



## Algemene betalingsvoorwaarden Ziekenhuis Rivierenland

**Algemene betalingsvoorwaarden van de Interconfessionele Stichting Gezondheidszorg Rivierenland (Ziekenhuis Rivierenland) te Tiel, en van alle dependances en/of nevenvestigingen daarvan en de daaraan verbonden vrijgevestigd medisch specialisten, gedeponeed ter griffie van de Rechtbank te Arnhem onder nummer: 2013/6.**

### **Toelichting**

Naast deze Algemene Betalingsvoorwaarden zijn ook andere Algemene Voorwaarden van toepassing op de behandelovereenkomst met de patiënt, namelijk de Tweezijdige Algemene Voorwaarden. Deze Tweezijdige Algemene Voorwaarden betreffen - kort samengevat - in hoofdzaak al hetgeen het aangaan, uitvoeren of opzeggen van de behandelovereenkomst betreft.

Deze betalingsvoorwaarden gaan in hoofdzaak over de juridische consequenties van het niet of te laat betalen van de factuur van het ziekenhuis door de patiënt.

De tekst van deze algemene betalingsvoorwaarden is vastgesteld in een gezamenlijk besluit van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis en de aan het ziekenhuis verbonden ter zake representatieve gemandateerde vertegenwoordiging van alle aan het ziekenhuis verbonden vrij gevestigd medisch specialisten.

Deze algemene betalingsvoorwaarden zijn te allen tijde op enkel verzoek van de patiënt verkrijgbaar en worden desgewenst kosteloos aan hem/haar toegezonden.

## Algemene Betalingsvoorwaarden

### Art. 1. Definities

In deze Algemene Betalingsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- A. Ziekenhuis: het ziekenhuis van de Interconfessionele Stichting Gezondheidszorg Rivierenland te Tiel met de vestigingen Ziekenhuis Rivierenland, gevestigd te Tiel, de Barbara polikliniek, gevestigd te Culemborg en de polikliniek in Beneden Leeuwen en/of de daarin werkzame vrijgevestigd medisch specialisten.
- B. Behandelovereenkomst: de overeenkomst waarbij het ziekenhuis zich tegenover een patiënt verbindt tot het (doen) verrichten van geneeskundige handelingen die rechtstreeks betrekking hebben op deze patiënt.
- C. Geneeskundige handelingen: een ziekenhuisopname, dagbehandeling, poliklinische behandeling of –consult, ziekenhuisverplaatste zorg, keuringen en alle overige, al dan niet medisch specialistische zorg of dienstverlening door of vanwege het ziekenhuis.
- D. Dienstverleningsovereenkomst: de overeenkomst waarbij het ziekenhuis zich in aanvulling op een behandelovereenkomst, verbindt tot het (doen) leveren van in onderling overleg nader te bepalen diensten<sup>1</sup> aan de patiënt.
- E. DBC: Diagnose Behandeling Combinatie, de drager waarmee de zorg gedeclareerd wordt. Ook elke toekomstige naam valt onder deze definitie. Ook andere dragers van declaratie van zorg vallen in deze Algemene Betalingsvoorwaarden onder deze definitie.

### Art. 2. Toepasselijkheid

- 2.1. Deze Algemene Betalingsvoorwaarden zijn van toepassing op alle behandelings- en/of dienstverleningsovereenkomsten tussen het ziekenhuis en de patiënt.
- 2.2. Op de (behandelings-)overeenkomst met de patiënt zijn naast deze Algemene Betalingsvoorwaarden ook Tweezijdige Algemene Voorwaarden (nog landelijk overeen te komen) van toepassing.
- 2.3. Een afwijking van deze Algemene Betalingsvoorwaarden is slechts van toepassing indien het ziekenhuis daarmee uitdrukkelijk en schriftelijk heeft ingestemd.

### Art. 3. Algemeen

- 3.1. Indien een of meerdere bepalingen uit deze Algemene Betalingsvoorwaarden geheel of gedeeltelijk nietig mochten blijken te zijn of vernietigd mochten worden, dan blijft het overigens in deze Algemene Betalingsvoorwaarden bepaalde volledig van toepassing.
- 3.2. Mocht onduidelijkheid bestaan over de uitleg van een of meerdere bepalingen van deze Algemene Betalingsvoorwaarden, dan dient de uitleg daarover plaats te vinden "naar de geest" van deze bepalingen.

### Art. 4. Betaling

- 4.1. De patiënt is het ziekenhuis de kosten verschuldigd voor de verleende geneeskundige behandeling, service en/of overige diensten volgens de daarvoor door het ziekenhuis vastgestelde tarieven, voor zover deze kosten niet rechtstreeks door de

---

<sup>1</sup> Voorbeelden kunnen bijvoorbeeld zijn de verhuur van tv, radio en/of telefoon voor zover het ziekenhuis deze voorzieningen zelf aan patiënten verhuurt, het leveren van secretariële capaciteit, bijzondere maaltijden of dranken, een luxe verblijfsruimte e tc.

- zorgverzekeraar op grond van de Zorgverzekeringswet of uit de AWBZ worden betaald.
- 4.2. De patiënt verleent het ziekenhuis een machtiging om namens hem aan diens verzekeringsmaatschappij betaling te vragen (van het verzekerde deel) van de kosten van de aan hem verleende geneeskundige behandeling. De patiënt verschaft het ziekenhuis daartoe de benodigde informatie over zijn verzekering. Bij ontvangst van de vergoeding van de verzekeringsmaatschappij verrekenet het ziekenhuis de ontvangen bedragen door deze in mindering te brengen op hetgeen de patiënt uit hoofde van de behandeling aan het ziekenhuis verschuldigd is.
  - 4.3. Het ziekenhuis mag, wanneer daartoe redelijkerwijs aanleiding bestaat, van de patiënt een redelijke aanbetaling of zekerheidstelling vragen voordat de zorg wordt verleend, tenzij er sprake is van acuut te verlenen zorg. Het ziekenhuis kan in ieder geval vooraf een redelijke aanbetaling of vooruitbetaling vragen:
    - a. als de patiënt niet of slechts gedeeltelijk is verzekerd voor de kosten van de te verlenen zorg;
    - b. als het ziekenhuis voor de te verlenen zorg (nog) geen overeenkomst heeft afgesloten met de zorgverzekeraar waar de patiënt zich bij heeft verzekerd of als de te verlenen zorg niet of niet meer valt onder de reikwijdte van de tussen het ziekenhuis en die zorgverzekeraar gesloten overeenkomst.
  - 4.4. De volledige prijs voor de verleende geneeskundige behandeling(en) is niet eerder opeisbaar dan op het moment van afsluiten van de betreffende DBC.
  - 4.5. Het ziekenhuis verzendt de factuur zo spoedig mogelijk, maar in de regel binnen twee maanden na afsluiting van de betreffende DBC aan de patiënt.
  - 4.6. Het ziekenhuis geeft op de factuur aan welk deel daarvan betrekking heeft op de werkzaamheden van de medisch specialist(en) en welk deel op de zorginstelling. Tevens vermeldt het ziekenhuis de betalingstermijn op de factuur.
  - 4.7. Bezwaren tegen de hoogte van een factuur schorten de verplichting tot betaling daarvan niet op.
  - 4.8. Indien de patiënt de factuur van het ziekenhuis niet binnen de in het voorgaande lid genoemde betalingstermijn heeft voldaan, is hij zonder nadere ingebrekestelling in verzuim. Het ziekenhuis stuurt de patiënt na het verstrijken van die termijn een betalingsherinnering en geeft hem de gelegenheid binnen 14 dagen na de datum van de betalingsherinnering alsnog te betalen.
  - 4.9. Als de factuur van het ziekenhuis na het verstrijken van de tweede betalingstermijn niet of niet volledig is betaald, dan komen alle redelijke kosten ter verkrijging van voldoening in en/of buiten rechte voor rekening van de patiënt. Het ziekenhuis kan bovendien vanaf het moment van het verstrijken van de eerste betalingstermijn de wettelijke rente over het niet betaalde deel van de factuur bij de patiënt in rekening brengen.
  - 4.10. Als de factuur van het ziekenhuis na het verstrijken van de tweede betalingstermijn niet of niet volledig is betaald, dan heeft dit verder tot gevolg dat alle openstaande vorderingen van het ziekenhuis op de patiënt, ondanks eventuele andersluidende bedingen of afspraken, onmiddellijk opeisbaar worden.
  - 4.11. De buitengerechtigde incassokosten worden berekend overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 en 2 van het Besluit Vergoeding voor buitengerechtigde incassokosten<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Besluit van 27 maart 2012, Staatsblad 2012 nr. 141

- 4.12. Indien het ziekenhuis in het kader van de incasso van vorderingen op de patiënt gebruik maakt van derden zoals incassobureaus, dan wel dergelijke vorderingen overdraagt aan zulke derden, is het ziekenhuis gerechtigd de haar bekende gegevens van de patiënt aan deze derden te verstrekken.

#### **Art. 5. Afwijkende betaling**

Indien de patiënt de factuur zelf wenst te ontvangen en deze niet via een verzekeringsmaatschappij wil laten lopen, dan kan de patiënt geen aanspraak doen op eventuele prijsafspraken tussen ziekenhuis en verzekeringsmaatschappij. De patiënt is dan het zogenaamde passantentarief verschuldigd.

#### **Art. 6. Adreswijziging**

De patiënt dient tot minimaal 1 jaar na laatste behandeling resp. afspraak in het ziekenhuis wijzigingen van naam, adres, woonplaats en verzekering door te geven aan de administratie van het ziekenhuis. Indien het ziekenhuis kosten maakt voor het achterhalen van deze gegevens ten behoeve van facturering, dan is het ziekenhuis gerechtigd deze kosten bij de patiënt in rekening te brengen.

#### **Art. 7. Wegblijftarief**

- 7.1 Als de patiënt een gemaakte afspraak tot het (doen) verrichten van een geneeskundige behandeling door het ziekenhuis niet kan nakomen, moet hij deze afspraak, behoudens overmacht, uiterlijk 24 uur van tevoren annuleren.
- 7.2 Behoudens tegenbewijs strekt in deze de ziekenhuisadministratie tot het volledige bewijs dat en wanneer een zodanige afspraak is gemaakt of is afgezegd.
- 7.3 Afspraken die niet of niet tijdig of niet correct zijn afgezegd, kunnen door het ziekenhuis bij de patiënt in rekening worden gebracht.

#### **Art. 8. Laatste zorg bij overlijden**

- 8.1 De patiënt wordt bij het aangaan van de behandelovereenkomst geacht in te stemmen met het door het ziekenhuis verrichten van de noodzakelijke laatste zorg bij overlijden binnen het ziekenhuis, voor zover de directe nabestaanden van de patiënt niet binnen drie uur na overlijden een andere voorziening treffen.
- 8.2 De patiënt heeft gedurende de behandelovereenkomst te allen tijde het recht uitdrukkelijk te verklaren dat hij van de in het ziekenhuis noodzakelijke zorg wil afwijken. In dat geval moet door de nabestaanden binnen drie uur na overlijden van de patiënt een andere voorziening worden getroffen.

#### **Art. 9. Tarieven**

- 9.1. Het ziekenhuis is ongeacht eventuele eerdere mededelingen aan de patiënt te allen tijde gerechtigd tarieven zonder nadere kennisgeving te wijzigen. Het ziekenhuis brengt steeds de op het moment van het uitvoeren van de geneeskundige behandeling van kracht zijnde en bekend gemaakte tarieven in rekening.
- 9.2. Het ziekenhuis houdt, waar wettelijk noodzakelijk, bij het vaststellen van tarieven en tariefswijzigingen rekening met de geldende prijsvoorschriften van de Nederlandse Zorgautoriteit of met de voorschriften van enig ander daartoe wettelijk aangewezen orgaan.
- 9.3. Een tariefsverhoging van het ziekenhuis geeft de patiënt het recht een voor het moment van die tariefsverhoging gesloten overeenkomst tot het doen verrichten van een geneeskundige

behandeling op te zeggen tot 24 uur voor het moment van het uitvoeren van die geneeskundige behandeling.

**Art. 10. Verrekening**

Een beroep van de patiënt op verrekening is niet mogelijk wanneer de tegenvordering van de patiënt door het ziekenhuis op goede gronden wordt bestreden.

**Art. 11. Nederlands recht**

Op alle tussen het ziekenhuis en de patiënt gesloten overeenkomsten is Nederlands recht van toepassing.

**Art. 12. Wijziging van deze Algemene Betalingsvoorwaarden**

- 12.1 Het ziekenhuis is gerechtigd om de inhoud van deze Algemene Betalingsvoorwaarden te wijzigen.
- 12.2 Behoudens het gestelde in het 3<sup>e</sup> lid van dit artikel gelden dergelijke wijzigingen ook ten aanzien van reeds bestaande behandelings- en dienstverleningsovereenkomsten waarop deze Algemene Betalingsvoorwaarden van toepassing zijn, tenzij het ziekenhuis aangeeft dat dit niet het geval is.
- 12.3 Indien een patiënt een wijziging, die betrekking heeft op een door hem gesloten behandelings- en/of dienstverleningsovereenkomst niet wenst te accepteren, kan hij de overeenkomst met het ziekenhuis schriftelijk beëindigen met ingang van de datum waarop de wijziging van kracht wordt. De schriftelijke opzegging dient voor de ingangsdatum van de wijziging door het ziekenhuis te zijn ontvangen.