



- Éditorial d'Yvonne Gilli
- Obligation de contracter : un tour d'horizon
- Les « Bases juridiques pour le quotidien médical » sont désormais en ligne
- Comment améliorer la santé du système de santé

Sommaire

Éditorial d'Yvonne Gilli	3
Obligation de contracter : un tour d'horizon	6
Les « Bases juridiques pour le quotidien médical » sont désormais en ligne	10
Comment améliorer la santé du système de santé	12
Nouvelles du corps médical	15



« Je reviendrai, c'est certain » : à l'instar de la Panthère rose, beaucoup de projets de loi reviennent au Parlement après avoir été rejetés.

Ce qui est approuvé reste, ce qui est rejeté revient

Principe de la panthère rose « *Aujourd'hui, ce n'est pas demain ; je reviendrai, c'est certain.* » Ce principe de la panthère rose s'invite aussi en politique, comme l'a montré la session de printemps : même si le nouveau fournisseur de prestations a été rejeté, son retour est déjà annoncé, à l'instar de la prétendue « liberté de contracter » qui réapparaît après avoir été maintes fois rejetée.



Yvonne Gilli
Dre méd., présidente de la FMH

La FMH et l'ensemble des acteurs du système de santé ont engrangé un beau succès au terme de la session de printemps le 21 mars. Le deuxième volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts a été adopté *sans* le nouveau fournisseur de prestations initialement prévu. Que nous apprend cette histoire sur le plan politique ?

Mieux vaut agir après mûre réflexion que sous le coup de l'émotion

Ce n'est que grâce à des actions coordonnées, lancées aux bons moments et auprès des personnes concernées, que les acteurs du système de santé ont réussi à repousser une surréglementation basée sur les fa-

meux « réseaux de soins coordonnés ». La FMH a fait valoir ses arguments et proposé d'autres solutions dès les premières auditions parlementaires qui se sont tenues à un rythme soutenu en octobre 2022, pour ensuite continuer à suivre le processus de très près [1,2].

Les experts du terrain sont rarement écoutés

Les développements ultérieurs concernant le nouveau fournisseur de prestations dans le 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts ont clairement montré qu'il était nécessaire de maintenir la pression et de s'engager avec énergie et professionnalisme. Malgré les mises en garde

répétées des acteurs concernés – médecins de famille, réseaux de soins, hôpitaux, associations regroupant diverses professions de la santé et assureurs – une partie du monde politique a fait la sourde oreille à ces revendications. L'expertise du terrain recueillie lors des trois tables rondes organisées par l'OFSP a même été reléguée en annexe du rapport établi par l'administration fédérale pour ensuite finir par disparaître complètement dans la suite du processus.

Éviter les dommages, une tâche ingrate et chère

Les nombreuses interventions « bien intentionnées » du Parlement représentent un véritable problème pour le système de santé, d'autant plus que l'expertise des acteurs du terrain ne semble être entendue que lorsqu'elle sert les différents projets défendus par le Parlement. Pour la FMH et d'autres protagonistes, les nombreuses propositions d'amélioration, qui de facto n'en sont guère, génèrent une énorme charge de travail. Forcés de réagir, les acteurs concernés se retrouvent dans le rôle d'« empêcheurs » et mobilisent des ressources qu'il serait préférable d'investir dans des solutions constructives. Par ailleurs, cette lutte imposée pour éviter le pire est peu visible par nos membres. Personne ou presque n'a conscience des problèmes qui, finalement, ne sont pas devenus réalité.

Une idée qu'on défend, on la répète sans cesse

Une autre difficulté en politique concerne les idées qui, si elles sont jugées bonnes, sont sans cesse remises sur la table, même si elles ont déjà essuyé de nombreux rejets. Ce qui est critiqué comme une technique de « forcing » dans les initiatives populaires est pourtant monnaie courante au Parlement. Le nouveau fournisseur de prestations ne devrait donc pas tarder à refaire surface. Le projet n'avait-il pas été rejeté dans le canton de Vaud, avant d'être repris par l'OFSP dans le 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts ? Avant que le nouveau refus soit acté, les parlementaires relevaient que « la discussion à ce sujet nécessitait plus de temps » [3]. La conseillère fédérale a éga-

lement rappelé avec regret tous les prétendus avantages – pourtant clairement rejetés – de la réglementation qui a échoué à convaincre [3]. Ce n'est donc qu'une question de temps avant que le projet ne revienne, selon le principe cher à la panthère rose.

NdT: dans la version allemande de la Panthère rose, chaque épisode se conclut par l'adage « Heute ist nicht alle Tage; ich komm wieder, keine Frage » (« Aujourd'hui, ce n'est pas demain; je reviendrai, c'est certain »). Cette expression est largement entrée dans l'usage dans l'espace germanophone.

La « liberté de contracter » des caisses-maladie, une panthère rose avec une canne

La suppression de l'obligation de contracter des assureurs-maladie fait également partie de ces principes à répétition qui ont vieilli : voilà près de 30 ans que ce sujet est sans cesse rediscuté au Parlement. L'article « Obligation de contracter : un tour d'horizon » publié dans la présente édition numérique du BMS [4] montre combien de fois il a été discuté et rejeté, ne réussissant à convaincre ni la gauche ni la droite.

Une prolifération de textes de loi

Le retour de certains sujets implique non seulement de ramener des idées qui n'ont pas su convaincre, mais fait également proliférer le nombre de textes de loi. Les discussions sur l'obligation de contracter ont eu lieu sur plusieurs décennies et de multiples lois ont été édictées, car le Parlement voulait résoudre *autrement* le problème en invoquant la « liberté de contracter ». Entretemps, la clause du besoin a été pérennisée par une loi différenciée sur les admissions et différentes autres lois ont été adoptées pour gérer les volumes de prestations et l'assurance-qualité. Aujourd'hui, la « liberté de contracter » est remise sur la table pour ajouter une réglementation *supplémentaire* à l'arsenal législatif, sans qu'aucune autre loi ne soit supprimée.

Un soutien concret sur fond de pléthore législative

Il devient de plus en plus difficile pour le corps médical de s'y retrouver dans la plé-

thore de textes de loi. C'est pourquoi la FMH s'attaque non seulement à la source du problème en montrant aux politiques les conséquences de leurs projets sur l'exercice de la médecine, mais aussi en aidant ses membres à y voir plus clair dans cette jungle législative. Vous trouverez donc dans cette édition du BMS un article consacré aux « Bases juridiques pour le quotidien médical » dans lesquelles la FMH et l'ASSM traitent des questions juridiques les plus fréquentes en 10 chapitres et 70 sous-chapitres [5].

La prise en charge des patients n'a pas besoin d'idéologie ...

Les dysfonctionnements de la législation sont aussi soumis à des biais idéologiques. La gauche a tendance à soutenir les réglementations qui sonnent bien, à l'instar des « réseaux », alors que le camp bourgeois adhère volontiers aux propositions supposées favorables au marché, comme la « liberté de contracter » pour les caisses-maladie. Mais les deux camps semblent oublier que les propositions qu'ils soutiennent ne sont pas adaptées à l'exercice de la médecine et que leurs résultats sont même contraires aux objectifs qu'elles poursuivent.

... mais de solutions adaptées à la pratique de demain

Si ces deux camps continuent à soumettre les lois refusées jusqu'à ce qu'elles soient approuvées et viennent *s'ajouter* aux alternatives votées précédemment, cela ne fera que renforcer l'imbroglio législatif. Or c'est précisément parce que notre système de santé est un savant mélange de réglementations étatiques et de lois du marché que la prise en charge des patients risque à tout moment d'être instrumentalisée et de faire les frais d'une polarisation gauche-droite. C'est donc le principal défi de la politique professionnelle de montrer que « bien intentionné » ne veut pas dire « bien fait » et que la prise en charge médicale n'a pas besoin de victoires à la Pyrrhus obtenues sur des bases idéologiques, mais de solutions durables et adaptées à l'exercice de la médecine au quotidien.

Références

- 1 Gilli Y. Chevauchée sur un cheval mort ; Bulletin des médecins suisses 2023 ; 104(14–15) : 24–25.
- 2 Bütikofer A-G, Gilli Y, Götschi A S, Kraft E, Luchsinger P, Mesnil M, Ruggli M, Trutmann M, Wille N. Renforcer la coordination plutôt que la réglementer. Bulletin des médecins suisses 2023 ;104(14-15) : 26-30.
- 3 Interventions du conseiller aux États Erich Ettlin et de la conseillère fédérale Elisabeth Baume-Schneider lors des délibérations du Conseil des États sur les divergences le 4.3.2025 ; URL : <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=67031>
- 4 Wille N, Gilli Y. Obligation de contracter : un tour d’horizon. Bulletin des médecins suisses (13–14), avril 2025 ; URL : <https://www.fmh.ch/fr/politique-medias/bulletin-des-medecins-suisse/ausgabe-13-14/fmh-vertragspflicht-fr.cfm>
- 5 Zbären-Lutz C, Lang G, Clerc V. Les « Bases juridiques pour le quotidien médical » sont désormais en ligne. Bulletin des médecins suisses (13–14), avril 2025 ; URL : <https://www.fmh.ch/fr/politique-medias/bulletin-des-medecins-suisse/ausgabe-13-14/fmh-bases-juridiques.cfm>

Obligation de contracter : un tour d'horizon

LAMal Plusieurs lois définissent quels fournisseurs de prestations, et en quel nombre, sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire. La législation garantit aussi aux assurés de pouvoir choisir librement leur médecin parmi celles et ceux admis à pratiquer. Pour ce faire, elle impose aux assureurs de prendre en charge leurs prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire. Une obligation dont certaines caisses aimeraient se délivrer.

Nora Wille

Dre phil., collaboratrice scientifique de la présidente

Yvonne Gilli

Dre méd., présidente de la FMH

Intitulée « LAMal. Assouplissement de l'obligation de contracter », la motion 23.4088 [1] de Peter Hegglin, conseiller aux États du Centre, membre du conseil d'administration de santé suisse et président de l'association des petits et moyens assureurs-maladie RVK, a suscité ces dernières semaines une vive attention du monde politique et des médias. Le 13 mars dernier, le Conseil national a emboîté le pas à la chambre haute qui l'avait approuvée en septembre 2024 en décidant, par 113 voix contre 72 et 6 abstentions, de charger le Conseil fédéral d'élaborer un projet de loi visant à assouplir l'obligation de contracter [2].

Un assaut contre l'équilibre des obligations dans la LAMal

Dans les faits, la LAMal formule de très nombreuses obligations, surtout à l'intention des assurés. Celles qu'elle nomme le plus souvent sont l'obligation de s'assurer et l'obligation de payer les primes, auxquelles s'ajoutent les nombreuses obligations adressées aux fournisseurs de prestations et aux assureurs. La loi oblige donc toute personne domiciliée en Suisse à conclure une assurance-maladie et détermine qui a le droit de fournir des prestations dans le cadre de cette assurance obligatoire. Vu que la LAMal régit les admissions et exige une convention tarifaire entre les fournisseurs de prestations admis à pratiquer et les caisses-maladie, les assureurs sont tenus de rembourser les prestations obligatoires de la LAMal conformément à ladite convention.

Outre-Sarine, l'obligation devient contrainte pour mieux la dénigrer

Au vu des multiples obligations imposées par la LAMal aux nombreux acteurs, mettre l'accent sur une seule d'entre elles en la rendant inacceptable est une tactique classique de communication politique. Outre-Sarine par exemple, l'obligation des assureurs est devenue une contrainte (« Zwang ») qui jalonne les projets de loi, les articles de presse ou les rapports d'économistes. Entre-temps, cette interprétation s'est parfaitement bien imposée. Si aucune raison objective ne permet de la justifier, s'opposer à une « contrainte » est une méthode éminemment plus facile pour obtenir l'adhésion que vouloir se défaire d'une simple obligation.

La « liberté de contracter » existe déjà en contrepartie de réductions de primes

Le remboursement par les caisses-maladie des prestations fournies par tous les médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire constitue le pilier central de notre système de santé depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996. Dès le début, il a cependant été prévu de pouvoir alléger cette obligation, mais à des conditions bien définies dans des modèles d'assurance alternatifs. Ce que précisait déjà le message relatif à la LAMal en 1991 : « *Au choix limité du fournisseur de prestations correspondent une prime réduite et la possibilité de supprimer la participation aux coûts* » [3, p. 111].

Exclure pour contrer une « augmentation constante » des médecins ?

Même si les assureurs-maladie ont toujours eu la « liberté de contracter » avec les médecins souhaitant rallier les modèles d'assurance alternatifs, l'obligation de contracter n'a cessé d'être remise en question alors que c'est un principe fonda-

mental de la LAMal. Depuis plus de deux décennies, ce sont les deux mêmes arguments qui reviennent régulièrement sur la table: le premier se veut favorable à la maîtrise des coûts en limitant l'offre de prestations sous prétexte qu'avec l'obligation de contracter, les assureurs « *n'ont [...] en principe aucun moyen de s'opposer à l'accroissement du volume des prestations provoqué par l'augmentation constante du nombre de fournisseurs de prestations* » [4,5, p. 4056]. Par conséquent, ils doivent pouvoir « *exclure [les fournisseurs de prestations] de ce marché* » [5, p. 4056], afin d'éviter qu'un excédent de médecins ne pèse sur l'assurance obligatoire.

Ce serait aux assureurs de définir la qualité et non au législateur ou aux patients

Le deuxième argument concerne la qualité: seule la liberté de contracter permettrait aux assureurs d'exclure les fournisseurs de prestations dont la qualité serait insuffisante. Ainsi, ce ne seraient plus les exigences du législateur et des patients qui primeraient, mais les conventions sélectives des assureurs, qui

pourraient mettre au ban des fournisseurs de prestations de haute qualité en dépit de leur admission à pratiquer.

« Afflux de médecins » : toujours la même idée depuis l'an 2000

Ces dernières décennies, la levée de l'obligation de contracter des assureurs-maladie a été débattue à plusieurs reprises au Parlement et à chaque fois rejetée; les premières tentatives datant de 1999 et 2000 [6]. Dès la première révision de la LAMal, le Parlement a confié la tâche au Conseil fédéral de subordonner l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations [5] à la « preuve d'un besoin » pour répondre « *à l'afflux de médecins tant redouté* » [6] et aux nouveaux accords bilatéraux [7]; marquant ainsi le début de la régulation de l'admission concrétisée par l'art. 55a LAMal. Ce pilotage avait toutefois été limité dans le temps afin de pouvoir étudier la suppression de « *l'obligation de contracter qui lie les caisses et les fournisseurs de prestations* » [6]. Même si les assurés pourraient être amenés à renoncer à consulter un « *médecin qui les suit de longue date* »

Principaux arguments contre l'assouplissement de l'obligation de contracter dans la LAMal

Une large alliance composée des associations ARTISET, ChiroSuisse, FAMH, FMH, FSP, H+, ivr-ias, pharmaSuisse, physioswiss, SBK-ASI et FSSF a remis au Parlement les arguments suivants contre la motion 23.4088 en prévision de la discussion.

- **Le libre choix, un pilier de la LAMal:** l'obligation de contracter des caisses-maladie garantit le libre choix du médecin pour les prestations de l'assurance obligatoire. Le Parlement et la population ont toujours clairement rejeté toute limitation supplémentaire.
- **Sélection des risques:** en cas d'assouplissement de l'obligation de contracter, les assureurs-maladie risquent de privilégier les fournisseurs de prestations au meilleur coût. La prise en charge d'un trop grand nombre de patients « onéreux » représenterait un risque et les personnes polymorbides pourraient ne plus trouver de médecins pour les soigner.
- **Péjoration pour les malades chroniques:** l'obligation de changer pour un médecin de la liste de l'assureur impacterait plus particulièrement les personnes atteintes de maladies chroniques. Combiné à la pénurie de personnel qualifié, ce changement pourrait se traduire par des interruptions de traitement.
- **Dilution de la planification cantonale des soins:** hormis les cantons, les assureurs-maladie pourraient décider du catalogue des prestations obligatoires, ce qui mettrait à mal le pilotage des soins et la sécurité juridique.
- **Accentuation de la pénurie de personnel qualifié:** exercer la médecine ou reprendre un cabinet perd de son attractivité si la prise en charge par l'assurance obligatoire de ses propres prestations ou de celles de son employeur est incertaine. Cela aurait un impact négatif sur le nombre de professionnels de santé et sur les soins aux patientes et patients.
- **Politique contradictoire:** dans l'attente des effets des nouvelles réglementations, le Parlement refuse actuellement même les plus infimes ajustements visant à atténuer les difficultés de prise en charge. Procéder maintenant à une réforme en profondeur serait contradictoire et détruirait un compromis durement acquis.
- **Choix délibéré pour la qualité:** aujourd'hui les assurés optent délibérément pour un modèle d'assurance alternatif et acceptent les quelques restrictions que cela implique parce qu'ils sont convaincus. Rien ne justifie de leur retirer cette option, ni de leur imposer le choix de leur caisse-maladie par un assouplissement de l'obligation de contracter.

et les médecins concernés être soumis de fait à une « *interdiction d'exercer* » [6], le Parlement a décidé de repousser la discussion sur la « suppression de l'obligation de contracter » à la prochaine révision de la LAMal pour « *limiter le nombre de médecins* » [8].

Une « liberté » fortement réglementée contre trop de médecins

Lors de la deuxième révision de la LAMal, le Conseil fédéral a donc soumis une proposition visant à supprimer « *l'obligation de contracter* » dans le secteur ambulatoire. Bien que beaucoup la jugeaient « *inadaptée et impossible à mettre en pratique* » [4], le Conseil des États a approuvé à une large majorité cette solution « *censée atténuer la densité des médecins* » [4]. Il a néanmoins posé des limites strictes pour empêcher les « *assureurs d'abuser de leur pouvoir* » [4] : garantir la couverture médicale, permettre aux personnes atteintes de maladies chroniques de poursuivre leur traitement auprès du « *médecin de leur choix* » [4] et laisser le corps médical négocier les termes de la convention avec les caisses. De plus, une commission d'arbitrage tripartite composée de représentants du corps médical, des caisses-maladie et des cantons devait faire office d'instance de recours. Même si plus tard, quelques exceptions supplémentaires ont été rajoutées, comme des garanties contractuelles pour les réseaux de médecins, la crainte que la suppression du libre choix du médecin se traduise par une médecine à deux vitesses restait vive à gauche comme à droite, ce qui a fini par faire capoter la révision de la LAMal en 2003 lors du vote final.

La prochaine intervention pour « limiter l'offre excédentaire »

En 2004, avec l'arrivée à échéance de la régulation de l'admission sur la base de l'art. 55a LAMal et la recherche d'une solution durable, le Conseil fédéral a soumis une nouvelle proposition [5,7]. Ce nouveau projet de « liberté de contracter » appliquée à tous les médecins exerçant dans le domaine ambulatoire n'a pas convaincu le Parlement. Le Conseil fédéral a lui-même estimé que les caisses-maladie risquaient de désavantager les fournisseurs de prestations [...] et de les inciter à « *se débarrasser des patients qui génèrent des coûts particulièrement élevés* » [5, p. 4066]. Comme les modèles alternatifs n'ont pas non plus obtenu de majorité [7] et que la question de la « liberté de contracter » devait être intégrée dans la révision du Managed Care [9], cette proposition a terminé son parcours en 2008, puis en 2010 par la non-entrée en matière du Conseil des États et du Conseil national [7].

Chaque tentative d'introduction a échoué

L'obligation de contracter des caisses-maladie est restée un sujet central. En juin 2012, le projet de Managed Care a été rejeté à 76 %, notamment parce qu'il touchait au libre choix du médecin. Cela n'a pas empêché la « liberté de contracter » de rester à l'ordre du jour pendant plusieurs années, à chaque fois que la clause du besoin (art. 55a LAMal) devait être prolongée, soit en 2005, 2008, 2013, 2016 et 2019. Après l'échec,

fin 2015, de la tentative de renforcer l'art. 55a LAMal, la CSSS-E a demandé au Conseil fédéral de faire le point de la situation début 2016 dans le but d'examiner la possibilité d'assouplir l'obligation de contracter, en plus de la régulation par des nombres maximaux et minimaux de médecins ou par les tarifs [10]. En mai 2017, préoccupée par la « *surmédicalisation* » [11], la CSSS-N a demandé à rediscuter le modèle proposé en 2004 [17,442, 12]. La CSSS-E a explicitement soutenu cette proposition pour « *montrer qu'elle [était] favorable à l'assouplissement de l'obligation de contracter* » notamment dans la perspective de la discussion sur la gestion des admissions [13]. L'assouplissement proposé n'a finalement pas réussi à convaincre malgré ces interventions et décisions [14]. Après les vifs débats entre 2018 et 2020 à propos d'un nouveau projet de loi [15], le pilotage des admissions a été adopté à une large majorité par le Parlement en juin 2020 et introduit en juillet 2021 sans assouplissement de l'obligation de contracter.

Une solution inadaptée pour un problème inexistant

Comme le montre ce tour d'horizon, de nombreuses variantes ont déjà été discutées au Parlement et, à chaque fois, la « liberté de contracter » a été rejetée. Cela peut donc sembler irréaliste de revenir avec la même proposition après des années et des années d'échec et en plus, de la présenter juste après l'introduction d'un compromis obtenu de haute lutte. C'est d'autant plus surprenant que les arguments en faveur de cette proposition sont totalement dépassés. Selon l'OCDE, 20 pays européens sont actuellement confrontés à une pénurie de médecins [16] et l'OFSP nous annonce qu'au cours de la dernière décennie, plus de 70 % des nouveaux médecins qui exercent en Suisse sont venus de l'étranger [17]. Alors que la pénurie de médecins s'accroît et que la menace de déserts médicaux se fait sentir un peu partout, la motion Hegglin entend toujours lutter contre la « surmédicalisation ».

C'est dépassé de vouloir la « liberté de contracter »

Aujourd'hui, les effectifs de personnel qualifié ont énormément changé, sans parler de la législation. Face au pilotage des admissions réglé à plusieurs niveaux par la Confédération et les cantons, il est difficile de justifier des limitations supplémentaires par les assureurs-maladie. En matière de qualité, les exigences ont aussi été considérablement renforcées. Lorsque la « liberté de contracter » a été proposée pour la première fois, aucun critère de qualité n'intervenait dans la régulation des admissions, aucun article de loi visant à renforcer la qualité et l'économicité des soins ne remplissait plusieurs pages dans la LAMal, et il n'existait pas de Commission fédérale pour la qualité ou d'objectifs qualité fixés par le Conseil fédéral.

Les avantages sont déjà mis en application

Lorsque les caisses-maladie considèrent que les exigences du législateur sont insuffisantes, elles peuvent aujourd'hui déjà proposer des modèles d'assurance alternatifs et conclure des conventions sélectives avec les fournisseurs de prestations. Si ces modèles présentent des avantages réels en termes de coûts ou de qualité, ils n'auront pas de difficulté à convaincre les assurés. Inversement, s'ils n'arrivent pas à convaincre, il est préférable que leur sélection se fasse par le jeu de la concurrence au lieu de les imposer par la loi.

Quand « liberté » rime avec nouvelles limitations

Parlons-en justement. Cette fameuse « liberté » de contracter n'apporterait pas plus de liberté. Elle ne ferait que livrer les assurés et les fournisseurs de prestations au bon vouloir des assureurs ou alors il faudrait un train de mesures d'accompagnement à l'instar des projets de loi de ces deux dernières décennies. Tout ce qui est présenté comme une liberté se ré-

vèlera de facto n'être qu'un niveau de régulation supplémentaire impliquant une forte charge administrative. Aux réglementations déjà en place s'ajouteront les nouvelles restrictions des caisses-maladie et plusieurs conditions à remplir. Dans ce contexte, qui peut envier le Conseil fédéral de devoir répondre à la motion Hegglin et élaborer un nouveau projet sur l'obligation de contracter? Venir perturber les équilibres de la LAMal risque immanquablement de créer des contraintes et cette fameuse « liberté » générera son lot de réglementations. La solution proposée ne pourra être qu'en trompe-l'œil, mais le Parlement refusera une fois encore de se laisser duper.

Références

- 1 Motion 23.4088, Peter Hegglin. LAMal. Assouplissement de l'obligation de contracter ; URL : [23.4088 | LAMal. Assouplissement de l'obligation de contracter | Objet | Le Parlement suisse](#)
- 2 Dépêche ATS, 13 mars 2025. Le Parlement veut assouplir l'obligation de contracter pour les caisses-maladie (en allemand) ; URL : https://www.parlament.ch/de/services/news/Seiten/2025/20250313122008712194158159026_bsd092.aspx
- 3 Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, publié le 28 janvier 1992, FF 1992 | 77 ; URL : [Message concernant la révision de la LAMal](#)
- 4 Objet du Conseil fédéral 00.079. Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle (Financement des hôpitaux) ; URL : [Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle \(Financement des hôpitaux\)](#)
- 5 Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (liberté de contracter) du 26 mai 2004, publié le 27 juillet 2004, FF 2004 4055 ; URL : <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2004/709/fr>
- 6 Objet du Conseil fédéral 98.058. LAMal. Subsidés fédéraux et révision partielle ; URL : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=19980058>
- 7 Objet du Conseil fédéral 04.062. Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care ; URL : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20040062>
- 8 Dépêche ATS du 3 février 2000. La commission du National propose de limiter le nombre de médecins. Suppression de l'obligation de contracter repoussée à la prochaine révision de la LAMal ; URL : https://www.parlament.ch/fr/services/news/Pages/2000/mm_2000-02-03_000_01.aspx
- 9 Objet du Conseil fédéral 04.062. Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care ; URL : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20040062>
- 10 Postulat CSSS-E, 16.3000. Possibilités de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins ; URL : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20163000>
- 11 Communiqué de presse, CSSS-N, 12 mai 2017. La commission s'attaque à la surmédicalisation ; URL : <https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-n-2017-05-12.aspx>
- 12 Initiative parlementaire CSSS-N 17.442. Pour une gestion cantonale de l'admission et un renforcement de l'autonomie contractuelle ; URL : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20170442>
- 13 Communiqué de presse, CSSS-E, 16 janvier 2018. Commissions versées aux intermédiaires. Éviter des dépenses disproportionnées ; URL : <https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-s-2018-01-16.aspx>
- 14 Objet du Conseil fédéral 18.047. LAMal. Admission des fournisseurs de prestations ; URL : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20180047>
- 15 Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations) du 9 mai 2018, publié le 12 juin 2018, FF 2018 3263 ; URL : <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2018/1205/fr>
- 16 OECD Publications, Health at a Glance : Europe 2024. State of Health in the EU Cycle. Report, 18 novembre 2024 ; URL : https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html
- 17 Médecins 2023. Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS sur mandat de l'OFSP, mars 2024 ; URL : https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/statistiken/med/aerztinnen-und-aerzte-2023.pdf.download.pdf/M%C3%A9decins%202023_f.pdf

Les « Bases juridiques pour le quotidien médical » sont désormais en ligne

Guide pratique *De nombreuses dispositions légales accompagnent les médecins dans leur activité quotidienne ; or il leur est souvent difficile de garder une vue d'ensemble des normes juridiques et légales les concernant. Désormais accessible en ligne, le guide « Bases juridiques pour le quotidien médical » de la FMH et de l'ASSM entend leur offrir un appui étayé.*

Corinne Zbären-Lutz
Avocate, FMH

Gabriela Lang
Cheffe du Service juridique, FMH

Valérie Clerc
Secrétaire générale, ASSM

Dans leur quotidien professionnel, les médecins doivent prendre de nombreuses décisions qui reposent sur un équilibre entre des intérêts ou des buts parfois antinomiques. Par exemple, informer des risques que comporte un traitement donne lieu à un conflit d'objectifs. D'un côté, les patientes et les patients ont le droit de connaître en détail les risques importants qu'ils encourent, mais de l'autre, ils ne doivent pas être effrayés au point de décider de renoncer à une intervention qui s'avère nécessaire.

Si le droit accorde en partie une grande marge d'appréciation aux médecins, il existe des normes juridiques qui, dans d'autres cas, définissent la décision à prendre ou du moins la guident de manière déterminante. Certaines décisions de grande importance ne peuvent et ne doivent pas être prises exclusivement par le seul personnel médical, ni par les seules personnes concernées.

Le droit est omniprésent dans la pratique quotidienne

Les médecins sont régulièrement confrontés à des situations pouvant soulever des questions juridiques délicates : peut-on transmettre les données d'un patient mineur à ses parents ? Quelles informations peuvent être fournies à l'assurance-accidents ? Que faire des dossiers médicaux au moment de partir à la retraite ? À quoi faut-il prêter attention en matière de télé-médecine ou d'intelligence artificielle ? Ce ne sont que quelques-unes des nombreuses situations professionnelles dans lesquelles un guide juridique peut s'avérer utile.

Après trois éditions en version papier des « Bases juridiques pour le quotidien du médecin », la Fédération des médecins suisses (FMH) et l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) ont opté pour un format numérique. Pour la première fois, le guide juridique est exclusivement publié en ligne et offre un accès rapide et ciblé aux informations recherchées. Accessible gratuitement et actualisé régulièrement, le guide répond aux questions fréquentes les plus usuelles. Il offre une vue d'ensemble étayée des nombreuses dispositions légales et réglementaires qui accompagnent les médecins dans leur activité quotidienne. Complété par des renvois vers des liens hypertextes, chacun de ses chapitres peut être consulté séparément et imprimé au format PDF. Le guide s'adresse au corps médical mais aussi de manière plus générale aux personnes qui exercent dans le domaine de la santé, aux autorités, aux juristes qui exercent pour l'administration ou dans une étude d'avocats, et aux tribunaux – en un mot à toutes celles et ceux qui ont affaire à des questions médico-juridiques.

Structure thématique

Le guide comprend 10 chapitres et 76 sous-chapitres abordant les questions de droit les plus fréquentes et les plus importantes qui se posent dans les cabinets médicaux et les hôpitaux. Une

Le guide passe en revue les dispositions légales et réglementaires qui accompagnent les médecins dans leur activité quotidienne.

Pour la première fois, le guide est exclusivement publié en ligne et offre un accès rapide et ciblé aux informations recherchées.

équipe d'auteurs et d'auteurs, composée du Service juridique de la FMH, des collaboratrices et collaborateurs de l'ASSM et de spécialistes externes a rédigé les contenus en veillant à ce que les textes soient aussi courts que possible tout en permettant de faire le tour de la question. Voici un bref résumé des principaux points qui y sont développés :

- **Le chapitre 1** s'attaque aux fondements, c'est-à-dire à la fonction du droit dans le quotidien des médecins et à la hiérarchisation des normes, de la Constitution fédérale aux directives médico-éthiques de l'ASSM en passant par les dispositions réglementaires de la FMH relevant du droit privé. L'évolution du droit suisse de la santé et son état actuel viennent conclure ce premier tour d'horizon.
- **Le chapitre 2** offre un aperçu systématique des conditions générales de l'activité médicale : formation prégraduée, postgraduée et continue, autorisation de pratiquer et admission à facturer, devoirs professionnels, assurances sociales et privées.
- **Le chapitre 3** pose les fondements juridiques du traitement des patientes et des patients : relation de soins entre médecin et patient, consentement libre et éclairé, dossier médical, droit d'accès et droit à la remise du dossier médical, traitement médical de personnes mineures, traitements de patientes et patients étrangers, prise en charge médicale des sans-papiers et des requérants d'asile. Ce chapitre met en lumière les mesures prises par les autorités pour protéger les adultes qui ont besoin d'aide ou de protection.
- **Le chapitre 4** se penche sur les dispositions les plus importantes de l'assurance-maladie. Quels en sont les principes fondamentaux ? Quels modèles d'assurance existent ? Quelles prestations sont prises en charge par l'assurance-maladie ? Ce chapitre propose des informations juridiques concernant notamment les laboratoires et la radiologie, les dispositifs médicaux et les médicaments. Un nouveau sous-chapitre se concentre sur les ordonnances médicales, un autre sur la facturation, et la procédure à suivre en cas de litige a été remaniée.
- **Le chapitre 5** aborde des situations de traitement particulières : analyses génétiques, procréation médicalement assistée, interruption volontaire de grossesse, fin de vie, réanimation, assistance au suicide. Deux sous-chapitres

sont consacrés aux mesures de contrainte en médecine et au traitement en milieu carcéral. Nombre de ces thèmes sont également traités par les directives médico-éthiques de l'ASSM qui font partie intégrante du Code de déontologie de la FMH. Le guide propose une synthèse brève et percutante de leurs contenus.

- **Le chapitre 6** traite de la recherche et de l'intégrité scientifique. Deux sous-chapitres ont été ajoutés dans le cadre de cette actualisation, l'un sur le Big Data et l'autre sur l'intelligence artificielle en médecine.
- **Le chapitre 7** détaille le secret professionnel, la protection des données dans les cabinets médicaux et les droits et devoirs d'annoncer. Après une présentation juridique générale des certificats et des rapports médicaux, ce chapitre soulève les questions courantes en lien avec le transfert de patientes et patients à des confrères ou confrères, les certificats pour les employeurs, les rapports aux assurances sociales et privées et les rapports médicaux dans les procédures d'asile.
- **Le chapitre 8** examine les notions de responsabilité en droit civil et en droit pénal et passe en revue le domaine de plus en plus important de la télémédecine.
- **Le chapitre 9** s'empare des expertises médicales et en distille les règles générales. Il aborde leurs spécificités dans le domaine de la responsabilité civile d'une part, et des assurances sociales d'autre part, sans oublier les nouvelles dispositions du droit révisé des assurances sociales qui ont un fort impact pour toutes les personnes chargées de rédiger des expertises.
- **Le chapitre 10** donne des orientations aux médecins, que leur activité soit exercée à titre salarié ou en qualité d'employeur, allant de la prise de fonction dans un hôpital à l'ouverture d'un cabinet médical en passant par les dispositions relatives à la protection de la maternité pour les assistantes médicales. Un sous-chapitre expose les avantages et les inconvénients des différents types de cabinets médicaux.

Pour la FMH et l'ASSM, il est important que la version en ligne du guide soit en mesure d'aider le corps médical à répondre de manière rapide et adaptée aux questions juridiques. Par conséquent, toutes les suggestions de mise à jour ou d'amélioration sont les bienvenues.

Correspondance
lex@fmh.ch

Pour accéder au guide « Bases juridiques pour le quotidien médical » :
<https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr>

Comment améliorer la santé du système de santé

Managed Care *Le 3C-Meeting, l'atelier d'innovation pour les soins médicaux coordonnés, est depuis longtemps devenu un rendez-vous standard dans les agendas des spécialistes. En 2024, plus de 130 représentantes et représentants de réseaux de médecins et de cabinets médicaux, de sociétés d'exploitation, d'assurances et d'associations ont pu profiter d'une multitude d'informations.*

Ramona Meyer

Directrice de medswissnet

Werner Mäder

Propriétaire sichtflug. Navigatur für Kommunikation

Dans son allocution de bienvenue, Anne Sybil Götschi, présidente de medswissnet, s'est montrée sportive en emmenant l'auditoire dans le monde du football et de ses supporters. Elle a expliqué qu'à l'instar du football, la médecine coordonnée par les médecins de premier recours est régulièrement confrontée à d'importants défis. La scène du Managed Care, qui est un mouvement issu de la base, est aujourd'hui bien préparée et a obtenu d'énormes résultats. La médecine intégrée évolue désormais en Champions League, est un partenaire d'égal à égal et peut à juste titre être fière de ce qu'elle a accompli.

Unanimité politique sur les objectifs – différences dans la mise en œuvre

À première vue, les prises de position des représentantes et représentants des cinq plus grands partis sur les soins coordonnés, ou intégrés, ne semblaient pas si éloignées. Une large unanimité se dégage en ce qui concerne les objectifs. Ils placent la qualité médicale au centre de leurs préoccupations, souhaitent éviter les incita-

tions négatives, améliorer l'échange de données, réduire la bureaucratie, renforcer la collaboration et la coordination entre les acteurs, prendre des mesures contre la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, réduire les coûts et disposer d'une plus grande liberté dans la fixation des primes. La discussion qui a suivi, animée par Felix Schneuwly, Head of Public Affairs Comparis, a toutefois révélé des positions divergentes quant à la mise en œuvre. La question des fournisseurs de prestations supplémentaires prévus dans le deuxième volet de mesures, art. 35 et 37, a par exemple fait l'objet de controverses. Alors qu'Andri Silberschmidt, conseiller national PLR Suisse, voyait dans la création d'une nouvelle entité de facturation beaucoup de travail pour peu d'utilité, Flavia Wasserfallen, conseillère aux États PS Suisse, estimait que l'approche méritait au moins d'être examinée. Hannes Germann, conseiller aux États UDC Suisse, souhaite avant tout renforcer la responsabilité individuelle et réduire la mise sous tutelle par l'État des patientes et des patients. Il fait toutefois l'éloge de la qualité des modèles d'assurance alternatifs.

Que faut-il pour assurer la viabilité des soins coordonnés par les médecins de famille ?

Felix Huber, président de mediX Suisse, plaide pour que les réseaux de médecins,

en plus de leur grande efficacité, de leur contribution à la médecine coordonnée et de leur qualité médicale développée, se profilent aussi à l'avenir par l'exclusivité de l'accès aux médecins de premier recours.

Pour cela, il faut davantage de médecins généralistes, un assouplissement des règles d'admission, la renonciation au nouveau fournisseur de prestations que prévoit le deuxième volet de mesures ainsi qu'une quote-part différenciée pour les modèles d'assurance alternatifs (quote-part de respectivement 10 % et max. CHF 700 pour les MAA, et 20 % et max. CHF 1400 pour le modèle conventionnel).

Felix Huber s'attend à ce que le financement uniforme des soins ambulatoires et stationnaires (EFAS) donne un coup de pouce au Managed Care. Les réseaux de médecins de famille conventionnés seraient les plus rapides à mettre en œuvre EFAS, car ils pourraient piloter directement le traitement. EFAS conduirait à une forte différenciation entre les vrais modèles de médecin de famille basés sur des contrats et les pseudo-modèles ou les modèles de pure télémédecine.

La FMH aborde l'avenir avec des priorités claires

Selon Yvonne Gilli, présidente de la FMH, la nouvelle stratégie de l'association repose essentiellement sur trois

priorités, à savoir « suffisamment de main-d'œuvre qualifiée », « passage à l'ambulatoire » et « allègement de la charge administrative ».

Pour le TARDOC, la FMH a dû décider entre approuver le paquet tarifaire ou reprendre un tarif prescrit d'office. Elle estime qu'il faut maintenant s'engager pleinement pour améliorer les forfaits et apporter un soutien optimal lors de l'introduction le 1er janvier 2026.

Mais TARDOC ne résout pas tous les problèmes: le Conseil fédéral souhaite que les partenaires tarifaires ne négocient que le prix, et non la structure tarifaire, ce qui met en danger les laboratoires de cabinets médicaux (en ce qui concerne les tarifs de laboratoire). Pour ce qui est des soins d'urgence ambulatoires en cabinet, la FMH estime que facturer le forfait d'urgence doit être possible pour tous les médecins travaillant en ambulatoire, dès lors que les critères d'urgence sont remplis.

La discussion qui a suivi a conduit à la conclusion que le TARDOC n'était pas convaincant en termes de fourchette de coûts.

Coopérations et efficacité

Lors d'une session parallèle, les discussions ont porté sur la future coopération entre les services d'aide et de soins à domicile, le personnel soignant et les médecins. Les meilleures pratiques actuelles de l'interprofessionnalité telle qu'elle est vécue au quotidien ont été présentées, mais il a également été clairement indiqué que de nouvelles formes d'organisation sont nécessaires pour que de telles coopérations puissent durer à long terme,

et que leur financement doit être clarifié. De plus, des idées ont été recueillies sur la manière d'intégrer les bons assurés (les plus âgés) dans les vrais modèles de médecin de famille. Tout le monde s'accorde sur le fait qu'il serait plus agréable de proposer aux patientes et patients de changer de modèle d'assurance plutôt au printemps.

La troisième session a porté sur l'amélioration de l'efficacité du cabinet grâce au Managed Care. Le principal point à retenir de cette session est que les données doivent circuler et que la collaboration ne doit pas se limiter à... contrôler et contrôler. Ainsi, la charge administrative doit être réduite de part et d'autre dans les MAA et/ou intégrée de manière judicieuse afin de redéfinir et de revitaliser le partenariat.

Médecins et style

Vendredi après-midi, l'expert en stylisme Jeroen van Rooijen s'est entretenu avec les participants et participantes sur les règles de style et des questions telles que « Puis-je être un médecin crédible en jean? ». « L'habillement de l'être humain n'est pas une question secondaire, mais une forme de communication très puissante. Il véhicule un style de vie et exprime ce que l'on souhaite représenter et transmettre. Cela vaut non seulement pour les loisirs, où les variantes de l'expression de soi sont aujourd'hui quasiment infinies, mais aussi dans l'environnement professionnel », explique M. van Rooijen. Les personnes présentes étaient en désaccord sur la question des shorts pour hommes même si, lors du Social

Dinner qui a suivi, tous les hommes sont venus en pantalon long en raison des températures hivernales.

Communiquer les capacités du cabinet au travers du modèle du médecin de premier recours

L'offre de soins intégrés est confuse et totalement opaque pour les personnes assurées, a déclaré Leander Muheim, CEO de mediX zürich AG. La disponibilité des médecins et l'accès aux cabinets sont de plus en plus problématiques pour les nouveaux patients et patientes. Le modèle du médecin de famille Plus comprend donc dorénavant la publication de la disponibilité des médecins. Chez Comparis, il est désormais possible de trouver des modèles d'assurance qui fonctionnent avec le cabinet du médecin traitant actuel, d'identifier pour quels modèles d'assurance il existe une disponibilité accrue de généralistes dans la région ou de consulter des informations sur la gestion des nouvelles admissions dans les cabinets.

Smart Managed Care

Selon Robin Schmidt, membre de la direction de mediX zürich AG, Smart Managed Care permet de rendre les données des patientes et patients directement accessibles à d'autres personnes autorisées, indépendamment du système d'information du cabinet médical, directement à partir de la banque de données et de manière structurée et conforme à la protection des données. Par exemple, en cas de demandes de télémédecine, le conseil pourrait être amélioré sur la base de données actuelles des patientes et patients. Actuellement, 400 médecins généralistes sont impliqués au total. M. Schmidt a souligné que l'offre ne créerait pas de concurrence avec le DEP, mais qu'elle donnerait plutôt un coup de pouce à une numérisation rapide.

Mesures urgentes contre la pénurie de main-d'œuvre qualifiée

Toute une série d'exposés ont été consacrés au thème de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Selon Michelle Müller, Head of Consulting ZEAM GmbH, le travail dans le secteur de la santé est très

Meeting 3C

Le Meeting 3C, organisé chaque année par medswissnet, offre à la « Community of Coordinated Care » deux journées riches en temps forts politiques et techniques. Les exposés et les sessions parallèles incitent à « réfléchir, concevoir et mettre la main à la pâte ».

apprécié par la génération Z, mais le stress et l'inflexibilité des horaires de travail s'y opposent; la charge mentale en particulier est trop élevée pour beaucoup. Si l'on peut leur offrir une bonne ambiance de travail, un domaine de travail attrayant, le soutien de l'employeur et une activité utile, on a de bonnes chances de garder les jeunes dans le travail.

Claudio Schmutz a présenté l'organisation à but non lucratif PraxisPro, qui conseille les médecins de famille des régions rurales dans leur succession et soutient les jeunes médecins lors de la reprise de leur cabinet. Elle propose également de racheter les cabinets médicaux jusqu'au passage à une activité indépendante. Depuis sa création en 2015, PraxisPro a négocié plus de 10 reprises. Monika Reber, co-présidente de mfe, voit un gros problème dans la « tendance à quitter le métier ». Avec son masterplan, elle veut s'attaquer en premier lieu à la formation, la formation continue et les conditions-cadres du métier. Concrètement, elle demande davantage de places d'études en médecine (notamment pour les médecins généralistes et

les pédiatres), davantage de postes d'assistantat au cabinet médical et un « programme d'incitation en faveur de la médecine de famille ». Hannes Bangerter, membre du comité de Jeunes médecins de famille suisses, a soulevé l'approche intéressante selon laquelle le titre de spécialiste MIG devrait être plus spécifique au médecin de premier recours.

Peter Indra, chef de l'Office de la santé publique du canton de Zurich, a appelé à une « prise de la Bastille » face à la problématique de la relève. La pénurie de main-d'œuvre qualifiée qui se profile jusqu'en 2040 est selon lui effrayante. Et de prévenir: « Quand des soins de base ne sont pas disponibles, les gens vont à l'hôpital. » Peter Indra voit des solutions dans la régionalisation, l'ambulantisantion, la numérisation et la responsabilité individuelle.

Nouvelles du corps médical

Todesfälle / Décès / Decessi

Gilbert Fellay (1938),
† 25.3.2025, Spécialiste en médecine
intensive et Spécialiste en médecine in-
terne générale, 1752 Villars-sur-Glâne
Heike Gudat Keller (1964),
† 12.3.2025, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, 4103 Bottmingen

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Dario Grob, Facharzt für Allge-
meine Innere Medizin, Mitglied FMH,
Medizinisches Zentrum VI-VA,
Bernstrasse 21, 3072 Ostermundigen

Recep Ali Hacialioglu, Praktischer
Arzt, Mitglied FMH, HLTHY Bern,
Laupenstrasse 3, 3008 Bern

Julia Alessandra Holtmann, Fach-
ärztin für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsap-
parates, Mitglied FMH, Sonnenhof-
spital, Buchserstrasse 30, 3006 Bern

Matthias Lang, Facharzt
für Radiologie, Sonnenhofspital,
Buchserstrasse 30, 3006 Bern

Elina Grazia Wirz, Fachärztin für
Dermatologie und Venerologie,
Mitglied FMH, Hautarztpraxis Bern,
Schanzenstrasse 1, 3008 Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müs-
sen innerhalb 14 Tagen seit der Veröf-
fentlichung schriftlich und begründet
bei den Co-Präsidenten des Ärztlichen
Bezirksvereins Bern Regio eingereicht
werden. Nach Ablauf der Frist entschei-
det der Vorstand über die Aufnahme der
Gesuche und über allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Sandrine Dackam, Fachärztin für
Chirurgie und Fachärztin für Thorax-
chirurgie, Klinik St. Anna, Ärztehaus
Lützelmat, St. Anna-Strasse 32,
6006 Luzern

Björn-Christian Link, Facharzt für
Chirurgie und Facharzt für Ortho-
pädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, Mitglied
FMH, Luzerner Kantonsspital,
Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

Corinne Marbet, Fachärztin für
Dermatologie und Venerologie, Mitglied
FMH, Dermatologie Luzern Süd,
Obergrundstrasse 109, 6005 Luzern

Alessandro Spirito, Facharzt für In-
nere Medizin und Facharzt für
Kardiologie, Cardio Center Luzern,
Seidenhofstrasse 9, 6003 Luzern

Manuel Waser, Facharzt für Oto-
Rhino-Laryngologie, Mitglied FMH,
HNO Praxis Luzern AG,
Haldenstrasse 11, 6006 Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen
nach der Publikation schriftlich und
begründet zu richten an: Ärztegesellschaft
des Kantons Luzern, Schwanenplatz 7,
6004 Luzern.

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder
haben sich angemeldet:

Resat Acemoglu, Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin, Ring Praxis
Olten, 4600 Olten

Bodo Baumgärtner, Facharzt für
Orthopädische Chirurgie und Trauma-
tologie des Bewegungsapparates,
Bürgerspital Solothurn, 4500 Solothurn

Paul-Sebastian Duwe, Facharzt
für Allgemeine Innere Medizin,
Herzentalpraxis AG, 4143 Dornach

Natalia Fivaz, Fachärztin für
Psychiatrie und Psychotherapie, Mit-
glied FMH, PSY-CARE SWISS
GmbH, 2540 Grenchen

Sandra Glauser, Fachärztin für All-
gemeine Innere Medizin, Medi-
Zentrum Messen AG, 3254 Messen,

Isabell Greeve, Fachärztin für Neuro-
logie, Kantonsspital Olten, 4600 Olten

Mohamed Hussein, Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin, Mitglied
FMH, Ärztezentrum Bellach AG,
4512 Bellach

Christian Imboden, Facharzt für Psy-
chiatrie und Psychotherapie, Mitglied
FMH, Psychiatrische Dienste soH,
4500 Solothurn

Stephan Kiebach, Facharzt für Ortho-
pädische Chirurgie und Trauma-
tologie des Bewegungsapparates, Praxis
für Orthopädie und Sportmedizin,
4600 Olten

Andreas Klakow, Facharzt für Ortho-
pädische Chirurgie und Trauma-
tologie des Bewegungsapparates,
Mitglied FMH, Gemeinschaftspraxis
Chasampi / Nolte, 2540 Grenchen

Ines Kraus, Fachärztin für Kinder
und Jugendmedizin, Mitglied FMH,
Kinderarztpraxis Olten, 4600 Olten

Alexandra Leuenberger, Fachärztin
für Allgemeine Innere Medizin, Mit-
glied FMH, Gruppenpraxis Zuchwil,
4528 Zuchwil

Elza Memeti, Fachärztin für Chirurgie, Mitglied FMH, Praxis Chirurgie AG, 4600 Olten

Susanne Nolte, Fachärztin für Arbeitsmedizin und Praktische Ärztin, Mitglied FMH, Gemeinschaftspraxis Chasampi / Nolte, 2540 Grenchen,

Dominique Prétot, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Augenklinik Heuberger, 4600 Olten

Inan Sahin, Facharzt für Radiologie, Mitglied FMH, Radiologisches Institut, 4600 Olten

Ayse Sanlialp, Fachärztin für Ophthalmologie, Augenklinik Heuberger, 4600 Olten

Seraina Scarcia-Sallenbach, Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Kinderarztpraxis Olten, 4600 Olten

Cem Uçarer, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Xundheitszentrum Egerkingen, 4622 Egerkingen

Meredeth Zotter, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Ärztezentrum Bettlach, 2544 Bettlach

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind innerhalb 14 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet bei den Co-Präsidenten der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn, GAeSO, Postfach, 4654 Löstorf einzureichen.

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

Aydemir Aynur, Fachärztin für Neurologie, Mitglied FMH, Seezelgstrasse 45, 8595 Altnau

Aristeidis Psychias, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Reithystrasse 8, 8810 Horgen

Laura Schuster, Praktische Ärztin, FMH-Mitglied, Böhlstrasse 3, 9300 Wittenbach

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet bei der Ärztegesellschaft Thurgau eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über allfällige Einsprachen

Ärztegesellschaft Zug

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Zug als ausserordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Isabelle Sonja Keller, Fachärztin für Urologie, Mitglied FMH, Urologie Cham Zug, Rigistrasse 1, 6330 Cham

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich und begründet beim Sekretariat der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch und allfällige Einsprachen.