



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Le Conseil fédéral

Berne, le 13 septembre 2019

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

Mise à jour du rapport du Conseil fédéral du
25 mai 2016

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

Sommaire

Résumé	2
1. Introduction	5
1.1 <i>Principes généraux</i>	5
1.2 <i>Rapport du Conseil fédéral du 25 mai 2016</i>	5
1.3 <i>Mise à jour</i>	6
2. Convention intercantonale	6
2.1 <i>Contenu</i>	6
2.2 <i>Organisation</i>	6
3. Définition et bases	7
3.1 <i>Rattachement d'un domaine partiel</i>	7
3.2 <i>Détermination des besoins</i>	8
3.3 <i>Choix des fournisseurs de prestations</i>	8
4. Mise en œuvre	9
4.1 <i>Processus de planification</i>	9
4.2 <i>Problèmes liés à la mise en œuvre de la planification MHS</i>	10
5. État de la planification MHS	11
6. Étapes suivantes	17
7. Compétence subsidiaire du Conseil fédéral	19
8. Interfaces dans le domaine de la protonthérapie et des thérapies géniques	20
9. Effets et évaluation	21
9.1 <i>Concentration de l'offre</i>	21
9.2 <i>Domaine ambulatoire</i>	22
10. Conclusion	23
Annexe 1 : Catalogue des questions de l'OFSP à l'intention des cantons	24
Annexe 2 : Déroulement de la procédure de planification MHS	25
Annexe 3: Liste des décisions d'attribution MHS dès 2015 (état: 15 août 2019)	26

Résumé

En vertu de l'art. 39, al. 2^{bis}, de la loi fédérale du 21 décembre 2007 sur l'assurance-maladie (LAMal¹), les cantons sont tenus de planifier conjointement l'offre hospitalière stationnaire nationale pour la médecine hautement spécialisée (MHS). La concentration de l'offre dans le domaine des interventions et des thérapies rares, complexes et coûteuses vise à renforcer la qualité et l'efficacité de la fourniture de prestations tout en éliminant les doublons. L'art. 39, al. 2^{bis}, LAMAL précise que la Confédération peut intervenir si les cantons ne remplissent pas leur tâche de planification à temps.

En réponse au postulat 13.4012 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) du 8 novembre 2013, le Conseil fédéral avait publié le 25 mai 2016 un rapport relatif à la mise en œuvre de la planification MHS par les cantons². Il était fondé sur le rapport de situation³ établi par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) du 27 avril 2015, sur des informations fournies par le Secrétariat de projet MHS et sur différents documents publiés. Le Conseil fédéral était arrivé à la conclusion qu'il convenait de combler les lacunes de la réglementation dans le domaine des attributions de prestations échues et de poursuivre la planification MHS dans d'autres domaines partiels. Le Conseil fédéral avait par ailleurs estimé qu'il n'était pas utile de faire usage de sa compétence subsidiaire, mais avait demandé aux organes MHS de compléter la planification dans les meilleurs délais. Enfin, il avait annoncé la réalisation d'autres examens périodiques concernant la planification MHS, le premier ayant lieu après trois ans.

Dans une lettre datée du 3 décembre 2018, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a adressé à la CDS une liste de questions⁴ afin qu'elle puisse rendre compte de l'état actuel et des prochaines étapes de la planification MHS. Les réponses à ces questions figurent dans le rapport de situation de l'organe de décision MHS soumis le 15 février 2019 et sont reproduites intégralement dans la présente actualisation du rapport du Conseil fédéral. La mise à jour ne contient pas les informations actuelles figurant dans le rapport du Conseil fédéral du 25 mai 2016.

La planification MHS continue d'avoir pour base la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)⁵ du 14 mars 2008. La CIMHS fixe les principes de planification, l'organisation et le financement de cette planification. Quant à la procédure de planification, il convient de renvoyer au processus en deux temps, avec d'abord le rattachement d'un domaine de prestations à la MHS (cette décision n'est pas sujette à recours) et ensuite l'attribution des mandats aux fournisseurs de prestations. Par ailleurs, ce n'est plus la direction de la santé du canton de Zurich qui soutient l'organe de décision MHS au moment de l'analyse des besoins, mais l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). En matière d'attribution des mandats de prestations MHS, les hôpitaux doivent satisfaire à des exigences d'assurance qualité à la fois générales et spécifiques aux prestations. Ces exigences sont fixées et publiées par l'organe scientifique MHS chargé d'élaborer les bases de décision pour l'organe

¹ RS 832.10

² Cf. Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2016), à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

³ Cf. Rapport de la CDS : Informations sur l'état de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée, rapport de situation à l'intention du Département fédéral de l'intérieur (DFI), le 27 avril 2015, disponible à l'adresse <https://www.gdk-cds.ch/fr/documents>

⁴ Les questions de l'OFSP à la CDS et les références correspondantes au rapport de 2016 figurent en annexe 1.

⁵ Cf. CDS, à l'adresse <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/organisation/la-cimhs>

de décision MHS. Deux autres aspects sont enfin à prendre en considération : l'accès du patient aux soins en temps utile et l'économicité du fournisseur de prestations.

La planification est un processus continu. Les travaux effectués et organisés par les organes chargés de la planification MHS montrent que les organes MHS mènent à bien le processus de planification avec engagement et compétence. Certes, la liste des hôpitaux MHS ne contient pour l'instant qu'un nombre restreint d'attributions de prestations ayant force légale, ce qui s'explique notamment par l'obligation de diviser la procédure de planification en deux selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral, selon laquelle un nouveau processus de planification devait être lancé pour les décisions de planification qui avaient déjà été prises et annulées. Dans ce contexte, le Conseil fédéral invite les organes de planification MHS à redoubler d'efforts dans les années à venir.

Il faut tenir compte du fait que le processus de planification est en cours de développement et qu'une partie des travaux effectués jusqu'ici était de nature préparatoire. La concrétisation au moyen d'une décision d'attribution n'aura lieu qu'à un stade ultérieur. Par ailleurs, l'expérience acquise pourra être mise à profit lors des réévaluations. Le Conseil fédéral part donc du principe que les domaines partiels réglementés de manière légalement valable vont ces prochaines années augmenter davantage que les efforts nécessaires à la planification. Il estime également que la liste MHS sera complétée de sorte à favoriser une fourniture de prestations efficiente et de qualité. Il demande aux organes MHS de combler dans les meilleurs délais les lacunes de la réglementation MHS, de compléter la liste MHS et de continuer ensuite à l'entretenir.

Pour ce qui est de la qualité, le Conseil fédéral part du principe que les lacunes au niveau des systèmes d'assurance qualité et de collecte des données seront comblées. Il attend en outre une évaluation quantitative et une comparaison avec les enseignements tirés à l'étranger concernant le lien entre le nombre de cas par centre et le risque de résultats défavorables. Il note que pour l'évaluation de la qualité dans les centres HSM, qui commencent à tenir des registres de qualité et disposent donc de peu de données en raison de la courte période d'observation, la mise en œuvre des exigences relatives à la qualité de la structure et des processus doit également être transparente.

Renforcer la compétence des centres MHS habilités à réaliser des traitements stationnaires devrait avoir des effets positifs sur la préparation et le suivi des patients concernés. L'idée est que les cantons encouragent la fonction essentielle des fournisseurs de prestations MHS comme centre de compétences au moyen de conditions ou de recommandations appropriées favorisant une mise en réseau contraignante des centres MHS avec les structures de soins ambulatoires et hospitaliers.

Sur la base du présent examen de la situation actuelle et des prochaines étapes de la planification MHS, le Conseil fédéral est parvenu à la conclusion que les cantons poursuivront le processus de concentration MHS et les travaux à venir avec la qualité nécessaire, en raison des ressources mobilisées et grâce aux compétences acquises. Compte tenu du nombre restreint de prestations contenues dans la liste des hôpitaux actuellement en vigueur et des travaux de planification qui restent à effectuer, il est nécessaire que le Conseil fédéral continue de procéder périodiquement à l'examen de la planification MHS. Le Conseil fédéral n'estime toutefois pas opportun de faire usage de sa compétence subsidiaire au sens de l'art. 39 al. 2^{bis} LAMal. Il continuera cependant de suivre l'évolution et, si nécessaire, de prendre des mesures visant à éviter que le processus de planification soit inutilement bloqué par des procédures de recours. À cet effet, il peut notamment inscrire différentes conditions dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)⁶, afin de renforcer

⁶ RS 832.112.31

la qualité d'une ou plusieurs prestations MHS. Le Conseil fédéral continuera de passer périodiquement en revue la planification MHS. Le prochain examen aura lieu dans trois ans.

1. Introduction

1.1 Principes généraux

La médecine hautement spécialisée (MHS) concerne les interventions et les thérapies rares, complexes et coûteuses (p. ex., le traitement des brûlures graves chez l'enfant). Si de telles prestations sont proposées dans de trop nombreux centres, la qualité en souffre car, d'une part, les spécialistes manquent de routine et de connaissances spécialisées, d'autre part, la meilleure efficacité possible ne peut pas être atteinte, ce qui justement, dans le domaine de la MHS, a des répercussions importantes sur les coûts. Pour les raisons précitées, il faut donc concentrer la MHS pour accroître l'efficacité et la qualité.

La révision du 21 décembre 2007 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal⁷) dans le domaine du financement hospitalier (art. 39, al. 2^{bis}) imposait aux cantons d'établir en commun une planification à l'échelle nationale pour la MHS. Les cantons avaient jusqu'à fin 2014 pour prendre en compte le nouveau financement hospitalier dans les planifications (disposition transitoire prévue dans la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier) ; ce délai s'appliquait également au domaine de la MHS. Dans le domaine de la planification MHS, une intervention du Conseil fédéral a un caractère subsidiaire et n'est prévue dans la loi que dans la mesure où les cantons n'établiraient pas une planification MHS pour l'ensemble de la Suisse en temps voulu (art. 39, al. 2^{bis}, LAMal).

1.2 Rapport du Conseil fédéral du 25 mai 2016

En réponse au postulat 13.4012 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) du 8 novembre 2013, le Conseil fédéral a adopté le 25 mai 2016 un rapport relatif à la mise en œuvre de la planification MHS par les cantons (dénommé ci-après « *rapport de 2016* »)⁸. Ce travail est fondé sur le rapport de situation⁹ établi par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) à l'intention du Département fédéral de l'intérieur (DFI), sur des informations fournies par le Secrétariat de projet MHS et la CDS ainsi que sur différents documents publiés. Le rapport de 2016 contient l'évaluation faite à l'époque ainsi que les attentes du Conseil fédéral concernant la planification MHS. Le Conseil fédéral est arrivé à la conclusion que les travaux de planification dans le domaine de la MHS devraient comprendre la réévaluation de décisions déjà rendues dans le but d'éliminer les lacunes dans la réglementation dans le domaine des attributions de prestations échues et que le processus de concentration devait être poursuivi avec le complément de la planification de la MHS dans d'autres domaines partiels. Il a donc été demandé aux organes MHS de parvenir, dans les meilleurs délais possibles, à compléter la planification et à établir une liste MHS permettant de fournir l'ensemble de l'offre dans le domaine MHS de manière économique et avec le niveau de qualité requis.

Le Conseil fédéral n'a pas jugé opportun de faire usage de sa compétence subsidiaire. Il déclare son intention de continuer à suivre l'évolution et, si nécessaire – sans toutefois faire usage de sa compétence subsidiaire en matière de planification MHS –, de prendre des mesures visant à éviter que le processus de planification ne soit inutilement bloqué par des procédures de recours ; aucune intervention dans ce sens

⁷ RS 832.10

⁸ Cf. Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2016), à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

⁹ Cf. rapport de la CDS : informations sur l'état de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée, rapport de situation à l'intention du Département fédéral de l'intérieur (DFI), le 27 avril 2015, disponible à l'adresse <https://www.gdk-cds.ch/fr/documents>

n'a été requise à ce jour. Le Conseil fédéral a également déclaré son intention de réévaluer si les cantons engagent en temps voulu les prochaines mesures en lien avec la planification et s'il est nécessaire qu'il fasse usage de sa compétence subsidiaire. Il a donc annoncé l'examen de la planification MHS et l'actualisation du rapport de manière périodique et pour la première fois dans trois ans.

1.3 Mise à jour

Le présent rapport concerne la première mise à jour de l'examen de la planification MHS par le Conseil fédéral. Il vise à présenter les travaux de planification MHS depuis 2016 et à répondre à la question de savoir si, à l'heure actuelle, le Conseil fédéral doit faire usage de sa compétence subsidiaire.

L'examen se fonde sur le rapport de situation que l'organe de décision MHS a soumis à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) le 15 février 2019. Dans sa lettre du 3 décembre 2018, l'OFSP a invité la CDS à faire le point sur la situation actuelle et sur les prochaines étapes de la planification MHS ; ce courrier était accompagné d'une série de questions. Le présent rapport du Conseil fédéral présente les réponses de l'organe de décision MHS en se basant sur le rapport de situation 2019 et en mentionnant la référence à la question de l'OFSP. L'annexe 1 contient des références aux chiffres de la présente actualisation du rapport du Conseil fédéral auxquels se réfèrent les questions de l'OFSP. Cette mise à jour n'inclut pas les informations encore valables contenues dans le rapport de 2016. Dans ces cas-là, l'ancien rapport est mentionné.

2. Convention intercantonale

2.1 Contenu

La mise en place par les cantons de la planification MHS conjointe pour l'ensemble de la Suisse s'appuie sur la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)¹⁰. Les principes de planification, l'organisation et le financement de la planification MHS figurent dans ladite convention.

2.2 Organisation¹¹

L'organe de décision MHS détermine les domaines partiels MHS et prend les décisions de planification et d'attribution. Il se compose des directrices et directeurs de la santé des cantons de Bâle-Ville, Berne, Genève, Glaris, Lucerne, Saint-Gall, du Tessin, Vaud, Zoug et Zurich et est présidé par le Dr Rolf Widmer, conseiller d'État et directeur de la santé du canton de Glaris. L'OFSP, Swissuniversities et santésuisse y sont chacun représentés avec voix consultative.

L'organe scientifique MHS est présidé par le Pr Martin Fey et se compose de quinze experts scientifiques indépendants de Suisse et de l'étranger. Il élabore les bases de décision médico-scientifiques pour l'organe de décision MHS.

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

¹⁰ Cf. site internet de la CDS, à l'adresse

<https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/organisation/la-cimhs>

¹¹ Cf. site internet de la CDS, à l'adresse <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/organisation/organes-de-la-cimhs>

3. Définition et bases

3.1 Rattachement d'un domaine partiel

En ce qui concerne la définition et la délimitation d'un domaine partiel pertinent pour la planification MHS (cf. question 1.1 de l'OFSP en annexe 1), l'organe de décision MHS prend position dans son rapport de situation 2019 comme suit :

Les critères de rattachement découlent des art. 1 et 4, al. 4, de la CIMHS et sont inchangés.

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

Selon l'art. 4, al. 4, de la CIMHS, d'autres critères doivent être pris en considération pour l'intégration dans la liste des domaines MHS ; il s'agit notamment de l'efficacité et de l'utilité, de la durée d'application technique et économique, ainsi que des coûts de la prestation médicale concernée. On doit enfin tenir compte de l'importance de celle-ci pour l'enseignement et la recherche ainsi que pour la compétitivité internationale.

Les domaines MHS sont définis par des mots à travers une définition médicale (dans le rapport concernant les rattachements) et par des codes de la classification internationale des maladies (CIM¹²) et du catalogue suisse des interventions chirurgicales (CHOP). Les deux systèmes de classification (CHOP et CIM) sont régulièrement adaptés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) et le Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) à la lumière des connaissances médicales et en fonction des demandes formulées. C'est pourquoi il convient d'actualiser chaque année la représentation des prestations MHS dans ces deux systèmes de classification. On définit ainsi précisément quelles prestations médicales sont rattachées à quel domaine MHS. Les listes des codes des prestations MHS pour l'année en cours sont publiées sur le site internet de la CDS¹³. Les listes des années précédentes peuvent également être consultées afin d'obtenir l'historique des modifications.

La planification MHS est donc effectuée conformément à la procédure en deux temps telle qu'exigée par l'arrêt du 26 novembre 2013 (TAF, C-6539/2011)¹⁴. Cette procédure distingue le rattachement d'un domaine de prestations à la MHS d'une part et l'attribution d'un mandat aux fournisseurs de prestations d'autre part. Les critères de ce rattachement sont restés inchangés et s'appuient sur les principes CIMHS.

La classification fondée sur les systèmes CHOP et CIM assure la cohérence avec le rattachement des autres domaines partiels des soins somatiques aigus du secteur hospitalier stationnaire. En ce sens, les domaines partiels MHS font également partie des groupes de prestations de la systématique des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) du secteur des soins somatiques aigus. Ils peuvent

¹² International Classification of Diseases (ICD).

¹³ Cf. site internet de la CDS : <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-speciali-see/listes-chop/cim-2019>

¹⁴ Cf. site internet du Tribunal administratif fédéral (TAF) : <https://www.bvger.ch/bvger/fr/home.html>

être représentés avec les prestations cantonales autorisées¹⁵, ce que le Conseil fédéral juge très important.

3.2 Détermination des besoins

L'analyse des besoins constitue la première étape de la planification (art. 58b, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie OAMal¹⁶). Pour chaque domaine partiel MHS, les organes MHS doivent déterminer les besoins des résidents en matière de prestations correspondantes au cours de la planification. L'organe de décision MHS, dans son rapport de situation 2019, mentionne ce qui suit sur la méthode de détermination des besoins (cf. question 1.2 de l'OFSP à l'annexe 1) :

Lors de l'évaluation des capacités indispensables, il convient de veiller à ce que les fournisseurs de prestations proposés puissent donner les traitements attendus également dans le futur, sous réserve que le nombre d'interventions par an obtenu pour une institution particulière ne se situe pas en dessous d'un volume critique (nombres minimaux de cas) en terme de sécurité médicale et de qualité des résultats (art. 8 CIMHS). Afin de déterminer les besoins actuels et à venir en fournisseurs de prestations, il est nécessaire d'effectuer une analyse des besoins et de faire des prévisions.

Les besoins à venir, déterminants pour la planification, sont évalués à partir des prévisions concernant les évolutions démographiques, épidémiologiques et médico-techniques. À cet effet, il convient de prendre en compte les facteurs susceptibles d'influencer les besoins en prestations médicales et ainsi le nombre de cas au cours des prochaines années. Les besoins en soins correspondent au nombre total de cas comptabilisés jusqu'ici (état actuel) plus ou moins le nombre de cas prévus.

Jusqu'à présent, les besoins étaient évalués selon cette méthode pour la MHS par la direction de la santé du canton de Zurich. Cette collaboration a récemment fait place à un partenariat avec l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Une convention-cadre entre la CDS et Obsan ainsi qu'un contrat de prestations renouvelable annuellement entre la CDS et la Confédération suisse représentée par l'OFS en tant qu'institution responsable d'Obsan ont également été signés fin 2018. L'objet de ce mandat spécifique ainsi que l'approche et les analyses prévues (méthodologie) sont décrits dans un cahier des charges faisant partie intégrante du contrat de prestations.

Depuis la fin du partenariat avec la direction de la santé du canton de Zurich, l'Obsan aide désormais les organes MHS à élaborer la prévision des besoins. Pour autant, l'expérience recueillie jusqu'à présent grâce à la collaboration avec la direction de la santé du canton de Zurich ne sera pas perdue. Le nouveau contractant apportera pour sa part un soutien aux organes MHS aussi bien pour les aspects méthodologiques que pour l'analyse des données. Le Conseil fédéral salue cette solution.

3.3 Choix des fournisseurs de prestations

Le rapport de situation de l'organe de décision MHS contient les informations suivantes sur les critères d'évaluation et de choix des fournisseurs de prestations (cf. question 1.3 de l'OFSP en annexe 1) :

Les critères d'évaluation et de choix des fournisseurs de prestations restent inchangés.

¹⁵ Cf. Site internet de la CDS, à l'adresse <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification/groupe-de-prestations-pour-la-planification-hospitaliere-concept-gp-ph-soins-somatiques-aigus>

¹⁶ RS 832.102

Chaque attribution de prestations est précédée d'une procédure de candidature. Dans ce contexte, tous les fournisseurs de prestations intéressés ont l'occasion de se porter candidats à l'attribution d'un mandat de prestations MHS. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est soumise aux exigences générales et à celles qui sont spécifiques aux prestations en matière d'assurance qualité. Ces dernières sont fixées par l'organe scientifique MHS et publiées dans une note explicative au début de la procédure de candidature. Les exigences s'appuient sur les dispositions déterminantes de la LAMal, de l'OAMal et de la CIMHS et sont à chaque fois opérationnalisées pour la discipline concernée. La publication dans la Feuille fédérale ouvre officiellement la procédure de candidature et les fournisseurs de prestations potentiels sont informés par écrit de cette ouverture ainsi que des délais fixés.

En principe, tous les hôpitaux ont la possibilité de se porter candidat à l'attribution d'un mandat de prestations. Il n'y a toutefois pas de droit à l'octroi ou au renouvellement d'un mandat de prestations (cf. le recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral [TF] 133 V 123 consid. 3.3 ainsi que du Tribunal administratif fédéral [TAF] C-401/2012 consid. 10.2).

Dans le cadre de la procédure de candidature, les hôpitaux sont tenus de fournir la preuve du degré de respect des conditions requises et de présenter les documents nécessaires à l'évaluation.

L'attribution des prestations se fait en tenant compte des candidatures reçues et des besoins déterminés (cf. point 3.2). Il convient de veiller à ce que les traitements attendus puissent être dispensés par les fournisseurs de prestations proposés sous réserve que le nombre d'interventions par an obtenu pour une institution particulière ne se situe pas en dessous d'un volume critique (nombres minimaux de cas) en terme de sécurité médicale et de qualité des résultats. L'accès du patient au soin en temps utile et l'économicité de la fourniture de prestations sont également des aspects à prendre en compte.

Conformément à l'arrêt du TAF publié le 26 novembre 2013 (C-6539/2011), les organes MHS vérifient également l'économicité des établissements. La qualité et l'accès aux prestations en temps utile constituent également des critères déterminants pour le choix des fournisseurs de prestations (art. 58b al. 4, OAMal). Afin d'améliorer l'évaluation desdits fournisseurs, il est nécessaire d'améliorer également les données disponibles (cf. ch. 9.1). Le Conseil fédéral est conscient que l'évaluation et le choix des fournisseurs de prestations dans le domaine HSM vont et doivent encore s'améliorer.

4. Mise en œuvre

4.1 Processus de planification¹⁷

L'organe de décision MHS fournit dans son rapport de situation les informations suivantes sur les mesures prises pour mettre en œuvre la planification HSM (cf. question 2.1 de l'OFSP à l'annexe 1) :

Le TAF a édicté des prescriptions (C-6539/2011) selon lesquelles il convient, pour la planification MHS, de suivre une procédure formellement séparée en deux temps faisant une distinction entre le rattachement des traitements (définition du domaine MHS) et l'attribution des prestations (attribution des mandats aux fournisseurs de

¹⁷ Le processus de planification MHS est présenté à l'annexe 2.

prestations). À la suite de cet arrêt, les processus inhérents à la procédure de planification ont été davantage normalisés. Une autre décision judiciaire a permis de clarifier une question importante : dans son arrêt de principe du 9 juin 2016 (C-2251/2015), le TAF a établi que les décisions de rattachement à la MHS émanant de l'organe de décision étaient de nature générale et abstraite et n'étaient pas contestables devant un tribunal. La décision a beaucoup contribué à éclaircir la planification MHS. L'arrêt jurisprudentiel améliore la sécurité juridique et la capacité d'exercice de droits et permet de remplir le mandat légal relatif à la planification CIMHS en s'appuyant sur des bases plus claires. L'organe de décision MHS, conforté dans sa façon de procéder et dans ses prises de décisions, va poursuivre ses travaux dans ce domaine.

Les arrêts du TAF ont permis de clarifier le processus de planification et les voies de recours contre les décisions des organes MHS. Les processus de la planification MHS ont ainsi pu être consolidés. La sécurité juridique en matière de procédure permet aux organes susmentionnés d'améliorer également la planification dans le temps des domaines partiels. Toutefois, cela a entraîné un report du calendrier de préparation de la planification MHS. Dans ce contexte, le Conseil fédéral invite les organes de planification MHS à redoubler d'efforts dans les années à venir. La liste MHS devrait être mise à jour dans les meilleurs délais possibles afin que la conception de l'offre ait l'effet nécessaire sur l'efficacité et la qualité de la fourniture des prestations et que les coûts s à charge de l'AOS soient réduits.

4.2 Problèmes liés à la mise en œuvre de la planification MHS

Dans le rapport de situation, l'organe de décision MHS attire l'attention sur les problèmes suivants dans la mise en œuvre de la planification (cf. question 2.2 de l'OFSP à l'annexe 1) :

Les décisions de rattachement à la MHS prises par l'organe de décision ne sont pas contestables (cf. point 4.1) ; en revanche, les décisions d'attribution le sont. Il faut par conséquent s'attendre à des recours des fournisseurs qui, bien qu'ayant soumis un mandat de prestations MHS, n'ont pas été retenus pour les attributions de prestations.

La procédure en deux étapes imposée par le TAF est très onéreuse. La mise en œuvre des règles relatives à la procédure et des règles de fond exigées par le TAF en ce qui concerne le processus de planification et le recueil des données qui y est lié, l'exploitation de celles-ci ainsi que les droits à accorder sur le plan de la procédure entraînent un allongement considérable du temps de traitement des dossiers. Des réévaluations ne pouvant, de ce fait, être terminées dans les délais, des lacunes dans la réglementation MHS en résultent ; les mandats de prestations cantonaux sont alors applicables. Cette compétence subsidiaire s'exerce jusqu'au moment où les organes CIMHS procèdent à une nouvelle attribution et adoptent les nouveaux mandats de prestations MHS. Dans la plupart des cantons, les prestations ou les domaines de prestations qui les incluent ont été réglés au niveau cantonal sous réserve des décisions CIMHS. L'organe de décision MHS a recommandé aux cantons d'ajouter une clause spécifique dans les listes hospitalières cantonales. Si tel n'est toutefois pas encore le cas, les hôpitaux devraient passer des accords transitoires (provisoires) correspondants avec les directions de la santé.

Cela vaut aussi pour les fournisseurs de prestations ayant contesté avec succès une non attribution devant les tribunaux. Là encore, les mandats de prestations correspondants donnant droit à une facturation par le biais de l'assurance obligatoire des soins (AOS) sont déterminés en fonction d'un éventuel mandat de prestations cantonal, et ce jusqu'à ce que l'organe de décision MHS procède à une nouvelle attribution.

Les efforts de concentration suscitent des craintes. Des démarches juridiques peuvent être entreprises en vue de contester une décision imminente de non-attribution,

retardant ainsi les procédures et le moment où le but visé par la concentration et fixé par le législateur sera atteint. Toutefois, les recours contre les décisions de l'organe de décision relèvent davantage de l'exception que de la règle et ne concernent que des domaines sujets à controverse.

Dans son rapport de 2016, le Conseil fédéral avait demandé aux organes MHS de remédier aux lacunes de la réglementation MHS, de compléter dans les meilleurs délais la liste MHS et de continuer ensuite à l'entretenir. Malgré les efforts importants déployés, des lacunes liées aux attributions de prestations échues subsistent encore. Les organes MHS continuent de travailler prioritairement à la réévaluation des domaines partiels concernés et annoncent quels domaines partiels sont prévus dans les prochaines planifications (cf. ch. 6). Jusqu'ici, il n'a donc pas été possible d'établir une liste MHS correspondant à l'état actuel des évolutions médicales et techniques, afin d'offrir des soins hospitaliers de qualité correspondant aux critères d'économicité et adaptés aux besoins.

En raison de l'obligation de suivre une procédure en deux temps, un nouveau processus de planification a dû être entrepris pour les décisions de planification précédemment prises et annulées par le TAF. Les procédures de recours ont de plus entraîné, et entraîneront encore, des retards dans l'élaboration et la mise en œuvre de la planification MHS. Ces recours sont déposés par les hôpitaux qui ont dû renoncer à des mandats de prestations à la suite du processus de concentration de la MHS. Les assureurs n'ayant pas la qualité pour recourir, ils ne peuvent pas contester les décisions cantonales de planification (arrêt du TAF du 8 septembre 2010, C-623/2009). Le Conseil fédéral est favorable à ce que les associations d'assureurs-maladie puissent recourir contre les décisions des autorités cantonales concernant les listes des hôpitaux et des établissements médicaux-sociaux (EMS). Dans son avis du 29 août 2018 relatif à la motion 18.3709 « Etablissement des listes cantonales d'hôpitaux et d'EMS. Participation et codécision des assureurs-maladie¹⁸ » de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, il soutient la création d'une base légale spécifique pour un droit de recours idéal des associations d'assureurs. L'objectif est de garantir l'équilibre entre les acteurs principaux du secteur hospitalier et des EMS, autres que les cantons. Les travaux pour créer un droit de recours pour les associations d'assureurs ont été lancés dans le cadre de la révision partielle de la LAMal concernant les mesures pour la maîtrise des coûts. Un tel droit de recours aura sans doute pour effet d'allonger, au sein de la planification MHS également, les processus précédant la mise en œuvre des décisions MHS.

5. État de la planification MHS

Dans son rapport de situation 2019, l'organe de décision MHS explique l'état de la planification (cf. question 3.1 de l'OFSP à l'annexe 1) :

Au cours des trois dernières années, les travaux ont surtout porté sur les réévaluations, avec pour objectif de remédier au plus tôt aux lacunes dans la réglementation. Aussi les nouveaux domaines MHS ont-ils été très peu nombreux et traités généralement uniquement par des organes chargés de la préparation. Depuis 2015, les étapes suivantes ont été menées à bien dans les différents domaines MHS mentionnés (cf. tableaux 1 à 4) :

¹⁸ Cf.

<https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20183709>

Tableau 1 : Étapes de la procédure finalisées en 2015¹⁹

<i>Traitement d'attaques cérébrales complexes</i>	<i>Décision concernant le rattachement²⁰</i>
<i>Traitement des blessés graves</i>	<i>Consultation relative au rattachement</i>
	<i>Décision concernant le rattachement²¹</i>
	<i>Candidature</i>
<i>Neurochirurgie et neuroradiologie complexes</i>	<i>Consultation relative au rattachement</i>
	<i>Décision concernant le rattachement²²</i>
<i>Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée</i>	<i>Consultation relative au rattachement</i>

Tableau 2 : Étapes de la procédure finalisées en 2016

<i>Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée</i>	<i>Décision concernant le rattachement²³</i>
	<i>Candidature</i>
<i>Traitement des blessés graves</i>	<i>Candidature</i>
	<i>Audition en vue de l'attribution</i>
<i>Transplantations d'organes chez l'adulte</i>	<i>Consultation relative au rattachement</i>
	<i>Décision concernant le rattachement²⁴</i>

¹⁹ Des informations complémentaires concernant les décisions d'attribution figurent à l'annexe 3.

²⁰ Cf. Feuille fédérale, à l'adresse <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/droit-federal/feuille-federale.html> publiée le 10 mars 2015 : FF 2015 1865

²¹ Publiée le 6 octobre 2015 : FF 2015 6701

²² Publiée le 10 novembre 2015 : FF 2015 7063

²³ Publiée le 9 février 2016 : FF 2016 724

²⁴ Publiée le 13 septembre 2016 : FF 2016 6789

<i>Transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques chez l'adulte</i>	<i>Consultation relative au rattachement</i>
	<i>Décision concernant le rattachement ²⁵</i>
<i>Traitement des brûlures graves chez l'adulte</i>	<i>Consultation relative au rattachement</i>
	<i>Décision concernant le rattachement ²⁶</i>
<i>Traitement d'attaque cérébrale complexe</i>	<i>Candidature</i>
<i>Pédiatrie et chirurgie pédiatrique hautement spécialisées</i>	<i>Consultation relative au rattachement</i>
<i>Oncologie pédiatrique</i>	<i>Consultation relative au rattachement</i>

Tableau 3 : Étapes de la procédure finalisées en 2017

<i>Transplantation d'organes chez l'adulte</i>	<i>Candidature</i>
	<i>Audition en vue de l'attribution</i>
<i>Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques chez l'adulte</i>	<i>Candidature</i>
	<i>Audition en vue de l'attribution</i>
<i>Traitement des brûlures graves chez l'adulte</i>	<i>Candidature</i>
<i>Traitement des blessés graves</i>	<i>Décision relative à l'attribution²⁷</i>
<i>Traitement d'attaques cérébrales complexes</i>	<i>Audition en vue de l'attribution</i>
<i>Cardiologie et chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives* (nouveau domaine MHS)</i>	<i>Consultation relative au rattachement</i>
<i>Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée</i>	<i>Audition en vue de l'attribution</i>

** Le domaine de cardiologie et chirurgie cardiaque congénitales et pédiatriques invasives comprend, conformément à la proposition de l'organe scientifique MHS, les domaines partiels suivants : transplantation cardiaque, chirurgie cardiaque congénitale, Intervention*

²⁵ Publiée le 13 septembre 2016 : FF 2016 6787

²⁶ Publiée le 13 septembre 2016 : FF 2016 6785

²⁷ Publiée le 28 mars : FF 2017 2360

hybride (cardiologie interventionnelle assistée par chirurgie ou chirurgie assistée par cardiologie interventionnelle), assistance circulatoire, cathétérisme cardiaque à visée diagnostique et interventionnelle, électrophysiologie invasive et ablation, diagnostic invasif et traitement de l'hypertension pulmonaire, implantation et programmation de pacemaker et défibrillateur, resynchronisation, soins intensifs cardiaques en pédiatrie, interventions cardiaques prénatales.

Tableau 4 : Étapes de la procédure finalisées en 2018

<i>Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée</i>	<i>Audition en vue de l'attribution</i>
<i>Traitement d'attaques cérébrales complexes</i>	<i>Décision concernant l'attribution ²⁸</i>
<i>Transplantation d'organes chez l'adulte</i>	<i>Décision concernant l'attribution des transplantations du cœur²⁹, du foie³⁰, du poumon³¹, du rein³², du pancréas et des îlots pancréatiques³³.</i>
<i>Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques chez l'adulte</i>	<i>Décision concernant l'attribution ³⁴</i>
<i>Traitement des brûlures graves chez l'adulte</i>	<i>Audition en vue de l'attribution</i>

Des travaux préparatoires ont également été menés dans les domaines des dispositifs d'assistance ventriculaire (engagement de la procédure de consultation liée au rapport de l'organe de décision concernant les rattachements), de l'urologie (constitution d'un groupe d'accompagnement, engagement de la procédure de consultation liée au rapport de l'organe de décision concernant les rattachements), de la gynécologie (constitution d'un groupe d'accompagnement, ce point est traité au sein de l'organe scientifique) (il s'agit en intégralité de nouveaux domaines MHS) ainsi que de la chirurgie vasculaire et du traitement des sarcomes.

Suite à l'établissement du rapport de situation du 15 février 2019 à l'intention de l'OFSP, l'organe de décision MHS a effectué les étapes de la procédure présentées dans le schéma suivant :

²⁸ Publiée le 6 février 2018 : FF 2018 741

²⁹ Publiée le 8 mai 2018 : FF 2018 2545

³⁰ Publiée le 8 mai 2018 : FF 2018 2548

³¹ Publiée le 8 mai 2018 : FF 2018 2551

³² Publiée le 8 mai 2018 : FF 2018 2554

³³ Publiée le 8 mai 2018 : FF 2018 2557

³⁴ Publiée le 8 mai 2018 : FF 2018 2560

Tableau 5 : Étapes de la procédure finalisées en 2019³⁵

Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée	Décision concernant l'attribution des résections oesophagienne ³⁶ , pancréatique ³⁷ , et hépatique ³⁸
Dispositifs d'assistance ventriculaire chez l'adulte	Consultation relative au rattachement
Implants cochléaires	Consultation relative au rattachement

À l'instar de ce que l'on peut conclure de la liste des hôpitaux MHS publiée par la CDS³⁹, les décisions d'attribution indiquées dans les tableaux ci-dessus ne concernent que les domaines partiels MHS pour lesquels il existe actuellement un mandat de prestations MHS légalement valable. Les détails relatifs à ces attributions de prestations figurent à l'annexe 3 du présent rapport. La liste des hôpitaux MHS publiée par la CDS comprend également des domaines partiels pour lesquels l'attribution des prestations MHS n'a pas force légale. Le tableau ci-après présente à la fois les domaines partiels ayant force légale (en gris) et ceux sans force légale. Comme au moment de l'établissement du rapport de 2016, des lacunes de réglementation subsistent (cf. ch. 4.2).

Tableau 6 : Groupes de prestations selon la liste des hôpitaux MHS [en gris les domaines partiels règlementés de manière légalement valable] (état au 15 août 2019)⁴⁰

Chirurgie viscérale	Résection œsophagienne
	Résection pancréatique
	Résection hépatique
	Résection rectale profonde

³⁵ Cf. CDS : liste intercantonale des hôpitaux MHS et procédures en cours (état 15 août 2019), à l'adresse <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee>

³⁶ Publiée le 19 février 2019 : FF 2019 1476 (après l'établissement du rapport de situation 2019).

³⁷ Publiée le 19 février 2019 : FF 2019 1472 (après l'établissement du rapport de situation 2019).

³⁸ Publiée le 19 février 2019 : FF 2019 1468 (après l'établissement du rapport de situation 2019).

³⁹ Cf. CDS : liste intercantonale des hôpitaux MHS, à l'adresse <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/liste-des-hopitaux-medecine-hautement-specialisee> [Récapitulatif dans le tableau intitulé « Liste hospitalière intercantonale de la médecine hautement spécialisée (Excel) »].

⁴⁰ Cf. CDS : liste intercantonale des hôpitaux MHS.

Chirurgie viscérale	Chirurgie bariatrique complexe
Oncologie pédiatrique	Traitement en milieu hospitalier des enfants et adolescents cancéreux
	Application des transplantations de cellules souches hématopoïétiques (autologues et allogéniques)
	Traitement des neuroblastomes
	Traitement des sarcomes des tissus mous et des tumeurs osseuses malignes
	Traitement des tumeurs du système nerveux central
Pédiatrie et chirurgie pédiatrique hautement spécialisées	Traitement des blessés graves et des polytraumatismes, y compris les traumatismes cranio-cérébraux chez l'enfant
	Diagnostic et prise en charge des troubles congénitaux spéciaux du métabolisme chez l'enfant
	Bilan préopératoire spécifique pour le traitement neurochirurgical de l'épilepsie chez l'enfant
	Examens spécifiques pour les immunodéficiences primitives (génétiques) chez les enfants
	Traitement des brûlures graves chez les enfants
	Chirurgie trachéale complexe élective chez les enfants
	Chirurgie complexe élective du foie et des voies biliaires chez les enfants
	Soins intensifs pour les nouveau-nés
	Transplantations d'organe (poumons, foie, reins) chez les enfants
	Traitement des rétinoblastomes chez les enfants
Neurochirurgie	Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire chez l'adulte
	Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde chez l'adulte
	Traitement neurochirurgical des pathologies vasculaires du système nerveux central (SNC) sans les anomalies vasculaires complexes

Neurochirurgie	Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du système nerveux central (SNC)
	Tumeurs rares de la moelle épinière
Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux	Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux
Blessés graves	Prise en charge des blessés graves
Brûlures graves	Traitement des brûlures graves chez l'adulte
Transplantations d'organes chez l'adulte	Transplantations cardiaques
	Transplantations hépatiques
	Transplantations pulmonaires
	Transplantations pancréatiques et d'îlots de Langerhans
	Transplantations rénales
ORL	Implants cochléaires
Hématologie	Transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques chez l'adulte

Le processus de planification est en constante évolution, tant au niveau de la méthodologie utilisée (prévision des besoins, vérification du caractère économique, etc.) qu'au niveau de l'éventail des domaines partiels couverts (autres domaines partiels MHS). Les objectifs doivent donc être atteints par étapes. Il convient également de noter qu'une partie du travail de planification effectué à ce jour sert à préparer des décisions futures légalement valables et n'aura qu'ensuite un impact sur la qualité et l'économicité de la fourniture de prestations. En outre, au moment des réévaluations, il est possible d'utiliser l'expérience acquise lors de la première planification. Pour toutes ces raisons, le Conseil fédéral estime que les domaines partiels réglementés de manière légalement valable augmenteront davantage ces prochaines années que les efforts nécessaires à la planification.

Dans le rapport de 2016, le Conseil fédéral a demandé aux organes MHS de compléter la planification dans les meilleurs délais et d'établir une liste MHS, où l'ensemble de l'offre MHS puisse être fournie de manière économique et avec le niveau de qualité requis. Depuis cette date, les organes MHS ont fourni un travail important. Ces efforts sont appropriés pour satisfaire à l'objectif d'une fourniture de prestations économique et de qualité dans le domaine MHS.

6. Étapes suivantes

Le rapport de situation 2019 de l'organe de décision MHS décrit les étapes de la planification MHS envisagées au moment de sa rédaction (le 15 février 2019) (cf. questions 3.2 à 3.5 de l'OFSP à l'annexe 1) :

La planification MHS n'est pas terminée : de nombreux domaines sont en cours de réévaluation. De plus, l'organe scientifique MHS examine (conformément à l'art. 4,

al. 3, ch. 2, CIMHS) si d'autres domaines médicaux doivent être régulés, quels domaines pourraient alors être pris en considération et quelles seraient les conditions d'intégration dans la MHS.

Les décisions d'attribution ayant une durée limitée, elles doivent être régulièrement réévaluées ; le rattachement doit donc toujours être réexaminé. Il se peut que, en raison de progrès technologiques et épidémiologiques, un domaine ne relève plus de la MHS, par exemple parce que le critère de rareté n'est plus rempli, ou parce que de nouvelles méthodes opératoires rendent l'intervention moins complexe.

Actuellement, la réévaluation porte sur la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée⁴¹, le traitement des brûlures graves chez l'adulte, la neurochirurgie complexe et la neuroradiologie, l'oncologie pédiatrique ainsi que la pédiatrie hautement spécialisée et la chirurgie pédiatrique. La réévaluation des mandats de prestations dans le domaine des implants cochléaires prenant fin le 31 décembre 2019 doit également être rapidement entreprise.

La planification des nouveaux domaines suivants est d'ores et déjà prévisible : les dispositifs d'assistance ventriculaire, les traitements complexes en urologie et les traitements complexes des tumeurs gynécologiques. Il est nécessaire de prendre des mesures dans le domaine de la chirurgie vasculaire (interventions endovasculaires), et les travaux dans le domaine du traitement des sarcomes doivent reprendre en temps voulu.

Outre les domaines mentionnés (dispositifs d'assistance ventriculaire, urologie, gynécologie, chirurgie vasculaire, traitement des sarcomes), l'endartériectomie pulmonaire et certaines interventions chirurgicales chez des patients porteurs de malformations cardiaques congénitales (GUCH⁴², adultes souffrant de malformations congénitales complexes) font actuellement l'objet d'études préliminaires au sein de l'organe scientifique en vue de leur éventuel rattachement.

Les nouveaux domaines susceptibles d'être définis comme domaine médical de la MHS constituent un thème récurrent au sein de l'organe scientifique. Des demandes d'intégration d'un domaine dans la MHS sont déposées par des hôpitaux, des sociétés spécialisées ainsi que des particuliers. L'évolution et la spécialisation technique et médicale n'entraînent pas nécessairement plus de MHS. Le contraire est aussi possible, vu que certaines interventions relevant de la MHS pourraient s'avérer moins complexes à l'avenir grâce aux progrès de la technique et de la médecine ou être pratiquées en ambulatoire et quitter ainsi la MHS.

Ces prochaines années, une phase intensive de travaux sera encore nécessaire dans la planification MHS pour adapter la liste des hôpitaux MHS aux progrès de la technique et de la médecine. Les organes MHS se consacrent à l'heure actuelle prioritairement aux réévaluations, afin d'éliminer les lacunes de la réglementation apparues après l'arrivée à échéance des mandats de prestations. Le fait de limiter dans le temps ces mandats et de réévaluer la planification d'un domaine partiel permet d'affiner le processus de concentration ; il est ainsi possible d'adapter la liste des hôpitaux MHS en fonction de l'évolution des besoins et de l'offre. Puisque la liste des hôpitaux MHS sera étoffée par de nouvelles attributions, la charge de travail associée aux réévaluations augmentera également. Les travaux pour la planification de nouveaux domaines partiels seront donc inévitablement ralentis.

Le Conseil fédéral constate que les travaux de réévaluation sont en cours et que les prochains domaines partiels MHS que les organes MHS souhaitent inclure dans leur planification ont déjà été présentés. Une fois que les réévaluations planifiées auront été effectuées, les organes MHS prévoient de reprendre les travaux dans le domaine

⁴¹ La décision d'attribution a été entre-temps prise (cf. tableau 5).

⁴² Grown up congenital hearth disease.

partiel du traitement des sarcomes et de lancer ceux concernant les autres domaines partiels. Comme le constate l'organe de décision MHS, il sera à l'avenir toujours nécessaire de réexaminer le rattachement. De plus, en raison des progrès technologiques et épidémiologiques, certaines prestations devront sans doute être incluses dans la MHS ou, le cas échéant, en être exclues.

7. Compétence subsidiaire du Conseil fédéral

La LAMal (art. 39, al. 2^{bis}) prévoit que le Conseil fédéral établit subsidiairement la liste MHS si les cantons ne remplissent pas leurs tâches dans les délais impartis. Dans son rapport de situation 2019, l'organe de décision du MHS commente ainsi (cf. question 3.6 de l'OFSP à l'annexe 1) :

Concernant la répartition des compétences en matière de planification hospitalière, le droit fédéral attribue la responsabilité aux cantons dans le domaine de la MHS aussi. Cela a du sens et la CIMHS le réalise et l'assume de manière responsable au plan intercantonal.

En vertu de l'art. 39, al. 2, LAMal, dans le domaine MHS, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales.

Selon l'art. 3 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal (financement hospitalier), les planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux exigences prévues à l'art. 39 dans un délai de trois ans à compter de la date d'introduction des forfaits visée à l'al. 1 (soit le 31 décembre 2014).

Le Conseil fédéral prévoyant dans son rapport du 25 mai 2016 que les cantons doivent remplir leurs obligations en temps voulu, c'est-à-dire d'ici au 31 décembre 2014, nous estimons que la compétence subsidiaire du Conseil fédéral pourrait disparaître.

Dans le rapport de 2016, le Conseil fédéral concluait qu'il n'était à ce stade pas opportun de faire usage de la compétence subsidiaire qui lui était conférée par l'art. 39, al. 2^{bis}, LAMal. Il annonçait en outre son intention d'examiner la planification MHS et d'actualiser le rapport de manière périodique. Il vérifierait ainsi régulièrement s'il devait ou non faire usage de ladite compétence, ce qui s'imposait notamment du fait qu'il fallait poursuivre le processus de concentration et que des lacunes réglementaires subsistaient dans plusieurs domaines partiels MHS au moment de la rédaction du rapport de 2016. La compétence subsidiaire du Conseil fédéral n'avait donc pas été supprimée dudit rapport.

Le Conseil fédéral est certain que le processus de concentration pourra continuer dans de bonnes conditions afin de combler les lacunes de la réglementation et compléter la planification MHS dans d'autres domaines partiels, ceci grâce aux ressources mobilisées par les cantons et aux compétences que ces derniers ont acquises. Il est également certain que les organes MHS poursuivront les travaux prévus avec le niveau de qualité requis. Compte tenu du caractère limité de la liste des hôpitaux actuellement en vigueur et des travaux de planification encore prévus, il est nécessaire que le Conseil fédéral continue d'examiner périodiquement la planification MHS.

8. Interfaces dans le domaine de la protonthérapie et des thérapies géniques

Dans son rapport de situation 2019, l'organe de décision MHS traite la question des interfaces entre les organes MHS et la Confédération dans la réglementation des domaines de la protonthérapie et des thérapies cellulaires CAR-T (cf. question 3.6 de l'OFSP à l'annexe 1) :

Après que la protonthérapie a été définie comme domaine médical de la MHS pour la première fois en 2010, puis à nouveau après une première réévaluation en 2013, une deuxième réévaluation a suivi en 2016. L'organe scientifique a alors constaté que la protonthérapie remplissait incontestablement les critères CIMHS. Toutefois, la question se pose de savoir quel acteur (l'organe de décision au travers de la CIMHS ou la Confédération au travers de l'annexe 1 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS⁴³]) est le mieux à même de mettre en place la réglementation. Au centre des débats : le caractère superflu de la double réglementation. La Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP) prend en compte l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations⁴⁴ dans la spécification des indications et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) peut, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, désigner les fournisseurs de prestations autorisés. De plus, la légitimité du rattachement de la protonthérapie à la MHS est controversée du fait que les prestations sont le plus souvent ambulatoires.

Les travaux de planification MHS dans ce domaine ont donc été interrompus et le mandat de prestations MHS confié à l'Institut Paul Scherrer (PSI) à Villigen, arrivé à échéance fin 2016, n'a pas été remplacé. Cela ne remet pas en question le fait que la protonthérapie demeure une prestation médicale hautement spécialisée, mais a simplement évité une double réglementation. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2017, la protonthérapie est réglementée exclusivement par les dispositions de l'annexe 1 OPAS ; la responsabilité réglementaire dans ce domaine incombe par conséquent non plus à l'organe de décision MHS mais au DFI.

Les traitements par cellules CAR T⁴⁵ remplissent tous les critères fixés dans la CIMHS en ce sens qu'il s'agit d'une forme de transplantation de cellules souches autologues.⁴⁶ Cependant, en tous cas à court et moyen terme, une réglementation fondée sur l'annexe 1 de l'OPAS comprenant la dénomination des fournisseurs de prestations reconnus par l'AOS est plus appropriée car en même temps se posent des questions concernant le droit aux prestations selon la LAMal et la tarification ; une autre question encore plus importante porte sur la durée des procédures. La réglementation basée sur l'OPAS s'oriente vers une concentration des prestations, c'est-à-dire vers un nombre restreint de fournisseurs.

Le but de l'annexe 1 de l'OPAS est de réglementer l'obligation de fournir des prestations et les conditions préalables pour assurer une fourniture efficace, rapide et économique des prestations. Pour les prestations particulièrement coûteuses ou difficiles, il est possible de désigner plus précisément les entités habilitées à fournir des prestations à la charge de l'AOS, ceci afin de garantir une fourniture appropriée et de

⁴³ RS 832.112.31

⁴⁴ Les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32, al. 2, LAMal).

⁴⁵ Le traitement par cellules CAR T, CAR étant un récepteur antigénique chimérique (Chimeric Antigen Receptor), est un nouveau type d'immunothérapie des cancers dans lequel on utilise les cellules T génétiquement modifiées avec des récepteurs synthétiques antigéniques spécifiques.

⁴⁶ Les transplantations de cellules souches (autologues et allogéniques chez l'enfant, allogéniques chez l'adulte) ont été définies comme domaine de la MHS.

qualité. C'est pour cette raison que l'annexe 1, ch. 9, OPAS indique que la protonthérapie ne peut être effectuée que par l'Institut Paul Scherrer (PSI). Pour le domaine partiel de la thérapie cellulaire CAR-T également, une dénomination du fournisseur de prestation dans l'OPAS est possible. Compte tenu de la grande proximité avec la teneur de la réglementation MHS déjà établie pour la transplantation de cellules souches autologues, cette prestation peut également être intégrée dans la planification ainsi que dans les décisions de rattachement et d'attribution des organes MHS conformément à l'art. 39 LAMal. Finalement, la coordination entre la réglementation selon l'annexe 1 OPAS et celle selon la CIMHS est très importante. Une fois qu'une prestation attribuée dans le cadre de la CIMHS a force de loi, la désignation des fournisseurs de prestations dans l'annexe 1 OPAS pour la fourniture de cette prestation en milieu stationnaire est enlevée.

9. Effets et évaluation

9.1 Concentration de l'offre

Sur la question des effets de la concentration de l'offre (cf. question 4.1 du BAG à l'annexe 1), l'organe de décision MHS fournit les informations suivantes dans le rapport de situation 2019 :

En raison de l'absence de bases de données ou de leur caractère incomplet, et dans la mesure où les décisions ne sont que récemment entrées en vigueur, on ne peut pour l'instant apprécier les effets de l'attribution des prestations MHS sur les coûts et la qualité de la fourniture de prestations. Aucune recherche concomitante n'a été lancée. La création de registres de qualité des résultats et la représentation systématique, actualisée chaque année, des prestations MHS dans les systèmes de classification CHOP et CIM, qui permet de s'appuyer sur les données habituelles de la statistique médicale des hôpitaux, ont permis dans de nombreux domaines de jeter les bases d'un monitoring méthodique des attributions de prestations. Il est très coûteux de mettre au point un système d'assurance de la qualité pour chaque domaine de prestation MHS.

De plus, la planification MHS ne conduit pas nécessairement à une concentration de l'offre dans tous les domaines partiels. Il se peut également que le statu quo soit réglé de manière contraignante, ce qui permet d'éviter à l'avenir une extension de la fourniture des prestations à d'autres fournisseurs. Il est ainsi possible de prévenir un nouvel éparpillement des cas, généralement très peu nombreux. Cette approche permet de recueillir des données concernant la qualité de la fourniture de prestations au cours d'une première phase, et de pouvoir ainsi concentrer l'offre en se basant sur des éléments objectifs et concrets dans un deuxième temps (réévaluation).

Concernant l'attribution des domaines partiels MHS aux centres mandatés pour la fourniture des prestations définies (art. 3, al. 4, CIMHS), les cantons ont cité la « qualité » comme premier critère à l'art. 4, al. 4, ch. 2 et 3, CIMHS. Les incidences des mesures prises sont examinées en lien avec la limitation dans le temps des mandats de prestations et lors de la réévaluation de la conception des domaines de prestations. Le processus de concentration peut ensuite être adapté en se fondant sur les données recueillies concernant la qualité et le caractère économique. Avec le temps, grâce à la création de registres de qualité et à la mise à jour des systèmes de classification, les organes MHS disposeront progressivement de meilleures données et pourront s'appuyer sur une période d'observation plus longue. Il sera alors possible d'évaluer de manière fondée l'atteinte des objectifs et les mesures à prendre dans le processus de concentration. Une présentation transparente à l'intention de tous les acteurs encouragera la discussion et la mise en œuvre.

Le Conseil fédéral prend acte du fait qu'il existe désormais des systèmes d'assurance qualité et des collectes de données pour de nombreux domaines partiels. Il s'attend à ce que les lacunes soient comblées afin que les bases d'un monitoring méthodique des attributions de prestations puissent être posées dans tous les domaines partiels.

À son avis, l'utilisation des données pour l'évaluation du rapport entre le nombre de cas par centre et le risque de résultats défavorables⁴⁷ est crucial. Ces données constituent un critère clé, pour la qualité de la fourniture de prestations et pour déterminer le nombre minimal de cas dans le domaine MHS. En ce sens, il y a lieu de procéder à une évaluation quantitative et à une comparaison avec les conclusions faites à l'étranger. Idéalement ces aspects devraient figurer dans le prochain rapport de situation.

Dans le même temps, le Conseil fédéral précise que les centres MHS, qui commencent à tenir des registres de qualité et disposent donc de peu de données en raison de la courte période d'observation, doivent également présenter de manière transparente la mise en œuvre des exigences relatives à la qualité de la structure et des processus pour l'évaluation de la qualité. En fait partie l'application des prescriptions basées sur les directives existantes des associations professionnelles ou sur d'autres normes nationales ou internationales reconnues. Ce point avait déjà été évoqué dans le rapport de 2016.

9.2 Domaine ambulatoire

Sur la question des effets de la planification MHS sur les soins ambulatoires (cf. question 4.2 de l'OFSP à l'annexe 1), le rapport de situation 2019 de l'organe de décision MHS précise que :

La planification MHS concernant exclusivement les soins en milieu hospitalier, aucun impact sur le domaine ambulatoire n'a été identifié à notre connaissance. Afin de garantir une prise en charge optimale centrée sur le patient, il est nécessaire de coordonner l'ensemble de la chaîne de traitement. La qualité de la prise en charge peut être améliorée grâce à des conditions ou des recommandations appropriées pour une mise en réseau contraignante des centres MHS avec les structures de soins ambulatoires et hospitaliers impliquées dans la préparation et le suivi des patients concernés. Le concept de réseau a donc été abordé lors d'échanges avec les diverses parties prenantes. Les réseaux doivent être évalués pour chaque cas. Un mandat de prestations est attribué uniquement à l'hôpital MHS, les échelons en amont et en aval (dans le domaine ambulatoire) ne pouvant être réglés de manière contraignante. Les décisions MHS portant exclusivement sur les interventions en milieu stationnaire, il est difficile d'améliorer la coordination de la planification de la chaîne de traitement dans son ensemble.

L'objectif du processus de concentration concernant la MHS est d'améliorer la qualité et l'efficacité dans le domaine des interventions et des thérapies rares, complexes et coûteuses. Renforcer la compétence des centres autorisés ne devrait pas seulement améliorer la prise en charge stationnaire, mais également avoir des effets positifs sur la préparation et le suivi des patients, autrement dit sur l'ensemble de la chaîne de traitement. Toutefois, il n'est possible d'offrir des soins optimaux aux patients qu'à condition d'optimiser également la coordination et l'échange d'informations entre les fournisseurs de prestations du secteur stationnaire et ceux du secteur ambulatoire.

Le Conseil fédéral partage l'avis selon lequel la planification MHS reste limitée aux prestations fournies dans le secteur stationnaire. Il soutient parallèlement les efforts consistant à encourager au moment de la planification MHS un traitement au sein de

⁴⁷ Cf. rapport de 2016, p. 20.

réseaux qualifiés. Les fournisseurs de prestations MHS assument, en tant que centres de compétences, une fonction essentielle. Les cantons sont appelés à soutenir ces évolutions au moyen de conditions ou de recommandations favorisant une mise en réseau contraignante des centres MHS avec les structures de soins ambulatoires et hospitaliers.

10. Conclusion

La planification est un processus continu. Conformément à l'art. 39, al. 2^{bis}, LAMal, le Conseil fédéral évalue si les cantons effectuent leurs tâches à temps. Il conclut que les cantons ont mobilisé les ressources et compétences nécessaires pour établir une planification MHS et une liste MHS en temps utile, telles que prévues dans la loi. Les travaux déjà effectués de même que ceux prévus pour les prochaines années montrent que les organes MHS appliquent le processus de planification avec engagement et compétence. Toutefois, la liste des hôpitaux MHS ne comporte actuellement qu'un nombre restreint d'attributions de prestations ayant force légale, alors qu'il existe un grand nombre d'attributions soit de prestations MHS échues soit de domaines partiels MHS dépourvus d'attribution ayant force légale. Le report du calendrier de préparation de la planification MHS s'explique notamment par l'obligation de diviser la procédure de planification en deux selon la jurisprudence du TAF, selon laquelle les décisions de planification qui ont déjà été prises et annulées devaient être lancées dans un nouveau processus de planification. Dans ce contexte, le Conseil fédéral invite les organes de planification MHS à redoubler d'efforts dans les années à venir.

Les organes MHS devront encore fournir des efforts considérables avant que la planification MHS et la liste des hôpitaux MHS correspondent à l'état actuel des évolutions médicales et techniques pour des soins hospitaliers de qualité, économiques et conformes aux besoins. C'est leur tâche de combler dans les meilleurs délais les lacunes de la réglementation MHS, de compléter la liste MHS et de continuer ensuite à l'entretenir, de manière à ce que les conditions pour des soins hospitaliers de qualité, économiques et conformes aux besoins puissent être remplies. Il convient également aux cantons de poser les bases adéquates pour un monitoring méthodique des attributions de prestations dans tous les domaines partiels. De même, une évaluation quantitative et une comparaison internationale des enseignements tirés concernant le nombre minimal de cas sont nécessaires. Enfin, la mise en œuvre des exigences relatives à la qualité de la structure et des processus doit être présentée de manière transparente.

Le Conseil fédéral estime qu'il n'est à l'heure actuelle pas nécessaire de faire usage de sa compétence subsidiaire au sens de l'art. 39, al. 2^{bis}, LAMal. Il procédera au prochain réexamen de la planification MHS et de son propre rapport dans trois ans. Il vérifiera à cette occasion s'il est opportun de faire usage de ladite compétence subsidiaire. Le cas échéant, le Conseil fédéral peut – sans toutefois faire usage de sa compétence subsidiaire en matière de planification MHS – prendre des mesures visant à éviter que le processus de planification soit inutilement bloqué par des procédures de recours. À cet effet, il peut en particulier inscrire différentes conditions dans l'OPAS, afin d'améliorer la qualité d'une ou de plusieurs prestations MHS.

Annexe 1 : Catalogue des questions de l'OFSP à l'intention des cantons

(questions sur lesquelles se base le rapport de situation 2019 de l'organe de décision MHS)

Questions de l'OFSP au cantons	Chiffre dans le présent rapport
1. Définition et fondements	
Des modifications portant sur les éléments ci-dessous ont-elles eu lieu depuis le rapport du Conseil fédéral établi en 2015 et, le cas échéant, lesquelles ?	3
1.1 Méthode et critères pour définir et délimiter un domaine partiel déterminant pour la planification MHS	3.1
1.2 Méthode permettant de déterminer les besoins	3.2
1.3 Critères appliqués pour l'appréciation et le choix des fournisseurs de prestations	3.3
2. Mise en œuvre	4.
2.1 Les mesures de mise en œuvre de la planification ont-elles été modifiées depuis 2015 ?	4.1
2.2 Quels sont les problèmes liés à la mise en œuvre de la planification ?	4.2
3. Estimation et développement	5.
3.1 Quels domaines partiels MHS ont été réévalués depuis 2015 et pour quels nouveaux domaines partiels MHS des décisions de planification ont-elles été prises pendant cette période ?	5.
3.2 La planification MHS couvre-t-elle tous les objectifs à atteindre ?	6.
3.3 Si tel n'est pas le cas, dans quel délai la planification doit-elle intégrer les objectifs fixés et quels domaines partiels doivent encore être planifiés ?	6.
3.4 Quels domaines devraient être intégrés dans la planification MHS à l'avenir au vu de la spécialisation et des progrès de la technique et de la médecine ?	6.
3.5 Comment les cantons envisagent-ils la poursuite de la planification ?	6.
3.6 L'intervention subsidiaire du Conseil fédéral est-elle nécessaire aux yeux des cantons ? Si oui, dans quels domaines partiels et sous quelle forme ?	7-8.
4. Effets et évaluation	9.
4.1 Dans quels domaines la concentration de l'offre a-t-elle eu les plus fortes répercussions sur les coûts et sur la qualité des fournitures de prestations à ce jour ?	9.1
4.2 Quels effets de la planification MHS peuvent être constatés sur la fourniture de prestations dans le domaine ambulatoire ?	9.2

Annexe 2 : Déroulement de la procédure de planification MHS ⁴⁸



⁴⁸ Site de la CDS à l'adresse : <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/actualites-planification>

Annexe 3: Liste des décisions d'attribution MHS dès 2015 (état: 15 août 2019)⁴⁹

Décision	Date de publication	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Prise en charge des blessés graves	28.3.2017	FF 2017 2360 ⁵⁰	<ul style="list-style-type: none"> - Universitätsspital Basel - Insel Gruppe AG, site de l'Inselspital, Universitätsspital Bern - Hôpitaux universitaires de Genève - Centre hospitalier universitaire vaudois - Universitätsspital Zürich - Kantonsspital Aarau - Kantonsspital Graubünden - Luzerner Kantonsspital, site de Luzern - Kantonsspital St. Gallen - Ente Ospedaliero Cantonale, site de l'Ospedale Regionale di Lugano - Hôpital du Valais, site de Sion - Kantonsspital Winterthur 	31.5.2023
Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux	6.2.2018	FF 2018 741	<ul style="list-style-type: none"> - Kantonsspital Aarau - Insel Gruppe AG, site de l'Inselspital, Universitätsspital 	8.3.2024

⁴⁹ Cf. rapport de la CDS du 15 février 2019, pp. 7-9 ainsi que le site internet : <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/liste-des-hopitaux-medicine-hautement-specialisee>

⁵⁰ Les décisions sont publiées dans la feuille fédérale à l'adresse : <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/droit-federal/feuille-federale.html>

Décision	Date de publication	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> Bern - Universitätsspital Basel - Hôpitaux universitaires de Genève - Luzerner Kantonsspital, site de Lucerne - Kantonsspital St. Gallen - Ente Ospedaliero Cantonale, site de l'Ospedale Regionale di Lugano - Centre hospitalier universitaire vaudois - Klinik Hirslanden, Zurich - Universitätsspital Zurich 	
Transplantations cardiaques chez l'adulte	8.5.2018	FF 2018 2545	<ul style="list-style-type: none"> - Insel Gruppe AG, site de l'Inselspital, Universitätsspital Bern - Centre hospitalier universitaire vaudois - Universitätsspital Zürich 	30.6.2024
Transplantations hépatiques chez l'adulte	8.5.2018	FF 2018 2548	<ul style="list-style-type: none"> - Insel Gruppe AG, site de l'Inselspital, Universitätsspital Bern - Hôpitaux Universitaires de Genève - Universitätsspital Zürich 	30.6.2024
Transplantations pulmonaires chez l'adulte	8.5.2018	FF 2018 2551	<ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier universitaire vaudois - Universitätsspital Zürich 	30.6.2024

Décision	Date de publication	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Transplantations rénales chez l'adulte	8.5.2018	FF 2018 2554	<ul style="list-style-type: none"> - Insel Gruppe AG, Standort Inselspital, Universitätsspital Bern - Universitätsspital Basel - Hôpitaux universitaires de Genève - Kantonsspital St. Gallen - Centre hospitalier universitaire vaudois - Universitätsspital Zürich 	30.6.2024
Transplantations pancréatiques et d'îlots de Langerhans chez l'adulte	8.5.2018	FF 2018 2557	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux universitaires de Genève - Universitätsspital Zürich 	30.6.2024
Transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques chez l'adulte	8.5.2018	FF 2018 2560	<ul style="list-style-type: none"> - Universitätsspital Basel - Hôpitaux universitaires de Genève - Universitätsspital Zürich 	30.6.2024
Chirurgie viscérale hautement spécialisée: résections hépatiques chez l'adulte.	19.2.2019	FF 2019 1468	<ul style="list-style-type: none"> - Kantonsspital Aarau AG - St. Claraspital AG, Basel - Universitätsspital Basel - Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site - Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern - Les hôpitaux universitaires de Genève - Kantonsspital Graubünden, Chur - Klinik St. Anna AG, Luzern - Luzerner Kantonsspital, site de Luzern 	31.7.2025

Décision	Date de publication	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - Kantonsspital St. Gallen, site de St. Gallen - Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano - Spital Thurgau AG, site de Frauenfeld - Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne - Hirslanden Klinik AG, Zürich - Kantonsspital Winterthur - Stadtspital Triemli, Zürich - Universitätsspital Zürich 	
Chirurgie viscérale hautement spécialisée : résections pancréatiques chez l'adulte.	19.2.2019	FF 2019 1472	<ul style="list-style-type: none"> - Kantonsspital Aarau AG - Kantonsspital Baden AG, site de Baden - Kantonsspital Baselland, site de Liestal - St. Claraspital AG, Basel - Universitätsspital Basel - Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site - Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern - Les hôpitaux universitaires de Genève - Kantonsspital Graubünden, Chur - Klinik St. Anna AG, Luzern - Luzerner Kantonsspital, site de Luzern - Kantonsspital St. Gallen, site de St. Gallen - Ente Ospedaliero Cantonale, site de Lugano - Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne 	31.7.2025

Décision	Date de publication	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - Hirslanden Klinik AG, Zürich - Kantonsspital Winterthur - Stadtspital Triemli, Zürich - Universitätsspital Zürich 	
Chirurgie viscerale hautement spécialisée : résections oesophagiennes chez l'adulte.	19.2.2019	FF 2019 1476	<ul style="list-style-type: none"> - St. Claraspital AG, Basel - Insel Gruppe AG – Inselepital Universitätsspital Bern - Luzerner Kantonsspital, site de Luzern - Kantonsspital St. Gallen, site de St. Gallen - Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne - Hirslanden Klinik AG, Zürich - Stadtspital Triemli, Zürich - Universitätsspital Zürich 	31.7.2025