



Date de dépôt : 12 août 2025

Rapport

de la commission des affaires sociales chargée d'étudier la proposition de motion de Patricia Bidaux, Jean-Marc Guinchard, Thierry Arn, Anne Carron, Jacques Blondin, François Erard : Renforçons les ressources et l'information des proches aidés !

Rapport de Sophie Demaurex (page 4)

Proposition de motion (3062-A)

Renforçons les ressources et l'information des proches aidés !

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
considérant :

- la loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge des proches, du 1^{er} janvier 2021¹ ;
- le programme fédéral de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 » établissant les besoins des proches aidants à l'intention des cantons et des communes² ;
- l'art. 172 al. 2 de la constitution genevoise³ ;
- la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom), du 28 janvier 2021 ;
- l'art. 43bis de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants⁴, du 20 décembre 1946, ouvrant le droit à une allocation pour impotent AVS et sa mise à jour du 1^{er} janvier 2024⁵ ;
- les art. 42 al. 1, 2 et 4 et 42bis de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité⁶, du 19 juin 1959, ouvrant le droit à une allocation pour impotent AI ;
- qu'au vu de l'évolution de la démographie suisse, la proportion de personnes âgées en situation de dépendance pourrait passer à 46% d'ici 2030 ;
- que le coût des soins de longue durée pour les plus de 65 ans avoisine 9,5 milliards de francs, soit environ 14% des dépenses de santé globale dans notre pays ;
- que la population genevoise concernée n'a pas recours à cette allocation,

¹ Acte modificateur unique regroupant plusieurs modifications de lois.

² OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, Programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 », Berne, octobre 2020.

³ Art 172 al. 2 Cst-GE : « *(L'Etat) soutient la diversification des prestations de santé et une prise en charge globale des patientes et patients* ».

⁴ RS 831.10.

⁵ Centre d'information AVS/AI, Assurances sociales, Assurance-invalidité (AI), Allocation pour impotent : <https://www.ahv-iv.ch/fr/Assurances-sociales/Assurance-invalidite%C3%A9-AI/Allocation-pour-impotent>

⁶ RS 831.20.

invite le Conseil d'Etat

- à étudier et à analyser les freins au recours aux allocations pour impotents (API) ;
- sur la base de cette analyse, à lever les freins afin d'accélérer les démarches permettant au canton d'augmenter le recours aux API, y compris par la mise en place de campagnes de communication afin de déstigmatiser la demande d'aide.

Rapport de Sophie Demaurex

La proposition de motion 3062 a été traitée par la commission sociale du 12 novembre 2024 au 1^{er} avril 2025 durant 10 séances (12 novembre, 3, 10, 12 décembre 2024, 7, 21, 28 janvier, 11 février, 4 mars, 1^{er} avril 2025)

La présidence a été assurée par M^{me} Ana Roch.

Ont également assisté aux séances M^{me} Laure Delieutraz, secrétaire générale adjointe DCS, M. Clément Magnenat et M^{me} Nadia Salama, secrétaires scientifiques SGGC, M. Laurent Mauler, directeur SeSPA, M. Thierry Apothéloz, conseiller d'Etat, DCS.

Nous remercions Anthony Chenevard et Caroline Dang, procès-verbalistes, pour leur travail.

Durant la même période, la motion M 3061 (Pour une véritable reconnaissance des proches aidants) a été traitée par la commission.

Ont été auditionnés concernant la M 3062 conjointement à la M 3061 :

- M^{me} Véronique Petoud, déléguée cantonale proche aidance
- Pr Thierry Collaud, Université de Fribourg
- Pro Infirmis : M^{me} Stéphanie Zufferey, cheffe du département Romandie des prestations et directrice cantonale, M. Michel Bonjour, adjoint à la cheffe de département, M. Alain Aeby, chef de service
- FÉGAPH : M. Olivier Dufour, vice-président, membre du comité Club en fauteuil roulant Genève et ancien proche aidant, M^{me} Soledad Guardia Sevilla, membre du Bureau, présidente de l'Association Divergence-N, M^{me} Céline Laidevant, secrétaire générale d'Insieme Genève
- Pro Senectute : M^{me} Claude Howald, présidente, M. Joël Goldstein, directeur général, M. Walid Douab, directeur de la consultation sociale, M. Stephen Sola, directeur des services transversaux, M. Jérémy Legrand, directeur des foyers de jour
- OCAS : M. Olivier Cosandey, responsable domaine AI, adjoint de direction, M. Pascal Bonzon, responsable de la division prestations spécifiques
- AFC : M. Christophe Bopp, secrétaire général adjoint DF, M. Florian Magnin, directeur adjoint AFC
- DCS et DSM : M. Laurent Mauler, directeur du SeSPA (DCS), M. Panteleimon Giannakopoulos, directeur général de l'OCS (DSM)

- M^{me} Mercedes Pône, cheffe de projet, Programme cantonal de soutien aux personnes proches aidantes, Canton de Vaud.
- Association des communes genevoises (ACG) : M^{me} Karine Bruchez, présidente, M. Martin Staub, 2^e vice-président, M. Philippe Aegerter, directeur juridique

Annexes et documents :

1. Courrier Groupe Mutuel – API & Réduction des prestations de soins à domicile
2. Arrêt TF – 9C_480/2022 du 29 août 2024 – API & autres prestations de soins
3. Rémunération proches aidants – Comparaison intercantonale
4. Catalogue des actes de soins selon l'ASSASD
5. Document Programme de soutien aux personnes proches aidantes du canton de Vaud, présentation du 11 février 2025
6. Statistiques OFAS – Comparaison intercantonale du nombre de bénéficiaires d'API
7. Prise de position écrite de Prio.Swiss
8. Statistiques API de l'OFAS – Synthèse intercantonale

Synthèse des travaux :

Objectif de la motion

La motion M 3062, déposée en parallèle à la M 3061, vise à lever les freins au recours à l'API, une prestation fédérale destinée aux personnes ayant besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne. Elle propose d'analyser les causes du non-recours, de simplifier les démarches et de renforcer la communication.

Constats principaux

- Le taux de recours à l'API à Genève est faible (4,18% pour les AVS), malgré une population potentiellement éligible bien plus large.
- Les démarches sont jugées complexes, longues et peu adaptées à certaines situations (ex. : troubles cognitifs ou autisme).
- Le terme « impotent » est stigmatisant et dissuasif.
- Les proches aidants jouent un rôle central, mais sont souvent mal informés, non reconnus ou non soutenus.

Auditions et constats partagés

- OCAS : décrit un processus bien structuré mais long, avec des délais de traitement importants, surtout pour les mineurs.
- AFC : confirme l'absence de déductions fiscales spécifiques pour les proches aidants, sauf dans le canton du Valais.
- Pro Senectute, Pro Infirmis, FéGAPH : dénoncent la lourdeur administrative, le manque d'accompagnement, et appellent à une simplification des démarches et à une meilleure reconnaissance des proches aidants.
- DCS/DSM : soulignent les risques de transfert de charges vers les assurances et les effets pervers sur les prestations complémentaires.
- ACG : relève que le non-recours est souvent lié à la honte, à la complexité ou à la méconnaissance des droits.

Propositions concrètes

- Unification des formulaires et simplification des démarches.
- Introduction du langage FALC (facile à lire et à comprendre).
- Automatisation partielle des procédures.
- Renforcement des effectifs à l'OCAS.
- Meilleure coordination entre les acteurs (communes, Imad, Pro Senectute).
- Campagnes d'information ciblées.

Position des groupes et du Conseil d'Etat

- S, Ve, MCG, LC : soutiennent la motion, soulignant l'importance de mobiliser les aides fédérales disponibles.
- PLR : s'oppose, estimant que les structures existantes suffisent et qu'il ne faut pas alourdir l'action de l'Etat.
- Conseil d'Etat : favorable à la motion, tout en soulignant les limites actuelles de moyens et les risques de récupération par les assureurs.

Résultat du vote

La motion M 3062 est acceptée par 9 oui, contre 3 non et 2 abstentions.

Détail des travaux :

Présentation de la motionnaire (12.11.2024)

Elle commence par expliquer la notion d'« allocation pour impotent », en précisant que bien que le terme soit dépassé et peu respectueux, il reste celui utilisé dans le droit fédéral. Elle cite la définition officielle selon laquelle cette

allocation vise à permettre aux personnes en situation de handicap de vivre de manière indépendante, en couvrant les frais liés à l'aide régulière de tiers pour accomplir les actes de la vie quotidienne, faire face aux nécessités de la vie ou entretenir des contacts sociaux.

Elle poursuit en définissant ce qu'est une personne impotente. Il s'agit d'une personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie ou nécessite une surveillance personnelle. Les assurés majeurs vivant à domicile peuvent également être considérés comme impotents s'ils ne peuvent vivre de manière autonome, faire face aux nécessités de la vie ou maintenir des contacts sociaux sans accompagnement. Les personnes atteintes uniquement dans leur santé psychique doivent bénéficier d'une rente AI pour avoir droit à l'allocation. Les personnes souffrant de graves atteintes aux organes sensoriels peuvent aussi y prétendre.

La motionnaire aborde ensuite le cas des assurés mineurs. Ceux-ci peuvent bénéficier de l'allocation dès qu'il est vraisemblable que l'impotence durera plus de douze mois. L'allocation est versée pour les jours où l'enfant passe la nuit à domicile ou dans un home, à condition que les coûts soient supportés par les parents. Elle est suspendue pour chaque mois entier passé dans un établissement hospitalier, sauf si la présence des parents est jugée nécessaire. Un séjour dans une institution pour des mesures de réadaptation ne donne pas droit à l'allocation.

Les conditions pour bénéficier de l'allocation sont les suivantes : être assuré et domicilié en Suisse, souffrir d'une impotence grave, moyenne ou faible, et ne pas avoir droit à une allocation pour impotent de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire.

La motionnaire présente ensuite les montants mensuels de l'allocation, qui varient selon que la personne vit à domicile ou dans un établissement :

Niveau d'impotence	En home	A domicile
Faible	123 F	490 F
Moyenne	306 F	1 225 F
Grave	490 F	1 960 F

Elle souligne que si une personne aidée est placée dans un établissement pendant plus de 15 jours, l'allocation est suspendue. Pour les mineurs, le calcul est complété par une évaluation des soins fournis, mais la motionnaire n'a pas pu obtenir le tableau des critères d'évaluation. Elle précise que ce point n'est pas déterminant pour la motion, qui s'appuie surtout sur les chiffres du non-recours à cette allocation dans le canton de Genève.

Selon les données présentées, seulement 5,13% des personnes éligibles font une demande d'allocation à Genève. Le taux de bénéficiaires AVS recevant une API dans le canton est de 4,18%. Ces chiffres montrent un non-recours important à une aide pourtant disponible, ce qui représente une charge pour les familles et probablement aussi pour l'Etat.

En conclusion, la motionnaire lit un extrait de l'exposé des motifs, soulignant qu'il existe une manne financière qui pourrait être mobilisée pour les personnes dont la santé ne permet plus d'accomplir les actes ordinaires de la vie ou qui nécessitent une surveillance. Elle insiste sur la nécessité d'agir à plusieurs niveaux, notamment en matière de communication, pour encourager les demandes d'aide. Elle rappelle que cette allocation est également liée aux aides financières pour les proches aidants, ce qui justifie le dépôt simultané de la motion 3061, qui en est le miroir.

Enfin, la motionnaire présente les invites au Conseil d'Etat, qui sont les suivantes : étudier et analyser les freins au recours à l'allocation pour impotents (API), lever ces freins pour accélérer les démarches permettant d'augmenter le recours à l'API dans le canton, et mettre en place des campagnes de communication pour déstigmatiser la demande d'aide.

Questions des commissaires :

Portée de l'étude

Une députée PLR propose d'élargir l'étude au niveau cantonal en y intégrant une réflexion fédérale, et suggère d'aborder le non-recours de manière plus globale. La motionnaire répond que, bien que le non-recours soit un sujet large, la population concernée par cette allocation est bien identifiée, ce qui permet une étude ciblée et plus efficace.

Nature des freins

Une députée PLR pensait que « lever les freins » faisait référence à des obstacles techniques ou législatifs. La motionnaire confirme qu'il s'agit surtout des freins vécus par les personnes elles-mêmes, comme la stigmatisation ou la complexité des démarches.

Public concerné

Une députée PLR s'interroge sur les chiffres liés à l'AVS, pensant que l'allocation concernait uniquement les personnes à l'AI. La motionnaire précise que cela concerne les mineurs et les adultes avec déficits cognitifs, mais aussi certaines personnes âgées.

Interprétation des chiffres

Une députée S se demande si les faibles taux sont dus au non-recours ou à des refus de dossiers, et évoque un éventuel manque de personnel pour les traiter. Elle demande si des contacts ont été pris avec l'AI ou Procap. La motionnaire indique ne pas avoir contacté l'AI, estimant que cela dépasse son rôle, mais elle retient l'idée d'une audition de Procap. Elle a consulté le questionnaire et les critères, qu'elle juge très lourds.

Adaptation aux handicaps

Une députée S souligne que le cadre de l'API est adapté aux handicaps moteurs, mais mal conçu pour des troubles comme l'autisme, où les soins sont difficiles à quantifier. Elle note aussi que l'API est considérée comme un remboursement de frais matériels, et non comme une aide à la proche aidance.

Complexité administrative

Le directeur du SeSPA explique qu'il existe deux régimes d'API (AVS et hors AVS), que la procédure passe par l'OCAS et nécessite une certification médicale. Il insiste sur la rétroactivité de l'allocation sur 12 mois, mais dénonce la lourdeur du processus et le terme « impotent » comme principal frein. Il précise que ce terme est mal accepté, notamment par les personnes âgées qui ne se considèrent pas comme telles.

Lecture des données

Une députée S propose une autre lecture des tableaux : selon elle, le taux de 4,18% de bénéficiaires AVS ayant fait une demande ne signifie pas nécessairement un non-recours, car beaucoup ne sont pas impotents. Elle trouve le chiffre de 5,13% peu explicite. La motionnaire indique que ces chiffres viennent du DCS et qu'il faudrait leur demander des précisions, mais ils restent révélateurs.

Santé et besoin d'aide

Une députée S suggère que les retraités se portent bien à Genève. La motionnaire répond que l'objectif est justement de déterminer si les chiffres reflètent une bonne santé ou un non-recours. Le directeur du SeSPA précise qu'une personne peut être en bonne santé mais avoir besoin d'aide pour certains actes, ce qui justifie l'API. Une députée S clarifie qu'elle entendait « bonne santé » comme « pas besoin d'aide ».

Audition de M^{me} Véronique Petoud, déléguée cantonale proche aidance (3.12.2024)

Les demandes d'API sont parfois initiées par les proches aidants et de ce fait, cette audition, plus détaillée dans le rapport de majorité de la M 3061, peut apporter une meilleure compréhension de la problématique.

Depuis 2013, Genève est pionnière dans le soutien aux proches aidants, inscrit dans sa Constitution. Plusieurs dispositifs ont été mis en place : la ligne téléphonique Proch'info en 2017, le poste de déléguée ou délégué cantonal en 2020, la révision de la loi sur le maintien à domicile en 2021, et la création du Bureau PAGE en 2023, désormais rattaché au Service cantonal des seniors et de la proche aidance (SeSPA).

La définition du proche aidant a évolué : il n'est plus nécessaire de vivre sous le même toit ni d'avoir un lien de parenté avec la personne aidée. L'aide apportée vise à maintenir la vie à domicile, les contacts sociaux et l'intégration, même si l'aidé est en institution.

Les statistiques montrent une forte implication de la population : en 2022, 33% des Genevois de 15 ans ou plus apportaient une aide informelle au moins une fois par semaine, dont 80% ont moins de 65 ans. Pourtant, beaucoup ne se reconnaissent pas comme proches aidants, ce qui retarde les demandes de soutien.

Le Bureau PAGE agit pour prévenir l'épuisement, diffuser des outils de reconnaissance (comme le questionnaire basé sur l'échelle de Zarit), coordonner les acteurs du réseau sociosanitaire et adapter les réponses aux besoins croissants et diversifiés des proches aidants.

Audition de Pr Thierry Collaud, Université de Fribourg (10.12.2024)

M. Collaud distingue deux stratégies possibles pour l'Etat : la substitution, qui remplace l'aide informelle par des prestations professionnelles mais affaiblit le lien social, et la subsidiarité, qui soutient les proches aidants là où les services formels ne suffisent plus. Il insiste sur l'importance de préserver le capital social et les relations de confiance.

Il souligne que la proche aidance comporte des ombres (épuisement, stress, dépression) mais aussi des lumières, comme le développement de compétences, la résilience, et une croissance personnelle. Ces bénéfices

Une députée S indique que la motion établit une définition du proche aidant, or les API, qui sont une prestation financière de l'AI, permettent notamment l'engagement d'une personne semi-bénévole, non formée. Elle souligne que la définition du proche aidant proposée dans la motion reste floue.

Elle évoque le cas où un proche aidant engagerait une personne semi-bénévole pour s'occuper d'un enfant lourdement handicapé, ce qui rend difficile la distinction entre aide informelle et professionnelle. Elle suggère que la définition soit davantage centrée sur la dimension sociale et relationnelle.

M. Collaud répond que la proche aidance doit rester informelle et non salariée. Il met en garde contre une professionnalisation excessive, citant des exemples étrangers où cela a affaibli le lien social et accru la pression sur les personnes aidées. Il insiste sur le fait que la compétence première du proche aidant est d'être un proche, et qu'il faut préserver cette spécificité.

La députée S revient sur le rôle des professionnels en soutien aux proches aidants, notamment pour les démarches administratives. Elle s'interroge sur la capacité actuelle des structures comme ProSenectute ou Pro Infirmis, qui sont débordées, et demande comment renforcer ces services.

M. Collaud estime qu'il est plus pertinent de renforcer ces structures que de créer un statut spécifique. Il souligne que ces organismes permettent de lutter contre la complexité administrative et qu'il faut élargir le réseau d'aide pour permettre une intervention précoce, notamment via les médecins ou les structures de soins.

La députée S affirme son soutien à la reconnaissance des proches aidants et au renforcement des associations, considérant que les deux approches sont complémentaires. Elle déplore que les statuts actuels (AI ou curatelle) excluent une partie de la population qui n'a pas accès à ces dispositifs et donc à leurs droits.

M. Collaud conclut en expliquant que ces statuts ont été définis sans tenir compte du vieillissement démographique. Il souligne que de nombreuses personnes âgées, souvent entre 70 et 80 ans, sont aujourd'hui proches aidants de leurs parents très âgés, une réalité encore peu prise en compte par le législateur.

Audition de la FéGAPH (17.12.2024)

La FéGAPH propose d'intégrer les contributions d'assistance dans la réflexion, car elles représentent une charge administrative importante pour les personnes aidantes ou aidées, pouvant aller jusqu'à quatre heures de travail par semaine. Elle suggère d'ajouter une invite demandant au Conseil d'Etat de recenser les organismes qui accompagnent les démarches liées à l'API ou aux contributions d'assistance, y compris dans le suivi et les mises à jour. Elle propose également d'augmenter les effectifs compétents à l'Office cantonal AI pour accélérer le traitement des demandes.

M. Dufour appuie cette proposition en soulignant que les délais actuels sont dommageables pour les personnes épuisées par leur situation. Il évoque le phénomène d'« usure de compassion », qui touche les proches aidants et les aidés, pouvant les conduire à se retirer de la vie sociale.

M^{me} Laidevant, représentant l'association Insieme (membre de la FéGAPH), décrit le parcours difficile des familles ayant un enfant en situation de handicap, marqué par des démarches complexes et une charge administrative lourde. Un questionnaire mené auprès de 80 familles révèle que 34% sont monoparentales, souvent épuisées, et que 14% ont dû cesser leur activité professionnelle, entraînant une perte d'autonomie financière.

Elle souligne l'absence de services d'urgence adaptés à Genève pour les situations de rupture, et la complexité des démarches à partir de 16 ans, avec des redondances dans les formulaires et des délais administratifs décourageants. Elle appelle à l'unification des données pour simplifier les procédures.

Concernant la contribution d'assistance, elle note qu'elle est difficile d'accès et exige des compétences en gestion RH que les familles n'ont pas toujours. Elle cite le cas d'une mère enseignante, monoparentale, qui gère seule les plannings et les recrutements. M^{me} Laidevant propose de créer un service de soutien à la gestion administrative pour alléger cette charge.

Enfin, elle affirme qu'Insieme soutient la motion 3062, en soulignant que 80% des familles suivies perçoivent une API moyenne ou grave, mais que le manque d'information empêche certaines personnes autonomes d'en faire la demande.

M^{me} Guardia Sevilla souligne que de nombreuses demandes d'API sont refusées ou non déposées, car les critères sont centrés sur l'autonomie physique, excluant des situations comme celles d'enfants autistes ayant besoin d'accompagnement mais capables de manger ou s'habiller seuls. Elle rappelle que la loi mentionne pourtant les « nécessités de la vie », ce qui inclut les démarches administratives.

Elle déplore le manque d'information et le fait que les personnes doivent engager quelqu'un à l'avance sans garantie d'obtenir l'API. Elle critique aussi une communication administrative centrée sur les obligations, sans rappeler les droits des assurés.

Elle met en avant le rôle positif de l'ergothérapie, remboursée par la LAMal, pour améliorer l'autonomie, y compris dans la gestion administrative. Elle propose d'introduire le langage FALC (facile à lire et à comprendre) pour simplifier les démarches, notamment pour les personnes âgées, étrangères ou avec troubles cognitifs. Elle suggère aussi l'automatisation des démarches et

l'unification des formulaires, afin de réduire les erreurs et la charge administrative, et d'optimiser les ressources publiques.

Les échanges ont mis en lumière la complexité des démarches administratives liées à l'API, souvent jugées trop lourdes, répétitives et inadaptées à certaines situations. Les critères d'attribution sont principalement basés sur l'autonomie physique, ce qui exclut des personnes ayant besoin d'un accompagnement pour des actes essentiels de la vie, comme les déplacements ou les démarches administratives.

Un député S pose la question du statut du proche aidant, s'interrogeant sur la pertinence de créer un statut officiel pour mieux reconnaître et soutenir ces personnes dans leurs démarches.

M. Dufour répond que la priorité ne devrait pas être la création d'un statut, mais plutôt le renforcement des structures existantes qui accompagnent les proches aidants. Il insiste sur le fait que ces structures permettent de lutter contre la complexité administrative et qu'il faut leur donner les moyens d'agir efficacement.

Il est proposé :

- L'unification des formulaires pour éviter les redondances.
- L'introduction du langage FALC (facile à lire et à comprendre) pour rendre les démarches plus accessibles.
- La simplification et l'automatisation des procédures.
- Le recensement des organismes qui accompagnent les demandes d'API et de contributions d'assistance, tout au long du processus.
- Le renforcement du personnel compétent à l'Office cantonal AI pour accélérer le traitement des dossiers.

Enfin, il a été souligné que les délais et la lourdeur des démarches peuvent provoquer épuisement et retrait social, un phénomène qualifié par M. Dufour d'« usure de compassion », qui touche autant les proches aidants que les personnes aidées.

M^{me} Laidevant souligne l'importance d'informer les familles dès le diagnostic de l'impuissance, mais aussi à d'autres étapes clés comme l'entrée à l'école. Elle insiste sur le besoin d'un accompagnement explicatif, car les parents sous-estiment souvent les bénéficiaires de l'API. Elle évoque également les difficultés rencontrées par les familles pour trouver des intervenants ou des remplaçants, et mentionne le recours à Chèque service. Concernant le terme « impotent », elle reconnaît ne pas avoir de réponse claire.

Un député PLR se dit choqué que l'administration ne remplisse pas pleinement son devoir d'information envers les citoyens. Il dénonce la

surcharge administrative imposée aux proches aidants et demande s'il existe une comparaison intercantonale pour savoir si cette situation est propre à Genève ou généralisée.

M. Dufour répond qu'il faudrait s'adresser à Inclusion handicap, qui dispose d'une vision intercantonale. Il précise que les données sont parfois difficiles d'accès en raison de leur confidentialité, mais que les problèmes rencontrés à Genève ne sont pas très différents de ceux observés ailleurs. Il rappelle que la FéGAPH a étudié les abus liés à l'AI en 2021 et que Genève ne se distingue pas particulièrement. Il recommande de consulter Inclusion handicap pour les questions spécifiques aux rentes d'impotence.

En conclusion, M. Dufour souligne que Genève est engagé dans la recherche de solutions, comme l'a montré le projet LED-H. Il estime que les difficultés rencontrées relèvent autant des procédures que de l'administration, et rappelle que le système d'aide repose sur une logique économique de perte de gain, sans réelle prise en compte des capacités des personnes ou des aidants. Il pointe également une méconnaissance des enjeux dans certains services, accompagnée de préjugés et d'attitudes variables selon les employés.

Audition de Pro Senectute (17.12.2024)

M^{me} Howald remercie la commission pour son accueil et rappelle que la proche aide est une problématique nationale, prise en charge à la fois par les autorités cantonales et fédérales. Elle souligne que les proches aidés sont les bénéficiaires des services de Pro Senectute, et que les différents directeurs présents peuvent chacun contribuer au soutien des proches aidants.

M. Goldstein annonce que Pro Senectute a signé un contrat de mandat avec le SeSPA pour mener un projet de rattrapage des API en 2025, en discussion depuis 2021. Un EMS a été formé en 2022 pour accompagner ce processus. Il insiste sur l'importance de l'API comme levier de soutien aux proches aidants, permettant de mobiliser davantage de prestations ou de choisir librement les accompagnants. Il souligne aussi que 1 proche aidant sur 10 est en difficulté financière, souvent contraint de réduire ou cesser son activité professionnelle.

Il évoque un problème de coordination avec les caisses maladie, qui incitent à demander l'API tout en réduisant leurs propres prestations. Il rappelle que l'API, lorsqu'elle est versée en EMS, diminue le montant des prestations complémentaires cantonales, représentant des montants significatifs pour les personnes concernées.

Au niveau national, Pro Senectute est engagé dans les réflexions sur la répartition des coûts entre API et prestations complémentaires (PC), et sur

l'évolution du système de solidarité, avec des discussions en cours sur une nouvelle assurance solidarité ou une adaptation des dispositifs existants.

M. Douab précise que le projet de rattrapage des API concerne les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), en partenariat avec l'Imad, qui détecte les personnes non bénéficiaires. Depuis octobre, plus de 200 personnes ont été recensées. Pro Senectute prend en charge la complétude administrative des dossiers. Les EMS seront également intégrés au projet, selon des modalités à définir.

M. Douab rappelle que depuis le 1^{er} janvier 2023, la modification de la Loi sur la répartition des tâches (LRT) est entrée en vigueur, accompagnée d'un règlement sur les prestations de soutien aux personnes âgées délivrées par les communes. Ce règlement impose aux communes :

- d'identifier les personnes âgées susceptibles de bénéficier de prestations (art. 4),
- d'informer les habitants sur les prestations disponibles (art. 10),
- et d'assurer la consultation sociale, notamment pour les demandes d'API (art. 11).

Il souligne que certaines communes ont signé des conventions avec Pro Senectute, tandis que d'autres doivent gérer seules la complétude des demandes d'API. Pro Senectute constate que ces démarches sont complexes et chronophages, et qu'un organisme spécialisé est souvent mieux placé pour les prendre en charge.

M. Douab revient ensuite sur le rôle croissant des caisses maladie, qui incitent les seniors à demander l'API. Il alerte sur le fait que cette stratégie leur permet de réduire leurs propres prestations, ce qui soulève des questions sur l'équilibre du système de solidarité. Il illustre son propos en lisant un courrier reçu par de nombreux seniors, montrant cette pression exercée par les assureurs.

Monsieur,

Votre épouse est au bénéfice d'une allocation pour impotent depuis le 1^{er} avril 2024. Après examen de son dossier, il ressort qu'elle bénéficie régulièrement de nos prestations pour soins à domicile, conformément aux dispositions légales en vigueur.

A ce propos, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a confirmé dans un arrêt du 19 mars 2001 (ATF 127) que certains aspects de la rente d'impotence

se recoupe avec les prestations versées par les assureurs pour les soins de base dispensés à domicile.

Sur cette base, si l'assuré ne peut justifier de frais directement liés à son impotence et non pris en charge de manière générale, l'assureur se voit contraint de retenir une part de cette allocation. Selon le TFA, cette réduction s'élève à 44% du montant de la rente, à défaut de preuves complémentaires, sur la base de justificatifs à fournir à partir du mois de la déduction.

Par conséquent, nos prestations pour soins à domicile seront réduites à l'avenir en fonction de l'allocation d'impotence versée. Le montant déduit s'élève dès le 1^{er} novembre 2024 à F 392.- par mois -40% de F 980.-

M. Douab alerte sur une dérive récente : de plus en plus de personnes vulnérables doivent fournir des justificatifs pour éviter une réduction automatique de prestations par les assureurs. Il souligne que cette exigence touche des personnes déjà en difficulté et que cette charge administrative supplémentaire est préoccupante.

Un député UDC demande si l'API se cumule avec les prestations complémentaires (PC) ou si elle fait double emploi.

Le directeur du SeSPA répond que l'API est une aide fédérale indépendante des PC. Elle s'ajoute au revenu déterminant en EMS, mais pas à domicile.

M. Douab précise que l'API n'est pas soumise à des conditions de fortune, ce qui la rend accessible à un plus grand nombre.

Un député S interroge sur la pertinence des invites de la motion 3062 : est-ce bien au canton de lever les freins du non-recours, ou cela relève-t-il des communes, notamment au regard de la Loi sur la répartition des tâches (LRT) ?

M. Douab reconnaît ne pas savoir ce que les communes mettent concrètement en œuvre, mais souligne la complexité des démarches et le manque de temps des communes pour les assurer. Il envisage la possibilité d'amender la motion pour renforcer le rôle du canton.

M. Goldstein explique que c'est pour cette raison que le mandat confié par le SeSPA à Pro Senectute se limite aux EPA et EMS, car les communes sont responsables du reste. Il insiste sur la technicité des démarches, les liens complexes avec l'OCAS, et le fait que les services sociaux communaux sont souvent généralistes.

Le directeur du SeSPA ajoute que selon la LRT, les communes ont un devoir d'information, mais pas d'obligation de traitement des demandes d'API, ce qui crée un vide opérationnel.

M. Douab rappelle que l'article 11 du règlement sur les prestations communales va plus loin que la simple information. Il cite la convention avec

Pro Senectute Genève, qui prévoit explicitement l'établissement des demandes d'API, de contributions d'assistance et de moyens auxiliaires.

Le directeur du SeSPA confirme que cela figure bien dans l'exposé des motifs.

Un député S propose d'ajouter une invite supplémentaire à la motion, visant à analyser le taux d'obtention d'API par commune ou le degré d'impotence recensé.

M. Goldstein estime que l'Imad est le mieux placé pour identifier les personnes éligibles à domicile, contrairement aux travailleurs sociaux, qui interviennent plutôt en soutien aux proches aidants. Il insiste sur la nécessité d'une transversalité entre l'identification médicale (Imad) et le traitement administratif (services sociaux), tout en notant que ces derniers ne sont pas très motivés à traiter les demandes d'API, car cela ne relève pas de leur travail de terrain.

Le directeur du SeSPA conclut en affirmant que Pro Senectute est aujourd'hui le principal acteur cantonal pour les demandes d'API, justifiant ainsi le mandat qui lui a été confié. Il reconnaît que le lien entre canton et communes reste complexe.

Un député S relève que dans le dossier transmis à la commission, aucun chiffre n'est présenté pour les personnes vivant hors EMS, IEPA, foyers de jour ou à domicile.

M. Goldstein répond qu'une analyse par tranche d'âge serait possible, mais s'interroge sur sa pertinence. Il indique que 3 584 personnes en âge AVS touchent une API, alors que 5 427 personnes en EMS devraient en bénéficier, dont 95% sont éligibles. En IEPA, certaines personnes sont également éligibles à une API faible. L'Imad suit près de 6 000 personnes en âge AVS, ce qui laisse penser qu'un grand nombre pourrait être concerné. Il précise que Pro Senectute a estimé ce potentiel à partir des statistiques de l'OCSTAT, et que le nombre de bénéficiaires pourrait largement dépasser les 3 584 actuels. Il parle d'une manne fédérale importante.

M^{me} Howald ajoute qu'il s'agit d'un puits sans fond, confirmant l'ampleur des ressources disponibles.

Un député S questionne ensuite le chiffre de 600 API et demande si ce nombre est arbitraire ou s'il pourrait être revu à la hausse.

M. Goldstein explique que ce chiffre de 600 correspond à une estimation initiale pour lancer le projet. Une évaluation suivra pour déterminer si le dispositif doit être pérennisé ou adapté.

Le même député S demande si les communes sont concernées par ce mandat.

M. Goldstein précise que le mandat concerne la Ville de Genève, qui représente la majorité des 200 demandes déposées cette année.

Le député S remercie les auditionnés pour le partage du courrier des caisses maladie, et demande s'il peut être transmis à la commission une fois anonymisé.

M. Douab confirme qu'il s'en chargera.

La motionnaire souligne que les communes ont l'obligation d'établir les demandes d'API pour les personnes en âge AVS, mais que la motion 3062 va plus loin, en incluant l'ensemble des personnes concernées, pas uniquement les seniors.

M. Goldstein répond que le handicap est un domaine spécifique, et que Pro Senectute n'intervient que dans le cadre de la LRT et des prestations pour les seniors.

La motionnaire précise qu'elle ne souhaite pas amender la motion pour en limiter la portée aux personnes âgées.

Un député PLR s'interroge sur la manière dont les assurances sont informées de l'obtention d'une API par leurs assurés. Il suppose que cela pourrait être déclaré lors de la demande d'aide à domicile.

M. Douab explique que les prestations de soins réalisées figurent dans les décomptes, et cite l'article 7, lettre c, alinéa 1 de l'Ordonnance du DFI, qui détaille les soins de base couverts par la LAMal (hygiène, alimentation, mobilisation, etc.).

Un député PLR juge le courrier des caisses maladie choquant et propose qu'une réponse type soit transmise aux assurés.

M. Goldstein estime qu'il était essentiel de porter ce courrier à la connaissance de la commission. Il alerte sur le fait que si Genève s'engage dans un rattrapage massif des API et un soutien aux proches aidants, mais que les assureurs sapent ces efforts, la réponse devra être politique.

Un député PLR nuance en expliquant que le refus de payer deux fois la même prestation peut se comprendre juridiquement, mais que la forme du courrier est inacceptable.

Le Directeur du SeSPA rappelle que l'API couvre des frais non pris en charge par la LAMal, et critique la récupération abusive des assureurs, qui « jettent le bébé avec l'eau du bain ».

Un député PLR confirme que cela semble incohérent si l'API finance des prestations non couvertes par la LAMal.

M. Goldstein précise que l'API sert à financer des services non remboursés comme les repas à domicile, les transports ou l'aide-ménagère. Il insiste sur le fait que l'API permet à la personne de choisir les aides adaptées à sa situation, et que les caisses maladie remettent en cause cette autonomie.

Une députée S s'interroge sur le processus d'obtention d'une API pour une personne hors institution, ayant besoin d'une aide faible pour deux actes de la vie quotidienne. Elle demande si ces personnes sont bien informées de leurs droits, citant l'exemple de Cogeria.

M. Goldstein répond que toutes les personnes qui s'adressent à Pro Senectute (consultation sociale, partenariat avec Alzheimer Genève, Cogeria) sont orientées vers l'API si besoin. Il précise que certaines doivent passer par leur commune en l'absence de convention, ce qui génère de la confusion.

Une députée S relève une zone grise entre la retraite et l'entrée en institution, où les proches aidants sont très sollicités. Elle critique le fait que les institutions demandent l'API, car elles en bénéficient directement, ce qui les pousse à agir comme des entreprises.

Le Directeur du SeSPA précise que les EMS ne profitent pas financièrement de l'API, car elle ne peut être déduite du prix de pension. L'API vise uniquement le bien-être du résident, ce qui explique le faible taux de recours : les établissements n'ont pas d'intérêt direct à la promouvoir.

M. Douab confirme que les proches aidants expriment leur gratitude lorsqu'ils découvrent leurs droits à l'API, souvent méconnus.

M. Goldstein insiste sur la nécessité d'un travail de promotion, qui relève de la responsabilité des communes. Il rappelle que l'AVS couvre bien plus que la rente : fauteuils roulants, appareils auditifs, API, bonifications pour tâches, etc. Il déplore que ces prestations soient mal connues et nécessitent des démarches complexes. Il appelle à une mobilisation collective pour lutter contre le non-recours et mieux faire connaître ces aides fédérales.

Un député UDC demande si une personne vivant à domicile peut demander à l'Imad d'engager la procédure de demande d'API.

M. Goldstein confirme que c'est possible, mais qu'il n'existe aucun processus formalisé. Cela dépend du bon vouloir de l'infirmière, qui peut signaler une situation à Pro Senectute. Il souligne l'enjeu de la transversalité, car l'Imad suit près de 8 000 personnes, et pourrait jouer un rôle clé dans l'identification des bénéficiaires potentiels. Il donne l'exemple de l'EMS de

Vessy, où seulement 8 résidents sur 34 entrants dans l'année touchaient une API.

Une députée S relève que le temps estimé pour un déplacement aller-retour est d'une heure, ce qui lui semble court. Elle demande si la demande d'API repose uniquement sur un formulaire ou si une visite de l'OCAS est prévue.

M. Douab explique que la procédure commence par une visite à domicile, suivie d'une complétude du dossier par un personnel expérimenté. L'OCAS peut ensuite décider d'envoyer une infirmière pour vérifier les éléments, mais cela n'est pas systématique, faute de moyens suffisants.

Une députée S souligne que dans le cadre du handicap, les personnes évaluées peuvent vouloir montrer leurs capacités, par fierté, ce qui peut conduire à une sous-évaluation de leurs besoins. Elle demande si Pro Senectute joue un rôle de médiation dans ces cas.

M. Douab répond que les seniors expriment généralement leurs difficultés assez rapidement, et que les proches aidants témoignent également.

Le Directeur du SeSPA précise que les documents sont signés par le médecin traitant.

M. Goldstein confirme, en ajoutant que l'Imad établit aussi le rapport médical, car les assistants sociaux ne peuvent utiliser de terminologie médicale. Pro Senectute gère la partie administrative et envoie le dossier à l'OCAS, qui le transmet au médecin traitant pour validation. Il souligne que ce partenariat avec l'OCAS est précieux, car auparavant, les médecins étaient peu enclins à s'impliquer.

La motionnaire remercie M. Goldstein pour ses explications et relève que l'API permet à la personne de choisir son aide, ce qui est essentiel. Elle insiste sur le fait qu'un recours plus important aux API bénéficierait aussi aux proches aidants, et que ce point mérite d'être mis en avant.

M. Goldstein partage son expérience personnelle en tant que proche aidant pendant quinze ans. Grâce à l'API, sa famille a pu éviter l'entrée en EMS de ses parents, en organisant un soutien complémentaire. Il considère l'API comme une aide fondamentale pour les proches aidants.

La motionnaire ajoute que l'API étant une aide fédérale, elle a peu d'impact sur les finances cantonales, ce qui mérite d'être souligné.

M. Goldstein conclut en affirmant que tout le monde est gagnant avec l'API.

Audition de Pro Infirmis (7.1.2025)

Pro Infirmis souligne que la contribution d'assistance (qui est à différencier de l'API), bien que prévue pour favoriser le maintien à domicile des personnes en situation de handicap, est peu utilisée à Genève en raison de contraintes administratives et juridiques importantes. Les personnes concernées doivent souvent gérer elles-mêmes l'embauche et la gestion de plusieurs auxiliaires de vie, ce qui représente une charge lourde, notamment pour celles qui n'ont pas les compétences ou l'énergie nécessaires.

À Genève, les règles strictes du contrat d'économie domestique rendent la contribution d'assistance financièrement difficile à mettre en œuvre, notamment pour la garde de nuit. Cela limite l'accès à cette prestation pourtant essentielle pour éviter l'entrée en institution.

Pro Infirmis a mis en place des procédures d'accompagnement pour aider à sécuriser les contrats et les assurances sociales, mais constate que seules les personnes avec une bonne autonomie psychique peuvent réellement assumer ce rôle d'employeur. La fragilité du dispositif repose aussi sur la dépendance à des auxiliaires souvent précaires.

Enfin, l'association insiste sur la nécessité de simplifier les démarches, de renforcer l'accompagnement administratif et de mieux financer les prestations complémentaires, afin de rendre ce droit réellement accessible.

Pro Infirmis souligne que le recours à l'allocation pour impotent (API) et à la contribution d'assistance reste faible à Genève, malgré des besoins importants. Les démarches sont complexes, les conditions de travail strictes (notamment pour la garde de nuit), et les personnes en situation de handicap doivent souvent assumer seules le rôle d'employeur, ce qui est difficile sans accompagnement.

L'association propose la création d'une plateforme locale de mise en relation entre personnes handicapées et auxiliaires de vie, et appelle à reconnaître et salarier les proches aidants, aujourd'hui trop souvent considérés comme bénévoles. Cela nécessiterait un changement législatif fédéral.

M^{me} Zufferey insiste sur le fait que de nombreux proches aidants renoncent aux aides faute d'information ou de moyens, aggravant leur précarité. Elle appelle à une meilleure sensibilisation, notamment dans les lieux fréquentés par les proches aidants (hôpitaux, etc.), et à une prise en compte des transitions de vie (passage à la majorité, retraite), souvent mal accompagnées.

Enfin, Pro Infirmis souligne que le système d'assurance sociale est trop complexe, et que le non-recours à l'API à Genève est symptomatique d'un manque de lisibilité, de coordination et de soutien. La motion 3062 est donc

essentielle pour lever ces freins, améliorer l'accès aux droits et reconnaître pleinement le rôle des proches aidants.

Une députée S évoque l'idée d'un formulaire ou système unique permettant d'accéder à plusieurs prestations (complémentaires, aides diverses) et demande si cela est réalisable.

M^{me} Zufferey partage une expérience du canton de Vaud où un système centralisé permet d'ouvrir automatiquement des dossiers dans différentes administrations (ex. : subside pour l'assurance maladie, bureau des recouvrements alimentaires). Ce fonctionnement en back office éviterait à la personne de devoir s'adresser à plusieurs guichets. Elle précise qu'à Genève, le bureau des prestations complémentaires est un guichet purement administratif, ce qui est problématique pour des personnes fragilisées, notamment âgées, qui ont besoin d'un accompagnement humain. Le langage administratif est souvent un frein, poussant certaines personnes à renoncer.

M. Aeby critique la bureaucratie excessive et le cloisonnement des administrations, et appelle à une simplification du système.

Audition de l'OCAS (21.1.2025)

Lors de son intervention, M. Cosandey rappelle que l'OCAS joue un rôle opérationnel central dans la mise en œuvre de l'allocation pour impotent (API), notamment pour les personnes âgées relevant de l'AVS, particulièrement concernées par la motion. L'office dispose d'une équipe spécialisée de 12 gestionnaires, en cours de renforcement, et fonctionne selon un processus bien établi, régulièrement audité par l'OFAS.

M. Bonzon décrit le parcours de la demande d'API : dépôt du formulaire, vérification des conditions d'assurance, instruction médicale via le médecin traitant, puis enquête à domicile – systématique pour les personnes AI, plus rare pour les AVS – menée par des infirmières. L'évaluation du degré d'impotence (faible, moyen ou grave) repose sur six actes de la vie quotidienne, avec des critères complémentaires comme le besoin de surveillance. La décision peut être contestée.

Les demandes proviennent souvent des médecins, des réseaux sociosanitaires, des infirmières ou des assurés eux-mêmes. Les gestionnaires appliquent le principe de la « maxime d'office », vérifiant automatiquement l'éligibilité à d'autres prestations. Le suivi est assuré par le même gestionnaire, garantissant une continuité.

En 2024, les délais moyens de traitement étaient de 68 jours pour les AVS, 188 pour les AI et 214 pour les mineurs, avec une moyenne de 48 jours après

réception du rapport médical. L'âge moyen au dépôt est de 85 ans, ce qui reflète une sollicitation fréquente en fin de vie, notamment à l'entrée en EMS.

Deux tableaux ont été présentés. Le premier montre une hausse continue des demandes d'API depuis la crise du Covid, avec +38% pour les adultes AVS entre 2020 et 2024, et un taux d'octroi de 85% pour cette catégorie. Le second tableau indique que la proportion de bénéficiaires API parmi les rentiers AVS reste faible (autour de 4%), Genève étant légèrement en dessous de la moyenne suisse. Ces écarts entre cantons sont attribués à des facteurs structurels.

Une députée PLR demande les chiffres absolus des bénéficiaires AVS et AI confondus.

M. Cosandey indique que les chiffres sont différenciés par catégorie. Il calcule rapidement un total de 5660 adultes (AVS + AI) et 803 mineurs pour l'année 2023.

M. Bonzon précise qu'il y a une augmentation significative des mineurs en chiffres relatifs, liée à la hausse des diagnostics de troubles du spectre de l'autisme et de troubles de l'attention avec hyperactivité.

Une députée PLR souhaite des exemples concrets des degrés de besoin d'assistance : faible, moyen, grave.

M. Bonzon explique :

- Faible : atteinte dans 2 actes de la vie quotidienne.
- Moyen : atteinte dans 4 actes.
- Grave : atteinte dans les 6 actes.

Les actes sont se lever/se coucher, se vêtir, manger, se laver, se déplacer, aller aux toilettes.

Il faut que l'atteinte soit grave et durable, avec un délai de carence : 1 an pour l'AI, 6 mois pour l'AVS (depuis le 1^{er} janvier 2024).

Une députée PLR relève que cela explique en partie la longueur des délais de traitement.

M. Bonzon confirme, en précisant que les médecins traitants mettent du temps à répondre, ce qui rallonge les délais. Les chiffres fournis sont des délais médians, qui peuvent être prolongés en cas de recours ou d'instruction complémentaire.

M. Cosandey ajoute que les délais indiqués n'incluent pas le délai de carence.

M. Bonzon précise que les délais sont plus courts pour les personnes AVS, notamment en cas d'entrée en EMS avec attestation médicale. Les cas AI sont

plus complexes (atteintes somatiques ou psychologiques), et ceux des mineurs encore plus (atteintes congénitales).

Une députée PLR demande si les gestionnaires initient eux-mêmes une demande d'API dans le cadre d'une demande AI.

M. Bonzon confirme : selon la maxime d'office, si une personne demande une rente AI et que les éléments médicaux montrent une atteinte dans les actes de la vie, une demande d'API est instruite automatiquement.

Une députée PLR demande s'il existe des statistiques sur les demandes initiées par l'OCAS vs celles faites par les assurés.

M. Bonzon répond que :

- 85% des demandes AVS sont acceptées.
- 44% pour les adultes AI (refus liés aux conditions d'assurance ou au délai de carence).
- 66% pour les mineurs.

Une députée S demande une clarification sur le délai de 48 jours.

M. Bonzon explique qu'il s'agit du délai moyen entre la réception du rapport médical et la décision finale pour les personnes AVS en 2024. Le délai total dépend fortement de la rapidité du médecin.

Une députée S demande si une personne peut fournir directement un rapport médical avec sa demande pour raccourcir les délais.

M. Bonzon confirme : si le rapport atteste d'une atteinte durable, l'API peut être octroyée rétroactivement sur une année.

Une députée S demande si les bénéficiaires savent qu'ils peuvent fournir eux-mêmes le rapport médical, et si cela pourrait réduire les délais, qui peuvent atteindre 214 jours.

M. Cosandey précise que ce délai concerne les mineurs.

Une députée S demande si un dossier de mineur avec rapport médical pourrait aussi être traité en 48 jours.

M. Cosandey répond que le délai de 48 jours concerne les adultes AVS, 192 jours pour les adultes AI, et qu'il n'a pas le chiffre exact pour les mineurs.

Accès à l'API pour les mineurs et qualité du processus

Une députée S relève que la courbe des demandes pour les mineurs semble stagnante, malgré le fait que le développement d'un enfant évolue rapidement entre 0 et 8 ans. Elle souligne les difficultés rencontrées par les parents dans les démarches, comme relevé par les associations, et insiste sur l'importance

d'une détection précoce. Elle questionne aussi la pertinence du questionnaire, peu adapté aux atteintes non physiques, ce qui pourrait expliquer les chiffres relativement bas à Genève.

M. Cosandey nuance en indiquant qu'entre 2020 et 2024, les nouvelles demandes pour mineurs sont passées de 135 à 249, soit une augmentation de +84%, avec un taux d'octroi de 66%.

M. Bonzon précise que les premières demandes ont été mises en avant pour évaluer l'accès à la prestation. Chez les enfants, le droit à l'API est lié à des paliers d'âge, avec une révision régulière même si l'état de santé reste stable. Ces révisions ne sont pas comptabilisées dans les diagrammes. Il ajoute que les pédiatres jouent un rôle clé dans la première demande, souvent vers 4 ans.

Concernant le questionnaire, il reconnaît qu'il est imparfait, car conçu à Berne pour tous les cantons et devant couvrir les atteintes physiques et psychiques. Certains médecins peuvent être embarrassés pour y répondre, mais les retards sont surtout dus à la charge de travail. Des solutions sont explorées : réponse en ligne, rappels, mutualisation des demandes pour éviter les doublons. Il insiste sur la nécessité d'améliorer le lien avec les médecins, sans que cela porte atteinte aux droits des assurés, sauf en cas de demande très tardive, ce qui est rare chez les enfants.

Comparaison des taux de bénéficiaires entre cantons

Une députée S note que Genève présente une proportion de bénéficiaires AVS supérieure à la moyenne suisse, mais que certains cantons ont des taux encore plus élevés. Elle demande comment s'expliquent ces différences.

M. Cosandey répond que l'OCAS applique les normes fédérales, et que les différences cantonales sont dues à des facteurs exogènes : typologie du canton (urbain/rural), état de santé de la population, etc. Il cite l'exemple de Neuchâtel, où un déficit de traitement en 2015 a été corrigé à la demande de l'OFAS, entraînant une hausse du taux d'un point.

Une députée S demande si les taux d'octroi sont similaires dans les autres cantons, ou si les demandes sont refusées plus souvent.

M. Cosandey indique ne pas avoir les chiffres pour les autres cantons, mais estime que les taux d'octroi AVS sont probablement similaires ou plus élevés ailleurs.

M. Bonzon précise que l'OCAS n'a pas de consigne de restriction ou de générosité. Si les conditions sont remplies, l'API est accordée. Les évaluations à domicile sont faites par des infirmières qualifiées, avec une approche

empathique. Il n'y a pas de benchmarking entre cantons, mais l'OFAS effectue des audits pour comparer et relever les écarts.

Information et sensibilisation des bénéficiaires

M. Cosandey ajoute que l'OCAS a une mission légale d'information ciblée. L'office intervient auprès du réseau de santé (EMS, Imad, HUG, médecins de famille) avec des formations et des spécialistes formés pour transmettre l'information aux personnes réellement concernées, en tenant compte de l'âge moyen des bénéficiaires (évitant par exemple d'informer les jeunes retraités de 65 ans).

Délais de traitement et complexité des demandes

Une députée PLR demande si le délai plus court pour une API par rapport à une demande AI est lié à un besoin d'information moindre.

M. Bonzon confirme : la demande de rente AI inclut un volet économique (revenus, employeur, etc.), ce qui allonge le processus.

M. Cosandey ajoute que cela peut être complexe pour les indépendants ou les personnes au statut mixte.

Délai de carence et cas graves

Une députée PLR demande si le délai de carence d'un an s'applique aussi aux cas graves (ex. : tétraplégie).

M. Bonzon explique que le délai est légalement obligatoire, mais que l'instruction peut commencer immédiatement.

M. Cosandey confirme que l'OCAS ne peut pas supprimer ce délai.

M. Bonzon précise que l'API peut être versée rétroactivement sur une année, à partir du moment de l'atteinte.

Contribution d'assistance et bonification

Une députée PLR demande si les bénéficiaires d'API peuvent obtenir une contribution d'assistance.

M. Bonzon confirme : cette prestation permet d'engager du personnel, la personne aidée devenant employeur.

M. Cosandey précise qu'un contrôle est effectué pour s'assurer que l'aide est bien utilisée pour rémunérer l'employé.

M. Bonzon souligne que le but est le maintien à domicile, mais que devenir employeur est complexe, notamment à cause des horaires irréguliers.

Une députée PLR demande si cela correspond à la bonification des tâches d'assistance.

M. Bonzon répond que non, il s'agit d'une autre prestation liée au doublement des cotisations, qu'il ne maîtrise pas suffisamment pour commenter.

Accès à l'information et barrières linguistiques

Une députée PLR s'interroge sur la diffusion de l'information auprès des personnes sans assistant social ou ne parlant pas français.

M. Bonzon explique que l'OCAS travaille avec l'Imad, notamment via les infirmières à domicile, qui informent les bénéficiaires.

M. Cosandey ajoute que les infirmières ont une meilleure vision que les médecins, mais que l'OCAS n'est pas impliqué dans leur formation.

M. Bonzon précise que l'OCAS peut faire appel à des interprètes, souvent de la Croix-Rouge.

Rapport médical et rôle des médecins

Une députée PLR demande si c'est l'OCAS qui sollicite le médecin pour le rapport médical.

M. Bonzon le confirme : l'OCAS contacte le médecin traitant, qui transmet les noms des autres médecins concernés.

M. Cosandey ajoute que l'OCAS organise des séances d'information pour les médecins.

M. Bonzon précise que la formation initiale des médecins sur l'AI est très limitée (2h), mais que les médecins établis à Genève connaissent généralement bien l'API.

Non-recours et information élargie

La motionnaire demande s'il existe des études sur le non-recours à l'API, et si une information plus large a été envisagée.

M. Cosandey indique que l'OCAS n'a pas de données sur le non-recours. L'information ciblée est prévue par la loi, tandis que l'information générale relève de l'OFAS (ex. : brochures AVS-AI).

M. Bonzon ajoute que l'OCAS ne peut pas faire de promotion de la prestation.

La motionnaire précise que la motion M 3062 ne concerne pas uniquement les personnes âgées, contrairement à ce que pensait M. Cosandey, qui reconnaît avoir compris qu'elle concernait principalement les personnes AVS.

API pour mineurs et proche aidance

Une députée S revient sur les API pour mineurs, en lien avec la proche aidance. Elle questionne la légitimité implicite de l'assistance parentale, qui pourrait biaiser masquer les besoins spécifiques d'un enfant (ex. : autisme), rendant difficile la reconnaissance du « plus » d'attention nécessaire.

M. Bonzon rappelle que l'API est une compensation financière pour les charges supplémentaires liées à la santé de l'enfant (réduction du temps de travail, personnel engagé, matériel, etc.). Il souligne que l'OCAS ne voit que les demandes reçues et reste à l'écoute pour améliorer l'accessibilité.

M. Cosandey insiste sur l'engagement du personnel de l'OCAS, qui agit dans une logique d'octroi maximal, sans consigne de restriction. L'OFAS n'impose pas de quotas.

Audition de l'AFC (21.1.2025)

M. Bopp souligne que le rôle de proche aidant peut engendrer une charge financière importante, notamment lorsque l'activité professionnelle est réduite, entraînant parfois une précarité. L'objectif de la séance est de présenter les possibilités fiscales existantes, sans prise de position politique, en distinguant les niveaux fédéral et cantonal, avec un accent sur Genève.

M. Magnin expose le cadre légal. Au niveau fédéral, les lois LFD et LHID ne prévoient aucune déduction spécifique pour les proches aidants. Les cantons, bien que soumis à la LHID, disposent d'une marge de manœuvre limitée, ce qui explique une certaine homogénéité dans les déductions fiscales.

Trois catégories de déductions sont distinguées :

- Les frais d'acquisition du revenu, liés à une activité générant un revenu imposable, ne s'appliquent pas aux proches aidants.
- Les déductions générales, comme les frais médicaux ou de garde, sont fixées par le droit fédéral et ne peuvent être modifiées par les cantons.
- Les déductions sociales, qui tiennent compte de la situation personnelle du contribuable, sont la seule voie envisageable pour intégrer une déduction liée aux proches aidants. Toutefois, le Tribunal fédéral interdit de

contourner les règles en déguisant une déduction générale en déduction sociale.

M. Bopp rappelle que le droit fédéral reste silencieux sur cette question, malgré la loi de 2019 sur la conciliation entre vie professionnelle et prise en charge de proches, entrée en vigueur en 2021. Cette loi introduit des mesures sociales (maintien du salaire pour absences courtes, congé indemnisé pour enfant gravement malade), mais ne modifie pas les lois fiscales.

Deux motions parlementaires visant à introduire des déductions fiscales pour les proches aidants ont été rejetées. Le Conseil fédéral invoque l'absence de critères mesurables, le risque d'arbitraire et l'incompatibilité avec le système fiscal basé sur des revenus vérifiables.

Enfin, au niveau cantonal, la loi genevoise (LIPP) ne prévoit pas de déduction spécifique pour les proches aidants. Seules les déductions sociales, comme celles pour proches nécessiteux, pourraient éventuellement s'appliquer, à condition de prouver un décaissement réel (factures, quittances), conformément aux principes du système fiscal suisse.

Sur les travaux parlementaires cantonaux, M. Bopp rappelle le projet de loi PL 12260, déposé en 2018, visant à introduire une déduction fiscale de 15 000 F pour les proches aidants. Ce projet, renvoyé en commission, est resté sans suite.

M. Magnin présente le cas du Valais, seul canton à avoir instauré une déduction sociale spécifique pour les aidants bénévoles, aujourd'hui fixée à 6 000 F. Elle est soumise à des conditions strictes : aide régulière, nécessité d'éviter un placement, attestation médicale, et partage en cas de plusieurs aidants.

Sur le plan technique, l'AFC n'est pas opposée à une telle mesure à Genève, à condition qu'elle soit conforme au droit supérieur, forfaitaire, et adossée à un statut officiel de proche aidant. L'absence de données fiscales spécifiques rend toutefois toute estimation difficile, même globale, en raison de la variabilité des situations individuelles.

Une députée S demande si la déduction valaisanne pour aidants bénévoles concerne aussi les mineurs.

M. Magnin lit les critères cumulatifs pour une personne handicapée :

- L'aide doit être régulière et gratuite.
- La personne doit bénéficier d'une rente d'impotence moyenne ou grave.
- Elle ne doit pas séjourner en institution.

Il estime que les mineurs sont logiquement concernés, en complément du mécanisme de déduction pour charge de famille.

La députée S demande si les deux déductions (charge de famille et aidant bénévole) peuvent se cumuler.

M. Magnin n'est pas certain, n'étant pas spécialiste du droit valaisan, mais indique que la charge de famille est traitée séparément.

M. Bopp précise que les frais liés au handicap d'un enfant mineur peuvent être déduits en tant que déduction générale. En revanche, si le parent âgé est handicapé, il n'est pas à charge du contribuable, car il ne figure pas sur la même déclaration fiscale.

M. Magnin ajoute que la personne âgée handicapée peut faire valoir certains frais dans sa propre déclaration.

Déduction des frais liés au handicap

Une députée S souligne que seuls les frais dépassant le montant de l'API peuvent être déduits, bien que l'API ne soit pas considérée comme un revenu imposable, mais simplement signalée dans la déclaration.

M. Magnin confirme que l'API est exonérée d'impôt. Les frais liés au handicap sont déductibles uniquement pour la part à charge du contribuable, comme pour les frais médicaux (déduction après remboursement).

La députée S s'interroge sur une possible incohérence : l'API peut servir à compenser une réduction du taux de travail, mais les frais matériels (ex. : fauteuil roulant) ne sont déductibles que s'ils dépassent l'API, alors que celle-ci n'est pas prévue pour financer ces achats.

M. Magnin confirme que Genève suit la circulaire fédérale, mais reconnaît un doute sur ce point précis. Il note la question et s'engage à fournir un complément écrit.

Déduction pour proches nécessiteux

La députée S revient sur la déduction pour proches nécessiteux, et demande pourquoi elle ne s'applique pas lorsque le proche est en institution.

M. Magnin explique que dans le cadre des charges de famille, si la personne est prise en charge par une institution, cela signifie que le contribuable ne supporte pas directement les frais, ce qui exclut la déduction.

Une députée S évoque le cas d'une curatelle, qui peut se poursuivre même après l'entrée en institution.

M. Magnin précise les conditions d'octroi d'une déduction pour proches nécessiteux :

- Lien familial (ascendants, descendants, frères/sœurs, oncles/tantes, neveux/nièces).
- Incapacité liée à une déficience physique, psychique ou intellectuelle.
- Ressources limitées du proche concerné.
- Décaissements prouvés par le contribuable pour l'entretien du proche.
- La déduction maximale est de 13 000 F, et elle est limitée au montant effectivement versé.

M. Bopp ajoute que la curatelle d'un proche non familial n'entre pas dans ce cadre. Même pour un parent, si la curatelle n'est pas rémunérée, elle n'occasionne pas de décaissement, donc pas de déduction possible.

La députée S souligne qu'il s'agit pourtant d'un cas de proche aidance.

M. Magnin confirme que la curatelle seule ne constitue pas un critère d'octroi de la déduction.

Rabais d'impôt vs déduction fiscale

Une députée S revient sur la motion 14.3597 (*Un rabais d'impôt plutôt qu'une déduction fiscale*, Martin Candinas, 2014), et souhaite avoir l'avis des auditionnés sur cette alternative, qui serait plus transparente et bénéfique pour les familles de classe moyenne.

M. Bopp la remercie pour la référence et estime que le choix entre rabais et déduction ne change pas fondamentalement la problématique.

M. Magnin précise qu'il n'existe actuellement aucun rabais d'impôt dans le droit cantonal. Un tel dispositif a existé par le passé, mais a été jugé non conforme au droit supérieur, ce qui a conduit à une modification de la LIPP.

M. Bopp s'engage à étudier la motion et à fournir un complément écrit.

Réponse reçue de l'AFC à pourquoi seuls les frais de handicap qui excèdent le montant de l'allocation pour impotent (API) sont-ils déduits du revenu imposable ?

Principes fiscaux appliqués à l'API et aux frais liés au handicap

- L'API est une allocation exonérée d'impôt, versée aux personnes ayant besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne.
- Bien que le bénéficiaire n'ait pas à justifier l'usage de l'API, celle-ci est considérée comme une prestation destinée à couvrir certains frais, notamment d'assistance et de transport.

Déduction des frais liés au handicap

- Les frais liés au handicap peuvent être déduits du revenu imposable, selon les conditions définies dans la circulaire AFC n° 11 du 31 août 2005.
- Seuls les frais restants à la charge du contribuable sont déductibles, après déduction des prestations versées par :
 - Les assurances (maladie, invalidité, etc.)
 - Les institutions publiques ou privées
 - L'API elle-même

Application concrète

- Si les frais engagés correspondent aux domaines couverts par l'API (assistance, transport), ils doivent être réduits du montant de l'API avant déduction.
- Si les frais sont d'une autre nature, mais éligibles à une déduction, une analyse au cas par cas est effectuée lors de la procédure de taxation pour déterminer si l'API doit être prise en compte ou non.

La pratique genevoise est alignée avec les instructions fédérales : La déduction fiscale ne peut porter que sur les frais réellement supportés par le contribuable, non couverts par l'API, conformément au principe d'équité fiscale et à la circulaire fédérale en vigueur.

Audition du DCS et du DSM (28.1.2025)

M. Mauler commence par mentionner le courrier que certaines caisses maladie envoient à leurs assurés au sujet des allocations pour impotent (API). Il a pris connaissance d'une jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) en lien avec ce sujet, qui relève que les API ne peuvent remplacer une autre prestation de soin, et inversement. L'OIS a également interpellé l'OCAS et, selon la réponse obtenue, interpellera aussi l'OFAS pour avoir des précisions, car il serait contreproductif que l'Etat ait pris des mesures pour augmenter le taux des API mais que les assureurs réduisent de leur côté les prestations. Il communiquera à la commission l'arrêt du TF dont il est question. Selon M. Mauler, il serait intéressant d'entendre la position des assureurs, sur la problématique des API de même que sur la rémunération des proches aidants puisqu'en réalité l'article 25 de la LAMal et l'OPAS (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins), au moment de la révision des soins de longue durée, en 2011, ne prévoyaient pas de rémunérer les proches aidants sur des soins de type C, comme le mentionne l'exposé des motifs de cette révision, ce que

reprend la Cour des comptes dans son rapport 181. Il a, à ce sujet, compulsé les informations récoltées sur les soins qui sont prodigués et qui pour pouvoir être rémunérés doivent être donnés sous couvert d'une formation et après une délégation médicale.

Au sujet de la rémunération, il rappelle que le SeSPA considère qu'il y a aujourd'hui une inégalité de traitement, car seuls les proches aidants qui s'occupent d'une personne ayant une prescription médicale pour des soins LAMal peuvent être rémunérés. Tous les autres proches aidants ne pourront pas être payés sans prescription médicale, puisque le paiement se fait au travers de l'assurance maladie. Il fait également remarquer que si les millions d'heures effectuées par les proches aidants doivent être payées par la LAMal, cela aura un effet tôt ou tard sur les primes et les assurés devront passer à la caisse. Il rappelle à ce sujet que la Cour des comptes avait émis des projections pour les proches aidants qui s'occupent de seniors, dont la rémunération se situerait entre 568,7 et 990,2 millions de francs par année, à Genève. Il faut encore ajouter à cela, à terme, des coûts liés au financement résiduel des soins de longue durée, au sens de l'article 25 LAMal, ce qui pourrait encore alourdir la facture du canton.

La délégation du Conseil d'Etat aux Affaires sociales, présidée par M. Apothéloz et dans laquelle siègent également M^{me} Bachmann et M. Maudet, a demandé à l'OCAS de fournir un panorama aussi complet que possible pour savoir comment réagir au niveau politique, poser un certain nombre de cautions et éventuellement sortir l'aide aux proches aidants des soins LAMal pour en faire des indemnités ou des aides financières d'un autre type, afin de les contrôler davantage.

M. Mauler fait également remarquer que la rémunération des proches aidants pourrait entraîner des conséquences au niveau social, puisqu'une augmentation du revenu pourrait provoquer une sortie du périmètre éligible des prestations complémentaires. Il s'agit d'une préoccupation qui mérite réflexion, d'autant plus si la personne bénéficie d'une API, puisque certains vont perdre leur droit à des prestations sociales, pour devoir y revenir plus tard, moyennant un parcours du combattant, lors du départ du proche aidé.

En ce qui concerne le contrôle sur les actes de soins délégués, il relève que des questions se posent en termes de responsabilité civile, si par exemple le proche aidant fait un geste maladroit ayant des conséquences graves sur la santé de l'aidé. Il s'agit de savoir à qui revient la responsabilité, entre le proche aidant et l'OSAD, en l'occurrence.

M. Mauler, en conclusion de ces différentes réflexions, affirme qu'il faudra se positionner pour éviter que toutes ces OSAD ne se précipitent dans ce qu'il

considère aujourd'hui comme une mauvaise interprétation des soins C de la LAMal, en espérant que les invites de la motion, si elle est acceptée, permettront aussi de faire avancer ce processus de réflexion, sachant que des modifications légales seront nécessaires

M. Mauler fait mention du courrier envoyé par le Groupe Mutuel à un assuré, tout en précisant que d'autres assureurs font de même. Il souligne qu'il s'agit ici d'un transfert de charges, qui rendra vaines toutes les API octroyées afin d'aider des personnes pour des activités quotidiennes qui perdurent. Il relève que ce courrier fait référence à un arrêt du TF datant de 2001, or un arrêt du TF datant du 29 août 2024 dit exactement le contraire :

Comparant ensuite la législation applicable, respectivement, aux soins de base (LAMal) et à l'API (AI), le TF parvient à la conclusion que si les deux prestations ont une certaine parenté, elles n'ont pas le même but, ne serait-ce que parce que les soins de base doivent faire l'objet d'une évaluation par du personnel qualifié et correspondent à des mesures précises dont la mise en œuvre doit être validée par un médecin, alors que l'API a pour but de combler les difficultés permanentes pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Les deux prestations n'ont donc pas le même but (c. 6.6.2).

M. Mauler confirme suite à la question d'une députée S que la réduction de 44% mentionnée dans le courrier porte bien sur l'API.

M. Giannakopoulos souligne que la question de la proche aide, bien que plus directement liée à la motion M 3061, a des implications pour la M 3062 concernant les API. Il met en évidence une ambiguïté persistante entre les soins pouvant être pris en charge par la LAMal et ceux relevant du soutien relationnel apporté par les proches aidants.

Il rappelle que :

- Le financement et la formation des proches aidants sont deux enjeux majeurs.
- La visibilité limitée sur les activités des OSAD, qui fonctionnent en parallèle de l'Imad, complique l'évaluation des prestations réellement couvertes par l'assurance obligatoire des soins.
- Une clarification est nécessaire pour distinguer les soins techniques (type C) des soins relationnels, afin d'éviter une prise en charge inappropriée par la LAMal.

Enfin, il insiste sur la nécessité pour les services cantonaux de mieux cartographier le paysage de la proche aide, afin de délimiter clairement ce qui relève du social et ce qui peut être financé par l'assurance maladie, en lien avec les API.

Les échanges entre les commissaires et les auditionnés ont porté essentiellement sur la proche aide M 3061 et sur la montée en puissance des OSAD, leur légitimité à facturer des soins C à la LAMal, et les risques de dérives financières. La définition des soins A, B et C a été clarifiée, soulignant la technicité de certains soins C. La pénurie de personnel qualifié pousse à déléguer davantage aux auxiliaires et proches aidants, ce qui soulève des questions de formation, de responsabilité et de qualité. Le canton privilégie les moyens de répit plutôt que la rémunération directe des proches aidants, tout en cherchant à encadrer strictement les pratiques des OSAD.

Une députée PLR demande si le nombre de proches aidants touchant des prestations complémentaires est connu.

M. Mauler avoue ne pas disposer de ce chiffre, car il n'existe pas encore de statut de proche aidant. Il précise que les couches sociales plus élevées ne font pas appel aux API, car elles peuvent payer quelqu'un à domicile. De ce fait, les bénéficiaires d'API font partie des franges plus précaires de la population.

Une députée S revient sur les enjeux financiers liés à la perte possible des prestations complémentaires. Elle estime que c'est un peu la règle du jeu, lorsqu'une personne reçoit un revenu supplémentaire.

M. Mauler répond que cela fait bien sûr partie du système, mais qu'il faut que les personnes soient informées et conscientes du risque, car si elles sortent du barème, les démarches devront être reprises à zéro lors du départ de la personne aidée.

Audition de M^{me} Pône, programme de soutien aux personnes proches aidantes du canton de Vaud, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et non à la direction générale de la santé (11.2.2025)

L'audition porte essentiellement sur le statut du proche aidant, en lien avec la M 3061.

M^{me} Pône relève que les cantons de Vaud et de Genève partagent les mêmes constats. Il existe des freins à l'accès à la proche aide et aux aides financières (comme l'API), par méconnaissance, et/ou réticence de plusieurs natures, en lien à des démarches administratives, à une difficulté à trouver l'information, ou en raison des multiples informations issues par plusieurs acteurs. En conséquence, le canton de Vaud souhaite porter son effort sur :

- l'information par divers canaux (brochure/site internet, Réseaux sociaux, campagnes de sensibilisation cantonale, intercantonale) ;
- l'accès à l'information via Espace Proches et sa hotline, avec une montée en puissance de sa mission de sensibilisation des professionnels ;

- les campagnes de sensibilisation cantonales et intercantionales ;
- les coordinations entre les acteurs : la Commission consultative, les Réseaux santé, la coordination prestations comme la relève à domicile, entre autres.

Audition de l'ACG (11.2.2025)

M^{me} Bruchez précise que le comité de l'ACG ne se prononce pas sur la M 3062, car ce domaine n'est pas de sa compétence. L'ACG n'a pas connaissance de situations de non-recours systématiques en lien avec l'API. Les requêtes sont formulées par les services sociaux des communes, ou sur délégation, par Pro Senectute. Il s'agit d'une prestation qui fait partie de la consultation sociale que toutes les communes offrent à leurs aînés, mais pas uniquement, puisque la consultation sociale concerne tous les âges, de la naissance à la fin de vie.

M. Staub rappelle que de nombreuses communes ont développé des consultations sociales gratuites. Vernier va plus loin, avec une réorientation directe, vers des spécialistes, qui peuvent répondre à des questions plus précises, ce qui permet de combattre le non-recours. Il estime que c'est en facilitant un accès rapide aux prestations et à l'accompagnement, et pas seulement à l'information, qu'il est possible d'élargir et de faire tomber des barrières. Le mot d'ordre doit être « une demande pour une réponse » et il est nécessaire de pouvoir offrir une réponse claire lorsque quelqu'un pousse la porte de cette consultation sociale.

M. Staub indique que les bénévoles travaillent sur le système Réseau Seniors, qui vise à rompre l'isolement des personnes âgées.

Une députée S demande si une augmentation des demandes d'API a été constatée.

M. Staub ne peut pas le confirmer, car il s'agirait de compiler les données, ce qui demande un travail assez conséquent.

M^{me} Bruchez revient sur la question du non-recours. Dans une petite commune comme Hermance [où elle est Maire], les habitants sont connus et elle affirme que certains aînés ne veulent pas demander d'aide, car ils préfèrent se débrouiller comme ils l'ont toujours fait. Il y a aussi une certaine honte à solliciter de l'aide et, précisant qu'elle ne connaît pas les délais à Genève, elle souligne que le temps d'attente est extrêmement long dans les cantons de Vaud ou du Valais, ce qui fait que les gens se découragent.

M. Staub ajoute que le non-recours est aujourd'hui un thème central et se dit convaincu que l'enjeu est de lever les barrières pour accéder aux prestations

de façon plus directe. Il répète qu'une personne qui pousse la porte d'une consultation sociale doit obtenir un rendez-vous, pas uniquement de l'information ou un numéro de téléphone. Il estime que les visites à domicile sont le meilleur moyen de voir certaines situations, par exemple si l'administratif est mal tenu par une personne. L'objectif initial du programme Senior+ était le maintien à domicile, mais l'équipe fait également désormais des signalements pour curatelle auprès du SPAd. Insistant sur la nécessité de faire tomber les barrières que sont la distance, la langue, la honte, etc., il souligne que l'accès aux prestations est un droit. Il mentionne enfin l'existence d'études sur le non-recours, notamment par le Pr Jean-Michel Bonvin.

Limites évoquées par le DCS au sujet de la motion :

M. Mauler estime que les travaux de la commission sont de nature à compléter ceux de la Cour des comptes. Il relève que l'une des limites se trouve du côté des communes, notamment en matière d'API. Le DCS est favorable aux motions 3061 et 3062, de même qu'à la proposition de motion portant sur les jeunes aidants.

Plus spécifiquement, sur la motion 3062, il réitère son avertissement au sujet de la position des assureurs, de façon à éviter un autogoal. Il rappelle également les risques de sortie du SPC de certains bénéficiaires dont le seuil serait dépassé, ce qui nécessiterait de refaire l'ensemble des démarches au moment du départ du proche aidé.

Avis des groupes :

PLR : Concluant que les proches aidants et proches aidés ne sont pas livrés à eux-mêmes, il rappelle que la Commission consultative sur la proche aide réunit 21 associations. Pour ces différentes raisons et bien que ces deux motions partent d'un bon sentiment, le groupe PLR recommande de renforcer les structures existantes, plutôt que de dire à l'Etat ce qu'il doit faire, dans la mesure où il mène déjà une politique active dans ce domaine. Le PLR votera par conséquent contre les deux motions (M 3061 et M 3062).

S : Le groupe soutiendra ces deux motions (M 3061 et M 3062). Une députée S rappelle que la proche aide est du ressort cantonal. Concédaient qu'il existe un certain nombre de propositions d'aides, le groupe socialiste considère qu'il y a néanmoins lieu de renforcer le soutien aux proches aidants, qui effectuent un travail absolument considérable, qui, s'il était à la charge de l'Etat, entraînerait des conséquences financières bien plus grandes. Elle souligne que cette motion présente surtout l'intérêt d'inviter le Conseil d'Etat à procéder à une analyse du non-recours aux API et à en étudier les raisons,

sachant que les API sont une manne fédérale et qu'un plus grand recours à celles-ci permettrait de décharger le canton d'un certain nombre de frais. Cela permettra de comprendre davantage des statistiques parfois difficilement interprétables pour les députés.

MCG : Le groupe soutiendra les deux motions.

LC : La motionnaire ajoute que des discussions ont certes lieu à Berne, mais que cela ne doit pas empêcher Genève d'avancer puisqu'il sera toujours possible d'adapter la législation au droit supérieur, si nécessaire. Pour reprendre les termes du député PLR, elle dit rêver en effet d'un renforcement des moyens alloués au SeSPA et rappelle que Genève tient plutôt mal la comparaison avec ce qui se fait dans le canton de Vaud et les moyens qui y sont consacrés à la proche aide.

Ve : Le groupe soutiendra les deux motions. Elle souligne que la proche aide touche un grand nombre de personnes à Genève et qu'il est justement important d'avancer au niveau cantonal en raison des lenteurs fédérales dans ce domaine.

M. Apothéloz remercie la commission pour son travail sur ces deux motions. La proche aide est un sujet qui préoccupe le Conseil d'Etat. En 2018, la Cour des comptes a rendu une analyse socio-économique solide sur ce que permet la proche aide, selon le niveau d'investissement ou, à l'inverse, de désinvestissement. Il ajoute que les proches aidants permettent aussi d'éviter des entrées en institution, en soutenant les soins à domicile. Le Conseil d'Etat travaille également à instaurer plus de souplesse entre les institutions et la vie de famille, de façon que la personne concernée puisse bénéficier d'un soutien pluriel. M. Apothéloz rappelle que le Bureau de la proche aide n'est composé que de 1,7 ETP pour l'ensemble du canton – il ne comptait que 1,4 ETP il y a encore quelques mois – et souligne que la déléguée cantonale, M^{me} Petoud, navigue donc entre le stratégique et l'opérationnel, ce qui provoque une perte d'efficacité. La combinaison du rapport de la Cour des comptes, de la volonté politique du Conseil d'Etat et du dépôt de cette motion, permettrait donc de poser les bases pour aller de l'avant.

Vote

La présidente met aux voix la motion 3062 :

Oui : 9 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 1 LC)

Non : 3 (3 PLR)

Abstentions : 2 (1 PLR, 1 UDC)

La motion 3062 est acceptée.

Catégorie de débat préavisée : II

groupe **mutuel**

P.P. CH-1920 Martigny

Post CHAG
A-PRIORITY



Monsieur

Martigny, le 8 octobre 2024

Réduction des prestations de soins à domicile

Monsieur,

Votre épouse est au bénéfice d'une allocation pour impotents depuis le 1er avril 2024.

Après examen de son dossier, il ressort qu'elle bénéficie régulièrement de nos prestations pour soins à domicile conformément aux dispositions légales en vigueur.

A ce propos, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a confirmé, dans un arrêt du 19 mars 2001 (ATF 127V94), que certains aspects de la rente d'impotence se recoupent avec les prestations versées par les assureurs pour les soins de base dispensés à domicile (articles 7 à 9a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS).

Sur cette base, si l'assuré ne peut justifier de frais directement liés à son impotence et non pris en charge de manière générale, l'assureur se voit contraint de retenir une part de cette allocation. Selon le TFA, cette réduction s'élève à 44% du montant de la rente, à défaut de preuves complémentaires, sur la base de justificatifs à fournir à partir du mois de la déduction.

Par conséquent, nos prestations pour soins à domicile seront réduites à l'avenir en fonction de l'allocation d'impotence versée. Le montant déduit s'élève dès le **1er novembre 2024** à CHF 392.- par mois (40% de CHF 980.-).

Une société de Groupe Mutuel Holding SA
Mutuel Assurance Maladie SA
Rue des Cèdres 5 - CH-1010 Martigny
www.groupemutuel.ch

Votre contact
Simona Splinotta
T. 0049 003 111
prestations@groupemutuel.ch



Tribunal fédéral – 9C_480/2022

Assurance-maladie

III^e Cour de droit public

Arrêt du 29 août 2024

Infirmité congénitale, soins à domicile, soins de base, allocation pour impotent, supplément pour soins intenses, surindemnisation, concordance

Art. 25a LAMal ; 7 al. 2
let. c OPAS ; 42 ss LAI ;
69 LPGA



Un enfant atteint d'une infirmité congénitale bénéficie d'une allocation pour impotent (API) et d'un supplément pour soins intenses (SSI) versés par l'AI. Les soins de bases sont pris en charge par l'assurance-maladie, la mère fournissant elle-même plus de 90 % des heures de soins. Se pose la question de la coordination des prestations de la LAMal avec l'API et le SSI.

Le TF rappelle que s'agissant des personnes mineures, ce problème de coordination n'existe que depuis 2004. Avant cela, l'API n'était versée qu'aux personnes majeures, et l'allocation versée par l'AI pour la prise en charge d'un enfant mineur à domicile était une prestation en nature (mesure médicale, art. 13 LAI) dont la concordance avec les prestations pour soins de base ne faisait aucun doute. La concordance entre ces prestations et l'API versée à la personne mineure n'a jamais fait l'objet d'un examen approfondi. **La question de la surindemnisation ne se pose qu'en présence de prestations devant être coordonnées.**

Il s'agit ici d'un problème de **coordination intersystémique** qui n'est pas expressément réglé dans la loi. Faute de règle de coordination, la prise en charge des soins de base par la LAMal et l'API de l'AI sont dues cumulativement, sous réserve de surindemnisation. Si l'on admet une surindemnisation, ce sont les prestations de la LAMal qui doivent être réduites, l'API étant soustraite à toute réduction (art. 69 al. 3 LPGA) (c. 5.1.3). **L'interdiction de surindemnisation n'ayant pas valeur de principe général**, il faut une base légale pour que cette réduction puisse être opérée. L'art. 69 al. 1 LPGA est la base légale pertinente ; elle suppose que l'on parle de **prestations de nature et de but identiques**. Il faut en outre qu'elles soient versées à la même personne, en raison du même événement et pour le même laps de temps (ces trois autres aspects de la concordance n'étant pas litigieux en l'espèce) (c. 6.1).

Le TF analyse la question de savoir si « **nature et but identiques** » doivent être compris comme un seul élément normatif, comme cela a été le cas dans la jurisprudence jusqu'ici (le « but » l'emportant sur la « nature »), et comme la doctrine a pu le défendre, ou s'il s'agit de **conditions distinctes**, devant être toutes deux remplies pour que l'on soit en présence d'un cas de surindemnisation. Le TF tranche en faveur de la seconde analyse (c. 6).

L'API est une prestation en espèces (art. 15 LPGA) **alors que les prestations pour soins de base sont des prestations en nature** (art. 14 LPGA, même si, techniquement, l'assurance-maladie rembourse des frais et ne fournit pas elle-même les prestations [c. 6.4.2]). La table de concordance de l'art. 74 al. 2 LPGA, qui s'applique en matière de coordination extrasystémique, n'est ici pas pertinente (c. 6.4.3). Les prestations en nature ont fondamentalement pour but d'agir concrètement (« *proaktiv* ») sur le risque assuré ; à l'inverse, les prestations en espèces ont pour but de compenser les conséquences d'un risque qui ne peut plus être écarté (« *reaktiv* »). En l'espèce, la prise en charge des soins de base a pour but la fourniture de prestations concrètes, alors que l'API offre une compensation économique pour les désagréments provoqués par l'impotence. Il s'agit d'une prestation forfaitaire dont le ou la bénéficiaire peut faire ce qu'il ou elle entend. Il s'agit donc de deux prestations de nature différente, ce qui exclut déjà en soi un cas de surindemnisation au sens de l'art. 69 al. 1 LPGA (c. 6.5).

Comparant ensuite la législation applicable, respectivement, aux soins de base (LAMal) et à l'API (AI), le TF parvient à la conclusion que **si les deux prestations ont une certaine parenté, elles n'ont pas le même but**, ne serait-ce que parce que les soins de base doivent faire l'objet d'une évaluation par du personnel qualifié et correspondent à des mesures précises dont la mise en œuvre doit être validée par un médecin, alors que l'API a pour but de combler les difficultés permanentes pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Les deux prestations n'ont donc pas le même but (c. 6.6.2).

Faute de prestations étant de même nature et ayant le même but, **il ne peut être question, en cas de perception concurrente de prestations de la LAMal pour les soins de base et d'une API de l'AI, de surindemnisation.** La concordance du SSI, qui est une prestation accessoire à l'API, n'a pas à être examinée séparément et se rattache à cette dernière (c. 6.6.3).

Le TF se livre ensuite à l'**interprétation de l'art. 69 al. 1 et 2 LPGA**, et parvient à la conclusion que l'art. 69 al. 2 LPGA a uniquement pour but de fixer une limite de surindemnisation lorsque des prestations en espèces concordantes sont perçues et qu'il n'existe pas d'autre disposition fixant cette limite. Cette disposition n'est donc pas pertinente dans la constellation qui nous occupe (c. 8). L'art. 122 OAMal non plus (c. 9). Le TF rappelle finalement que le cumul des prestations de la LAMal pour les soins de base et de l'API correspond à la volonté politique (c. 10).

En conclusion, les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS doivent être pris en charge indépendamment de la perception, par la personne assurée, d'une API et d'un SSI.

Note: cet arrêt apporte une précision bienvenue s'agissant de la compréhension de la surindemnisation dans le contexte de la coordination intersystémique, en rejetant la méthode globale, soutenue par une partie de la doctrine mais contraire, à notre avis et comme le confirme cet arrêt, à la volonté du législateur (cf. DUPONT ANNE-SYLVIE, L'interdiction de la surindemnisation : un « principe général » tout en nuances, in: Dupont/Müller, Concepts fondamentaux de l'indemnisation : convergence et divergences, Bâle/Neuchâtel 2023, 147 ss, N 22). La méthode de la concordance des droits est ici affinée par la précision que la concordance fonctionnelle (« nature et but identiques ») doit bien faire l'objet d'une analyse en deux temps, d'abord sur la question de l'identité de nature, puis sur celle de l'identité de but. La terminologie employée prête à confusion dans la sens où l'identité de nature est désignée par les termes de « sachliche Kongruenz » et l'identité de but par celle de « funktionelle Kongruenz ». Traditionnellement, le premier concept désigne la concordance événementielle (ou matérielle), et le second, précisément, l'identité de buts et de nature. Cela ne change rien, fondamentalement, au fait que la concordance doit s'examiner à l'aune des quatre critères identifiés ci-dessus, le dernier (concordance fonctionnelle) devant faire l'objet d'une analyse en deux temps, sous l'angle de la nature des prestations d'abord et de leur but ensuite.

Auteure : Anne-Sylvie Dupont

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau vom 24. August 2022 (VV.2021.120/E).

Sachverhalt:

A.

A. (geb. 2008) leidet an einer spinalen Muskelatrophie (heredo-degenerative Erkrankung des Nervensystems, Geburtsgebrechen Ziff. 383). Unter dem Titel der Grundpflege (Art. 25a KVG, Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) wurden ihr wöchentliche Spitexleistungen von 3 Std. 25 Min. ärztlich verordnet (Bedarfmeldung des Vereins Kinderspitex Ostschweiz vom 10. Februar 2017). Die Swica Krankenversicherung AG erteilte Kostengutsprache u.a. für Beiträge an die Grundpflege im Umfang von jährlich 104 Stunden, dies mit Wirkung ab 17. Januar 2017 (Mitteilung vom 25. Juli 2017). Im Februar 2020 reichte die Kinderspitex eine neue Bedarfmeldung für Grundpflegeleistungen von wöchentlich 4,5 Stunden (im Rahmen eines Grundpflegebedarfs von insgesamt 41,5 Stunden) ein. Der Krankenversicherer zog die Akten der Invalidenversicherung bei. Am 18. Mai 2020 teilte er der Spitex mit, er habe festgestellt, dass A. eine Entschädigung der Invalidenversicherung für Hilflosigkeit schweren Grades mit Intensivpflegezuschlag erhalte. Ein Teil davon sei zur Finanzierung von Grundpflegeleistungen vorgesehen. Die Spitex entgegnete, die teilzeitlich erwerbstätige, alleinerziehende Mutter der Versicherten leiste wöchentlich 37 Stunden Pflege, was 89 Prozent des Pflegeaufwands ausmache. Daher bestehe kein Raum für eine Überentschädigung.

Der Krankenversicherer kam zum Schluss, die Hilflosenentschädigung mit Intensivpflegezuschlag der Invalidenversicherung decke die Kosten des Grundpflegebedarfs vollständig. Ungedeckte Krankheitskosten in Form von Mehrkosten oder Erwerbsausfall der Mutter der Versicherten seien nicht ausreichend belegt. Infolge Überentschädigung bestehe kein Anspruch auf Pflegebeiträge. Im Zeitraum Februar 2017 bis Dezember 2019 seien Leistungen im Betrag von Fr. 11'452.35 zuviel ausbezahlt worden. Von einer Rückforderung werde abgesehen (Verfügung vom 13. Juli 2020 und Einspracheentscheid vom 12. März 2021).

B.

A. reichte Beschwerde ein. Das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau wies das Rechtsmittel ab, soweit es darauf eintrat (Entscheid vom 24. August 2022).

C.

A. führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten. Sie beantragt im Wesentlichen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben. Es sei festzustellen, dass keine Überentschädigung vorliege. Eventuell sei die Sache zur neuen Abklärung und Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin und das Bundesamt für Gesundheit verzichten auf eine Stellungnahme.

Erwägungen:

1.

1.1. Die Beschwerdeführerin bezieht Hilflosenentschädigung (mit Intensivpflegezuschlag für Minderjährige) der Invalidenversicherung. Sie erhebt (weiterhin) Anspruch auf Pflegebeiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Krankenversicherer geht davon aus, Pflegebeiträge führten zusammen mit der Hilflosenentschädigung zu einer Überentschädigung.

1.2.

1.2.1. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden (Art. 25a Abs. 1 erster Satz KVG [eingefügt durch das Bundesgesetz vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Kraft seit 1. Januar 2011]; vgl. Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG; Art. 33 lit. b und Art. 51 KVV; Art. 7 ff. KLV). Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest (Art. 25a Abs. 4 erster Satz KVG). Von den Pflegekosten, die nicht von Sozialversicherungen gedeckt sind, dürfen höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages auf die versicherte Person überwält werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 erster und zweiter Satz KVG). Leistungen nach Art. 25a KVG sind Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund einer Bedarfsabklärung und auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag u.a. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex; Art. 51 KVV) erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 KLV). Art. 7 Abs. 2 KLV bezeichnet die Pflegeleistungen, im Einzelnen die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und der Behandlung ("Behandlungs-pflege"; lit. b) und der Grundpflege (lit. c), an die die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag nach Art. 25a KVG leistet.

Vorliegend zur Diskussion stehen allein Beiträge an die Grundpflege. Dabei handelt es sich, soweit hier interessierend (Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV), um "allgemeine Grundpflege" bei Patienten, die selbst dazu nicht in der Lage sind; diese Kategorie umfasst sowohl pflegerische Massnahmen, die erst wegen des Gebrechens nötig werden (z.B. Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe,

Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut), wie auch gebrechensbedingte Hilfestellungen bei alltäglichen Lebensverrichtungen (Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken).

1.2.2. Die Hilflosenentschädigung (nach AHVG, IVG, UVG oder MVG; vgl. Art. 66 Abs. 3 ATSG) steht Personen zu, die wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung für alltägliche Lebensverrichtungen (wie z.B. Essen und Körperpflege) dauernd der Hilfe Dritter, der persönlichen Überwachung oder (nach Art. 42 Abs. 3 und Art. 42bis Abs. 5 IVG) der lebenspraktischen Begleitung bedürfen (Art. 9 ATSG, BGE 133 V 450 E. 2; Urteil 9C_809/2015 vom 10. August 2016 E. 5). Für die Invalidenversicherung hält Art. 42ter Abs. 1 zweiter Satz IVG fest, dass Hilflosenentschädigung personenbezogen ausgerichtet wird und die Wahlfreiheit in den zentralen Lebensbereichen erleichtern soll. Minderjährige, die zusätzlich intensive Betreuung brauchen, erhalten einen Intensivpflegezuschlag zur Hilflosenentschädigung (Art. 42ter Abs. 3 IVG, Art. 36 Abs. 2 IVV). Die dafür vorausgesetzte Intensität ist erreicht, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung im Tagesdurchschnitt eine zusätzliche Betreuung von mindestens vier Stunden erfordert. Anrechenbar ist der Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters (Art. 39 Abs. 1 und Abs. 2 erster Satz IVV).

1.3. Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Blick auf die IV-Hilflosenentschädigung zu Recht von einer Überentschädigung ausgeht und deswegen keine Beiträge für Grundpflege gewährt.

Nach Art. 69 Abs. 1 erster Satz ATSG darf das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen. Der zweite Satz dieser Bestimmung schränkt den Grundsatz dahin ein, dass bei der Berechnung der Überentschädigung nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt werden, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des schädigenden Ereignisses gewährt werden. Gemäss Art. 69 Abs. 2 ATSG liegt eine Überentschädigung in dem Mass vor, wie die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.

Für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sieht Art. 122 Abs. 1 KVV Folgendes vor: Eine Überentschädigung bei Sachleistungen liegt in dem Masse vor, als die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen für denselben Gesundheitsschaden namentlich die folgenden Grenzen übersteigen: a. die der versicherten Person entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten; b. die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten.

Es gilt zu prüfen, ob die Hilflosenentschädigung (mit Intensivpflegezuschlag) der Invalidenversicherung und die streitgegenständlichen Leistungen der Krankenversicherung (Pflegebeiträge) unter einem dieser Rechtstitel Gegenstand einer Überentschädigungsrechnung werden können.

1.4. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist weder an die in der Beschwerde vorgebrachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden. So kann es die Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen; auch kann es eine Beschwerde mit einer Begründung abweisen, die von der Argumentation der Vorinstanz abweicht (BGE 141 V 234 E. 1; Urteil 8C_78/2023 vom 21. August 2023 E. 2.1).

2.

2.1. Als Krankenversicherer vertritt die Beschwerdegegnerin die Auffassung, vorbehaltlich ausgewiesener höherer Kosten sei praxisgemäss ein Anteil von 40 Prozent der IV-Hilflosenentschädigung (und des Intensivpflegezuschlags) mit den Kosten für die Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV kongruent und daher in die Überentschädigungsrechnung einzubeziehen. Im

vorliegenden Fall belieben sich die ausgewiesenen Grundpflegeleistungen der Kinderspitex durchschnittlich auf 11 Prozent der Bezüge von Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag. Die Quote von 40 Prozent sei bei Weitem nicht ausgeschöpft.

Die Vorinstanz erwägt, die infrage stehenden Beiträge an Spitexleistungen und die Hilflosenentschädigung seien weitgehend gleichartig im Sinn von Art. 69 Abs. 1 ATSG. In der Überentschädigungsrechnung könne ein betreuungs- und pflegebedingter Verdienstaufschlag des pflegenden Elternteils durchaus berücksichtigt werden. Derartige Mehrkosten seien hier jedoch nicht substantiiert worden. Insgesamt erscheine es gerechtfertigt, dass die Beschwerdegegnerin auf eine Überentschädigung geschlossen und die beantragte Beteiligung an den Grundpflegeleistungen abgelehnt habe.

2.2. Die Beschwerdeführerin hält dagegen, die durch ihre Mutter erbrachten Pflegeleistungen seien in die Berechnung der Überentschädigung einzubeziehen. Vom gesamten jährlichen Grundpflegebedarf von 2'132 Stunden erbringe die Kinderspitex 72,75 Stunden, die Mutter 2'059,25 Stunden (96,5 Prozent). Der angefochtene Entscheid laufe im Ergebnis darauf hinaus, dass der nichterwerbstätige Elternteil eines pflegebedürftigen Kindes, der einen Grossteil der Pflegearbeit unentgeltlich leiste, an der Hilflosenentschädigung nicht teilhabe, obwohl der Krankenversicherer seinerseits nur einen kleinen Anteil der Grundpflege entschädige. Dies sei nicht rechtens.

3.

3.1. In der Zeit vor dem ATSG (in Kraft seit 1. Januar 2003) hatte das Bundesgericht erkannt, das soziale Krankenversicherungsrecht schliesse die Kumulation von Hilflosenentschädigungen der AHV/IV und Pflegeleistungen der sozialen Krankenversicherung gemäss Art. 7 KLV nicht aus. Im Einzelfall sei eine Kürzung der KVG-Pflegeleistungen wegen Überentschädigung möglich, soweit die Pflegeleistungen von gleicher Art und Zweckbestimmung (Art. 122 Abs. 1 KVV in der damaligen Fassung) seien wie die Hilflosenentschädigung der AHV/IV (BGE 125 V 297 [1999]). Präzisierend führte das Bundesgericht im Jahr 2001 aus, die AHV/IV-Hilflosenentschädigung und die Leistungen für Pflege der Krankenversicherung seien von Grund auf verschieden: Bei der Hilflosenentschädigung handle es sich um eine Geldleistung, die nach dem Grad der Hilflosigkeit - und unabhängig von tatsächlich anfallenden Kosten - bemessen werde; die Leistungen für Pflege seien derweil Sachleistungen in Form einer Entschädigung von effektiven Pflegekosten. Unter dem Aspekt der Zweckbestimmung seien die Leistungen für Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV; im Unterschied zu jenen nach lit. a und b) im Wesentlichen von gleicher Natur wie die Hilflosenentschädigung, soweit sie Massnahmen entgälten, die wegen Hilflosigkeit nötig seien. Die Hilflosenentschädigung ersetze jedoch auch durch die Krankenversicherungsleistungen nicht abgegoltene Hilfestellungen Dritter. Deswegen dürfe nicht ohne Weiteres der gesamte Betrag der Hilflosenentschädigung von den Leistungen der Krankenversicherung abgezogen werden (BGE 127 V 94 E. 3d).

3.2. Etliche Zeit nach Inkrafttreten des ATSG erging das Urteil 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 zur Frage der Leistungspflicht der Krankenversicherung für Spitexdienste für ein Kind mit Geburtsgebrechen. In E. 4.4 f. dieses Entscheids schickte das Bundesgericht voraus, bei Hauspflege vorgenommene Vorkehren der Eltern oder der Kinder-Spitex, deren Durchführung keine medizinische Berufsqualifikation erfordere (vgl. BGE 136 V 209 E. 7), stellten keine medizinische Massnahme der Invalidenversicherung, also keine Sachleistung mehr dar, nachdem die altrechtlichen Beiträge an die Kosten der Hauspflege für hilflose geburtsgebrechliche Minderjährige im Rahmen der 4. IVG-Revision (in Kraft ab 1. Januar 2004) in die neurechtliche Hilflosenentschädigung überführt worden seien. Nunmehr begründe der von den Eltern und zu deren Entlastung von der Spitex geleistete pflegerische Mehraufwand (im Vergleich zum Aufwand für ein nicht geburtsgebrechensbedingt pflegebedürftiges Kind) gegebenenfalls einen Anspruch auf Geldleistungen in Form von Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag. Weiter wies das Bundesgericht auf die in der Zeit vor dem ATSG und der 4. IVG-

Revision ergangene Rechtsprechung hin (vgl. oben E. 3.1), wonach Leistungen der ambulanten Krankenpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (Abklärung, Beratung und Koordination) und solche nach lit. b (Untersuchung und Behandlung) Massnahmen erfassen, die nicht in direktem Zusammenhang mit einer Hilflosigkeit stünden, also nicht dasselbe Risiko abdeckten. Ein Einbezug der entsprechenden Kosten in die Überentschädigungsberechnung falle ausser Betracht. Nach wie vor als weitgehend gleichartig könnten hingegen die Leistungen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) gelten, denn damit würden im Wesentlichen Massnahmen vergütet, die wegen Hilflosigkeit erforderlich seien. Eine generelle Kürzung krankensicherungsrechtlicher Pflegeleistungen um den Betrag der Hilflosenentschädigung lasse sich insgesamt nicht rechtfertigen. Der Umstand, dass die Hilflosenentschädigung mindestens teilweise den gleichen Grundpflegeaufwand abdecke, der auch Ansprüche gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung begründe, könne - wie bisher (vgl. BGE 127 V 94 E. 3d; 125 V 297 E. 5b) - unter dem Titel der Überentschädigung (Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV) im Einzelfall berücksichtigt werden (Praxis weitergeführt mit Urteilen 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E. 2 und 9C_110/2019 vom 22. Juli 2019 E. 5.2.1; vgl. auch Urteil 9C_772/2020 vom 15. März 2021 E. 4.2.3).

4.

4.1. Das angefochtene Urteil und die Parteistandpunkte konzentrieren sich auf das Ausmass der Überentschädigung unter dem Aspekt des Verdienstaufschlags der pflegenden Mutter (oben E. 2; vgl. dazu BGE 110 V 318 E. 3; Parlamentarische Initiative Sozialversicherungsrecht, Bericht der Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 1999, BBl 1999 4641, 4642 f.; HARDY LANDOLT, Behandlungspflege - medizinische Pflege - Grundpflege: ein Abgrenzungsversuch, in: Pflegerecht 2014, S. 33, 36). In diesem Zusammenhang beziehen sich die Parteien u.a. auf Art. 69 Abs. 2 ATSG. Nach dieser Bestimmung liegt eine Überentschädigung in dem Masse vor, wie die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten (z.B. Kostenbeteiligungen nach Art. 64 KVG oder ungedeckte Kosten für Hilfsmittel) und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen. Eine entsprechende Erhöhung der Überentschädigungsgrenze ist auch in Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV vorgesehen: Der Verdienstaufschlag einer pflegenden Angehörigen fällt dort unter die "ungedeckten Krankheitskosten", die zusammen mit den der versicherten Person entstandenen Pflegekosten die Überentschädigungsgrenze bilden (vgl. Urteil 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E. 4.2; FRANZ SCHLAURI, Die Leistungsabgrenzung im neuen Krankenversicherungsrecht, in: LAMal - KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, 1997, S. 653). Nach der Rechtsprechung sind nur effektive, behandlungs- oder betreuungsbedingte Einkommenseinbussen pflegender Angehöriger einzubeziehen; die angehörige Person muss ihre Erwerbstätigkeit aufgeben oder reduziert haben, um die versicherte Person zu betreiben oder zu pflegen (BGE 146 V 74 E. 5.3.10 mit Hinweisen; im Gegensatz zu dieser "zurückhaltenden Auslegung" [a.a.O. E. 8.1], was Einkommenseinbussen von Angehörigen angeht, gelten grundsätzlich alle durch den Versicherungsfall entstandenen Mehrkosten, selbst Anwaltskosten, als durch den Versicherungsfall verursachte Mehrkosten im Sinn von Art. 69 Abs. 2 ATSG [BGE 139 V 108 E. 5.7 und E. 6]; kritisch zu einer Erweiterung der Überentschädigungsrechnung um sozialversicherungsleistungsfremde Elemente FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, in: Commentaire romand, LPGa, 2018, N. 42 ff. zu Art. 69 ATSG).

4.2. Ein Rechtsstreit über die richtige Höhe der Überentschädigungsgrenze ist nur zu führen, wenn grundsätzlich ein Tatbestand der Überentschädigung gegeben ist.

4.2.1. Vor dem Inkrafttreten des ATSG (2003) konnten die (Sach-) Leistungen der Krankenversicherer nach der in E. 3.1 zitierten Rechtsprechung unter dem Titel der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) gegebenenfalls gekürzt werden, wenn sie mit einer Hilflosenentschädigung der AHV/IV zusammentrafen (BGE 127 V 94; 125 V 297; GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts

zum KVG, 2018, N. 5 zu Art. 78 KVG). In seiner bis Ende 2002 geltenden Fassung enthielt Art. 122 Abs. 1 KVV bereits den ab 2003 in Art. 69 Abs. 1 ATSG verankerten Grundsatz, wonach bei der Berechnung einer Überentschädigung "nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt" werden, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des Versicherungsfalls ausgerechnet werden. Art. 122 Abs. 2 KVV formulierte in der damaligen Fassung drei verschiedene Überentschädigungsgrenzen (Diagnose- und Behandlungskosten [lit. a]; Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten [lit. b]; durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangener Verdienst oder Wert der verunmöglichten Arbeitsleistung [lit. c]). Die Überentschädigung begann dort, wo "die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen" die entsprechenden Grenzen nach lit. a-c "für denselben Gesundheitsschaden" überschritten. Den Diagnose- und Behandlungskosten (aArt. 122 Abs. 2 lit. a KVV) konnten in einer Überentschädigungsrechnung zwangsläufig nur einschlägige Sachleistungen gegenüberstehen. Die (hier interessierenden) Pflegekosten (vgl. lit. b) wurden einerseits mit AHV/IV-Hilflosenentschädigungen (Geldleistung), andererseits mit KVG-Leistungen für Krankenpflege (Sachleistung) entgolten. Mit Blick auf diese Verschiedenartigkeit waren hier an sich keine "Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung" gegeben. Die frühere Rechtsprechung beschränkte das Erfordernis der Gleichartigkeit allerdings auf eine rein sachbezogene Kongruenz, d.h. auf eine inhaltliche Übereinstimmung des gesetzlichen Leistungsziels mit dem Schaden resp. den Kosten, die die betreffende Sozialversicherungsleistung decken soll (dazu unten E. 6.2). Dieses Verständnis ermöglichte es, einen Überentschädigungstatbestand anzunehmen. Bestanden neben den versicherten Pflegekosten noch (als solche nicht versicherte) "andere ungedeckte Krankheitskosten", so erhöhte sich die Überentschädigungsgrenze nach dem Willen des damaligen Verordnungsgebers entsprechend. Am mutmasslich entgangenen Verdienst resp. Wert der verunmöglichten Arbeitsleistung (aArt. 122 Abs. 2 lit. c KVV) schliesslich konnten sich naturgemäss nur Geldleistungen (im Wesentlichen Renten, Taggelder) messen. Unter dem Aspekt der Gleichartigkeit war es somit nur im Zusammenhang mit Pflegekosten problematisch, dass die zitierte Rechtsprechung bei der Anwendung von aArt. 122 KVV die jeweilige Eigenschaft der zusammentreffenden Leistungen (Sach- oder Geldleistung) ausblendete.

4.2.2. BGE 125 V 297 (1999) und 127 V 94 (2001) betrafen erwachsene Versicherte. Bei minderjährigen Versicherten stellte sich - hinsichtlich des bis Ende 2002 in aArt. 122 Abs. 1 KVV (und ab 2003 in Art. 69 Abs. 1 ATSG) umschriebenen Erfordernisses, dass in einer Überentschädigungsrechnung nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt werden - das Problem der Verschiedenartigkeit von AHV/IV-Hilflosenentschädigung und KVG-Leistungen für Krankenpflege erst seit dem 1. Januar 2004. Bis dahin waren hier nur Sachleistungen im Spiel, die Prüfung einer Überentschädigung daher mit Art. 69 Abs. 1 ATSG konform: Der altrechtliche (Haus-) Pflegebeitrag zur Betreuung hilfloser Minderjähriger (aArt. 20 IVG und aArt. 4 IVV) versah bis zur 4. IVG-Revision als medizinische (Eingliederungs-) Massnahme (Art. 13 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG) - mithin als Sachleistung (vgl. Art. 14 ATSG) - die Funktion der Geldleistung "Hilflosenentschädigung", die bis dahin erst nach Vollendung des 18. Altersjahrs ausgerichtet wurde (Art. 42 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2003 geltenden Fassung; Schlussbestimmungen der Änderung vom 21. März 2003 [4. IV-Revision] lit. a Abs. 3).

4.2.3. Das zur Annahme einer Überentschädigungssituation erforderliche Tatbestandselement "Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung", das in der früheren Fassung von Art. 122 KVV enthalten war, ist seit Anfang 2003 in Art. 69 Abs. 1 ATSG verankert. Seitdem die Invalidenversicherung bei Minderjährigen (anstelle von medizinischen Massnahmen in Form von Pflegebeiträgen) Hilflosenentschädigungen ausrichtet (ab 2004), ist fraglich, ob es beim Zusammentreffen mit KVG-Leistungen für Krankenpflege (resp., seit Anfang 2011, Beiträgen an die Pflegeleistungen [oben E. 1.2.1]) überhaupt noch zu einer Überentschädigung kommen kann. Indem das Bundesgericht im Urteil 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 (und folgenden Entscheiden [oben E. 3.2 a.E.]) das auf einen inhaltlichen Vergleich von gesetzlichem Leistungsziel und Gegenstand der Entschädigung beschränkte Verständnis von sachlicher Kongruenz beibehielt, führte es die vor

dem ATSG etablierte Rechtsprechung zu dieser Konstellation weiter, ohne die Tragweite von Art. 69 ATSG zu thematisieren.

4.3. Die unter den Parteien strittige Frage, inwiefern ein allfälliger pflegebedingter Erwerbsausfall der Mutter durch die Hilflosenentschädigung mit Intensivpflegezuschlag schon abgegolten sei, stellt sich erst, wenn überhaupt koordinationsbedürftige Ansprüche zusammentreffen. Dem ist im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen (Art. 106 Abs. 1 BGG) nachzugehen (oben E. 1.4); die bisherige Rechtsprechung (E. 3) ist entsprechend zu überprüfen.

5.

5.1.

5.1.1. Bezieht jemand aufgrund eines versicherten Ereignisses Leistungen verschiedener Sozialversicherungen, besteht allenfalls ein "intersystemischer" Koordinationsbedarf (MARC HÜRZELER, in: Basler Kommentar zum ATSG, 2020, N. 4 zu Art. 69 ATSG). Nach Art. 64 Abs. 1 ATSG werden gesetzliche Leistungen unter dem Titel der Heilbehandlung von einer einzigen Sozialversicherung übernommen (absolute Priorität). Diese Bestimmung kommt hier nicht zum Tragen, weil nur die Pflegebeiträge nach Art. 25a KVG und Art. 7 KLV als Heilbehandlung (Krankenpflege) zu qualifizieren sind, nicht aber die Hilflosenentschädigung (vgl. auch Art. 110 KVV, wonach u.a. die Leistungen der Invalidenversicherung vorgehen, soweit diese in einem Versicherungsfall mit gleichartigen Leistungen der Krankenversicherung zusammentreffen). Ebensovien einschlägig ist Art. 27 KVG, wonach die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei Geburtsgebrechen im Verhältnis zur Invalidenversicherung nur subsidiär leistungspflichtig wird (vgl. aber erwähntes Urteil 9C_886/2010 E. 4.2.2): Art. 27 KVG bezieht sich auf medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung nach Art. 13 IVG (HARDY LANDOLT, in: Basler Kommentar zum KVG, 2020, N. 2 ff. zu Art. 27 KVG), gilt also nicht im Verhältnis zur Hilflosenentschädigung.

5.1.2. Zum koordinationsrechtlichen Verhältnis zwischen (IV-) Hilflosenentschädigungen und Pflegebeiträgen nach Art. 25a KVG besteht keine ausdrückliche gesetzliche Regelung (LANDOLT, Pflegerecht 2014, S. 33), anders als etwa zum Verhältnis Assistenzbeitrag der Invalidenversicherung und Pflegebeitrag (vgl. Art. 42sexies Abs. 1 und 3 IVG; zur - vom ATSG nicht erfassten - "intrasystemischen" Koordination von Hilflosenentschädigung und Pflegebeitrag der Unfallversicherung [Art. 26 UVG, Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV] vgl. BGE 147 V 16 E. 8.2.4, 147 V 35 E. 9 und 148 V 28).

5.1.3. Die Pflegebeiträge nach KVG und die Hilflosenentschädigung nach IVG sind nach dem Gesagten grundsätzlich kumulativ geschuldet. Die Grenzen dieser Kumulation sind koordinationsrechtlich unter dem Titel der Überentschädigung zu behandeln. Eine allfällige Kürzung beträfe die Pflegebeiträge; Art. 69 Abs. 3 ATSG nimmt die Hilflosenentschädigung von einer Kürzung aus.

5.2. Vor dem Inkrafttreten des ATSG am 1. Januar 2003 hatte das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) die Existenz eines allgemeinen, ungeschriebenen Überentschädigungsverbots im Sozialversicherungsrecht verneint. Es bedürfe einer gesetzlichen Grundlage, um das Gewinnverbot im Verhältnis aller oder bestimmter Zweige der Sozialversicherung und bezüglich aller gleichartigen Leistungen zu verwirklichen (BGE 113 V 140 E. 7c; dazu MARTIN KOCHER, Zum Wesen der Koordination in der schweizerischen Sozialversicherung, in: recht 1994, S. 91 f.). Mit der Feststellung, das Sozialversicherungsrecht kenne weder ein generelles Überentschädigungsverbot noch einen einheitlichen Überentschädigungsbegriff, zielte es hauptsächlich auf den Umstand, dass in den einzelnen Sozialversicherungszweigen unterschiedliche Kürzungsgrenzen und Anrechnungsvorschriften zu beachten waren (BGE 126 V 468 E. 6a; 123 V 88 E. 4b; vgl. auch Bericht der Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 1999 zur Parlamentarischen

Initiative 85.227 Sozialversicherungsrecht, BBl 1999 4640 ff.). Das Regelungsdefizit wurde mit Erlass des ATSG insoweit behoben, wie sich das Gesetz zum Grundsatz der sachlichen und funktionalen Kongruenz bekennt (Art. 69 Abs. 1 ATSG) und es die Überentschädigungsgrenze für zusammen-treffende Sozialversicherungsleistungen definiert, die den wegen desselben Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst entschädigen (Abs. 2; zur Frage, inwiefern Art. 69 ATSG als Ausdruck eines allgemeinen Prinzips erscheine, FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 11 und 31 ff. zu Art. 63 und N. 11 zu Art. 69 ATSG; HÜRZELER, a.a.O., N. 1 f. zu Art. 69 ATSG; vgl. auch ROLAND SCHAER, Grundzüge des Zusammenwirkens von Schadenausgleichssystemen, 1984, Rz. 452 ff.). Art. 69 ATSG kommt für die intersystemische Koordination zum Tragen, soweit keine (abweichende) spezialgesetzliche Regelung besteht (ADRIAN ROTHENBERGER, Das Spannungsfeld von Über-entschädigungsverbot und Kongruenzgrundsatz, 2015, Rz. 179; FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 8 zu Art. 69 ATSG).

5.3. Angesichts dieser Ausgangslage ist im Folgenden zu prüfen, ob eine Kürzung von Pflegebeiträgen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wegen einer mit dem gleichzeitigen Bezug einer Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung eintretenden Überentschädigung eine Rechts-grundlage findet, sei es in Art. 69 ATSG (nachfolgend E. 6-8) oder Art. 122 KVV (E. 9).

6.

6.1. Nach Art. 69 Abs. 1 erster Satz ATSG darf das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen. Im zweiten Satz dieser Bestimmung wird diese Vorgabe dahin erläutert, dass bei der Berechnung der Überentschädigung nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt werden, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des schädigenden (sprich versicherten) Ereignisses gewährt werden. Die Auswahl der Sozialversicherungsleistungen, die in eine Überentschädigungsrechnung einbezogen werden, erfolgt somit einmal nach Gesichtspunkten der persönlichen ("anspruchsberechtigte Person") und ereignisbezogenen ("aufgrund des schädigen-de Ereignisses") Kongruenz (HÜRZELER, a.a.O., N. 5 ff. zu Art. 69 ATSG; KIESER, ATSG-Kommentar, N. 15 zu Art. 69 ATSG; FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 16 ff. zu Art. 69 ATSG; SCHAER, a.a.O., Rz. 493 ff., 1104 ff.). Im vorliegenden Fall entscheidend ist sodann das mit der Formulierung "nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung" zum Ausdruck gelangende Erfordernis der funktionalen sowie der sachlichen Kongruenz (dazu E. 6.5 und 6.6). Grundsätzlich müssen die einzubeziehenden Leistungen, wiewohl in Art. 69 Abs. 1 ATSG nicht ausdrücklich erwähnt (THOMAS GÄCHTER, Grund-legende Prinzipien des Koordinationsrechts, in: Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Sozial-versicherungs-rechtliche Leistungs-koordination, St. Gallen 2006, S. 33), auch zeitlich kongruent sein; allerdings greift etwa beim Zusammentreffen von UV-Taggeldern mit IV-Rentenleistungen eine Globalrechnung über die gesamte Periode des Taggeldbezugs (BGE 132 V 27 E. 3.1; dazu HÜRZELER/CADERAS, Kongruenz - Wie allgemein ist der Rechtsgrundsatz?, in: HAVE 2016 S. 364).

Indem Art. 69 Abs. 1 ATSG den Kongruenzgrundsatz (principe de la concordance des droits) in den erwähnten Dimensionen verwirklicht, setzt sich das Gesetz vom Gedanken des Globalprinzips ab (FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 13 zu Art. 69 ATSG). Dieses Konzept fasst alle Sozial versicherungsleistungen (Geld- und Sachleistungen) während eines bestimmten Zeitraums überhaupt (FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 15 zu Art. 69 ATSG) oder auch nur hinsichtlich eines bestimmten Versicherungsfalls (vgl. KIESER, ATSG-Kommentar, N. 14 und 22 zu Art. 69 ATSG; HÜRZELER/CADERAS, a.a.O., S. 364) zusammen. Mit Blick auf das Ziel, die wirtschaftliche Lage des Berechtigten nach einem oder mehreren Versicherungsfällen nicht besser werden zu lassen, als wenn diese nicht eingetreten wären, bestand im Rahmen der das Gesetzgebungsverfahren vorbereitenden Arbeiten zum ATSG die Idee, die Überentschädigung durch einen umfassend angelegten Einkommensvergleich zu bestimmen. Die Sozialversicherungsleistungen sollten (in ihrer Gesamtheit) zusammen mit einem weiterhin erzielten Erwerbs- und Ersatzeinkommen in Beziehung gesetzt werden zu den vor dem

Versicherungsfall erzielten - oder mutmasslich ohne diesen noch erzielbaren - Einkünften des Berechtigten und zu den durch den Versicherungsfall verursachten, aber nicht gedeckten zusätzlichen Kosten; die Einkünfte der mit dem Betroffenen zusammenlebenden Familienangehörigen sollten in die Vergleichsrechnung einbezogen werden. Eine im Vergleich global ermittelte Besserstellung nach dem Versicherungsfall führte demnach zu einer Kürzung der Geldleistungen. Hilfslose- und Integritätsentschädigungen sollten bei der Ermittlung der Überentschädigung ausser Rechnung bleiben (Bericht und Entwurf zu einem Allgemeinen Teil der Sozialversicherung, Beitrag einer Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht zur Verbesserung der Koordination in der Sozialversicherung, Beiheft zur SZS, 1984, S. 34, 57 und 81 f.).

Anstelle der ursprünglich vorgesehenen Gesamtbetrachtung der wirtschaftlichen Situation etablierte Art. 69 ATSG ein Konzept, das nur solche Sozialversicherungsleistungen einer (entsprechend spezifischen) Überentschädigungsgrenze gegenüberstellt, die ihrer Art und Zweckbestimmung nach übereinstimmen. Allenfalls infolge der ursprünglichen Fokussierung auf Erwerbsersatzleistungen (vgl. FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 5 zu Art. 69 ATSG) regelt Art. 69 Abs. 2 die Höhe dieser Grenze allein mit Bezug auf Erwerbsausfälle, die entsprechende Erwerbsersatz-Geldleistungen auslösen. Die in Abs. 2 definierte Überentschädigungsgrenze erfasst neben dem wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst auch (nicht versicherte) Mehrkosten, die wegen des Versicherungsfalls anfallen, sowie durch das versicherte Ereignis bedingte Einkommenseinbussen von Angehörigen. Daraus schliesst die herrschende Lehre sinngemäss, Abs. 2 behalte wesentliche Elemente des Globalprinzips bei und übersteuere das in Abs. 1 etablierte Kongruenzprinzip (vgl. unten E. 8.2). Verhielte es sich so, käme es vorliegend nicht mehr auf die Art der zusammentreffenden Leistungen (IV-Hilflosenentschädigung und KVG-Pflegebeiträge) an und wäre grundsätzlich ein Überentschädigungstatbestand gegeben.

6.2. Unter dem Gesichtspunkt der Kongruenz bestimmt sich die Art der Leistung zwar oft unmittelbar aus der Natur des versicherten Ereignisses. So löst etwa ein Verdienstaufschlag ausschliesslich Geldleistungen aus. Eine Überentschädigungsrechnung nach Art. 69 Abs. 2 ATSG bezieht sich denn auch stets entweder auf konkurrierende Renten (Art. 66 Abs. 1 und 2 ATSG) oder zusammentreffende Taggelder und Renten (Art. 68 ATSG) resp. verschiedene Taggelder (FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 35 zu Art. 69 ATSG). Die vorliegend zu beurteilende Konstellation zeigt aber, dass eine bestimmte Schadenposition (hier Pflegekosten) durchaus einen Anspruch auf Geld- und Sachleistungen begründen kann.

Nach der bisherigen Rechtsprechung (oben E. 3) gelten die Hilflosenentschädigung der AHV/IV und die Leistungen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV als "weitgehend gleichartig", wenn sie im Wesentlichen Massnahmen vergüten, die wegen Hilfslosigkeit erforderlich sind. Diese Praxis beruht, wie schon erwähnt (E. 4.2.3), auf einem Verständnis von Gleichartigkeit, das ausschliesslich im Blick hat, ob die Grundpflegeverrichtungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV im Einzelfall mit den Hilfestellungen im Sinn von Art. 9 ATSG und Art. 42 Abs. 1 IVG übereinstimmen. Die zitierte Praxis begreift die gesetzliche Vorgabe "gleicher Art und Zweckbestimmung" ("*de nature et de but identiques*", "*di medesima natura e destinazione*") in Art. 69 Abs. 1 ATSG bedeutungsmässig als einheitliches Normelement, vergleichbar etwa mit der Wendung "Sinn und Zweck" (vgl. ADRIAN ROTHENBERGER, Die Verwirklichung der Koordinationsziele durch den Kongruenzgrundsatz, in: Aktuelle Probleme des Koordinationsrechts II, Weber/Beck [Hrsg.], 2017, S. 86). Sie fordert nur Gleichartigkeit des zugrundeliegenden Pflegeaufwands, nicht auch Gleichartigkeit der Leistung als solcher. Letztlich misst die bisherige Rechtsprechung damit der Unterscheidung in Sach- und Geldleistungen (Art. 14 f. ATSG) im Zusammenhang mit der Überentschädigungsfrage keine Bedeutung zu.

6.3. An dieser Sichtweise ist nicht festzuhalten. Die Elemente "Art" und "Zweckbestimmung" haben je einen eigenständigen Sinngehalt. Sie erscheinen als unterschiedliche Formen der Kongruenz. "Leistungen gleicher Art" treffen in Form von Geldleistungen oder Sachleistungen zusammen (sogleich

E. 6.4). Gleichartigkeit im Sinn von Art. 69 Abs. 1 ATSG meint funktionale Kongruenz (E. 6.5).

Verschiedene Leistungen mit "gleicher Zweckbestimmung" sind derweil sachlich kongruent (E. 6.6).

6.4.

6.4.1. Hilflosenentschädigungen sind Geldleistungen (Art. 15 ATSG). "Heilbehandlung (Krankenpflege)" fällt demgegenüber nach Art. 14 ATSG unter die Sachleistungen (vgl. Art. 24 ff. KVG; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, Rz. 1264; KIESER, ATSG-Kommentar, N. 21 zu Art. 14 ATSG; RAFFAELLA BIAGGI, in: Basler Kommentar zum ATSG, 2020, N. 4 und 16 f. zu Art. 14 ATSG), so auch die streitgegenständlichen Beiträge an Kinderspitexleistungen nach Art. 25a KVG und Art. 7 KLV. Der mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Anfang 2011 vollzogene Wechsel von der Vollkostendeckung (aArt. 24 f. KVG) zum Beitragsprinzip (Art. 25a KVG; HARDY LANDOLT, in: Basler Kommentar zum KVG, N. 126 ff. zu Art. 25a KVG) im Bereich der Pflegekosten hat an der Qualifizierung der Pflegebeiträge als Sachleistung der Krankenversicherung nichts geändert.

6.4.2. Der Begriff der Sachleistung wird nicht nur im Sinn von Art. 14 ATSG - als Gegenstück zur Geldleistung nach Art. 15 ff. ATSG - verwendet. Er kann auch Ausdruck des Naturalleistungsprinzips sein; gemeint ist dann, dass der Versicherungsträger (z.B. der obligatorische Unfallversicherer) selbst Schuldner der (z.B. medizinischen) Leistung ist (EUGSTER, SBVR, Rz. 1264). So sind die bis zum vollendeten 20. Altersjahr beanspruchbaren medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen der Invalidenversicherung (Art. 13 IVG in Verbindung mit Art. 3 Abs. 2 ATSG), darunter ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen (Art. 14 Abs. 1 lit. b IVG), im Sinn eines normativ verstandenen Naturalleistungsprinzips Sachleistungen (dazu MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Aufl. 2022, N. 3 zu Art. 14 IVG; zur absoluten Priorität der medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung gegenüber den Pflegebeiträgen der Krankenversicherung: Art. 64 Abs. 2 ATSG). Hingegen gilt in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung das Kostenvergütungsprinzip, wonach die versicherte Person Schuldnerin des Leistungserbringers ist (Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, BBl 2005 2042 Fn. 9; KIESER, ATSG-Kommentar, N. 14 ff. zu Art. 14 ATSG); dies jedenfalls im System des tiers garant (Art. 42 Abs. 1 KVG), aber wohl auch im System des tiers payant (Art. 42 Abs. 2 KVG; EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, N. 1 zu Art. 24 KVG). Auch die Pflegebeiträge der Krankenversicherung sind tarifvertraglich geregelte Kostenvergütungen (vgl. Art. 43 Abs. 4 KVG, Art. 59c KVV). Unter diesem Blickwinkel handelt es sich gerade nicht um Sachleistungen. Vorliegend ist jedoch die Begrifflichkeit nach Art. 14 ATSG massgebend, nicht diejenige im Zusammenhang mit der Unterscheidung von Naturalleistungs- und Kostenvergütungsprinzip.

6.4.3. Ferner ist festzuhalten, dass der regressrechtliche Begriff der "Leistungen gleicher Art" sich von demjenigen nach Art. 69 Abs. 1 ATSG unterscheidet und hier nicht massgebend ist. Art. 74 Abs. 2 lit. d ATSG bezeichnet Leistungen für Hilflosigkeit, den Assistenzbeitrag und Vergütungen für Pflegekosten sowie andere aus der Hilflosigkeit erwachsende Kosten als gleichartig. Im Zusammenhang mit dem Rückgriff auf einen für den Versicherungsfall haftenden Dritten stehen die aufgezählten Sozialversicherungsleistungen gemeinsam einer haftpflichtrechtlich kongruenten Anspruchsposition (Pflegeschaden) gegenüber. Gleichartig sind sie (nur) hinsichtlich des Forderungsgrundes (vgl. KLETT/MÜLLER, in: Basler Kommentar zum ATSG, 2020, N. 13 zu Art. 74 ATSG; GHISLAINE FRÉSARD-FELLAY, in: Commentaire romand, LPGA, 2018, N. 48 ff. zu Art. 74 ATSG).

6.5. Das Gesetz unterscheidet Sach- und Geldleistungen (Art. 14 f. ATSG) anhand ihrer Wirkungsweise, ihrer Funktion. Sachleistungen sollen "proaktiv" auf das versicherte Risiko einwirken (Heilbehandlung von Gesundheitsschädigungen, berufliche Eingliederung, Hilfsmittel), während Geldleistungen im

Wesentlichen dazu bestimmt sind, einen eingetretenen Schaden "reaktiv" auszugleichen (vgl. GIAN CLAUDIO MANI, Reform des Systems der Schweizerischen Sozialversicherungen: unter besonderer Berücksichtigung der Geldleistungen [Art. 15 ATSG], 2012, S. 15; KIESER, ATSG-Kommentar, N. 6 und 10 zu Art. 14 ATSG; BIAGGI, a.a.O., N. 5 zu Art. 14 ATSG; LOCHER/GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, S. 209).

Dementsprechend ist die Krankenpflege als Sachleistung nach Art. 14 ATSG dazu bestimmt, tatsächliche Auswirkungen des versicherten Risikos anzugehen, das heisst das gesundheitsbedingte Selbstversorgungsdefizit auszugleichen. Neben diesem kompensatorischen Zweck wirkt die Krankenpflege stabilisierend und vorbeugend auf den Gesundheitszustand ein (LANDOLT, Basler Kommentar zum KVG, N. 59 zu Art. 25a KVG). Die Pflegebeiträge nach Art. 25a Abs. 1 KVG gleichen konkrete Pflegekosten (teilweise) aus (so schon BGE 127 V 94 E. 3d; 125 V 297 E. 5a; vgl. auch BGE 148 V 28 E. 6.2.4). Die - in Art. 15 ATSG explizit als Geldleistung qualifizierte - Hilflosenentschädigung hingegen führt zu einem wirtschaftlichen Ausgleich des Aufwands für Hilfestellungen im Zusammenhang mit den alltäglichen Lebensverrichtungen. Sie wird nach Art. 42ter Abs. 1 IVG "personenbezogen ausgerichtet" und knüpft bei der behinderungsbedingten Pflege-bedürftigkeit der betroffenen Person an (IRENE HOFER, in: Basler Kommentar zum ATSG, 2020, N. 5 und 28 zu Art. 9 ATSG). Die Entschädigung steht dem Anspruchsberechtigten grundsätzlich zur freien Verfügung: Nach Art. 42ter Abs. 1 IVG soll sie "die Wahlfreiheit in den zentralen Lebensbereichen erleichtern". Dementsprechend wird die Hilflosenentschädigung als Pauschalleistung ausgerichtet, deren Höhe, anders als die der KVG-Pflegebeiträge, nicht vom effektiven Pflegeaufwand und der tatsächlichen Inanspruchnahme von Hilfestellungen abhängt (HOFER, a.a.O., N. 3 und 5 zu Art. 9 ATSG; HARDY LANDOLT, Hilflosenentschädigung - Irrlicht oder Leuchtturm?, in: Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2013, St. Gallen 2014, S. 188).

Abgesehen davon, dass eine Anrechnung der Hilflosenentschädigung der gesetzlichen Differenzierung nach Sach- und Geldleistung (Art. 14 und 15 ATSG) widersprechen würde, fällt es auch aufgrund des beschriebenen kategorialen Unterschieds schwer, aus der Hilflosenentschädigung ein "gleichartiges" Äquivalent zu den Pflegebeiträgen zu isolieren. Es wäre nicht systemgerecht, mit Hilflosenentschädigung entgeltene konkrete Hilfestellungen zu identifizieren und zu quantifizieren, die ihrer Bestimmung nach den Pflegeleistungen zugeordnet werden können, für die die Krankenversicherung Beiträge ausrichtet. Die einzelnen Leistungen der Grundpflege müssten detailliert aufgelistet und mit den im Einzelfall betroffenen alltäglichen Lebensverrichtungen, welche der Hilflosenentschädigung zugrundeliegen, verglichen werden (ROMANA CANCAR, Intersystemische Leistungskoordination bei der spitalexternen Pflege - die Büchse der Pandora?, in: Pflegerecht 2015 S. 75, 77). Das Bundesgericht hat denn auch schon in BGE 125 V 297 E. 5b erkannt, der konkrete Nachweis einer Überentschädigung sei mit praktischen Schwierigkeiten verbunden, weil er eine Aufschlüsselung der Leistungen voraussetze, die sich angesichts der grundsätzlichen Unterschiede in den Leistungsarten kaum sachgerecht und rechtsgleich vornehmen lasse (dazu KIESER, ATSG-Kommentar, N. 12 zu Art. 14 ATSG; HARDY LANDOLT, Überentschädigung und Pflegekosten, in: Pflegerecht 2022 S. 204).

Das Erfordernis in Art. 69 Abs. 1 ATSG, wonach die zusammentreffenden Leistungen gleicher Art, also übereinstimmend Geld- oder Sachleistung, sein müssen, um gemeinsam eine Überentschädigung bewirken zu können, behebt dieses Problem grundsätzlich. Insoweit die - funktional verschiedenartigen - KVG-Pflegebeiträge und die IV-Hilflosenentschädigung nicht im Sinn von Art. 69 Abs. 1 ATSG gleichartig sind, bildet diese Konstellation keinen Überentschädigungstatbestand.

6.6.

6.6.1. Die bisherige Rechtsprechung ist wie erwähnt von einem anderen Verständnis von Gleichartigkeit ausgegangen (E. 6.2). Die Kongruenzprüfung wurde auf das Element der sachlichen

Übereinstimmung im Sinn einer "gleichen Zweckbestimmung" verkürzt, indem sie allein nach einem inhaltlichen Vergleich der Leistungsgegenstände (Grundpflegeverrichtungen nach Art. 7 KLV und Hilfestellungen bei Hilflosigkeit nach Art. 9 ATSG) durchgeführt wurde. Dabei handelt es sich indessen um eine von der funktionalen getrennt zu betrachtende, weitere Art von Kongruenz: die sachliche. Unter diesem Aspekt fragt sich, ob und inwieweit die der jeweiligen Leistung zugrundeliegenden Gegenstände sachlich übereinstimmen, d.h. die zusammentreffenden Leistungen sozusagen den gleichen Einzelschaden beheben (BRIGITTE BLUM-SCHNEIDER, Pflege von behinderten und schwerkranken Kindern zu Hause, 2015, Rz. 478). Danach sind etwa Rentenleistungen bei der Überentschädigungsrechnung soweit zu berücksichtigen, wie sie einen Einkommensausfall ersetzen, aber auszuklammern, soweit sie einen Ausfall im Aufgabenbereich Haushalt entschädigen (vgl. Art. 6 ATSG; KIESER, ATSG-Kommentar, N. 61 zu Art. 69 ATSG; FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 20 zu Art. 69 ATSG).

Nachdem die funktionale Gleichartigkeit hier nicht gegeben ist, wird die Frage nach der sachlichen Kongruenz an sich gegenstandslos. Mit Blick auf die verbreitete Forderung nach Anerkennung eines ungeschriebenen allgemeinen Überentschädigungsverbots über Art. 69 ATSG hinaus (ROTHENBERGER, Spannungsfeld, Rz. 339 ff. und 373 mit weiteren Hinweisen; a.M. GÄCHTER, a.a.O., S. 59 f.) resp. mit Rücksicht auf seine Bedeutung als "idée générale" oder ethisches Postulat, das die Entwicklung und Anwendung des Rechts leiten soll (FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 11 zu Art. 69 ATSG), mag dennoch von Interesse sein, dass das Fehlen eines Überentschädigungstatbestands kein stossendes Ergebnis zeitigt, weil sich die Grundpflegeverrichtungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV und die Hilfestellungen im Sinn von Art. 9 ATSG und Art. 42 Abs. 1 IVG inhaltlich nicht erheblich überschneiden. Dazu das Folgende:

6.6.2. Die "Zweckbestimmung" (Art. 69 Abs. 1 ATSG) der Pflegebeiträge und diejenige der Hilflosenentschädigung fallen dort zusammen, wo im Bereich der für die Hilflosenentschädigung massgebenden alltäglichen Lebensverrichtungen ein behinderungsbedingter Bedarf - bei Kindern, je nach Alter, Mehrbedarf - an Hilfestellung besteht.

Art. 9 ATSG beschreibt die Hilflosigkeit als Zustand einer Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Massgebend für die Höhe der Hilflosenentschädigung ist das Ausmass der persönlichen Hilflosigkeit. Es ist zu unterscheiden zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG), abhängig von der Zahl der betroffenen Lebensverrichtungen sowie von der Überwachungs- und Pflegebedürftigkeit (Art. 37 IVV; vgl. auch Art. 43bis AHVG und Art. 66bis AHVV, Art. 38 UVV), in der Invalidenversicherung überdies von der Notwendigkeit einer lebenspraktischen Begleitung (Art. 42 Abs. 3 IVG). Die massgebenden Lebensverrichtungen betreffen folgende Bereiche: Ankleiden und Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichten der Notdurft; Fortbewegung im Haus oder ausserhalb (BGE 133 V 450 E. 7.2; 127 V 94 E. 3c).

Die hier relevante krankensicherungsrechtliche Grundpflege wird in Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV wie folgt konkretisiert: "Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken". Dieser Katalog von Grundpflegeleistungen ist (im Gegensatz zu demjenigen in lit. b betreffend Behandlungspflege) dem Wortlaut nach ("wie", "tels que", "quali") nicht abschliessend (BGE 136 V 172 E. 5.3.1). Daher können gegebenenfalls weitere Pflegeleistungen vergleichbarer Art als Grundpflege anerkannt werden. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung richtet Beiträge aus, wenn die umschriebenen Pflegeleistungen aufgrund einer Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag von Pflegefachkräften, Organisationen der

Krankenpflege und Hilfe zu Hause (sc. Spitex) oder von Pflegeheimen erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 KLV in der hier anwendbaren, bis 30. Juni 2024 gültigen Fassung).

Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV benennt ausdrücklich die Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken (CANCAR, a.a.O., S. 75; vgl. dazu die Übersicht bei LANDOLT, in: Pflegerecht 2014 S. 35) als unter dem Titel der Pflegebeiträge entschädigungsfähig. Auf Seiten der Hilflosenentschädigung umschreiben Art. 9 ATSG und Art. 42 ff. IVG das versicherte Risiko als Hilfsbedürftigkeit bei alltäglichen Lebensverrichtungen resp. Angewiesensein auf lebenspraktische Begleitung; Art. 42ter Abs. 1 IVG macht die Höhe der Hilflosenentschädigung vom "Ausmass der persönlichen Hilflosigkeit" abhängig. Darüber hinausgehend bezieht sich Art. 37 IVV für die Bestimmung des Schweregrads einer Hilflosigkeit teilweise auf einen Bedarf nach dauernder resp. besonders aufwendiger Pflege (vgl. Abs. 1 und Abs. 3 lit. c; LANDOLT, Handbuch Pflegerecht, 2023, Rz. 1164 ff.). Das versicherte Risiko wird indessen auf der Ebene des formellen Gesetzes abschliessend festgelegt und kann nicht durch Verordnung weiter gefasst werden. Dass Art. 37 IVV für die Umschreibung des den Schweregrad bestimmenden gesundheitlichen Zustands auf den Pflegebedarf ausgreift, bedeutet nicht, dass die betreffenden pflegerischen Aufwendungen zum Gegenstand der Entschädigung gehörten. Dies folgt schon daraus, dass eine dauernde Pflege im Sinn von Art. 37 IVV auch sog. Behandlungspflege im Sinn von Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV umfasst, die mit der Hilflosenentschädigung ohnehin nicht kongruent ist (BGE 125 V 297 E. 5b; Urteil 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E. 4.1.2; LANDOLT, Handbuch Pflegerecht, Rz. 1242; EUGSTER, SBVR, Rz. 380).

Gleich wie die Behandlungspflege aussen vor zu lassen sind auch Hilfestellungen, die zwar der Grundpflege zugerechnet werden, aber nicht die für die Hilflosenentschädigung massgebenden Lebensverrichtungen beschlagen. Gemeint sind pflegerische Tätigkeiten, die überhaupt nur wegen der Behinderung anfallen, darunter gemäss beispielgebender Auflistung in Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV etwa "Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut". Diese als grundpflegerisch taxierten Vorkehren sind ihrer (oft medizinischen) Natur nach teilweise nicht klar von der Behandlungspflege (medizinische Hilfeleistungen) abzugrenzen und könnten genauso gut auch dort eingereiht sein; der Katalog behandlungspflegerischer Massnahmen in Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV enthält ähnliche Massnahmen wie etwa das Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege; Ziff. 10) oder die Hilfe bei Medizinalbädern und die Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangpackungen (Ziff. 12; vgl. BGE 136 V 172 E. 5.3.1; LANDOLT, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2013, S. 183).

Bei den Hilfestellungen, die im Zusammenhang mit alltäglichen Lebensverrichtungen stehen, relativiert sich die sachliche Gleichartigkeit zudem mit Blick auf die Erfordernisse der Bedarfsabklärung, der ärztlichen Anordnung resp. des ärztlichen Auftrags und der Wahrnehmung durch Pflegefachleute oder die Spitex. Die konkurrierenden sozialversicherungsrechtlichen Entschädigungen werden auch über diese Anspruchsvoraussetzungen koordiniert: Anspruch auf Grundpflegebeiträge besteht in jedem Fall nur für Hilfe, die durch die erwähnten Fachkräfte geleistet wird (Art. 7 Abs. 1 KLV), nachdem der Hilfsbedarf durch eine Pflegefachkraft ermittelt worden ist (Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 und Art. 8 Abs. 2 und 3 KLV [in der bis Ende 2019 gültigen Fassung]) und die so bestimmten Leistungen mit ärztlichem Auftrag oder ärztlicher Anordnung spezifiziert worden sind (vgl. Art. 8 Abs. 1 KLV [in der bis Ende 2019 gültigen Fassung]; vgl. aber nunmehr auch Art. 25a Abs. 3 KVG und Art. 7 Abs. 4 KLV, in den seit 1. Juli 2024 in Kraft stehenden Fassungen). Diese Vorgaben reduzieren die nach Art. 7 KLV entschädigungs-fähigen Verrichtungen auf solche, die geeignet sind, im Rahmen einer ärztlichen Anordnung näher umschrieben zu werden. Solche Tätigkeiten wiederum dürften eher selten alltägliche Hilfestellungen, etwa beim Essen und im Bereich Mobilität, betreffen.

Insgesamt ist keine weitgehende sachliche Übereinstimmung von Grundpflege und Hilfestellungen in alltäglichen Lebensverrichtungen ersichtlich. Entsprechend überschaubar sind auch die

Konstellationen, in denen die Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung und die Pflegebeiträge der obligatorischen Krankenversicherung identischen Pflegeaufwand entschädigen, zumal der mit dem Bundesgesetz vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung eingefügte Art. 25a KVG auch nur noch Beiträge der Krankenversicherung an die Pflege vorsieht.

Nach dem Gesagten verhalten sich die Pflegebeiträge nach Art. 25a KVG durchaus komplementär zur Hilflosenentschädigung, was den Gegenstand der (Teil-) Vergütung resp. Entschädigung angeht (vgl. Art. 27 KVG und Art. 110 KVV; zitiertes Urteil 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 E. 4.3). Daher drängte sich eine Leistungskürzung wegen Überentschädigung selbst dann nicht auf, wenn das Element "Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung" (Art. 69 Abs. 1 ATSG) auf die sachliche Kongruenz im Sinn einer rein inhaltlichen Übereinstimmung verkürzt würde. Dies bestätigt der vorliegende Fall: Die Kinderspitex hat bei der Beschwerdegegnerin einen wöchentlichen Bedarf für Grundpflege von 4,5 Stunden geltend gemacht, während der Gesamtpflegebedarf bei 41,5 Stunden lag (Bedarfsmeldung der Kinderspitex von Februar 2020).

6.6.3. Was schliesslich die Überentschädigungsrelevanz des Intensivpflegezuschlags angeht, ist dieser - seiner akzessorischen Natur entsprechend - überentschädigungsrechtlich der Hilflosenentschädigung gleichzusetzen, d.h. beim krankenversicherungsrechtlichen Pflegebeitrag nicht anzurechnen. Daher muss nicht geklärt werden, ob er schon deshalb aus der Überentschädigungsrechnung fällt, weil nach Art. 39 Abs. 2 IVV der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen durch medizinische Hilfspersonen nicht als zusätzliche Betreuung (Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters) anrechenbar ist, derweil ein Pflegebeitrag nach Art. 7 KLV gerade eine ärztliche Anordnung voraussetzt (vgl. nunmehr Art. 7 Abs. 4 und Art. 8 Abs. 1 KLV, in Kraft seit 1. Juli 2024). Insbesondere kann offenbleiben, ob die Grundpflege unter "medizinische Massnahmen" im Sinn von Art. 39 Abs. 2 IVV fällt (bejahend LANDOLT, in: Pfleregerecht 2014 S. 36).

6.7. Zusammengefasst sind die KVG-Pflegebeiträge und Hilflosenentschädigung (mit Intensivpflegezuschlag) nicht im Sinn von Art. 69 Abs. 1 ATSG von "gleicher Art", mithin nicht funktional kongruent, und zudem auch bloss in relativ geringem Umfang von "gleicher Zweckbestimmung", also sachlich kongruent (vgl. CANCAR, a.a.O., S. 74 f., 77; NICOLE KUNZ, Koordination von Sach- und Geldleistungen: die Hilflosenentschädigung aus Sicht der Krankenversicherung, in: Schweizer Sozialversicherung 2016, H. 2, S. 37 f.; BLUM-SCHNEIDER, a.a.O., Rz. 485 f.). Ihr Zusammentreffen begründet daher keine Überentschädigung.

7.

Allerdings gehen die Parteien und die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren auf dem Boden der bisherigen Rechtsprechung (oben E. 3) implizit davon aus, Art. 69 Abs. 2 ATSG mache Abs. 1 sozusagen unwirksam (vgl. oben E. 6.1 a.E.). Ein Grossteil der Lehre nimmt an, das in Abs. 1 verankerte Kongruenzprinzip werde in Abs. 2 zugunsten eines Globalprinzips wieder zurückgedrängt (unten E.8.2). Daher ist das Verhältnis der beiden Absätze von Art. 69 ATSG zu klären (nachfolgend E. 8). Zu prüfen sein wird auch, ob allenfalls Art. 122 KVV in vorliegender Konstellation als Rechtsgrundlage für eine Überentschädigung taugt und gegebenenfalls Art. 69 Abs. 1 ATSGvorgehen könnte (E. 9).

8.

8.1. Laut dem zweiten Satz von Art. 69 Abs. 1 ATSG beschränkt sich die Überentschädigungsrechnung auf Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des schädigenden Ereignisses gewährt werden. Nach Abs. 2 ist eine Überentschädigung insoweit gegeben, wie "die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen". Ein "mutmasslich

entgangener Verdienst" löst ausschliesslich Geldleistungen aus, die ohne Weiteres gleichartig sind. Insofern ist nicht davon auszugehen, Art. 69 Abs. 2 ATSG verdränge die Kongruenzvorgabe von Art. 69 Abs. 1 ATSG.

8.2. Ein gewichtiger Teil der Lehre sieht dies freilich anders: So führt KIESER (in: Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, N. 15 ff., 22 ff. und 33 ff., 36 f. und 58 ff. zu Art. 69 ATSG) aus, in Art. 69 Abs. 1 und 2 ATSG erschienen offensichtlich unterschiedliche Auffassungen. In Abs. 1 werde klar das Kongruenzprinzip verankert. Abs. 2 liege aber eine gegenteilige Auffassung zugrunde. Art. 69 Abs. 2 ATSG enthalte eine einzige Überentschädigungsgrenze. Dies deute klar darauf hin, dass der Gesetzgeber nach der Globalmethode koordinieren wolle. Hinzu komme, dass die Überentschädigungsgrenze von Art. 69 Abs. 2 ATSG Positionen (mutmasslich entgangenes Erwerbseinkommen, Mehrkosten) berücksichtige, die nicht kongruent seien (so auch EUGSTER, SBVR, Rz. 1503 [zu Art. 122 Abs. 1 KVV]; MANI, a.a.O., S. 192). Dies wäre bei strikter Beachtung des Kongruenzprinzips ausgeschlossen; vielmehr müsste bezogen auf die einzelnen (kongruenten) Leistungskoordinationen je eine eigene Überentschädigungsgrenze festgesetzt werden (mithin eine Grenze für die Koordination von einkommensersetzenden Leistungen, eine Grenze für Mehrkosten etc.), und es müsste bestimmt werden, dass für die Berechnung der Überentschädigung nur kongruente Leistungen berücksichtigt werden dürften. Art. 69 Abs. 2 ATSG entspreche im Wortlaut einer Fassung des Ständerats von 1991, die im ersten Absatz noch der Globalmethode folgte (vgl. BBl 1999 4639 f.). Mithin habe die ursprüngliche ständerätliche Fassung eine Überentschädigungsgrenze festgelegt, die bei Berücksichtigung der Globalmethode Bedeutung habe. Dies lasse sich am Zusammenfassen von grundsätzlich nichtkongruenten Bereichen (insbesondere Einkommen und Mehrkosten) erkennen, was nur richtig sein könne, wenn auch die zu berücksichtigenden sozialversicherungsrechtlichen Leistungen unter Ausserachtlassung des Kongruenzgrundsatzes herangezogen würden. Offensichtlich habe der Gesetzgeber beim Entscheid, die Überentschädigung nach dem Kongruenzprinzip (und nicht wie noch im Rahmen der Vorarbeiten beabsichtigt nach dem Globalprinzip) zu regeln, ungenügend berücksichtigt, dass die gesamte Bestimmung von Art. 69 ATSG (und nicht lediglich Abs. 1) umgestaltet werden müsste. Weil in Art. 69 Abs. 1 ATSG die Kongruenzmethode klar verankert sei und insoweit bewusst von der ständerätlichen Fassung abgewichen worden sei, hätte es auch einer Neuordnung der Überentschädigungsgrenze bedurft, die nicht mehr gestützt auf die Geltung der Globalmethode hätte festgelegt werden dürfen, sondern in Berücksichtigung des Kongruenzgrundsatzes hätte erfolgen müssen. Trotz der in Art. 69 Abs. 1 ATSG festgelegten Kongruenzmethode müsse letztlich davon ausgegangen werden, dass sich im Anwendungsbereich von Art. 69 ATSG die Überentschädigung nach der Globalmethode bestimme. Art. 69 Abs. 2 ATSG werfe in seiner Anwendung Auslegungsfragen auf, die kaum lösbar seien. Insofern dränge sich auf, die Bestimmung neu zu fassen und - jedenfalls für die wichtigsten Kongruenzbereiche - die Überentschädigungsgrenzen je separat zu bestimmen. Ein Vorrang der Globalmethode gegenüber dem Kongruenzprinzip leitet KIESER auch aus dem Umstand ab, dass Art. 68 ATSG im Verhältnis von Taggeldern und Renten unterschiedlicher Sozialversicherer eine Überentschädigungskürzung nicht auf kongruente Leistungen beschränke (so wohl etwa im Fall von Invalidenrenten für Nichterwerbstätige; UELI KIESER, Die Sättigungsgrenze des mutmasslich entgangenen Verdienstes - Crux oder Fluch?, in: Aktuelle Probleme des Koordinationsrechts II, Weber/Beck [Hrsg.], 2017, S. 54).

Im Basler Kommentar zum ATSG geht HÜRZELER davon aus, Art. 69 Abs. 2 ATSG stehe in einem gewissen Spannungsverhältnis zu dem in Abs. 1 normierten Kongruenzgrundsatz, indem mit den Mehrkosten sowie den Einkommenseinbussen Angehöriger nichtkongruente Positionen in die Überentschädigungsberechnung einbezogen würden. Der in Abs. 1 festgeschriebene Kongruenzgrundsatz werde folglich durch Abs. 2 "in Form einer eingeschränkten Omnikongruenz aufgelöst". Dies schaffe Unklarheiten, die im Rahmen einer Neufassung der Norm beseitigt werden sollten (MARC HÜRZELER, in: Basler Kommentar zum ATSG, 2020, N. 25 zu Art. 69 ATSG). FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD führen im Commentaire romand zum ATSG aus, einerseits verankere Art. 69 Abs. 1 ATSG den Kongruenzgrundsatz; andererseits greife Abs. 2 für die Festlegung der Überentschädigungsgrenze auf nicht-

nden) Obergrenze, die dem wirtschaftlichen Wert des eingetretenen Schadens entspreche, er durch den Versicherungsfall verursachte Mehrkosten und Einkommenseinbussen von zen einbeziehe. Insofern wende er das Kongruenzprinzip nicht konsequent an (FRÉSARD-RESARD, a.a.O., N. 15 und 30 ff. zu Art. 69 ATSG). Nach Auffassung von LANDOLT ist bei en Pflege- und Hilflofenentschädigungen die Frage, ob und gegebenenfalls inwieweit eine cherung besteht, nicht "nach Massgabe der Globalmethode gemäss Art. 69 ATSG", sondern :hnungsmethode gemäss Art. 122 KVV zu beantworten (HARDY LANDOLT, in: Kommentar eizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, N. 102 zu Art. 26 UVG).

legt dar, die Überentschädigungsgrenze von Art. 69 Abs. 2 ATSG gelte für das treffen aller kongruenten Sozialversicherungsleistungen. Auch er weist darauf hin, die tematik von Art. 69 ATSG leide an einem auf die Entstehungsgeschichte zurückzuführenden Die Kongruenzmethode von Art. 69 Abs. 1 ATSG sei nur sehr beschränkt mit der auf der thode beruhenden Maximalgrenze von Abs. 2 kompatibel (THOMAS GÄCHTER, Grund-Prinzipien des Koordinationsrechts, in: Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Sozial-versicherungs-:Leistungskoordination, St. Gallen 2006, S. 34 ff.). Für ACKERMANN enthält Art. 69 ATSG zwei nten: Nachdem Abs. 1 zweiter Satz kongruente Leistungen voraussetze, fixiere Abs. 2 eine chädigungsgrenze nach der Globalmethode. Dieser Autor versteht dies aber nicht leistungs- chadenseitig: Der Wortlaut dieser Bestimmung berücksichtige alle den schadenbezogenen n gegenüberzustellenden Schadenpositionen. Auch wenn sich diese beiden Bestimmungen ichtlich zueinander verhielten, könnten sie im Kontext miteinander vereinbart werden: werde eine absolute Obergrenze der Überentschädigung fixiert, indem alle Schadenposten ürden. In diesem Rahmen könne die Überentschädigung nach der Kongruenzmethode im bemessen und so z.B. berücksichtigt werden, dass Hilflofenentschädigungen auch den für die Betreuung durch Dritte abdeckten. Damit bestünden einzelne chädigungsgrenzen hinsichtlich der kongruenten Leistungen, die entsprechenden Positionen am Schluss addiert und der maximalen resp. absoluten Überentschädigungsgrenze rgestellt. Insoweit lasse sich auch die Frage beantworten, wie vorzugehen sei, wenn sich ene versicherte Risiken verwirklicht hätten; dies, indem die Obergrenze sämtliche Schäden erschiedenen verwirklichten versicherten Risiken kumuliert enthalte, die konkrete Kürzung hand der Kongruenz vorgenommen werde (THOMAS ACKERMANN, Leistungskoordination: r die verschiedenen Koordinationsebenen analoge Koordinationsgrundsätze gelten?, in: iger Schadenausgleich, Fuhrer/Kieser/Weber [Hrsg.], 2022, S. 969 ff.). Ähnlich wie NN erwägt BLUM-SCHNEIDER die Existenz einer "global berechneten Grenze der chädigung". Die Berechnung der Überentschädigungsgrenze gemäss Art. 69 Abs. 2 uhe auf der Globalmethode, die sich systemisch nicht mit dem Kongruenzprinzip aus Abs. 1 ren lasse. Angesichts dieses Systemmangels sei fraglich, ob bei kongruenten Leistungen die 69 Abs. 2 ATSG global berechnete Grenze der Überentschädigung den auszugleichenden auch übersteigen könne, wenn die Grenze noch nicht erreicht sei, oder ob jeder einzelne is zum Maximum von 100 Prozent ausgeglichen werden solle, ohne Berücksichtigung der thode. Diese schwierige Ausgangslage lasse sich nicht einfach lösen (BLUM-SCHNEIDER, . 480). Auch LÄUBLI ZIEGLER kommt zum Schluss, der Gesetzgeber habe den leitenden zgrundsatz ausser Acht gelassen (SYLVIA LÄUBLI ZIEGLER, Überentschädigung und ion, in: Personen-Schaden-Forum 2004, S. 178).

vorstehende Übersicht der Lehrmeinungen zeigt, dass die Doktrin dem Art. 69 ATSG keine : Grundordnung der Überentschädigung entnimmt. Die disparaten Literaturstellen tieren namentlich eine erhebliche Unsicherheit über das Verhältnis von Abs. 1 zu Abs. 2. Sie

gehen im Wesentlichen davon aus, dass Abs. 2 die Geltung des Kongruenzgrundsatzes beeinträchtigt. Mit Hinweis auf die Entstehungsgeschichte der Norm wird angenommen, die "gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen" umfassten alle Leistungen, unabhängig von ihrer Art und Zweckbestimmung. Im Gesetzgebungsprozess ist der ursprüngliche Wortlaut von Abs. 2, der im Zusammenhang mit der anfangs beabsichtigten Geltung des Globalprinzips entstanden ist (vgl. oben E. 6.1), unverändert geblieben und für die definitive Fassung von Art. 69 ATSG übernommen worden (vgl. BBl 1999 4639 f.). Daraus ist indessen nicht zu schliessen, Abs. 2 stehe im Widerspruch zu Abs. 1. In der Formulierung, eine Überentschädigung liege in dem Masse vor, wie "die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen" die genannten Verdiensteinbussen und Mehrkosten überstiegen, klingt das frühere Methodenverständnis an, wonach alle Leistungen unterschiedslos zu berücksichtigen seien. Letztlich aber erfolgte ein bewusster Entscheid für die Kongruenzmethode (dazu SUSANNE LEUZINGER, Die Leistungskoordination gemäss Art. 63-71 ATSG, in: Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], St. Gallen 2003, S. 182 ff.). Ein offenkundiges Überbleibsel der überholten Normfassung setzt sich nicht gegen die vom klaren Willen des Gesetzgebers getragene Etablierung des Kongruenzgrundsatzes durch. Diese normative Entscheidung änderte den systematischen Kontext von Abs. 2 gegenüber dem Vorentwurf entscheidend. Nunmehr beschränken sich "die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen" auf die in Abs. 1 als massgebend bezeichneten (kongruenten) Leistungen. Ist eine in diesem Sinn harmonisierende Auslegung von Abs. 2 zwanglos möglich, darf nicht ein fernerliegendes Verständnis massgebend werden, durch das erst ein innerer Widerspruch zwischen den beiden Absätzen entstehen und die in Abs. 1 verankerte Grundentscheidung zugunsten des Kongruenzprinzips wirkungslos würde.

8.3.2. Damit ist auch der Anwendungsbereich von Art. 69 Abs. 2 ATSG geklärt. Dieser stellt sich kleiner dar als derjenige von Abs. 1. Enthält Abs. 2 keine umfassende Festlegung der Überentschädigungsgrenze, so erweist er sich als Sonderbestimmung für Fälle, in denen sich das versicherte Risiko eines Einkommensverlusts realisiert hat. Die normative Bedeutung von Abs. 2 liegt in der Festsetzung einer Überentschädigungsgrenze, die um gewisse nicht versicherte Schaden- und Kostenpositionen erhöht wird. Diese sind, da nicht versichert, zwangsläufig auch nicht mit den gegenüberstehenden Sozialversicherungsleistungen kongruent. Abs. 2 hat nur die Überentschädigungsgrenze zum Gegenstand und wirkt nicht auf den in Abs. 1 bestimmten Geltungsbereich von Überentschädigungsstatbeständen zurück, beeinflusst also nicht die Frage, welche zusammen-treffenden Leistungen bei der Berechnung der Überentschädigung berücksichtigt werden. Eine Erweiterung der Überentschädigungsgrenze um nicht versicherte Elemente ändert mit anderen Worten nichts an der Geltung des Kongruenzprinzips, namentlich nicht an der gesetzlichen Beschränkung der zu koordinierenden Leistungen auf solche, die mit Blick auf kongruente Schadenpositionen als funktional gleichartig und sachlich gleichgerichtet erkannt werden (vgl. KIESER, Aktuelle Probleme des Koordinationsrechts II, S. 65).

Soweit der Gesetzgeber diese Erweiterung auf die Überentschädigungsrechnung bei Verdienstaustausch beschränkte, musste er in den übrigen, ausserhalb des Geltungsbereichs von Abs. 2 liegenden Konstellationen keine weiteren Überentschädigungsgrenzen definieren. Diese folgen jeweils als sozusagen natürliches Korrelat aus den kongruierenden Leistungen; mangels anderslautender spezifischer Regelung in den Einzelgesetzen (z.B. Art. 20 Abs. 2 und Art. 31 Abs. 4 UVG: 90 Prozent des versicherten Verdienstes als Überentschädigungsgrenze; vgl. auch etwa Art. 43 Abs. 3 AHVG; KIESER, Aktuelle Probleme des Koordinationsrechts II, S. 51 f.) ergeben sich die Schadenpositionen, die zusammengenommen die Überentschädigungsgrenze bilden, aus der übereinstimmenden Zweckbestimmung der infrage kommenden Leistungsansprüche. In diesem Sinn ist die Überentschädigungsgrenze dem Kongruenzgrundsatz, namentlich in sachlicher Hinsicht, grundsätzlich inhärent.

8.4. Nach dem Gesagten ist Art. 69 Abs. 2 ATSG für die vorliegend interessierende Konstellation - das Zusammentreffen von KVG-Pflegebeiträgen und IV-Hilflosenentschädigung - nicht einschlägig. Damit

bleibt es dabei, dass hier gemäss Art. 69 Abs. 1 ATSG kein Übererschädigungstatbestand gegeben ist.

9.

9.1. Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV erweitert die Übererschädigungsgrenze bei Sachleistungen - intersystemisch koordinierend (Urteil des EVG K 107/04 vom 28. September 2005 E. 5) - über die Pflegekosten hinaus auf "andere ungedeckte Krankheitskosten", einschliesslich tatsächliche Einkommenseinbussen pflegender Angehöriger, wenn und soweit sie behandlungs- und betreuungsbedingt sind (BGE 146 V 74 E. 5.3.10 und 8.1). Abs. 2 erklärt (innersystemisch) für zusammentreffende Taggeldleistungen die Übererschädigungsgrenze nach Art. 69 Abs. 2 ATSG als massgeblich (vgl. HARDY LANDOLT, Pflegerecht 2022, S. 202 f.). Abs. 1 modifiziert die Übererschädigungsgrenze für zusammentreffende Sachleistungen ähnlich wie Art. 69 Abs. 2 ATSG für Geldleistungen. Darüber hinaus reicht die normative Tragweite von Art. 122 KVV nicht. Es gilt das bei Art. 69 Abs. 2 ATSG Gesagte: Die Erhöhung der Übererschädigungsgrenze um nicht versicherte Elemente lässt die Geltung des Kongruenzprinzips intakt.

Wenn Art. 122 Abs. 1 KVV von "Sachleistungen" spricht, kann dies - angesichts des in der Krankenversicherung herrschenden Kostenvergütungsprinzips (oben E. 6.4.2) - erneut nur im Sinn von Art. 14 ATSG verstanden werden. Die Übererschädigungsregel von Art. 122 Abs. 1 KVV ist daher im Verhältnis zur Hilfflosenentschädigung als Geldleistung (Art. 15 ATSG) nicht anwendbar, es sei denn, man nehme an, der Passus "bei Sachleistungen" bezeichne nur die kürzbaren Leistungen, nicht aber den Umfang der in die Übererschädigungsrechnung fallenden Leistungsansprüche. Diese Möglichkeit ist indessen zu verwerfen: Wie schon im Verhältnis zwischen Art. 69 Abs. 1 und 2 ATSG tangiert die Regelung der Übererschädigungsgrenze wiederum nicht die Auswahl der in die Rechnung einzubeziehenden Sozialversicherungsleistungen. Bis zum Inkrafttreten des ATSG war dem jetzigen Abs. 1 von Art. 122 KVV (vormals Abs. 2) denn auch ein erster Absatz vorangestellt, der praktisch gleich lautete wie der spätere Art. 69 Abs. 1 ATSG, also für die Berechnung der Übererschädigung ebenfalls "Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung" voraussetzte.

9.2. Selbst wenn anzunehmen gewesen wäre, Art. 122 KVV gelte entgegen seinem Wortlaut nicht nur im Verhältnis unter verschiedenen Sachleistungen, bliebe immer noch fraglich, ob die so entstandene Normkollision zulasten von Art. 69 ATSG aufgelöst werden könnte. Eine abweichende Regelung setzt eine ausdrückliche Grundlage im KVG oder im Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG, SR 832.12) voraus (so Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 KVG). Das KVG gibt dem Bundesrat in Art. 78 auf, durch Verordnungsvorschrift dafür zu sorgen, dass die Versicherten oder die Leistungserbringer durch die Leistungen der sozialen Krankenversicherung oder durch deren Zusammentreffen mit den Leistungen anderer Sozialversicherungen nicht übererschädigt werden. Angesichts der soeben skizzierten Entstehungsgeschichte von Art. 122 KVV besteht kein Grund zu prüfen, ob Art. 78 KVG, der eine Regelungsbefugnis für die intrasystemische Taggeldkoordination verleiht (HÜRZELER, a.a.O., N. 19 zu Art. 69 ATSG), delegationsrechtlich überhaupt eine Handhabe bieten könnte, um Art. 122 KVV intersystemisch der formellgesetzlichen Bestimmung von Art. 69 ATSG vorgehen zu lassen.

9.3. Nach dem Gesagten bietet auch Art. 122 KVV keine Rechtsgrundlage zur Kürzung von KVG-Grundpflegeleistungen im Verhältnis zur IV-Hilfflosenentschädigung.

10.

Der Schluss, dass bei einem Zusammentreffen von KVG-Pflegebeiträgen und einer Hilfflosenentschädigung keine Übererschädigung entstehen kann, deckt sich mit den Ausführungen des Bundesrats in seiner Stellungnahme vom 21. Mai 2008 zur Motion Nr. 08.3236 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates betreffend "Leistungen der Hilfflosenentschädigung. Koordination" (abrufbar unter www.parlament.ch).

Die Motion zielte unter anderem darauf ab, "die Leistungen der Hilflosenentschädigung gemäss AHVG mit den Leistungen der Pflegefinanzierung gemäss KVG zu koordinieren". Der Bundesrat beantragte, der Vorstoss sei abzulehnen. Er verwies auf seine Stellungnahmen vom 23. Februar 2005 zu den Motionen Nr. 04.3719 betreffend "Gleiches Bedarfsabklärungsinstrument für KVG-Leistungen und die Hilflosenentschädigung zur AHV/IV" von Nationalrätin Ruth Humbel und Nr. 04.3788 betreffend "Koordination von Pflegebeiträgen nach KVG und Hilflosenentschädigung" von Nationalrat Ruedi Lustenberger. Der Bundesrat hielt an der Auffassung fest, die Hilflosenentschädigungen der AHV/IV und die Pflegeleistungen der Krankenversicherung unterschieden sich grundsätzlich. Bei Letzteren handle es sich um Sachleistungen, die zur Deckung konkreter Pflegekosten in Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit dienen. Bei der Hilflosenentschädigung handle es sich um eine Geldleistung, die unabhängig von effektiv entstehenden Kosten und der tatsächlichen Inanspruchnahme von Dienstleistungen Dritter ausgerichtet werde. Angesichts dessen fielen die beiden Leistungen nicht unter das Überentschädigungsverbot und dürften kumuliert werden. Auf gesetzlicher Ebene bestehe kein Regelungsbedarf. Zudem wies der Bundesrat auf die damals laufende Debatte zur Pflegefinanzierung hin. Eine Vorlage zur Leistungskoordination über die Bestimmungen des ATSG hinaus erübrige sich wohl. Mit Blick auf die vorgesehene Pflegefinanzierung, die nur noch einen Beitrag der Krankenversicherung an die Pflegekosten vorsehe, und die in Aussicht genommene Kostenbeteiligung der versicherten Personen sei eine systematische Überentschädigung durch Kumulation von Pflegeleistungen nach KVG und Hilflosenentschädigungen nach AHVG/IVG sehr unwahrscheinlich.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates beantragte mit zwölf Stimmen zu einer, die Motion abzulehnen. Zur Frage der "Koordination der Anspruchsgrundlagen von Hilflosenentschädigung und Leistungen für Pflegefinanzierung" schloss die Kommission, zur Deckung der Grundpflege brauche es beide Leistungen, die Grundlagen für die Beurteilung des Schweregrades müssten aber übereinstimmen. Sie sah weiteren Koordinationsbedarf vor allem bei der Bedarfsabklärung. Dazu sei die Motion aber nicht nötig. Mit Ablehnung durch den Zweirat (Ständerat) wurde die Motion Nr. 08.3236 erledigt (vgl. Art. 121 Abs. 3 lit. a des Bundesgesetzes vom 13. Dezember 2002 über die Bundesversammlung [Parlamentsgesetz, ParlG; SR 171.10]).

11.

Zufolge besserer Erkenntnis des Gesetzeszwecks kann an der bisherigen Rechtsprechung (E. 3) nicht festgehalten werden, soweit sie eine Kürzung wegen Überentschädigung vorsieht (zu den Voraussetzungen für eine Änderung der Rechtsprechung: BGE 148 V 84 E. 7.1.1; 147 V 342 E. 5.5.1; 146 I 105 E. 5.2.2; 145 V 50 E. 4.3.1; 141 II 297 E. 5.5.1; 140 V 538 E. 4.5).

12.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin unabhängig vom Bezug von Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung Pflegebeiträge nach Art. 25a KVG und Art. 7 KLV auszurichten.

13.

13.1. Die unterliegende Beschwerdegegnerin trägt die Gerichtskosten (Art. 66 Abs. 1 BGG). Da die Beschwerdeführerin durch den Leiter Rechtsdienst der Stiftung C. nichtanwaltschaftlich vertreten ist, hat ihr die Beschwerdegegnerin eine reduzierte Parteientschädigung auszurichten (Art. 68 BGG; Art. 9 des Reglements vom 31. März 2006 über die Parteientschädigung und die Entschädigung für die amtliche Vertretung im Verfahren vor dem Bundesgericht [SR 173.110.210.3]; vgl. Urteil 8C_450/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 7 mit Hinweisen).

13.2. Zur Neuverlegung der Parteientschädigung des vorangegangenen Verfahrens ist die Sache an das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau zurückzuweisen (Art. 68 Abs. 5 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

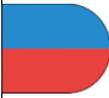
- 1.**
Die Beschwerde wird gutgeheissen. Der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau vom 24. August 2022 und der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 12. März 2021 werden aufgehoben.
- 2.**
Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.
- 3.**
Die Beschwerdegegnerin entschädigt die Beschwerdeführerin für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 1'500.-.
- 4.**
Die Sache wird zur Neuverlegung der Parteientschädigung des vorangegangenen Verfahrens an das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau zurückgewiesen.
- 5.**
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Décembre 2024 : réponse des cantons de l'alliance intercantonale à 4 questions de la RTS pour un reportage
 Engagement de personnes proches aidantes par une organisation d'aide et de soins (OSAD) : travail rémunéré (à travers la LAMal en application de l'article 7 OPAS) pour prendre soin de son proche aidé

<p>Canton</p>  <p>Genève</p> <p>Véronique Petoud</p>	<p>Question 1 Combien d'entreprises/organisations emploient des proches aidants dans le canton de en 2024 ? Et quels sont les chiffres des années précédentes ?</p>	<p>Question 2 et 3 Combien de proche aidant sont-ils employés par des entreprises/organisations dans le canton de XXXX en 2024 ? Et quels sont les chiffres des années précédentes ? Est-il possible d'obtenir une liste des entreprises/organisations autorisées dans le canton?</p>	<p>Question 4 Dans deux interpellations, des parlementaires fédéraux (24.4058 / 23.3191), craignent que ces entreprises encassent une trop grosse marge, sur le dos des assurés (ex : un proche aidant rémunéré 30 à 35 CHF alors que la Confédération rembourse 54.60 CHF à l'entreprise). Avez-vous un contrôle/des rapports à ce sujet ?</p>
<p>Actuellement et à la connaissance du service cantonal des seniors et de la proche aide, seules deux organisations d'aide et de soins à domicile (OSAD) se sont annoncées comme employant des proches aidants. Les OSAD sont des institutions de santé délivrant des soins à domicile, obligatoirement prescrits par le médecin traitant. Il est essentiel de souligner une distinction majeure : la base légale permettant de rémunérer les proches aidants via une OSAD se limite strictement aux soins de base prescrits par une ordonnance médicale. Toute autre forme d'accompagnement non prescrite par un médecin est exclue du champ de rémunération. Cela crée une disproportion notable, car l'aide et la présence offertes par les proches aidants couvrent bien souvent des besoins plus vastes que les seuls soins de base. Ce cadre exclut également les mineurs, qui ne peuvent être rémunérés même lorsqu'ils prennent en charge un parent, un frère ou une sœur en tant que proches aidants. La nouvelle pratique de certaines OSAD de vouloir rémunérer les proches aidant doit être encadrée pour assurer des soins de qualité et que ces entreprises, parfois à but lucratif, restent dans le périmètre d'efficacité et d'économies prévu par la LAMal.</p> <p>Par ailleurs, le canton de Genève considère que les moyens de répit sont plus efficaces pour prévenir l'épuisement des proches aidants qu'une rémunération, qui ne supprime pas la fatigue. Dans cette optique, Genève travaille à définir et instaurer un statut cantonal pour les proches aidants, assorti d'aides directes.</p> <p>Enfin, il est essentiel de veiller à ce que la rémunération par une OSAD ne fragilise pas les familles précaires en leur faisant perdre l'accès à des prestations complémentaires ou à d'autres formes de soutien.</p>	<p>Les OSAD doivent respecter les mêmes exigences d'encadrement et de formation pour toutes les personnes qu'elles rémunèrent dans le cadre des prestations à charge de la LAMal.</p> <p>La notion de proche aidant n'est pas définie dans ce contexte.</p> <p>L'office cantonal de la santé (OCS), rattaché au département de la santé et des mobilités (DSC) est compétent pour cette question. La liste des OSAD autorisées dans le canton de Genève se trouve sur https://www.ge.ch/document/aide-soins-domicile-liste-osad.</p>	<p>Les tarifs des soins à domicile à charge de la LAMal sont fixés de manière uniforme au niveau fédéral dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, art. 7a). De ce fait, l'office cantonal de la santé (OCS) ne contrôle le financement des prestations des OSAD que dans le cadre du complément de financement assuré par l'Etat.</p> <p>En revanche l'OCS n'intervient pas dans la gestion de la comptabilité interne de chaque OSAD ni dans les liens contractuels avec leur personnel.</p>	

 <p>Jura Guillaume Christe</p>	<p>Aucune entreprise, ni organisation de soins et d'aide à domicile (OSAD) employant des proches aidants n'a été autorisée sur le territoire jurassien jusqu'à ce jour. Des demandes d'autorisations ont été déposées et sont en cours d'instruction. Pour ces raisons, nous ne pouvons pas vous fournir de liste.</p>		<p>En sus de l'aspect financier mis en évidence par les élus fédéraux, l'engagement des proches en tant que soignants soulève d'autres questions, y compris d'ordre éthique, qui n'ont pas été traitées au niveau fédéral :</p> <p>Le « cadrage » d'une telle activité au sens de la Loi sur le travail (L.Tr) pose de nombreux questionnements en raison de la spécificité de l'engagement des proches aidants et de leurs trajectoires de vies singulières. Comment dès lors régler les aspects liés aux horaires, à la durée de repos, des congés, des conditions et durée du travail supplémentaire, du travail de nuit, du travail continu ?</p> <p>Nous identifions un risque de surfacturation, compte tenu du lien de proximité entre le soignant (proche aidant) et le soigné (patient). L'engagement du proche aidant au quotidien et dans la durée est difficilement limitable en termes de durée de travail (horaires/congés etc.)</p> <p>En cas de litiges entre le soignant (proche aidant) et le soigné (patient) ou de mécontentement, comment ceux-ci seront-ils réglés compte tenu du lien familial ou de proximité entre le soignant et le soigné ?</p> <p>Dans la plupart des cas, ces entreprises (OSAD) facturent leur propre formation aux proches aidants (remboursable à certaines conditions).</p>
 <p>Neuchâtel Angelica Torres</p>	<p>Le canton de Neuchâtel compte actuellement deux organisations de soins à domicile (OSAD) de ce type : AsFam SA, dont le siège est à Kloten, est une entreprise, dont le concept est entièrement tourné vers l'emploi de proches aidants. Solicare SA, établie dans le canton de Zoug. AsFam SA ou Solicare SA sont des OSAD déjà autorisées dans d'autres cantons. A ce titre, la loi sur le marché intérieur (LMI) fait foi. Cette loi prévoit que toute personne a le droit d'offrir des marchandises, des services et des prestations de travail sur tout le territoire suisse pour autant que l'exercice de cette activité lucrative soit licite dans le canton où la commune où elle a son siège ou son établissement. Autrement dit, si une OSAD est déjà au bénéfice d'une autorisation d'exploiter dans son canton, elle peut demander une autorisation d'exploiter dans d'autres cantons, qui ne peuvent par conséquent pas s'opposer à délivrer une autorisation d'exploiter.</p>	<p>Ces données ne sont pas de la compétence du Canton. Pour tout complément d'information, nous vous suggérons de prendre directement contact avec les OSAD concernées.</p>	<p>Dans le canton de Neuchâtel, les OSAD employant les proches aidants ne sont pas éligibles à la part cantonale, conformément à l'article 28 de la Loi sur le marché intérieur (LMI) du 28 avril 2023. Les assureurs ont déjà néanmoins informé que des hausses significatives de coûts de la santé sont précisément issues de ce type d'organisations.</p>
 <p>LIBERTÉ ET PATRIE Vaud Mercedes Pône</p>	<p>A l'heure actuelle, il n'y a pas de base légale dans le Canton de Vaud qui permettrait d'autoriser des organisations de soins à domicile ou entreprises à employer des proches aidants. Le DSAS ne dispose donc pas de liste ni de chiffres. Des demandes d'autorisation ont toutefois été déposées et sont en cours d'instruction.</p> <p>A noter que le Canton de Vaud a mis en place des mesures pour soutenir les proches aidants, dont la contribution est essentielle, ainsi que pour les aider à préserver leur santé (voir page sur le site du Canton). Des aides financières cantonales ou fédérales, dont vous trouverez la liste sur le site du Canton de Vaud, peuvent servir à dédommager financièrement les aides apportées par des personnes privées, y compris des proches. Des solutions de relève, de répit ou de soutien psychologique sont également proposées.</p>		<p>Comme indiqué ci-dessus, il n'y a actuellement pas d'entreprise autorisée à employer des proches aidants dans le Canton de Vaud.</p> <p>A noter que le montant que vous mentionnez (52,60 CH) est le coût remboursé par la LAMAL, auquel il faut ajouter la part de l'éventuel financement résiduel pris en charge par le canton dans lequel sont réalisés ces soins. Certains cantons - p.ex. NE ou VS - prévoient que le financement résiduel dans de tels cas est fixé à 0.-. Ce coût est couvert par heure de prise en charge. Dans certains cantons, un forfait journalier est versé pour les soins à</p>

	<p>Enfin, pour aider les proches-aidants à concilier leur activité professionnelle et la prise en charge de proches, une nouvelle loi fédérale, entrée en vigueur en 2021, instaure une courte durée (de 10 jours par an, 3 jours par cas au maximum) pour la prise en charge de proches et un congé de plus longue durée (14 semaines) pour la prise en charge d'enfant gravement atteint dans sa santé (maladie ou accident). Fiche explicative</p>	<p>domicile, payé directement par la personne qui les reçoit. Au bout du compte, la marge d'une entreprise employant un proche aidant doit donc se calculer en tenant compte de ces éventuels montants (et non sur la seule part LA/Ma). Assurément, si ces chiffres devaient être vérifiés, l'existence d'une telle marge financée par une assurance sociale et les cantons poserait problème. Par ailleurs, l'encadrement de ce type d'activités pose plusieurs questions, notamment en matière de conditions de travail et de respect du code des obligations ou des conventions collectives de travail qui régulent ces secteurs d'activité. Ainsi, pour ne prendre que quelques exemples, il faut pouvoir s'assurer que les périodes de repos nécessaires, les congés, les heures supplémentaires et le travail de nuit respectent le cadre applicable par les organisations d'aide et soins à domicile. Ces contrôles sont difficiles à réaliser dans le contexte de l'engagement de proches-aidants, en raison de la proximité, affective et physique, avec la personne soignée.</p>
 <p>Fribourg Judith Kamenzind</p>	<p>Actuellement, il y a deux organisations de soins et d'aide à domicile (OSAD) engageant exclusivement des proches aidants, tout comme en 2023. Certaines OSAD privées « classiques » ont également commencé à engager occasionnellement des proches aidants ou ont l'intention de le faire.</p>	<p>Il s'agit d'AsFam et de Solicare. Une demande d'autorisation d'une autre OSAD (elle également déjà autorisée dans plusieurs cantons) est en cours de traitement. Le Conseil d'Etat a traité cette thématique dans sa réponse à la question 2024-GC-30.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Votre canton offre des indemnités forfaitaires. Peuvent-elles, elles aussi, transiter par des intermédiaires ou entreprises qui feraient l'intermédiaire vers le proche aidant ? <p>Les indemnités forfaitaires (IF) sont octroyées par les associations de communes et versées directement au proche aidant qui en a fait la demande. A noter que certaines associations de communes ont modifié leurs règlements dans le sens que l'IF ne peut pas être cumulée avec le salaire touché en tant qu'employé-e d'une OSAD (cf. à ce sujet la motion 2023-GC-198 – retirée le 1er juillet 2024 – et la motion 2024-GC-162 déposée le 16 juin 2024).</p>
 <p>Valais Séverine Massy Sarah Tacchini</p>	<p>A préciser aussi que le canton du Valais a prévu prochainement un projet pilote visant l'engagement de proches aidants par des CMS. Ce projet, limité en volume, en durée et géographiquement, vise à soutenir les proches aidants en collaboration avec les CMS du Bas-Valais et du Haut-Valais, ainsi que les médecins de famille. A la fin de cette phase pilote, le Canton analysera les résultats pour décider si le modèle doit être poursuivi, ajusté ou arrêté.</p>	<p>En ce qui concerne le financement, le canton veille à ce que les contributions résiduelles versées par les pouvoirs publics ne soient pas excessives. Nous calculons le coût d'heure de soins à domicile. Pour les soins de base dispensés par les proches aidants, ce coût est inférieur aux Fr. 52.60 accordés par les caisses maladie. Ainsi, aucune contribution résiduelle des pouvoirs publics n'est accordée en Valais aux organisations de soins et d'aide à domicile pour les soins dispensés par les proches aidants. Autrement dit, l'organisation ne touche que les Fr. 52.60 de l'heure des caisses maladie, sans complément.</p> <p>Nous n'avons toutefois pas accès aux données comptables des OSAD et ne pouvons donc pas connaître les marges encaissées par ces institutions.</p>

 <p>Tessin</p>	<p>Le canton n'a pas été sollicité pour le reportage RTS</p>
 <p>Grisons</p> <p>Christiane Eggert</p>	<p>Le canton n'a pas été sollicité pour le reportage RTS</p>
 <p>Berne</p> <p>Naomi Brunner</p>	<p>Le canton n'a pas été sollicité pour le reportage RTS</p>

2023



Catalogue des actes selon
l'ASSASD

Panier Medlink

Introduction	5
Légende	6
Description de chaque prestation individuelle	7
10101-10115 Hygiène et confort	7
10101- C Toilette complète au lit	7
10102- C Toilette complète dans bain/douche/au lavabo	7
10103- C Toilette partielle au lit (y.c. toilette intime)	7
10104- C Toilette partielle au lavabo (y.c. toilette intime)	8
10105- C Toilette intime au lit ou au lavabo	8
10106- C Rasage (combiné avec toilette complète ou partielle)	8
10107- C Laver les cheveux	8
10108- C Soins des ongles (mains)	8
10109- C Soins des ongles (pieds)	8
10110- B Soins des ongles (pieds chez diabétique)	9
10112- C Brosser les dents	9
10113- C Hygiène buccale (ex. des situations palliatifs)	9
10114- C Aider à l'habillage/déshabillage	9
10115- C Bas/bandages de compression	9
10201-10207 Respiration	10
10201- B Exercices respiratoires/aide pour expectorer	10
10202- B Inhalation/aérosol (préparation)	10
10203- B Inhalation/aérosol (présence constante)	10
10204- B Oxygénothérapie	10
10205- B Aspiration des sécrétions	10
10206- B Soins de trachéotomie	11
10301-10306 Alimentation / diètes	12
10301- C Aider à boire	12
10302- C Aider à manger/à s'alimenter	12
10304- B Alimentation par sonde	12
10305- B Pose de sonde gastrique	12
10306- B Soins de gastrostomie (sonde PEG)	12
10401-10421 Elimination	13
10401- C Bassin/vase	13
10402- C Urinal	13
10403- B Stimulation manuelle de la vessie	13

10404- B Lavage de la vessie	13
10405- B Soins d'urostomie / nephrostomie	14
10406- B Soins/entretien de la sonde vésicale.....	14
10407- B Pose de sonde vésicale (à demeure ou non).....	14
10408- B Enlever la sonde à demeure.....	14
10409- B Pose de sonde rectale (gaz).....	14
10410- B Petit lavement (Practokliss)	15
10411- B Lavement.....	15
10412- B Extraction manuelle de selles.....	15
10413- C Mettre des protections/ajuster l'urinal	15
10414- B Vider la poche de stomie.....	15
10415- B Soins de stomie	16
10417- B Lavement/lavage de stomie.....	16
10418- B Bilan hydrique 24h	16
10419- C Accompagner aux WC	16
10420- B dialyse péritonéale.....	16
10501-10508 Mobilisation	17
10501- C Installer la cliente dans le lit.....	17
10502- C Installer la cliente dans le lit, y.c. faire le lit/ changer la literie.....	17
10503- C Lever/coucher avec aide	17
10504- C Lever/coucher avec élévateur ou 2 personnes	18
10505- C Aide à la marche.....	18
10506- C Mobilisation active/passive.....	18
10508- C Mettre/enlever les aides techniques	18
10601-10618 Thérapies	19
10601- B Préparer les médicaments	19
10602- B Donner les médicaments	19
10603- B Administrer les médicaments (s.c. ou i.m.).....	19
10604- B Administrer les médicaments (i.v.)	19
10605- B Médication i.v. par le biais du robinet à trois voies	19
10606- B Perfusion avec ponction veineuse	20
10607- B Médication i.v. par cathéter veineux, incl. Port-a-Cath	20
10608- B Présence pour thérapie par perfusion	20
10609- B Visite pour contrôle de perfusion	20
10610- B Transfusion sanguine	21

10612- B Pose de voie veineuse	21
10613- B Rinçage de cathéter type Hickman/Port-a-Cath	21
10614- B s.c. Thérapie par pompe ou perfusion s.c	21
10615- B Bain médicamenteux/cataplasme	22
10616- C Massages/autres traitements préventifs d'escarres.....	22
10617- B Autres massages/frictions (sur prescription)	22
10618- B Collyre.....	22
10701-10704 Pansements et matériel	23
10701- B Petit pansement	23
10702- B Pansement moyen	23
10703- B Grand pansement.....	23
10801-10812 Mesures diagnostiques	24
10801- B Contrôle de santé (paramètres vitaux)	24
10802- B Prise de tension artérielle	24
10803- B Contrôle du pouls	24
10804- B Observation/contrôle de la respiration	24
10805- B Prise de la température.....	24
10806- B Contrôle du poids	24
10808- B Ponction capillaire pour contrôle de la glycémie.....	24
10809- B Ponction veineuse	24
10810- B Prise de sang par cathéter veineux central/ port-a-cath	25
10811- B Récolte de sécrétion pour analyse	25
10812- B Culture d'urine	25
10901-10907 Évaluation, coordination	26
10901- A Première évaluation.....	26
10902- A Réévaluation	26
10904- A Etablir un plan d'intervention pour les soins (1ère fois).....	26
10906- A Bilan d'évolution de l'état de santé	26
10907- A Consultation entre le médecin traitant et le service à domicile au sujet de l'évaluation de la cliente 26	
B 10909-10911 Instruction, prévention, conseils, accompagnement	27
10909- A Instructions/conseils au sujet des soins.....	27
10912- A Coordination	27
10999 Autres prestations de soins et de soutien Temps : selon besoin.....	27
10999.1- C Etablir la relation, informer, motiver (soins de base).....	27

10999.3- B	Etablir la relation, informer, motiver (examen et traitement).....	27
10999-a	Prestations soins (A)	27
10999-a 001	Colloque de réseau	27
10999-a 002	Identification des symptômes	27
10999-b	Prestations soins (B)	27
10999-b.003	Contrôler et documenter les résultats de glycémie	27
10999-c	Prestations soins (C)	27
10999-c.001	Soins des ongles des mains.....	27
10999-c.002	Soins des ongles.....	27
10999-c.003	Donner les médicaments per os, sur délégation infirmière.....	27
10999-c.004	Collyre sur délégation infirmière.....	27
10999-c.005	Contrôle du poids sur délégation de l'infirmière.....	27

Introduction

Pourquoi un catalogue des prestations spécifiques à la CSI ?

La nécessité d'utiliser un catalogue des prestations contenant des normes de temps lors de l'évaluation des besoins de la cliente répond aux exigences de prospective d'intervention dépassant 60 heures par trimestre (LAMal art. 8a, §3). Le catalogue des prestations repose sur l'art. 7, al. 2 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, un examen élargi et un récapitulatif des instruments existants qui contiennent les valeurs temporelles standard pour chaque prestation. Le catalogue des prestations est un instrument accepté par les assureurs-maladie.

Ce catalogue spécifique contient uniquement les actes référencés dans la version Medlink de la CSI. Il est proposé en version numérique pour correspondre aux évolutions de vos pratiques mais peut être imprimé par vos soins. Cette numérisation permet une mise à jour régulière des informations.

Objectif des descriptions individuelles de chaque prestation

L'objectif de ces descriptions est d'expliquer de quelles sous-prestations se compose une prestation complète et ainsi de justifier la norme de temps qui lui est associée. A cet effet, les prestations d'aide et de soins sont décrites. Ces descriptions ne doivent cependant pas être comprises comme des instructions obligatoires ou des standards impératifs lors de l'exécution de la prestation. Elles doivent plutôt être considérées comme des références dont il conviendra cependant de justifier les écarts.

Utilisation des normes de temps pour chaque prestation

Les normes sont données en minutes. Ces standards doivent permettre d'établir le temps qui sera nécessaire à l'accomplissement de l'intervention du service chez chaque cliente (budget-temps prospectif). Si les collaboratrices du service sont d'avis que ces standards de temps ne conviennent pas dans la situation d'une cliente particulière, cela doit provoquer chez elles une interrogation du type : pourquoi, dans cette situation particulière, la norme de temps n'est-elle pas réaliste ? Après avoir répondu à cette question, les infirmier/ères pourront modifier la norme de temps et l'adapter à la situation concrète envisagée. Toute modification des normes de temps inscrites dans le catalogue doit donc pouvoir être justifiée.

Utilisation des descriptions des prestations

Les descriptions doivent être considérées comme un dictionnaire à consulter lorsqu'on souhaite vérifier ce que l'on fait. On s'y référera notamment lorsque, lors du remplissage du panier des actes Medlink et du calcul prospectif du temps d'intervention, on veut vérifier si une prestation est déjà incluse comme partie d'une autre prestation.

Prémices valables pour toutes les prestations

Pour chaque prestation particulière, il existe des sous-prestations générales qui font partie intégrante de toute intervention et qui, dès lors, ne seront pas spécifiquement rappelées afin de ne pas alourdir les descriptions. Ce sont :

- Salutations et formules de politesse à l'arrivée et au départ de chez la cliente, information, encourager la cliente, instaurer/maintenir une bonne relation avec la cliente ;
- Préparation du matériel (appareils et matériel de soins) ;
- Se laver les mains avant/après la prestation ;
- Observation attentive de l'état de la cliente ;
- Nettoyer le matériel et les appareils utilisés, les ranger prêts à l'emploi ou les éliminer de façon écologique selon les règles d'élimination des déchets en vigueur.

Légende

Catégorie de facturation :

- **A** = Evaluation, conseil et coordination
- **B** = Examen et traitement sur mandat médical
- **C** = Soins de Base délégués aux auxiliaires santé selon la complexité et stabilité de la situation clinique du patient

Description de chaque prestation individuelle

10101-10115 Hygiène et confort

Attention : certains actes ne sont pas cumulables. Privilégiez l'ajustement des temps ASSASD plutôt que le cumul de plusieurs actes si vous avez besoin de temps supplémentaire pour la réalisation de l'acte standardisé.

10101- C Toilette complète au lit

Temps: 40

- Préparer le lit et enlever la chemise de nuit
- Laver la cliente et la sécher
- Appliquer une lotion protectrice de la peau au besoin
- Habiller la cliente
- Peigner/brosser les cheveux
- Refaire le lit (changer la literie si nécessaire)
- Réinstaller la cliente dans son lit

10102- C Toilette complète dans bain/douche/au lavabo

Temps: 40

- Accompagner ou transférer (fauteuil roulant) la cliente à la salle de bain
- Déshabiller la cliente
- Faire entrer la cliente dans la baignoire/douche ou l'installer devant le lavabo
- Laver la cliente
- Faire sortir la cliente de la baignoire (douche)
- Sécher la cliente
- Soigner sa peau, appliquer une lotion
- Habiller et peigner/coiffer la cliente
- Transférer la cliente hors de la salle de bain
- Nettoyer la baignoire/douche

10103- C Toilette partielle au lit (y.c. toilette intime)

Temps: 20

- Préparer le lit et enlever la chemise de nuit
- Laver les parties du corps choisies et les sécher
- Toilette intime
- Soigner sa peau, appliquer une lotion au besoin
- Habiller la cliente
- Peigner/coiffer la cliente
- Refaire le lit (changer la literie si nécessaire)

- 10104- C Toilette partielle au lavabo (y.c. toilette intime) Temps: 26**
- Aider la cliente à s'installer devant le lavabo
 - Laver les parties du corps choisies et les sécher
 - Toilette intime
 - Soigner sa peau, appliquer une lotion au besoin
 - Peigner/coiffer la cliente
 - La rhabiller
 - L'accompagner hors de la salle de bain et la réinstaller confortablement
- 10105- C Toilette intime au lit ou au lavabo Temps: 15**
- Protéger le lit et les habits/chemise de nuit
 - Enlever les protections (urinal, couches, etc.)
 - Faire la toilette intime
 - Soigner la peau, appliquer une lotion au besoin
 - Remettre les moyens de protection
 - Rhabiller les parties intimes et réinstaller la cliente confortablement
 - Changer la literie (au besoin)
- 10106- C Rasage (combiné avec toilette complète ou partielle) Temps: 10**
- Raser à sec ou avec crème
 - Soigner la peau, appliquer une lotion
- 10107- C Laver les cheveux Temps: 15**
- Préparer la cliente dans son lit ou devant le lavabo
 - Laver les cheveux
 - Appliquer une lotion capillaire, frictionner et sécher (au besoin)
 - Sécher avec sèche-cheveux
 - Peigner/coiffer
 - Accompagner la cliente hors de la salle de bain et la réinstaller confortablement (au besoin)
- 10108- C Soins des ongles (mains) Temps: 15**
- Laver les mains de la cliente (au besoin)
 - Couper, nettoyer, limer les ongles
 - Désinfecter les ongles (au besoin)
 - Appliquer une lotion ou crème
- 10109- C Soins des ongles (pieds) Temps: 15**
- Laver les pieds de la cliente (au besoin)
 - Couper, nettoyer les ongles
 - Désinfecter les ongles
 - Appliquer une lotion ou crème

10110- B Soins des ongles (pieds chez diabétique) Temps: 20

- Laver les pieds de la cliente (au besoin)
- Couper, nettoyer les ongles
- Désinfecter les ongles
- Appliquer une lotion ou crème
- Contrôle de la peau des pieds et soins des éventuelles petites lésions

10112- C Brosser les dents Temps: 5

- Nettoyer les dents
- Nettoyer les prothèses (au besoin)

10113- C Hygiène buccale (ex. des situations palliatifs) Temps: 10

- Hygiène buccale pour cliente chez qui un brossage normal des dents est impossible
- Nettoyer les dents et la bouche
- Nettoyer les prothèses (au besoin)
- Humecter les muqueuses

10114- C Aider à l'habillage/déshabillage Temps: 15

- Préparer les habits
- Aider à l'habillage/déshabillage
- S'occuper des habits, les entretenir

10115- C Bas/bandages de compression Temps: 10

- Contrôle de la peau
- Mettre les bas ou bandages de compression
- Mettre les bas/pantalons

10201-10207 Respiration

Attention : certains actes ne sont pas cumulables. Privilégiez l'ajustement des temps ASSASD plutôt que le cumul de plusieurs actes si vous avez besoin de temps supplémentaire pour la réalisation de l'acte standardisé.

10201- B Exercices respiratoires/aide pour expectorer

Temps: 14

- Montrer à la cliente comment faire les exercices respiratoires
- Aider la cliente à tousser et expectorer ses sécrétions
- Extraire les sécrétions (au besoin)
- Montrer le fonctionnement et l'entretien de l'appareil
- Contrôle de la fréquence respiratoire et du mouvement de la cage thoracique

10202- B Inhalation/aérosol (préparation)

Temps: 5

- Remplir l'appareil avec le médicament
- Tester le fonctionnement de l'appareil
- Montrer le fonctionnement et l'entretien de l'appareil
- Veiller au contrôle et à l'entretien régulier de l'appareil

10203- B Inhalation/aérosol (présence constante)

Temps: 15

- Remplir l'appareil avec le médicament
- Tester le fonctionnement de l'appareil
- Montrer comment utiliser l'appareil et surveiller que l'inhalation se fait correctement
- Veiller au contrôle et à l'entretien régulier de l'appareil

10204- B Oxygénothérapie

Temps: 9

- Installer la bonbonne d'oxygène
- Brancher l'aquapack (barboteur)
- Contrôler le débit d'oxygène
- S'assurer qu'il n'y a pas de fuites
- Brancher la sonde ou le masque
- S'assurer que les voies respiratoires sont libres
- Poser la sonde/le masque
- Enclencher le débit (litres/minute)
- Vérifier l'arrivée d'oxygène

10205- B Aspiration des sécrétions

Temps: 15

- Installer l'aspirateur
- Vérifier son fonctionnement
- Mettre la cliente en position adéquate
- Mettre des gants
- Aspirer les sécrétions
- Vider l'aspirateur, le nettoyer et le préparer
- Jeter les sécrétions
- Veiller au contrôle et à l'entretien régulier de l'appareil

10206- B Soins de trachéotomie**Temps: 9**

- Mettre gants et masque de protection
- Enlever la canule
- Nettoyer/soigner la peau autour de la stomie
- Nettoyer la canule
- Remettre la canule et la fixer avec compresses et bandages

10301-10306 Alimentation / diètes

Attention : certains actes ne sont pas cumulables. Privilégiez l'ajustement des temps ASSASD plutôt que le cumul de plusieurs actes si vous avez besoin de temps supplémentaire pour la réalisation de l'acte standardisé.

10301- C Aider à boire

Temps: selon besoin

- Faire le bilan hydrique, évaluer.
- Faire le bilan des éliminations, évaluer.
- Instruire la cliente et son entourage sur l'importance d'une bonne hydratation

10302- C Aider à manger/à s'alimenter

Temps: selon besoin

- Encourager à manger/donner à manger.
- Laver les mains de la cliente/ rincer sa bouche.
- Instruire la cliente ou son entourage

10304- B Alimentation par sonde

Temps: 15

- Etablir les besoins en liquides et en nutriments par jour
- Préparer la solution nutritive
- Installer la cliente
- Vérifier que la sonde gastrique est en position correcte
- Connecter la solution nutritive à la sonde et régler la rapidité du débit, ou instiller la solution nutritive avec une seringue
- Rincer la sonde et la fermer
- Soigner l'orifice buccal et nasal
- Contrôler la fixation et la position de la sonde

10305- B Pose de sonde gastrique

Temps: 15

- Installer la cliente selon directives professionnelles
- Mettre des gants (selon directives du service)
- Mesurer la longueur de la sonde
- Introduire la sonde par le nez
- Vérifier que la sonde est bien dans l'estomac
- Fixer la sonde

10306- B Soins de gastrostomie (sonde PEG)

Temps: 20

- Installer la cliente
- Mettre des gants (selon directives du service)
- Enlever le pansement sale
- Soigner la peau autour de la stomie selon instructions du médecin
- Refaire le pansement

10401-10421 Elimination

Attention : certains actes ne sont pas cumulables. Privilégiez l'ajustement des temps ASSASD plutôt que le cumul de plusieurs actes si vous avez besoin de temps supplémentaire pour la réalisation de l'acte standardisé.

10401- C Bassin/vase

Temps: 8

- Préparation de la cliente (ôter les sous-vêtements)
- Mettre des gants
- Apporter, positionner, enlever et vider le bassin/vase
- Evaluer le contenu du bassin/vase
- Aider la cliente à se nettoyer

10402- C Urinal

Temps: 5

- Préparation de la cliente (ôter les sous-vêtements)
- Mettre des gants
- Apporter, positionner, enlever et vider l'urinal
- Evaluer le contenu de l'urinal
- Aider la cliente à se nettoyer

10403- B Stimulation manuelle de la vessie

Temps: 7

- Installer et préparer la cliente
- Mettre une protection sous la cliente, l'urinal ou le bassin de lit
- Percussion de la vessie jusqu'à son vidage complet
- Vider l'urinal ou le bassin de lit et enlever la protection

10404- B Lavage de la vessie

Temps: 15

- Préparation de la cliente (ôter les sous-vêtements)
- Mettre des gants
- Mettre une protection sous la cliente
- Enlever le sac d'urine ou ouvrir le bouchon de la sonde urinaire
- Chauffer le liquide de lavage à température corporelle
- Instiller
- Contrôle du liquide qui coule en retour (qualitatif et quantitatif)
- Remettre un sac d'urine ou fermer la sonde
- Contrôler que le sac d'urine est en position convenable
- Aider la cliente à se rhabiller

10405- B Soins d'urostomie / nephrostomie**Temps: 16**

- Installer la cliente
- Mettre une protection sous la cliente
- Mettre des gants
- Enlever le sac de stomie
- Nettoyer et sécher la peau autour de la stomie
- Appliquer des produits pour la peau, si indiqué
- Remettre un sac de stomie neuf

10406- B Soins/entretien de la sonde vésicale**Temps: 5**

- Contrôler la position de la sonde et le débit d'urine
- Contrôler la quantité et la qualité d'urine
- Mettre des gants
- Changer ou vider la poche d'urine

10407- B Pose de sonde vésicale (à demeure ou non)**Temps: 30**

- Installer la cliente
- Mettre une protection sous la cliente
- Mettre des gants
- Faire la toilette intime
- Poser la sonde (aseptique)
- Si sonde à demeure, la fixer
- Contrôler de l'écoulement
- Mettre la poche d'urine ou fermer la valve anti-reflex, ou enlever la sonde occasionnelle
- Assurer la transmission correcte de l'échantillon d'urine au cabinet médical ou au laboratoire

10408- B Enlever la sonde à demeure**Temps: 4**

- Installer la cliente
- Mettre une protection sous la cliente
- Mettre des gants
- Vider le ballon de la sonde à la seringue
- Retirer la sonde

10409- B Pose de sonde rectale (gaz)**Temps: 7**

- Installer la cliente
- Mettre une protection sous la cliente
- Mettre des gants
- Instruction/conseils à la cliente
- Introduire la sonde rectale
- Contrôler l'abdomen
- Enlever la sonde

10410- B Petit lavement (Practokliss)**Temps: 16**

- Installer la cliente
- Instruction/conseils à la cliente
- Mettre une protection sous la cliente
- Mettre des gants
- Chauffer le Practokliss à température corporelle
- Introduire le Practokliss
- Enlever la sonde

10411- B Lavement**Temps: 21**

- Installer la cliente
- Instruction/conseils à la cliente
- Chauffer la solution à température corporelle
- Mettre des gants
- Mettre une protection sous la cliente
- Poser la sonde rectale
- Introduire la solution de lavage
- Contrôler l'abdomen
- Enlever la sonde

10412- B Extraction manuelle de selles**Temps: 20**

- Une heure avant l'extraction, donner un suppositoire à la glycérine
- Installer la cliente
- Mettre une protection sous la cliente
- Mettre des gants
- Masser l'abdomen
- Extraire les selles
- Nettoyer la zone anale

10413- C Mettre des protections/ajuster l'urinal**Temps: 8**

- Installer la cliente
- Mettre des gants
- Enlever les protections usées ou l'urinal utilisé
- Mettre de nouvelles protections/ajuster l'urinal
- Instruction/conseils à la cliente

10414- B Vider la poche de stomie**Temps: 8**

- Installer la cliente
- Mettre des gants
- Enlever la poche de stomie
- Contrôler la peau
- Mettre une nouvelle poche

10415- B Soins de stomie**Temps: 15**

- Installer la cliente
- Mettre une protection sous la cliente
- Mettre des gants
- Enlever la poche de stomie
- Nettoyer et sécher la peau autour de la stomie
- Appliquer crème ou onguent
- Remettre la poche de stomie

10417- B Lavement/lavage de stomie**Temps: 20**

- Installer la cliente sur WC/chaise percée/bassin
- Mettre une protection sous la cliente
- Mettre des gants
- Enlever la poche de stomie
- S'assurer du bon état de la stomie
- Mettre en place le système de lavage et procéder au lavage
- Enlever le système de lavage
- Nettoyer et sécher la peau autour de la stomie
- Mettre une nouvelle poche de stomie

10418- B Bilan hydrique 24h**Temps: 4**

- Instruire la cliente sur la façon de procéder soi-même à un bilan hydrique de 24h
- Contrôler et vérifier les résultats
- Dépister les oedèmes et les documenter
- Informer le médecin

10419- C Accompagner aux WC**Temps: 10**

- Accompagner la cliente aux WC/l'installer sur la chaise percée
- Aider au déshabillage/rhabillage (au besoin)
- Convenir avec la cliente d'un signal d'appel et attendre
- Fournir le papier de toilette ou aider la cliente à se nettoyer (au besoin)
- Raccompagner la cliente à la chambre

10420- B dialyse péritonéale**Temps : selon besoin**Branchement :

- Branchement du cycleur ou du dialysat selon la norme.
- Injection de médicaments dans la poche de dialysat.
- Branchement du cycleur.
- Mise en route et contrôle du bon fonctionnement du traitement.

Débranchement :

- Débranchement du cycleur ou du dialysat.
- Prélèvement de matériel pour analyses au laboratoire.
- Surveillance clinique.
- Assurer le ravitaillement en matériel.

10501-10508 Mobilisation

Attention : certains actes ne sont pas cumulables. Privilégiez l'ajustement des temps ASSASD plutôt que le cumul de plusieurs actes si vous avez besoin de temps supplémentaire pour la réalisation de l'acte standardisé.

10501- C Installer la cliente dans le lit

Temps: 8

- Enlever du lit les aides techniques au confort
- Déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.)
- Installer la cliente
- Remettre les aides techniques au confort
- S'assurer que, dans la nouvelle position de la cliente, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement

10502- C Installer la cliente dans le lit, y.c. faire le lit/ changer la literie

Temps: 15

- Enlever du lit les aides techniques au confort
- Déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.)
- Changer la literie (au besoin), refaire le lit
- Installer la cliente
- Remettre les aides techniques au confort
- S'assurer que, dans la nouvelle position de la cliente, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement

10503- C Lever/coucher avec aide

Temps: 5

Description du lever

- Aide à la mobilisation passive au lit, gymnastique de lit passive (au besoin)
- Mettre à disposition les aides à la marche : déambulateur, béquilles, etc. (à l'exclusion des prothèses, voir 10509)
- Aide pour le transfert au fauteuil, fauteuil roulant
- Installer sur fauteuil/fauteuil roulant et contrôler la position
- Déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.)
- S'assurer que, dans la nouvelle position de la cliente, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement

Description du coucher

- Aide pour le transfert de retour au lit
- Déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.)
- Installer la cliente au lit (au besoin)
- S'assurer que, dans la nouvelle position de la cliente, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement

10504- C Lever/coucher avec élévateur ou 2 personnes**Temps: 10**Description du lever

- Aide à la mobilisation passive au lit, gymnastique de lit passive
- Mettre à disposition les aides à la marche : déambulateur, béquilles, etc.(à l'exclusion des prothèses, voir 10509)
- Aide pour le transfert avec élévateur ou 2 personnes au fauteuil, fauteuil roulant
- Installer sur fauteuil/fauteuil roulant et contrôler la position
- Déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.)
- S'assurer que, dans la nouvelle position de la cliente, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement

Description du coucher

- Transfert avec élévateur ou 2 personnes pour le retour au lit
- Déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.)
- Installer la cliente au lit
- S'assurer que, dans la nouvelle position de la cliente, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement

10505- C Aide à la marche**Temps: 8**

- Aider la cliente à se mettre debout
- Mettre à disposition les aides à la marche (déambulateur, béquilles, etc.) (à l'exclusion des prothèses, voir 10508)
- Contrôler la position de la cliente
- Déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.)
- Aide à la marche dans le logement (ou pour utiliser des escaliers si nécessaire)
- Aide pour se rasseoir au fauteuil ou se recoucher au lit
- S'assurer que, dans la nouvelle position de la cliente, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement

10506- C Mobilisation active/passive**Temps: 17**

- Exécuter les exercices de mobilisation active/ passive des membres et/ou des muscles, au moyen des aides techniques appropriées

10508- C Mettre/enlever les aides techniques**Temps: 10**Description de « mettre »

- Dêvétir la partie du corps concernée
- Ajuster l'aide technique (prothèse, orthèse, échelle, splint, etc.)
- Contrôler la position correcte et le bon fonctionnement de l'aide technique

Description de « enlever »

- Dêvétir la partie du corps concernée
- Enlever l'aide technique (prothèse, orthèse, échelle, splint, etc.)
- Contrôler le moignon et soigner la peau (si nécessaire)

10601-10618 Thérapies

Attention : certains actes ne sont pas cumulables. Privilégiez l'ajustement des temps ASSASD plutôt que le cumul de plusieurs actes si vous avez besoin de temps supplémentaire pour la réalisation de l'acte standardisé.

10601- B Préparer les médicaments

Temps : selon besoin

- Vérifier que les doses prescrites sont correctes et d'actualité
- Préparer les médicaments selon prescription du médecin d'une manière adéquate pour les besoins quotidiens ou hebdomadaires
- Assurer le ravitaillement en médicaments
- Au besoin, établir une liste d'approvisionnement de médicaments à l'intention du médecin ou du pharmacien
- S'assurer que la carte des médicaments est à jour

10602- B Donner les médicaments

Temps: 6

- Consulter la prescription médicale
- Donner les médicaments selon la prescription

10603- B Administrer les médicaments (s.c. ou i.m.)

Temps: 10

- Consulter la prescription médicale
- Au besoin, consulter le prospectus du médicament
- Préparer l'injection dans les règles de l'art
- Installer la cliente (au besoin)
- Injecter le médicament dans les règles de l'art
- Observer les réactions de la cliente

10604- B Administrer les médicaments (i.v.)

Temps: 20

- Consulter la prescription médicale
- Au besoin, consulter le prospectus du médicament
- Installer la cliente (au besoin)
- Préparer l'injection dans les règles de l'art
- Injecter le médicament par voie veineuse dans les règles de l'art
- Observer les réactions de la cliente

10605- B Médication i.v. par le biais du robinet à trois voies

Temps : 9

- Consulter la prescription médicale
- Au besoin, consulter le prospectus du médicament
- Préparer l'injection dans les règles de l'art
- Installer la cliente
- Contrôler le flux du robinet à trois voies
- Infuser le médicament dans les règles de l'art
- Observer les réactions de la cliente
- S'assurer du bon fonctionnement de la perfusion

10606- B Perfusion avec ponction veineuse**Temps: 20**

- Consulter la prescription médicale
- Au besoin, consulter le prospectus du médicament
- Préparer l'injection dans les règles de l'art
- Installer la canule de perfusion dans la veine
- Régler et observer la vitesse de la perfusion
- Fixer le cathéter veineux
- Contrôler à nouveau la vitesse de la perfusion
- Observer les réactions de la cliente

10607- B Médication i.v. par cathéter veineux, incl. Port-a-Cath**Temps: 15**

- Consulter la prescription médicale
- Au besoin, consulter le prospectus du médicament
- Préparer l'injection dans les règles de l'art
- Vérifier le retour sanguin du cathéter veineux
- Administrer le médicament dans les règles de l'art
- S'assurer que la cliente ne ressent pas d'inconfort
- Observer les réactions de la cliente
- Fermer ou retirer le cathéter

10608- B Présence pour thérapie par perfusion**Temps: 44**

- Consulter la prescription médicale
- Au besoin, consulter le prospectus du médicament
- Contrôler la perfusion
- Contrôler les signes vitaux et observer les réactions de la cliente
- Interrompre ou retirer la perfusion

10609- B Visite pour contrôle de perfusion**Temps: 12**

- Contrôler l'état général et les signes vitaux de la cliente
- S'informer auprès de la cliente ou de son entourage afin de savoir si la perfusion s'est bien déroulée
- Contrôler le retour sanguin comme preuve de la position correcte du cathéter dans la veine
- Contrôler la vitesse du débit de la perfusion
- Contrôler l'appareil de perfusion

10610- B Transfusion sanguine**Temps: 120**

- Contrôle du groupe sanguin avec deuxième contrôle par une collègue
- Consulter les prescriptions médicales et les indications du centre de transfusion ou du laboratoire
- Préparer le sachet de sang
- Pratiquer la ponction veineuse
- Relier l'appareil de transfusion à l'accès veineux
- Contrôler le débit sanguin
- Observer les réactions de la cliente
- Contrôler la position du bras
- S'occuper de la cliente pendant la transfusion
- Contrôle permanent des signes vitaux avant, pendant et après la transfusion
- Nettoyer l'endroit de la ponction après retrait de la transfusion, selon les règles de l'art
- Instruire la cliente sur le comportement à avoir lors d'effets secondaires (complications ultérieures)
- Documenter le n° de transfusion ainsi que l'état général de la cliente

10612- B Pose de voie veineuse**Temps: 12**

- Pose de voie veineuse périphérique à demeure /Butterfly, Venflon, canule, etc.) selon prescription
- Ponction veineuse et pose de l'aiguille, canule ou cathéter
- Fixer la canule et fermer l'orifice
- Information/conseils à la cliente

10613- B Rinçage de cathéter type Hickman/Port-a-Cath**Temps: 11**

- Installer la cliente après explications
- Rincer le cathéter selon instructions
- Inspecter la peau environnante et la soigner au besoin
- Information/conseils à la cliente

10614- B s.c. Thérapie par pompe ou perfusion s.c**Temps: 20**Description : thérapie par perfusion sous-cutanée

- Préparer la perfusion
- Au besoin, selon prescription médicale, ajouter un médicament favorisant la résorption
- Faire la ponction sous-cutanée et relier la perfusion
- Contrôler le débit de la perfusion
- Contrôler l'état général de la cliente– Information/conseils à la cliente et à l'entourage

Description : thérapie par pompe sous-cutanée

- Préparer la perfusion
- Faire la ponction sous-cutanée
- Fixer l'aiguille
- Relier le tuyau de la pompe à l'aiguille
- Régler les paramètres de la pompe selon les instructions du médecin
- Information/conseils à la cliente et à l'entourage

10615- B Bain médicinal/cataplasme **Temps: 30**

- Consulter l'ordonnance médicale
- Chauffer le bain/cataplasme à température souhaitée
- Installer la cliente ou appliquer le cataplasme
- Surveiller la cliente pendant le temps d'application
- Aider la cliente à se sécher et s'habiller

10616- C Massages/autres traitements préventifs d'escarres **Temps: 20**

- Dévêtir les parties du corps à masser.
- Appliquer la pommade et frictionner ou effectuer une autre mesure de prévention des escarres.
- Aider la cliente à se rhabiller.

10617- B Autres massages/frictions (sur prescription) **Temps: 20**

- Dévêtir les parties du corps à masser
- Appliquer la pommade et frictionner
- Aider la cliente à se rhabiller

10618- B Collyre **Temps: 10**

- Appliquer des collyres

10701-10704 Pansements et matériel

10701- B Petit pansement

Temps: 15

- Mettre des gants
- Préparer le matériel stérile et non stérile
- Préparer le champ stérile ou non stérile
- Enlever le pansement usé
- Nettoyer et désinfecter la plaie et la peau environnante
- Soigner la plaie selon prescription médicale
- Appliquer et fixer le nouveau pansement

10702- B Pansement moyen

Temps: 24

- Mettre des gants
- Préparer le matériel stérile et non stérile
- Préparer le champ stérile (au besoin)
- Enlever le pansement usé
- Nettoyer et désinfecter la plaie et la peau environnante
- Soigner la plaie selon prescription médicale
- Appliquer et fixer le nouveau pansement

10703- B Grand pansement

Temps: 40

- Mettre des gants
- Préparer le matériel stérile et non stérile
- Préparer le champ stérile (au besoin)
- Enlever le pansement usé
- Nettoyer et désinfecter la plaie et la peau environnante
- Soigner la plaie selon prescription médicale
- Appliquer et fixer le nouveau pansement

10801-10812 Mesures diagnostiques

Attention certains actes ne sont pas cumulables. Privilégiez l'ajustement des temps ASSASD plutôt que le cumul de plusieurs actes si vous avez besoin de temps supplémentaire pour la réalisation de l'acte standardisé.

10801- B Contrôle de santé (paramètres vitaux) Temps: 5

- Evaluer l'état général de la cliente
- Préparation de la cliente
- Mesurer, juger et documenter les paramètres vitaux (pression sanguine, pouls, respiration)

10802- B Prise de tension artérielle Temps: 5

- Préparation de la cliente
- Mesurer la pression artérielle et documenter le résultat de la mesure

10803- B Contrôle du pouls Temps: 5

- Contrôler le pouls et documenter le résultat de la mesure

10804- B Observation/contrôle de la respiration Temps: 5

- Compter les mouvements respiratoires par unité de temps, évaluer les caractéristiques de la respiration (fréquence, amplitude, bruits respiratoires) et documenter

10805- B Prise de la température Temps: 5

- Mesurer la température corporelle et documenter le résultat de la mesure

10806- B Contrôle du poids Temps: 5

- Peser la cliente, si possible au même moment de la journée et avec les mêmes habits
- Documenter les œdèmes

10808- B Ponction capillaire pour contrôle de la glycémie Temps: 10

- Préparer et effectuer la prise de sang capillaire
- Faire fonctionner le glucomètre selon les indications, ou s'assurer de la transmission correcte de l'échantillon de sang
- Documenter le résultat

10809- B Ponction veineuse Temps: 15

- Consulter la fiche du laboratoire
- Préparation du matériel de ponction et d'étiquetage
- Effectuer la ponction
- Prélever la quantité de sang nécessaire
- S'assurer de la transmission correcte de l'échantillon de sang

10810- B Prise de sang par cathéter veineux central/ port-a-cath**Temps: 10**

- Installer la cliente
- Consulter la fiche du laboratoire
- Préparation du matériel de ponction et d'étiquetage
- Prélever la quantité de sang nécessaire
- Relier de nouveau la perfusion au cathéter ou rincer le cathéter selon instructions
- Contrôler le débit de la perfusion
- S'assurer de la transmission correcte de l'échantillon de sang

10811- B Récolte de sécrétion pour analyse**Temps: 15**

- Préparation du matériel et de l'étiquetage
- Récolter la quantité de sécrétion nécessaire
- Ranger/éliminer le matériel utilisé
- S'assurer de la transmission correcte de l'échantillon de sécrétion

10812- B Culture d'urine**Temps: 10**

- Préparation du matériel et de l'étiquetage
- Récolter la quantité d'urine nécessaire selon les instructions
- Effectuer le test de glucose (au besoin)
- S'assurer de la transmission de l'échantillon d'urine (au besoin)

10901-10907 Évaluation, coordination

10901- A Première évaluation

Temps: 60

- Evaluation à l'aide des formulaires et outils standardisés d'évaluation
- Récolte supplémentaire de données relatives à l'anamnèse (si nécessaire et si la cliente a donné son accord).

10902- A Réévaluation

Temps: 60

- Evaluation à l'aide des formulaires et outils standardisés d'évaluation
- Evaluation ciblée à l'aide d'instruments évalués scientifiquement.
- Récolte supplémentaire de données relatives à l'anamnèse (si nécessaire et si la cliente a donné son accord).

10904- A Etablir un plan d'intervention pour les soins (1ère fois)

Temps: 30

- Ce point englobe l'analyse de la situation de la cliente sur la base de l'évaluation, la détermination des objectifs et des interventions d'aide et de soins qui sont nécessaires

10906- A Bilan d'évolution de l'état de santé

Temps: 15

- Quantification prospective de l'aide et des soins découlant de l'évaluation des besoins, à l'aide du catalogue des prestations.
- Préparer/ adapter la documentation pour accord du médecin traitant.
- Evaluer et adapter le plan de soins de manière continue.

10907- A Consultation entre le médecin traitant et le service à domicile au sujet de l'évaluation de la cliente

Temps: 11

- Informer le médecin traitant des conclusions et opinions du service au sujet de la cliente, afin d'assurer sa prise en charge et son traitement de façon interdisciplinaire
- Examiner la situation de la cliente avec le médecin
- Actualiser les prescriptions médicales

B 10909-10911 Instruction, prévention, conseils, accompagnement

10909- A Instructions/conseils au sujet des soins

Temps: 15

- Instructions/conseils à la cliente ou à ses proches en vue de l'acquisition de la capacité à accomplir certains soins (p.ex. faire un pansement, une injection du type Fraxiparine ou insuline pour diabétiques, des exercices respiratoires, les soins de stomie ou de cathéter, le contrôle des symptômes et leur documentation, etc.)
- Vérifier que ces instructions ont été comprises et correctement appliquées

10912- A Coordination

Temps : selon besoin

- Identification et évaluation des situations complexes et instables.
- Identification et détermination du rôle de coordination avec à un objectif défini.
- Coordination ciblée avec plusieurs personnes impliquées en dehors de sa propre organisation, visant à optimiser les soins et le traitement.
- Documentation des mesures fixées qui résultent de la coordination (par ex. procès-verbal des décisions).
- Plan de soin et mise en œuvre des mesures visant à éviter les complications.
- Monitoring de la coordination.

10999 Autres prestations de soins et de soutien

Temps : selon besoin

10999.1- C **Etablir la relation, informer, motiver (soins de base)**

10999.3- B **Etablir la relation, informer, motiver (examen et traitement)**

10999-a **Prestations soins (A)**

10999-a 001 **Colloque de réseau**

10999-a 002 **Identification des symptômes**

10999-b **Prestations soins (B)**

10999-b.003 **Contrôler et documenter les résultats de glycémie**
 (glycémie faite par le client)

10999-c **Prestations soins (C)**

10999-c.001 **Soins des ongles des mains** (personnes anti-coagulées)

10999-c.002 **Soins des ongles**
 (pieds chez les personnes anti-coagulées)

10999-c.003 **Donner les médicaments per os, sur délégation infirmière**

10999-c.004 **Collyre sur délégation infirmière**

10999-c.005 **Contrôle du poids sur délégation de l'infirmière**



Programme cantonal de soutien aux personnes proches aidantes

Audition à la Commission des affaires sociales du Canton de Genève

Dans le cadre des M 3061 et M 3062

11 février 2025



Quelques chiffres (ESS 2017/2022) Vaud

2017: 86'000 proches aidant.e.s soit 14% de la population

2022: 117'000 proches aidant.e.s soit 18 % de la population

**(aide apportée une fois par semaine ou plus), dont plus de 60% en
emploi**

En Suisse, 8% des enfants et adolescents aidants 10-15 ans

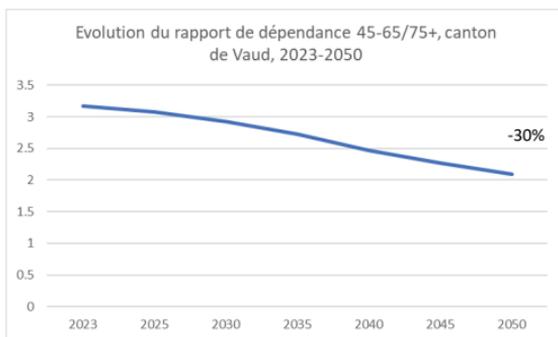
Rappel: contexte pandémie et proche aidance





Evolution du rapport de dépendance P45-65/P75

En 2023, il y a 3 personnes de 45-65 ans pour chaque personne 75+; en 2050, il n'y en aura plus que 2.



Source : Statvd – scénarios démographiques



Agenda politique du Canton de Vaud

www.vd.ch/proches-aidants





DSAS, après plus de 10 ans

- Objectif du programme cantonal:
 - Préserver la santé tout au long de la vie, l'intégration sociale et l'activité professionnelle des proches aidant-e-s
- Un-e proche aidant-e:
 - s'occupe de manière régulière (1 fois par semaine ou plus) d'un proche qui est malade, vieillissant, en fin de vie, en situation de handicap ou perte d'autonomie
 - Parcours de proche aidant-e: **½ s'épuise durant son parcours, 1/3 présente des problèmes de santé avant de recourir aux soutiens nécessaires**
- Plus de 50 partenaires
- Budget annuel de CHF 14 millions (2020)



CONTEXTE NATIONAL

- 2014: **Conseil fédéral**, [rapport soutien aux proches aidants.pdf](#)
- 2019: **CIPA**, création de la [communauté d'intérêt des proches aidants](#)
- 2020-2017: **OFSP**, [programme de promotion d'offres de décharge pour les proches aidant.e.s](#)
- 2021: **Conseil fédéral**, [entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale pour améliorer la conciliation](#)

En cours:

[23.3191 | La rémunération des soins de base aux proches sans formation spécifique se fait-elle au détriment de la qualité? | Objet | Le Parlement suisse \(parlament.ch\)](#)

[23.4333 | Définir un statut de proche aidant pour pouvoir développer une stratégie de soutien au niveau fédéral | Objet | Le Parlement suisse \(parlament.ch\)](#)

Différentes recherches en cours par exemple [CEOL CARE](#), [SCOHPICA](#)



Dispositif cantonal de soutien aux proches aidant.e.s Mise en œuvre et renforcement de prestations

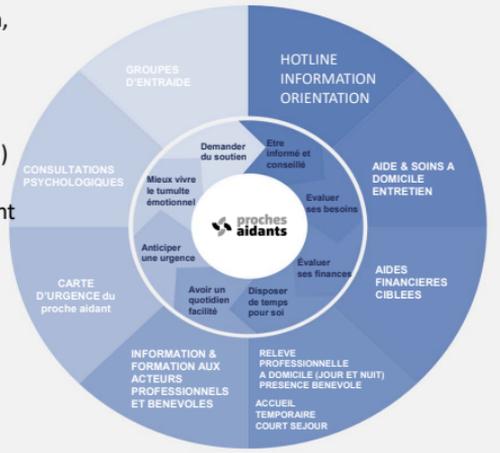
Espace Proches: information, orientation, soutien et sensibilisation (Hotline cantonale 0800 660 660 (appel gratuit)) – environ 1800 appels/an

Services de relève professionnelle: Pro Infirmis, Alzheimer, Pro-XY, (100'000h/an)

service de relève bénévole Croix Rouge
CMS: entretien d'évaluation proche aidant faite avec des professionnels Ressource (2700 PA suivis/an) , carte d'urgence du proche aidant (1000 cartes en cours)

Consultations psychologiques gratuites dans chaque région (2300 entretiens) : CHUV et Réseaux Santé

[Aides financières](#)



Focus -Espace Proches

- Ouverture 2014 et repositionnement de l'association dans le dispositif cantonal en 2023
- Mission renforcée, comité avec les partenaires clé du dispositif et domaine (Réseaux Santé, HES Santé-social, RH VD, relève pro (Alzh/PI/Pro-XY), LVC, Association de proches aidants, CHUV)
- Centre d'information, d'orientation et de soutien ayant mission aussi de sensibiliser les proches, le grand public et les professionnels, faire connaître le dispositif cantonal de soutien (JPA et journée réseau)
- Actuellement 2,9 EPT: direction, professionnels infirmier et assistants sociaux, chargée de com
- Subvention annuelle 2025 : CHF 686'000.-



Objets parlementaires 2018-2023

- [Motion Muriel Cuendet Schmidt \(20 MOT 126\)](#). **Pour un soutien renforcé aux proches aidant.e.s**: reconnaissance juridique (statut), carte de légitimation et l'accès à la relève de nuit à domicile
- [Postulat Claire Attinger \(18 POS 074\)](#). **Pour une politique de soutien financier en faveur des proches aidant.e.s** : mise en place d'une allocation perte de gain, mise en place d'une contribution d'assistante cantonale AI/AVS AI, et déduction fiscale forfaitaire.
- [Postulat Florence Gross \(18 POS 078\)](#). **Des mesures fiscales ciblées pour les proches aidant.e.s** : déductions fiscales, déductions forfaitaires en lien quotient familial, prise en compte des proches hors cercle familial
- [Postulat Jaccard \(23 POS 47\)](#)- **Enfants proches aidant.e.s pour une meilleure connaissance et compréhension de leur situation**: reconnaissance, actions de sensibilisation auprès des professionnels actions de prévention, entre autres.



2020-2021: Consultation (OP 18-20)

Le Conseil d'Etat lance une consultation du [Rapport Pour une reconnaissance des proches aidants \(2020\)](#), rédigé en réponse aux objets parlementaires 2018-2020

Consultation de 76 organismes sur:

- Principe de reconnaissance et de la légitimité du statut de proche aidant-e
- Développement d'une meilleure accessibilité à la relève de nuit à domicile
- Mise en place de soutiens financiers supplémentaires





2021-2026 Détermination du CE

CDSAS/DGCS (conférence de presse 14.10.21):

- Elaborer une nouvelle définition de proche aidant.e
- Créer un guide de bonnes pratiques pour le soutien aux proches aidant.e.s
- Définir un plan d'actions pour un statut cantonal de proche aidant.e
- Poursuivre les efforts d'information ciblée (promotion Hotline)
- Élaborer et tester une carte pour proche aidant dans le contexte de l'hôpital (projet CHUV)
- Améliorer l'accès aux prestations du dispositif cantonal de soutien et à la relève à domicile (mise en place d'une plateforme de coordination cantonale de la relève)
- Conduire d'un projet coaching emploi pour les proches aidant.e.s
- Mener une étude concernant les aides financières afin de cibler les modèles existants pertinents



En guise de conclusion

Concernant l'accès aux prestations en général

- Constats partagés
- Freins à l'accès par méconnaissance, ou/et réticences de plusieurs natures, liens entre des aides comme celles financières, multiples informations de diverses de plusieurs acteurs
- Effort sur:
 - l'information par divers canaux (brochure/site internet, Réseaux sociaux, campagnes de sensibilisation cantonale, intercantonale)
 - l'accès à l'information via Espace Proches, hotline et montée en puissance mission sensibilisation des professionnels
 - Les campagnes de sensibilisation cantonales et intercantionales
 - Les coordinations entre les acteurs : Commission consultative, Réseaux santé, coordination prestations comme la relève à dom, entre autres





Mercedes PÔNE
CHEFFE DE PROJET
Programme cantonal de soutien aux proches aidant.e.s

Département de la santé et de l'action sociale
Direction générale de la cohésion sociale
Direction de l'insertion et des solidarités
PÔLE PRÉVENTION ET SOLIDARITÉS
Av. des Casernes 2, 1014 Lausanne
+41 21 316 55 57
mercedes.pone@vd.ch
www.vd.ch/proches-aidants

VD.CH

Absente le mercredi



Complément d'information

Envoyé par l'OFAS, lors de la transmission des statistiques sur les API (04.03.2025)

« Malheureusement, nous ne disposons pas d'informations complémentaires sur les profils des bénéficiaires ; les chiffres que nous sommes en mesure de transmettre concernent les personnes qui perçoivent effectivement une allocation pour impotent (API). C'est pourquoi nous ne pouvons pas distinguer si le taux est bas parce que peu de personnes y ont droit ou parce que les personnes qui y ont droit ne perçoivent pas cette prestation. Les taux de perception ont tendance à être un peu plus élevés en Suisse latine, ce qui pourrait être le signe de différences culturelles.

Selon notre appréciation, les autres facteurs suivants peuvent contribuer aux différences entre les cantons :

- La structure d'âge de la population : les personnes âgées perçoivent plus souvent des allocations pour impotent.
- Le nombre de personnes (invalides et / ou âgées) en foyer : les foyers déposent pratiquement toujours une demande d'API (Cf. : Tableau de comparaison entre les taux d'API pour les personnes en foyer et à domicile).
- Le niveau de connaissance dans le canton de la prestation : par les médecins, les organisations d'aide aux personnes invalides, etc. »

Les données compilées dans les tableaux Excel sont disponibles dans leur intégralité aux liens suivants :

Allocations pour impotents de l'AI en décembre selon le canton, le degré d'impotence et le sexe

https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/fr/px-x-1305010000_033/px-x-1305010000_033/px-x-1305010000_033.px/

Allocations pour impotents de l'AI selon le canton et le degré d'impotence (enfants et adolescents)

https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/fr/px-x-1305010000_035/px-x-1305010000_035/px-x-1305010000_035.px/

Statistiques et complément d'information transmis par M. Luca Moretti (OFAS)

Allocations pour impotent de l'AI chez les enfants et les jeunes par unité d'observation, canton, degré d'impotence et année

2	Part de la population en %	Suisse	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
			1	Zürich	0.49	0.47	0.49	0.50	0.50	0.52	0.52	0.52	0.53	0.53	0.54	0.56	0.58	0.61
2	Berne	0.47	0.47	0.48	0.48	0.48	0.48	0.50	0.50	0.50	0.51	0.50	0.52	0.54	0.55	0.59	0.61	0.64
3	Lucerne	0.51	0.54	0.55	0.54	0.55	0.54	0.55	0.57	0.58	0.57	0.57	0.60	0.62	0.66	0.68	0.71	0.74
4	Uri	0.55	0.54	0.56	0.56	0.55	0.54	0.55	0.54	0.56	0.56	0.56	0.59	0.59	0.61	0.62	0.64	0.64
5	Schwyz	0.47	0.50	0.44	0.42	0.41	0.43	0.50	0.46	0.45	0.46	0.45	0.46	0.52	0.52	0.49	0.54	0.52
6	Obwald	0.47	0.46	0.46	0.50	0.49	0.48	0.49	0.48	0.49	0.48	0.51	0.51	0.49	0.56	0.57	0.61	0.60
7	Nidwald	0.77	0.75	0.76	0.77	0.76	0.79	0.76	0.79	0.70	0.68	0.64	0.67	0.71	0.65	0.66	0.67	0.69
8	Glaris	0.39	0.40	0.35	0.40	0.35	0.29	0.35	0.29	0.30	0.30	0.34	0.37	0.43	0.48	0.53	0.64	0.76
9	Zoug	0.48	0.48	0.48	0.48	0.52	0.58	0.56	0.53	0.50	0.54	0.50	0.54	0.57	0.59	0.64	0.70	0.87
10	Fribourg	0.43	0.43	0.45	0.43	0.45	0.45	0.45	0.45	0.43	0.42	0.42	0.42	0.43	0.42	0.40	0.47	0.45
11	Soleure	0.54	0.52	0.52	0.52	0.52	0.51	0.49	0.50	0.49	0.50	0.49	0.49	0.50	0.52	0.55	0.59	0.66
12	Basel-Ville	0.48	0.52	0.55	0.58	0.58	0.62	0.63	0.63	0.63	0.63	0.65	0.66	0.70	0.72	0.76	0.77	0.82
13	Basel-Campi	0.57	0.58	0.60	0.60	0.64	0.64	0.60	0.64	0.70	0.63	0.66	0.63	0.68	0.67	0.70	0.74	0.78
14	Schaffhouse	0.52	0.52	0.55	0.58	0.61	0.60	0.63	0.64	0.62	0.64	0.62	0.65	0.66	0.68	0.67	0.67	0.68
15	Appenzell Ri	0.50	0.50	0.49	0.48	0.45	0.46	0.45	0.46	0.45	0.46	0.46	0.48	0.48	0.47	0.52	0.56	0.62
16	Appenzell Rh	0.67	0.71	0.62	0.63	0.61	0.61	0.61	0.61	0.62	0.52	0.56	0.57	0.64	0.62	0.70	0.66	0.72
17	Saint-Gall	0.51	0.59	0.50	0.48	0.49	0.55	0.56	0.56	0.54	0.54	0.43	0.40	0.35	0.38	0.38	0.41	0.44
18	Grisons	0.58	0.56	0.55	0.53	0.55	0.54	0.55	0.55	0.55	0.55	0.57	0.60	0.61	0.63	0.64	0.66	0.69
19	Argovie	0.44	0.46	0.52	0.50	0.51	0.45	0.47	0.46	0.47	0.46	0.47	0.51	0.52	0.53	0.54	0.58	0.69
20	Thurgovie	0.50	0.50	0.52	0.50	0.49	0.51	0.50	0.49	0.49	0.50	0.51	0.54	0.56	0.57	0.57	0.62	0.65
21	Tessin	0.52	0.49	0.49	0.48	0.47	0.46	0.42	0.42	0.42	0.42	0.42	0.43	0.41	0.45	0.46	0.50	0.54
22	Vaud	0.54	0.53	0.55	0.56	0.58	0.59	0.56	0.58	0.58	0.58	0.59	0.61	0.63	0.70	0.77	0.86	0.94
23	Valais	0.46	0.47	0.49	0.49	0.51	0.50	0.52	0.56	0.59	0.61	0.61	0.61	0.66	0.75	0.80	0.82	0.88
24	Neuchâtel	0.47	0.48	0.47	0.47	0.51	0.55	0.59	0.62	0.65	0.68	0.68	0.69	0.69	0.73	0.80	0.88	0.90
25	Genève	0.40	0.42	0.46	0.48	0.49	0.51	0.54	0.54	0.54	0.54	0.52	0.54	0.55	0.57	0.65	0.67	0.72
26	Jura	0.29	0.31	0.34	0.35	0.38	0.41	0.42	0.44	0.44	0.44	0.47	0.49	0.51	0.53	0.57	0.62	0.66
		0.51	0.51	0.49	0.52	0.51	0.52	0.51	0.47	0.51	0.51	0.50	0.53	0.56	0.63	0.66	0.77	0.80

Allocations pour impotent de l'AI en décembre par unité d'observation, canton, degré d'impotence et année

2	Part de la population en %	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	0.70
	Suisse	0.61	0.62	0.63	0.64	0.64	0.64	0.65	0.65	0.66	0.66	0.67	0.67	0.68	0.69	0.69	0.69	0.70
1	Zurich	0.56	0.56	0.57	0.58	0.57	0.57	0.58	0.57	0.56	0.56	0.55	0.54	0.53	0.53	0.53	0.52	0.52
2	Berne	0.69	0.69	0.70	0.71	0.72	0.73	0.72	0.76	0.77	0.79	0.80	0.82	0.82	0.83	0.84	0.86	0.87
3	Lucerne	0.71	0.72	0.73	0.69	0.76	0.77	0.76	0.76	0.75	0.74	0.74	0.73	0.72	0.71	0.70	0.69	0.69
4	Uri	0.76	0.76	0.73	0.71	0.69	0.67	0.65	0.65	0.65	0.65	0.64	0.66	0.67	0.68	0.69	0.68	0.67
5	Schwyz	0.61	0.61	0.60	0.58	0.58	0.58	0.57	0.58	0.56	0.56	0.57	0.56	0.58	0.57	0.58	0.57	0.56
6	Obwald	0.81	0.81	0.78	0.80	0.77	0.80	0.81	0.81	0.79	0.81	0.82	0.82	0.84	0.83	0.82	0.83	0.86
7	Nidwald	0.60	0.61	0.60	0.62	0.63	0.63	0.64	0.62	0.59	0.64	0.63	0.62	0.67	0.65	0.63	0.65	0.62
8	Glaris	0.69	0.74	0.71	0.71	0.71	0.74	0.74	0.76	0.74	0.76	0.77	0.80	0.81	0.81	0.81	0.78	0.75
9	Zoug	0.51	0.52	0.50	0.50	0.52	0.51	0.50	0.50	0.51	0.52	0.52	0.51	0.52	0.50	0.53	0.51	0.51
10	Fribourg	0.70	0.70	0.70	0.70	0.70	0.68	0.69	0.69	0.70	0.69	0.70	0.70	0.70	0.71	0.70	0.71	0.71
11	Soleure	0.70	0.70	0.70	0.73	0.70	0.78	0.80	0.80	0.80	0.80	0.81	0.81	0.82	0.84	0.85	0.89	0.91
12	Basel/Ville	0.79	0.79	0.80	0.81	0.80	0.79	0.77	0.76	0.77	0.76	0.80	0.82	0.83	0.82	0.83	0.84	0.81
13	Basel/Campsa	0.73	0.75	0.75	0.74	0.76	0.74	0.75	0.76	0.76	0.77	0.78	0.79	0.82	0.84	0.85	0.88	0.89
14	Schaffhouse	0.74	0.73	0.73	0.74	0.76	0.74	0.74	0.74	0.75	0.72	0.71	0.72	0.73	0.75	0.76	0.75	0.75
15	Appenzell Rh	0.65	0.70	0.64	0.64	0.63	0.62	0.62	0.62	0.61	0.60	0.61	0.60	0.60	0.60	0.62	0.60	0.57
16	Appenzell Rh	0.62	0.59	0.62	0.66	0.66	0.66	0.69	0.72	0.71	0.71	0.67	0.65	0.65	0.65	0.62	0.66	0.64
17	Saint-Gall	0.56	0.58	0.57	0.59	0.59	0.59	0.59	0.59	0.59	0.60	0.61	0.62	0.62	0.61	0.62	0.62	0.63
18	Grisons	0.47	0.48	0.46	0.47	0.48	0.50	0.50	0.50	0.51	0.51	0.52	0.52	0.52	0.51	0.50	0.50	0.54
19	Argovie	0.58	0.57	0.58	0.60	0.58	0.58	0.58	0.58	0.58	0.59	0.60	0.61	0.63	0.63	0.65	0.65	0.66
20	Thurgovie	0.61	0.59	0.57	0.56	0.55	0.55	0.53	0.52	0.52	0.53	0.52	0.53	0.54	0.53	0.52	0.52	0.53
21	Tessin	0.61	0.60	0.63	0.65	0.64	0.65	0.64	0.67	0.70	0.72	0.76	0.78	0.81	0.83	0.88	0.91	0.94
22	Vaud	0.58	0.59	0.61	0.62	0.63	0.63	0.65	0.66	0.68	0.69	0.69	0.68	0.71	0.71	0.71	0.71	0.72
23	Valais	0.71	0.73	0.74	0.75	0.76	0.80	0.81	0.80	0.80	0.80	0.81	0.82	0.83	0.85	0.87	0.89	0.89
24	Neuchâtel	0.53	0.47	0.59	0.60	0.60	0.60	0.61	0.64	0.69	0.71	0.75	0.79	0.81	0.85	0.86	0.85	0.85
25	Geneve	0.44	0.45	0.47	0.50	0.52	0.55	0.57	0.59	0.60	0.60	0.61	0.62	0.64	0.64	0.64	0.64	0.63
26	Jura	0.94	0.92	0.96	0.98	0.98	0.96	0.96	0.96	0.97	0.95	0.97	0.98	0.99	0.97	1.03	1.03	1.04

Nombre d'API pour les personnes en foyer et à domicile par canton pour les années 2022 et 2023

1058	2022 En foyer	Argovie
94	2022 En foyer	Appenzell Rhodes-Extérieures
31	2022 En foyer	Appenzell Rhodes-Intérieures
546	2022 En foyer	Bâle-Campagne
353	2022 En foyer	Bâle-Ville
1818	2022 En foyer	Berne
388	2022 En foyer	Fribourg
566	2022 En foyer	Genève
81	2022 En foyer	Glaris
290	2022 En foyer	Grisons
120	2022 En foyer	Jura
690	2022 En foyer	Lucerne
246	2022 En foyer	Neuchâtel
56	2022 En foyer	Nidwald
49	2022 En foyer	Obwalden
144	2022 En foyer	Schaffhouse
211	2022 En foyer	Schwyz
440	2022 En foyer	Soleure
760	2022 En foyer	Saint-Gall
377	2022 En foyer	Thurgovie
380	2022 En foyer	Tessin
46	2022 En foyer	Uri
468	2022 En foyer	Valais
1027	2022 En foyer	Vaud
164	2022 En foyer	Zug
1959	2022 En foyer	Zurich
1835	2022 A domicile	Argovie
106	2022 A domicile	Appenzell Rhodes-Extérieures
34	2022 A domicile	Appenzell Rhodes-Intérieures
981	2022 A domicile	Bâle-Campagne
699	2022 A domicile	Bâle-Ville
3608	2022 A domicile	Berne
1090	2022 A domicile	Fribourg
1525	2022 A domicile	Genève
117	2022 A domicile	Glaris
331	2022 A domicile	Grisons
331	2022 A domicile	Jura
1153	2022 A domicile	Lucerne
673	2022 A domicile	Neuchâtel
120	2022 A domicile	Nidwald
146	2022 A domicile	Obwald
241	2022 A domicile	Schaffhouse
379	2022 A domicile	Schwyz
1101	2022 A domicile	Soleure
1251	2022 A domicile	Saint-Gall
559	2022 A domicile	Thurgovie
1562	2022 A domicile	Tessin
106	2022 A domicile	Uri
1480	2022 A domicile	Valais
2732	2022 A domicile	Vaud
259	2022 A domicile	Zug
3312	2022 A domicile	Zurich
1046	2023 En foyer	Argovie
92	2023 En foyer	Appenzell Rhodes-Extérieures
29	2023 En foyer	Appenzell Rhodes-Intérieures
537	2023 En foyer	Bâle-Campagne
332	2023 En foyer	Bâle-Ville
1788	2023 En foyer	Berne
385	2023 En foyer	Fribourg

568	2023 En foyer	Genève
77	2023 En foyer	Glaris
291	2023 En foyer	Grisons
116	2023 En foyer	Jura
683	2023 En foyer	Lucerne
238	2023 En foyer	Neuchâtel
56	2023 En foyer	Nidwald
51	2023 En foyer	Obwald
144	2023 En foyer	Schaffhouse
201	2023 En foyer	Schwyz
420	2023 En foyer	Soleure
742	2023 En foyer	Saint-Gall
372	2023 En foyer	Thurgovie
387	2023 En foyer	Tessin
46	2023 En foyer	Uri
454	2023 En foyer	Valais
1009	2023 En foyer	Vaud
166	2023 En foyer	Zug
1953	2023 En foyer	Zurich
1871	2023 A domicile	Argovie
99	2023 A domicile	Appenzell Rhodes-Extérieures
34	2023 A domicile	Appenzell Rhodes-Intérieures
1018	2023 A domicile	Bâle-Campagne
685	2023 A domicile	Bâle-Ville
3719	2023 A domicile	Berne
1116	2023 A domicile	Fribourg
1514	2023 A domicile	Genève
113	2023 A domicile	Glaris
371	2023 A domicile	Grisons
339	2023 A domicile	Jura
1152	2023 A domicile	Lucerne
687	2023 A domicile	Neuchâtel
112	2023 A domicile	Nidwald
153	2023 A domicile	Obwald
243	2023 A domicile	Schaffhouse
385	2023 A domicile	Schwyz
1158	2023 A domicile	Soleure
1295	2023 A domicile	Saint-Gall
581	2023 A domicile	Thurgovie
1619	2023 A domicile	Tessin
104	2023 A domicile	Uri
1513	2023 A domicile	Valais
2760	2023 A domicile	Vaud
259	2023 A domicile	Zug
3286	2023 A domicile	Zurich



L'Association
des assureurs-maladie suisses

ANNEXE 7

prio.swiss, Gutenbergstrasse 14, 3011 Berne

Clément Magnenat
Secrétariat général du Grand Conseil (SGGC)
Service du Mémorial
Rue Henri-Fazy 2
Case postale
1211 Genève 3

Marco Romano
Marco.Romano@prio.swiss
T 058 521 26 05

Berne, le 24 mars 2025

Motions «Pour une véritable reconnaissance des proches aidants!» et «Renforçons les ressources et l'information des proches aidés!»
Prise de position de prio.swiss

Chère Madame Roch,
Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions de la possibilité qui nous est donnée de prendre position dans l'affaire susvisée.

Dans le domaine des soins, les coûts augmentent depuis des années et leur croissance se poursuit inexorablement. Les chiffres de l'Office fédéral de la statistique montrent qu'en 2023, les coûts dans les établissements médicaux-sociaux suisses ont progressé de 5,1 pour cent et ceux de l'aide et des soins à domicile de 7,3 pour cent. Cumulés, ces coûts ont atteint près de 15 milliards de francs, ce qui représente 16 pour cent de l'ensemble des coûts du système de santé. Parallèlement au soutien professionnel des organisations d'aide et de soins à domicile et à l'offre des EMS, les proches aidants sont essentiels pour l'assistance et les soins fournis aux personnes en situation de vulnérabilité, en particulier dans le contexte du vieillissement de la population et de la pénurie aiguë de professionnels qualifiés.

M 3061: Pour une véritable reconnaissance des proches aidants!

Au niveau fédéral, les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins sont définies par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et par l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Par conséquent, c'est dans le contexte de la législation fédérale qu'il convient d'évaluer la reconnaissance de proches aidants. Toute mesure prise au niveau cantonal en lien avec des proches aidants doit être harmonisée avec les développements au niveau fédéral.

Depuis l'arrêt prononcé par le Tribunal fédéral en 2019, de plus en plus de proches aidants sont engagés par des organisations disposant d'une autorisation pour dispenser une aide et des soins

prio.swiss
Gutenbergstrasse 14
3011 Bern
T 058 521 26 26
info@prio.swiss
www.prio.swiss



L'Association
des assureurs-maladie suisses

à domicile. Dès lors que le besoin est avéré et qu'une prescription médicale a été établie, les soins fournis par des proches sont pris en charge par les assureurs-maladie en tant que soins de base selon l'art. 7a al. 1 let. c de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS). Le nombre de ces organisations a explosé ces derniers temps, ce qui démontre que ce modèle commercial est lucratif.

La politique a reconnu la nécessité d'agir. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) élabore actuellement un rapport qui approfondit les questions en lien avec l'engagement de proches aidants et analyse la pratique actuelle. Ce document pourra être utilisé comme base de travail pour décider d'éventuelles mesures ou réglementations. Par ailleurs, deux motions réclamant une rémunération adéquate des proches aidants sont en suspens au Parlement fédéral.^{1,2}

prio.swiss soutient ces deux motions et se prononce en faveur d'une baisse des rémunérations versées aux proches aidants par l'assurance obligatoire des soins (AOS). La prise en charge par l'AOS doit permettre, à l'avenir aussi, une rémunération équitable des prestations de soins essentielles fournies par des proches, mais mettre toutefois un frein aux pratiques lucratives mises en place par des entreprises orientées sur les profits. En outre, nous réclamons un accompagnement étroit des proches aidants par l'organisation qui les emploie, un contrôle sans faille de la qualité ainsi qu'une réglementation de ces contrats de travail dans la Loi sur le travail.

Dans ce contexte, prio.swiss recommande d'attendre le rapport du Conseil fédéral pour harmoniser d'éventuelles mesures de reconnaissance de proches aidants au niveau cantonal avec les résultats du rapport et les mesures au niveau fédéral.

M 3062: Renforçons les ressources et l'information des proches aidés!

Cette motion demande la réalisation de campagnes de communication pour attirer l'attention de la population genevoise sur la possibilité de bénéficier d'une allocation pour impotent de l'AI. En analysant la situation, la Commission des affaires sociales a constaté que chez certains assureurs, le versement de l'allocation pour impotent est encore liée à une réduction de la contribution de l'AOS aux prestations de soins prises en charge par la LAMal.

prio.swiss s'abstient de s'exprimer sur l'objet principal de la motion – à savoir la réalisation de campagnes de communication. La mise en place de telles campagnes relève de la stricte compétence décisionnelle du canton de Genève. En ce qui concerne la réduction de la contribution de l'AOS aux prestations de soins prises en charge par la LAMal, nous pouvons confirmer qu'un changement de pratique a eu lieu dans la jurisprudence du Tribunal fédéral. Aux termes de l'arrêt prononcé le 29 août 2024 (9C_480/2022) par le Tribunal fédéral, les assureurs-

¹ 24.4355 Réduire les contributions versées aux entreprises qui emploient des proches aidants (Motion) - Hässig Patrick

² 24.4356 Réduire les contributions versées aux entreprises qui emploient des proches aidants (Motion) - Zybach Ursula



L'Association
des assureurs-maladie suisses

maladie n'ont plus le droit de réduire leurs contributions aux soins ambulatoires lorsqu'une personne perçoit, en supplément, une allocation pour impotent de l'AI.

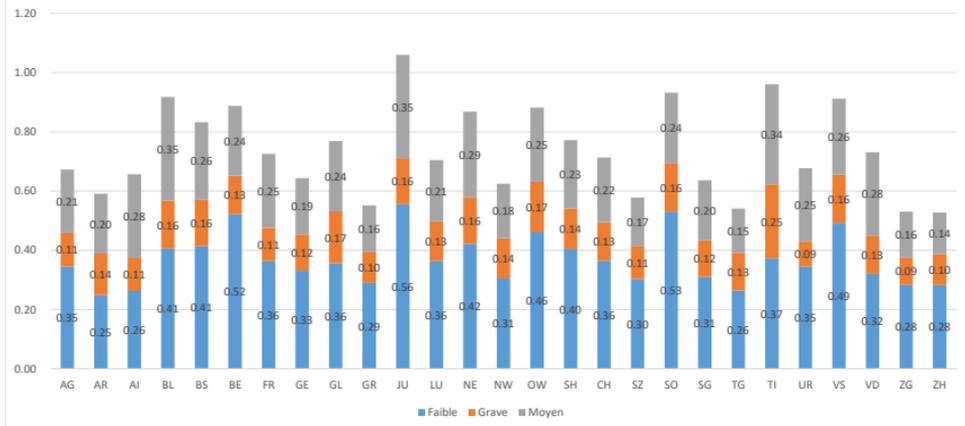
Dans l'espoir que ces appréciations viendront soutenir les travaux de la Commission, nous vous adressons Mesdames, Messieurs, nos meilleures salutations.

Marco Romano
Directeur adjoint,
Responsable de la politique de la santé

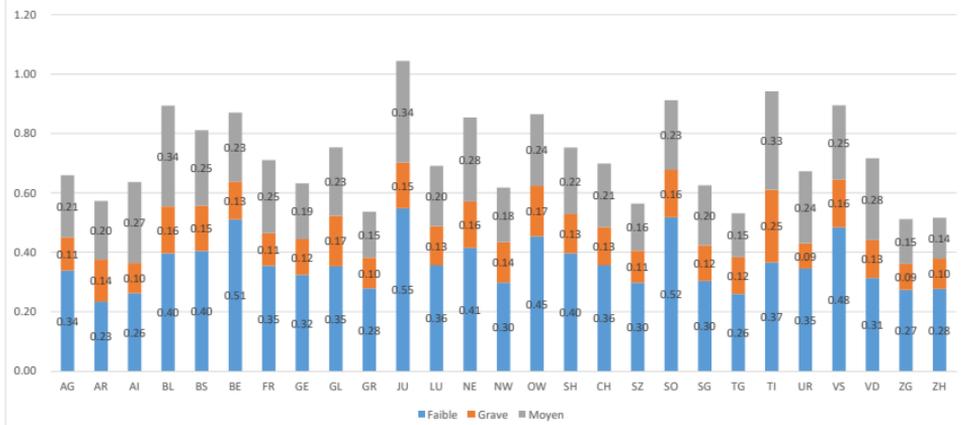
Cornelia Meier
Responsable projet Economie de la santé

ANNEXE 8

Suisse : répartition de l'API adultes (AI + AVS) par canton, selon le degré d'impotence, en % de la population, en 2023



Suisse : répartition de l'API adultes de l'AI par canton, selon le degré d'impotence, en % de la population, en 2023



Suisse : répartition de l'API adultes de l'AVS par canton, selon le degré d'impotence, en % de la population, en 2023

