

Éditorial

Mise à l'épreuve du nouveau système tarifaire



Prof. Dr. méd. Karl-Olof Lövblad
Président de la VLSS

TARDOC et les forfaits ambulatoires sont entrés en vigueur en début d'année. Ce changement de système marque une étape cruciale. Les négociations se sont avérées longues et difficiles, les débats au sein du corps médical et entre les partenaires tarifaires ont été animés. Au final, ce sont les responsables politiques qui ont défini le cadre et fixé le calendrier. Toutes les parties concernées ont été exposées à une très forte pression.

En tant qu'association regroupant de nombreuses spécialités, notre priorité était de défendre les intérêts de nos membres. Nous remercions chaleureusement nos délégués et déléguées au sein du comité de pilotage et des instances tarifaires de la FMH. Toutefois, le vrai travail commence maintenant. Les premières factures ont été émises et les difficultés liées à la mise en œuvre pratique apparaissent. Le système tarifaire doit faire ses preuves.

Les articles rédigés par des contributeurs externes dans ce numéro prouvent que nous devons faire preuve d'un optimisme prudent. TARDOC et les forfaits constituent un système évolutif, qui incite les partenaires tarifaires à collaborer et permet d'apporter des corrections, ce qui est un véritable progrès. Mais il ne peut être efficace que si les prestations sont représentées de manière appropriée et que les tarifs sont fixés de sorte à couvrir les coûts. C'est à cette seule condition que les hôpitaux pourront pleinement mettre en œuvre un financement harmonisé.

Le système tarifaire est valable pour une durée limitée de trois ans. Saisissons cette opportunité. Suivons de près son évolution et contribuons à ce que TARDOC et les forfaits améliorent la situation financière des hôpitaux. Pour un avenir viable de la médecine hospitalière en Suisse, tant ambulatoire que stationnaire.

Contenu

- 2 Rapport annuel 2025
- 4 Assemblée des délégués et déléguées 2026
- 5 Tarifs
- 7 Tribune libre de H+

Rapport annuel 2025 du président

L'ensemble du corps médical, et donc également la VLSS, a été confronté en 2025 à un défi de taille: le passage du système tarifaire TARMED à TARDOC et la mise en place des forfaits ambulatoires ont eu des répercussions sur l'exercice écoulé de l'association.

Prof. Dr méd. Karl-Olof Lövblad, Président de la VLSS

L'année 2025 a été marquée par de profonds changements en matière de politique de santé et de tarification pour l'ensemble du corps médical, et donc également pour la VLSS. Au cœur de ces évolutions, la transformation du système tarifaire des soins ambulatoires, l'abandon de l'ancien système TARMED en faveur du nouveau système tarifaire TARDOC et des forfaits ambulatoires complémentaires.

Cette réforme représente l'action la plus importante au niveau de la structure du remboursement ambulatoire depuis des décennies. Son objectif est de représenter les prestations médicales de manière plus appropriée, transparente et économiquement viable. Cependant, elle est également source d'importantes difficultés, notamment pour les médecins-cadres dans les hôpitaux:

- **Délimitation floue entre prestations individuelles et forfaits**

Dans de nombreuses spécialités, des marges d'interprétation subsistent, ce qui engendre des incertitudes et des conflits potentiels avec les organismes payeurs. Ce problème a déjà attiré l'attention des médias, donnant parfois une mauvaise image du corps médical.

- **Adaptations informatiques et procédurales insuffisantes**

L'adaptation nécessaire des systèmes d'information hospitaliers et des processus de facturation n'est pas encore achevée dans de nombreux établissements.

- **Manque d'expérience pratique**

Malgré un travail préparatoire approfondi, il apparaît que la mise en œuvre concrète dans la pratique clinique quotidienne soulève des difficultés supplémentaires qui n'ont pas été totalement anticipées.

Le comité de la VLSS a joué un rôle clé dans la mise en place du nouveau système tarifaire. L'association s'est impliquée dans les discussions sur la politique tarifaire et a activement défendu les intérêts des médecins-cadres. Cette implication s'est concrètement traduite par:

- la participation aux comités nationaux (deux sièges au comité de pilotage TARDOC) et aux processus de consultation;
- des échanges directs avec les partenaires tarifaires, les décideurs politiques et notamment avec H+;
- un événement destiné aux membres sur le sujet, avec une conférence spécialisée pour les médecins-cadres, animée par Patrick Müller (FMH);
- des conseils aux membres sur les questions tarifaires et juridiques dans leur quotidien professionnel.

L'introduction de TARDOC et des forfaits ambulatoires reste un défi majeur pour la VLSS en 2026. Il est essentiel que les systèmes fassent l'objet d'une évaluation continue et au besoin d'une adaptation, que leur applicabilité pratique et leur mise en œuvre soient garanties, et que le rôle des médecins-cadres en tant que responsables médicaux et organisationnels soit renforcé. La VLSS continuera à suivre ce processus d'un œil critique, constructif et dans l'intérêt de ses membres.

Outre la réforme tarifaire, le travail en matière de politique professionnelle est également resté un pilier essentiel de la VLSS. La VLSS a poursuivi son



Quand facturer en prestations individuelles ?
Quand facturer au forfait ambulatoire ? Dans plusieurs spécialités, des marges d'interprétation subsistent. Cela peut entraîner des conflits lors de la facturation.

engagement dans divers projets, tels que le programme de mentorat Coach my Career (pour lequel l'association s'est notamment occupée d'assurer temporairement le secrétariat francophone, une solution pérenne ayant désormais été mise en place), la promotion de l'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale (un projet de la Haute école spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse, en collaboration avec l'ASMAC et la VLSS), et le groupe de travail Planetary Health de la FMH. Le Comité s'est réuni régulièrement et a discuté de ces sujets ainsi que d'autres questions de politique professionnelle. À la FMH, la VLSS a joué un rôle actif, au sein de l'Assemblée des délégués, de l'Ordre des médecins et dans les échanges avec différents groupes spécialisés.

Sur le plan politique, la VLSS a également participé en 2025 à diverses procédures de consultation et a pris position sur certains dossiers. Ceci dans le contexte de la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (objectifs de coûts et de qualité) et de la modification de la LAMal concernant la garantie du principe de collecte unique des don-

nées. Comme à l'accoutumée, les prises de position sont publiées sur le site Internet de la VLSS.

Un autre défi auquel le Comité est confronté est la baisse légère, mais constante, du nombre de membres de l'association. Depuis quelques années, les départs pour cause de retraite ou de passage en exercice libéral ne sont plus compensés par de nouvelles adhésions. Le Comité s'engage donc à renforcer la visibilité de l'association et à augmenter le nombre de nouvelles adhésions. À cet égard, une collaboration active des membres de la VLSS est également vivement encouragée. Le Comité prévoit diverses actions en ce sens en 2026.

Face aux défis à venir, je tiens à remercier chaleureusement mes collègues du Comité pour leur engagement sans faille au cours de l'année écoulée. Comme chaque année, nous adressons des remerciements particuliers à nos directeurs Thomas Eichenberger et Patrick Mettler pour leur excellent travail et leur soutien toujours compétent sur les questions juridiques.

Assemblée des délégués et déléguées de la VLSS du 16 avril 2026

Les délégués et déléguées ont reconduit les membres sortants du Comité dans leurs fonctions et ont élu Hervé Spechbach, qui fait son entrée au sein du Comité. Le Conseil de fondation de la fondation de prévoyance a également été reconduit dans sa composition actuelle et complété par l'arrivée de Patrick Wüthrich.

Driur. Thomas Eichenberger, directeur de la VLSS

États financiers annuels 2025

L'exercice 2025 a été clôturé sur une perte annuelle de CHF 30 269.84, un résultat moins bon que prévu. Le capital de l'association est suffisant et a légèrement augmenté pour atteindre CHF 377 964.82. Cette augmentation s'explique par les effets ponctuels suivants: premièrement, le capital de l'association a augmenté d'environ CHF 50 000.– suite à la dissolution de la Vereinigung der Spitalärzte des Kantons Bern (Association des médecins hospitaliers du canton de Berne) et au transfert de ses capitaux à la VLSS, ce dont nous la remercions encore une fois chaleureusement. Ensuite, le nombre de membres a diminué d'environ 50, principalement en raison de départs à la retraite. Enfin, la mise en place du nouveau système tarifaire a entraîné un surcroît de travail considérable pour les membres du Comité.

Budget 2026

Les cotisations des membres ne changeront néanmoins pas pour l'exercice en cours. Nous espérons accueillir davantage de nouveaux membres et que nous aurons un retour à la normale concernant les frais de participation et de réunion. Sur la base d'hypothèses prudentes, le budget table à nouveau sur un déficit de CHF 36 000. Nous espérons toutefois parvenir à un meilleur résultat en 2026 grâce à une gestion extrêmement rigoureuse des dépenses.

Élection du Comité de la VLSS

Tous les membres actuels du Comité ainsi que le président ont été réélus pour un nouveau mandat de trois ans. Hervé Spechbach rejoint le comité en tant que nouveau membre. Les délégués et déléguées ont témoigné leur confiance à ce médecin-cadre. La VLSS le félicite pour son élection et lui souhaite beaucoup de réussite dans ses nouvelles fonctions. Le Comité de la VLSS est désormais composé comme suit:

Karl-Olof Lövbld (président)
Michaela Petre
Marcus Schwöbel
Michael Gengenbacher
Philippe Eggimann
Hervé Spechbach

Élection du Conseil de fondation de la fondation de prévoyance VLSS

Les cinq membres sortants du Conseil de fondation ont été réélus à l'unanimité pour un mandat de cinq ans. Comme pour le Comité de la VLSS, cet organe accueille à présent un nouveau membre, Fiona Burkhard ayant démissionné. Patrick Wüthrich reprend désormais ses fonctions. Nous nous réjouissons de cette collaboration et lui souhaitons beaucoup de réussite dans l'exercice de ses nouvelles fonctions. La composition du Conseil de fondation de la fondation de prévoyance VLSS est désormais la suivante:

Thomas Eichenberger (président)
Christoph Kettelhack
Roger Clénin
Regula Bienz
Alexander Huber
Patrick Wüthrich

Les nouveaux membres

PD D^r méd. Hervé Spechbach est né en 1979 à Bienne. Depuis 2015, il est médecin-chef du service d'urgence ambulatoire des Hôpitaux Universitaires de Genève. Au cours de cette période, il a considérablement développé le service, faisant passer le nombre de consultations d'environ 16 000 à plus de 45 000 par an. Pour ce faire, il a étroitement intégré la recherche, la numérisation et la pratique clinique. M. Spechbach reste très impliqué dans l'enseignement et la promotion de la relève, il assume la fonction de coprésident du Réseau des Urgences de Genève. L'assemblée générale l'a élu au Comité de la VLSS en avril.

Prof. D^r méd. Patrick Yves Wüthrich, né en 1971 à Bienne, est professeur agrégé en anesthésiologie à l'Université de Berne. Il dirige le service d'anesthésie de l'unité d'urologie de l'Hôpital de l'Île depuis 2014 et siège à la direction de l'hôpital depuis l'année dernière. M. Wüthrich apporte sa vaste expérience clinique et académique qu'il a acquise lors de sa formation à Berne, Bienne et Lausanne. Depuis 2022, il dirige également le comité scientifique de la Société suisse d'anesthésiologie et de Médecine Périoopératoire. L'assemblée générale l'a élu au Conseil de fondation de la fondation de prévoyance VLSS en avril 2026.

TARDOC après plus de 100 jours: rétrospective et perspectives d'évolution future

Avec l'introduction de TARDOC, le système tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires a été profondément réformé, tant à l'hôpital que dans les cabinets médicaux.

Patrick Müller, Directeur de PraxisExperts AG, co-développeur de TARDOC (en tant que responsable du service des tarifs ambulatoires à la FMH entre 2015 et 2024); Responsable de la facturation de la patientèle à l'hôpital cantonal d'Aarau AG de 2009 à 2015

Après plus de 22 ans, la tarification médicale a ainsi été remplacée pour la première fois, passant de TARMED à TARDOC et aux forfaits ambulatoires. Une mesure aux conséquences considérables pour les cabinets médicaux, les hôpitaux et les assurances. Les premiers mois présentent un bilan mitigé: si la transition s'est avérée concluante dans de nombreux domaines, des défis structurels et opérationnels sont également apparus, notamment en milieu hospitalier.

Diverses situations de départ: cabinets médicaux vs hôpitaux

Le déploiement du système TARDOC s'est déroulé sans encombre dans la plupart des cabinets médicaux. Grâce à des définitions claires des prestations et à une meilleure cartographie des activités médicales, la transition a pu être mise en œuvre efficacement dans de nombreux établissements. Les fournisseurs de logiciels de gestion de cabinets médicaux étaient également prêts et les cabinets médicaux ont pu saisir et facturer les prestations fournies dès le premier jour de 2026. En revanche, les hôpitaux ont été confrontés à des conditions de déploiement nettement plus complexes.

Des retards sont survenus, notamment en ce qui concerne les forfaits ambulatoires. Cette situation s'explique par la difficulté d'intégrer les systèmes de tarification forfaitaire aux processus existants, notamment là où les prestations individuelles étaient jusqu'à présent prédominantes. La transition nécessite non seulement des adaptations dans les systèmes informatiques, mais aussi une refonte de la saisie des prestations, de l'organisation des processus et de la gestion interne (p. ex. le codage à l'aide des diagnostics CIM-10).

Les assureurs ont également dû relever des défis considérables. L'introduction d'un nouveau système tarifaire après plus de deux décennies représente un changement fondamental des processus établis de contrôle, de facturation et de gestion. Rétrospectivement, il est toutefois encourageant de constater que les assureurs étaient disposés dès le départ à contrôler et à rembourser les factures reçues conformément à TARDOC et aux forfaits ambulatoires.

La clé: la précision dans la saisie des prestations

Une caractéristique essentielle de TARDOC est la représentation différenciée des prestations horaires. La possibilité, voire la nécessité, de facturer des prestations à la minute, tels que des consultations, des entretiens préparatoires et de suivi ou des prestations en cas d'absence, accroît la précision, mais exige également une documentation nettement plus rigoureuse.

Cela représente un véritable défi, en particulier dans les hôpitaux aux processus complexes et aux interfaces interdisciplinaires. Les médecins-chefs/ffes sont appelés à sensibiliser davantage leurs équipes à l'importance d'une saisie correcte et complète des prestations. Les erreurs ou les imprécisions ont un impact direct sur les recettes. Plus particulièrement, pour les traitements désormais remboursés via un forfait ambulatoire, la saisie correcte et complète des positions dites «déclencheuses» est essentielle pour garantir l'application du bon forfait par le système de facturation.

Dans ce contexte, l'analyse systématique des données gagne en importance. Une comparaison avec les données de l'année précédente, notamment celles de l'ère TARMED, peut fournir de précieuses indications sur les changements intervenus et sur leur pertinence médicale et économique. De telles analyses sont essentielles pour pouvoir intervenir à un stade précoce.

Réglementations et directives de l'État

Avec l'introduction de TARDOC, le Conseil fédéral a stipulé que les coûts totaux ne pourront évoluer que dans une fourchette définie au cours des trois à quatre premières années. Cette neutralité dynamique des coûts aura donc un impact significatif sur les hôpitaux. Le Conseil fédéral a fixé la limite de cette fourchette à 4% par an par rapport à l'année de référence 2025. Les éventuelles corrections devraient être effectuées à partir de 2028. Au cours des deux premières années, 2026 et 2027, aucune correction ne sera effectuée en raison de cette exigence de neutralité des coûts.



Nouvelle tâche de management: les médecins-cadres doivent guider leurs équipes dans la saisie précise des prestations.

En outre, le Conseil fédéral a invité les partenaires tarifaires à prévoir, dans la prochaine version 2027 de TARDOC, un plafond pour le volume de points tarifaires facturable par jour ouvrable pour les prestations individuelles (TARDOC). Ce plafond s'appliquera par médecin et concernera notamment les prestations médicales spécialisées, car dans ces domaines, les prestations d'intervention sont souvent associées à une durée fixe. Pour les prestataires, cela représente une contrainte supplémentaire à prendre en compte lors de la planification et de la gestion de l'offre de soins.

Importance des données de coûts et des incitations économiques

Une innovation majeure réside dans une meilleure prise en compte des coûts de production réels, notamment pour les forfaits ambulatoires. Dans les hôpitaux, ces coûts sont intégrés dans le développement des forfaits ambulatoires via le système de comptabilité analytique (coûts par cas) selon REKOLE. Sur la base de ces données, OTMA SA calcule les points tarifaires correspondants ou l'évaluation des forfaits ambulatoires.

Les hôpitaux se voient ainsi confier une responsabilité centrale: ils sont tenus de fournir des données hautement qualitatives sur les coûts, qui constituent la base de la future tarification.

De nouvelles incitations économiques sont également créées. Les gains d'efficacité, par exemple grâce à des achats plus rentables, au recours à des produits alternatifs (substitution) ou à une allocation optimisée des ressources, se répercutent à moyen terme sur le niveau des points tarifaires. Concrètement, cela signifie que la baisse des coûts entraîne une réduction des forfaits correspondants dans un délai de trois à cinq ans. Cette dynamique exige une perspective stratégique. Des économies à court terme peuvent entraîner une baisse des recettes à long terme. Les hôpitaux doivent donc soigneusement équilibrer leur stratégie en matière de coûts et de prestations.

Participation structurée via la procédure de demande

La procédure de demande structurée d'OTMA SA constitue un élément essentiel du développement futur. Celle-ci permet d'apporter des adaptations tarifaires de manière ciblée et coordonnée. La période de demande annuelle s'étend du 1^{er} février au 30 avril. Pour les hôpitaux, cela signifie que les demandes doivent être identifiées en interne à un stade précoce, hiérarchisées et soumises via les organismes compétents (pour les hôpitaux via H+).

OTMA SA a élaboré, jusqu'à fin mars 2026, la version 2027 de TARDOC et des forfaits ambulatoires. La publication est prévue pour mai 2026. Compte tenu du nombre considérable de demandes, des adaptations parfois importantes sont à prévoir dans certaines spécialités. L'approbation du Conseil fédéral viendra par la suite, elle peut prendre jusqu'à six mois. Une décision est donc attendue au plus tôt en octobre 2026.

Conclusion: TARDOC, un système évolutif

L'expérience acquise à ce jour montre que TARDOC est un système évolutif. Son introduction a été réussie, mais elle n'est pas encore achevée. Des défis subsistent, notamment en milieu hospitalier, et nécessitent une réflexion active.

Les médecins-chefs/-ffes hospitaliers/-ières sont investis d'une double mission: d'une part, garantir les soins médicaux au plus haut niveau. D'autre part, comprendre de manière approfondie les conditions-cadres tarifaires, une tâche relevant de plus en plus de leur responsabilité.

Une saisie précise des prestations, une analyse cohérente des données et une participation active au développement du système tarifaire sont déterminantes pour tirer pleinement parti des opportunités offertes par TARDOC et identifier les risques à un stade précoce. C'est la seule voie qui permettra au système de contribuer à long terme à plus de transparence, d'équité et à une représentation des coûts plus fidèle dans le domaine ambulatoire.

Nouveau système tarifaire global ambulatoire: une étape importante franchie, mais des défis persistent

Le nouveau système tarifaire ambulatoire global est entré en vigueur depuis le 1er janvier 2026: une étape importante que H+ salue. Mais la question centrale d'un financement durable du système de santé, assorti d'incitations appropriées, n'a pas encore été résolue.

Pendant plus de vingt ans, TARMED a façonné le système de facturation des soins ambulatoires en Suisse et a freiné les évolutions devenues nécessaires ces dernières années. Les tentatives de réforme se sont régulièrement soldées par un échec. TARMED était donc devenu complètement obsolète et ne reflétait plus fidèlement la médecine moderne.

Le changement de système qui vient d'être mis en œuvre n'en est que plus important. Le nouveau système tarifaire, composé du tarif à la prestation TARDOC et des forfaits ambulatoires, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2026. Les partenaires tarifaires H+, FMH, CTM et prio.swiss ont ainsi jeté les bases d'un système tarifaire pérenne.

Le sous-financement persiste

H+ se félicite de cette réforme, mais approbation ne signifie pas satisfaction totale. Deux points nous préoccupent particulièrement:

Tout d'abord, le sous-financement chronique des hôpitaux et des cliniques persiste. Les tarifs ambulatoires ne couvrent plus les coûts depuis longtemps, ce qui affecte la situation financière des hôpitaux, et freine également le passage, pourtant judicieux et souhaité, aux soins ambulatoires. Le nouveau système tarifaire ne résout pas cette problématique, il faut également adapter en parallèle les valeurs du point tarifaire. Le nouveau système tarifaire et le financement uniforme (EFAS) ont jeté les bases requises. Il s'agit désormais d'adapter les tarifs de manière à assurer la viabilité des hôpitaux et des cliniques et à encourager les soins ambula-

Finis les règles rigides: TARDOC et les forfaits ambulatoires sont conçus comme un système évolutif.



toires. C'est la seule façon d'exploiter l'énorme potentiel d'économies que représente cette transition depuis les traitements stationnaires plus onéreux.

Deuxièmement, les exigences de neutralité des coûts du Conseil fédéral. Concrètement, celui-ci exige un plafonnement de 4% de la croissance annuelle des coûts ambulatoires totaux, et ce, dans l'absolu, indépendamment des causes de cette croissance. Pour H+, cette exigence est inacceptable. D'une part, les prestataires ne peuvent pas maîtriser la croissance des volumes en raison de l'évolution démographique. D'autre part, cela freine encore davantage la transition vers les soins ambulatoires. Les hôpitaux qui appliquent le principe «l'ambulatoire prime sur le stationnaire», répondant ainsi à une exigence centrale de la politique de la santé, doivent être récompensés et non pénalisés. L'électorat suisse a massivement rejeté l'initiative pour un frein aux coûts en 2024. Un plafond des coûts imposé de manière détournée, équivalant à un budget global, est une réponse inadaptée à ce choix clair.

Le véritable point fort: un système évolutif

Toutefois, dès les premiers mois suivant son introduction, les différences fondamentales entre le nouveau système et l'ancien apparaissent clairement. TARMED constituait un ensemble de règles fixes difficilement adaptables. Le nouveau système tarifaire global incarne tout le contraire: un système évolutif reposant sur une base de données solide. Les partenaires tarifaires continueront à développer le système tarifaire global ambulatoire sous l'égide d'OTMA SA. Les adaptations annuelles se basent sur des données empiriques provenant des hôpitaux et des cliniques.

L'efficacité de ce principe a déjà été démontrée dès la première année. Avant même l'entrée en vigueur du système, les partenaires tarifaires ont identifié des points faibles concrets lors de la phase préparatoire et ont pris des mesures correctives. En novembre 2025, le Conseil fédéral a rapidement approuvé des adaptations dans des domaines particulièrement sensibles: urgences hospitalières, soins des plaies et traitements anticancéreux. Ce qui était impensable sous TARMED, une correction rapide et fondée sur des données probantes, est désormais une réalité avec le nouveau système.

Travaux en cours sur les versions 2027 et 2028

Les structures tarifaires feront l'objet d'une première mise à jour régulière au 1^{er} janvier 2027. Le développement de la version 2028, pour laquelle les hôpitaux et les cliniques ont pu soumettre leurs demandes, est déjà en cours. H+ les examine, les regroupe et les transmet à l'OTMA.

Pour H+, ce développement basé sur les données est à la fois une obligation et une opportunité: Une obligation car les hôpitaux doivent collecter et transmettre systématiquement leurs données relatives aux prestations et aux coûts. Une opportunité car les arguments empiriques ont plus de poids dans la structure tarifaire que les positions de négociation politiques.

Une chose est donc claire: le nouveau système tarifaire n'est pas une finalité en soi, mais le point de départ d'un processus d'amélioration continue. H+ participera activement et de manière constructive à ce processus: dans l'intérêt des hôpitaux et des cliniques, du personnel et, en fin de compte, des patientes et patients.

Conseil juridique de VLSS

La VLSS conseille ses membres sur leurs questions juridiques selon une procédure en trois étapes:



Étape 1 Chaque membre a droit à un **premier conseil juridique gratuit**. Les questions peuvent être posées par e-mail (info@vlss.ch) au juriste de l'association, qui donne des recommandations quant à la suite de la procédure. En l'absence de complications, le conseil s'achève généralement après deux ou trois contacts.

Étape 2 Si le cas dépasse le cadre d'une première consultation, la VLSS facture aux membres le conseil juridique à hauteur de CHF 250.– de l'heure à partir de la troisième heure.

Étape 3 l'assistance pour une représentation juridique est uniquement octroyée dans des cas exceptionnels d'une importance fondamentale pour la VLSS et ses membres, à condition que le membre concerné ne dispose **pas d'une assurance de protection juridique**. Les frais d'avocat sont généralement couverts par l'assurance de protection juridique de la VLSS auprès de la Winterthur-ARAG ou sur la base d'une assurance équivalente d'une autre société du membre; le comité de la VLSS est responsable en dernier ressort de l'approbation des demandes extraordinaires sur proposition du directeur.

Nouveaux membres de la VLSS

Adamovic Ivan, D' méd., Médecin-chef du service de chirurgie, hôpital ASANA de Leuggern

Grütter Florian, D' méd., Médecin-chef du service de chirurgie, hôpital d'Interlaken

Kempf Patrick, D' méd., Médecin-chef du service d'endocrinologie/diabétologie, médecine interne générale, hôpital de Thoune

Möller Jens Carsten, Prof. D' méd., Médecin-chef du service de neurologie, Hôpital Fribourgeois Meyriez-Murten

von Gradowski Markus, D' méd., Médecin-chef en médecine, hôpital de Frutigen

Contact

Médecins cadres des hôpitaux suisses | VLSS

Secrétariat Amtshausgasse 28, 3011 Berne

T +41 (0)31 330 90 01 | info@vlss.ch | www.vlss.ch



Offre de flotte exclusive chez Volvo

Les membres de la VLSS bénéficient de remises de prix et de rabais de flotte à l'achat d'une Volvo. Volvo Car Switzerland a créé sa propre page d'atterrissage pour la VLSS. Plus d'informations sur :

<https://fleet.volvocars-tools.ch/91712583165/vlss>