

**ALGEMENE BETALINGSVOORWAARDEN KEMPENHAEGHE**  
**Academisch centrum voor Epileptologie**  
**Centrum voor slaapgeneeskunde**  
**Centrum voor Neurologische Leer- en ontwikkelingsstoornissen**

Algemene Betalingsvoorwaarden Stichting Kempenhaeghe 2023 voor wat betreft de activiteiten zoals in artikel 1 van deze Algemene Betalingsvoorwaarden gedefinieerd, statutair gevestigd te Heeze en van alle dependances en/of nevenvestigingen daarvan en van de hieraan verbonden medische specialisten, gedeponereerd bij de Kamer van Koophandel te Eindhoven onder nummer 41087534.

**Algemene Betalingsvoorwaarden**

**Toelichting**

- De hieronder vermelde Algemene Betalingsvoorwaarden gaan – kort samengevat – 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 door de raad van bestuur van Kempenhaeghe.

**Artikel 1. Definitie**

In deze Algemene Betalingsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- 1.1. Ziekenhuis: het ziekenhuis Kempenhaeghe te Heeze met alle dependances en/of nevenvestigingen daarvan en/of alle aldaar werkzame medisch specialisten. De Algemene Betalingsvoorwaarden zijn van toepassing op klinische zorg, alle poliklinieken van Kempenhaeghe alsmede de binnen Kempenhaeghe werkzame medisch specialisten uitgevoerd in het Academisch Centrum voor Epileptologie (ACE); Centrum voor Slaapgeneeskunde (CSG) en Centrum voor Neurologische Leer- en ontwikkelingsstoornissen (CNL).
- 1.2. Behandelingsovereenkomst: de overeenkomst waarbij het ziekenhuis zich tegenover een patiënt verbindt tot het (doen) verrichten van geneeskundige handelingen die rechtstreeks betrekking hebben op de patiënt.
- 1.3. Geneeskundige handelingen: een ziekenhuisopname, dagbehandeling, poliklinische behandeling of – consult, diagnostiek, ziekenhuis verplaatste zorg, keuringen en alle overige, al dan niet medisch specialistische zorg of dienstverlening door of vanwege het ziekenhuis.
- 1.4. 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.
- 1.5. Tarief: onder tarief wordt verstaan het tarief zoals dat voor de declarabele prestaties van kracht is op startdatum van de declarabele prestaties (startdatum DBC -subtraject of subtraject voor een overig product<sup>1</sup>, keuringen en alle overige, al dan niet medisch specialistische zorg of dienstverlening).
- 1.6. Passantentarief: het tarief dat het ziekenhuis in rekening brengt wanneer de patiënt onverzekerd is. Dit tarief is de totaalprijs voor de betreffende behandeling. De passantentarieven staan vermeld op de website van het ziekenhuis.
- 1.7. No showtarief: het tarief dat het ziekenhuis in rekening brengt wanneer de patiënt niet verschijnt op de vastgestelde afspraak en zich niet tijdig (24 uur van te voren) heeft afgemeld. Het maximum no showtarief dat het ziekenhuis in rekening mag brengen, wordt vastgesteld door de overheid. De no showtarieven die door het ziekenhuis gehanteerd worden, staan vermeld op de website van het ziekenhuis.

**Artikel 2. Toepasselijkheid**

---

<sup>1</sup> Een DBC-zorgproduct omvat het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Overige zorgproducten betreffen de volgende vijf soorten prestaties: add-ons, ondersteunende producten, overige producten, overige trajecten en overige verrichtingen.

- 2.1. Deze Algemene Betalingsvoorwaarden (treden in werking op 1 februari 2023) zijn van toepassing op alle behandelings- en/of dienstverleningsovereenkomsten tussen het ziekenhuis Kempenhaeghe en de patiënt.
- 2.2. Op de (behandelings-)overeenkomst met de patiënt kunnen naast deze Algemene Betalingsvoorwaarden ook andere Algemene Voorwaarden van het ziekenhuis van toepassing zijn.
- 2.3. Indien een of meerdere bepalingen uit deze Algemene Betalingsvoorwaarden geheel of gedeeltelijk nietig mochten blijken te zijn of vernietigd mochten worden, dan blijft het overige in deze Algemene Betalingsvoorwaarden bepaalde volledig van toepassing.
- 2.5. 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.
- 2.6. Deze Algemene Betalingsvoorwaarden zijn niet van toepassing op het centrum voor Epilepsie woonzorg (CEW) hiervoor zijn de Algemene voorwaarden Zorg en Dienstverlening van kracht. Verder zijn deze algemene voorwaarden niet van toepassing op activiteiten uitgevoerd door De Berkenschutse

### **Artikel 3. Voorwaarden**

- 3.1 Een afwijking van deze Algemene Betalingsvoorwaarden is slechts van kracht indien partijen daarmee uitdrukkelijk en schriftelijk heeft ingestemd.
- 3.2 Het ziekenhuis verplicht zich alle diagnostiek, behandeling, (preventieve) zorg en verpleging te bieden aan een patiënt, welke volgens de voor de betrokken hulpverleners geldende professionele standaard te doen gebruikelijk is (artikel 7:453 BW).
- 3.3 Van de patiënt wordt verwacht dat hij naar beste weten de inlichtingen en de medewerking geeft die redelijkerwijs nodig is in het kader van de behandelovereenkomst. Het niet voldoen aan deze verplichting kan voor het ziekenhuis een gewichtige reden opleveren om de overeenkomst eenzijdig op te zeggen (artikelen 7:452 en 7:460).
- 3.4. Opzegging of opschorting van de behandelovereenkomst is mogelijk indien de patiënt zich onbehoorlijk of onheus jegens het ziekenhuis of haar medewerkers of de aldaar werkzame vrijwilligers en/of jegens medepatiënten of hun bezoek gedraagt, niet voldoende inlichtingen verstrekt of geen medewerking verleent aan de behandeling of niet voldoet aan zijn betalingsverplichtingen (artikelen 7:452 en 7:460).
- 3.5. Elke patiënt dient zich steeds op eerste verzoek van het ziekenhuis te kunnen identificeren met een geldig identiteitsbewijs (paspoort, Nederlandse identiteitskaart, rijbewijs, een vreemdelingen- of vluchtelingenpaspoort). Kan een patiënt desgevraagd een dergelijk identiteitsbewijs niet tonen, dan is het ziekenhuis gerechtigd de behandelovereenkomst op te schorten tenzij het om acuut te verlenen zorg gaat.
- 3.6. De patiënt/debiteur dient bij verhuizing het ziekenhuis in kennis te stellen van de nieuwe adresgegevens.

### **Artikel 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 zorgverzekeraar op grond van de Zorgverzekeringswet worden betaald.
- 4.2. De patiënt verleent op verzoek van 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 verschafft 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 verleend wordt, 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.

- 4.4. De volledige prijs voor de verleende geneeskundige behandelingen(en) is niet eerder opeisbaar dan op het moment van afsluiten van het betreffende DBC-zorgtraject.
- 4.5. Het ziekenhuis verzendt de factuur zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen zes 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. Op de eerste factuur bedraagt deze betalingstermijn 30 dagen.
  - a. Met uitzondering voor patiënten uit het buitenland, daarvoor geldt een vooruitbetaling waarbij een termijn van 7 dagen geldt.
- 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 lid 6 van dit artikel 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 8 dagen na de datum van de betalingsherinnering alsnog te betalen.
  - a. Na het verstrijken van de 1<sup>e</sup> betalingsherinnering stuurt het ziekenhuis de patiënt een 2<sup>e</sup> herinnering met het verzoek binnen 5 dagen 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 derde 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. Met in acht name van de wettelijke termijn van 14 dagen wordt de vordering dan overgedragen aan een incassobureau.
- 4.11. De buitengerechtelijke incassokosten worden berekend overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 en 2 van het Besluit Vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten<sup>2</sup>.
- 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.

#### **Artikel 5. Laatste zorg bij overlijden**

- 5.1. De patiënt wordt bij het aangaan van de behandelingsovereenkomst 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.
- 5.2. De patiënt heeft gedurende de behandelingsovereenkomst 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.

#### **Artikel 6. Tarieven**

- 6.1. 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.
- 6.2. 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.
- 6.3. Het ziekenhuis is gerechtigd om in situaties van onverzekerde zorg het passantentarium in rekening te brengen. Er is sprake van onverzekerde zorg in de navolgende situaties:
  - a. De zorg valt buiten de basisverzekering van de patiënt en wordt op basis van de polisvoorwaarden niet vergoed middels de aanvullende verzekering of de patiënt beschikt niet over een aanvullende zorgverzekering;
  - b. De patiënt is niet bij een Nederlandse zorgverzekeraar aangesloten;

---

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

- c. Er is geen overeenkomst tussen de zorgverzekeraar van de patiënt en tussen het ziekenhuis;
  - d. De patiënt beschikt niet over een geldige verwijfsbrief bij de start van zijn behandeling;
  - e. De patiënt heeft er bewust voor gekozen zich niet te verzekeren of de patiënt heeft er bewust voor gekozen de verzekering buiten toepassing te houden;
  - f. De patiënt is een onverzekerbare vreemdeling. Hiervoor geldt de 'regeling onverzekerbare vreemdelingen' middels een contract met het CAK.
  - g. De patiënt wil een second opinion, maar kan hier geen verwijfsbrief voor aanleveren. Wanneer de patiënt wel een verwijfsbrief kan aanleveren, valt de second opinion niet onder het passantentarief, maar wordt het tarief voor verzekerde zorg in rekening gebracht.
- 6.4. Het ziekenhuis is gerechtigd om in de navolgende situaties het no showtarief in rekening te brengen:
- a. De patiënt verschijnt niet, zonder afmelding, op de vastgestelde datum en tijd van de afspraak. Afmelding dient minimaal 24 uur voor de desbetreffende afspraak te geschieden.
  - b. De patiënt meldt zich af voor de door hem/haar gemaakte afspraak, maar doet dit minder dan 24 uur voor aanvang van de afspraak.
- 6.5. 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 handeling op te zeggen tot 24 uur voor het moment van het uitvoeren van die geneeskundige behandeling.
- 6.6. Indien van overheidswege prijsvoorschriften worden uitgevaardigd die met terugwerkende kracht invloed op het tarief bij startdatum hebben, dan wordt het tarief inclusief de uitwerking van deze prijsvoorschriften gefactureerd<sup>3</sup>.

#### **Artikel 7. Verrekening**

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

#### **Artikel 8. Wijziging van de Algemene Betalingsvoorwaarden**

- 8.1. Het ziekenhuis is gerechtigd om de inhoud van deze Algemene Betalingsvoorwaarden te wijzigen.
- 8.2. Behoudens het gestelde in het 3e 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.
- 8.3. 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.

#### **Artikel 9. Nederlands recht**

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

---

<sup>3</sup> Is met name van kracht voor A-segment producten