

Algemene Voorwaarden voor Patiënten

Algemene Patiëntenvoorwaarden van het Academisch Medisch Centrum, Meibergdreef 9, te Amsterdam ZO, zoals goedgekeurd op het Stafconvent van 21 november 2012, en als zodanig vastgesteld door de Raad van Bestuur van het AMC op 5 maart 2013. Deze voorwaarden zijn gedeponeerd ter griffie van de Rechtbank te Amsterdam op 26 maart 2013.

Artikel 1 Definities

In deze Algemene Voorwaarden hebben de woorden geschreven met een hoofdletter de volgende betekenis:

Prijsopgave:	Iedere aanbieding van het Ziekenhuis voor aanvang van Behandeling van de Patiënt, waarbij aangegeven wordt hoeveel een bepaalde Behandeling kost, uitgaande van een gebruikelijke behandeling zonder complicaties, uitgaande van de door de patiënt verstrekte informatie.
Spoedeisende Hulp:	Zorg die binnen enkele minuten tot enkele uren, verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een aandoening of een ongeval te voorkomen. De arts beoordeelt of er sprake is van Spoedeisende Hulp.
Behandeling:	Ieder contact met de Patiënt in het kader van een Behandelingsovereenkomst (waaronder diagnose, ziekenhuisopname, dagbehandeling, consult, ziekenhuisverplaatste zorg, keuringen en alle overige al dan niet medisch-specialistische zorg of dienstverlening.)
Behandelingsovereenkomst:	Behandelingsovereenkomst als beschreven in 7:446 BW tussen (de vertegenwoordiger van de) Patiënt en Ziekenhuis inzake een bepaalde Behandeling;
Patiënt:	Degene die op basis van de Behandelingsovereenkomst behandeld is, wordt of zal worden, afhankelijk van de situatie vertegenwoordigd door zijn (wettelijk) vertegenwoordiger.
Polis:	Het document waaruit blijkt wat de dekking is van de verzekering die Patiënt met zijn Zorgverzekeraar is overeengekomen.
Ziekenhuis:	Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.
Zorgverzekeraar:	De verzekeraar waarmee de Patiënt een verzekeringsovereenkomst in de vorm van een Polis is aangegaan voor Behandelingen.

Artikel 2 Toepasselijkheid

- Deze voorwaarden zijn van toepassing op alle Prijsopgaven c.q. Behandelingsovereenkomsten tussen Ziekenhuis en Patiënten, tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen, met uitzondering van die met één der apotheken van het Ziekenhuis.
- Op alle overeenkomsten tussen Ziekenhuis en Patiënt is het Nederlandse Recht van toepassing.

Artikel 3 Totstandkoming Behandelingsovereenkomst

- De Passantentarieven zoals deze ten tijde van de aanvang van de Behandeling zijn vermeld op www.amc.nl, geven een globale indicatie van de hoogte van een tarief voor een bepaalde verrichting.
- Alle Prijsopgaven van het Ziekenhuis aan de Patiënt voor de uit te voeren verrichtingen hebben een geldigheid van 2 weken na kennisgeving. Indien een verrichting plaats heeft gevonden nadat 2 weken zijn verstreken, heeft het Ziekenhuis de mogelijkheid om de prijs omhoog of omlaag bij te stellen¹.
- Een Prijsopgave van het Ziekenhuis omvat alleen die specifieke verrichtingen die in de Prijsopgave zijn aangegeven.²
- Door inschrijving als Patiënt bij het Ziekenhuis, danwel bij aanvang van de Behandeling wordt Patiënt geacht toestemming te hebben gegeven aan het Ziekenhuis om met zijn Zorgverzekeraar informatie met betrekking tot zijn Polis en zijn persoonsgegevens uit te wisselen.
- De Patiënt zal voor aanvang van de Behandeling bij zijn Zorgverzekeraar hebben geïnformeerd of er tussen Zorgverzekeraar en Ziekenhuis afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de aan hem te geven Behandeling.
- Door aan te vangen met een Behandeling, wordt Patiënt geacht het Ziekenhuis een toestemming te hebben gegeven om namens hem aan diens Zorgverzekeraar betaling van de kosten van de aan hem verleende zorg te vragen (van het op basis van zijn Polis aan Ziekenhuis te betalen deel) van de kosten van de aan hem te geven Behandeling. Het Ziekenhuis zal de Patiënt die kosten, welke niet door de Zorgverzekeraar aan het Ziekenhuis vergoed worden, in rekening brengen.
- In geval de Zorgverzekeraar weigert de kosten van een Behandeling te voldoen omdat Patiënt geen verwijsbrief van een daartoe bevoegde zorgaanbieder heeft overgedragen aan het AMC, terwijl zijn Polis voorschrijft dat een verwijsbrief noodzakelijk is, zullen de kosten van de Behandeling door Ziekenhuis aan de Patiënt in rekening worden gebracht.
- In een situatie van Overmacht, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van voldoende capaciteit, heeft het Ziekenhuis het recht en de plicht om hem in geval van noodzaak tot Spoedeisende Hulp door te

¹ Achtergrond van de beperkte geldigheidsduur van 2 weken is de per 1 januari 2012 ingevoerde kostenberekening in de zorg.

² Gedurende uw behandeling kan het zijn dat op basis van de diagnose andere verrichtingen zullen moeten worden uitgevoerd dan waarvoor van te voren een Prijsopgave is afgegeven. Ook kan het zijn dat aanvullende verrichtingen dienen te worden uitgevoerd.

verwijzen naar een andere zorgaanbieder, waarbij het Ziekenhuis zich zal inspannen om de mogelijk nadelige medische gevolgen van deze verwijzing voor Patiënt tot een minimum te beperken.

Artikel 4 Afspraken gedurende Behandeling

1. Elke Patiënt dient zich steeds op eerste verzoek van het Ziekenhuis te kunnen legitimeren met een wettelijk erkend legitimatiebewijs of een door Ziekenhuis uitgegeven bewijs waar minimaal een pasfoto van Patiënt, zijn geboortedatum en naam staan vermeld. In geval een Patiënt desgevraagd een dergelijk legitimatiebewijs niet kan tonen, is het Ziekenhuis gerechtigd de Behandelingsovereenkomst op te schorten, tenzij het om Spoedeisende Hulp gaat.
2. In de gevallen dat bij de Patiënt geen Spoedeisende Hulp meer vereist is, is het Ziekenhuis vrij om in overleg met Patiënt zelf de data en tijdstippen van behandeling vast te stellen voor zover dit in overeenstemming is met het medisch belang van de Patiënt. Verwijzing van Patient voor Behandeling door andere zorgaanbieders dan Ziekenhuis, is enkel mogelijk met toestemming van Patiënt.
3. Als Patiënt een gemaakte afspraak met betrekking tot een geneeskundige handeling in kader van een Behandelingsovereenkomst niet kan nakomen, dient hij deze afspraak, behoudens overmacht, uiterlijk 24 uur van tevoren te annuleren.
4. Afspraken tot behandeling die 24 uur of korter voor de betreffende afspraak door Patiënt worden afgezegd of, zonder dat Patiënt verschijnt niet worden afgezegd, kunnen door Ziekenhuis bij de patiënt in rekening worden gebracht tegen het actuele 'no-show'-tarief zoals dit is opgenomen in de Passantentarieven. In tegenstelling tot het bepaalde in artikel 3 lid 1 met betrekking tot de overige passantentarieven is het 'no-show'-tarief een exact tarief.
5. Behoudens tegenbewijs strekt de administratie van het Ziekenhuis tot het volledige bewijs dat en wanneer een zodanige afspraak is gemaakt of is afgezegd.

Artikel 5 Zekerheidsstelling

1. 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 geven behandeling. Het achterwege blijven van vooruitbetaling of zekerheidsstelling geven het Ziekenhuis echter niet de bevoegdheid tot het uitstellen of achterwege laten van Spoedeisende Hulp.
2. Aanleiding tot het stellen van zekerheid bestaat in ieder geval indien blijkt dat Patiënt geen Polis heeft afgesloten met een Nederlandse Zorgverzekeraar die de aan hem te geven Behandeling dekt, of in geval de Zorgverzekeraar van Patiënt geen afspraken voor de Behandeling heeft gemaakt met het Ziekenhuis. In dat verband wordt verwezen naar artikel 3 lid 5.
3. Zekerheid kan worden gesteld in de vorm van bijvoorbeeld een voorschot of bankgarantie.
4. Gedurende de Behandeling heeft Ziekenhuis de mogelijkheid om de gevraagde zekerheidsstelling of te verrichten vooruitbetaling te verhogen, als het verloop van de Behandeling daartoe aanleiding geeft.

Artikel 6 Betaling & Facturering

1. Behoudens het geval dat de kosten van een Behandeling worden vergoed door een Nederlandse Zorgverzekeraar of sprake is van een bij of krachtens de wet bepaalde uitzondering, stuurt het Ziekenhuis de factuur naar de Patiënt. Betaling van de factuur dient uiterlijk dertig dagen na de factuurdatum te hebben plaatsgevonden.
2. Indien de Patiënt aantoonbaar de factuur later dan vijf dagen na de factuurdatum ontvangen te hebben, wordt de betalingstermijn geacht te zijn verlengd met het aantal dagen dat de factuur later is ontvangen dan de factuurdatum.
3. Na het verstrijken van de in de aanmaning gestelde termijn is de Patiënt invorderingskosten verschuldigd, welke worden gefixeerd conform de wettelijke regeling inzake incasso bij consumenten. De op het moment van opstellen van deze Voorwaarden meest recente regels (Besluit van 27 maart 2012, houdende regels ter normering van de vergoeding voor kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte) staat hieronder ingevoegd. In geval van wijziging/vervanging van dit besluit, zal de meest recente wettelijke regeling worden gebruikt.
Deze vergoeding voor kosten bedraagt per 1 juli 2012, afhankelijk van de hoogte van het bedrag van de hoofdsom:
=> 15% van het bedrag van de hoofdsom van de vordering over de eerste € 2.500 van de vordering, maar tenminste € 40;
=> 10% van het bedrag van de hoofdsom van de vordering over de volgende € 2.500 van de vordering;
=> 5% van het bedrag van de hoofdsom van de vordering over de volgende € 5.000 van de vordering;
=> 1% van het bedrag van de hoofdsom van de vordering over de volgende € 190.000 van de vordering;
=> 0,5% over het meerdere van de hoofdsom, met een maximum van € 6.775.
4. Nadat een in de factuur gestelde termijn is verstreken zonder dat betaling heeft plaatsgevonden, kan het Ziekenhuis de vordering ter incasso aan een derde overdragen.
5. In geval van een faillissementsverklaring of het van toepassing worden van de schuldsaneringsregeling op de patiënt is de betalingsverplichting van de Patiënt onmiddellijk opeisbaar.