

Hausarztversicherung

Reglement der Hausarztversicherung (KVG)

Ausgabe 01.2018

Inhaltsverzeichnis

I Allgemeine Bestimmungen

- 1 Grundsätze
- 2 Geltungsbereich

II Versicherungsverhältnis

- 3 Abschluss
- 4 Kündigung

III Prämien und Kostenbeteiligung

- 5 Prämien
- 6 Kostenbeteiligung

IV Rechte und Pflichten der versicherten Personen

- 7 Betreuung / Versorgung durch den koordinierenden Arzt
- 8 Notfallbehandlungen

- 9 Behandlungen beim Spezialarzt

- 10 Einweisung in ein Spital

- 11 Bade- und Erholungskuren

- 12 Medikamente

- 13 Stellvertreter

- 14 Wechsel des koordinierenden Arztes

- 15 Listen

- 16 Akteneinsicht

V Schlussbestimmung

- 17 Inkrafttreten

I Allgemeine Bestimmungen

1 Grundsätze

- 1.1 Die Hausarztversicherung ist eine besondere Versicherungsform der Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG). Der von der versicherten Person gewählte Hausarzt (nachfolgend «koordinierender Arzt» genannt) stellt die ganzheitliche Behandlung und Betreuung in allen Gesundheitsfragen sicher.
- 1.2 Die versicherte Person erklärt sich bereit, alle Behandlungen und Untersuchungen durch den koordinierenden Arzt durchführen oder sich von einem solchen an Dritte überweisen zu lassen. Die versicherte Person trägt damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei.
- 1.3 Die garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der Grundversicherung nach KVG unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Art. 7–15). Massgebend sind das KVG und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen. Ergänzend sind auch

die Bestimmungen des Reglements für die Versicherungen nach KVG von der Sanagate AG (nachfolgend Sanagate) anwendbar.

2 Geltungsbereich

Beim Bestehen einer Hausarztversicherung gelten die Einschränkungen bei der Wahl der Leistungserbringer sinngemäss auch für allfällige bei der CSS Versicherung AG abgeschlossene Zusatzversicherungen, sofern diese vertraglich vorgesehen sind.

II Versicherungsverhältnis

3 Abschluss

Die versicherte Person wählt beim Abschluss der Versicherung aus der anwendbaren Sanagate-Ärztliste für die Hausarztversicherung (nachfolgend «Sanagate-Ärztliste» genannt) einen koordinierenden Arzt. Die anwendbare Sanagate-Ärztliste bestimmt sich nach dem zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person. Der Abschluss erfolgt jeweils auf den Ersten des folgenden Monats. Ein späterer Wechsel zu einem anderen koordinierenden Arzt ist möglich (Ziffer 14).

4 Kündigung

- 4.1 Die Kündigung der Versicherung kann unter Beachtung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich erklärt werden. Sofern nicht gleichzeitig auch ein Wechsel zur Grundversicherung eines anderen Versicherers erfolgt, führt die Kündigung zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung von Sanagate.
- 4.2 Bei einem Wegzug aus dem Geltungsbereich der Sanagate-Ärzteliste erfolgt der Austritt aus der Hausarztversicherung und der Wechsel in die ordentliche Grundversicherung auf den Ersten des folgenden Monats. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen in Ziffer 3.
- 4.3 Wenn der koordinierende Arzt aus der Sanagate-Ärzteliste ausscheidet oder ausgeschlossen wird, kann die versicherte Person innerhalb einer Frist von einem Monat seit schriftlicher Aufforderung durch Sanagate einen anderen Arzt aus der anwendbaren Sanagate-Ärzteliste als koordinierenden Arzt bezeichnen oder in die ordentliche Grundversicherung von Sanagate wechseln. Wird das Wahlrecht innerhalb dieser Frist von der versicherten Person nicht wahrgenommen, führt dies automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung von Sanagate.
- 4.4 Bei wiederholter Verletzung der in Ziffer 7.1, 9.1, 10 und 11 genannten Pflichten oder wenn sich die versicherte Person länger als drei Monate im Ausland aufhält, ist Sanagate berechtigt, die betreffende Person unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf das Ende eines Kalendermonats aus der Hausarztversicherung auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung von Sanagate. Die Gewährung eines zukünftigen Wiederabschlusses bleibt vorbehalten. Der erneute Abschluss eines alternativen Versicherungsmodells (Hausarztversicherung oder SanaCall) ist frühestens nach zwei Jahren nach Ausschluss wieder möglich.
- 4.5 Ist die ärztliche Behandlung durch den koordinierenden Arzt aus Gründen, die bei der versicherten Person liegen, nicht mehr möglich, ist Sanagate berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf das Ende eines Kalendermonats aus der Hausarztversicherung auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung von Sanagate.

III Prämien und Kostenbeteiligung

5 Prämien

Die versicherte Person erhält einen Rabatt auf die Prämie der Grundversicherung. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.

6 Kostenbeteiligung

Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei ambulanter und stationärer Behandlung sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen der Grundversicherung und nach dem Reglement für die Versicherungen nach KVG von Sanagate.

IV Rechte und Pflichten der versicherten Person

7 Betreuung/Versorgung durch den koordinierenden Arzt

- 7.1 Die versicherte Person wendet sich für alle Behandlungen immer zuerst an ihren koordinierenden Arzt (ausgenommen Ziffer 8, 9.2 und 13). Dieser sorgt bei Bedarf für die adäquate Behandlung und Betreuung durch weitere Ärzte oder medizinische Hilfspersonen.
- 7.2 Beansprucht die versicherte Person ausserhalb der in den Ziffer 8, 9.2 und 13 genannten Fälle direkt ambulante oder stationäre Behandlungen ohne vorherige Anweisung durch ihren koordinierenden Arzt, trägt die versicherte Person sämtliche damit verbundenen Kosten selber.

8 Notfallbehandlungen

- 8.1 In einer Notfallsituation wendet sich die versicherte Person an ihren koordinierenden Arzt. Falls dieser nicht erreichbar sein sollte, wendet sich die versicherte Person an den Stellvertreter des koordinierenden Arztes oder an die regionale Notfallorganisation am Wohnort, gegebenenfalls am Aufenthaltsort.
- 8.2 Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitaleinweisung oder eine Behandlung beim Notfallarzt nötig, ist die versicherte Person verpflichtet, zum erstmöglichen Zeitpunkt den koordinierenden Arzt zu orientieren oder orientieren zu lassen. Sollte anschliessend eine Kontrollkonsultation nötig sein, muss diese beim koordinierenden Arzt erfolgen. Mit Einverständnis des koordinierenden Arztes kann die weitere Behandlung so lange wie notwendig auch beim Notfallarzt erfolgen.

9 Behandlungen beim Spezialarzt

- 9.1 Wird die versicherte Person von ihrem koordinierenden Arzt einem Spezialarzt zugewiesen und empfiehlt dieser eine weitergehende Behandlung oder einen operativen Eingriff, ist die versicherte Person verpflichtet, ihren koordinierenden Arzt im Voraus darüber zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.
- 9.2 Die versicherte Person verfügt bei folgenden Spezialärzten über das freie Wahlrecht:
 - Augenärzte (Fachärzte für Ophthalmologie)
 - Frauenärzte (Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe).

10 Einweisung in ein Spital

Einweisungen in Spitäler oder teilstationäre Einrichtungen müssen durch den koordinierenden Arzt oder mit dessen Einverständnis erfolgen (ausgenommen Ziffer 8, 9 und 13). Der koordinierende Arzt stellt die Spitalbedürftigkeit fest und weist die versicherte Person in das Spital ein.

11 Bade- und Erholungskuren

Einweisungen in Bade- und Erholungskuranstalten müssen durch den koordinierenden Arzt oder mit dessen Einverständnis erfolgen, sofern der Anspruch auf Versicherungsleistung geltend gemacht wird.

12 Medikamente

- 12.1 Die versicherte Person verpflichtet sich jeweils ein kostengünstiges Arzneimittel aus der ärztlich verordneten Wirk-

stoffgruppe zu verlangen. Als Basis gilt die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführte sogenannte Generikalistik. Es kann sich dabei um ein Generikum oder ein vergleichsweise kostengünstiges Originalpräparat handeln.

- 12.2 Wählt die versicherte Person ein auf der Generikalistik des BAG geführtes Arzneimittel mit erhöhtem Selbstbehalt (20 %), für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden die Kosten nur zu 50 % vergütet.
- 12.3 Diese Regelung gilt nicht, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen auf das Originalpräparat mit erhöhtem Selbstbehalt angewiesen ist. Eine entsprechende schriftliche Bestätigung des behandelnden Arztes muss bei der Leistungsabrechnung vorliegen.

13 Stellvertreter

Ist der koordinierende Arzt, den die versicherte Person aus der Sanagate-Ärzteliste ausgewählt hat, abwesend, wendet sich die versicherte Person an den Stellvertreter des koordinierenden Arztes (ausgenommen Ziffer 8). Bei längerer Abwesenheit kann die versicherte Person einen anderen koordinierenden Arzt aus der entsprechenden Sanagate-Ärzteliste bezeichnen.

14 Wechsel des koordinierenden Arztes

Die versicherte Person kann den koordinierenden Arzt in begründeten Fällen auf den Ersten des folgenden Monats wechseln und einen anderen koordinierenden Arzt aus der entsprechenden Sanagate-Ärzteliste bezeichnen. Die versicherte Person teilt dies vor dem Wechsel dem bisherigen koordinierenden Arzt und Sanagate mit.

15 Listen

- 15.1 Die in diesem Reglement genannten, jeweils gültigen Listen werden im Internet (www.sanagate.ch) veröffentlicht.
- 15.2 Massgebend sind immer die zum Behandlungszeitpunkt gültigen Listen.
- 15.3 Sanagate kann die im Reglement genannten Listen jährlich anpassen (Ausnahme: Generikalistik gemäss Ziffer 12.1)

16 Akteneinsicht

Mit dem Abschluss der Hausarztversicherung erklären sich die versicherten Personen damit einverstanden, ihrem koordinierenden Arzt Einsicht in die für dieses Versicherungsmodell notwendigen Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Diese Versicherungsform erfordert zudem einen Datenaustausch zwischen dem koordinierenden Arzt, Sanagate und allfälligen Dritten. Dabei handelt es sich um Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten der versicherten Personen. Diese werden insbesondere Spezialisten, Spitälern und anderen im Rahmen der medizinischen und organisatorischen Leistungserbringung involvierten Personen und Institutionen zwecks Durchführung des Vertrages oder bei einem Wechsel des koordinierenden Arztes bekannt gegeben.

V Schlussbestimmung

17 Inkrafttreten

Dieses Reglement tritt per 1. Januar 2015 in Kraft.

