



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren

Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé

Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Médecine hautement spécialisée

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern

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

www.gdk-cds.ch

Évaluation

Cardiologie et chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives

Rapport explicatif pour l'attribution des prestations

RAPPORT FINAL

Berne, 23 novembre 2023

Table des matières

1.	Résumé	4
2.	Mandat	6
3.	Contexte	6
4.	Critères de planification.....	7
4.1	Principes de planification selon la CIMHS	7
4.2	Critères de planification des soins	7
5.	Critères d'évaluation des fournisseurs de prestations	8
6.	Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives.....	10
6.1	Analyse des besoins en matière de soins	10
6.1.1	Analyse de la situation actuelle	10
6.1.2	Prévisions des besoins.....	12
6.2	Evaluation des candidatures soumises	13
6.2.1	Engagement à remplir le mandat de prestations.....	13
6.2.2	Qualité.....	13
6.2.3	Nombres minimaux de cas	14
6.2.4	Enseignement, formation postgrade et recherche	15
6.2.5	Economicité	15
6.2.6	Résumé de l'évaluation des candidatures reçues.....	17
6.3	Garantie du droit d'être entendu	18
6.3.1	Avis	18
6.3.2	Appréciation de l'organe scientifique MHS.....	19
6.4	Attribution de la fourniture des prestations MHS	20
7.	Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD).....	27
7.1	Analyse des besoins en matière de soins	27
7.1.1	Analyse de la situation actuelle	27
7.1.2	Prévisions des besoins.....	29
7.2	Evaluation des candidatures soumises	29
7.2.1	Engagement à remplir le mandat de prestations.....	30
7.2.2	Qualité.....	30
7.2.3	Nombres minimaux de cas	30
7.2.4	Enseignement, formation postgrade et recherche	31
7.2.5	Economicité	31
7.2.6	Résumé de l'évaluation des candidatures reçues.....	32
7.3	Garantie du droit d'être entendu	32
7.3.1	Avis	33
7.3.2	Appréciation de l'organe scientifique MHS.....	33
7.4	Attribution de la fourniture des prestations MHS	33
8.	Transplantations cardiaques pédiatriques	39
8.1	Analyse des besoins en matière de soins	39

8.1.1	Analyse de la situation actuelle	39
8.1.2	Prévisions des besoins	40
8.2	Evaluation des candidatures soumises	41
8.2.1	Engagement à remplir le mandat de prestations.....	41
8.2.2	Qualité.....	41
8.2.3	Autorisation.....	41
8.2.4	Nombres minimaux de cas	42
8.2.5	Enseignement, formation postgrade et recherche	42
8.2.6	Economicité	43
8.2.7	Résumé de l'évaluation des candidatures reçues.....	43
8.3	Garantie du droit d'être entendu	44
8.3.1	Avis	44
8.3.2	Appréciation de l'organe scientifique MHS.....	44
8.4	Attribution de la fourniture des prestations MHS	44
9.	Conclusion.....	51
	Annexes.....	52
A1	Ensemble minimal de données.....	52
A2	Part des soins par fournisseur de prestations	55
	1. Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives	55
	2. Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)	58
	3. Transplantations cardiaques pédiatriques	60
A3	Nombres de cas des prestataires candidats à un mandat de prestations.....	62
	1. Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives	62
	2. Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)	63
	3. Transplantations cardiaques pédiatriques	64
A4	Méthodologie de l'examen de l'économicité MHS.....	65
A5	Résultats de l'examen de l'économicité MHS	68
	1. Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives	68
	2. Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)	69
	3. Transplantations cardiaques pédiatriques	70
A6	Sous-capacité et capacité totale prospective des candidats	71
	1. Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives	71
	2. Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)	72
	3. Transplantations cardiaques pédiatriques	73
A7	Liste des destinataires de l'audition.....	74
A8	Abréviations	77

1. Résumé

Dans le cadre de la mise en œuvre de la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), le domaine de la Cardiologie et de la chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives doit être réglementé pour la première fois de façon contraignante. Conformément aux dispositions du Tribunal administratif fédéral, il convient, pour la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS), de suivre une procédure formellement séparée en deux temps qui distingue entre **rattachement** d'un domaine de prestations à la MHS (définition du domaine MHS) et **attribution** des prestations (établissement de la liste des hôpitaux MHS).

La décision de l'organe de décision MHS du 20 mai 2021 sur le rattachement de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives à la MHS a été publiée dans la *Feuille fédérale* du 1^{er} juin 2021. Les mandats de prestations MHS sont attribués pour les trois domaines partiels suivants de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives tels qu'ils sont définis dans la décision relative au rattachement à la MHS :

1. Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives
2. Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)
3. Transplantations cardiaques pédiatriques

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

Lors de la procédure de candidature du 21 septembre 2021 en vue de l'admission sur la liste des hôpitaux MHS, six fournisseurs de prestations se sont portés candidats à un mandat de prestations MHS dans un ou plusieurs domaines partiels de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives. On compte cinq candidatures pour la cardiologie et la chirurgie cardiaque pédiatriques invasives, quatre pour la cardiologie et la chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD), ainsi que trois pour les transplantations cardiaques pédiatriques.

Lors de l'établissement de la liste des hôpitaux MHS, on a tenu compte aussi bien des critères de planification de la CIMHS que des critères de planification des soins figurant dans la LAMal et l'OAMal. En se basant sur ces critères, l'organe scientifique MHS a en outre fixé des exigences spécifiques aux prestations concernées qui ont été incluses dans l'évaluation des fournisseurs de prestations.

Après avoir procédé à une analyse du degré de respect des exigences requises des fournisseurs de prestations, de l'offre de soins et de l'évolution prévue des nombres de cas d'ici 2029, l'organe scientifique MHS a élaboré une proposition d'attribution des prestations qui a été soumise pour avis à un large éventail de destinataires dans le cadre d'une audition (qui a eu lieu du 1^{er} novembre au 9 janvier 2023). Après avoir procédé à une évaluation approfondie des avis reçus, l'organe de décision MHS a décidé d'attribuer les mandats de prestations suivants pour une durée de six ans. Dans chaque domaine partiel, les mandats de prestations sont attribués aux prestataires couvrant au mieux les soins dans leur ensemble. Il est exclu d'autoriser des hôpitaux ou des capacités inutiles aux besoins.

Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives

Les mandats de prestations sont attribués à l'Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern (Insel), aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et au Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung (Kispi). L'Insel et les HUG satisfont à toutes les exigences requises. Etant donné que ces deux hôpitaux ne parviennent néanmoins pas à couvrir les besoins nationaux, des mandats de prestations assortis d'obligations particulières sont en plus attribués au CHUV et au Kispi, (qui ne remplissent pas une des exigences requises). A eux tous, l'Insel, les HUG, le CHUV et le Kispi sont en mesure de couvrir les besoins nationaux, même si le nombre de cas devait augmenter au cours des prochaines années, comme le prévoit l'analyse des besoins.

Le candidat restant, l'Universitätsspital Bâle (USB), ne satisfait pas à plusieurs des exigences requises et n'est pas nécessaire pour assurer la couverture des besoins. Cet établissement ne reçoit donc pas de mandat de prestations

Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)

Les mandats de prestations sont attribués à l'Insel, aux HUG, au CHUV et à l'Universitätsspital Zürich (USZ). Tous ces hôpitaux remplissent les exigences imposées, sont nécessaires aux besoins et peuvent conjointement couvrir les besoins à l'échelle nationale, même si le nombre de cas devait augmenter à l'avenir, comme le prévoit l'analyse des besoins. Aucun autre hôpital n'ayant fait acte de candidature, il n'existe pas de non-attribution des prestations dans ce domaine partiel. Cela n'empêche pas l'attribution des prestations aux quatre hôpitaux précités d'aboutir à une concentration de la fourniture des prestations ; en effet, les cas sont actuellement répartis sur quinze sites hospitaliers en Suisse, dont une grande partie n'avait toutefois pas posé sa candidature à un mandat de prestations MHS.

Transplantations cardiaques pédiatriques

Attribution de mandats de prestations à l'Insel, au CHUV et au Kispi. L'Insel satisfait à toutes les exigences requises ; Le CHUV et le Kispi les remplissent largement. C'est ainsi que le CHUV satisfait à toutes les exigences sauf le nombre minimal de cas et le Kispi à toutes hormis la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique de catégorie A. Le CHUV et le Kispi doivent donc recevoir des mandats de prestations assortis d'obligations particulières. A eux tous, l'Insel, le CHUV et le Kispi sont en mesure de couvrir les besoins nationaux, même si le nombre de cas devait augmenter à l'avenir. Aucun autre fournisseur de prestations ne s'est porté candidat.

Décision d'attribution des prestations

Compte tenu de l'analyse du degré de respect des exigences requises par les fournisseurs de prestations, de l'offre de soins et de l'évolution prévue du nombre de cas, de l'examen de l'économie des fournisseurs de prestations candidats, et en se fondant sur la recommandation de l'organe scientifique MHS, l'organe de décision MHS décide d'attribuer un mandat de prestations MHS limité à six ans aux prestataires suivants :

Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives

- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
- Les Hôpitaux Universitaires de Genève
- Centre hospitalier universitaire vaudois (*mandat de prestations avec obligations particulières*)
- Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung (*mandat de prestations avec obligations particulières*)

Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)

- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
- Les Hôpitaux Universitaires de Genève
- Centre hospitalier universitaire vaudois
- Universitätsspital Zürich

Transplantations cardiaques pédiatriques

- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
- Centre hospitalier universitaire vaudois (*mandat de prestations avec obligations particulières*)
- Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung (*mandat de prestations avec obligations particulières*)

2. Mandat

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

3. Contexte

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS, le domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives doit être réglementé pour la première fois de façon contraignante. Conformément aux dispositions du Tribunal administratif fédéral, il convient, pour la planification de la MHS, de suivre une procédure formellement séparée en deux temps qui distingue entre **rattachement** d'un domaine de prestations à la MHS (définition du domaine MHS) et **attribution** des prestations (établissement de la liste des hôpitaux MHS).

La décision de l'organe de décision MHS du 20 mai 2021 sur le rattachement de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives à la MHS a été publiée dans la *Feuille fédérale* du 1^{er} juin 2021.³ Les mandats de prestations MHS sont attribués pour les trois domaines partiels suivants de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives tels qu'ils sont définis dans la décision relative au rattachement à la MHS :

- Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives
- Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)
- Transplantations cardiaques pédiatriques

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

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

Dans le cadre de la procédure de candidature organisée du 21 septembre au 22 novembre 2021, les fournisseurs de prestations avaient l'occasion de poser leur candidature à l'intégration sur la liste des hôpitaux MHS dans le domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives. Tous les hôpitaux ont en principe la possibilité de se porter candidat à un mandat de prestations. Il n'existe cependant pas de droit à l'attribution de mandats de prestations (voir ATF 133 V 123 consid 3.3, ainsi que TAF, arrêt C-401/2012 consid. 10.2). Outre la garantie de soins conformes aux besoins de la population, la planification hospitalière vise à réduire les coûts, notamment par la suppression des surcapacités (voir TAF, arrêt C-6266/2013 du 29 septembre 2015, en partic. consid. 4.3 sqq ainsi que 4.5). C'est la raison pour laquelle il est prévu de concentrer la décision de planification sur les prestataires couvrant au mieux les soins dans leur ensemble. Il est exclu d'autoriser des hôpitaux inutiles aux besoins.

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

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

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

³ La décision de rattachement du domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives à la MHS a été publiée dans la *Feuille fédérale* (FF 2021 1188) et peut être consultée sur le site internet de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (<https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/domaines>).

Un rapport explicatif ainsi que les propositions d'attribution ont été soumis pour avis, dans le cadre d'une audition, à un large éventail de destinataires (annexe A7). Le présent rapport final pour l'attribution des prestations, qui prend aussi en considération les avis formulées dans le cadre l'audition, est diffusé sur le site web de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (www.gdk-cds.ch) et la décision définitive d'attribution des prestations publiée dans la *Feuille fédérale*. Les candidats n'ayant pas reçu de mandat de prestations MHS recevront une justification individuelle séparée sous la forme d'une décision susceptible de recours.

4. Critères de planification

4.1 Principes de planification selon la CIMHS

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

4.2 Critères de planification des soins

Outre les bases de planification, il importe, lors de l'établissement de la liste intercantonale des hôpitaux MHS, de respecter en principe les mêmes exigences prescrites par les dispositions de la LAMal et de ses ordonnances d'exécution que pour la liste cantonale des hôpitaux (art. 39, al. 1 LAMal, art. 58a et suiv. OAMal⁴). On doit également tenir compte des autres principes spécifiques de la planification des capacités au sens de l'article 8 CIMHS. L'approche suivie dans l'application de ces critères de planification est expliquée ci-après.

L'*offre à retenir* est déterminée sur la base des données de la statistique médicale des hôpitaux (SM) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Le domaine MHS « Cardiologie et chirurgie cardiaque congénitales et pédiatrique » n'étant pas encore représenté dans le système des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), les cas MHS ont été circonscrits en se fondant sur les codes de traitement déterminants.

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

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

Par ailleurs, lors de l'attribution des prestations, il importe de s'assurer que *les patients ont accès au traitement dans un délai utile*. La MHS a pour principal objectif la planification à l'échelle de l'ensemble de la Suisse. Afin d'analyser les *flux de patients* en vue d'une offre suffisante, l'OFS a défini les régions suivantes : Arc lémanique (GE, VD, VS) ; Plateau suisse (BE, JU, NE, FR, SO) ; nord-ouest de la Suisse (BS, BL, AG) ; Zurich (ZH) ; Suisse orientale (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR) ; Suisse centrale (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ) ; Tessin (TI). Il convient toutefois de signaler que dans le domaine de la MHS, il n'existe pas de régions ni de cantons prédéfinis où les patients doivent être obligatoirement adressés. C'est le libre choix de l'hôpital qui s'applique ici, ce qui signifie que l'hôpital ou le médecin traitant sont libres d'adresser les

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

patients dans le centre MHS de leur choix, d'où la nécessité de tabler sur une variation annuelle des cantons d'origine des patients dans ces centres.

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

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

5. Critères d'évaluation des fournisseurs de prestations

L'évaluation des fournisseurs de prestations pour l'attribution d'un mandat de prestations MHS se fonde en principe sur les critères de la CIMHS (art. 4, al. 4) et sur les dispositions de l'OAMal (art. 58b, al. 4 et art. 58d, al. 2). Ces prescriptions réglementaires fondamentales sont résumées dans le tableau 1.

Selon l'article 4, alinéa 3, chiffre 3, de la CIMHS, l'organe scientifique MHS fixe les conditions qui doivent être remplies pour l'exécution d'une prestation ou d'un domaine de prestations en ce qui concerne le nombre de cas, les ressources en termes de personnel et de structures, ainsi que les disciplines de soutien. Dans ce contexte, en se fondant sur les critères de la CIMHS et de l'OAMal, l'organe scientifique MHS définit pour chaque domaine MHS des exigences spécifiques au domaine concerné (*cf.* catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021) que les fournisseurs de prestations sont tenus de respecter.⁵ Le catalogue d'exigences standardisé soumis aux prestataires intéressés dans le cadre de la procédure de candidature comprend notamment ces exigences spécifiques.

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

Exigence	Opérationnalisation de l'exigence
<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 (<i>cf.</i> catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021).</p> <p>Outre l'autodéclaration des hôpitaux candidats, le contrôle du respect des critères repose sur des preuves écrites de reconnaissance ou de certification des unités de soins intensifs par la Société suisse de médecine intensive (SSMI), ou sur les exigences respectives définies à cet effet comme preuve de qualité déterminante.</p>
<p>Nombres minimaux de cas</p>	<p>Le traitement d'un nombre minimal de cas défini dans le domaine partiel MHS concerné (<i>cf.</i> catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021) par an selon la liste des codes CIM/CHOP publiée (<i>cf.</i> annexe A1 dans le rapport final relatif au rattachement à la MHS du 20 mai 2021, mise à jour chaque année sur le site internet de la CDS).</p> <p>Le recueil des nombres de cas se fonde sur les données de la statistique médicale des hôpitaux (SM) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) la période déterminante allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019. Le nombre de cas est calculé sur la moyenne de ces trois années.</p>
<p>Enseignement, formation post-grade et recherche</p>	<p>Les activités en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche sont recueillies par le biais du questionnaire de candidature et évaluées à l'aide du schéma d'évaluation standardisé de l'organe scientifique MHS (<i>cf.</i> annexe A2 du catalogue des critères pour la candidature du 13 septembre 2021). De plus on vérifie la reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée (titre de spécialiste variable selon le domaine partiel ; voir annexe A2 du catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021).</p>

⁵ <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement/-candidats/achevees-consultations-et-candidatures>

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

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

6. Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives

6.1 Analyse des besoins en matière de soins

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

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

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

6.1.1 Analyse de la situation actuelle

L'analyse des besoins se fonde essentiellement sur les données de la SM ; celles-ci comprennent toutes les hospitalisations dans les hôpitaux suisses. Dans la mesure où le domaine MHS n'était pas encore représenté dans le système des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) pendant la période analysée, les cas MHS ont été circonscrits en se fondant sur les codes de traitement déterminants. Est comptée comme cas une hospitalisation selon la SM⁶ qui correspond à la définition en vigueur du présent domaine partiel MHS.⁷

Pour l'analyse de l'offre de soins actuelle, on s'est servi des données disponibles les plus récentes. Pour le domaine partiel de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque pédiatriques invasives, il s'agit des années 2017 à 2019. On s'est donc servi, dans toutes les analyses qui suivent, des données de la SM de toutes les hospitalisations de 2017 à 2019 qui peuvent être rattachées au présent domaine partiel MHS.

Situation actuelle

La SM de l'OFS mentionne en moyenne un peu plus de mille cas pour la période 2017-2019 qui peuvent être imputés à la médecine hautement spécialisée dans le présent domaine partiel. Dans quelque 830, cela concerne des patients résidant en Suisse et dans 200 cas environ des patients vivant à l'étranger.

Les cas sont répartis sur 31 sites hospitaliers au total, mais quatre fournisseurs de prestations concentrent 95 % des traitements stationnaires. Ceux-ci enregistrent chacun chaque année nettement plus de 100 hospitalisations dans le présent domaine partiel. Le plus important fournisseur de prestations affiche à lui seul une part des traitements stationnaires de 44 %. Parmi les 27 sites qui couvrent à eux tous à peine 5 % des traitements, 22 fournisseurs de prestations n'ont pas traité plus de dix cas au total sur trois ans. L'annexe A2 récapitule la part des soins par fournisseur de prestations.

Ainsi que nous l'avons souligné plus haut, la proportion de patients étrangers (18 %) dans ce domaine partiel MHS est relativement élevée. C'est ainsi que quelque 200 patients étrangers ont été traités dans des hôpitaux suisses en 2019. Plus de 80 % de ces cas sont dus à des traitements et opérations aux HUG et au CHUV, et ont été pris en charge dans le cadre de projets humanitaires. Il s'agit de traitements stationnaires d'enfants et adolescents venant d'Afrique occidentale, centrale et du Nord qui ont été financés par diverses fondations.

⁶ La définition d'un cas stationnaire selon la statistique médicale des hôpitaux peut être consultée à l'adresse suivante : <https://www.bfs.ad-min.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.assetdetail.230430.html>

⁷ Consultable à l'adresse suivante : <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/domaines/cardiologie-et-chirurgie-cardiaque-congenitales-et-pediatriques-invasives>

Flux de patients

Le tableau suivant présente les flux de patients pendant la période 2017-2019 selon la région de l'hôpital concerné et la région d'origine des patients. Le taux d'exportation indique dans quelle mesure la population d'une région dépend des fournisseurs de prestations d'autres régions. En complément du taux d'exportation, le taux d'importation montre la proportion de patients extra-régionaux parmi le total des traitements réalisés dans les hôpitaux d'une région donnée. On peut en déduire l'importance suprarégionale des fournisseurs de prestations (voir tableaux 2 et 3).

Les traitements sont concentrés à 97,3 % dans trois régions : région lémanique, Plateau suisse et Zurich. Le Plateau suisse traite en majorité des enfants et adolescents venant de cette région même. Dans la région lémanique, compte tenu des cas humanitaires déjà signalés, on observe une proportion élevée de patients étrangers (voir colonne « autres » dans le tableau 2). Par ailleurs, la région de Zurich reçoit des flux importants de patients venus du nord-ouest de la Suisse, de Suisse orientale, de Suisse centrale et du Tessin.

Tableau 2 : Flux de patients par région pour la période 2017-2019 (chiffres mis en commun)

Site hospitalier par région	Nombre de patients par région								
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total
Région lémanique : GE, VD, VS	437	78	18	4	2	10	8	515	1072
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO	29	394	69	6	4	16	6	5	529
Nord-ouest de la Suisse : BS, BL, AG		3	35				3	1	42
Zurich : ZH	2	31	207	494	366	206	64	26	1396
Suisse orientale : SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR			1		18				19
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ			1			12	2		15
Tessin : TI							5	1	6
Total	468	506	331	504	390	244	88	548	3079

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

Tableau 3 : Taux d'exportation et d'importation par région, 2017-2019 (combinés)

Site hospitalier par région	Taux d'exportation	Taux d'importation
Région lémanique : GE, VD, VS	7 %	59 %
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO	22 %	26 %
Nord-ouest de la Suisse : BS, BL, AG	89 %	17 %
Zurich : ZH	2 %	65 %
Suisse orientale : SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	95 %	5 %
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	95 %	20 %
Tessin : TI	94 %	17 %

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

6.1.2 Prévisions des besoins

A partir de l'analyse de la situation actuelle en matière de soins (cf. chapitre 6.1.1 « Analyse de la situation actuelle »), la prévision des besoins futurs en soins a été évaluée en se fondant sur l'évolution attendue sur les plans démographique, épidémiologique et technico-médical. L'année de référence pour la prévision des besoins est 2019 et l'horizon prévisionnel 2029. Pour l'évaluation de la situation actuelle de l'offre de soins, on a inclus les patients résidant à l'étranger dans le cadre de l'analyse de la situation actuelle décrite au chapitre précédent. Pour les prévisions, seuls les besoins de la population résidant en Suisse ont en revanche fait l'objet d'une estimation. On trouvera ci-après dans un premier temps une analyse de l'impact des divers facteurs (démographie, épidémiologie et évolution médico-technique) sur la prévision des besoins, puis, dans un deuxième temps, des prévisions consolidées des besoins futurs prenant en considération tous les paramètres.

Démographie

Si l'on ne tient compte que de l'évolution démographique, on peut tabler sur une hausse du nombre de cas de 8 % (soit 896 cas de patients résidant en Suisse) d'ici 2029 dans ce domaine partiel MHS, c'est-à-dire 67 cas de plus qu'en 2019 (année de référence). L'augmentation prévue est ainsi comparable à la croissance attendue de la population générale (+8,7 %). La croissance de la population des enfants et adolescents de 0-17 ans est estimée à 9 %.

Epidémiologie et évolution médico-technique

Compte tenu des évolutions épidémiologiques, on table sur une augmentation des besoins de 5,4 %. De plus, les évolutions médico-techniques sont à l'origine d'une augmentation additionnelle des besoins de 4,8 %. Bien que les progrès en matière de diagnostic prénatal se traduisent d'un côté par une tendance à un recul des nombres de cas, cet effet est masqué d'un autre côté par le potentiel d'interventions hybrides élargies ainsi que par le nombre croissant d'interventions secondaires, si bien qu'on assistera globalement à une hausse des nombres de cas à l'avenir.

Prévisions consolidées

Selon les prévisions consolidées, on doit tabler sur une augmentation des besoins de 19 %, soit 984 cas. Malgré l'augmentation des nombres de cas, les besoins futurs pour les patients résidant en Suisse sont donc légèrement inférieurs au nombre de cas traités en 2019, car il s'agit, comme nous l'avons déjà expliqué, dans quelque 20 % des cas traités en Suisse d'enfants et d'adolescents venus de l'étranger. Cependant, on peut supposer que le nombre de cas traités dans le cadre de projets humanitaires devrait rester stable dans les années à venir, avec 200 cas supplémentaires par an.

Même si des prévisions ponctuelles aboutissent à un chiffre concret pour les besoins futurs, cela ne doit pas donner l'impression que les prévisions actuelles des besoins peuvent prédire précisément l'évolution future des nombres de cas. Les besoins futurs en médecine hautement spécialisée dépendent de divers développements qui ne peuvent être prédits de manière définitive. Il s'y ajoute par ailleurs des variations aléatoires dont certaines sont déjà évidentes dans l'analyse rétrospective. L'évolution démographique et

ses conséquences sur les besoins attendus en matière de soins peuvent être estimées avec un degré de certitude relativement élevé (prévisions démographiques). L'incertitude est en revanche plus grande en ce qui concerne les évolutions épidémiologiques et médico-techniques.

6.2 Evaluation des candidatures soumises

Au cours de la procédure de candidature qui a eu lieu du 21 septembre au 22 novembre 2021, le secrétariat de projet MHS a reçu cinq candidatures pour l'obtention d'un mandat de prestations MHS.

Les hôpitaux suivants se sont portés candidats à un mandat de prestations dans le domaine partiel MHS « cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives » :

- Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern (Insel)
- Universitätsspital Basel (USB)
- Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Kinderspital Zürich– Eleonorenstiftung (Kispi)

On trouvera ci-après les résultats de l'évaluation des candidatures. Il convient au préalable de signaler que l'USB déclare n'être candidat qu'à certains traitements dans le présent domaine partiel, à savoir la réalisation du diagnostic par des moyens électrophysiologiques et les ablations chez les enfants et adolescents souffrant d'un trouble du rythme cardiaque (dû à une voie de conduction accessoire ou à un foyer) justiciable d'un traitement. L'USB précise aussi qu'il continue toutefois à ne pas prendre en charge les arythmies dans les anomalies congénitales complexes (corrigées par chirurgie cardiaque). Cependant, la candidature à un mandat de prestations MHS concerne toujours l'intégralité du paquet de prestations d'un domaine partiel. Par ailleurs, dans son dossier de candidature, cet établissement explique qu'il souhaite poser sa candidature en collaboration avec l'UKBB, lequel couvre une partie des exigences en matière de personnel et d'infrastructures (notamment les spécialistes en pédiatrie). Une candidature à un mandat de prestations MHS est toujours le fait d'un seul site hospitalier. Dans l'évaluation des candidatures qui suit, il est toutefois précisé à chaque fois si les exigences non remplies le seraient si les ressources disponibles à l'UKBB étaient prises en compte.

6.2.1 Engagement à remplir le mandat de prestations

Tous les candidats, sauf l'USB, se déclarent prêts à assumer les missions de soins définies dans le rapport relatif au rattachement à la MHS⁸ et à satisfaire aux exigences liées à la fourniture des prestations (*cf.* catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021) (*cf.* tableau 5). Bien qu'il se déclare également prêt à assumer les missions de soins définies, l'USB indique cependant en même temps qu'il ne souhaite poser sa candidature qu'à une partie du paquet de prestations.

6.2.2 Qualité

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

Qualité des structures et qualité des processus.

Quatre des cinq candidats (Insel, HUG, CHUV, Kispi) satisfont à toutes les exigences concernant la qualité des structures et des processus selon le catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021. Ils disposent aussi bien des médecins spécialistes et des autres professionnels nécessaires à la réalisation des interventions dans le domaine partiel de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque pédiatriques invasives que de l'infrastructure nécessaire.

En revanche, l'USB ne remplit pas entièrement les exigences relatives à la qualité des structures et des processus. C'est ainsi qu'il ne dispose pas d'une unité de soins intensifs pédiatriques reconnue par la

⁸ Cf. pédiatrie et chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée. Rapport final du 20 mai 2021.

Société suisse de médecine intensive (SSMI), l'USB indiquant qu'il en dispose néanmoins en coopération avec l'UKBB. Il en va de même avec les ressources en personnel et les infrastructures, notamment les médecins spécialistes dans les disciplines pédiatriques, le dossier de candidature de l'USB n'indiquant pas précisément quelles exigences en matière de qualité des structures et des processus sont remplies par l'USB et lesquelles par l'UKBB. Il est cependant clairement indiqué que tant l'USB que l'UKBB ne dispose d'un Extracorporeal Life Support (ECLS) qu'à partir d'un poids de 30 kg ou pour les enfants à partir de l'âge de 10 ans, ce qui signifie qu'ils ne satisfont pas à l'exigence correspondante (puisque dans un centre MHS pour la cardiologie et la chirurgie cardiaque pédiatrique invasive l'ECLS doit aussi être disponible pour les enfants de moins de 30 kg ou pour les enfants plus jeunes). Peu importe si, dans le cadre de l'évaluation des candidatures, l'on considère que les ressources disponibles au sein de l'UKBB sont prises en compte au titre de l'USB, comme ce dernier le demande dans sa candidature, les exigences relatives à la qualité des structures et des processus ne sont pas intégralement remplies.

6.2.3 Nombres minimaux de cas

Dans ce domaine partiel MHS, le nombre minimal est fixé à 150 interventions par an. La période déterminante retenue pour l'obtention de ces nombres minimaux de cas allait du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019, sachant que c'est la moyenne sur trois ans qui était prise en considération.

Autodéclaration

Selon leurs propres indications, trois candidats (Insel, HUG, Kispi) satisfont au nombre minimal de 150 cas par an (moyenne sur trois ans du 01.01.2017 au 31.12.2019), mais deux (CHUV, USB) pas. Avec 146 cas traités par an en moyenne, le CHUV indique qu'il manque relativement de justesse d'atteindre le nombre minimal de cas. Avec 11 cas traités par an en moyenne, l'USB déclare en revanche qu'il n'atteint clairement pas le nombre minimal de cas.

Pour expliquer la raison pour laquelle il manque de peu d'atteindre le nombre minimal de cas, le CHUV note qu'en cardiologie pédiatrique interventionnelle, il occupe depuis plusieurs années la position privilégiée de pouvoir prendre en charge en ambulatoire une partie des cathétérismes interventionnels et des traitements électrophysiologiques, qui sont normalement effectués en milieu stationnaire, car le CHUV – contrairement aux autres fournisseurs de prestations – dispose du personnel et de l'infrastructure nécessaires pour ce faire. Si les cas pris en charge en ambulatoire en 2017-2019 avaient été traités également en milieu stationnaire, comme c'est le cas pour les autres fournisseurs de prestations, le CHUV aurait pu afficher une centaine de cas supplémentaires, autrement dit il aurait traité 250 cas environ, atteignant ainsi largement le nombre minimal de cas.

Pour expliquer son nombre de cas relativement faible, l'USB excipe du fait qu'il ne réalise chez l'enfant et l'adolescent que les examens électrophysiologiques et les ablations par cathéter, mais pas les autres prestations cardiologiques invasives ou de chirurgie cardiaque rattachées au présent domaine partiel.

Statistique médicale des hôpitaux

L'obtention du nombre minimal de cas a été contrôlée en se servant des cas enregistrés dans la statistique médicale des hôpitaux (SM). On s'est fondé pour ce faire sur la moyenne annuelle pendant la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019. Selon le contrôle, tout comme dans l'autodéclaration, trois candidats atteignent le nombre minimal de 150 cas par an (Insel, HUG, Kispi), mais deux (CHUV, USB) pas. Selon la SM, le CHUV, avec 146 cas par an en moyenne, n'atteint pas non plus le nombre minimal de cas défini. Toujours selon la SM, l'USB a traité seulement 7 cas par an pendant la période 2017-2019.⁹

Conclusion concernant les nombres minimaux de cas

En fin de compte, trois candidats (Insel, HUG, Kispi) atteignent le nombre minimal de cas, mais deux (CHUV, USB) pas. On trouvera dans l'annexe A3 un récapitulatif des nombres de cas de tous les candidats pris en considération pour l'évaluation du degré de respect de ce critère.

⁹ Peu importe que les cas traités à l'UKBB (4 cas par an en moyenne selon la SM), soient mis au compte de l'USB, comme ce dernier le demande dans sa candidature, le nombre minimal de cas n'est clairement pas atteint.

6.2.4 Enseignement, formation postgrade et recherche

Etablissement de formation postgraduée

Les hôpitaux devaient être reconnus par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée dans les disciplines suivantes :

- Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, de catégorie A
- Anesthésiologie, de catégorie A1 / A2
- Médecine intensive de catégorie Au/ A
- Cardiologie pédiatrique, catégorie A ou B

On ne s'est pas fondé ici sur l'autodéclaration, mais sur le contrôle direct de la liste de l'ISFM des établissements de formation postgraduée reconnus publiée sur le site de ce dernier. Trois candidats (Insel, HUG, CHUV) disposent des quatre reconnaissances ISFM précitées comme établissements de formation postgraduée, mais deux (USB, Kispi) pas.

D'après le registre de l'ISFM, l'USB dispose de toutes les reconnaissances susmentionnées sauf celle pour la cardiologie pédiatrique de catégorie A ou B. L'USB déclare toutefois remplir cette exigence, car il la considère comme remplie en coopération avec l'UKBB. L'USB étant un hôpital pour adultes indépendant, qui constitue une institution juridiquement distincte de l'UKBB, il ne peut pas, pour des raisons structurelles, disposer d'une reconnaissance propre en tant qu'établissement de formation postgraduée pour la cardiologie pédiatrique.

La candidature du Kispi – qui dispose de toutes les reconnaissances susmentionnées sauf celle pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, de catégorie A – pose une problématique analogue. Pour des raisons structurelles, le Kispi ne peut pas non plus disposer d'une reconnaissance correspondante, car il s'agit d'un hôpital pour enfants indépendant, qui constitue une institution juridiquement distincte de l'USZ. Le Kispi déclare conséquemment ne pas satisfaire à cette exigence.

Schéma d'évaluation enseignement, formation postgrade et recherche

Le respect des exigences requises en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche a été évalué à l'aide d'un schéma d'évaluation standardisé (cf. annexe A2 du catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021) ; celui-ci tient compte des activités des fournisseurs de prestations dans la formation, la formation postgrade, la recherche clinique ainsi que des publications dans le domaine partiel MHS concerné. L'analyse du schéma d'évaluation standardisé montre que les cinq candidats remplissent les exigences requises.

6.2.5 Economicité

L'analyse des données pour l'examen de l'économicité des fournisseurs de prestations a été effectuée par un tiers mandaté pour ce faire. Le groupe d'experts « examen de l'économicité MHS » s'est penché sur les analyses puis a établi un rapport avec les principales conclusions de l'examen de l'économicité. Les résultats de cet examen sont résumés dans le Tableau 4 et la démarche méthodologique dans l'annexe A4.

Les analyses se basent sur la comparaison des coûts moyens par cas pour chaque hôpital ajustés pour le case-mix (valeurs de base) de 2019. Outre l'évaluation au niveau de l'ensemble de l'hôpital, on a également tenu compte de l'économicité de la fourniture des prestations MHS. Deux approches différentes ont donc été employées :

1. Méthodologie ITAR K® : dans l'évaluation des données relatives aux coûts selon la méthode ITAR_K®, les coûts des hôpitaux à prendre en compte pour le calcul des valeurs de base ajustées pour le case-mix sont déterminés en s'inspirant des « Recommandations pour l'examen de l'économicité »¹⁰ formulées par la CDS. La médiane des hôpitaux candidats sert de valeur de référence (CHF 10' 889) (cf. tableau 4, colonne de gauche).

¹⁰ Les recommandations relatives à l'examen de l'économicité valent aussi par analogie pour l'examen de l'économicité MHS.

2. **Méthodologie SwissDRG** : dans l'évaluation selon la méthode de SwissDRG, les valeurs de base calculées des hôpitaux ajustées pour le case-mix sont déterminées pour les cas du spectre MHS spécifique concernés. Les valeurs de référence sont ici d'une part la médiane des hôpitaux candidats (CHF 10'964) (cf. tableau 4, colonne du milieu) et, d'autre part, la moyenne pondérée pour le nombre de cas (PNC) des hôpitaux candidats (CHF 11'384) (cf. tableau 4, colonne de droite).

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

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

		Méthodologie		
		ITAR_K®	SwissDRG	
Hôpital	Valeur de référence	Médiane	Médiane	Moyenne pondérée pour le nombre de cas
Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern		+	-	+
Universitätsspital Basel		0	[++]	[++]
Les Hôpitaux Universitaires de Genève		--	0	+
Centre Hospitalier Universitaire Valais		-	+	+
Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung		+	-	-

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

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

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

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

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

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

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

Pour la présente évaluation du domaine partiel MHS « cardiaque et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives », conformément à la recommandation du groupe d'experts « Examen de l'économicité MHS », l'organe scientifique MHS applique la méthodologie « moyenne SwissDRG pondérée pour le nombre de cas ». Sur les cinq hôpitaux candidats, quatre avaient traité nettement plus de 12 cas en 2019 (entre 159 et 425 cas). L'USB n'avait en revanche traité que trois cas. Les cinq hôpitaux se situent dans une fourchette de -13,41 % à + 4,88 % au-dessous ou au-dessus de la valeur de référence, le Kispi étant le seul à se situer au-dessus de cette valeur et l'USB étant le plus au-dessous de celle-ci (voir tableau 4). Etant donné qu'un nombre de cas inférieur à 12 ne permet pas de tirer de conclusion statistiquement significative, le résultat de la comparaison de l'économicité pour l'USB doit être interprété avec prudence.

6.2.6 Résumé de l'évaluation des candidatures reçues

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

Tableau 5 : Respect des exigences par les fournisseurs de prestations

Prestataire	Engagement à remplir le mandat de prestations ¹⁾	Disponibilité à remettre un rapport, tenue d'un registre ¹⁾	Qualité des structures et des processus ^{1), 2)}	Nombre minimal de cas ³⁾	Etablissement de formation postgradué ⁴⁾	Enseignement, formation postgrade et recherche ⁵⁾	Economicité ⁶⁾
Insel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	+
USB	Non ⁷⁾	Oui	Non	Non	Non	Oui	[++]
HUG	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	+
CHUV	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	+
Kispi	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	-

Fond vert = exigence remplie

Fond rouge = exigence non remplie

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

²⁾ Contrôle selon le catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021

³⁾ Appréciation basée sur les données de la SM.

⁴⁾ Vérification fondée sur la liste des établissements de formation postgradué reconnus de l'ISFM

⁵⁾ Contrôle selon le schéma d'évaluation standardisé sur l'enseignement, la formation postgrade et la recherche (cf. annexe A2 du catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021)

⁶⁾ Conformément à la recommandation du groupe d'experts « Examen de l'économicité MHS », c'est la moyenne SwissDRG pondérée pour le nombre de cas qui a été prise en considération. Les cinq catégories de résultats ont été traduites en points : ++ (économique), + (plutôt économique), 0 (neutre), - (plutôt pas économique) et - - (pas économique). [] : Le nombre de cas est inférieur à 12, une appréciation statistique est difficilement possible.

⁷⁾ Bien qu'il se déclare prêt à assumer les missions de soins définies, l'hôpital indique cependant en même temps qu'il ne souhaite poser sa candidature qu'à une partie du paquet de prestations.

6.3 Garantie du droit d'être entendu

Le rapport explicatif pour l'attribution prévue des prestations du 19 septembre 2022¹¹ a été soumis pour audition (garantie du droit d'être entendu) le 1^{er} novembre 2022. L'organe scientifique MHS y recommandait d'attribuer un mandat de prestations limité à six ans aux fournisseurs de prestations suivants :

- Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern (Insel)
- Les hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) (*mandat de prestations avec obligations particulières*)
- Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung (Kispi) (*mandat de prestations avec obligations particulières*)

Les acteurs suivants ont été invités à participer à l'audition : les 26 cantons, l'ensemble des hôpitaux ou sites hospitaliers concernés, cinq (associations d')assureurs, les décanats des facultés de médecine des cinq universités avec hôpital universitaire, des associations professionnelles ainsi que d'autres institutions et organisations concernées. Le secrétariat de projet MHS a reçu en tout 31 prises de position. Parmi les hôpitaux concernés, tous ont participé à l'audition. Par ailleurs, trois hôpitaux supplémentaires ont remis un avis.

6.3.1 Avis

La grande majorité des participants à l'audition approuve l'attribution des prestations préconisée par l'organe scientifique MHS dans le domaine partiel « Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives » aux quatre centres proposés.

A côté des voix favorables, on trouve aussi certains avis négatifs. Pour des raisons faciles à concevoir, les avis défavorables proviennent avant tout de l'hôpital auquel le projet de rapport ne prévoyait pas d'attribuer un mandat de prestations, ainsi que d'un hôpital devant recevoir un mandat de prestations avec obligations particulières. On trouvera résumés ci-après les avis critiques :

Centralisation sur deux centres

Un hôpital, qui n'a pas fait acte de candidature, et deux cantons font remarquer, bien qu'ils approuvent la proposition d'attribution des prestations à quatre centres, qu'une centralisation sur deux centres serait également bienvenue dans ce domaine partiel.

Candidature partielle pour les ablations électrophysiologiques

L'USB souligne qu'il n'a posé explicitement sa candidature que pour la réalisation d'examen électrophysiologiques et d'ablations par cathéter, et pas pour tous les traitements et interventions rattachés à ce domaine partiel. L'USB estime que la définition du présent domaine partiel est trop large, raison pour laquelle la problématique provient moins de l'attribution actuelle des prestations que du rattachement à la MHS qui a déjà eu lieu. Tant les mandats de prestations que les nombres minimaux de cas devraient être liés à des prestations spécifiques. Comme ce n'est pas le cas, l'USB est loin d'atteindre le nombre minimal de cas. L'USB précise par ailleurs que la qualité des structures et des processus est remplie en commun avec l'UKBB et que, de plus, les enfants de plus de 30 kg ne se distinguent pas des adultes sur le plan électrophysiologique. L'UKBB et le canton de BL soutiennent la position de l'USB.

Obligation relative aux nombres minimaux de cas

Le CHUV refuse l'obligation particulière d'atteindre le nombre minimal de cas deux ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations. Il invoque pour cela le fait qu'une partie des traitements interventionnels et électrophysiologiques, qui sont normalement effectués en milieu stationnaire, peuvent être proposés en ambulatoire au CHUV, car il dispose – contrairement aux autres fournisseurs de prestations – du personnel et de l'infrastructure nécessaires à cet effet. Le CHUV demande par conséquent que les cas ambulatoires correspondants soient également comptés, ce qui lui permettrait d'atteindre le nombre minimal de cas requis. Si l'on continue à ne compter que les cas stationnaires, on court en revanche le risque que certains

¹¹ Cardiologie et chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives, rapport explicatif pour l'attribution des prestations du 19 septembre 2022, projet pour la garantie du droit d'être entendu.

cas pouvant être traités en ambulatoire au CHUV doivent à l'avenir être traités en milieu stationnaire uniquement pour atteindre le nombre minimal de cas.

Registre des cas interventionnels

Un autre aspect commenté dans le cadre de l'audition est la question du choix du registre pour les cas interventionnels. Selon le projet de rapport, il a été proposé que les centres MHS enregistrent à l'avenir les cas interventionnels dans le registre suisse de cardiologie pédiatrique, car il n'existait pas à l'époque de registre international.

Tous les hôpitaux qui, selon le projet de rapport, devaient recevoir un mandat de prestations pour le domaine partiel 1, ainsi qu'une société savante, se sont exprimés dans le cadre de l'audition sur le fait que des efforts ont été entrepris depuis quelques années par l'Association européenne de cardiologie pédiatrique et congénitale (AEPC) pour mettre en place un registre international en coopération avec l'ECHSA. Les cas MHS interventionnels pourraient être enregistrés dans ce registre, ce qui constituerait la meilleure option selon les participants à l'audition.

6.3.2 Appréciation de l'organe scientifique MHS

Centralisation sur deux centres

Compte tenu des possibilités d'extension des capacités des hôpitaux candidats, en cas d'attribution à deux centres seulement, la couverture des besoins dans le présent domaine partiel ne serait pas assurée actuellement ni dans les années à venir. Pour les raisons exposées plus en détail aux chapitres 6.1 et 6.4, une attribution aux quatre centres proposés est nécessaire pour pouvoir couvrir les besoins en soins dans toute la Suisse pendant toute la durée des attributions de prestations MHS dans ce nouveau domaine MHS.

Candidature partielle pour les ablations électrophysiologiques

Selon la décision de l'organe de décision MHS du 20 mai 2021 concernant le rattachement à la MHS de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives, les ablations électrophysiologiques stationnaires chez l'enfant et l'adolescent ont été rattachées au présent domaine partiel MHS. Comme cela a déjà été expliqué au chapitre 3 « Contexte », conformément aux dispositions du Tribunal administratif fédéral (TAF), il convient, pour la planification de la MHS, de suivre une procédure formellement séparée en deux temps qui distingue entre rattachement d'un domaine de prestations à la MHS (définition du domaine MHS) et attribution des prestations (établissement de la liste des hôpitaux MHS). Les mandats de prestations MHS sont attribués pour les trois domaines partiels de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives tels qu'ils sont définis dans la décision relative au rattachement à la MHS. La définition du domaine MHS ou des différents domaines partiels n'est donc pas l'objet de la présente procédure d'attribution des prestations. Il convient néanmoins de préciser ici que seuls les traitements répondant aux critères de la CIMHS ont été rattachés au présent domaine partiel, et que la définition du présent domaine partiel a été approuvée par la grande majorité des participants dans le cadre d'une consultation à l'échelle nationale.

Tant les mandats de prestations à attribuer que les nombres minimaux de cas sont liés à des prestations qui figurent exactement sur la liste de codes du présent domaine partiel. Une candidature pour un mandat de prestations MHS se fait toujours pour l'ensemble du paquet de prestations faisant l'objet de l'appel à candidatures, et les candidatures partielles pour certains traitements de ce paquet de prestations ne sont ni possibles ni médicalement pertinentes. Dans la mesure où les ablations pédiatriques sont des interventions très rares, la concentration de la fourniture des prestations dans des centres assurant toute la gamme des prestations de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque pédiatriques invasives se justifie sur le plan de la qualité. Les flux de patients analysés montrent en outre que la majeure partie des traitements rattachés à la MHS sont d'ores et déjà réalisés par les quatre fournisseurs de prestations proposés pour l'attribution des prestations. Ceux-ci assurent chacun une part des soins allant de 14 % à 44 %, alors que tous les autres fournisseurs de prestations ne couvrent pas plus de 1 % des cas chacun (voir chapitre 6.1.1 ainsi qu'annexe A2, tableau 17). Pour les patients pédiatriques, une prise en charge adaptée à l'âge est en outre essentielle, ce qui ne peut être garanti que dans des centres disposant du personnel pédiatrique nécessaire et d'une infrastructure complète spécifique à la pédiatrie, comme cela peut être garanti dans le domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque invasives pédiatriques. Ainsi que nous l'avons déjà expliqué au chapitre 6.2.2, même en prenant en compte les ressources de l'UKBB, les exigences

relatives à la qualité des structures et des processus ne seraient pas entièrement remplies à l'USB pour le présent domaine partiel.

Obligation relative aux nombres minimaux de cas

Le champ d'application de la planification MHS se limite aux cas stationnaires. En conséquence, les nombres minimaux de cas pour le présent domaine partiel ont été explicitement fixés pour les cas stationnaires. De plus, les cas ambulatoires ne pourraient pas non plus être comptés pour des raisons techniques, car il n'existe pas de source nationale de données validée pour ces cas, basée sur les codes CHOP et CIM, comme c'est le cas pour les cas stationnaires avec la statistique médicale de l'OFS. Compte tenu du fait que le CHUV n'a, avec 146 cas par an en moyenne, manqué que de peu le nombre minimal de 150 cas pendant la période analysée (2017-2019), et qu'il l'a même atteint en 2018 et 2019, il devrait pouvoir atteindre ce nombre minimal de cas à l'avenir. Cette estimation est étayée par les prévisions des besoins (cf. chapitre 6.1.2), selon lesquelles le nombre de cas dans ce domaine partiel devrait augmenter de 19 % d'ici 2029 pour des raisons d'ordre démographique, épidémiologique et médico-technique. Afin de garantir néanmoins que les patientes et patients du CHUV bénéficient du meilleur traitement possible (p. ex. en ambulatoire si indiqué), l'organe scientifique MHS recommande d'allonger le délai pour atteindre le nombre minimal de cas de deux à quatre ans après l'entrée en vigueur des attributions de prestations. Une telle prolongation devrait permettre au CHUV d'atteindre facilement le nombre minimal de cas grâce à l'augmentation naturelle des cas résultant des évolutions démographiques, épidémiologiques et médico-techniques, sans qu'il faille adapter les pratiques de traitement concernant les cas stationnaires et ambulatoires.

Registre des cas interventionnels

L'organe scientifique MHS estime qu'un raccordement à un registre international ou européen est en principe plus judicieux que la mise en place ou le développement de registres nationaux en ce qui concerne la standardisation et la comparabilité internationale des données relatives à la qualité. Au moment du lancement de l'audition, il n'était toutefois pas encore possible de prévoir si le registre AEPC serait effectivement mis en place ou, le cas échéant, dans quel délai. C'est la raison pour laquelle on a proposé que les centres MHS se raccordent au registre suisse de cardiologie pédiatrique existant et le développent afin de pouvoir aboutir à un premier rapport sur la qualité dans un délai raisonnable. Selon des informations récentes, les plans de l'AEPC se sont cependant entre-temps concrétisés et le nouveau registre international devrait être mis en œuvre en 2024. C'est la raison pour laquelle l'organe scientifique MHS recommande, dans le présent rapport final, d'adapter l'obligation correspondante imposée aux centres MHS afin qu'ils s'affilient dès que possible au nouveau registre AEPC, à la place du registre suisse de cardiologie pédiatrique.

6.4 Attribution de la fourniture des prestations MHS

Afin d'évaluer si les besoins futurs en soins peuvent être couverts si les mandats de prestations sont attribués aux candidats remplissant toutes les exigences requises, on a déterminé si les fournisseurs de prestations étaient en sous-capacité et de quelles capacités supplémentaires ils pourront disposer à l'avenir. Ces informations ont été recueillies au moyen du questionnaire de candidature (cf. tableaux dans l'annexe A6).

En 2019 et 2020, selon les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats, dix patients chez lesquels une intervention dans le domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque pédiatriques invasives était indiquée ont dû être renvoyés ou transférés en raison de problèmes de sous-capacité (cf. annexe A6). Par ailleurs, les deux fournisseurs de prestations remplissant toutes les exigences indiquent qu'ils pourront, si nécessaire, augmenter substantiellement leurs capacités à l'avenir (cf. annexe A6). Cependant, l'attribution des prestations aux deux seuls hôpitaux satisfaisant à toutes les exigences entraînerait une situation de sous-capacité.

Après avoir pris en compte tous les aspects importants et 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. Les mandats de prestations sont attribués pour une durée de six ans, ce qui offre une sécurité de planification à l'hôpital. De plus, le processus de réévaluation en deux temps prend beaucoup de temps. Par ailleurs, en vue de la réévaluation de l'attribution des prestations, il est nécessaire de disposer d'un nombre suffisant de données de bonne qualité provenant du registre MHS. L'attribution d'un

mandat de prestations pour six ans est donc justifiée. Le respect des exigences doit être surveillé pendant toute cette durée au moyen du monitoring et du contrôle des données des registres.

Attribution d'un mandat de prestations aux quatre centres suivants

Tableau 6 : attribution des mandats de prestations MHS dans le domaine partiel « cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives »

Prestataire	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Les Hôpitaux universitaires de Genève	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.

Tableau 7 : attribution de mandats de prestations MHS avec obligations particulières dans le domaine partiel « cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives »

Prestataire	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	Limité à 6 ans, avec obligation particulière : atteindre le nombre minimal de cas 4 ans après l'entrée en vigueur du mandat des prestations.	Satisfait à toutes les exigences hormis le nombre minimal de cas L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung	Limité à 6 ans, avec obligations particulières : 2 ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations l'hôpital doit disposer, en coopération avec un établissement de formation postgraduée reconnu pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique de catégorie A, d'un <ul style="list-style-type: none"> • Programme de rotation structuré permettant aux médecins en formation postgraduée de remplir le programme de formation postgraduée ISFM pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique¹² • Concept pour la formation postgraduée commune des spécialistes en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique. 	Remplit toutes les exigences sauf d'être reconnu par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique de catégorie A. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.

¹² Consultable à l'adresse suivante : <https://www.sivf.ch/fr/formation-postgraduee/titres-specialiste-formations/chirurgie-cardiaque-vasculaire.cfm>

L'Insel et les HUG remplissent toutes les exigences requises sans exception eu égard à la production d'un rapport, à la qualité, au nombre minimal de cas ainsi qu'à l'enseignement, à la formation postgrade et à la recherche. Comme nous l'avons déjà mentionné, ces deux hôpitaux ne permettent toutefois pas de couvrir complètement les besoins à l'échelle nationale.

Parmi les prestataires ne satisfaisant pas complètement aux exigences requises, ce sont le CHUV et le Kispi qui les remplissent le plus largement. Le CHUV satisfait à toutes les exigences, sauf le nombre minimal de cas, et, avec un part des soins de 14 %, fait néanmoins partie des quatre hôpitaux affichant le plus haut volume de cas. Avec une part des soins de 44 %, le Kispi affiche quant à lui la plus importante part de soins de tous les prestataires et satisfait à toutes les exigences, hormis la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique de catégorie A. Comme nous l'avons déjà expliqué, pour des raisons structurelles, le Kispi ne peut toutefois pas disposer d'une reconnaissance correspondante, car il s'agit d'un hôpital pour enfants indépendant, qui constitue une institution juridiquement distincte de l'USZ (voir chapitre 6.2.4).

Afin de couvrir les besoins, des mandats de prestations assortis d'obligations particulières sont attribués au CHUV et au Kispi. L'obligation particulière imposée au CHUV est d'atteindre le nombre minimal de cas quatre ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations. Pour sa part, l'obligation particulière qui incombe au Kispi est, en coopération avec un établissement de formation postgraduée reconnu pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique de catégorie A, d'établir un programme de rotation structuré pour les médecins en formation postgraduée, ainsi que de mettre en œuvre un concept pour la formation continue commune des spécialistes en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique.

Les organes de la CIMHS ont également pris en considération les résultats de l'examen de l'économicité en ce qui concerne l'attribution des prestations. C'est au Kispi que les prestations s'avèrent comparative-ment les moins économiques – tout en rappelant ici que le nombre de cas extrêmement faible de l'USB ne permet pas de tirer de conclusion statistiquement significative. Dans la mesure où le Kispi est cependant nécessaire à la couverture des besoins, et qu'à l'exception de la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée reconnu pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, il remplit toutes les conditions médicales et d'infrastructure, le nombre minimal de cas ainsi que les autres exigences en matière d'enseignement, de formation continue et de recherche, un mandat de prestations est attribué au Kispi.

Par ailleurs, l'attribution des prestations à l'Insel, aux HUG, au CHUV et au Kispi permet de couvrir les besoins dans l'ensemble de la Suisse, même si le nombre de cas devait augmenter au cours des prochaines années, comme le prévoit l'analyse des besoins.

Enfin, il convient de rappeler ici que tous les hôpitaux qui reçoivent un mandat de prestations MHS sont tenus de respecter les dispositions de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102) les concernant, notamment celles qui entrées en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

Il est exclu d'autoriser des hôpitaux ou des capacités inutiles aux besoins. C'est pourquoi – et en raison du non-respect de diverses exigences – l'USB ne reçoit pas de mandat de prestations (cf. tableau 8).

Tableau 8 : non-attribution de mandats de prestations MHS dans le domaine partiel « cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives »

Prestataire	Motif de la non-attribution
Universitätsspital Basel	Ne satisfait pas à la qualité des structures et des processus ; n'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas reconnu comme établissement de formation postgraduée pour la cardiologie pédiatrique ; ne se déclare pas prêt à assumer toutes les missions de soins définies ; l'attribution d'un mandat de prestations MHS n'est pas nécessaire pour couvrir les besoins.

Conclusion

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

- Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern
- Les Hôpitaux Universitaires de Genève
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (*mandat de prestations avec obligation particulière : atteindre le nombre minimal de cas 4 ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations*)
- Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung (*mandat de prestations avec obligation particulière : 2 ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations l'hôpital doit disposer, en coopération avec un établissement de formation postgraduée reconnu pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique de catégorie A, d'un programme de rotation structuré permettant aux médecins en formation postgraduée de remplir le programme de formation postgraduée ISFM pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique ; concept pour la formation continue commune des spécialistes en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique.*)

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

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

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

Obligations générales

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

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

4. Adresser un rapport au secrétariat de projet MHS à l'intention des organes de la CIMHS :
 - a) Divulgence immédiate des éventuels manquements aux exigences de qualité et des modifications intervenues en termes de structures et de personnel qui affectent l'assurance qualité (notamment restructuration du centre, vacance du poste de directeur du centre ou de la direction médicale ou paramédicale)
 - b) Remise chaque année des données sur la qualité des processus et des résultats, y compris le nombre de cas, recueillies dans le cadre de l'ensemble minimal de données MHS (voir annexe A1). Les centres soumettent de façon coordonnée les données standardisées et directement comparables au secrétariat de projet MHS et désignent à cet effet une personne responsable.
 - c) Signature d'une autorisation donnant droit au secrétariat de l'exploitant du registre de communiquer les données collectées dans le registre au secrétariat de projet MHS.
 - d) Remise d'un rapport relatif à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche deux et cinq ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations.

Obligations spécifiques au domaine considéré

Qualité des structures

5. Les médecins spécialistes des disciplines suivantes sont disponibles dans le centre MHS :
 - a) Chirurgie cardiaque 24 h/24 et 7 j/7)
6. Disponibilité dans le centre MHS des spécialistes des disciplines suivantes :
 - a) Cardiotechnique (24 h/24 et 7 j/7)
 - b) Pharmacologie clinique
7. Les médecins spécialistes des disciplines suivantes sont disponibles dans le centre MHS ou sont contractuellement tenus de l'être :
 - a) Génétique médicale
 - b) Hématologie
8. Les spécialistes des disciplines suivantes sont disponibles dans le centre MHS ou sont contractuellement tenus de l'être :
 - a) Psychiatrie / Psychologie
 - b) Service social
 - c) Logopédie / Oto-rhino-laryngologie
9. Disponibilité dans le centre MHS des services suivants :
 - a) Equipe d'ECMO (24 h/24 et 7 j/7)
 - b) Acute and chronic pain service
 - c) Soins palliatifs
10. Les infrastructures suivantes sont disponibles dans le centre MHS :
 - a) Salle d'opération avec possibilité de réaliser des interventions hybrides (24 h/24 et 7 j/7)
 - b) Laboratoire de cathétérisme cardiaque (24 h/24 et 7 j/7)
 - c) Possibilité d'assistance cardiaque (ECMO / ECLS, 24 h /24 et 7 j/7)
 - d) Imagerie médicale cardiaque (TEE, TTE et scanner 24 h /24 et 7 j/7, IRM)
 - e) Techniques d'épuration extrarénale continue (CVVH, CVVHD, 24 h /24 et 7 j/7)
11. Les infrastructures suivantes sont disponibles dans le centre MHS ou bien en vertu d'un accord contractuel :
 - a) Laboratoire de génétique
 - b) Anatomopathologie
 - c) Laboratoire de microbiologie
12. Conditions nécessaires en matière de personnel et de structures pour que les centres puissent traiter eux-mêmes les complications sans avoir à transférer le patient.

Qualité des processus

13. Disponibilité d'une échocardiographie transthoracique et transœsophagienne (TEE).
14. Possibilité d'opérations en urgence et de cathétérismes cardiaques 365 jours /an.

Enseignement, formation postgrade et recherche

15. Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique (titre de spécialiste), catégorie A.

16. Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour l'anesthésiologie (titre de spécialiste), catégorie A1 /A2
17. Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la médecine intensive (titre de spécialiste), catégorie Au /A
18. Respect des exigences de l'organe scientifique MHS en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche (cf. annexe A2 du catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021)

Obligations spécifiques au domaine partiel considéré

Nombres minimaux de cas

19. Au moins 150 cas¹³ par an et par site

Qualité des structures

20. Des spécialistes avec les titres de médecin spécialiste ou de formation approfondie suivants sont disponibles dans le centre MHS :
 - a) Cardiologie pédiatrique ; disponibilité (24 h/24 et 7 j/7)
 - b) Médecine intensive avec compétences en médecine intensive pédiatrique, avec service de garde assuré par un médecin cadre ; disponibilité sur place dans un délai maximal de 30 min. (24 h/24 et 7 j/7) ou bien médecins en formation postgraduée spécifique sur place (24 h/24 et 7 j/7)
 - c) Anesthésiste avec expertise en anesthésiologie pédiatrique avec service de garde assuré par un médecin cadre ; disponibilité sur place dans un délai maximal de 30 min. (24 h/24 et 7 j/7)
 - d) Anesthésiste avec une expertise en anesthésiologie cardiovasculaire pédiatrique (24 h/ 24 et 7 j/7)
 - e) Neuropédiatrie
 - f) Néphrologie pédiatrique
 - g) Infectiologie /immunologie avec expertise pédiatrique
 - h) Pneumologie pédiatrique
 - i) Chirurgie pédiatrique avec expérience en chirurgie plastique, neurochirurgie et urologie
 - j) Gastroentérologie et hépatologie pédiatriques
 - k) Radiologie pédiatrique
21. Des spécialistes avec le titre suivant de médecin spécialiste ou de formation approfondie sont disponibles dans le centre MHS ou sont contractuellement tenus de l'être :
 - a) Endocrinologie
 - b) Cardiologie pédiatrique ou cardiologie avec compétences en électrophysiologie pédiatrique
22. Les spécialistes des disciplines suivantes sont disponibles dans le centre MHS ou sont contractuellement tenus de l'être :
 - a) Dentistes
 - b) Physiothérapie pédiatrique
23. Les infrastructures suivantes sont disponibles dans le centre MHS :

¹³ Conformément à la définition actuellement en vigueur de ce domaine partiel MHS : <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/domaines/cardiologie-et-chirurgie-cardiaque-congenitales-et-pediatriques-invasives>

- a) Service de soins intensifs pédiatriques reconnu par la Société suisse de médecine intensive (SSMI)

Qualité des processus

24. Raccordement au registre de l'European Congenital Heart Surgeons Association (ECHSA)¹⁴ (pour la saisie des cas chirurgicaux) lors de la première année après l'entrée en vigueur du mandat de prestations ainsi qu'au nouveau registre de l'Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC)¹⁵ (pour la saisie des cas interventionnels), dès qu'un raccordement au nouveau registre sera possible. Prise en charge des coûts en résultant et des frais d'exploitation.
25. Le recueil uniforme et la transmission des données de l'ensemble minimal de données (voir annexe A1) au registre pour chaque patient MHS pour les cas chirurgicaux ont lieu au plus tard deux ans après l'attribution des prestations ; la remise du premier rapport annuel sur les cas chirurgicaux de tous les centres MHS intervient au plus tard trois ans après l'attribution des prestations.
Le recueil uniforme et la transmission des données de l'ensemble minimal de données (voir annexe A1) au registre pour chaque patient MHS pour les cas interventionnels ont lieu au plus tard un an après la mise en place du nouveau registre AEPC ; la remise du premier rapport annuel sur les cas interventionnels de tous les centres MHS intervient au plus tard deux ans après la mise en place du nouveau registre AEPC.
26. Audits réguliers des données des registres à des fins d'assurance qualité et prise en charge des coûts en résultant. Les résultats de l'audit sont communiqués aux organes de la CIMHS et les centres ayant fait l'objet d'un audit nommément mentionnés.
27. Organisation d'une réunion de planification multidisciplinaire préopératoire pour chaque patient MHS.
28. Service de transfusion avec compétences pédiatriques.
29. Disponibilité d'un programme d'Extracorporeal Life Support (ECLS) pédiatrique dans l'établissement.

Enseignement, formation postgrade et recherche

30. Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la cardiologie pédiatrique (titre de formation approfondie), catégorie A ou B.

¹⁴ Consultable à l'adresse suivante : <https://www.echsa.org/>

¹⁵ Consultable à l'adresse suivante : <https://www.aepc.org/>

7. Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)

7.1 Analyse des besoins en matière de soins

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

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

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

7.1.1 Analyse de la situation actuelle

L'analyse des besoins se fonde essentiellement sur les données de la SM ; celles-ci comprennent toutes les hospitalisations dans les hôpitaux suisses. Dans la mesure où le domaine MHS n'était pas encore représenté dans le système des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) pendant la période analysée, les cas MHS ont été circonscrits en se fondant sur les codes de traitement déterminants. Est comptée comme cas une hospitalisation selon la SM¹⁶ qui correspond à la définition en vigueur du présent domaine partiel MHS.¹⁷

Pour l'analyse de l'offre de soins actuelle, on s'est servi des données disponibles les plus récentes. Pour le domaine partiel de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque pédiatriques invasives, il s'agit des années 2017 à 2019. On s'est donc servi, dans toutes les analyses qui suivent, des données de la SM de toutes les hospitalisations de 2017 à 2019 qui peuvent être rattachées au présent domaine partiel MHS.

Situation actuelle

La SM de l'OFS mentionne en moyenne 50 cas environ par an pour la période 2017-2019 qui peuvent être imputés à la médecine hautement spécialisée dans le présent domaine partiel. Les cas se répartissent sur 15 sites hospitaliers dont deux plus importants affichent une part des soins de plus de 38 % et 21 % respectivement. Avec 15 % et 7 %, deux autres fournisseurs de prestations arrivent également à afficher une part des soins plus élevée que le reste des prestataires (qui n'ont chacun pris en charge que 1 à 5 % des cas). L'annexe A2 récapitule la part des soins par fournisseur de prestations.

Flux de patients

Le tableau suivant présente les flux de patients pendant la période 2017-2019 selon la région de l'hôpital concerné et la région d'origine des patients. Le taux d'exportation indique dans quelle mesure la population d'une région dépend des fournisseurs de prestations d'autres régions. En complément du taux d'exportation, le taux d'importation montre la proportion de patients extra-régionaux parmi le total des traitements réalisés dans les hôpitaux d'une région donnée. On peut en déduire l'importance suprarégionale des fournisseurs de prestations (voir tableau 9 et tableau 10).

Pendant la période analysée, plus de 90 % des patients ont été traités dans la région lémanique, sur le Plateau suisse et dans la région de Zurich. La Suisse orientale, la Suisse centrale, le Tessin et le nord-

¹⁶ La définition d'un cas stationnaire selon la statistique médicale des hôpitaux peut être consulté à l'adresse suivante : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.assetdetail.230430.html>

¹⁷ Consultable à l'adresse suivante : <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/domaines/cardiologie-et-chirurgie-cardiaque-congenitales-et-pediatriques-invasives>

ouest de la Suisse affichent des taux d'exportation compris entre 56 % et 91 %, ce qui signifie que la majorité des patients sont traités en dehors de leur région de résidence. C'est la région de Zurich qui affiche le taux d'importation le plus important. 53 % des cas dans les hôpitaux situés dans la région de Zurich sont le fait de patients venus d'autres régions.

Tableau 9 : Flux de patients par région pour la période 2017-2019 (chiffres mis en commun)

Site hospitalier par région	Nombre de patients par région								
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total
Région lémanique : GE, VD, VS	29	6	1	2			1	3	42
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO		31	1	1	1	1		1	36
Nord-ouest de la Suisse : BS, BL, AG	1	1	8					1	11
Zurich : ZH			8	33	19	6	2	2	70
Suisse orientale : SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR					2				2
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ						2			2
Tessin : TI							1		1
Total	30	38	18	36	22	9	4	7	164

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

Tableau 10 : Taux d'exportation et d'importation par région, 2017-2019 (combinés)

Site hospitalier par région	Taux d'exportation	Taux d'importation
Région lémanique : GE, VD, VS	3 %	31 %
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO	18 %	14 %
Nord-ouest de la Suisse : BS, BL, AG	56 %	27 %
Zurich : ZH	8 %	53 %
Suisse orientale : SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	91 %	0 %
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	78 %	0 %
Tessin : TI	75 %	0 %

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

7.1.2 Prévisions des besoins

A partir de l'analyse de la situation actuelle en matière de soins (cf. chapitre 7.1.1 « Analyse de la situation actuelle »), la prévision des besoins futurs en soins a été évaluée en se fondant sur l'évolution attendue sur les plans démographique, épidémiologique et technico-médical. L'année de référence pour la prévision des besoins est 2019 et l'horizon prévisionnel 2029. Pour l'évaluation de la situation actuelle de l'offre de soins, on a inclus les patients résidant à l'étranger dans le cadre de l'analyse de la situation actuelle décrite au chapitre précédent. Pour les prévisions, seuls les besoins de la population résidant en Suisse ont en revanche fait l'objet d'une estimation. On trouvera ci-après dans un premier temps une analyse de l'impact des divers facteurs (démographie, épidémiologie et évolution médico-technique) sur la prévision des besoins, puis, dans un deuxième temps, des prévisions consolidées des besoins futurs prenant en considération tous les paramètres.

Démographie

Si l'on ne tient compte que de l'évolution démographique, on peut tabler sur une augmentation du nombre de cas de 6 % (soit 56 cas) d'ici 2029. L'augmentation prévue est ainsi inférieure à la croissance attendue de la population générale (+8,7 %) ; en effet, 80 % environ des interventions se déroulent chez des patients entre 18 et 59 ans, et cette tranche d'âge enregistrera d'ici 2029 une croissance inférieure à la moyenne.

Epidémiologie et évolution médico-technique

Compte tenu des évolutions épidémiologiques, on table sur une augmentation des besoins de 22 %. Cela tient avant tout à l'amélioration des chances de survie des enfants atteints de malformations cardiaques congénitales grâce aux progrès réalisés en chirurgie cardiaque pédiatrique. Cela permet à la grande majorité des patients concernés d'atteindre l'âge adulte, ce qui change la structure de la population à risque. Les traitements en question chez l'enfant ne sont possibles que depuis les années 1970 et 1980, ce qui explique que les cohortes d'adultes souffrant de malformations cardiaques congénitales vont continuer à croître au cours des prochaines décennies.

De plus, il faut s'attendre à une augmentation supplémentaire, voire à un quasi-doublement des cas (+97 %) d'ici 2029 en raison de l'évolution des évolutions médico-techniques. Comme pour les évolutions épidémiologiques, les experts estiment ici aussi que l'amélioration des chances de survie est due aux progrès de la chirurgie cardiaque pédiatrique et de l'anesthésie pédiatrique, Lesquels permettent à la plupart des patients d'atteindre l'âge adulte.

Prévisions consolidées

Si, outre les prévisions démographiques de l'OFS, on tient également compte des évolutions épidémiologiques et médico-techniques, on prévoit une augmentation du nombre de cas de 126 % (soit 120 cas) d'ici 2029. Le nombre de cas dans ce domaine partiel devrait également connaître une croissance prononcée dans les années à venir. Le facteur déterminant de cette hausse prévue est l'augmentation, grâce aux progrès de la chirurgie cardiaque pédiatrique, des chances de survie des enfants et adolescents souffrant de malformations cardiaques congénitales, ce qui devrait entraîner à son tour une nouvelle hausse du nombre de patients à l'âge adulte.

Même si des prévisions ponctuelles aboutissent à un chiffre concret pour les besoins futurs, cela ne doit pas donner l'impression que les prévisions actuelles des besoins peuvent prédire précisément l'évolution future des nombres de cas. Les besoins futurs en médecine hautement spécialisée dépendent de divers développements qui ne peuvent être prédits de manière définitive. Il s'y ajoute par ailleurs des variations aléatoires dont certaines sont déjà évidentes dans l'analyse rétrospective. L'évolution démographique et ses conséquences sur les besoins attendus en matière de soins peuvent être estimées avec un degré de certitude relativement élevé (prévisions démographiques). L'incertitude est en revanche plus grande en ce qui concerne les évolutions épidémiologiques et médico-techniques.

7.2 Evaluation des candidatures soumises

Au cours de la procédure de candidature qui a eu lieu du 21 septembre au 22 novembre 2021, le secrétariat de projet MHS a reçu quatre candidatures pour l'obtention d'un mandat de prestations MHS.

Les hôpitaux suivants se sont portés candidats à un mandat de prestations dans le domaine partiel MHS « cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD) » :

- Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern (Insel)
- Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Universitätsspital Zürich (USZ)

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

7.2.1 Engagement 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 MHS¹⁸ et à satisfaire aux exigences liées à la fourniture des prestations (cf. catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021) (cf. tableau 11).

7.2.2 Qualité

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

Qualité des structures et qualité des processus.

Tous les candidats satisfont aux exigences concernant la qualité des structures et des processus conformément au catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021. Ils disposent aussi bien des médecins spécialistes que des autres professionnels – qui doivent tous être disponibles dans le centre MHS – nécessaires à la réalisation des interventions dans le domaine partiel de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD) ainsi que de l'infrastructure requise.

7.2.3 Nombres minimaux de cas

Dans ce domaine partiel MHS, le nombre minimal est fixé à cinq cas par an. La période déterminante retenue pour l'obtention de ces nombres minimaux de cas allait du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019, sachant que c'est la moyenne sur trois ans qui était prise en considération.

Autodéclaration

Selon leurs propres indications, tous les candidats satisfont au nombre minimal de cinq cas par an (moyenne sur trois ans du 1^{er}.01.2017 au 31.12.2019).

Statistique médicale des hôpitaux

L'obtention du nombre minimal de cas a été contrôlée en se servant des cas enregistrés dans la statistique médicale des hôpitaux (SM). On s'est fondé pour ce faire sur la moyenne annuelle pendant la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019. Après contrôle, il s'avère que, par rapport à l'autodéclaration, trois candidats (Insel, CHUV, USZ) atteignent encore le nombre minimal de cas, mais un (HUG) pas.

L'hôpital (HUG) qui avait indiqué atteindre le nombre minimal de cas dans l'autodéclaration, mais pour lequel le nombre annuel de cas figurant dans la SP s'avère inférieur au nombre minimal de cas, a été prié de fournir les comptes rendus opératoires concernés. La vérification visait à déterminer s'il s'agissait de cas MHS selon la définition retenue pour le rattachement à la MHS. Après contrôle, les HUG atteignent bien le nombre minimal de cas.

¹⁸ Cf. pédiatrie et chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée. Rapport final du 20 mai 2021.

Conclusion concernant les nombres minimaux de cas

Selon les contrôles réalisés, tous les candidats atteignent le nombre minimal de cas requis. On trouvera dans l'annexe A3 un récapitulatif des nombres de cas de tous les candidats pris en considération pour l'évaluation du degré de respect de ce critère.

7.2.4 Enseignement, formation postgrade et recherche

Etablissement de formation postgraduée

Les hôpitaux devaient être reconnus par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée dans les disciplines suivantes :

- Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, de catégorie A
- Anesthésiologie, de catégorie A1 / A2
- Médecine intensive de catégorie Au/ A
- Cardiologie de catégorie A

On ne s'est pas fondé ici sur l'autodéclaration, mais sur le contrôle direct de la liste de l'ISFM des établissements de formation postgraduée reconnus publiée sur le site de ce dernier. Les candidats disposent tous des reconnaissances correspondantes requises de l'ISFM comme établissement de formation postgraduée.

Schéma d'évaluation enseignement, formation postgrade et recherche

Le respect des exigences requises en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche a été évalué à l'aide d'un schéma d'évaluation standardisé (cf. annexe A2 du catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021) ; celui-ci tient compte des activités des fournisseurs de prestations dans la formation, la formation postgrade, la recherche clinique ainsi que des publications dans le domaine partiel MHS concerné. L'analyse du schéma d'évaluation standardisé montre que tous les candidats remplissent les exigences requises.

7.2.5 Economie

L'analyse des données pour l'examen de l'économie des fournisseurs de prestations a été effectuée par un tiers mandaté pour ce faire. Le groupe d'experts « examen de l'économie MHS » s'est penché sur les analyses puis a établi un rapport avec les principales conclusions de l'examen de l'économie. Les résultats de cet examen sont résumés dans l'annexe A5 et la démarche méthodologique dans l'annexe A4.

Les analyses concernant l'économie ont été réalisées avec les méthodes décrites dans l'annexe A4 – la première incluant l'hôpital dans son ensemble, la seconde avec des données plus spécifiques pour le domaine partiel MHS, deux-sous méthodes ont en plus été employées avec cette dernière.

L'évaluation de l'économie dans un domaine MHS spécifique avec ITAR_K® est peu significative, car avec cette méthodologie de comparaison des coûts par cas, on se réfère à l'ensemble de la palette de prestations aiguës stationnaires d'un hôpital. Avec la méthodologie « SwissDRG », il serait en revanche possible de procéder à des comparaisons de coûts entre les hôpitaux se limitant à un domaine ou un domaine partiel MHS spécifique. Cela n'est toutefois pas possible dans le présent domaine partiel MHS. En effet, sur les quatre hôpitaux candidats, l'Insel et l'USZ avaient bien traité chacun 12 cas ou plus en 2019, mais les deux autres (HUG, CHUV) n'avaient traité qu'un cas et trois respectivement. Or il n'est guère possible d'aboutir à une conclusion statistiquement significative avec moins de 12 cas par an. Ces raisons font que, dans ce domaine partiel MHS, le groupe d'experts « examen de l'économie MHS » ne formule pas de recommandation pour l'utilisation d'une des méthodes employées.

7.2.6 Résumé de l'évaluation des candidatures reçues

Le tableau 11 résume l'évaluation des candidatures qui nous ont été soumises.

Tableau 11 : Respect des exigences par les fournisseurs de prestations

Presta-taire	Engage-ment à rem-plier le man-dat de pres-tations ¹⁾	Disponibi-lité à re-mettre un rapport, te-nue d'un re-gistre ¹⁾	Qualité des structures et des proces-sus ^{1), 2)}	Nombre mi-nimal de cas ³⁾	Etablis-sement de formation postgra-duée ⁴⁾	Enseigne-ment, for-mation postgrade et re-cherche ⁵⁾	Economi-cité ⁶⁾
Insel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Contrôlée
HUG	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Contrôlée
CHUV	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Contrôlée
USZ	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Contrôlée

Fond vert = exigence remplie

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

²⁾ Contrôle selon le catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021

³⁾ Appréciation basée sur les données de la SM. Les nombres de cas ont été contrôlés à l'aide des comptes rendus opératoires en cas de discordance importante avec l'autodéclaration.

⁴⁾ Vérification fondée sur la liste des établissements de formation postgraduée reconnus de l'ISFM

⁵⁾ Contrôle selon le schéma d'évaluation standardisé sur l'enseignement, la formation postgrade et la recherche (cf. annexe A2 du catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021)

⁶⁾ Compte tenu de la faiblesse de l'analyse statistique comparative dans ce domaine partiel du fait des maigres nombres de cas et du faible nombre de candidats, le groupe d'experts examen de l'économicité n'a pas formulé de recommandation pour l'utilisation d'une des méthodes appliquées dans l'examen de l'économicité.

7.3 Garantie du droit d'être entendu

Le rapport explicatif pour l'attribution prévue des prestations du 19 septembre 2022¹⁹ a été soumis pour audition (garantie du droit d'être entendu) le 1^{er} novembre 2022. L'organe scientifique MHS y recommandait d'attribuer un mandat de prestations limité à six ans aux fournisseurs de prestations suivants :

- Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern (Insel)
- Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Universitätsspital Zürich (USZ)

Les acteurs suivants ont été invités à participer à l'audition : les 26 cantons, l'ensemble les hôpitaux ou sites hospitaliers concernés, cinq (associations d')assureurs, les décanats des facultés de médecine des cinq universités avec hôpital universitaire, des associations professionnelles ainsi que d'autres institutions et organisations concernées. Le secrétariat de projet MHS a reçu en tout 31 prises de position. Parmi les hôpitaux concernés, tous ont participé à l'audition. En outre, trois hôpitaux supplémentaires y ont pris part.

¹⁹ Cardiologie et chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives, rapport explicatif pour l'attribution des prestations du 19 septembre 2022, projet pour la garantie du droit d'être entendu.

7.3.1 Avis

Tous les participants à l'audition qui ne se sont pas abstenus approuvent l'attribution des prestations préconisée par l'organe scientifique MHS dans le domaine partiel « cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD) » aux quatre centres proposés. Aucune voix ne s'est exprimée contre cette proposition et seules quelques abstentions ont été enregistrées.

Le seul aspect qui, en ce qui concerne la proposition d'attribution des prestations ainsi que le rapport explicatif pour ladite attribution, a été commenté dans le cadre de l'audition est la question du choix du registre pour les cas interventionnels. Selon le projet de rapport, il a été proposé que les centres MHS enregistrent à l'avenir les cas interventionnels dans le registre suisse « SACHER », car il n'existait pas à l'époque de registre international.

Plusieurs des hôpitaux candidats ainsi qu'une société savante, se sont exprimés dans le cadre de l'audition sur le fait que des efforts ont été entrepris depuis quelques années par l'Association européenne de cardiologie pédiatrique et congénitale (AEPC) pour développer et mettre en place un registre international en coopération avec l'ECHSA. Les cas interventionnels pourraient être enregistrés dans ce registre, ce qui constituerait la meilleure option selon les participants à l'audition.

7.3.2 Appréciation de l'organe scientifique MHS

L'organe scientifique MHS estime qu'un raccordement à un registre international ou européen est en principe plus judicieux que la mise en place ou le développement de registres nationaux en ce qui concerne la standardisation et la comparabilité internationale des données relatives à la qualité. Au moment du lancement de l'audition, il n'était toutefois pas encore possible de prévoir si le registre AEPC serait effectivement mis en place ou, le cas échéant, dans quel délai. C'est la raison pour laquelle on a proposé que les centres MHS se raccordent au registre suisse « SACHER » existant et le développent afin de pouvoir aboutir à un premier rapport sur la qualité dans un délai raisonnable. Selon des informations récentes, les plans de l'AEPC se sont cependant entre-temps concrétisés et le nouveau registre international devrait être mis en œuvre en 2024. C'est la raison pour laquelle l'organe scientifique MHS recommande, dans le présent rapport final, d'adapter l'obligation correspondante imposée aux centres MHS afin qu'ils s'affilient dès que possible au nouveau registre AEPC, à la place du registre suisse « SACHER ».

7.4 Attribution de la fourniture des prestations MHS

Afin d'évaluer si les besoins futurs en soins peuvent être couverts si les mandats de prestations sont attribués aux candidats remplissant toutes les exigences requises, on a déterminé si les fournisseurs de prestations étaient en sous-capacité et de quelles capacités supplémentaires ils pourront disposer à l'avenir. Ces informations ont été recueillies au moyen du questionnaire de candidature (cf. tableaux dans l'annexe A6).

En 2019 et 2020, selon les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats, aucun patient chez lequel une intervention dans le domaine partiel de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD) était indiquée n'a dû être renvoyé ou transféré en raison de problèmes de sous-capacité (cf. annexe A6). Il n'existait par conséquent aucune sous-capacité. Par ailleurs, tous les candidats indiquent qu'ils pourront si nécessaire accroître à l'avenir leurs capacités (cf. annexe A6).

Après avoir pris en compte tous les aspects importants et 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. Les mandats de prestations sont attribués pour une durée de six ans, ce qui offre une sécurité de planification à l'hôpital. De plus, le processus de réévaluation en deux temps prend beaucoup de temps. Par ailleurs, en vue de la réévaluation de l'attribution des prestations, il est nécessaire de disposer d'un nombre suffisant de données de bonne qualité provenant du registre MHS. L'attribution d'un mandat de prestations pour six ans est donc justifiée. Le respect des exigences doit être surveillé pendant toute cette durée au moyen du monitoring et du contrôle des données des registres.

Attribution d'un mandat de prestations aux quatre centres suivants

Tableau 12 : attribution des mandats de prestations dans le domaine partiel « cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD) » :

Prestataire	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Les Hôpitaux universitaires de Genève	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Universitätsspital Zürich	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.

L'Insel, les HUG, le CHUV et l'USZ remplissent toutes les exigences requises sans exception eu égard à la production d'un rapport, à la qualité, au nombre minimal de cas ainsi qu'à l'enseignement, à la formation postgrade et à la recherche.

Les organes de la CIMHS ont également pris en considération les résultats de l'examen de l'économicité en ce qui concerne l'attribution des prestations. Les faibles nombres de cas faisant que, selon le groupe d'experts « Examen de l'économicité MHS », il n'est guère possible de se prononcer de façon fiable, l'attribution des mandats de prestations dans ce domaine partiel se fonde avant tout sur les conditions en matière médicale et d'infrastructures, les nombres minimaux de cas comme indicateur de qualité, sur les activités en matière d'enseignement, de formation postgraduée et de recherche, ainsi que sur la couverture des besoins au niveau national.

Par ailleurs, l'attribution des prestations à l'Insel, aux HUG, au CHUV et à l'USZ permet de couvrir les besoins dans l'ensemble de la Suisse, même si le nombre de cas devait connaître une hausse prononcée au cours des prochaines années, comme le prévoit l'analyse des besoins (+126 %).

Enfin, il convient de rappeler ici que tous les hôpitaux qui reçoivent un mandat de prestations MHS sont tenus de respecter les dispositions de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102) les concernant, notamment celles qui entrées en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

Dans la mesure où un mandat de prestations MHS est attribué aux quatre candidats, il n'y a pas de non-attribution de prestations. Tout en attribuant des mandats aux quatre hôpitaux à s'être portés candidats, on notera qu'on aboutit néanmoins à une concentration de la fourniture des prestations, puisque les traitements sont actuellement répartis entre 15 sites (cf. chapitre 7.1.1). La plupart de ceux-ci ne se sont toutefois pas portés candidats à un mandat de prestations MHS dans le présent domaine partiel.

Conclusion

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

- Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern
- Les Hôpitaux Universitaires de Genève
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
- Universitätsspital Zürich

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

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

Obligations générales

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

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

4. Adresser un rapport au secrétariat de projet MHS à l'intention des organes de la CIMHS :
 - a) Divulgarion immédiate des éventuels manquements aux exigences de qualité et des modifications intervenues en termes de structures et de personnel qui affectent l'assurance qualité (notamment restructuration du centre, vacance du poste de directeur du centre ou de la direction médicale ou paramédicale)
 - b) Remise chaque année des données sur la qualité des processus et des résultats, y compris le nombre de cas, recueillies dans le cadre de l'ensemble minimal de données MHS (voir annexe A1). Les centres soumettent de façon coordonnée les données standardisées et directement comparables au secrétariat de projet MHS et désignent à cet effet une personne responsable.
 - c) Signature d'une autorisation donnant droit au secrétariat de l'exploitant du registre de communiquer les données collectées dans le registre au secrétariat de projet MHS.
 - d) Remise d'un rapport relatif à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche deux et cinq ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations.

Obligations spécifiques au domaine considéré

Qualité des structures

5. Les médecins spécialistes des disciplines suivantes sont disponibles dans le centre MHS :
 - a) Chirurgie cardiaque 24 h/24 et 7 j/7)
6. Disponibilité dans le centre MHS des spécialistes des disciplines suivantes :
 - b) Cardiotechnique (24 h/24 et 7 j/7)
 - c) Pharmacologie clinique

7. Les médecins spécialistes des disciplines suivantes sont disponibles dans le centre MHS ou sont contractuellement tenus de l'être :
 - a) Génétique médicale
 - b) Hématologie
8. Les spécialistes des disciplines suivantes sont disponibles dans le centre MHS ou sont contractuellement tenus de l'être :
 - a) Psychiatrie/ Psychologie
 - b) Service social
 - c) Logopédie / Oto-rhino-laryngologie
9. Disponibilité dans le centre MHS des services suivants :
 - a) Equipe d'ECMO (24 h/24 et 7 j/7)
 - b) Acute and chronic pain service
 - c) Soins palliatifs
10. Les infrastructures suivantes sont disponibles dans le centre MHS :
 - a) Salle d'opération avec possibilité de réaliser des interventions hybrides (24 h/24 et 7 j/7)
 - b) Laboratoire de cathétérisme cardiaque (24 h/24 et 7 j/7)
 - c) Possibilité d'assistance cardiaque (ECMO / ECLS, 24 h /24 et 7 j/7)
 - d) Imagerie médicale cardiaque (TEE, TTE et scanner 24 h /24 et 7 j/7, IRM)
 - e) Techniques d'épuration extrarénale continue (CVVH, CVVHD, 24 h /24 et 7 j/7)
11. Les infrastructures suivantes sont disponibles dans le centre MHS ou bien en vertu d'un accord contractuel :
 - a) Laboratoire de génétique
 - b) Anatomo-pathologie
 - c) Laboratoire de microbiologie
12. Conditions nécessaires en matière de personnel et de structures pour que les centres puissent traiter eux-mêmes les complications sans avoir à transférer le patient.

Qualité des processus

13. Disponibilité d'une échocardiographie transthoracique et transœsophagienne (TEE).
14. Possibilité d'opérations en urgence et de cathétérismes cardiaques 365 jours /an.

Enseignement, formation postgrade et recherche

15. Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique (titre de spécialiste), catégorie A
16. Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour l'anesthésiologie (titre de spécialiste), catégorie A1 /A2
17. Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la médecine intensive (titre de spécialiste), catégorie Au /A
18. Respect des exigences de l'organe scientifique MHS en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche (cf. annexe A2 du catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021)

Obligations spécifiques au domaine partiel considéré

Nombres minimaux de cas

19. Au moins 5 cas²⁰ par an et par site

Qualité des structures

20. Des spécialistes avec le titre de médecin spécialiste ou de formation approfondie suivant et une expérience dans le traitement des adultes souffrant d'une cardiopathie congénitale (ACHD) sont disponibles dans le centre MHS :
- a) Chirurgie cardiaque ; au moins deux spécialistes
 - b) Cardiologie / cardiologie pédiatrique ; au moins deux spécialistes avec au moins 24 mois d'expérience dans un centre disposant d'un département spécialisé pour les adultes souffrant d'une cardiopathie congénitale.
 - c) Anesthésiologie avec compétences en anesthésie chez les patientes et patients avec des malformations cardiaques de tous les types de complexité.
 - d) Gynécologie et obstétrique
 - e) Anatomopathologie
 - f) Cardiologie avec compétences en électrophysiologie
 - g) Médecine intensive avec service de garde assurée par un médecin cadre; disponibilité sur place dans un délai maximal de 30 min. (24 h/24 et 7 j/7)
 - h) Médecine intensive ; médecins avec formations postgraduée spécifique sur place (24 h/24 et 7 j/7)
 - i) Neurologie
 - j) Néphrologie
 - k) Infectiologie / immunologie
 - l) Pneumologie
 - m) Chirurgie générale et traumatologie
 - n) Chirurgie thoracique
 - o) Chirurgie viscérale
 - p) Neurochirurgie
 - q) Gastroentérologie et hépatologie
 - r) Radiologie
 - s) Neuroradiologie invasive
 - t) Urologie
 - u) Angiologie
 - v) Chirurgie vasculaire
 - w) Médecine nucléaire
21. Disponibilité dans l'établissement des spécialistes des disciplines suivantes :
- a) Personnel soignant avec expérience dans le traitement des adultes souffrant de cardiopathies congénitales
22. Les infrastructures suivantes sont disponibles dans l'établissement :

²⁰ Conformément à la définition actuellement en vigueur de ce domaine partiel MHS : <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/domaines/cardiologie-et-chirurgie-cardiaque-congenitales-et-pediatriques-invasives>

- a) Service de soins intensifs reconnu par la Société suisse de médecine intensive (SSMI)
- b) Service des urgences 24h /24 et 365 jours /an
- c) Médecine nucléaire

Qualité des processus

- 23. Organisation d'une réunion de planification multidisciplinaire préopératoire pour chaque patient MHS.
- 24. Conférences sur la morbidité et la mortalité
- 25. Offre d'un conseil spécialisé avant la grossesse pour les patientes atteintes d'une cardiopathie congénitale et accès à une prise en charge multidisciplinaire pour les grossesses à haut risque.
- 26. Raccordement au registre de l'European Congenital Heart Surgeons Association (ECHSA)²¹ (pour la saisie des cas chirurgicaux) lors de la première année après l'entrée en vigueur du mandat de prestations ainsi qu'au nouveau registre de l'Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC)²² (pour la saisie des cas interventionnels), dès qu'un raccordement au nouveau registre sera possible. Prise en charge des coûts en résultant et des frais d'exploitation.
- 27. Le recueil uniforme et la transmission des données de l'ensemble minimal de données (voir annexe A1) au registre pour chaque patient MHS pour les cas chirurgicaux ont lieu au plus tard deux ans après l'attribution des prestations ; la remise du premier rapport annuel sur les cas chirurgicaux de tous les centres MHS intervient au plus tard trois ans après l'attribution des prestations.
Le recueil uniforme et la transmission des données de l'ensemble minimal de données (voir annexe A1) au registre pour chaque patient MHS pour les cas interventionnels ont lieu au plus tard un an après la mise en place du nouveau registre AEPC ; la remise du premier rapport annuel sur les cas interventionnels de tous les centres MHS intervient au plus tard deux ans après la mise en place du nouveau registre AEPC.
- 28. Audits réguliers des données des registres à des fins d'assurance qualité et prise en charge des coûts en résultant. Les résultats de l'audit sont communiqués aux organes de la CIMHS et les centres ayant fait l'objet d'un audit nommément mentionnés.

Enseignement, formation postgrade et recherche

- 29. Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la cardiologie catégorie A
- 30. Mise en place d'un curriculum de formation postgraduée pour les cardiopathies congénitales à l'âge adulte.

²¹ Consultable à l'adresse suivante : <https://www.echsa.org/>

²² Consultable à l'adresse suivante : <https://www.aepc.org/>

8. Transplantations cardiaques pédiatriques

8.1 Analyse des besoins en matière de soins

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

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

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

8.1.1 Analyse de la situation actuelle

L'analyse des besoins se fonde essentiellement sur les données de la SM ; celles-ci comprennent toutes les hospitalisations dans les hôpitaux suisses. Dans la mesure où le domaine MHS n'était pas encore représenté dans le système des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) pendant la période analysée, les cas MHS ont été circonscrits en se fondant sur les codes de traitement déterminants. Est comptée comme cas une hospitalisation selon la SM²³ qui correspond à la définition en vigueur du présent domaine partiel MHS.²⁴

Pour l'analyse de l'offre de soins actuelle, on s'est servi des données disponibles les plus récentes. Pour le domaine partiel de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque pédiatriques invasives, il s'agit des années 2017 à 2019. On s'est donc servi, dans toutes les analyses qui suivent, des données de la SM de toutes les hospitalisations de 2017 à 2019 qui peuvent être rattachées au présent domaine partiel MHS.

Situation actuelle

La SM de l'OFS mentionne en moyenne cinq cas pour la période 2017-2019 qui peuvent être imputés à la médecine hautement spécialisée dans le domaine partiel des transplantations des transplantations cardiaques pédiatriques. Ces cas sont répartis entre trois sites hospitaliers au total. Les deux plus importants fournisseurs de prestations affichent chacun une part des soins de plus de 40 % et sont à eux deux responsables de 87 % des cas. L'annexe A2 récapitule la part des soins par fournisseur de prestations.

Flux de patients

Le tableau suivant (tableau 13) présente les flux de patients pendant la période 2017-2019 selon la région de l'hôpital concerné et la région d'origine des patients. Durant la période analysée, les cas ont été traités exclusivement dans des établissements de la région lémanique, du Plateau suisse et de la région de Zurich. Le nombre de cas extrêmement faible ne nous permet toutefois pas d'identifier des flux de patients dominants.

²³ La définition d'un cas stationnaire selon la statistique médicale des hôpitaux peut être consulté à l'adresse suivante : <https://www.bfs.ad-min.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.assetdetail.230430.html>

²⁴ Consultable à l'adresse suivante : <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/domaines/cardiologie-et-chirurgie-cardiaque-congenitales-et-pediatriques-invasives>

Tableau 13 : Flux de patients par région pour la période 2017-2019 (chiffres mis en commun)

Site hospitalier par région	Nombre de patients par région								
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total
Région lémanique : GE, VD, VS	4	1						1	6
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO		2							2
Nord-ouest de la Suisse : BS, BL, AG									0
Zurich : ZH			1	4	2				7
Suisse orientale : SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR									0
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ									0
Tessin : TI									0
Total	4	3	1	4	2	0	0	1	15

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

8.1.2 Prévisions des besoins

A partir de l'analyse de la situation actuelle en matière de soins (cf. chapitre 8.1.1 « Analyse de la situation actuelle »), la prévision des besoins futurs en soins a été évaluée en se fondant sur l'évolution attendue sur les plans démographique, épidémiologique et technico-médical. L'année de référence pour la prévision des besoins est 2019 et l'horizon prévisionnel 2029. Pour l'évaluation de la situation actuelle de l'offre de soins, on a inclus les patients résidant à l'étranger dans le cadre de l'analyse de la situation actuelle décrite au chapitre précédent. Pour les prévisions, seuls les besoins de la population résidant en Suisse ont en revanche fait l'objet d'une estimation. On trouvera ci-après dans un premier temps une analyse de l'impact des divers facteurs (démographie, épidémiologie et évolution médico-technique) sur la prévision des besoins, puis, dans un deuxième temps, des prévisions consolidées des besoins futurs prenant en considération tous les paramètres.

Démographie

Si l'on ne tient compte que de l'évolution démographique, il n'y a pas lieu de s'attendre à une augmentation du nombre de cas d'ici 2029 dans ce domaine partiel MHS. En principe, vu la croissance attendue de la population générale (+ 8,7 %), ainsi que de celle des enfants et adolescents âgés de 0 à 17 ans (+ 9 %), il y aurait également lieu de s'attendre à une hausse du nombre de cas dans ce domaine partiel. Cependant, compte tenu des très faibles nombres de cas (cinq cas) durant l'année de référence, la croissance démographique ne saurait avoir un effet suffisant pour entraîner une modification des chiffres absolus de cas. Au vu de l'évolution démographique, on peut par conséquent s'attendre à ce que les nombres de cas ne varient guère.

Epidémiologie et évolution médico-technique

Compte tenu des évolutions épidémiologiques, on table sur une augmentation des besoins de 5 % d'ici 2029. Les évolutions médico-techniques devraient par ailleurs être à l'origine d'un accroissement des besoins de 10 % d'ici 2029. Compte tenu des maigres nombres de cas dans ce domaine partiel, une augmentation de cet ordre n'a cependant ici aussi guère d'impact sur les chiffres absolus de cas.

Prévisions consolidées

Compte tenu de l'évolution démographique d'une part, et, d'autre part, des évolutions épidémiologiques et médico-techniques, on peut tabler sur une augmentation des besoins de 26 % d'ici 2029. Les faibles nombres de cas font cependant qu'en chiffres absolus, cela signifie une augmentation d'un cas seulement. On peut donc en conclure que les besoins ne devraient guère varier dans les dix années à venir.

8.2 Evaluation des candidatures soumises

Au cours de la procédure de candidature qui a eu lieu du 21 septembre au 22 novembre 2021, le secrétariat de projet MHS a reçu trois candidatures pour l'obtention d'un mandat de prestations MHS.

Les hôpitaux suivants se sont portés candidats à un mandat de prestations dans le domaine partiel MHS « Transplantations cardiaques pédiatriques » :

- Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern (Insel)
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Kinderspital Zürich– Eleonorenstiftung (Kispi)

On trouvera ci-après les résultats de l'évaluation des candidatures. Il convient en outre d'indiquer ici que les exigences requises pour le domaine partiel « cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives » valent également pour le présent domaine partiel des transplantations cardiaques pédiatriques. C'est ainsi notamment que le chapitre sur les nombres minimaux de cas (voir chapitre 8.2.3) se réfère au nombre minimal de cas défini pour le domaine partiel « cardiologie et chirurgie cardiaque invasives pédiatriques ».

8.2.1 Engagement 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 MHS²⁵ et à satisfaire aux exigences liées à la fourniture des prestations (cf. catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021) (cf. tableau 14).

8.2.2 Qualité

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

Qualité des structures et qualité des processus.

Tous les candidats satisfont aux exigences concernant la qualité des structures et des processus conformément au catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021. Ils disposent aussi bien des médecins spécialistes que des autres professionnels – qui doivent tous être disponibles dans le centre MHS – nécessaires à la réalisation des interventions dans le domaine partiel des transplantations cardiaques pédiatriques, ainsi que de l'infrastructure requise.

8.2.3 Autorisation

Tous les candidats disposent d'une autorisation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour la réalisation des transplantations cardiaques.

²⁵ Cf. pédiatrie et chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée. Rapport final du 20 mai 2021.

8.2.4 Nombres minimaux de cas

On exige un nombre minimal de 150 cas selon la définition du domaine partiel « cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives ». Ainsi que nous l'avons rappelé plus haut, le nombre minimal de cas requis dans le présent domaine partiel est le même que celui du domaine partiel « Cardiologie et chirurgie cardiaque invasives pédiatriques » ». Le présent chapitre se réfère donc au nombre minimal de 150 cas par an en moyenne, les cas correspondant à la définition du domaine partiel « cardiologie et chirurgie cardiaque invasives pédiatriques. »

Autodéclaration

Selon leurs propres indications, deux candidats (Insel, Kispi) satisfont au nombre minimal de 150 cas par an (moyenne sur trois ans du 01.01.2017 au 31.12.2019), mais un (le CHUV, avec 146 cas en moyenne) le manque relativement de justesse. Comme nous l'avons déjà rapporté au chapitre 6.2.3, le CHUV explique cet état de fait par le fait qu'en cardiologie pédiatrique interventionnelle, une centaine de cas par an, qui auraient normalement été traités en milieu stationnaire, ont pu être pris en charge en ambulatoire car cet établissement dispose – contrairement à d'autres fournisseurs de prestations - du personnel et des infrastructures nécessaires à cet effet.

Statistique médicale des hôpitaux

Le respect des nombres minimaux de cas a été contrôlé en se servant des cas recueillis dans la la statistique médicale des hôpitaux (SM). On s'est fondé pour ce faire sur la moyenne annuelle pendant la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019. Après contrôle, il s'avère que deux hôpitaux (Insel, Kispi) atteignent encore le nombre minimal de cas, alors qu'un (CHUV) pas. Selon la SM, le CHUV, avec 146 cas par an en moyenne, n'atteint pas non plus le nombre minimal de cas défini.

Conclusion concernant les nombres minimaux de cas

Au final, deux candidats (Insel, Kispi) atteignent le nombre minimal de cas. Un autre candidat, le CHUV, le manque en revanche relativement de justesse. On trouvera dans l'annexe A3 un récapitulatif des nombres de cas de tous les candidats pris en considération pour l'évaluation du degré de respect de ce critère.

8.2.5 Enseignement, formation postgrade et recherche

Etablissement de formation postgraduée

Les hôpitaux devaient être reconnus par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée dans les disciplines suivantes :

- Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, de catégorie A
- Anesthésiologie, de catégorie A1 / A2
- Médecine intensive de catégorie Au/ A
- Cardiologie pédiatrique, catégorie A ou B

On ne s'est pas fondé ici sur l'autodéclaration, mais sur le contrôle direct de la liste de l'ISFM des établissements de formation postgraduée reconnus publiée sur le site de ce dernier. Deux candidats (Insel, CHUV) disposent des quatre reconnaissances ISFM précitées comme établissements de formation postgraduée, mais un (Kispi) pas.

Ainsi que nous l'avons déjà expliqué au chapitre 6.2.4, le Kispi dispose de toutes les reconnaissances précitées sauf celle pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique de catégorie A ; en effet, pour des raisons structurelles, il ne peut pas disposer d'une reconnaissance correspondante, car il s'agit d'un hôpital pour enfants indépendant, qui constitue une institution juridiquement distincte de l'USZ.

Schéma d'évaluation enseignement, formation postgrade et recherche

Le respect des exigences requises en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche a été évalué à l'aide d'un schéma d'évaluation standardisé (cf. annexe A2 du catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021) ; celui-ci tient compte des activités des fournisseurs de prestations dans la formation, la formation postgrade, la recherche clinique ainsi que des publications dans le domaine

partiel MHS concerné. L'analyse du schéma d'évaluation standardisé montre que les cinq candidats remplissent les exigences requises.

8.2.6 Economicité

L'analyse des données pour l'examen de l'économicité des fournisseurs de prestations a été effectuée par un tiers mandaté pour ce faire. Le groupe d'experts « examen de l'économicité MHS » s'est penché sur les analyses puis a établi un rapport avec les principales conclusions de l'examen de l'économicité. Les résultats de cet examen sont résumés dans l'annexe A5 et la démarche méthodologique dans l'annexe A4.

Les analyses concernant l'économicité ont été réalisées avec les méthodes décrites dans l'annexe A4 – la première incluant l'hôpital dans son ensemble, la seconde avec des données plus spécifiques pour le domaine partiel MHS, deux-sous méthodes ont en plus été employées avec cette dernière.

L'évaluation de l'économicité dans un domaine MHS spécifique avec ITAR_K® est peu significative, car avec cette méthodologie de comparaison des coûts par cas, on se réfère à l'ensemble de la palette de prestations aiguës stationnaires d'un l'hôpital. Avec la méthodologie « SwissDRG », il serait en revanche possible de procéder à des comparaisons de coûts entre les hôpitaux se limitant à un domaine ou un domaine partiel MHS spécifique. Cela n'est toutefois pas possible dans le présent domaine partiel MHS. Sur les trois hôpitaux candidats, l'Insel ne peut pas être inclus dans la comparaison, car il n'avait traité aucun cas en 2019. Les deux autres hôpitaux (CHUV, Kispi) avaient traité deux et trois cas respectivement. Or il est impossible d'obtenir des conclusions statistiquement significatives avec des chiffres nettement inférieurs à 12 cas par an. Ces raisons font que le groupe d'experts « examen de l'économicité MHS » ne formule pas dans ce domaine partiel MHS de recommandation pour l'utilisation d'une des méthodes employées.

8.2.7 Résumé de l'évaluation des candidatures reçues

Le tableau 14 résume l'évaluation des candidatures qui nous ont été soumises.

Tableau 14 : respect des exigences par les fournisseurs de prestations

Prestataire	Engagement à remplir le mandat de prestations ¹⁾	Disponibilité à remettre un rapport, tenue d'un registre ¹⁾	Qualité des structures et des processus ^{1), 2)}	Autorisation OFSP ³⁾	Nombre minimal de cas ⁴⁾	Etablissement de formation postgraduée ⁵⁾	Enseignement, formation postgrade et recherche ⁶⁾	Economicité ⁷⁾
Insel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Contrôlée
CHUV	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Contrôlée
Kispi	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Contrôlée

Fond vert = exigence remplie

Fond rouge = exigence non remplie

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

²⁾ Contrôle selon le catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021

³⁾ D'après la liste des autorisations pour la transplantation d'organes humains de l'OFSP

⁴⁾ Appréciation basée sur les données de la SM. En cas de discordance importante avec l'autodéclaration, les nombres de cas ont été contrôlés à l'aide des comptes rendus opératoires

⁵⁾ Vérification fondée sur la liste des établissements de formation postgraduée reconnus de l'ISFM

⁶⁾ Contrôle selon le schéma d'évaluation standardisé sur l'enseignement, la formation postgrade et la recherche (cf. annexe A2 du catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021)

⁷⁾ Compte tenu de la faiblesse de l'analyse statistique comparative dans ce domaine partiel du fait des maigres nombres de cas et du faible nombre de candidats, le groupe d'experts examen de l'économicité n'a pas formulé de recommandation pour l'utilisation d'une des méthodes appliquées dans l'examen de l'économicité.

8.3 Garantie du droit d'être entendu

Le rapport explicatif pour l'attribution prévue des prestations du 19 septembre 2022²⁶ a été soumis pour audition (garantie du droit d'être entendu) le 1^{er} novembre 2022. L'organe scientifique MHS y recommandait d'attribuer un mandat de prestations limité à six ans aux fournisseurs de prestations suivants :

- Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern (Insel)
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) (*mandat de prestations avec obligations particulières*)
- Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung (Kispi) (*mandat de prestations avec obligations particulières*)

Les acteurs suivants ont été invités à participer à l'audition : les 26 cantons, l'ensemble des hôpitaux ou sites hospitaliers concernés, cinq (associations d')assureurs, les décanats des facultés de médecine des cinq universités avec hôpital universitaire, des associations professionnelles ainsi que d'autres institutions et organisations concernées. Le secrétariat de projet MHS a reçu en tout 31 prises de position. Parmi les hôpitaux concernés, tous ont participé à l'audition. En outre, trois hôpitaux supplémentaires y ont pris part.

8.3.1 Avis

Tous les participants à l'audition qui ne se sont pas abstenus approuvent l'attribution des prestations préconisée par l'organe scientifique MHS dans le domaine partiel « transplantations cardiaques pédiatriques » aux trois centres proposés. Aucune voix ne s'est exprimée contre cette proposition et seules quelques abstentions ont été enregistrées. Eu égard à la proposition d'attribution des prestations ainsi qu'au rapport explicatif pour ladite attribution, aucun commentaire n'a été formulé dans le cadre de l'audition.

8.3.2 Appréciation de l'organe scientifique MHS

Dans la mesure où aucune voix contre ni aucun commentaire n'ont été formulés dans le cadre de l'audition, l'organe scientifique MHS ne voit en principe pas de nécessité d'adapter la proposition d'attribution des prestations. Il convient toutefois ici de souligner que l'obligation particulière imposée au CHUV d'atteindre le nombre minimal de cas pour le domaine partiel 1, qui vaut aussi pour le présent domaine partiel 3, doit également être adaptée comme dans le domaine partiel 1. Le délai fixé pour atteindre le nombre minimal de cas doit donc ici aussi passer de deux à quatre ans.

8.4 Attribution de la fourniture des prestations MHS

Afin d'évaluer si les besoins futurs en soins peuvent être couverts si les mandats de prestations sont attribués aux candidats remplissant toutes les exigences requises, on a déterminé si les fournisseurs de prestations étaient en sous-capacité et de quelles capacités supplémentaires ils pourront disposer à l'avenir. Ces informations ont été recueillies au moyen du questionnaire de candidature (*cf.* tableaux dans l'annexe A6).

En 2019 et 2020, selon les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats, aucun patient chez lequel une transplantation cardiaque pédiatrique était indiquée n'a dû être renvoyé ou transféré en raison de problèmes de sous-capacité (*cf.* annexe A6). Il n'existait par conséquent aucune sous-capacité. Par ailleurs, tous les candidats indiquent qu'ils pourront si nécessaire accroître à l'avenir leurs capacités (*cf.* annexe A6).

Après avoir pris en compte tous les aspects importants et 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. Les mandats de prestations sont attribués pour une durée de six ans, ce qui offre une

²⁶ Cardiologie et chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives, rapport explicatif pour l'attribution des prestations du 19 septembre 2022, projet pour la garantie du droit d'être entendu.

sécurité de planification à l'hôpital. De plus, le processus de réévaluation en deux temps prend beaucoup de temps. Par ailleurs, en vue de la réévaluation de l'attribution des prestations, il est nécessaire de disposer d'un nombre suffisant de données de bonne qualité provenant du registre MHS. L'attribution d'un mandat de prestations pour six ans est donc justifiée. Le respect des exigences doit être surveillé pendant toute cette durée au moyen du monitoring et du contrôle des données des registres.

Attribution d'un mandat de prestations aux trois centres suivants

Tableau 15 : attribution de mandats de prestations MHS dans le domaine partiel « Transplantations cardiaques pédiatriques »

Prestataire	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.

Tableau 16 : attribution de mandats de prestations MHS avec obligations particulières dans le domaine partiel « Transplantations cardiaques pédiatriques »

Prestataire	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	Limité à 6 ans, avec obligations particulières : atteindre le nombre minimal de cas 4 ans après l'entrée en vigueur du mandat des prestations.	Satisfait à toutes les exigences hormis le nombre minimal de cas L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung	Limité à 6 ans, avec obligations particulières : 2 ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations l'hôpital doit disposer, en coopération avec un établissement de formation postgraduée reconnu pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique de catégorie A, d'un <ul style="list-style-type: none"> • Programme de rotation structuré permettant aux médecins en formation postgraduée de remplir le programme de formation postgraduée ISFM pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique²⁷ • Concept pour la formation postgraduée commune des spécialistes en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique. 	Remplit toutes les exigences sauf d'être reconnu par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique de catégorie A. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.

L'insel remplit toutes les exigences requises sans exception eu égard à la production d'un rapport, à la qualité, au nombre minimal de cas ainsi qu'à l'enseignement, à la formation postgrade et à la recherche. Les deux autres candidats (CHUV et Kisp) satisfont à toutes les exigences imposées hormis une. Dans

²⁷ Consultable à l'adresse suivante : <https://www.sivf.ch/fr/formation-postgraduee/titres-specialiste-formations/chirurgie-cardiaque-vasculaire.cfm>

la mesure où les exigences requises dans le domaine partiel « cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives » doivent également être remplies dans le présent domaine partiel (cf. remarque à ce sujet au chapitre 8.2), il s'agit des mêmes exigences non remplies que pour le domaine partiel précité. C'est ainsi qu'avec 146 cas en moyenne au lieu de 150, le CHUV manque ici aussi relativement de justesse le nombre minimal de cas pour la cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives. Quant au Kispi, rappelons qu'il satisfait à toutes les exigences hormis d'être reconnu comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique de catégorie A. Comme nous l'avons déjà maintes fois exposé, pour des raisons structurelles, le Kispi ne peut toutefois pas disposer d'une reconnaissance correspondante, car il s'agit d'un hôpital pour enfants autonome.

Dans le présent domaine partiel, comme pour le domaine partiel « cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives », des mandats de prestations assortis d'obligations particulières sont attribués au CHUV et au Kispi. Encore une fois, on n'exige pas du Kispi qu'il soit reconnu en propre comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique de catégorie A, mais à la place il est tenu de mettre en place, en collaboration avec un établissement de formation postgraduée reconnu correspondant, un programme de rotation structuré ainsi qu'un concept pour la formation postgraduée commune des spécialistes.

Les organes de la CIMHS ont également pris en considération les résultats de l'examen de l'économicité en ce qui concerne l'attribution des prestations. Les nombres de cas extrêmement faibles faisant que, selon le groupe d'experts « Examen de l'économicité MHS », il n'est guère possible de se prononcer de façon fiable, l'attribution des mandats de prestations dans ce domaine partiel se fonde avant tout sur les conditions en matière médicale et d'infrastructures, les nombres minimaux de cas comme indicateur de qualité, sur les activités en matière d'enseignement, de formation postgraduée et de recherche, ainsi que sur la couverture des besoins au niveau national.

Par ailleurs, l'attribution des prestations à l'Insel, au CHUV et au Kispi permet de couvrir les besoins de l'ensemble de la Suisse, même si le nombre de cas devait augmenter au cours des prochaines années.

Enfin, il convient de rappeler ici que tous les hôpitaux qui reçoivent un mandat de prestations MHS sont tenus de respecter les dispositions de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102) les concernant, notamment celles qui entrées en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

Dans la mesure où les trois candidats reçoivent chacun un mandat de prestations MHS, il n'y a pas de non-attribution de prestations.

Conclusion

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

- Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (*mandat de prestations avec obligation particulière : atteindre le nombre minimal de cas 4 ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations*)
- Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung (*mandat de prestations avec obligation particulière : 2 ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations l'hôpital doit disposer, en coopération avec un établissement de formation postgraduée reconnu pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique de catégorie A, d'un programme de rotation structuré permettant aux médecins en formation postgraduée de remplir le programme de formation postgraduée ISFM pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique ; concept pour la formation continue commune des spécialistes en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique.*)

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

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

Obligations générales

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

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

4. Adresser un rapport au secrétariat de projet MHS à l'intention des organes de la CIMHS :
 - a) Divulgarion immédiate des éventuels manquements aux exigences de qualité et des modifications intervenues en termes de structures et de personnel qui affectent l'assurance qualité (notamment restructuration du centre, vacance du poste de directeur du centre ou de la direction médicale ou paramédicale)
 - b) Remise chaque année des données sur la qualité des processus et des résultats, y compris le nombre de cas, recueillies dans le cadre de l'ensemble minimal de données MHS (voir annexe A1). Les centres soumettent de façon coordonnée les données standardisées et directement comparables au secrétariat de projet MHS et désignent à cet effet une personne responsable.
 - c) Signature d'une autorisation donnant droit au secrétariat de l'exploitant du registre de communiquer les données collectées dans le registre au secrétariat de projet MHS.
 - d) Remise d'un rapport relatif à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche deux et cinq ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations.

Obligations spécifiques au domaine considéré

Qualité des structures

5. Les médecins spécialistes des disciplines suivantes sont disponibles dans le centre MHS :
 - a) Chirurgie cardiaque 24 h/24 et 7 j/7)
6. Disponibilité dans le centre MHS des spécialistes des disciplines suivantes :
 - a) Cardiotechnique (24 h/24 et 7 j/7)
 - b) Pharmacologie clinique
7. Les médecins spécialistes des disciplines suivantes sont disponibles dans le centre MHS ou sont contractuellement tenus de l'être :
 - a) Génétique médicale
 - b) Hématologie
8. Les spécialistes des disciplines suivantes sont disponibles dans le centre MHS ou sont contractuellement tenus de l'être :
 - a) Psychiatrie/ Psychologie
 - b) Service social
 - c) Logopédie / Oto-rhino-laryngologie
9. Disponibilité dans le centre MHS des services suivants :

- a) Equipe d'ECMO (24 h/24 et 7 j/7)
 - b) Acute and chronic pain service
 - c) Soins palliatifs
10. Les infrastructures suivantes sont disponibles dans le centre MHS :
- a) salle d'opération avec possibilité de réaliser des interventions hybrides (24 h/24 et 7 j/7)
 - b) Laboratoire de cathétérisme cardiaque (24 h/24 et 7 j/7)
 - c) Possibilité d'assistance cardiaque (ECMO / ECLS, 24 h /24 et 7 j/7)
 - d) Imagerie médicale cardiaque (TEE, TTE et scanner 24 h /24 et 7 j/7, IRM)
 - e) Techniques d'épuration extrarénale continue (CVVH, CVVHD, 24 h /24 et 7 j/7)
11. Les infrastructures suivantes sont disponibles dans le centre MHS ou bien en vertu d'un accord contractuel :
- a) Laboratoire de génétique
 - b) Anatomopathologie
 - c) Laboratoire de microbiologie
12. Conditions nécessaires en matière de personnel et de structures pour que les centres puissent traiter eux-mêmes les complications sans avoir à transférer le patient.

Qualité des processus

13. Disponibilité d'une échocardiographie transthoracique et transœsophagienne (TEE).
14. Possibilité d'opérations en urgence et de cathétérismes cardiaques 365 jours /an.

Enseignement, formation postgrade et recherche

1. Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique (titre de spécialiste), catégorie A.
2. Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour l'anesthésiologie (titre de spécialiste), catégorie A1 /A2
3. Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la médecine intensive (titre de spécialiste), catégorie Au /A
4. Respect des exigences de l'organe scientifique MHS en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche (cf. annexe A2 du catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021)

Obligations spécifiques au domaine partiel considéré

Autorisation

5. Autorisation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour la transplantation d'organes²⁸

Nombres minimaux de cas

6. Au moins 150 cas²⁹ par an et par site

Qualité des structures

7. Des spécialistes avec les titres de médecin spécialiste ou de formation approfondie suivants sont disponibles dans le centre MHS :

²⁸ Voir les explications à ce sujet dans l'ordonnance sur la transplantation (RS 810.211) dans l'annexe 3 du catalogue des exigences pour la candidature du 13 septembre 2021.

²⁹ Conformément à la définition actuellement en vigueur du domaine partiel MHS « cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives » : <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/domaines/cardiologie-et-chirurgie-cardiaque-congenitales-et-pediatriques-invasives>

- a) Anatomopathologie avec compétences en histopathologie cardiaque pédiatrique
 - b) Cardiologie pédiatrique ; disponibilité (24 h/24 et 7 j/7)
 - c) Médecine intensive avec compétences en médecine intensive pédiatrique, avec service de garde assuré par un médecin cadre ; disponibilité sur place dans un délai maximal de 30 min. (24 h/24 et 7 j/7) ou bien médecins en formation postgraduée spécifique sur place (24 h/24 et 7 j/7)
 - d) Anesthésiste avec expertise en anesthésiologie pédiatrique avec service de garde assuré par un médecin cadre ; disponibilité sur place dans un délai maximal de 30 min. (24 h/24 et 7 j/7)
 - e) Anesthésiste avec une expertise en anesthésiologie cardiovasculaire pédiatrique (24 h/ 24 et 7 j/7)
 - f) Neuropédiatrie
 - g) Néphrologie pédiatrique
 - h) Infectiologie /immunologie avec expertise pédiatrique
 - i) Pneumologie pédiatrique
 - j) Chirurgie pédiatrique avec expérience en chirurgie plastique, neurochirurgie et urologie
 - k) Gastroentérologie et hépatologie pédiatriques
 - l) Radiologie pédiatrique
8. Des spécialistes avec le titre suivant de médecin spécialiste ou de formation approfondie sont disponibles dans le centre MHS ou sont contractuellement tenus de l'être :
- a) Endocrinologie
 - b) Cardiologie pédiatrique ou cardiologie avec compétences en électrophysiologie pédiatrique
9. Les spécialistes des disciplines suivantes sont disponibles dans le centre MHS ou sont contractuellement tenus de l'être :
- a) Personnel soignant avec expérience dans les transplantations cardiaques pédiatriques
 - b) Dentistes
 - c) Physiothérapie pédiatrique
10. Les infrastructures suivantes sont disponibles dans le centre MHS :
- a) Service de soins intensifs pédiatriques reconnu par la Société suisse de médecine intensive (SSMI)
11. Pour chacun des deux domaines de la chirurgie et de la pédiatrie, un médecin cadre doit être désigné qui soit formé aux transplantations cardiaques pédiatriques et soit responsable.

Qualité des processus

12. Recueil uniforme et transmission des données de l'ensemble minimal de données (voir annexe A1) au registre STCS registre pour chaque patient MHS.
13. Audits réguliers des données des registres à des fins d'assurance qualité et prise en charge des coûts en résultant. Les résultats de l'audit sont communiqués aux organes de la CIMHS et les centres ayant fait l'objet d'un audit nommément mentionnés.
14. Participation aux frais d'exploitation du registre à proportion de la contribution à celui-ci. Les frais sont répartis entre tous les centres recevant un mandat de prestations MHS.
15. Les centres et leurs réseaux s'engagent à intensifier leurs efforts pour augmenter le nombre de donneurs. Le nombre de donneurs dans chaque centre pourra être utilisé

comme un critère supplémentaire pour les décisions d'attribution futures. Les centres conservent une documentation sur le nombre de donneurs et de dons d'organes par réseau.

16. Organisation d'une réunion de planification multidisciplinaire préopératoire pour chaque patient MHS.
17. Service de transfusion avec compétences pédiatriques.
18. Disponibilité d'un programme d'Extracorporeal Life Support (ECLS) pédiatrique dans l'établissement.

Enseignement, formation postgrade et recherche

19. Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la cardiologie pédiatrique (titre de formation approfondie), catégorie A ou B.

Collaboration

20. L'organisation formelle de réseaux de prise en charge est exigée pour la prise en charge pré et post-transplantation des patients.

9. Conclusion

Le présent rapport final est publié sur le site internet de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (www.gdk-cds.ch). La décision de l'organe de décision MHS sur les attributions de prestations dans le domaine MHS « Cardiologie et chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives » est publiée dans la *Feuille fédérale*. Les décisions négatives sont notifiées aux candidats sous la forme d'une décision susceptible de recours. Les attributions de prestations entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2024.

Annexes

A1 Ensemble minimal de données

Les données de tous les centres suisses doivent être soumises de façon coordonnée – mais **classées par centre** – au secrétariat de projet MHS par un responsable désigné à cet effet.

Ensemble minimal de données MHS pour les domaines partiels « cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives » et « cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD) »

Cas chirurgicaux

Le **ECHSA Gold standards National Report** doit être présenté par les centres MHS pour les cas chirurgicaux ; ce rapport propose une comparaison nationale standardisée de la qualité de tous les centres suisses. Les points de données standardisés y sont indiqués conformément aux directives de l'ECHSA, raison pour laquelle aucun ensemble minimal de données MHS différent/propres n'est défini.

Cas interventionnels

Pour les cas interventionnels, les données relatives à la qualité devront à l'avenir être saisies dans le nouveau registre AEPC selon l'ensemble minimal de données ci-après. Dans la mesure où, au moment de la décision d'attribution des prestations, les paramètres qui devront être saisis à l'avenir dans le nouveau registre AEPC n'avaient pas encore été arrêtés de façon définitive, l'ensemble minimal de données ci-après devrait être éventuellement adapté à une date ultérieure s'il s'avère que tous les paramètres ne sont pas couverts par le registre AEPC. Si ultérieurement le registre AEPC permet une forme standardisée de déclaration comme l'« ECHSA Gold standards National Report », il faudrait en outre vérifier si une telle déclaration pourrait à l'avenir remplacer l'ensemble minimal de données figurant ci-après.

Nombres de cas
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre total de cas interventionnels par an (n) • Nombre d'examens électrophysiologiques avec/sans ablation par an (n et %) • Nombre de cathétérismes cardiaques à visée diagnostique par an (n et %) • Nombre de cathétérismes cardiaques à visée interventionnelle par an (n et %) • Nombre d'interventions hybrides par an (n et %) • Nombre de cas interventionnels par an selon le type de l'intervention (n et %) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dilatation au ballonnet vaisseaux / conduits ○ Valvuloplastie par ballonnet ○ Implantation d'un stent ○ Redilatation par stent ○ Obturation de shunts ○ Implantation de valvules ○ Biopsie endomyocardique ○ Ponction transseptale / septostomie ○ Autres : Péricardiocentèse / récupération d'un corps étranger / correction d'une insuffisance de prothèse valvulaire, fuites paravalvulaires / autre ○ Exploration EP ○ Ablation EP
Données démographiques
<ul style="list-style-type: none"> • Sexe (n et % femmes, n et % hommes) • Âge (ans) (mean and standard deviation ainsi que median and range) • Poids (kg) (mean and standard deviation ainsi que median and range) • Taille (cm) (mean and standard deviation ainsi que median and range) • Prématurés <37+0 SA) (n et %) • Nouveau-nés y compris prématurés à partir de 37 semaines en âge corrigé (n et %)

<ul style="list-style-type: none"> • Nourrissons (4 sem. – 1 an) (n et %) • Enfants et adolescents (1 à 18 ans) (n et %) • Adultes (≥ 18 ans) (n et %)
Comorbidités
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque préexistante (NYHA IV ou Ross IV (n et %) • Cathétérisme cardiaque (CC) dans les 30 jours suivant l'opération (n et %) • CC pendant le traitement par ECMO (n et %) • Ventilation mécanique avant le CC (n et %) • Nécessité de catécholamines oui/non (n et %) • Hypertension artérielle connue antérieure au CC (n et %) • Malformation cyanogène (n et %) • Pathologie syndromique (n et %) • Dysfonctionnement d'organe surajouté (insuffisance rénale justifiant une dialyse / insuffisance hépatique / insuffisance respiratoire justifiant une ventilation mécanique / autres (n et %)
Procédures de CC
<ul style="list-style-type: none"> • Score de risque de Bergersen (catégorie 1/ 2/ 3/ 4) (n et %) et adaptation pour les examens électrophysiologiques (catégorie 1/ 2/ 3/ 4) (n et %) • Durée de radioscopie (minutes) (n et %) • Dose par unité de surface (millisievert par m²) (n et %)
Données cliniques
<ul style="list-style-type: none"> • Patients selon le motif d'admission (n et %) : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Intervention élective ◦ Intervention en urgence
Outcome
<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité dans les 30 jours au moins après l'intervention ou pendant l'hospitalisation selon la cause du décès (n et %) : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Décès d'origine cardiaque (procedure-related yes/no) ◦ Décès d'origine non cardiaque ◦ Cause inconnue • Complications dans les 30 jours au moins après l'intervention ou pendant l'hospitalisation selon l'Adverse Event Severity Score de Bergersen (4 Major/ 5 Catastrophic³⁰) (n et %)
Sortie
<ul style="list-style-type: none"> • Sortie selon le type (n et %) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Retour à domicile ◦ Autre séjour hospitalier en soins aigus

³⁰ 1 None: No harm, no change in condition, may have required monitoring to assess for potential change in condition with no intervention indicated (examples: Balloon rupture, equipment problem)

2 Minor: Transient change in condition, not life threatening, condition returns to baseline, required monitoring, required minor intervention such as holding a medication or obtaining lab test. (examples: Groin hematoma, Self-resolving arrhythmia)

3 Moderate: Transient change in condition may be life threatening if not treated, condition returns to baseline, required monitoring, required intervention such as reversal agent, additional medication, transfer to the intensive care unit for monitoring, or moderate transcatheter intervention to correct condition. (examples: unstable arrhythmia with preserved blood pressure requiring intervention, vascular damage not life-threatening but requiring intervention)

4 Major: Change in condition, life threatening if not treated, change in condition may be permanent, may have required an intensive care unit admission or emergent re-admit to hospital, may have required invasive monitoring, required interventions such as electrical cardioversion or unanticipated intubation or required major invasive procedures or transcatheter interventions to correct condition. (examples: Event requiring cardiopulmonary resuscitation, Event leading to surgery or repeat catheterization, Stroke)

5 Catastrophic: Any death and emergent surgery or heart lung bypass support (ECMO) to prevent death with failure to wean from bypass support. (Examples: Event resulting in death)

Ensemble minimal de données MHS pour le domaine partiel « transplantations cardiaques pédiatriques ».

Nombres de cas
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de transplantations par an selon la modalité (n et %) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Compatible ABO ○ Incompatible ABO ○ Transplantation multiorganes • Nombre de retransplantations (n et %)
Données démographiques
<ul style="list-style-type: none"> • Sexe (n et % femmes, n et % hommes) • Âge femmes (années) • Âge hommes (années) • Poids
Données cliniques
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sternotomies antérieures (n et %) • Patients avec traitement de relais (bridging) prétransplantation par ECLS (Extracorporeal life support) (n et %) • Durée du séjour en USI après transplantation (jours) (mean and standard deviation ainsi que median and range) • Durée de la ventilation mécanique après transplantation (jours) (mean and standard deviation ainsi que median and range) • Durée de l'hospitalisation après la transplantation (jours) (mean and standard deviation ainsi que median and range) • Transplantations par an selon les principaux groupes diagnostiques (n et %) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Cardiomyopathie dilatée ○ Malformations cardiaques congénitales ○ Cardiopathie ischémique ○ Cardiomyopathie non-ischémique ○ Cardiomyopathie restrictive ○ Cardiomyopathie hypertrophique ○ Dysplasie arythmogène du ventricule droit (DAVD) ○ Autre
Outcome
<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité pendant la première année après la transplantation (n et %) • Complications pendant la première année après la transplantation, selon le type de complication (Clavien-Dindo III et plus) (n et %) <ul style="list-style-type: none"> ○ Primary nonfunction (PNF) ○ Complications vasculaires ○ Complications infectieuses ○ Rejet aigu ○ Maladie lymphoproliférative post-transplantation (PTLD) ○ Autre • Survie trois et cinq ans après la transplantation (n et %) • Retransplantation (graft failure) (n et %)

A2 Part des soins par fournisseur de prestations

1. Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives

Tableau 17 : Part des soins par fournisseur de prestations (site hospitalier), 2017–2019

Région / fournisseur de prestations	Part des soins en %			
	2017	2018	2019	Total
Région lémanique (GE, VD, VS)				
Clinique de Genolier	0 %			0 %
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	11 %	16 %	15 %	14 %
Clinique de la Source	0 %			0 %
Hôpital Riviera-Chablais (HRC) Vaud-Valais - Vevey Samaritain		0 %		0 %
Clinique des Grangettes	0 %			0 %
Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) - Soins aigus	20 %	21 %	20 %	20 %
Plateau suisse (BE, JU, NE, FR, SO)				
Lindenhofgruppe - Lindenhofspital			0 %	0 %
Inselspital Bern	17 %	14 %	20 %	17 %
Spitalzentrum Biel	0 %			0 %
Hirslanden Bern - Klinik Beau-Site	0 %	0 %		0 %
Solothurner Spitäler (soH) - Bürgerspital Solothurn			0 %	0 %
Nord-ouest de la Suisse (BS, BL, AG)				
Universitätsspital Basel	1 %	1 %	0 %	1 %
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	0 %	1 %	0 %	0 %
Hirslanden Klinik Aarau	0 %	0 %	0 %	0 %
Kantonsspital Aarau	0 %	0 %		0 %
Zurich (ZH)				
Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung - Kinderspital Zürich	45 %	44 %	41 %	44 %
Klinik Hirslanden Zurich		0 %	0 %	0 %
Stadtspital Triemli	0 %			0 %
Universitätsspital Zürich (USZ)	1 %	1 %	1 %	1 %
GZO Spital Wetzikon	0 %	0 %		0 %
Klinik Im Park	0 %	0 %	0 %	0 %
Suisse orientale (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)				
Ostschweizer Kinderspital - Kinderspital	0 %	0 %	0 %	0 %
Kantonsspital St. Gallen (KSSG) - Kantonsspital St. Gallen	0 %	0 %	0 %	0 %
Kantonsspital Graubünden		0 %		0 %
Spital Thusis	0 %			0 %
Herz-Neuro-Zentrum Bodensee (HNZB) - Kreuzlingen	0 %	0 %		0 %

Suisse centrale (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)				
Hirslanden Klinik St. Anna	0 %			0 %
Luzerner Kantonsspital (LUKS) - site de Lucerne	0 %	0 %	1 %	0 %
Tessin (TI)				
Cardiocentro Ticino	0 %	0 %	0 %	0 %
Ente Ospedaliero cantonale (EOC) - Ospedale Regionale San Giovanni	0 %			0 %
Ente Ospedaliero cantonale (EOC) - Ospedale Regionale Beata Vergine			0 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

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

Tableau 18 : part des soins par fournisseur de prestations (site hospitalier) et région, 2017–2019 (chiffres combinés)

Région / fournisseur de prestations	Part des soins par région en %							
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres
Région lémanique (GE, VD, VS)								
Clinique de Genolier	0 %							
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	34 %	15 %	5 %	1 %	0 %	3 %	8 %	7 %
Clinique de la Source	0 %							
Hôpital Riviera-Chablais (HRC) Vaud-Valais - Vevey Samaritain	0 %							
Clinique des Grangettes	0 %							
Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) - Soins aigus	62 %	1 %	1 %		0 %	1 %	1 %	50 %
Plateau suisse (BE, JU, NE, FR, SO)								
Lindenhofgruppe - Lindenhofspital		0 %						
Inselspital Bern	3 %	77 %	21 %	1 %	1 %	7 %	7 %	7 %
Spitalzentrum Biel		0 %						
Hirslanden Bern - Klinik Beau-Site		0 %						
Solothurner Spitäler (soH) - Bürgerspital Solothurn		0 %						
Nord-ouest de la Suisse (BS, BL, AG)								
Universitätsspital Basel		0 %	5 %				3 %	
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)		0 %	3 %					1 %
Hirslanden Klinik Aarau			2 %					
Kantonsspital Aarau			1 %					
Zurich (ZH)								
Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung - Kinderspital Zürich	0 %	6 %	61 %	93 %	92 %	82 %	69 %	32 %

Région / fournisseur de prestations	Part des soins par région en %							
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres
Klinik Hirslanden Zurich				0 %			2 %	
Stadsspital Triemli				0 %				
Universitätsspital Zürich (USZ)	0 %		2 %	3 %	1 %	2 %	1 %	3 %
GZO Spital Wetzikon				1 %				
Klinik Im Park				0 %	1 %	1 %		
Suisse orientale (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)								
Ostschweizer Kinderspital - Kinderspital					1 %			
Kantonsspital St. Gallen (KSSG) - Kantonsspital St. Gallen			0 %		2 %			
Kantonsspital Graubünden					1 %			
Spital Thusis					0 %			
Herz-Neuro-Zentrum Bodensee (HNZB) - Kreuzlingen					1 %			
Suisse centrale (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)								
Hirslanden Klinik St. Anna						1 %		
Luzerner Kantonsspital (LUKS) - site de Lucerne			0 %			4 %	2 %	
Tessin (TI)								
Cardiocentro Ticino							3 %	1 %
Ente Ospedaliero cantonale (EOC) - Ospedale Regionale San Giovanni							1 %	
Ente Ospedaliero cantonale (EOC) - Ospedale Regionale Beata Vergine							1 %	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

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

2. Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)

Tableau 19 : Part des soins par fournisseur de prestations (site hospitalier), 2017–2019

Région / fournisseur de prestations	Part des soins en %			
	2017	2018	2019	Total
Région lémanique (GE, VD, VS)				
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	24 %	10 %	11 %	15 %
Clinique Cecil	0 %	2 %	4 %	2 %
Ensemble Hospitalier de La Côte (EHC) - Morges	0 %	2 %	6 %	2 %
Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) - Soins aigus	4 %	12 %	4 %	7 %
Plateau suisse (BE, JU, NE, FR, SO)				
Inselspital Bern	22 %	20 %	22 %	21 %
Hôpital fribourgeois (HFR) - Fribourg	0 %	2 %	0 %	1 %
Nord-ouest de la Suisse (BS, BL, AG)				
Universitätsspital Basel	2 %	7 %	7 %	5 %
Hirslanden Klinik Aarau	0 %	3 %	0 %	1 %
Zurich (ZH)				
Klinik Hirslanden Zurich	2 %	3 %	0 %	2 %
Stadtspital Triemli	0 %	3 %	6 %	3 %
Universitätsspital Zürich (USZ)	42 %	35 %	37 %	38 %
Suisse orientale (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)				
Kantonsspital St. Gallen (KSSG) - Kantonsspital St. Gallen	0 %	2 %	0 %	1 %
Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland (SRRWS) - Spital Altstätten	0 %	0 %	2 %	1 %
Suisse centrale (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)				
Luzerner Kantonsspital (LUKS) - site de Lucerne	4 %	0 %	0 %	1 %
Tessin (TI)				
Cardiocentro Ticino	0 %	0 %	2 %	1 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

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

Tableau 20 : part des soins par fournisseur de prestations (site hospitalier) et région, 2017–2019 (chiffres combinés)

Région / fournisseur de prestations	Part des soins par région en %							
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres
Région lémanique (GE, VD, VS)								
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	50 %	11 %	6 %	3 %			25 %	29 %
Clinique Cecil		5 %		3 %				
Ensemble Hospitalier de La Côte (EHC) - Morges	13 %							
Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) - Soins aigus	33 %							14 %
Plateau suisse (BE, JU, NE, FR, SO)								
Inselspital Bern		79 %	6 %	3 %	5 %	11 %		14 %
Hôpital fribourgeois (HFR) - Fribourg		3 %						
Nord-ouest de la Suisse (BS, BL, AG)								
Universitätsspital Basel	3 %	3 %	33 %					14 %
Hirslanden Klinik Aarau			11 %					
Zurich (ZH)								
Klinik Hirslanden Zurich			6 %			11 %		14 %
Stadsspital Triemli				11 %	5 %			
Universitätsspital Zürich (USZ)			39 %	81 %	82 %	56 %	50 %	14 %
Suisse orientale (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)								
Kantonsspital St. Gallen (KSSG) - Kantonsspital St. Gallen					5 %			
Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland (SRRWS) - Spital Altstätten					5 %			
Suisse centrale (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)								
Luzerner Kantonsspital (LUKS) - site de Lucerne						22 %		
Tessin (TI)								
Cardiocentro Ticino							25 %	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

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

3. Transplantations cardiaques pédiatriques

Tableau 21 : Part des soins par fournisseur de prestations (site hospitalier), 2017–2019

Région / fournisseur de prestations	Part des soins en %			
	2017	2018	2019	Total
Région lémanique (GE, VD, VS)				
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	25 %	50 %	40 %	40 %
Plateau suisse (BE, JU, NE, FR, SO)				
Inselspital Bern	25 %	17 %	0 %	13 %
Nord-ouest de la Suisse (BS, BL, AG)				
Zurich (ZH)				
Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung - Kinderspital Zürich	50 %	33 %	60 %	47 %
Suisse orientale (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)				
Suisse centrale (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)				
Tessin (TI)				
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

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

Tableau 22 : part des soins par fournisseur de prestations (site hospitalier) et région, 2017–2019 (chiffres combinés)

Région / fournisseur de prestations	Part des soins par région en %							
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres
Région lémanique (GE, VD, VS)								
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	100 %	33 %	0 %	0 %	0 %			100 %
Plateau suisse (BE, JU, NE, FR, SO)								
Inselspital Bern		67 %						
Nord-ouest de la Suisse (BS, BL, AG)								
Zurich (ZH)								
Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung - Kinderspital Zürich			100 %	100 %	100 %			
Suisse orientale (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)								
Suisse centrale (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)								
Tessin (TI)								
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

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

A3 Nombres de cas des prestataires candidats à un mandat de prestations

1. Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives

On s'est servi des chiffres de la statistique médicale des hôpitaux de 2017, 2018 et 2019 (moyenne des trois années).

Tableau 23 : Nombres de cas par fournisseur de prestations en 2017, 2018 et 2019 (moyenne des trois années)

Prestataire	Nombres de cas
Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern	174
Universitätsspital Basel	7
Les Hôpitaux Universitaires de Genève	210
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	146
Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung	449

2. Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)

On s'est servi des chiffres de la statistique médicale des hôpitaux de 2017, 2018 et 2019 (moyenne des trois années). Avec les hôpitaux ayant indiqué atteindre le nombre minimal de cas dans l'autodéclaration, mais pour lesquels le nombre annuel de cas selon la SM était inférieur au nombre minimal de cas, les nombres de cas ont été contrôlés sur la base des comptes rendus opératoires. Dans ces cas de figure (*), on s'est fondé sur le nombre de cas ainsi contrôlé.

Tableau 24 : Nombres de cas par fournisseur de prestations en 2017, 2018 et 2019 (moyenne des trois années)

Prestataire	Nombres de cas
Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern	12
Les Hôpitaux Universitaires de Genève	7 (*)
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	8
Universitätsspital Zürich, Zurich	21

3. Transplantations cardiaques pédiatriques

On s'est servi des chiffres de la statistique médicale des hôpitaux de 2017, 2018 et 2019 (moyenne des trois années).

Tableau 25 : Nombres de cas par fournisseur de prestations en 2017, 2018 et 2019 (moyenne des trois années)

Prestataire	Nombres de cas
Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern	1
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	2
Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung	2

A4 Méthodologie de l'examen de l'économicité MHS

L'organe de décision MHS a désigné un groupe d'experts chargé de l'examen de l'économicité dans le cadre de la CIMHS. Le traitement et l'analyse des données pour l'examen de l'économicité des fournisseurs de prestations candidats à un mandat de prestations MHS sont effectués par un tiers mandaté pour ce faire. La mission du groupe d'experts comprend en particulier l'interprétation des données traitées quantitativement, ainsi que la formulation de recommandations à l'intention de l'organe scientifique MHS du point de vue qualitatif. Dans son arrêt C-6539/ 2011, le TAF renvoie à l'examen de l'économicité tel qu'il est effectué dans la planification hospitalière cantonale (C-5647/2011), 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 l'ensemble de 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 examine l'économicité des fournisseurs de prestations candidats à un mandat de prestations selon deux approches différentes :

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

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

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

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

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

- *Plausibilisation et correction d'ITAR_K®*

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

- *Valeur de référence*

La valeur de référence utilisée pour l'évaluation de l'économicité selon ITAR_K® est la médiane des valeurs de base pertinentes pour le benchmarking des hôpitaux candidats, y compris les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) selon l'OCP³¹.

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

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

○ *Remarque préliminaire*

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

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

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

○ *Valeur de référence*

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

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

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

3. **Evaluation de l'économicité**

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

Economique :	la valeur de base de l'hôpital est inférieure de plus de 10 % à la valeur de référence.
Plutôt économique :	la valeur de base de l'hôpital est située entre 10 % et au moins 1,01 % au-dessous de la valeur de référence.
Neutre :	la valeur de base de l'hôpital est du même ordre que la valeur de référence, c'est-à-dire qu'elle varie entre -1 % et +1 % par rapport à celle-ci.
Plutôt pas économique :	la valeur de base de l'hôpital est située entre 10 % et au moins 1,01 % au-dessus de la valeur de référence.
Pas économique :	la valeur de base de l'hôpital excède de plus de 10 % la valeur de référence.

³¹ Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie, RS 832.104

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

A5 Résultats de l'examen de l'économicité MHS

1. Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives

Vu que dans ce domaine partiel – contrairement aux deux autres domaines partiels de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives –, le groupe d'experts « Examen de l'économicité MHS » estime que, compte tenu du niveau des nombres de cas et du nombre des candidats, il est possible de procéder à une comparaison de l'économicité et qu'il a recommandé d'utiliser la méthodologie « moyenne SwissDRG pondérée pour le nombre de cas », les résultats de l'examen de l'économicité pour le présent domaine partiel ont déjà été présentés au chapitre 6.2.5.

2. Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)

Les analyses se basent sur la comparaison des coûts moyens par cas pour chaque hôpital ajustés pour le case-mix (valeurs de base) de 2019. Outre l'évaluation au niveau de l'ensemble de l'hôpital, on a également tenu compte de l'économicité de la fourniture des prestations MHS. Deux approches différentes ont donc été employées :

1. Méthodologie ITAR K[®] : dans l'évaluation des données relatives aux coûts selon la méthode ITAR_K[®], les coûts des hôpitaux à prendre en compte pour le calcul des valeurs de base ajustées pour le case-mix sont déterminés en s'inspirant des « Recommandations pour l'examen de l'économicité »³² formulées par la CDS. La médiane des hôpitaux candidats sert de valeur de référence (CHF 11'132) (cf. tableau 26, colonne de gauche).
2. Méthodologie SwissDRG : dans l'évaluation selon la méthode de SwissDRG, les valeurs de base calculées des hôpitaux ajustées pour le case-mix sont déterminées pour les cas du spectre MHS spécifique concernés. Les valeurs de référence sont ici d'une part la médiane des hôpitaux candidats (CHF 11'183) (cf. tableau 26, colonne du milieu) et, d'autre part, la moyenne pondérée pour le nombre de cas (PNC) des hôpitaux candidats (CHF 10'912) (cf. tableau 26, colonne de droite).

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

Tableau 26 : Classement des hôpitaux en « économiques »^a, « plutôt économiques »^b, « neutres »^c, « plutôt pas économiques »^d et « pas économiques »^e selon trois méthodes différentes

Hôpital	Méthodologie		
	ITAR_K [®]	SwissDRG	
	Valeur de référence Médiane	Médiane	Moyenne pondérée pour le nombre de cas
Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern	+	++	++
Les Hôpitaux Universitaires de Genève	--	[- -]	[- -]
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	0	[-]	[-]
Universitätsspital Zürich	0	+	+

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

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

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

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

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

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

³² Les recommandations relatives à l'examen de l'économicité valent aussi par analogie pour l'examen de l'économicité MHS.

3. Transplantations cardiaques pédiatriques

Les analyses se basent sur la comparaison des coûts moyens par cas pour chaque hôpital ajustés pour le case-mix (valeurs de base) de 2019. Outre l'évaluation au niveau de l'ensemble de l'hôpital, on a également tenu compte de l'économicité de la fourniture des prestations MHS. Deux approches différentes ont donc été employées :

1. **Méthodologie ITAR_K®** : dans l'évaluation des données relatives aux coûts selon la méthode ITAR_K®, les coûts des hôpitaux à prendre en compte pour le calcul des valeurs de base ajustées pour le case-mix sont déterminés en s'inspirant des « Recommandations pour l'examen de l'économicité »³³ formulées par la CDS. La médiane des hôpitaux candidats sert de valeur de référence (CHF 10' 775) (cf. tableau 27, colonne de gauche).
2. **Méthodologie SwissDRG** : dans l'évaluation selon la méthode de SwissDRG, les valeurs de base calculées des hôpitaux ajustées pour le case-mix sont déterminées pour les cas du spectre MHS spécifique concernés. Les valeurs de référence sont ici d'une part la médiane des hôpitaux candidats (CHF 12'272) (cf. tableau 27, colonne du milieu) et, d'autre part, la moyenne pondérée pour le nombre de cas (PNC) des hôpitaux candidats (CHF 11'850) (cf. tableau 27, colonne de droite).

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

Tableau 27 : Classement des hôpitaux en « économiques »^a, « plutôt économiques »^b, « neutres »^c, « plutôt pas économiques »^d et « pas économiques »^e selon trois méthodes différentes

Hôpital	Valeur de référence	Méthodologie	
		ITAR_K®	SwissDRG
		Médiane	Médiane
Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern	0	ND	ND
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	-	[- -]	[- -]
Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung	0	[++]	[++]

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

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

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

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

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

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

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

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

A6 Sous-capacité et capacité totale prospective des candidats

1. Cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives

Tableau 28 : Nombre de patients chez lesquels une intervention dans le domaine MHS partiel des « cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques invasives » était indiquée et qui n'ont pas pu être hospitalisés ou ont dû être transférés en 2019 et 2020 pour cause de sous-capacité. Autodéclaration des prestataires candidats à un mandat de prestations

Prestataire	Sous-capacité	Prestataire	Sous-capacité
Insel Gruppe AG	0	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	0
Universitäts-Kinderspital beider Basel	0	Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung	2019 : 10 2020 : 10
Hôpitaux Universitaires de Genève	0		

Tableau 29 : Capacité totale prospective par hôpital candidat

Région	Prestataire	Capacité prospective	
		2022	2029
Région lémanique : GE, VD, VS	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	250	350
	Hôpitaux Universitaires de Genève	350	350
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO	Insel Gruppe AG	300	300
Nord-ouest de la Suisse : BS, BL, AG	Universitäts-Kinderspital beider Basel	20	35
Zurich : ZH	Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung	410	490

2. Cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD)

Tableau 30 : Nombre de patients chez lesquels une intervention dans le domaine MHS partiel des « cardiologie et chirurgie cardiaque complexes invasives chez les adultes atteints d'une malformation cardiaque congénitale (ACHD) » était indiquée et qui n'ont pas pu être hospitalisés ou ont dû être transférés en 2019 et 2020 pour cause de sous-capacité. Autodéclaration des prestataires candidats à un mandat de prestations

Prestataire	Sous-capacité	Prestataire	Sous-capacité
Insel Gruppe AG	0	Centre hospitalier universitaire vaudois	0
Les Hôpitaux Universitaires de Genève	0	Universitätsspital Zürich	0

Tableau 31 : Capacité totale prospective par hôpital candidat

Région	Prestataire	Capacité prospective	
		2022	2029
Région lémanique : GE, VD, VS	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	100	200
	Les Hôpitaux Universitaires de Genève	50	50
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO	Insel Gruppe AG	150	150
Zurich : ZH	Universitätsspital Zürich	50	50

3. Transplantations cardiaques pédiatriques

Tableau 32 : Nombre de patients chez lesquels une « transplantation cardiaque pédiatrique » (domaine partiel MHS) était indiquée et qui n'ont pu être hospitalisés ou ont dû être transférés en 2019 et 2020 pour cause de sous-capacité. Autodéclaration des prestataires candidats à un mandat de prestations

Prestataire	Sous-capacité	Prestataire	Sous-capacité
Insel Gruppe AG	0	Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung	0
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	0		

Tableau 33 : Capacité totale prospective par hôpital candidat

Région	Prestataire	Capacité prospective	
		2019	2020
Région lémanique : GE, VD, VS	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	10	10
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO	Insel Gruppe AG	10	10
Zurich : ZH	Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung	10	10

A7 Liste des destinataires de l'audition

Adressatenliste / Liste des destinataires

Kantone / cantons

- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Appenzell Innerrhoden
- Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern
- Direction de la santé et des affaires sociales de l'état de Fribourg
- Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé de la république et canton de Genève
- Departement Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus
- Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit des Kantons Graubünden
- Département de l'économie et de la santé de la république et canton du Jura
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern
- Département des finances et de la santé de la république et canton de Neuchâtel
- Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden
- Finanzdepartement des Kantons Obwalden
- Departement des Inneren 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 della Repubblica e del Cantone Ticino
- Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion des Kantons Uri
- Département de la santé, des affaires sociales et de la culture du canton du Valais
- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Spitäler / Hôpitaux

*An die Spitaldirektionen der folgenden Leistungserbringer:
À l'attention des directions des hôpitaux suivants:*

BE

- Insel Gruppe AG

BS

- Universitätsspital Basel

GE

- Les Hôpitaux Universitaires de Genève

VD

- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

ZH

- Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung
- Universitätsspital Zürich

Versicherer / Assureurs

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

Dekanate der medizinischen Fakultäten / Décanats des facultés de médecine

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

Fachgesellschaften / Sociétés savantes

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

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

- Arbeitsgemeinschaft Qualität in der Chirurgie (AQC)
- Interessengemeinschaft Pädiatrische und Neonatologische Intensivmedizin (IG-PNI) / Groupe d'intérêts Médecine intensive pédiatrique et néonatale (GI-MIPN)
- Schweizerische Arbeitsgruppe für interventionelle Kardiologie
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) / Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
- Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC) / Société Suisse de Chirurgie (SSC)
- Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC) / Société suisse de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique (SSCC)
- Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie (SGH) / Société Suisse d'Hématologie (SSH)
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) / Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI)
- Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie (SGK) / Société Suisse de Cardiologie (SSC)
- Schweizerische Gesellschaft für Kinderanästhesie (SGKA)
- Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC) / Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique (SSCP)

- Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN) / Société Suisse de Néonatalogie (SSN)
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) / Société Suisse de Pédiatrie (SSP)
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (SGPK) / Société Suisse de Cardiologie pédiatrique (SSCP)
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (SGPR) / Société Suisse de Radiologie Pédiatrique (SSRP)
- Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR) / Société Suisse de Radiologie (SSR)
- Schweizerische Gesellschaft für Thoraxchirurgie (SGT) / Société Suisse de Chirurgie Thoracique (SST)
- Schweizerische Gesellschaft für Gefässchirurgie (SGG) / Société Suisse de Chirurgie Vasculaire (SSCV)
- Swiss Society of Vascular and Interventional Radiology (SSVIR)
- Swisstransplant
- Swiss Working Group for Adults and Teenagers with Congenital Heart disease (WATCH)

Andere Institutionen und Organisationen / Autres instances concernées

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

A8 Abréviations

ACHD	Adult Congenital Heart Disease (cardiopathie congénitale chez l'adulte)
AOS	Assurance obligatoire des soins
ATAF	Arrêt du Tribunal fédéral
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIM	Classification internationale des maladies
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
DRG	Diagnosis Related Groups (groupes apparentés par diagnostic)
ECLS	Extracorporeal Life Support (assistance circulatoire extra-corporelle)
GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalière
HUG	Les hôpitaux universitaires de Genève
Insel	Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Berne
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
Kispi	Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10)
MHS	Médecine hautement spécialisée
OAMal	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102)
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
SM	Statistique médicale des hôpitaux
SSMI	Société suisse de médecine intensive
TAF	Tribunal administratif fédéral
USB	Universitätsspital Basel
USZ	Universitätsspital Zürich