



Sicherheitsdirektion Kanton Zürich  
**Kantonales Sozialamt**

Spezialbeilage zum Informationsschreiben 2014

**Direktüberweisung des Pauschalbetrages für die obligatorische  
Krankenpflegeversicherung an die Krankenversicherer für Perso-  
nen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beziehen**

(Art. 21a ELG in Verbindung mit §§ 21 a und 21 b ZLG)



Übersicht über die wichtigsten Gesetzes-, Verordnungs- und Weisungsanpassungen  
sowie Antworten auf häufige Fragen



## Inhaltsverzeichnis

1.	Antworten zu häufig gestellten Fragen .....	3
2.	Änderung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) .....	8
3.	Änderung der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV) .....	8
4.	Anpassungen der WEL betreffend Krankenversicherungsprämien .....	8
5.	Teilrevision Gesetz über die Zusatzleistungen zur eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Zusatzleistungsgesetz ZLG) .....	14
6.	Teilrevision Zusatzleistungsverordnung (ZLV) .....	15
7.	Anpassung der Weisungen des Kantonalen Sozialamtes zum Vollzug der Zusatzleistungen zur AHV/IV .....	15
8.	Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) .....	17
9.	Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) .....	19
10.	Änderung der Verordnung vom 3. Juli 2001 über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen wohnen .....	23
11.	Teilrevision Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG) .....	23
12.	Totalrevision der Verordnung zum EG KVG (VEG KVG) .....	24



## 1. Antworten zu häufig gestellten Fragen

1. Ist der Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (= regionale Durchschnittsprämie, RDP) weiterhin Bestandteil der ZL-Bedarfsrechnung? .....4
2. Müssen alle Fälle neu berechnet und verfügt werden und wenn ja per wann? Wie sieht die Verfügung aus? .....4
3. Haben wir es richtig verstanden, dass die Beihilfe nicht mehr "aufgeblasen" wird? .....4
4. Muss eine laufende individuelle Prämienverbilligung (IPV) als anrechenbare Einnahme in die EL-Berechnung aufgenommen werden? .....4
5. Ist die RDP als anerkannte Ausgabe in Fällen mit Beihilfeanspruch ohne rechnerischen EL-Anspruch zu berücksichtigen? .....5
6. Müssen Personen, die Anspruch auf Beihilfe, aber keinen rechnerischen Anspruch auf EL haben, der SVA Zürich über das EL-Meldetool für die RDP gemeldet werden? .....5
7. Was passiert mit der RDP, wenn diese höher ist als die Prämie der Grundversicherung nach KVG? Wird der Überschuss mit allfälligen Zusatzversicherungen oder mit den Kostenbeteiligungen verrechnet? Wie ist die Verrechnung bei ZL-beziehenden Personen mit einer Franchise von mehr als Fr. 300.-? Wird die überschüssige RPD mit den höheren Kostenbeteiligungen verrechnet? Wie wird der Restbetrag gutgeschrieben, wenn keine Kostenbeteiligungen entstehen? .....5
8. Werden die ZL-beziehenden Personen von der SVA Zürich oder der jeweiligen Krankenkasse auch über die Änderungen im Zusammenhang mit Art. 21a ELG informiert? Werden nochmals neue Policen ausgestellt? .....5
9. Wie ist das Vorgehen bei Personen, die einen rückwirkenden ZL-Anspruch begründen (z.B. aufgrund rückwirkender IV-Rente)? Was geschieht mit der RDP für die rückwirkenden Monate? Wird dieser Betrag der ZL-beziehenden Person ausbezahlt oder allenfalls vom Krankenversicherer (z.B. mit offenen Kostenbeteiligungen) verrechnet? Wie ist mit ZL-Nachzahlungen umzugehen, die sich auf Ansprüche vor dem 1.1.2014 beziehen? Müssen in diesen Fällen die RDP der ZL-beziehenden Person ausbezahlt werden? .....6
10. Was ändert sich in den ZL-Quartalsabrechnungen (über die IT-Applikation ZLEL) mit dem Kantonalen Sozialamt? .....6
11. Nachzahlungen von Zusatzleistungen und Verrechnung mit bezogener Sozialhilfe .....6
12. Was sind Schattenfälle und wie sind diese zu handhaben? .....7
13. Was ist, wenn eine ZL-beziehende Person von der obligatorischen Krankenversicherungspflicht befreit ist? .....7
14. Was passiert, wenn eine ZL-beziehende Person von einer Gemeinde, die Art. 21a ELG umsetzt, in eine Gemeinde zieht, die Art. 21a ELG nicht umsetzt bzw. umgekehrt? Was, wenn es in solchen Fällen eine rückwirkende Neuberechnung gibt? .....7



**1. Ist der Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (= regionale Durchschnittsprämie, RDP) weiterhin Bestandteil der ZL-Bedarfsrechnung?**

Ja, die RDP ist in allen Fällen als anerkannte Ausgabe (Art. 10 Abs. 3 lit.d ELG) in die Berechnung aufzunehmen. Sie wird jedoch nicht mehr mit den laufenden Ansprüchen der ZL-beziehenden Personen ausbezahlt, sondern von diesen in Abzug gebracht. Die RDP wird von der SVA Zürich, aufgrund der Mitteilung der Durchführungsstellen, den entsprechenden Krankenversicherern direkt überwiesen.

Die Durchführungsstellen dürfen die RDP nicht mehr direkt an den Versicherer bzw. an die ZL-beziehenden Personen auszahlen. Diese Direktauszahlungen sind per 1. Januar 2014 aus der entsprechenden ZL-Fall-Applikation zu entfernen.

**2. Müssen alle Fälle neu berechnet und verfügt werden und wenn ja per wann? Wie sieht die Verfügung aus?**

Es sind alle laufenden Fälle auf den 1. Januar 2014 neu zu berechnen und zu verfügen, damit Doppelzahlungen verhindert werden und keine Rückerstattungsverfügungen notwendig werden. Aus den neuen Leistungsverfügungen per 1. Januar 2014 muss hervorgehen, dass die Zusatzleistungen ohne RDP direkt an die ZL-beziehende Person ausbezahlt werden. Sodann ist darauf hinzuweisen, dass die RDP direkt an den Krankenversicherer überwiesen wird. Gerne dürfen Sie sich bei Fragen zur konkreten Darstellung der neuen Verfügungen an uns wenden.

**3. Haben wir es richtig verstanden, dass die Beihilfe nicht mehr "aufgeblasen" wird?**

Ja, das ist richtig. Personen, die ausschliesslich einen Anspruch auf Beihilfe, aber keinen rechnerischen Anspruch auf EL haben, haben neu einen Anspruch auf Beihilfe und individuelle Prämienverbilligung (IPV). Eine Erhöhung der Beihilfe auf den Beihilfe-Maximalbetrag (sogenannte "aufgeblasene Beihilfe") gibt es nicht mehr (Aufhebung § 17 a ZLG).

**4. Muss eine laufende individuelle Prämienverbilligung (IPV) als anrechenbare Einnahme in die EL-Berechnung aufgenommen werden?**

Nein. Die Durchführungsstellen haben nicht mehr abzuklären, ob die Gesuchstellenden eine IPV erhalten und dementsprechend ist eine solche auch nicht mehr als anrechenbare Einnahme in der EL-Bedarfsrechnung zu berücksichtigen.

Nur wenn es sich um Ansprüche handelt, die sich auf den Zeitraum vor dem 1. Januar 2014 beziehen (sogenannte "altrechtliche Ansprüche"), ist von den Durchführungsstellen abzuklären, ob eine IPV ausbezahlt wurde und gegebenenfalls ist diese als anrechenbare Einnahme in die Bedarfsrechnung aufzunehmen.



**5. Ist die RDP als anerkannte Ausgabe in Fällen mit Beihilfeanspruch ohne rechnerischen EL-Anspruch zu berücksichtigen?**

Ja, in allen Bedarfsberechnungen für EL bzw. ZL ist die RDP als anerkannte Ausgabe einzusetzen (vgl. Art. 10 Abs. 3 lit. d ELG und § 15 ZLG).

**6. Müssen Personen, die Anspruch auf Beihilfe, aber keinen rechnerischen Anspruch auf EL haben, der SVA Zürich über das EL-Meldetool für die RDP gemeldet werden?**

Nein, Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben, ohne rechnerischen Anspruch auf EL, dürfen der SVA Zürich nicht über das EL-Meldetool für die RDP gemeldet werden. Diese Personen sind durch die Gemeinde mit der ordentlichen Steuerdatenlieferung zu melden. Der Anspruch auf IPV wird anhand des steuerbaren Einkommens und Vermögens berechnet. Ein Anspruch auf IPV wird von der SVA Zürich nicht automatisch geprüft.

**7. Was passiert mit der RDP, wenn diese höher ist als die Prämie der Grundversicherung nach KVG? Wird der Überschuss mit allfälligen Zusatzversicherungen oder mit den Kostenbeteiligungen verrechnet? Wie ist die Verrechnung bei ZL-beziehenden Personen mit einer Franchise von mehr als Fr. 300.-? Wird die überschüssige RPD mit den höheren Kostenbeteiligungen verrechnet? Wie wird der Restbetrag gutgeschrieben, wenn keine Kostenbeteiligungen entstehen?**

Gemäss Art. 106c Abs. 5 KVV ist eine Verrechnung mit Kostenbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich zulässig. Nicht zulässig ist dahingegen eine Verrechnung mit offenen Forderungen der Krankenversicherer aus Zusatzversicherungen. Ein allfälliger Restbetrag würde gutgeschrieben. Gemäss Art. 106c Abs. 5 KVV findet dies innerhalb von 60 Tagen statt. Gemäss unserem heutigen Informationsstand sollte eine solche Zahlung des Krankenversicherers an die betroffenen Versicherten einmal jährlich, auf Anfang September erfolgen (ob dies in der Praxis tatsächlich so erfolgen wird, ist im Moment noch unklar). Die 60 Tage Frist beginnt offensichtlich im Juni, da im Juni die Krankenversicherer das Geld für die Prämienverbilligungen von der SVA erhalten.

**8. Werden die ZL-beziehenden Personen von der SVA Zürich oder der jeweiligen Krankenkasse auch über die Änderungen im Zusammenhang mit Art. 21a ELG informiert? Werden nochmals neue Policen ausgestellt?**

Gemäss Art. 106c Abs. 4 KVV werden keine neuen Policen ausgestellt. Die Information erfolgt über die Prämienrechnung, in welcher der Prämienverbilligungsanteil angegeben wird.



**9. Wie ist das Vorgehen bei Personen, die einen rückwirkenden ZL-Anspruch begründen (z.B. aufgrund rückwirkender IV-Rente)? Was geschieht mit der RDP für die rückwirkenden Monate? Wird dieser Betrag der ZL-beziehenden Person ausbezahlt oder allenfalls vom Krankenversicherer (z.B. mit offenen Kostenbeteiligungen) verrechnet? Wie ist mit ZL-Nachzahlungen umzugehen, die sich auf Ansprüche vor dem 1.1.2014 beziehen? Muss in diesen Fällen die RDP der ZL-beziehenden Person ausbezahlt werden?**

Bei einer ZL-Nachzahlung, die einen Anspruch **nach** dem 1. Januar 2014 betrifft, wird die RDP nicht der ZL-beziehenden Person ausbezahlt. Der SVA Zürich wird der Anspruch auf Nachzahlung von RDP über das EL-Meldetool mitgeteilt. Die Verrechnung mit einer allfälligen IPV wird über die SVA Zürich vorgenommen. Der Restbetrag wird durch die SVA Zürich dem Krankenversicherer überwiesen. Dieser verrechnet diesen Betrag mit allfälligen offenen Kostenbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Besteht keine Verrechnungsmöglichkeit, zahlt der Krankenversicherer den Restbetrag an die ZL-beziehende Person aus.

Bei einer ZL-Nachzahlung, die einen Anspruch **vor** dem 1. Januar 2014 betrifft, sind die Bestimmungen im Zusammenhang mit Art. 21a ELG nicht anwendbar. Solche Ansprüche sind nach den gesetzlichen Bestimmungen wie sie vor dem 1. Januar 2014 in Kraft waren, zu behandeln. D.h., in diesen Fällen ist weiterhin abzuklären, ob die betroffenen Personen eine IPV erhalten haben. Wenn ja, ist diese als anrechenbare Einnahme in der Bedarfsrechnung zu berücksichtigen. Die EL inklusive RDP ist der ZL-beziehenden Person ausbezahlen.

**10. Was ändert sich in den ZL-Quartalsabrechnungen (über die IT-Applikation ZLEL) mit dem Kantonalen Sozialamt?**

Die ZLEL-Applikation bzw. die einzelnen "Positionen" ändern sich nicht. Wichtig ist, dass Durchführungsstellen die RDP, die nicht von ihnen direkt ausbezahlt wird, auch nicht in der Abrechnung mit dem Kantonalen Sozialamt und auch nicht in der Finanzbuchhaltung der Gemeinde aufführen. Bsp.: In der ZLEL-Applikation unter Position: "EL Auszahlung brutto" dürfen nur EL-Auszahlungen ohne RDP aufgeführt werden. Bis anhin wurden in dieser Position EL-Auszahlungen inklusive RDP aufgeführt.

Für "altrechtliche Ansprüche" hingegen ist weiterhin die EL-Auszahlung inklusive RDP in der Position "EL-Auszahlung brutto" aufzunehmen und in den weiteren Positionen wie "Prämienverbilligungsanteil an EL-Bruttoleistungen" wieder abzuziehen. In den entsprechenden Konten der Gemeindefinanzbuchhaltung werden diese Prämienverbilligungsanteile, die der ZL-beziehenden Person von der Durchführungsstelle direkt ausbezahlt werden, entsprechend ausgewiesen.

**11. Nachzahlungen von Zusatzleistungen und Verrechnung mit bezogener Sozialhilfe**

Die Sozialhilfestellen werden für Personen, die Sozialhilfe beziehen, in dem Moment ein Drittauszahlungsbegehren der ZL-Durchführungsstelle und dem Krankenversicherer zustellen, in dem die betroffene Person ein ZL-Gesuch einreicht und eine Nachzahlung ZL zu erwarten ist. Diese Drittauszahlungsbegehren werden der entsprechenden Krankenkasse für die geleisteten Krankenkassenprämien und an die ZL-Durchführungsstelle für die Rückerstattung anderer Sozialhilfeleistungen gestellt. D.h. die ZL-Durchführungsstellen werden bei



ZL-Nachzahlungen keine Prämienverbilligungsanteile mit den Sozialhilfestellen verrechnen. Verrechnet werden kann maximal die EL ohne RDP.

## **12. Was sind Schattenfälle und wie sind diese zu handhaben?**

Unter Schattenfällen werden Fälle verstanden, in welchen Anspruch auf eine jährliche EL in Höhe der RDP besteht ("aufgeblasene EL", vgl. Art.26 ELV betreffend Mindesthöhe der jährlichen Ergänzungsleistung). In diesen Fällen wird die ZL-Stelle keine Auszahlungen an die EL-beziehenden Personen leisten, da die jährliche EL der RDP entspricht und diese von der SVA Zürich direkt dem Krankenversicherer überwiesen wird (Art. 21a ELG).

Die ZL-Stelle hat in diesen Fällen dennoch zu verfügen, auch wenn die direkte Auszahlung Fr. 0.- sein wird.

Diese EL-Fälle sind als solche in den EL-Statistiken bzw. ZL-Statistiken weiterhin zu führen.

Achtung: Ansprüche auf Krankheits- und Behinderungskosten sind davon nicht tangiert. Diese sind weiterhin abzuklären und direkt mit der EL-beziehenden Person abzurechnen.

## **13. Was ist, wenn eine ZL-beziehende Person von der obligatorischen Krankenversicherungspflicht befreit ist?**

Wer durch die Gesundheitsdirektion (weil z.B. eine Krankenversicherung im Ausland besteht) von der Versicherungspflicht befreit wird, hat keinen Anspruch auf Prämienverbilligungen (IPV / RDP). Bei solchen Personen ist bei der ZL-Berechnung die RDP **nicht** als anerkannte Ausgabe zu berücksichtigen. Da keine RDP ausbezahlt wird, hat keine Meldung an die SVA Zürich im Zusammenhang mit Art. 21a ELG zu erfolgen. Zu beachten ist, dass die Befreiung stets durch eine Verfügung der Gesundheitsdirektion erfolgt. D.h. nur wenn eine solche Verfügung vorliegt, kann auf die Anrechnung der RDP verzichtet werden.

## **14. Was passiert, wenn eine ZL-beziehende Person von einer Gemeinde, die Art. 21a ELG umsetzt, in eine Gemeinde zieht, die Art. 21a ELG nicht umsetzt bzw. umgekehrt? Was, wenn es in solchen Fällen eine rückwirkende Neuberechnung gibt?**

Wichtig ist, dass bei Wechseln der Zuständigkeit die ZL-beziehenden Personen von der neu zuständigen ZL-Stelle darüber informiert werden, wie die Regelung bzw. Umsetzung bzgl. RDP-Anspruch in der neu zuständigen Gemeinde geregelt ist.

Bei rückwirkenden Neuberechnungen, d.h. bei Berechnungen, welche die vorherige zuständige Gemeinde betreffen, meldet die aktuelle ZL-Stelle der vorherigen ZL-Stelle die Anpassungsgrundlagen. Die vorherige ZL-Stelle entscheidet über die Neuberechnung der Ansprüche für den Zeitraum, in welchem sie zuständig war.



## 2. Änderung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG)

### Art. 21 a Auszahlung des Pauschalbetrages für die Krankenpflegeversicherung

Der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d ist in Abweichung von Artikel 20 ATSG direkt dem Krankenversicherer auszuführen.

## 3. Änderung der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV)

### Art. 22 Abs. 5

Hat ein Kanton in der Krankenversicherung Prämienverbilligungen während einer Zeitspanne gewährt, für die rückwirkend Ergänzungsleistungen ausgerichtet werden, so kann der Kanton diese bei der Nachzahlung mit den bereits ausbezahlten Prämienverbilligungen verrechnen.

### Art. 54a Abs. 5

Die kantonale Durchführungsstelle meldet der Stelle nach Artikel 106b Absatz 1 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung die Daten, die diese für das Meldeverfahren mit den Versicherern benötigt. Daten, die für das Meldeverfahren nicht benötigt werden, wie Einzelheiten der Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistung, dürfen nicht gemeldet werden.

## 4. Anpassungen der WEL betreffend Krankenversicherungsprämien

Die definitiven Änderungen der WEL im Zusammenhang mit Art. 21a ELG liegen zum Zeitpunkt des Versandes dieser Spezialbeilage noch nicht vor. Sobald wir den definitiven Nachtrag der WEL erhalten, werden wir sie informieren.

Legende:

**fett** = neu

~~durchgestrichen~~ = fällt weg

*kursiv* = Anmerkung, Erläuterung

verkleinert = zum besseren Verständnis aufgeführt

- 4.2 Auszahlung der jährlichen EL
- 4.2.1 Grundsatz

- 4210.01 Von der jährlichen EL nach Rz 3110.01 wird der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgezogen. Der Rest wird durch 12 geteilt und monatlich ausbezahlt. Die jährliche EL ohne Krankenversicherungsprämie kann auf ein Post- oder Bankkonto ausbezahlt werden.





- 4210.02 Die Auszahlung hat bis zum 20. Tag des Monats zu erfolgen.<sup>1</sup>
- 4210.03 Der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist dem Krankenversicherer auszuführen.<sup>2</sup>
- 4210.04 ~~Solange ein Kanton Artikel 21a ELG noch nicht anwendet<sup>3</sup>, ist der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung durch 12 zu teilen und der EL-berechtigten Person monatlich auszuführen.~~
- 4.2.2 Auszahlung bei nicht getrennt lebenden Ehegatten
- 4220.01 Die jährliche EL **ohne Krankenversicherungsprämie** ist demjenigen Ehegatten auszurichten, der den EL-Anspruch begründet.
- 4220.02 Wenn jeder Ehegatte einen Anspruch auf eine Rente der AHV oder IV hat, dann wird die jährliche EL **ohne Krankenversicherungsprämie** den beiden Ehegatten monatlich je hälftig und getrennt ausbezahlt. Die Rundungsregel in Rz 3630.01 gilt sinngemäss.
- 4220.03 Die Ehegatten können jederzeit gemeinsam verlangen, dass die jährliche EL **ohne Krankenversicherungsprämie** nur einem von ihnen ungetrennt ausbezahlt wird. Jeder Ehegatte kann jederzeit die getrennte Auszahlung verlangen. Abweichende zivilrechtliche Anordnungen bleiben vorbehalten.
- 4220.04 Bei Ehepaaren, bei denen mindestens ein Ehegatte in einem Heim oder Spital lebt, wird jedem Ehegatten der Betrag der jährlichen EL **ohne Krankenversicherungsprämie** ausbezahlt, den seine gesonderte Berechnung (vgl. Kap. 3.1.4.2) ergibt.
- 4.2.3 Auszahlung bei getrennt lebenden Ehegatten
- 4230.01 Bei getrennt lebenden Ehegatten (vgl. Rz 3141.01 und 3141.02) wird jedem Ehegatten der Betrag der jährlichen EL ohne Krankenversicherungsprämie ausbezahlt, den seine Berechnung ergibt.
- 4.3 Nachzahlung der jährlichen EL
- 4.3.1 Grundsatz
- 4310.01 Nachzahlungen jährlicher EL, wie sie insbesondere in Fällen von Rz 2122.01 und 2122.02 (Beginn des EL-Anspruchs nach Zusprache einer Rente der AHV oder IV bzw. einer Hilflosenentschädigung oder Übergangsleistung der IV), 2123.02 (Beginn

---

<sup>1</sup> Art. 19 Abs. 3 ATSG; BGE 127 V 1; Urteil des BGer 8C\_346/2007 vom 4. August 2008, E. 6.2

<sup>2</sup> Art. 21a ELG

<sup>3</sup> ~~Übergangsbestimmung zur Änderung vom 29. März 2010~~



des EL- Anspruchs nach Zusprache eines IV-Taggelds), 3320.03 (rückwirkende Anpassung der Heimtaxe), 3642.02 (rückwirkende Erhöhung der Ausgaben oder Verminderung der Einnahmen), 3642.03 (Herabsetzung der Rente) oder 3642.04 (Veränderung der Personengemeinschaft) erfolgen können, sind grundsätzlich in der vollen Höhe an die EL- beziehende Person oder ihre gesetzliche Vertretung auszurichten.

**Der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist dem Krankenversicherer auszuführen (vgl. Rz 4210.03).**

#### 4.3.4 Nachzahlung an die Prämienverbilligungsstelle

- 4340.01 Bereits ausbezahlte Prämienverbilligungen können mit der Nachzahlung für die jährliche EL des jährlichen Pauschalbetrages für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, die gemäss Rz 4210.03 dem Krankenversicherer auszuführen ist, verrechnet werden, sofern die gleiche Zeitspanne betroffen ist.<sup>4</sup>
- 4340.02 Die EL-Stelle hat die zuständige Stelle für die Prämienverbilligung in Kenntnis zu setzen, dass eine Nachzahlung der jährlichen EL erfolgen wird und sie aufzufordern, innert 30 Tagen einen allfälligen Verrechnungsantrag zu stellen.
- 4340.03 Die Verrechnung ist in vollem Umfang zulässig, d.h. das betriebsrechtliche Existenzminimum ist nicht zu prüfen.<sup>5</sup>
- 4340.04 ~~Sind die ausbezahlten Prämienverbilligungen höher als der Pauschalbetrag für die Krankenpflegeversicherung, kann der Prämienverbilligungsstelle höchstens der Pauschalbetrag überwiesen werden.~~  
*In der Praxis kommt es nicht vor, dass die Prämienverbilligung höher ist als die Durchschnittsprämie. Die Bestimmung kann deshalb ersatzlos gestrichen werden.*

#### 4.6 Rückerstattung und Erlass der Rückforderung

##### 4.6.1 Grundsatz der Rückerstattungspflicht

- 4610.01 Unrechtmässig, insbesondere in Verletzung der Meldepflicht bezogene EL (vgl. Rz 3643.01 am Schluss) sind von der EL-beziehenden Person, ihrem gesetzlichen Vertreter oder ihren Erben zurückzuerstatten.
- 4610.02 Die Rückerstattungspflicht der verstorbenen Person geht mit dem Tod auf die Erben über, ausser die Erbschaft wird ausgeschlagen. Dies gilt auch für Fälle, in denen die Rückforderung zu Lebzeiten der rückerstattungspflichtigen Person nicht geltend gemacht wurde.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Art. 22 Abs. 5 ELV

<sup>5</sup> BGE 136 V 286

<sup>6</sup> ZAK 1959 S. 438



- 4610.03 Wurde die unrechtmässig gewährte EL für ein minderjähriges Kind nicht diesem selbst ausgerichtet und besteht auch keine Rückerstattungspflicht nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b oder c ATSV, sind die Personen rückerstattungspflichtig, welche im Zeitpunkt der Ausrichtung der Leistungen die elterliche Sorge innehatten.<sup>7</sup>
- 4610.04 Wurde die EL zur Gewährleistung zweckgemässer Verwendung einer Behörde oder einer Drittperson ausgerichtet, so ist diese rückerstattungspflichtig. Nicht zum Kreis der Rückerstattungspflichtigen gehören der Vormund und die Vormundin, die Beiständin oder der Beistand, die Erwachsenenschutzbehörde und die Kinderschutzbehörde.<sup>8</sup>
- 4610.05 Der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist vom Krankenversicherer<sup>9</sup> zurückzufordern.**
- 4610.0506 Behörden oder Drittpersonen, welche die Leistung als Inkasso- oder Zahlstelle entgegennehmen und somit keine eigenen Rechte und Pflichten aus dem Leistungsverhältnis haben, sind nicht rückerstattungspflichtig.<sup>10</sup>
- 4610.0607 Ist offensichtlich, dass die Voraussetzungen für den Erlass gegeben sind, dann ist der Verzicht auf die Rückforderung von Amtes wegen festzustellen. Bei einer gutgläubigen, rückerstattungspflichtigen Person ist die grosse Härte beispielsweise dann offensichtlich erfüllt, wenn sie weiterhin EL bezieht.<sup>11</sup>
- 4610.08 Umfasst die Rückforderung auch den jährlichen Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, ist im Fall von Rz 4610.07 der Erlass auf die EL ohne Krankenversicherungsprämie zu beschränken. Vgl. dazu auch Rz 4653.06.**

#### 4.6.5.3 Grosse Härte

(...)

- 4653.05 Behörden, welchen die EL ausbezahlt wurde, können sich nicht auf die grosse Härte berufen.<sup>12</sup>
- 4653.06 Die Rückforderung des jährlichen Pauschalbetrages für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, welcher dem Krankenversicherer ausbezahlt wurde, kann nicht erlassen werden, weil das Erfordernis der grossen Härte nicht erfüllt ist.**

---

<sup>7</sup> Art. 2 Abs. 2 ATSV

<sup>8</sup> ZAK 1987 S. 488 E. 2b; Art. 2 Abs. 1 Bst. B und c ATSV

<sup>9</sup> **Art. 2 Abs. 1 ATSV i. Verb. mit Art 21a ELG**

<sup>10</sup> ZAK 1985 S. 123

<sup>11</sup> Art. 3 Abs. 3 ATSV

<sup>12</sup> Art. 4 Abs. 3 ATSV



#### 4.6.6 Verfahren

- 4660.01 Rückforderungen und erlassene Rückerstattungen sind zu verfügen. Die Verfügung hat eine Begründung, eine Rechtsmittelbelehrung und im Falle der Rückforderung einen Hinweis auf die Erlassmöglichkeit zu enthalten.
- 4660.02 Die Rückforderung des jährlichen Pauschalbetrages für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist gegenüber dem Krankenversicherer geltend zu machen. Der versicherten Person ist eine Kopie der Rückforderungsverfügung zuzustellen.**
- ~~4660.0203~~ Werden mit der gleichen Verfügung auch aus kantonalen oder kommunalen Mitteln zu erbringende Leistungen zurückgefordert oder erlassen, so sind die verschiedenen Leistungen in der Verfügung getrennt aufzuführen.
- ~~4660.0304~~ Eine Rückforderung ist auch dann zu verfügen, wenn sie von Amtes wegen erlassen wird (zum Erlass von Amtes wegen vgl. Rz 4610.06). Der Erlass kann in diesem Fall gleichzeitig verfügt werden.
- ~~4660.0405~~ Ist die rückerstattungspflichtige Person gestorben, ist die Rückforderungsverfügung mindestens einem Erben oder einer Erbin auszustellen.<sup>13</sup>
- ~~4660.0506~~ Es ist auch dann zu verfügen, wenn der Rückforderungsbetrag teilweise oder ratenweise mit der laufenden EL verrechnet werden kann. In diesen Fällen darf die Rückforderung zusammen mit der Festsetzung der laufenden EL verfügt werden.
- ~~4660.0607~~ Bei einer teilweisen Verrechnung der Rückforderung sind der verrechnete sowie der direkt zurückgeforderte Teil in der Verfügung separat und nachvollziehbar auszuweisen.
- ~~4660.0708~~ Wird der Rückforderungsbetrag vollständig mit einer Nachzahlung verrechnet, so muss keine separate Rückforderungsverfügung erlassen werden. Die Verrechnung muss aber auf der Verfügung über die Nachzahlung ausdrücklich aufgeführt sein.

#### 4.6.7 Abschreibung uneinbringlicher Rückerstattungen

- 4670.01 Ist eine rückerstattungspflichtige Person erfolglos betrieben worden, ist eine Betreibung offensichtlich aussichtslos, oder weist eine versicherte Person einen Ausgabenüberschuss auf und hat diese kein Vermögen bzw. kein Erwerbseinkommen, so hat die EL-Stelle die zurückzuerstattende EL als uneinbringlich abzuschreiben. **Von der Abschreibung ausgenommen ist der Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.**

---

<sup>13</sup> Art. 603 Abs. 1 ZGB; Urteil des EVG P 41/00 vom 8. Oktober 2002 E. 3.1 und 3.2



- 4670.02 Bei späterer Zahlungsfähigkeit (z.B. Erbschaft oder Aufnahme einer Erwerbstätigkeit) der rückerstattungspflichtigen Person sind die abgeschriebenen Beträge nachzufordern. Vorbehalten bleibt die Verjährung (vgl. Kap. 4.6.3).
- 4670.03 Die geltend gemachte Rückerstattungsforderung erlischt im Sinne einer Verwirkung fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in welchem die Verfügung rechtskräftig wurde. Im Falle eines (innert Ordnungsfrist einzureichenden) Erlassungsgesuches beginnt die fünfjährige Frist für die Durchsetzung der Rückerstattung erst nach der rechtskräftigen Abweisung des Erlassgesuches zu laufen.<sup>14</sup> Die Verwirkungsfrist gilt auch in den Fällen, in denen die Rückerstattungsforderung mit einer laufenden Rente verrechnet wird.

---

<sup>14</sup> ZAK 1991 S. 502 = BGE 117 V 208



## 5. Teilrevision Gesetz über die Zusatzleistungen zur eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Zusatzleistungsgesetz ZLG)

### § 2 a Information

Die Gemeinden, die Sozialversicherungsanstalt (SVA) und die Fachorgane orientieren über die Voraussetzungen für den Bezug von Zusatzleistungen.

### Ersatz von Bezeichnungen:

In § 7 a Abs. 1, § 7 b Abs. 1 lit. b und e sowie Abs. 2, § 7 c Abs. 2–4, § 7 d sowie § 22 Abs. 2 werden die Ausdrücke «Sozialversicherungsanstalt» und «Anstalt» durch die Abkürzung «SVA» ersetzt.

### § 7 c Finanzierung

1 Der Kostenanteil nach § 34 und der Verwaltungskostenanteil nach § 33 Abs. 2 werden der angeschlossenen Gemeinde ausgerichtet.  
Abs. 2–4 unverändert.

### § 12 Koordination mit der Krankenversicherung

<sup>1</sup> Ergibt die Bedarfsrechnung nach Art. 9–11 ELG einen Anspruch auf jährliche Ergänzungsleistung, richtet die SVA für jede Person, die in die Bedarfsrechnung einbezogen wird, mindestens den Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 10 Abs. 3 lit. d ELG aus.

<sup>2</sup> Ist der Anspruch höher als der Pauschalbetrag, zahlt die Gemeinde den Unterschied als Ergänzungsleistung aus.

### § 17a wird aufgehoben.

### § 18 Fehlender Bedarf

Die Beihilfe kann gekürzt oder verweigert werden, soweit sie für den Unterhalt nicht benötigt wird.

### Marginalie zu § 21: Örtliche Zuständigkeit

### § 21 a Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung / Aufgaben der Durchführungsstellen

<sup>1</sup> Die Durchführungsstellen melden der SVA die Personen, für die gemäss Art. 21 a ELG der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu entrichten ist. Sie liefern der SVA alle für die Ausrichtung des Pauschalbetrages erforderlichen Daten gemäss Weisung der für das Sozialwesen zuständigen Direktion. Dazu gehören neben den vom Bundesrecht vorgesehenen Daten insbesondere:

- a. monatlich der Beginn des Anspruchs von neu berechtigten Personen und das Ende des Anspruchs von nicht mehr berechtigten Personen,
- b. jährlich der gesamte Bestand der berechtigten Personen.



<sup>2</sup> Die SVA kann die elektronische Übermittlung der Daten in einer einheitlichen Form verlangen. Die für das Sozialwesen zuständige Direktion regelt die Einzelheiten. Sie hört vorgängig die Gemeinden, den Fachverband für Zusatzleistungen und die SVA an.

<sup>3</sup> Die Durchführungsstellen verfügen die Rückerstattung von unrechtmässig ausgerichteten Leistungen. Sie informieren die SVA darüber.

#### § 21 b Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung / Aufgaben der SVA

<sup>1</sup> Die SVA richtet die Pauschalbeträge für die obligatorische Krankenpflegeversicherung direkt den Krankenversicherern aus. Sie betreibt auch das Inkasso unrechtmässig ausgerichteter Beiträge.

<sup>2</sup> Sie erteilt den Durchführungsstellen Auskunft, für welche Personen und in welchem Umfang sie Pauschalbeträge entrichtet hat. Sie kann dazu eine elektronische Abfragemöglichkeit einrichten.

<sup>3</sup> Der Kanton entschädigt der SVA den Verwaltungsaufwand, der ihr im Zusammenhang mit der Ausrichtung der jährlichen Pauschalbeträge und dem Inkasso unrechtmässig ausgerichteter Beiträge entsteht. Die für das Sozialwesen zuständige Direktion legt die Höhe fest.

#### § 34 Beiträge des Kantons

Der Kanton leistet den Gemeinden einen Kostenanteil von 44% an die von ihnen ausbezahlten Zusatzleistungen.

## 6. Teilrevision Zusatzleistungsverordnung (ZLV)

#### § 23 Festsetzung der Kostenanteile

Abs. 1 unverändert.

<sup>2</sup> Das Kantonale Sozialamt setzt die Kostenanteile gemäss §§ 33 Abs. 2 und 34 ZLG fest und richtet sie aus.

## 7. Anpassung der Weisungen des Kantonalen Sozialamtes zum Vollzug der Zusatzleistungen zur AHV/IV

### 3. Direktüberweisung Prämienverbilligung an den Krankenversicherer (Art. 21 a ELG i.V. mit §§ 21 a und 21 b ZLG)

#### 3.1. Inhalt der elektronischen Meldungen der Durchführungsstellen an die SVA Zürich



### 3.1.1 Datenrecord

Die Meldungen der laufenden Änderungen sind gemäss Datenrecordvorgaben der SVA Zürich vorzunehmen.

### 3.1.2 Mitteilungsintervall der monatlichen Änderungen

Jede Änderung, die Daten oder Vorfälle des Datenrecords der SVA Zürich betrifft, sind dieser unaufgefordert spätestens Ende jeden Monats elektronisch mitzuteilen. Die Mitteilungen können auch fortlaufend vorgenommen werden.

### 3.1.3 Jährliche Bestandesmeldung

Die jährliche Bestandesmeldung - in der Regel per Ende August - ist gemäss Datenrecordvorgaben der SVA Zürich vorzunehmen.

## 3.2. **Swiss ID**

Für die Durchführung des regelmässigen elektronischen Datenaustauschs zwischen den Gemeindestellen und der SVA Zürich wird die Zweigstellen-Applikation (ZAP) genutzt. Das EL-Meldetool ist in diese Online-Plattform integriert. Um das Meldetool nutzen zu können, sind die Durchführungsstellen verpflichtet eine Lizenz für eine persönliche Suisse ID mit Firmeneintrag und eine Gemeinde-Mailadresse zu kaufen. Die Gemeinde hat sicherzustellen, dass stets ein aktives Login zur Verfügung steht (personalisiertes Login).

## 3.3. **Rückwirkung**

Ansprüche auf Zusatzleistungen, welche den Zeitraum vor dem 1. Januar 2014 betreffen, sind für den genannten Zeitraum die Bestimmungen im Zusammenhang mit Art. 21a ELG nicht anwendbar.

## 3.4 **Rückforderung**

Umfasst die Rückforderung von Zusatzleistungen auch die regionale Durchschnittsprämie (RDP), ist die Rückerstattungsverfügung betreffend regionaler Durchschnittsprämie (RDP) der SVA Zürich ohne die detaillierten Berechnungsgrundlagen zuzustellen. Der ZL-beziehenden Person ist die gesamte Verfügung zuzustellen.

## 3.5 **Massgebende Prämienregion zur Bestimmung der regionalen Durchschnittsprämie**

Die regionale Durchschnittsprämie (RDP) bestimmt sich nach der Prämienregion, in welcher die zuständige Durchführungsstelle liegt.

## 3.6 **Verrechnung mit individueller Prämienverbilligung (IPV)**

Bei ZL-Anspruchsabklärungen ist nicht mehr zu prüfen, ob die anspruchsbegründende Person bereits eine individuelle Prämienverbilligung erhält und dementsprechend auch nicht als anrechenbare Einnahme in die Bedarfsrechnung einzubeziehen. Eine Verrechnung einer laufenden individuellen Prämienverbilligung mit gleichzeitigem Anspruch auf eine regionale Durchschnittsprämie (RDP) wird von der SVA Zürich vorgenommen.

## 3.7 **Beihilfeanspruch**

Personen, die einen Anspruch auf Beihilfe, aber rechnerisch (wirtschaftlich) keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen (Einnahmeüberschuss) haben, sind der SVA Zürich nicht mittels Datenrecord zu melden. Sie haben keinen Anspruch auf eine regionale Durchschnittsprämie (RDP). Der Anspruch auf eine individuelle Prämienverbilligung (IPV) wird durch die SVA Zürich aufgrund der ordentlichen Steuerdaten-





lieferung durch die Gemeinden geprüft. Eine automatische Überprüfung durch die SVA Zürich findet nicht statt.

### **3.8 Abrechnung der Zusatzleistungen mit dem Kantonalen Sozialamt**

Die regionale Durchschnittsprämie (RDP) von Personen mit Zusatzleistungen darf nicht mit dem Kantonalen Sozialamt über die ZLEL-Applikation abgerechnet werden. Ausnahme bildet die an die ZL-beziehende Person aufgrund der Rückwirkung gemäss Punkt 3.3 direkt ausbezahlte regionale Durchschnittsprämie (RDP).

### **3.9 Drittauszahlungsbegehren von Sozialhilfestellen**

Bei Drittauszahlungsbegehren von Sozialhilfestellen kann eine Verrechnung der ZL-Nachzahlung in der Höhe von maximal "ZL-Nachzahlung ohne RDP" vorgenommen werden.

## **8. Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)**

### **Art. 64a**

<sup>1</sup> Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hinzuweisen.

<sup>2</sup> Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt.

<sup>3</sup> Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreuungskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. Er ersucht die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Richtigkeit der Daten, die er dem Kanton bekannt gegeben hat, zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung dem Kanton.

<sup>4</sup> Der Kanton übernimmt 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren.

<sup>5</sup> Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die versicherte Person ihre Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen hat, erstattet dieser 50 Prozent des von der versicherten Person erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.

<sup>6</sup> In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange sie die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinse und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt hat. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.

<sup>7</sup> Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen



gen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.

<sup>8</sup> Der Bundesrat legt die Aufgaben der Revisionsstelle fest und bezeichnet die einem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitel. Er regelt die Einzelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens, der Datenbekanntgabe der Versicherer an die Kantone sowie der Zahlungen der Kantone an die Versicherer.

<sup>9</sup> Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen der versicherungspflichtigen Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen.

### **Art. 65 Abs. 1, 2, 4<sup>bis</sup> und 5**

<sup>1</sup> Die Kantone gewähren den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen. Sie bezahlen den Beitrag für die Prämienverbilligung direkt an die Versicherer, bei denen diese Personen versichert sind. Der Bundesrat kann die Anspruchsberechtigung auf versicherungspflichtige Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, die sich längere Zeit in der Schweiz aufhalten.

<sup>2</sup> Der Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern erfolgt nach einem einheitlichen Standard. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten nach Anhörung der Kantone und der Versicherer.

<sup>4bis</sup> Der Kanton meldet dem Versicherer die Versicherten, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben, und die Höhe der Verbilligung so früh, dass der Versicherer die Prämienverbilligung bei der Prämienfakturierung berücksichtigen kann. Der Versicherer informiert die anspruchsberechtigte Person spätestens bei der nächsten Fakturierung über die tatsächliche Prämienverbilligung.

<sup>5</sup> Die Versicherer sind verpflichtet, bei der Prämienverbilligung über die Bestimmungen betreffend die Amts- und Verwaltungshilfe nach Artikel 82 hinaus mitzuwirken.

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. März 2010**

<sup>1</sup> Der Versicherer vergütet die Leistungen an die versicherte Person (tiers garant), an den Leistungserbringer (tiers payant) oder an den Kanton, wenn der Kanton folgende Kosten übernimmt:

- a. die ausstehenden, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen, die zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben; und
- b. die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung angefallenen Verzugszinse und Betreuungskosten.

<sup>2</sup> Wenn der Kanton die ausstehenden, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen, die zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben, nicht übernimmt, bleiben die Aufschübe der Kostenübernahme für die Leistungen, die gestützt auf bisheriges Recht verfügt wurden, bestehen und die bis zum Inkrafttreten dieser Änderung erbrachten Leistungen werden nicht zurückerstattet. Sobald die versicherte Person die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinse und Betreuungskosten vollständig bezahlt hat, übernimmt der Versicherer die Kosten der erbrachten Leistungen.

<sup>3</sup> Die Kantone führen innerhalb von zwei Jahren ab Inkrafttreten dieser Änderung das System der Prämienverbilligung nach Artikel 65 Absatz 1 ein. Solange die Prämienverbilligung



direkt an die versicherte Person ausgerichtet wird, übernimmt der Kanton anstatt 85 Prozent 87 Prozent der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 4.

## 9. Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

### Art. 105b Mahnverfahren

<sup>1</sup> Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen.

<sup>2</sup> Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht.

### Art. 105c Ausschluss der Verrechnung

Der Versicherer darf die Versicherungsleistungen nicht mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

### Art. 105d Meldung der zuständigen kantonalen Behörde

Der Kanton meldet dem Versicherer die zuständige kantonale Behörde.

### Art. 105e Meldungen über Betreibungen

<sup>1</sup> Gibt der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt, so muss er ihr folgende Personendaten melden:

- a. den Namen und den Vornamen;
- b. das Geschlecht;
- c. das Geburtsdatum;
- d. den Wohnsitz;
- e. die AHV-Versichertennummer.

<sup>2</sup> Der Kanton kann den Versicherer anhalten, das Betreibungsverfahren nicht fortzusetzen, bis er entschieden hat, ob er die Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt.

### Art. 105f Meldungen über Verlustscheine

<sup>1</sup> Der Versicherer informiert die zuständige kantonale Behörde am Ende jedes Quartals über die Entwicklung der seit Jahresbeginn ausgestellten Verlustscheine.

<sup>2</sup> Er übermittelt der zuständigen kantonalen Behörde bis zum 31. März die Schlussabrechnung der im Vorjahr ausgestellten Verlustscheine und den dazugehörigen Revisionsbericht.



Die Abrechnung enthält eine Zusammenstellung der Gesuche um Übernahme der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes und eine Zusammenstellung der Rückerstattungen nach Artikel 64a Absatz 5 des Gesetzes.

#### **Art. 105g Personendaten**

Bei der Bekanntgabe nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes muss der Versicherer zur Identifikation der versicherten Personen und der Schuldnerinnen und Schuldner melden:

- a. den Namen und den Vornamen;
- b. das Geschlecht;
- c. das Geburtsdatum;
- d. den Wohnsitz;
- e. die AHV-Versichertennummer.

#### **Art. 105h Datenaustausch**

Das Departement kann die technischen und organisatorischen Vorgaben für den Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern festlegen.

#### **Art. 105i Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel**

Einem Verlustschein im Sinne von Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes sind Verfügungen über die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen oder gleichwertige Rechtstitel, die das Fehlen von finanziellen Mitteln der versicherten Person belegen, gleichgesetzt. Der Kanton bezeichnet die Verfügungen und die betroffenen Rechtstitel.

#### **Art. 105j Revisionsstelle**

<sup>1</sup> Die Revisionsstelle überprüft die Richtigkeit der Angaben des Versicherers bezüglich der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes. Sie kontrolliert, ob:

- a. die Angaben zu den Schuldnerinnen und Schuldnern sowie zu den Versicherten korrekt sind;
- b. das Mahnverfahren nach Artikel 105b eingehalten wurde;
- c. ein Verlustschein vorhanden ist;
- d. das Ausstellungsdatum des Verlustscheines im Vorjahr liegt;
- e. der Gesamtbetrag der Forderungen richtig ist;
- f. die Forderung dem Kanton gemeldet wurde, in dem der Verlustschein ausgestellt wurde.

<sup>2</sup> Die Revisionsstelle überprüft die Richtigkeit der Angaben des Versicherers bezüglich der Bezahlung der ausstehenden Forderungen durch die versicherte Person nach Ausstellung eines Verlustscheins.

<sup>3</sup> Der Kanton übernimmt die Kosten der Revisionsstelle, wenn er eine andere Revisionsstelle als diejenige nach Artikel 86 bezeichnet.



### **Art. 105k Zahlungen der Kantone an die Versicherer**

<sup>1</sup> Bei Eingang der Personendaten und der Meldungen über die Verlustscheine kann die zuständige kantonale Behörde dem Versicherer die Personendaten nach Artikel 105g für die Versicherten übermitteln, für die sie ausstehende Beträge übernimmt.

<sup>2</sup> Der Kanton, in dem der Verlustschein ausgestellt wurde, bezahlt dem Versicherer die Forderungen nach Artikel 64a Absatz 4 des Gesetzes nach Abzug der Rückerstattungen nach Artikel 64a Absatz 5 des Gesetzes bis zum 30. Juni. Übersteigen die Rückerstattungen die Forderungen, so zahlt der Versicherer dem aktuellen Wohnkanton bis zum 30. Juni den Differenzbetrag zurück.

<sup>3</sup> Wurde eine rückwirkende Prämienverbilligung ausgerichtet, die durch einen Verlustschein gedeckt ist, der dem Kanton in Rechnung gestellt wurde, und wurde die Prämienverbilligung dem Versicherer vor der Schlussabrechnung mitgeteilt, so zieht der Versicherer die Prämienverbilligung von seiner nächsten Schlussabrechnung ab.

### **Art. 105l Wechsel des Versicherers bei Säumigkeit**

<sup>1</sup> Säumig im Sinne von Artikel 64a Absatz 6 des Gesetzes ist die versicherte Person ab Zustellung der Mahnung nach Artikel 105b Absatz 1.

<sup>2</sup> Kündigt eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis, so muss der Versicherer sie informieren, dass die Kündigung keine Wirkung entfaltet, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betriebskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind.

<sup>3</sup> Sind die ausstehenden Beträge nach Absatz 2 beim Versicherer nicht rechtzeitig eingetroffen, so muss dieser die betroffene Person informieren, dass sie weiterhin bei ihm versichert ist und frühestens auf den nächstmöglichen Termin nach Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes den Versicherer wechseln kann. Der Versicherer muss zudem den neuen Versicherer innerhalb von 60 Tagen darüber informieren, dass die versicherte Person weiterhin bei ihm versichert ist.

### **Art. 105m Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen**

<sup>1</sup> Ist es nach dem Recht eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, Islands oder Norwegens möglich, dass der Schweizer Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einbringt, so sind folgende Bestimmungen anwendbar auf Versicherte, die in einem solchen Staat wohnen und die fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlen:

- a. Artikel 64a Absätze 1–7 des Gesetzes und die Artikel 105b–105l auf:
  1. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige,
  2. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltserhaltern und Aufenthaltserhalterinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen,
  3. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige;
- b. Artikel 64a Absätze 1, 2 und 6 des Gesetzes und die Artikel 105b und 105l auf Rentnerinnen und Rentner sowie deren Familienangehörige; der Versicherer übernimmt die Verlustscheine.

<sup>2</sup> Ist es nach dem Recht eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, Islands oder Norwegens nicht möglich, dass der Schweizer Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbe-



teiligungen einbringt, so hat der Versicherer der versicherten Person, die die fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinzuweisen. Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so kann der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschieben. Gleichzeitig muss er die versicherte Person und den zuständigen aushelfenden Träger am Wohnort der versicherten Person informieren. Der Aufschub endet, sobald die gemahnten Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die angefallenen Verzugszinse bezahlt sind. Der Versicherer darf während eines Aufschubs der Übernahme der Kosten die Versicherungsleistungen mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

### **Art. 106b Meldungen des Kantons**

<sup>1</sup> Der Kanton bestimmt eine Stelle, welche die Daten mit den Versicherern nach Artikel 65 Absatz 2 des Gesetzes austauscht.

<sup>2</sup> Er meldet dem Versicherer:

- a. die versicherten Personen, die Anspruch auf Prämienverbilligung haben;
- b. die Höhe der Prämienverbilligung je berechnete Person und Monat auf fünf Rappen gerundet;
- c. den Zeitraum in Monaten, für den die Prämienverbilligung ausgerichtet wird.

<sup>3</sup> Er legt die Termine für seine Meldungen, die Meldungen nach Artikel 106c Absätze 1 und 2 und die Lieferung der Jahresrechnung nach Artikel 106c Absatz 3 fest.

### **Art. 106c Aufgaben des Versicherers**

<sup>1</sup> Der Versicherer teilt dem Kanton mit, ob er die Meldung einer bei ihm versicherten Person zuordnen kann.

<sup>2</sup> Er meldet dem Kanton wesentliche Änderungen im Verhältnis zwischen der versicherten Person und ihm. Das Departement kann festlegen, welche Änderungen als wesentlich gelten.

<sup>3</sup> Der Versicherer legt dem Kanton eine Jahresrechnung vor. Diese umfasst je berechnete Person die Personendaten nach Artikel 105g, den betroffenen Zeitraum, die Monatsprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die ausgerichteten Beträge.

<sup>4</sup> Der Versicherer gibt die Prämienverbilligung je versicherte Person und Monat auf der Prämienrechnung an. Er darf die Prämienverbilligung nicht auf dem Versicherungsausweis angeben.

<sup>5</sup> Er bezahlt der versicherten Person die Differenz innerhalb von 60 Tagen aus, wenn seine restlichen Prämienforderungen für das laufende Kalenderjahr und seine anderen fälligen Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, für die kein Verlustschein vorliegt, kleiner sind als:

- a. die vom Kanton gewährte Prämienverbilligung; vorbehalten bleiben kantonale Regelungen, wonach die Prämie höchstens bis zu ihrem vollen Umfang verbilligt werden kann und wonach kleine Beträge nicht ausgerichtet werden;
- b. der vom Kanton gewährte Pauschalbeitrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

<sup>6</sup> Der Kanton kann vorsehen, dass der Versicherer ihm die Personendaten nach Artikel 105g und weitere Daten für seine Versicherten im betreffenden Kanton mitteilt.



### **Art. 106d Datenaustausch**

<sup>1</sup> Die Meldungen nach den Artikeln 106b und 106c enthalten die Personendaten nach Artikel 105g. Der Kanton kann die Meldung weiterer Daten vorsehen.

<sup>2</sup> Das Departement kann nach Anhörung der Kantone und der Versicherer technische und organisatorische Vorgaben für den Datenaustausch und das Datenformat festlegen.

### **Art. 106e Kosten**

Die Kantone und die Versicherer tragen die ihnen aus dem Vollzug der Prämienverbilligung erwachsenden Kosten.

## **10. Änderung der Verordnung vom 3. Juli 2001 über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen wohnen**

### **Art. 14 Abs. 2 und 4**

<sup>2</sup> Auf die Auszahlung der Prämienverbilligungen sind die Artikel 106b–106e der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung sinngemäss anwendbar.

<sup>4</sup> Aufgehoben

## **11. Teilrevision Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG)**

### **§ 14 Personen mit Anspruch auf Ergänzungsleistungen**

<sup>1</sup> Für Personen mit Anspruch auf Ergänzungsleistungen gemäss Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) wird eine Prämienverbilligung in der Höhe des Pauschalbetrags für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 10 Abs. 3 lit. d ELG ausgerichtet. Solche Personen haben keinen Anspruch auf individuelle Prämienverbilligungsbeiträge nach diesem Gesetz.

<sup>2</sup> Der Pauschalbetrag gemäss Abs. 1 geht zu Lasten des Gesamtbetrages für die Prämienverbilligung.

<sup>3</sup> Entfällt der Anspruch auf Ergänzungsleistungen, gilt das ursprüngliche Gesuch um Ergänzungsleistungen als Antrag auf individuelle Prämienverbilligung.

Abs. 4 wird aufgehoben.

### **§ 21 Verjährung**

Abs. 1 und 2 unverändert.

<sup>3</sup> Abs. 1 gilt nicht in Fällen von § 14 Abs. 3.



## **§ 23 Abrechnung und Revision**

<sup>1</sup> Die SVA erstellt zuhanden der Direktion eine Abrechnung:

- a. bis Ende März über die im Vorjahr ausgerichteten Prämienverbilligungen und Pauschalbeträge,
- b. bis Ende Mai über die im Vorjahr ausgerichteten Entschädigungen für Verlustscheine gemäss Art. 64 a Abs. 4 KVG.

<sup>2</sup> Die SVA stellt ihr bis Ende Mai einen Revisionsbericht zu.

## **12. Totalrevision der Verordnung zum EG KVG (VEG KVG)**

### **§ 10. Personen mit Ergänzungsleistungen zur AHV/IV**

Die Gemeinden sorgen dafür, dass Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beziehen, nicht als Personen im Recht auf Prämienverbilligung an die SVA gemeldet werden.