

Algemene Voorwaarden van de Stichting OLVG te Amsterdam gedeponereerd bij de rechtbank Amsterdam d.d. 19 juli 2023

Algemene Voorwaarden:

1. Definities

In deze Algemene Voorwaarden wordt verstaan onder:

- A. Ziekenhuis: Stichting OLVG te Amsterdam en/of de daarin werkzame vrij gevestigd medische specialisten.
- B. Behandelingsovereenkomst (art. 7:446 BW): alle door het ziekenhuis met een patiënt gesloten overeenkomsten betreffende een behandeling in de zin van de Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst.
- C. Patiënt: de wederpartij (en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger) van het ziekenhuis bij het aangaan van de behandelingsovereenkomst.
- D. Behandeling: een ziekenhuisopname, dagbehandeling, poli-klinische behandeling of –consult, ziekenhuisverplaatste zorg, keuring en alle overige medisch specialistische zorg.
- E. Dienstverleningsovereenkomst: de overeenkomst waarbij het ziekenhuis zich in aanvulling op een behandelingsovereenkomst, verbindt tot het (doen) leveren van in onderling overleg nader te bepalen diensten aan de patiënt.
- F. DBC: diagnosebehandelingcombinatie.

2. Toepasselijkheid

- 2.1 Deze Algemene Voorwaarden treden in werking op 19 juli 2023 en zijn van toepassing op alle daarna afgesloten behandelings- en/of dienstverleningsovereenkomsten tussen het ziekenhuis en de patiënt. Op de behandelings- en/of dienstverleningsovereenkomsten die afgesloten werden voordat deze Algemene Voorwaarden van kracht werden, blijven de op dat moment geldende Algemene Voorwaarden van toepassing.
- 2.2 Een afwijking van deze Algemene Voorwaarden is slechts van kracht indien het ziekenhuis daarmee uitdrukkelijk en schriftelijk heeft ingestemd.
- 2.3 Indien een of meerdere bepalingen uit deze Algemene Voorwaarden geheel of gedeeltelijk nietig mochten blijken te zijn of vernietigd worden, dan blijft het overige in deze Algemene Voorwaarden bepaalde volledig van toepassing.
- 2.4 Mocht onduidelijkheid bestaan over de uitleg van een of meerdere bepalingen van deze Algemene Voorwaarden, dan dient de uitleg daarover plaats te vinden 'naar de geest' van deze bepalingen.

3. Betaling

- 3.1 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 zorgverzekeraar op grond van de Zorgverzekeringswet of uit de Wet langdurige zorg worden betaald.

- 3.2 De patiënt informeert het ziekenhuis bij het eerste bezoek, en telkens wanneer het ziekenhuis daarom vraagt, over de relevante verzekeringsgegevens. Indien de zorgverzekeraar dit voor bepaalde behandelingen voorschrijft, overlegt de patiënt voorafgaand aan de behandelingsovereenkomst een specifieke machtiging van de zorgverzekeraar.
- 3.3 De patiënt verleent het ziekenhuis een machtiging om namens de patiënt aan diens verzekeringsmaatschappij betaling te vragen (van het verzekerde deel) van de kosten van de aan hem verleende behandeling. De patiënt verschaft het ziekenhuis daartoe de benodigde informatie over de 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.
- 3.4 Wanneer de patiënt niet of slechts gedeeltelijk verzekerd is, of wanneer de patiënt een behandeling wenst die geheel buiten het voor die patiënt van toepassing zijnde verzekeringspakket (waaronder budgetpolissen worden begrepen) valt, dient de patiënt het ziekenhuis hierover bij het aangaan van de behandelingsovereenkomst te informeren. In een dergelijk geval stelt het ziekenhuis voorafgaand aan de aanvang van de behandeling een voorschotnota op. De patiënt voldoet deze nota voorafgaand aan de behandeling. Na beëindiging van de behandeling wordt het precieze bedrag met het door de patiënt betaalde voorschot verrekend.
- 3.5 Het ziekenhuis is op elk moment dat daartoe voor hem redelijkerwijs aanleiding bestaat, gerechtigd om van de patiënt gehele of gedeeltelijke vooruitbetaling of zekerheidsstelling te verlangen voor de geschatte kosten van de aan hem te verlenen behandeling of verdere behandeling. Het achterwege blijven van vooruitbetaling of zekerheidsstelling geeft het ziekenhuis echter niet de bevoegdheid tot het uitstellen of achterwege laten van acuut te verlenen zorg. De arts beoordeelt of er sprake is van acuut te verlenen zorg.
- 3.6 In geval van eigen bijdrage of eigen risico kan een factuur worden opgesplitst in een deel voor de patiënt en een deel voor de zorgverzekeraar. Het ziekenhuis brengt de patiënt hiervoor administratieve kosten in rekening.
- 3.7 Het ziekenhuis mag, wanneer daartoe redelijkerwijs aanleiding bestaat, van de patiënt een redelijke aanbetaling of zekerheidsstelling 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 verzekerd heeft of als de te verlenen zorg niet of niet meer valt onder de reikwijdte van de tussen het ziekenhuis en die zorgverzekeraar gesloten overeenkomst.
- 3.8 De volledige prijs voor de verleende geneeskundige behandeling(en) is niet eerder opeisbaar dan op het moment van afsluiten van de betreffende DBC.
- 3.9 Het ziekenhuis verzendt de factuur zo spoedig mogelijk aan de patiënt, maar uiterlijk binnen twaalf (12) maanden na afsluiting van de betreffende DBC aan de patiënt.

- 3.10 Bezwaren tegen de hoogte van de factuur schorten de betalingsverplichting daarvan niet op.
- 3.11 Indien de patiënt de factuur van het ziekenhuis niet binnen de op de factuur vermelde betalingstermijn van dertig (30) dagen 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 veertien (14) dagen na de datum van de betalingsherinnering alsnog te betalen.
- 3.12 Als de factuur van het ziekenhuis na het verstrijken van de tweede betalingstermijn niet of niet volledig is betaald, dan komen alle kosten ter verkrijging van voldoening in/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.
- 3.13 Als de factuur van het ziekenhuis na het verstrijken van de tweede termijn niet of niet volledig is betaald, dan heeft dit tot gevolg dat alle openstaande en vervallen vorderingen van het ziekenhuis op de patiënt, ondanks eventuele andersluidende bedingen of afspraken, onmiddellijk opeisbaar worden.
- 3.14 De buitengerechtelijke incassokosten worden berekend overeenkomstig het bepaalde in het Besluit Vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten.
- 3.15 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 persoonsgegevens van de patiënt aan deze derden te verstrekken. De patiënt heeft door middel van aanvaarding van de Algemene Voorwaarden hiertoe uitdrukkelijk toestemming gegeven.

4. Legitimatie

Elke patiënt dient zich steeds op eerste verzoek van het ziekenhuis te kunnen legitimeren met een wettelijk erkend legitimatiebewijs. Kan een patiënt desgevraagd een dergelijk legitimatiebewijs niet tonen, dan is het ziekenhuis gerechtigd de behandelingsovereenkomst niet aan te gaan danwel op te schorten tenzij het om acuut te verlenen zorg gaat. Kan een patiënt desgevraagd geen wettelijk erkend identiteitsbewijs tonen dan kunnen de kosten van de behandeling niet worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De rekening voor de behandeling wordt in dat geval rechtstreeks aan de patiënt gestuurd. Het ziekenhuis kan in dat geval een betalingsregeling treffen. Indien de patiënt acute zorg nodig heeft dan hoeft de patiënt zich niet eerst te legitimeren. In dat geval dient de patiënt zich binnen veertien (14) dagen bij het ziekenhuis te legitimeren.

5. Annulering van afspraken

- 5.1 Als de patiënt een gemaakte afspraak met het ziekenhuis tot het (doen) verrichten van een geneeskundige behandeling of controle niet kan nakomen, moet hij deze afspraak, behoudens overmacht, uiterlijk vierentwintig (24) uur van tevoren annuleren.
- 5.2 Indien de patiënt niet op een afspraak verschijnt, terwijl de patiënt de afspraak niet heeft geannuleerd of dit minder dan vierentwintig (24) uur van tevoren heeft

gedaan, kan het ziekenhuis besluiten de patiënt voor deze afspraak een bedrag in rekening te brengen.

5.3 Behoudens tegenbewijs gelden de in de ziekenhuisadministratie opgenomen gegevens als het volledige bewijs dat en wanneer een zodanige afspraak is gemaakt of is afgezegd.

5.4 Indien de patiënt afziet van een behandeling waarbij op maat gemaakte hulpmiddelen zijn vervaardigd en de zorgverzekeraar deze niet zal vergoeden na annulering op verzoek patiënt, dan behoudt het ziekenhuis zich het recht voor deze kosten in rekening te brengen bij de patiënt.

6. Opzegging of opschorting behandelingsovereenkomst

Onverminderd elders in de Algemene Voorwaarden bepaald is opzegging of opschorting van de behandelingsovereenkomst mogelijk indien daarvoor gewichtige redenen zijn. Te denken valt aan de patiënt die zich zeer onbehoorlijk of onheus gedraagt jegens het ziekenhuis of haar medewerkers of de aldaar werkzame vrijwilligers en/of jegens medepatiënten of hun bezoek, dat daardoor de situatie onwerkbaar wordt, de hulpverlening aan anderen in gevaar dreigt te komen of de vertrouwensrelatie onherstelbaar is verstoord. Bij het opzeggen of opschorten van de behandelingsovereenkomst dienen de daarvoor gebruikelijke zorgvuldigheidseisen in acht te worden genomen.

7. Laatste zorg bij overlijden

De patiënt geeft – behoudens een expliciete andersluidende verklaring – bij het aangaan van een behandelingsovereenkomst tevens opdracht aan het ziekenhuis voor het (doen) verrichten van de in het ziekenhuis gebruikelijke laatste zorg bij overlijden binnen het ziekenhuis, voorzover de directe nabestaanden van de patiënt als omschreven in art. 7:465 lid 3 BW niet binnen drie (3) uren na overlijden een andere voorziening treffen. De aldus door of vanwege het ziekenhuis verrichte werkzaamheden worden afzonderlijk in rekening gebracht tegen de op dat moment geldende tarieven.

8. Tarieven

8.1 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 uitvoeren van de geneeskundige behandeling van kracht zijnde en bekendgemaakte tarieven in rekening.

8.2 Het ziekenhuis houdt, waar wettelijk noodzakelijk, bij het vaststellen van de tarieven en tariefswijzigingen rekening met de geldende prijsvoorschriften van de Nederlandse Zorgautoriteit of van enig ander daartoe wettelijk aangewezen orgaan.

8.3 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 vierentwintig (24) uur voor het moment van het uitvoeren van die geneeskundige behandeling.

9. 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.
10. Toepasselijk recht en bevoegde rechter
 - 10.1 Op alle rechtsbetrekkingen tussen het ziekenhuis en de patiënt of andere natuurlijke en rechtspersonen is uitsluitend Nederlands recht van toepassing.
 - 10.2 Geschillen tussen het ziekenhuis en de patiënt in het kader van de Algemene Voorwaarden worden bij uitsluiting beslecht door de bevoegde rechter te Amsterdam.
11. Wijziging van de Algemene Voorwaarden
 - 11.1 Het ziekenhuis is gerechtigd om de inhoud van de Algemene Voorwaarden te wijzigen.
 - 11.2 Behoudens het gestelde in het derde lid van dit artikel, gelden dergelijke wijzigingen ook ten aanzien van reeds bestaande behandelings- en dienstverleningsovereenkomsten waarop deze Algemene Voorwaarden van toepassing zijn, tenzij het ziekenhuis aangeeft dat dit niet het geval is.
 - 11.3 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.