spécialisé correspondant pour garantir 24 h/24 une prise en charge adaptée à la pathologie en cause et centrée sur les priorités.

Le transfert et la prise en charge initiale des blessés graves en Suisse n'étaient pas réglés de façon optimale en Suisse. La décision de l'organe de décision MHS de limiter à l'avenir ce traitement à 12 centres et de favoriser la mise en place de réseaux garantit l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national. Ces mesures permettent d'éviter des transferts inutiles et de gagner un temps précieux pour assurer un traitement optimal. La meilleure prise en charge initiale des blessés graves se traduit par une réduction de la durée d'hospitalisation et des phases de réadaptation, et par conséquent aussi par des arrêts de travail plus courts chez ces patients – ce qui aboutit finalement à des économies significatives des dépenses publiques. Les attributions de prestations pour la prise en charge des blessés graves feront l'objet d'une réévaluation à la fin de 2015.

La création de centres de traumatologie s'est traduite par une amélioration notable de la qualité de la prise en charge (voir exemple 2 page 28).

1.1.6 Neurochirurgie hautement spécialisée

En 2011, l'organe de décision MHS a attribué des mandats de prestations dans les cinq domaines de neurochirurgie suivants: traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire, stimulation cérébrale profonde, interventions neuro-vasculaires, traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du système nerveux central ainsi que traitement chirurgical des tumeurs rares de la moelle épinière. Ces domaines de prestations ont été concentrés sur un nombre limité de sites.

- *Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire*: 3 centres. Hôpitaux universitaires de Bâle, Zurich et Genève.
- *Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde*: 4 centres. Hôpitaux universitaires de Lausanne, Berne et Zurich ainsi qu'hôpital cantonal de St.-Gall.
- *Pathologies vasculaires du système nerveux central autres que les anomalies vasculaires complexes*: 8 centres. Cinq hôpitaux universitaires ainsi que les hôpitaux cantonaux de St.-Gall, Aarau et du Tessin.
- *Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du système nerveux central*: 3 centres. Hôpitaux universitaires de Genève, Berne et Zurich.
- *Tumeurs rares de la moelle épinière*: 5 hôpitaux universitaires ainsi que les hôpitaux cantonaux de Lucerne et de St.-Gall.

Les attributions de prestations pour la neurochirurgie MHS seront soumises à une réévaluation à la fin de 2015.

1.1.7 Chirurgie viscérale hautement spécialisée

En 2012, l'organe de décision a fixé certaines priorités essentielles afin d'offrir des soins chirurgicaux de haute qualité en Suisse: dorénavant, les interventions chirurgicales complexes au niveau du tractus gastro-intestinal, du pancréas et du foie (encore appelées interventions de chirurgie viscérale) ne devront plus être pratiquées que dans les hôpitaux disposant de l'infrastructure et du personnel spécialisé nécessaires, et pouvant attester d'une expérience suffisante. Pour ce faire, il convient de suivre une démarche par étapes prévoyant une consolidation graduelle de ces activités sur une période de 2 ans – ce qui est revenu à accorder une période de transition à certains hôpitaux. Dans un premier temps,

seule la moitié environ des fournisseurs de prestations a été autorisée à réaliser ces opérations.

- *Résection œsophagienne*: mandat de prestations définitif (4 ans): 7 hôpitaux; mandat de prestations provisoire (2 ans): 7 hôpitaux
- *Chirurgie de résection pancréatique*: mandat de prestations définitif (4 ans): 8 hôpitaux; mandat de prestations provisoire (2 ans): 13 hôpitaux
- *Chirurgie de résection hépatique*: mandat de prestations définitif (4 ans): 8 hôpitaux; mandat de prestations provisoire (2 ans): 11 hôpitaux
- *Résections rectales profondes*: mandat de prestations provisoire (2 ans): 37 hôpitaux.
- *Opérations bariatriques complexes*: mandat de prestations provisoire (2 ans): 27 hôpitaux

Ces opérations difficiles étaient jusqu'alors pratiquées dans une multitude d'hôpitaux, avec parfois un très faible nombre de cas (c'est-à-dire moins de 5 cas par an), ce qui signifie que la prise en charge des patients concernés n'était pas toujours optimale. Des études scientifiques ont montré que le risque de complications est beaucoup plus élevé dans les hôpitaux où ces opérations ne sont pratiquées que quelques fois par an. En optant pour un renforcement de la concentration des prestations, l'organe de décision donne un signal important pour l'assurance qualité des soins chirurgicaux; de surcroît, il crée en même temps les conditions nécessaires pour pouvoir à l'avenir disposer pour la première fois de données uniformes relatives à la qualité des résultats dans l'ensemble de la Suisse. Cette réglementation ne vise pas seulement à diminuer le risque de complications et à améliorer la qualité de vie des patients concernés, mais aussi à réaliser des économies. Les associations médicales concernées ont largement soutenu la réglementation proposée.

Les attributions de prestations adoptées n'ont pas manqué de susciter des controverses. Près de 30 hôpitaux ont déposé un recours devant le Tribunal administratif fédéral. La grande majorité d'entre eux pratiquaient ces interventions moins de cinq fois par an. Sur un total de 2910 cas traités que compte la chirurgie viscérale MHS, seules 256 opérations ont été réalisées dans un des hôpitaux ayant déposé un recours, ce qui correspond à seulement 8,8 % des cas MHS traités en Suisse. Les recours ont été en partie approuvés pour des raisons de vice de procédure.

1.2 Pédiatrie

1.2.1 Une prise en charge optimale des très grands prématurés

En Suisse, quelque 800 nouveau-nés justifient chaque année un traitement en médecine intensive hautement spécialisée. La prise en charge des très grands prématurés, autrement dit les prématurés nés avant la 28^e semaine de grossesse, exige en particulier beaucoup des médecins et du personnel soignant. L'organe de décision MHS a décidé de limiter le traitement et les soins de ces jeunes patients à risque à neuf centres de périnatalogie du plus haut niveau; ceux-ci possèdent l'expérience et l'infrastructure nécessaires pour garantir une prise en charge adéquate de ces nouveau-nés et leur permettre ainsi des débuts optimaux dans la vie.

1.2.2 Traitement des enfants souffrant de brûlures graves

L'organe de décision MHS a décidé de concentrer le traitement des enfants victimes de brûlures graves sur deux centres en Suisse. Les centres pour grands brûlés du Kinderspital de Zurich et de l'hôpital universitaire de Lausanne disposent de l'infrastructure de pointe nécessaire et d'une longue expertise dans le traitement de ces enfants – qui nécessitent souvent un traitement intensif spécifique et des interventions complexes de chirurgie plastique reconstructrice.

1.2.3 Concentration des transplantations d'organes chez l'enfant sur un nombre limité de centres

Les transplantations d'organes chez l'enfant sont extrêmement rares. Compte tenu des très faibles nombres de cas concernés à l'échelle nationale, l'organe de décision MHS a décidé que les transplantations pulmonaires et hépatiques chez l'enfant ne seraient plus pratiquées que dans un seul centre chacune au niveau national. Il s'agit de l'hôpital universitaire de Zurich pour les transplantations pulmonaires et des Hôpitaux Universitaires de Genève pour les transplantations hépatiques. Cette décision vise à favoriser la mise en place et l'enracinement d'un centre national de compétences dans ce domaine de prestations. En raison de la complexité de la préparation et du suivi des transplantations rénales chez l'enfant (qui sont un peu moins rares), celles-ci sont réalisées dans les hôpitaux universitaires de Berne, Lausanne et Zurich. Ces mesures garantissent ainsi une prise en charge optimale de ces enfants – facteur essentiel pour leur assurer une bonne qualité de vie au long cours.

1.2.4 Traitement des tumeurs oculaires

Le rétinoblastome est une tumeur maligne extrêmement rare de la rétine qui touche 3 ou 4 enfants environ par an en Suisse. L'organe de décision MHS a décidé que le traitement de ces enfants se ferait à l'avenir uniquement à l'hôpital universitaire de Lausanne; cet établissement possède en effet une remarquable expertise dans ce domaine et beaucoup d'enfants lui sont également adressés de l'étranger.

1.2.5 Concentration des opérations très complexes en chirurgie pédiatrique

L'organe de décision MHS a également procédé à une profonde réorganisation de la chirurgie pédiatrique. C'est ainsi que les interventions complexes sur le foie et les voies biliaires ainsi que celles sur la trachée artère ont été chacune regroupées sur un centre pour toute la Suisse. Les Hôpital Universitaire de Genève, qui disposent d'une longue expérience et d'une vaste expertise dans la chirurgie hépatique chez l'enfant, sont par ailleurs le seul centre de transplantation hépatique chez l'enfant en Suisse. Quant aux interventions chirurgicales sur la trachée, qui sont d'une extrême complexité, elles sont réalisées avec succès depuis de nombreuses années à l'hôpital universitaire de Lausanne.

1.2.6 Examens spéciaux pour les pathologies auto-immunes

En Suisse, environ 20 enfants nécessitent chaque année de subir des examens spécifiques en raison de troubles congénitaux ou acquis de leur propre système immunitaire (affections auto-immunes). Ces troubles sont le plus souvent dus à des maladies très rares – dites maladies orphelines (*orphan diseases*). Le diagnostic et la détermination du plan thérapeutique exigent une expertise hautement spécialisée dans ce domaine. L'hôpital pédiatrique de Zurich est le centre de compétences et de référence existant pour ces examens en Suisse. Cette situation est désormais réglementée de façon contraignante par une attribution de prestations formelle dans le cadre de la planification de la médecine hautement spécialisée.

1.2.7 Diagnostic et prise en charge des troubles congénitaux du métabolisme

50 enfants environ sont atteints chaque année en Suisse de troubles rares du métabolisme et nécessitent des examens à visée diagnostique et une prise en charge spécifiques. Dans le cadre de la MHS, le traitement des enfants concernés a été concentré sur les hôpitaux universitaires de Lausanne et de Berne ainsi que sur le Kinderspital de Zurich. Ces trois centres de compétences disposent de l'expertise et du personnel spécialisé nécessaires pour poser le diagnostic et assurer un suivi hautement spécialisé à long terme au plus haut niveau.

1.2.8 Examens spéciaux dans l'épilepsie sévère

Chez les enfants souffrant d'une certaine forme d'épilepsie sévère et après l'échec d'un traitement médicamenteux bien conduit au long cours, une intervention chirurgicale visant à extirper le tissu cérébral déclenchant les crises comitiales peut être envisagée. Cependant, l'opération suppose d'effectuer au préalable un bilan préopératoire poussé qui fait appel à des examens très complexes et extrêmement onéreux. En Suisse, environ 40 enfants doivent se soumettre chaque année à ces examens. Pour des raisons d'assurance qualité, l'organe de décision MHS a décidé que ces examens ne seraient à l'avenir plus pratiqués que dans deux centres – les Hôpitaux Universitaires de Genève et le Centre suisse de l'épilepsie (conjointement avec l'hôpital pédiatrique de Zurich). Ces deux centres disposent de l'expertise hautement spécialisée, des spécialistes nécessaires et de l'infrastructure spécifique pour pouvoir réaliser les examens souhaités.

1.2.9 Amélioration de la qualité du traitement des enfants victimes de blessures graves

Chaque année en Suisse, environ 200 enfants sont victimes d'un accident d'une gravité telle que leur pronostic vital est engagé et qu'ils nécessitent une prise en charge en chirurgie pédiatrique hautement spécialisée. Les chances de survie et le pronostic à long terme de ces enfants dépendent éminemment d'un transfert immédiat dans un service pédiatrique disposant de l'infrastructure nécessaire et du personnel spécialisé correspondant pour garantir 24 h/24 une prise en charge adéquate et axée sur les priorités. La décision de l'organe de décision MHS de limiter à l'avenir ce traitement à 8 centres de compétences garantit l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national.

1.2.10 Oncologie pédiatrique

Le traitement des enfants et adolescents cancéreux aura désormais lieu sans exception dans un centre de compétences d'oncologie pédiatrique. Ainsi en a décidé l'organe de décision, qui a fixé la liste des 9 hôpitaux autorisés à pratiquer ces traitements. La décision de l'organe de décision est assortie de l'obligation d'un renforcement de la mise en réseau et d'une coordination systématique du traitement avec tous les fournisseurs de prestations. Cette mesure contribue de manière significative à l'assurance qualité de la prise en charge en oncologie pédiatrique en Suisse. De surcroît, afin d'activer la création de centres nationaux de compétences, les transplantations de cellules souches et le traitement des enfants atteints de cancers très rares (neuroblastomes, sarcomes des tissus mous, ostéosarcomes, tumeurs du système nerveux central) ont été concentrés sur un nombre limité de services spécialisés d'oncologie pédiatrique.

Les attributions de prestations adoptées en 2011 ou en 2012 dans le domaine de la pédiatrie MHS, de la chirurgie pédiatrique et de l'oncologie pédiatrique seront soumises à une réévaluation en 2015 ou en 2016.

2 Recours contre les attributions de prestations MHS

La majeure partie des attributions de prestations adoptées dans les 39 domaines MHS n'a pas été contestée. Toutefois, dans 17 domaines MHS, un ou plusieurs hôpitaux ont déposé un recours contre les attributions de prestations devant le Tribunal administratif fédéral. Les demandes de recours concernaient avant tout les domaines de la chirurgie viscérale MHS et de l'oncologie pédiatrique.

Sur un total de 9250 cas inclus à ce jour dans la MHS, seuls 441 cas étaient concernés par les recours, soit 4,7 % de l'ensemble des cas.

Tableau 2: récapitulatif des nombres de cas concernés par les recours

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

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

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

Les premiers arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) ont été rendus en 2010. Le TAF n'est pas rentré en matière sur les recours déposés au sujet des attributions de prestations dans le domaine de la protonthérapie (ATAF C-5302/2010) et des transplantations cardiaques (ATAF C-5301/2010). Il a dénié aux hôpitaux ayant intenté une action récursoire un intérêt particulièrement digne de protection et donc la légitimation nécessaire pour recourir. Le premier arrêt relatif à la procédure de planification ayant une validité matérielle a été rendu en novembre 2013, soit 4 ans environ après l'entrée en vigueur de la CIMHS.

L'arrêt C-6539/2011 du 26 novembre 2013 rendu par le Tribunal administratif fédéral dans le domaine du traitement des brûlures graves chez l'enfant constitue un arrêt de principe en ce qui concerne la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS). Le TAF a demandé à l'organe de décision MHS de suivre une procédure décisionnelle en deux temps lors de sa planification: la détermination des traitements qui relèvent de la MHS doit précéder l'adoption des mandats de prestations MHS et donc le choix des fournisseurs de prestations MHS (procédure d'attribution des mandats). Dans les décisions prises à ce jour, l'organe de décision MHS avait toujours tout à la fois déterminé les traitements relevant de la MHS et décidé des attributions de prestations correspondantes. Or cette procédure en un seul temps enfreint diverses règles du droit fédéral. Tant que le rattachement à la MHS n'était pas entériné, il n'était pas possible de se conformer à l'obligation de planification des soins (liste hospitalière) prévue par le droit fédéral. Par ailleurs, dans l'évaluation des mandats de prestations, les fournisseurs intéressés ne pouvaient que difficilement exercer leur droit d'être entendus ou se porter candidats à une inscription sur la liste.

Cet arrêt de principe a eu des répercussions sur les autres recours encore pendants. En s'appuyant sur l'arrêt précité, le Tribunal administratif fédéral a approuvé en partie les recours de différents hôpitaux au sujet des attributions de prestations adoptées dans les domaines MHS de la neurochirurgie (ATAF C-4155/2011 et C-4153/2011), du traitement des accidents vasculaires cérébraux (ATAF C-4154/2011), de la chirurgie viscérale MHS, de l'oncologie pédiatrique et des soins intensifs pour les nouveau-nés (ATAF C-6504/2011). Il a abrogé les décisions contestées et a renvoyé l'affaire à l'autorité inférieure en se fondant sur des considérations relatives à la mise en œuvre d'une procédure conforme au droit fédéral. En raison de leur absence de légitimation à recourir, le TAF n'est pas rentré en matière sur les recours déposés par les cantons et les associations professionnelles.

2.1 Conséquences procédurale et matérielles des recours

Avec la signature de la CIMHS, les cantons se sont aventurés sur un terrain juridique inconnu et il existait de nombreuses questions de procédure en suspens. Le Tribunal administratif fédéral les a clarifiées dans son arrêt de principe (C-6539/2011) et a par ailleurs énoncé des dispositions sur le déroulement futur des processus de décision. Par son arrêt de principe, le TAF a établi que les décisions de l'organe de décision MHS ne doivent pas être confondues avec celles concernant les listes hospitalières cantonales. Outre la décision relative à l'attribution des mandats de prestations (décision d'attribution; décision concernant la liste hospitalière au sens strict), il incombe également à l'organe de décision MHS de sélectionner les domaines de la médecine hautement spécialisée qui nécessitent une concentration au niveau national (décision de rattachement à la MHS). La décision de rattachement à la MHS définit de façon générale et abstraite les domaines qui relèvent de la MHS. Elle sert de cadre de référence à la planification et à l'attribution des mandats de prestations; elle en est aussi le prérequis. Elle se distingue ainsi de la décision d'attribution qui définit concrètement le mandat de prestations de chacun des établissements retenus. En 2014, les organes MHS ont adapté la procédure conformément aux principes édictés par le TAF.

Dans son arrêt C-5301/2010 du 2 avril 2012, le Tribunal administratif fédéral a établi que la liste hospitalière consistait en un ensemble de décisions isolées. Les décisions d'attribution non contestées (attribution ou non attribution de mandats de prestations) acquièrent force de chose jugée. Dans son arrêt C-6994/2013, le Tribunal administratif fédéral a expliqué que l'abrogation des décisions par lui ordonnée ne produit ses effets qu'envers les hôpitaux ayant intenté une action récursoire. Ce n'est donc pas la liste des hôpitaux CIMHS qui est abrogée dans son intégralité dans les domaines MHS contestés. Les décisions produisent ainsi leur effet à l'endroit des hôpitaux ayant obtenu une attribution de prestations (décision positive) et aussi à l'endroit de ceux n'ayant pas contesté la validité de la décision de non-attribution de l'organe de décision MHS; ces derniers ne peuvent par conséquent pas entreprendre des traitements réglementés par les décisions MHS contestées. Le TAF est une juridiction de cassation. Le Tribunal a approuvé les recours correspondants dans la mesure où la décision contestée a été abrogée (pour autant qu'elle concerne la non-attribution d'un mandat de prestations dans le domaine MHS contesté), et a renvoyé l'affaire à l'instance inférieure afin que la planification des soins se fasse conformément au droit fédéral et qu'on procède à une réévaluation. Le tribunal n'a donc pas pris de décision matérielle dans l'affaire concernée. En ce qui concerne les hôpitaux dont les recours ont été en partie approuvés par le TAF, cela signifie donc qu'en l'absence de décision d'attribution tant au niveau de l'organe de décision MHS qu'au niveau cantonal, l'hôpital n'est plus autorisé à facturer les prestations à la charge de l'AOS. La liste hospitalière CIMHS a en conséquence aussi force de chose jugée dans les domaines MHS où les recours ont été partiellement approuvés.

La mise en œuvre des règles de fond exigées par le Tribunal administratif fédéral en ce qui concerne le processus de planification et le recueil des données qui y est lié, l'exploitation de celles-ci ainsi que les droits à accorder sur le plan de la procédure entraînent un allongement considérable des délais de constitution des dossiers. Il faut compter environ 1,5 an depuis le début de la consultation sur la procédure de rattachement à la MHS jusqu'à l'adoption de l'attribution des prestations. Ceci a pour conséquence que la nouvelle attribution des mandats de prestations arrivant à expiration fin 2014 et fin 2015 ne pourra pas se faire en temps voulu. Il convient de préciser que dans la situation de vide réglementaire MHS créée par ces circonstances, les mandats de prestations cantonaux s'appliquent jusqu'à nouvel ordre, autrement dit jusqu'à ce que les organes de la CIMHS procèdent à une nouvelle attribution et que de nouveaux mandats de prestations MHS soient adoptés. Ce vide réglementaire place les cantons devant de grands défis. Une grande partie des attributions de prestations est limitée jusqu'à fin 2014 (ou 2015) et 2016. Ceci signifie qu'en 2015 et 2016 la planification portera donc essentiellement sur les réévaluations.

2.2 Conséquences sur le droit d'être entendu / auditions

Le droit procédural des parties intéressées sort considérablement renforcé de la réorganisation de la procédure; elles ont en effet la possibilité de se prononcer aussi bien dans le cadre de la consultation relative à la détermination des traitements relevant de la MHS que dans la consultation concernant l'attribution des prestations, ce qui permet ainsi de garantir le droit d'être entendu. Dans la procédure de candidature qui précède l'attribution des prestations, tous les hôpitaux intéressés ont de plus la possibilité de se porter candidats et donc aussi de donner leur avis sur les critères de décision utilisés.

Conséquences de l'attribution des prestations MHS

L'effet de la concentration des attributions de prestations adoptées à ce jour a été variable. Dans quelques domaines – notamment la chirurgie viscérale MHS –, on a pu parvenir à une concentration relativement importante des prestations; en revanche, dans des domaines comme la protonthérapie, une extension quantitative qui n'était pas indiquée sur le plan médical et scientifique a pu être évitée et des économies significatives être ainsi réalisées. Dans certains domaines, la réglementation MHS a été à l'origine d'une nette amélioration des résultats de la prise en charge des patients, par exemple dans les transplantations cardiaques et le traitement des accidents vasculaires cérébraux. Dans d'autres domaines enfin, le statu quo a pu être réglementé de façon contraignante, ce qui a permis de prévenir l'éparpillement des patients (faibles nombres de cas dispersés sur un grand nombre de centres).

En raison de l'absence de bases de données ou de leur caractère incomplet, et dans la mesure où les décisions ne sont que récemment entrées en vigueur, une évaluation des effets de l'attribution des prestations MHS n'est pour l'heure possible que dans quelques domaines. La création de registres de qualité des résultats (*cf.* annexe A-3) et la représentation systématique des prestations MHS dans les systèmes de classification CHOP et CIM, qui permet de s'appuyer sur les données habituelles de la statistique médicale des hôpitaux, ont permis dans de nombreux domaines de jeter les bases d'un monitoring méthodique des attributions de prestations.

1 Conséquence de l'attribution des prestations MHS sur la qualité et l'économicité de la fourniture de prestations

La planification commune de la médecine hautement spécialisée vise à permettre une prise en charge adaptée aux besoins, de haute qualité et économique. Or pour beaucoup d'opérations et de traitements hautement spécialisés, les nombres de cas concernés en Suisse sont trop faibles pour que ces prestations médicales puissent être proposées dans l'ensemble du pays par une multitude d'hôpitaux avec la qualité et l'économicité requises. La concentration des traitements et des interventions hautement spécialisés concourt à améliorer la qualité de la prise en charge. Une coordination judicieuse de la fourniture des prestations et une diminution du risque de complications dans les centres traitant un grand nombre de cas servent non seulement l'intérêt des patients concernés, mais s'accompagnent aussi d'une diminution des dépenses de santé.

Dans divers domaines, la concentration des prestations hautement spécialisées a abouti à une meilleure coordination de la chaîne de traitement ou bien l'introduction de nombres minimaux de cas a contribué à réduire le risque de complications. Les améliorations qualitatives résultant de la concentration des prestations sont illustrées de façon exemplaire par les attributions de prestations adoptées en 2011 dans les domaines du traitement complexe des AVC et du traitement des blessés graves. Ces deux domaines sont actuellement soumis à une réévaluation. Quant à l'exemple de la protonthérapie, il montre de façon typique les économies qui ont pu être réalisées.

Dans bien des domaines de la médecine hautement spécialisée, de nombreuses études scientifiques prouvent que l'amélioration de la qualité des structures et des processus contribue à accroître la qualité des résultats – ce qui se traduit par une diminution du risque de complications et une réduction de la mortalité ou de la morbidité, et permet ainsi

d'améliorer la fonctionnalité des patients et leur réinsertion dans la vie professionnelle. Compte tenu du faible recul dont on dispose depuis l'introduction de la MHS et du caractère incomplet des données recueillies, il est actuellement impossible, dans de nombreux domaines, de quantifier l'amélioration qualitative et les économies résultant de la concentration des prestations hautement spécialisées. Les attributions de prestations de la MHS sont conditionnées par la participation à un registre, ce qui constitue le premier jalon pour pouvoir à l'avenir disposer d'informations plus circonstanciées, basées sur les données, quant à la situation des soins et à l'évolution de leur qualité. Les trois exemples qui suivent illustrent de façon caractéristique l'amélioration de la qualité des résultats et les économies résultant de la concentration des prestations.

1.1 Exemple 1: la réglementation de la MHS aboutit à une meilleure prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

Chez les patients victimes d'un AVC, le fait de bénéficier initialement d'une prise en charge et d'un traitement optimaux accroît les chances de survie initiale et peut réduire l'importance du handicap post-AVC. Environ 2 à 3 % des victimes d'AVC nécessitent un traitement complexe hautement spécialisé qui devrait se dérouler dans des centres assurant des soins maximaux. Compte tenu de la grande complexité des démarches et examens requis pour poser un diagnostic correct – ce qui suppose l'interaction de spécialistes de différentes disciplines (neurologues, internistes, neurochirurgiens, radiologues, etc.) –, une prise en charge hiérarchisée des patients victimes d'AVC est indiquée afin que les étapes nécessaires du traitement puissent être mises en œuvre immédiatement. Cela exige un personnel expérimenté très spécialisé ainsi que d'importantes prestations de réserve, toutes choses que les petits services ne peuvent souvent pas se permettre, tant en termes de personnel que de plateau technique. Pour toutes ces raisons, il est logique de regrouper les patients victimes d'AVC qui justifient un traitement hautement spécialisé dans un nombre limité de centres. De nombreuses études ont montré que la prise en charge des AVC dans des services spécialisés réduit la mortalité et l'importance du handicap après un AVC [11, 12].

Dans le cadre de la planification de la MHS, afin de garantir une prise en charge optimisée et hiérarchisée, le traitement complexe des AVC a été attribué en 2009 à 8 hôpitaux – à charge pour ceux-ci de se faire certifier comme structure de soins de niveau «Stroke Center» (SC) et de se regrouper en réseaux de soins régionaux comprenant également des hôpitaux de niveau «Stroke Unit». Les associations professionnelles de neurologie, de neurochirurgie et de neuroradiologie ont été chargées du processus de certification. Cela a permis de mettre en place des normes de qualité contraignantes en matière de prise en charge, de définir des parcours de soins et de donner le coup d'envoi à la formation de réseaux de soins coordonnés au niveau régional. Ce faisant, la Suisse a suivi l'exemple des pays avoisinants dans lesquels de tels réseaux de prise en charge pour les patients victimes d'AVC existent déjà depuis longtemps (Allemagne, R.-U. notamment). En fin de compte, l'amélioration de la coordination de la prise en charge des AVC est profitable non seulement aux patients nécessitant des soins hautement spécialisés, mais aussi à toutes les victimes d'AVC en Suisse. Ces mesures permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées et de réaliser des économies considérables.

Grâce au transfert systématique des patients concernés vers un Stroke Center, les experts suisses en AVC ont pu constater ces dernières années une amélioration de la prise en charge des AVC. Les traitements par microcathéter intra-artériel (thrombectomie) effectués dans ces centres ont sauvé la vie de nombreux patients ou ont permis de réduire sensiblement les complications à long terme [13]. La réalisation de ces traitements par microcathéter suppose la présence de spécialistes au bénéfice d'une formation spéciale comme il en existe dans les

Stroke Centers. Plusieurs médecins devant posséder l'expertise voulue sont nécessaires pour assurer une présence 24 h/24. Même pour les neuroradiologues interventionnels bien formés, un an à un an et demi sont nécessaires pour maîtriser cette technique. Par ailleurs, toutes les procédures doivent être optimisées de façon à ne perdre aucun temps précieux [14].

1.2 Exemple 2: la prise en charge dans un centre de traumatologie est bénéfique aux blessés graves

En choisissant d'attribuer des prestations dans le domaine de la prise en charge des blessés graves, l'organe de décision MHS a décidé que les blessés graves doivent être traités d'emblée dans un hôpital prodiguant des soins maximaux, autrement dit dans un centre de traumatologie. La prise en charge de patients dont le pronostic vital est engagé est un processus très complexe qui, du fait de son caractère imprévisible, exige énormément en termes d'organisation des secours et de gestion des processus et se fait en urgence. Ces lésions nécessitent un traitement interdisciplinaire spécialisé aussi rapide que possible. La rapidité du diagnostic et du traitement, leur adéquation aux lésions et le fait qu'ils soient axés sur les priorités sont cruciaux pour le pronostic. L'importance du transfert direct des blessés graves depuis le lieu de l'accident jusque dans un centre hospitalier approprié, de même que l'avantage d'une prise en charge dans un centre de traumatologie par rapport à celle dans un centre périphérique, sont amplement décrites dans la littérature scientifique [15-17]. Ces mesures s'accompagnent d'une réduction des décès évitables ainsi que d'une amélioration de l'outcome fonctionnel [18-22]. Par rapport à une prise en charge dans des centres non spécialisés, le traitement des blessés graves dans des centres de traumatologie spécialisés permet ainsi de réduire la mortalité immédiate et à long terme jusqu'à 25 % [20]. Une étude prospective (cohorte) portant sur 280 patients présentant un polytraumatisme fermé a par ailleurs montré que la mortalité était supérieure de 46 % lorsque ces polytraumatisés n'étaient pas directement évacués vers un centre de traumatologie, mais y arrivaient après avoir transité par de petits hôpitaux [23].

Un accident grave génère d'une part des coûts primaires directs et, d'autre part, des coûts indirects dus à la perte de travail⁸. Les patients touchés étant souvent jeunes et en général en bonne santé au moment de l'accident, leur perte de productivité grève lourdement la société. L'importance des coûts primaires et des coûts relatifs au suivi sont des raisons majeures plaidant pour la coordination et la concentration de la prise en charge des blessés graves au niveau régional ou supra-régional [24, 25]. L'optimisation de la prise en charge des blessés graves permet d'aboutir à des économies significatives. Or pour les chiffrer, il est nécessaire de calculer précisément et en continu les coûts des soins. Ceci sera à l'avenir possible grâce au registre suisse de traumatologie mis en place par le processus MHS.

1.3 Exemple 3: économies réalisées en protonthérapie grâce à l'abandon du projet d'un deuxième centre

L'adéquation et le caractère économiquement défendable (économicité) de la protonthérapie ne sont à ce jour scientifiquement avérés que pour un petit nombre de tumeurs (critères EAE). Seul le traitement de certaines tumeurs est donc remboursé dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS); quant aux autres types de tumeurs, l'avantage médical de la protonthérapie n'y est pas encore suffisamment démontré et continue à faire

⁸ Les allocations pour pertes de gain dans les accidents s'élevaient à environ 1,706 milliards de francs en 2011 et correspondaient à peu près à 1,4 % du montant total des prestations sociales. Le taux de progression de 2010 à 2011 était d'environ 2,3 %

l'objet d'intenses recherches cliniques. En raison de l'absence de besoins cliniques, l'organe de décision MHS s'est prononcé contre l'attribution de prestations à un deuxième centre de protonthérapie. Il a estimé que les unités de traitement actuelles et nouvellement créées à l'Institut Paul Scherrer (PSI) suffisent à fournir les prestations reconnues par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et à assurer les capacités indispensables à la réalisation d'études cliniques. Avec les places de traitement nouvellement créées, les capacités de traitement sont de l'ordre de 500-600 patients par an. Sur la base du nombre de personnes traitées pendant la période 2010-2013, les besoins actuels pour les patients suisses sont estimés à environ 200-250 patients par an.

Avec 5 postes de traitement au PSI, la Suisse dispose d'un poste de traitement pour 1,6 millions d'habitants et présente donc la plus importante densité mondiale en matière de stations de protonthérapie. La construction d'un nouveau centre de protonthérapie serait revenue à environ 350 millions de francs (projet Proton Therapy Center Zürichersee) ou 200 millions de francs (projet de l'Inselhospital Berne). Afin de garantir une offre de soins conforme aux besoins et en se fondant sur les preuves scientifiques concernant le bénéfice réel pour les patients, la décision de l'organe de décision MHS a ainsi permis de ne confier pour le moment la protonthérapie qu'au PSI et de réaliser de substantielles économies.

2 Conséquences des décisions MHS sur la prise en charge de la population suisse

La concentration de la médecine hautement spécialisée en Suisse obéit au principe d'un processus par étapes (art. 7 CIMHS), en tenant compte des particularités nationales eu égard aux régions linguistiques et à la topographie du pays. L'accessibilité des établissements revêt une très grande importance, en particulier dans les interventions en urgence telles que le traitement des blessés graves ou des AVC. Dans le domaine du traitement complexe des AVC, un réseau national de centres de prise en charge des AVC (Stroke Centers) pour les traitements hautement spécialisés, ainsi que des Stroke Units pour les traitements spécialisés, assure à tous les habitants un accès satisfaisant à une prise en charge adéquate. Le traitement des blessés graves demande la présence sur tout le territoire national de structures de soins garantissant une couverture extrêmement intensive en termes de personnel et de ressources, et ce, 24 heures sur 24 et 365 jours par an. En dehors de compétences en matière de chirurgie traumatologique, cela comprend également des compétences spécialisées en neurochirurgie, en médecine intensive, en anesthésiologie, en chirurgie plastique, en chirurgie thoracique et dans d'autres disciplines de soutien. Seul un petit nombre de structures de soins en Suisse remplissent les conditions requises pour un centre de traumatologie de niveau I. Afin d'assurer la prise en charge des urgences sur l'ensemble du territoire, les mandats de prestations ont été attribués à 12 hôpitaux.

Des nombres minimaux de cas par hôpital ont été proposés dans la littérature internationale; leur application en Suisse signifierait que certains traitements hautement spécialisés concernant un nombre de cas très faible devraient être concentrés au niveau national sur un seul centre ou sur un nombre limité de centres. Dans la perspective d'une concentration par étapes, on a dans un premier temps mis en route un processus de concentration très modéré. Il s'agissait en particulier de créer des synergies par une meilleure coordination de la chaîne de traitement et d'accroître la qualité de la prise en charge par le transfert systématique des patients vers des centres MHS. L'introduction de registres a jeté les bases qui permettront à l'avenir de mettre en œuvre une planification prospective des soins encore plus précise et fondée sur les données collectées. De plus, la garantie d'une offre de soins dans les différentes régions linguistiques a été incluse dans les décisions.

Afin de garantir une prise en charge aussi proche que possible du domicile des patients dans le cadre de la médecine hautement spécialisée, seul le traitement initial ou les interventions chirurgicales complexes sont concentrées dans un centre de médecine hautement spécialisée. Dans une stratégie de *shared care* et de parcours cliniques, certains éléments de la prévention et du suivi peuvent se dérouler à proximité du domicile des patients. Le centre MHS qui suit le patient assume à cet égard un rôle important de coordination. Par ailleurs, l'organe de décision MHS est conscient de l'importance d'un environnement hospitalier adapté à l'enfant et à sa famille pour la réussite du traitement. Il reconnaît également que la présence des parents et de la famille, de même qu'une prise en charge dans la langue maternelle, doivent être encouragées, en particulier en cas d'hospitalisation prolongée. Toutefois, pour des raisons d'assurance qualité, un processus de concentration dans le traitement initial est également indiqué dans la pédiatrie et la chirurgie pédiatrique hautement spécialisées. Cela concerne tout particulièrement les méthodes de traitement complexes comme dans les transplantations d'organes ou chez les grands brûlés.

La Suisse possède une forte densité hospitalière et un grand nombre d'hôpitaux offrant un très haut niveau de soins. En comparaison internationale, la Suisse dispose dans beaucoup de traitements hautement spécialisés d'un nombre relativement important de fournisseurs de prestations, ce qui peut se traduire par le fait que, eu égard au nombre minimal de cas nécessaire pour l'assurance qualité, certains hôpitaux traitent trop peu de patients. Pour le traitement des enfants et des adolescentes cancéreux par exemple, la Suisse possède 1 centre pour 0,9 millions d'habitants alors que l'Allemagne, le Royaume-Uni et les Pays-Bas disposent respectivement d'1 centre pour 1,6 millions d'habitants (All.), pour 3,4 millions (R.-U.) et pour 16,4 millions (P.-B.).

En résumé, on peut dire que les décisions prises à ce jour garantissent l'accès de la population suisse aux prestations de la médecine hautement spécialisée et qu'il n'existe pas de sous-capacité dans quelque domaine que ce soit. Dans certains domaines, il existerait plutôt une surcapacité par rapport à ce qu'on observe à l'étranger.

3 Conséquences des décisions sur le domaine ambulatoire

Les attributions de prestations de la médecine hautement spécialisée concernent exclusivement les soins en milieu hospitalier. Afin de pouvoir garantir une prise en charge optimale centrée sur les patients, une meilleure coordination de toute la chaîne de traitement est cependant souhaitable dans de nombreux domaines MHS, en particulier entre les soins hospitaliers et ambulatoires. Dans l'idéal, le traitement ambulatoire est réalisé en étroite coopération avec un centre MHS. Grâce à des recommandations appropriées pour une mise en réseau systématique et contraignante des centres MHS avec les structures de soins ambulatoires et hospitaliers impliquées dans la préparation et le suivi des patients concernés, il est possible d'améliorer la qualité de la prise en charge, d'élaborer des approches thérapeutiques innovantes et d'appliquer les nouvelles connaissances issues de la recherche dans la pratique quotidienne hospitalière et ambulatoire.

Compte tenu de la portée limitée des décisions MHS, il existe encore un potentiel d'optimisation dans le renforcement de la coordination de la chaîne de traitement entre les prestations MHS hospitalières et les prestations ambulatoires.

Evaluation du processus de planification actuel

1 Bilan de l'organe de décision MHS

Les cantons ont rempli le mandat qui leur est conféré par la loi. En signant la CIMHS, ils ont créé les bases légales pour une planification commune de la MHS et mis en place les organes et les structures de décision responsables de la planification et de l'exécution de la CIMHS. Depuis l'entrée en vigueur de la CIMHS, 39 domaines de prestations au total ont pu être réglementés de façon contraignante. Une concentration des prestations a pu être initiée dans bon nombre de domaines MHS et s'est traduite par une amélioration de la qualité des soins. Les conditions en matière d'assurance qualité liées à la fourniture de prestations garantissent que les fournisseurs de prestations MHS satisfont aux exigences requises en termes de spécialistes, d'infrastructure et de processus pour répondre de la qualité de la fourniture des prestations. Dans de nombreux domaines, l'introduction de registres a créé pour la première fois la possibilité de documenter la qualité des résultats. Dans certains domaines MHS, des concentrations de prestations déjà existantes ont pu être renforcées par une réglementation à caractère contraignant; ceci représente une étape importante pour notre système de santé marqué par une tendance à l'expansion et à la surcapacité. Les cantons ont clairement donné la priorité aux soins et ont exprimé nettement leur volonté de concentration de la MHS. Finalement, le processus de concentration des prestations hautement spécialisées qui a été engagé a donné une impulsion significative à une prise en charge de la population suisse adaptée aux besoins, de haute qualité et économique.

Avec la mise en œuvre de la CIMHS, les cantons se sont aventurés sur un terrain juridique inconnu et l'organisation des étapes du processus de concentration laissait une grande marge d'interprétation. Même parmi les cantons, le champ d'application de la CIMHS était diversement interprété et donc la question de la limite des compétences de planification cantonales et intercantionales. Par ses arrêts, le Tribunal administratif fédéral a clarifié les questions de procédure qui étaient en suspens et a mis en place des garde-fous pour l'organisation future du processus de décision. En 2014, l'organe de décision MHS a adapté la procédure de planification en développant les processus MHS, renforçant par là même le droit procédural des parties impliquées.

La planification de la médecine hautement spécialisée s'accompagnait également de défis à relever. Le prestige qui, pour beaucoup d'hôpitaux, est attaché aux prestations hautement spécialisées, a conduit à ce que des recours soient interjetés par des établissements qui ne remplissaient absolument pas les conditions requises en matière d'infrastructure, de processus ou de nombres minimaux de cas. A cet égard, il faut également s'attendre à l'avenir à de nouveaux recours contre les attributions de prestations MHS. Le feedback des consultations montre aussi qu'il existe certaines réserves, parfois de fond, en ce qui concerne le renforcement de la coordination de la chaîne de traitement ou le renforcement de la concentration des prestations du traitement initial. Les hôpitaux et les cantons périphériques craignent que le modèle de prise en charge hiérarchisée n'aboutisse à une détérioration des soins prodigués aux patients dans les établissements proches de leur domicile, qu'il puisse faire perdre la liberté de traitement et l'autonomie des hôpitaux et des spécialistes, ce qui entamerait leur réputation et s'accompagnerait d'une diminution de la qualité des soins, et aurait finalement des répercussions négatives sur l'attractivité de l'établissement et sur le recrutement du personnel nécessaire. Cette situation complique évidemment la planification ciblée de la MHS.

Les organes MHS sont conscients de ces défis. C'est pourquoi, sous la forme d'un état des lieux, ils ont entrepris une réorganisation de la procédure et des processus visant à poursuivre l'amélioration de ces derniers, à accroître la transparence et à renforcer la confiance dans le travail des organes MHS.

2 Evaluation du processus MHS par les parties impliquées

En 2013, les organes MHS ont demandé un état des lieux et une analyse du potentiel [26]; il s'agissait de faire un bilan intermédiaire de la première étape de planification (2009-2013) afin de pouvoir, sur la base des résultats de cette étude, optimiser la prochaine étape de planification (2014-2017). Les parties concernées par la planification de la médecine hautement spécialisée devaient également avoir la possibilité de donner leur avis sur le processus de planification actuel.

Les résultats de l'étude montrent que le travail des organes de la MHS est apprécié, et que le processus de renforcement de la coordination et de la concentration des prestations de médecine hautement spécialisée est considéré en principe comme important et nécessaire. La souveraineté des cantons en matière de planification est également reconnue. Elle correspond aux structures politiques de la Suisse et respecte l'organisation fédérale du système de santé helvétique. Les intéressés estiment que la mainmise de la Confédération sur la planification de la médecine hautement spécialisée ne serait pas justifiée.

Cependant, les personnes interrogées ont également émis des critiques sur les attributions de prestations adoptées à ce jour; elles concernent en particulier divers aspects des processus de décision et certains aspects procéduraux de la planification. Les intéressés souhaitent une meilleure communication, une transparence accrue ainsi qu'une plus grande standardisation des procédures de planification et une implication précoce et plus importante dans le processus de planification. Les organes MHS ont pris ces demandes en considération et ont adapté en conséquence le processus de concentration et de planification.

3 Bilan des cantons parties à la CIMHS

A l'occasion de l'Assemblée plénière du 21 novembre 2014, les cantons signataires de la CIMHS ont eu des débats nourris sur la planification accomplie, sur l'interprétation de la CIMHS ainsi que sur la poursuite de la planification.

Les cantons signataires de la CIMHS soutiennent la planification mise en œuvre à ce jour par les organes MHS. Depuis l'entrée en vigueur de la CIMHS en 2009, un total de 39 domaines de prestations de médecine hautement spécialisée a pu être réglementé de façon contraignante. Les cantons parties à la CIMHS apprécient ce résultat de même que le travail accompli à ce jour par les organes MHS. En ce qui concerne la planification future, les cantons demandent instamment à ce que les dispositions du Tribunal administratif fédéral soient mises en œuvre de façon systématique et, ce faisant, que le droit procédural des cantons signataires de la CIMHS et la confiance dans le processus de planification soient encore renforcés.

Les cantons ont la volonté de continuer à assumer le mandat que la loi leur confère et ne voient actuellement pas le besoin de transférer la responsabilité de la planification de la médecine hautement spécialisée à la Confédération.

Perspectives

4 Priorités de travail 2015 et 2016

En 2015 et 2016, la planification sera centrée sur la conduite de la réévaluation des domaines de prestations déjà réglementés dans le cadre de la MHS. Cela permettra d'éviter une situation de vide réglementaire et de garantir la sécurité juridique. Dans le cadre d'une phase de consolidation, la mise en œuvre des dispositions prescrites par le Tribunal administratif fédéral (TAF) constituera également une priorité pour 2015 et 2016. L'objectif avoué est de standardiser les procédures et le dispositif et d'asseoir la planification MHS sur une base juridique solide. Malgré ces défis, il ne saurait être pour autant question de négliger l'horizon de la planification à long terme. A moyen terme, afin de mettre en œuvre le mandat législatif régissant la MHS, il s'agit d'inclure de nouveaux domaines MHS dans la planification. Selon l'estimation de l'organe scientifique, les 39 domaines de prestations réglementés à ce jour correspondent environ aux trois quarts des principaux domaines MHS en Suisse.

L'organe scientifique continue quant à lui de travailler sur les thèmes du «traitement des cancers rares chez l'adulte» et de la «chirurgie cardiaque et cardiologie pédiatriques». Pour le premier, il est prévu de renforcer les aspects oncologiques dans les domaines de la chirurgie viscérale et de la neurochirurgie (tumor boards notamment), et de ne considérer séparément que quelques cancers très rares, qui exigent le plus de l'équipe soignante, pour la phase du traitement hospitalier. Les travaux préparatoires pour les domaines MHS de la chirurgie cardiaque pédiatrique et de la cardiologie pédiatrique ont déjà débuté en 2010. Il est prévu de les poursuivre dans le cadre de l'examen global de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique.

5 Domaines MHS destinés à un processus de concentration

Les associations professionnelles, les hôpitaux et d'autres acteurs concernés ont déposé diverses demandes d'inclusion de domaines de prestations dans la MHS. L'organe scientifique MHS a effectué un premier classement des domaines de prestations à traiter en priorité.

Tableau 3: liste des demandes déposées pour les futurs domaines MHS à envisager

Domaine	Remarque	Priorité
Domaine MHS de la chirurgie vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> – Demande déposée par la Société suisse de chirurgie vasculaire en 2011. – Décision de l'organe de décision du 18.9.2014: les interventions sur la carotide ne doivent pas être incluses dans le domaine du traitement complexe des AVC, mais être réglementées dans le cadre de la chirurgie vasculaire. 	Haute
Domaine MHS de la cardiologie	<ul style="list-style-type: none"> – Demande déposée par la Société suisse de chirurgie cardiaque pour l'analyse des interventions complexes dans ce domaine, 2011 – Décision de l'organe de décision du 9.9.2013 d'étudier à l'avenir les transplantations cardiaques dans le cadre de l'examen global de l'insuffisance cardiaque terminale (comprehensive heart failure centres). 	Haute

Domaine	Remarque	Priorité
Domaine MHS de la chirurgie thoracique	<ul style="list-style-type: none"> – Demande déposée par la Société suisse de chirurgie vasculaire en 2011. – Les interventions hautement spécialisées au sein de la chirurgie thoracique sont réalisées sur un trop grand nombre de sites, si bien que les exigences qualitatives requises (nombre minimal de cas notamment) ne peuvent pas être partout remplies. Qui plus est, le petit nombre de cas dans bien des hôpitaux compromet une formation postgraduée de bon aloi. 	Haute
AVC chez l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> – Demande de la Société suisse de pédiatrie et de la FMH. 	Moyenne
Médecine hyperbare	<ul style="list-style-type: none"> – Demande du canton de Genève, 2014. – La situation particulière et l'importance clinique de ce domaine exigent une appréciation immédiate et spécifique. 	Moyenne
Tumeurs oculaires	<ul style="list-style-type: none"> – Demande de l'hôpital Jules-Gonin (CHUV), 2015. – L'examen de ce domaine est à l'étude conjointement avec celui du «traitement des cancers rares» 	Basse
Interventions chirurgicales complexes en gynécologie	<ul style="list-style-type: none"> – Les interventions chirurgicales complexes en gynécologie présentent un risque élevé de complications et peuvent, si elles ne sont pas réalisées de manière appropriée, affecter considérablement la qualité de vie des patientes opérées. – L'examen de certains domaines partiels conjointement avec celui du «traitement des cancers rares» est à l'étude. 	Basse

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

Conclusion

Les cantons ont assumé leur mandat législatif et ont établi les organes et structures de décision nécessaires à l'exécution de la CIMHS. Avec l'adoption d'attribution de prestations dans 39 domaines MHS au total, les cantons ont clairement exprimé leur volonté de concentration de la médecine hautement spécialisée. Une grande partie des attributions de prestations dans ces 39 domaines n'a pas été contestée. Dans 17 domaines de prestations MHS, un ou plusieurs hôpitaux ont déposé un recours contre les attributions de prestations devant le Tribunal administratif fédéral. Les recours concernaient avant tout les domaines de la chirurgie viscérale MHS et de l'oncologie pédiatrique. Sur un total de 9250 cas inclus jusqu'alors dans la MHS, seuls 441 cas étaient concernés par les recours (c'est-à-dire que ces interventions étaient pratiquées dans les hôpitaux ayant intenté une action récursoire), soit seulement 4,7 % de l'ensemble des cas MHS.

Avec la mise en œuvre de la CIMHS, les cantons se sont aventurés sur un terrain juridique inconnu. L'organisation des étapes du processus de concentration laissait et laisse encore une grande marge d'interprétation. Les organes MHS ont assumé leur responsabilité et ont apporté diverses adaptations à la procédure de planification, renforçant ainsi le droit procédural. Les cantons ont la volonté de continuer à remplir le mandat législatif qui leur est conféré et ne voient pas la nécessité d'une intervention de la Confédération.

Références

1. HSM-Beschlussorgan. *Interkantonale Spitalliste zur hochspezialisierten Medizin, Stand 24.2.2015*. 2015; Available from: www.gdk-cds.ch.
2. Daniel, H.-D., *Gutachten Spitzenmedizin - Zusammenfassung und Dokumentation der Stellungnahmen ausländischer Experten zu den Fragen des Regierungsrates des Kantons Zürich sowie einer Zusatzfrage der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur hochspezialisierten Medizin (Spitzenmedizin)*, 2006.
3. Collerette, P.M., Peter; Baumgartner, Gustav, *Organisation der Hochspezialisierten Medizin in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Kantone Basel-Stadt und Bern Empfehlungen an die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Bern*, 2006.
4. Bundesamt für Statistik, *Hochspezialisierte Medizin in der Schweiz Behandlungsfälle, Leistungserbringer und Behandlungsaufwand 2005*, 2007.
5. Fachausschuss Hochspezialisierte Medizin der Spitalversorgungskommission, *Zur Abgrenzung hochspezialisierter Behandlungsverfahren im Kanton Bern*, 2008.
6. Parks, R.W., et al., *Benefits of specialisation in the management of pancreatic cancer: results of a Scottish population-based study*. Br J Cancer, 2004. **91**(3): p. 459-65.
7. Van Heek, N.T., et al., *Hospital volume and mortality after pancreatic resection: a systematic review and an evaluation of intervention in the Netherlands*. Ann Surg, 2005. **242**(6): p. 781-8, discussion 788-90.
8. Borowski, D.W., et al., *Volume-outcome analysis of colorectal cancer-related outcomes*. Br J Surg, 2010. **97**(9): p. 1416-30.
9. Birkmeyer, J.D., et al., *Hospital volume and surgical mortality in the United States*. N Engl J Med, 2002. **346**(15): p. 1128-37.
10. Birkmeyer, J.D., et al., *Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States*. The New England Journal of Medicine, 2003. **349**(22): p. 2117-27.
11. Gostynski, M., et al., *Incidence of first-ever ischemic stroke in the Canton Basle-City, Switzerland: a population-based study 2002/2003*. J Neurol, 2006. **253**(1): p. 86-91.
12. Feigin, V.L., et al., *Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet, 2014. **383**(9913): p. 245-54.
13. *Bei Schlaganfall hilft ein Mikrokatheter*, in *Tages-Anzeiger* 2015.
14. Dopheide, S., *Wissenschaftlicher Durchbruch für die "Thrombektomie"*. Informationsdienst Wissenschaft, 2015.
15. Haas, B., et al., *The mortality benefit of direct trauma center transport in a regional trauma system: a population-based analysis*. J Trauma Acute Care Surg, 2012. **72**(6): p. 1510-5; discussion 1515-7.
16. Garwe, T., et al., *Survival benefit of transfer to tertiary trauma centers for major trauma patients initially presenting to nontertiary trauma centers*. Acad Emerg Med, 2010. **17**(11): p. 1223-32.
17. Cudnik, M.T., et al., *Level I versus Level II trauma centers: an outcomes-based assessment*. J Trauma, 2009. **66**(5): p. 1321-6.
18. Celso, B., et al., *A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems*. J Trauma, 2006. **60**(2): p. 371-8; discussion 378.
19. De Britz, J.N. and A.N. Pollak, *The impact of trauma centre accreditation on patient outcome*. Injury, 2006. **37**(12): p. 1166-71.
20. MacKenzie, E.J., et al., *A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality*. N Engl J Med, 2006. **354**(4): p. 366-78.
21. DuBose, J.J., et al., *Effect of trauma center designation on outcome in patients with severe traumatic brain injury*. Arch Surg, 2008. **143**(12): p. 1213-7; discussion 1217.
22. Nathens, A.B., et al., *Relationship between trauma center volume and outcomes*. JAMA, 2001. **285**(9): p. 1164-71.

23. Osterwalder, J.J., *Could a regional trauma system in eastern Switzerland decrease the mortality of blunt polytrauma patients? A prospective cohort study.* J Trauma, 2002. **52**(6): p. 1030-6.
24. Probst, C., et al., *[The economic challenges of polytrauma care]*. Unfallchirurg, 2009. **112**(11): p. 975-80.
25. MacKenzie, E.J., et al., *The value of trauma center care.* J Trauma, 2010. **69**(1): p. 1-10.
26. Diebold, M.S., Tina; Niederhauser, Andrea; Oetterli, Manuela; Balthasar, Andreas, *Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) - Standortbestimmung und Potenzialanalyse - Executive Summary*, 2014, www.gdk-cds.ch.

Annexes

A-1 Questionnaire du Département fédéral de l'intérieur

Mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS): catalogue de questions à l'intention des cantons

1. Définition et fondements

- 1.1 Est-ce que les définitions ont été établies ou transposées dans une nomenclature reconnue et vérifiable avec des données de routine (ICD/CHOP) ?
- 1.2 Comment, respectivement selon quels critères, un domaine partiel déterminant pour la planification de la MHS est-il défini et délimité ?
- 1.3 Comment, respectivement selon quels critères, les domaines partiels de la MHS sont-ils délimités entre eux ?
- 1.4 Selon quelles étapes de la planification a lieu la planification d'un domaine partiel de la MHS ? Les étapes de la planification s'appuient-elles de manière compréhensible sur les critères de planification (art 58a à 58e OAMal) ?
- 1.5 Quels sont les critères appliqués pour l'appréciation et le choix des fournisseurs de prestations et selon quelles modalités ?
- 1.6 Comment s'effectue l'appréciation et l'évaluation des institutions sur la base des critères du caractère économique et de qualité de la fourniture de prestations ?
- 1.7 Comment est-il garanti que seul le domaine stationnaire soit planifié ?
- 1.8 Comment les décisions des organes de la MHS sont-elles intégrées dans les planifications hospitalières, respectivement dans les décisions des cantons concernant l'attribution des mandats de prestations ?
- 1.9 Les mandats de prestations sont-ils liés à une obligation de livrer des données ? Si oui, quelles données doivent être transmises ?
- 1.10 Les mandats de prestations sont-ils liés à des conditions ?

2. Mise en oeuvre

- 2.1 Quels problèmes sont survenus lors de la planification du point de vue de la technique de planification, de la politique de planification et en rapport avec la procédure de planification ?
- 2.2 Dans quels domaines partiels de la MHS les décisions d'attribution édictées sont-elles déjà exécutoires pour tous les fournisseurs de prestations concernés ? A partir de quand les décisions seront-elles mises en œuvre et quel est le calendrier prévu ?
- 2.3 Pour quels domaines partiels de la MHS abrogés suite à un jugement du Tribunal administratif fédéral n'existe-t-il pas encore de décision exécutoire pour tous les

fournisseurs de prestations ? Jusqu'à quelle date les décisions correspondantes seront-elles prises ?

- 2.4 Quels sont les domaines partiels déjà définis en tant que MHS, mais qui ne font pas encore l'objet d'une décision correspondante ? Jusqu'à quelle date les décisions correspondantes seront-elles prises ?
- 2.5 Quels domaines de prestations doivent encore faire partie de la planification de la MHS à court terme et pourraient/devraient/ être classés en tant que MHS ?
- 2.6 Dans quelle mesure des organismes privés ont reçu/recevront des mandats de prestations de la MHS ?

3. Estimation et développement

- 3.1 Quels domaines de prestations pourraient/devraient relever à l'avenir de la MHS et être planifiés dans le sens d'une planification continue également pour toute la Suisse ? Dans quel horizon temporel ?
- 3.2 Est-ce que les cantons estiment qu'il y a un besoin de modification dans la planification de la MHS ?
- 3.3 Quelle est l'appréciation des cantons sur l'état de la planification de la MHS en général et par domaine partiel ?
- 3.4 Dans quelle mesure les domaines partiels de la MHS sont-ils agrégés en fonction de leur interdépendance afin d'exploiter des synergies ?
- 3.5 Quelle est l'acceptation des cantons envers la planification établie jusqu'à présent ?
- 3.6 Comment les cantons voient-ils la poursuite de planification hospitalière dans le sens d'une planification continue dont les buts sont d'actualiser les décisions de planification et d'intégrer de nouveaux domaines partiels de la MHS ? Dans quel laps de temps est-il prévu d'actualiser la planification hospitalière ? Avec quelles structures organisationnelles ?
- 3.7 Les cantons prévoient-ils un monitoring de l'approvisionnement dans la planification de la MHS ?
- 3.8 Les cantons voient-ils la nécessité d'une intervention subsidiaire du Conseil fédéral ? Si oui, dans quels domaines partiels et sous quelle forme ?

4. Effets/évaluation

- 4.1 En comparaison avec l'offre antérieure, dans quels domaines partiels la planification de la MHS a-t-elle conduit à une concentration des mandats de prestations dans toute la Suisse ? Dans quels domaines partiels est-ce que ce sera le cas ?
- 4.2 Quels effets peuvent être constatés, ou estimés, sur les coûts et sur la qualité de la fourniture des prestations ?
- 4.3 Est-ce que des effets de la planification de la MHS sur la fourniture des prestations dans le domaine ambulatoire peuvent déjà être constatés ? Quels sont les problèmes en la matière ?
- 4.4 L'approvisionnement de la population en prestations de la MHS est-il garanti ?
- 4.5 Est-ce qu'un sur-approvisionnement ou un sous-approvisionnement a été constaté dans certains domaines de la MHS ?
- 4.6 Est-ce que l'application des décisions est vérifiée ? Quel est le résultat de cette vérification ?

A-2 Nombres de cas dans les domaines MHS

Tableau 4: récapitulatif du nombre de cas par domaine de prestations

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

Domaine MHS	Nombre de cas (moyenne)*
– Traitement des sarcomes des tissus mous et des tumeurs osseuses malignes	15
– Traitement des tumeurs du système nerveux central	30
	80
Chirurgie viscérale hautement spécialisée	2910
– Résection œsophagienne	360
– Résection hépatique	610
– Résection pancréatique	690
– Résection rectale profonde	500
– Chirurgie bariatrique complexe	750
Total	9250

* Les nombres de cas correspondent à la moyenne des 2 dernières années disponibles.
 Source: Statistique médicale des hôpitaux, diverses années, exploitation interne.

A-3 Récapitulatif des registres de qualité des résultats

Tableau 5: synopsis des registres par domaine de prestations MHS

Domaine MHS	Nom du registre	Forme	Statut
Transplantations d'organes	Swiss Transplant Cohort Study	Registre existant	En service
Transplantations de cellules souches	Registre STABMT	Registre existant	En service
Implants cochléaires	Base de données CICH	Remise à neuf d'un registre existant	En service
Brûlures graves	MHS minimal dataset for burns patients	Ensemble minimum de données de deux registres (internes à un service) existants	En service (depuis le 1 ^{er} .1.2014)
Blessés graves	Registre suisse de traumatologie (RST)	Nouveau registre	En service (depuis le 1 ^{er} .1.2015)
Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux	Swiss Stroke Registry	Nouveau registre	En service (depuis le 1 ^{er} .1.2014)
Neurochirurgie	Swiss HSM Registry Neuro	Nouveau registre	En cours de création
Oncologie pédiatrique	Registre suisse du cancer de l'enfant	Registre existant	En service
Chirurgie viscérale	Registre MHS de chirurgie viscérale	Rattachement au registre AQC existant	En service (depuis le 1 ^{er} .7.2014)

A-4 Liste des décisions relatives à la planification de la médecine hautement spécialisée: liste hospitalière CIMHS

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Neurochirurgie Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire chez l'adulte	21.06.2011	25/4671	- Universitätsspital Basel - Universitätsspital Zürich - Hôpitaux Universitaires de Genève	31.12.2014
Neurochirurgie Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde (deep brain stimulation) chez l'adulte	21.06.2011	25/4675	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne - Inselspital Bern - Kantonsspital St. Gallen - Universitätsspital Zürich	31.12.2014
Neurochirurgie Pathologies vasculaires du système nerveux central (SNC) autres que les anomalies vasculaires complexes	21.06.2011	25/4679	- Universitätsspital Zürich - Universitätsspital Basel - Inselspital Bern - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Hôpitaux Universitaires de Genève - Kantonsspital Aarau - Kantonsspital St. Gallen - Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano - HirslandenKlinik Zürich*	31.12.2014
Neurochirurgie Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du système nerveux central (SNC)	21.06.2011	25/4684	- Universitätsspital Zürich - Inselspital Bern	31.12.2014

Informations sur l'état de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux Universitaires de Genève - HirslandenKlinik Zürich* 	
Neurochirurgie Tumeurs rares de la moelle épinière	21.06.2011	25/4688	<ul style="list-style-type: none"> - Universitätsspital Zürich - Kantonsspital St. Gallen - Universitätsspital Basel - Inselspital Bern - Kantonsspital Luzern - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne - Hôpitaux Universitaires de Genève - HirslandenKlinik Zürich* 	31.12.2014
Traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux	21.06.2011	25/4692	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux Universitaires de Genève - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Inselspital Bern - Universitätsspital Basel - Universitätsspital Zürich - Kantonsspital St. Gallen - Kantonsspital Aarau - Ente Ospedaliero Cantonale, site de l'Ospedale Regionale di Lugano - HirslandenKlinik Zürich* 	31.12.2014
Traitement des blessés graves	21.06.2011	25/4699	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux Universitaires de Genève - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois 	31.12.2014

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - Inselspital Bern - Universitätsspital Basel - Universitätsspital Zürich - Kantonsspital St.Gallen - Luzerner Kantonsspital - Kantonsspital Aarau - Kantonsspital Graubünden - Kantonsspital Winterthur - Ente Ospedaliero Cantonale, site de l'Ospedale Regionale di Lugano - Gesundheitsnetz Wallis, site de Sion 	
Examens spéciaux pour les immunodéficiences primitives (génétiques) chez l'enfant	01.11.2011	44/8075	<ul style="list-style-type: none"> - Kinderspital Zürich 	31.12.2015
Traitement des brûlures graves chez l'enfant	01.11.2011	44/8078	<ul style="list-style-type: none"> - Centre universitaire romand des brûlés (CURB) sis dans le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) à Lausanne - Centre pour brûlés du Kinderspital Zürich - Kantonsspital Aarau* - Inselspital Bern* - Universitäts-Kinderspital beider Basel* - Luzerner Kantonsspital* - Ente Ospedaliera Cantonale* 	31.12.2015
Chirurgie trachéale complexe élective chez l'enfant	01.11.2011	44/8084	<ul style="list-style-type: none"> - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne 	31.12.2015

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Chirurgie complexe élective du foie et des voies biliaires chez l'enfant	01.11.2011	44/8087	- Hôpitaux Universitaires de Genève	31.12.2015
Transplantations d'organes (poumons, foie, reins) chez l'enfant <i>Les transplantations combinées de plusieurs organes (cœur-poumon, foie-rein notamment) ne font pas partie de cette décision d'attribution.</i>	01.11.2011	44/8090	<i>Transplantations pulmonaires:</i> - Universitätsspital Zürich <i>Transplantations hépatiques</i> - Hôpitaux Universitaires de Genève <i>Transplantations rénales</i> - Universitätsspital Zürich (conjointement avec le Kinderspital Zürich) - Inselspital Bern - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois <i>Donneurs vivants de reins chez les enfants plus âgés: la transplantation peut avoir lieu à l'hôpital universitaire de Bâle sous réserve de l'accord de l'Inselspital de Berne.</i>	31.12.2015
Traitement du rétinoblastome chez l'enfant	01.11.2011	44/8095	- Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV (Hôpital ophtalmique Jules-Gonin)	31.12.2015
Soins intensifs pour les nouveau-nés	01.11.2011	44/8099	- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Inselspital Bern - Universitäts-Kinderspital beider Basel - Universitätsspital Zürich (USZ) (conjointement avec le Kinderspital)	31.12.2015

Informations sur l'état de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée

Entscheidung/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			Zürich) - Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (conjointement avec le Kantonsspital St. Gallen) - LuzernerKantonsspital (LUKS) - Kantonsspital Aarau (KSA) - Kantonsspital Graubünden (KSGR) - Kantonsspital Winterthur*	
Traitement des mono et polytraumatismes graves, y compris les traumatismes crânio-cérébraux, chez l'enfant	20.12.2011	51/9276	- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Inselspital Bern - Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) - Kinderspital Zürich - Ostschweizer Kinderspital (conjointement avec le Kantonsspital St. Gallen) - Luzerner Kantonsspital (LUKS) - Kantonsspital Graubünden (KSGR) avec restrictions	31.12.2015
Diagnostic et prise en charge des troubles métaboliques congénitaux spéciaux du métabolisme chez l'enfant	20.12.2011	51/9282	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Inselspital Bern - Kinderspital Zürich	31.12.2015
Bilan préopératoire spécifique pour le traitement neuro-chirurgical de l'épilepsie chez l'enfant	20.12.2011	51/9285	- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Schweizerisches Epilepsiezentrum (conjointement avec le Kinderspital Zürich)	31.12.2015

Informations sur l'état de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Oncologie pédiatrique Traitement des enfants et adolescents cancéreux en milieu hospitalier	10.09.2013	35/6773	<ul style="list-style-type: none"> - Kantonsspital Aarau (service de pédiatrie) - Inselspital Bern (Kinderspital) - Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (Hôpital des Enfants) - Luzerner Kantonsspital (service de pédiatrie) - Ostschweizer Kinderspital - Ospedale Regionale di Bellinzona (service de pédiatrie) - Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich - Kantonsspital Graubünden* 	31.12.2015
Oncologie pédiatrique Application des transplantations de cellules souches hématopoïétiques (autologues et allogéniques)	10.09.2013	35/6781	<p><i>Transplantations de cellules souches autologues:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inselspital Bern - Kinderspital Zürich <p><i>Transplantations de cellules souches allogéniques:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Kinderspital Zürich 	31.12.2016
Oncologie pédiatrique Traitement des neuroblastomes	10.09.2013	35/6783	<ul style="list-style-type: none"> - Inselspital Bern (Kinderspital) - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich 	31.12.2015

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - Luzerner Kantonsspital* - Ostschweizer Kinderspital* 	
<p>Oncologie pédiatrique Traitement des sarcomes des tissus mous et des tumeurs osseuses malignes</p>	10.09.2013	35/6786	<p><i>Membres (jambes, bras):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) - Hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich (en collaboration avec l'Universitätsklinik Balgrist) <p><i>Tronc (bassin, abdomen et thorax)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inselspital (Kinderspital) - Hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich (en collaboration avec l'Universitätsklinik Balgrist) - Luzerner Kantonsspital* - Ostschweizer Kinderspital* 	31.12.2015
<p>Oncologie pédiatrique Traitement des tumeurs du système nerveux central</p>	10.09.2013	35/6789	<ul style="list-style-type: none"> - Inselspital Bern (Kinderspital) - Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) - HUG Genève (Hôpital des Enfants) - Hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich - Luzerner Kantonsspital* - Ostschweizer Kinderspital* 	31.12.2015

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Chirurgie viscérale hautement spécialisée Résection œsophagienne	10.09.2013	35/6792	<p><i>Mandat de prestations définitif (4 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital) - BS: St. Claraspital Basel - FR: Hôpital fribourgeois (site de Fribourg) - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - SG: Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall) - VD: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - ZH: Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur <p><i>Mandat de prestations provisoire (2 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Baden - BE: Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG) - BL: Kantonsspital Baselland (site de Liestal) - BS: Universitätsspital Basel - LU: Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne) - VS: Hôpital du Valais (RSV) (site de l'hôpital de Sion) - ZH: Stadtpital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG - AG: Kantonsspital Aarau* - BE: Privatklinik Linde* - BE: Lindenhof AG* - GE: La Tour Réseau de Soins SA* - GL : Kantonsspital Glarus* - GR : Kantonsspital Graubünden* 	<p><u>Définitif:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisoire:</u> 31.12.2015</p>

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - LU : Klinik St. Anna* - TG: Spital Thurgau* - VD: Hirslanden Lausanne SA* - VD: Clinique de la Source* - ZG: Zuger Kantonsspital* 	
Chirurgie viscérale hautement spécialisée Résection hépatique	10.09.2013	35/6801	<p><i>Mandat de prestations définitif (4 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital) - BL: Kantonsspital Baselland (site de Liestal) - BS: Universitätsspital Basel - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - SG: Kantonsspital St. Gallen - VD: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - ZH: Universitätsspital Zürich, StadtspitalTriemli <p><i>Mandat de prestations provisoire (2 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Baden, Kantonsspital Aarau - BE: Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG) - BS: St. Claraspital Basel - GR: Kantonsspital Graubünden (site de Coire) - LU: Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne) - TG: Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Münsterlingen) - TI: Ente Ospedaliero Cantonale (site de l'Ospedale Regionale di 	<p><u>Définitif:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisoire:</u> 31.12.2015</p>

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			Bellinzona) - VS: Hôpital du Valais (RSV) (site de l'hôpital de Sion) - ZH: Kantonsspital Winterthur, Klinik Hirslanden Zürich AG - AG: Hirslanden Klinik Aarau* - BE: Privatlinik Linde* - GE: Clinique La Colline* - GE: La Tour Réseau de Soins SA* - GL : Kantonsspital Glarus* - GR : Kantonsspital Graubünden* - LU : Klinik St. Anna* - SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz* - TG: Spital Thurgau* - VD: Hirslanden Lausanne SA* - VD: Clinique de la Source* - ZG: Zuger Kantonsspital* - ZH: Klinik Im Park AG*	
Chirurgie viscérale hautement spécialisée Résection pancréatique	10.09.2013	35/6809	<i>Mandat de prestations définitif (4 ans)</i> - BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital) - BS: St. Claraspital Basel - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - LU: Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne) - SG: Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall)	<u>Définitif:</u> 31.12.2017 <u>Provisoire:</u> 31.12.2015

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

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - GE: Clinique La Colline* - GE: La Tour Réseau de Soins SA* - GL : Kantonsspital Glarus* - GR : Kantonsspital Graubünden* - LU : Klinik St. Anna* - SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz* - TG: Spital Thurgau* - UR: Kantonsspital Uri* - VD: Hirslanden Lausanne SA* - VD: Clinique de la Source* - ZG: Zuger Kantonsspital* - ZH: Klinik Im Park AG* 	
Chirurgie viscérale hautement spécialisée Résection rectale profonde	10.09.2013	35/6817	<p>Mandat de prestations provisoire (2 ans)</p> <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden - BE: Inselspital/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital), Spitalnetz Bern/Inselspital (site du Tiefenauspital), Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Spitalregion Oberaargau SRO (site du Spital Langenthal), Spital STS AG (site du Spital Thun) - BL: Kantonsspital Baselland (site de Liestal) - BS: Universitätsspital Basel, St. Claraspital Basel - FR: Hôpital fribourgeois (site de Fribourg) 	31.12.2015

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

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<p>Spital Uster,</p> <ul style="list-style-type: none"> - AG: Hirslanden Klinik Aarau* - BE: Privatlinik Linde* - BE: Regionalspital Emmental* - BE: Spitalzentrum Biel* - FR: Hôpital Daler* - GE: Clinique Générale-Beaulieu* - GE: La Tour Réseau de Soins SA* - GL : Kantonsspital Glarus* - GR : Kantonsspital Graubünden* - SZ : Klinik Stephanshorn (Hirslanden) * - SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz* - TG: Spital Thurgau* - TI: Clinica Luganese SA* - UR: Kantonsspital Uri* - VD: Hirslanden Lausanne SA* - VD: Clinique de la Source* - VD/VS: Hôpital du Chablais, Hôpital Riviera-Chablais* - ZG: Zuger Kantonsspital* - ZH: Spitalverband Bülach* - ZH: Spital Männedorf* 	

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Chirurgie viscérale hautement spécialisée Chirurgie bariatrique complexe	10.09.2013	35/6826	Mandat de prestations provisoire (2 ans) <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden - BE: Inselspital/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital), Spitalnetz Bern/Inselspital (site du Tiefenauspital), Spitalzentrum Biel-Bienne, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG) - BS: St. Claraspital Basel, Universitätsspital Basel - FR: Hôpitalfribourgeois (site de Fribourg) - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - GR: Kantonsspital Graubünden (site de Coire) - LU: Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne) - SG: Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall) - SH: Spitäler Schaffhausen (site de Schaffhausen) - SO: Solothurner Spitäler AG (site du Kantonsspital Olten) - SZ: Spital Lachen - TG: Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Frauenfeld) - TI: Ente Ospedaliero Cantonale (site de l'Ospedale Regionale di Bellinzona) - VD: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (site de l'hôpital de Nyon) - VD/VS: Hôpital du Chablais - ZH: Universitätsspital Zürich, 	31.12.2015

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<p>Stadtpital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG, Spital Limmattal, GZO Spital Wetzikon</p> <ul style="list-style-type: none"> - BL: Kantonsspital Baselland (Bruderholz) * - BE: Privatklinik Linde* - FR: Hôpital Daler* - GE: La Tour Réseau de Soins SA* - GR : Kantonsspital Graubünden* - LU : LuzernerKantonsspital* - LU : Klinik St. Anna* - SZ : Klinik Stephanshorn (Hirslanden) * - SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz* - TG: Spital Thurgau* - VD: Hirslanden Lausanne SA* - VD: Clinique de la Source* - VD: Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois* 	
Brûlures graves chez l'adulte	27.11.2013	46/8843	<ul style="list-style-type: none"> - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Centre Universitaire Romand des Brûlés (CURB)) - Universitätsspital Zürich (Centre des brûlés) 	31.12.2016
Protonthérapie	27.11.2013	46/8847	<ul style="list-style-type: none"> - Paul Scherrer Institut (PSI) à Villigen 	31.12.2016

Informations sur l'état de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Transplantations d'organes chez l'adulte Transplantations cardiaques	27.11.2013	46/8850	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Inselspital Universitätsspital Bern - Universitätsspital Zürich	31.12.2016
Transplantations d'organes chez l'adulte Transplantations hépatiques	27.11.2013	46/8853	- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Inselspital Universitätsspital Bern - Universitätsspital Zürich	31.12.2016
Transplantations d'organes chez l'adulte Transplantations pulmonaires	27.11.2013	46/8856	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Universitätsspital Zürich	31.12.2016
Transplantations d'organes chez l'adulte Transplantations rénales	27.11.2013	46/8859	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Inselspital Universitätsspital Bern - Kantonsspital St. Gallen - Universitätsspital Basel - Universitätsspital Zürich	31.12.2019
Transplantations d'organes chez l'adulte Transplantations pancréatiques	27.11.2013	46/8862	- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Universitätsspital Zürich	31.12.2016
Transplantations de cellules souches hématopoïétiques (TCSH) chez l'adulte	27.11.2013	46/8865	- Universitätsspital Basel - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Universitätsspital Zürich	31.12.2016

Informations sur l'état de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée

Entscheid/Décision/Decisione	Date	Feuille fédérale n°/ page	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Implants cochléaires	27.11.2013	46/8868	<ul style="list-style-type: none"> - Universitätsspital Basel - Inselspital Universitätsspital Bern - Centre Romand d'Implants Cochléaires (CRIC) (HUG/CHUV) - Luzerner Kantonsspital - Universitätsspital Zürich 	31.12.2019

Légende:

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