



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

Réévaluation

Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée

Rapport explicatif pour l'attribution des prestations

RAPPORT FINAL

Berne, 31 janvier 2019

Maison des cantons
Speichergasse 6
Case postale
CH-3001 Berne

+41 (0)31 356 20 20

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

Impressum

Rédaction	Document rédigé par l'organe scientifique MHS dans le cadre des travaux de planification pour la mise en œuvre de la CIMHS, et adopté par l'organe de décision MHS. Ce document est également disponible en français. La version allemande fait foi.
Direction du projet	Katharina Schönbucher Seitz, Matthias Fügi, Ph.D.
Collaboration	Florian Remund, Florian Eberhard
Traduction	Dr Raphaël Brenner
Correspondance	Secrétariat de projet MHS, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Speichergasse 6, Case postale, 3001 Berne
Source	Cette publication peut être obtenue en français et en allemand auprès du secrétariat de projet MHS.
Nom du document	10-9-11/BT_Visz_Re1_Zuteil_SchlussBT_Pub_20190219_def_f.docx

Table des matières

1	Résumé	3
2	Mandat	5
3	Contexte	5
4	Résultats de l'audition	13
4.1	Avis	13
4.1.1	Généralités / aspects concernant l'ensemble des domaines partiels	13
4.1.2	Résections œsophagiennes	16
4.1.3	Résections pancréatiques	18
4.1.4	Résections hépatiques	19
4.1.5	<i>Résections rectales profondes</i>	20
4.1.6	<i>Chirurgie bariatrique complexe</i>	22
4.2	Appréciation de l'organe scientifique MHS	25
4.3	Conclusions	29
5	Critères de planification	31
5.1	Principes de planification selon la CIMHS	31
5.2	Critères de planification des soins	31
5.3	Critères pour l'évaluation des fournisseurs de prestations	32
6	Analyse des besoins en soins	34
6.1	Analyse de la situation actuelle	34
6.1.1a	Résections œsophagiennes : nombres de cas par hôpital	34
6.1.1b	Résections œsophagiennes : flux de patients	37
6.1.2a	Résections pancréatiques : nombres de cas par hôpital	39
6.1.2b	Résections pancréatiques : flux de patients	42
6.1.3a	Résections hépatiques : nombres de cas par hôpital	45
6.1.4a	<i>Résections rectales profondes : nombres de cas par hôpital</i>	50
6.1.4b	<i>Résections rectales profondes : flux de patients</i>	54
6.1.5a	<i>Chirurgie bariatrique complexe : nombres de cas par hôpital</i>	58
6.1.5b	<i>Chirurgie bariatrique complexe : flux de patients</i>	62
6.2	Prévision des besoins	66
6.2.1	Résections œsophagiennes	66
6.2.2	Résections pancréatiques	67
6.2.3	Résections hépatiques	67
6.2.4	<i>Résections rectales profondes</i>	68
6.2.5	<i>Chirurgie bariatrique complexe</i>	68

6.3	Besoins futurs en soins : capacités supplémentaires des candidats	69
6.3.1	Résections œsophagiennes	69
6.3.2	Résections pancréatiques	70
6.3.3	Résections hépatiques	71
6.3.4	<i>Résections rectales profondes</i>	72
6.3.5	<i>Chirurgie bariatrique complexe</i>	73
7	Evaluation des candidatures soumises	75
7.1	Résections œsophagiennes	75
7.2	Résections pancréatiques	80
7.3	Résections hépatiques	86
8	Procédure d'évaluation	92
9	Attribution pour la fourniture des prestations MHS	93
9.1	Résections œsophagiennes	93
9.2	Résections pancréatiques	95
9.3	Résections hépatiques	97
10	Remarque finale	99
11	Annexes	100
A1	Exigences spécifiques auxquelles doivent satisfaire les fournisseurs de prestations	100
B1	Exigences auxquelles les tumor boards MHS doivent obligatoirement satisfaire	108
B2	Ensemble minimal de données	111
B3	Références	114
A2	Méthodologie de l'examen de l'économicité	139
A3	Méthodologie de l'analyse des besoins	143
A4	Destinataires	145
A5	Liste des abréviations	149

1 Résumé

Les interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale ont, en tant que domaine médical, été rattachées pour la première fois à la médecine hautement spécialisée (MHS) en 2013. Simultanément, les premiers mandats de prestations dans cinq domaines partiels de la chirurgie viscérale hautement spécialisée (résections œsophagiennes, pancréatiques, hépatiques, résections rectales profondes ainsi que chirurgie bariatrique complexe) ont été attribués à divers centres. Ces décisions, ainsi que les mandats de prestations provisoires et définitifs y afférents, étaient en vigueur jusqu'au 31.12.2015 ou le sont jusqu'au 31.12.2017 et font l'objet de la présente réévaluation.

La décision de l'organe de décision MHS du 21 janvier 2016 sur le rattachement de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée à la MHS a été publiée dans la Feuille fédérale du 9 février 2016. Conformément à cette décision, le domaine MHS retenu comprend les traitements suivants :

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

Conformément à l'arrêt du Tribunal administratif fédéral (C-2251/2015) du 9 juin 2016, les décisions de rattachement à la MHS ne sont pas susceptibles de recours et acquièrent donc force exécutoire à partir du moment où elles ont été arrêtées par l'organe de décision MHS.

Une procédure de candidature a été organisée fin 2016. 52 hôpitaux ou sites hospitaliers se sont portés candidats à un mandat de prestations en chirurgie viscérale MHS (en vue de l'intégration sur la liste des hôpitaux MHS). 20 candidatures ont été soumises pour les résections œsophagiennes, 29 pour les résections pancréatiques, 26 pour les résections hépatiques¹, 47 pour les résections rectales profondes et 35 pour la chirurgie bariatrique complexe, soit en tout 157 candidatures.

Lors de l'établissement de la liste des hôpitaux MHS, on a tenu compte aussi bien des critères de planification de la CIMHS² que des critères de planification des soins figurant dans la LAMal³ et l'OAMal⁴. En se basant sur ces critères, l'organe scientifique MHS a fixé des exigences spécifiques qu'un hôpital doit remplir pour recevoir un mandat de prestations MHS. Ces exigences ont été déterminées sur la base de la littérature scientifique et portées à la connaissance des intéressés avec le dossier de candidature. Leur respect a été contrôlé lors de l'évaluation des fournisseurs de prestations. L'organe scientifique MHS a, ce faisant, procédé strictement selon les critères retenus.

Compte tenu de la recommandation de l'organe scientifique MHS, l'organe de décision MHS décide d'attribuer un mandat de prestations limité à six ans aux fournisseurs de prestations suivants :

Résections œsophagiennes : St. Claraspital AG, Basel ; Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern ; Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne ; Kantonsspital St. Gallen, site de St-

¹ Un candidat a retiré sa candidature aux résections hépatiques à l'occasion de l'audition.

² Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée.

³ Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) ; RS 832.10.

⁴ Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) ; RS 832.102.

Gall ; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne ; Hirslanden Klinik AG, Zürich ; Stadtsptal Triemli, Zürich ; Universitätsspital Zürich.

Résections pancréatiques : Kantonsspital Aarau AG ; Kantonsspital Baden AG, site de Baden ; Kantonsspital Baselland, site de Liestal ; St. Claraspital AG, Basel ; Universitätsspital Basel ; Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site ; Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern ; Les hôpitaux universitaires de Genève ; Kantonsspital Graubünden, Chur ; Klinik St. Anna AG, Luzern ; Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne ; Kantonsspital St. Gallen, site de St-Gall ; Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano ; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne ; Hirslanden Klinik AG, Zürich ; Kantonsspital Winterthur ; Stadtsptal Triemli, Zürich ; Universitätsspital Zürich.

Résections hépatiques : Kantonsspital Aarau AG ; St. Claraspital AG, Basel ; Universitätsspital Basel ; Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site ; Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern ; Les hôpitaux universitaires de Genève ; Kantonsspital Graubünden, Chur ; Klinik St. Anna AG, Luzern ; Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne ; Kantonsspital St. Gallen, site de St-Gall ; Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano ; Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld ; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne ; Hirslanden Klinik AG, Zürich ; Kantonsspital Winterthur ; Stadtsptal Triemli, Zürich ; Universitätsspital Zürich.

L'attribution d'autres mandats de prestations est impossible en raison de la concentration prescrite par la LAMal et/ou du non-respect des critères.

Pour les résections rectales profondes et la chirurgie bariatrique complexe, l'organe de décision MHS ne s'est pas encore prononcé, mais a chargé l'organe scientifique MHS de réexaminer les exigences requises pour l'attribution des mandats de prestations.

Certains passages concernant l'évaluation de ces deux domaines partiels (résections rectales profondes et chirurgie bariatrique complexe) n'ont pas été retirés du présent rapport pour des raisons de transparence vis-à-vis des hôpitaux candidats à un mandat de prestations. Ces passages sont facilement identifiables, car ils figurent en caractères gris et italiques.

2 Mandat

Les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS) (Art. 39, al. 2^{bis}, LAMal). C'est à cette fin qu'ils ont signé la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)⁵, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, et se sont ainsi engagés, dans l'intérêt d'une prise en charge médicale adaptée aux besoins, de haute qualité et économique, à planifier et à attribuer de conserve les prestations hautement spécialisées. Les décisions d'attribution prises dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS ont force légale dans toute la Suisse et, en vertu de l'art. 9, al. 2, de la CIMHS, prévalent sur les attributions de prestations cantonales.

3 Contexte

Les interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale ont, en tant que domaine médical, été rattachées pour la première fois à la médecine hautement spécialisée en 2013. Simultanément, les premiers mandats de prestations dans cinq domaines partiels (résections œsophagiennes, résections pancréatiques, résections hépatiques, résections rectales profondes et chirurgie bariatrique complexe) de la chirurgie viscérale hautement spécialisée ont été attribués à divers centres.⁶ Ces décisions, ainsi que les mandats de prestations provisoires et définitifs y afférents, étaient en vigueur jusqu'au 31.12.2015 ou le sont jusqu'au 31.12.2017 et vont être soumis à une réévaluation.

Divers candidats avaient formé un recours contre la non-attribution d'un mandat de prestations (définitif), à la suite de quoi le Tribunal administratif fédéral a, en 2014, annulé presque toutes les décisions contestées. En se fondant sur un éventuel mandat de prestations cantonal, ces hôpitaux pouvaient continuer à fournir des prestations dans ce domaine. Sont concernés par cette mesure :

- Dans le domaine des résections œsophagiennes : Kantonsspital Aarau, Lindenhofspital, Privatklinik Linde, La Tour Réseau de Soins SA, Kantonsspital Glarus, Kantonsspital Graubünden, Hirslanden Klinik St. Anna AG, Spital Thurgau AG, Clinique de la Source, Hirslanden Lausanne SA, Zuger Kantonsspital Baar ;
- Dans le domaine des résections pancréatiques : Hirslanden Klinik Aarau, Privatklinik Linde, Hôpital fribourgeois, Clinique la Colline, Clinique Générale-Beaulieu, La Tour Réseau de Soins SA, Kantonsspital Glarus, Kantonsspital Graubünden, Hirslanden Klinik St. Anna AG, Spital Schwyz, Spital Thurgau AG, Kantonsspital Uri, Clinique de la Source, Hirslanden Lausanne SA, Zuger Kantonsspital Baar, Klinik Im Park AG ;

⁵ http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_f_c.pdf

⁶ <https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2013/6071.pdf>,
<https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2013/6080.pdf>,
<https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2013/6088.pdf>,
<https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2013/6097.pdf>,
<https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2013/6106.pdf>.

- Dans le domaine des résections hépatiques : Hirslanden Klinik Aarau, Privatklinik Linde, Clinique la Colline, La Tour Réseau de Soins SA, Kantonsspital Glarus, Kantonsspital Graubünden, Hirslanden Klinik St. Anna AG, Krankenhausgesellschaft Schwyz, Spital Thurgau AG, Clinique de la Source, Hirslanden Lausanne SA, Zuger Kantonsspital Baar, Klinik Im Park AG ;
- Dans le domaine des résections rectales profondes : Hirslanden Klinik Aarau, Regionalspital Emmental, Spitalzentrum Biel-Bienne, Privatklinik Linde, Hôpital Daler, Clinique Générale-Beaulieu, La Tour Réseau de Soins SA, Kantonsspital Glarus, Kantonsspital Graubünden, Klinik Stephanshorn (Hirslanden), Krankenhausgesellschaft Schwyz, Spital Thurgau AG, Clinica Luganese SA, Kantonsspital Uri, Clinique de la Source, Hirslanden Lausanne SA, Hôpital Riviera Chablais, Zuger Kantonsspital Baar, Spitalverband Bülach, Spital Männedorf ;
- Dans le domaine de la chirurgie bariatrique complexe : Privatklinik Linde, Kantonsspital Baselland (site de Liestal), Hôpital Daler, La Tour Réseau de Soins SA, Kantonsspital Graubünden, Luzerner Kantonsspital, Hirslanden Klinik St. Anna AG, Klinik Stephanshorn (Hirslanden), Krankenhausgesellschaft Schwyz, Spital Thurgau AG, Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (site d'Yverdon-les-Bains), Clinique de la Source, Hirslanden Lausanne SA.

Des **mandats de prestations pour quatre ans** (« mandats de prestations définitifs »), autrement dit en vigueur jusqu'au 31. 12. 2017, avaient été attribués à

- Dans le domaine des résections œsophagiennes : Inselspital Bern/Spital Netz Bern (site de l'Inselspital), St. Claraspital Basel, Hôpital fribourgeois (site de Fribourg), Hôpitaux Universitaires de Genève, Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall), Centre hospitalier universitaire vaudois, Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur ;
- Dans le domaine des résections pancréatiques : Inselspital Bern/Spital Netz Bern (site de l'Inselspital), St. Claraspital Basel, Hôpitaux Universitaires de Genève, Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne), Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall), Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Münsterlingen⁷), Centre hospitalier universitaire vaudois, Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Kantonsspital Winterthur ;
- Dans le domaine des résections hépatiques : Inselspital Bern/Spital Netz Bern (site de l'Inselspital), Kantonsspital Baselland (site de Liestal), Universitätsspital Basel, Hôpitaux Universitaires de Genève, Kantonsspital St. Gallen, Centre hospitalier universitaire vaudois, Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli.

Des **mandats de prestations pour deux ans** (« mandats de prestations provisoires »), autrement dit en vigueur jusqu'au 31. 12. 2015 et assortis de conditions complémentaires avaient été attribués à

- Dans le domaine des résections œsophagiennes : Kantonsspital Baden, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Kantonsspital Baselland (site de Liestal), Universitätsspital Basel, Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne), Hôpital du Valais (site de l'hôpital de Sion), Stadtspital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG ;
- Dans le domaine des résections pancréatiques : Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden, Spital Netz Bern/Inselspital site du Tiefenauspital, Spitalzentrum Biel-Bienne, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Kantonsspital Baselland (site de Liestal), Universitätsspital Basel, Kantonsspital Graubünden (site de Coire⁸), Solothurner Spitäler AG (site

⁷ Bien que le Spital Thurgau AG ait obtenu un mandat de prestations, il a toutefois déposé un recours et le Tribunal administratif fédéral a abrogé le mandat de prestations (voir liste des hôpitaux p. 5/6).

⁸ Bien que le Kantonsspital Graubünden ait obtenu un mandat de prestations, il a toutefois déposé un recours et le Tribunal administratif fédéral a abrogé le mandat de prestations (voir liste des hôpitaux p. 5/6).

du Bürgerspital) Solothurn, Ente Ospedaliero Cantonale (site de l’Ospedale Regionale di Bellinzona), Hôpital du Valais (site de l’hôpital de Sion), Klinik Hirslanden Zürich AG ;

- Dans le domaine des résections hépatiques : Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), St. Claraspital Basel, Kantonsspital Graubünden (site de Coire⁸), Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne), Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Münsterlingen⁷), Ente Ospedaliero Cantonale (site de l’Ospedale Regionale di Bellinzona), Hôpital du Valais (site de l’hôpital de Sion), Klinik Hirslanden Zürich AG, Kantonsspital Winterthur ;
- Dans le domaine des résections rectales profondes : Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden, Inselspital/Spital Netz Bern (site de l’Inselspital), Spital Netz Bern/Inselspital Standort Tiefenauspital, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Spitalregion Oberrargau SRO (site du Spital Langenthal), Spital STS AG (site du Spital Thun), Kantonsspital Baselland (site de Liestal), Universitätsspital Basel, St. Claraspital Basel, Hôpital fribourgeois (site de Fribourg), Hôpitaux Universitaires de Genève, Kantonsspital Graubünden (site de Coire⁸), Luzerner Kantonsspital (sites de Lucerne/Sursee), Hirslanden Klinik St. Anna AG, Hôpital Neuchâtelois (site de Neuchâtel), Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall), Spitäl Schaffhausen (site de Schaffhouse), Solothurner Spitäl AG (sites du Bürgerspital Solothurn/Kantonsspital Olten), Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Münsterlingen⁷), Ente Ospedaliero Cantonale (site de l’Ospedale Regionale di Lugano), Centre hospitalier universitaire vaudois, 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), Hôpital du Valais (site de l’hôpital de Sion), Zuger Kantonsspital Baar⁹, Kantonsspital Winterthur, Spital Limmattal, Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG, Spital Uster, Stadtspital Waid ;
- Dans le domaine de la chirurgie bariatrique complexe : Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden, Inselspital/Spital Netz Bern (site de l’Inselspital), Spital Netz Bern/Inselspital (site du Tiefenauspital), Spitalzentrum Biel-Bienne, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site Hirslanden Bern AG, St. Claraspital Basel, Universitätsspital Basel, Hôpital fribourgeois (site de Fribourg), Hôpitaux Universitaires de Genève, Kantonsspital Graubünden (site de Coire⁸), Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne¹⁰), Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall), Spitäl Schaffhausen (site de Schaffhouse), Solothurner Spitäl AG (site du Kantonsspital d’Olten), Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital de Frauenfeld⁷), Ente Ospedaliero Cantonale (site de l’Ospedale Regionale di Bellinzona), Centre hospitalier universitaire vaudois, Hôpital du Chablais, Groupement hospitalier de l’Ouest lémanique (site de l’hôpital de Nyon), Spital Lachen, Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Spital Limmattal, Klinik Hirslanden Zürich AG, GZO Spital Wetzikon.

Afin de ne pas défavoriser les hôpitaux ayant reçu un mandat de prestations provisoire pour les résections œsophagiennes, pancréatiques et hépatiques par rapport à ceux qui, en raison du succès de leurs recours et de l’existence d’un éventuel mandat de prestations cantonal, peuvent facturer les prestations correspondantes à la charge de l’AOS, l’organe de décision MHS a décidé, lors de sa réunion du 19 novembre 2015, de proroger de deux ans les mandats de prestations provisoires. Les mandats de prestations pour les résections rectales profondes et la chirurgie bariatrique ont expiré fin 2015 et les mandats de prestations correspondants ont alors de nouveau dépendu des mandats cantonaux. En août 2017, l’organe de décision MHS a adopté

⁹ Bien que le Zuger Kantonsspital Baar ait obtenu un mandat de prestations, il a toutefois déposé un recours et le Tribunal administratif fédéral a abrogé la décision d’attribution (voir liste des hôpitaux p. 5/6).

¹⁰ Bien que le Luzerner Kantonsspital ait obtenu un mandat de prestations, il a toutefois déposé un recours et le Tribunal administratif fédéral a abrogé la décision d’attribution (voir liste des hôpitaux p. 5/6).

une lettre informant les hôpitaux et les cantons que cela serait également valable pour les résections œsophagiennes, pancréatiques et hépatiques à partir du 1^{er} janvier 2018, et ce, en attendant que de nouvelles attributions aient force exécutoire dans le cadre de cette procédure.

En matière de planification de la médecine hautement spécialisée, il convient, conformément aux dispositions du Tribunal administratif fédéral (TAF C-6539/2011), de suivre une procédure formellement séparée en deux temps, qui distingue entre rattachement à la MHS (définition du domaine MHS) et attribution des prestations (attribution des mandats de prestations aux fournisseurs de prestations). La décision de l'organe de décision MHS du 21 janvier 2016 relative au rattachement de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée à la MHS a été publiée le 9 février 2016 dans la Feuille fédérale.¹¹ Conformément à cette décision, le domaine MHS choisi englobe les traitements suivants :¹²

Résections œsophagiennes ;
Résections pancréatiques ;
Résections hépatiques ;
Résections rectales profondes ;
Chirurgie bariatrique complexe.

Conformément à l'arrêt du Tribunal administratif fédéral (C-2251/2015) du 9 juin 2016, les décisions de rattachement à la MHS ne sont pas susceptibles de recours et acquièrent donc force exécutoire à partir du moment où elles ont été arrêtées par l'organe de décision MHS.

Dans le cadre de la **procédure de candidature** organisée du 25 octobre au 20 décembre 2016, les fournisseurs de prestations avaient l'occasion de poser leur candidature à l'intégration sur la liste MHS dans le domaine de la chirurgie viscérale complexe.

Se sont portés candidats :

Pour les résections œsophagiennes :

- Kantonsspital Aarau AG
- Kantonsspital Baden AG
- St. Claraspital AG, Basel
- Universitätsspital Basel
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhof AG, Bern
- Hôpital fribourgeois, site de Fribourg
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Kantonsspital Graubünden, Chur
- Klinik St. Anna AG, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne
- Kantonsspital St. Gallen
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Zuger Kantonsspital AG, Baar
- Hirslanden Klinik AG, Zürich

¹¹ <https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2016/724.pdf>.

¹² Cf. aussi le rapport explicatif pour le rattachement de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée à la médecine hautement spécialisée, rapport final du 21 janvier 2016 : http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/dokumentation/bt_viszchir_re1_zuord_schlussbericht_pub_20160209_f_def.pdf

- Kantonsspital Winterthur
- Stadtpital Triemli, Zürich
- Universitätsspital Zürich

Pour les résections pancréatiques :

- Hirslanden Klinik Aarau AG
- Kantonsspital Aarau AG
- Kantonsspital Baden AG
- Kantonsspital Baselland, site de Liestal
- St. Claraspital AG, Basel
- Universitätsspital Basel
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhof AG, Bern
- Spitalzentrum Biel AG
- Hôpital fribourgeois, site de Fribourg
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Kantonsspital Glarus
- Kantonsspital Graubünden, Chur
- Klinik St. Anna AG, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne
- Kantonsspital St. Gallen
- Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn
- Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano
- Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Hôpital du Valais, Sion
- Zuger Kantonsspital AG, Baar
- Hirslanden Klinik AG, Zürich
- Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Stadtpital Triemli, Zürich
- Universitätsspital Zürich

Pour les résections hépatiques :

- Hirslanden Klinik Aarau AG
- Kantonsspital Aarau AG
- Kantonsspital Baden AG
- St. Claraspital AG, Basel
- Universitätsspital Basel
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- *Lindenhof AG, Bern¹³*
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Kantonsspital Glarus
- Kantonsspital Graubünden, Chur

¹³ Le Lindenhof AG a annoncé, dans le cadre de l'audition (garantie du droit d'être entendu), qu'il renonçait à sa candidature à un mandat de prestations dans ce domaine partiel.

- Klinik St. Anna AG, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne
- Kantonsspital St. Gallen
- Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano
- Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld
- Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Hôpital du Valais, Sion
- Zuger Kantonsspital AG, Baar
- Hirslanden Klinik AG, Zürich
- Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Stadtspital Triemli, Zürich
- Universitätsspital Zürich

Pour les résections rectales profondes :

- Hirslanden Klinik Aarau AG
- Kantonsspital Aarau AG
- Kantonsspital Baden AG
- Kantonsspital Baselland, site de Liestal
- St. Claraspital AG, Basel
- Universitätsspital Basel
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhof AG, Bern
- Regionalspital Emmental AG, Burgdorf
- Spitalzentrum Biel AG
- SRO AG, Langenthal
- Spital STS AG, Thun
- Hôpital fribourgeois, site de Fribourg
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Kantonsspital Glarus
- Kantonsspital Graubünden, Chur
- Klinik St. Anna AG, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne
- Luzerner Kantonsspital, site de Sursee
- Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès
- Kantonsspital St. Gallen
- Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen
- Krankenhausgesellschaft Schwyz
- Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten
- Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano
- Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano
- Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld
- Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen
- Kantonsspital Uri, Altdorf
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges

- Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon
- Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey
- Hôpital du Valais, Sion
- Zuger Kantonsspital AG, Baar
- Hirslanden Klinik AG, Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Spital Bülach AG
- Spital Limmattal, Schlieren
- Spital Männedorf AG
- Spital Uster
- Stadtspital Triemli, Zürich
- Stadtspital Waid, Zürich
- Universitätsspital Zürich

Pour la chirurgie bariatrique complexe :

- Kantonsspital Aarau AG
- Kantonsspital Baden AG
- Kreisspital für das Freiamt, Muri
- St. Claraspital AG, Basel
- Universitätsspital Basel
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhof AG, Bern
- Spitalzentrum Biel AG
- SRO AG, Langenthal
- Hôpital fribourgeois, site de Fribourg
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Kantonsspital Graubünden, Chur
- Klinik St. Anna AG, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne
- Luzerner Kantonsspital, site de Sursee
- Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès
- Kantonsspital St. Gallen
- Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten
- Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano
- Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano
- Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil
- Hôpital intercantonal de la Broye, Payerne
- Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey
- GZO AG, Wetzikon
- Hirslanden Klinik AG, Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Spital Limmattal, Schlieren
- Spital Männedorf AG
- Stadtspital Triemli, Zürich
- Universitätsspital Zürich

N'ont pas reposé leur candidature :

- Spital Netz Bern/Inselspital site du Tiefenauspital
- Privatklinik Linde, Biel
- Hôpital Daler, Fribourg
- Hirslanden Clinique La Colline, Genève
- Clinique Générale-Beaulieu, Genève
- Hôpital de la Tour, Meyrin
- Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen
- Spital Lachen AG, Lachen¹⁴
- Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois, Yverdons-les-Bains¹⁵

Le présent rapport relatif à l'attribution des prestations analyse l'offre actuelle de soins, expose les critères de planification à examiner et évalue en conséquence les candidatures des fournisseurs de prestations intéressés. En conclusion, il consigne les décisions d'attribution des prestations adoptées par l'organe de décision MHS.

Avant la promulgation des décisions d'attribution, un rapport ainsi que les propositions d'attribution ont été soumis pour avis, dans le cadre d'une audition, à un large éventail de destinataires (annexe A4). Le présent rapport final sur l'attribution des prestations, qui tient compte des objections soulevées au cours de l'audition, est publié sur le site internet de la CDS et la décision définitive d'attribution des prestations publiée dans la Feuille fédérale. Les candidats non retenus recevront séparément des explications personnelles sous la forme d'une décision susceptible de recours.

¹⁴ Cf. résumé des réponses à l'audition dans « Autres arguments », p. 25.

¹⁵ Cf. résumé des réponses à l'audition dans « Autres arguments », p. 25.

4 Résultats de l'audition

Les participants à l'audition (qui s'est tenue du 12 décembre 2017 au 29 janvier 2018) étaient invités à donner leur avis sur la proposition d'attribution des mandats de prestations dans les cinq domaines partiels (résections de l'œsophage, du pancréas, du foie, du rectum profond ainsi que chirurgie bariatrique complexe) aux hôpitaux ou aux sites hospitaliers susmentionnés.

Les acteurs suivants ont été conviés à participer à l'audition : les 26 cantons, 52 hôpitaux ou sites hospitaliers, cinq (associations d')assureurs, les décanats des facultés de médecine des cinq universités avec hôpital universitaire, 23 sociétés savantes, organisations professionnelles et autres organisations intéressées. Le secrétariat de projet a reçu en tout 78 avis de 23 cantons (tous sauf Appenzell Rhodes-Intérieures, Genève et Schaffouse), 48 hôpitaux ou sites hospitaliers, une association d'assureurs, une faculté de médecine ainsi que cinq sociétés savantes (cf. tableaux 1–5).¹⁶

La présente liste est une compilation des principaux arguments.

4.1 Avis

4.1.1 Généralités / aspects concernant l'ensemble des domaines partiels

Rattachement à la médecine hautement spécialisée

ZH fait remarquer que les nombres de cas sur lesquels on doit tabler ne correspondraient plus à ceux figurant dans la décision relative au rattachement à la MHS. Qui plus est, le rattachement à la MHS des domaines partiels résections de l'œsophage, du pancréas et du foie doit être revu lors de la prochaine réévaluation en raison des nombres de cas. Divers cantons de Suisse centrale souhaitent limiter le rattachement à la MHS aux opérations plus rares. Quatre hôpitaux (KSGL, KSU, STG, ZKS) estiment que le critère de rareté a été examiné selon une méthode erronée et proposent leur propre méthode. En outre, les codes CHOP et CIM ne conviennent pas pour délimiter les prestations hautement spécialisées. De même, selon eux, les critères potentiel d'innovation, investissement technique et humain élevé, complexité, durée d'application technique et économique, et coût de la prestation n'ont pas été correctement étudiés dans le rapport relatif au rattachement à la MHS. La réglementation de la MHS ne favoriserait pas, mais gênerait la formation postgrade des médecins. Dans l'ensemble, ils estiment que la décision de rattachement à la MHS est illégale, qu'elle viole la Constitution fédérale (art. 117a, al. 1, soins médicaux de base), et que l'ensemble du dossier doit être renvoyé devant l'organe de décision MHS.

Exigences (pour les candidatures)

Divers hôpitaux désapprouvent que les nombres minimaux de cas atteints au cours des trois dernières années constituent l'une des conditions pour l'attribution d'un mandat de prestations. Cela signifie qu'il n'est pas possible d'accéder pour la première fois/réaccéder à la fourniture de prestations en chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée. Dans ce contexte, certains hôpitaux et cantons proposent d'attribuer des mandats de prestations « provisoires »

¹⁶ Les abréviations utilisées dans ce chapitre figurent dans l'annexe A5, page 149.

d'une durée réduite qui seraient assortis de l'obligation ou de la condition de remplir pendant cette période les critères non remplis jusque-là.

Différents acteurs demandent que l'on contrôle les critères de qualité (qualité des résultats) et non pas les nombres de cas. Un hôpital (soH) estime qu'il serait utile d'exiger des candidats un éventail de domaines partiels parmi ceux proposés et qu'il importe, par ailleurs, de prendre en considération l'accessibilité pour les urgences. Un autre (KSGR) souhaite que la palette des prestations proposées soit en rapport avec la prise en charge des blessés graves. Le KSB considère que les opérations sur le rectum profond et les résections hépatiques sont liées, car ces dernières sont bien souvent la conséquence de métastases colorectales. ZH pense que le nombre minimal de douze cas est trop bas. En revanche quelques hôpitaux (KSGL, KSU, STG, ZKS) estiment que c'est une erreur de vouloir imposer des nombres minimaux de cas par centre, et qu'il convient de les remplacer par des nombres minimaux de cas par opérateur. Le KSA voudrait qu'on tienne compte des deux et cite à l'appui une étude prouvant que cela permet de réduire la mortalité postopératoire. A l'exception de la chirurgie bariatrique, Insel recommande de fixer le seuil minimal d'activité annuelle à au moins 20 cas par établissement et dix cas par opérateur.

Le TI n'est pas d'accord pour que les mandats durent six ans, car la procédure n'est pas encore suffisamment bien établie, Triemli souhaitant pour sa part que les hôpitaux aient également la possibilité de poser leur candidature entre-temps.

Soins, planification des besoins

ZH pense que l'effet de la concentration est insuffisant et craint que ces propositions cimentent les structures. Tout comme le KSGR, il estime également que la planification doit se baser sur les régions de soins. D'aucuns (ZH, ZKS, KSGL) ne sont pas convaincus par la détermination des capacités de réserves, car celles-ci reposent sur l'auto-déclaration des hôpitaux candidats à un mandat de prestations. Ils font part de leur crainte que cela puisse entraîner des situations de sous-capacité, ce qui est encore renforcé par le fait que la base de calcul pour l'analyse des besoins se fonde sur une seule année. Les prévisions ne portent pas sur une période suffisamment longue et le choix des critères d'analyse est erroné, les critères de planification sont incohérents, l'analyse de l'évaluation des fournisseurs de prestations n'est pas scientifique et est insuffisante. Les considérations relatives aux prévisions sont incohérentes, non scientifiques, arbitraires et incompréhensibles (KSGL, KSU, STG, ZKS). La clinique de la Source signale qu'elle exploite un centre de chirurgie robotique en commun avec le CHUV et que, faute d'un mandat de prestations, les soins correspondant à ces prestations seraient compromis dans la région.

Nombres de cas

Les participants à l'audition insistent sans cesse sur leur souhait, pour tous les domaines partiels, qu'on prenne également en compte les chiffres de 2017.

Enseignement, formation postgrade et recherche

L'hof et HL-AG critiquent le fait que les hôpitaux où exercent des médecins indépendants soient défavorisés dans la reconnaissance comme établissements de formation postgrade. L'hof avait bien formulé une objection, mais celle-ci n'avait pas été traitée à temps pour la demande. En outre, les activités de recherche se sont intensifiées. HL-AG a également fait la même expérience et malgré divers efforts précocement entrepris pour être reconnu comme établissement de formation postgrade, a toujours échoué, si bien qu'elle n'a finalement pas pu obtenir de reconnaissance. Ceci est d'autant plus incompréhensible qu'un groupement de formation postgrade a été créé au sein du groupe de cliniques. KSGL, KSU, STG et ZKS sont préoccupés par la disponibilité des médecins dans les hôpitaux régionaux sans mandat de prestations MHS, qui

perdraient ainsi leur attractivité pour les médecins possédant une bonne qualification. Les possibilités de formation postgrade des médecins assistants en pâtiraient également.

En ce qui concerne l'activité de recherche, le centre des tumeurs de l'HL-AG participe régulièrement à des projets de recherche scientifique. En matière de recherche, les activités de l'Hof se sont intensifiées. Cet hôpital renvoie au programme ERAS® qu'il a établi et qui sert également à la promotion de la recherche. D'autres publications sur les pathologies colorectales, écrites par des médecins du groupe hospitalier, seront fournies ultérieurement. Le STG (site de Münsterlingen) indique également mener des activités de recherche.

Plusieurs hôpitaux font part de leurs doutes de fond quant à l'opportunité de faire de la formation postgrade, de l'enseignement et de la recherche une condition préalable à un mandat de prestations ou quant à savoir si la LAMal contient une base légale à cet effet, d'autant que ces domaines ne sont selon eux pas financés par la LAMal (L'hof, Lug, Source). Si ce critère doit s'imposer comme une condition préalable, il faudrait d'abord procéder à une planification des besoins pour les établissements de formation postgrade. L'hof demande qu'une expertise soit officiellement mise en place pour savoir si la recherche a un effet positif sur la sécurité des soins et sur la qualité. Santésuisse désire que le poids des critères enseignement, formation postgrade et recherche soit moins important que celui des critères de qualité.

Economicité

AR regrette qu'on ne justifie pas la raison pour laquelle l'économicité n'intervient pas comme critère déterminant. TI souligne que la LAMal exige que l'économicité soit avérée. Divers acteurs demandent que l'économicité pèse davantage dans l'attribution des prestations, en particulier compte tenu du grand nombre de mandats attribués. La LAMal ne prévoit pas d'attribuer des mandats de prestations à des fournisseurs de prestations non économiques. KSG, KSU, STG et ZKS estiment que le principe d'économicité de la LAMal est torpillé par le rattachement de prestations non rares à la MHS, car les hôpitaux avec prise en charge centralisée devraient ainsi traiter tellement de cas que l'optimum économique serait dépassé. De nombreux hôpitaux ne sont pas d'accord avec le fait que l'économicité n'ait pas été considérée comme un critère discriminant, en particulier ceux qui affichent de bons résultats en termes d'économie. KSA rejette la méthode d'évaluation de l'économicité, la méthode « SwissDRG Baserate » n'est pas suffisamment fine, la méthode « Coûts par cas SwissDRG » susceptible de distorsions. Le KSB signale que la méthode ITAR_K comprend les coûts d'utilisation des immobilisations, qui sont calculés par les hôpitaux de différentes façons. L'économicité d'une prestation donnée est difficile à différencier en raison des nombreuses interdépendances avec les prestations apparentées.

Autres arguments

De nombreux hôpitaux renvoient à l'excellence de leurs chirurgiens dont le savoir-faire et l'expérience justifient un mandat de prestations et garantissent l'obtention des nombres minimaux de cas requis.

L'UKBB et le SGKC demandent qu'on précise clairement que les résections de l'œsophage, du pancréas, du foie et du rectum profond chez l'enfant ne sont pas couvertes par la réglementation proposée comme pourrait laisser le croire la mention des hôpitaux purement pédiatriques dans les tableaux de la statistique médicale. Chez l'enfant, on a affaire à d'autres types d'opérations (avec d'autres indications), qui sont très rares. Aucun des hôpitaux pédiatriques n'a d'ailleurs posé sa candidature à un mandat de prestations.

KSG, KSU, STG et ZKS demandent que le projet de décision d'attribution des prestations soit renvoyé à l'organe de décision MHS pour être réévalué.

4.1.2 Résections œsophagiennes

Tableau 1. Approbation/rejet de la proposition d'attribution des prestations

	Pour	Contre	Ne se prononcent pas
Cantons	19 BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, AR, SG, GR, AG, TG, TI, VD, VS, NE, JU	4 ZH, FR, BS, BL	0
Hôpitaux	12 CHUV, eHnv, EOC, HRC, Insel, KSSG, HL-Z, LUKS-Lu, LUKS-Sur, Limm, Triemli, USZ	13 HFR, HL-BE, HUG, KSGR, HL-LU, KSA, KSW, L'hof, USB, ZKS, KSBL, KSGL, KSU	22 Lug, Source, EHC, HIB, HL- AG, HVS, HNE, KSB, HL-SG, soH, RSE, Lach, Muri, Männ, KgSZ, STS, STG, Us- ter, Bül, SRO, Waid, SZB
Assureurs	1 santésuisse	0	0
Facultés de médecine	1 Uni Zürich	0	0
Sociétés savantes	1 SSG	0	4 AQC, SSED, SSCP, SMOB
Total	34 (44 %)	17 (22 %)	26 (34 %)

Une majorité des participants à l'audition se prononce en faveur de la proposition d'attribution des prestations, les hôpitaux la rejetant toutefois de justesse. Les hôpitaux ayant voté contre sont naturellement, pour la plupart, ceux dont la candidature à un mandat de prestations n'était pas prévue dans la procédure d'audition.

Rattachement à la MHS

L'hof est d'avis que les interventions suivantes devraient également être rattachées à la MHS et prises en considération (dans le dénombrement des nombres de cas) : dissection sous-muqueuse endoscopique, résection muqueuse endoscopique ainsi qu'ablation endoscopique par radiofréquence avec le système BarrX. HL-LU renvoie également à ces méthodes ainsi qu'aux techniques mini-invasives et en partie assistées par robot appliquées par eux.

Exigences (candidature)

Dans les résections œsophagiennes, KSA plaide pour l'attribution de mandats de prestations uniquement aux centres qui couvrent également d'autres domaines, car la qualité augmente dans un environnement multidisciplinaire.

Soins, planification des besoins

Divers cantons et hôpitaux déplorent que leur région (Nord-ouest de la Suisse, Romandie, Tessin/Grisons) soit en situation de sous-capacité en matière de résections œsophagiennes. Il est choquant qu'en revanche à Zurich on prévoit d'attribuer un mandat de prestations correspondant à trois hôpitaux. Il importe également de prendre les régions linguistiques en considération. Mais même au niveau de l'ensemble de la Suisse, la planification ne couvre pas les besoins,



ce qui enfreint la LAMal. C'est la raison pour laquelle il convient d'attribuer des mandats de prestations supplémentaires (par ex. USB, KSA). ZH suggère par contre d'augmenter les capacités des centres retenus afin de combler les lacunes de couverture.

Nombres de cas

BS, BL, USB et KSBL demandent dans l'audition que leur accord de coopération soit pris en considération et que les nombres de cas actuels soient additionnés. A l'avenir, les résections œsophagiennes ne seront plus effectuées qu'à l'USB (comme cela est précisé dans la présente note, le regroupement « Clarunis » n'a été annoncé qu'assez tardivement)¹⁷. Ces établissements signalent également que, pour des raisons techniques, les nombres de cas dans le registre AQC étaient incorrects. HL-BE estime également qu'elle satisfaisait au nombre de cas, mais que le registre ne reflétait pas cela correctement. Divers hôpitaux déclarent que les nombres de cas sont en augmentation et qu'on peut être sûr qu'ils seront atteints à l'avenir, que ce soit du fait d'une croissance démographique particulièrement importante, parce qu'il ne s'agissait que d'une chute passagère de l'activité due à un changement de chirurgien, ou encore en raison d'une restructuration. Les HUG signalent en outre une modification de la classification TNM et un changement de la stratégie chirurgicale dans la littérature internationale, ce qui entraînerait davantage d'opérations. Leur qualité est par ailleurs excellente. HFR considère que les cas en « intention-de-traiter » devraient également être comptés. En raison d'un accord de coopération avec l'HIB, il s'attend également à une augmentation du nombre de patients. L'hof et HL-BE souhaiteraient également pouvoir compter les opérations mini-invasives. Qui plus est, on ne devrait pas se servir des nombres de cas du registre AQC – celui-ci n'a pas encore atteint un développement suffisant –, mais de ceux provenant de la statistique médicale, comme cela se pratique pour les mandats de prestations cantonaux. Le nombre minimal de cas requis est, chez eux, plus qu'atteint. KSA estime qu'il n'est pas judicieux de prendre en considération les nombres de cas des années écoulées, et qu'il faudrait plutôt tenir compte des développements prévus. Le nombre minimal de douze opérations n'est pas scientifiquement fondé.

Enseignement, formation postgrade et recherche

L'USB fait valoir que, en tant qu'un des six plus grands hôpitaux de Suisse et centre de médecine universitaire, il est tributaire d'un mandat de prestations dans les cinq domaines partiels pour assurer également une activité d'enseignement et de recherche. FR avance que des mandats de prestations dans les domaines partiels des résections œsophagiennes, pancréatiques et en chirurgie bariatrique complexe sont nécessaires pour mettre sur pied la filière de médecine prévue (master).

Autres arguments

Les HUG ont réussi à recruter un chirurgien de réputation internationale comme chef de service en 2016, lequel a beaucoup fait pour la chirurgie de l'œsophage et la recherche également au

¹⁷ Par lettre du 28 août 2018 – indépendamment du projet de fusion entre l'hôpital universitaire de Bâle et de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, et postérieurement à l'audition, dont les arguments sont exposés dans le texte principal – adressée au président de l'organe scientifique MHS, le St. Claraspital et l'hôpital universitaire de Bâle ont annoncé la création d'un centre abdominal commun à Bâle dénommé « Clarunis » où sera regroupé l'ensemble des activités de chirurgie viscérale et de gastro-entérologie à partir du 1^{er}.1.2019. Ce centre sera doté d'une direction unique ; il disposera d'un service de chirurgie viscérale et d'un service de gastro-entérologie avec les mêmes standards et la même direction. Les deux sites demeureront toutefois en place. Sur le plan réglementaire, on n'a pas affaire à un nouvel hôpital ; la réglementation des listes hospitalières, y compris les listes des hôpitaux MHS, les contrats et les factures pour les assureurs-maladie continueront à être gérés par les deux hôpitaux fondateurs. Il n'y a donc pas de raison d'évaluer les candidatures des deux hôpitaux sur nouveaux frais. A moyen terme (en ce qui concerne la prochaine réévaluation), une fois la consolidation effectuée, une partie des mandats de prestations sera concentrée sur l'un ou l'autre site. Cependant, à partir du 1^{er}.1.2019, dans l'idée d'une « concentration volontaire », le St. Claraspital ne pratiquera plus de résections hépatiques et l'hôpital universitaire de Bâle plus de résections œsophagiennes ni de chirurgie bariatrique complexe.

niveau international. Les nombres de cas augmentent et, en l'absence d'un mandat de prestations, la région se trouverait dans une situation de sous-capacité.

4.1.3 Résections pancréatiques

Tableau 2. Approbation/rejet de la proposition d'attribution des prestations

	Pour	Contre	Ne se prononcent pas
Cantons	20 BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, AR, SG, GR, AG, TI, VD, VS, NE, JU	3 ZH, FR, TG	0
Hôpitaux	22 CHUV ; eHnv, EOC, HL-BE, HUG, HVS, HRC, Insel, KSB, KSBL, KSGR, KSSG, HL-Z, HL-LU, KSA, KSW, LUKS-Lu, LUKS-Sur, Limm, Triemli, USB, USZ	9 HFR, HL-AG, L'hof, soH, STG, SZB, ZKS, KSU, KSGL	16 Lug, Source, EHC ; HIB, HNE, HL-SG, RSE, Lach, Muri, Männ, KgSZ, STS, Uster, Bül, SRO, Waid
Assureurs	1 santésuisse	0	0
Facultés de médecine	1 Uni Zürich	0	0
Sociétés savantes	2 SSED, SSG	0	3 AQC, SSCP, SMOB
Total	46 (60 %)	12 (15 %)	19 (25 %)

Une majorité des participants à l'audition se prononce en faveur de la proposition d'attribution des prestations ; même parmi les hôpitaux, elle recueille plus des deux tiers des suffrages (sans tenir compte des hôpitaux s'étant abstenus).

Rattachement à la MHS

KSGL, KSU, STG, ZKS tiennent les résections pancréatiques et hépatiques pour des opérations non rares. Ils soutiennent en outre que l'incidence des tumeurs abdominales va continuer à croître en raison du mode de vie et de la croissance démographique.

Soins, planification des besoins

UR n'est pas d'accord avec la répartition géographique des fournisseurs de prestations : quatre centres dans la région de Zurich et trois centres dans celle de Bâle ont reçu le même mandat de prestations. ZH critique une offre excédentaire qui fait que la planification n'est donc pas adaptée aux besoins. SZB considère qu'il est qualifié pour bénéficier d'un mandat de prestations, car il existe un besoin de fourniture de prestations lié à la région linguistique ou à la situation géographique.

Nombres de cas

Dans le domaine des résections pancréatiques aussi, divers hôpitaux sont persuadés que, compte tenu d'une tendance à l'augmentation de l'activité et du recrutement récent de chirurgiens viscéraux ou de gastroentérologues, ils atteindront sous peu le nombre minimal de cas exigé. SoH estime qu'il satisfait au critère du nombre de cas ; il fait valoir que seul le site de Soleure se porte désormais candidat, Olten pouvant toutefois encore apporter sa contribution pour un petit nombre de cas. On retrouve une situation similaire pour STG, avec les sites de Münsterlingen et de Frauenfeld, comme TG et STG le font remarquer. HFR croit également avoir atteint le nombre minimal de cas. L'hof est sur le fond d'accord pour exiger un nombre minimal de cas, mais estime qu'il faut également prendre en compte les chiffres d'une possible évolution. Ne considérer que l'activité enregistrée pendant la période définie est exagérément formaliste, injuste et arbitraire. Cet établissement pense qu'il convient de demander une expertise à ce sujet.

Economicité

SoH critique le fait que compte tenu de la méthodologie utilisée, l'économicité des deux sites soit mélangée, bien qu'ils se distinguent sur ce point – la candidature ne concerne qu'un seul site.

Autres arguments

En cas d'attribution d'un mandat de prestations, SZB envisage de s'assurer qu'un radiologiste interventionnel soit également disponible 24h/24 et 7j/7, en collaboration avec des intervenants régionaux. SoH critique le fait que la pondération des critères pour l'attribution des prestations ne soit pas explicite.

4.1.4 Résections hépatiques

Tableau 3. Approbation/rejet de la proposition d'attribution des prestations

	Pour	Contre	Ne se prononcent pas
Cantons	22	1	0
	BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, AR, SG, GR, AG, TG, TI, VD, VS, NE, JU	ZH	
Hôpitaux	23	5	19
	CHUV, eHnv, EOC, HFR, HL-BE, HUG, HVS, HRC, Insel, KSGR, KSSG, HL-Z, HL-LU, KSA, KSW, L'hof, LUKS-Lu, LUKS-Sur, Limm, STG, Triemli, USB, USZ	HL-AG, KSB, ZKS, KSU, KSGL	Lug, Source, EHC, HIB, HNE, KSBL, HL-SG, RSE, Lach, Muri, Männ, KgSZ, STS, Uster, Büel, SRO, Waid, SZB, soH
Assureurs	1	0	0
	santésuisse		
Facultés de médecine	1	0	0
	Uni Zürich		
Sociétés savantes	1	0	4
	SSG		AQC, SSED, SSCP, SMOB

F

	Pour	Contre	Ne se prononcent pas
Total	48 (62 %)	6 (8 %)	23 (30 %)

La grande majorité des participants s'étant exprimés approuve la proposition d'attribution des prestations ; seul le canton de Zurich et cinq hôpitaux émettent des objections de fond.

Soins, planification des besoins

UR et ZG critiquent le fait qu'on prévoit d'attribuer un mandat de prestations à quatre centres dans la région de Zurich, dont trois dans la seule ville de Zurich. ZH signale qu'on crée ainsi une situation de surcapacité. Le KSB part du principe que l'évolution démographique ne sera pas identique dans toute la Suisse, et qu'il n'y a donc pas lieu non plus de se fonder sur les chiffres de l'OFS pour l'ensemble du pays. Le centre de la région qu'il couvre connaît une forte croissance, de sorte qu'il faudrait également offrir davantage de capacités à l'échelle locale.

Nombres de cas

Le KSB fait part de difficultés rencontrées avec les méthodes de comptage des cas, car les codes CHOP ont été révisés le 1^{er} janvier 2016 et le KSB ne savait pas clairement si l'on avait tenu compte des chiffres du registre AQC ou bien de ceux de la statistique médicale. Il demande qu'on n'utilise que des chiffres certifiés et actuels (2015–2017).

Autres arguments

Le KSBL souhaite reposer ultérieurement sa candidature à un mandat de prestations pour les résections hépatiques, car il a entre-temps de nouveau atteint le nombre de cas requis grâce à un nouveau médecin-chef en chirurgie.

4.1.5 Résections rectales profondes

Tableau 4. Approbation/rejet de la proposition d'attribution des prestations

	Pour	Contre	Ne se prononcent pas
<i>Cantons</i>	13 <i>GL, FR, SO, BS, BL, AR, SG, GR, AG, TI, VD, NE, JU</i>	10 <i>ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, TG, VS</i>	0
<i>Hôpitaux</i>	25 <i>CHUV, eHnv, EOC, HFR, HL-BE, HUG, HNE, Insel, KSB, KSGR, KSSG, HL-Z, HL-LU, KSA, KSBL, KSW, LUKS-Lu, soH, Limm, STS, Uster, SZB, USB, USZ, Triemli</i>	19 <i>Lug, Source, EHC, HL-AG, HVS, HRC, HL-SG, L'hof, LUKS-Sur, RSE, Männ, KgSZ, STG, Büel, SRO, Waid, ZKS, KSU, KSGL</i>	3 <i>HIB, Lach, Muri</i>
<i>Assureurs</i>	1 <i>santésuisse</i>	0	0
<i>Facultés de médecine</i>	1 <i>Uni Zürich</i>	0	0

R

	Pour	Contre	Ne se prononcent pas
Sociétés savantes	1	0	4
	SSG		AQC, SSED, SSCP, SMOB
Total	41 (53 %)	29 (38 %)	7 (9 %)

La proposition d'attribution des prestations pour les résections rectales profondes est approuvée par une majorité des participants. Il est néanmoins singulier de constater qu'elle est rejetée non seulement par des hôpitaux, mais aussi par divers cantons.

Rattachement à la MHS

Divers cantons ainsi que Lug et LUKS-Sur estiment que l'attribution des prestations à 27 centres indique que ce domaine partiel de la MHS n'aurait pas dû être rattaché à la MHS, car le critère de rareté fait visiblement défaut. Un certain nombre d'hôpitaux pensent que puisque le carcinome du côlon est fréquent, le carcinome du rectum ne peut pas non plus être considéré comme rare et donc aussi que le rattachement à la MHS n'avait pas lieu d'être. KgSZ pourrait donner son accord à un rattachement à la MHS si la définition du rectum profond était modifiée pour se situer au niveau du plancher pelvien, c.-à-d. à env. 6 cm. ZH regrette qu'on ne justifie pas l'écart des chiffres réels de 2013 par rapport à ceux de 2015 et considère que le critère de rareté n'est pas non plus rempli. OW signale l'opposition de la Suisse centrale et souhaite rediscuter du rattachement. En outre, les mandats de prestations devraient être répartis plus équitablement entre les régions.

Exigences (candidature)

NW et LUKS-Sur estiment que les exigences relatives aux nombres minimaux de cas sont discutables ; pour eux, l'expérience du chirurgien et le nombre global de cas opérés sur le site au fil des ans sont encore plus importants.

Soins, planification des besoins

ZH pense que les besoins prévus peuvent être couverts avec un moindre nombre de fournisseurs de prestations, la capacité d'offre excédant la demande de 28 %. HRC expose la situation spéciale de son groupe hospitalier issu d'une fusion. Le transfert sur le site de Rennaz de ce qui constitue actuellement cinq sites est prévu pour le printemps/été 2019. Au sein du groupe hospitalier, les prestations MHS sont d'ores et déjà regroupées sur un site (Monthey) où toutes les exigences sont remplies, à l'exception de la reconnaissance comme établissement de formation postgrade. Ce projet hospitalier est important pour la région qui connaît une croissance particulièrement forte.

Nombres de cas

HVS, Männ et Bül expliquent que la diminution de leurs nombres de cas n'était que temporaire, en raison de la vacance de postes de chef de service, mais que ceux-ci sont de nouveau pourvus. Waid signale également que son activité est en augmentation, et qu'il possède une expérience particulière avec les patients âgés. Ils déclarent être des pionniers en matière de chirurgie colorectale mini-invasive et un mandat de prestations serait pour eux très important en tant que service de formation postgrade. L'hof renvoie à son nombre de cas élevé.

Enseignement, formation postgrade et recherche

HRC s'emploie à obtenir aussi vite que possible une reconnaissance comme établissement de formation postgrade pour son site de Monthey, en sachant que celle-ci devra être renouvelée après son déménagement à Rennaz. Il doit pouvoir proposer une formation postgrade en chirurgie colorectale et en chirurgie bariatrique, raison pour laquelle un mandat de prestations dans ces domaines est important. Il collabore également avec le CHUV et l'HVS. BE n'arrive pas à comprendre pourquoi le RSE ne devrait pas être reconnu comme établissement de formation postgrade. Lug explique qu'au début la formation postgrade n'avait bénéficié d'aucun financement complémentaire, que la situation s'est améliorée et qu'ils ont l'intention de soumettre une demande de reconnaissance dans un avenir proche. La clinique conteste que la recherche soit insuffisante et énumère un certain nombre de projets de recherche auxquels elle a participé. L'EHC indique qu'ils croyaient qu'ils ne pouvaient citer que les travaux de recherche qu'ils avaient eux-mêmes menés, mais qu'ils sont liés au CHUV par un contrat de collaboration qui fait que leurs patients sont également inclus dans des études. Ils participent par ailleurs au programme ERAS®. Büel est d'avis qu'il remplit les critères de reconnaissance comme établissement de formation postgrade et qu'il ne s'agit plus que d'une formalité pour l'obtenir.

Economicité

RSE n'arrive pas à comprendre l'évaluation de l'économicité ; selon le benchmark des hôpitaux suisses, ils sont un des hôpitaux les plus économiques de Suisse.

Autres arguments

LUKS-Sur se réfère à des promesses antérieures. Lach serait également intéressé par un mandat de prestations pour la chirurgie rectale profonde. Männ renvoie au fait qu'il dispose d'un service de radio-oncologie et joint deux lettres de recommandation d'autres hôpitaux.

4.1.6 Chirurgie bariatrique complexe

Tableau 5. Approbation/rejet de la proposition d'attribution des prestations

	Pour	Contre	Ne se prononcent pas
Cantons	11	12	0
	BE, OW, GL, SO, BS, BL, AR, SG, AG, TG, JU	ZH, LU, UR, SZ, NW, ZG, FR, GR, TI, VD, VS, NE	
Hôpitaux	17	18	12
	CHUV, HL-BE, HUG, Insel, KSB, KSSG, HL-Z, HL-SG, KSA, KSW, LUKS-Lu, soH, Limm, STG, SZB, USB, USZ	Lug, Source, eHnv, EOC, HFR, HIB, HNE, HRC, KSGR, HL-LU, L'hof, LUKS-Sur, Lach, Muri, Männ, SRO, KSU, KSGL	EHC, HL-AG, HVS, KSBL, RSE, KgSZ, STS, Uster, Büel, Triemli, Waid, ZG KS
Assureurs	1	0	0
	santésuisse		
Facultés de médecine	1	0	0
	Uni Zürich		
Sociétés savantes	2	1	2
	SSED, SSG	SMOB	AQC, SSCP

B

	Pour	Contre	Ne se prononcent pas
Total	32 (42 %)	31 (40 %)	14 (18 %)

La proposition d'attribution des prestations en chirurgie bariatrique complexe ne rencontre pas l'approbation de la majorité des participants, les partisans et les opposants s'équilibrent à peu près. Tant pour les cantons que pour les hôpitaux, le « non » l'emporte d'une voix. L'association professionnelle de chirurgie bariatrique se prononce également contre la proposition.

Rattachement à la MHS

Un ensemble de cantons et d'hôpitaux (LU, UR, SZ, NW, ZG, L'hof, LUKS-Sur, Lug) estiment qu'une réglementation en sus de celle de la société savante concernée (SMOB) n'est ni utile ni judicieuse. Cette dernière est très bien acceptée par tous les intervenants ; la chirurgie bariatrique complexe devrait être retirée de liste des interventions MHS. Qui plus est, l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins¹⁸ renvoie également à la reconnaissance du SMOB.

Exigences (candidature)

Le SMOB estime que l'exigence « reconnaissance comme établissement de formation postgrade en chirurgie viscérale » était trop peu connue de certains services. L'expertise ne résulte en outre pas seulement de la réalisation d'interventions complexes, mais aussi de la pratique d'un grand nombre d'opérations standard. Tous les services ne peuvent pas non plus mener leurs propres projets de recherche. Les services n'ayant acquis que récemment le statut de centre de référence SMOB ne sont pas encore en mesure d'afficher le nombre de cas requis. HNE considère que tel est son cas. Ils ont mis en place un centre de compétences, le chirurgien viscéral a toujours effectué les opérations hautement spécialisées dans un hôpital bénéficiant d'un mandat de prestations MHS en chirurgie bariatrique. NE soutient cette argumentation.

Soins, planification des besoins

HIB, KSGR et le SMOB soulignent que la prise en charge préopératoire et le suivi des patients en chirurgie bariatrique revêtent une importance particulière et que la proximité géographique avec les patients est essentielle. C'est la raison pour laquelle, selon eux, les centres de compétences ne doivent pas être trop concentrés mais plutôt décentralisés. Le TI renvoie au fait que la proposition d'attribution des prestations ne prévoit pas que la Suisse italophone offre des prestations de chirurgie bariatrique MHS, ce qui est pourtant nécessaire. Les deux hôpitaux remplissent chacun une partie des exigences et devraient donc recevoir un mandat de prestations provisoire ou, le cas échéant, conjoint, qui pourrait également être conditionné par le développement ultérieur. Lug soutient la même argumentation et demande un mandat limité à trois ans ou bien, à défaut, un mandat provisoire en commun avec l'EOC. VD explique que trois pôles de compétences en chirurgie bariatrique sont prévus dans le canton, un au nord du canton regroupant la région fribourgeoise attenante, un au centre/Est, couvrant le centre et la Riviera, et un pôle à l'Ouest autour des Hôpitaux universitaires de Genève. Cette centralisation vise notamment à répondre à une pénurie de professionnels en permettant à ces centres de mener une mission de formation. C'est la raison pour laquelle VD soutient l'attribution d'un mandat de prestations à l'HIB (assorti toutefois de certaines conditions), outre celui attribué au CHUV, car ce dernier ne peut accueillir tous les cas. HIB fait état de sa collaboration avec le CHUV et de la répartition des patients prévue. NE identifie des sous-capacités en Romandie, où il n'y aurait de

¹⁸ Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS) ; RS 832.112.31.

place que pour trois quarts des patients. HIB ne pense pas non plus qu'il soit possible de concentrer les 200 cas de Romandie dans les deux hôpitaux universitaires. Quant au canton de ZH, il discerne une surcapacité prévue d'environ 25 % et plaide pour un moindre nombre de fournisseurs de prestations.

Nombres de cas

HFR et FR attirent l'attention sur le recrutement d'un nouveau chirurgien de l'obésité qui s'accompagne d'une augmentation du nombre de cas ; SRO espère enregistrer une telle augmentation grâce à un accord de collaboration avec RSE. Lug constate que le nombre minimal de cas a été atteint en 2016 et 2017. Muri estime que les cas n'ont pas été comptés correctement.

Enseignement, formation postgrade et recherche

EOC fait état de ses mandats de prestations MHS dans le traitement neurochirurgical des pathologies vasculaires du système nerveux central (SNC) autres que les anomalies vasculaires complexes, dans le traitement des blessés graves ainsi que dans le traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux. Il en résulte des synergies avec la recherche épidémiologique et la recherche fondamentale de la nouvelle Medical Master School de l'université de la Suisse italienne. Muri soumet de nouveaux documents concernant son activité de recherche, et précise que le questionnaire de candidature n'a pas été rempli correctement. Il rappelle qu'il affiche un très grand nombre de cas. SRO se voit en mesure de devenir un établissement de formation postgrade de catégorie V1. HIB renvoie à sa demande de reconnaissance comme établissement de formation postgrade et à sa collaboration avec le CHUV. LUKS-Sur estime que la reconnaissance de LUKS-Lu comme établissement de formation postgrade est suffisante, mais à part cela que cette exigence n'est guère appropriée et pas pertinente comme critère de qualité. HRC renvoie à l'excellence de son équipe chirurgicale (cf. aussi les commentaires en chirurgie rectale concernant la question du site).

Economicité

HL-LU signale que son taux de base est plus bas que celui des autres candidats de Suisse centrale. Muri révoque en doute la méthodologie, car les données DRG n'incluent pas spécifiquement les données MHS et que celles-ci regroupent en principe les cas plus chers. De plus, l'adéquation et l'utilité auraient aussi dû être incluses dans les considérations.

Autres arguments

Certains hôpitaux ne satisfont pas au critère de reconnaissance comme centre de référence SMOB, mais affirment être en voie d'y satisfaire ou d'y avoir entre-temps satisfait. FR et HFR estiment que la reconnaissance comme centre de référence SMOB devrait automatiquement entraîner l'obtention d'un mandat de prestations MHS pour la chirurgie bariatrique complexe. Lach a omis de soumettre sa candidature, car il ne savait pas qu'il existait un délai pour ce faire. Il gère depuis onze ans un centre interdisciplinaire de l'obésité et estime remplir toutes les conditions pour obtenir un mandat de prestations, y compris une moyenne de 47 cas par an. eHnv n'a pas non plus fait acte de candidature, car il se trouvait dans un processus de fusion des services de chirurgie avec les hôpitaux de St-Loup et d'Yverdon. Bien qu'il soit un centre de référence SMOB, il ne remplit pas toutes les exigences pour un mandat MHS. Il souhaite savoir s'il y aura encore ultérieurement la possibilité de poser sa candidature.

4.2 Appréciation de l'organe scientifique MHS

Dans les domaines partiels des résections rectales profondes et de la chirurgie bariatrique complexe, les recommandations de l'organe scientifique MHS au sujet de l'attribution des prestations ainsi que l'appréciation sur les arguments avancés ne sont pas mentionnées, car l'organe de décision MHS n'a pas encore statué sur les attributions de prestations.

Rattachement à la MHS

L'organe scientifique ne voit aucune raison de remettre en question le rattachement des cinq domaines partiels MHS en chirurgie viscérale. Bon nombre d'arguments ont déjà été avancés lors de la consultation relative au rattachement à la MHS, et certains déjà pris en compte ou repoussés car jugés inconsistants. Au stade actuel, il est impossible de prendre de nouveaux arguments en considération : s'il n'était pas possible de se fonder à présent sur le rattachement entériné, c'est tout le processus qu'il faudrait recommencer à zéro. Lors de la prochaine réévaluation, le rattachement à la MHS sera réexaminé pour tous les critères et fera l'objet d'une discussion dans le cadre de la consultation.

La dissection sous-muqueuse endoscopique, la résection muqueuse endoscopique ainsi que l'ablation endoscopique par radiofréquence avec le système BarrX dans le tractus gastro-intestinal ne sont à ce jour pas rattachées à la MHS. Bien que ces méthodes nécessitent une grande expérience technique, elles sont au moins en partie moins complexes qu'une œsophagectomie notamment. De plus, certaines de ces interventions peuvent être réalisées en ambulatoire ou de façon partiellement stationnaire. Enfin, par exemple, la place définitive de la dissection sous-muqueuse endoscopique au niveau du côlon n'est toujours pas claire et continue de faire l'objet de travaux de recherche clinique. Ces méthodes peuvent donc pour l'instant être proposées par tous les hôpitaux disposant d'un mandat cantonal de prestations correspondant. Un éventuel rattachement des ces interventions à la MHS ne pourra être examiné que lors d'une procédure ultérieure de rattachement.

Exigences (candidature)

Dans la mesure où il n'existe pas de situation de sous-capacité, il n'est pas nécessaire d'attribuer des mandats de prestations « provisoires ». En termes économiques, il n'est pas judicieux d'attribuer des mandats de prestations de différentes durées, car il faudrait bien alors, dès le mandat le plus court parvenu à son terme, réexaminer néanmoins l'ensemble de l'offre de soins.

Dans la mesure où les données sur la qualité des résultats ne sont pas encore disponibles avec une qualité suffisamment fiable, on doit continuer à se fonder sur les nombres de cas comme indicateurs de qualité. Ceux-ci ont été fixés à douze, soit un niveau qui n'est que légèrement plus élevé que lors des décisions d'attribution de 2013. Cela peut être considéré comme un niveau intermédiaire sur la voie d'une concentration plus poussée. Après que le Tribunal administratif fédéral a abrogé presque toutes les décisions contestées en 2014, de nombreux hôpitaux ont pu, en vertu d'un éventuel mandat cantonal de prestations, continuer à fournir des prestations dans ce domaine. La condition que l'on avait fixée de parvenir à des nombres de cas plus élevés¹⁹ au bout de deux ans n'a pu être mise en œuvre. Conformément aux dispositions du Tribunal administratif fédéral, la procédure est désormais réalisée en deux temps. L'obligation de tenue d'un registre a été introduite dans les dernières décisions. Lors de la prochaine réévaluation, la qualité des données sera si bonne que celles-ci pourront servir de base pour les

¹⁹ 15 dans les résections œsophagiennes, 20 dans les résections pancréatiques et hépatiques et 25 dans les résections du rectum profond et en chirurgie bariatrique complexe.

attributions de prestations, en particulier en ce qui concerne les données relatives aux résultats ainsi que les nombres de cas.

Les autres exigences relatives aux disciplines qu'il importe de proposer en même temps n'ont été formulées que dans la mesure où elles s'avèrent nécessaires à une bonne prise en charge des patients, par exemple la présence d'un service de soins intensifs certifié, d'un service d'oncologie dans l'établissement, etc. Ces exigences sont énumérées en détail dans l'annexe A1.

L'attribution des prestations pour six ans donne d'une part aux hôpitaux une sécurité de planification ; d'autre part, ce délai permet d'élaborer et de faire connaître à l'avance les exigences concernant la prochaine évaluation, et ce, afin de disposer de suffisamment de temps pour saisir les données dans le registre et de faire en sorte que la prochaine attribution de prestations puisse se baser sur ces données.

Soins, planification des besoins

En matière de médecine hautement spécialisée, la région de soins est en principe l'ensemble de la Suisse. Dans les interventions en urgence et lorsque le facteur temps joue un rôle décisif, les patients doivent pouvoir accéder rapidement au traitement. Cela joue un rôle secondaire dans les opérations planifiées. Il faut toutefois veiller à ce qu'une offre suffisante, par exemple dans les régions linguistiques, soit disponible, pour autant que cela soit possible du point de vue qualitatif, et à ce que les patients puissent accéder au traitement en temps utile. Les cinq domaines partiels MHS en chirurgie viscérale représentent tous sans exception des opérations électives qui peuvent être planifiées et pas des interventions en urgence.

En vue de l'attribution des prestations, les hôpitaux candidats avaient été également interrogés sur leurs capacités de réserve. Pour les hôpitaux bénéficiant d'un mandat de prestations MHS, la concentration de l'offre se traduit par une augmentation du nombre de patients. Comme cela a été relevé à juste titre lors de l'audition, ces informations sont fondées sur des autodéclarations et des estimations. Il n'est pas dit *a priori* que celles-ci correspondent à la réalité. C'est la raison pour laquelle les « surcapacités » qui s'en dégagent doivent également être considérées avec circonspection. Avec les présentes attributions de prestations, divers fournisseurs de prestations actuels ne bénéficieront plus d'un mandat de prestations, ce qui signifie que les autres devront accroître leur activité pour accueillir les patients correspondants. Il conviendra d'analyser ces développements lors de la prochaine réévaluation et d'en tirer les conclusions qui s'imposent.

L'organe scientifique MHS estime que les hôpitaux retenus pour bénéficier d'un mandat de prestations possèdent ou peuvent créer les capacités suffisantes pour pouvoir réaliser les résections œsophagiennes prévues. En principe, il convient de ménager une période de transition pour les cinq domaines partiels afin que tous les hôpitaux puissent s'adapter à la nouvelle donne, y compris les hôpitaux dont le mandat de prestations n'est pas renouvelé. Pour ce faire, on préconise de ne faire entrer en vigueur les attributions de prestations que six mois après que la décision aura été arrêtée.

Nombres de cas

Le nombre minimal de cas étant désormais fixé à un niveau très bas dans les cinq domaines partiels, aucune exception ou période de transition ne peut plus être accordée sous la forme de mandats de prestations provisoires. Afin d'amortir l'impact lié à un changement de chef de service ou à d'autres mesures de restructuration, les nombres de cas ont été calculés comme une moyenne sur une période de trois ans allant du 21. 12. 2013 au 20. 12. 2016. Il n'aurait pas été

possible d'utiliser les nombres de cas de 2017, car ceux-ci n'étaient pas disponibles avant mai 2018 au plus tôt et parce que leur étude prend également du temps.

Les nombres de cas de deux sites hospitaliers d'un hôpital ou de deux hôpitaux liés par un accord de coopération peuvent s'additionner si seul un des deux sites se porte candidat à un mandat de prestations, et si les flux de patients rendent plausible le fait que les patients se feront effectivement traiter sur ce site. Bien entendu, ce site doit également satisfaire à tous les autres critères.

Les nombres de cas du registre AQC doivent être utilisés. Les hôpitaux ont eu suffisamment de temps pour les corriger. En cas de doute, les comptes rendus opératoires ont été contrôlés pour vérifier si les cas recensés étaient bien des cas MHS. Les nombres de cas à venir ne peuvent pas être pris en compte.

Enseignement, formation postgrade et recherche

Selon les termes de la CIMHS, qui met en œuvre l'article 39, alinéa 2^{bis}, LAMal, l'organe scientifique MHS est explicitement chargé de tenir compte de l'importance du lien avec la recherche et l'enseignement dans la préparation des décisions de rattachement à la MHS et d'attribution des prestations pour l'organe de décision MHS. Du point de vue scientifique également, il est essentiel que les centres de compétences ainsi formés se développent – s'ils ne fournissent « que » les prestations de soins qui ont été définies au départ, le potentiel d'innovation ne peut pas être exploité et va s'étioler avec le temps. Un développement n'est possible que si les centres s'engagent aussi dans l'enseignement, la formation postgrade et la recherche. L'argumentation qui a été avancée, selon laquelle la CIM se traduirait par trop peu de possibilités de formation postgrade pour les médecins, doit également conduire à exiger que les centres de compétences s'impliquent effectivement dans la formation postgrade, car ils sont les seuls à disposer de ces mandats de prestations et surtout, car qualité et recherche vont également de pair. Les études cliniques ne sont pas seulement utiles pour élaborer de nouvelles normes de diagnostic et de traitement ; elles constituent aussi un instrument reconnu d'assurance qualité clinique. Les patients traités dans le cadre d'études cliniques ont souvent un meilleur pronostic que ceux, par ailleurs comparables, dont le bilan et le traitement sont effectués selon le schéma habituel (conduit dans les règles de l'art). Le contrôle minutieux et régulier des données de l'étude (comparées avec les données originales tirées des dossiers des patients) par un monitoring externe révèle dans le détail d'éventuelles insuffisances de la prise en charge ; il oblige également l'équipe soignante à planifier et mettre en œuvre le diagnostic et le traitement de façon plus scrupuleuse que ce qui est ordinairement possible en routine. Il s'agit donc d'un levier MHS important pour améliorer la qualité clinique dans les hôpitaux.

Quelques candidats ont fait part des difficultés qu'ils ont rencontrées en tant qu'établissements où exercent des médecins indépendants pour obtenir une reconnaissance comme établissement de formation postgrade en chirurgie viscérale. Toutefois, cette forme d'organisation n'empêche apparemment pas une reconnaissance, comme le montrent divers exemples d'autres hôpitaux ou cliniques.

Si la reconnaissance comme établissement de formation postgrade est déjà effective au moment du dépôt de candidature, cela montre que les hôpitaux sont engagés dans la formation postgrade et qu'ils possèdent une stratégie correspondante à plus long terme. Il va de soi qu'on ne peut pas contester cela aux hôpitaux n'ayant obtenu la reconnaissance que plus tard. L'organe scientifique a dûment pris connaissance des informations et des documents à ce sujet qui ont été envoyés par quelques hôpitaux après la fin de la procédure de candidature. Compte tenu de toutes les circonstances, en particulier des situations de surcapacité qu'il convient d'éviter, l'organe scientifique MHS a décidé de ne pas attribuer d'autres mandats de prestations et

donc de ne pas accroître encore l'offre de prestations qui se trouve déjà à sa limite supérieure. Par conséquent, on a pris en principe en considération les candidats qui remplissaient déjà l'ensemble des conditions au moment de leur candidature.

Economicité

Même s'il est compréhensible de souhaiter que l'économicité soit davantage prise en compte, cela n'est pas faisable. Les données disponibles ne permettent pas de classer tous les hôpitaux avec la même fiabilité dans les différentes catégories d'économicité, soit en raison de l'absence de données (il est impossible de se prononcer de façon statistiquement fiable car le nombre de cas est très faible), soit parce que certains établissements déclarent leurs sites séparément et d'autres non. Exclure dans ce contexte des candidats qui remplissent par ailleurs toutes les autres conditions ne serait pas adéquat, en particulier si les prestations devaient alors être assurées par des candidats ne satisfaisant pas à tous les autres critères. C'est la raison pour laquelle l'organe scientifique MHS souhaite s'en tenir à l'approche suivie jusqu'à présent.

Autres arguments

Les quatre domaines partiels des résections concernent en effet exclusivement la médecine pour adultes, ce que les décisions doivent clairement indiquer. Les deux hôpitaux n'ayant pas fait acte de candidature, le Spital Lachen AG et les Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois, ne peuvent pas être pris en considération. L'ouverture de la procédure de candidature a fait l'objet d'une publication officielle dans la Feuille fédérale²⁰. De même, une demande de domaine partiel supplémentaire qui ne nous a été adressée qu'en mars 2018, n'a pas été prise en considération.

4.3 Conclusion

Après avoir procédé à une analyse approfondie de la situation des soins et de l'évolution prévisible du nombre de cas jusqu'en 2025, l'organe scientifique MHS recommande d'attribuer un mandat de prestations limité à six ans aux fournisseurs de prestations suivants :

Résections œsophagiennes : St. Claraspital AG, Basel ; Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern ; Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne ; Kantonsspital St. Gallen, site de St.-Gallen ; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne ; Hirslanden Klinik AG, Zürich ; Stadtspital Triemli, Zürich ; Universitätsspital Zürich.

Résections pancréatiques : Kantonsspital Aarau AG ; Kantonsspital Baden AG, site de Baden ; Kantonsspital Baselland, site de Liestal ; St. Claraspital AG, Basel ; Universitätsspital Basel ; Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site ; Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern ; Les hôpitaux universitaires de Genève ; Kantonsspital Graubünden, Chur ; Klinik St. Anna AG, Luzern ; Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne ; Kantonsspital St. Gallen, site de St.-Gallen ; Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano ; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne ; Hirslanden Klinik AG, Zürich ; Kantonsspital Winterthur ; Stadtspital Triemli, Zürich ; Universitätsspital Zürich.

²⁰ FF 2016 7785.

Résections hépatiques : Kantonsspital Aarau AG ; St. Claraspital AG, Basel ;²¹ Universitätsspital Basel ; Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site ; Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern ; Les hôpitaux universitaires de Genève ; Kantonsspital Graubünden, Chur ; Klinik St. Anna AG, Luzern ; Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne ; Kantonsspital St. Gallen, site de St.-Gall ; Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano ; Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld ; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne ; Hirslanden Klinik AG, Zürich ; Kantonsspital Winterthur ; Stadtsipital Triemli, Zürich ; Universitätsspital Zürich.

L'attribution d'autres mandats de prestations est impossible en raison de la concentration prescrite par la LAMal et/ou du non-respect des critères.

Afin de donner aux hôpitaux faisant face à une situation nouvelle (attribution ou non attribution d'un mandat de prestations) suffisamment de temps pour s'adapter, **les attributions de prestations entreront en vigueur six mois après que la décision aura été arrêtée.**

Les mandats de prestations sont à attribuer pour une période de six ans. Cette durée offre d'un côté une sécurité de planification aux hôpitaux. De l'autre, la procédure en deux étapes (rattachement à la MHS et attribution des prestations) demande beaucoup de temps. Afin de disposer de suffisamment de temps pour saisir les données dans le registre et de faire en sorte que la prochaine attribution de prestations puisse se baser sur ces données, il est prévu d'élaborer et d'annoncer bien à l'avance les exigences relatives à la prochaine évaluation. L'attribution des mandats de prestations pour six ans est donc équitable. Le respect des exigences doit être surveillé pendant toute cette durée à l'aide du monitoring et du contrôle des données des registres.

Le mandat de prestations MHS est lié au respect des conditions suivantes (qui doivent toutes être remplies par les fournisseurs de prestations bénéficiant d'un mandat MHS pendant toute la période d'attribution des prestations). Le non-respect d'une condition peut entraîner le retrait du mandat de prestations.

- a. Remise chaque année d'un rapport d'activité aux organes de la CIMHS en ce qui concerne les données relatives à la qualité des processus et des résultats, y compris le nombre de patients traités (nombres de cas), dans le cadre de l'ensemble minimal de données²². Les hôpitaux soumettent de façon coordonnée les données standardisées et directement comparables au secrétariat de projet MHS et désignent à cet effet une personne responsable.
- b. Rapport relatif à l'enseignement, la formation postgrade et la recherche deux et cinq ans après l'attribution des prestations.
- c. Divulgarion dans les meilleurs délais des manquements aux exigences de qualité et des modifications intervenues en termes de structures et de personnel qui affectent l'assurance qualité (notamment restructuration du centre, vacance du poste de directeur du centre ou de la direction médicale ou paramédicale).
- d. Recueil et transmission des données de l'ensemble minimal de données au registre de chirurgie viscérale de la Société Suisse de Chirurgie Viscérale (SSCV)/Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) (ci-après « registre ») pour chaque patient MHS.

²¹ Le St. Claraspital et l'hôpital universitaire de Bâle sont informés que l'attribution d'un mandat de prestations n'implique pas seulement un droit à fournir des prestations, mais aussi une obligation de fournir des prestations (cf. note de bas de page 17), et qu'ils ne peuvent donc pas s'abstenir de fournir cette prestation. Ils devraient sinon retirer leur candidature. Ceci résulte de l'article 41a (obligation d'admission) ; il s'agit de la prise en charge de tâches publiques : la délégation d'un mandat de prestations s'accompagne d'une obligation d'exécution.

²² Voir complément B2 à l'annexe A1.

- e. Participation équitable (au prorata de l'activité) aux frais d'exploitation du registre, ce qui comprend également les coûts des audits, des analyses et des rapports destinés aux organes de la CIMHS, ainsi que de la coordination.
- f. Audits réguliers des données recueillies dans le registre à des fins d'assurance qualité ; communication des résultats de l'audit aux organes de la CIMHS ou autorisation donnée à l'organisme d'audit de transmettre les résultats de l'audit aux organes de la CIMHS ainsi que de mentionner nommément le centre ayant fait l'objet d'un audit vis-à-vis des organes de la CIMHS.
- g. Réalisation d'au moins douze opérations par an sur le site dans le domaine partiel concerné.
- h. Veiller au respect des exigences de qualité spécifiques suivantes :
 - pour les domaines partiels résections œsophagiennes, résections pancréatiques, résections hépatiques :*
 - h₁. Chirurgien responsable au bénéfice d'une formation approfondie en chirurgie viscérale ou qualification équivalente.
 - h₂. Conditions en termes de personnel et de structures pour que les centres puissent traiter eux-mêmes les complications post-opératoires sans avoir à transférer le patient :
 - h_{2a}. Disponibilité 24 h / 24 et 7j / 7 d'un service de radiologie à visée diagnostique et interventionnelle (ou équivalent)
 - h_{2b}. Disponibilité 24 h / 24 et 7j / 7 d'une équipe chirurgicale spécialisée (formation approfondie en chirurgie viscérale ou qualification équivalente) avec possibilité de (ré)intervention chirurgicale dans un délai déterminé (1 h) ; exigence minimale : deux médecins disposant d'une formation approfondie en chirurgie viscérale ou formation équivalente.
 - h₃. Unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI) dans l'établissement.
 - h₄. Disponibilité 24 h / 24 et 7j / 7 d'un service d'endoscopie interventionnelle.
 - h₅. Service d'oncologie dans l'établissement.
 - h₆. Chaque cas est présenté à un tumor board interdisciplinaire (dont la composition est conforme aux directives des organes CIMHS). Les exigences sont définies dans le complément B1 à l'annexe B1.
- i. Reconnaissance comme établissement de formation postgrade pour la formation approfondie en chirurgie viscérale par L'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) sur le site de la fourniture des prestations.
- j. Prise en considération du domaine partiel de chirurgie viscérale concerné dans un concept de formation postgrade librement accessible au public.
- k. Participation active à des études de recherche clinique ou à d'autres projets de recherche clinique.
- l. Obligation de collaborer pour le respect des conditions et le contrôle de leur respect.

5 Critères de planification

5.1 Principes de planification selon la CIMHS

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

5.2 Critères de planification des soins

Lors de l'établissement de la liste intercantonale des hôpitaux MHS, il importe de respecter les exigences prescrites par les dispositions de la LAMal et ses ordonnances d'exécution que pour une liste cantonale des hôpitaux (art. 39, al. 1, LAMal, art. 58a et suiv. OAMal). On doit également tenir compte des autres principes spécifiques de la planification des capacités au sens de l'art. 8 de la CIMHS. Les considérations suivantes doivent illustrer l'approche suivie dans l'application de ces critères de planification.

L'activité hospitalière dans un domaine de la MHS est déterminée par le nombre de séjours hospitaliers caractérisés par une intervention de MHS. Ce nombre de séjours provient de la statistique médicale 2015, qui sert de référence.

Pour une intervention de MSH, *les besoins de la population* sont liés à la démographie en Suisse, actuelle et future. Le taux d'hospitalisation de chaque intervention est calculé par groupe d'âge. L'application de ces taux à l'évolution future de la population suisse permet de faire une projection. Cette dernière est affinée par les commentaires d'experts qui tiennent compte des évolutions épidémiologiques et médico-techniques.

Il faut noter les limites de cette projection. La principale tient au faible nombre d'interventions dans chacun des hôpitaux, ainsi que les courtes périodes de projections.

En ce qui concerne l'évaluation des *capacités nécessaires*, il convient de veiller à ce que les traitements adéquats puissent être assurés par les fournisseurs de prestations proposés, sans toutefois que le nombre annuel d'opérations dans les différents établissements ne descende au-dessous d'un volume critique (nombre minimal de cas), au risque de nuire à la sécurité médicale et à la qualité du traitement.

Lors de l'attribution des prestations, il importe de s'assurer que *les patients ont accès au traitement dans un délai utile* au sein d'une région linguistique ou géographique. Dans les domaines MHS, il n'existe pas de régions ni de cantons prédéfinis où les patients doivent être obligatoirement adressés. Le libre choix de l'hôpital s'applique ici, ce qui signifie que l'hôpital ou le médecin traitant sont libres d'adresser les patients dans le centre MHS de leur choix, d'où la nécessité de tableur sur une variation annuelle des cantons d'origine des patients. Afin d'analyser les flux de patients en vue d'une offre suffisante, on a défini les régions suivantes : Romandie : GE, VD, VS, NE, FR ; nord-ouest de la Suisse : BE, BS, BL, SO, AG, JU ; Suisse orientale : ZH, SH, SG, TG,

GL, AI, AR, GR ; Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ ; Tessin : TI. Etant donné que dans les cinq domaines partiels, il ne s'agit pas d'interventions en urgence, mais d'opérations planifiables, on peut raisonnablement envisager des distances un peu plus longues.

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

Enfin, la *qualité* et l'*économicité* des fournisseurs de prestations sont également prises en considération, comme cela est illustré ci-après.

5.3 Critères pour l'évaluation des fournisseurs de prestations

L'évaluation des prestataires en vue de l'attribution d'un mandat de prestations MHS se fonde sur les critères de la CIMHS (art. 4, al. 4, CIMHS) et sur les dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (art. 58b, al. 4 et 5). Ces prescriptions r glementaires fondamentales sont r sum es dans le Tableau 6.

Selon l'article 4, alinéa 3, ch. 3, de la CIMHS, l'organe scientifique MHS fixe les conditions qui doivent être remplies pour l'exécution d'une prestation ou d'un domaine de prestations en ce qui concerne le nombre de cas, les ressources personnelles et structurelles et les disciplines de soutien. En ce sens, l'organe scientifique MHS fixe, pour chaque domaine MHS, des exigences spécifiques impos es aux fournisseurs de prestations sur la base des critères de la CIMHS et de l'OAMal (voir annexe A1). Le questionnaire de candidature standardisé soumis aux prestataires intéressés dans le cadre de la procédure de candidature comprend notamment ces exigences spécifiques.

Tableau 6. Exigences auxquelles les fournisseurs de prestations doivent satisfaire selon la CIMHS et l'OAMal

Exigences	Opérationnalisation des exigences	Respect des exigences
<p>Qualité de la fourniture des prestations, y compris :</p> <p>Personnel hautement qualifié et fonctionnement en équipe</p> <p>Disciplines de soutien</p> <p>Exploitation des synergies</p>	<p>Les fournisseurs de prestations déclarent le degré de respect de la qualité des structures et des processus et l'efficacité de la fourniture des prestations par rapport aux exigences spécifiques au domaine concerné (cf. annexe A1). Le contrôle des critères repose en outre sur les éléments suivants, qui servent de preuve de qualité déterminante : reconnaissance en tant qu'établissement de formation postgraduée pour la chirurgie viscérale par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), reconnaissance ou certification des unités de soins intensifs par la Société suisse de médecine intensive (SSMI), ainsi que – pour la bariatrie – reconnaissance comme centre de référence par la Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) ou les exigences respectives imposées par ces réglementations.</p>	<p>Auto-déclaration relative à la qualité des structures et des processus au moyen du questionnaire standardisé en association avec la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie viscérale, la gestion d'une unité de soins intensifs reconnue/certifiée par la SSMI, ainsi que, pour la bariatrie, la reconnaissance comme centre de référence SMOB.</p>
<p>Nombres minimaux de cas</p>	<p>Dans les décisions du 10 septembre 2013 relatives à la planification de la MHS dans le domaine des interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale, il était prévu, après une période de transition de deux ans avec un nombre minimal de dix opérations par an, de relever les nombres minimaux de cas (l'œsophage passant à 15, le pancréas à 20, le foie à 20, le rectum profond à 25 et la chirurgie bariatrique à 25). La période d'observation est trop courte pour pouvoir évaluer de façon approfondie l'effet de concentration résultant des nombres minimaux de cas imposés (dix opérations /an). C'est la raison pour laquelle on renonce pour le moment à relever les nombres minimaux de cas au niveau prévu et l'on accorde une plus longue période de transition aux fournisseurs de prestations. Les nombres minimaux de cas pour cette période ne sont que légèrement relevés. Durant celle-ci, l'objectif est désormais de procéder à un monitoring étroit des données de qualité afin de pouvoir à moyen terme baser la planification sur la qualité de la fourniture des prestations. Avec l'obligation de documenter les opérations dans le registre MHS et l'audit de la qualité des données, il est clair que c'est un premier jalon qui a été posé pour un monitoring global de la qualité des résultats.</p>	<p>Réalisation de douze traitements du domaine respectif par an selon la liste CIM/CHOP publiée (cf. annexe A1 dans le rapport final sur le rattachement à la MHS du 21 janvier 2016).</p> <p>Le recueil des nombres de cas se fait à partir des données du registre, pour la période du 21. 12. 2013 au 20. 12. 2016. Le nombre de cas est calculé sur la moyenne de ces trois années.</p>
<p>Enseignement, formation postgraduée et recherche</p>	<p>L'activité en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche a été recensée et évaluée par un questionnaire standardisé séparé. En outre, la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie viscérale est contrôlée par l'ISFM.</p>	<p>Preuve des activités de recherche et d'enseignement selon le questionnaire standardisé, conjointement avec la reconnaissance ISFM.</p>

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

La compétitivité internationale et le potentiel de développement ne peuvent pas être considérés isolément, mais uniquement en relation avec la qualité de la fourniture des prestations ainsi qu'avec l'enseignement, la formation postgrade et la recherche en place. C'est ainsi que ceux qui fournissent des prestations de haut niveau, encouragent la relève médicale ainsi que la formation postgrade de la génération montante, et se consacrent activement à la recherche contribuent au renforcement de leur compétitivité internationale et du développement de concepts thérapeutiques innovants.

6 Analyse des besoins en soins

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

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

Compte tenu de ces considérations, l'analyse des besoins en soins dans le domaine de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée a été réalisée dans les cinq domaines partiels. Dans un premier temps, on a étudié la situation actuelle des soins, y compris les nombres de cas actuels (demande de prestations). L'évolution prévisionnelle des nombres de cas a tenu compte des facteurs épidémiologiques, de l'âge ainsi que de l'évolution médicale. Enfin, on a établi le scénario le plus plausible pour les besoins futurs en soins en Suisse.

6.1 Analyse de la situation actuelle

Bien qu'il s'agisse présentement d'une réévaluation d'un domaine MHS, il est encore impossible de fonder l'analyse de la situation actuelle sur les chiffres du registre SSCV/AQC. Dans la mesure où, lors de l'attribution des prestations de 2013, divers prestataires dont la candidature avait été rejetée avaient formé un recours auprès du Tribunal administratif fédéral et où ce dernier avait annulé la plupart des décisions, les cantons pouvaient, dans ces cas, en attendant une nouvelle décision de l'organe de décision MHS, attribuer des mandats de prestations dans ces domaines. C'est la raison pour laquelle on s'est basé sur les nombres de cas de la statistique médicale de 2015 pour évaluer les besoins, ces chiffres permettant en effet d'intégrer également les prestations fournies sur la base d'un mandat de prestations cantonal. On trouvera donc ci-après d'une part les chiffres de la statistique médicale servant de base à la détermination des besoins et, d'autre part, les cas traités par les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats (afin de pouvoir évaluer la couverture des besoins).

6.1.1a Résections œsophagiennes : nombres de cas par hôpital

Statistique médicale

La statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS) mentionne 353 cas pour 2015 qui peuvent être imputés à la médecine hautement spécialisée dans le domaine des résections œsophagiennes (voir Tableau 7).²³ Ils étaient répartis sur 34 hôpitaux, dont plus des deux tiers ayant traité moins de dix cas. 44 % des hôpitaux n'affichent pas plus de trois cas par an. 80 cas, autrement dit plus d'un cinquième du total, ont été pris en charge dans des établissements ayant traité moins de dix cas en 2015.

²³ La statistique médicale comprend en plus trois hôpitaux pédiatriques (l'Universitäts-Kinderspital des deux Bâle avec 7 cas, le Kinderspital de Zurich avec 5 cas et l'Ostschweizer Kinderspital avec 1 cas). Dans la mesure où les traitements des enfants ne sont pas concernés par la réglementation MHS (cf. résumé des réponses à l'audition dans « Autres arguments », p. 15), ces 13 cas (3,5 % de l'ensemble des cas) n'ont pas été mentionnés.

Tableau 7. Résections œsophagiennes. Nombres de cas par hôpital en 2015 (selon la statistique médicale)²⁴

Hôpital	Nom- bre de cas	Hôpital	Nom- bre de cas
CHUV somatique, Lausanne	51	Basel Universitätsspital	6
Universitätsspital Zürich	43	HFR – Hôpital fribourgeois, Fribourg	5
Inselspital Bern	37	Hôpital de la Tour, Meyrin	3
Klinik Hirslanden AG, Zürich	26	Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne	3
Hirslanden Bern AG	22	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	3
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	22	Hôpital Riviera – A, Vevey	3
St. Claraspital, Basel	18	Spital Lachen, Lachen SZ	2
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	16	Clinique la Colline, Genève	2
Stadtspital Triemli	14	Hôpital du Valais – Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)	1
Hôpitaux universitaires de Genève HUG	12	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	1
Luzerner Kantonsspital, Luzern	12	Spital Davos, Davos Platz	1
Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	9	Klinik Lindberg AG, Winterthur	1
Kantonsspital Baselland, Liestal	8	Kantonsspital Baden AG	1
Kantonsspital Winterthur	7	Klinik « Im Park » AG	1
Klinik St. Anna, Luzern	7	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	1
Kantonsspital Graubünden, Chur	7	Clinique de la Source, Lausanne	1
Lindenhofspital, Bern	6	Zuger Kantonsspital	1
		TOTAL SUISSE	353

Le rattachement des prestations médicales au domaine MHS se fait à l'aide du catalogue suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et de la classification internationale des maladies (CIM). Le catalogue CHOP 2016 et la classification CIM-10 GM 2014 ont servi de base pour le rattachement.²⁵ Ces deux systèmes de classification (CHOP et CIM) sont adaptés chaque année ; c'est la raison pour laquelle la codification des prestations MHS doit aussi y être mise à jour chaque année. La représentation des prestations médicales à l'aide des classifications CHOP et CIM est publiée sur le site internet de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé (www.gdk-cds.ch).

Comme nous l'avons signalé plus haut au chapitre 6.1 « Analyse de la situation actuelle » (page 34), on s'intéresse également aux nombres de cas réalisés par les candidats et saisis dans le registre SSCV/AQC des services. Les fournisseurs de prestations bénéficiant d'un mandat de prestations MHS ont été informés par écrit en 2014 des diverses données à saisir dans le registre.

²⁴ Les appellations des hôpitaux sont tirées de la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS et peuvent diverger des dénominations utilisées dans la MHS.

²⁵ Cf. Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée, rapport final du 21 janvier 2016.

Couverture des soins par les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats à un mandat de prestations

Tableau 8. Résections œsophagiennes. Nombre de cas des candidats par an

Candidats	Nombre de cas*	Candidats	Nombre de cas*
Kantonsspital Aarau AG	11 ^{x, a}	Klinik St. Anna AG, Luzern	9
Kantonsspital Baden AG	3	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	16
St. Claraspital AG, Basel	21	Kantonsspital St. Gallen	20
Universitätsspital Basel	4 ^{x, b}	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	36
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	9 ^x	Clinique de la Source, Lausanne	2
Insel Gruppe AG – Inselehospital Universitätsspital Bern	33	Zuger Kantonsspital AG, Baar	1
Lindenhof AG, Bern	7	Hirslanden Klinik AG, Zürich	29
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	6	Kantonsspital Winterthur	9
Hôpitaux universitaires de Genève	8 ^x	Stadtspital Triemli, Zürich	17
Kantonsspital Graubünden, Chur	5	Universitätsspital Zürich	39
		TOTAL	285

* Les nombres de cas proviennent du registre des services SSCV/AQC et sont calculés comme moyenne annuelle sur la période du 21. 12. 2013 au 20. 12. 2016.

^x Chez ce candidat, les nombres de cas ont été contrôlés en analysant les comptes rendus opératoires correspondants (cf. chapitre Exploitation des candidatures reçues ; nombres minimaux de cas ; chiffres du registre [statistique SGVC/AQC des services]) ; les cas figurant ici se fondent sur le résultat de ce contrôle.

^a Il se peut que trois de ces cas aient été traités sur un autre site (comptes rendus opératoires sur papier du service de chirurgie de Baden), auquel cas on aboutirait à une moyenne de 10 cas sur trois ans.

^b L'hôpital universitaire de Bâle a demandé à ce que ses cas soient comptés avec ceux de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, car ces deux établissements ont signé un accord de collaboration et ne souhaitent plus réaliser cette prestation qu'à l'hôpital universitaire de Bâle. Si l'on tient compte de cette demande, on arrive à une moyenne de 7 cas sur trois ans.

En 2014 et 2015, selon les fournisseurs de prestations MHS à s'être portés candidats, aucun patient chez lequel une résection œsophagienne était indiquée n'a dû être renvoyé ou transféré en raison de problèmes de sous-capacité (cf. Tableau 9). Il n'existait par conséquent aucune sous-capacité.

Tableau 9. Résections œsophagiennes. Problèmes de sous-capacité en 2014 et 2015

Prestataires	Problème de sous-capacité*	Prestataires	Problème de sous-capacité*
Kantonsspital Aarau AG	0	Klinik St. Anna AG, Luzern	0
Kantonsspital Baden AG	0	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	0
St. Claraspital AG, Basel	0	Kantonsspital St. Gallen	0



Prestataires	Problème de sous-capacité*	Prestataires	Problème de sous-capacité*
Universitätsspital Basel	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	0	Zuger Kantonsspital AG, Baar	0
Lindenhof AG, Bern	0	Hirslanden Klinik AG, Zürich	0
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	0	Kantonsspital Winterthur	0
Les hôpitaux universitaires de Genève	0	Stadspital Triemli, Zürich	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Universitätsspital Zürich	0

* Nombre de patients chez lesquels une résection œsophagienne MHS était indiquée et qui n'ont pas pu être hospitalisés ou ont dû être transférés pour des raisons de sous-capacité en 2014 et 2015.

6.1.1b Résections œsophagiennes : flux de patients

Les deux tableaux suivants montrent les migrations de patients en 2015. La plupart des patients de Romandie, du nord-ouest de la Suisse et de Suisse orientale ont été traités dans un hôpital de leur région de soins ; il n'existait pratiquement pas de migration de patients au-delà de leur région de soins (le degré de prise en charge propre par les hôpitaux de ces régions était d'environ 95 %). En revanche, seule une moitié environ des patients de Suisse centrale ont été traités dans leur région d'origine. Aucune résection œsophagienne n'a même été réalisée au Tessin en 2015 ; tous les patients tessinois ont été opérés dans d'autres cantons, avant tout en Suisse orientale. Quelques hôpitaux ont traité une proportion significative de patients venus d'autres régions de soins. Toutefois, en traitant 15 patients provenant d'autres régions, seul l'hôpital universitaire de Zurich possède une importance suprarégionale en matière de soins.

Tableau 10. Résections œsophagiennes. Migration des patients en fonction de leur région d'origine et de soins

Région de soins	Origine des patients						
	Romandie	Nord-ouest CH	CH orientale	CH centrale	Tessin	Autres	Total
Romandie : GE, VD, VS, NE, FR	75	1	0	0	4	2	82
Nord-ouest de la Suisse : BE, BS, BL, SO, AG, JU	5	110	2	3	0	7	123
Suisse orientale : ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	0	6	98	11	9	2	126
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	0	0	3	18	1	0	22
Tessin : TI	0	0	0	0	0	0	0
Total Suisse	80	117	103	32	14	7	353



Tableau 11. Résections œsophagiennes. Migration de patients selon la région d'origine et l'hôpital

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman- die	Nord- ouest CH	CH ori- entale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
Roman- die	Hôpital Riviera – A, Vevey	2	0	0	0	1	0	3
	Clinique Bois-Cerf SA, Lau- sanne	3	0	0	0	0	0	3
	Clinique la Colline, Genève	1	0	0	0	0	1	2
	Hôpital de la Tour, Meyrin	3	0	0	0	0	0	3
	Clinique de la Source, Lau- sanne	1	0	0	0	0	0	1
	CHUV somatique, Lausanne	47	1	0	0	3	0	51
	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	1	0	0	0	0	0	1
	Hôpital du Valais - Centre Hospitalier du Centre du Va- lais (CHCVs)	1	0	0	0	0	0	1
	HFR - Hôpital fribourgeois, Fribourg	5	0	0	0	0	0	5
	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	11	0	0	0	0	1	12
Nord- ouest de la Suisse	Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	0	7	1	1	0	0	9
	St. Claraspital, Basel	0	16	0	0	0	2	18
	Inselspital Bern	2	35	0	0	0	0	37
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	16	0	0	0	0	16
	Kantonsspital Baden AG, Ba- den	0	1	0	0	0	0	1
	Basel Universitätsspital	0	5	0	0	0	1	6
	Kantonsspital Baselland, Liestal	0	7	1	0	0	0	8
	Hirslanden Bern AG	2	18	0	2	0	0	22
	Lindenhofspital, Bern	1	5	0	0	0	0	6
Suisse orien- tale	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0	0	3	0	0	0	3
	Kantonsspital Graubünden, Chur	0	0	5	1	0	1	7
	Stadtspital Triemli	0	1	9	2	2	0	14
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0	3	21	2	0	0	26
	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	0	0	1	0	0	0	1



Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman-die	Nord-ouest CH	CH orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total
	Klinik « Im Park » AG	0	0	1	0	0	0	1
	Universitätsspital Zürich	0	2	28	6	7	0	43
	Kantonsspital Winterthur	0	0	7	0	0	0	7
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0	0	21	0	0	1	22
	Klinik Lindberg AG, Winterthur	0	0	1	0	0	0	1
	Spital Davos, Davos Platz	0	0	1	0	0	0	1
Suisse centrale	Zuger Kantonsspital	0	0	0	1	0	0	1
	Klinik St. Anna, Luzern	0	0	1	6	0	0	7
	Spital Lachen, Lachen SZ	0	0	2	0	0	0	2
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	0	0	11	1	0	12
Total Suisse		80	117	103	32	14	7	353

6.1.2a Résections pancréatiques : nombres de cas par hôpital

La statistique médicale des hôpitaux de l'OFS mentionne 729 cas pour 2015 qui peuvent être imputés à la médecine hautement spécialisée dans le domaine des résections pancréatiques (voir Tableau 12).²⁶ Ceux-ci se répartissaient entre 43 hôpitaux, dont la moitié environ ayant traité moins de dix cas. Plus d'un tiers des hôpitaux n'affichaient pas plus de trois cas par an.

Tableau 12. Résections pancréatiques. Nombres de cas par hôpital en 2015 (selon la statistique médicale)²⁴

Hôpital	Nom- bre de cas	Hôpital	Nom- bre de cas
Inselspital Bern	78	Lindenhofspital, Bern	9
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	62	Zuger Kantonsspital	9
CHUV somatique, Lausanne	60	Hôpital de la Tour, Meyrin	8
Hirslanden Bern AG	56	Kantonsspital Glarus, Glarus	7
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	49	Klinik « Im Park » AG	7
Stadtpital Triemli	44	Clinique de la Source, Lausanne	7
Klinik Hirslanden AG, Zürich	40	Privatklinik Bethanien AG, Zürich	3

²⁶ La statistique médicale comprend en plus trois hôpitaux pédiatriques (l'Universitäts-Kinderspital des deux Bâle et l'Ostschweizer Kinderspital avec chacun 1 cas). Dans la mesure où les traitements des enfants ne sont pas concernés par la réglementation MHS (cf. résumé des réponses à l'audition dans « Autres arguments », p. 15), ces deux cas (0,3 % de l'ensemble des cas) n'ont pas été mentionnés.

Hôpital	Nom- bre de cas	Hôpital	Nom- bre de cas
Universitätsspital Zürich	38	Clinica Luganese SA Moncucco, Lugano	3
Kantonsspital Winterthur	31	Clinique la Colline, Genève	3
Luzerner Kantonsspital, Luzern	28	Spital Netz Bern AG, Bern	2
St. Claraspital, Basel	26	Spital Thun-Simmental, Thun	2
Kantonsspital Graubünden, Chur	18	Spitalzentrum Biel, Biel/Bienne	2
Kantonsspital Baselland, Liestal	16	Spital Oberengadin, Samedan	2
Basel Universitätsspital	14	Gesundheitszentrum Fricktal, Rheinfelden	2
EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	13	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	1
Solothurner Spitäler AG	13	Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhausen	1
Kantonsspital Baden AG, Baden	13	Klinik Lindberg AG, Winterthur	1
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	12	Spital Zollikerberg	1
Klinik St. Anna, Luzern	12	Spital Limmattal	1
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	12	Clinique de Genolier SA	1
Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	11	Clinique des Grangettes, Chêne-Bougeries	1
HFR - Hôpital fribourgeois, Fribourg	10		
		TOTAL SUISSE	729

Le rattachement des prestations médicales au domaine MHS se fait à l'aide du catalogue CHOP et de la CIM. Le catalogue CHOP 2016 et la classification CIM-10 GM 2014 ont servi de base pour le rattachement.²⁷ Ces deux systèmes de classification (CHOP et CIM) sont adaptés chaque année, raison pour laquelle la codification des prestations MHS doit aussi y être mise à jour chaque année. La représentation des prestations médicales à l'aide des classifications CHOP et CIM est publiée sur le site internet de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé (www.gdk-cds.ch).

Comme nous l'avons signalé au point 6.1 (page 34), on s'intéresse également aux nombres de cas réalisés par les candidats et saisis dans le registre SSCV/AQC des services. Les fournisseurs de prestations bénéficiant d'un mandat de prestations MHS ont été informés par écrit en 2014 des diverses données à saisir dans le registre.

²⁷ Cf. Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée, rapport final du 21 janvier 2016.

Couverture des soins par les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats à un mandat de prestations

Tableau 13. Résections pancréatiques. Nombre de cas des candidats par an

Candidats	Nombre de cas*	Candidats	Nombre de cas*
Hirslanden Klinik Aarau AG	14	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	37
Kantonsspital Aarau AG	14	Kantonsspital St. Gallen	55
Kantonsspital Baden AG	15	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	9
Kantonsspital Baselland, Standort Liestal	16	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	12
St. Claraspital AG, Basel	25	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	8 ^{x, a}
Universitätsspital Basel	17	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	58
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	52	Clinique de la Source, Lausanne	3
Insel Gruppe AG – Inselelspital Universitätsspital Bern	78	Hôpital du Valais, Sion	2
Lindenhof AG, Bern	8	Zuger Kantonsspital AG, Baar	6
Spitalzentrum Biel AG	6	Hirslanden Klinik AG, Zürich	41
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	9	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	8
Les hôpitaux universitaires de Genève	51	Kantonsspital Winterthur	31
Kantonsspital Glarus	5	Stadtpital Triemli, Zürich	42
Kantonsspital Graubünden, Chur	23	Universitätsspital Zürich	37
Klinik St. Anna AG, Luzern	12	TOTAL	694

* Les nombres de cas proviennent du registre des services SSCV/AQC et sont calcules comme moyenne annuelle sur la période du 21. 12. 2013 au 20. 12. 2016.

^x Chez ce candidat, les nombres de cas ont été controles en analysant les comptes rendus opératoires correspondants (*cf.* chapitre Exploitation des candidatures reçues ; nombres minimaux de cas ; chiffres du registre [statistique SGVC/AQC des services]) ; les cas figurant ici se fondent sur le résultat de ce contrôle.

^a On recense bien encore 5 cas en plus par an, mais sur le site de Frauenfeld.

En 2014 et 2015, selon les fournisseurs de prestations MHS setant portes candidats, seul un petit nombre de patients chez lesquels une résection pancréatique était indiquée ont dû être refuses ou transférés en raison de problèmes de sous-capacité (*cf.* Tableau 14), l'Ente Ospedaliero Cantonale ayant déjà prévu à l'avance le transfert vers les Hôpitaux universitaires de Genève et l'ayant reglemente de façon contractuelle. Il n'existait par conséquent aucune sous-capacité significative.

Tableau 14. Résections pancréatiques. Problèmes de sous-capacité en 2014 et 2015

Prestataires	Problème de sous-capacité*	Prestataires	Problème de sous-capacité*
Hirslanden Klinik Aarau AG	0	Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne	0
Kantonsspital Aarau AG	0	Kantonsspital St. Gallen	0

P

P

Prestataires	Problème de sous-capacité*	Prestataires	Problème de sous-capacité*
Kantonsspital Baden AG	0	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	0
Kantonsspital Baselland, site de Liestal	0	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano	12 ²⁸
St. Claraspital AG, Basel	0	Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen	0
Universitätsspital Basel	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	0	Hôpital du Valais, Sion	4
Lindenhof AG, Bern	0	Zuger Kantonsspital AG, Baar	0
Spitalzentrum Biel AG	0	Hirslanden Klinik AG, Zürich	0
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	0	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	0
Les hôpitaux universitaires de Genève	0	Kantonsspital Winterthur	0
Kantonsspital Glarus	0	Stadspital Triemli, Zürich	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Universitätsspital Zürich	0
Klinik St. Anna AG, Luzern	0		

* Nombre de patients chez lesquels une résection pancréatique MHS était indiquée et qui n'ont pas pu être hospitalisés ou ont dû être transférés pour des raisons de sous-capacité en 2014 et 2015.

6.1.2b Résections pancréatiques : flux de patients

Les deux tableaux suivants montrent les migrations de patients en 2015. La plupart des patients ont été traités dans un hôpital de leur région de soins. On ne constate que très peu de migrations de patients au-delà des limites de leur région de soins. Il n'y a qu'au Tessin que moins de la moitié des patients résidant dans ce canton y a été traitée. Quelques hôpitaux, en particulier l'Inselspital, les HUG et l'hôpital universitaire de Zurich, ont traité une proportion significative de patients venant d'autres régions de soins.

Tableau 15. Résections pancréatiques. Migration des patients en fonction de leur région d'origine et de soins

Région de soins	Origine des patients						
	Romandie	Nord-ouest CH	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total
Romandie : GE, VD, VS, NE, FR	137	0	1	0	9	6	153

²⁸ « 12 opérés aux HUG dans le cadre de la collaboration « Unité cantonale epatopancreatica (UCEP) en collaboration avec le Centre hépatobiliopancréatique, le Service Transplantation et chirurgie viscérale des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ». Il s'agit de patients particulièrement fragiles et/ou opérations spécialement complexes. »

Région de soins	Origine des patients						
	Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
Nord-ouest de la Suisse : BE, BS, BL, SO, AG, JU	17	226	4	5	1	3	256
Suisse orientale : ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	0	9	220	10	7	9	255
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	0	2	0	46	1	0	49
Tessin : TI	0	0	2	0	13	1	16
Total Suisse	154	237	227	61	31	19	729

Tableau 16. Résections pancréatiques. Migration de patients selon la région d'origine et l'hôpital

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
Roman- die	Clinique des Grangettes, Chêne-Bougeries	1	0	0	0	0	0	1
	Clinique la Colline, Genève	2	0	0	0	0	1	3
	Hôpital de la Tour, Meyrin	8	0	0	0	0	0	8
	Clinique de la Source, Lausanne	7	0	0	0	0	0	7
	Clinique de Genolier SA	1	0	0	0	0	0	1
	CHUV somatique, Lausanne	58	0	1	0	1	0	60
	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	1	0	0	0	0	0	1
	HFR - Hôpital fribourgeois, Fribourg	10	0	0	0	0	0	10
	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	49	0	0	0	8	5	62
Nord- ouest de la Suisse	Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	0	10	1	0	0	0	11
	Klinik St. Anna, Luzern	0	1	0	11	0	0	12
	St. Claraspital, Basel	0	24	0	0	0	2	26
	Inselspital Bern	15	58	3	1	1	0	78
	Gesundheitszentrum Fricktal, Rheinfelden	0	2	0	0	0	0	2
	Spitalzentrum Biel, Biel/Bienne	0	2	0	0	0	0	2
	Spital Thun-Simmental-, Thun	0	2	0	0	0	0	2

P

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	10	0	2	0	0	12
	Kantonsspital Baden AG, Baden	0	13	0	0	0	0	13
	Basel Universitätsspital	0	12	0	1	0	1	14
	Spital Netz Bern AG, Bern	0	2	0	0	0	0	2
	Solothurner Spitäler AG	0	13	0	0	0	0	13
	Kantonsspital Baselland, Liestal	0	16	0	0	0	0	16
	Hirslanden Bern AG	2	53	0	1	0	0	56
	Lindenhofspital, Bern	0	9	0	0	0	0	9
Suisse orientale	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0	0	12	0	0	0	12
	Kantonsspital Graubünden, Chur	0	0	17	0	0	1	18
	Stadtspital Triemli	0	1	41	1	0	1	44
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0	3	30	3	2	2	40
	Klinik « Im Park » AG	0	1	5	1	0	0	7
	Universitätsspital Zürich	0	2	25	5	5	1	38
	Kantonsspital Winterthur	0	0	30	0	0	1	31
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0	1	46	0	0	2	49
	Spital Oberengadin, Samedan	0	0	1	0	0	1	2
	Spital Limmattal	0	0	1	0	0	0	1
	Spital Zollikerberg	0	0	1	0	0	0	1
	Klinik Lindberg AG, Winterthur	0	0	1	0	0	0	1
	Kantonsspital Glarus, Glarus	0	0	7	0	0	0	7
	Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhausen	0	0	1	0	0	0	1
Privatklinik Bethanien AG, Zürich	0	1	2	0	0	0	3	
Suisse centrale	Zuger Kantonsspital	0	1	0	7	1	0	9
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	0	0	28	0	0	28
Tessin	Clinica Luganese SA Moncucco, Lugano	0	0	0	0	3	0	3

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
	EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	0	0	2	0	10	1	13
	Total Suisse	154	237	227	61	31	19	729

6.1.3a Résections hépatiques : nombres de cas par hôpital

La statistique médicale des hôpitaux de l'OFS mentionne 650 cas pour 2015 qui peuvent être imputés à la médecine hautement spécialisée dans le domaine des résections hépatiques (voir Tableau 17).²⁹ Ceux-ci se répartissaient entre 39 hôpitaux, dont plus de la moitié ayant traité moins de dix cas. Un tiers des hôpitaux n'affichaient pas plus de trois cas par an.

Tableau 17. Résections hépatiques. Nombres de cas par hôpital en 2015 (selon la statistique médicale)²⁴

Hôpital	Nom- bre de cas	Hôpital	Nom- bre de cas
Inselspital Bern	83	Luzerner Kantonsspital, Luzern	7
Universitätsspital Zürich	66	Kantonsspital Glarus, Glarus	4
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	57	Kantonsspital Baden AG, Baden	4
CHUV somatique, Lausanne	57	Clinique de la Source, Lausanne	4
Klinik Hirslanden AG, Zürich	39	Zuger Kantonsspital	4
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	34	Spital Männedorf	4
Kantonsspital Winterthur	30	Privatklinik Bethanien AG, Zürich	3
Hirslanden Bern AG	28	Hôpital de la Tour, Meyrin	3
EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	28	Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne	3
Klinik St. Anna, Luzern	28	Spitalregion Rheintal-, Rebstein	2
St. Claraspital, Basel	22	Spitalverbund AR Akutsomatisches Spital Heiden / Herisau	1
Stadtspital Triemli	20	Spital Netz Bern AG, Bern	1
Basel Universitätsspital	18	Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhausen	1
Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	18	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	1
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	16	Hôpital de Zone Morges	1
Klinik « Im Park » AG	16	Clinique Générale-Beaulieu, Genève	1
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	16	Spital Schwyz	1

²⁹ La statistique médicale comprend en plus le Kinderspital de Zurich avec 1 cas. Dans la mesure où les traitements des enfants ne sont pas concernés par la réglementation MHS (cf. résumé des réponses à l'audition dans « Autres arguments », p. 15), ces cas n'a pas été mentionné.

Hôpital	Nom- bre de cas	Hôpital	Nom- bre de cas
Lindenhospital, Bern	10	Clinique la Colline, Genève	1
Kantonsspital Graubünden, Chur	9	Hôpital Riviera - A, Vevey	1
Kantonsspital Baselland, Liestal	8		
		TOTAL SUISSE	650

Le rattachement des prestations médicales au domaine MHS se fait à l'aide du catalogue CHOP et de la CIM. Le catalogue CHOP 2016 et la classification CIM-10 GM 2014 ont servi de base pour le rattachement.³⁰ Ces deux systèmes de classification (CHOP et CIM) sont adaptés chaque année, raison pour laquelle la codification des prestations MHS doit aussi y être mise à jour chaque année. La représentation des prestations médicales à l'aide des classifications CHOP et CIM est publiée sur le site internet de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé (www.gdk-cds.ch).

Comme nous l'avons signalé au point 6.1 (page 34), on s'intéresse également aux nombres de cas réalisés par les candidats et saisis dans le registre SSCV/AQC des services. Les fournisseurs de prestations bénéficiant d'un mandat de prestations MHS ont été informés par écrit en 2014 des diverses données à saisir dans le registre.

Couverture des soins par les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats à un mandat de prestations

Tableau 18. Résections hépatiques. Nombre de cas des candidats par an

Candidats	Nom- bre de cas*	Candidats	Nom- bre de cas*
Hirslanden Klinik Aarau AG	15	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	21
Kantonsspital Aarau AG	14	Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld	13
Kantonsspital Baden AG	8*	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	9
St. Claraspital AG, Basel	24	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	47
Universitätsspital Basel	25	Clinique de la Source, Lausanne	2
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	25	Hôpital du Valais, Sion	0
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	80	Zuger Kantonsspital AG, Baar	3
Les hôpitaux universitaires de Genève	58	Hirslanden Klinik AG, Zürich	35
Kantonsspital Glarus	3	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	16
Kantonsspital Graubünden, Chur	16	Kantonsspital Winterthur	37
Klinik St. Anna AG, Luzern	25	Stadtpital Triemli, Zürich	24

³⁰ Cf. Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée, rapport final du 21 janvier 2016.

Candidats	Nom- bre de cas*	Candidats	Nom- bre de cas*
Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	25	Universitätsspital Zürich	64
Kantonsspital St. Gallen	30	TOTAL	619

* Les nombres de cas proviennent du registre des services SSCV/AQC et sont calculés comme moyenne annuelle sur la période du 21. 12. 2013 au 20. 12. 2016.

× Chez ce candidat, les nombres de cas ont été contrôlés en analysant les comptes rendus opératoires correspondants (cf. chapitre Exploitation des candidatures reçues ; nombres minimaux de cas ; chiffres du registre [statistique SGVC/AQC des services]) ; les cas figurant ici se fondent sur le résultat de ce contrôle.

En 2014 et 2015, selon les fournisseurs de prestations MHS s'étant portés candidats, seul un tout petit nombre de patients chez lesquels une résection hépatique était indiquée ont dû être refusés ou transférés en raison de problèmes de sous-capacité (cf. Tableau 19), l'Ente Ospedaliero Cantonale ayant déjà prévu à l'avance le transfert vers les Hôpitaux universitaires de Genève et l'ayant réglémenté de façon contractuelle. Il n'existait par conséquent aucune sous-capacité significative.

Tableau 19. Résections hépatiques. Problèmes de sous-capacité en 2014 et 2015

Leistungserbringer	Problème de sous-capacité*	Leistungserbringer	Problème de sous-capacité*
Hirslanden Klinik Aarau AG	0	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano	13 ³¹
Kantonsspital Aarau AG	0	Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld	0
Kantonsspital Baden AG	0	Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen	0
St. Claraspital AG, Basel	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Universitätsspital Basel	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	0	Hôpital du Valais, Sion	3
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	0	Zuger Kantonsspital AG, Baar	0
Les hôpitaux universitaires de Genève	0	Hirslanden Klinik AG, Zürich	0
Kantonsspital Glarus	0	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Kantonsspital Winterthur	0
Klinik St. Anna AG, Luzern	0	Stadtpital Triemli, Zürich	0
Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne	0	Universitätsspital Zürich	0

³¹ « 13 opérés aux HUG dans le cadre de la collaboration « Unità cantonale epatopancreatica (UCEP) en collaboration avec le Centre hépatobiliopancréatique, le Service Transplantation et chirurgie viscérale des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ». Il s'agit de patients particulièrement fragiles et/ou opérations spécialement complexes. »

Leistungserbringer	Problème de sous-capacité*	Leistungserbringer	Problème de sous-capacité*
Kantonsspital St. Gallen	0		

* Nombre de patients chez lesquels une résection hépatique MHS était indiquée et qui n'ont pas pu être hospitalisés ou ont dû être transférés pour des raisons de sous-capacité en 2014 et 2015.

6.1.3b Résections hépatiques : flux de patients

Les deux tableaux suivants montrent les migrations de patients en 2015. La plupart des patients ont été traités dans un hôpital de leur région de soins. La migration de patients au-delà des limites de leur région de soins est plutôt l'exception. A ce titre, la Suisse orientale se distingue par un taux d'autosuffisance de 98 % en matière de soins. Mais même au Tessin, deux tiers des patients domiciliés dans ce canton y ont été traités. Les autres régions oscillent entre ces deux extrêmes. Quelques hôpitaux, en particulier l'Inselspital, les HUG et l'hôpital universitaire de Zurich, ont traité une proportion significative de patients venant d'autres régions de soins.

Tableau 20. Résections hépatiques. Migration des patients en fonction de leur région d'origine et de soins

Région de soins	Origine des patients						
	Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
Romandie : GE, VD, VS, NE, FR	107	5	1	0	9	6	128
Nord-ouest de la Suisse : BE, BS, BL, SO, AG, JU	30	167	2	2	3	4	208
Suisse orientale : ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	1	17	208	13	2	5	246
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	0	1	0	38	0	1	40
Tessin : TI	0	0	1	0	27	0	28
Total Suisse	138	190	212	53	41	16	650

Tableau 21. Résections hépatiques. Migration de patients selon la région d'origine et l'hôpital

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
Roman- die	Hôpital Riviera – A, Vevey	1	0	0	0	0	0	1
	Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne	3	0	0	0	0	0	3
	Clinique la Colline, Genève	1	0	0	0	0	0	1
	Clinique Générale-Beaulieu, Genève	1	0	0	0	0	0	1
	Hôpital de la Tour, Meyrin	2	0	0	0	0	1	3
	Hopital de Zone Morges	1	0	0	0	0	0	1

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
	Clinique de la Source, Lau- sanne	4	0	0	0	0	0	4
	CHUV somatique, Lausanne	55	0	0	0	2	0	57
	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	39	5	1	0	7	5	57
Nord- ouest de la Suisse	Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	0	18	0	0	0	0	18
	St. Claraspital, Basel	0	17	0	0	2	3	22
	Inselspital Bern	28	51	2	1	1	0	83
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	15	0	1	0	0	16
	Kantonsspital Baden AG, Ba- den	0	4	0	0	0	0	4
	Basel Universitätsspital	0	17	0	0	0	1	18
	Spital Netz Bern AG, Bern	0	1	0	0	0	0	1
	Kantonsspital Baselland, Liestal	0	8	0	0	0	0	8
	Hirslanden Bern AG	0	28	0	0	0	0	28
	Lindenhofspital, Bern	2	8	0	0	0	0	10
Suisse orien- tale	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0	1	15	0	0	0	16
	Kantonsspital Graubünden, Chur	0	0	8	0	0	1	9
	Spital Männedorf	0	0	4	0	0	0	4
	Stadtspital Triemli	0	0	18	0	1	1	20
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0	4	35	0	0	0	39
	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	0	0	1	0	0	0	1
	Klinik « Im Park » AG	0	0	14	1	0	1	16
	Universitätsspital Zürich	1	12	39	12	1	1	66
	Kantonsspital Winterthur	0	0	30	0	0	0	30
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0	0	34	0	0	0	34
	Spitalregion Rheintal-, Rebs- tein	0	0	1	0	0	1	2
	Kantonsspital Glarus, Glarus	0	0	4	0	0	0	4
	Spitäler Schaffhausen Kan- tonsspital Schaffhausen	0	0	1	0	0	0	1

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman-die	Nord-ouest CH	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total
	Privatklinik Bethanien AG, Zürich	0	0	3	0	0	0	3
	Spitalverbund AR Akutsomatisches Spital Heiden / Herisau	0	0	1	0	0	0	1
Suisse centrale	Zuger Kantonsspital	0	0	0	4	0	0	4
	Klinik St. Anna, Luzern	0	1	0	26	0	1	28
	Spital Schwyz	0	0	0	1	0	0	1
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	0	0	7	0	0	7
Tessin	EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	0	0	1	0	27	0	28
	Total Suisse	138	190	212	53	41	16	650

6.1.4a Résections rectales profondes : nombres de cas par hôpital

La statistique médicale des hôpitaux de l'OFS mentionne 1170 cas pour 2015 qui peuvent être imputés à la médecine hautement spécialisée dans le domaine des résections rectales profondes (voir Tableau 22).³² Ceux-ci se répartissaient entre 75 hôpitaux, dont la moitié environ ayant traité moins de dix cas. 28 % des hôpitaux n'affichaient pas plus de trois cas par an.

Tableau 22. Résections rectales profondes. Nombres de cas par hôpital en 2015 (selon la statistique médicale)²⁴

Hôpital	Nom- bre de cas	Hôpital	Nom- bre de cas
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	75	Hôpital du Valais – Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)	9
St. Claraspital, Basel	67	Privatklinik Bethanien AG, Zürich	9
CHUV somatique, Lausanne	54	Spitalregion Rheintal-, Rebstein	9
Universitätsspital Zürich	54	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon	8
Kantonsspital Winterthur	44	Kantonsspital Glarus, Glarus	7
Inselspital Bern	39	Kantonsspital Uri, Altdorf UR	7
Klinik Hirslanden AG, Zürich	39	Clinique la Colline, Genève	7
Lindenhofspital, Bern	38	Spital Männedorf	7

³² La statistique médicale comprend en plus trois hôpitaux pédiatriques (l'Ostschweizer Kinderspital avec 5 cas, l'Universitäts-Kinderspital des deux Bâle et le Kinderspital de Zurich avec chacun 3 cas). Dans la mesure où les traitements des enfants ne sont pas concernés par la réglementation MHS (cf. résumé des réponses à l'audition dans « Autres arguments », p. 15), ces 11 cas (1 % de l'ensemble des cas) n'ont pas été mentionnés.

« Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée »

Hôpital	Nom- bre de cas	Hôpital	Nom- bre de cas
Hôpitaux universitaires de Genève HUG	38	Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhausen	6
Luzerner Kantonsspital, Luzern	37	Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne	6
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	36	Spitalverbund AR Akutsomatisches Spital Heiden / Herisau	5
Kantonsspital Baselland, Liestal	34	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	5
Kantonsspital Baden AG, Baden	33	Spital Schwyz	5
Stadtspital Triemli	32	Spital Bülach	4
Hirslanden Bern AG	27	Klinik « Im Park » AG	4
Solothurner Spitäler AG	27	SRO Spital Region Oberaargau AG, Langenthal	4
Spital Limmattal	24	Spital Wallis – Spitalzentrum Oberwallis (SZO), Visp	3
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	24	HJU Hôpital du Jura, Porrentruy	3
HFR – Hôpital fribourgeois, Fribourg	23	Spital Netz Bern AG, Bern	3
EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	23	Gesundheitszentrum Fricktal, Rheinfelden	3
Clinique de la Source, Lausanne	23	Salus Medica Clinic SA, Sorengo	3
Klinik St. Anna, Luzern	19	Spitäler FMI AG, Unterseen	3
Hôpital Neuchâtelois HNE, Fontaines NE	18	Spital Zofingen AG, Zofingen	3
Kantonsspital Graubünden, Chur	18	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	3
Spital Thun-Simmental-, Thun	17	Clinique de Valère SA, Sion	2
Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	17	Kreisspital für das Freiamt, Muri AG	2
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	15	Clinique des Grangettes, Chêne-Bougeries	2
Clinica Luganese SA Moncucco, Lugano	14	Klinik Linde AG, Biel/Bienne	2
Spitalzentrum Biel, Biel/Bienne	14	GZO Spital Wetzikon	1
Hôpital de Zone Morges	13	Spital Lachen, Lachen SZ	1
Hôpital Riviera - A, Vevey	13	Bezirksspital Affoltern	1
Basel Universitätsspital	12	Kantonsspital Nidwalden, Stans	1
Hôpital de la Tour, Meyrin	12	Spital Linth, Uznach	1
Clinique Générale-Beaulieu, Genève	12	Humaine Clinica, Locarno	1
Zuger Kantonsspital	12	Clinique de Genolier SA	1
Stadtspital Waid	11	Flury Stiftung, Schiers	1
Spital Uster	11	Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne	1
Hôpital Jules Daler, Fribourg	10	TOTAL SUISSE	1170

Le rattachement des prestations médicales au domaine MHS se fait à l'aide du catalogue CHOP et de la CIM. Le catalogue CHOP 2016 et la classification CIM-10 GM 2014 ont servi de base pour le rattachement.³³ Ces deux systèmes de classification (CHOP et CIM) sont adaptés chaque année, raison pour laquelle la codification des prestations MHS doit aussi y être mise à jour chaque année. La représentation des prestations médicales à l'aide des classifications CHOP et CIM est publiée sur le site internet de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé (www.gdk-cds.ch).

Comme nous l'avons signalé au point 6.1 (page 34), on s'intéresse également aux nombres de cas réalisés par les candidats et saisis dans le registre SSCV/AQC des services. Les fournisseurs de prestations bénéficiant d'un mandat de prestations MHS ont été informés par écrit en 2014 des diverses données à saisir dans le registre.

Couverture des soins par les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats à un mandat de prestations

Tableau 23. Résections rectales profondes. Nombre de cas des candidats par an

Candidats	Nom- bre de cas*	Candidats	Nom- bre de cas*
Hirslanden Klinik Aarau AG	20	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	14
Kantonsspital Aarau AG	21	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten	14
Kantonsspital Baden AG	26	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	13
Kantonsspital Baselland, Standort Liestal	27	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	23
St. Claraspital AG, Basel	48	Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld	12
Universitätsspital Basel	13	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	13
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	25	Kantonsspital Uri, Altdorf	4
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	29	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lau- sanne	33
Lindenhof AG, Bern	41	Clinique de la Source, Lausanne	16
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	15	Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges	12
Spitalzentrum Biel AG	14	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon	5
SRO AG, Langenthal	8	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey	12
Spital STS AG, Thun	19	Hôpital du Valais, Sion	8
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	19	Zuger Kantonsspital AG, Baar	11*
Les hôpitaux universitaires de Genève	39	Hirslanden Klinik AG, Zürich	31
Kantonsspital Glarus	5	Kantonsspital Winterthur	39
Kantonsspital Graubünden, Chur	14	Spital Bülach AG	10
Klinik St. Anna AG, Luzern	25	Spital Limmattal, Schlieren	20
Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	24	Spital Männedorf AG	8*

³³ Cf. Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée, rapport final du 21 janvier 2016.

R

Candidats	Nom- bre de cas*	Candidats	Nom- bre de cas*
Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee	10*	Spital Uster	12*
Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès	17	Stadtspital Triemli, Zürich	32
Kantonsspital St. Gallen	70	Stadtspital Waid, Zürich	7
Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	5	Universitätsspital Zürich	34
Krankenhausgesellschaft Schwyz	10	TOTAL	927

* Les nombres de cas proviennent du registre des services SSCV/AQC et sont calculés comme moyenne annuelle sur la période du 21. 12. 2013 au 20. 12. 2016.

* Chez ce candidat, les nombres de cas ont été contrôlés en analysant les comptes rendus opératoires correspondants (cf. chapitre Exploitation des candidatures reçues ; nombres minimaux de cas ; chiffres du registre [statistique SGVC/AQC des services]) ; les cas figurant ici se fondent sur le résultat de ce contrôle.

En 2014 et 2015, selon les fournisseurs de prestations MHS s'étant portés candidats, seul un tout petit nombre de patients chez lesquels une résection rectale profonde était indiquée ont dû être refusés ou transférés en raison de problèmes de sous-capacité (cf. tableau 24). Il n'existait aucune sous-capacité significative.

Tableau 24. Résections rectales profondes. Problèmes de sous-capacité en 2014 et 2015

Prestataires	Problème de sous-capacité*	Prestataires	Problème de sous-capacité*
Hirslanden Klinik Aarau AG	0	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	0
Kantonsspital Aarau AG	0	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten	0
Kantonsspital Baden AG	0	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	0
Kantonsspital Baselland, Standort Liestal	0	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano	0
St. Claraspital AG, Basel	0	Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld	0
Universitätsspital Basel	0	Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	0	Kantonsspital Uri, Altdorf	0
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Lindenhof AG, Bern	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	0	Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges	0
Spitalzentrum Biel AG	0	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon	0

R

<i>Prestataires</i>	<i>Problème de sous-capacité*</i>	<i>Prestataires</i>	<i>Problème de sous-capacité*</i>
<i>SRO AG, Langenthal</i>	0	<i>Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey</i>	0
<i>Spital STS AG, Thun</i>	max. 1–2	<i>Hôpital du Valais, Sion</i>	3
<i>Hôpital fribourgeois, site de Fribourg</i>	0	<i>Zuger Kantonsspital AG, Baar</i>	0
<i>Les hôpitaux universitaires de Genève</i>	0	<i>Hirslanden Klinik AG, Zürich</i>	0
<i>Kantonsspital Glarus</i>	0	<i>Kantonsspital Winterthur</i>	0
<i>Kantonsspital Graubünden, Chur</i>	0	<i>Spital Bülach AG</i>	0
<i>Klinik St. Anna AG, Luzern</i>	0	<i>Spital Limmattal, Schlieren</i>	0
<i>Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern</i>	0	<i>Spital Männedorf AG</i>	0
<i>Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee</i>	0	<i>Spital Uster</i>	0
<i>Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès</i>	1	<i>Stadtspital Triemli, Zürich</i>	0
<i>Kantonsspital St. Gallen</i>	0	<i>Stadtspital Waid, Zürich</i>	0
<i>Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen</i>	0	<i>Universitätsspital Zürich</i>	0
<i>Krankenhausgesellschaft Schwyz</i>	0		

* Nombre de patients chez lesquels une résection rectale profonde MHS était indiquée et qui n'ont pas pu être hospitalisés ou ont dû être transférés pour des raisons de sous-capacité en 2014 et 2015.

6.1.4b Résections rectales profondes : flux de patients

Les deux tableaux suivants montrent les migrations de patients en 2015. La plupart des patients ont été traités dans un hôpital de leur région de soins. La migration de patients au-delà des limites de leur région de soins était minime. Le taux d'autosuffisance en matière de soins était supérieur à 90 % dans toutes les régions, la Suisse centrale étant la seule à faire exception (82 %). Seuls les hôpitaux universitaires (USZ, Inselspital, CHUV) ainsi que la clinique Hirslanden ont rempli une fonction de soins suprarégionale significative.

Tableau 25. Résections rectales profondes. Migration des patients en fonction de leur région d'origine et de soins

<i>Région de soins</i>	<i>Origine des patients</i>						
	<i>Roman- die</i>	<i>Nord- ouest CH</i>	<i>Suisse orien- tale</i>	<i>Suisse cent- rale</i>	<i>Tessin</i>	<i>Autres</i>	<i>Total</i>
<i>Romandie : GE, VD, VS, NE, FR</i>	245	5	1	0	0	12	263
<i>Nord-ouest de la Suisse : BE, BS, BL, SO, AG, JU</i>	15	370	2	3	0	5	395

R

Région de soins	Origine des patients						
	Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
<i>Suisse orientale</i> : ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	0	12	354	14	2	7	389
<i>Suisse centrale</i> : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	0	0	3	77	1	1	82
<i>Tessin</i> : TI	0	0	1	0	40	0	41
Total Suisse	260	387	361	94	43	25	1170

Tableau 26. Résections rectales profondes. Migration de patients selon la région d'origine et l'hôpital

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
Roman- die	Hôpital Riviera - A, Vevey	13	0	0	0	0	0	13
	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon	8	0	0	0	0	0	8
	Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne	1	0	0	0	0	0	1
	Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne	6	0	0	0	0	0	6
	Clinique des Grangettes, Chêne-Bougeries	2	0	0	0	0	0	2
	Clinique la Colline, Genève	7	0	0	0	0	0	7
	Clinique Générale-Beaulieu, Genève	10	0	0	0	0	2	12
	Hôpital de la Tour, Meyrin	9	0	0	0	0	3	12
	Hopital de Zone Morges	13	0	0	0	0	0	13
	Clinique de la Source, Lausanne	23	0	0	0	0	0	23
	Clinique de Valere SA, Sion	2	0	0	0	0	0	2
	Clinique de Genolier SA	0	0	0	0	0	1	1
	Hopital Jules Daler, Fribourg	10	0	0	0	0	0	10
	CHUV somatique, Lausanne	48	2	1	0	0	3	54
	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	5	0	0	0	0	0	5
	HJU Hôpital du Jura, Porrentruy	0	3	0	0	0	0	3
Hôpital Neuchâtelois HNE, Fontaines NE	18	0	0	0	0	0	18	

R

« Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée »

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman-die	Nord-ouest CH	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total
	Spital Wallis - Spitalzentrum Oberwallis (SZO), Visp	3	0	0	0	0	0	3
	Hôpital du Valais - Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)	9	0	0	0	0	0	9
	HFR - Hôpital fribourgeois, Fribourg	23	0	0	0	0	0	23
	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	35	0	0	0	0	3	38
Nord-ouest de la Suisse	Spitäler FMI AG, Unterseen	0	3	0	0	0	0	3
	Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	0	16	0	1	0	0	17
	Klinik Linde AG, Biel/Bienne	0	2	0	0	0	0	2
	Kreisspital für das Freiamt, Muri AG	0	2	0	0	0	0	2
	St. Claraspital, Basel	0	61	1	0	0	5	67
	SRO Spital Region Oberaargau AG, Langenthal	0	4	0	0	0	0	4
	Inselspital Bern	12	27	0	0	0	0	39
	Gesundheitszentrum Fricktal, Rheinfelden	0	3	0	0	0	0	3
	Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	0	15	0	0	0	0	15
	Spitalzentrum Biel, Biel/Bienne	0	14	0	0	0	0	14
	Spital Thun-Simmental-, Thun	0	17	0	0	0	0	17
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	35	0	1	0	0	36
	Kantonsspital Baden AG, Baden	0	33	0	0	0	0	33
	Spital Zofingen AG, Zofingen	0	2	0	0	0	0	2
	Basel Universitätsspital	0	12	0	0	0	0	12
	Spital Netz Bern AG, Bern	0	3	0	0	0	0	3
	Solothurner Spitäler AG	0	27	0	0	0	0	27
	Kantonsspital Baselland, Liestal	0	33	1	0	0	0	34
Hirslanden Bern AG	2	24	0	1	0	0	27	
Lindenhofspital, Bern	1	37	0	0	0	0	38	

« Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée »

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman-die	Nord-ouest CH	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total
Suisse orientale	Flury Stiftung, Schiers	0	0	1	0	0	0	1
	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0	0	24	0	0	0	24
	Kantonsspital Graubünden, Chur	0	0	18	0	0	0	18
	Spital Uster	0	0	10	0	0	1	11
	Spital Männedorf	0	0	7	0	0	0	7
	Stadtspital Waid	0	0	11	0	0	0	11
	Stadtspital Triemli	0	0	29	3	0	0	32
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0	4	30	3	0	2	39
	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	0	0	1	0	1	0	2
	Klinik « Im Park » AG	0	0	4	0	0	0	4
	Spital Linth, Uznach	0	0	1	0	0	0	1
	Universitätsspital Zürich	0	4	41	8	1	0	54
	Kantonsspital Winterthur	0	1	43	0	0	0	44
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0	0	72	0	0	3	75
	Spitalregion Rheintal-, Rebs-tein	0	0	9	0	0	0	9
	Bezirksspital Affoltern	0	0	1	0	0	0	1
	Spital Bülach	0	0	4	0	0	0	4
	Spital Limmattal	0	2	22	0	0	0	24
	Kantonsspital Glarus, Glarus	0	0	7	0	0	0	7
	Spitäler Schaffhausen Kan-tonsspital Schaffhausen	0	0	5	0	0	1	6
GZO Spital Wetzikon	0	0	1	0	0	0	1	
Privatklinik Bethanien AG, Zü-rich	0	1	8	0	0	0	9	
Spitalverbund AR Akutsomati-sches Spital Heiden / Herisau	0	0	5	0	0	0	5	
Suisse centrale	Zuger Kantonsspital	0	0	2	10	0	0	12
	Klinik St. Anna, Luzern	0	0	0	18	0	1	19
	Spital Schwyz	0	0	0	5	0	0	5
	Kantonsspital Nidwalden, Stans	0	0	0	1	0	0	1
	Spital Lachen, Lachen SZ	0	0	1	0	0	0	1

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
	Kantonsspital Uri, Altdorf UR	0	0	0	7	0	0	7
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	0	0	36	1	0	37
Tessin	Salus Medica Clinic SA, Sorrenco	0	0	0	0	3	0	3
	Humaine Clinica, Locarno	0	0	1	0	0	0	1
	Clinica Luganese SA Moncucco, Lugano	0	0	0	0	14	0	14
	EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	0	0	0	0	23	0	23
	Total Suisse	260	387	361	94	43	25	1170

6.1.5a Chirurgie bariatrique complexe : nombres de cas par hôpital

La statistique médicale des hôpitaux de l'OFS mentionne 791 cas pour 2015 qui peuvent être imputés à la médecine hautement spécialisée dans le domaine de la chirurgie bariatrique (voir Tableau 27). Ceux-ci se répartissaient entre 56 hôpitaux, dont la moitié environ ayant traité moins de dix cas. Plus d'un tiers des hôpitaux n'affichaient pas plus de trois cas par an.

Tableau 27. Chirurgie bariatrique complexe. Nombres de cas par hôpital en 2015 (selon la statistique médicale)²⁴

Hôpital	Nom- bre de cas	Hôpital	Nom- bre de cas
Hirslanden Bern AG	125	Clinica Luganese SA Moncucco, Lugano	5
Spital Limmattal	60	Hôpital Riviera – A, Vevey	5
Lindenhofspital, Bern	43	HFR - Hôpital fribourgeois, Fribourg	4
Luzerner Kantonsspital, Luzern	41	Spital Männedorf	4
Inselspital Bern	41	EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	3
St. Claraspital, Basel	38	Spital Zofingen AG, Zofingen	3
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	32	Spitalzentrum Biel, Biel/Bienne	3
Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	31	Kantonsspital Nidwalden, Stans	3
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	28	Hirslanden, Schaffhausen	3
Universitätsspital Zürich	25	Clinique la Colline, Genève	3
Klinik Hirslanden AG, Zürich	24	Spitalverbund AR Akutsomatisches Spital Heiden / Herisau	2
Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne	23	Hôpital du Valais - Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)	2

B

Hôpital	Nom- bre de cas	Hôpital	Nom- bre de cas
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	22	Hôpital Neuchâtelois HNE, Fontaines NE	2
Clinique de la Source, Lausanne	21	HJU Hôpital du Jura, Porrentruy	2
Kreisspital für das Freiamt, Muri AG	21	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	2
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	19	Klinik Lindberg AG, Winterthur	2
Solothurner Spitäler AG	19	SRO Spital Region Oberaargau AG, Langenthal	2
Kantonsspital Baden AG, Baden	17	Hôpital de la Tour, Meyrin	2
Basel Universitätsspital	16	Klinik Linde AG, Biel/Bienne	2
Spital Lachen, Lachen SZ	14	Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne	2
GZO Spital Wetzikon	13	Spital Netz Bern AG, Bern	1
Kantonsspital Baselland, Liestal	10	Kantonsspital Uri, Altdorf UR	1
Hôpital Jules Daler, Fribourg	10	Spital Thun-Simmental-, Thun	1
CHUV somatique, Lausanne	9	Spitalregion Rheintal-, Rebstein	1
Klinik St. Anna, Luzern	8	Clinique de Genolier SA	1
Stadtspital Triemli	6	Clinique de Valere SA, Sion	1
Kantonsspital Graubünden, Chur	6	Spital Uster	1
Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhausen	5	Hôpital du Jura bernois S.A., St-Imier	1
		TOTAL SUISSE	791

La définition MHS de la chirurgie bariatrique complexe est toutefois plus large que ce qui figure dans la statistique médicale. Outre les classifications CHOP et CIM qui rendent compte des opérations complexes, la définition inclut également les opérations sur des patients qui, en raison de leur état, rendent l'intervention complexe. Entrent dans cette catégorie les patients âgés de moins de 18 ou de plus de 65 ans et/ou avec un IMC de 50 ou plus et/ou un score ASA³⁴ supérieur à 3. C'est la raison pour laquelle les nombres de cas pour la couverture des besoins doivent être fixés à un niveau plus élevé. Comme le montre le **Couverture des soins par les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats à un mandat de prestations**

Tableau 28, le pourcentage des cas définis par les classifications CHOP/CIM et de ceux liés à l'état du patient varie considérablement selon les hôpitaux (il existe une distorsion due aux petits chiffres dans les établissements ayant une très faible activité). On peut cependant estimer qu'environ un tiers des cas sont liés à l'état des patients. Cela signifie en pratique qu'on doit tabler sur la moitié de plus de cas MHS que dans la statistique médicale.

³⁴ Un système de classification du risque de morbidité et de mortalité de l'American Society of Anesthesiologists. Le risque péri-opératoire est réparti en six classes.

Couverture des soins par les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats à un mandat de prestations

Tableau 28. Chirurgie bariatrique complexe. Nombre de cas des candidats par an

Candidats	Nom -bre de cas*	dont lép ³⁵	Candidats	Nom -bre de cas*	dont lép ³⁵
Kantonsspital Aarau AG	29	11 (38 %)	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	67	17 (25 %)
Kantonsspital Baden AG	26	7 (27 %)	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten	46	15 (33 %)
Kreisspital für das Freiamt, Muri	53	15 (28 %)	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	7 ^x	Selon le registre 3/5 (60 %)
St. Claraspital AG, Basel	68	30 (44 %)	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Bellinzona	14	9 (64 %)
Universitätsspital Basel	27	8 (30 %)	Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld	45	10 (22 %)
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	192	35 (18 %)	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	22	5 (23 %)
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	57	33 (58 %)	Clinique de la Source, Lausanne	29	1 (3 %)
Lindenhof AG, Bern	89	36 (40 %)	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil	15	3 (20 %)
Spitalzentrum Biel AG	12 ^x	Selon le registre 7/10 (70 %)	Hôpital intercantonal de la Broye, Payerne	4	3 (75 %)
SRO AG, Langenthal	6	4 (67 %)	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Vallais, Monthey	25	14 (56 %)
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	6	2 (33 %)	GZO AG, Wetzikon	25	17 (68 %)
Les hôpitaux universitaires de Genève	27	9 (33 %)	Hirslanden Klinik AG, Zürich	126	11 (9 %)
Kantonsspital Graubünden, Chur	9	6 (67 %)	Kantonsspital Winterthur	0	–
Klinik St. Anna AG, Luzern	5	4 (80 %)	Spital Limmattal, Schlieren	89	15 (17 %)
Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne	35	14 (40 %)	Spital Männedorf AG	8	4 (50 %)
Luzerner Kantonsspital, site de Sursee	21	15 (71 %)	Stadtspital Triemli, Zürich	9	5 (56 %)
Hôpital neuchâtelois, site de Poralès	3	1 (33 %)	Universitätsspital Zürich	53	22 (42 %)
Kantonsspital St. Gallen	56	23 (41 %)	TOTAL	1305	env. 415

* Les nombres de cas proviennent du registre des services SSCV/AQC et sont calculés comme moyenne annuelle sur la période du 21. 12. 2013 au 20. 12. 2016.

^x Chez ce candidat, les nombres de cas ont été contrôlés en analysant les comptes rendus opératoires correspondants (cf. chapitre Exploitation des candidatures reçues ; nombres minimaux de cas ; chiffres du registre [statistique SGVC/AQC des services]) ; les cas figurant ici se fondent sur le résultat de ce contrôle.

³⁵ « Lié à l'état du patient », i. e. patient avec âge > 65 ou < 18 et/ou IMC ≥ 50 et/ou score ASA > 3.

B

En 2014 et 2015, selon les fournisseurs de prestations MHS s'étant portés candidats, seul un petit nombre de patients chez lesquels une opération bariatrique complexe hépatique était indiquée ont dû être refusés ou transférés en raison de problèmes de sous-capacité (cf. Tableau 29). Il n'existait par conséquent aucune sous-capacité significative. L'hôpital cantonal de Winterthur ne disposait pas d'un mandat de prestations et n'a par conséquent pas réalisé d'opération bariatrique complexe. Il collaborait avec l'hôpital cantonal de Schaffhouse et le GZO Wetzikon au sein d'un réseau Adiposité. Il renonce à poser sa candidature tant que ces hôpitaux conservent un mandat de prestations pour les interventions bariatriques complexes, mais souhaiterait obtenir un mandat de prestations si ce n'est plus le cas. L'Hôpital neuchâtelois ne disposait pas non plus d'un mandat de prestations MHS en chirurgie bariatrique complexe.

Tableau 29. Chirurgie bariatrique complexe. Problèmes de sous-capacité en 2014 et 2015

Prestataires	Problème de sous-capacité*	Prestataires	Problème de sous-capacité*
Kantonsspital Aarau AG	0	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	0
Kantonsspital Baden AG	0	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten	0
Kreisspital für das Freiamt, Muri	0	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	0
St. Claraspital AG, Basel	0	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Bellinzona	0
Universitätsspital Basel	0	Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Lindenhof AG, Bern	0	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil	0
Spitalzentrum Biel AG	0	Hôpital intercantonal de la Broye, Payerne	3
SRO AG, Langenthal	0	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey	0
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	0	GZO AG, Wetzikon	0
Les hôpitaux universitaires de Genève	0	Hirslanden Klinik AG, Zürich	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Kantonsspital Winterthur	alle
Klinik St. Anna AG, Luzern	0	Spital Limmattal, Schlieren	0
Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne	0	Spital Männedorf AG	0
Luzerner Kantonsspital, site de Sursee	0	Stadtpital Triemli, Zürich	0

B

Prestataires	Problème de sous-capacité*	Prestataires	Problème de sous-capacité*
Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès	36	Universitätsspital Zürich	0
Kantonsspital St. Gallen	0		0

* Nombre de patients chez lesquels une opération de chirurgie bariatrique complexe MHS était indiquée et qui n'ont pas pu être hospitalisés ou ont dû être transférés pour des raisons de sous-capacité en 2014 et 2015.

6.1.5b Chirurgie bariatrique complexe : flux de patients

Les deux tableaux suivants montrent les migrations de patients en 2015. La plupart des patients ont été traités dans un hôpital de leur région de soins. On distingue toutefois clairement divers types de migration de patients au-delà des limites de leur région de soins. Si le taux d'autosuffisance en matière de soins était d'environ 95 % dans le nord-ouest de la Suisse ainsi qu'en Suisse orientale, dans les autres régions en revanche seuls trois quarts des patients ont pu être traités dans la région où ils habitaient. Les autres patients de ces régions ont dans leur grande majorité émigré vers le nord-ouest de la Suisse pour leur traitement. Quelques hôpitaux ont traité une part importante des patients venant d'autres régions de soins. Il convient de souligner tout particulièrement ici le rôle joué par la clinique Hirslanden de Berne qui, outre 104 patients provenant du nord-ouest de la Suisse, a aussi traité 21 patients venus d'autres régions.

Tableau 30. Chirurgie bariatrique complexe. Migration des patients en fonction de leur région d'origine et de soins

Région de soins	Origine des patients						
	Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
Romandie : GE, VD, VS, NE, FR	105	2	0	0	0	1	108
Nord-ouest de la Suisse : BE, BS, BL, SO, AG, JU	37	307	5	11	3	2	365
Suisse orientale : ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	0	14	220	5	0	4	243
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	0	3	6	57	0	1	67
Tessin : TI	0	0	0	0	8	0	8
Total Suisse	142	326	231	73	11	8	791

B

Tableau 31. Chirurgie bariatrique complexe. Migration de patients selon la région d'origine et l'hôpital

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
Roman- die	Hôpital Riviera - A, Vevey	5	0	0	0	0	0	5
	Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne	2	0	0	0	0	0	2

B

« Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée »

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman-die	Nord-ouest CH	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total
	<i>Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne</i>	22	0	0	0	0	1	23
	<i>Clinique la Colline, Genève</i>	3	0	0	0	0	0	3
	<i>Hôpital de la Tour, Meyrin</i>	2	0	0	0	0	0	2
	<i>Clinique de la Source, Lausanne</i>	21	0	0	0	0	0	21
	<i>Clinique de Valère SA, Sion</i>	1	0	0	0	0	0	1
	<i>Clinique de Genolier SA</i>	1	0	0	0	0	0	1
	<i>Hopital Jules Daler, Fribourg</i>	10	0	0	0	0	0	10
	<i>CHUV somatique, Lausanne</i>	9	0	0	0	0	0	9
	<i>Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains</i>	2	0	0	0	0	0	2
	<i>Hôpital Neuchâtelois HNE, Fontaines NE</i>	2	0	0	0	0	0	2
	<i>Hôpital du Valais - Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)</i>	2	0	0	0	0	0	2
	<i>HFR – Hôpital fribourgeois, Fribourg</i>	4	0	0	0	0	0	4
	<i>Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)</i>	19	0	0	0	0	0	19
Nord-ouest de la Suisse	<i>Hôpital du Jura bernois S.A., St-Imier</i>	0	1	0	0	0	0	1
	<i>Klinik Linde AG, Biel/Bienne</i>	0	2	0	0	0	0	2
	<i>Kreisspital für das Freiamt, Muri AG</i>	0	21	0	0	0	0	21
	<i>St. Claraspital, Basel</i>	0	35	0	0	3	0	38
	<i>SRO Spital Region Oberaargau AG, Langenthal</i>	0	2	0	0	0	0	2
	<i>Inselspital Bern</i>	10	29	0	2	0	0	41
	<i>Spitalzentrum Biel, Biel/Bienne</i>	1	2	0	0	0	0	3
	<i>Spital Thun-Simmental-, Thun</i>	0	1	0	0	0	0	1
	<i>Kantonsspital Aarau AG, Aarau</i>	0	18	0	4	0	0	22
	<i>Kantonsspital Baden AG, Baden</i>	0	17	0	0	0	0	17
	<i>Spital Zofingen AG, Zofingen</i>	0	0	0	3	0	0	3
	<i>Basel Universitätsspital</i>	0	16	0	0	0	0	16

« Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée »

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman- die	Nord- ouest CH	Suisse orien- tale	Suisse cent- rale	Tessin	Autres	Total
	Spital Netz Bern AG, Bern	0	1	0	0	0	0	1
	Solothurner Spitäler AG	0	19	0	0	0	0	19
	HJU Hôpital du Jura, Porren- truy	0	2	0	0	0	0	2
	Kantonsspital Baselland, Liestal	0	8	1	0	0	1	10
	Hirslanden Bern AG	14	104	4	2	0	1	125
	Lindenhofspital, Bern	12	31	0	0	0	0	43
Suisse orien- tale	Spitalregion Rheintal-, Reb- stein	0	0	1	0	0	0	1
	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0	0	27	1	0	0	28
	Kantonsspital Graubünden, Chur	0	0	6	0	0	0	6
	Spital Uster	0	0	1	0	0	0	1
	Spital Männedorf	0	2	2	0	0	0	4
	Stadtspital Triemli	0	0	6	0	0	0	6
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0	1	21	1	0	1	24
	Hirslanden, Schaffhausen	0	0	3	0	0	0	3
	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	0	3	27	1	0	0	31
	Universitätsspital Zürich	0	2	22	1	0	0	25
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0	0	29	0	0	3	32
	Spital Limmattal	0	6	54	0	0	0	60
	Klinik Lindberg AG, Winter- thur	0	0	1	1	0	0	2
	Spitäler Schaffhausen Kan- tonsspital Schaffhausen	0	0	5	0	0	0	5
	GZO Spital Wetzikon	0	0	13	0	0	0	13
Spitalverbund AR Akutsomati- sches Spital Heiden / Herisau	0	0	2	0	0	0	2	
Suisse cent- rale	Klinik St. Anna, Luzern	0	0	0	8	0	0	8
	Kantonsspital Nidwalden, Stans	0	0	0	3	0	0	3
	Spital Lachen, Lachen SZ	0	2	6	5	0	1	14
	Kantonsspital Uri, Altdorf UR	0	0	0	1	0	0	1

« Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée »

Région de soins	Hôpital	Origine des patients						
		Roman-die	Nord-ouest CH	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	1	0	40	0	0	41
Tessin	Clinica Luganese SA Moncucco, Lugano	0	0	0	0	5	0	5
	EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	0	0	0	0	3	0	3
	Total Suisse	142	326	231	73	11	8	791

6.2 Prédiction des besoins

Les prévisions des spécialistes concernant les besoins futurs dans le domaine de la chirurgie viscérale complexe divergent très fortement, comme c'est également le cas dans d'autres spécialités. L'évolution des nombres de cas dépend avant tout de la croissance démographique, du vieillissement de la population, de la probabilité de maladie (ou de décès) spécifique pour l'âge (facteurs épidémiologiques) ainsi que des évolutions technico-médicales. La croissance démographique et le vieillissement de la population ont pour conséquence une augmentation du nombre de cas, et il en va de même des facteurs épidémiologiques. Les aspects du progrès technologique qui figurent au premier plan dans l'examen de l'évolution technico-médicale sont les suivants : nouvelles méthodes de traitement, nouvelles méthodes diagnostiques, moyens de substitution en dehors de la MHS et moyens de substitution en ambulatoire. On trouvera ci-après une évaluation séparée pour chacun des cinq domaines partiels.

6.2.1 Résections œsophagiennes

En tenant compte de la seule **évolution démographique**, on peut tabler sur une croissance des nombres de cas de 19 % dans l'ensemble de la Suisse d'ici 2025, c.-à-d. sur une croissance annuelle de 1,7 %.

Des experts sélectionnés par l'organe scientifique ont été interrogés par questionnaire sur leur évaluation de l'**évolution épidémiologique** ; ils sont partis de l'hypothèse que des évolutions différentes ne s'observent qu'entre les tranches d'âge, mais pas entre les régions. Il s'ensuit une croissance moyenne des nombres de cas de +14 % d'ici 2025 dans les diverses tranches d'âge. Dans leur évaluation, les experts s'accordent pour considérer qu'on enregistrera une hausse dans toutes les tranches d'âge, sauf chez les plus jeunes – les avis divergeant uniquement en ce qui concerne l'importance de cette hausse. Les évaluations des experts ont été confirmées par l'organe scientifique MHS. Dans la mesure où la croissance des cas (exprimée en pourcentage) est particulièrement forte dans les tranches d'âge avec un taux élevé d'hospitalisation et compte tenu de l'hypothèse d'un taux d'hospitalisation uniforme au niveau national, on arrive au total à une augmentation des cas de 17 %.

Dans leurs considérations sur l'**évolution médico-technique**, les experts interrogés étaient unanimes pour estimer qu'il n'y a pas lieu de s'attendre à des moyens de substitution en dehors de la MHS ou en ambulatoire. En revanche, de nouveaux traitements ou de nouvelles méthodes diagnostiques pourraient influencer sur le nombre de cas futurs, ceux-ci pouvant enregistrer une croissance de l'ordre de 10 %.

Compte tenu des répercussions des divers facteurs envisagés, on doit tabler sur une forte croissance des nombres de cas d'ici 2025 qui est estimée à 51 %. Les nombres de cas passeront de 353 en 2015 à env. 530, ce qui correspond à un taux de croissance annuel de 4,2 %.³⁶ Cette hausse est due essentiellement à l'évolution démographique et épidémiologique, l'effet des progrès technico-médicaux contribuant moins à la croissance.

³⁶ La statistique médicale comprend en plus trois hôpitaux pédiatriques (l'Universitäts-Kinderspital des deux Bâle avec 7 cas, le Kinderspital de Zurich avec 5 cas, et l'Ostschweizer Kinderspital avec 1 cas). Dans la mesure où les traitements des enfants ne sont pas concernés par la réglementation MHS (cf. résumé des réponses à l'audition dans « Autres arguments », p. 15), ces 13 cas (3,5 % de l'ensemble des cas) n'ont pas été mentionnés. Toutefois, la prévision des besoins a été effectuée sur la base de l'ensemble des chiffres, soit 366 cas. Elle est en conséquence réduite de 3,5 %.

6.2.2 Résections pancréatiques

En tenant compte de la seule **évolution démographique**, on peut tabler sur une croissance des nombres de cas de 22 % dans l'ensemble de la Suisse d'ici 2025, c.-à-d. sur une croissance annuelle de 2 %.

Des experts sélectionnés par l'organe scientifique ont été interrogés par questionnaire sur leur évaluation de l'**évolution épidémiologique** ; ils ont souligné que des évolutions différentes ne s'observent qu'entre les tranches d'âge, mais pas entre les régions. Il s'ensuit une croissance moyenne des nombres de cas de +4 % d'ici 2025 dans les diverses tranches d'âge. Dans la mesure où la croissance des cas (exprimée en pourcentage) est particulièrement forte dans les tranches d'âge avec un taux élevé d'hospitalisation, on arrive au total à une augmentation des cas de 6 %.

Dans leurs considérations sur l'**évolution médico-technique**, les experts interrogés étaient unanimes pour estimer qu'il n'y a pas lieu de s'attendre à des moyens de substitution en dehors de la MHS ou en ambulatoire. En revanche, de nouveaux traitements ou de nouvelles méthodes diagnostiques pourraient influencer sur le nombre de cas futurs, ceux-ci pouvant enregistrer une croissance de l'ordre de 5–10 %.

Compte tenu des répercussions des divers facteurs envisagés, on doit tabler sur une forte croissance des nombres de cas d'ici 2025 qui est estimée à 34 %. Les nombres de cas passeront de 729 en 2015 à 980 env., ce qui correspond à un taux de croissance annuel de 3 %.³⁷ Cette hausse est due essentiellement à l'évolution démographique et épidémiologique, l'effet des progrès technico-médicaux contribuant moins à la croissance.

6.2.3 Résections hépatiques

En tenant compte de la seule **évolution démographique**, on peut tabler sur une croissance des nombres de cas de 19,5 % dans l'ensemble de la Suisse d'ici 2025, c.-à-d. sur une croissance annuelle de 1,8 %.

Des experts sélectionnés par l'organe scientifique ont été interrogés par questionnaire sur leur évaluation de l'**évolution épidémiologique** ; ils ont souligné que des évolutions différentes ne s'observent qu'entre les tranches d'âge, mais pas entre les régions. Il s'ensuit une croissance moyenne des nombres de cas de +6,5 % d'ici 2025 dans les diverses tranches d'âge. Dans la mesure où la croissance des cas (exprimée en pourcentage) est particulièrement forte dans les tranches d'âge avec un taux élevé d'hospitalisation, on arrive au total à une augmentation des cas de 11 %.

Dans leurs considérations sur l'**évolution médico-technique**, les experts interrogés étaient unanimes pour estimer qu'il n'y a pas lieu de s'attendre à des moyens de substitution en dehors de la MHS ou en ambulatoire. En revanche, de nouveaux traitements ou de nouvelles méthodes diagnostiques pourraient influencer sur le nombre de cas futurs, ceux-ci pouvant enregistrer une croissance de l'ordre de 5–10 %.

³⁷ La statistique médicale comprend en plus trois hôpitaux pédiatriques (l'Universitäts-Kinderspital des deux Bâle et l'Ostschweizer Kinderspital avec chacun 1 cas). Dans la mesure où les traitements des enfants ne sont pas concernés par la réglementation MHS (cf. résumé des réponses à l'audition dans « Autres arguments », p. 15), ces deux cas (0,3 % de l'ensemble des cas) n'ont pas été mentionnés. Toutefois, la prévision des besoins a été effectuée sur la base de l'ensemble des chiffres, soit 731 cas. Ces deux opérations n'étant pas statistiquement significatives, la prévision des besoins n'a pas été ajustée.

Compte tenu des répercussions des divers facteurs envisagés, on doit tabler sur une forte croissance des nombres de cas d'ici 2025 qui est estimée à 48 %. Les nombres de cas passeront de 650 en 2015 à env. 960, ce qui correspond à un taux de croissance annuel de 4 %.³⁸ Cette hausse est due à tous les facteurs ; ce sont les évolutions démographiques qui influent le plus sur la croissance.

6.2.4 Résections rectales profondes

En tenant compte de la seule **évolution démographique**, on peut tabler sur une croissance des nombres de cas de 23 % dans l'ensemble de la Suisse d'ici 2025, c.-à-d. sur une croissance annuelle de 2,1 %.

Des experts sélectionnés par l'organe scientifique ont été interrogés par questionnaire sur leur évaluation de l'**évolution épidémiologique** ; ils ont souligné que des évolutions différentes ne s'observent qu'entre les tranches d'âge, mais pas entre les régions. Il s'ensuit une croissance moyenne des nombres de cas de +1,7 % d'ici 2025 dans les diverses tranches d'âge.

Dans leurs considérations sur l'**évolution médico-technique**, les experts interrogés étaient unanimes pour estimer qu'il n'y a pas lieu de s'attendre à des moyens de substitution en dehors de la MHS ou en ambulatoire. Un expert a pronostiqué que la moitié environ des traitements pourraient être réalisés en ambulatoire en 2025. De nouveaux traitements pourraient influencer sur le nombre de cas futurs, dans le sens d'une croissance à un chiffre. Dans l'ensemble, on suppose que la technique médicale exercera un effet de -5 % sur les nombres de cas à l'horizon 2025.

Compte tenu des répercussions des divers facteurs envisagés, on doit tabler sur une croissance des nombres de cas de 10 % d'ici 2025. Les nombres de cas passeront de 1170 en 2015 à 1300 environ, ce qui correspond à un taux de croissance annuel de 1 %.³⁹ Cette hausse est due essentiellement aux évolutions démographiques, alors que les facteurs épidémiologiques sont négligeables. Par ailleurs, on peut estimer que les évolutions technico-médicales freineront la croissance en raison du transfert dans le domaine ambulatoire.

6.2.5 Chirurgie bariatrique complexe

En tenant compte de la seule **évolution démographique**, on peut tabler sur une croissance des nombres de cas de 8 % dans l'ensemble de la Suisse d'ici 2025, c.-à-d. sur une croissance annuelle de 0,7 %. Celle-ci est un peu inférieure à la croissance de la population générale attendue. Cela

³⁸ La statistique médicale comprend en plus le Kinderspital de Zurich avec 1 cas. Dans la mesure où les traitements des enfants ne sont pas concernés par la réglementation MHS (cf. résumé des réponses à l'audition dans « Autres arguments », p. 15), ces cas n'ont pas été mentionnés. Toutefois, la prévision des besoins a été effectuée sur la base de l'ensemble des chiffres, soit 651 cas. Cette opération n'étant pas statistiquement significative, la prévision des besoins n'a pas été ajustée.

³⁹ La prévision des besoins se fonde sur les chiffres de 2015, l'effet décrit dans le rapport relatif au rattachement à la MHS (voir http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/dokumentation/bt_viszchir_re1_zuord_schlussbericht_pub_20160209_d_def.pdf) par l'introduction de nouveaux codes dans la liste CHOP 2016 pour la représentation des résections du rectum profond ne se reflète pas encore. En conséquence, le nombre de cas devrait baisser sensiblement à partir de 2016. Cela sera déjà perceptible dans les chiffres du registre de 2016. Afin de ne pas changer les règles en cours de jeu, on se fonde néanmoins sur les nombres de cas calculés sur la période de trois ans allant du 21. 12. 2013 au 20. 12. 2016 et l'on ne procède pas non plus à une adaptation des chiffres des besoins déjà cités.

La statistique médicale comprend en plus trois hôpitaux pédiatriques (l'Ostschweizer Kinderspital avec 5 cas, l'Universitäts-Kinderspital des deux Bâle et le Kinderspital de Zurich chacun avec 3 cas). Dans la mesure où les traitements des enfants ne sont pas concernés par la réglementation MHS (cf. résumé des réponses à l'audition dans « Autres arguments », p. 15), ces 11 cas (1 % de l'ensemble des cas) n'ont pas été mentionnés. En raison des incertitudes précitées en matière de prévisions, il a été décidé de ne pas adapter les prévisions des besoins sur cette base afin de ne pas prétendre à un semblant d'exactitude.

tient au fait que la tranche des 40–59-ans, chez lesquels sont réalisés la plupart de ces opérations, ne croîtra que modestement d’ici 2025 (+3 %).

Des experts sélectionnés par l’organe scientifique ont été interrogés par questionnaire sur leur évaluation de l’**évolution épidémiologique** ; ils ont souligné que des évolutions différentes ne s’observent qu’entre les tranches d’âge, mais pas entre les régions. Il s’ensuit une croissance moyenne des nombres de cas de +9 % d’ici 2025 dans les diverses tranches d’âge. Dans la mesure où la croissance des cas (exprimée en pourcentage) est particulièrement forte dans les tranches d’âge avec un taux élevé d’hospitalisation, on arrive au total à une augmentation des cas de 10 %.

Dans leurs considérations sur l’**évolution médico-technique**, les experts interrogés étaient unanimes pour estimer qu’il n’y a pas lieu de s’attendre à de nouveaux traitements, à de nouvelles méthodes diagnostiques ni à moyens de substitution ambulatoires. Un expert a pronostiqué qu’en 2025 10 % environ des traitements pourraient être réalisés en dehors de la MHS avec d’autres techniques opératoires. De nouveaux traitements pourraient influencer sur le nombre de cas futurs, dans le sens d’une croissance à un chiffre. Dans l’ensemble, on suppose que la technique médicale exercera un effet de –5 % sur les nombres de cas à l’horizon 2025.

Globalement, ce modèle prédit que les nombres de cas dans le domaine MHS « chirurgie bariatrique complexe » augmenteront vraisemblablement de 13 % d’ici 2025 en Suisse pour se situer à environ 890 cas.

Ces considérations se fondent sur la statistique médicale. Comme nous l’avons déjà souligné, celle-ci ne comprend pas les cas MHS liés à l’état des patients. L’organe scientifique MHS n’estime pas que cela influe de façon fondamentale sur la modification des nombres de cas liée à l’évolution démographique, épidémiologique ou technico-médicale.⁴⁰ Si l’on fonde le calcul non pas sur les nombres de cas de la statistique médicale, mais sur la moyenne annuelle des chiffres des registres de 2014 à 2016 (c.-à-d. 1305 cas par an) et qu’on y ajoute la croissance prévue de 13 %, on arrive en première approximation à 1475 patients en 2025.

6.3 Besoins futurs en soins : capacités supplémentaires des candidats

6.3.1 Résections œsophagiennes

La prévision des besoins montre qu’on doit tabler sur une augmentation d’environ 4,2 % par an entre 2015 et 2025, autrement dit que les nombres de cas pourraient passer de 353 en 2015 à 530 environ en 2025. Afin d’évaluer si les besoins futurs en soins peuvent être couverts si les mandats de prestations sont attribués aux candidats remplissant tous les critères exigés, il faut connaître les capacités supplémentaires dont ils disposent. Ces informations ont été recueillies au moyen du questionnaire de candidature.

⁴⁰ Qui plus est, la définition du groupe de prestations se base sur la classification CHOP 2016. Cependant, on ne disposait que des données de la statistique médicale 2015 pour l’analyse des besoins. Quelques modifications ayant été apportées à la liste CHOP dans ce domaine entre 2015 et 2016, la définition adoptée ne peut pas s’appliquer aux données de 2015. On a donc préféré s’appuyer sur la définition des groupes de prestations 2015.1 des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH).



Tableau 32. Possibilités d'augmentation des capacités par an et par hôpital pour les résections œsophagiennes

Prestataires	Nombre de patients/an*	Prestataires	Nombre de patients/an*
Kantonsspital Aarau AG	au moins 30 ⁴¹	Klinik St. Anna AG, Luzern	10
Kantonsspital Baden AG	20	Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne	10
St. Claraspital AG, Basel	30	Kantonsspital St. Gallen	35
Universitätsspital Basel	30	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	25
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	env. 10	Clinique de la Source, Lausanne	pas de limitation
Insel Gruppe AG – Inselehospital Universitätsspital Bern	60	Zuger Kantonsspital AG, Baar	10
Lindenhof AG, Bern	20+	Hirslanden Klinik AG, Zürich	20
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	12	Kantonsspital Winterthur	30
Les hôpitaux universitaires de Genève	24	Stadtpital Triemli, Zürich	30
Kantonsspital Graubünden, Chur	10	Universitätsspital Zürich	30

*Nombre de patients par an pouvant à l'avenir être pris en charge en plus du volume actuel de résections œsophagiennes.

6.3.2 Résections pancréatiques

La prévision des besoins montre qu'on doit tabler sur une augmentation d'environ 3 % par an entre 2015 et 2025, autrement dit que les nombres de cas pourraient passer de 729 en 2015 à 980 environ en 2025. Afin d'évaluer si les besoins futurs en soins peuvent être couverts si les mandats de prestations sont attribués aux candidats remplissant tous les critères exigés, il faut connaître les capacités supplémentaires dont ils disposent. Ces informations ont été recueillies au moyen du questionnaire de candidature.

Tableau 33. Possibilités d'augmentation des capacités par an et par hôpital pour les résections pancréatiques

Prestataires	Nombre de patients/an*	Prestataires	Nombre de patients/an*
Hirslanden Klinik Aarau AG	20	Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne	15
Kantonsspital Aarau AG	50 ⁴²	Kantonsspital St. Gallen	100
Kantonsspital Baden AG	20	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	20
Kantonsspital Baselland, site de Liestal	30	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano	6
St. Claraspital AG, Basel	30	Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen	10
Universitätsspital Basel	40	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	20
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	env. 15	Clinique de la Source, Lausanne	Pas de limitation

⁴¹ Chiffre corrigé durant l'audition (était de 10 auparavant).

⁴² Chiffre corrigé durant l'audition (était de 10 auparavant).



Prestataires	Nombre de patients/an*	Prestataires	Nombre de patients/an*
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	80	Hôpital du Valais, Sion	15
Lindenhof AG, Bern	20+	Zuger Kantonsspital AG, Baar	20
Spitalzentrum Biel AG	10	Hirslanden Klinik AG, Zürich	30
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	12	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	20
Les hôpitaux universitaires de Genève	36	Kantonsspital Winterthur	50
Kantonsspital Glarus	20	Stadtspital Triemli, Zürich	50
Kantonsspital Graubünden, Chur	10	Universitätsspital Zürich	60
Klinik St. Anna AG, Luzern	20		

*Nombre de patients par an pouvant à l'avenir être pris en charge en plus du volume actuel de résections pancréatiques.

6.3.3 Résections hépatiques

La prévision des besoins montre qu'on doit tabler sur une augmentation d'environ 4 % par an entre 2015 et 2025, autrement dit que les nombres de cas pourraient passer de 650 en 2015 à 960 environ en 2025. Afin d'évaluer si les besoins futurs en soins peuvent être couverts si les mandats de prestations sont attribués aux candidats remplissant tous les critères exigés, il faut connaître les capacités supplémentaires dont ils disposent. Ces informations ont été recueillies au moyen du questionnaire de candidature.

Tableau 34. Possibilités d'augmentation des capacités par an et par hôpital pour les résections hépatiques

Prestataires	Nombre de patients/an*	Prestataires	Nombre de patients/an*
Hirslanden Klinik Aarau AG	20	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano	10
Kantonsspital Aarau AG	50 ⁴³	Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld	10
Kantonsspital Baden AG	20	Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen	10
St. Claraspital AG, Basel	30	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	20
Universitätsspital Basel	40	Clinique de la Source, Lausanne	Pas de limitation
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	env. 20	Hôpital du Valais, Sion	20
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	100	Zuger Kantonsspital AG, Baar	30
Les hôpitaux universitaires de Genève	36	Hirslanden Klinik AG, Zürich	30
Kantonsspital Glarus	20	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	15
Kantonsspital Graubünden, Chur	10	Kantonsspital Winterthur	50
Klinik St. Anna AG, Luzern	20	Stadtspital Triemli, Zürich	50

⁴³ Chiffre corrigé durant l'audition (était de 10 auparavant).

Prestataires	Nombre de patients/an*	Prestataires	Nombre de patients/an*
Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne	10	Universitätsspital Zürich	100
Kantonsspital St. Gallen	40		

*Nombre de patients par an pouvant à l'avenir être pris en charge en plus du volume actuel de résections hépatiques.

6.3.4 Résections rectales profondes

La prévision des besoins montre qu'on doit tabler sur une augmentation d'environ 1 % par an entre 2015 et 2025, autrement dit que les nombres de cas pourraient passer de 1170 en 2015 à 1300 environ en 2025. Afin d'évaluer si les besoins futurs en soins peuvent être couverts si les mandats de prestations sont attribués aux candidats remplissant tous les critères exigés, il faut connaître les capacités supplémentaires dont ils disposent. Ces informations ont été recueillies au moyen du questionnaire de candidature.

Tableau 35. Possibilités d'augmentation des capacités par an et par hôpital pour les résections rectales profondes

Prestataires	Nombre de patients/an*	Prestataires	Nombre de patients/an*
Hirslanden Klinik Aarau AG	40	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	40
Kantonsspital Aarau AG	50 ⁴⁴	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten	40
Kantonsspital Baden AG	20	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	20
Kantonsspital Baselland, site de Liestal	50	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano	Augmentation possible
St. Claraspital AG, Basel	30	Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld	15
Universitätsspital Basel	40	Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen	15
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	env. 15	Kantonsspital Uri, Altdorf	20
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	80	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	30
Lindenhof AG, Bern	100	Clinique de la Source, Lausanne	Pas de limitation
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	40	Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges	12–20
Spitalzentrum Biel AG	20	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon	20
SRO AG, Langenthal	20	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey	30
Spital STS AG, Thun	env. 25	Hôpital du Valais, Sion	15
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	15	Zuger Kantonsspital AG, Baar	30
Les hôpitaux universitaires de Genève	36	Hirslanden Klinik AG, Zürich	20

⁴⁴ Chiffre corrigé durant l'audition (était de 20 auparavant).

<i>Prestataires</i>	<i>Nombre de patients/an*</i>	<i>Prestataires</i>	<i>Nombre de patients/an*</i>
Kantonsspital Glarus	20	Kantonsspital Winterthur	50
Kantonsspital Graubünden, Chur	15	Spital Bülach AG	25
Klinik St. Anna AG, Luzern	20	Spital Limmattal, Schlieren	32
Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne	15	Spital Männedorf AG	Au moins 20
Luzerner Kantonsspital, site de Sursee	10	Spital Uster	5–10
Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès	12–15	Stadtspital Triemli, Zürich	50
Kantonsspital St. Gallen	110	Stadtspital Waid, Zürich	>10
Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	20	Universitätsspital Zürich	30
Krankenhausgesellschaft Schwyz	5–6		

*Nombre de patients par an pouvant à l'avenir être pris en charge en plus du volume actuel de résections rectales profondes.

6.3.5 Chirurgie bariatrique complexe

La prévision des besoins montre qu'on doit tabler sur une augmentation d'environ 13 % par an entre 2015 et 2025. On doit également prendre en compte les opérations qui, en raison de l'état du patient, doivent être comptées parmi la médecine hautement spécialisée. On arrive ainsi grosso modo à 1475 cas à l'horizon 2025. Afin d'évaluer si les besoins futurs en soins peuvent être couverts si les mandats de prestations sont attribués aux candidats remplissant tous les critères exigés, il faut connaître les capacités supplémentaires dont ils disposent. Ces informations ont été recueillies au moyen du questionnaire de candidature.

Tableau 36. Possibilités d'augmentation des capacités par an et par hôpital pour la chirurgie bariatrique complexe

<i>Prestataires</i>	<i>Nombre de patients/an*</i>	<i>Prestataires</i>	<i>Nombre de patients/an*</i>
Kantonsspital Aarau AG	100 ⁴⁵	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	50–100
Kantonsspital Baden AG	20	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten	50
Kreisspital für das Freiamt, Muri	50	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	40
St. Claraspital AG, Basel	Pas de réponse	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Bellinzona	Augmentation possible
Universitätsspital Basel	90	Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld	50
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	50–100	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	40
Insel Gruppe AG – Inselsspital Universitätsspital Bern	120	Clinique de la Source, Lausanne	Pas de limitation
Lindenhof AG, Bern	100	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil	Augmentation possible
Spitalzentrum Biel AG	20	Hôpital intercantonal de la Broye, Payerne	15

⁴⁵ Chiffre corrigé durant l'audition (était de 10 auparavant).

« Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée »

<i>Prestataires</i>	<i>Nombre de patients/an*</i>	<i>Prestataires</i>	<i>Nombre de patients/an*</i>
<i>SRO AG, Langenthal</i>	<i>20</i>	<i>Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey</i>	<i>>50</i>
<i>Hôpital fribourgeois, site de Fribourg</i>	<i>15</i>	<i>GZO AG, Wetzikon</i>	<i>50</i>
<i>Les hôpitaux universitaires de Genève</i>	<i>36</i>	<i>Hirslanden Klinik AG, Zürich</i>	<i>50</i>
<i>Kantonsspital Graubünden, Chur</i>	<i>15</i>	<i>Kantonsspital Winterthur</i>	<i>–</i>
<i>Klinik St. Anna AG, Luzern</i>	<i>30</i>	<i>Spital Limmattal, Schlieren</i>	<i>50</i>
<i>Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne</i>	<i>15</i>	<i>Spital Männedorf AG</i>	<i>Au moins 30</i>
<i>Luzerner Kantonsspital, site de Sursee</i>	<i>10–20</i>	<i>Stadtspital Triemli, Zürich</i>	<i>30</i>
<i>Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès</i>	<i>15–20</i>	<i>Universitätsspital Zürich</i>	<i>30</i>
<i>Kantonsspital St. Gallen</i>	<i>70</i>		

**Nombre de patients par an pouvant à l'avenir être pris en charge en plus du volume actuel d'opérations en chirurgie bariatrique complexe.*

7 Evaluation des candidatures soumises

Au cours de la procédure de candidature qui a eu lieu du 25 octobre au 20 décembre 2016, le secrétariat de projet MHS a reçu 52 candidatures d'hôpitaux ou sites hospitaliers souhaitant être intégrés sur la liste des hôpitaux MHS pour un mandat de prestations en chirurgie viscérale MHS. Les candidatures se répartissent de la façon suivante : 20 candidatures pour les résections œsophagiennes, 29 pour les résections pancréatiques, 26 pour les résections hépatiques⁴⁶, 47 pour les résections rectales profondes et 35 pour la chirurgie bariatrique complexe, soit 157 ou plutôt 156⁴⁶ candidatures en tout (voir chapitre « Contexte »). On trouvera ci-après la description des résultats de l'évaluation des candidatures qui nous ont été soumises.

7.1 Résections œsophagiennes

Disponibilité à remplir le mandat de prestations. Tous les candidats ayant posé leur candidature se déclarent prêts à assumer les missions de soins définies dans le rapport relatif au rattachement à la MHS⁴⁷ et à satisfaire aux exigences liées à la fourniture des prestations de soins (voir annexe A1) (cf. Tableau 38).

Qualité :

Rapport d'activité destiné aux organes MHS, participation à un registre. Tous les candidats ont déclaré leur accord avec l'obligation de remettre un rapport d'activité aux organes MHS, ainsi que pour assumer les obligations prévues de tenue d'un registre, y compris son financement.

Qualité des structures et qualité des processus. La plupart des candidats satisfont aux exigences concernant la qualité des structures et des processus décrites dans l'annexe A1, à l'exception de l'hôpital cantonal de Zoug qui ne dispose ni d'un service de radiologie diagnostique et interventionnelle (ou son équivalent), ni d'un service d'endoscopie interventionnelle fonctionnant 24 h/24 et 7j/7.

Nombres minimaux de cas :

Auto-déclaration. Selon leurs propres indications, dix candidats remplissent le nombre minimal de douze opérations par an (moyenne sur trois ans), dix autres en revanche ne le remplissent pas. L'hôpital cantonal d'Aarau, l'hôpital cantonal de Baden ainsi que l'hôpital cantonal de Winterthour avancent comme raison un changement de médecin-chef ou d'autres personnes-clés, tout comme les Hôpitaux universitaires de Genève qui emploient un chirurgien viscéral chevronné spécialisé dans l'œsophage depuis mai 2016 et devraient atteindre le nombre minimal de cas requis en 2017. L'hôpital de Fribourg argue que ce n'est pas le nombre minimal de cas qu'il convient d'évaluer, mais la qualité des opérations réalisées. Quant à l'hôpital universitaire de Bâle, il souhaite qu'on prenne également en compte les chiffres de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, car ces deux établissements sont liés par un accord écrit de coopération et ont l'intention de ne plus fournir à l'avenir cette prestation MHS qu'à l'hôpital universitaire de Bâle.

Chiffres provenant du registre (statistique SSCV/AQC des services). Les nombres minimaux de cas ont été contrôlés en se servant des cas saisis dans le registre, en prenant comme référence

⁴⁶ L'hôpital Lindenhof AG ayant retiré sa candidature à l'occasion de l'audition, il reste 25 candidatures.

⁴⁷ Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée. Rapport final du 21 février 2016.

la période du 21 décembre 2013 au 20 décembre 2016. La moyenne annuelle a été calculée sur ces trois années. Ce contrôle a montré que huit candidats atteignaient encore le nombre minimal de cas nécessaire, les douze autres pas. Les services ayant indiqué atteindre le nombre minimal de cas dans l'auto-déclaration ont été priés de fournir les comptes rendus opératoires correspondants, des experts vérifiant alors s'il s'agissait bien de cas MHS selon la définition retenue pour le rattachement à la MHS. A la suite de cela, l'hôpital cantonal des Grisons et la Clinique de la Source ont rectifié l'auto-déclaration. Les comptes rendus opératoires de l'hôpital universitaire de Bâle et de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne ont également été contrôlés ; même en additionnant les chiffres des traitements des deux établissements, le nombre de cas n'était pas atteint.

Formation postgraduée, enseignement et recherche :

Etablissement reconnu de formation postgraduée : on exigeait la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée de catégorie V1, V2 ou V3 par l'ISFM. On a pris en compte le statut « reconnu » et « en cours de réévaluation », aucun hôpital ne possédait le statut « provisoire ». Pour ce faire, on ne s'est pas fondé sur l'auto-déclaration, mais sur une vérification directe auprès de l'ISFM. 18 hôpitaux disposent d'une reconnaissance de l'ISFM comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale, deux pas. Le groupe Lindenhof AG avait déposé une demande ; celle-ci a été approuvée le 27 mars 2018 pour la catégorie V2 (2 ans). De son côté, la Clinique de la Source est convaincue que cette exigence est en contradiction avec la LAMal.

Enseignement et recherche : On a d'une part demandé aux candidats s'ils participeraient activement à des études de recherche clinique, par ex. du SAKK⁴⁸. Divers candidats ont fait savoir qu'il n'existe pas pour le moment de protocole de recherche auquel ils pourraient participer. Puisqu'aucun désavantage ne doit résulter de cette situation pour les candidats, ce critère n'a donc pas été pris séparément en considération pour la proposition d'attribution. D'autre part, les candidats devaient remplir un questionnaire d'évaluation standardisé. Celui-ci a bien été exploité et les résultats figurent dans le Tableau 38. 17 candidats sont impliqués dans l'enseignement et la recherche, et trois ne le sont pas ou pas dans ces deux secteurs (la Clinique de la Source ne donnant quant à elle aucune indication pour la raison déjà mentionnée).

Economicité. L'analyse des données pour l'examen de l'économicité des fournisseurs de prestations a été effectuée par un tiers mandaté pour ce faire. Un groupe d'experts s'est penché sur les analyses puis a établi un rapport avec les principales conclusions de l'examen de l'économicité. Les résultats de cet examen sont résumés dans le Tableau 37 et la démarche méthodologique dans l'annexe A2.

Les analyses se fondent sur la comparaison des coûts moyens par cas pour chaque hôpital ajustés pour le case-mix (valeurs de base) de 2015. Outre l'évaluation au niveau de l'ensemble de l'hôpital, on a également tenu compte de l'économicité de la fourniture des prestations MHS. Deux approches différentes ont donc été employées :

1. Méthodologie ITAR_K® : dans l'évaluation des données ITAR_K® relatives aux coûts, les coûts des hôpitaux à prendre en compte pour le calcul des valeurs de base ajustées pour le case-mix sont déterminés en s'inspirant des « Recommandations pour l'examen de l'économicité »⁴⁹ formulées par la CDS. Les valeurs de référence sont représentées par les mé-

⁴⁸ Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer.

⁴⁹ Les recommandations relatives à l'examen de l'économicité valent aussi par analogie pour l'examen de l'économicité MHS.

dianes des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires : CHF 11'058, autres hôpitaux de soins aigus : CHF 9'851) (cf. Tableau 37, colonne de gauche).

2. **Méthodologie SwissDRG** : dans l'évaluation selon la méthode de SwissDRG, les valeurs de base calculées des hôpitaux ajustées pour le case-mix sont déterminées pour les cas du spectre MHS spécifique concernés. Comme valeurs de référence, on se sert d'une part des médianes des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires : CHF 13'354, autres hôpitaux de soins aigus : CHF 12'133) (cf. Tableau 37, colonne médiane) et, d'autre part, des médianes pondérées pour le nombre de cas des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires : CHF 13'657, autres hôpitaux de soins aigus : CHF 11'811) (cf. tableau 37, colonne de droite).

On ne tient compte des différences de coûts de nature régionale pour l'appréciation de l'économicité ni dans l'utilisation de la publication des coûts selon la méthode ITAR_K[®], ni dans les données SwissDRG. C'est ainsi que, faute d'une méthodologie largement acceptée, la variation locale des coûts salariaux n'est pas corrigée. Qui plus est, l'évaluation selon SwissDRG ne permet pas de se prononcer de façon statistiquement fiable lorsque le nombre de cas est faible. Les considérations sur l'économicité doivent donc être relativisées.

Tableau 37. Résections œsophagiennes. Classement des hôpitaux en « économiques »^a, « plutôt économiques »^b, « neutres »^c, « plutôt pas économiques »^d et « pas économiques »^e selon trois méthodes différentes

Hôpital	Méthode		
	ITAR_K [®]	SwissDRG	
	Valeur de référence	Médiane	Médiane, pondérée pour le nombre de cas
Kantonsspital Aarau AG	> R	> R	> R
Kantonsspital Baden AG	> R	[< R]	[< R]
St. Claraspital AG, Basel	> R	± R	> R
Universitätsspital Basel	± R	[< R]	[< R]
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site*	± R	< R	< R
Insel Gruppe AG – Inselelspital Universitätsspital Bern	< R	< R	< R
Lindenhof AG, Bern	< R	[> R]	[> R]
Hôpital fribourgeois	> R	[< R]	[< R]
Les hôpitaux universitaires de Genève	> R	[± R]	[< R]
Kantonsspital Graubünden, Chur	> R	[< R]	[< R]
Klinik St. Anna AG, Luzern	< R	[± R]	[> R]
Luzerner Kantonsspital*	± R	[> R]	[> R]
Kantonsspital St. Gallen	> R	< R	< R
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	> R	> R	± R
Clinique de la Source, Lausanne	> R	Aucune donnée fournie ⇒ impossible de se prononcer	



	Méthode		
Zuger Kantonsspital AG, Baar	> R	[± R]	[± R]
Hirslanden Klinik AG, Zürich	> R	> R	> R
Kantonsspital Winterthur	± R	[< R]	[< R]
Stadtspital Triemli, Zürich	> R	> R	> R
Universitätsspital Zürich	± R	> R	> R

^a « < R » : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital sont inférieurs de plus de 10 % à la valeur de référence.

^b « < R » : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital se situent entre 1 % et 10 % au-dessous de la valeur de référence.

^c « ± R » : L'écart des coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital par rapport à la valeur de référence est inférieur à 1,0 %

^d « > R » : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital excèdent de 1 à 10 % la valeur de référence.

^e « > R » : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital excèdent de plus de 10 % la valeur de référence.

[xx R] : les crochets signifient que le nombre de cas étant inférieur à 12, une appréciation statistique est difficilement possible.

* pas de distinction selon les sites

L'examen de l'économicité selon la méthodologie ITAR_K® montre que sur les 20 candidats, 13 se situent dans une zone allant de -2 à +6 % au-dessous ou au-dessus de la valeur de référence, et quatre candidats entre 12 et 25 % au-delà de celle-ci. Avec l'exploitation des données de SwissDRG, la plupart des 19 candidatures exploitables évoluent dans une zone allant de -19 % à +8 % (selon la médiane SwissDRG) au-dessous/au-dessus de la valeur de référence, l'hôpital universitaire de Bâle (USB) se situant à 59 % au-dessous de celle-ci tandis que l'hôpital universitaire de Zurich (USZ) se situe à 17 % au-dessus. On observe des résultats similaires avec la méthode « médiane SwissDRG pondérée pour le nombre de cas », l'hôpital universitaire de Zurich s'en tirant toutefois avec des valeurs un peu meilleures. Cependant, le chiffre doit être très relativisé pour l'USB, car cet établissement n'a réalisé que quelques rares résections œsophagiennes.

Appréciation de l'organe scientifique MHS au sujet de l'examen de l'économicité

L'examen de l'économicité de la fourniture des prestations MHS a été réalisé avec deux méthodes différentes – la première incluant tout l'hôpital, la seconde avec des données plus spécifiques pour le domaine MHS, deux-sous méthodes ayant en plus été employées avec cette dernière. Il existe naturellement des limitations et des simplifications méthodologiques, et la fiabilité du calcul des coûts est restreinte en raison du petit nombre de patients concernés que l'on observe dans beaucoup d'établissements. Le groupe d'experts « économicité MHS » estime que, étant donné le nombre tout de même assez important de candidats et les différences parfois marquées en termes d'économicité, celle-ci devrait cependant être davantage prise en compte pour la décision d'attribution que dans les autres domaines MHS. Pour la présente appréciation, il recommande d'utiliser comme valeur de référence les moyennes des hôpitaux candidats pondérées pour le nombre de cas en tenant compte de la catégorie d'hôpital. L'organe scientifique MHS tient compte de cette recommandation pour autant que le poids relatif de la méthodologie SwissDRG est plus important, mais que la méthodologie ITAR_K® est également représentée, car les nombres de cas étaient parfois si

faibles qu'il était impossible de porter une appréciation statistiquement fiable, ou dans quelques cas faisaient complètement défaut. Les conditions en matière professionnelle et d'infrastructure, les nombres minimaux de cas comme indicateurs de qualité, ainsi que la couverture des besoins pour permettre un accès équitable aux soins doivent cependant continuer à jouer un rôle prioritaire dans l'attribution des mandats de prestations. C'est si l'on dispose encore ensuite d'une marge de manœuvre que l'économicité intervient alors dans la décision d'attribution.

Tableau 38. Résections œsophagiennes. Respect des exigences pour chaque fournisseur de prestations

Canton	Prestataires	Disponibilité, remise d'un rapport, tenue d'un registre ¹	Auto-déclaration sur la qualité des struct. et des processus ¹	Auto-déclaration sur les nombres de cas ¹	Registre pour les nombres de cas ou CR opératoires ^x	Etablissement de formation postgraduée reconnue ²	Enseignement + recherche ³	Economicité ⁴
AG	Kantonsspital Aarau AG	oui	oui	non	non ^x	oui	oui	-
AG	Kantonsspital Baden AG	oui	oui	non	non	oui	oui	[+]
BS	St. Claraspital AG, Basel	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
BS	Universitätsspital Basel	oui	oui	non	non ^x	oui	oui	[+]
BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	oui	oui	oui	non ^x	oui	oui	++
BE	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	oui	oui	oui	oui	oui	oui	++
BE	Lindenhof AG, Bern	oui	oui	non	non	non	non	[-]
FR	Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	oui	oui	non	non	oui	oui	[+]
GE	Les hôpitaux universitaires de Genève	oui	oui	oui	non ^x	oui	oui	[-]
GR	Kantonsspital Graubünden, Chur	oui	oui	non ^y	non	oui	oui	[+]
LU	Klinik St. Anna AG, Luzern	oui	oui	non	non	oui	oui	[0]
LU	Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne	oui	oui	oui	oui	oui	oui	[-]
SG	Kantonsspital St. Gallen	oui	oui	oui	oui	oui	oui	0
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
VD	Clinique de la Source, Lausanne	oui	oui	non ^y	non	non ^z	non ^z	ND
ZG	Zuger Kantonsspital AG, Baar	oui	non	non	non	oui	non	[-]
ZH	Hirslanden Klinik AG, Zürich	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
ZH	Kantonsspital Winterthur	oui	oui	non	non	oui	oui	[+ +]



Canton	Prestataires	Disponibilité, remise d'un rapport, tenue d'un registre ¹	Auto-déclaration sur la qualité des struct. et des processus ¹	Auto-déclaration sur les nombres de cas ¹	Registre pour les nombres de cas ou CR opératoires ^x	Etablissement de formation postgraduée reconnu ²	Enseignement + recherche ³	Economicité ⁴
ZH	Stadsspital Triemli, Zürich	oui	oui	oui	oui	oui	oui	--
ZH	Universitätsspital Zürich	oui	oui	oui	oui	oui	oui	--

Fond bleu clair = exigence remplie

¹ Contrôle selon la liste figurant dans l'annexe A1 ; ² au moment de la procédure de candidature ; si « oui », contrôlé si c'est encore actuellement le cas (selon version 2018.9.12.1) ; ³ évaluation fondée sur les indications fournies par les prestataires dans le questionnaire standardisé sur l'enseignement, la formation postgraduée et la recherche ; ⁴ les données ont été transposées dans ce tableau de la façon suivante : les cinq catégories de résultats ont été traduites en points : +2 (pour économique), +1 (pour plutôt économique), 0 (pour neutre), -1 (pour plutôt pas économique) et -2 (pour pas économique). Une moyenne a été calculée à partir des trois méthodes d'évaluation. Il en résulte que la méthode SwissDRG est affectée d'un coefficient double, ce qui est justifié dans la mesure où celle-ci est spécifique au domaine concerné. [Les crochets] signifient que, en raison des faibles nombres de cas, les calculs relatifs à l'économicité sont statistiquement peu fiables.

^x après contrôle des comptes rendus opératoires (cf. Analyse de la situation actuelle, Tableau 8)

^y rectifié après demande de précisions

^z estime que cette exigence est en contradiction avec la LAMal

7.2 Résections pancréatiques

Disponibilité à remplir le mandat de prestations. Tous les candidats ayant posé leur candidature se déclarent prêts à assumer les missions de soins définies dans le rapport relatif au rattachement à la MHS⁵⁰ et à satisfaire aux exigences liées à la fourniture des prestations de soins (voir annexe A1) (cf. Tableau 40).

Qualité :

Rapport d'activité destiné aux organes MHS, participation à un registre. Tous les candidats ont déclarés leur accord avec l'obligation de remettre un rapport d'activité aux organes MHS, ainsi que pour assumer les obligations prévues de tenue d'un registre, y compris son financement.

Qualité des structures et qualité des processus. La plupart des candidats satisfont aux exigences concernant la qualité des structures et des processus décrites dans l'annexe A1, à l'exception du centre hospitalier de Bienne (qui possède bien un service de radiologie interventionnelle mais dont le fonctionnement, faute de radiologues, ne peut pas être assuré 24 h/24 et 7j/7), ainsi que de l'hôpital cantonal de Zoug, qui ne dispose ni d'un service de radiologie diagnostique et interventionnelle (ou son équivalent), ni d'un service d'endoscopie interventionnelle fonctionnant 24 h/24 et 7j/7.

Nombres minimaux de cas :

Auto-déclaration. Selon leurs propres indications, 21 candidats remplissent le nombre minimal de douze opérations par an (moyenne sur trois ans), mais huit pas. L'Hôpital fribourgeois estime

⁵⁰ Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée. Rapport final du 21 février 2016.

qu'on devrait compter non seulement les cas effectivement opérés, mais aussi les cas qu'on envisage de traiter (« intention to treat »). Qui plus est, il considère que l'évaluation privilégie l'aspect qualitatif au détriment de l'aspect quantitatif. Le Bürgerspital de Soleure souhaite, dans le cadre des Solothurner Spitäler AG, réorienter toute sa stratégie en chirurgie viscérale MHS, dont fait partie l'offre en matière de résections pancréatiques (avec embauche des médecins-chefs correspondants) – le nombre minimal de cas a été atteint en 2015. Le Lindenhofspital et l'hôpital cantonal de Glaris envisagent d'agrandir leur équipe et espèrent ainsi accroître le nombre de cas. L'hôpital cantonal de Zoug demande, bien qu'il n'atteigne pas le nombre de cas, qu'on lui accorde un mandat de prestations mais qui serait lié en contrepartie à un médecin-chef expérimenté spécifique ayant déjà effectué de nombreuses opérations dans ce domaine. Enfin, l'hôpital du Valais explique que le service de chirurgie a fait l'objet d'une restructuration ces dernières années et que des changements de personnel sont également intervenus, ce qui fait que les opérations pancréatiques n'ont repris que depuis 2016.

Chiffres provenant du registre (statistique SSCV/AQC des services). Les nombres minimaux de cas ont été contrôlés en se servant des cas saisis dans le registre, en prenant comme référence la période du 21 décembre 2013 au 20 décembre 2016. La moyenne annuelle a été calculée sur ces trois années. Ce contrôle a montré que 20 candidats atteignaient le nombre minimal de cas nécessaire, les neuf autres pas. Les services ayant indiqué atteindre le nombre minimal de cas dans l'auto-déclaration ont été priés de fournir les comptes rendus opératoires correspondants, des experts vérifiant alors s'il s'agissait bien de cas MHS selon la définition retenue pour le rattachement à la MHS. A la suite de cela, la Clinique de la Source a rectifié son auto-déclaration ; la clinique Hirslanden im Park n'a pas présenté de compte rendu. Les comptes rendus opératoires du Spital Thurgau AG ne nous ont pas été adressés par les différents sites, mais chacun était clairement désigné. Ils montraient que le site de Münsterlingen considéré séparément n'atteint pas le nombre de cas requis, mais que ce seuil est atteint lorsqu'on totalise les cas des deux sites ensemble. Le site de Frauenfeld n'a pas posé sa candidature, puisque ces opérations ne sont plus réalisées qu'à Münsterlingen depuis 2017.

Formation postgraduée, enseignement et recherche :

Etablissement reconnu de formation postgraduée : on exigeait la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée de catégorie V1, V2 ou V3 par l'ISFM. On a pris en compte le statut « reconnu » et « en cours de réévaluation », aucun hôpital ne possédait le statut « provisoire ». Pour ce faire, on ne s'est pas fondé sur l'auto-déclaration, mais sur une vérification directe auprès de l'ISFM. 24 hôpitaux disposent d'une reconnaissance de l'ISFM comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale, cinq pas. Le groupe Lindenhof AG avait déposé une demande ; celle-ci a été approuvée le 27 mars 2018 pour la catégorie V2 (2 ans). De son côté, la Clinique de la Source est convaincue que cette exigence est en contradiction avec la LAMal.

Enseignement et recherche : On a d'une part demandé aux candidats s'ils participeraient activement à des études de recherche clinique, par ex. du SAKK⁵¹. Divers candidats ont fait savoir qu'il n'existe pas pour le moment de protocole de recherche auquel ils pourraient participer. Puisqu'aucun désavantage ne doit résulter de cette situation pour les candidats, ce critère n'a donc pas été pris séparément en considération pour la proposition d'attribution. D'autre part, les candidats devaient remplir un questionnaire d'évaluation standardisé. Celui-ci a bien été exploité et les résultats figurent dans le Tableau 40. 23 candidats sont impliqués dans l'enseignement et la recherche, et six ne le sont pas ou pas dans ces deux secteurs (la Clinique de la Source ne donnant quant à elle aucune indication pour la raison déjà mentionnée).

⁵¹ Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer.

Economicité. L'analyse des données pour l'examen de l'économicité des fournisseurs de prestations a été effectuée par un tiers mandaté pour ce faire. Un groupe d'experts s'est penché sur les analyses puis a établi un rapport avec les principales conclusions de l'examen de l'économicité. Les résultats de cet examen sont résumés dans le Tableau 39 et la démarche méthodologique dans l'annexe A2.

Les analyses se fondent sur la comparaison des coûts moyens par cas pour chaque hôpital ajustés pour le case-mix (valeurs de base) de 2015. Outre l'évaluation au niveau de l'ensemble de l'hôpital, on a également tenu compte de l'économicité de la fourniture des prestations MHS. Deux approches différentes ont donc été employées :

1. **Méthodologie ITAR_K®** : dans l'évaluation des données ITAR_K® relatives aux coûts, les coûts des hôpitaux à prendre en compte pour le calcul des valeurs de base ajustées pour le case-mix sont déterminés en s'inspirant des « Recommandations pour l'examen de l'économicité »⁵² formulées par la CDS. Les valeurs de référence sont représentées par les médianes des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires : CHF 11'058, autres hôpitaux de soins aigus : CHF 9'851) (cf. Tableau 39, colonne de gauche).
2. **Méthodologie SwissDRG** : dans l'évaluation selon la méthode de SwissDRG, les valeurs de base calculées des hôpitaux ajustées pour le case-mix sont déterminées pour les cas du spectre MHS spécifique concernés. Comme valeurs de référence, on se sert d'une part des médianes des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires : CHF 12'968, autres hôpitaux de soins aigus : CHF 13'319) (cf. Tableau 39, colonne médiane) et, d'autre part, des médianes pondérées pour le nombre de cas des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires : CHF 14'476, autres hôpitaux de soins aigus : CHF 12'899) (cf. Tableau 39, colonne de droite).

On ne tient compte des différences de coûts de nature régionale pour l'appréciation de l'économicité ni dans l'utilisation de la publication des coûts selon la méthode ITAR_K®, ni dans les données SwissDRG. C'est ainsi que, faute d'une méthodologie largement acceptée, la variation locale des coûts salariaux n'est pas corrigée. Qui plus est, l'évaluation selon SwissDRG ne permet pas de se prononcer de façon statistiquement fiable lorsque le nombre de cas est faible. Les considérations sur l'économicité doivent donc être relativisées.

Tableau 39. Résections pancréatiques. Classement des hôpitaux en « économiques »^a, « plutôt économiques »^b, « neutres »^c, « plutôt pas économiques »^d et « pas économiques »^e selon trois méthodes différentes

Hôpital	Méthode		
	ITAR_K®	SwissDRG	
	Valeur de référence Médiane	Médiane	Médiane, pondérée pour le nombre de cas
Hirslanden Klinik Aarau AG	< R	[< R]	[< R]
Kantonsspital Aarau AG	> R	> R	> R
Kantonsspital Baden AG	> R	> R	> R
Kantonsspital Baselland, site de Liestal	± R	> R	> R
St. Claraspital AG, Basel	> R	± R	> R

⁵² Les recommandations relatives à l'examen de l'économicité valent aussi par analogie pour l'examen de l'économicité MHS.

	Méthode		
Universitätsspital Basel	± R	< R	< R
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site*	± R	< R	< R
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	< R	± R	< R
Lindenhof AG, Bern	< R	[> R]	[> R]
Spitalzentrum Biel AG	± R	[± R]	[> R]
Hôpital fribourgeois	> R	[± R]	[> R]
Les hôpitaux universitaires de Genève	> R	> R	> R
Kantonsspital Glarus	> R	[> R]	[> R]
Kantonsspital Graubünden, Chur	> R	< R	< R
Klinik St. Anna AG, Luzern	< R	< R	< R
Luzerner Kantonsspital*	± R	± R	> R
Kantonsspital St. Gallen	> R	> R	> R
Solothurner Spitäler AG*	± R	< R	< R
Ente Ospedaliero Cantonale*	< R	< R	< R
Spital Thurgau AG*	> R	< R	< R
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	> R	< R	< R
Clinique de la Source, Lausanne	> R	Aucune donnée fournie ⇒ impossible de se prononcer	
Hôpital du Valais, Sion	< R	Aucun cas en 2015 ⇒ impossible de se prononcer	
Zuger Kantonsspital AG, Baar	> R	[< R]	[< R]
Hirslanden Klinik AG, Zürich	> R	< R	< R
Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	> R	[> R]	[> R]
Kantonsspital Winterthur	± R	< R	< R
Stadtpital Triemli, Zürich	> R	± R	> R
Universitätsspital Zürich	± R	> R	> R

^a « < R » : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital sont inférieurs de plus de 10 % à la valeur de référence.

^b « < R » : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital se situent entre 1 % et 10 % au-dessous de la valeur de référence.

^c « ± R » : L'écart des coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital par rapport à la valeur de référence est inférieur à 1,0 %

^d « > R » : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital excèdent de 1 à 10 % la valeur de référence.

^e « > R » : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital excèdent de plus de 10 % la valeur de référence.

[xx R] : les crochets signifient que le nombre de cas étant inférieur à 12, une appréciation statistique est difficilement possible.

* pas de distinction selon les sites

L'examen de l'économicité selon la méthodologie ITAR_K® montre que sur les 29 candidats, 21 se situent dans une zone allant de -4 à +6 % au-dessous ou au-dessus de la valeur de référence, un candidat se situe à 11 % au-dessous, et cinq candidats entre 12 et 25 % au-delà de celle-ci. L'exploitation des données de SwissDRG des 27 candidatures exploitables révèle un tableau assez hétérogène. Trois candidats (cliniques Hirslanden d'Aarau et de Berne, Spital Thurgau) se situent entre 25 et 19 % au-dessous de la valeur de référence, six entre 7 et 12 % au-dessous de cette valeur, douze hôpitaux évoluent dans une zone allant de -5 % à +5 %, trois se situent entre 10 et 12 % au-dessus de cette valeur et trois autres encore (hôpital universitaire de Zurich, Hirslanden im Park et les Hôpitaux universitaires de Genève) affichent des valeurs excédant de +23 à 39 % la valeur de référence. On observe des résultats du même ordre avec la méthode « médiane SwissDRG pondérée pour le nombre de cas », les hôpitaux universitaires s'en tirant toutefois avec des valeurs un peu plus avantageuses.

Appréciation de l'organe scientifique MHS au sujet de l'examen de l'économicité

L'examen de l'économicité de la fourniture des prestations MHS a été réalisé avec deux méthodes différentes – la première incluant tout l'hôpital, la seconde avec des données plus spécifiques pour le domaine MHS, deux-sous méthodes ayant en plus été employées avec cette dernière. Il existe naturellement des limitations et des simplifications méthodologiques, et la fiabilité du calcul des coûts est restreinte en raison du petit nombre de patients concernés que l'on constate dans beaucoup d'établissements. Le groupe d'experts « économicité MHS » estime que, étant donné le nombre tout de même assez important de candidats et les différences parfois marquées en termes d'économicité, celle-ci devrait cependant être davantage prise en compte pour la décision d'attribution que dans les autres domaines MHS. Pour la présente appréciation, il recommande d'utiliser comme valeur de référence les moyennes des hôpitaux candidats pondérées pour le nombre de cas en tenant compte de la catégorie d'hôpital. L'organe scientifique MHS tient compte de cette recommandation pour autant que le poids relatif de la méthodologie SwissDRG est plus important, mais que la méthodologie ITAR_K® est également représentée, car les nombres de cas étaient parfois si faibles qu'il était impossible de porter une appréciation statistiquement fiable, ou dans quelques cas faisaient complètement défaut. Les conditions en matière professionnelle et d'infrastructure, les nombres minimaux de cas comme indicateurs de qualité, ainsi que la couverture des besoins pour permettre un accès équitable aux soins doivent cependant continuer à jouer un rôle prioritaire dans l'attribution des mandats de prestations. L'économicité intervient dans la décision d'attribution si l'on dispose encore ensuite d'une marge de manœuvre.

Tableau 40. Résections pancréatiques. Respect des exigences pour chaque fournisseur de prestations

Canton	Prestataires	Disponibilité, remise d'un rapport, tenue d'un registre ¹	Auto-déclaration sur la qualité des struct. et des processus ¹	Auto-déclaration sur les nombres de cas ¹	Registre pour les nombres de cas ou CR opératoires ^x	Etablissement de formation postgraduée reconnu ²	Enseignement + recherche ³	Economicité ⁴
AG	Hirslanden Klinik Aarau AG	oui	oui	oui	oui	non	non	++
AG	Kantonsspital Aarau AG	oui	oui	oui	oui	oui	oui	--
AG	Kantonsspital Baden AG	oui	oui	oui	oui	oui	oui	--

Canton	Prestataires	Disponibilité, remise d'un rapport, tenue d'un registre ¹	Auto-déclaration sur la qualité des struct. et des processus ¹	Auto-déclaration sur les nombres de cas ¹	Registre pour les nombres de cas ou CR opératoires ^x	Etablissement de formation postgradué connue ²	Enseignement + recherche ³	Economicité ⁴
BL	Kantonsspital Baselland, site de Liestal	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
BS	St. Claraspital AG, Basel	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
BS	Universitätsspital Basel	oui	oui	oui	oui	oui	oui	+
BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	oui	oui	oui	oui	oui	oui	++
BE	Insel Gruppe AG – Inseleppital Universitätsspital Bern	oui	oui	oui	oui	oui	oui	+
BE	Lindenhof AG, Bern	oui	oui	non	non	non	non	[-]
BE	Spitalzentrum Biel AG	oui	non	non	non	oui	oui	[-]
FR	Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	oui	oui	non	non	oui	oui	[-]
GE	Les hôpitaux universitaires de Genève	oui	oui	oui	oui	oui	oui	--
GL	Kantonsspital Glarus	oui	oui	non	non	non	non	[-]
GR	Kantonsspital Graubünden, Chur	oui	oui	oui	oui	oui	oui	+
LU	Klinik St. Anna AG, Luzern	oui	oui	oui	oui	oui	oui	+
LU	Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
SG	Kantonsspital St. Gallen	oui	oui	oui	oui	oui	oui	--
SO	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	oui	oui	non	non	oui	oui	+
TI	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano	oui	oui	oui	oui	oui	oui	++
TG	Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen	oui	oui	oui	oui ^a	oui	non	+
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	oui	oui	oui	oui	oui	oui	+
VD	Clinique de la Source, Lausanne	oui	oui	non ^y	non	non ^z	non ^z	ND
VS	Hôpital du Valais, Sion	oui	oui	non	non	oui	oui	ND
ZG	Zuger Kantonsspital AG, Baar	oui	non	non	non	oui	non	[+]
ZH	Hirslanden Klinik AG, Zürich	oui	oui	oui	oui	oui	oui	+
ZH	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	oui	oui	oui	non	non	oui	[-]

Canton	Prestataires	Disponibilité, remise d'un rapport, tenue d'un registre ¹	Auto-déclaration sur la qualité des struct. et des processus ¹	Auto-déclaration sur les nombres de cas ¹	Registre pour les nombres de cas ou CR opératoires ^x	Etablissement de formation postgradué connue ²	Enseignement + recherche ³	Economicité ⁴
ZH	Kantonsspital Winterthur	oui	oui	oui	oui	oui	oui	+
ZH	Stadtspital Triemli, Zürich	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
ZH	Universitätsspital Zürich	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-

Fond bleu clair = exigence remplie

¹ Contrôle selon la liste figurant dans l'annexe A1 ; ² au moment de la procédure de candidature ; si « oui », contrôlé si c'est encore actuellement le cas (selon version 2018.9.12.1) ; ³ évaluation fondée sur les indications fournies par les prestataires dans le questionnaire standardisé sur l'enseignement, la formation postgradué et la recherche ; ⁴ les données ont été transposées dans ce tableau de la façon suivante : les cinq catégories de résultats ont été traduites en points : +2 (pour économique), +1 (pour plutôt économique), 0 (pour neutre), -1 (pour plutôt pas économique) et -2 (pour pas économique). Une moyenne a été calculée à partir des trois méthodes d'évaluation. Il en résulte que la méthode SwissDRG est affectée d'un coefficient double, ce qui est justifié dans la mesure où celle-ci est spécifique au domaine concerné. [Les crochets] signifient que, en raison des faibles nombres de cas, les calculs relatifs à l'économicité sont statistiquement peu fiables.

^a Additionné avec Frauenfeld, qui n'est plus candidat à ce domaine partiel, cf. considérations de l'organe scientifique MHS dans « Nombres de cas », p. 27.

^x après contrôle des comptes rendus opératoires (cf. Analyse de la situation actuelle, Tableau 13)

^y rectifié après demande de précisions

^z estime que cette exigence est en contradiction avec la LAMal

7.3 Résections hépatiques

Disponibilité à remplir le mandat de prestations. Tous les candidats ayant posé leur candidature se déclarent prêts à assumer les missions de soins définies dans le rapport relatif au rattachement à la MHS⁵³ et à satisfaire aux exigences liées à la fourniture des prestations de soins (voir annexe A1) (cf. Tableau 42).

Qualité :

Rapport d'activité destiné aux organes MHS, participation à un registre. Tous les candidats ont déclaré leur accord avec l'obligation de remettre un rapport d'activité aux organes MHS, ainsi que pour assumer les obligations prévues de tenue d'un registre, y compris son financement.

Qualité des structures et qualité des processus. La plupart des candidats satisfont aux exigences concernant la qualité des structures et des processus décrites dans l'annexe A1, à l'exception de l'hôpital cantonal de Zoug, qui ne dispose ni d'un service de radiologie diagnostique et interventionnelle (ou son équivalent), ni d'un service d'endoscopie interventionnelle fonctionnant 24 h/24 et 7j/7.

⁵³ Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée. Rapport final du 21 février 2016.

Nombres minimaux de cas :

Auto-déclaration. Selon leurs propres indications, 20 candidats remplissent le nombre minimal de douze opérations par an (moyenne sur trois ans), mais cinq pas. L'hôpital cantonal de Baden fait état d'un changement d'équipe ainsi que, selon lui, d'une augmentation du nombre de cas de métastases hépatiques qui lui permettrait d'atteindre à l'avenir le nombre minimal de cas exigé. L'hôpital cantonal de Glaris envisage d'agrandir leur équipe pour atteindre le nombre minimal de cas. L'Hôpital du Valais signale une phase de réorganisation de son personnel en chirurgie viscérale qui – en coopération avec les Hôpitaux universitaires de Genève – doit s'achever en 2018.

Chiffres provenant du registre (statistique SSCV/AQC des services). Les nombres minimaux de cas ont été contrôlés en se servant des cas saisis dans le registre, en prenant comme référence la période du 21 décembre 2013 au 20 décembre 2016. La moyenne annuelle a été calculée sur ces trois années. Ce contrôle a montré que 19 candidats atteignaient le nombre minimal de cas nécessaire, les six autres non. Les services ayant indiqué atteindre le nombre minimal de cas dans l'auto-déclaration ont été priés de fournir les comptes rendus opératoires correspondants, des experts vérifiant alors s'il s'agissait bien de cas MHS selon la définition retenue pour le rattachement à la MHS. A la suite de cela, l'hôpital cantonal des Grisons et la Clinique de la Source ont rectifié leur auto-déclaration.

Formation postgraduée, enseignement et recherche :

Etablissement reconnu de formation postgraduée : on exigeait la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée de catégorie V1, V2 ou V3 par l'ISFM. On a pris en compte le statut « reconnu » et « en cours de réévaluation », aucun hôpital ne possédait le statut « provisoire ». Pour ce faire, on ne s'est pas fondé sur l'auto-déclaration, mais sur une vérification directe auprès de l'ISFM (données publiées sur son site internet). 21 hôpitaux disposent d'une reconnaissance de l'ISFM comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale, quatre pas. De son côté, la Clinique de la Source est convaincue que cette exigence est en contradiction avec la LAMal.

Enseignement et recherche : On a d'une part demandé aux candidats s'ils participeraient activement à des études de recherche clinique, par ex. du SAKK⁵⁴. Divers candidats ont fait savoir qu'il n'existe pas pour le moment de protocole de recherche auquel ils pourraient participer. Puisqu'aucun désavantage ne doit résulter de cette situation pour les candidats, ce critère n'a donc pas été pris séparément en considération pour la proposition d'attribution. D'autre part, les candidats devaient remplir un questionnaire d'évaluation standardisé. Celui-ci a bien été exploité et les résultats figurent dans le Tableau 42. 20 candidats sont impliqués dans l'enseignement et la recherche, et six ne le sont pas ou pas dans ces deux secteurs (la Clinique de la Source ne donnant quant à elle aucune indication pour la raison déjà mentionnée).

Economicité. L'analyse des données pour l'examen de l'économicité des fournisseurs de prestations a été effectuée par un tiers mandaté pour ce faire. Un groupe d'experts s'est penché sur les analyses puis a établi un rapport avec les principales conclusions de l'examen de l'économicité. Les résultats de cet examen sont résumés dans le Tableau 41 et la démarche méthodologique dans l'annexe A2.

Les analyses se fondent sur la comparaison des coûts moyens par cas pour chaque hôpital ajustés pour le case-mix (valeurs de base) de 2015. Outre l'évaluation au niveau de l'ensemble de

⁵⁴ Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer.

l'hôpital, on a également tenu compte de l'économicité de la fourniture des prestations MHS. Deux approches différentes ont donc été employées :

1. **Méthodologie ITAR_K®** : dans l'évaluation des données ITAR_K® relatives aux coûts, les coûts des hôpitaux à prendre en compte pour le calcul des valeurs de base ajustées pour le case-mix sont déterminés en s'inspirant des « Recommandations pour l'examen de l'économicité »⁵⁵ formulées par la CDS. Les valeurs de référence sont représentées par les médianes des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires : CHF 11'058, autres hôpitaux de soins aigus : CHF 9'851) (cf. Tableau 41, colonne de gauche).
2. **Méthodologie SwissDRG** : dans l'évaluation selon la méthode de SwissDRG, les valeurs de base calculées des hôpitaux ajustées pour le case-mix sont déterminées pour les cas du spectre MHS spécifique concernés. Comme valeurs de référence, on se sert d'une part des médianes des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires : CHF 13'434, autres hôpitaux de soins aigus : CHF 11'686) (cf. Tableau 41, colonne médiane) et, d'autre part, des médianes pondérées pour le nombre de cas des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires : CHF 13'219, autres hôpitaux de soins aigus : CHF 11'694) (cf. Tableau 41, colonne de droite).

On ne tient compte des différences de coûts de nature régionale pour l'appréciation de l'économicité ni dans l'utilisation de la publication des coûts selon la méthode ITAR_K®, ni dans les données SwissDRG. C'est ainsi que, faute d'une méthodologie largement acceptée, la variation locale des coûts salariaux n'est pas corrigée. Qui plus est, l'évaluation selon SwissDRG ne permet pas de se prononcer de façon statistiquement fiable lorsque le nombre de cas est faible. Les considérations sur l'économicité doivent donc être relativisées.

Tableau 41. Résections hépatiques. Classement des hôpitaux en « économiques »^a, « plutôt économiques »^b, « neutres »^c, « plutôt pas économiques »^d et « pas économiques »^e selon trois méthodes différentes

Hôpital	Méthode		
	ITAR_K®	SwissDRG	
	Valeur de référence Médiane	Médiane	Médiane, pondérée pour le nombre de cas
Hirslanden Klinik Aarau AG	< R	< R	< R
Kantonsspital Aarau AG	> R	> R	± R
Kantonsspital Baden AG	> R	[± R]	[± R]
St. Claraspital AG, Basel	> R	> R	> R
Universitätsspital Basel	± R	< R	< R
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site*	± R	± R	± R
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	< R	< R	< R
Les hôpitaux universitaires de Genève	> R	> R	> R
Kantonsspital Glarus	> R	[< R]	[< R]
Kantonsspital Graubünden, Chur	> R	[± R]	[± R]
Klinik St. Anna AG, Luzern	< R	< R	< R

⁵⁵ Les recommandations relatives à l'examen de l'économicité valent aussi par analogie pour l'examen de l'économicité MHS.

	Méthode		
Luzerner Kantonsspital*	± R	[< R]	[< R]
Kantonsspital St. Gallen	> R	< R	< R
Ente Ospedaliero Cantonale*	< R	> R	> R
Spital Thurgau AG*	> R	< R	< R
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	> R	± R	> R
Clinique de la Source, Lausanne	> R	Aucune donnée fournie ⇒ impossible de se prononcer	
Hôpital du Valais	< R	Aucun cas en 2015 ⇒ impossible de se prononcer	
Zuger Kantonsspital AG, Baar	> R	[< R]	[< R]
Hirslanden Klinik AG, Zürich	> R	> R	> R
Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	> R	> R	> R
Kantonsspital Winterthur	± R	> R	> R
Stadtpital Triemli, Zürich	> R	< R	< R
Universitätsspital Zürich	± R	> R	> R

^a « < R » : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital sont inférieurs de plus de 10 % à la valeur de référence.

^b « < R » : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital se situent entre 1 % et 10 % au-dessous de la valeur de référence.

^c « ± R » : L'écart des coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital par rapport à la valeur de référence est inférieur à 1,0 %

^d « > R » : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital excèdent de 1 à 10 % la valeur de référence.

^e « > R » : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital excèdent de plus de 10 % la valeur de référence.

[xx R] : les crochets signifient que le nombre de cas étant inférieur à 12, une appréciation statistique est difficilement possible.

* pas de distinction selon les sites

L'examen de l'économicité selon la méthodologie ITAR_K[®] montre que sur les 24 candidats⁵⁶, 17 se situent dans une zone allant de -4 à +6 % au-dessous ou au-dessus de la valeur de référence, un candidat se situe à 11 % au-dessous, et six candidats entre 9 et 25 % au-delà de celle-ci. L'analyse des données de SwissDRG des 23 candidatures exploitables révèle un tableau assez hétérogène. Deux candidats (hôpital universitaire de Bâle et Spital Thurgau) se situent respectivement à 32 et 28 % sous la valeur de référence, six entre 12 et 18 % au-dessous, onze hôpitaux évoluent dans une zone allant de -7 à +7 %, deux excèdent cette valeur de 14 % et la clinique Hirslanden im Park affiche quant à elle une valeur de 64 % au-dessus de cette valeur de référence. On retrouve un tableau pratiquement identique avec la méthode « médiane SwissDRG pondérée pour le nombre de cas », les hôpitaux universitaires s'en tirant toutefois avec des valeurs un peu plus avantageuses.

⁵⁶ Le Spital Thurgau AG se porte candidat avec les deux sites de Frauenfeld et de Münsterlingen, mais ni les données ITAR_K ni celles de SwissDRG ne permettent de distinguer ces sites.

Appréciation de l'organe scientifique MHS au sujet de l'examen de l'économicité

L'examen de l'économicité de la fourniture des prestations MHS a été réalisé avec deux méthodes différentes – la première incluant tout l'hôpital, la seconde avec des données plus spécifiques pour le domaine MHS, deux-sous méthodes ayant en plus été employées avec cette dernière. Il existe naturellement des limitations et des simplifications méthodologiques, et la fiabilité du calcul des coûts est restreinte en raison du petit nombre de patients concernés que l'on observe dans beaucoup d'établissements. Le groupe d'experts « économicité MHS » estime que, étant donné le nombre tout de même assez important de candidats et les différences parfois marquées en termes d'économicité, celle-ci devrait cependant être davantage prise en compte pour la décision d'attribution que dans les autres domaines MHS. Pour la présente appréciation, il recommande d'utiliser comme valeur de référence les moyennes des hôpitaux candidats pondérées pour le nombre de cas en tenant compte de la catégorie d'hôpital. L'organe scientifique MHS tient compte de cette recommandation pour autant que le poids relatif de la méthodologie SwissDRG est plus important, mais que la méthodologie ITAR_K® est également représentée, car les nombres de cas étaient parfois si faibles qu'il était impossible de porter une appréciation statistiquement fiable, ou dans quelques cas faisaient complètement défaut. Les conditions en matière professionnelle et d'infrastructure, les nombres minimaux de cas comme indicateurs de qualité, ainsi que la couverture des besoins pour permettre un accès équitable aux soins doivent cependant continuer à jouer un rôle prioritaire dans l'attribution des mandats de prestations. C'est si l'on dispose encore ensuite d'une marge de manœuvre que l'économicité intervient alors dans la décision d'attribution.

Tableau 42. Résections hépatiques. Respect des exigences pour chaque fournisseur de prestations

Canton	Prestataires	Disponibilité, remise d'un rapport, tenue d'un registre ¹	Auto-déclaration sur la qualité des struct. et des processus ¹	Auto-déclaration sur les nombres de cas ¹	Registre pour les nombres de cas ou CR opératoires ^x	Etablissement de formation postgraduée reconnu ²	Enseignement + recherche ³	Economicité ⁴
AG	Hirslanden Klinik Aarau AG	oui	oui	oui	oui	non	non	++
AG	Kantonsspital Aarau AG	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
AG	Kantonsspital Baden AG	oui	oui	non	non ^x	oui	oui	[-]
BS	St. Claraspital AG, Basel	oui	oui	oui	oui	oui	oui	--
BS	Universitätsspital Basel	oui	oui	oui	oui	oui	oui	++
BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	oui	oui	oui	oui	oui	oui	0
BE	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	oui	oui	oui	oui	oui	oui	++
GE	Les hôpitaux universitaires de Genève	oui	oui	oui	oui	oui	oui	--
GL	Kantonsspital Glarus	oui	oui	non	non	non	non	[+]
GR	Kantonsspital Graubünden, Chur	oui	oui	oui	oui	oui	oui	[-]
LU	Klinik St. Anna AG, Luzern	oui	oui	oui	oui	oui	oui	++

F

Canton	Prestataires	Disponibilité, remise d'un rapport, tenue d'un registre ¹	Auto-déclaration sur la qualité des struct. et des processus ¹	Auto-déclaration sur les nombres de cas ¹	Registre pour les nombres de cas ou CR opératoires ^x	Etablissement de formation postgraduée reconnue ²	Enseignement + recherche ³	Economicité ⁴
LU	Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne	oui	oui	oui	oui	oui	oui	[+ +]
SG	Kantonsspital St. Gallen	oui	oui	oui	oui	oui	oui	0
TI	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
TG	Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld	oui	oui	oui	oui	oui	oui	+
TG	Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen	oui	oui	oui	non	oui	non	
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
VD	Clinique de la Source, Lausanne	oui	oui	non ^y	non	non ^z	non ^z	ND
VS	Hôpital du Valais, Sion	oui	oui	non	non	oui	oui	ND
ZG	Zuger Kantonsspital AG, Baar	oui	non	non	non	oui	non	[+]
ZH	Hirslanden Klinik AG, Zürich	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
ZH	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	oui	oui	oui	oui	non	oui	--
ZH	Kantonsspital Winterthur	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
ZH	Stadtspital Triemli, Zürich	oui	oui	oui	oui	oui	oui	+
ZH	Universitätsspital Zürich	oui	oui	oui	oui	oui	oui	--

Fond bleu clair = exigence remplie

¹ Contrôle selon la liste figurant dans l'annexe A1 ; ² au moment de la procédure de candidature ; si « oui », contrôlé si c'est encore actuellement le cas (selon version 2018.9.12.1) ; ³ évaluation fondée sur les indications fournies par les prestataires dans le questionnaire standardisé sur l'enseignement, la formation postgraduée et la recherche ; ⁴ les données ont été transposées dans ce tableau de la façon suivante : les cinq catégories de résultats ont été traduites en points : +2 (pour économique), +1 (pour plutôt économique), 0 (pour neutre), -1 (pour plutôt pas économique) et -2 (pour pas économique). Une moyenne a été calculée à partir des trois méthodes d'évaluation. Il en résulte que la méthode SwissDRG est affectée d'un coefficient double, ce qui est justifié dans la mesure où celle-ci est spécifique au domaine concerné. [Les crochets] signifient que, en raison des faibles nombres de cas, les calculs relatifs à l'économicité sont statistiquement peu fiables.

^x après contrôle des comptes rendus opératoires (cf. analyse de la situation actuelle, Tableau 18)

^y rectifié après demande de précisions

^z estime que cette exigence est en contradiction avec la LAMal

L'organe de décision MHS ne s'étant pas encore prononcé sur les attributions de prestations dans les domaines partiels des résections rectales profondes et de la chirurgie bariatrique complexe, on ne trouvera pas ici l'évaluation des candidatures qui nous sont parvenues.

8 Procédure d'évaluation

Les recommandations pour l'attribution de la fourniture de prestations MHS ont été élaborées selon le schéma d'évaluation suivant (cf. Figure 1) :

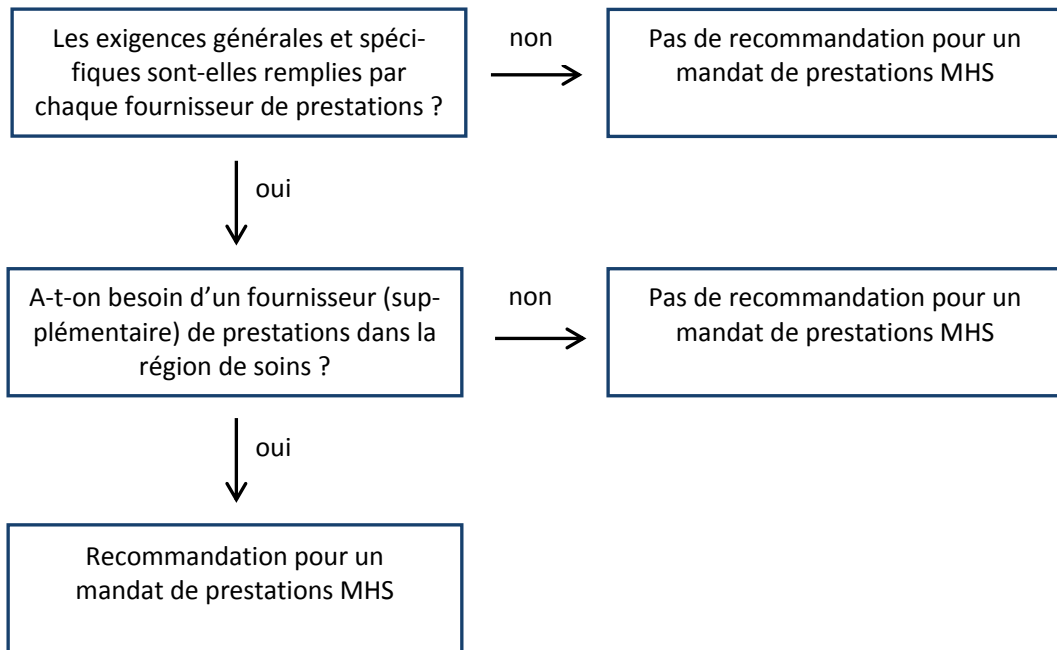


Figure 1. Schéma d'évaluation

Outre les nombres de cas et les flux de patients, les critères suivants sont pris en considération pour l'évaluation des besoins dans une région de soins donnée :

Présence d'un fournisseur de prestations MHS dans la région de soins.

Besoins de fourniture de prestations tenant à la région linguistique ou à la situation géographique.

9 Attribution pour la fourniture des prestations MHS

Compte tenu de la recommandation de l'organe scientifique MHS, l'organe de décision MHS décide d'attribuer les mandats suivants pour la fourniture des prestations MHS :

Il convient d'attribuer les mandats de prestations pour une durée de six ans, ce qui créera une sécurité de planification pour les hôpitaux. Le processus de contrôle prévu dans la procédure en deux temps est en outre très long. La réévaluation des mandats de prestations suppose de disposer de suffisamment de données provenant du registre de chirurgie viscérale, de bonne qualité et enregistrées pendant une période suffisamment longue. L'attribution des mandats de prestations pour six ans est donc justifiée. Le respect des exigences doit être surveillé pendant toute cette durée à l'aide du monitoring et du contrôle des données des registres.

9.1 Résections œsophagiennes

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

Tableau 43. Résections œsophagiennes. Attribution de mandats de prestations MHS dans le domaine de la « chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée »

Can-ton	Prestataires	Mandat de prestations (durée, obligations/conditions)	Justification de l'attribution des prestations	Couverture des besoins en soins (353→530)*
BS	St. Claraspital AG, Basel ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^y	21 + 30
BE	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	33 + 60
LU	Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^z	16 + 10
SG	Kantonsspital St. Gallen ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	20 + 35
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^y	36 + 25
ZH	Hirslanden Klinik AG, Zürich ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^y	29 + 20
ZH	Stadtpital Triemli, Zürich ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^x	17 + 30
ZH	Universitätsspital Zürich ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^x	39 + 30
			Total	211 + 240 = 451

Ct Romandie

Ct Nord-ouest de la Suisse

Ct Suisse orientale

Ct Suisse centrale



* Les deux chiffres qui figurent ici correspondent, pour le premier, au nombre de cas selon la statistique médicale (2015) (cf. Tableau 7) et, pour le second (après la flèche), aux besoins tels qu'ils ressortent de l'analyse des besoins en 2025 (voir page 66), ces deux chiffres valant pour l'ensemble de la Suisse. Les chiffres indiqués pour chaque prestataire correspondent, pour le premier, au nombre de cas effectivement traités (données des registres, moyenne pour la période 2014–2016, cf. Tableau 8) et, pour le deuxième, à leurs

possibilités d'augmentation des capacités (par an) telles qu'ils les ont eux-mêmes communiquées (cf. Tableau 32).

^d MP définitif jusqu'à présent (4 ans)

^x Exception : non économique

^p MP provisoire jusqu'à présent (2 ans ; prorogé)

^y Exception : plutôt pas économique

^z Appréciation de l'économicité non pertinente

Les candidats proposés remplissent toutes les exigences imposées. Cependant, l'économicité n'a pas pu être évaluée comme un critère déterminant (voir à ce sujet les considérations de l'organe scientifique MHS à la page 29). Les précisions concernant l'économicité sont mentionnées dans des notes de bas de page (on trouvera des indications détaillées dans le Tableau 37).

Si l'on compare les chiffres des besoins prévus avec les attributions de prestations proposées, on constate que leur nombre n'est pas suffisant. Il convient à ce sujet de noter, d'une part, que les prévisions sont par nature sujettes à diverses incertitudes. D'autre part, les résections œsophagiennes sont des interventions extrêmement délicates et risquées, qui ne devraient donc pas être attribuées à des centres ne remplissant pas tous les critères exigés. L'organe scientifique MHS part du principe que ces huit centres peuvent développer des capacités suffisantes pour assurer les résections œsophagiennes, et recommande par conséquent que les mandats de prestations ne soient attribués qu'à eux. Il convient également de garder à l'esprit que les douze candidats rejetés n'ont réalisé en tout que 74 résections œsophagiennes⁵⁷, qui devraient être prises en plus en charge par les hôpitaux considérés.

Chez ces candidats, les mandats de prestations peuvent être attribués pour une durée de six ans. La présentation adoptée permet également de voir la couverture des soins région par région.

Tableau 44. Résections œsophagiennes. Candidatures non retenues

Can ton	Prestataires	Motif
AG	Kantonsspital Aarau AG ^k	N'atteint pas le nombre de cas
AG	Kantonsspital Baden AG ^p	N'atteint pas le nombre de cas
BS	Universitätsspital Basel ^p	N'atteint pas le nombre de cas
BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site ^p	N'atteint pas le nombre de cas
BE	Lindenhof AG, Bern ^k	N'atteint pas le nombre de cas ; n'est pas reconnu comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale ; enseignement + recherche insuffisants
FR	Hôpital fribourgeois, site de Fribourg ^d	N'atteint pas le nombre de cas
GE	Les hôpitaux universitaires de Genève ^d	N'atteint pas le nombre de cas
GR	Kantonsspital Graubünden, Chur ^k	N'atteint pas le nombre de cas
LU	Klinik St. Anna AG, Luzern ^k	N'atteint pas le nombre de cas
VD	Clinique de la Source, Lausanne ^k	N'atteint pas le nombre de cas ; n'est pas reconnu comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale ; enseignement + recherche insuffisants

⁵⁷ Nombres de cas d'après le registre ou contrôle des comptes rendus opératoires, entre 1 et 11, en moyenne 6.

Can ton	Prestataires	Motif
ZG	Zuger Kantonsspital AG, Baar ^k	Ne dispose pas d'un service de radiologie diagnostique ou interventionnelle fonctionnant 24h/24 et 7j/7 ni d'un service d'endoscopie interventionnelle fonctionnant 24h/24 et 7j/7 ; n'atteint pas le nombre de cas ; enseignement + recherche insuffisants
ZH	Kantonsspital Winterthur ^d	N'atteint pas le nombre de cas

Ct Romandie

^d MP définitif jusqu'à présent (4 ans)

Ct Nord-ouest de la Suisse

^p MP provisoire jusqu'à présent (2 ans ; prorogé)

Ct Suisse orientale

^k Pas de MP à ce jour, éventuellement MP cantonal

Ct Suisse centrale

Le détail des motifs de non-attribution d'un mandat de prestations figurent dans la décision adressée personnellement à chaque candidat.

9.2 Résections pancréatiques

Attribution d'un mandat de prestations aux 18 centres suivants :

Tableau 45. Résections pancréatiques. Attribution de mandats de prestations MHS dans le domaine de la « chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée »

Can ton	Prestataires	Mandat de prestations (durée, obligations/conditions)	Raison de l'attribution des prestations	Couverture des besoins en soins (729→980) [*]
AG	Kantonsspital Aarau AG ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^x	14 + 50 ⁴²
AG	Kantonsspital Baden AG ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^x	15 + 20
BL	Kantonsspital Baselland, site de Liestal ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^y	16 + 30
BS	St. Claraspital AG, Basel ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^y	25 + 30
BS	Universitätsspital Basel ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	17 + 40
BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	52 + 15
BE	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	78 + 80
GE	Les hôpitaux universitaires de Genève ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^x	51 + 36
GR	Kantonsspital Graubünden, Chur ^k	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	23 + 10
LU	Klinik St. Anna AG, Luzern ^k	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	12 + 20
LU	Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^y	37 + 15
SG	Kantonsspital St. Gallen ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^x	55 + 100
TI	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	12 + 6

P

Can- ton	Prestataires	Mandat de prestations (durée, obliga- tions/conditions)	Raison de l'attribution des presta- tions	Couverture des besoins en soins (729→980)*
VD	Centre hospitalier universi- taire vaudois, Lausanne ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	58 +20
ZH	Hirslanden Klinik AG, Zürich ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	41 + 30
ZH	Kantonsspital Winterthur ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	31 + 50
ZH	Stadtspital Triemli, Zürich ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^v	42 + 50
ZH	Universitätsspital Zürich ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^v	37 + 60
			Total	616 + 662 = 1278 ⁴²

Ct Romandie

Ct Nord-ouest de la Suisse

Ct Suisse orientale

Ct Suisse centrale

Ct Tessin



* Les deux chiffres qui figurent ici correspondent, pour le premier, au nombre de cas selon la statistique médicale (2015) (cf. Tableau 12) et, pour le second (après la flèche), aux besoins tels qu'ils ressortent de l'analyse des besoins en 2025 (voir page 67), ces deux chiffres valant pour l'ensemble de la Suisse. Les chiffres indiqués pour chaque prestataire correspondent, pour le premier, au nombre de cas effectivement traités (données des registres, moyenne pour la période 2014–2016, cf. Tableau 13) et, pour le deuxième, à leurs possibilités d'augmentation des capacités (par an) telles qu'ils les ont eux-mêmes communiquées (cf. Tableau 33)

^d MP définitif jusqu'à présent (4 ans)

^x Exception : pas économique

^p MP provisoire jusqu'à présent (2 ans ; prorogé)

^v Exception : plutôt pas économique

^k Pas de MP à ce jour, éventuellement MP cantonal

^z Appréciation de l'économicité non pertinente

Les candidats proposés remplissent toutes les exigences imposées. Cependant, l'économicité n'a pas pu être évaluée comme un critère déterminant (voir à ce sujet les considérations de l'organe scientifique MHS à la page 28). Les précisions concernant l'économicité sont mentionnées dans des notes de bas de page (on trouvera des indications détaillées dans le Tableau 39).

Tableau 46. Résections pancréatiques. Candidatures non retenues

Can- ton	Prestataires	Motif
AG	Hirslanden Klinik Aarau AG ^k	N'est pas reconnu comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale ; enseignement + recherche insuffisants
BE	Lindenhof AG, Bern ^p	N'atteint pas le nombre de cas ; n'est pas reconnu comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale ; enseignement + recherche insuffisants
BE	Spitalzentrum Biel AG ^p	Ne dispose pas d'un service de radiologie interventionnelle fonctionnant 24h/24 et 7j/7 (pas assez de radiologues présents/recrutables) ; n'atteint pas le nombre de cas
FR	Hôpital fribourgeois, site de Fribourg ^k	N'atteint pas le nombre de cas
GL	Kantonsspital Glarus ^k	N'atteint pas le nombre de cas ; n'est pas un établissement de formation post-grade en chirurgie viscérale ; enseignement + recherche insuffisants

P

Can ton	Prestataires	Motif
SO	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn ^p	N'atteint pas le nombre de cas
TG	Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen ⁷	[Nombres de cas atteints en les additionnant à ceux de Frauenfeld, concentration sur le site de Münsterlingen, cf. p. 27] ; pas4 d'enseignement ni de recherche.
VD	Clinique de la Source, Lausanne ^k	N'atteint pas le nombre de cas ; n'est pas reconnu comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale ; enseignement et recherche insuffisants
VS	Hôpital du Valais, Sion ^p	N'atteint pas le nombre de cas
ZG	Zuger Kantonsspital AG, Baar ^k	Ne dispose pas d'un service de radiologie diagnostique ou interventionnelle fonctionnant 24h/24 et 7j/7 ni d'un service d'endoscopie interventionnelle fonctionnant 24h/24 et 7j/7 ; n'atteint pas le nombre de cas ; enseignement + recherche insuffisants
ZH	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich ^k	N'atteint pas le nombre de cas ; n'est pas reconnu comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale

Ct Romandie

^p MP provisoire jusqu'à présent (2 ans ; prorogé)

Ct Nord-ouest de la Suisse

^k Pas de MP à ce jour, éventuellement MP cantonal

Ct Suisse orientale

Ct Suisse centrale

Ct Tessin

Le détail des motifs de non-attribution d'un mandat de prestations figurent dans la décision adressée personnellement à chaque candidat.

9.3 Résections hépatiques

Attribution d'un mandat de prestations aux 17 centres suivants :

Tableau 47. Résections hépatiques. Attribution de mandats de prestations MHS dans le domaine de la « chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée »

Can ton	Prestataires	Mandat de prestations (durée, obligations/conditions)	Raison de l'attribution des prestations	Couverture des besoins en soins (650→960)*
AG	Kantonsspital Aarau AG ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^y	14 + 50 ⁴³
BS	St. Claraspital AG, Basel ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^x	24 + 30
BS	Universitätsspital Basel ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	25 + 40
BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	24 + 20
BE	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	81 + 100
GE	Les hôpitaux universitaires de Genève ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^x	58 + 36
GR	Kantonsspital Graubünden, Chur ^k	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^z	21 + 10

F

Can- ton	Prestataires	Mandat de prestations (durée, obliga- tions/conditions)	Raison de l'attribution des presta- tions	Couverture des besoins en soins (650→960)*
LU	Klinik St. Anna AG, Luzern ^k	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	25 + 20
LU	Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^z	25 + 10
SG	Kantonsspital St. Gallen ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	30 + 40
TI	Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^y	21 + 10
TG	Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld ^k	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	13 + 10
VD	Centre hospitalier universi- taire vaudois, Lausanne ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^y	47 + 20
ZH	Hirslanden Klinik AG, Zürich ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^y	35 + 30
ZH	Kantonsspital Winterthur ^p	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^y	37 + 50
ZH	Stadtspital Triemli, Zürich ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.	24 + 50
ZH	Universitätsspital Zürich ^d	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. ^x	64 + 100
			Total	568 + 626 =1194 ⁴³

Ct Romandie

Ct Nord-ouest de la Suisse

Ct Suisse orientale

Ct Suisse centrale

Ct Tessin



* Les deux chiffres qui figurent ici correspondent, pour le premier, au nombre de cas selon la statistique médicale (2015) (cf. Tableau 17) et, pour le second (après la flèche), aux besoins tels qu'ils ressortent de l'analyse des besoins en 2025 (voir page 67), ces deux chiffres valant pour l'ensemble de la Suisse. Les chiffres indiqués pour chaque prestataire correspondent, pour le premier, au nombre de cas effectivement traités (données des registres, moyenne pour la période 2014–2016, cf. Tableau 18) et, pour le deuxième, à leurs possibilités d'augmentation des capacités (par an) telles qu'ils les ont eux-mêmes communiquées (cf. Tableau 34).

^d MP définitif jusqu'à présent (4 ans)

^x Exception : pas économique

^p MP provisoire jusqu'à présent (2 ans ; prorogé)

^y Exception : plutôt pas économique

^k Pas de MP à ce jour, éventuellement MP cantonal

^z Appréciation de l'économicité non pertinente

Les candidats proposés remplissent toutes les exigences imposées. Cependant, l'économicité n'a pas pu être évaluée comme un critère déterminant (voir à ce sujet les considérations de l'organe scientifique MHS à la page 28). Les précisions concernant l'économicité sont mentionnées dans des notes de bas de page (on trouvera des indications détaillées dans le Tableau 41).

Tableau 48. Résections hépatiques. Candidatures non retenues

Can ton	Prestataires	Motifs
AG	Hirslanden Klinik Aarau AG ^k	N'est pas reconnu comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale ; enseignement + recherche insuffisants
AG	Kantonsspital Baden AG ^p	N'atteint pas le nombre de cas
GL	Kantonsspital Glarus ^k	N'atteint pas le nombre de cas ; enseignement + recherche insuffisants
TG	Spital Thurgau AG, site de Münsterlingen ⁷	N'atteint pas le nombre de cas ; enseignement + recherche insuffisants
VD	Clinique de la Source, Lausanne ^k	N'atteint pas le nombre de cas ; n'est pas reconnu comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale ; enseignement + recherche insuffisants
VS	Hôpital du Valais, Sion ^p	N'atteint pas le nombre de cas
ZG	Zuger Kantonsspital AG, Baar ^k	Ne dispose pas d'un service de radiologie diagnostique ou interventionnelle fonctionnant 24h/24 et 7j/7 ni d'un service d'endoscopie interventionnelle fonctionnant 24h/24 et 7j/7 ; n'atteint pas le nombre de cas ; enseignement + recherche insuffisants
ZH	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich ^k	n'est pas reconnu comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale

Ct Romandie

^p MP provisoire jusqu'à présent (2 ans ; prorogé)

Ct Nord-ouest de la Suisse

^k Pas de MP à ce jour, éventuellement MP cantonal

Ct Suisse orientale

Ct Suisse centrale

Le détail des motifs de non-attribution d'un mandat de prestations figurent dans la décision adressée personnellement à chaque candidat.

Dans les domaines partiels des résections rectales profondes et de la chirurgie bariatrique complexe, l'organe de décision MHS n'a pas encore statué sur les attributions de prestations.

10 Remarque finale

La décision de ce dernier sur l'attribution des prestations dans le domaine MHS « Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée » sera publiée dans la Feuille fédérale ; les décisions négatives seront communiquées séparément aux candidats, qui auront la possibilité de former un recours contre la décision les concernant.

11 Annexes

A1 Exigences spécifiques auxquelles doivent satisfaire les fournisseurs de prestations

Exigences de qualité auxquelles doivent satisfaire les fournisseurs de prestations pour le domaine MHS « chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée »

L'organe scientifique MHS fixe les exigences spécifiques pour le domaine correspondant de la médecine hautement spécialisée sur la base des critères de la CIMHS et de l'OAMal. Les conditions valables pour les cinq domaines partiels de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée sont détaillées ci-après (au chapitre A1.1), et sont suivies des conditions spécifiques à chaque domaine partiel (chapitres A1.2 à A1.6). Il s'agit ici de la liste des exigences adoptée par l'organe scientifique MHS lors de sa séance du 18 août 2016.

A1.1 Exigences de qualité pour les cinq domaines de la « chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée »

Rapport d'activité destiné aux organes de la CIMHS

	<p>Remise chaque année d'un rapport d'activité aux organes de la CIMHS, adressé au secrétariat de projet MHS. Ce rapport doit notamment faire état :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des éventuels manquements aux exigences de qualité et des modifications significatives intervenues en termes de structures et de personnel qui affectent l'assurance qualité (notamment restructuration du centre, vacance du poste de directeur du centre ou de la direction médicale ou paramédicale) ; – des données sur la qualité des procédures et des résultats, y compris le nombre de patients traités (nombre de cas), recueillies dans le cadre du registre sur l'ensemble minimal de données⁵⁸. Cela comprend une autorisation donnant droit au secrétariat du Groupe de travail pour l'assurance qualité en chirurgie (AQC) Adjumed Services AG de communiquer les données collectées dans la statistique SSCV/AQC ou la statistique SMOB des services au secrétariat de projet MHS. <p>Le rapport doit être remis à la fin avril.</p>
	<p>Rapport sur l'enseignement, la formation postgrade et la recherche 2 et 5 ans après l'attribution des prestations</p>

Nombres minimaux de cas

Dans l'examen de la qualité dans le domaine hospitalier, l'OAMal prescrit de prendre également en considération le nombre minimal de cas (art. 58b OAMal), ce que le Tribunal administratif fédéral a lui aussi confirmé dans ses arrêts. Sur le plan médical, la reconnaissance générale d'un

⁵⁸ Voir annexe B2.

rapport entre le nombre d'interventions effectuées dans un centre et les résultats post-opératoires milite elle aussi clairement en faveur de l'introduction d'un nombre minimal de cas par centre [1]. De nombreuses études ont montré qu'il existe une relation directe et univoque entre le nombre d'interventions réalisées dans un centre donné et les résultats post-opératoires, y compris les complications post-opératoires et la mortalité pendant l'hospitalisation [2, 3]. Cet effet dit « volume-outcome effect » a également été démontré dans divers traitements de chirurgie viscérale dans le domaine de la chirurgie œsophagienne [4–7], de la chirurgie pancréatique [7–12], de la chirurgie de résection hépatique [13], du carcinome colorectal [14–16] et de la chirurgie bariatrique [17].

La décision du 10 septembre 2013 prévoyait, après une période de transition de 2 ans avec un nombre minimum de cas de 10 opérations par an, un relèvement des nombres minimaux de cas. La période d'observation est trop courte pour pouvoir évaluer de façon approfondie l'effet de concentration résultant des nombres minimaux de cas imposés (10 opérations/an). C'est la raison pour laquelle l'organe scientifique renonce pour le moment à relever les nombres minimaux de cas au niveau prévu et accorde une plus longue période de transitionaux fournisseurs de prestations. Les nombres minimaux de cas pour cette période n'ont été que légèrement relevés. Durant celle-ci, l'objectif est désormais de procéder à un monitoring étroit des données de qualité afin de pouvoir à moyen terme baser la planification sur la qualité de la fourniture des prestations. Avec l'obligation de documenter les opérations dans le registre MHS et l'audit de la qualité des données, il est clair que c'est un premier jalon qui a été posé pour un monitoring global de la qualité des résultats.

Le nombre minimal de cas pour chacun des 5 domaines partiels est spécifié dans les chapitres A1.2. à A1.6.

Qualité des processus

Dans un souci d'assurance qualité, on a élaboré pour chacun des cinq domaines partiels de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, en faisant appel à des représentants de SSC, de la SSCV et de la SMOB, un ensemble minimal de données dans lequel les utilisateurs peuvent saisir leurs données depuis le 1er juillet 2014. L'ensemble de données MHS est intégré dans le registre SSCV existant ou dans le registre SMOB (pour la chirurgie bariatrique) – des registres qui sont soutenus par le groupe de travail pour l'assurance qualité en chirurgie (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie ou AQC). Afin de s'assurer de la qualité des données, des audits seront conduits régulièrement chez les fournisseurs de prestations. L'ensemble de données MHS nouvellement défini sera utilisé pour procéder à un benchmarking systématique des prestataires et pour réévaluer les mandats de prestations MHS.

	Pour chaque intervention MHS ⁵⁹ , les centres s'engagent à recueillir l'ensemble minimal de données MHS défini qui est relié au registre SSCV/AQC ou au registre SMOB/AQC, et à transmettre les données ainsi recueillies aux organes CIMHS.
	Aux fins de l'assurance qualité des données recueillies dans le registre SSCV/AQC ou le registre SMOB/AQC, les centres sont prêts à se soumettre à un audit régulier et à en supporter les coûts qui en résultent.
	Les centres sont prêts à participer aux frais d'exploitation du registre SSCV/AQC ou du registre SMOB/AQC à proportion de leur contribution.

⁵⁹ Selon l'annexe A1 du rapport final « Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée », rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée, rapport final du 21 janvier 2016.

Formation postgraduée, enseignement et recherche⁶⁰

Pour assurer la pérennité des compétences médicales spécialisées, on attend des centres qu'ils s'engagent dans la formation postgrade sur le site de la fourniture des prestations, et qu'ils participent activement à la recherche et au développement dans le domaine concerné de la chirurgie viscérale. Les conférences externes données à l'étranger et/ou en Suisse ne sont pas ici considérées comme une activité médicale postgrade. Ceci vaut aussi pour les réunions de formation continue internes (fermées) et externes et/ou publiques.

	Les centres sont des établissements de formation postgrade reconnus pour la formation approfondie en chirurgie viscérale (ISFM).
	Les centres tiennent spécialement compte du domaine partiel de chirurgie viscérale concerné dans leur concept de formation postgrade ; le contenu de ce dernier est librement accessible.

A1.2 Exigences de qualité spécifiques pour le domaine « résections œsophagiennes »**Qualité des structures**

	Chirurgien responsable au bénéfice d'une formation approfondie en chirurgie viscérale ou qualification équivalente.
	Conditions en termes de personnel et de structures pour que les centres puissent traiter eux-mêmes les complications post-opératoires sans avoir à transférer le patient : <ul style="list-style-type: none"> – Disponibilité 24h/24 et 7j/7 d'un service de radiologie à visée diagnostique et interventionnelle (ou équivalent) – Disponibilité 24h/24 et 7j/7 d'une équipe chirurgicale spécialisée (formation approfondie en chirurgie viscérale ou qualification équivalente) avec possibilité de (ré)intervention chirurgicale dans un délai déterminé (1 heure) ; exigence minimale : 2 médecins disposant d'une formation approfondie en chirurgie viscérale ou formation équivalente
	Unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI) dans l'établissement.
	Disponibilité 24h /24 et 7j/7 d'un service d'endoscopie interventionnelle
	Service d'oncologie dans l'établissement

⁶⁰ Le rapport relatif à l'enseignement, à la formation postgrade et à la recherche destiné aux organes de la CIMHS est rédigé deux et cinq ans après l'attribution des prestations.

Nombres minimaux de cas

	Pour obtenir un mandat de prestations MHS définitif dans le domaine « résections œsophagiennes », chaque site doit avoir réalisé un nombre minimal de 12 opérations ⁶¹ par an (moyenne des 3 dernières années) ⁶² .
--	---

Qualité des processus

	Chaque cas est présenté à un tumor board interdisciplinaire (dont la composition est conforme aux directives des organes CIMHS). Les exigences sont définies dans l'annexe B1.
--	--

Formation postgraduée, enseignement et recherche

	Participation active à des études de recherche clinique (notamment celles du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK)) ou à d'autres projets de recherche clinique).
--	--

A1.3 Exigences de qualité spécifiques pour le domaine « résections pancréatiques »

Qualité des structures

	Chirurgie responsable au bénéfice d'une formation approfondie en chirurgie viscérale ou qualification équivalente.
	Conditions en termes de personnel et de structures pour que les centres puissent traiter eux-mêmes les complications post-opératoires sans avoir à transférer le patient : <ul style="list-style-type: none"> – Disponibilité 24h/ 24 et 7j/ 7 d'un service de radiologie à visée diagnostique et interventionnelle (ou équivalent) – Disponibilité 24 h /24 et 7j/ 7 d'une équipe chirurgicale spécialisée (formation approfondie en chirurgie viscérale ou qualification équivalente) avec possibilité de (ré)intervention chirurgicale dans un délai déterminé (1 h) ; exigence minimale : 2 médecins disposant d'une formation approfondie en chirurgie viscérale ou formation équivalente
	Unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI) dans l'établissement.
	Disponibilité 24h /24 et 7j/7 d'un service d'endoscopie interventionnelle

⁶¹ Conformément à l'annexe A1 du rapport final « Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée », rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée, rapport final du 21 janvier 2016.

⁶² Pour l'analyse des nombres de cas, on contrôle les données disponibles des trois dernières années, calculées à partir de la date limite de remise des dossiers de candidature.

	Service d'oncologie dans l'établissement
--	--

Nombres minimaux de cas

	Pour obtenir un mandat de prestations MHS définitif dans le domaine « résections pancréatiques », chaque site doit réaliser au moins douze opérations ⁶³ /an (moyenne des 3 dernières années) ⁶⁴ .
--	--

Qualité des processus

	Chaque cas est présenté à un tumor board interdisciplinaire (dont la composition est conforme aux directives des organes CIMHS). Les exigences sont définies dans l'annexe B1.
--	--

Formation postgraduée, enseignement et recherche

	Participation active à des études de recherche clinique (par ex. du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK)) ou à d'autres projets de recherche clinique).
--	---

A1.4 Exigences de qualité spécifiques pour le domaine « résections hépatiques »

Qualité des structures

	Chirurgien responsable au bénéfice d'une formation approfondie en chirurgie viscérale ou qualification équivalente.
	Conditions en termes de personnel et de structures pour que les centres puissent traiter eux-mêmes les complications post-opératoires sans avoir à transférer le patient : <ul style="list-style-type: none"> – Disponibilité 24 h / 24 et 7j / 7 d'un service de radiologie à visée diagnostique et interventionnelle (ou équivalent) – Disponibilité 24 h / 24 et 7j / 7 d'une équipe chirurgicale spécialisée (formation approfondie en chirurgie viscérale ou qualification équivalente) avec possibilité de (ré)intervention chirurgicale dans un délai déterminé (1 h) ; exigence minimale : 2 médecins disposant d'une formation approfondie en chirurgie viscérale ou formation équivalente
	Unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI) dans l'établissement.

⁶³ Conformément à l'annexe A1 du rapport final « Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée », rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée, rapport final du 21 janvier 2016.

⁶⁴ Pour l'analyse des nombres de cas, on contrôle les données disponibles des trois dernières années, calculées à partir de la date limite de remise des dossiers de candidature.

	Disponibilité 24h /24 et 7j/7 d'un service d'endoscopie interventionnelle
	Service d'oncologie dans l'établissement

Nombres minimaux de cas

	Pour obtenir un mandat de prestations MHS définitif dans le domaine « résections hépatiques », chaque site doit réaliser au moins douze opérations ⁶⁵ par an (moyenne des 3 dernières années) ⁶⁶ .
--	--

Qualité des processus

	Chaque cas est présenté à un tumorboardinterdisciplinaire (dont la composition est conforme aux directives des organes CIMHS). Les exigences sont définies dans l'annexe B1.
--	--

Formation postgraduée, enseignement et recherche

	Participation active à des études de recherche clinique (par ex. du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK)) ou à d'autres projets de recherche clinique).
--	---

A1.5 Exigences de qualité spécifiques pour le domaine « résections rectales profondes »

Qualité des structures

	Chirurgien responsable au bénéfice d'une formation approfondie en chirurgie viscérale ou qualification équivalente.
	Conditions en termes de personnel et de structures pour que les centres puissent traiter eux-mêmes les complications post-opératoires sans avoir à transférer le patient : <ul style="list-style-type: none"> – Disponibilité 24 h/ 24 et 7j /7 d'un service de radiologie à visée diagnostique (ou équivalent) – Disponibilité 24 h /24 et 7j /7 d'une équipe chirurgicale spécialisée (formation approfondie en chirurgie viscérale ou qualification équivalente) avec possibilité de (ré)intervention chirurgicale dans un délai déterminé (1 h) ; exigence minimale : 2 médecins disposant d'une formation approfondie en chirurgie viscérale ou formation équivalente

⁶⁵ Conformément à l'annexe A1 du rapport final « Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée », rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée, rapport final du 21 janvier 2016.

⁶⁶ Pour l'analyse des nombres de cas, on contrôle les données disponibles des trois dernières années, calculées à partir de la date limite de remise des dossiers de candidature.

	Unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI) dans l'établissement.
	Disponibilité 24h /24 et 7j/7 d'un service d'endoscopie interventionnelle
	Service d'oncologie dans l'établissement
	Accès coordonné à une consultation pour stomies

Nombres minimaux de cas

	Pour obtenir un mandat de prestations MHS définitif dans le domaine des « résections rectales profondes », chaque site doit réaliser au moins douze opérations ⁶⁷ par an (moyenne des 3 dernières années) ⁶⁸ .
--	--

Qualité des processus

	Chaque cas est présenté à un tumor board interdisciplinaire (dont la composition est conforme aux directives des organes CIMHS). Les exigences sont définies dans l'annexe B1.
--	--

Formation postgraduée, enseignement et recherche

	Participation active à des études de recherche clinique (par ex. du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK)) ou à d'autres projets de recherche clinique.
--	--

A1.6 Exigences de qualité spécifiques pour le domaine « chirurgie bariatrique complexe »

Qualité des structures

	Chirurgien responsable au bénéfice d'une formation approfondie en chirurgie viscérale ou qualification équivalente et avec au moins 5 années d'expérience en chirurgie bariatrique.
	Conditions en termes de personnel et de structures pour que les centres puissent traiter eux-mêmes les complications post-opératoires sans avoir à transférer le patient : <ul style="list-style-type: none"> – Disponibilité 24h/ 24 et 7j /7 d'un service de radiologie à visée diagnostique (ou équivalent)

⁶⁷ Conformément à l'annexe A1 du rapport final « Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée », rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée, rapport final du 21 janvier 2016.

⁶⁸ Pour l'analyse des nombres de cas, on contrôle les données disponibles des trois dernières années, calculées à partir de la date limite de remise des dossiers de candidature.

	– Disponibilité 24h /24 et 7j /7 d’une équipe chirurgicale spécialisée (formation approfondie en chirurgie viscérale ou qualification équivalente) avec possibilité de (ré)intervention chirurgicale dans un délai déterminé (1 h) ; exigence minimale : 2 médecins disposant d’une formation approfondie en chirurgie viscérale ou formation équivalente
	Disponibilité 24 h /24 et 7j /7 d’un service d’endoscopie interventionnelle
	Unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI) dans l’établissement.

Nombres minimaux de cas⁶⁹

	Pour obtenir un mandat de prestations MHS définitif dans le domaine « chirurgie bariatrique complexe », chaque site doit réaliser au moins 12 opérations ⁷⁰ par an (moyenne des 3 dernières années) ⁷¹ .
--	--

Qualité des processus

	L’indication est posée par une équipe interdisciplinaire selon les directives de la SMOB sur le traitement chirurgical de l’obésité en vigueur depuis le 1.1.2014 (directives médicales, chapitre 4.2 ainsi que directives administratives, chapitre 3.1.2 et 3.1.3)
	Obligation de suivre les directives de la SMOB sur le traitement chirurgical de l’obésité en vigueur depuis le 1 ^{er} .1.2014 concernant l’évaluation préopératoire, le traitement et le suivi des patients
	Compte rendu des contrôles de suivi conformément aux directives de la SMOB sur le traitement chirurgical de l’obésité en vigueur depuis le 1 ^{er} .1.2014

Formation postgraduée, enseignement et recherche

	Participation active à des études de recherche clinique ou à d’autres projets de recherche clinique).
--	---

Accréditation

	Reconnaissance comme centre bariatrique de référence par la SMOB. ⁷²
--	---

⁶⁹ Les directives de la SMOB sur le traitement chirurgical de l’obésité en vigueur depuis le 1^{er}.1.2014 préconisent pour les centres de référence pour l’obésité 50 opérations ou 50 cas en moyenne par an pendant une période de 2 ans, sans toutefois fixer de nombre minimal de cas pour les opérations complexes hautement spécialisées.

⁷⁰ Conformément à l’annexe A1 du rapport final « Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée », rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée, rapport final du 21 janvier 2016.

⁷¹ Pour l’analyse des nombres de cas, on contrôle les données disponibles des trois dernières années, calculées à partir de la date limite de remise des dossiers de candidature.

⁷² Liste des centres bariatriques suisses accrédités (valable à partir du 1^{er} 5.2016) : www.smob.ch.

COMPLÉMENTS À A1

B1 Exigences auxquelles les tumor boards MHS⁷³ doivent obligatoirement satisfaire

Les paragraphes 1 à 3 présentent les exigences auxquelles sont soumis les tumor boards MHS. Le paragraphe 4 renvoie à des principes généraux qui constituent des recommandations de l'organe scientifique MHS relatifs à l'organisation et la tenue des tumor boards MHS.

1. Définition

Le tumor board est une commission médicale interdisciplinaire qui, chez les patients atteints d'un cancer, a pour fonction d'établir un plan de traitement personnel relatif au diagnostic et au traitement. Un tumor board multidisciplinaire constitue un élément clé obligatoire du processus de qualité pour les quatre domaines partiels suivants de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée :

- Résections œsophagiennes
- Résections pancréatiques
- Résections hépatiques
- Résections rectales profondes

2. Mode de fonctionnement et exigences de qualité requises d'un tumor board MHS

2.1. Tout diagnostic primaire de tumeur maligne est présenté à un tumor board interdisciplinaire. En principe, tout patient fait l'objet d'une présentation avant le début des étapes thérapeutiques et des interventions chirurgicales et la discussion du cas est dûment consignée. Les éventuelles exceptions à cette procédure sont définies dans les SOP de l'établissement concerné. Si une intervention immédiate s'impose (notamment indication en urgence d'une opération), le cas primaire concerné est alors présenté au TB suivant après l'opération.

Le patient est représenté au TB après l'opération afin de pouvoir planifier de façon interdisciplinaire les étapes thérapeutiques ultérieures (avant tout traitement adjuvants et suivi) sur la base de l'analyse anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse.

2.2. Le tumor board multidisciplinaire pose les indications et établit également des recommandations ou des directives de travail (SOP) spécifiques à l'indication ou au domaine concerné. Les SOP réglementent en particulier :

- les directives en matière de diagnostic et de traitement pour les situations standard ;
- l'ensemble minimal de données qui doit être disponible pour discuter d'un patient avec un diagnostic primaire au sein du tumorboard
- les critères d'une nouvelle présentation d'un patient devant le tumorboard
- les critères de suivi
- l'enregistrement des données des patients
- les recommandations du tumor board et les traitements effectués sous une forme permettant d'exploiter le résultat du traitement.

⁷³ Basées sur les recommandations du SAKK « Principes généraux et exigences requis d'un tumor board interdisciplinaire ».

Ces recommandations et SOP sont contrôlées au moins une fois par an pour leur pertinence par rapport à l'évolution des connaissances scientifiques.

- 2.3. Le tumor board siège sans ajournement au moins une fois par semaine et peut aussi, le cas échéant, être convoqué à bref délai.
- 2.4. L'équipe de base d'un tumorboard est obligatoirement composée des représentants des disciplines suivantes :
 - 2 oncologues médicaux
 - 2 chirurgiens viscéraux
 - 1 radio-oncologue
 - 1 radiologue
 - 1 gastro-entérologue
 - 1 anatomo-pathologiste

Chaque discipline de l'équipe de base est systématiquement représentée à chaque séance du tumorboard. Les membres de l'équipe de base disposent d'un titre de médecin spécialiste FMH (ou qualification équivalente) et d'une formation postgrade dans une formation approfondie FMH (ou qualification équivalente), et possèdent, selon leur spécialité, une expérience du traitement/diagnostic de la pathologie concernée.

- 2.5. L'équipe de base obligatoire peut en cas de besoin (spécifique à l'indication) être élargie à d'autres médecins spécialistes. C'est ainsi que, selon la situation clinique, des représentants des disciplines concernées, des disciplines transversales ou d'autres spécialistes peuvent participer au tumorboard.
- 2.6. Lors de la séance, il se trouve au moins un médecin qui a examiné personnellement le patient faisant l'objet de la présentation.
- 2.7. Si le tumorboard n'arrive pas à se mettre d'accord sur une recommandation thérapeutique ou qu'il envisage plusieurs options, on doit présenter au patient toutes les possibilités envisagées (dans l'idéal de façon interdisciplinaire).
- 2.8. Un procès-verbal de décision comportant les noms des membres de l'équipe de base présents et les recommandations thérapeutiques est obligatoire pour toute présentation au tumorboard. Il doit être possible d'accéder électroniquement au procès-verbal.

3. Organisation du tumor board

- 3.1. Le tumor board désigne un modérateur. Celui-ci dirige le tumor board et est responsable de l'organisation et de la tenue de la réunion du tumor board.
- 3.2. Le tumor board désigne un coordinateur, qui assiste le modérateur dans ses fonctions. Le coordinateur est subordonné au modérateur.
- 3.3. Le tumor board désigne une personne chargée d'établir le procès-verbal ; elle s'assure également du respect des étapes suivantes dans le procès-verbal.
- 3.4. Le médecin qui gère le cas ou son suppléant présente le cas au tumor board.

- 3.5. Toutes les disciplines de l'équipe de base du tumor board sont présentes pendant chaque séance. Si un membre du tumorboard ne peut assister à la réunion, il désigne un suppléant.

4. Autres principes et exigences requis d'un tumor board interdisciplinaire

- 4.1. Les conditions énumérées dans les chapitres 1 à 3 sont contraignantes. Il est toutefois possible, le cas échéant, de faire appel à des principes additionnels pour l'organisation et la tenue des tumor boards en se fondant sur les recommandations de l'organe scientifique MHS⁷⁴.

⁷⁴ Recommandations de l'organe scientifique MHS relatives à l'organisation et à la tenue des tumor boards MHS du 13 avril 2015, <http://www.gdk-cds.ch/>.

B2 Ensemble minimal de données

	Carcinome rectal	Rectum procto-colectomie	Pancréas tum. malignes	Pancréas tum. bénignes	Foie tumeurs malignes	Foie tumeurs bénignes	Œsophage tum. malignes	Œsophage tum. bénignes	Chirurgie bariatrique	Watch and Wait
Informations de base										
N° de l'établissement	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Numéro du cas hôpital</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Année de naissance	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Sexe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
ASA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Index de Charlson	x	x	x	x	x	x	x	x		x
IMC (kg/m ²)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Diagnostic principal (code CIM)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Texte diagnostic principal</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Date diagnostic de la tumeur	x		x	x	x		x			x
Date du premier tumor board	x		x		x		x			x
Thérapie néoadjuvante	x		x		x		x			x
Date fin de la thérapie néoadjuvante	x		x		x		x			x
Opération										
Date de l'opération	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Code de l'opération	x	x	x	x	x	x	x	x		
Code SMOB									x	
Urgence de l'opération	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Intention de l'opération	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Opérateur 1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Niveau formation postgrade opérateur 1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Opérateur 2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Niveau formation postgrade opérateur 2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Teaching	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Hospitalisation										
Date d'admission	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Date de sortie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Complication	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
<i>Type de complication</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Réintervention pendant la même hospitalisation	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Lieu de transfert/sortie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Mortalité à 30 jours	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

	Carcinome rectal	Rectum procto-colectomie	Pancréas tum. malignes	Pancréas tum. bénignes	Foie tumeurs malignes	Foie tumeurs bénignes	Œsophage tum. malignes	Œsophage tum. bénignes	Chirurgie bariatrique	Watch and Wait
Pathologie										
Type histologique de la tumeur	x		x		x		x			x
Stade TNM	x		x		x		x			
Version classification TNM	x		x		x		x			
Nombre de ganglions réséqués	x		x				x			
Nombre de ganglions envahis	x		x				x			
Résection R	x		x		x		x			
Follow-up										
Date follow-up à 1 an	x		x		x		x			x
Status à 1 an	x		x		x		x			x
Date follow-up à 3 ans	x		x		x		x			x
Status à 3 ans	x		x		x		x			x
Date follow-up à 5 ans	x		x		x		x			x
Status à 5 ans	x		x		x		x			x
Complément rectum (suppl 9)										
Distance de la marge anale (rectoscopie rigide)	x									
Distance du bord antérieur (radiologie)	x									
Distance du bord postérieur (radiologie)	x									
Qualité TME	x									
Marge de résection distale	x									
CRM (circumferential resection margin)	x									
Insuffisance anastomotique	x	x								
Complément pancréas										
Hémorragie			x	x						
Fistule			x	x						
Retard de vidange gastrique			x	x						
Résection porte			x							
Chimiothérapie adjuvante			x							
Date du début de la chimiothérapie adjuvante			x							
Transfusion intraopératoire y compris les 24 premières heures en postopératoire			x	x						

	Carcinome rectal	Rectum procto-colectomie	Pancréas tum. malignes	Pancréas tum. bénignes	Foie tumeurs malignes	Foie tumeurs bénignes	Œsophage tum. malignes	Œsophage tum. bénignes	Chirurgie bariatrique	Watch and Wait
Complément foie										
Transfusion intraopératoire y compris les 24 premières heures en postopératoire					X	X				
Fuite biliaire					X	X				
Insuffisance hépatique					X	X				
Tranche de résection					X					
Segments réséqués					X	X				
Complément œsophage										
Classification de Siewert							X			
Insuffisance anastomotique							X	X		
Perte de la continuité intestinale							X	X		
Lésion trachéo-bronchique							X	X		
Parésie du nerf récurrent							X	X		
Fibrillation auriculaire inaugurale							X	X		
Heures de ventilation invasive postopératoire							X	X		
Procédure de résection							X	X		
Procédure de reconstruction 1							X	X		
Procédure de reconstruction 2							X	X		
Procédure de reconstruction 3							X	X		
Complément chirurgie bariatrique										
Date du premier contact avec le centre									X	
Insuffisance anastomotique									X	
Type de l'insuffisance anastomotique									X	
Hémorragie nécessitant une transfusion									X	
Infection de la plaie									X	
Thrombose									X	
Iléus									X	
Complément Watch and Wait										
Organ Watch and Wait										X
Intention de traitement curatif										X
Opération théorique										X
Etude/registre										X
Nom de l'étude /registre										X
Numéro de l'étude /registre										X

	Carcinome rectal	Rectum procto-colectomie	Pancréas tum. malignes	Pancréas tum. bénignes	Foie tumeurs malignes	Foie tumeurs bénignes	Œsophage tum. malignes	Œsophage tum. bénignes	Chirurgie bariatrique	Watch and Wait
Date du tumor board Watch and Wait										x

Les mentions en italique signifient qu'il s'agit d'une donnée facultative

B3 Références

- Jüni, P., et al., *Inter-cantonal agreement on highly specialized Medicine (IVHSM): Rarity as the criterion for the centralization of highly specialized medicine. Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, 2014.*
- Birkmeyer, J.D., et al., *Hospital volume and surgical mortality in the United States. N Engl J Med, 2002. 346(15): p. 1128–37.*
- Birkmeyer, J.D., et al., *Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States. The New England Journal of Medicine, 2003. 349(22): p. 2117–27.*
- Rouvelas, I. and J. Lagergren, *The impact of volume on outcomes after oesophageal cancer surgery. ANZ journal of surgery, 2010. 80(9): p. 634–641.*
- Skipworth, R., et al., *The relationship between hospital volume and post-operative mortality rates for upper gastrointestinal cancer resections: Scotland 1982–2003. European Journal of Surgical Oncology (EJSO), 2010. 36(2): p. 141–147.*
- Metzger, R., et al., *High volume centers for esophagectomy: what is the number needed to achieve low postoperative mortality? Diseases of the Esophagus, 2004. 17: p. 310–314.*
- Mamidanna, R., et al., *Surgeon Volume and Cancer Esophagectomy, Gastrectomy, and Pancreatectomy: A Population-based Study in England. Ann Surg, 2016. 263(4): p. 727–32.*
- Fong, Y., et al., *Long-term survival is superior after resection for cancer in high-volume centers. Annals of Surgery, 2005. 242(4): p. 540.*
- Gooiker, G.A., et al., *Systematic review and meta-analysis of the volume-outcome relationship in pancreatic surgery. Br J Surg, 2011. 98(4): p. 485–94.*
- van der Geest, L.G., et al., *Elderly Patients Strongly Benefit from Centralization of Pancreatic Cancer Surgery: A Population-Based Study. Ann Surg Oncol, 2016.*
- Hata, T., et al., *Effect of Hospital Volume on Surgical Outcomes After Pancreaticoduodenectomy: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Surg, 2016. 263(4): p. 664–72.*
- Mathur, A., et al., *Pancreaticoduodenectomy at High-volume Centers: Surgeon Volume Goes Beyond the Leapfrog Criteria. Ann Surg, 2015. 262(2): p. e37-9.*
- McKay, A., et al., *Impact of surgeon training on outcomes after resective hepatic surgery. Ann Surg Oncol, 2008. 15(5): p. 1348–55.*
- Iversen, L.H., et al., *Influence of caseload and surgical speciality on outcome following surgery for colorectal cancer: a review of evidence, Part 2: Long-term outcome. Blackwell Publishing Ltd. Colorectal Disease, 2007. 9: p. 38–46.*
- Nugent, E. and P. Neary, *Rectal cancer surgery: volume-outcome analysis. Int J Colorectal Dis, 2010. 25(12): p. 1389–96.*
- Van Gijn, W., et al., *Volume and outcome in colorectal cancer surgery. European Journal of Surgical Oncology (EJSO), 2010. 36: p. S55–S63.*
- Hollenbeak, C.S., et al., *Surgical volume impacts bariatric surgery mortality: A case for centers of excellence. Surgery, 2008. 144(5): p. 736–743.*

A2 Méthodologie de l'examen de l'économicité

Composé de représentants des directions cantonales de la santé (AG, BE, GE, TI, VD, ZH), le groupe d'experts « Examen de l'économicité MHS » a été chargé par l'organe de décision MHS de soumettre les hôpitaux candidats à un mandat de prestations à un examen de l'économicité. Dans son arrêt C-6539_2011, le TAF renvoie à l'examen de l'économicité tel qu'il est effectué dans la planification hospitalière cantonale (ATAF C547-2011), mais ne se prononce pas sur la question de savoir si les comparaisons de coûts doivent se faire au niveau d'une prestation MHS donnée (c.-à-d. d'un domaine MHS déterminé), ou bien au niveau de tout l'hôpital. Selon l'arrêt C-4232/2014, les examens de l'économicité dans le cadre de la planification hospitalière doivent se dérouler sur la base d'un benchmarking des coûts (consid. 5.1.2). Dans ces conditions, et compte tenu des ensembles de données disponibles, le groupe d'experts a examiné l'économicité des fournisseurs de prestations candidats à un mandat de prestations dans le domaine de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée par deux approches différentes :

1. *Exploitation données relatives aux coûts* ITAR_K®.

- *Que compare-t-on comme coûts ?*

Compte tenu des différences de taille des hôpitaux, autrement dit des différences en termes de nombre de cas et de case-mix, il aurait été absurde, pour l'évaluation de l'économicité, de se servir des frais d'exploitation globaux des hôpitaux comme base pour la comparaison. On a préféré comparer entre eux les coûts moyens par cas ajustés pour le case-mix, ce qu'on appelle les valeurs de base. Les informations nécessaires proviennent des publications des coûts ITAR_K® des hôpitaux candidats à un mandat de prestations pour 2015, ainsi que des publications des coûts préparées et plausibilisées (et axées sur les principaux paramètres) par les cantons. La CDS a imposé une méthodologie que les cantons suivent pour plausibiliser les publications des coûts. En outre, ils établissent un formulaire type contenant les informations utilisées pour l'examen de l'économicité MHS, en particulier la méthode de calcul pour les coûts d'exploitation à prendre en compte et la détermination des coûts moyens par cas pertinents pour le benchmarking.

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

- *Plausibilisation et correction* ITAR_K®

Les cantons dont dépendent les hôpitaux contrôlent les publications des coûts ITAR_K® selon les directives de la CDS pour l'échange de données relatives aux coûts convenu entre les cantons afin d'effectuer des comparaisons entre les établissements. Plusieurs domaines de contrôle ou problématiques sont à chaque fois utilisés pour la plausibilisation. Pour chaque hôpital, il existe un procès-verbal de plausibilisation ainsi qu'un fichier de profil avec les paramètres pertinents déterminants pour les comparaisons entre établissements, au besoin avec les données corrigées relatives aux coûts. Le secrétariat de projet MHS est en général en possession de ces deux documents pour chaque hôpital. L'hôpital cantonal des Grisons, l'Hôpital neuchâtelois, la Clinique de la Source et L'hôpital cantonal de Zoug AG ont envoyé directement leurs publications des coûts ITAR_K® au secrétariat de projet MHS. Celles-ci n'ont pas été au préalable plausibilisées par les cantons selon les directives de la CDS ; elles ont donc dû être plausibilisées séparément après réception puis préparées pour leur utilisation ultérieure. Divers hôpitaux avec deux ou plusieurs sites n'ont pas fourni de publication des coûts valable concernant uniquement le

site faisant acte de candidature. C'est la raison pour laquelle on a utilisé dans ces cas la présentation des coûts dont on disposait pour l'ensemble des sites. Les établissements concernés par cette mesure sont les suivants : clinique Hirslanden Bern AG (site de la Klinik Beau-Site), hôpital cantonal de Lucerne (sites de Lucerne et Sursee), Solothurner Spitaler AG (sites du Bürgerspital Solothurn et de l'hôpital cantonal d'Olten), ainsi que le Spital Thurgau AG (hôpital cantonal de Frauenfeld et hôpital cantonal de Münsterlingen).

Les tableaux types basés sur ITAR_K[®] qui sont employés pour l'examen de l'économicité MHS sont standardisés par la CDS. Pour la comparaison des coûts par cas, on se sert de la variable dénommée « coûts par cas ajustés pour la CMI » dans le tableau type.

- *Valeur de référence*

La valeur de référence utilisée pour l'évaluation de l'économicité selon ITAR_K[®] est la médiane des valeurs de base pertinentes pour le benchmarking des hôpitaux candidats, y compris les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) selon l'OCP⁷⁵. On établit à cet égard une distinction entre les hôpitaux universitaires et les autres hôpitaux de soins aigus.

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

- *Remarques préliminaires*

Comme nous l'avons déjà souligné, la publication des coûts selon la méthode ITAR_K[®] ne permet pas d'imputer des cas à un domaine MHS spécifique. Il est donc possible qu'un hôpital soit classé comme « plutôt économique » selon la méthode ITAR_K[®] pour l'ensemble de son éventail de prestations, mais qu'il soit « plutôt non économique » dans le domaine MHS spécifique de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée et inversement.

Les organes de la CIMHS ont défini, en collaboration avec la DS Zurich, et en utilisant le groupeur PPH, quels cas doivent être rattachés au domaine de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée. Le rattachement se fait à l'aide des systèmes de classification CIM-10 GM (pour les diagnostics) et CHOP (pour les opérations, les interventions et les traitements).

Le domaine MHS de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée se subdivise en cinq domaines partiels :

- A. Résections œsophagiennes
- B. Résections hépatiques
- C. Résections pancréatiques
- D. Résections rectales profondes
- E. Chirurgie bariatrique complexe (y compris chirurgie bariatrique chez les patients complexes)

Dans le domaine partiel E., un critère de sélection restrictif basé sur la classification ASA (un schéma de classification des patients en différents groupes relatifs à l'état physique) n'a pas pu être pris en considération car le paramètre ne fait pas partie de la statistique médicale des hôpitaux. Le secrétariat la CIMHS a chargé SwissDRG SA de traiter les tables de base de données utilisées par les hôpitaux candidats en 2015, y compris les données relatives aux coûts, pour leur exploitation ultérieure. Ces derniers ont consenti à ce que leurs données SwissDRG soient utilisées pour les analyses concernant l'examen de l'économicité. Il est ainsi possible de procé-

⁷⁵ Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie, RS 832.104.

der à des comparaisons de coûts entre les hôpitaux qui se limitent au domaine MHS, de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, c'est-à-dire aux cinq domaines partiels précités.

Les évaluations ont eu lieu séparément pour chacun des cinq domaines partiels, car les hôpitaux avaient posé leur candidature séparément pour certains ou pour tous les domaines partiels.

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

On compare les valeurs de base des hôpitaux ajustées pour le case-mix calculées sur la base des cas correspondants du spectre MHS spécifique. Pour ce faire, seuls les cas aigus stationnaires SwissDRG⁷⁶ LAMal + LAMal AC) de 2015 (sorties) rattachés au domaine MHS « chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée » sont sélectionnés.

○ *Valeur de référence*

Comme valeurs de référence pour l'évaluation de l'économicité selon SwissDRG, on se sert d'une part des médianes des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital et, d'autre part, des médianes des hôpitaux candidats pondérées pour le nombre de cas en tenant compte de la catégorie d'hôpital.

○ *Plausibilisation*

Le contrôle et la plausibilisation des données SwissDRG se limite aux éléments suivants :

- Exactitude de la programmation (contrôle du code de programme dans le paquet statistique R)
- Plausibilité du nombre de cas

Exactitude de la programmation : l'exactitude du code du programme d'extraction des données a été contrôlée. Aucune erreur de programmation n'a pu être détectée.

Plausibilité des nombres de cas : la plausibilisation des nombres de cas se fonde d'une part sur une comparaison avec une consultation de données à laquelle la direction de la santé de Zurich a procédé via son groupeur GPPH pour les domaines de prestations concernés de la statistique médicale de l'OFS pour les données 2015. D'autre part, on a effectué une comparaison avec les données du registre SSCV/AQC pour le domaine de la chirurgie viscérale pour les données de 2015.

Les divergences dans les nombres de cas (consultation SwissDRG versus statistique OFS et versus données du registre) se situent tous dans des limites raisonnables. Au total, les nombres de cas que SwissDRG a traité pour la CIMHS peuvent être considérés comme plausibles.

Remarque : la Clinique de la Source a posé sa candidature pour les cinq domaines partiels et l'Hôpital neuchâtelois pour deux domaines partiels. Cependant, ces deux établissements n'ayant pas fourni à SwissDRG SA leurs données relatives aux cas pour 2015, il est par conséquent impossible d'exploiter leurs données. De même, il est impossible d'effectuer quelque évaluation que ce soit si, dans les données de 2015, aucun traitement n'a été réalisé dans les domaines définis.

Pour certains hôpitaux, les deux méthodes fournissent des valeurs différentes et, en partie, des résultats contradictoires. Cela est compréhensible, car la méthode basée sur ITAR_K examine

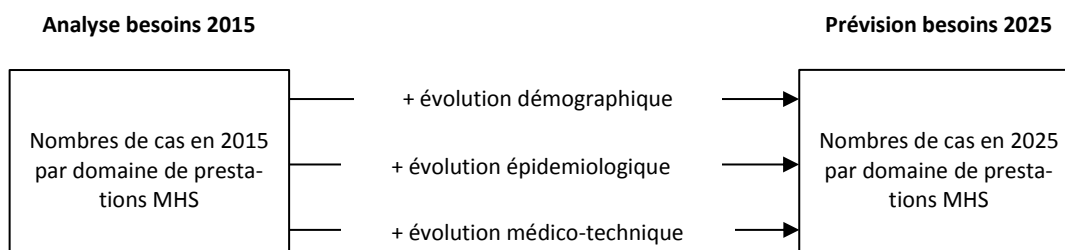
⁷⁶ Source : cas plausibilisés et non plausibilisés de la base de données de SwissDRG.

l'hôpital dans son ensemble, celle basée sur SwissDRG seulement l'éventail des prestations MHS. Les considérations en rapport avec le spectre des prestations « médiane SwissDRG » (et aussi « médiane SwissDRG pondérée pour le nombre de cas ») doivent en cas de doute être préférées à celles en rapport avec l'ensemble de l'hôpital « médiane ITAR_K® », car elles sont axées sur le domaine MHS spécifique.

A3 Méthodologie de l'analyse des besoins

Le modèle de prévision ici utilisé s'appuie sur le modèle de la planification hospitalière du canton de Zurich de 2012, lequel est depuis lors employé également dans de nombreux autres cantons. Dans le « modèle zurichois », le taux d'hospitalisation est au centre de la prévision des besoins. La variation du taux d'hospitalisation est estimée à l'aide des évolutions de différents facteurs importants. L'horizon prévisionnel a été fixé à dix ans, ce qui signifie que les prévisions se réfèrent actuellement à 2025.

Les nombres de patients en 2025 dépendent de l'évolution du nombre d'habitants d'ici 2025 et de la fréquence d'hospitalisation des habitants (taux d'hospitalisation). Le nombre d'habitants peut être prédit de façon relativement fiable par des modèles statistiques. En revanche, à côté de l'évolution démographique (vieillesse accrue de la population suisse), le taux d'hospitalisation est avant tout influencé par l'évolution épidémiologique et celle des techniques médicales.



La prévision des nombres de cas à l'horizon 2025 effectuée par la GD ZH s'effectue en trois étapes principales :

1. Le taux actuel d'hospitalisation de la population suisse dans le domaine de prestations MHS concerné est tiré des données de la statistique médicale de l'OFS (données définitives de 2015) et de la statistique de la population de 2015.
2. La prédiction du taux d'hospitalisation en 2025 se fonde sur le taux d'hospitalisation de 2015, en prenant en considération l'évolution épidémiologique et médico-technique attendue. Dans la mesure où l'on ne dispose pas à l'heure actuelle de suffisamment d'informations scientifiquement fondées sur ces questions, l'évaluation de ces facteurs repose les avis d'experts. Pour la consultation d'experts, on emploie une procédure en quatre étapes qui s'inspire de la méthode Delphi :
 - Enquête auprès d'experts renommés à l'aide d'un questionnaire standardisé, centrés sur les évolutions médico-techniques et épidémiologiques significatives ainsi que sur l'évaluation quantitative de leurs conséquences ;
 - Description de l'effet des estimations sur le nombre de cas prévu pour 2025 et adaptation éventuelle de leurs estimations par les mêmes experts ;
 - En cas de persistance de grandes différences des résultats, faire appel aux membres de l'organe scientifique MHS en se concentrant sur l'estimation des conséquences quantitatives des évolutions médico-techniques citées par les experts ;
 - Discussion des résultats lors d'une réunion de l'organe scientifique MHS et évaluation du scénario le plus plausible pour l'évolution épidémiologique et médico-technique, ainsi que des modifications des taux de morbidité et de mortalité par tranche d'âge.

3. Pour prévoir le nombre de cas en 2025, le taux d'hospitalisation en 2025 (tel qu'il a été calculé à la deuxième étape) est multiplié par la population attendue. Les prévisions de l'évolution démographique reposent sur la publication « Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015–2045 » (OFS, 2015)⁷⁷. Pour le modèle de prévision des besoins, c'est le scénario médian défini comme « scénario de référence » qui est utilisé.

Régions de soins MHS

Pour permettre l'analyse des flux de patients, le secrétariat de projet MHS a défini les cinq régions de soins MHS suivantes :

Romandie : GE, VD, VS, NE, FR,
Nord-ouest de la Suisse : BE, BS, BL, SO, AG, JU
Suisse orientale : ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ
Tessin : TI

⁷⁷ Office fédéral de la statistique (2015) : « Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015–2045 », Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

A4 Destinataires

Liste der Anhörungsadressaten / Liste des destinataires

1. Kantone / cantons

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

2. Spitäler / Hôpitaux

An die Spitaldirektionen der folgenden Leistungserbringer :
A l'attention des directions des hôpitaux suivantes :

AG

- Hirslanden Klinik Aarau AG
- Kantonsspital Aarau AG
- Kantonsspital Baden AG
- Kreisspital für das Freiamt, Muri

BE

- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhof AG, Bern
- Regionalspital Emmental AG, Burgdorf
- Spitalzentrum Biel AG
- SRO AG, Langenthal
- Spital STS AG, Thun

BL

- Kantonsspital Baselland, Standort Liestal

BS

- St. Claraspital AG, Basel
- Universitätsspital Basel

FR

- Hôpital fribourgeois, site de Fribourg

GE

- Les hôpitaux universitaires de Genève

GL

- Kantonsspital Glarus

GR

- Kantonsspital Graubünden, Chur

LU

- Klinik St. Anna AG, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee

NE

- Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès

SG

- Kantonsspital St. Gallen
- Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen

SO

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

SZ

- Krankenhausgesellschaft Schwyz

TG

- Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld
- Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen

TI

- Ente Ospedaliero Cantonale, sede di Bellinzona
- Ente Ospedaliero Cantonale, sede di Lugano
- Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano

UR

- Kantonsspital Uri, Altdorf

VD

- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges
- Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon
- Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil
- Hôpital intercantonal de la Broye, Payerne

VS

- Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey
- Hôpital du Valais, Sion

ZG

- Zuger Kantonsspital AG, Baar(*via Walder Wyss*)

ZH

- GZO AG, Wetzikon
- Hirslanden Klinik AG, Zürich
- Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Spital Bülach AG
- Spital Limmattal, Schlieren
- Spital Männedorf AG
- Spital Uster

- Stadtspital Triemli, Zürich
- Stadtspital Waid, Zürich
- Universitätsspital Zürich

3. Versicherer / assurances

- Santésuisse
- SUVA
- Curafutura
- Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT)
- Schweizerischer Versicherungsverband (SVV)

4. Dekanate der medizinischen Fakultäten / décanats médicaux

- Medizinische Fakultät der Universität Zürich
- Medizinische Fakultät der Universität Basel
- Medizinische Fakultät der Universität Bern
- Medizinische Fakultät der Universität Genf
- Medizinische Fakultät der Universität Lausanne

5. Fachverbände und Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen/associations et organisations spécialisées et autres organisations

**Mit Bitte um Weiterleitung an allfällige weitere sub-spezifische Arbeitsgruppen, die von den behandelten Themenbereichen betroffen sind. / Merci de bien vouloir faire suivre à d'éventuels autres groupes de travail sous-spécifiques concernés par les domaines traités.*

- Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC)
- Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC)
- Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
- Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG / SSG)
- Schweizerische Gesellschaft für medizinische Onkologie (SGMO)
- Schweizerische Arbeitsgruppe für klinische Krebsforschung (SAKK)
- Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR / SSR)
- Arbeitsgemeinschaft Qualität in der Chirurgie (AQC)
- Oncosuisse
- Krebsliga Schweiz
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH
- Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (fmCh)
- H plus Die Spitäler der Schweiz
- Privatkliniken Schweiz
- Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)
- Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)
- Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler (vns)

6. Weitere / autres

- Schweizerische Hochschulkonferenz (SHK)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Verband Universitäre Medizin Schweiz
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)

A5 Liste des abréviations

B	Chirurgie bariatrique complexe
F	Résections hépatiques
Œ	Résections œsophagiennes
P	Résections pancréatiques
R	Résections rectales profondes
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
EHC	Ensemble Hospitalier de la Côte
eHnv	Établissements hospitaliers du Nord vaudois
EOC	Ente Ospedaliero Cantonale
HFR	Hôpital fribourgeois
HIB	Hôpital intercantonal de la Broye
HL-AG	Hirslanden Klinik Aarau AG
HL-BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
HL-LU	Klinik St. Anna AG
HL-SG	Klinik Stephanshorn AG
HL-Z	Hirslanden Klinik AG
HNE	Hôpital neuchâtelois
HRC	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais
HUG	Les hôpitaux universitaires de Genève
HVS	Hôpital du Valais
Insel	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
KSA	Kantonsspital Aarau AG
KSB	Kantonsspital Baden AG
KSBL	Kantonsspital Baselland
KSGL	Kantonsspital Glarus
KSGR	Kantonsspital Graubünden
KSSG	Kantonsspital St. Gallen
KSU	Kantonsspital Uri
KSW	Kantonsspital Winterthur
Lach	Spital Lachen AG
L'hof	Lindenhof AG
Limm	Spital Limmattal
Lug	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano
LUKS-Lu	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern
LUKS-Sur	Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee
Männ	Spital Männedorf AG

Muri	Kreisspital für das Freiamt
RSE	Regionalspital Emmental AG
Bül	Spital Bülach AG
KgSZ	Krankenhausgesellschaft Schwyz (Spital Schwyz)
soH	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn und Kantonsspital Olten
Source	Clinique de la Source
SRO	SRO AG
STG	Spital Thurgau AG, Kantonsspital Frauenfeld und Kantonsspital Münsterlingen
STS	Spital STS AG
SZB	Spitalzentrum Biel AG
Triemli	Stadtspital Triemli
UKBB	Universitäts-Kinderspital beider Basel
USB	Universitätsspital Basel
USZ	Universitätsspital Zürich
Waid	Stadtspital Waid
ZKS	Zuger Kantonsspital AG
AQC	Arbeitsgemeinschaft Qualität in der Chirurgie (Groupe de travail pour l'assurance qualité en chirurgie)
SMOB	Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)
SSCP	Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique
SSED	Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie
SSG	Société Suisse de Gastroentérologie