Déclaration commune de la SSAPM et de la SIGA-FSIA
24 octobre 2025

Recommandations et normes relatives à la délégation d'actes médicaux anesthésiques au personnel de santé non médical, concernant <u>les aspects médicaux, juridiques, éthiques et de rémunération</u>.

1 Préambule

«L'exercice des responsabilités par les différents professionnels de la santé requiert (…) des descriptions de rôles claires, définissant le champ d'activité.»
— Ch. 4 de la Charte de la collaboration interprofessionnelle 2.0, ASSM, 2020

Une collaboration efficace entre les différentes professions de santé repose sur des rôles et des responsabilités clairement définis pour toutes les personnes impliquées. Chaque groupe professionnel agit dans le cadre de ses compétences spécifiques et assume la responsabilité de ses actes – dans l'intérêt des patient·e·s.

Pour que la collaboration interprofessionnelle fonctionne de manière fiable et sûre, il faut des conditions-cadres claires et contraignantes, une répartition transparente des tâches, ainsi qu'une formation et un perfectionnement interprofessionnels solides et fondés sur des données probantes. Ce n'est que dans ces conditions que les responsabilités peuvent être assumées efficacement et que les processus de délégation peuvent être mis en œuvre de manière sûre et efficiente.

2 Contexte

La Société Suisse d'Anesthésiologie et de Médecine Périopératoire (SSAPM) et la Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes (SIGA-FSIA) s'engagent conjointement pour les plus hauts standards de qualité et pour la sécurité des patient·e·s avant, pendant et après une intervention.

L'objectif principal de la SSAPM et de la SIGA-FSIA est de garantir que les patient·e·s soient pris·es en charge conformément aux exigences légales, de manière complète, individualisée et au plus haut niveau de compétence professionnelle. Elles tiennent également à ce que les patient·e·s aient confiance dans les soins anesthésiques. Il est démontré que les traitements médicaux donnent de meilleurs résultats lorsqu'une relation de confiance existe entre les patient·e·s et les professionnel·le·s de santé. Une telle relation de confiance repose non seulement sur une prise en charge médicale de haute qualité, mais aussi sur la protection des droits des patient·e·s – tant dans le cadre des soins que dans les interactions administratives.

Les soins anesthésiologiques constituent un domaine hautement complexe de la médecine, dans lequel la collaboration interprofessionnelle joue un rôle central. Les médecins anesthésistes, les expert·e·s diplômé·e·s en soins d'anesthésie EPD ES et d'autres professionnel·le·s de la santé travaillent main dans la main pour assurer une prise en charge sûre et de haute qualité. Les anesthésistes et les infirmier·ère·s en soins d'anesthésie apportent, par leur expertise, leur expérience et leur engagement, une contribution essentielle au succès du traitement. La collaboration étroite et complémentaire de ce tandem professionnel est donc indispensable.

Face aux défis croissants du système de santé – notamment la pression économique et la pénurie de personnel – les infirmier·ère·s hautement qualifié·e·s (p. ex. expert·e·s diplômé·e·s en soins d'anesthésie EPD ES) ainsi que le personnel assistant assument de plus en plus de tâches médicales. La montée en puissance académique des professions infirmières entraîne, dans certains domaines, un chevauchement

entre compétences médicales et infirmières. Pour que les équipes interprofessionnelles puissent continuer à agir efficacement et en toute sécurité, il est essentiel de définir clairement les responsabilités et d'établir les conditions-cadres régissant la délégation d'actes médicaux à des non-médecins.

Par la présente déclaration de consensus, les organisations mentionnées exposent leur position commune concernant la délégation d'actes médicaux à des non-médecins. Ce document décrit les conditions-cadres professionnelles, juridiques, éthiques et relatives à la rémunération permettant une délégation sûre et structurée dans le contexte anesthésiologique – dans le but d'assurer durablement une prise en charge de qualité et sécurisée des patient·e·s dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle.

Ce document sert de base à une pratique commune et solide en matière de délégation des tâches médicales. Il vise à clarifier les rôles et responsabilités existants, contribuant ainsi au développement de modèles de soins interprofessionnels et à la garantie d'une prise en charge des patient·e·s de haute qualité, juridiquement fondée.

3 Cadre juridique de la délégation d'actes médicaux

3.1 Bases légales

Les dispositions pertinentes concernant la délégation d'actes médicaux figurent notamment dans la Loi sur les professions médicales universitaires (LPMéd), la Loi sur les professions de la santé (LPSan), la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal), le Code des obligations (CO) ainsi que dans les lois cantonales sur la santé. À cela s'ajoutent des législations spéciales, telles que l'Ordonnance sur la transplantation.

La LPMéd règle la formation universitaire, la formation postgrade et continue, ainsi que l'exercice de la profession médicale. Les médecins sont tenus d'exercer leur profession avec soin et conscience professionnelle, et de toujours agir dans l'intérêt exclusif des personnes soignées lorsqu'ils collaborent avec d'autres professionnels de la santé. Ils s'engagent à assurer la meilleure prise en charge possible, exercent en principe de manière indépendante et doivent respecter le droit à l'autodétermination des patient·e·s dans le cadre du traitement. L'exercice autonome de la profession médicale requiert une autorisation d'exercer.

La LPSan règle la formation de certaines professions de la santé non médicales et fixe des exigences uniformes quant à l'exercice autonome de ces professions, lequel est soumis à autorisation.

La LAMal régit le financement des prestations en cas de maladie et fixe des exigences concernant les prestataires de soins (admission) ainsi que les prestations (critères EAE — efficacité, adéquation, économie).

3.2 Principes généraux

En principe, les médecins sont tenus de fournir personnellement leurs prestations, que la relation de traitement soit de droit privé ou de droit public. Il est toutefois aujourd'hui admis que ce principe n'est pas absolu et que certains actes médicaux peuvent, dans des conditions déterminées et dans certaines limites, être délégués à des auxiliaires. Cela s'applique également en anesthésiologie et en médecine périopératoire.

La délégation d'actes médicaux signifie le transfert de la compétence d'exécution de certains actes médicaux (par ex. prélèvement sanguin, administration de médicaments) à des professionnel·le·s de la santé qualifié·e·s. Ces derniers exécutent en principe la tâche déléguée de manière autonome, mais la responsabilité de la bonne exécution de la mesure médicale déléguée demeure entre les mains du médecin délégant. L'acte délégué reste un acte médical. La délégation n'autorise pas la personne déléguée à décider, de sa propre initiative, si une mesure doit être effectuée ou non dans le cadre d'un

traitement. Le médecin délégant conserve le pouvoir d'instruction relatif au traitement médical. Le médecin délégant ou l'établissement hospitalier (ou, dans le cas d'un hôpital public, le canton) répond du comportement de l'auxiliaire comme du sien propre.

En anesthésiologie, les catégories professionnelles suivantes interviennent généralement comme auxiliaires :

- médecins assistant·e·s (médecins en formation postgrade sans titre de spécialiste)
- expert·e·s diplômé·e·s en soins d'anesthésie EPD ES
- infirmier·ère·s diplômé·e·s ES ou HES
- assistant·e·s en soins et santé communautaire CFC (ASSC)
- assistant·e·s médicaux·ales CFC (AM)
- laborantin·e·s

L'étendue dans laquelle des prestations médicales peuvent être déléguées à des auxiliaires n'est pas réglementée explicitement par la loi. Des limites peuvent découler notamment de réserves légales au profit des médecins, du noyau d'activités propre à la profession médicale, de conventions contractuelles ou des circonstances concrètes du cas individuel.

3.3 Réserve légale au profit des médecins

Certaines dispositions légales réservent expressément certaines activités à la profession médicale. Ces actes ne peuvent, en principe, pas être délégués. En ce qui concerne l'anesthésie, cela inclut notamment:

- la constatation du décès dans le cadre d'un don d'organes
- la prescription de stupéfiants
- l'utilisation de certaines catégories de dispositifs médicaux, notamment ceux destinés à rester plus de 30 jours dans le corps humain (Ordonnance sur les dispositifs médicaux)
- la décision de placement à des fins d'assistance
- la décision d'un traitement sous contrainte

3.4 Noyau des activités médicales

Outre les activités explicitement réservées aux médecins par la loi, certaines tâches intrinsèquement médicales ne peuvent être transférées à du personnel de santé non médical. Il s'agit d'actes nécessitant un savoir-faire médical spécifique, que seule la profession médicale possède. Le noyau de l'activité médicale n'est pas défini de manière légale, mais doit être déterminé au cas par cas, notamment en fonction de la complexité, du risque et de l'imprévisibilité des réactions possibles.

En règle générale, le noyau d'activité médicale comprend notamment (extraits pertinents pour l'anesthésie) :

- l'anamnèse
- l'établissement du diagnostic médical (les diagnostics infirmiers, tels qu'une escarre, restent valables sans participation médicale)
- la détermination de l'indication
- la collecte des données cliniques

- les décisions thérapeutiques (en particulier le choix du type d'anesthésie et des médicaments correspondants)
- la conduite de l'information et du consentement éclairé sur l'intervention et les risques (difficulté, danger, imprévisibilité)
- la réalisation d'actes médicaux exigeant, en raison de leur risque, la compétence d'un médecin
- la prescription de médicaments soumis à ordonnance

Les actes anesthésiologiques concernent des fonctions vitales et des mécanismes de régulation, de sorte que tout incident peut entraîner des situations critiques potentiellement vitales. Ce facteur doit être pris en compte dans la délimitation du noyau d'activité médicale en anesthésiologie (voir ch. 4).

3.5 Aspects contractuels

Certaines conventions contractuelles peuvent limiter la possibilité de délégation. La liberté de choix du médecin, souvent accordée aux patient·e·s disposant d'une assurance privée ou semi-privée, ne s'oppose toutefois pas en soi à une délégation. Sous réserve d'un accord contraire explicite, cette liberté ne confère pas un droit à ce que chaque acte soit exécuté personnellement par un médecin.

3.6 Délégabilité au cas par cas

En dehors des réserves légales et du noyau d'activité médicale, la délégabilité d'un acte médical en anesthésiologie doit être évaluée au cas par cas. Cette évaluation prend en compte notamment la qualification du personnel non médical, l'état de santé du/de la patient-e, la nature et l'importance de l'intervention, ainsi que le type de procédure anesthésiologique.

La délégation ne doit pas entraîner d'augmentation du risque pour le/la patient·e. Plus la probabilité ou la gravité d'une complication est élevée, plus il est indiqué que l'acte soit accompli par un médecin. Compte tenu de l'importance particulière de ces décisions pour la sécurité des patient·e·s et des conséquences juridiques potentielles d'une délégation excessive, une évaluation minutieuse et individualisée de la répartition des tâches médicales et infirmières en anesthésie est indispensable dans la pratique.

3.7 Supervision et contrôle médicaux

Les actes médicaux délégués doivent être réalisés sous la supervision et le contrôle du médecin délégant. L'intensité de cette supervision dépend de critères médicaux et éthiques, en particulier de la qualification et de l'expérience de l'auxiliaire, de l'état du/de la patient·e et des risques inhérents à l'acte délégué. Le médecin doit s'assurer que la supervision permette une intervention immédiate en cas de difficulté.

3.8 Responsabilité des professionnel·le·s exécutant·e·s

Outre les médecins, les professionnel·le·s non médicaux portent une responsabilité d'acceptation et d'exécution. Ils sont soumis à la même obligation de diligence que le médecin délégant. Ils ont le droit et le devoir de refuser une délégation s'ils ne se sentent pas capables d'exécuter correctement la tâche. Dans le cas contraire, ils commettent une faute d'acceptation, susceptible d'engager leur responsabilité. Ils peuvent également être tenus responsables s'ils s'écartent de manière autonome des instructions médicales.

3.9 En résumé : conditions d'une délégation admissible

Une délégation d'acte médical n'est licite que si les conditions suivantes sont remplies :

- absence de réserve légale au profit des médecins
- absence d'inclusion dans le noyau de l'activité médicale : la tâche ne requiert pas de compétences médicales spécifiques exclusives aux médecins
- délégabilité dans le cas concret : la personne déléguée possède les compétences requises; l'état du/de la patient·e, la nature et la gravité de l'intervention, ainsi que le type d'acte autorisent la délégation, sans augmentation du risque
- supervision et contrôle médicaux : l'acte doit être effectué sous la surveillance d'un médecin, qui conserve le pouvoir d'instruction
- diligence dans le choix, l'instruction et la supervision : le médecin délégant doit s'assurer que la personne dispose des compétences nécessaires et que la surveillance permette une intervention immédiate
- respect du droit à l'autodétermination du/de la patient·e : si une convention prévoit expressément une prise en charge exclusive par un·e médecin spécialiste, aucune délégation à des auxiliaires n'est admise.

4 Compétences professionnelles en anesthésiologie et en médecine périopératoire

Une prise en charge anesthésiologique et périopératoire sûre exige des médecins anesthésistes non seulement une expertise technique approfondie, mais également la capacité d'évaluer rapidement et précisément des situations médicales complexes. Dans des moments critiques, ils doivent prendre des décisions fondées en quelques secondes.

Afin de garantir une qualité élevée des soins et une gestion efficace du temps, les mesures médicales en anesthésie sont souvent standardisées et définies à l'avance sous forme de directives et d'algorithmes. Cette approche structurée permet de hiérarchiser les diagnostics, de planifier et d'entraîner les procédures thérapeutiques, puis de les mettre en œuvre de manière sûre.

Un autre facteur déterminant pour le succès du traitement réside dans la composition de l'équipe de soins, le «skills grade mix»: les compétences, qualifications et expériences des différentes professions impliquées doivent être complémentaires. Chaque membre de l'équipe doit avoir un rôle clairement défini dans le parcours de soins.

4.1 Principes

La SSAPM et la SIGA-FSIA soutient une répartition structurée des compétences anesthésiologiques et périopératoires, fondée sur les principes suivants:

- Responsabilité médicale globale: les médecins anesthésistes dirigent la prise en charge, définissent le cadre thérapeutique et assument la responsabilité médicale totale.
- Évaluation individuelle des risques: l'appréciation du risque anesthésique et opératoire individuel ainsi que les examens périopératoires relèvent des médecins anesthésistes.
- Personnel médical qualifié**:** la prise en charge des patient·e·s avant, pendant et après l'intervention est assurée exclusivement par du personnel formé à cet effet.
- Rôle des expert·e·s diplômé·e·s en soins d'anesthésie (EPD ES) : ils exécutent certaines tâches de manière autonome dans le cadre juridique de la délégation médicale. Leur activité implique une coordination étroite et continue avec les médecins anesthésistes responsables. Ils suivent les

algorithmes thérapeutiques établis et agissent sous supervision et direction médicale en ce qui concerne la stratégie thérapeutique.

- Prise en charge des patient·e·s à risque: les patient·e·s à risque élevé (classe ASA III et plus) et les interventions de risque modéré ou élevé sont prises en charge, pour les étapes thérapeutiques critiques (induction et réveil de l'anesthésie, situations médicales critiques, décisions thérapeutiques, prescriptions), en présence directe d'un·e médecins anesthésiste. Durant les phases stables de l'anesthésie («steady state»), une supervision indirecte (médecin anesthésiste «à proximité») peut être suffisante.
- Prise en charge des patient·e·s stables: les patient·e·s jeunes et en bonne santé (ASA I–II) ou présentant un bon état général, ainsi que les interventions à faible risque, peuvent être surveillés durant la phase intraopératoire par un·e expert·e diplômé·e en soins d'anesthésie (NDS ES). Même pour ces cas, les étapes critiques (induction, intubation, complications, réveil) nécessitent la présence directe du/de la médecin anesthésiste responsable.
- Soutien par le personnel auxiliaire: des assistant·e·s peuvent être mobilisé·e·s pour décharger le personnel qualifié, par ex. pour la préparation, le réapprovisionnement et la commande de matériel ou de médicaments.
- Gestion des urgences (p. ex. en salle de déchocage): la direction et les décisions thérapeutiques définitives en situation d'urgence relèvent du noyau de compétence médicale.

Cette répartition claire des compétences garantit une prise en charge **sûre et de haut niveau médical** tout en assurant une collaboration interdisciplinaire efficace.

4.2 Noyau de l'activité médicale en anesthésiologie

La responsabilité médicale spécialisée en anesthésie couvre l'ensemble des mesures et décisions diagnostiques, indicatives, invasives et vitales. Elle se concentre sur la direction et la supervision spécialisées, notamment dans les situations complexes ou à risque.

Tâches médicales :

- entretiens d'information et de consentement en consultation préopératoire, y compris les aspects juridiques du shared decision making et du consentement éclairé (compétence acquise dans la formation postgrade médicale)
- induction et réveil de l'anesthésie (présence directe obligatoire d'un·e médecin anesthésiste)
- prise en charge en phase «steady state» :
    - ASA I–II et risque opératoire faible: délégation possible à un·e expert·e en soins d'anesthésie NDS ES, avec supervision médicale à distance
    - ASA III+ ou risque moyen/élevé: co-prise en charge médicale requise, avec modalités de d'intervention clairement définies
- complications peropératoires ou changements de procédure : intervention médicale immédiate
- réalisation de toutes les anesthésies régionales, y compris information et indication
- gestion complexe des voies respiratoires (p. ex. intubation fibroscopique, double lumière)
- cathéters veineux centraux (CVC), PICC lines – indication et réalisation
- ponctions artérielles:
    - technique standard (Seldinger): acte médical

    - systèmes simplifiés (p. ex. FlowSwitch): délégation possible selon standards institutionnels
- décisions de transfert (p. ex. vers/de l'unité IMC/USI) hors protocoles standardisés
- traitements d'urgence vitaux, prise en charge en salle de déchocage
- décision d'indication pour les transfusions ou produits sanguins
- participation aux réunions interdisciplinaires et décisions thérapeutiques
- décisions relatives au personnel et à l'organisation (p. ex. allocation des ressources par salle)

4.3 Délégation à un·e expert·e diplômé·e en soins d'anesthésie (NDS ES)

Les expert·e·s diplômé·e·s en soins d'anesthésie (NDS ES) assument, sur la base de standards définis et dans le cadre de la délégation médicale, des tâches exigeantes, notamment durant les phases intraopératoires stables.

Tâches infirmières en anesthésie dans le cadre délégué:

- surveillance en phase «steady state»:
    - ASA I–II et risque opératoire faible: autonome, anesthésiologiste à proximité
    - ASA III+ ou risque moyen/élevé: prise en charge en concertation étroite avec l'anesthésiologiste, selon un protocole de disponibilité défini
- induction, réveil, intubation, complications ou changement de procédure: toujours en présence directe d'un·e médecin anesthésiste
- surveillance en anesthésie loco-régionale après réalisation médicale
- accès au système vasculaire périphérique (formation de base en soins infirmiers)
- ponctions artérielles à systèmes simplifiés (selon standards et formation institutionnels)
- gestion en salle de réveil:
    - traitement de la douleur selon protocole
    - sortie selon critères définis: ASA I–II et faible risque → autonome; ASA III+ → avec validation médicale
- prise en charge de la douleur par des infirmier·ère·s spécialisé·e·s (Pain Nurses):
    - éducation et accompagnement des patient·e·s
    - prescription médicamenteuse selon algorithme approuvé médicalement
- participation aux réunions interdisciplinaires dans le cadre du mandat infirmier
- communication continue avec l'équipe médicale, en particulier lors de changements cliniques

Remarques complémentaires sur la collaboration :

- la délégation s'effectue toujours sous responsabilité médicale, dans le respect des conditions légales et professionnelles.
- les rôles, la disponibilité et les voies de décision doivent être clairement définis pour chaque situation.
- les actes comportant une dimension diagnostique, indicative, invasive ou vitale demeurent du ressort exclusif des médecins.

5 Rémunération des prestations médicales en anesthésie

La Suisse dispose d'un système de soins de haut niveau, financé en grande partie par les assurances sociales. Afin de maîtriser les coûts du système de santé, l'État intervient par des mécanismes de régulation de la rémunération des prestations médicales.

5.1 Admission à exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Dans le cadre du droit de l'assurance-maladie, un système structuré de contrôle des coûts est appliqué pour limiter les dépenses. L'assurance obligatoire des soins (AOS) ne prend en charge que les prestations fournies par des **prestataires admis**. La LAMal énumère les catégories professionnelles et organisations pouvant obtenir une autorisation, octroyée par les cantons.

Pour qu'un **médecin** soit admis à pratiquer à la charge de l'AOS, il doit notamment disposer d'une autorisation cantonale d'exercer la profession médicale. Celle-ci est délivrée aux titulaires d'un diplôme fédéral ou reconnu en médecine et d'un titre de formation postgrade fédéral ou reconnu (titre de spécialiste).

Les **hôpitaux** sont admis par leur inscription sur les listes hospitalières cantonales et par l'octroi d'un mandat de prestations. Les médecins exerçant dans un hôpital n'ont pas besoin d'une autorisation propre.

Les infirmier·ère·s exerçant de manière ambulatoire et autonome peuvent également demander une admission, pour autant qu'ils/elles disposent d'une autorisation cantonale d'exercer comme professionnel·le de la santé. Lorsque les infirmier·ère·s anesthésistes exécutent des tâches déléguées, ils/elles n'agissent pas de manière indépendante : leurs prestations ne peuvent pas être facturées séparément, même si elles contribuent de façon essentielle à la prise en charge. Les prestations d'anesthésie infirmières sont en principe des actes médicaux délégués, rémunérés uniquement sur prescription et sous supervision médicale.

Les médecins ont, en principe, l'obligation d'exécuter personnellement leurs prestations. Ce principe est atténué par la délégation, sans que cela n'affecte le droit à rémunération, car le prestataire reconnu demeure le médecin admis ou l'hôpital.

5.2 Critères EAE (efficacité, adéquation, économie)

Les prestations ne sont remboursées par l'AOS que si elles sont efficaces, appropriées et économiques (EAE), ce qui est présumé par défaut. Cela s'applique aussi bien aux prestations réalisées personnellement par des médecins qu'à celles effectuées par des professionnel·le·s de santé dans le cadre d'une délégation médicale:

- Efficacité: la mesure doit être objectivement apte à atteindre l'effet recherché, son efficacité étant scientifiquement démontrée.
- Adéquation: parmi plusieurs options efficaces, celle présentant le meilleur rapport bénéfice/risque pour le patient doit être choisie.
- Économie: parmi les options appropriées, la solution la plus rentable doit être privilégiée; par exemple, certaines tâches à faible risque anesthésique peuvent être déléguées à du personnel qualifié non médical.

L'introduction du nouveau tarif médical ambulatoire (TARDOC et forfaits ambulatoires) précise que les prestations ambulatoires peuvent être effectuées par du personnel auxiliaire sous responsabilité médicale, et non exclusivement par des médecins. Cela permet une rémunération plus efficiente des

prestations non médicales. Dans le domaine hospitalier, les prestations sont en revanche couvertes par des forfaits par cas (DRG), sans facturation individuelle.

Afin de garantir la qualité et l'efficience des prestations, des contrôles systématiques sont effectués. Les violations des exigences légales peuvent entraîner des sanctions, telles qu'avertissements, remboursements ou amendes.

6 Résumé

6.1 Définitions terminologiques

Dans le présent résumé, les termes clés sont utilisés avec différents niveaux de contrainte :

- «doit / ne doit pas» = norme obligatoire
- «devrait» = fortement recommandé
- «possible» = marge d'appréciation professionnelle

6.2 Principes généraux de la délégation d'actes médicaux

- En anesthésie, la délégation d'actes médicaux à du personnel non médical qualifié est possible sous certaines conditions.
- La délégation à du personnel non médical n'est possible que lorsqu'il n'existe pas de réserve légale spécifique réservant l'acte aux médecins et que les activités concernées ne relèvent pas du noyau de compétence médicale en anesthésiologie.
- Lorsqu'un consentement explicitement adressé au médecin est requis, l'acte médical ne peut pas être délégué.
- Les tâches déléguées doivent être exécutées avec diligence, soin et selon les standards de qualité médicale spécialisés. Tout manquement à ces obligations de diligence constitue une erreur de traitement susceptible d'entraîner des conséquences en matière de responsabilité civile.

6.3 Système de rémunération et cadre juridique

- La Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) fixe les conditions de prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Elle vise à garantir une prestation de soins de haute qualité tout en assurant une viabilité économique du système de santé.
- Les médecins assument une responsabilité centrale dans le système de financement:
    - ils ne peuvent facturer que les prestations qu'ils ont exécutées personnellement ou qui ont été réalisées sous leur supervision dans le cadre d'une délégation formelle;
    - ils sont conscients de leur responsabilité sociale et économique et agissent en conséquence.
- Les expert·e·s diplômé·e·s en soins d'anesthésie (EPD ES) ne disposent pas d'un droit de facturation autonome:
    - ils/elles n'exercent pas à titre indépendant, mais accomplissent des tâches médicales déléguées sous la supervision et la direction des médecins anesthésistes ; dans ce cadre,
    - ils/elles ne peuvent facturer aucune prestation de manière indépendante et ne sont donc pas reconnu·e·s comme prestataires autonomes à ce titre.

Bibliographie

Préambule

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020) Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Contexte

Positionspapier der SSAPM 2024, «Wer wir sind»

Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedGB), Art. 4, 2006

Krankenversicherungsgesetz (KVG), Art. 32 Abs. 1

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/patientenrechte.html

LANDOLT HARDY, Delegation von Pflegeleistungen – rechtliche Aspekte, in: Pflegerecht 2024

Cadre juridique de la délégation d'actes médicaux

AEBI-MÜLLER REGINA/FELLMANN WALTER/GÄCHTER THOMAS/RÜTSCHE BERNHARD/TAG BRIGITTE, Arztrecht; Kapitel 11: «Der Arzt und das Gesundheitssystem», S. 545 ff.

Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedGB), Art. 4 und 7, 2006
leitfaden.samw.fmh.ch/rechtlicher-leitfaden/informationsrechte/verantwortlichkeit-aerzte

Transplantationsgesetz, Art. 11

vgl. Art. 7 der Transplantationsverordnung i.V.m. Ziff. II 2 der Medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen in der Fassung vom 24. Mai 2011)

Betäubungsmittelgesetz (BetmG), Art. 3e
vgl. Art. 10 des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe

vgl. Anhang 6 Ziff. 1 der Medizinprodukteverordnung

vgl. Art. 429 Abs. 1 des Zivilgesetzbuches

vgl. Art. 434 Abs. 1 des Zivilgesetzbuches

AEBI-MÜLLER REGINA/FELLMANN WALTER/GÄCHTER THOMAS/RÜTSCHE BERNHARD/TAG BRIGITTE, Arztrecht; Kapitel 7: «Haftung des Arztes», S. 285 ff.

Darin kommentiert: Obligationenrecht / Auftragsrecht (OR), Art. 398, Obligationenrecht / Auftragsrecht (OR), Art. 101

OLAH MIRJAM, Arbeitsteilung im Arztalltag – Grundzüge der rechtlichen Anforderungen an die interdisziplinäre und interprofessionelle ärztliche Zusammenarbeit, Published Online 2019 via https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1661-8157/a003146

LANDOLT HARDY, Delegation von Pflegeleistungen – rechtliche Aspekte, in: Pflegerecht 2024
OLAH MIRJAM, Die ärztliche Arbeitsteilung und Aufgabendelegation im Rahmen der medizinischen Staatshaftung. Unter besonderer Berücksichtigung der Organisationspflichten im Behandlungsumfeld, Diss. Basel 2017
BOLDI CHRISTINA/MEIER LORENA, Die Rechtslage der Advanced Practice Nurses (APN) in der Schweiz: ein innovativer Gesetzesvorschlag, in: Pflegerecht 2023
VOKINGER KERSTIN NOËLLE/OLAH MIRJAM, Bedeutung der SAMW-Richtlinien für die Pflege mit einem Fokus auf die interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft, in: Pflegerecht 2018
BGE 125 V 441 zur Erforderlichkeit einer gewissen räumlichen Nähe der Überwachung bei der psychologischen Psychotherapie durch nicht-ärztliches Personal.
VON DACH CHRISTOPH ET AL., Pflegeexpertin APN: eine fortschrittliche Rolle an der Schnittstelle von Pflege und Medizin, Aspekte der Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegeexpertinnen APN am Universitätsspital Zürich, in: Pflegerecht 2016

KÖBRICH TIM OLIVER, Heilbehandlung durch Vertreter nichtärztlicher Gesundheitsberufe, Diss. Bern 2017

Compétences professionnelles en anesthésiologie et en médecine périopératoire

SSAPM Positionspapier 2024 «Qualität und Patientensicherheit»

Rémunération des prestations médicales en anesthésie

AEBI-MÜLLER REGINA/FELLMANN WALTER/GÄCHTER THOMAS/RÜTSCHE BERNHARD/TAG BRIGITTE, Arztrecht; Kapitel 11: «Der Arzt und das Gesundheitssystem», S. 545 ff.

Darin kommentiert: Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedGB),
Art. 20, 2006

Krankenversicherungsgesetz (KVG), Art. 25 bis 33, 36-40

LANDOLT HARDY, Delegation von Pflegeleistungen – rechtliche Aspekte, in: Pflegerecht 2024

Resumé

OLAH MIRJAM, Arbeitsteilung im Arztalltag – Grundzüge der rechtlichen Anforderungen an die interdisziplinäre und interprofessionelle ärztliche Zusammenarbeit, Published Online 2019 via https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1661-8157/a003146

Krankenversicherungsgesetz (KVG), Art. 43 Abs. 6

AEBI-MÜLLER REGINA/FELLMANN WALTER/GÄCHTER THOMAS/RÜTSCHE BERNHARD/TAG BRIGITTE, Arztrecht; Kapitel 11: «Der Arzt und das Gesundheitssystem», S. 545 ff.