

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

8 juli 2002

WETSONTWERP

betreffende de rechten van de patiënt

WETSVOORSTEL

betreffende de rechten van de patiënt

WETSVOORSTEL

betreffende de rechten van de patiënt

WETSVOORSTEL

betreffende de rechten en verplichtingen van de patiënt en de arts, tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies en van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Michèle GILKINET** EN
DE HEER **Hubert BROUNS**

Voorgaande documenten :

Doc 50 **1642/ (2001/2002)** :

001 : Wetsontwerp.

002 tot 011 : Amendementen.

Doc 50 **0390/ (1999/2000)** :

001 : Wetsvoorstel mevrouw De Meyer.

Doc 50 **0931/ (2000/2001)** :

001 : Wetsvoorstel mevrouw De Block.

Doc 50 **1319/ (2000/2001)** :

001 : Wetsvoorstel van de heren Jean-Jacques Viseur en Paque.

Zie ook :

013 : Tekst aangenomen door de commissie.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

8 juillet 2002

PROJET DE LOI

relatif aux droits du patient

PROPOSITION DE LOI

relatif aux droits du patient

PROPOSITION DE LOI

relatif aux droits du patient

PROPOSITION DE LOI

relative aux droits et obligations du patient et du praticien, modifiant l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967, relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales et la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR

MME **Michèle GILKINET** ET M. **Hubert BROUNS**

Documents précédents :

Doc 50 **1642/ (2001/2002)** :

001 : Projet de loi.

002 à 011 : Amendements.

Doc 50 **0390/ (1999/2000)** :

001 : Proposition de loi de Mme De Meyer.

Doc 50 **0931/ (2000/2001)** :

001 : Proposition de loi de Mme De Block.

Doc 50 **1319/ (2000/2001)** :

001 : Proposition de loi de MM. Jean-Jacques Viseur et Paque.

Voir aussi :

013 : Texte adopté par la commission.

**Samenstelling van de commissie op datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date du dépôt du rapport :**

Voorzitter / Président : Yolande Avontroodt

A. — Vaste leden / Membres titulaires

VLD	Yolande Avontroodt, Jacques Germeaux, Hugo Philtjens.
CD&V	Hubert Brouns, Luc Goutry, José Vande Walle.
Agalev-Ecolo	Anne-Mie Descheemaeker, Michèle Gilkinet.
PS	Colette Burgeon, Yvan Mayeur.
MR	Robert Hondemarcq, Philippe Seghin.
Vlaams Blok	Koen Bultinck, Guy D'haeseleer.
SPA	Magda De Meyer.
CDH	Luc Paque.
VU-ID	Els Van Weert.

B. — Plaatsvervangers / Membres suppléants

Filip Anthuenis, Maggie De Block, Jef Valkeniers, Arnold Van Aperen.
Simonne Creyf, Greta D'Hondt, Dirk Pieters, Jo Vandeurzen.
Martine Dardenne, Simonne Leen, Joos Wauters.
Jean-Marc Délizée, André Frédéric, N.
Daniel Baquelaine, Anne Barzin, Olivier Chastel.
Gerolf Annemans, Hagen Goyvaerts, John Spinnewyn.
Dalila Douifi, Jan Peeters.
Joseph Arens, Jean-Jacques Viseur.
Frieda Brepoels, Annemie Van de Casteele.

AGALEV-ECOLO	:	<i>Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales</i>
CD&V	:	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
FN	:	<i>Front National</i>
MR	:	<i>Mouvement Réformateur</i>
PS	:	<i>Parti socialiste</i>
cdH	:	<i>Centre démocrate Humaniste</i>
SPA	:	<i>Socialistische Partij Anders</i>
VLAAMS BLOK	:	<i>Vlaams Blok</i>
VLD	:	<i>Vlaamse Liberalen en Democraten</i>
VU&ID	:	<i>Volksunie&ID21</i>

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>	<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>
DOC 50 0000/000 : <i>Parlementair document van de 50e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>	DOC 50 0000/000 : <i>Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
QRVA : <i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>	QRVA : <i>Questions et Réponses écrites</i>
CRIV : <i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)</i>	CRIV : <i>Compte Rendu Intégral, avec à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (sur papier blanc, avec les annexes)</i>
CRIV : <i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)</i>	CRIV : <i>Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)</i>
CRABV : <i>Beknopt Verslag (op blauw papier)</i>	CRABV : <i>Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)</i>
PLEN : <i>Plenum (witte kaft)</i>	PLEN : <i>Séance plénière (couverture blanche)</i>
COM : <i>Commissievergadering (beige kaft)</i>	COM : <i>Réunion de commission (couverture beige)</i>

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
<i>Bestellingen :</i>	<i>Commandes :</i>
<i>Natieplein 2</i>	<i>Place de la Nation 2</i>
<i>1008 Brussel</i>	<i>1008 Bruxelles</i>
<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.deKamer.be</i>	<i>www.laChambre.be</i>
<i>e-mail : publicaties@deKamer.be</i>	<i>e-mail : publications@laChambre.be</i>

INHOUD

I. Procedure	4
II. Inleidende uiteenzetting van Mevrouw Magda Aelvoet, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu	8
III. Inleidende uiteenzetting van de indieners van de toegevoegde wetsvoorstellen	24
IV. Algemene bespreking	35
V. Artikelsgewijze bespreking en stemmingen	52
VI. Bijlage : Hoorzittingen over de rechten van de patiënt	115

SOMMAIRE

I. Procédure	4
II. D'Exposé introductif de Mme Magda Aelvoet, Ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement	8
III. Exposé introductif des auteurs des propositions de loi jointes	24
IV. Discussion générale	35
V. Discussion des articles et votes	52
VI. Annexe : Auditions sur les droits du patient	115

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsontwerp besproken tijdens haar vergaderingen van 23 en 30 april 2002, 7, 14 mei, 4, 11, 18, 19, juni, 2, 4, en 9 juli 2002.

I. — PROCEDURE

De minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu heeft in januari 2001 een concept-nota ingediend in verband met de patiëntenrechten.

De commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing heeft op 9 en 16 januari 2001 hoorzittingen gehouden teneinde de reacties van de deskundigen te horen op de concept-nota van de minister.

Hoorzittingen

De volgende deskundigen werden gehoord :

Deskundigen

- Dokter Jean-Pierre Tricot, docent aan de KUL, gerechtsdeskundige (medische expertises)
- Professor Thierry Vansweevelt, universiteit Antwerpen (medische aansprakelijkheid)
- Dokter Tom Balthazar, professor in het medisch recht aan de universiteit van Gent
- Professor Herman Nijs, Centrum voor Bio-Medische Ethiek en Recht (KUL)
- Mevrouw Geneviève Schamps, professor in het strafrecht aan de UCL (medische aansprakelijkheid)

Zorgverleners

- Dokter Marc Moens, dokter Jacques De Toeuf, voorzitters van de Belgische Vereniging van artsensyndicaten (BVAS)
- Dokter Robert Rutsaert, voorzitter van het Algemeen syndicaat van de geneeskundigen van België (ASGB)
- Professor J. Gruwez, voorzitter van het Verbond van de Belgische beroepsverenigingen van geneesherenspecialisten (VBS)
- De heer Bernard Vercruyssen, voorzitter van het Forum des associations de médecins généralistes (FAG)
- Dokter P. Roelandt, voorzitter van de Unie van Huisartsenkringen (UHAK)
- De heer Yves Mengal, voorzitter van de Nationale Neutrale Beroepsorganisatie voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NNBVV)

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné le présent projet de loi au cours de ses réunions des 23 et 30 avril 2002, 7, 14 mai, 4, 11, 18, 19, juin, 2, 4, et 9 juillet 2002.

I. — PROCÉDURE

En janvier 2001, la ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement a déposé une note conceptuelle relative aux droits des patients.

La Commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société a organisé des auditions les 9 et 16 janvier 2001 afin d'entendre les réactions des experts à la note conceptuelle de la ministre.

Auditions

Les experts suivants ont été entendus :

Experts

- Dr. Jean-Pierre Tricot, chargé de cours à la KUL, expert judiciaire (expertises médicales)
- Prof. Thierry Vansweevelt, université d'Anvers (responsabilité médicale)
- Dr. Tom Balthazar, professeur en droit médical à l'université de Gand
- Prof. Herman Nijs, Centre pour l'éthique bio-médicale et le droit (KUL)
- Mme/Mevr. Geneviève Schamps, professeur en droit pénal à l'UCL (responsabilité médicale)

Prestataires de soins

- Dr. Marc Moens, Dr Jacques De toeuf, Présidents de l'Association belge des Syndicats médicaux (ABSYM)
- Dr Robert Rutsaert, Président de l'ASGB (Syndicat général des médecins de Belgique)
- Prof. J. Gruwez, Président du VBS (Association des médecins spécialistes)
- M./ de heer Bernard Vercruyssen, Président du Forum des associations de médecins généralistes (FAG)
- Dr. P. Roelandt, Président de l'UHAK (Unie van de Vlaamse Huisartsen)
- M. Yves Mengal, Président de la Fédération neutre des infirmiers de Belgique (FNIB)

- De heer Jos Froyen, voorzitter van de Nationaal Verbond der Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen
- De heer Denis Holsters, voorzitter van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren
- De heer Ivo Uyttendaele, ondervoorzitter (N)
- De heer Franz Philippart, ondervoorzitter (F)
- Dokter Moulin, decaan van de faculteit geneeskunde van de UCL
- De heer Eric Houtevels, Intermutualistisch College

Patiënten

- Mevrouw Anita Duprez, Vlaams patiëntenforum vzw
- De heren Hans De Coninck en Jean-Philippe Ducart, Testaankoop
 - De heer Paul Pataer, Liga voor mensenrechten
 - Mevrouw Herlindis Moestermans, medewerkster van de Nederlandstalige vrouwenraad « Amazone »
 - De heer Hoffelt, Federatie der Belgische Coöperaties (FEBECOOP)
 - Mevrouw Fierens, Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)
 - Mevrouw Annemie Drieskens, nationaal secretaris van de Gezinsbond.

Ervaringen in het buitenland

- De heer Francissen, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dienst Wet zorgovereenkomsten – Nederland

Zorginstellingen

- Mevrouw C. Boonen, Verbond der Verzorgingsinstellingen vzw
 - De heer L. Van Roye, directeur van de Nederlandstalige kamer van de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV)
 - De heer Michel Mahaux, directeur van de Franstalige kamer van de VOV
 - De heer Jean-Noël Godin, voorzitter van de Nationale Confederatie van Verzorgingsinstellingen
 - De heer Paul Arteel, voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor geestelijke gezondheidszorg
 - De heer Yves Smeets, Association francophone des institutions de soins (AFIS)
 - De heer Jacques Dewaegenaere, administrateur van de « Ligue wallonne de santé mentale »

- M. Jos Froyen, Président de « Nationaal Verbond der Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen »
- M. Denis Holsters, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins
- M. Ivo Uyttendaele, Vice-président (N)
- M. Franz Philippart, Vice-président (F)
- Dr Moulin, Doyen de la faculté de médecine de l'UCL
- M. Eric Houtevels, Collège intermutualiste

Patients

- Mme Anita Duprez, asbl « Vlaams Patiëntenplatform » vzw.
- MM. Hans De Coninck et Jean-Philippe DUCART, Test Achat
 - M. Paul Pataer, Ligue des droits de l'homme
 - Mme Herlindis Moestermans, collaboratrice au Conseil néerlandophone des femmes « Amazone »
 - M. Hoffelt, Febecoop (Centre coopératif de la consommation).
 - Mme Fierens, Ligue des Usagers des services de santé (LUSS)
 - Mme Annemie Drieskens, Secrétaire nationale du Bond voor Grote en Jonge Gezinnen

Expériences à l'étranger

- M. Francissen, Ministère de la Santé publique, du Bien-être et des Sports, service Loi sur les accords de traitements médicaux – Pays-Bas

Institutions de soins

- Mme C. Boonen, « Association des Etablissements de soins »
 - M. L. Van Roye, directeur de la chambre néerlandophone de l'Association des Etablissements publics de soins (AEPS)
 - M. Michel Mahaux, directeur de la chambre francophone de l'AEPS
 - M. Jean-Noël Godin, Président de la Confédération nationale des Institutions de soins
 - M. Paul Arteel, Président de l'Association flamande des soins de santé mentale.
 - M. Yves Smeets, Association francophone des Institutions de soins (AFIS)
 - M./ de heer Jacques Dewaegenaere, administrateur de la Ligue wallonne de santé mentale

Ombudsdiensten

- De heer De Jonge, ombudsman van het Sint-Jansziekenhuis te Brugge
- Meester E. Hannosset, «Erreurs médicales» vzw

*
* *

De commissie heeft kennis genomen van het verzoekschrift van de heer A. Peper, Zelfhulpgroep Slachtoffers Geneeskunst vzw, Antwerpen.

II. — INLEIDENDE UITEENZETTING VAN DE MINISTER VAN CONSUMENTENZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU, MAGDA AELVOET

1. DE HUIDIGE SITUATIE

Op heden heeft België geen specifieke wet betreffende de rechten van de patiënt.

– De rechtsbescherming van de patiënt is echter niet volledig onbestaande maar moet worden **afgeleid** uit internationale verdragsteksten, uit algemene rechtsbeginselen, uit grondwettelijke bepalingen en uit strafrechtelijke bepalingen.

– Er is evenwel meer aan de hand. In sommige gevallen **ontbreekt** iedere vorm van rechtsbescherming. Het meest prangende voorbeeld hiervan is de zgn. wils- onbekwame meerderjarige patiënt. Dit is een patiënt die juridisch handelingsbekwaam is maar die feitelijk niet (meer) in staat is tot wilsvorming of, wat veel zeldzamer voorkomt tot wilsuiting. In deze gevallen wordt in de medische praktijk noodgedwongen een beroep gedaan op de verwanten van deze patiënt ofwel treedt de arts op als zaakwaarnemer van deze patiënt.

– Behalve de bestaande maar moeilijk toegankelijke regels en de leemten in de rechtsbescherming, zijn er ook de **dubbelzinnige en zelfs tegenstrijdige** regelingen. Meest opvallend voorbeeld is het recht van de patiënt op inzage in het medisch dossier : een tegenstrijdigheid tussen onrechtstreeks een rechtstreeks inzage-recht is waar te nemen in de wetgeving.

– Naast de drie vermelde kwalen zijn er de **patiënt-onvriendelijke bepalingen**. Een sprekend voorbeeld is artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de land-

Services de médiations

- M. De Jonge, médiateur à l'hôpital St Jean à Bruges
- Me E. Hannosset, Asbl «Erreurs médicales»

*
* *

La commission a pris connaissance de la pétition de M. A. Peper, Zelfhulpgroep Slachtoffers Geneeskunst vzw d'Anvers.

II. — EXPOSÉ INTRODUCTIF DE MME MAGDA AELVOET, MINISTRE DE LA PROTECTION DE LA CONSOMMATION, DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

1. LA SITUATION ACTUELLE

A ce jour, la Belgique ne dispose d'aucune loi spécifique concernant les droits du patient.

– Certes, la protection juridique du patient n'est pas totalement inexistante, mais elle doit être **inférée** de traités internationaux, de principes généraux du droit, de dispositions constitutionnelles et de dispositions pénales.

– Mais le vrai problème, c'est l'**absence**, dans certains cas, de toute protection juridique. L'exemple le plus frappant à cet égard est celui du patient majeur incapable. Il dispose de la capacité juridique mais n'est en fait pas (plus) en mesure de se déterminer ou, cas plus rare, d'exprimer sa volonté. Dans ces cas, lorsqu'une intervention médicale doit être pratiquée, il faut nécessairement se tourner vers l'entourage. Il est également possible que le médecin intervienne comme le chargé d'affaires du patient.

– Outre les règles de la protection juridique, qui ont, certes, le mérite d'exister mais qui sont difficilement compréhensibles pour les profanes, et les lacunes qu'elle présente, on notera également l'existence de certaines dispositions réglementaires **ambiguës, voire contradictoires**. L'exemple le plus frappant est le droit du patient de prendre connaissance des données figurant dans le dossier médical le concernant : il existe une contradiction, dans la législation, entre le droit de consultation directe et le droit de consultation indirecte.

– Outre les trois problèmes précités, il existe aussi des **dispositions défavorables au patient**. L'article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terres-

verzekeringsovereenkomst. De patiënt wordt in het kader van het afsluiten van een persoonsverzekeringsovereenkomst, door de verzekeraar verplicht om aan zijn behandelende geneesheer alle medische informatie die de verzekeraar meent nodig te hebben, op te vragen en over te maken aan de verzekeraar.

Uit een wettelijk oogpunt zijn patiëntenrechten op heden een concept zonder concrete inhoud met als gevolg een gebrek aan kennis en soms schendingen van de meest elementaire rechten.

Teneinde deze toestand te verhelpen en onder meer naar aanleiding van de ontwikkelingen in het buitenland en internationale ontwikkelingen, werd in België meer en meer de behoefte aangevoeld om de rechtspositie van de patiënt te versterken door het bundelen van de rechten van de patiënt.

Reeds tijdens de vorige zittingsperiodewerden wetgevende initiatieven genomen (o.a. wetsontwerp -Colla en wetsvoorstel- Brouns). Deze initiatieven leidden evenwel niet tot de publicatie van een 'wet betreffende de rechten van de patiënt' in het *Belgisch Staatsblad*.

Het thema patiëntenrechten werd echter niet uit het oog. Een aantal wetsvoorstellen werden in het parlement ingediend. Daarnaast nam ikzelf een initiatief met als resultaat het wetsontwerp dat heden voorligt.

2. HET WETSONTWERP

Allereerst zal ik toelichten hoe dit wetsontwerp tot stand kwam en welke de uitgangspunten zijn. Daarna zal ik de in het wetsontwerp opgenomen rechten van de patiënt, afzonderlijk bespreken.

a) Het tot stand komen van het wetsontwerp

Er werd reeds een hele weg afgelegd om te komen tot het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt.

– De aanzet om een wet betreffende de rechten van de patiënt uit te werken was ondermeer het **regeerakkoord** van 7 juli 1999 waarin aangedrongen wordt op het verzekeren van een recht op informatie en een klacht-recht.

– Om uitvoering te geven aan dit engagement werd in de loop van 1999 door mezelf een **werkgroep** bestaande uit vertegenwoordigers van mijn **kabinet** en van het be-

tre est significatif à cet égard. En effet, il oblige le médecin traitant à transmettre à l'assureur, à la demande et par l'intermédiaire du patient, toutes les informations médicales que cet assureur estime nécessaires en vue de la conclusion d'un contrat d'assurance individuel.

L'absence de texte légal concret sur les droits du patient explique le manque d'informations ainsi que les quelques cas de violation des droits les plus élémentaires.

Afin de remédier à cette situation, et dans le sillage des évolutions internationales qui se font jour dans ce domaine, il existe en Belgique une volonté croissante de renforcer la position juridique du patient en regroupant les droits le concernant.

Sous la législature précédente, des initiatives avaient déjà été prises sur le plan légal (e.a. projet de loi Colla et proposition de loi Brouns), mais elles n'ont pas abouti à la publication, au *Moniteur belge*, d'une loi relative aux droits du patient.

Les responsables actuels n'ont pas perdu de vue le problème pour autant. Plusieurs propositions de loi ont été déposées au Parlement. J'ai moi-même pris une initiative, dont le résultat est le présent projet de loi.

2. LE PROJET DE LOI

J'esquisserai d'abord le contexte dans lequel ce projet de loi a vu le jour ainsi que les principes de base sur lesquels il se fonde. Ensuite, je passerai en revue chacun des droits du patient.

a) L'historique du projet de loi

De nombreuses étapes ont déjà été franchies afin de parvenir à ce projet de loi relatif aux droits du patient, qui vous est présenté aujourd'hui.

– l'idée d'élaborer une loi sur les droits du patient trouve son origine, entre autres, dans l'**accord de gouvernement** du 7 juillet 1999, lequel mettait l'accent sur la nécessité de garantir un droit à l'information et un droit de plainte.

– afin de concrétiser cet engagement, j'ai créé, dans le courant de l'année 1999, un **groupe de travail** constitué de représentants de son **kabinet** et de l'**adminis-**

stuur van de gezondheidszorgen uitgebreid met een expert terzake, samengesteld. De werkzaamheden van deze werkgroep leidden tot een **conceptnota** betreffende de rechten van de patiënt.

– Na bespreking in de **interkabinettenwerkgroep** op 8, 14 en 20 november 2000 legde ik de conceptnota, op 1 december 2000, voor aan de Ministerraad.

– Tijdens deze vergadering nam de **Ministerraad** akte van de conceptnota en ging zij ermee akkoord dat de conceptnota, als intentienota, voor voorafgaande hoorzittingen met alle betrokken partijen, aan het Parlement zou worden voorgelegd. Tevens verklaarde de Ministeraad zich ermee akkoord dat, na de hoorzittingen in het Parlement, de interkabinettenwerkgroep haar werkzaamheden zou voortzetten ter voorbereiding van een ontwerp van wet.

– De **hoorzittingen** waarmee de Ministerraad zich akkoord verklaarde, vonden, zoals u weet, plaats op 9 en 16 januari 2001. Tijdens deze hoorzittingen werd, in deze Commissie, de betrokken partijen de mogelijkheid geboden om hun opmerkingen omtrent de conceptnota te uiten. Meer in het bijzonder werden gehoord : een viertal juridische deskundigen, vertegenwoordigers van beroepsbeoefenaars (geneesheer-specialisten, huisartsen, verpleegkundigen), vertegenwoordigers van de Orde van Geneesheren, vertegenwoordigers van de mutualiteiten, vertegenwoordigers van gezondheidszorgvoorzieningen (algemene en geestelijke gezondheidszorg), vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, een persoon met ervaring op het vlak van bemiddeling in het ziekenhuismilieu en een vertegenwoordiger van Erreurs médicales, een vereniging die patiënten, slachtoffers van een medische fout, bijstand verleent.

– Na de hoorzittingen werd de **werkgroep** kabinet-administratie opnieuw samengeroepen. Deze ging na welke wijzigingen nodig waren naar aanleiding van de opmerkingen die geformuleerd werden tijdens de hoorzittingen. Een ontwerp tekst van een **voorontwerp van wet**, was het resultaat van de bijeenkomsten van deze werkgroep.

– Deze ontwerp tekst werd vervolgens, in navolging van de door de Ministerraad goedgekeurde procedure, besproken binnen de **interkabinettenwerkgroep** op 6, 14 en 16 maart.

– De tijdens deze vergaderingen geformuleerde opmerkingen werden weerom in overweging genomen binnen de **werkgroep** kabinet-administratie.

tration des soins de santé, ainsi que d'un expert. Ce groupe de travail a rédigé une **note conceptuelle** sur les droits du patient.

– Après son examen par le **groupe de travail intercabinets** les 8, 14 et 20 novembre 2000, j'ai présenté la note conceptuelle au Conseil des ministres le 1^{er} décembre 2000.

– A cette occasion, le **Conseil des ministres** a pris acte de la note conceptuelle et a accepté qu'elle soit soumise au Parlement en tant que note d'intention dans le cadre des auditions préliminaires avec toutes les parties concernées. Le Conseil des ministres a également accepté qu'à l'issue des auditions parlementaires, le groupe de travail intercabinets poursuive ses travaux de préparation d'un avant-projet de loi.

– Comme vous le savez, les **auditions** sur lesquelles le Conseil des ministres a marqué son accord ont eu lieu les 9 et 16 janvier 2001. Au cours de celles-ci, les parties concernées ont eu la possibilité de formuler des remarques au sujet de la note conceptuelle. Ainsi, ont été entendus : quatre experts juridiques, des représentants des praticiens professionnels (médecins spécialistes, médecins généralistes, infirmiers), des représentants de l'Ordre des médecins, des représentants des mutualités, des institutions de soins de santé (soins de santé générale et de santé mentale), des représentants des associations de patients, une personne disposant d'une expérience en matière de médiation dans le milieu hospitalier ainsi qu'un représentant de l'association « Erreurs médicales », laquelle offre son aide aux patients victimes d'une erreur médicale.

– A l'issue des auditions, le **groupe de travail** cabinet – administration s'est à nouveau réuni afin d'examiner les modifications à apporter à la suite des remarques formulées au cours des auditions. Les travaux de ce groupe de travail ont débouché sur la rédaction d'un **avant-projet de loi**.

– Cet avant-projet a ensuite été examiné au sein du **groupe de travail intercabinets** les 6, 14 et 16 mars, à la suite de la procédure approuvée par le Conseil des ministres.

– Les remarques formulées au cours de ces réunions furent examinées au sein du **groupe de travail** cabinet-administration.

– De aangepaste tekst werd vervolgens besproken binnen de **interkabinettenwerkgroep** op 20, 24 en 28 april en 14 mei.

– Op 8 juni werd het voorontwerp dan een tweede maal voorgelegd aan de **Ministerraad** met de vraag om het voorontwerp voor advies over te maken aan de Privacycommissie en vervolgens aan de Raad van State.

– Na op 12 juni binnen de schoot van de **interkabinettenwerkgroep** de positieve notificatie van de Ministerraad te hebben doorgenomen, werd het voorontwerp overgezonden aan de **Privacycommissie en aan de Raad van State**.

– Het **advies** van de Privacycommissie werd op 22 augustus 2001 bekomen. Dat van de Raad van State op 4 december 2001.

– Na aanpassing van de tekst aan beide adviezen werd de wettekst weerom binnen de **interkabinettenwerkgroep** besproken op 18 en 29 januari 2002.

– Naar aanleiding van de beslissing van de **Ministeraad** van 8 februari 2002 werd het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, na een laatste bespreking in de interkabinettenwerkgroep op 13 februari, op 19 februari 2002 bij de **Kamer** van volksvertegenwoordigers, ingediend. En vandaag zijn wij hier om de besprekingen binnen de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing aan te vatten.

b) De uitgangspunten

Welke zijn nu de uitgangspunten die aan de basis liggen van dit wetsontwerp?

– Met het oog op een gemakkelijke toegankelijkheid en een betere naleving van de rechten van de patiënt, werd vooreerst geopteerd voor een **eenvoudige en duidelijke wet**. Dit betekent ondermeer dat enkel de meest essentiële rechten worden vastgelegd en dat uitzonderingen en inperkingen van de rechten van de patiënt zoveel als mogelijk worden beperkt. Tevens met deze doelstelling voor ogen, wordt ervoor gekozen om de patiëntenrechten niet in bestaande wetgeving maar in een **afzonderlijk wet** onder te brengen. Bovendien wordt ervan uitgegaan dat het **flankerend beleid** (vb. informatiecampagnes) een belangrijke rol te vervullen heeft op het vlak van een betere kennis en een betere waardering van de rechten van de patiënt.

– Een **regeling voor de vergoeding van de schade**

– Ensuite, le texte adapté a été examiné au sein du **groupe de travail intercabinets**, les 20, 24, 28 avril et 14 mai.

– Le 8 juin, l'avant-projet fut soumis une seconde fois au **Conseil des ministres** afin qu'il le soumette pour avis à la Commission de la protection de la vie privée, puis au Conseil d'État.

– Le 12 juin, le **groupe de travail intercabinets** recevait une notification positive du Conseil des ministres. L'avant-projet fut alors transmis à la **Commission de protection de la vie privée et au Conseil d'Etat**.

– La Commission de la protection de la vie privée a rendu son **avis** le 22 août 2001 et, le Conseil d'État, le 4 décembre 2001.

– Après adaptation du texte en fonction de ces deux avis, le texte de loi a été réexaminé par le **groupe de travail intercabinets** les 18 et 29 janvier 2002.

– A la suite de la décision du **Conseil des ministres** du 8 février 2002, le projet de loi relatif aux droits du patient a été déposé à la **Chambre des Représentants** le 19 février 2002, à l'issue d'une ultime discussion au sein du groupe de travail intercabinets, le 13 février. Et, aujourd'hui, nous sommes réunis afin d'entamer les discussions au sein de la Commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la société.

b) Les principes de base

Sur quels principes de base repose ce projet de loi ?

– Afin de garantir une meilleure compréhension et un respect accru des droits du patient, on a opté, dans un premier temps, pour la mise au point d'une loi **simple et précise**. Cela implique entre autres que les droits fixés sont des droits fondamentaux et que les exceptions et les restrictions doivent être limitées au maximum. Dans cette optique, il a été décidé de ne pas intégrer les droits du patient dans la législation existante, mais de les formuler dans une **loi distincte**. En outre, on est parti du principe que la **politique d'accompagnement** (p.ex. campagnes d'information) a un rôle important à jouer en vue d'une meilleure connaissance et d'une meilleure valorisation des droits du patient.

– Une **réglementation relative à l'indemnisation du**

tg. al dan niet foutief handelen van een beroepsbeoefenaar sluit ongetwijfeld logisch aan bij een wet betreffende de rechten van de patiënt. Persoonlijk blijf ik mij inzetten opdat zo een vergoedingsregeling zo snel als mogelijk onder de vorm van een wetsontwerp in het parlement zou kunnen worden ingediend. Het wettelijk garanderen van de patiëntenrechten zal trouwens schadegevallen voorkomen en dus de veiligheid van de patiënt bevorderen.

– In mijn voorontwerp van wet ging ik ervan uit dat het regelen van de rechten van de patiënt behoort tot de **bevoegdheid** van de federale wetgever, o.m. inzake gezondheidsbeleid en consumentenbescherming. Daarom werden de basisrechten van de patiënt geformuleerd ten opzichte van de zorgverleners (beroepsbeoefenaars en gezondheidszorgvoorzieningen) en werd zelfs een vermoeden van centrale aansprakelijkheid van de voorzieningen ingevoerd.

In zijn advies volgde de Raad van State deze argumentatie inzake gezondheidsbeleid en consumentenbescherming niet. De Raad aanvaardde enkel de uitsluitende bevoegdheid van de federale wetgever inzake patiëntenrechten ten opzichte van de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen. (kb nr 78 van 10 november 1967). In de uiteindelijke tekst van het ontwerp wordt dan ook, gezien deze bevoegdheidsbetwisting, voorrang gegeven aan de minst risicovolle en meest snelle weg en werden de rechten geformuleerd ten opzichte van alle in het kb nr 78 bedoelde beroepsbeoefenaars. Hieromtrent maakt de Raad van State immers geen enkel voorbehoud.

Hierdoor wordt evenwel niet geraakt aan de talrijke voordelen die de wet ten opzichte van de huidige toestand biedt. Zo kan gedacht worden aan volgende verbeteringen die voor iedere patiënt in België, op welke plaats ook, gelden:

– in de plaats van een onoverzichtelijke, versnipperde en ontoegankelijke situatie, wordt een specifieke, overzichtelijke en toegankelijke patiëntenrechtenwet aangeboden;

– een duidelijke en overzichtelijke wettekst leidt tot het voorkomen van conflicten en het versterken van de vertrouwensrelatie patiënt-beroepsbeoefenaar daar beide partners duidelijk kennis hebben van hun wederzijdse rechten en plichten. Een belangrijk aspect van de relatie waaromtrent op heden verwarring bestaat en vaak leidt tot conflicten, en waaromtrent nu duidelijkheid wordt verschaft, is het inzagerecht. Op basis van het wetsontwerp kan er geen betwisting meer over bestaan dat de patiënt in principe een rechtstreeks inzagerecht heeft;

dommage provoqué ou non par une faute commise par un praticien professionnel s'inscrit, logiquement, dans le droit fil d'une loi sur les droits du patient. Personnellement, je mets tout en oeuvre afin qu'une telle réglementation puisse être déposée dans les meilleurs délais au Parlement sous la forme d'un projet de loi. La garantie légale des droits du patient permettra d'éviter les dommages et, partant, de promouvoir la sécurité du patient.

– Dans mon avant-projet de loi, je suis partie du principe que la réglementation des droits du patient relève de la **compétence** du législateur fédéral, entre autres en ce qui concerne la politique de santé et la protection du consommateur. C'est la raison pour laquelle les droits de base du patient ont été formulés par rapport aux prestataires de soins (praticiens professionnels et équipements de soins de santé) et qu'une présomption de responsabilité centrale des équipements a même été instaurée.

Dans son avis, le Conseil d'État n'a pas suivi cette argumentation en matière de politique de santé et de protection du consommateur. Il a uniquement accepté que la compétence exclusive du législateur fédéral en matière de droits du patient par rapport aux praticiens des professions des soins de santé (AR n° 78 du 10 novembre 1967). Dans le texte final du projet, on donne donc la priorité, compte tenu de ce conflit de compétences, au moyen le moins risqué et le plus rapide, et les droits ont été formulés par rapport à tous les praticiens professionnels visés dans l'AR n°78. En effet, à cet égard, le Conseil d'État ne formule aucune réserve.

Toutefois, on ne touche pas aux multiples avantages que la loi offre par rapport à la situation actuelle. Ainsi, on peut penser aux améliorations suivantes, valables pour tous les patients, quel que soit l'endroit où ils se trouvent en Belgique :

– à l'opacité, la fragmentation et la complexité succèdent davantage de transparence et de simplicité grâce à une loi spécifique sur les droits du patient ;

– un texte de loi clair et précis permet d'éviter les conflits et de consolider la relation de confiance entre le patient et le praticien professionnel, étant donné que les deux partenaires connaissent clairement leurs droits et devoirs mutuels. Un aspect important de la relation qui fait l'objet d'une certaine confusion à l'heure actuelle et mène souvent à des conflits, et sur lequel une clarification intervient, est le droit de consultation. Le projet de loi dissipe tout malentendu en précisant que le patient dispose, en principe, d'un droit de consultation directe ;

– daar waar de wilsonbekwame patiënt op heden totaal geen rechtsbescherming wordt geboden, is voor hem nu een eenvoudige vertegenwoordigingsregeling uitgebouwd;

– de patiëntonvriendelijke bepaling artikel 95 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst, werd na brede discussie (ook binnen de commissie voor de verzekeringen) zo gewijzigd dat het zowel voor arts als voor patiënt verbeteringen inhoudt.

Bovendien wordt, ook al is het toepassingsgebied beperkt tot de beroepsbeoefenaars, reeds een belangrijk deel van de reële problematiek van de rechten van de patiënt in gezondheidszorgvoorzieningen zoals de ziekenhuizen, opgevangen, vooral ten opzichte van geneesheer-specialisten en verpleegkundigen.

Ook mogen de zaken niet zo worden voorgesteld dat een ziekenhuis of een andere gezondheidszorgvoorziening totaal niets met het wetsontwerp te maken zou hebben.

Vooreerst is het al zo dat op basis van het wetsontwerp in elk ziekenhuis een ombudsfunctie moet worden opgericht. Deze is inderdaad juridisch enkel bevoegd voor de klachten in verband met de schending van de rechten van patiënt door de beroepsbeoefenaars. De beroepsbeoefenaars zijn echter werkzaam in het ziekenhuis en de klacht zal dan ook rekening houdend met deze setting, moeten worden behandeld.

Een ander voorbeeld dat het tegendeel bewijst, is het volgende. Volgens de ziekenhuiswetgeving heeft de hoofdgeneesheer de opdracht de in het ziekenhuis beoefende geneeskunst te bevorderen en te evalueren. Deze opdracht impliceert ondermeer ook dat op de naleving van de rechten van patiënt wordt toegekeken. Immers, de beste zorg verleend in omstandigheden waarbij patiënten als objecten worden behandeld, kan geen kwaliteitszorg worden genoemd.

Bovendien kan een ziekenhuis dat zijn maatschappelijke opdracht ernstig neemt er niet buiten om initiatieven te nemen om de naleving van de rechten van de patiënt in het ziekenhuis door artsen, verpleegkundigen, ... te bevorderen (vb. bepaling in algemene regeling).

– De rechten moeten dus worden gerespecteerd door de **beroepsbeoefenaar** met wie de **patiënt**, natuurlijke persoon, een rechtsverhouding (publiekrechtelijk (vb. OCMW-ziekenhuis) of privaatrechtelijk) heeft in het kader waarvan gezondheidszorg, op verzoek van de patiënt, wordt verstrekt. De beroepsbeoefenaars die onder het toepassingsgebied van de wet vallen, zijn momenteel de artsen, de tandartsen, de apothekers, de vroedvrouwen, de kinesisten, de verpleegkundigen en de paramedici. Bij uitbreiding van het toepassingsgebied van het koninklijk besluit nr 78 dat de gezondheids-

– étant donné que le patient relevant de l'interdiction ne disposait jusqu'à présent d'aucune protection juridique, une réglementation simple en matière de représentation est désormais prévue pour lui ;

– l'article 95 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, qui comporte une disposition défavorable au patient, a été modifiée de telle sorte (y compris à l'intérieur de la Commission des assurances) qu'il comporte des améliorations tant pour le médecin que pour le patient.

En outre, même si le champ d'application est limité aux praticiens professionnels, une partie importante du problème réel des droits du patient dans les équipements de soins de santé comme les hôpitaux disparaît, en particulier par rapport aux médecins spécialistes et aux infirmiers.

Un hôpital ou un autre équipement de soins ne pourrait pas ignorer totalement le projet de loi.

En premier lieu, il oblige chaque hôpital à créer une fonction de médiation. Celle-ci n'est juridiquement compétente que pour les plaintes relatives à la violation des droits du patient par les praticiens professionnels. Toutefois, les praticiens professionnels travaillent à l'hôpital et il conviendra donc de traiter la plainte en tenant compte de ce lieu.

Ensuite, aux termes de la législation hospitalière, le médecin en chef a pour mission de promouvoir et d'évaluer l'art de guérir pratiqué dans l'hôpital. Cette mission implique aussi, entre autres, qu'il est veillé au respect des droits du patient. En effet, lorsque les soins sont dispensés dans des conditions où les patients sont traités comme des objets, ils ne peuvent être qualifiés de soins de qualité.

En outre, un hôpital qui prend sa mission sociale au sérieux ne peut manquer de prendre des initiatives afin de promouvoir le respect des droits du patient à l'hôpital par les médecins, les infirmiers, etc (p.ex. disposition dans la réglementation générale).

– Les droits doivent donc être respectés **par le praticien professionnel** avec qui le **patient**, personne physique, a une relation juridique (de droit public (p.ex. hôpital de CPAS) ou de droit privé) dans le cadre de laquelle des soins de santé sont dispensés à la demande du patient. Pour le moment, les praticiens professionnels qui relèvent du champ d'application de la loi, sont les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les accoucheuses, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les paramédicaux. En cas d'extension du champ d'application de l'arrêté royal n°78 réglant les professions des soins

beroepen regelt, zal het toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet automatisch worden uitgebreid. Bij uitvoering van de wet niet-conventionele praktijken, zullen deze beroepsbeoefenaars tevens onder de wet vallen. 'Gezondheidszorg' moet ruim worden geïnterpreteerd.

Voor het verstrekken van gezondheidszorg aan **bijzondere categorieën** van patiënten zoals kinderen, kunnen bij koninklijk besluit nadere toepassingsregels worden bepaald.

– Tot slot wens ik hierbij nog op te merken dat 'individuele' 'rechten' van de patiënt worden vastgelegd. Dit betekent niet dat de patiënt geen verplichtingen heeft of de beroepsbeoefenaar geen rechten zou hebben. Maar de rechten van de patiënt en wel individuele rechten worden hier vastgelegd in zijn verhouding met de beroepsbeoefenaar. Inderdaad ook niet zijn sociale grondrechten in zijn verhouding met de overheid zijn hier aan de orde: bijvoorbeeld de gelijke (geografische) toegang tot de gezondheidszorg.

c) De rechten

De rechten zelf (artikelen 5-11)

Welke zijn nu die individuele rechten die worden vastgelegd in het wetsontwerp ?

Zoals ik reeds vermeldde, worden met het oog op de eenvoud en de duidelijkheid enkel de meest essentiële rechten bepaald en dit zijn :

- Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening
- Recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar
- Recht op informatie over de gezondheidstoestand
- Recht op toestemming na informatie
- Rechten in verband met het patiëntendossier
- Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- Recht om een klacht neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie

1. **Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (artikel 5)**

Vooreerst wordt de patiënt een recht op kwaliteitsvolle dienstverlening toegekend : iedere patiënt moet, met respect voor zijn menselijke waardigheid en zijn autonomie en zonder enig onderscheid, een goede, zorgvuldige en kwaliteitsvolle gezondheidszorg worden aangeboden. Hieruit vloeit ondermeer het respect voor de morele en culturele waarden en de religieuze en filosofische overtuigingen van welke aard ook, voort.

de santé, le champ d'application de la loi sur les droits du patient sera élargi automatiquement. En cas d'exécution de la loi sur les pratiques non conventionnelles, ces praticiens professionnels relèveront du champ d'application de la loi. Le concept de « **soins de santé** » doit être interprété au sens large.

Pour la dispensation des soins de santé à des **catégories particulières** de patients comme les enfants, des règles d'application peuvent être précisées par arrêté royal.

– Enfin, je tiens encore à faire remarquer que ce sont des droits individuels qui sont fixés pour le patient. Cela ne signifie pas que le patient n'a pas d'obligations ou que le praticien professionnel n'aurait pas de droits. En l'espèce, les droits du patient, qui sont bien des droits individuels, sont fixés en fonction de la relation avec le praticien professionnel. Il n'est pas question non plus en l'espèce de droits sociaux fondamentaux en fonction de la relation avec les pouvoirs publics : par exemple, l'accès égal (sur le plan géographique) aux soins de santé.

c) Les droits

Les droits proprement dits (articles 5-11)

Quels sont les droits individuels fixés dans le projet de loi ?

Comme je l'ai déjà mentionné, aux fins de préserver la simplicité et la clarté, seuls les droits les plus fondamentaux sont fixés, à savoir :

- droit à la prestation de services de qualité
- droit au libre choix du praticien professionnel
- droit à l'information sur l'état de santé
- droit au consentement éclairé
- droits relatifs au dossier du patient
- droit à la protection de la vie privée
- droit à la médiation en matière de plaintes
- droit d'introduire une plainte auprès de la fonction de médiation compétente

1. **Droit à la prestation de services de qualité (article 5)**

En premier lieu, on accorde au patient le droit à la prestation de services de qualité : ce droit garantit à chaque patient des soins de santé efficaces, vigilants et de bonne qualité et ce, dans le respect de sa dignité humaine et sans distinction aucune. Cela implique entre autres le respect des valeurs morales et culturelles ainsi que des convictions religieuses et philosophiques de quelque nature que ce soit.

2. *Recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar (artikel 6)*

Principieel wordt de patiënt het recht toegekend om zelf te kiezen op welke beroepsbeoefenaar hij een beroep doet en om deze keuze te wijzigen. Dit houdt ook in dat de patiënt vrij verschillende beroepsbeoefenaars achtereenvolgens kan contacteren om uiteindelijk een welbepaalde beroepsbeoefenaar te kiezen met wie hij een individuele relatie wenst aan te gaan of dat hij, terwijl hij zich reeds in een therapeutische relatie bevindt, een andere beroepsbeoefenaar kan contacteren en eventueel zijn keuze kan wijzigen (**second opinion**).

Principieel geldt dus een recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar. Dit principe kan enkel **beperkt** worden krachtens wet die ook een bestaande wet kan zijn. (vb. arbeidsgeneeskunde, controlegeneeskunde, de medische behandeling van gevangenen, de gedwongen opname van geesteszieken)

3. *Recht op informatie over de gezondheidstoestand (artikel 7)*

Welke informatie?(§1)

De patiënt wordt het recht toegekend om die informatie te ontvangen waardoor hij een inzicht krijgt in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan. Deze informatie heeft ondermeer betrekking op de diagnose, op het gedrag dat in de toekomst wenselijk is bv. opdat de gezondheid behouden blijft (o.a. gebruik van medicatie, risico's bij zwangerschap...) enz.

Het betreft een informatieverstrekking die op zichzelf bestaat; zij is niet gebonden aan een latere toestemming (vb. patiënt wil geen behandeling of er bestaat geen behandeling).

Wijze van informatieverstrekking?(§ 2)

De communicatie met de patiënt moet gebeuren in een **duidelijke en begrijpelijke taal** waarbij rekening wordt gehouden met de individuele patiënt zoals zijn opleiding, leeftijd....

In principe wordt de informatie **mondeling** verschaft. Ze kan daarna eventueel schriftelijk bevestigd worden op vraag van de patiënt.

Eveneens is uitdrukkelijk voorzien dat de patiënt kan vragen dat de informatie ook aan een derde wordt medegedeeld (een **vertrouwenspersoon**).

2. *Droit au libre choix du praticien professionnel (article 6)*

En principe, le patient a le droit de choisir lui-même son praticien professionnel et de changer son choix. Ce principe implique également que, par la suite, le patient peut prendre contact avec différents praticiens professionnels afin de choisir librement celui avec lequel il s'engagera dans une relation individuelle ou qu'il peut, s'il est déjà engagé dans une relation thérapeutique, prendre contact avec un autre praticien professionnel et, éventuellement, revenir sur son choix (deuxième avis).

En principe, le patient dispose donc d'un droit au libre choix du praticien professionnel. Ce principe ne peut être **restreint** que par une loi. Qui peut être également une loi existante (p.ex. médecine du travail, traitement médical des détenus, admission forcée de malades mentaux).

3. *Droit à l'information sur l'état de santé (article 7)*

Quelles informations ? (§ 1^{er})

Le patient a le droit de recevoir les informations lui permettant de connaître son état de santé et son évolution probable. Ces informations concernent, entre autres, le diagnostic, le comportement souhaitable dans le futur, par exemple en vue de préserver l'état de santé (e.a. utilisation de médication, risques de grossesse, etc.)

Il s'agit d'une communication d'informations qui existe en soi ; elle n'est pas liée à un consentement ultérieur (p.ex. le patient ne souhaite pas de traitement ou alors il n'existe pas de traitement).

Modalités de communication des informations ? (§ 2)

La communication au patient doit se faire dans **une langue claire** et compréhensible. A cet égard, il doit être tenu compte de l'individualité du patient, à savoir sa formation, son âge, etc.

En principe, les informations sont données **oralement**. A la demande du patient, elles peuvent être confirmées par écrit.

Il est aussi prévu explicitement que le patient peut demander que les informations soient également communiquées à une tierce personne (**une personne de confiance**).

Het recht om niet te weten (§ 3)

De patiënt heeft het recht er om te verzoeken dat de informatie niet aan hem wordt meegedeeld (vb. ziekte van Huntington waarvoor geen therapie bestaat). Hij kan tegelijkertijd met de uitoefening van zijn recht om niet te weten, erom verzoeken dat de informatie aan een derde, een vertrouwenspersoon, wordt medegedeeld (zie hierboven).

Onder strikte voorwaarden met name om klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de patiënt of derden te voorkomen (vb. besmettelijke ziekten) en na raadpleging van een andere beroepsbeoefenaar en de eventuele vertrouwenspersoon, kan de beroepsbeoefenaar de patiënt toch informeren ondanks het uitoefenen van het recht om niet te weten.

De therapeutische exceptie (§ 4)

Niet enkel de patiënt, maar ook de beroepsbeoefenaar zelf kan het initiatief nemen om de desbetreffende informatie niet aan de patiënt mede te delen.

Dit kan echter slechts indien volgende **voorwaarden** zijn vervuld :

- het wel meedelen van de informatie zou klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de patiënt meebrengen; van zodra het meedelen van de informatie dit nadeel niet meer oplevert, moet de informatie alsnog worden meegedeeld;
- de beroepsbeoefenaar moet voorafgaandelijk een andere beroepsbeoefenaar raadplegen;
- de beroepsbeoefenaar moet een schriftelijke motivering toevoegen aan het patiëntendossier;
- indien de patiënt in het kader van één van zijn contacten met de beroepsbeoefenaar een zoals hierboven reeds vermelde vertrouwenspersoon aanduidde, dan moet de beroepsbeoefenaar de informatie aan deze vertrouwenspersoon meedelen.

4. Recht op toestemming na informatie (artikel 8)

Het principe van de toestemming (§ 1)

Zoals reeds vermeld, staat het daarnet besproken recht op informatie over de gezondheidstoestand los van een tussenkomst van een beroepsbeoefenaar.

Is echter een welbepaalde **tussenkomst** vanwege de beroepsbeoefenaar nodig dan is het steeds noodzakelijk dat de patiënt voorafgaandelijk en zonder dat er druk op hem wordt uitgeoefend, op basis van de aan

Le droit de ne pas savoir (§ 3)

Le patient a le droit de demander que les informations ne lui soient pas communiquées (p.ex. maladie de Huntington pour laquelle il n'existe pas de thérapie). Il peut, parallèlement à l'exercice de son droit de ne pas savoir, demander que les informations soient communiquées à une tierce personne, une personne de confiance (voir ci-dessus).

Dans des conditions strictes, à savoir ne pas causer un préjudice grave au patient ou à des tiers (p.ex. maladies contagieuses) et après consultation d'un autre praticien professionnel et de la personne de confiance éventuelle, le praticien professionnel peut quand même informer le patient en dépit du droit de ne pas savoir.

L'exception thérapeutique (§ 4)

A l'initiative du patient mais également du praticien professionnel, les informations en question peuvent ne pas être communiquées au patient. Toutefois, cela n'est possible que si les **conditions** suivantes sont remplies :

- la communication des informations causerait visiblement un grave préjudice au patient ; sitôt cet inconvénient levé, les informations doivent être communiquées ;
- le praticien professionnel doit consulter un autre prestataire de soins au préalable ;
- le praticien professionnel doit ajouter une motivation écrite dans le dossier de patient ;
- si, dans le cadre de l'un de ses contacts avec le praticien professionnel, le patient a désigné une personne de confiance telle que visée ci-dessus, le prestataire de soins doit communiquer les informations à cette personne de confiance.

4. Droit au consentement éclairé (article 8)

Le principe du consentement (§ 1^{er})

Comme il a déjà été précisé, le droit à l'information sur l'état de santé est indépendant de l'intervention d'un praticien professionnel.

Toutefois, si une **intervention** déterminée d'un praticien professionnel s'avère nécessaire, il est toujours indispensable que le patient, en fonction des informations qui lui sont fournies, marque son **consentement** sur l'in-

hem verstrekte informatie, zijn **toestemming** voor deze tussenkomst verleent.

Wijze van toestemming

In beginsel moet de patiënt zijn toestemming **uitdrukkelijk** geven. In het geval dat de beroepsbeoefenaar uit de combinatie van de verstrekte informatie en de gedragingen van de patiënt de toestemming redelijkerwijze en ondubbelzinnig kan afleiden, kan de toestemming geacht worden impliciet te zijn gegeven.

De patiënt wordt het recht toegekend om te vragen dat de toestemming of de weigering of intrekking ervan **schriftelijk** wordt vastgelegd en wordt toegevoegd aan het patiëntendossier (vb. geconditioneerde toestemming). Ook de beroepsbeoefenaar kan het initiatief nemen voor dergelijke schriftelijke vastlegging.

De informatie in het kader van de toestemming (§2)

De patiënt kan enkel in een bepaalde tussenkomst toestemmen of een bepaalde tussenkomst weigeren indien hij daaromtrent de nodige informatie heeft ontvangen.

Deze informatie heeft **in elk geval** betrekking op het doel van de tussenkomst, de aard van de tussenkomst, het al dan niet spoedeisende karakter van de ingreep, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's, indien die er zijn, alternatieve behandelingen en de financiële gevolgen van de tussenkomst. Omtrent voormelde elementen moet de patiënt dus minimaal geïnformeerd worden.

De patiënt kan echter steeds om **bijkomende** informatie verzoeken. Ook de beroepsbeoefenaar kan oordelen dat het relevant is dat bijkomende gegevens worden verstrekt.

Wijze van informatieverstrekking (§ 3)

De informatie moet **voorafgaandelijk** aan elke tussenkomst en **tijdig**, zodat de patiënt ondermeer de nodige tijd heeft om een andere beroepsbeoefenaar te consulteren (second opinion), worden verstrekt.

Voor het overige zijn voor het verstrekken van deze categorie van informatie, **dezelfde modaliteiten** van toepassing als deze die gelden voor de informatie betreffende de gezondheidstoestand, wat impliceert dat de patiënt ook in het kader van deze informatie zijn **recht om niet te weten** kan uitoefenen eveneens onder dezelfde voorwaarden.

tervention de manière préalable et sans que des pressions ne soient exercées sur lui.

Modalités du consentement

En principe, le patient doit marquer son consentement expressément. Dans le cas où le praticien professionnel peut raisonnablement et sans équivoque déduire des informations fournies ainsi que du comportement du patient que ce dernier donne son consentement, on parle d'un consentement implicite.

Le patient a le droit de demander que le consentement, le refus ou le retrait de celui-ci soit consigné par écrit et ajouté au dossier le concernant (p.ex. consentement conditionnel). Le praticien professionnel peut également prendre l'initiative de réaliser cet ajout par écrit.

Les informations à fournir dans le cadre du consentement (§ 2)

Le patient ne peut marquer son consentement sur une intervention déterminée ou la refuser que s'il dispose des informations nécessaires à cet effet.

Quoi qu'il en soit, ces informations doivent concerner le but et la nature de l'intervention, son caractère urgent ou non, sa durée, sa fréquence, les contre-indications, les effets secondaires et les risques significatifs pour le patient, les conséquences financières et, le cas échéant, les alternatives. Sur l'ensemble des éléments précités, le patient doit recevoir une information minimum.

Toutefois, il peut demander des informations complémentaires. Le praticien professionnel également peut estimer opportun de fournir de plus amples informations.

Modalités de communication des informations (§ 3)

Les informations doivent être fournies préalablement à toute intervention et en temps opportun afin que le patient ait, entre autres, le temps nécessaire pour consulter un autre praticien professionnel (deuxième avis).

Pour le reste, en ce qui concerne la communication de cette catégorie d'informations, les modalités d'application sont les mêmes que celles valables pour la communication des informations sur l'état de santé, ce qui implique qu'en l'espèce, le patient peut également faire valoir son droit de ne pas savoir et ce, aux mêmes conditions.

De beroepsbeoefenaar kan deze informatie echter **niet**, en dit in tegenstelling tot de informatie in verband met de gezondheidstoestand, op eigen initiatief onthouden aan de patiënt (**therapeutische exceptie**). Het betreft hier toestemmingsinformatie die in elk geval aan de patiënt moet worden verstrekt. De beroepsbeoefenaar kan de informatie eventueel wel **moduleren** in functie van de individuele patiënt.

De weigering of intrekking van toestemming (§ 4)

De patiënt kan op geen enkele manier gedwongen worden een bepaalde tussenkomst van de beroepsbeoefenaar te ondergaan. Hem wordt dan ook het recht om zijn toestemming te weigeren of in te trekken, toegekend. Dit betekent niet dat enkel gevolg moet worden gegeven aan een actuele uitgedrukte weigering. Op een moment dat de patiënt wilsonbekwaam is (vb. coma), wordt eveneens een bindend rechtsgevolg gegeven aan een voorafgaande schriftelijke wilsverklaring waarin een wilsbekwame patiënt een welbepaalde handeling weigert, en dit zolang als hij ze niet herroept op een moment dat hij in staat is zelf zijn rechten uit te oefenen.

De patiënt of de beroepsbeoefenaar kunnen vragen dat de weigering of intrekking van de toestemming **schriftelijk** wordt vastgelegd en wordt toegevoegd aan het patiëntendossier (vb. geconditioneerde toestemming).

Spoedgevallen (§ 5)

In bepaalde gevallen van spoed is het mogelijk dat er onduidelijkheid bestaat over de uitoefening van het recht op toestemming na informatie, noch door de patiënt of door een vertegenwoordiger kan worden uitgeoefend. In dergelijk geval kan de beroepsbeoefenaar onmiddellijk iedere noodzakelijke tussenkomst stellen die in het belang van de gezondheid van de patiënt is. De beroepsbeoefenaar dient in het patiëntendossier te melden dat de tussenkomst gebeurde bij onduidelijkheid i.v.m. de toestemming. Uiteraard dient van zodra dit mogelijk is de informatie- en toestemmingsverplichting te worden nageleefd.

5. Rechten in verband met het patiëntendossier (artikel 9)

Het recht op een patiëntendossier (§ 1)

Vooreerst wordt de patiënt expliciet het recht toegekend op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.

Onder andere naar aanleiding van de hoorzittingen in de Commissie Volksgezondheid wordt aan de patiënt,

Toutefois, contrairement aux dispositions relatives aux informations sur l'état de santé, le praticien professionnel ne peut d'initiative dissimuler ces informations au patient (**exception thérapeutique**). Il s'agit en l'occurrence d'informations nécessaires à l'obtention du consentement et qui doivent être communiquées au patient. Toutefois, le praticien professionnel peut moduler ces informations en fonction de la personnalité du patient.

Le refus ou le retrait du consentement (§ 4)

Le patient ne peut en aucune manière être contraint forcé de subir une intervention déterminée du praticien professionnel. On lui octroie donc le droit de refuser ou de retirer son consentement. Cela ne signifie pas qu'il faille uniquement donner suite à un refus exprimé le jour même. Lorsque le patient relève de l'interdiction (p.ex. coma), il est également donné une suite juridique contraignante à une directive anticipée par laquelle un patient ne relevant pas de l'interdiction refuse un traitement déterminé et ce, tant qu'il n'a pas révoqué celle-ci à un moment où il est lui-même en mesure d'exercer ses droits.

Le patient ou le praticien professionnel peut demander que le refus ou le retrait du consentement soit fixé **par écrit** et ajouté au dossier du patient (p.ex. refus conditionnel).

Urgences (§ 5)

Dans certaines situations d'urgence, il est possible qu'il y ait une incertitude concernant l'exercice du droit au consentement éclairé par le patient ou par un représentant. Le praticien professionnel peut alors procéder à toute intervention utile dans l'intérêt du patient et de sa santé. Le praticien professionnel doit indiquer dans le dossier du patient qu'il a exécuté son intervention dans l'incertitude du consentement. Il va de soi qu'il y a lieu de respecter, dès que possible, l'obligation liée à l'information et au consentement.

5. Droits relatifs au dossier du patient (article 9)

Le droit à un dossier de patient (§ 1^{er})

En premier lieu, on octroie explicitement le droit à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr.

A la suite, entre autres, des auditions au sein de la Commission de la santé publique, on octroie au patient,

naast de klassieke rechten met name het recht op inzage en afschrift die ik dadelijk zal toelichten, een bijkomend recht in verband met het patiëntendossier, toegekend m.n. een recht op toevoeging.

Dit recht houdt in dat de patiënt het recht heeft bepaalde documenten (vb. schriftelijke verklaring, wetenschappelijk artikel) te laten toevoegen aan zijn patiëntendossier.

Rechten van de patiënt met betrekking tot het patiëntendossier (§ 2-3)

Vervolgens worden de patiënt een aantal rechten toegekend met betrekking tot het patiëntendossier.

Recht op inzage (§ 2)

De patiënt heeft het recht op inzage in het patiëntendossier dat over hem wordt bijgehouden.

Hij beschikt over een **rechtstreeks** inzagerecht : steeds moet hem de mogelijkheid geboden worden om zelf het hem betreffend patiëntendossier in te zien.

Het recht op inzage is **niet beperkt** tot één enkele keer of een aantal keren, eventueel per jaar. Aan het op dit vlak onbeperkte recht op inzage moet door de beroepsbeoefenaar bovendien **onverwijld** en ten laatste binnen de **15 dagen** na ontvangst van het verzoek, gevolg worden gegeven.

Wel wordt de beperking voorzien dat de **persoonlijke notities** van de beroepsbeoefenaar evenals de gegevens die betrekking hebben op **een derde** van het inzagerecht zijn uitgesloten.

De patiënt kan zich bij de inzage wel steeds laten **bijstaan** door een vertrouwenspersoon naar keuze (beroepsbeoefenaar of niet). Bovendien kan de patiënt, indien hij dit zelf wenst, zijn inzagerecht laten uitoefenen **door** een persoon naar keuze. Indien de vertrouwenspersoon een beroepsbeoefenaar is, heeft die evenwel ook inzagerecht in de persoonlijke notities.

Indien de beroepsbeoefenaar in het kader van het recht op informatie over de gezondheidstoestand, een beroep deed op de **therapeutische exceptie** en indien er op het ogenblik dat inzage in het patiëntendossier wordt gevraagd nog steeds sprake is van een klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de patiënt (maar dan indien het rechtstreeks inzagerecht zou worden toegestaan), dan kan de beroepsbeoefenaar zich ook in het kader van het inzagerecht beroepen op de therapeutische exceptie en enkel een onrechtstreeks inzagerecht via een beroepsbeoefenaar (die ook inzage heeft in de persoonlijke notities) toestaan.

outre les droits classiques, dont le droit de consultation et de copie que je commenterai dans quelques instants, un droit supplémentaire relatif au dossier de patient, à savoir un droit d'ajout.

Ce droit implique que le patient a le droit de demander l'ajout de certains documents (p.ex. déclaration écrite, article scientifique) dans le dossier le concernant.

Droits du patient relatifs au dossier le concernant (§ 2-3)

On octroie au patient un certain nombre de droits relatifs au dossier le concernant.

Droit de consultation (§ 2)

Le patient a droit à la consultation du dossier le concernant.

Le patient dispose d'un droit de consultation **directe** : il doit toujours avoir la possibilité de consulter le dossier le concernant.

Le droit de consultation n'est **pas limité** à une seule fois ou à plusieurs fois, éventuellement par an. En outre, le praticien professionnel doit donner suite **immédiatement**, à savoir dans les 15 jours au plus tard suivant la réception de la demande, à ce droit illimité de consultation.

Certes, on prévoit la restriction selon laquelle les annotations personnelles du praticien professionnel ainsi que les données concernant **un tiers** sont exclues du droit de consultation.

Le patient peut toujours **se faire aider** par une personne de confiance de son choix (praticien professionnel ou non). En outre, le patient peut, s'il le souhaite, faire exercer son droit de consultation par une personne de son choix. Si la personne de confiance est un praticien professionnel, elle dispose toutefois d'un droit de consultation des données concernant des tiers ainsi que des annotations personnelles.

Si, dans le cadre du droit à l'information sur l'état de santé, le praticien professionnel a invoqué l'**exception thérapeutique** et si, au moment où une consultation du dossier de patient est demandée, il existe toujours une possibilité de causer un préjudice grave manifeste au patient (si le droit de consultation directe était autorisé), le praticien professionnel peut également, dans le cadre du droit de consultation, invoquer l'exception thérapeutique et n'autoriser qu'un droit de consultation indirecte par le biais d'un praticien professionnel (lequel peut également consulter les annotations personnelles).

Recht op afschrift (§ 3)

De patiënt heeft niet enkel het recht om het hem betreffende patiëntendossier in te zien. Tevens wordt hem het recht op een afschrift toegekend.

Dit recht op afschrift van het patiëntendossier, dat wordt uitgeoefend onder dezelfde voorwaarden als het recht op inzage, is gebonden aan het betalen van de **werkelijke kostprijs** van het afschrift.

Voorzien is dat de beroepsbeoefenaar afschrift kan **weigeren** indien hij duidelijke aanwijzingen heeft dat de patiënt onder druk wordt gezet door derden (vb. door zijn verzekeraar)

Rechten van de nabestaanden in verband met het patiëntendossier (§ 4)

Eveneens naar aanleiding van de hoorzittingen in het Parlement (evenals een advies van de privacycommissie van 2000) wordt aan de directe verwanten van de overleden patiënt een recht op inzage toegekend. Volgende **voorwaarden** moeten daarbij vervuld zijn :

- echtgenoot, wettelijk samenwonende partner, partner of een bloedverwant tot en met de tweede graad (ouder, kind, broer/zus, kleinkind, grootouder) zijn;

- een voldoende gemotiveerd belang hebben dat opweegt tegen het recht op privacy van de overleden patiënt (testament, genetica, verzekeringsovereenkomst, aansprakelijkheidsprocedure). De nabestaanden zullen bovendien enkel die elementen van het patiëntendossier kunnen inzien die relevant zijn in het kader van dit belang;

- geen verzet van de patiënt tijdens zijn leven.

Bovendien kunnen de nabestaanden dit recht enkel uitoefenen **via een beroepsbeoefenaar** (die ook inzage heeft in de persoonlijke notities).

6. Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (artikel 10)

Het wordt noodzakelijk geacht de patiënt in het bijzonder een **recht op bescherming** van de persoonlijke levenssfeer bij iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, toe te kennen.

Geen enkel inmenging in de persoonlijke levenssfeer is toegestaan. In uitzonderlijke gevallen is dergelijke inmenging toch toegestaan indien voorzien bij wet en op voorwaarde dat de inmenging verantwoord is door een legitiem doel (vrijwaren van de volksgezondheid of bescherming van de rechten en vrijheden van anderen) (§ 2).

Droit de copie (§ 3)

Le patient a le droit non seulement de consulter le dossier le concernant mais également d'en obtenir une copie.

Ce droit de copie du dossier de patient, exercé aux mêmes conditions que le droit de consultation, est subordonné au paiement du **prix coûtant** de la copie.

Il est prévu que le praticien professionnel peut **refuser** une copie s'il dispose d'indications précises selon lesquelles le patient subit des pressions de la part de tiers (p.ex. par son assureur).

Droits de l'entourage en ce qui concerne le dossier de patient (§ 4)

Toujours à la suite des auditions parlementaires (et d'un avis émis en 2000 par la Commission pour la protection de la vie privée), l'entourage direct du patient décédé obtient un droit de consultation. A cet égard, les conditions suivantes doivent être remplies :

- l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire ou un parent jusqu'au deuxième degré (père/mère, enfant, frère/soeur, petit-enfant, grand-parent) ;

- témoigner d'un intérêt suffisamment motivé qui puisse compenser le droit à la vie privée du patient décédé (testament, génétique, contrat d'assurance, procédure en responsabilité). En outre, les proches ne pourront consulter que les éléments du dossier de patient pertinents dans le cadre de l'intérêt précité ;

- aucune opposition du patient au cours de son existence.

En outre, les proches ne peuvent exercer ce droit que **par le biais d'un praticien professionnel** (qui a également un droit de consultation des données concernant des tiers ainsi que des annotations personnelles).

6. Droit à la protection de la vie privée (article 10)

On a jugé nécessaire d'octroyer au patient **un droit à la protection de la vie privée** lors de chaque intervention du praticien professionnel.

Aucune ingérence dans la vie privée du patient n'est autorisée. Dans des circonstances exceptionnelles, elle est quand même autorisée si la loi le prévoit et à condition que cette ingérence soit motivée par un but légitime (protection de la santé ou protection des droits et libertés d'autrui) (§ 2).

Een onderdeel van dit recht is ondermeer het recht van de patiënt op **ruimtelijke privacy**. Zo dienen de lokalen waarin de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar plaatsvindt, de nodige intimiteit voor de patiënt te waarborgen. Tevens mogen bij de tussenkomst enkel die personen wiens aanwezigheid beroepshalve vereist is, aanwezig zijn.

In het bijzonder is voorzien dat de persoonlijke levenssfeer van de patiënt dient te worden beschermd op het vlak van de **informatie die verband houdt met zijn gezondheid**. Ten gevolge van deze bepaling is het ondermeer verboden om de patiënt dan wel de beroepsbeoefenaar onder druk te zetten om informatie die verband houdt met de gezondheid van de patiënt mede te delen (vb. druk vanwege een verzekeraar, een werkgever).

7. Het recht om klacht neer te leggen (artikel 11)

De patiënt wordt, voorafgaand aan de rechtsgang, een **recht** op klachtenbemiddeling toegekend : de patiënt heeft het recht om een klacht in verband met de uitoefening van de rechten die hem door de wet worden toegekend, neer te leggen bij een ombudsfunctie (§ 1).

Deze ombudsfunctie heeft vooreerst als **taak** het bemiddelen bij klachten te voorkomen door in geval de patiënt zijn onvrede uit, hem door te verwijzen naar de behandelende beroepsbeoefenaar om alzo aan de bron een oplossing voor het probleem te vinden. Van een verplichte communicatie kan echter geen sprake zijn.

Leidt de aansporing tot communicatie met de beroepsbeoefenaar niet tot een bevredigend resultaat, dan heeft de ombudsfunctie tot taak om zelf over te gaan tot bemiddeling bij de klacht met als doelstelling het bereiken van een oplossing.

Slaagt men er niet in een bevredigende oplossing uit te werken dan wordt de patiënt ingelicht over de verdere mogelijkheden tot afhandeling van de klacht (§ 2).

Naast de bemiddelende taak heeft de ombudsfunctie tevens een preventieve taak te vervullen. Naar aanleiding van de informatie bekomen bij het uitoefenen van de bemiddelingsrol, komt het aan de ombudsfunctie toe aanbevelingen te formuleren ter voorkoming van de herhaling van de tekortkomingen die aanleiding gaven tot het formuleren van een klacht.

De principiële **voorwaarden** waaraan de ombudsfunctie moet voldoen op het vlak van onafhankelijkheid, beroepsgeheim, deskundigheid, juridische bescherming, organisatie, werking, procedureregeling en gebiedsomschrijving, worden door de Koning geregeld bij een in Ministerraad overlegd besluit. De regels die hieromtrent worden uitgewerkt kunnen verschillen naar gelang de beroepsbeoefenaar en dit om wille van de verschillen tussen de desbetreffende klachten.

Une autre composante de ce droit est le droit du patient à **la protection de la vie privée dans les locaux** où le praticien professionnel pratique l'intervention. A cet égard, l'intimité du patient doit être garantie. Ainsi, seules les personnes dont la présence est requise sur le plan professionnel peuvent assister à l'intervention.

Une disposition prévoit que la vie privée du patient doit être protégée en ce qui concerne les **informations relatives à sa santé**. En raison de cette disposition, il est interdit entre autres d'exercer des pressions sur le patient ou le praticien professionnel afin d'obtenir qu'il communique des informations concernant la santé du patient (p.ex. pressions de la part d'un assureur, d'un employeur).

7. Le droit de déposer plainte (article 11)

Préalablement à toute action en justice, le patient se voit attribuer **un droit** de médiation en matière de plaintes, ce qui veut dire que le patient a le droit de déposer une plainte concernant l'exercice des droits que lui octroie la loi, auprès d'une fonction de médiation. (§ 1^{er}).

La mission prioritaire de cette **fonction** de médiation est de prévenir le dépôt de plaintes. Ainsi, lors de chaque manifestation de mécontentement du patient, la fonction de médiation adresse le patient au praticien professionnel afin qu'il soit possible de trouver à la source une solution au problème. Toutefois, il ne peut être question de communication obligatoire. Si la démarche de la fonction de médiation dans le but de promouvoir la communication avec le praticien professionnel n'aboutit pas à un résultat satisfaisant, la fonction de médiation doit traiter elle-même la plainte déposée afin de parvenir à une solution.

Si la fonction de médiation ne parvient pas à une solution satisfaisante, elle informe le patient des possibilités qui lui restent quant au traitement de sa plainte (§2).

Outre son rôle de médiation, la fonction de médiation a également un rôle préventif à accomplir. A la suite des informations obtenues dans le cadre de l'exercice du rôle de médiation, il appartient à la fonction de médiation de formuler des recommandations afin d'éviter que les manquements ayant donné lieu au dépôt de la plainte ne se reproduisent.

Les conditions fondamentales auxquelles la fonction de médiation doit répondre sur le plan de l'indépendance, du secret professionnel, de l'expertise, de la protection juridique, de l'organisation, du fonctionnement, de la procédure et du champ d'application sont régies par le Roi, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres. Les règles élaborées en la matière peuvent varier d'un praticien professionnel à l'autre et ce, en raison des différences entre les plaintes.

De ombudsfunctie wordt door de wet zelf belast met het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels (§ 1).

Door een wijziging van de wet op de ziekenhuizen wordt ieder **ziekenhuis** verplicht (eventueel via een samenwerkingsakkoord), een ombudsfunctie op te richten. De voorwaarden waaraan deze ombudsfunctie moet voldoen worden in uitvoering van de wet betreffende de rechten van de patiënt, vastgelegd (artikel 17).

d) Uitoefening van de rechten (artikelen 12-15)

- In principe worden al deze rechten **door de patiënt zelf** uitgeoefend.

- In bepaalde gevallen echter zal dat, wegens onbekwaamheid in hoofde van de patiënt zelf, noodgedwongen door een andere persoon moeten gebeuren.

Daar waar in het **gemeen recht een specifiek beschermingsstatuut** (nl. een wettelijke vertegenwoordiger) bestaat voor de handelingsonbekwame persoon, wordt deze regeling gerespecteerd.

Dit geldt voor de **minderjarige patiënt en de meerderjarige handelingsonbekwame** patiënt die valt onder het statuut van de verlengd minderjarigheid of onbekwaamverklaring (artikel 12-13).

In dergelijke gevallen zullen de ouders of de voogd optreden.

De patiënt zelf wordt in dergelijk geval zoveel als mogelijk betrokken bij het uitoefenen van de rechten.

Voor wat betreft de minderjarige patiënt is het bovendien mogelijk dat gelet op de leeftijd en graad van ontwikkeling blijkt dat de minderjarige, toch bekwaam is om zelf (bepaalde van) zijn rechten inzake gezondheid uit te oefenen. In dergelijk geval oefent de minderjarige zijn rechten uit zonder tussenkomst van zijn ouders of desgevallend zijn voogd.

Zoals reeds vermeld, worden bepaalde personen juridisch handelingsbekwaam geacht terwijl ze (soms) **feitelijk niet in staat zijn tot wilsvorming of wilsuiting** (artikel 14).

Voor deze personen wordt nu in de patiëntenrechtenwet een soepel mechanisme van plaatsvervangende uitoefening van de rechten van de patiënt voorzien. Meerbepaald wordt een cascadesysteem voorzien. Achtereenvolgens vertegenwoordigen volgende personen dergelijke patiënten, indien en zolang als de patiënt niet zelf zijn rechten kan uitoefenen :

- een door de patiënt, op het ogenblik dat hij nog handelingsbekwaam was, bij een gedagtekend en on-

La fonction de médiation est chargée par la loi elle-même de fournir des informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure (§ 1^{er}).

Par le biais de la modification de la loi sur les hôpitaux, chaque **hôpital** est tenu de créer une fonction de médiation (éventuellement par le biais d'un accord de collaboration). Les conditions auxquelles cette fonction de médiation doit répondre sont fixées en exécution de la loi sur les droits du patient (article 17).

d) Exercice des droits (articles 12-15)

- En principe, tous ces droits sont exercés **par le patient lui-même**.

- Toutefois, dans certains cas, en raison de l'incapacité du patient, les droits devront nécessairement être exercés par une autre personne.

Etant donné qu'en droit commun, il existe **un statut de protection spécifique** (à savoir un représentant légal) pour la personne relevant du statut de l'interdiction, cette réglementation est respectée.

Cela vaut pour le **patient mineur** et le **patient majeur ne disposant pas de la capacité civile**, qui relève du statut de la minorité prolongée ou de l'interdiction (articles 12-13).

Dans ces cas, les parents ou le tuteur interviendront.

Dans pareil cas, le patient lui-même est associé autant que possible à l'exercice des droits.

En outre, en ce qui concerne le patient mineur, il est possible que, vu son âge et son degré de maturité, le mineur soit quand même capable d'exercer lui-même (certains de) ses droits. Dans pareil cas, le mineur exerce ses droits sans l'intervention de ses parents ou, le cas échéant, de son tuteur.

Comme on l'a déjà précisé, certaines personnes sont considérées, sur le plan juridique, comme disposant de la capacité civile alors qu'**en fait** (dans certains cas), elles ne sont **pas à même de se déterminer ou d'exprimer une volonté** (article 14).

Désormais, un mécanisme souple d'exercice des droits du patient fondé sur un système de remplacement est prévu. Ainsi, tant que le patient n'est pas à même d'exercer ses droits lui-même, ceux-ci sont exercés en ordre subséquent par les personnes suivantes :

- un mandataire désigné par le biais d'un mandat écrit daté et signé par le patient au moment où ce dernier ne

dertekend schriftelijk mandaat « benoemde vertegenwoordiger » die hierin toestemde (§1);

– een aantal «informele» vertegenwoordigers (§ 2):

– de samenwonende echtgenoot, de wettelijke samenwonende partner of de feitelijk samenwonende partner;

– in dalende volgorde een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarig broer of zus;

– de beroepsbeoefenaar eventueel in multidisciplinair overleg.

Ook in deze hypothese van vertegenwoordiging moet de patiënt zoveel als mogelijk betrokken worden bij de uitoefening van zijn rechten (§ 3).

Deze personen zijn bevoegd om alle rechten van de patiënt uit te oefenen met uitzondering van eventueel het rechtstreekse recht op inzage en afschrift en dit teneinde de intimiteit en de privacy van de patiënt te beschermen (artikel 15, § 1).

De vertegenwoordiger, zowel deze die optreedt in gevolge het gemeen recht als deze die optreedt naar aanleiding van de regeling van de patiëntenrechtenwet («door de patiënt benoemde vertegenwoordiger» en «informele» vertegenwoordigers), dient steeds op te treden in het **belang van de patiënt**. Is dit niet het geval dan moet de **beroepsbeoefenaar**, indien volgende voorwaarden cumulatief vervuld zijn, van de beslissing van de vertegenwoordiger **afwijken (§ 2)** :

– in het belang van de patiënt;

– om een bedreiging van het leven of een ernstige aantasting van de gezondheid van de patiënt af te wenden.

– desgevallend in multidisciplinair overleg

Indien het gaat om een beslissing van een vertegenwoordiger die door de patiënt zelf werd benoemd (= « door de patiënt benoemde vertegenwoordiger ») dan dient de bijkomende voorwaarde vervuld te zijn dat deze persoon zich niet kan beroepen op de uitdrukkelijk wil van de patiënt.

De weigering van het rechtstreekse recht op inzage of afschrift van het patiëntendossier aan de vertegenwoordiger evenals de afwijking door de beroepsbeoefenaar van de beslissing van de vertegenwoordiger, moeten door de beroepsbeoefenaar steeds schriftelijk gemotiveerd worden in het patiëntendossier (§ 3).

disposait pas de la capacité civile (§ 1^{er}) ;

– un certain nombre de représentants informels (§ 2) :

– l'époux cohabitant, le conjoint cohabitant légal ou le conjoint cohabitant légal ;

– en ordre subséquent, un enfant majeur, un parent, un frère ou une soeur majeur(e) ;

– le praticien professionnel, éventuellement dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire.

Dans cette hypothèse de représentation également, le patient doit être associé autant que possible à l'exercice de ses droits. (§ 3).

Ces personnes sont compétentes pour exercer tous les droits du patient, à l'exception, éventuellement, du droit de consultation directe et de copie et ce, afin de protéger l'intimité et la vie privée du patient (article 15, § 1^{er}).

Le représentant, tant celui qui intervient en vertu du droit commun que celui qui intervient dans le cadre de la réglementation de la loi sur les droits du patient (« mandataire désigné par le patient » et représentants « informels »), doit toujours intervenir dans l'**intérêt du patient**. Si ce n'est pas le cas, **le praticien professionnel doit déroger** à la décision du représentant, si les conditions mentionnées ci-après sont remplies de manière cumulative (§ 2) :

– dans l'intérêt du patient ;

– afin d'écartier une menace contre la vie ou une atteinte grave à la santé ;

– le cas échéant, dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire.

S'il s'agit d'une décision d'un représentant désigné par le patient lui-même (= « un mandataire désigné par le patient »), la condition complémentaire selon laquelle cette personne ne peut pas invoquer la volonté expresse du patient doit être satisfaite.

Le refus du droit de consultation directe ou de copie du dossier de patient au représentant ainsi que la dérogation, par le praticien professionnel, à la décision du praticien professionnel doivent toujours être motivés par écrit dans le dossier de patient (§ 3).

e) Afdwingbaarheid van de rechten (artikel 4)

Rechten van de patiënt waarborgen is één zaak. In het kader van een verbetering van de rechtspositie van de patiënt is het echter eveneens van cruciaal belang dat de patiënt zijn rechten ook kan afdwingen.

Zoals reeds vermeld, vallen de beroepsbeoefenaars vervat in het koninklijk besluit nr 78 evenals in de toekomst de beroepsbeoefenaars van een niet-conventionele praktijk, onder het toepassingsgebied van de wet. De naleving van de rechten van de patiënt is dan ook een verplichting die moet worden nagekomen door de beroepsbeoefenaar met wie de patiënt een rechtsverhouding heeft. De verplichting om de rechten van de patiënt na te leven kan wel maar gelden in de mate dat de beroepsbeoefenaar juridisch bevoegd is om de handelingen die nodig zijn om die verplichting na te komen, te stellen. Aldus kan de verplichting informatie te verstrekken over de gezondheidstoestand niet worden nagekomen door een beroepsbeoefenaar die niet de wettelijke bevoegdheid heeft een diagnose te stellen (vb. verpleegkundige)

f) De federale commissie 'rechten van de patiënt' (artikel 16)

Melding moet gemaakt worden van de geplande oprichting van een federale commissie 'rechten van de patiënt' **samengesteld** uit patiëntenvertegenwoordigers, beroepsbeoefenaars, ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen (§ 1). Deze heeft ondermeer tot **taak (§ 2)**:

- informatie met betrekking tot patiëntenrechtelijke aangelegenheden te verzamelen;
- de overheid te adviseren inzake rechten en plichten van patiënt en beroepsbeoefenaar;
- de toepassing van de wet te evalueren;
- de werking van de ombudsfuncties te evalueren;
- klachten tegen ombudsfuncties te behandelen (dit betekent niet als een beroepsinstantie voor concrete gevallen op te treden).

Bij deze commissie wordt bovendien een nationale **ombudsdienst** opgericht. Deze heeft tot taak klachten van patiënten in verband met de uitoefening van de rechten te verwijzen naar de bevoegde ombudsfunctie of indien deze nog niet werd opgericht, de klachten zelf te behandelen met het oog op het bereiken van een

e) Respect obligatoire des droits (article 4)

Garantir les droits du patient, c'est une chose. Mais, aux fins de renforcer la position juridique du patient, il est également essentiel que le patient puisse avoir la garantie que ses droits sont respectés.

Comme il a déjà été précisé, les praticiens professionnels figurant dans l'arrêté royal n°78 et, à l'avenir, les praticiens professionnels d'une pratique non conventionnelle, relèveront du champ d'application de la loi. Le respect des droits du patient est donc une obligation qui doit être respectée par le praticien professionnel avec qui le patient a une relation juridique. Toutefois, l'obligation de respecter les droits du patient ne peut valoir que dans la mesure où le praticien professionnel est juridiquement compétent pour poser les actes nécessaires au respect de cette obligation. Ainsi, l'obligation de fournir des informations sur l'état de santé peut ne pas être respectée par un praticien professionnel qui n'a pas la compétence légale pour poser un diagnostic (p.ex. infirmier).

f) La commission fédérale « Droits du patient » (article 16)

Enfin, il y a lieu de signaler le projet de création d'une commission fédérale « Droits du patient » **composée de** représentants des patients, de praticiens professionnels, d'hôpitaux et d'organismes assureurs (§ 1^{er}). Celle-ci a pour **mission** (§ 2) :

- de rassembler des informations concernant les matières relatives aux droits des patients ;
- de formuler un avis à l'intention de l'autorité en ce qui concerne les droits et devoirs du patient et du praticien professionnel ;
- d'évaluer l'application de la loi ;
- d'évaluer le fonctionnement des fonctions de médiation ;
- de traiter les plaintes déposées contre les fonctions de médiation (cela ne veut pas dire intervenir comme une instance de recours pour des cas concrets).

– En outre, un **service national de médiation** est créé auprès de cette commission. Celui-ci a pour tâche d'adresser des plaintes de patients concernant l'exercice des droits à la fonction de médiation compétente ou, si celle-ci n'a pas encore été créée, de traiter lui-même les plaintes en vue de parvenir à un règlement à

minnelijke schikking.(§3) Nadere regels inzake **samenstelling en werking** van de commissie worden bij koninklijk besluit vastgelegd.(§4)

g) Wijzigende en slotbepalingen (artikel 17-19)

Tot slot zij opgemerkt dat het voorontwerp niet enkel in de **wet op de ziekenhuizen** een wijziging aanbracht .(artikel 17) Zo werd ook de **privacywetgeving** gewijzigd zodat een gelijklopende regeling op het vlak van het inzagerecht in het patiëntendossier wordt bekomen (artikel 18).

In mijn inleiding benadrukte ik reeds het patiënt-onvriendelijk karakter van artikel 95 van de **wet op de landverzekeringsovereenkomst**. De eerste zin van het eerste lid stelt immers dat de door de verzekerde gekozen arts, de verzekerde, op diens verzoek, alle geneeskundige verklaringen moet afgeven die nodig zijn voor het afsluiten of uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst

In het aan u voorgelegde wetsontwerp werd de eerste zin van het eerste lid van artikel 95 geschrapt(artikel 19).

Echter teneinde rekening te houden met de na de indiening van het wetsontwerp ontvangen adviezen van de Commissie van Verzekeringen en de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren van 21 februari 2002, stel ik, als regeringsamendement, een als volgt gewijzigd artikel 95 voor :

– de behandelend arts heeft niet meer de verplichting maar wel de mogelijkheid om bepaalde geneeskundige verklaringen te overhandigen aan de patiënt die erom vraagt;

– een bijkomende beperking wordt voorzien voor wat betreft de geneeskundige verklaringen die de behandelend geneesheer kan geven. Ze beperken zich tot een beschrijving van de huidige gezondheidstoestand;

– een tweede beperking wordt ingevoerd op het niveau van de adviserend geneesheer: de verklaringen kunnen enkel aan hem worden overhandigd en hij bepaalt welke informatie aan de verzekeraar wordt meegedeeld. Het moet in elk geval gaan om informatie die pertinent is gezien het risico en die enkel betrekking op de verzekerde kan hebben;

– de adviserend arts moet bovendien, indien er geen risico meer bestaat voor de verzekeraar, en indien hij erom wordt verzocht, de verklaringen terugbezorgen.

l'amiable. (§ 3). Les règles plus précises relatives à la **composition et au fonctionnement** de la commission sont fixées par arrêté royal (§ 4).

g) Dispositions modificatives et finales (articles 17-19)

Enfin, il convient de faire remarquer que l'avant-projet a introduit une modification de la fonction de médiation dans la **loi sur les hôpitaux** (article 17), mais que la **législation sur la protection de la vie privée** a également été modifiée, afin de parvenir à une réglementation uniforme en ce qui concerne le droit de consultation du dossier de patient (article 18).

Dans mon exposé introductif, j'ai déjà souligné le caractère défavorable de l'article 95 de la **loi sur le contrat d'assurance terrestre** pour le patient. En effet, la première phrase de l'alinéa premier prévoit que le médecin choisi par l'assuré remet à l'assuré qui en fait la demande, les certificats médicaux nécessaires à la conclusion ou à l'exécution du contrat d'assurance.

Dans le projet de loi qui vous est présenté, la première phrase de l'alinéa premier de l'article 95 est supprimée (article 19).

Toutefois, afin de tenir compte des avis que la Commission des assurances et le Conseil national de l'Ordre des médecins ont rendus le 21 février 2002 après le dépôt du projet de loi, je propose, comme amendement du gouvernement, un article 95, modifié comme suit :

– le médecin traitant a non plus l'obligation mais la possibilité de remettre certains certificats médicaux au patient qui le demande ;

– une limitation supplémentaire est prévue en ce qui concerne les certificats médicaux que le médecin traitant peut donner. Elles se limitent à une description de l'état de santé actuel ;

– une deuxième limitation est instaurée au niveau du médecin-conseil ; les certificats ne peuvent être communiquées qu'à lui et il détermine quelles informations sont communiquées à l'assureur. Quoi qu'il en soit, il doit s'agir d'informations pertinentes compte tenu du risque et qui ne peuvent concerner que l'assuré ;

– en outre, le médecin-conseil doit restituer les certificats, s'il n'y a plus de risque pour l'assureur et s'il en reçoit la demande.

h) Besluit

Een wet betreffende de patiëntenrechten beoogt geen bedreiging voor gezondheidszorgbeoefenaren en instellingen en evenmin een louter formele juridisering van hun verhoudingen met de patiënt noch het veroorzaken van geschillen.

Integendeel wordt juridische duidelijkheid over de menselijke relaties in de gezondheidszorg wordt nagestreefd om geschillen zoveel mogelijk te voorkomen. En, indien er toch opduiken, deze bij voorkeur in der minne op te lossen en te registreren om ervan te leren. De «empowered» (mondiger) patiënt centraal stellen in de gezondheidszorg beoogt niet hem tot een autonoom superego te verheffen, maar hem veeleer als een sociaal menselijk wezen uit te nodigen tot actieve participatie in de uitbouw van zijn persoonlijke gezondheid en die van zijn gemeenschap en tot reëel partnerschap wanneer hij gezondheidszorg nodig heeft.

III. — INLEIDENDE UITEENZETTING VAN DE INDIENERS VAN DE TOEGEVOEGDE WETSVORSTELLEN

De heer Hubert Brouns (CD&V) licht zijn wetsvoorstellen nr 43, 45 en 70 toe. Die wetsvoorstellen worden krachtens artikel 17.3 van het Reglement aan het besproken ontwerp van 19 juni 2002 heeft de heer Brouns evenwel gevraagd ze er weer van los te koppelen.

1. Inleiding : een horizontale benadering van de patiëntenrechten

Een enquête van Marketing Unit in september 1997 toonde aan dat de Belgen zich er wel degelijk van bewust zijn dat hun gezondheid vooral van henzelf afhangt. 85 % van de ondervraagden is van mening dat ze zelf moeten instaan voor hun gezondheid.

Met de invoering van een «medisch zorgcontract» in het Burgerlijk Wetboek wensen wij de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en zijn «partneriaat» in de gezondheidszorg te beklemtonen. De klassieke bevoogdende verticale relatie tussen arts en patiënt wordt hierbij omgebogen tot een horizontale relatie tussen gelijken, tot een relatie gebaseerd op onderlinge samenwerking en vertrouwen.

Vervolgens willen wij de patiënt, die zich in zijn rechten geschonden voelt, snelle, goedkope en eenvoudige alternatieven aanreiken voor de enige mogelijkheid tot conflictbeslechting die hem nu (en dan nog in geringe mate) 'openstaat', nl. de gerechtelijke weg.

Op basis van de waarde van de open dialoog wordt voorzien in een geëchelonneerd systeem van klachten-

h) Conclusion

Une loi relative aux droits du patient n'a pas pour but de menacer les professionnels ni les institutions de soins de santé et encore moins d'envisager leurs rapports avec le patient dans une optique purement juridique ou de créer des différends.

Au contraire, on vise à clarifier juridiquement les relations humaines dans les soins de santé afin d'éviter, autant que possible, les différends. Si ceux-ci surviennent malgré tout, il faut les résoudre de préférence à l'amiable et les consigner pour en tirer un certain enseignement. Placer, au centre des soins de santé, le patient capable de se défendre n'a pas pour but de lui procurer un super ego autonome, mais plutôt de l'inviter, en tant qu'être humain social, à participer activement au développement de sa santé personnelle et à celle de sa communauté ainsi qu'à un partenariat réel lorsqu'il nécessite des soins de santé.

III. — EXPOSÉ INTRODUCTIF DES AUTEURS DES PROPOSITIONS DE LOI JOINTES

M. Hubert Brouns (CD&V) commente ses propositions de loi n^{os} 43, 45 et 70. Ces propositions de loi ont été jointes au projet à l'examen en vertu de l'article 17.3 du règlement. Au cours de la réunion du 19 juin 2002, M. Brouns a cependant demandé qu'elles soient disjointes.

1. Introduction : une approche horizontale des droits du patient

Une enquête réalisée par Marketing Unit en septembre 1997 révèle que les Belges sont bien conscients du fait que leur santé dépend surtout d'eux-mêmes. 85% des personnes interrogées estiment qu'elles doivent personnellement prendre soin de leur santé.

Nous proposons d'introduire un «contrat de soins médicaux» dans le Code civil afin de souligner la responsabilité du patient et son statut de «partenaire» dans le cadre des soins de santé. Nous entendons transformer la relation verticale paternaliste classique entre le médecin et le patient en une relation horizontale basée sur l'égalité ainsi que sur une coopération et une confiance réciproques.

Nous souhaitons par ailleurs proposer au patient, qui a le sentiment que ses droits sont bafoués, des alternatives rapides, simples et peut coûteuses à la seule possibilité dont il dispose actuellement (et encore, dans une mesure limitée) pour régler les conflits, à savoir la voie judiciaire.

Nous prévoyons à cet effet un système de «niveaux» de réception et de traitement des plaintes qui repose

opvang en -behandeling. Dit systeem moet werken als een «trechter naar de rechter»; enkel in laatste instantie wordt de klacht van de patiënt voor de rechtbank gebracht.

2. Het wetsvoorstel nr 70 beoogt de invoering van het medisch zorgcontract en de vastlegging van de rechten van de patiënt

In zijn advies van 7 juli 1997 over de 'Conventie over de rechten van de mens en de biogeneeskunde' dringt het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek er op aan dat een wettelijke regeling inzake patiëntenrechten wordt uitgebouwd.

Met dit wetsvoorstel willen wij hiervoor een duidelijk, efficiënt en afdwingbaar kader creëren.

Aan het burgerlijk recht wordt een nieuw contract toegevoegd, met als partners de zorgvrager (de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger) en de zorgverlener (de arts en/of het ziekenhuis). Dit nieuwe contract krijgt de naam medisch zorgcontract. Het komt automatisch tot stand zodra de zorgverlener ingaat op de vraag van de patiënt. Er hoeft dus niets schriftelijk te worden vastgelegd om het contract tot stand te laten komen.

Binnen dit contract heeft de patiënt onder meer volgende rechten recht:

- op geïnformeerde toestemming:

Vóór elke behandeling of ingreep moet de patiënt de informatie ontvangen die hij nodig heeft om een beslissing te kunnen nemen. Dit dient ruim op voorhand te gebeuren zodat de patiënt de tijd heeft de informatie te verwerken of met familie te bespreken. De informatie heeft onder meer betrekking op de diagnose, de doeltreffendheid van de ingreep of behandeling, de risico's en de eventuele alternatieven. De patiënt moet bovendien op voorhand weten hoeveel de ingreep of behandeling hem uiteindelijk zal kosten.

Wanneer de patiënt bepaalde informatie niet zelf wenst te ontvangen - we noemen dit het recht-niet-te weten - kan dit aan zijn vertrouwenspersoon worden meegegeeld.

De patiënt dient zijn toestemming te geven vooraleer de zorgverlener tot de medische behandeling mag overgaan. In vier gevallen moet deze toestemming schriftelijk worden vastgelegd, met name wanneer het gaat om handelingen met ernstige risico's of een onomkeerbaar gevolg, evenals om handelingen zonder therapeutisch nut of met een experimenteel karakter.

sur la valeur d'un dialogue ouvert. Ce système doit faire office de «filtre», la plainte du patient n'étant portée devant le tribunal qu'en dernier recours.

2. La proposition de loi n° 70 vise à instaurer le contrat de soins médicaux et à fixer les droits du patient

Dans l'avis qu'il a rendu le 7 avril 1997 sur la «Convention des droits de l'homme et de la biomédecine», le Comité consultatif de bioéthique insiste sur la nécessité d'élaborer une législation relative aux droits des patients.

La proposition de loi à l'examen vise à créer un cadre clair, efficace et contraignant en la matière.

Nous proposons d'introduire dans le droit civil un nouveau type de contrat, dont les «partenaires» sont, d'une part, le demandeur de soins (le patient ou son représentant légal) et, d'autre part, le prestataire de soins (le médecin et/ou l'hôpital). Ce nouveau contrat, appelé «contrat de soins médicaux», est réputé conclu dès que le prestataire de soins accepte la demande du patient. Il n'est dès lors pas nécessaire qu'il soit établi par écrit.

Dans le cadre de ce contrat, le patient a, entre autres, les droits suivants :

- droit de donner son accord en connaissance de cause :

Pour chaque traitement ou intervention, le patient doit avoir reçu les informations qui lui sont nécessaires pour prendre une décision. Elles doivent être fournies suffisamment à l'avance, afin que le patient ait le temps d'assimiler ces informations ou d'en discuter avec sa famille. Les informations ont trait, entre autres, au diagnostic, à l'efficacité de l'intervention ou du traitement, aux risques et aux autres solutions éventuelles. De plus, le patient doit connaître à l'avance le coût global de l'intervention ou du traitement.

Lorsque le patient ne souhaite pas recevoir lui-même certaines informations – droit de ne pas savoir –, elles peuvent être adressées à sa personne de confiance.

Le patient doit donner son accord avant que le dispensateur de soins n'entame le traitement. Cette autorisation doit être consignée par écrit, notamment lorsqu'il s'agit d'actes qui ont un effet irréversible ou sont liés à des risques sérieux et d'actes à utilité thérapeutique nulle ou à caractère expérimental.

Voor minderjarigen onder de 16 jaar moet de toestemming worden gegeven door de ouders. Voor wils- onbekwame meerderjarigen treedt hun vertrouwens- persoon, de echtgenoot of een naastbestaande op. In de vier vermelde gevallen zal voorafgaand een interdis- ciplinair samengesteld college om advies worden ge- vraagd.

– recht op inzage in het medisch dossier

De patiënt heeft het recht inzage te nemen van zijn medisch dossier. Hij kan dit recht niet rechtstreeks uit- oefenen. Een arts zal hem bijstaan en de informatie in het dossier verduidelijken. De persoonlijke aantekenin- gen zijn van inzage uitgesloten.

– recht op privacy

Bij de uitvoering van het medisch zorgcontract moet de waardigheid van de patiënt ten volle gerespecteerd worden. Tenzij de patiënt ermee instemt, kunnen er geen derden aanwezig zijn bij de uitvoering.

– klachtrecht

Wanneer de patiënt zich in zijn rechten aangetast voelt, moet hij ergens terecht kunnen met zijn klachten. In het tweede wetsvoorstel wordt de uitoefening van dit klacht- recht verder uitgewerkt.

Het wetsvoorstel regelt bovendien het sinds lang aan- slepende probleem van de aansprakelijkheid van zie- kenhuizen en de personen die er werkzaam zijn. Het ziekenhuis is voortaan hoofdelijk aansprakelijk voor alle schade ten gevolge van handelingen gesteld binnen de instelling. Ook wanneer deze gesteld zijn door artsen die er zelfstandig werkzaam zijn. De patiënt hoeft voortaan geen speurtocht meer te ondernemen naar de aansprakelijke persoon, maar kan zich eenvoudigweg tot het ziekenhuis wenden.

3. Wetsvoorstel nr. 45 inzake het klachtrecht van de patiënt en de regeling van de klachtenopvang

Naast het feit dat patiënten in heel wat gevallen geen kennis hebben van hun rechten en zij er ook niet aan denken deze hard te maken, is er de situatie waarin de patiënt er niet toe komt zijn rechten af te dwingen. Uit meerdere studies blijkt dat slechts 1 patiënt op 6 zijn klacht ook werkelijk uit. Vele geschillen blijven dus on- opgelost. Patiënten blijven achter met een onbehaaglijk gevoel en stellen de werking van de gezondheidszorg in vraag. Anderzijds valt op te merken dat steeds meer patiënten hun gevoelens van onmacht t.o.v. de rechter

En ce qui concerne les mineurs de moins de seize ans, l'autorisation doit être donnée par les parents. Pour les majeurs incapables de manifester leur volonté, elle le sera par la personne de confiance, le/la conjoint(e) ou un parent. Dans les quatre cas visés, l'avis préalable d'un collège interdisciplinaire sera demandé.

– droit de consultation du dossier médical

Le patient a le droit de consulter son dossier médical. Il ne peut exercer ce droit directement. Un médecin l'as- sitera et lui expliquera les informations du dossier. Les annotations personnelles sont exclues du droit de con- sultation.

– droit à la vie privée.

Lors de l'accomplissement des actes ressortissant au contrat de soins médicaux, la dignité du patient doit être pleinement respectée. Les actes sont accomplis en de- hors de la présence de tiers, à moins que le patient n'ait accepté cette présence.

– droit de plainte

Le patient qui se sent lésé dans ses droits doit pou- voir faire valoir ses griefs. L'exercice de ce droit de plainte fait l'objet de la deuxième proposition de loi.

Cette proposition de loi règle en outre le problème, en suspens depuis des années, de la responsabilité des hôpitaux et des personnes y travaillant. Désormais, l'hô- pital sera solidairement responsable de tout dommage causé par des actes accomplis en son sein, même si ce dommage est occasionné par des médecins qui y effec- tuent des prestations de manière autonome. Le patient ne devra dorénavant plus se mettre à la recherche du responsable, mais pourra tout simplement s'adresser à l'hôpital.

3. Proposition de loi n° 45 relative au droit de plainte du patient et au système du traitement des plaintes

Outre le fait que le patient ne connaît souvent pas ses droits et ne pense pas à les faire valoir, il arrive qu'il ne parvienne pas à les faire respecter. Il ressort de plu- sieurs études qu'un patient sur six seulement fait réelle- ment état de sa plainte. De nombreux litiges ne trouvent donc jamais de solution. Les patients conservent un sen- timent désagréable et remettent en question le fonction- nement des soins de santé. D'autre part, force est de constater que les patients sont de plus en plus nom- breux à exprimer leur sentiment d'impuissance devant

uiten. Dit is een algemene trend in de samenleving, waarvan de gezondheidszorg niet is ontsnapt. Maar procedures via gerechtelijke weg slepen lang aan, zijn kostelijk en zijn zelden probleemoplossend.

Met voorliggend wetsvoorstel wensen wij de grondslag te leggen voor een systeem van getrapte of geëchelonneerde klachtenopvang.

Wij willen de patiënt aanmoedigen zijn klacht in eerste instantie met zijn zorgverlener zelf te bespreken. Veel klachten ontstaan immers door misverstanden die in een gesprek kunnen worden rechtgezet.

Kan het conflict niet uitgesproken worden, dan moet de ziekenhuispatiënt de mogelijkheid hebben zijn klacht aan een derde voor te leggen. Daartoe dient elk ziekenhuis een ombudsdienst te organiseren. Het wetsvoorstel legt dit op als een erkenningsvoorwaarde, en formuleert tevens een aantal minimale voorwaarden voor de ombudsdienst zelf.

De ombudsman vervult een informatie- en controlefunctie, waarbij hij streeft naar bemiddeling en verzoening tussen de klager en de betrokken dienst of zorgverlener.

Slaagt de ombudsman er niet in het conflict te bemiddelen, dan kan een beroep gedaan worden op het derde niveau : de klachtencommissie. Elk ziekenhuis en elke ambulante zorgverlener wordt verplicht zich aan te sluiten bij een erkende klachtencommissie in zijn regio. De samenstelling gebeurt *ad hoc* - naargelang de klacht die voorligt - maar de klachtencommissie telt in ieder geval vertegenwoordigers van de patiënten, de ziekenfondsen, de ziekenhuizen, de beroepsverenigingen en de verzekeringsmaatschappijen. De commissie dient binnen een termijn van 2 maanden een oplossing voor het geschil voor te leggen. De uitspraak van de commissie is echter niet bindend, hetgeen betekent dat de weg naar het vierde echelon - de rechter - open blijft.

Dit systeem van klachtenopvang en -behandeling moet ertoe leiden dat zoveel mogelijk klachten worden geuit, maar zo min mogelijk voor de rechter.

Klachten moeten beschouwd worden als een gratis kwaliteitsadvies aan de instelling of zorgverlener. Het is dan ook belangrijk dat patiënten hun ontevredenheid uitspreken. Niet alleen omdat zij hiermede helpen het beleid te evalueren, maar vooral omdat zij hierdoor uit hun «zwakke positie» kunnen treden. Anderzijds is de rechtbank niet de meest geschikte plaats om klachten te uiten en geschillen op te lossen. Met de creatie van nieuwe

le juge. Il s'agit là d'une tendance générale dans notre société, à laquelle les soins de santé n'échappent pas. Les procédures judiciaires sont toutefois longues, onéreuses et ne permettent que rarement de résoudre le problème.

La proposition de loi à l'examen vise à jeter les bases d'un système prévoyant plusieurs niveaux de traitement des plaintes.

Nous voulons encourager le patient à jeter tout d'abord sa plainte directement avec le prestataire de soins. De nombreuses plaintes sont en effet le fruit de malentendus qui peuvent être dissipés par un entretien.

Si le conflit ne peut pas être résolu de cette manière, le patient hospitalisé doit pouvoir soumettre sa plainte à un tiers. C'est à cet effet que tout hôpital doit organiser un service de médiation. La proposition de loi prévoit que la création de ce service de médiation est une condition de l'agrément et fixe également un certain nombre de conditions minimales auxquelles doit satisfaire le service de médiation même.

Le médiateur remplit une fonction d'information et de contrôle, dans le cadre de laquelle il joue un rôle de médiateur et de conciliateur entre le plaignant et le service ou le prestataire de soins concerné.

Si le médiateur ne parvient pas à aplanir le conflit, il peut être fait appel au troisième niveau : la commission des plaintes. Chaque établissement de soins et tout prestataire de soins ambulatoires est tenu de s'affilier à une commission des plaintes reconnue, établie dans sa région. La composition de la commission des plaintes varie selon la plainte dont celle-ci est saisie, mais cette commission compte en tout cas des représentants des patients, des mutualités, des hôpitaux, des fédérations professionnelles et des compagnies d'assurances. La commission doit résoudre le litige dans un délai de deux mois. La décision de la commission n'est toutefois pas contraignante, ce qui signifie qu'il sera toujours possible de s'adresser au quatrième échelon, à savoir le juge.

Ce système d'enregistrement et de traitement des plaintes doit faire en sorte qu'un nombre maximum de plaintes soient exprimées, mais qu'elles le soient le moins possible devant le juge.

Il convient de considérer les plaintes comme des avis adressés gratuitement à l'établissement ou au prestataire de soins concernant la qualité de ces prestations. Il est dès lors important que les patients expriment leur insatisfaction. Non seulement parce que, ce faisant, ils contribuent à l'évaluation de la politique menée, mais aussi parce que le fait pour eux d'exprimer leurs doléances leur permet de sortir de leur «position de faiblesse».

structuren als de ombudsdienst en de klachtencommissie, worden alternatieve wegen aangelegd die makkelijker toegankelijk en begaanbaar moeten zijn.

4. Wetsvoorstel nr. 43 tot erkenning van patiënten-organisaties en tot oprichting van een Federatie voor de belangenbehartiging van patiënten :

Via dit derde wetsvoorstel willen we bijdragen tot de versterking van de positie van de patiënt in het gezondheidsbeleid zelf ten einde de deelname van de patiënt aan het beleid meer kans te geven. Dit impliceert dat de patiënten zich organiseren opdat zij collectief voor hun rechten kunnen opkomen en het beleid mee kunnen sturen.

De huidige versnippering, van patiëntenverenigingen staat de ontwikkeling van een duidelijke gesprekspartner in hoofde van de patiënten vaak in de weg. De afwezigheid van een algemene, overkoepelende patiëntenvereniging heeft bovendien tot gevolg gehad dat de ziekenfondsen zich meer en meer zijn gaan toelagen op ledenverdediging.

Het is echter belangrijk dat de patiënten zelf een stem krijgen. De inbreng van patiëntenorganisaties binnen de gezondheidszorg moet bijgevolg vergroot worden. Een minimale ondersteuning van de patiëntenbeweging is noodzakelijk om de patiëntenverenigingen structureel te versterken.

Dit wetsvoorstel wil op twee manieren de kansen van de patiënten, om bij te dragen tot het beleid, tot de verbetering van de kwaliteit en de middelentoewijzing in de gezondheidszorg, verhogen.

Ten eerste wordt in een erkenningsprocedure voorzien voor patiëntenorganisaties en daarnaast wordt een Patiëntenfederatie opgericht, waarin de erkende organisaties vertegenwoordigd zijn om gezamenlijk naar buiten te treden. De Patiëntenfederatie zal vooral optreden als woordvoerder van de patiëntenorganisaties en hen helpen in hun dialoog met de overheid. Zodoende kunnen de patiëntenverenigingen uitgroeien tot volwaardige partners in het gezondheidsbeleid, waarbij zij de uitdragers van het patiëntenperspectief worden. Vertegenwoordiging in de klachtencommissies, zoals bepaald in het wetsvoorstel tot regeling van de klachtenopvang, is een eerste stap. Mits de nodige ondersteuning vanwege de Patiëntenfederatie en de samenwerking tussen de verenigingen onderling moet het evenwel mogelijk zijn

D'autre part, le tribunal n'est pas le lieu le plus approprié pour formuler des plaintes et résoudre des litiges. La création de nouvelles structures telles que le médiateur et la commission des plaintes ouvre des voies alternatives plus accessibles et plus praticables.

4. Proposition de loi n° 43 relative à l'agrément des associations de patients et à l'institution d'une Fédération pour la défense des intérêts des patients :

Par le biais de cette troisième proposition de loi, nous entendons contribuer au renforcement de la position du patient dans la politique de santé proprement dite, afin de donner à ce dernier plus de possibilités de participer à la politique menée en la matière. Cela implique que les patients s'organisent afin de défendre ensemble leurs droits et de pouvoir influencer collectivement sur cette politique.

Le cloisonnement actuel des associations de patients les empêche souvent de devenir des interlocuteurs à part entière. L'absence d'une association de patients factière et globale a par ailleurs eu pour conséquence que les mutualités se sont de plus en plus attachées à la défense de leurs membres.

Il importe toutefois que les patients eux-mêmes puissent faire entendre leur voix, et l'importance du rôle qu'ils jouent dans le cadre de la politique de santé doit dès lors être accrue. De plus, il est nécessaire d'accorder une aide minimale aux mouvements pour les droits des patients, afin de renforcer les associations de patients de manière structurelle.

La présente proposition de loi vise à accroître de deux manières les possibilités, pour les patients, de contribuer à la politique des soins de santé, à l'amélioration de la qualité de ceux-ci et à l'allocation des moyens au sein du secteur.

D'une part, elle prévoit une procédure d'agrément des associations de patients et, d'autre part, elle crée une Fédération des patients regroupant les organisations agréées, qui pourront ainsi agir de manière collective. La Fédération des patients fera essentiellement office de porte-parole des associations de patients et assistera celles-ci dans leur dialogue avec les autorités. Les organisations de patients pourront ainsi devenir des partenaires à part entière de la politique de santé et se faire les interprètes des patients. Leur représentation au sein des commissions des plaintes, qui est prévue par la proposition de loi réglant le traitement des plaintes, constitue un premier pas dans ce sens. Si la Fédération des patients apporte le soutien requis et que les associations collaborent entre elles, «le patient» devrait cepen-

om in de toekomst «de patiënt» als nieuwe partner in het gezondheidsbeleid aan de onderhandelingstafel te laten aanschuiven.

Mevr. Magda De Meyer (S.P.A) onderstreept dat de krachtlijnen van haar wetsvoorstel nr. 390 grotendeels overeenkomen met de krachtlijnen van het huidige wetsontwerp van de regering. Zij pleit voor een mondige patiënt die au sérieux moet genomen worden, die op een begrijpelijke manier moet worden geïnformeerd, die al dan niet toestemming kan geven en die zijn rechten afdwingbaar kan maken. Zo bekomt men een evenwichtige verhouding tussen de patiënt en de zorgverlener.

De rechten situeren zich op vijf terreinen:

1) recht op informatie

Hiermee bedoelt men de diagnose, gezondheids-evolutie, mogelijke behandelingen, gevolgen, plaats waar de behandeling kan plaatsvinden, mogelijke resultaten, nabehandeling en de raming van de te verwachten prijs(honoraria, mogelijke supplementen). Aan de zorgverstreker kan uiteraard niet gevraagd worden om onvoorziene omstandigheden in een bestek op te nemen maar men moet toch enige duiding geven van de kosten die de patiënt mag verwachten. Dit is zowel belangrijk voor de patiënt als voor de zorgverstreker. De informatie moet tijdelijk en in een begrijpelijke taal worden gegeven. Ze moet rechtstreeks gegeven worden aan de patiënt, maar wanneer het gaat om minderjarigen wordt deze informatie het best aan de ouders gegeven. Hierop is er wel een uitzondering, de minderjarigen die ouder zijn dan 14 jaar en die een onderzoek moeten ondergaan met betrekking tot hun seksualiteit. Wat betreft de patiënten die hun belangen niet meer juist kunnen inschatten, wordt een cascadesysteem voorzien gaande van de wettige vertegenwoordiging naar de vertrouwenspersoon en naar familieleden.

Er moet een tweede opinie mogelijk zijn en de informatie moet rekening houden met de identiteit, de leeftijd en de opleiding van de patiënt.

De arts kan in bepaalde situaties weigeren om informatie mee te delen aan de patiënt maar de reden van de weigering moet worden vermeld in het patiënten-dossier.

2) toestemming van de patiënt

Deze toestemming moet vrij en met kennis van zaken worden gegeven. Ze kan niet gegeven worden onder

dant pouvoir participer, en tant que nouveau partenaire, aux négociations concernant la politique de santé.

Mme Magda De Meyer (S.P.A) souligne que les lignes directrices de sa proposition de loi n° 390 sont en grande partie parallèles à celles du projet de loi du gouvernement à l'examen. Elle demande que le patient soit considéré comme un adulte capable de s'exprimer, qu'il soit pris au sérieux, qu'il soit informé de manière compréhensible, qu'il ait la faculté de donner ou de refuser son consentement et qu'il ait la possibilité de faire prévaloir ses droits. C'est ainsi que l'on parviendra à établir une relation équilibrée entre le patient et le prestataire de soins.

Ces droits ressortissent à cinq domaines :

1) droit à l'information

L'on entend par là le diagnostic, l'évolution de l'état de santé, les traitements possibles et leurs conséquences éventuelles, le lieu où le traitement peut être effectué, les résultats possibles, la postcure éventuelle et l'estimation du prix (honoraires, suppléments éventuels). Bien entendu, l'on ne peut pas exiger du praticien qu'il établisse un devis qui prenne en compte des circonstances imprévisibles, mais il doit tout de même pouvoir fournir certaines indications concernant la facture à laquelle le patient peut s'attendre, ce qui est tout aussi important pour le prestataire de soins que pour le patient. Ces informations doivent être données à temps, dans un langage compréhensible et directement au patient. Toutefois, s'il s'agit de mineurs, l'on communiquera de préférence les informations aux parents. Il sera cependant dérogé à cette règle lorsqu'il s'agit de mineurs qui sont âgés de plus de quatorze ans et qui doivent subir un examen ayant trait à leur sexualité. Un système en cascade, avec consultation du représentant légal, de la personne de confiance et, enfin, des membres de la famille est prévue pour les patients qui ne sont plus en mesure d'apprécier correctement leurs intérêts.

Il doit être possible de recueillir une seconde opinion et il faut tenir compte, lors de l'information du patient, de son identité, de son âge et de sa formation.

Dans certaines circonstances, le praticien peut refuser de communiquer certaines informations au patient, mais il doit alors mentionner les raisons de son refus dans le dossier du patient.

2) consentement du patient

Ce consentement doit être donné librement et en connaissance de cause. Il ne peut être donné sous la pres-

druk. De patiënt kan te allen tijde een behandeling weigeren. Hier is het cascadesysteem opnieuw van toepassing als deze patiënt niet in staat is om zijn belangen juist in te schatten. Ook hier is er een specifieke regeling van toepassing met betrekking tot minderjarigen die ouder zijn dan 14 jaar.

3) recht op inzage en op een afschrift van het patiëntendossier

De patiënt heeft recht op een afschrift waarvoor een kostprijs kan gevraagd worden. Inzage kan alleen worden geweigerd indien de belangen van de patiënt niet opwegen tegen deze van derden.

4) waarneming door derden en het respect van de menselijke waardigheid

Het is niet verantwoord dat mensen rond het ziekenbed verschijnen die niets te maken hebben met de behandeling. De patiënt kan zich daartegen verzetten.

5) klachtenbehandeling

De meeste patiënten hebben geen kennis van hun rechten en denken er niet aan om deze hard te maken vermits zij in een afhankelijkheidspositie zitten ten opzichte van de zorgverstrekker. Het resultaat is dat vele geschillen onopgelost blijven en dat de patiënten achterblijven met een onbehaaglijk gevoel. De procedures langs gerechtelijke weg slepen veel te lang aan, zijn erg kostelijk en leiden zelden tot een definitieve oplossing.

Zoveel mogelijk klachten moeten in der minne kunnen geregeld worden wanneer het gaat om organisatorische of relationele klachten.

De patiënt is niet de enige die een klacht kan indienen, ook de personen aan wie informatie werd gegeven of aan wie toestemming werd gevraagd of de personen die gemachtigd zijn om op te treden namens de patiënt kunnen een klacht indienen. Patiëntenorganisaties moeten ook het recht krijgen om een klacht in te dienen namens de patiënt wanneer de patiënt hen hierom vraagt.

Hiervoor moet in een ombudsfunctie voorzien worden in de ziekenhuizen waarvan de aanwijzing een erkenningsvoorwaarde wordt voor de ziekenhuizen. Voor de patiënt is het onmogelijk om uit te maken wie de medische fout gemaakt heeft. Hierdoor moet er één centrale aansprakelijkheid zijn binnen het ziekenhuis zodat de patiënt niet zelf moet zoeken naar degene die de fout gemaakt heeft. De ombudsdienst heeft 3 functies:

Le patient peut à tout moment refuser un traitement. Le système en cascade est à nouveau applicable en l'occurrence lorsque le patient n'est pas en mesure d'évaluer correctement ses intérêts. Un système spécifique est aussi prévu en l'occurrence pour les mineurs de plus de 14 ans.

3) droit de consultation et de copie du dossier du patient

Le patient a droit à une copie, au prix coûtant. La consultation ne peut être refusée que si les intérêts de tiers l'emportent sur ceux du patient.

4) observation par des tiers et respect de la dignité humaine

Il ne se justifie pas que des personnes qui n'ont rien à voir avec le traitement gravitent autour du lit du malade. Le patient peut s'y opposer.

5) traitement des plaintes

La plupart des patients ne connaissent pas leurs droits et ne songent même pas à les défendre, puisqu'ils se trouvent dans une position de dépendance à l'égard du prestataire de soins. Il en résulte que de nombreux litiges ne sont pas résolus et que les patients en gardent un sentiment de frustration. Les procédures en justice traînent trop longtemps, sont très coûteuses et débouchent rarement sur une solution définitive.

Il convient dès lors de régler un maximum de plaintes à l'amiable, lorsqu'elles portent sur des aspects organisationnels ou relationnels.

Le patient n'est pas le seul à pouvoir porter plainte. Les personnes auxquelles des informations ont été données ou auxquelles une autorisation a été demandée ou encore celles qui sont habilitées à agir au nom du patient peuvent également porter plainte. Les organisations de patients doivent, elles aussi, avoir le droit de porter plainte au nom du patient, à la demande de ce dernier.

À cet effet, les hôpitaux devront comporter une fonction de médiation, dont la désignation sera une condition d'agrément des hôpitaux. Étant donné que le patient est dans l'impossibilité de déterminer qui a commis l'erreur médicale, il faut qu'il y ait une responsabilité centrale au sein de l'hôpital, de sorte que le patient ne doive pas chercher lui-même qui est l'auteur de l'erreur commise. Le service de médiation a trois fonctions :

1) regeling in der minne

2) bij geen regeling in der minne: patiënt voorlichten omtrent verdere verhaalmogelijkheden

3) overheden inlichten omtrent structurele problemen

Klachten buiten het ziekenhuis moeten opgevangen worden door een klachtencommissie die op het niveau van de provinciale geneeskundige commissies wordt opgericht. Deze moet toegankelijk zijn voor alle patiënten.

Mevrouw Maggie De Block (VLD) onderstreept dat de patiëntenrechten die vervat zijn in haar wetsvoorstel nr. 931 analoog zijn met de patiëntenrechten die vervat zijn in het ontwerp van de regering. Zij duidt twee verschillen aan:

1) De patiënt heeft steeds recht op een «second opinion».

Dit wil zeggen dat de arts die bepaalde onderzoeken, bevindingen en diagnoses verricht, alle informatie moet meegeven aan de patiënt en moet doorgeven aan een andere arts met het oog op een tweede opinie over de interpretatie van de resultaten en de behandelingsmethode. Hij moet de patiënt hierover inlichten samen met de risico's die daaraan verbonden zijn. De patiënt vraagt meestal een tweede opinie maar vermeldt niet dat er reeds bepaalde onderzoeken hebben plaatsgevonden. Ieder onderzoek houdt risico's in en is niet altijd prettig voor de patiënt.

2) Het rechtstreeks inzage-recht in het dossier.

In het ontwerp van de regering heeft de patiënt alleen recht op inzage van de technische onderzoeken maar niet van de persoonlijke notities van de arts. Dit leidt tot een dubbel-dossiersysteem.

Het dossier van de patiënt moet als één geheel beschouwd worden. De artsen hebben momenteel het recht om de persoonlijke notities bij zich te houden. Het achterhouden van deze persoonlijke notities leidt tot gevaarlijke interpretaties en vergissingen.

Mevrouw De Block pleit voor een inzage-recht via een vertrouwenspersoon; dit moet een arts zijn omdat hij kennis heeft van alle gebieden van de geneeskunde. Deze persoon kan hen het beste inlichten over hun gezondheid, vooruitzichten en kwaliteiten op het verdere leven omdat hij kennis van zaken heeft. Wanneer mensen geconfronteerd worden met slecht nieuws over hun ei-

1) assurer le règlement à l'amiable ;

2) lorsqu'il n'y a pas de règlement à l'amiable, informer le patient des autres possibilités de recours ;

3) informer les autorités des problèmes structurels.

Les plaintes déposées hors de l'hôpital doivent être traitées par une commission des plaintes, instituée au niveau des commissions médicales provinciales. Ces dernières doivent être accessibles à tous les patients.

Mme Maggie De Block (VLD) souligne que les droits des patients prévus dans sa proposition de loi n° 931 sont analogues à ceux prévus dans le projet du gouvernement. Elle signale cependant deux différences :

1) Le patient a toujours le droit de demander un deuxième avis.

En d'autres termes, le médecin qui effectue certains examens, qui émet certaines conclusions et qui pose des diagnostics, doit communiquer toutes les informations au patient et doit les transmettre à un autre médecin afin d'avoir un deuxième avis sur l'interprétation des résultats et sur la méthode de traitement. Il doit en informer le patient et lui signaler les risques y afférents. La plupart du temps, le patient demande l'avis d'un deuxième médecin, mais ne signale pas que certains examens ont déjà été effectués. Chaque examen comporte des risques et n'est pas toujours agréable pour le patient.

2) Droit du patient de consulter directement son dossier.

Selon le projet du gouvernement, le patient ne peut consulter que la partie du dossier concernant les examens techniques, mais pas celle contenant les notes personnelles du médecin, ce qui aboutit à un système de double dossier.

Or, le dossier du patient doit être considéré dans sa globalité. Pour le moment, les médecins ont le droit de ne pas communiquer leurs notes personnelles, ce qui peut donner lieu à des interprétations et à des erreurs dangereuses.

Mme De Block réclame un droit de consultation qui s'exercerait par le biais d'une personne de confiance qui devrait être médecin, parce que le médecin connaît tous les domaines de la médecine. Cette personne, qui sait vraiment de quoi elle parle, est la mieux placée pour les informer sur leur état de santé, et sur les perspectives d'évolution de celui-ci. Les patients qui sont confrontés

gen gezondheid leidt dit vaak tot paniecreacties en overhaaste beslissingen. Als mensen de resultaten van onderzoeken te zien krijgen en er wordt geen nadere uitleg gegeven dan leidt dat tot allerlei nadelige reacties voor hun gezondheid.

De heer Jean-Jacques Viseur (cdH) licht de krachtlijnen toe van zijn wetsvoorstel nr. 50 1319/001 betreffende de rechten en de verplichtingen van de patiënt en de arts (...).

Allereerst beklemtoont hij de specifieke contractuele aard van de relatie arts-patiënt. Hij ziet de noodzaak in van een wet met betrekking tot die vertrouwensrelatie, maar die wet moet tegelijkertijd waarborgen bieden voor het onontbeerlijke evenwicht tussen de vrije keuze van de patiënt, de therapeutische vrijheid van de arts en de informatie-uitwisseling.

In dat verband behoort aandacht te worden besteed aan de toestand en de culturele achtergrond van de betrokkene, waarbij het duidelijk moet zijn dat de communicatie tussen de patiënt en diens arts niet kan worden verengd tot één enkel stramien.

– *Het recht op informatie*

Bij de informatieverstrekking aan de patiënt moet rekening worden gehouden met wat de rechtspraak omschrijft als significante risico's. De gegeven informatie moet dus in verhouding staan met het risico dat met de medische ingreep gepaard gaat. Voorts moet de informatie specifiek en gepersonaliseerd zijn, zodat de patiënt met kennis van zaken een beslissing kan nemen. In het wetsvoorstel wordt gekozen voor de formule die ook staat vermeld in het door de Wereldgezondheidsorganisatie uitgewerkte Handvest van de patiënt.

Gelet op de vertrouwensrelatie arts-patiënt zou het onaanvaardbaar zijn te bepalen dat schriftelijk dient te worden bewezen of de informatie al dan niet werd verstrekt. Door een schriftelijke procedure van informatieverstrekking dreigt de relatie arts-patiënt minder persoonlijk te worden. Een en ander blijkt bijvoorbeeld uit de formulieren die de patiënt ter ondertekening worden voorgelegd wanneer hij in een ziekenhuis wordt opgenomen: die zijn doorgaans niet van dien aard dat ze het contact met het personeel of de aandacht van dat personeel voor de patiënt bevorderen. Daarom wordt in de tekst de voorkeur gegeven aan een mondelinge informatieverstrekking, al kan de patiënt steeds om schriftelijke informatie verzoeken. Doet hij geen dergelijk verzoek, dan wordt hij verondersteld te zijn geïnformeerd.

à de mauvaises nouvelles à propos de leur état de santé sont souvent pris de panique et prennent des décisions hâtives. Si un patient prend connaissance des résultats d'exams sans aucune explication complémentaire, il risque d'avoir toutes sortes de réactions préjudiciables à sa santé.

MM. Jean-Jacques Viseur (cdH) précise les lignes directrices de sa proposition de loi 1379/001, relative aux droits et obligations du praticien.

Soulignant tout d'abord le caractère contractuel particulier des relations entre le patient et son médecin, il estime nécessaire d'adopter une loi qui régisse ces relations de confiance tout en garantissant le nécessaire équilibre entre le libre choix du patient, la liberté thérapeutique du médecin et l'échange d'information.

A cet égard, il faut tenir compte la situation et de la culture de la personne pour souligner qu'il n'existe pas un mode unique de communication entre le patient et le médecin.

– *Le droit à l'information*

L'information du patient doit prendre en compte la théorie des risques significatifs, définie par la jurisprudence. Elle doit donc être proportionnée aux risques liés à l'intervention médicale. Par ailleurs, l'information doit être spécifique et personnalisée de manière à permettre au patient de prendre les décisions qui le concernent en connaissance de cause. La formule retenue par la proposition de loi est celle de la Charte des patients élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Etant donné la relation de confiance existant entre le médecin et le patient, il serait inacceptable de subordonner la preuve de l'information à l'exigence d'un écrit. Ce mode de communication aurait pour effet de dépersonnaliser la relation médecin-malade. Il suffit pour s'en convaincre de constater qu'en cas d'hospitalisation, les formulaires présentés à la signature du patient ne favorisent généralement pas le contact ou l'attention du personnel. Le texte s'attache donc au caractère oral de l'information, même s'il consacre aussi la possibilité pour le patient de demander une information écrite. En l'absence d'une telle demande, le patient est présumé avoir été informé.

De informatie is bestemd voor de patiënt. Niettemin kan de patiënt de arts ontheffen van de verplichting het beroepsgeheim na te leven (artikel 458 van het Strafwetboek), met name ten aanzien van een vertrouwenspersoon. Het wetsvoorstel legt de voorwaarden vast inzake de aanwijzing van die vertrouwenspersoon.

Het komt de arts toe te beslissen welke informatie hij terzake nuttig en noodzakelijk acht.

Een belangrijk onderdeel van het wetsvoorstel heeft betrekking op de onbekwame patiënt.

Ingeval de onbekwame patiënt minderjarig is, moet, overeenkomstig de bepalingen inzake het ouderlijk gezag, de informatie worden verstrekt aan de wettelijke vertegenwoordigers van de patiënt. Tevens moet zij worden verstrekt aan de minderjarige zelf, in aangepaste bewoordingen die maken dat hij ze makkelijker begrijpt.

Meerderjarige patiënten die van rechtswege onbekwaam zijn, moeten eveneens via hun wettelijke vertegenwoordiger worden ingelicht.

Ten aanzien van patiënten die in de onmogelijkheid verkeren hun wil te uiten (bijvoorbeeld bewusteloze patiënten) voorziet het wetsvoorstel in een collegiale informatieprocedure, waarbij het verzorgingsteam en de naaste familieleden van de patiënt worden betrokken.

Een ander wezenlijk aspect is de therapeutische uitzondering die een arts ten aanzien van zijn patiënten kan inroepen. De arts is verplicht bepaalde informatie achter te houden indien hij van oordeel is dat die zijn patiënt schade kan berokkenen. Hij beschikt in dat verband over een ruime beoordelingsmarge.

Parallel met de therapeutische uitzondering voorziet het wetsvoorstel eveneens in een recht op onwetendheid. De wil van de patiënt moet in dat geval worden geëerbiedigd, tenzij het achterhouden van de informatie de gezondheid van derden in gevaar kan brengen. Eventueel moet de arts de nodige psychologische bijstand verlenen op het ogenblik dat hij die informatie aan zijn patiënt verschaft en moet hij hem ertoe aanzetten die informatie ook aan de betrokken derden door te geven.

– De toestemming van de patiënt

In het wetsvoorstel wordt eveneens veel belang gehecht aan de vrijwillige en weloverwogen toestemming die de arts vóór elke ingreep van de patiënt moet krijgen. Het betreft een stilzwijgende toestemming voor gebruikelijke handelingen, maar in geval van risicovolle of ongebruikelijke ingrepen moet die toestemming uitdrukkelijk worden verleend. De spoedeisendheid ontslaat de arts niet van de verplichting om de toestemming van de patiënt te krijgen, tenzij die patiënt tijdelijk in de onmogelijkheid verkeert zijn wil te uiten.

Le destinataire de l'information est le patient. Toutefois, le patient peut délier le médecin de son obligation de respect du secret professionnel (article 458 du Code pénal), à l'égard d'une personne de confiance. La proposition de loi fixe les modalités de désignation de cette personne.

Il appartient au médecin de décider quelles sont les informations utiles et nécessaires.

Un aspect important de la proposition a trait au patient incapable.

En ce qui concerne le patient mineur, il convient de prévoir que, conformément aux dispositions relatives à l'autorité parentale, l'information doit être communiquée à ses représentants légaux. Elle doit être également dispensée au mineur dans des termes adaptés pour en faciliter la compréhension.

Concernant le patient majeur incapable de droit, il convient également que l'information soit fournie à son représentant légal.

Enfin, pour le patient qui est dans l'impossibilité de manifester sa volonté (exemple : patient inconscient), la solution retenue est une procédure d'information collégiale à laquelle sont associés l'équipe soignante et les proches du patient.

Un autre point essentiel est l'exception thérapeutique dont le médecin peut se prévaloir à l'égard du patient. Le médecin a la responsabilité de taire certaines informations dont il estime qu'elles pourraient être préjudiciables au patient. Il jouit, à cet effet, d'une large marge d'appréciation.

Parallèlement à l'exception thérapeutique, la proposition de loi consacre aussi un droit à l'ignorance. La volonté du patient, à cet égard, doit être respectée à moins que la rétention des informations ne puisse nuire à la santé des tiers. Le cas échéant, le médecin doit offrir l'encadrement psychologique nécessaire à la réception de ces informations et inciter le patient à les transmettre aux tiers concernés.

– Le consentement du patient

La proposition de loi s'attache également au consentement libre et éclairé que le médecin doit obtenir du patient avant toute intervention. Ce consentement est tacite pour des actes habituels mais doit être exprès pour des actes risqués ou inhabituels. L'urgence ne dispense pas le médecin d'obtenir le consentement du patient à moins qu'elle ne soit doublée d'une incapacité passagère de ce dernier à manifester sa volonté.

Het wetsvoorstel vereist niet in alle gevallen een schriftelijke toestemming, want het gevolg daarvan kan zijn dat de artsen, onder druk van de verzekeringsmaatschappijen, de patiënt een omstandig geschrift laten ondertekenen waarin wordt vastgesteld dat hij zijn toestemming geeft voor elke toekomstige ingreep en dat hij de eventuele risico's daarvan derhalve aanvaardt.

De toestemming moet worden gegeven door de patiënt, dan wel door zijn wettelijke vertegenwoordigers indien hij van rechtswege onbekwaam is. Wat minderjarigen betreft, bepaalt het wetsvoorstel dat in dringende gevallen de beslissing kan worden genomen zonder dat de ouders hun toestemming hebben gegeven of zelfs indien zij uitdrukkelijk hebben geweigerd hun toestemming te geven.

Minderjarigen van 14 jaar moeten worden verbonden aan hun wettelijke vertegenwoordigers, zodat zij gezamenlijk hun toestemming kunnen geven.

Voor feitelijk onbekwamen wordt in een overleg- en besprekingsprocedure voorzien.

Voorts heeft de patiënt ook het recht een ingreep te weigeren en zijn toestemming *ad nutum* ter herroepen. Zonodig licht de arts de patiënt in over de mogelijke gevolgen van zijn weigering.

Wanneer de weigering uitgaat van de personen die het ouderlijk gezag uitoefenen, kan volgens het wetsvoorstel de rechtbank van eerste aanleg of zelfs de in kort geding uitspraak doende voorzitter van die rechtbank zich uitspreken over de vraag of het al dan niet relevant is de voorgestelde zorg te verstrekken. Bovendien hebben minderjarigen van ouder dan 14 jaar het recht een ingreep te weigeren, samen met hun wettelijke vertegenwoordigers.

Ingeval de patiënt bewusteloos is, moet de arts bij zijn beslissing rekening houden met de richtlijnen die de patiënt vroeger reeds heeft neergeschreven.

– *Het recht op inzage van het medisch dossier*

Het wetsvoorstel behelst een bijzondere regeling voor de inzage van het medisch dossier, met name door een onderscheid te maken tussen twee gevallen. Indien geen klacht werd ingediend, is een indirecte inzage van het dossier mogelijk via de door de patiënt gemandateerde arts. De bedoeling daarvan is de eenheid van het dossier te bewaren door te voorkomen dat bepaalde informatie, zoals persoonlijke notities van de arts, eruit worden gelicht. Zo daarentegen wél een klacht werd ingediend en zo de arts bijgevolg eventueel een fout heeft begaan, moet inzage in het dossier mogelijk zijn zonder dat er stukken uit worden gehaald die van belang zijn om tot een oplossing te komen van het geschil.

La proposition de loi ne requiert pas un consentement écrit dans tous les cas car cela pourrait avoir pour conséquence que sous la pression des compagnies d'assurance, le médecin fasse signer un écrit circonstancié en vertu duquel, le patient donnerait son accord pour toutes interventions à venir et en accepterait donc les risques éventuels.

Le consentement doit être donné par le patient ou ses représentants légaux s'il s'agit d'un incapable de droit. Dans le cas du mineur, la proposition prévoit qu'en cas d'urgence, la décision peut être prise nonobstant l'absence de consentement des parents voire en cas de refus exprès.

Le mineur âgé de 14 ans, lui, doit être associé aux représentants légaux de manière à émettre un consentement conjoint.

Pour les incapables de fait, une procédure de concertation et de discussion est prévue.

Par ailleurs, le patient dispose aussi du droit de refuser une intervention ainsi que du droit de révoquer *ad nutum* son consentement. Le cas échéant, le médecin informe le patient des conséquences possibles de son refus.

Pour le refus de consentement émis par les titulaires de l'autorité parentale, la proposition prévoit une décision du Tribunal de première instance voire du Président de ce tribunal, siégeant en référé, sur l'opportunité de conférer les soins. Par ailleurs, est réservé au mineur de plus de 14 ans le droit de refuser une intervention, conjointement avec ses représentants légaux.

Les directives établies préalablement par le patient sont des données que médecin doit prendre en considération dans le processus de décision lorsque le patient est inconscient.

– *Droit d'accès au dossier médical*

La proposition réserve un sort particulier à la question de l'accès au dossier médical, en distinguant deux cas. En absence de plainte, un accès indirect est prévu, par l'intermédiaire d'un médecin mandaté par le patient. Ceci a pour objectif de maintenir l'unicité du dossier en évitant qu'en soient ôtées certaines informations telles les notes personnelles du médecin. Par contre, dans le contexte de plainte et donc d'une éventuelle faute dans le chef du médecin, il faut que le dossier soit accessible sans que soient soustraites des pièces importantes pour la solution du litige.

– Het klachtrecht

Het klachtrecht komt de patiënt toe, die als enige een voldoende groot belang kan doen gelden. Voor minderjarigen van minder dan 14 jaar of voor meerderjarigen die van rechtswege onbekwaam zijn, kan uitsluitend de wettelijke vertegenwoordiger dat klachtrecht uitoefenen. Tot slot kan de minderjarige van ouder dan 14 het klachtrecht samen met zijn wettelijke vertegenwoordigers uitoefenen. Zo daaromtrent onenigheid bestaat kan volgens het wetsvoorstel de rechtbank worden ingeschakeld. Aangezien minderjarigen van ouder dan 14 echter alleen sommige in de wet opgenomen handelingen mogen verrichten, mogen zij hun klachtrecht ook alleen uitoefenen.

Wanneer de patiënt niet onbekwaam is maar in de onmogelijkheid verkeert zijn wil te uiten, kan het klachtrecht alleen worden uitgeoefend door degenen die aan het besluitvormingsproces hebben deelgenomen.

Tot slot kunnen de door de patiënt aangewezen vertrouwenspersonen het klachtrecht alleen maar uitoefenen in geval van niet-eerbiediging van een recht dat zij bezitten, zoals het recht informatie te krijgen.

In verband met de behandeling van de klacht, legt het voorstel een procedure vast die gelijklopend is met de gemeenrechtelijke procedures die voorzien in de inschakeling van een bij de provinciale medische commissies ingestelde klachtencommissie en in de aanwezigheid van een ombudsman die in ieder ziekenhuis ter beschikking van de ziekenhuispatiënten staat. Die procedure vormt geen belemmering voor de normale uitoefening van het recht op het indienen van een klacht bij de gewone rechtbanken.

IV. — ALGEMENE BESPREKING

De heer Hubert Brouns (CD&V) verwijst naar de inleidende uiteenzetting bij de door hemzelf ingediende wetsvoorstellen die bij dit wetsontwerp werden gevoegd. In het raam van de algemene bespreking, zal hij zich bijgevolg beperken tot een vergelijkende analyse van die teksten.

Eerst en vooral zij gesteld dat het concept van «het medisch zorgcontract», zoals omschreven in het wetsvoorstel betreffende het medisch zorgcontract en de rechten van de patiënt (DOC 70/1 – 1999 BZ) niet in het wetsontwerp voorkomt.

De spreker betreurt tevens dat in het wetsontwerp bepalingen ontbreken die de hoofdelijke aansprakelijkheid vastleggen van het ziekenhuis voor tekortkomingen en medische fouten die zich binnen het ziekenhuis hebben voorgedaan.

– Droit de plainte

Le titulaire du droit de plainte est le patient, qui est le seul susceptible de justifier d'un intérêt suffisant. Pour le mineur de moins de 14 ans ou la personne majeure frappée d'incapacité de droit, seul leur représentant légal est habilité à exercer le droit de plainte. Enfin, le mineur de plus de 14 ans pourra exercer conjointement le droit de plainte avec ses représentants légaux. En cas de désaccord, la proposition prévoit un recours devant le tribunal. Toutefois, le mineur de plus de 14 ans pouvant exercer seul certains actes prévus par la loi, pourra exercer seul son droit de plainte.

Lorsque le patient n'est pas incapable mais est dans l'impossibilité de manifester sa volonté, seules les personnes ayant participé au processus de décision pourront exercer le droit de plainte.

Enfin, les personnes de confiance mandatées par le patient ne pourront exercer le droit de plainte que pour non respect du droit dont elles sont titulaires, à savoir celui de recevoir les informations.

Concernant le traitement de la plainte, la proposition édicte une procédure parallèle aux procédures de droit commun prévoyant l'intervention d'une commission des plaintes instaurées auprès des commissions médicales provinciales et la présence d'un médiateur installé auprès de chaque hôpital dans le cas de patients hospitalisés. Cette procédure ne constitue un obstacle à l'exercice normal du droit de plainte devant les juridictions ordinaires.

IV. — DISCUSSION GÉNÉRALE

M. Hubert Brouns (CD & V) se réfère à l'exposé introductif des propositions de lois déposées par lui et qui ont été jointes au présent projet. Dans le cadre de la discussion générale, il se limitera donc à un examen comparatif de ces textes.

Tout d'abord, une notion absente du projet de loi est la notion de « contrat de soins médicaux », telle que définie dans la proposition relative au contrat de soins médicaux et aux droits du patient (DOC. 70/1- 1999 S.E.).

L'intervenant regrette également l'absence de dispositions, dans le projet de loi, consacrant la responsabilité solidaire de l'hôpital pour les manquements et erreurs médicales survenant en son sein.

Het ter bespreking voorliggende ontwerp verankert een recht op rechtstreekse raadpleging, terwijl het wetsvoorstel voor een indirecte toegang opteert.

Ook inzake de strekking van het klachtrecht, zijn er een aantal verschillen. In het wetsvoorstel wordt dat recht omstandig toegelicht, wat minder het geval is in het ontwerp.

Voorts erkent de spreker dat aan het wetsontwerp een lange rijpingsperiode is voorafgegaan en dat het op andere, vroeger ingediende wetsvoorstellen alsmede op het ontwerp-Colla is gebaseerd. De ontwerptekst is degelijk gestructureerd en dat verdient een pluim. De heer Brouns onderstreept evenwel het dreigende gevaar op het stuk van de rechtszekerheid om alleen die rechten van de patiënt te omschrijven die hem in de memorie van toelichting bij het wetsontwerp worden toegekend. Zo preciseert de memorie van toelichting dat het recht op de vrije keuze van de zorgverlener in bepaalde, wettelijk omschreven gevallen, kan worden beperkt, alsmede in andere gevallen waarbij het, om praktische redenen, onmogelijk is de patiënt die keuze te laten (in sommige ziekenhuizen is bijvoorbeeld één arts beslagen in een bepaald specialisme). Men kan voorts alleen maar vaststellen dat de tekst van artikel 6 van het ontwerp, dat dit recht vankert, minder expliciet is, aangezien dat artikel het alleen heeft over «beperkingen opgelegd krachtens de wet».

De heer Brouns wijst er tevens op dat de toepassingsfeer van het ter bespreking voorliggende wetsontwerp zowel beperkter als ruimer is dan die van de door hemzelf ingediende wetsvoorstellen.

De strekking van het wetsontwerp is ruimer want het slaat zowel op de therapeutische als op de administratieve relaties tussen arts en patiënt. Andere wetten, zoals het Handvest van de sociaal verzekerde, voorzien evenwel in een regeling voor soortgelijke relaties. Ter voorkoming van ieder risico op verwarring zou het dan ook wenselijk zijn de toepassingsfeer van het wetsontwerp uitsluitend tot de therapeutische verhoudingen te beperken.

Maar de strekking ervan is ook beperkt in die zin, dat het wetsontwerp alleen betrekking heeft op de relaties tussen patiënt en beroepsbeoefenaar en de relaties tussen de patiënt en de instelling waarin hij zorgverlening ontvangt, buiten beschouwing laat. De Raad van State heeft terzake voorbehoud gemaakt, aangezien de bevoegdheid in die materie ook onder de gemeenschappen ressorteert. Daarom geeft de spreker de voorkeur aan de uitdrukking «medisch zorgcontract». Die oplossing is immers verkieslijk boven de uitwerking van een protocol waarvan de juridische strekking immers beperkter zou zijn.

De heer Brouns preciseert dat hij, tijdens de artikelsgewijze bespreking, zal terugkomen op de aan de patiënt geboden juridische bescherming. Voorts is het

Le projet en discussion consacre un droit de consultation directe alors que la proposition de loi en privilégie le caractère indirect.

Enfin, la portée du droit de plainte est également distincte. Ce droit est bien circonstancié dans la proposition, il l'est moins dans le projet.

Par ailleurs, l'intervenant reconnaît que le projet de loi a subi un long processus de maturation et qu'il se fonde sur d'autres propositions précédemment déposées ainsi que sur le projet Colla. On peut se féliciter de son caractère bien structuré. Toutefois, M. Brouns souligne les dangers pour la sécurité juridique à définir les droits reconnus au patient dans le seul exposé introductif du projet. A titre d'exemple, l'exposé des motifs précise que le droit au libre choix du prestataire de soins peut se voir limiter dans certains cas prévus par la loi ainsi que dans d'autres cas, où pour des raisons pratiques, il est impossible de laisser ce choix au patient (dans certains hôpitaux, par exemple, un seul médecin est spécialisé dans une discipline). Force est de constater que le texte de l'article 6 du projet qui consacre ce droit est moins explicite puisqu'il ne parle que de « limites imposées en vertu de la loi ».

M. Brouns relève également que le champ d'application du projet en discussion est à la fois plus limité et plus large que celui des propositions de loi qu'il a déposées.

La portée du projet est plus large car il vise tant les relations thérapeutiques que les relations administratives entre le patient et le médecin. Or, d'autres législations, telle la Charte de l'assuré social, régissent ce type de relations. Afin d'éviter tout risque de confusion, il serait préférable de limiter le champ d'application du projet aux seules relations thérapeutiques.

Mais sa portée est également limitée dans le sens où il ne concerne que les relations entre le patient et le praticien professionnel et omet les relations entre le patient et l'institution dans laquelle les soins lui sont administrés. Certes, le Conseil d'État a émis des réserves à ce sujet, dans la mesure où la compétence en la matière relève également des communautés. C'est la raison pour laquelle l'intervenant privilégie le recours à la notion de « contrat de soins médicaux ». Une telle solution est en effet préférable à l'élaboration d'un protocole dont la portée juridique serait en effet plus limitée.

M. Brouns précise qu'il reviendra, au cours de la discussion des articles, sur la protection juridique offerte au patient. Par ailleurs, il n'est pas exclu qu'il dépose un

niet uitgesloten dat hij een amendement zal indienen dat zowel de hoofdaansprakelijkheid van de instellingen als de invoering van een « medisch zorgcontract » zal vastleggen.

De heer Philippe Seghin (MR) wijst erop dat het wetsontwerp na enkele basisdefinities (hoofdstuk I) een aantal aan de patiënten toegekende rechten omschrijft (hoofdstuk II), een « trapsgewijze » regeling opzet inzake de vertegenwoordiging van de patiënt die niet volledig wilsbekwaam is (hoofdstuk III) en een Federale commissie « Rechten van de patiënt » instelt, dat als een raadgevend orgaan en als ombudsdienst voor klachten van patiënten fungeert (hoofdstuk IV).

De daarin omschreven patiëntenrechten zijn gebaseerd op de Verklaring van Amsterdam (WGO, 1994), op de rechtspraak die ertoe verplicht de patiënt vooraf te informeren en waarbij diens toestemming vereist is, en op de deontologische bepalingen die op de artsen van toepassing zijn.

Niet alleen voor de artsen, ook voor de overige zorgverleners bedoeld door het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de geneeskunst (artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, apothekers, tandartsen, vroedvrouwen) geldt, binnen de kruitlijnen van ieders bevoegdheidsfeer, de verplichting om die rechten toe te kennen (artikel 2,3 en 4).

Daarbij gaat het om de volgende rechten:

- recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (artikel 5);
- recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar (artikel 6) behoudens beperkingen opgelegd krachtens de wet;
- recht op informatie over de gezondheidstoestand (artikel 7);
- recht op het verlenen van zijn toestemming (artikel 8)
- rechten betreffende het patiëntendossier (artikel 9);
- recht op bescherming van de persoonlijke levensfeer (artikel 10);
- recht om een klacht in te dienen bij de ombudsdienst (artikel 11).

Algemene commentaar

De voorgesteld tekst wil tegemoetkomen aan een aantal elementaire rechten van de patiënt. Hoewel die rechten als dusdanig worden vermeld in de ethische code, zijn gereguleerd noch gecodificeerd. In de praktijk worden ze niet altijd in acht genomen.

amendement consacrant la responsabilité centrale des institutions ainsi que la création d'un « contrat de soins médicaux ».

M. Philippe Seghin (MR) rappelle qu'après quelques définitions de base (chapitre I), le projet décrit un certain nombre de droits reconnus aux patients (chapitre II), organise un système « en cascade » de représentation du patient incapable d'exprimer pleinement sa volonté (chapitre III), et institue une Commission fédérale « Droits du Patient », organe consultatif et service de médiation des plaintes des patients (Chapitre IV).

Les droits du patient y décrits s'inspirent de la Déclaration d'Amsterdam (OMS, 1994), de la jurisprudence relative à l'obligation d'informer préalablement le patient et de requérir son consentement, et des dispositions déontologiques s'appliquant aux médecins.

Ces droits s'imposent non seulement aux médecins mais également aux autres prestataires de soins visés par l'AR n°78 relatif à l'art de guérir (médecins, infirmières, kinés, pharmaciens, dentistes, accoucheuses) dans les limites des sphères de compétences de chacun (art. 2,3 et 4).

Ces droits sont :

- droit à un service de qualité (article 5) ;
 - droit au libre choix du dispensateur de soins (article 6) sauf restriction légale ;
- droit à l'information sur l'état de santé (article 7) ;
- droit au consentement (article 8) ;
- droits relatifs au dossier du patient (article 9) ;
- droit à la protection de la vie privée (article 10) ;
- droit à la médiation en matière de plainte (article 11).

Commentaire d'ordre général

Le texte proposé vise à rencontrer une série de droits élémentaires du patient. Ces droits, qui s'ils existent exprimés comme tels dans le code de déontologie, ne sont pas réglementés et codifiés. En pratique, ils ne sont pas toujours respectés.

Die rechten zijn principieel nodig, maar kunnen bij de toepassing ethische of praktische problemen doen rijzen.

De belangrijkste risico's van een dergelijke wet lijken hem de volgende te zijn :

- de codificatie van «regels» is juridisch een voordeel, maar doet problemen rijzen omdat het om een aanlegenschap gaat die het zwart-witdenken overstijgt;
- hoewel in uitzonderingen is voorzien, kunnen die principes eventueel indruisen tegen het belang van de patiënt (beperkte informatie, incassingsvermogen, vrees-achtigheid);
- het beoogde gebied — de geneeskunde — ontsnapt voor een groot gedeelte aan het begrip van de patiënt, als die al is voorgelicht;
- de extra administratieve belasting dreigt de medische praktijk ernstig te bezwaren;
- hoewel een zekere ondoorzichtigheid in de relatie arts-patiënt momenteel betreuenswaardig is, zorgt het wetsontwerp voor een wellicht «conflicteuze»confrontatie;
- het is lastig en zelfs gevaarlijk om de medische handeling te onderwerpen aan regels van civielrechtelijke aard;
- het verenigen van morele, ethische, juridische en medische elementen leidt tot een explosief mengsel. Voorzien in «uitzonderingen», die dan uiteraard opportuun moeten zijn, creëert evenwel een grijze zone van onvermijdelijke rechtsonzekerheid;
- hoe zullen die geschillen en «strafbare feiten» worden behandeld? Het wetsontwerp vermeldt er niets of weinig over. Het niet in acht nemen van die rechten gaat niet gepaard met enige sanctie; indirect zou de niet-inachtneming van bepaalde rechten in het burgerlijk recht (1382 BW) en zelfs in het strafrecht uiteraard gevolgen hebben, zoals nu al het geval is.

Hoewel de regels van het wetsontwerp in overeenstemming zijn met een bestaande, deontologische grond, overstijgen ze duidelijk de realiteit van de medische plichtenleer, de gangbare praktijk en de vermoedelijke haalbaarheid.

Buiten die overwegingen vermeldt hij nog de volgende:

- De kwestie van de patiëntenrechten is nauw verbonden met die van de medische aansprakelijkheid. Wij hebben al vaak om een ontwerp over dat tweede gevraagd, maar we kunnen alleen vaststellen dat het niet ter tafel ligt, wat betreuenswaardig is.
- De Nationale Raad van de Orde van Geneesheren heeft over het wetsontwerp advies uitgebracht. Dat ad-

Ces droits, s'ils s'imposent au plan des principes, peuvent poser des problèmes éthiques ou pratiques quant à leur application.

Les aléas principaux d'une semblable loi, nous paraissent être les suivants :

- La codification de « règles », si elle constitue un avantage juridique, pose problème dès lors qu'elle concerne un domaine qui n'est pas manichéen.
- Encore que les exceptions soient prévues, ces principes peuvent, le cas échéant, aller à l'encontre de l'intérêt du patient (limite de l'information, capacité d'assumer, pusillanimité devant le risque)
- Le domaine visé -la médecine- échappe pour une bonne part à l'entendement du patient, fut-il éclairé.
- La charge administrative ajoutée risque de peser lourdement sur la pratique médicale.
- Encore qu'il faille regretter une certaine opacité actuelle dans les rapports médecin/patient, le projet leur apporte une interface « conflictuelle » probable.
- Il est malaisé, voire périlleux, de contraindre le fait médical à des règles de type civil.
- Le mariage d'éléments moraux éthiques, juridiques et médicaux constituent un mélange détonant. La prévision « d'exceptions », si elle est évidemment opportune, crée cependant une zone d'ombre d'insécurité juridique probable.
- Quel sera le devenir des litiges et des « infractions »? Le projet n'en dit rien ou pas grand chose ! Le non-respect de ces droits n'est assorti d'aucune sanction spécifique contre les praticiens ; cependant, indirectement, le non-respect de certains droits aurait évidemment des conséquences en droit civil (1382 CC) voire pénal, comme c'est déjà le cas actuellement.

Quoique répondant à une base déontologique existante, les « règles » du projet vont nettement au-delà de la matérialité du code de déontologie médicale, de la pratique habituelle et de la faisabilité probable.

Outre ces considérations, signalons encore :

- La problématique des droits des patients est étroitement liée à la problématique de la responsabilité médicale. Nous avons maintes fois réclamer ce deuxième projet. Force est de constater qu'il n'est pas sur la table, c'est regrettable.
- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a remis un avis sur le projet de loi. Cet avis reste logique

vies ligt in de lijn van het advies dat tijdens de hoorzittingen in de Kamer is uitgebracht. Het is kritisch, maar positief. Het verdient navolging.

– Talrijke bepalingen zijn vaag en zullen tijdens de artikelsgewijze bespreking onvermijdelijk preciseringen vergen.

– Sommige bepalingen dreigen de patiënt meer nadeel te berokkenen dan bescherming te verlenen. Om dan nog te zwijgen over de beroepsbeoefenaars!

– Ieder lid van de commissie voor de Volksgezondheid heeft het advies ontvangen van de Commissie voor de Verzekeringen van 1 maart 2002. In dat advies waarschuwen de verzekeringen de wetgever voor de gevolgen van een op die wijze geconcipeerde wet.

– Aldus bekrachtigt het wetsontwerp met name het principe van de wettelijke onwetendheid; dat houdt in dat de zorgverstrekker aan de patiënt geen informatie verstrekt als die daar uitdrukkelijk om verzoekt (art. 7, § 3). Dat zal in de ziekenhuisopnameverzekering tot gevolg hebben dat de verzekerde niet langer het bewijs zal kunnen leveren dat hij niet op de hoogte was van een voorafgaande toestand, zodat de dekking niet meer zal gelden.

– Voorts riskeert de patiënt die zijn recht uitoefent op weigering of intrekking van toestemming voor een optreden van de adviserend geneesheer van de verzekeringsmaatschappij, eveneens een weigering of intrekking van dekking door de verzekeraar.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) verheugt zich over de positieve ontwikkeling in het wetsontwerp als gevolg van de door de commissie in januari 2001 gehouden hoorzittingen.

In vergelijking met de vorige toestand, die gekenmerkt was door een reeks losse teksten, vindt zij de eenvoud en de leesbaarheid van deze tekst een waarborg voor zekerheid. Het wetsontwerp komt trouwens tegemoet aan de opmerkingen van de experts tijdens de hoorzittingen en preciseert talloze begrippen.

Het maakt het ongetwijfeld mogelijk de relatie arts/patiënt te verdiepen.

Om die redenen kondigt de spreekster aan dat de Agalev-Ecolo-fractie voor het gehele wetsontwerp zal stemmen.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) onderschrijft de doelstellingen van het wetsontwerp, waardoor de vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt zal kunnen worden versterkt, zonder daarom te worden geformaliseerd.

avec l'avis émis au cours des auditions à la Chambre. Cet avis est critique mais positif. Il conviendrait de s'en inspirer.

– De nombreuses dispositions sont floues et nécessiteront lors de la discussion par article inévitablement des précisions.

– Certaines dispositions risquent plus de porter plus préjudices au patient que de le protéger. Pour les praticiens professionnels, n'en parlons pas ! ...

– Chaque député de la commission de la Santé Publique a reçu l'avis de la Commission des Assurances, daté du 1^{er} mars 2002. Dans cet avis, les assurances mettent en garde le Législateur sur les répercussions d'une loi telle qu'elle est envisagée.

– Ainsi, en particulier : Le projet consacre le principe de l'ignorance légale par lequel le prestataire de soins ne fournit pas au patient des informations si celui-ci en formule expressément la demande (art.7, § 3). Cela aura pour conséquence, qu'en assurance hospitalisation par exemple, l'assuré ne pourra plus administrer la preuve qu'il n'était pas au courant d'un état préexistant, si bien qu'il ne sera pas couvert.

– lorsque le patient exerce son droit de refus ou de retrait du consentement pour une intervention du médecin-conseil de l'entreprise d'assurance, il risque également le refus ou le retrait de couverture par l'assureur.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) salue l'évolution positive du projet grâce aux auditions organisées par la commission en janvier 2001.

Elle estime que la simplicité et la lisibilité du texte offre une garantie de sécurité par rapport à la situation antérieure, qui était régie par une multitude de textes épars. Le projet rencontre, par ailleurs, les remarques formulées par les experts au cours des auditions et précise de multiples concepts.

Il permet, sans nul doute, d'approfondir les relations entre le patient et le praticien.

Pour ces raisons, l'intervenante annonce un vote favorable du groupe Agalev-Ecolo sur l'ensemble du projet.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) souscrit aux objectifs du projet de loi qui permet de renforcer la relation de confiance entre le médecin et son patient, sans pour autant la formaliser.

Men mag het aspect « communicatie » met de patiënt evenwel niet uit het oog verliezen, maar diens verwachtingen mogen niet worden aangewakkerd.

Zij sluit zich aan bij de heer Brouns in verband met de beperkingen van het recht op vrije keuze van zorgverlener. Het is immers van belang te onderstrepen dat een « opgelegde » relatie tussen de patiënt en de arts (arbeidsgeneeskunde, adviserend geneesheer enzovoort) van een heel andere orde is dan de « gekozen » vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de arts.

Volgens de Europese patiëntenvereniging verwacht de patiënt trouwens vooral van de verzorgende arts dat deze de « geneeskunst » machtig is.

Een niet-conventionele praktijk moet aan dezelfde verplichtingen worden onderworpen als een conventionele praktijk. Zulks vergt nog een onderzoek in het veld. Patiënten moeten worden beschermd tegen *non-evidence based medicine*. Een van de essentiële rechten van de patiënt is het recht op kwaliteitsvolle prestaties.

Naar het voorbeeld van de heer Seghin verwijst mevrouw Avontroodt naar het advies van de Orde der Geneesheren waarin opbouwende voorstellen werden gedaan (verzoek om een definitie te geven van het begrip gezondheidszorg enzovoort).

Inzake de kernverantwoordelijkheid van de instellingen moet de strekking van de toekomstige wet in gedachten worden gehouden. Die strekt er namelijk toe te voorzien in nieuwe maatregelen op het stuk van de gezondheidszorg (wat dus neerkomt op een zogenaamde « Wet Gezondheidszorg »), en bevat bepalingen inzake de individuele financiële responsabilisering van de beroepsbeoefenaren. Op dat vlak rijst een knelpunt in het geval van de ziekenhuizen, waar de artsen in loondienst zijn bij de instelling. Voorts kan de patiënt er tijdens zijn behandeling te maken krijgen met verschillende artsen.

Bovendien is voorzichtigheid geboden, en moet worden onderstreept dat het ter bespreking voorliggende wetsontwerp er niet toe strekt, ten gunste van de patiënt een recht op de best mogelijke bestaande therapie te bekrachtigen. Een dergelijk recht zou moeilijk beheersbare financiële gevolgen hebben.

De spreekster verwijst terzake naar de hoorzittingen die de commissie heeft gehouden : volgens de deskundigen moet worden voorzien in een reglementering inzake aansprakelijkheid. Het is derhalve van belang te onderstrepen dat de regering die weg is ingeslagen, door aan te kondigen dat een reglementering zal worden uitgewerkt wat de aansprakelijkheidsverzekering betreft.

Il faut toutefois être attentif à l'aspect 'communication' avec le patient, dont les attentes ne doivent pas être exacerbées.

Mme Avontroodt rejoint M. Brouns concernant les limitations du droit au libre choix du praticien professionnel. Il importe en effet de souligner que les relations entre le patient et le médecin 'imposé' (médecine du travail, médecin conseil...) sont de nature tout à fait différente que les relations de confiance entre le patient et le praticien choisi par lui.

Par ailleurs, selon l'Association européenne des patients, le patient attend surtout du médecin qui le soigne, que ce dernier maîtrise « l'art de guérir ».

Les pratiques non conventionnelles doivent être soumises aux mêmes obligations que les pratiques conventionnelles. Cela exige encore une enquête sur le terrain. Il est nécessaire que les patients soient protégés contre la médecine non-factuelle (« niet evidence-based medicine »). En effet, un des droits essentiels du patient est le droit à des prestations de qualité.

Mme Avontroodt, à l'instar de M. Seghin, se réfère à l'avis de l'ordre des médecins qui a formulé des propositions positives (demande d'une définition des soins de santé, etc.).

Concernant la responsabilité centrale des institutions, il faut avoir à l'esprit la future loi portant des mesures en matière de soins de santé ou « loi de santé », contenant des dispositions relatives à la responsabilisation financière individuelle des praticiens. Un problème se pose, à ce sujet, dans les hôpitaux où les médecins se trouvent dans une relation contractuelle (in loondienst) avec l'institution. Par ailleurs, le patient peut y être confronté, en cours de traitement, à différents médecins.

Il faut aussi être prudent et souligner que l'objectif du projet de loi en discussion n'est pas de consacrer, au bénéfice du patient, un droit à la meilleure thérapie existante. Un tel droit aurait des conséquences financières difficilement gérables.

L'intervenante se réfère à ce sujet aux auditions organisées par la commission : selon les experts, la responsabilité doit être réglemantée. Il est dès lors important de souligner que le gouvernement s'est engagé dans cette voie en annonçant l'élaboration d'une réglementation concernant l'assurance responsabilité.

Het recht op informatie impliceert dat de beroepsgroepen in onderling overleg moeten zorgen voor bijscholing. Het betreft trouwens een aspect dat in aanmerking zou kunnen worden genomen bij de accrediteringsprogramma's (erkenningen).

De bekrachtiging van het recht op inzage van het geneeskundig dossier mag de kwaliteit van het dossier niet schaden, maar moet integendeel bijdragen tot een hogere kwaliteit ervan.

De pro's en contra's van amendement nr. 2 van de regering betreffende de wijziging in de wet op de landverzekeringsovereenkomst moeten worden afgewogen. Er mag uiteindelijk geen situatie ontstaan waarin de patiënt niet langer zou kunnen worden verzekerd.

De heer Hubert Brouns (CD&V) onderstreept dat alle patiënten uitgaan van het beginsel dat de beroepsbeoefenaar al het mogelijke doet om hen de beste verzorging te verstrekken.

Hij herinnert aan de premissen van het door hem ingediende wetsvoorstel : tijdens de debatten die de witte comités hebben georganiseerd, is gebleken dat talrijke klachten niet zozeer gingen over het gerecht als wel over de medische wereld. De spreker achtte het dus kennelijk noodzakelijk de bekommernissen van de patiënten in wetsvoorstellen te vertalen. Het is van belang erop te wijzen dat de landen die hebben voorzien in een op de patiëntenrechten toegespitste wetgeving niet noodzakelijkerwijs te kampen hebben met een grote hoeveelheid dossiers die aanleiding geven tot betwistingen.

Mevrouw Magda De Meyer (SPA) verwijst naar de toelichting van haar wetsvoorstel. Zij zal terugkomen op meer specifieke facetten van het wetsontwerp wanneer de artikelen worden besproken.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) onderstreept het belang van het begrip «geneeskundig dossier» vervat in andere wetgeving (inzonderheid in het wetsontwerp betreffende de euthanasie). Het is van belang dat elke vorm van verwarring wordt voorkomen.

De heer Yvan Mayeur (PS) geeft te kennen er voorstander van te zijn dat de patiëntenrechten krachtens een bijzondere wettekst worden erkend. De patiënt is immers een vrij individu, dat bij machte is het ziektebeeld waarmee hij wordt geconfronteerd te doorgronden en te duiden. Het is derhalve van essentieel belang dat hem rechten worden verleend zoals het recht op een passende geneeskundige behandeling of het recht op informatie waarmee hij de gevolgen van een voorgeschreven behandeling kan inschatten.

Twee facetten zijn in het ter bespreking voorliggende wetsontwerp jammer genoeg over het hoofd gezien.

Le droit à l'information nécessite que les groupes professionnels organisent, en concertation, une formation complémentaire (bijscholing). Il s'agit d'ailleurs d'un élément qui pourrait être pris en compte lors des programmes d'accréditations (agrément).

La consécration du droit à la consultation du dossier médical ne doit pas nuire à la qualité du dossier mais doit contribuer à l'amélioration de sa qualité.

Il faut envisager les 'pour ou contre' concernant l'amendement n° 2 du Gouvernement relatif à la modification de la loi sur l'assurance terrestre. Il ne faudrait pas aboutir à une situation où le patient ne pourrait plus être assuré.

M. Brouns (CD&V) souligne que tout patient part en effet du principe que le praticien fait le nécessaire pour lui dispenser les meilleurs soins.

Il rappelle les prémices de la proposition de loi dont il est l'initiateur : il est apparu, lors des discussions organisées par les comités blancs, que de nombreuses plaintes ne concernaient pas tant le monde judiciaire que le monde médical. Il est dès lors apparu nécessaire à l'intervenant de traduire en propositions de loi les préoccupations des patients. Il est important de remarquer que les pays qui se sont dotés d'une législation axée sur les droits du patient ne sont pas nécessairement confrontés à un afflux de dossiers donnant lieu à des litiges.

Mme Magda De Meyer (SPA) se réfère à l'exposé des motifs de sa proposition de loi. Elle reviendra sur certains aspects du projet de manière plus ponctuelle lors de la discussion des articles.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) souligne l'importance du concept « dossier médical », présent dans d'autres législations (notamment le projet de loi relatif à l'euthanasie). Il importe d'éviter toute confusion.

M. Yvan Mayeur (PS) se dit favorable à la reconnaissance légale des droits du patient dans un texte particulier. Le patient est en effet un individu libre, capable de comprendre et d'interpréter la pathologie à laquelle il est confronté. Il est donc essentiel de lui reconnaître des droits tels le droit à un traitement médical adéquat ou le droit à l'information lui permettant notamment de connaître les conséquences d'un traitement prescrit.

Deux aspects sont malheureusement omis du projet de loi en discussion.

Het eerste facet, dat weliswaar te maken heeft met de sociale zekerheid, betreft de toegang tot de verzorging : elk individu moet zich naar behoren kunnen laten verzorgen. Blijkens talrijke studies zijn we echter niet elkaars gelijken wanneer we te maken krijgen met ziekte. Die ongelijkheden vloeien voort uit vele factoren van economische, culturele, sociologische en sociaal-economische aard.

Het tweede, onontbeerlijke facet, dat logischerwijs uit de bescherming van de patiënten voortvloeit, is de bescherming van de geneeskundige praktijk. Een en ander mag niet uitmonden in een stelsel zoals dat in de Verenigde Staten, waar de beroepsbeoefenaren onophoudelijk worden bedreigd met mogelijke klachten en gerechtelijke vervolging. Gezien het risico dat de arts loopt om aan de schandpaal te worden genageld, zou hij geneigd kunnen zijn niet op te treden en af te zien van noodzakelijke zorgverstrekking.

In dat verband zegt de heer Mayeur ervan overtuigd te zijn dat het ter bespreking voorliggende wetsontwerp maar relevant is indien het gepaard gaat met een wetsontwerp ter bescherming van de beroepsbeoefenaar.

Voorts wenst hij enkele opmerkingen te maken. In eerste instantie is de werkingssfeer van het wetsontwerp volgens hem vaag. Op welke beroepsbeoefenaren heeft het wetsontwerp betrekking ? Geldt het ook voor de artsen van Kind en Gezin en de controlerend geneesheren, te weten artsen die de patiënt niet in de enge zin des woords verzorgen ?

Ten slotte kunnen vraagtekens worden geplaatst bij de responsabilisering van de ziekenhuisinstellingen. Het is inderdaad van belang dat ook zij een deel van de aansprakelijkheid op zich nemen (gegevens inzake verzorging op residentiële basis, ligdagprijzen, postoperatieve verzorging enzovoort). Een arts die de geneeskunde beoefent in een ziekenhuis heeft over het algemeen geen alomvattend zicht op de keten van verzorgingseenheden waarmee de patiënt binnen het ziekenhuis wordt geconfronteerd.

De heer Mayeur zal voor het overige op meer specifieke onderwerpen ingaan tijdens de bespreking van de artikelen.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) merkt op dat het probleem van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg eventueel zou kunnen worden opgelost ter gelegenheid van de uitbreiding van de bevoegdheden van het Arbitragehof, door de filter van artikel 23 van de Grondwet.

De spreker constateert dat in de memorie van toelichting bij het wetsontwerp weinig aandacht wordt besteed aan de verhouding tussen de rechten die door de onderhavige tekst worden bekrachtigd en de aansprakelijkheid van de gezondheidswerkers. Het is wel zo dat thans een wetgeving inzake aansprakelijkheid wordt uit-

Le premier a trait à l'accessibilité aux soins, qui relève, il est vrai, de la sécurité sociale : chaque individu doit pouvoir se faire soigner correctement. Or selon de nombreuses études, nous ne sommes pas égaux face à la maladie. Ces inégalités dérivent de multiples facteurs : économique, culturel, sociologique ou socioprofessionnel.

Le second aspect indispensable, corollaire à la protection des patients, est la protection de la pratique médicale. Il ne faudrait pas qu'on aboutisse à un système équivalent à celui des États-Unis, où les praticiens sont sans cesse confrontés à des menaces de plaintes et de poursuites devant les tribunaux. Dès lors, face aux risques de vindictes, le médecin pourrait être tenté de s'abstenir de dispenser les soins nécessaires.

A ce titre, M. Mayeur exprime sa conviction que le projet à l'étude n'est pertinent que s'il est accompagné d'un projet protégeant le praticien.

Par ailleurs, il souhaite formuler diverses remarques. Tout d'abord, le champ d'application du projet de loi est flou. Quels sont les praticiens visés ? Prend-on en compte les médecins ONE (Kind en Gezin) et les médecins « contrôleurs », c'est-à-dire les médecins qui ne soignent pas à proprement parler le patient ?

Enfin, on peut s'interroger sur la responsabilisation des institutions hospitalières. Il importe en effet que celles-ci aient aussi leur part de responsabilité (informations relatives au mode d'hébergement, tarifs, soins post-opératoires...). Le médecin qui exerce son art dans un hôpital n'a généralement pas une vue d'ensemble de la chaîne hospitalière à laquelle est confronté le patient.

M. Mayeur interviendra pour le reste de manière plus ponctuelle lors de la discussion des articles.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) remarque que le problème de l'accessibilité aux soins de santé pourrait éventuellement trouver une solution lors de l'élargissement des compétences de la Cour d'arbitrage, par le filtre de l'article 23 de la Constitution.

L'intervenant constate que l'exposé des motifs du projet porte peu d'attention à la question de l'articulation entre les droits consacrés par le texte en discussion et la responsabilité des praticiens. Il est vrai qu'une législation relative à la responsabilité est en cours de préparation. Toutefois, lorsqu'une réglementation crée des

gewerkt. Indien een reglementering rechten in het leven roept, is het echter van belang te weten wat de gevolgen zijn indien ze niet in acht worden genomen.

Bij wijze van voorbeeld kan het geval worden aangehaald van een persoon die heeft gepoogd zelfmoord te plegen. Bij zijn aankomst op de dienst urgente zorg geeft die persoon schriftelijk te kennen dat hij weigert zich te onderwerpen aan de behandeling die zijn leven kan redden. In dat geval kan de arts zich niet beroepen op artikel 8, § 5, van de ontworpen wet dat betrekking heeft op de spoedgevallen waarin er onzekerheid is over de wil van de patiënt. Hij moet die persoon dus laten sterven.

Een ander voorbeeld is dat van de getuigen van Jehova, die bloedtransfusies weigeren.

Wat is de aansprakelijkheid van de arts indien hij de wil van de patiënt eerbiedigt en de nodige verzorging niet toedient ?

Voorts bepaalt artikel 5 van het wetsontwerp het volgende : «De patiënt heeft (...) tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.». Tot nu toe kwam het de arts toe te bepalen welke behandeling zinvol was, rekening houdend met de gevolgen ervan voor de levenskwaliteit van de patiënt. Wat behelzen verstrekkingen die beantwoorden aan de behoeften van de patiënt precies ?

De heer Vandeurzen suggereert dat wordt aangegeven hoe de bepalingen van het voorliggende wetsontwerp zich verhouden tot de strafrechtelijke bepalingen die het schuldig verzuim bestraffen of de slagen en verwondingen regelen.

De spreker betreurt dat de indieners van het wetsontwerp er als gevolg van het advies van de Raad van State hebben van afgezien de inachtneming op te leggen van de rechten van de patiënt ten aanzien van de verzorgingsinstellingen. Het klopt dat de Raad van State naar een arrest van het Arbitragehof verwijst en concludeert dat die aangelegenheid ten dele tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoort. Indien men echter rekening houdt met het arrest van het Arbitragehof mag de federale wetgever evenmin het statuut van de verzorgingsinstellingen regelen, wat in de huidige stand van zaken onaanvaardbaar zou zijn.

Volgens *de heer Vandeurzen* moet dus een creatieve en originele oplossing worden gevonden door gebruik te maken van de beperkte bewegingsruimte die de Raad van State heeft gelaten.

Hij herinnert er in dat opzicht aan dat krachtens de bijzondere wet tot hervorming der instellingen de federale overheid bevoegd blijft op het stuk van het aansprakelijkheidsrecht.

droits, il est important de connaître les conséquences de leur non-respect.

A titre d'exemple, on peut citer le cas d'une personne ayant commis une tentative de suicide. Lors de son arrivée aux urgences, cette personne manifeste, par écrit, son refus de se soumettre au traitement qui pourrait lui sauver la vie. Le médecin ne peut, dans ce cas, se prévaloir de l'article 8 § 5 du projet consacré aux situations d'urgence dans lesquelles il y a incertitudes sur la volonté du patient. Il doit donc laisser mourir cette personne.

Un autre exemple est celui des témoins de Jéhovah s'opposant à des dons de sang.

Quelle est la responsabilité du praticien dans le cas où, respectant la volonté du patient, il renonce à prodiguer les soins nécessaires ?

Par ailleurs, l'article 5 du texte en projet reconnaît au patient le « droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins ». Jusqu'à aujourd'hui, il appartenait au médecin de décider quel traitement convenait le mieux (zinvol) en prenant en compte les conséquences dudit traitement sur la qualité de vie du patient. La question es donc de savoir ce que recouvre exactement des prestations répondant aux besoins du patient » ?

M. Vandeurzen suggère de préciser l'articulation des dispositions du projet en discussion avec les dispositions de droit pénal punissant les abstentions coupables ou régissant les coups et blessures.

L'intervenant regrette que suite à l'avis du Conseil d'État, les auteurs du projet de loi ait renoncé à imposer le respect des droits du patient à l'égard des institutions de soins de santé. Il est vrai que le Conseil d'État, se référant, dans son avis, à un arrêt de la Cour d'arbitrage, conclut que la matière relève en partie de la compétence des communautés. Toutefois, si l'on suit l'arrêt de la Cour d'Arbitrage, le législateur fédéral doit également s'abstenir de réglementer le statut des institutions de soins de santé, ce qui dans l'état actuel des choses serait inacceptable.

M. Vandeurzen juge donc nécessaire de trouver une solution créative originale, en exploitant l'étroite marge de manœuvre laissée par le Conseil d'État.

Il rappelle à cet effet que la loi spéciale de réformes institutionnelles stipule que le droit de la responsabilité reste de la compétence des autorités fédérales.

Een andere oplossing zou erin kunnen bestaan de gezondheidswerkers ertoe te verplichten de problematiek van de aansprakelijkheid te regelen met de ziekenhuisbeheerders bij de uitwerking van de algemene regeling.

Aangezien de Raad van State in zijn advies bevestigt dat de federale overheid bevoegd is ten aanzien van de gezondheidswerker, zou men die ertoe kunnen verplichten ervoor te zorgen dat de instelling verantwoordelijk wordt gemaakt voor de handelingen die hij er stelt. Bij ontstentenis van een akkoord met de beheerders zou de arts de patiënt ervan in kennis moeten stellen dat het ziekenhuis geen enkele aansprakelijkheid op zich neemt.

Er zij aan herinnerd dat het probleem vooral rijst voor de zelfstandige artsen. Het ziekenhuis is immers aansprakelijk als de arts een statutaire of contractuele band heeft met de instelling.

Wat de ombudsfunctie betreft, is de heer Vandeurzen van oordeel dat een fictieve scheiding tussen de administratieve taken en de individuele medische handelingen een achteruitgang is ten opzichte van de huidige situatie. Voorts moet erop worden toegezien dat de inlichtingen die de ombudsfunctie vergaart niet kunnen worden gebruikt voor een rechtbank. Zoniet zou de doeltreffendheid van die functie in het gedrang komen. Hier geldt weliswaar de regel van het beroepsgeheim, maar het is van belang een klimaat van vertrouwen te scheppen. Daarom dient de spreker een amendement in dat ertoe strekt de vertrouwelijkheid te verzekeren van de, door de persoon gekregen documenten en mededelingen (Amendement nr. 17; DOC 50 1642/005).

De minister attendeert erop dat tal van parlementsleden ervoor beducht waren dat de codificatie van de patiëntenrechten een stroom van rechtszaken tot gevolg zou hebben. Het moge evenwel duidelijk zijn dat het onderhavige wetsontwerp niet tot doel heeft de «defensieve geneeskunde» aan te moedigen maar wel de communicatie te bevorderen. Er is een ondubbelzinnige keuze gemaakt : de opdrachten van de ombudsfunctie bestaan onder meer in de bevordering van de communicatie en de verzoening tussen de patiënt en de arts. Alleen als de verzoening mislukt, wordt een beroep gedaan op de eigenlijke bemiddeling. Het is pas als ook die mislukt dat een beroep zal worden gedaan op de rechtbanken.

Er is voor een dergelijke regeling gekozen rekening houdend met de ervaring in andere landen, waaronder Nederland, waar het aantal rechtszaken aanvankelijk gestegen is maar nu daalt.

Dat houdt uiteraard niet in dat men in alle gevallen een rechtsgeding kan voorkomen.

Une autre solution pourrait être d'obliger les praticiens, lors de l'élaboration de la réglementation générale, à régler avec les gestionnaires des hôpitaux la problématique de la responsabilité.

Enfin, puisque le Conseil d'État confirme dans son avis la compétence de l'autorité fédérale à l'égard du praticien, on pourrait obliger ce dernier à veiller à responsabiliser l'institution pour les actes qu'il accomplit en son sein. A défaut d'accord avec les gestionnaires, le praticien devrait informer le patient de ce que l'hôpital se décharge de toute responsabilité.

Pour mémoire, le problème se pose surtout à l'égard des médecins indépendants. L'hôpital est en effet responsable lorsque le médecin a un lien statutaire ou contractuel avec l'institution.

Concernant la fonction de médiation, *M. Vandeurzen (CD & V)* estime qu'une scission fictive entre les tâches administratives et les actes médicaux individuels constitue un pas en arrière par rapport à la situation actuelle. Il faut, par ailleurs, veiller à ce que les informations recueillies par la fonction de médiation ne puissent être utilisées en justice. A défaut, on nuirait à l'effectivité de cette fonction. Certes, la règle du secret professionnel doit ici jouer mais il importe de créer une atmosphère de confiance. C'est la raison pour laquelle l'intervenant dépose un amendement visant à assurer la confidentialité des documents et communications reçus par celui qui exerce la fonction de médiation (Amendement n° 17, DOC 50 1642/005).

La ministre rappelle que de nombreux parlementaires ont craint que la codification des droits du patient entraîne une cascade de procès. Or, il importe de préciser que l'objectif du projet en discussion n'est pas d'encourager la « médecine défensive » mais de privilégier la communication. Le choix qui a été fait est clair : les missions de la fonction de médiation consiste notamment à encourager la communication et la conciliation entre le patient et le praticien. La médiation, proprement dite, n'intervient qu'en cas d'échec de la conciliation. Enfin, ce n'est que si la médiation échoue à son tour que le recours judiciaire interviendra.

Le choix d'un tel système a été réalisé en tenant compte de l'expérience des autres pays dont les Pays-Bas où après une recrudescence de procès au départ, la tendance s'est aujourd'hui infléchie.

Cela ne veut évidemment pas dire qu'on évite les procès dans tous les cas.

De minister wijst erop dat de toegankelijkheid van de verzorging moet worden gewaarborgd door ons sociale-zekerheidsstelsel. De regering maak daar thans werk van : zo is de maximumfactuur een middel om de toegang tot de zorg voor zoveel mogelijk personen te vergemakkelijken. Ze vestigt de aandacht van de commissieleden op de culturele dimensie waarnaar de heer Mayeur verwezen heeft. Het klopt dat personen met een lagere opleiding of met beperkte financiële middelen doorgaans minder goed hun rechten kennen. Daarom acht de minister het nodig dat een inspanning wordt gedaan om de bevolking in te lichten over de toekomstige wet die de rechten van de patiënt bekrachtigt.

De minister herhaalt dat de invoering van patiëntenrechten in Nederland niet heeft geleid tot een overdaad aan juridische procedures: de initiële stijging van het aantal processen werd omgebogen tot een daling. Processen worden, indien mogelijk, best vermeden; het voorliggende wetsontwerp wil de juridisering dan ook tegengaan door middel van maximale communicatie en de uitbouw van de ombudsfunctie. De doelstelling van communicatie bestaat erin te weten te komen wat de patiënt verwacht van zijn relatie met de zorgverstreker of de instelling. Er moet goede informatie gegeven worden met betrekking tot de gezondheidstoestand, de behandeling en de te verlenen instemming. Voor de patiënt is het van zeer groot belang dat hij aanspraak kan maken op een kwaliteitsvolle gezondheidszorg; daarom kent artikel 5 van het ontwerp het recht op kwaliteit en op deskundige zorg toe.

De minister maakt zich sterk dat het dossier van de medische aansprakelijkheid, waarin het «no fault»-systeem centraal staat, nog tijdens de huidige legislatuur zal worden afgewerkt. De verlening van rechten geeft immers op rechtstreekse wijze aanleiding tot aansprakelijkheidsvragen. In het voorliggende wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt zijn geen gedetailleerde regels voor aansprakelijkheid opgenomen omdat ervoor geopteerd is om de afdwingbaarheid te verwezenlijken door een inbedding van de rechten van de patiënt in de vigerende aansprakelijkheidsregels van het burgerlijk recht, het strafrecht en het tuchtrecht. Omdat ervoor gekozen is om deze problematiek niet expliciet aan de orde te stellen, werd ook niet in sancties voorzien. In het ontwerp wordt zowel gekozen voor codificering als voor een «soft way- approach».

De Raad van State heeft een duidelijk advies uitgebracht, dat in de lijn ligt van het advies op het ontwerp-Colla met betrekking tot de betrokkenheid van de ziekenhuizen. Het is niet gelukt om het advies van de Raad

La ministre souligne que l'accessibilité aux soins doit être garantie par notre système de sécurité sociale. Le Gouvernement travaille actuellement sur la question : par exemple, la facture maximale constitue un instrument visant à faciliter, pour le plus grand nombre, l'accès aux soins. Elle attire l'attention des membres de la commission sur la dimension culturelle à laquelle M. Mayeur a fait référence. Il est vrai que les personnes disposant d'une moins bonne formation ou dont les possibilités financières sont limitées sont généralement moins bien informées sur le contenu de leurs droits. C'est la raison pour laquelle la ministre estime nécessaire que soit réalisé un effort soutenu de manière à informer la population sur la future loi consacrant les droits du patient.

La ministre répète que l'instauration des droits du patient aux Pays-Bas n'a pas eu pour conséquence de multiplier les procédures judiciaires : si le nombre de procès a augmenté dans un premier temps, il a ensuite diminué. Dans la mesure du possible, mieux vaut éviter d'en arriver à un procès. C'est pourquoi le projet de loi à l'examen entend lutter contre la tendance à la judiciarisation en instaurant une communication maximale et en développant la fonction de médiation. En ce qui concerne la communication, l'objectif poursuivi consiste à déterminer ce que le patient attend de son contact avec le prestataire de soins, ou avec l'institution concernée. Il convient que le patient soit correctement informé de son état de santé, du traitement envisagé, et de ses droits en matière de consentement. Il est extrêmement important que le patient puisse bénéficier de soins de santé de qualité. C'est la raison pour laquelle l'article 5 lui confère le droit de bénéficier de soins de qualité dispensés par des experts.

La ministre se fait fort de boucler le dossier de la responsabilité médicale axé sur le principe «no fault» avant la fin de la législature en cours. Le fait d'accorder des droits soulève en effet inévitablement des questions de responsabilité. Le projet de loi à l'examen relatif aux droits du patient ne comprend pas de règles précises en matière de responsabilité, et ce, parce que l'on a choisi d'assurer la justiciabilité des droits du patient en les incluant dans les dispositions civiles, pénales, et disciplinaires en vigueur en matière de responsabilité. Dès lors qu'il a été choisi de ne pas aborder ces questions de manière explicite, aucune sanction n'a été prévue. Le projet opte à la fois pour une codification et une approche «douce».

Le Conseil d'État a donné un avis sans ambiguïté, s'inscrivant dans le prolongement de l'avis sur le projet du ministre Colla relatif à la responsabilité des hôpitaux. L'avis du Conseil d'État n'a pas pu être infléchi, en dépit

van State in een andere richting om te buigen, ook al werden daarvoor grote inspanningen geleverd. Zo kiest het ontwerp voor de invalshoek van de consumentenbescherming, waardoor een ziekenhuis mogelijkwijs als aanspreekpunt voor de patiënt zou kunnen fungeren; deze mogelijkheid wordt door het advies van de Raad van State echter zeer zwaar bemoeilijkt.

Vorbijgaan aan het advies zou te veel risico's opleveren, maar het is wel van groot belang dat verder gewerkt wordt aan de codificering van de patiëntenrechten, die in dit ontwerp weliswaar beperkt dienen te worden tot de relatie tussen patiënt en zorgverstrekker. Om het toepassingsgebied van het ontwerp te verruimen, dient over een samenwerkingsakkoord met de gemeenschappen en de gewesten onderhandeld te worden zodra de voorliggende tekst aangenomen is; het zou onverantwoord geweest zijn om de behandeling van het ontwerp uit te stellen tot na het sluiten van zo'n samenwerkingsakkoord.

Ondanks de hierboven geschetste beperkingen van het ontwerp worden toch reeds enkele elementen m.b.t. de ziekenhuizen geregeld :

1 Als een patiënt van oordeel is dat zijn rechten in een ziekenhuis worden geschonden, kan hij een beroep doen op sommige functies, die ingevoerd werden om zijn rechten te doen naleven, bijvoorbeeld de ombudsfunctie;

2 De hoofdgeneesheer moet nagaan of de kwaliteit van de zorgverlening in een ziekenhuis voldoende hoog ligt;

3 Er dient gestreefd te worden naar een integraal welbevinden van de patiënt;

4 Elk ziekenhuis zal initiatieven dienen te nemen om de naleving van de rechten van de patiënt te bevorderen.

De individuele financiële verantwoordelijkheid van artsen is een vraagstuk dat in de nieuwe gezondheidswet aan bod zal komen om ervoor te zorgen dat misbruiken voorkomen en beteugeld worden. Die wet streeft naar een goede medische praktijkvoering en is in die zin complementair ten opzichte van het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, waarin de kwaliteit en de zorg van de patiënt centraal staan. Het voorliggende ontwerp zal zeker invloed hebben op het gezondheidsbeleid.

De patiënt heeft recht op zorg indien hij erom vraagt én indien het mogelijk is om deze zorg te verstrekken. Eén van de fundamentele vereisten is toestemming na informatie. Daaruit volgt dat een meerderjarige getuige van Jehovah die weigert bloed te laten toedienen, niet kan worden verplicht om bloed toegediend te krijgen. Wat in het ontwerp wel geregeld wordt, is de situatie van een kind dat in levensgevaar verkeert en bloed nodig heeft: vanaf heden zal de arts kunnen voorbijgaan aan de ouderlijke weigering om ideologische redenen.

des grands efforts déployés pour y parvenir. C'est ainsi que les auteurs du projet ont opté pour une approche basée sur la défense des consommateurs, ce qui implique qu'un hôpital pourra éventuellement faire office de point de contact pour le patient ; le Conseil d'État rend toutefois cette possibilité très difficile dans son avis.

Passer outre à cet avis comporterait trop de risques, mais il importe néanmoins de poursuivre la codification des droits des patients, qui, dans le cadre du projet à l'examen, doivent toutefois se limiter à la relation entre le patient et le prestataire de soins. Pour élargir le champ d'application du projet, il conviendra, dès l'adoption du texte à l'examen, de négocier un accord de coopération avec les communautés et les régions ; il aurait été injustifiable de reporter l'examen du projet jusqu'après la conclusion d'un tel accord de coopération.

En dépit des limites du projet auxquelles allusion vient d'être faite, un certain nombre d'éléments sont déjà réglés en ce qui concerne les hôpitaux :

1. lorsqu'un patient estime que ses droits sont violés dans un hôpital, il peut recourir à certaines fonctions qui ont été instaurées afin de lui permettre de faire respecter ses droits, par exemple la fonction de médiateur ;

2. le médecin chef doit vérifier si la qualité des soins dispensés dans un hôpital est suffisante ;

3. il faut tout mettre en œuvre pour assurer le bien-être complet du patient ;

4. chaque hôpital devra prendre des initiatives afin de promouvoir le respect des droits du patient.

La question de la responsabilité financière individuelle des médecins sera réglée dans la nouvelle loi sur la santé, qui visera à prévenir et à réprimer les abus. Cette loi tend à améliorer la pratique médicale et complète, en ce sens, le projet de loi relatif aux droits du patient, axé sur la qualité des soins et le souci du patient. Le projet de loi à l'examen aura certainement une incidence sur la politique en matière de santé.

Le patient doit pouvoir bénéficier de soins s'il en fait la demande et s'il est possible de les lui dispenser. L'une des exigences fondamentales est le consentement éclairé. Il en résulte que l'on ne peut obliger un témoin de Jehovah majeur, qui refuse de se faire transfuser du sang, à en recevoir. Le projet de loi réglemente par contre la situation d'un enfant qui est en danger de mort et qui a besoin de sang : désormais, le médecin pourra passer outre au refus des parents fondé sur des motifs d'ordre idéologique.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) stelt vast dat deze bepaling niets meer is dan de codificatie van een bestaande praktijk. Nu al gaan artsen voorbij aan de weigering van de ouders, ook al weten zij dat ze hiermee de wetgeving met voeten treden; de vermelde bepaling haalt hen uit deze rechtsonzekerheid.

De spreker vraagt of de aansprakelijkheid van een arts in het geding zal zijn indien hij zijn medewerking verleent aan de zelfmoord van een persoon die een wilsbeschikking heeft opgesteld waarin hij hulp weigert.

De minister benadrukt dat de arts geen behandeling zonder toestemming kan toedienen, tenzij de patiënt niet in staat is om zijn wil te uiten; in dat geval geldt de verplichting om hulp te verlenen aan mensen in nood. De arts moet dus helpen zonder te vrezen dat zijn aansprakelijkheid in het geding komt.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) wijst erop dat handelen zonder toestemming van de patiënt op grond van een schriftelijk opgestelde wilsuiting niet geoorloofd is.

De heer Jacques Germeaux (VLD) vraagt zich af in welke mate een patiënt die zelfmoord wil plegen psychisch voldoende stabiel is om hulp te weigeren. Wanneer in een wilsbeschikking om medewerking aan zelfmoord in een bepaalde situatie gevraagd wordt, is het de plicht van de arts om deze wilsbeschikking naast zich neer te leggen en de patiënt te behandelen omdat de waarde van de wilsbeschikking betwifelbaar is. Ook m.b.t. de figuur van de wilsbeschikking in de wet betreffende de euthanasie (DOC 50 1488/001) geldt dat psychiatrische patiënten niet voor euthanasie in aanmerking komen. Een psychiatrische patiënt die schrijft dat hij niet wil geholpen worden, moet wel degelijk geholpen worden omdat de omstandigheden van de wilsbeschikking onbekend zijn op het ogenblik dat de arts over een behandeling moet beslissen.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) wijst erop dat eerst de wet betreffende de rechten van de patiënt van kracht zou moeten worden en pas daarna de wet betreffende de euthanasie. Wilsbeschikkingen dienen in het geval van de wet betreffende de euthanasie aan andere vormvereisten te voldoen en geven aanleiding tot andere gevolgen dan in de wet betreffende de rechten van de patiënt: in de wet betreffende de euthanasie is de wilsbeschikking voor de arts niet bindend, terwijl dit in de wet betreffende de rechten van de patiënt wel het geval is.

De minister benadrukt dat het in de voorafgaande wilsuitdrukking in de wet betreffende de rechten van de patiënt enkel kan gaan om een weigering van een «welomschreven tussenkomst».

M. Jo Vandeurzen (CD&V) constateert dat deze dispositie ne fait que codifier une pratique existante. Déjà à l'heure actuelle, les médecins passent outre au refus des parents, tout en sachant qu'en agissant de la sorte, ils enfreignent la législation en la matière ; la disposition en projet lève donc l'insécurité juridique en la matière.

L'intervenant demande si la responsabilité d'un médecin sera engagée dans le cas où celui-ci aide une personne à se suicider, alors que celle-ci a indiqué dans une déclaration anticipée qu'elle refusait toute aide.

La ministre souligne que le médecin ne peut administrer un traitement sans le consentement du patient, à moins que le patient ne soit pas en état d'exprimer sa volonté ; dans ce cas, le médecin a l'obligation d'aider une personne en détresse. Le médecin doit donc aider sans craindre que sa responsabilité soit mise en jeu.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) fait observer que le médecin ne peut agir sans que le patient ait exprimé son consentement par un acte de volonté.

M. Jacques Germeaux (VLD) se demande si un patient qui veut se suicider est suffisamment stable sur le plan psychique pour refuser de l'aide. Lorsqu'un patient demande dans une déclaration de volonté de l'aider à se suicider, le médecin a le devoir de ne tenir aucun compte de cette déclaration et de traiter le patient, parce que la valeur de la déclaration est douteuse. En ce qui concerne la déclaration anticipée en matière d'euthanasie (DOC 50 1488/001), le principe retenu veut que l'euthanasie ne puisse pas être pratiquée sur des patients psychiatriques. Un patient psychiatrique demande par écrit à ne pas être aidé doit être aidé, étant donné que les circonstances dans lesquelles la déclaration de volonté a été faite ne sont pas connues au moment où le médecin doit décider d'un traitement.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) souligne que la loi relative aux droits du patient devrait entrer en vigueur avant celle relative à l'euthanasie. Les déclarations faites dans le cadre de la loi relative à l'euthanasie doivent répondre à d'autres conditions de forme et ont d'autres effets que celles faites dans le cadre de la loi relative aux droits du patient. En effet, la déclaration faite dans le cadre de la loi relative à l'euthanasie n'oblige pas le médecin, à la différence de celle faite dans le cadre de la loi relative aux droits du patient.

La ministre souligne que la déclaration de volonté faite dans le cadre de la loi relative aux droits du patient ne peut porter que sur le refus d'un type déterminé de traitement.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) wijst erop dat de tekst van het ontwerp hulpverlening aan een patiënt ongerechtvaardigd acht indien de betrokkene schriftelijk heeft vastgelegd dat hij niet wil geholpen worden op een ogenblik dat hij nog in staat was om zijn wil te kennen te geven.

Mevrouw Yolande Avondroodt (VLD) is van oordeel dat de bepalingen m.b.t. de wilsbeschikking fundamenteel zijn en dat er wel degelijk belangrijke juridische gevolgen uit kunnen voortvloeien: wanneer de regeling aan de praktijk wordt getoetst, is het mogelijk dat er in bepaalde situaties conflicten ontstaan. Daarom moet de wetgever zeer helder zijn over wat hij al of niet beoogt. In het verslag van de besprekingen van het ontwerp betreffende de euthanasie (DOC 50 1488/009) wordt trouwens ook voor verschillende punten verwezen naar de noodzaak om bepaalde elementen nader te omschrijven in een wet betreffende de rechten van de patiënt.

De heer Jef Valkeniers (VLD) onderlijnt dat een verzoek van een patiënt niet altijd volledig moet worden ingewilligd. In het geval van euthanasie gaat het om een herhaald en bewust verzoek. Naast verstand heeft een mens ook gevoelens; vele handelingen vinden in een gestoorde gemoedstoestand plaats. Wanneer een zelfmoordpoging mislukt, kan de betrokkene op twee manieren reageren: ofwel betreurt hij dat de poging niet gelukt is, ofwel begrijpt hij niet meer hoe het mogelijk is dat hij een zo radicale daad heeft kunnen stellen. Het is dus noodzakelijk na te gaan in welke gemoedstoestand de patiënt de wilsbeschikking heeft geschreven; in het geval van euthanasie wordt daarmee onvoldoende rekening gehouden.

Mevrouw Yolande Avondroodt (VLD) wstelt voor dat de leden van de commissie om nadere verduidelijking vragen bij de bespreking van artikel 8, § 4 van het ontwerp.

De minister onderstreept dat er bij euthanasie twee elementen een rol spelen: het verzoek van de patiënt en de beslissing van de arts om al dan niet gevolg te verlenen aan het verzoek. In het geval van het recht op toestemming in de wet betreffende de rechten van de patiënt stelt de patiënt daarentegen de vraag om niet op te treden.

Personen die zich in een bepaalde, psychologisch onstabiele toestand bevinden, vormen een bijzondere categorie. Het is niet de opdracht van de wetgever om individuele gevallen te regelen: hij moet algemene regels opstellen. De rechten die in het wetsontwerp zijn voorzien, zijn internationaal erkende regels. In concrete gevallen zal een beoordeling van de feiten zich opdringen.

M. Vandeurzen (CD&V) souligne que le projet considère qu'il est injustifié de donner des soins à un patient si, à un moment où celui-ci était encore en mesure d'exprimer sa volonté, il a demandé par écrit de ne pas être aidé.

Mme Yolande Avondroodt (VLD) estime que les dispositions relatives à la déclaration de volonté sont fondamentales et qu'elles peuvent effectivement avoir des conséquences juridiques importantes. L'application du régime proposé dans certaines situations concrètes risque en effet de générer des conflits. C'est la raison pour laquelle le législateur doit préciser très clairement ce qu'il veut et ce qu'il ne veut pas. Le rapport sur l'examen du projet de loi relatif à l'euthanasie (DOC 50 1488/009) souligne d'ailleurs aussi, sur plusieurs points, la nécessité d'explicitier certains éléments dans une loi relative aux droits du patient.

M. Jef Valkeniers (VLD) souligne qu'il ne faut pas systématiquement donner suite à la demande d'un patient à tous égards. Dans le cas de l'euthanasie, il s'agit d'une demande répétée et consciente. S'il est doué de raison, l'homme n'en a pas moins aussi des sentiments; de nombreux actes sont dès lors accomplis alors que le patient est déstabilisé. Lorsqu'une tentative de suicide échoue, l'intéressé peut réagir de deux manières : ou il déplore l'échec de la tentative ou il ne comprend pas comment il a pu en arriver à faire un geste aussi radical. Il est donc nécessaire d'examiner dans quel état d'esprit le patient a rédigé sa déclaration anticipée ; dans le cas de l'euthanasie, cet aspect n'est pas pris suffisamment en considération.

Mme Yolande Avondroodt (VLD) propose que les membres de la commission demandent des éclaircissements à ce propos dans le cadre de l'examen de l'article 8, § 4, du projet.

La ministre souligne que deux éléments interviennent dans l'euthanasie : la demande du patient, d'une part, et la décision du médecin d'accéder ou non à cette demande, d'autre part. Dans le cas du droit au consentement prévu dans la loi relative aux droits du patient, le patient demande par contre de ne pas intervenir.

Les personnes souffrant de certains troubles psychologiques constituent une catégorie à part. Ce n'est pas au législateur de régler des cas individuels : il doit établir des règles générales. Les droits prévus dans le projet de loi découlent de règles reconnues au niveau international. Dans des cas concrets, il faudra toutefois apprécier les faits.

De heer Jef Valkeniers (VLD) vraagt zich af wat men moet doen indien een patiënt op schriftelijke wijze weigert toestemming te verlenen, terwijl de medische deontologie zegt dat een patiënt in nood geholpen moet worden.

De minister antwoordt dat de weigering van de patiënt dan moet worden geëerbiedigd.

Mevrouw Yolande Avondroodt (VLD) wijst erop dat deze lezing van het ontwerp zeer verregaande gevolgen kan hebben.

De minister beklemtoont dat de meeste mensen een behandeling kiezen om opnieuw gezond te worden. Artikel 8 vermeldt duidelijk dat de patiënt het recht heeft om vrij zijn toestemming al dan niet te verlenen na voldoende geïnformeerd te zijn geweest. Wanneer iemand psychologisch in de war is, zal hij moeilijk over zijn leven of dood kunnen beslissen omwille van de gebrekkigheid van zijn wilsuiting.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) vindt dat het wetsontwerp in grote mate een codificatie is van de internationale en Belgische praktijk. Het verslag van de bespreking moet echter duidelijker vermelden wat de wil van de wetgever is. Zal de wet geen verdere draagwijdte hebben dan op vandaag expliciet of impliciet door de rechtspraak wordt aanvaard? De rechtspraak aanvaardt dat in het geval van zelfmoord de plicht van de arts niet steeds dezelfde inhoud heeft. De wet moet zorgvuldig geredigeerd te zijn opdat de wil van de wetgever voldoende duidelijk zou zijn voor de rechter die de wet moet toepassen. De spreker Vandeurzen vreest dat de wet een eigen leven zal gaan leiden en dat daardoor evoluties zullen plaatsvinden die door de wetgever niet gewild zijn; daarom acht hij de memorie van toelichting bij het ontwerp onvoldoende helder.

De heer Jef Valkeniers (VLD) is van oordeel dat zowel de wet als de medische deontologie een arts ertoe verplichten zijn patiënt te behandelen, ongeacht de inhoud van de wilsbeschikking van de betrokkene.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) vindt dat een patiënt het recht moet hebben om behandelingen te weigeren, ook bij wege van een voorafgaande verklaring; in het medisch dossier kan bijvoorbeeld vermeld worden dat de patiënt verdere reanimatie onwenselijk vindt; daarmee moet dan ook rekening worden gehouden.

De minister wijst erop dat het ontwerp op zorgvuldige wijze is opgesteld en dat bij die redactie vele mensen werden geraadpleegd. De wet betreffende de patiëntenrechten in Frankrijk is overigens op dezelfde

M. Jef Valkeniers (VLD) demande quelle attitude adopter si un patient refuse par écrit de donner son consentement, alors que la déontologie médicale veut que l'on aide un patient en détresse.

La ministre répond que, dans ce cas, il faut respecter le refus du patient.

Mme Yolande Avondroodt (VLD) souligne que cette interprétation du projet peut avoir des conséquences incommensurables.

Le ministre souligne que la plupart des gens choisissent un traitement pour recouvrer la santé. L'article 8 précise clairement que le patient a le droit de donner ou non son consentement, après avoir été suffisamment informé. Si une personne souffre de troubles psychologiques, elle risque de ne pas pouvoir décider de sa vie ou de sa mort, étant donné qu'elle ne peut exprimer sa volonté.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) estime que le projet de loi codifie en grande partie les pratiques belge et internationale. Le rapport de la discussion doit toutefois faire apparaître plus clairement la volonté du législateur. La loi ne consacra-t-elle que ce qui est accepté à l'heure actuelle, de manière explicite ou implicite, par la jurisprudence? La jurisprudence admet que, dans le cas du suicide, l'obligation du médecin n'ait pas toujours le même contenu. La loi doit être rédigée avec soin, afin que la volonté du législateur soit suffisamment claire pour le juge qui doit appliquer la loi. L'intervenant craint que la loi ne mène une existence propre, et que l'on assiste dès lors à des évolutions qui n'auront pas été voulues par le législateur; c'est la raison pour laquelle il estime que l'exposé des motifs du projet de loi manque de clarté.

M. Jef Valkeniers (VLD) estime que tant la loi que la déontologie médicale doivent contraindre un médecin à traiter son patient, quel que soit le contenu de la déclaration de volonté de l'intéressé.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) estime qu'un patient doit avoir le droit de refuser des traitements, y compris par le biais d'une déclaration anticipée; dans le dossier médical, il peut par exemple être indiqué que le patient ne souhaite pas être réanimé; il faut dès lors en tenir compte.

Le ministre fait observer que le projet a été soigneusement rédigé et que de nombreuses personnes ont, à cet effet, été consultées. La loi française relative aux droits des patients est d'ailleurs formulée de la même

wijze geformuleerd. Ook zal er een nota worden geschreven over de precieze inhoud van het ontwerp en de grenzen die erin worden gesteld. De doelstelling van de codificatie bestaat erin een positief antwoord te formuleren op de vraag naar de positie van de patiënt. De plichtenleer legt de verplichting op om een mens in nood te helpen, maar ook daarin tekenen zich evoluties af. Eén van die evoluties houdt in dat wie een behandeling moet ondergaan toestemming moet verlenen. Er is een recht op behandeling voor wie in nood is, maar er is ook een recht op toestemming.

De heer Jef Valkeniers (VLD) stelt dat de verplichting tot hulpverlening aan een persoon in nood niet betekent dat een stervende tot elke prijs in leven moet worden gehouden; een stervende moet veeleer hulp krijgen om waardig te sterven.

Mevrouw Yolande Avondroodt (VLD) denkt dat de opvatting van de heer Brouns gedeeltelijk geïnspireerd is door het zorgcontract in Nederland; hij hoopt wellicht dat het toepassingsgebied van het wetsontwerp ruimer zou kunnen worden dan ingevolge uitspraken van de Raad van State en het Arbitragehof het geval is. In Nederland bestaat er een wet op de medische behandelingsovereenkomst, die tot stand gekomen is in een organisatiesysteem van ziekenhuizen dat grondig verschilt van het Belgische systeem.

Drie conclusies dringen zich op:

1) In België is de relatie van patiënten met openbare ziekenhuizen en met artsen die in die ziekenhuizen werken louter publiekrechtelijk; er bestaat dus geen contractuele relatie. Voor die ziekenhuizen zou het ontwerp daarom problemen kunnen opleveren.

2) Wanneer men het heeft over beroepsbeoefenaars of zorgverstreker, dan gaat het niet uitsluitend om artsen. Het zorgcontract in Nederland heeft daarentegen een beperkter toepassingsgebied: het slaat alleen op relaties tussen artsen en patiënten.

3) Als de problematiek benaderd wordt vanuit het verbintenissenrecht, dient zich in België het probleem van de de bevoegdheidsverdelende regels aan. Dat verbintenissenrecht een federale bevoegdheid is, impliceert niet noodzakelijk dat de inhoud van de contracten ook onder de controle van het federale niveau ressorteert.

De heer Jef Valkeniers (VLD) repliceert dat voor deze kwestie in eerste instantie een oplossing gevonden was, nl. de implementering van de wet door middel van een zorgcontract, maar dat die piste uiteindelijk niet gevolgd is.

manière. Une note sera également rédigée sur le contenu précis du projet de loi et sur les limites qui y sont prévues. L'objectif de la codification est de formuler une réponse positive à la question relative à la position du patient. Si la déontologie impose d'aider une personne en détresse, des évolutions se dessinent en la matière. Une de ces évolutions implique que toute personne devant subir un traitement doit donner son accord. Il existe un droit au traitement pour la personne en détresse, mais également un droit au consentement.

M. Jef Valkeniers (VLD) fait observer que l'obligation d'aider une personne en détresse ne signifie pas qu'un mourant doit à tout prix être maintenu en vie. Celui-ci doit plutôt bénéficier d'un accompagnement afin de mourir dignement.

Mme Yolande Avondroodt (VLD) estime que le point de vue de M. Brouns s'inspire en partie du contrat de soins médicaux prévu aux Pays-Bas ; il espère probablement que le champ d'application du projet puisse être plus étendu que celui prévu actuellement à la suite des arrêts du Conseil d'État et de la Cour d'arbitrage. Il existe, aux Pays-Bas, une loi sur le contrat de traitement médical, qui a été élaborée dans un système d'organisation de centres hospitaliers totalement différent du système belge.

Trois conclusions s'imposent :

1) En Belgique, les relations entre les patients, les hôpitaux publics et les médecins employés par ces hôpitaux relèvent exclusivement du droit public. Il n'existe dès lors aucune relation contractuelle. Par conséquent, le projet pourrait poser des problèmes à ces hôpitaux.

2) Les praticiens professionnels ou les prestataires de soins ne visent pas que les médecins. Aux Pays-Bas, le champ d'application du contrat de soins est, en revanche, plus restreint : il concerne uniquement les relations entre médecins et patients.

3) Lorsque l'on examine cette problématique sous l'angle du droit des obligations, on constate que se pose en Belgique la question des règles répartitrices de compétences. Que le droit des obligations soit une compétence fédérale n'implique pas nécessairement que la matière sur laquelle portent les contrats soit, elle aussi, soumise au contrôle de l'autorité fédérale.

M. Jef Valkeniers (VLD) fait observer que l'on avait trouvé une solution à ce problème – à savoir la mise en œuvre de la loi au moyen d'un contrat de soins –, mais que cette option n'a finalement pas été retenue.

De minister gelooft niet dat alle bevoegdheidsproblemen zouden opgelost zijn indien in het ontwerp geopteerd was voor de methode van het zorgcontract. Positief in het wetsontwerp is de bescherming van de wilsonbekwame patiënt door middel van vertegenwoordiging; dit aspect werd overigens zowel door de Raad van State als door de Commissie voor de Bescherming van het Privé-leven gunstig onthaald.

Ook *de heer Jo Vandeurzen (CD&V)* is van oordeel dat de vertegenwoordiging van de wilsonbekwame patiënt door het wetsontwerp verbeterd wordt. Deze wijze van vertegenwoordiging geldt overigens ten aanzien van de arts, maar niet ten aanzien van het ziekenhuis. Op dit moment is er een regel die stelt dat een minderjarige zijn rechten zelf mag uitoefenen indien hij hiertoe over voldoende bekwaamheid beschikt. De vertegenwoordiging is in dit geval terecht anders geregeld.

Mevrouw Yolande Avondroodt (VLD) wijst erop dat het in het ontwerp gaat om de vertegenwoordiging inzake de beslissing over medische handelingen. De toekomst moet uitwijzen of de uitgewerkte regeling goed is; ze zal beschouwd worden als een verduidelijking van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek in specifieke situaties. Het is niet uitgesloten dat aanvaard zal worden dat de regeling niet alleen van toepassing dient te zijn in de directe relatie tussen personen, maar ook ten aanzien van instellingen, zelfs nog voor het te sluiten samenwerkingsakkoord een feit zal zijn.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) stelt vast dat een jongen van 16 jaar, die volgens art. 12, § 2, van het ontwerp perfect in staat is om zijn rechten uit te oefenen, kan beslissen of hij al dan niet een behandeling weigert. Wat gebeurt er in het geval van een meerderjarige die wilsonbekwaam is? Wordt er m.b.t. de familie een cascadesysteem voor de vertegenwoordiging ingevoerd? De prijs die betaald wordt voor de zorgcircuits is vandaag veel te hoog; is het niet mogelijk om de ziekenhuizen hiervoor verantwoordelijk te maken?

Bij de implementering van patiëntenrechten speelt een ziekenhuis een belangrijke rol omwille van zijn integrerende functie. In het domein van het aansprakelijkheidsrecht stelt de bijzondere wet dat de federale wetgever daarvoor bevoegd is. In een ziekenhuis met zelfstandige artsen kan dit op eenvoudige wijze afgesproken worden: indien een aannemingscontract met een zelfstandige kan gesloten worden, kan men immers ook bedingen dat het ziekenhuis *in solidum* aansprakelijk is.

La ministre ne pense pas que tous les problèmes de compétences auraient été réglés si la méthode du contrat de soins avait été retenue dans le projet à l'examen. Un élément positif du projet réside dans la protection du patient incapable par le biais de la représentation. Cet aspect a d'ailleurs été accueilli favorablement tant par le Conseil d'État que par la Commission de la protection de la vie privée.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) estime, lui aussi, que le projet de loi améliore la représentation du patient incapable. Ce mode de représentation s'applique par ailleurs à l'égard du médecin, mais pas à l'égard de l'hôpital. À l'heure actuelle, une règle prévoit que le patient mineur peut exercer personnellement ses droits s'il dispose à cet effet d'une capacité suffisante. Dans ce cas, c'est à juste titre que la représentation est réglée différemment.

Mme Yolande Avondroodt (VLD) souligne que le projet concerne la représentation en matière de décision relative à des actes médicaux. L'avenir nous apprendra si le régime élaboré est valable; il sera considéré comme une clarification des dispositions du Code civil dans des situations spécifiques. Il n'est pas exclu que l'on admette que ce régime doive non seulement être applicable à la relation directe entre des personnes, mais aussi aux rapports avec les institutions, même encore avant que l'accord de coopération ne soit conclu.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) constate qu'un adolescent de 16 ans, qui est parfaitement en mesure d'exercer ses droits selon l'article 12, § 2, du projet, peut décider d'accepter ou de refuser un traitement. Qu'en sera-t-il dans le cas d'un majeur qui est incapable? Instaurera-t-on un système en cascade pour la représentation en ce qui concerne la famille? Le coût des circuits de soins est trop élevé actuellement; ne serait-il pas possible de responsabiliser les hôpitaux à cet égard?

Par sa fonction d'intégration, l'hôpital joue un rôle important dans la mise en œuvre des droits des patients. Dans le domaine du droit des responsabilités, la loi spéciale précise que c'est le législateur fédéral qui est compétent à cet égard. Dans un hôpital où les médecins travaillent sous statut indépendant, on peut parvenir à un accord de manière très simple: si on peut conclure un contrat d'entreprise avec un indépendant, on peut également stipuler que l'hôpital est responsable *in solidum*.

De minister stelt dat in sommige ziekenhuizen afgesproken werd dat de artsen en het ziekenhuis zich bij dezelfde verzekering aansluiten.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) vraagt zich af of wel alle mogelijkheden uitgeput zijn voor de creatie van een kader dat voor de patiënt een belangrijke meerwaarde oplevert.

De minister antwoordt dat de vraag van de heer Vandeurzen momenteel onderzocht wordt. Zij heeft ervoor geopteerd om in elk geval een potentiële vernietiging van het belangrijke ontwerp te vermijden en laat nagaan hoe verder kan worden gegaan.

De heer Hubert Brouns (CD&V) is ervan overtuigd dat het wetsontwerp niet uitsluitend de rechtspositie van de patiënt met betrekking tot therapeutische handelingen regelt. De rechtsverhouding van een patiënt tegenover een controlerende geneesheer geeft immers niet aanleiding tot een therapeutische, maar een administratieve relatie. Het is dan ook betreurenswaardig dat het ontwerp geen onderscheid maakt tussen deze verschillende types van rechtsverhoudingen.

De minister verwijst voor een antwoord naar de verdere bespreking van de artikelen 2 en 3..

V. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMINGEN

Opmerking vooraf

De minister bezorgt de commissie een nota over de rechtsverhouding tussen de patiëntenrechten en de bestaande wetten inzake gezondheidszorg, onder meer :

- de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen (*Belgisch Staatsblad* van 14 februari 1987);
- de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van datzelfde Wetboek;
- de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke;
- de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie;
- de wet van ... 2002 betreffende de palliatieve zorg.

Al deze wetten kunnen beschouwd worden als een «lex specialis» tegenover de patiëntenrechten die een

La ministre souligne qu'il a été convenu dans certains hôpitaux que les médecins et l'hôpital souscriraient la même assurance.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) se demande si l'on a vraiment épuisé toutes les possibilités pour la création d'un cadre qui offrirait une plus-value importante au patient.

La ministre répond que la question de M. Vandeurzen est actuellement à l'examen. Elle a choisi d'écarter en tout cas tout risque d'annulation du projet et elle fait examiner comment il est possible d'aller de l'avant.

M. Hubert Brouns (CD&V) est convaincu que le projet de loi ne règle pas exclusivement la position juridique du patient en ce qui concerne les actes thérapeutiques. Le rapport juridique qui unit le patient au médecin-conseil n'est en effet pas d'ordre thérapeutique, mais d'ordre administratif. Il est dès lors regrettable que le projet ne fasse aucune distinction entre ces différents types de rapports juridiques.

La ministre se réfère pour sa réponse à la discussion des articles 2 et 3..

V. — DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTES

Remarque préliminaire

La ministre communique à la commission une note sur les relations juridiques entre le projet de loi sur les droits du patient et les lois existantes sur les soins de santé, entre autres :

- la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes (MB 14.02.1987);
- la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code;
- la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux;
- la loi du 28 mai 2002 sur l'euthanasie;
- la loi du ...2002 sur les soins palliatifs.

Toutes ces lois peuvent être considérées comme des «lex specialis» par rapport à la future loi sur les droits du

«lex generalis» is. Een «lex specialis» kan voorrang hebben op de lex generalis ook al is deze laatste recenter.

De eerste hypothese betreft de specifieke activiteit waarvoor de lex specialis is tot stand gebracht zoals wegneming van een orgaan, zwangerschapsafbreking, dwangopname (hetgeen geen dwangbehandeling is) en euthanasie. In al deze gevallen is op die specifieke activiteit enkel de lex specialis van toepassing en niet de lex generalis omdat die specifieke activiteit niet als gezondheidszorg in de zin van de lex generalis kan worden beschouwd.

De tweede hypothese betreft het geval van een bepaald thema door zowel de lex specialis als de lex generalis wordt geregeld zoals bv. de toestemming. In dat geval heeft de lex specialis voorrang, ook al is ze ouder dan de lex generalis. Bijvoorbeeld vereist de wet op de orgaanwagneming dat de toestemming van de donor steeds schriftelijk wordt bevestigd.

De derde hypothese betreft activiteiten die kunnen worden beschouwd als «gezondheidszorg» in de zin van de lex generalis en die worden verricht in verband met de hierboven vernoemde en apart geregelde handelingen, zoals bv. het gynaecologisch consult en onderzoek van een zwangere vrouw, het onderzoek van de gezondheidstoestand van een geesteszieke noodzakelijk voor de aflevering van een omstandig medisch verslag e.d. Op deze activiteiten, die als gezondheidszorg kunnen worden beschouwd, is de lex generalis derhalve van toepassing.

Artikel 1

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt; het wordt eenparig aangenomen.

Art. 2

De heer Hubert Brouns (CD&V) vraagt zich af welke definitie wordt gegeven van de termen «patiënt», «gezondheidszorg» en «beroepsbeoefenaar». Bij wijze van voorbeeld wijst hij erop, dat gezondheidszorg wordt omschreven als diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar, inzonderheid met het oog op het 'vaststellen' van de gezondheidstoestand van een patiënt. Zulks kan betrekking hebben op het onderzoek door de arbeidsgeneesheer of de adviserend arts. Die formulering heeft dus tot gevolg dat de werkingssfeer van het wetsontwerp wordt uitgebreid tot niet-therapeutische betrekkingen die reeds door andere wetgeving worden geregeld (cf. de wet houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid; het «Handvest» van de sociaal verzekerde). Derhalve kan een normenconflict ontstaan.

patient qui est une «lex generalis». Une «lex specialis» peut avoir priorité sur une «lex generalis» même si cette dernière est plus récente.

Une première hypothèse concerne l'activité spécifique qui a donné naissance à la «lex specialis» comme le prélèvement d'organes, l'avortement, l'euthanasie ou l'hospitalisation obligatoire (ce qui n'est pas un traitement obligatoire). Dans tous ces cas, seule la «lex specialis» est d'application à cette activité spécifique et non pas la lex generalis» étant donné que cette activité spécifique ne peut être pas considérée comme soin de santé au sens de la «lex généralis».

La deuxième hypothèse concerne le cas auquel s'applique tant la «lex specialis» que la «lex generalis», comme par exemple le consentement. Dans ce cas, la «lex specialis» a priorité même si elle est postérieure à la «lex generalis». Par exemple, la loi sur le prélèvement d'organes postule que le consentement du donneur doit toujours être confirmé par écrit.

La troisième hypothèse concerne des activités qui peuvent être considérées comme des «soins de santé» au sens de la «lex generalis» et qui sont prodigués en relation avec les actes cités ci-avant et pour lesquels il existe une législation spécifique, comme par exemple, la consultation gynécologique et l'examen d'une femme enceinte, l'examen de l'état de santé d'un malade mental pour la délivrance d'un rapport médical circonstancié, etc. Dès lors, la «lex generalis» s'applique à ces activités pouvant être considérées comme des soins de santé.

Article 1^{er}

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté à l'unanimité.

Art. 2

M. Hubert Brouns (CD&V) s'interroge sur la manière dont sont définis les concepts «patient», «soins de santé» et «praticien professionnel». Il relève, à titre d'exemple, que les soins de santé sont définis comme étant les services dispensés par un praticien professionnel notamment en vue de 'déterminer' l'état de santé d'un patient. Cela peut viser l'examen réalisé par le médecin du travail ou le médecin-conseil. Cette formulation a donc pour conséquence d'élargir le champ d'application du projet aux relations non-thérapeutiques, déjà régies par d'autres législations (loi sur la Banque-Carrefour, Charte de l'assuré social). Un conflit de normes est, par conséquent, susceptible de naître.

De spreker acht het noodzakelijk terzake meer duidelijkheid te verschaffen.

De heer Luc Paque (cdH) dient amendement nr. 11 (DOC 50 1642/005) in, dat ertoe strekt in de in artikel 2, 1° vervatte definitie van het begrip «patiënt», de woorden «, al dan niet op eigen verzoek» weg te laten. Mocht het toepassingsgebied van het wetsontwerp worden uitgebreid tot medische procedures zoals medische controles, zoals de heer Brouns heeft beklemtoond, dan dreigt de wet volgens hem in talrijke situaties onuitvoerbaar te worden.

De minister erkent dat de gegeven definitie van het begrip «patiënt» tot gevolg heeft dat de werkingssfeer van het wetsontwerp wordt uitgebreid tot de verplichte controles in het kader van het sociaizekerheidsstelsel (beroepsziekten, arbeidsongevallen, kindergeld alsmede koninklijk besluit nr. 35 van 20 juli 1967 houdende het statuut en het barema van de adviserend geneesheren die tot taak hebben bij de verzekeringsinstellingen in te staan voor de geneeskundige controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en op de gezondheidszorgverstrekkings overeenkomstig de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994). Zij vestigt evenwel de aandacht van de commissieleden op het ontworpen artikel 3, § 2, waarin is bepaald dat een koninklijk besluit zal worden goedgekeurd teneinde rekening te houden met de nood aan specifieke bescherming b.v. in het kader van de verplichte preventieve geneeskunde (schoolgeneeskunde, sportgeneeskunde en arbeidsgeneeskunde) alsook van de controle-geneeskunde.

De heer Luc Paque (cdH) dient amendement nr. 12 (DOC 50 1642/005) in, dat ertoe strekt de tenuitvoerlegging van het wetsontwerp te beperken tot de beoefenaars van de geneeskunst op wie het koninklijk besluit nr. 78 van toepassing is. Hij beklemtoont dat de verwijzing naar de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie de verpleegkunde en de paramedische beroepen, de rechtszekerheid op de helling dreigt te plaatsen, aangezien die wet nog niet in werking is.

De minister verzet er zich tegen dat de verwijzing naar de wet van 29 april 1999 zou worden weggelaten. Wel is het zo dat de regering bezig is dat beschikkend gedeelte in koninklijke besluiten om te zetten. Pro memorie : een eerste fase werd verwezenlijkt bij de goedkeuring van het koninklijk besluit betreffende de erkenning van beroepsorganisaties van beoefenaars van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk

L'intervenant estime qu'il est nécessaire de clarifier ce point.

M. Luc Paque (cdH) dépose un amendement n° 11 (DOC 50 1642/005) visant à supprimer, dans la définition du patient, telle qu'énoncée à l'article 2, 1°, l'expression «à sa demande ou pas». Il considère en effet que l'élargissement du champ d'application du projet de loi à des procédures médicales de type contrôle risque, comme l'a relevé M. Brouns, d'entrer en conflit avec d'autres législations et d'avoir pour conséquence de rendre le projet inapplicable dans de multiples situations.

La ministre reconnaît que la définition du «patient», telle que formulée, a pour effet d'élargir le champ d'application du projet aux situations de contrôle obligatoire prévu par le système de sécurité sociale (maladies professionnelles, accidents du travail, allocations familiales, arrêté royal n°35 du 20 juillet 1967 portant le statut et le barème des médecins-conseils chargés d'assurer auprès des organismes assureur le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994). Toutefois, elle attire l'attention des membres de la commission sur l'article 3, § 2, du projet où il est prévu qu'un arrêté royal sera adopté afin de tenir compte du besoin de protection spécifique, par exemple, dans le cadre de la médecine préventive obligatoire (médecine scolaire, sportive et médecine du travail) et de la médecine-contrôle.

M. Luc Paque (cdH) dépose un amendement n° 12 (DOC 50 1642/005) visant à limiter l'application du projet de loi au praticien professionnel visé à l'AR n°78 relatif à l'exercice des professions de soins de santé. Il relève que la référence à la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non-conventionnelles risque de compromettre la sécurité juridique dans la mesure où cette loi n'est pas encore en vigueur.

La ministre s'oppose à ce qu'on omette la référence à la loi du 29 avril 1999. Il est vrai que le gouvernement est en train de traduire ce dispositif légal en arrêté royaux. Pour mémoire, une première phase a été réalisée lors de l'adoption de l'arrêté royal fixant les critères de reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou susceptible d'être qualifiée de non-conventionnelle. Conformément à la loi de 1999, un projet de loi portant

te worden gekwalificeerd. Overeenkomstig de wet van 1999 is een koninklijk besluit ter bekrachtiging van dat koninklijk besluit in de Kamer ingediend; dit zou eerlang op de agenda moeten worden geplaatst van de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing.

Het ter bespreking voorliggende wetsontwerp zal op zich niet de tenuitvoerlegging ten gevolge hebben van de wet van 1999.

De heer Hubert Brouns (CD&V) merkt op dat het institutionele facet in de definitie van de begrippen «beroepsbeoefenaar» en «gezondheidszorg» wordt weggelaten overeenkomstig het door de Raad van State uitgebrachte advies. De spreker herinnert eraan dat hij om die leemte aan te vullen had voorgesteld het begrip «medisch zorgcontract» te hanteren, dat geïnspireerd is op de in Nederland opgedane ervaringen, en dat de mogelijkheid biedt de instellingen uit de sector van de gezondheidszorg bij de zaak te betrekken.

De minister verwijst naar amendement nr. 24 (DOC 50 1642/006) van de heer Yvan Mayeur en mevrouw Yolande Avontroodt, dat ertoe strekt bij artikel 17 te voorzien in de mogelijkheid, een hoofdstuk inzake de naleving van de rechten van de patiënt in te voegen in de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, en aldaar gewag te maken van de regeling waarin artikel 4, § 2, van het voorontwerp van wet voorzagt. Dat hoofdstuk strekt tot bekrachtiging van de verplichting voor de ziekenhuizen om de rechten van de patiënt na te leven en te doen naleven; voorts wordt op grond ervan een weerlegbaar vermoeden van aansprakelijkheid ingesteld met betrekking tot de centrale aansprakelijkheid van de ziekenhuizen voor de tekortkomingen die de beroepsbeoefenaars die er werken kunnen worden aangerekend. Indien men zich beperkt tot de ziekenhuizen, dan heeft een en ander reeds betrekking op talrijke problematische situaties en, in geval van beroep bij het Arbitragehof wordt voorkomen dat de tekst in zijn geheel wordt afgewezen.

De heer Hubert Brouns (CD&V) verwelkomt de geleverde inspanning, maar is ongerust over de weglating van de andere verzorgingsinstellingen.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) wenst nadere toelichtingen over de plaats die donoren en ontvangers van organen innemen in het wetsontwerp.

De heer Hubert Brouns (CD&V) vindt dat orgaandonoren, naar het voorbeeld van mensen die zich aan medische experimenten onderwerpen, zich in de positie van patiënt kunnen bevinden gelet op de aan een dergelijke

confirmation de cet arrêté royal été déposé à la Chambre et devrait être bientôt mis à l'agenda de la commission de la Santé publique.

Le projet de loi en discussion n'aura pas pour effet de conférer, à lui seul, exécution à la loi de 1999.

M. Hubert Brouns (CD & V) remarque que, conformément à l'avis rendu par le Conseil d'Etat, la définition du «praticien professionnel» et des «soins de santé» omet l'aspect institutionnel. L'intervenant rappelle que pour remédier à cette lacune, il avait proposé le recours à la notion de «contrat de soins médicaux» inspiré par l'expérience néerlandaise et permettant d'impliquer les institutions des soins de santé.

La ministre se réfère à l'amendement n° 24 de M. Mayeur et de Mme Avontroodt (DOC 50 1642/006) à l'article 17 du projet, qui permet d'insérer, dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, un chapitre consacré au respect des droits du patient et d'y formuler le mécanisme qui était prévu dans l'article 4 §2 de l'avant-projet de loi. Ce chapitre consacre l'obligation pour les hôpitaux de respecter et de faire respecter ces droits et introduit une présomption réfragable de responsabilité centrale des hôpitaux pour les manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent. En se limitant aux hôpitaux, on couvre déjà un grand nombre de situations problématiques et, en cas de recours à la Cour d'arbitrage, on évite d'être sanctionné sur l'ensemble du texte.

M. Hubert Brouns (CD&V) salue l'effort réalisé mais s'inquiète de l'omission des autres institutions de soins.

Mme Yolanda Avontroodt (VLD) souhaite des éclaircissements sur la place des donneurs et des receveurs d'organes dans le projet de loi.

M. Hubert Brouns (CD&V) estime que les donneurs d'organes à l'instar des personnes qui se soumettent à des expériences scientifiques peuvent se trouver, en raison des risques inhérents à ce type d'intervention,

ingreep verbonden risico's. Terzake bestaat evenwel geen gedetailleerde regelgeving, behalve dan een nog in Belgisch recht om te zetten Europese richtlijn van 2001, meer bepaald betreffende de onderlinge aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen van de lidstaten inzake de toepassing van goede klinische praktijken bij de uitvoering van klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

De minister licht toe dat het wetsontwerp alleen betrekking heeft op de verhouding tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt. Donoren of ontvangers van organen, noch vrijwillige deelnemers aan wetenschappelijke experimenten behoren tot de werkingssfeer van het wetsontwerp. Het spreekt echter vanzelf dat die mensen zich tijdens de verzorging na de orgaandonatie of na het experiment in de positie van patiënt bevinden zoals bedoeld in het wetsontwerp.

De minister bevestigt dat de omzetting van de Europese richtlijn die de heer Brouns in herinnering heeft gebracht, binnen afzienbare tijd zal plaatsvinden.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) wijst erop dat werknemers blijkens de lectuur van de in artikel 2 vervatte omschrijving van het begrip patiënt, eveneens patiënten vormen in het kader van de arbeidsgeneeskunde. De bevoegdheid inzake de preventieve facetten van dat type van geneeskunde ligt evenwel bij de gemeenschappen. Moet met die laatste geen samenwerkingsakkoord worden gesloten opdat voor beroepsbeoefenaars die aan preventie doen dezelfde verplichtingen kunnen gelden als voor hun confraters ?

De minister verbindt er zich toe de rechten van de patiënt zo goed mogelijk in acht te nemen en, gelet op de beginselen inzake de bevoegdheidsverdeling, de nodige samenwerkingsakkoorden te sluiten.

*
* *

Amendement nr. 11 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr. 12 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Artikel 2 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Art. 3

De heer Luc Paque (cdH) dient amendement nr. 20 (DOC 1642/006) in, dat erop gericht is, «procedures die

dans la position de patients. Or, il n'existe pas véritablement de réglementations détaillées, sauf une directive européenne de 2001 relative à l'application de bonnes pratiques cliniques dans la conduite d'essais cliniques de médicaments à usage humain, dont la transposition doit encore être réalisée dans l'ordre interne belge.

La ministre précise que le projet de loi ne vise que les relations praticien – patient. Le donneur ou receveur d'organe ou la personne participant volontairement à des expériences scientifiques ne relèvent pas du champ d'application de la loi. Cependant, il est évident que pour les soins ultérieurs, consécutifs au don ou à l'expérience, ces personnes se trouvent dans la position de patients tels que visés par le projet.

Concernant la directive européenne dont M. Brouns a rappelé l'existence, la Ministre confirme que la transposition aura lieu dans les délais.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) relève qu'à la lecture de la définition de patient énoncée à l'article 2, il apparaît que, dans le contexte de la médecine du travail, le travailleur est également un patient. Or, les communautés sont compétentes pour les aspects préventifs de ce type de médecine. Ne serait-il pas nécessaire de conclure, avec elles, un accord de coopération afin que les praticiens agissant préventivement soient soumis aux mêmes obligations que leurs confrères ?

La ministre s'engage à assurer, de manière optimale, le respect des droits du patient et, eu égard aux principes de répartition de compétences, à conclure les accords de coopération nécessaires.

*
* *

L'amendement n° 11 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 12 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'article 2 est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

Art. 3

M. Luc Paque (cdH) dépose un amendement n° 20 (DOC 50 1642/006) visant à exclure du champ d'appli-

ertoe strekken de gezondheidstoestand vast te stellen in het kader van de verzekeringsgeneeskunde, de gerechtelijke geneeskunde en het uitvoeren van controles door de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen of door de arbeidsgeneesheren», uit te sluiten van de werkingssfeer van het wetsontwerp. De spreker verwijst naar de schriftelijke verantwoording van zijn amendement. Volgens hem is de verwijzing in artikel 3, § 2, waarin wordt gesteld dat een koninklijk zal worden uitgewerkt, «teneinde rekening te houden met de nood aan specifieke bescherming», te vaag. Bovendien zal rechtsonzekerheid blijven bestaan zolang dat besluit niet is uitgevaardigd.

De heren Luc Goutry, José Vande Walle en Jo Vandeurzen (CD&V) dienen amendement nr. 28 (DOC 50 1642/007) in, teneinde de tekst van artikel 3, § 1, dusdanig te wijzigen dat de onderzoeken van de gezondheidstoestand in het kader van de verzekeringsgeneeskunde, de gerechtelijke geneeskunde en van de toepassing van controleopdrachten uitgevoerd door de adviserend geneesheer van een ziekenfonds of van de arbeidsgeneesheer, worden uitgesloten van de werkingssfeer van het wetsontwerp. Wel daarbij inbegrepen zijn, volgens hetzelfde amendement, medische experimenten en medisch wetenschappelijk onderzoek die gepaard gaan met verzorging ten behoeve van de proefpersoon.

De heer Yvan Mayeur (PS) stemt in met amendement nr. 20. Volgens hem dreigt de patiënt op een dwaalspoor te worden gebracht omdat die procedures niet uitdrukkelijk worden uitgesloten. Voorts vestigt hij de aandacht van de commissieleden op de artsen die behoren tot de organisaties «Office de la Naissance et de l'Enfance» (ONE) en «Kind en Gezin», die tot taak hebben de ouders door te verwijzen naar een andere beroepsbeoefenaar. Die verhouding wijkt dus sterk af van de traditionele verhouding tussen beroepsbeoefenaars en patiënten.

Voorts onderstreept de spreker het belang van gedegen voorlichting op het ogenblik dat het wetsontwerp wordt goedgekeurd. Aldus krijgen de burgers informatie over de draagwijdte van de hun verleende rechten.

De minister verbindt er zich toe, een bijzondere inspanning te doen om het publiek in vlot verstaanbare taal te informeren.

Voor het overige geeft de minister te kennen zich niet te kunnen terugvinden in de amendementen.

Het in artikel 3, § 2, bedoelde koninklijk besluit zal bepalend zijn wat de bij het wetsontwerp uitgevaardigde regels betreft. Die laatste moeten, gelet op de specifieke facetten van de controlegeneeskunde (beroeps-

cation du projet de loi «les procédures mises en place en vue d'établir l'état de santé dans le cadre de la médecine d'assurance, de la médecine légale et l'exécution des missions de contrôle par les médecins-conseils des organismes assureurs ou par les médecins du travail». L'intervenant se réfère à la justification écrite de l'amendement. Il estime que la référence, faite à l'article 3 § 2, à l'élaboration d'un arrêté royal tenant compte du besoin de protection spécifique n'est pas suffisamment précise. Par ailleurs, un flou juridique subsistera tant que cet arrêté n'aura pas été pris.

MM. Luc Goutry, José Vande Walle et Jo Vandeurzen (CD&V) cs déposent un amendement n° 28 (DOC 50 1642/007) visant à modifier le texte de l'article 3 § 1 de manière à exclure du champ d'application du projet de loi l'examen médical réalisé dans le cadre de la médecine de l'assurance et de la médecine légale et de l'exécution des missions de contrôle par le médecin conseil d'une mutualité ou par le médecin du travail. L'amendement y inclut, par contre, les expériences et la recherche scientifiques médicales, lorsque celles-ci impliquent des soins pour la personne qui y est soumise.

M. Yvan Mayeur (PS) se rallie à l'amendement n° 20. Il estime que l'absence d'exclusion explicite de ces procédures risque d'induire le patient en erreur. Il attire également l'attention des membres de la commission sur le cas des médecins de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et de «Kind en Gezin», dont le rôle est de réorienter les parents vers un autre praticien professionnel. Les relations sont donc nettement différentes des relations habituelles entre le praticien et le patient.

L'intervenant souligne, en outre, l'importance d'une publicité adéquate lors de l'adoption du projet de manière à ce que les citoyens soient informés de la portée des droits qui leur sont reconnus.

La ministre s'engage à réaliser un effort particulier afin que le public soit informé dans un langage accessible.

Pour le reste, la Ministre se déclare défavorable à l'adoption des amendements.

L'arrêté royal, visé à l'article 3 §2, déterminera les règles édictées par le projet de loi qui, eu égard aux spécificités dans les domaines de la médecine contrôle (maladies professionnelles, des accidents du travail, des

ziekten, arbeidsongevallen, kindergeld, gehandicapten) en van de verplichte preventieve geneeskunde, worden toegepast volgens andere bijzondere regels. In dergelijke situaties is het immers van belang dat de patiënt niet gewoonweg wordt uitgesloten van de werkingssfeer van het wetsontwerp.

De heer Hubert Brouns (CD&V) heeft vragen inzake de draagwijdte van het bedoelde koninklijke besluit. Strekt het tot bekrachtiging van de in andere wetten gehuldigde, bestaande rechten (zoals in de wet houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid alsmede in het «Handvest» van de sociaal verzekerde)?

Ook *de heer Yvon Mayeur (PS)* is van oordeel dat terzake nauwkeurigheid geboden is. Ofwel sluit men van de toepassings sfeer van het onderhavige wetsontwerp de rechtsverhoudingen uit die de controle geneeskunde met zich brengt en waarvoor reeds andere regels gelden, ofwel geeft men aan welke aspecten van het wetsontwerp er betrekking op hebben. Het ligt bijvoorbeeld voor de hand dat de patiënt die aan de controle wordt onderworpen de arts niet vrij kan kiezen. Hij heeft daarentegen het recht bepaalde inlichtingen te verkrijgen. Er moet nog worden gepreciseerd in hoeverre dat recht gewaarborgd is.

De minister antwoordt dat thans onderzoek wordt gedaan teneinde te bepalen welke regels moeten worden aangepast in het kader van de controle geneeskunde. Het is in ieder geval duidelijk dat wanneer een adviseerend geneesheer een dossier opent over een mindervalide, die daar toegang moet kunnen toe hebben. De vrije keuze van de arts is in dat geval daarentegen niet van toepassing. Artikel 6 bepaalt trouwens uitdrukkelijk dat het recht op vrije keuze krachtens de wet kan worden beperkt.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) stelt niettemin vast dat wat het recht inzake toestemming betreft artikel 8 geen enkele verwijzing bevat naar «beperkingen opgelegd krachtens de wet».

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) en Hubert Brouns (CD&V) attenderen erop dat een koninklijk besluit alleen de nadere toepassingsregels van een wet mag aanscherpen zonder afbreuk te doen aan de inhoud ervan. Er kan dus geen sprake zijn van een vermindering van de beschermingsgraad. Zoniet, zal de rechter moeten bepalen of dat koninklijk besluit strookt met de wet.

De minister preciseerd dat de Koning de beschermingsgraad niet mag verlagen en dat hij evenmin rechten mag toekennen waarin de onderhavige wet niet voorziet. Het is gewoon de bedoeling een aangepaste beschermingsregeling vast te stellen.

allocations familiales, des moins valides) et de la médecine préventive obligatoire, doivent être appliquées selon des modalités distinctes. Il importe en effet dans ces situations que le patient ne soit pas purement et simplement exclu du champ d'application de la loi.

M. Hubert Brouns (CD & V) s'interroge sur la portée de l'arrêté royal dont il est question. S'agit-il d'opérer la codification des droits existants consacrés dans d'autres législations (telle la loi sur la banque carrefour ou la charte de l'assuré social) ?

M. Yvan Mayeur (PS), lui aussi, considère qu'il est nécessaire d'être précis sur ce point. Soit on exclut du champ d'application du présent projet de loi les relations engendrées par la médecine contrôle, déjà régies par d'autres règles, soit on indique quels aspects du projet y sont applicables. A titre d'exemple, il est évident que le patient soumis au contrôle n'a pas le libre choix du praticien. Il a, par contre, le droit d'obtenir certaines informations. Reste à préciser dans quelle mesure doit être garanti ce droit .

La ministre répond que des études sont actuellement en cours afin de déterminer quelles sont les règles à adapter dans le cadre de la médecine-contrôle,

En tout cas, il est évident que lorsque, par exemple, un médecin conseil ouvre un dossier concernant une personne moins valide, celle-ci doit pouvoir accéder à ce dossier. Par contre, le libre choix du praticien, dans ce cas, n'est pas d'application. L'article 6 prévoit, d'ailleurs, explicitement que le droit au libre choix peut être limité en vertu de la loi.

Mme Yolandé Avontroodt (VLD) constate néanmoins que pour ce qui est du droit au consentement, l'article 8 ne contient aucune référence à des «limites en vertu de la loi».

M. Jo Vandeurzen (CD & V) et M. H. Brouns (CD & V) rappellent qu'un arrêté royal ne peut que préciser les modalités d'application d'une loi, sans y porter atteinte sur le fond. Il ne peut donc être question de diminuer le niveau de protection conféré. A défaut, il appartiendra au juge de contrôler la conformité de cet arrêté à la loi.

La ministre précise que le Roi ne peut pas abaisser le niveau de protection, pas plus qu'il ne peut accorder des droits non prévus dans la présente loi. Il s'agit simplement de déterminer un système de protection adapté.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) stipt aan dat de uitwerking van het bedoelde koninklijk besluit een voorafgaand advies vereist van de Federale commissie Rechten van de Patiënt die wordt opgericht door artikel 16 van het wetsontwerp. Ze heeft vragen over de aard van dat advies en legt de nadruk op de noodzaak van de vertegenwoordiging van de artsen die optreden in het kader van de procedures van controlegeneeskunde in die commissie.

De minister wijst erop dat het advies waarvan sprake is niet dwingend is. De regering mag ervan afwijken op voorwaarde dat ze haar beslissing met redenen omkleedt. De beroepsbeoefenaars waarover de spreker het heeft gehad zijn niet allemaal vertegenwoordigd in de Federale commissie, maar het nodige zal worden gedaan opdat deskundigen in die domeinen bij de redactie van het advies kunnen worden betrokken.

Volgens *mevrouw Yolande Avontroodt (VLD)* zou het in artikel 3, § 2, bedoelde koninklijk besluit ook rekening moeten houden met de wet betreffende de plaatsing. De daarin bedoelde personen beantwoorden ook aan de definitie van de «patiënt» zoals aangegeven in artikel 2. Het recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar is weliswaar niet van toepassing, maar andere rechten zijn dat wel (recht inzake toestemming, recht op informatie of recht op inzage van het dossier). Die patiënten mogen niet over het hoofd worden gezien.

De minister verwijst naar de memorie van toelichting : in de commentaar bij artikel 3, § 2, staat te lezen dat de Koning bijvoorbeeld «de rechten van een geesteszieke patiënt die onder dwang in een psychiatrisch ziekenhuis wordt behandeld, nader [kan regelen] (DOC 50 1642/001, blz. 17). Het wetsontwerp gaat niet verder want de plaatsing onderstelt dat dwangmaatregelen kunnen worden genomen in het belang van de samenleving.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) is van mening dat men de verwachtingen van de patiënten op het stuk van de controlegeneeskunde niet mag verscherpen. Ze merkt op dat het wetsontwerp de patiëntenrechten vaststelt, maar dat de definitie van de «patiënt» zo ruim is dat ze personen betreft die niet echt patiënt zijn.

Het is volgens *de heer Jo Vandeurzen (CD&V)* essentieel de draagwijdte van artikel 3, § 1, te verduidelijken. De rechtsverhoudingen tussen de patiënt en de arts kunnen van contractuele of buitencontractuele aard zijn (indien de patiënt ambtenaar is of indien hij in de onmogelijkheid verkeert om een contract te sluiten). De inachtneming van de rechten van de patiënten is voor de arts een verplichting waarvan de schending, naarge-

Mme Yolande Avontroodt (VLD) relève que l'élaboration de l'arrêté royal en question nécessite un avis préalable de la Commission fédérale «droit du patient», instituée par l'article 16 du projet de loi. Elle s'interroge sur la nature de cet avis et insiste sur la nécessité que soient représentés, au sein de la Commission fédérale, les praticiens intervenant lors des procédures de médecine-contrôle.

La ministre souligne que l'avis dont il est question est un avis non contraignant. Le Gouvernement peut s'en écarter pour autant qu'il motive sa décision. Les praticiens auxquels l'intervenante s'est référée ne seront pas tous représentés au sein de la Commission fédérale, mais le nécessaire sera fait afin que des experts dans ces domaines soient associés à la rédaction de l'avis.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) estime que l'AR visé à l'article 3, § 2, devrait également prendre en compte la loi relative à la collocation. Les personnes qui y sont visées répondent également à la définition de «patient» telle que formulée à l'article 2. Certes, le droit au libre choix du praticien professionnel n'est pas d'application mais d'autres droits le sont (droit au consentement, à l'information ou droit de consulter son dossier). Ces patients ne doivent donc pas être omis.

La ministre se réfère à l'exposé des motifs : dans les commentaires relatifs à l'article 3, § 2, il est dit que le Roi peut, par exemple «préciser les droits d'un patient handicapé mental soumis à un traitement forcé dans un hôpital psychiatrique» (DOC 50 1642/001, p17). Pour le reste, le projet de loi ne va pas plus avant car la collocation suppose que des mesures de contrainte peuvent être prises dans l'intérêt de la société.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) estime qu'il est essentiel de ne pas exacerber les attentes des patients par rapport à la médecine-contrôle. Elle remarque que le projet consacre les droits des patients, mais la définition qui est donnée du «patient» est à ce point large qu'elle recouvre des personnes qui n'en sont pas véritablement.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) estime essentiel de clarifier la portée de l'article 3, § 1. Les relations entre le patient et le médecin peuvent être de nature contractuelle ou extra-contractuelle (si le praticien a le statut de fonctionnaire ou si le patient est dans un état d'incapacité empêchant la conclusion d'un contrat). Le respect des droits des patients constitue, dans le chef du praticien, une obligation dont la méconnaissance implique,

lang het geval, een al dan niet contractuele aansprakelijkheid impliceert. Wat is ervan aan als de arts gebonden is door een arbeidsovereenkomst met de verzorgingsinstelling die hem tewerkstelt? Krachtens artikel 18 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten is de arts alleen aansprakelijk voor zijn bedrog en zijn zware schuld. Voor lichte schuld is hij alleen aansprakelijk als die bij hem veeleer gewoonlijk voorkomt. De werkgever (in dezen de zorginstelling) is aansprakelijk voor de lichte schulden. Kan de minister aangeven of die bepaling van toepassing is dan wel of zij een andere aanpak voorstaat die erin bestaat te stellen dat de arts in alle gevallen aansprakelijk is?

Wat gebeurt er overigens met de strafrechtelijke bepalingen die bijvoorbeeld het schuldig verzuim bestraffen?

De minister antwoordt dat naar luid van artikel 3, § 1, het wetsontwerp geldt voor elke rechtsverhouding die kan tot stand komen tussen de patiënt en de arts, ongeacht of ze onder het privaatsrecht of onder het publiekrecht valt. In de context van de urgente zorg is de prioriteit het leven te redden van een patiënt die zijn wil niet kan uiten. In dat geval kan men geen enkel verwijt maken over het optreden van de arts.

Voorts geeft de spreker aan dat het wetsontwerp er niet toe strekt de medische aansprakelijkheid te regelen. Daarvoor zal een ander wetsontwerp worden uitgewerkt. Het beoogt alleen de rechten van de patiënt vast te stellen, zonder nieuwe straffen in te voeren en zonder afbreuk te doen aan de bepalingen van het vigerend burgerlijk, straf- of tuchtrecht. Het door de spreker geciteerde artikel 18 blijft dus van toepassing.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) heeft vragen over de kwalificatie van de nalatigheden van de arts. Hoe kan men bijvoorbeeld de schending kwalificeren van het recht van de patiënt op informatie? Is dat een zware of een lichte schuld?

De minister is van mening dat het gevaarlijk zou zijn te veralgemenen. De rechter zal zich voor elk geval afzonderlijk moeten uitspreken over de aard van de nalatigheid.

De minister is geen voorstander van een verruiming van de werkingssfeer van de wet tot de medische experimenten zonder vooraf de gevolgen te hebben geëvalueerd (bijvoorbeeld op het stuk van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer). Gelet op de tijd die een dergelijke evaluatie in beslag neemt, lijkt het haar inopportuun die kwestie te voegen bij het ter bespreking voorliggende wetsontwerp.

selon le cas, une responsabilité, contractuelle ou extra-contractuelle. Qu'en est-il lorsque le médecin se trouve dans les liens d'un contrat de travail avec l'institution de soins qui l'emploie? En vertu de l'article 18 de la loi de 1978 relative aux contrats de travail, le praticien ne répond que de son dol et de sa faute lourde. Il ne répond de sa faute légère que si celle-ci présente, dans son chef, un caractère habituel. L'employeur (ici l'institution de soins de santé) est responsable pour les fautes légères commises. La ministre peut-elle préciser si cette disposition s'applique, ou privilégie-t-elle une autre approche, consistant à considérer que le praticien est responsable dans tous les cas?

Par ailleurs, qu'advient-il des dispositions pénales sanctionnant, par exemple, les abstentions coupables?

La ministre répond que l'article 3, §1 rend le projet de loi applicable à toute relation pouvant naître entre le patient et le praticien, qu'elle relève du droit privé ou public. Dans le contexte de médecine urgente, la priorité est de sauver la vie du patient qui se trouve dans l'incapacité de manifester sa volonté. L'intervention du médecin, dans ce cas, est à l'abri de tout reproche.

L'oratrice rappelle, par ailleurs, que le présent projet n'a pas pour objet de régir la responsabilité médicale, qui fera l'objet d'un projet de loi distinct. Il vise simplement à consacrer les droits du patient, sans instaurer de sanctions nouvelles et sans porter préjudice aux dispositions de droit civil, pénal ou disciplinaire en vigueur. Dès lors, l'article 18 de la loi citée par l'intervenant reste d'application.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) s'interroge sur la qualification des manquements du praticien. Comment qualifier, par exemple, la violation du droit du patient à être informé? S'agit-il d'une faute légère ou lourde?

La ministre estime qu'il serait dangereux de s'engager dans la voie de la généralisation. Il appartiendra au juge de se prononcer, au cas par cas, sur la nature du manquement.

La ministre est défavorable à l'élargissement du champ d'application de la loi aux expériences médicales, sans en avoir, au préalable, évalué les conséquences (par exemple, quant au respect de la vie privée). Vu le temps que requiert une telle évaluation, elle estime inopportuun de joindre cette question au projet en discussion.

De heer Jacques Germeaux (VLD) vestigt de aandacht van de minister op de moeilijkheden die terzake zijn gerezen in het veld. De situatie zou grondig moeten worden onderzocht.

De minister neemt goed nota van de opmerking van de heer Germeaux. Ze verwijst naar de Europese richtlijn betreffende de klinische proeven met geneesmiddelen, waarvan de omzetting in het Belgisch recht aan de gang is en die de mogelijkheid biedt een aspect van het probleem op te lossen.

*
* *

Amendement nr. 20 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendementen nr. 37 en 28 worden verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Artikel 3 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Art. 4

Met zijn amendement nr. 23 (DOC 50 1642/006) beoogt de heer Yvon Mayeur c.s. (PS) artikel 4 te vervangen door de volgende bepaling : «In de mate waarin iedere patiënt hieraan zijn medewerking verleent, leeft iedere beroepsbeoefenaar de bepalingen van deze wet na binnen de perken van de hem door of krachtens de wet toegewezen bevoegdheden. In het belang van de patiënt pleegt hij desnoods multidisciplinair overleg.»

De heer Philippe Seghin (MR) geeft aan dat het amendement ertoe strekt het bestaan van een algemene medewerkingsplicht van de patiënt voor het voetlicht te brengen.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) is verwonderd over de formulering van het door parlementsleden van de meerderheid ingediende amendement. De spreker stipt aan dat de regering een duidelijke keuze heeft gemaakt in verband met de verplichtingen van de patiënt. In de memorie van toelichting wordt aangegeven dat de verplichtingen van de arts jegens de patiënt en die van de patiënt jegens de arts van een andere juridische en morele orde zijn, en dat het afdwingbaar maken van die verplichtingen door bijvoorbeeld het volgen van een bepaalde leefstijl dwingend op te leggen, zou leiden tot een in een rechtsstaat ontoelaatbare inbreuk op de persoonlijke vrijheid. (DOC 50 1642/001, blz. 12).

Voorts moet men oog hebben voor de juridische weerslag van het amendement, dat ertoe leidt een exceptie van niet-uitvoering in het leven te roepen. Zo zou de

M. Jacques Germeaux (VLD) attire toutefois l'attention de la ministre sur les difficultés rencontrées, en la matière, sur le terrain,. Il serait souhaitable que la situation fasse l'objet d'un examen approfondi.

La ministre prend bonne note de la remarque de M. Germeaux. Elle se réfère à la directive européenne relative aux essais cliniques en matière de médicaments, dont la transposition en droit belge, est en cours et qui permet de résoudre un aspect du problème.

*
* *

L'amendement n° 20 est rejeté par 10 voix contre 6.

Les amendements n° 37 et 28 sont rejetés par 10 voix contre 6.

L'article 3 est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

Art. 4

M. Yvon Mayeur et consorts déposent un amendement n° 23 (DOC 50 1642/006) visant à remplacer le texte de l'article 4 par le texte suivant : «dans la mesure où chaque patient y apporte son concours, chaque praticien professionnel respecte les dispositions de la présente loi dans les limites des compétences qui lui sont conférées par ou en vertu de la loi. Dans l'intérêt du patient, il agit le cas échéant en concertation pluridisciplinaire».

M. Philippe Seghin (MR) précise que l'amendement a pour objet d'insister sur l'existence d'un devoir général de collaboration active dans le chef du patient.

M. Jo Vandeurzen (CD & V) se dit étonné par la formulation de l'amendement déposé par les parlementaires de la majorité. L'intervenant relève qu'un choix clair a été fait par le gouvernement au sujet des obligations pesant sur le patient. L'exposé des motifs précise que ces obligations sont d'une nature juridique et morale autre que celles pesant sur le praticien professionnel et que forcer les personnes à les observer, par exemple, en les contraignant à suivre un mode de vie déterminé, constituerait une violation des libertés individuelles inacceptable dans un Etat de droit (DOC 50 1642/001, p.12).

Par ailleurs, il faut être attentif aux effets juridiques de l'amendement qui aboutit à créer une exception d'inexécution. A titre d'exemple, le praticien pourrait se libérer

arts zich aan zijn verplichtingen ten aanzien van de patiënt kunnen onttrekken door aan te voeren dat die een rookverbod niet heeft nageleefd.

De heer Robert Hondermarcq (MR) onderstreept dat het besproken amendement tot doel heeft een open dialoog te waarborgen tussen de patiënt en de arts. Het gaat erom de patiënt ertoe te verplichten de voor de arts nodige inlichtingen te verstrekken (dat is een logisch gevolg van het recht op informatie voor de patiënt). De spreker geeft het voorbeeld van een patiënt die een arts raadpleegt om een tweede advies te krijgen en die, uit vrees voor een ongunstige diagnose, willens bepaalde inlichtingen verzwijgt.

De minister merkt op dat het doel van het amendement erin bestaat de memorie van toelichting uitdrukkelijker te formuleren : er moet worden voorkomen dat de arts wordt verweten dat hij zijn verplichtingen ten aanzien van de patiënt niet nakomt, terwijl die laatste hem niet alle nuttige informatie heeft verstrekt met het oog op een correcte diagnose.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) is het weliswaar eens met die bezorgdheid, maar hij is van oordeel dat men de juridische gevolgen van het wetsontwerp niet uit het oog mag verliezen indien het zou worden aangenomen. De minister heeft immers aangegeven dat de regels inzake burgerlijk, straf- en tuchtrecht blijven gelden. Het beginsel van de exceptie van niet-uitvoering is echter een regel van het verbintenissenrecht. Waarom wordt die verplichting tot samenwerking of goede trouw hier trouwens vermeld aangezien ook dat een algemene regel van het verbintenissenrecht is ?

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) is het daar niet mee eens. Het amendement strekt er alleen toe te preciseren wat de patiënt moet doen in het kader van zijn betrekkingen met de beroepsbeoefenaar. Andere bepalingen van het wetsontwerp geven meer specifiek aan wat de patiënt moet doen bij de uitoefening van zijn recht op informatie of van zijn klachtrecht bijvoorbeeld.

De heer Luc Goutry (CD&V) herinnert eraan dat het onderhavige wetsontwerp tot doel heeft de rechten van de patiënt vast te stellen en niet de rechten van de beroepsbeoefenaar. Artikel 4 is een algemene bepaling die de beroepsbeoefenaar ertoe verplicht, binnen de perken van de bevoegdheden waarmee hij door of krachtens de wet wordt belast, de in de andere artikelen bepaalde rechten in acht te nemen.

Volgens de spreker is de onderliggende bezorgdheid van het amendement hier niet op haar plaats.

de ses obligations à l'égard du patient, en excipant du fait que ce dernier ne s'est pas conformé à une interdiction de fumer.

M. Robert Hondermarcq (MR) souligne que la raison d'être de l'amendement en discussion est de garantir un dialogue ouvert entre le patient et le praticien. Il s'agit d'obliger le patient à fournir les informations nécessaires au praticien (corollaire du droit à l'information dont le patient est le bénéficiaire). L'intervenant cite le cas du patient qui se rend chez un médecin afin d'obtenir un second avis. Il se peut, que par crainte d'un diagnostic défavorable, le patient 'omette' volontairement certaines informations.

La ministre remarque que le but de l'amendement est d'explicitier l'exposé des motifs : il ne faudrait pas que le médecin se voit reprocher une méconnaissance de ses obligations à l'égard du patient, alors que ce dernier ne lui a pas donné toutes les informations utiles à l'établissement d'un diagnostic correct.

M. Jo Vandeurzen (CD & V), s'il partage cette préoccupation, estime qu'il ne faut pas perdre de vue les effets juridiques du projet de loi lorsqu'il sera adopté. La ministre a en effet précisé que les règles de droit civil, pénal ou disciplinaire restent d'application. Or le principe d'exception d'inexécution est une règle du droit des obligations. Par ailleurs, pourquoi mentionner ici cette obligation de collaboration ou de bonne foi, alors qu'il s'agit aussi d'une règle générale du droit des obligations ?

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) ne partage pas cette analyse. L'amendement ne vise qu'à préciser ce que le patient doit faire dans le cadre de ses relations avec le praticien. D'autres dispositions du projet de loi énoncent de manière plus spécifique ce que doit faire le patient dans l'exercice de son droit à l'information ou de plainte, par exemple.

M. Luc Goutry (CD&V) rappelle que la portée du projet de loi en discussion est de consacrer les droits du patient et non les droits du praticien professionnel. L'article 4 est une disposition générale, imposant au praticien professionnel de respecter, dans les limites des compétences qui lui sont conférées par ou en vertu de la loi, les droits consacrés dans les autres articles.

L'intervenant estime que la préoccupation sous-jacente à l'amendement n'y a pas sa place.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) wenst te preciseren dat het amendement er ook toe strekt in te spelen op de vrees en de onzekerheden die gepaard gaan met de verzekeraarbaarheid van de patiënt. Het betreft een positieve aanpak.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) is bevreesd voor de juridische gevolgen die de invoeging van die verplichting tot medewerking zou kunnen hebben. Bovendien heeft die geen enkele meerwaarde ten aanzien van wat reeds in de memorie van toelichting is aangegeven.

De heer Hubert Brouns (CD&V) dient amendement nr. 5 (DOC 50 1642/001) in, dat tot doel heeft eensdeels de woorden «desgevallend in het belang van de patiënt in multidisciplinair overleg» weg te laten en anderdeels een nieuw lid toe te voegen, luidend als volgt : «De beroepsbeoefenaar handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid die voortvloeit uit de zorgvuldigheidseisen en de geldende professionele verplichtingen. In het belang van de patiënt pleegt hij desgevallend multidisciplinair overleg.».

Volgens *de heer Luc Goutry (CD&V)* verdient de formulering van dat amendement de voorkeur boven die van amendement nr. 23 gelet op de algemene draagwijdte van artikel 4.

*
* *

Amendement nr. 5 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr. 23 wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Het aldus gewijzigde artikel 4 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Art. 5

De heer Yvan Mayeur (PS) c.s. dient amendement nr. 22 in dat ertoe strekt artikel 5 aan te vullen, zodat het recht van de patiënt op eerbiediging van zijn waardigheid en intimiteit wordt bekrachtigd. Het amendement bepaalt voorts dat behoudens instemming van de patiënt, alleen de personen van wie de aanwezigheid in het kader van de dienstverstrekking van de beroepsbeoefenaar is gerechtvaardigd, aanwezig mogen zijn bij de verzorging, de onderzoeken en de behandelingen.

De heer Philippe Seghin (MR) stelt voor de woorden «zijn waardigheid en « in de tekst van het amendement weg te laten. Artikel 5 verwijst immers al naar de eerbiediging van de waardigheid van de patiënt.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) souhaite préciser que l'amendement déposé vise également à rencontrer les craintes et les incertitudes liées à l'assurabilité du patient. Il s'agit d'une approche positive.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) exprime ses craintes relatives aux effets juridiques que pourrait avoir l'insertion de cette obligation de collaboration. Celle-ci n'apporte, en outre, aucune plus-value par rapport à ce qui est déjà exprimé dans l'exposé des motifs.

M. Hubert Brouns (CD&V) et consorts déposent un amendement n° 5 (DOC 1642/005) visant à supprimer, dans le texte de l'article 4, les mots «le cas échéant en concertation disciplinaire dans l'intérêt du patient» et à ajouter un nouvel alinéa libellé comme suit : «Le praticien professionnel agit conformément à la responsabilité qui lui incombe en raison des exigences de rigueur et des obligations professionnelles applicables. Il procédera, le cas échéant, à une concertation pluridisciplinaire dans l'intérêt du patient.

M. Luc Goutry (CD&V) estime que la formulation de cet amendement est préférable à celle de l'amendement n° 23 étant donné le caractère général de l'article 4.

*
* *

L'amendement n° 5 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 23 est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

L'article 4 tel que modifié est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

Art. 5

M. Yvan Mayeur (PS) et consorts déposent un amendement n° 22 visant à compléter l'article 5 de manière à affirmer le droit du patient au respect de sa dignité et de son intimité. L'amendement stipule, par ailleurs, que, sauf accord du patient, seules les personnes dont la présence est justifiée dans le cadre de services dispensés par un praticien professionnel peuvent assister aux soins, examens et traitements.

M. Philippe Seghin (MR) propose que soient supprimés, dans le texte de l'amendement, les mots «de sa dignité». En effet, l'article 5 fait déjà référence au respect de la dignité du patient.

De commissieleden scharen zich achter deze technische correctie.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) herinnert eraan dat het volgens de klassieke leer de arts toekomt te oordelen of een behandeling al dan niet opportuun is. Wat verstaat men onder het recht van de patiënt op kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeften?

Stuit dit recht op kwaliteitsvolle dienstverlening voorts in bepaalde gevallen niet op de therapeutische vrijheid, als de arts weigert een behandeling toe te passen die hij in tegenspraak acht met zijn visie op de geneeskunst?

De minister citeert een uittreksel uit de memorie van toelichting in verband met artikel 5 (DOC 50 1642/001, blz. 18): de arts moet handelen «als een goede huisvader» met inachtneming van de zorgvuldigheidsnorm. Tevens moet hij letten op de morele, culturele en religieuze waarden van de patiënt. *De spreekster* herinnert eraan dat het thema al in de algemene bespreking is aangesneden: zo wordt de arts geacht de keuze van de getuigen van Jehova te eerbiedigen. Het ter bespreking voorliggende wetsontwerp biedt echter al een middenweg waarmee de arts kan optreden in het belang van een kind, ongeacht de weigering van de ouders. Door zulks te stipuleren bekrachtigt het wetsontwerp principes die al door de rechtspraak zijn aangereikt.

Voorts behoudt de arts zijn therapeutische vrijheid: hij mag beslissen een medische behandeling die hij nutteloos acht, niet voort te zetten. De patiënt moet dan een andere beroepsbeoefenaar raadplegen.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vestigt de aandacht op de financiële gevolgen van de bekrachtiging van het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Idealiter heeft de patiënt recht op de best mogelijke behandeling. Maar in de praktijk is zulks uit een financieel oogpunt niet altijd mogelijk.

De minister merkt op dat de rol van de sociale zekerheid erin bestaat het recht op gezondheidszorg in de mate van het mogelijke te waarborgen. Het ter bespreking voorliggende wetsontwerp waarborgt de patiënt in het kader van de hem verstrekte gezondheidszorg echter niet het recht op de allernieuwste technieken. Dat zou er immers op neerkomen dat een groot gedeelte van de beschikbare middelen wordt gehypothekeerd. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening verplicht de beroepsbeoefenaar er daarentegen toe rekening te houden met de van toepassing zijnde normen, die het resultaat zijn van de huidige stand van de wetenschap.

Les membres de la commission se rallient à cette correction technique.

M. Jo Vandeurzen (CD & V) rappelle que selon une doctrine classique, il appartient au médecin d'apprécier si un traitement est opportun ou pas. Qu'entend-on par le droit du patient à des prestations de qualité répondant à ses besoins ?

Par ailleurs, ce droit à des prestations de qualité ne se heurte-t-il pas dans certains cas à la liberté thérapeutique, lorsque le médecin refuse d'appliquer un traitement qu'il estime contraire à sa vision de l'art de guérir ?

La ministre cite un extrait de l'exposé des motifs, relatif à l'article 5 (DOC 50 1642/001, p.18) : le médecin doit agir comme un «bon père de famille», en respectant le principe de précaution. Il doit également avoir égard aux valeurs morales, culturelles ou religieuses du patient. *L'oratrice* rappelle qu'au cours de la discussion générale, la question a déjà été abordée : ainsi, le médecin est tenu de respecter les choix des témoins de Jéhovah. Le projet de loi en discussion a toutefois introduit un tempérament permettant au médecin d'intervenir pour un enfant, indépendamment du refus des parents. Ce faisant, le projet consacre des principes qui ont été dégagés par la jurisprudence.

Par ailleurs, le médecin conserve sa liberté thérapeutique : il peut décider de ne pas poursuivre un traitement médical qu'il estime inutile. Il appartient au patient de consulter, le cas échéant, un autre praticien.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) attire l'attention du Ministre sur les conséquences financières de l'affirmation d'un droit à des prestations de qualité. Idéalement le patient a le droit de bénéficier de la meilleure thérapie possible. Mais, en pratique, d'un point de vue financier, ce n'est pas toujours possible.

La ministre relève que le rôle de la sécurité sociale est de garantir, dans la mesure du possible, l'accès aux soins de santé. Toutefois, le projet de loi en discussion ne garantit pas le droit du patient à bénéficier, dans le cadre des soins qui lui sont dispensés, des techniques les plus innovatrices. Cela aboutirait, en effet, à hypothéquer une grande partie des moyens financiers disponibles. Le droit à des prestations de qualité oblige, par contre, le praticien à respecter les normes applicables, résultant de l'état actuel des connaissances.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) maakt zich zorgen over artikel 5 in het geval het los van de memorie van toelichting wordt gelezen. Hij citeert bij wijze van voorbeeld het vraagstuk van de erkenning van de gespecialiseerde spoeddiensten. De ziekenhuizen die over dergelijke diensten beschikken, zijn niet verplicht zich uit te rusten met NMR-apparatuur (nucleaire magnetische resonantie). Die apparaten maken het echter mogelijk afwijkingen te zien die met een gewone transversale axiale tomograaf niet opspoorbaar zijn, of althans niet zo snel. Wat zijn op dat punt de gevolgen van artikel 5 van het wetsontwerp?

Mag de arts op grond van artikel 5 overigens weigeren een bepaalde behandeling toe te passen, als hij die strijdig acht met zijn geweten?

De minister onderstreept dat een arts nooit verplicht is tegen zijn geweten in te handelen of een behandeling toe te passen die hij niet relevant acht. In dergelijk geval moet hij de patiënt doorverwijzen naar een collega van wie hij weet dat die geen bezwaar zal maken tegen de genoemde behandeling.

De heer Hubert Brouns (CD&V) c.s. dient amendement nr. 30 (DOC 50 1642/008) in, dat ertoe strekt de aard van de verplichtingen die rusten op de beroepsbeoefenaar, ten opzichte van de patiënt te preciseren, alsook de verplichting voor de beroepsbeoefenaar te bekrachtigen om de patiënt naar een collega te verwijzen als hij meent de vereiste geneeskundige verzorging niet te kunnen verstrekken.

De spreker onderstreept dat het erom gaat te preciseren dat de verplichting om de patiënt een kwaliteitsvolle verzorging te verstrekken geen resultaatsverbintenis is, maar een middelenverplichting. Voor het overige verwijst hij naar de schriftelijke verantwoording van het amendement.

De minister is geen voorstander van een goedkeuring van het amendement, omdat het doel van het wetsontwerp de bekrachtiging van de patiëntenrechten is en niet de opsomming van de verplichtingen en verantwoordelijkheden van de beroepsbeoefenaar. Voorts ligt het voor de hand dat een arts die een behandeling niet kan of wil verstrekken, de patiënt naar een andere beroepsbeoefenaar zal doorverwijzen. Dat maakt deel uit van de medische plichtenleer. Ten slotte zijn de verplichtingen van de beroepsbeoefenaar thans niet louter middelenverplichtingen meer.

De heer Hubert Brouns (CD&V) vindt het nodig het aspect «doorverwijzing» van de patiënt op te nemen. Het zou immers ondenkbaar zijn dat de beroepsbeoefenaar er zich toe mag beperken de patiënt mee te delen dat hij weigert een bepaalde behandeling toe te

M. Jo Vandeurzen (CD&V) s'inquiète de la lecture qui sera faite de l'article 5, s'il est lu indépendamment de l'exposé des motifs. A titre d'exemple, il cite la question de la reconnaissance des services d'urgence spécialisés. Les hôpitaux dotés de tels services n'ont pas l'obligation de s'équiper d'appareils à résonance magnétique nucléaire. Pourtant, ces appareils permettent de voir des anomalies que le simple tomographe axial transverse ne permet pas de détecter ou, en tout cas, pas aussi rapidement. Quelles sont, sur ce point, les implications de l'article 5 du texte en projet ?

Par ailleurs, l'article 5 permet-il au médecin de refuser d'appliquer un traitement déterminé lorsqu'il le juge contraire aux principes que lui dicte sa conscience ?

La ministre souligne qu'un médecin n'est jamais obligé d'agir contre sa conscience ou d'appliquer un traitement qu'il n'estime pas relevant. Il lui appartient, le cas échéant, d'orienter le patient à un confrère dont il sait qu'il ne soulèvera aucune objection à l'égard dudit traitement.

M. Hubert Brouns (CD&V) et consorts déposent un amendement n° 30 (DOC 50 1642/008) tendant à préciser la nature des obligations pesant sur le praticien professionnel à l'égard du patient ainsi qu'à affirmer le devoir du praticien d'orienter le patient vers un confrère, lorsqu'il estimera ne pas pouvoir dispenser les soins de santé requis.

L'intervenant souligne qu'il s'agit de préciser que l'obligation de dispenser au patient des soins de qualité est une obligation de moyen et non une obligation de résultat. Il se réfère pour le reste à la justification écrite de l'amendement.

La ministre se dit défavorable à l'adoption de l'amendement, car l'objectif du projet de loi est de consacrer les droits du patients et non d'énumérer les obligations et responsabilités du praticien. Par ailleurs, il est évident que le médecin qui ne peut ou ne veut dispenser un traitement au patient orientera ce dernier vers un autre praticien professionnel. Cela relève de la déontologie médicale. Enfin, les obligations du praticien professionnel ne sont plus, à l'heure actuelle, uniquement des obligations de moyens.

M. Hubert Brouns (CD&V) considère qu'il est nécessaire d'introduire cet aspect «réorientation» du patient. Il serait, en effet, impensable que le praticien puisse se limiter à communiquer au patient son refus d'appliquer un traitement déterminé, sans se soucier du nécessaire

passen, zonder zich te bekommeren om de voort te zetten nodige begeleiding. Als alle regels van de medische plichtenleer trouwens zouden worden nageleefd, zou het nutteloos zijn de patiënt bij wet een reeks rechten toe te kennen.

De heer Luc Paque (cdH) beklemtoont daarenboven dat de strekking van een Code van plichtenleer aanzienlijk beperkter is dan die van een wet. Bij een normconflict zal de rechter vermoedelijk aan dit laatste de voorrang geven.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) vestigt de aandacht van de minister op de juridische interpretatie die aan artikel 5 zal worden gegeven, als de wet is goedgekeurd. Hij vindt de formulering van amendement nr. 30 uit een juridisch en wetgevingstechnisch oogpunt veel geschikter.

De heer Robert Hondemarcq (MR) vindt de doorverwijzing van de patiënt naar een andere beroepsbeoefenaar als deze zich onbevoegd acht om de patiënt adequaat te behandelen, een interessant aspect. Zoals de minister eraan heeft herinnerd, beoogt het wetsontwerp allicht alleen maar de bekrachtiging van de patiëntenrechten, maar houdt het recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking ook niet het recht in dat de patiënt zo nodig naar een hoger geschoolde beroepsbeoefenaar wordt doorverwezen?

De minister antwoordt dat het amendement dat een gewone gedragsregel bekrachtigt, niets toevoegt aan de patiëntenrechten zoals die in het wetsontwerp zijn bepaald. Artikel 6 over het recht op vrije keuze volstaat ruimschoots om aan de bezorgdheid van de sprekers tegemoet te komen.

Mevrouw Magda De Meyer en de heer Dirk Van der Maelen (SPA) dienen amendement nr. 29 (DOC 50 1642/007) in, dat ertoe strekt in het ter bespreking voorliggende artikel een nieuw lid in te voegen waarbij het beroepsbeoefenaar verboden wordt gezondheidszorg te weigeren omwille van de maatschappelijke positie, het inkomen of de vermogenstoestand van de patiënt.

Mevrouw Magda De Meyer (SPA) wenst namelijk dat het principe van de financiële toegankelijkheid uitdrukkelijker wordt geformuleerd. Het is waar dat de formulering van artikel 5 een algemene formule in de hand werkt, maar de memorie van toelichting is niet ondubbelzinnig. Over de kwaliteitsvolle dienstverstrekking wordt immers bepaald: «Het garanderen van dit recht impliceert niet dat aan alle mogelijke individuele behoeften moet worden tegemoet gekomen of dat geen voorwaarden kunnen worden gesteld». Het moet voor iedereen duidelijk

accompagnement à poursuivre. Par ailleurs, si toutes les règles du Code de déontologie était respectée, il serait inutile de reconnaître au patient, par voie légale, une série de droits.

M. Luc Paque (CDH) souligne, en outre, que la portée d'un code de déontologie est sensiblement plus limitée que celle d'une loi. Lors d'un conflit entre ces normes, il est probable que le juge donne la priorité à cette dernière.

M. Jo Vandeurzen (CD & V) attire l'attention de la Ministre sur l'interprétation juridique qui sera faite de l'article 5, lorsque la loi sera adoptée. Il estime que la rédaction de l'amendement n° 30 serait plus adéquate, d'un point de vue juridique et légistique.

M. Robert Hondemarcq (MR) estime que l'orientation du patient vers un autre praticien professionnel dans les cas où le praticien se juge incompetent pour traiter adéquatement le patient est un aspect intéressant. Certes, comme la Ministre l'a rappelé, le projet ne vise qu'à consacrer les droits du patient, mais le droit à des prestations de qualité n'implique-t-il pas également le droit du patient à être orienté, si nécessaire, vers un praticien plus qualifié ?

La ministre répond que l'amendement, qui consacre une simple règle de comportement, n'ajoute rien aux droits du patient tels qu'ils sont définis dans le projet. L'article 6 relatif au droit au libre choix suffit amplement à rencontrer les préoccupations des intervenants.

Mme Magda De Meyer et M. Dirk Van der Maelen (SPA) déposent un amendement n° 29 visant à insérer, dans l'article en discussion, un nouvel alinéa par lequel interdiction est faite au praticien professionnel de refuser de dispenser des soins de santé en raison de la position sociale, du revenu ou de la situation patrimoniale du patient.

Mme Magda De Meyer (SPA) souhaite, en effet, que le principe d'accessibilité financière soit affirmé de manière plus explicite. Il est vrai que la rédaction de l'article 5 privilégie une formule générale mais l'exposé des motifs n'est pas sans ambiguïté, puisqu'il y est stipulé que garantir le droit à des prestations de qualité «ne signifie pas que l'on doit répondre à tous les éventuels besoins individuels ou que l'on ne puisse poser aucune condition». Il doit être clair, dans l'esprit de tous, que les conditions posées ne peuvent être de nature financière.

zijn dat de gestelde voorwaarden niet van financiële aard mogen zijn. De spreekster vestigt de aandacht van de commissieleden op de mogelijke afwijkingen: sommige ziekenhuizen vragen aan een arme patiënt soms een voorschot, of weigeren zelfs hem de nodige zorgen te verstrekken omdat de patiënt de reputatie heeft een wanbetaler te zijn. Dergelijke praktijken zijn in een actieve welvaartstaat onaanvaardbaar.

De minister preciseert dat het aspect toegankelijkheid niet volkomen ontbreekt in de tekst van het wetsontwerp. Artikel 5 verwijst ernaar door te stellen dat geen enkel onderscheid, van welke aard ook, mag worden gemaakt. Men moet evenwel rekening houden met het wettelijk kader waarin de geneeskunde wordt uitgeoefend: de niet-geconventioneerde artsen passen andere tarieven toe dan de geconventioneerde. Het wetsontwerp beoogt geen veralgemening van hetzelfde tarief voor alle beroepsbeoefenaars. Dat is wat in de memorie van toelichting wordt verstaan onder «voorwaarden».

Voorts bepaalt artikel 8 (recht op geïnformeerde toestemming) van het wetsontwerp uitdrukkelijk dat de patiënt moet worden geïnformeerd over de financiële gevolgen van de behandelingen die hij verzocht wordt te ondergaan.

Tot slot herinnert de spreekster aan de belangrijke inspanningen die in het kader van de sociale zekerheid zijn geleverd. De goedkeuring van een wet over de maximumfactuur in de verzekering geneeskundige verzorging maakt bijvoorbeeld deel uit van die wil om de financiële toegankelijkheid op te voeren.

Na de uitleg van de minister trekt *mevrouw Magda De Meyer (SPA)* amendement nr. 29 in.

*
* *

Amendement nr. 30 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr. 22 wordt eenparig aangenomen.

Amendement nr. 29 wordt ingetrokken.

Artikel 5 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Art. 6

De heer Luc Paque (cdH) dient amendement nr. 13 (DOC 50 1642/005), gewijzigd bij amendement nr. 21 (DOC 50 1642/006), in, dat ertoe strekt twee uitzonderingen op het recht op vrije keuze in te voeren, namelijk in noodgevallen en wanneer de verstrekking bij wet of

L'intervenante attire l'attention des membres de la commission sur les dérives actuelles : certains hôpitaux demandent parfois un acompte au patient financièrement démuné, voire refusent de dispenser les soins nécessaires en raison de la réputation du patient d'être mauvais payeur. De telles pratiques sont inacceptables dans un Etat social actif.

La ministre précise que l'aspect de l'accessibilité n'est pas totalement absent du texte du projet. L'article 5 y fait référence en affirmant qu'aucune distinction, quelle qu'elle soit, ne peut être opérée. Il faut toutefois tenir compte du cadre légal dans lequel s'exerce la médecine : les médecins non conventionnés appliquent des tarifs autres que ceux appliqués par les médecins conventionnés. Le projet de loi ne vise pas à généraliser le même tarif pour tous les praticiens professionnels. C'est ce que l'on entend, dans l'exposé des motifs, par «conditions».

Par ailleurs, l'article 8 du projet, concernant le droit à l'information, prévoit expressément que le patient doit être informé sur les conséquences financières des traitements qu'il est invité à suivre.

Enfin, l'oratrice rappelle les efforts importants qui ont été réalisés dans le cadre de la sécurité sociale. L'adoption récente d'une loi relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé participe, par exemple, à cette volonté de renforcer l'accessibilité financière.

Suite aux explications de la Ministre, *Mme De Meyer (SPA)* retire l'amendement n° 29.

*
* *

L'amendement n° 30 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 22 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 29 est retiré.

L'article 5 est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

Art.6

M. Luc Paque (cdH) dépose un amendement n° 13 (DOC 50 1642/005), modifié par l'amendement n° 21 (DOC 50 1642/006), visant à introduire deux exceptions au principe du libre choix, à savoir les cas d'urgence et de prestation imposée par une loi ou une déci-

een rechterlijke beslissing wordt opgelegd. Het amendement bekrachtigt ook het principe van de vrije aanvaarding van de keuze van de patiënt door de beroepsbeoefenaar. De draagwijdte van de vrije keuze is voorts beperkt tot de keuze van de individuele beroepsbeoefenaar en van de ziekenhuisinstelling. Er kan immers geen sprake van zijn de patiënt de vrije keuze te laten inzake de therapie die hij wenst te ondergaan.

Tot slot is het essentieel te bepalen dat de beroepsbeoefenaar die zich onbevoegd zou achten om de patiënt adequaat te behandelen, deze na hem te hebben ingelicht, moet kunnen doorverwijzen naar een andere, geschiktere beroepsbeoefenaar.

De minister stelt vast dat artikel 6 bij wijze van uitzondering op het beginsel van de vrije keuze al voorziet in «beperkingen opgelegd krachtens de wet». Zij verkiest deze verwijzing boven de formulering van de heer Paque.

Bij medische spoedhulp bijvoorbeeld kan worden verwezen naar artikel 422*bis* van het Strafwetboek, waaruit men kan afleiden dat de beroepsbeoefenaar verplicht is op te treden met het oog op het verhogen van de overlevingskansen van de patiënt. Met betrekking tot de controle geneeskunde en de preventieve geneeskunde verwijst de spreker naar wat is gezegd naar aanleiding van de bespreking van artikel 3. Voor de verplichte verwijzing naar een beter geschoolde beroepsbeoefenaar, verwijst zij naar de bespreking van amendement nr. 30 van de heer Brouns.

De heer Hubert Brouns (CD&V) c.s. dient amendement nr. 36 (DOC 50 1642/008) in, dat ertoe strekt het ter bespreking voorliggende artikel aan te vullen met een nieuw lid, dat bepaalt dat de keuze van de patiënt uitdrukkelijk moet zijn, tenzij de beroepsbeoefenaar die keuze uit het gedrag van de patiënt kan afleiden, nadat deze laatste voldoende geïnformeerd is. Een dergelijke toevoeging is vooral gerechtvaardigd in het licht van situaties waarin de patiënt niet meer in staat is om zijn keuze kenbaar te maken. De spreker merkt op dat de principes die zijn welke bij artikel 8 van het wetsontwerp worden geformuleerd, in verband met het recht op vrije toestemming voor elk optreden van de beroepsbeoefenaar.

De minister vindt het niet nodig de in het amendement geformuleerde principes in de tekst op te nemen.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) vindt een dergelijke precisering wél uiterst nuttig, met name in geval van een ziekenhuisopname omdat de patiënt dan met verschillende beroepsbeoefenaars in contact komt die hij niet noodzakelijkerwijs zelf heeft gekozen.

sion judiciaire. L'amendement affirme également le principe de libre acceptation par le praticien du choix du patient. Par ailleurs, la portée du libre choix est circonscrite au choix du praticien professionnel individuel et de l'institution hospitalière. Il ne pourrait en effet être question d'admettre le libre choix du patient quant à la thérapie à laquelle il souhaite être soumis.

Enfin, il est essentiel de prévoir que le praticien qui s'estimerait incompetent pour traiter adéquatement le patient doit pouvoir, après en avoir informé ce dernier, l'orienter vers un praticien professionnel plus adéquat.

La ministre constate que l'article 6 prévoit déjà, à titre d'exceptions au principe de libre choix, «les limites imposées en vertu de la loi». Elle estime que cette référence est préférable à la formulation choisie par M. Paque.

Par exemple, dans le cas de l'aide médicale urgente, on peut se référer à l'article 422 bis du Code pénal, dont on peut déduire l'obligation du praticien professionnel d'intervenir de manière à augmenter les chances de survie du patient. Par ailleurs, concernant la médecine contrôle et la médecine préventive, l'oratrice se réfère à ce qui a été dit lors des discussions relatives à l'article 3. Concernant l'obligation de renvoi vers un praticien professionnel plus qualifié, elle se réfère à la discussion relative à l'amendement n° 30 de M. Brouns.

M. Hubert Brouns (CD & V) et consorts déposent un amendement n° 36 (DOC 50 1642/008) visant à compléter l'article en discussion par un nouvel alinéa, stipulant que le choix du patient est opéré expressément à moins que le praticien professionnel puisse déduire ce choix du comportement du patient, après que ce dernier ait été suffisamment informé. Un tel ajout se justifie particulièrement au regard des situations dans lesquelles le patient n'est plus en état d'exprimer son choix. *M. Brouns* remarque que ces principes sont ceux formulés à l'article 8 du projet, relatif au droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel.

La ministre estime qu'il n'est pas nécessaire d'inscrire, dans le texte, les principes formulés dans l'amendement.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) considère, au contraire, qu'une telle précision serait particulièrement utile, notamment dans le contexte d'une hospitalisation, dès lors que le patient est en contact avec un certain nombre de praticiens, qu'il n'a pas nécessairement choisis.

De minister benadrukt dat de patiënt die ervoor gekozen heeft in een verzorgingsinstelling te worden behandeld, vanzelfsprekend wordt geconfronteerd met het personeel dat daar werkt. In de praktijk zorgt dit niet vaak voor problemen. Het is vooral belangrijk de patiënt in te lichten over de aard van de instelling en over de rechtsverhoudingen tussen deze laatste en de beroepsbeoefenaar. Zij verwijst in dit opzicht naar amendement nr. 24 (DOC 50 1642/006) dat werd ingediend door de heer Mayeur en mevrouw Avontroodt. Dit amendement komt tegemoet aan de punten van zorg die de sprekers hebben verwoord.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vraagt zich af hoe het recht van vrije keuze van de patiënt kan worden gewaarborgd bij een ziekenhuisopname waarbij de patiënt in contact staat met een team. In dit geval is het niet krachtens de wet dat de keuze van de patiënt wordt beperkt, maar door de ziekenhuispraktijk. Heeft de opgenomen patiënt het recht het optreden van een lid van het team te weigeren?

De minister antwoordt dat in de praktijk de continuïteit van de verzorging alleen kan worden gewaarborgd door in teamverband te werken omdat een beroepsbeoefenaar niet dag en nacht in de instelling aanwezig kan zijn. Bovendien kan de kwaliteit van de samenwerking tussen de leden van het team een belangrijke factor zijn voor de patiënt bij het kiezen van de instelling.

In theorie heeft de patiënt steeds de vrije keuze. Hij kiest in elk geval zelf de belangrijkste beroepsbeoefenaar. Mochten er problemen rijzen tussen de patiënt en de personeelsleden, is het de taak van de instelling daar rekening mee te houden in de organisatie van de werkzaamheden en eventueel een beroep te doen op de bemiddelaar.

Mevrouw Magda De Meyer (SP.A) wijst de minister op de situatie van personen die zich in de stervensfase bevinden. Zo verklaarden verschillende ziekenhuizen dat zij de wet op de euthanasie niet zullen toepassen op patiënten die zich in de terminale fase bevinden. Wat blijft er dan over van die vrije keuze van de patiënt?

De minister merkt op dat de personen die zich in het terminale stadium bevinden de mogelijkheid hebben een vertrouwenspersoon aan te wijzen. Bij gebrek daaraan zal de cascademethode in de vertegenwoordiging van de patiënt ervoor zorgen dat de belangen van de patiënt worden beschermd. Over de verklaringen van sommige ziekenhuizen merkt de spreekster op dat het ter bespreking voorliggende wetsontwerp, net zoals de wet op de euthanasie, alleen betrekking heeft op de individuele relaties tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar. In werkelijkheid is er trouwens meer openheid dan sommige verklaringen doen geloven.

La ministre insiste sur le fait que lorsque le patient choisit d'être traité dans une institution de soins, il va de soi qu'il y est confronté au personnel qui y travaille. En pratique, cela posera peu de problèmes. Il importe surtout d'informer le patient de la nature de l'institution et des rapports juridiques existant entre cette dernière et le praticien. Elle se réfère, à cet égard, à l'amendement n° 24 (DOC 50 1642/006) déposé par M. Mayeur et Mme Avontroodt qui rencontre les préoccupations exprimées par les intervenants.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) s'interroge sur la manière dont peut être garanti le droit au libre choix du patient lors d'une hospitalisation, où le patient est en contact avec une équipe. Dans ce cas, le choix du patient est restreint non pas en vertu de la loi mais en conséquence de la pratique des hôpitaux. Le patient hospitalisé dispose-t-il du droit de refuser l'intervention d'un membre de l'équipe ?

La ministre répond que, le praticien professionnel ne pouvant être présent 24 heures sur 24 au sein de l'institution, la continuité des soins ne peut être garantie, en pratique, que par le travail en équipe. La qualité de la collaboration entre les membres de l'équipe peut d'ailleurs constituer un facteur important dans le choix de l'institution par le patient.

Théoriquement, le patient conserve toujours le libre choix, en tout cas en ce qui concerne le praticien professionnel principal. Si des problèmes surviennent entre le patient et les membres du personnel, il appartiendra à l'institution, d'en tenir compte dans l'organisation du travail et, le cas échéant, de recourir à la fonction de médiation.

Mme Magda De Meyer (SP.A) attire l'attention de la Ministre sur les cas des personnes en fin de vie. Par exemple, concernant les patients en phase terminale, plusieurs hôpitaux ont déclaré qu'il n'appliqueraient pas la loi relative à l'euthanasie. Qu'en est-il alors du libre choix du patient ?

La ministre remarque que les personnes qui se trouvent en phase terminale se voient reconnaître la possibilité de désigner une personne de confiance. A défaut, le système de cascade pour la représentation du patient permet de préserver les intérêts du patient. Par rapport aux déclarations faites par certains hôpitaux, l'oratrice remarque que tant le projet en discussion que la loi sur l'euthanasie ne concernent que les relations individuelles entre le patient et le praticien professionnel. La situation réelle est d'ailleurs plus ouverte que ce que certaines affirmations semblent laisser penser.

De heer Jacques Germeaux (VLD) vindt dat artikel 6 van het wetsontwerp voor een mentaliteitsverandering zorgt in het belang van de patiënt en de beroepsbeoefenaar en dat het de mogelijkheid biedt de kwaliteitsvolle dienstverlening te verbeteren. Het zal voortaan immers gemakkelijker zijn een tweede advies te vragen dat in het algemeen de gelegenheid schept de oorspronkelijke diagnose te bevestigen en, in dit geval, de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de arts te versterken.

De heer Hubert Brouns (CD&V) onderstreept dat iemand die voor de eerste keer patiënt is, niet echt een keuze heeft. Men moet de nadruk leggen op het psychologische aspect van het recht van vrije keuze: het is vooral wanneer de patiënt in het verleden werd geconfronteerd met negatieve ervaringen, dat hij dit recht ten volle kan uitoefenen. In dit opzicht is het belangrijk dat de instelling op de hoogte is van die ervaringen om herhaling te voorkomen.

De heer Luc Paque (cdH) betreurt het dat het beginsel van vrije aanvaarding door de beroepsbeoefenaar die door de patiënt werd gekozen, in de tekst van het wetsontwerp ontbreekt. Het is van fundamenteel belang dat de beroepsbeoefenaar kan weigeren de patiënt te behandelen, ongeacht de reden - professionele bekwaamheid of levensbeschouwelijke opvattingen - voor die weigering.

De minister preciseert dat het wetsontwerp zich beperkt tot het toekennen van het recht van de patiënt op vrije keuze. Het beginsel van vrije aanvaarding waarnaar wordt verwezen, is een beginsel dat reeds is erkend en niet wettelijk moet worden bekrachtigd. Er wordt derhalve naar verwezen in de memorie van toelichting. De arts kan, behalve in noodgevallen, steeds weigeren verzorging te verstrekken aan een patiënt.

De heer Luc Paque (cdH) vreest echter dat het wetsontwerp zoals het nu is opgesteld, alleen tot dubbelzinnige interpretaties leidt die de vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt schade zouden kunnen berokkenen.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) merkt op dat de rechten van de patiënt kunnen worden geschaad omdat er een gebrek aan infrastructuur is in de verzorgingsinstelling. Zo kan de eenheid voor intensieve zorg van een instelling maar beschikken over een beperkt aantal monitoren, dat onvoldoende is voor het aantal te volgen patiënten. Wat gebeurt er in dat geval met het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening? Leidt dat niet tot discriminatie tussen de patiënten?

M. Jacques Germeaux (VLD) estime que l'article 6 du projet traduit un changement de mentalités, dans l'intérêt du patient et du praticien professionnel et qui permet une amélioration de la qualité des prestations. En effet, il sera désormais plus facile de demander un deuxième avis qui permettra généralement de confirmer le premier diagnostic, et dans ce cas, de renforcer la relation de confiance entre le patient et le médecin.

M. Hubert Brouns (CD&V) souligne que la personne qui se trouve, pour la première fois, dans la situation de patient ne dispose pas d'une véritable capacité de choix. Il faut insister sur l'aspect psychologique du droit au libre choix : c'est surtout lorsque le patient a été confronté, dans le passé, à des expériences négatives, qu'il pourra pleinement exercer ce droit. Dans ce contexte, il est important que l'institution soit avertie de ces expériences, de manière à en éviter la répétition.

M. Luc Paque (cdH) regrette l'absence, dans le texte du projet, du principe de libre acceptation par le praticien professionnel du choix opéré par le patient. Il est essentiel de reconnaître le droit du praticien de refuser de traiter le patient que ce soit pour un motif lié à ses aptitudes professionnelles ou à ses conceptions philosophiques.

La ministre précise que le projet se limite à consacrer le droit du patient au libre choix. Le principe de libre acceptation auquel il est fait référence est un principe qui est déjà reconnu et qui ne nécessite pas de consécration légale. Il y est d'ailleurs fait référence dans l'exposé des motifs : sauf les cas d'urgence, le praticien peut toujours refuser de dispenser des soins au patient.

M. Luc Paque (cdH) craint toutefois que le projet tel qu'il est rédigé ne donne lieu à des interprétations ambiguës, qui pourraient porter préjudice à la relation de confiance entre le médecin et le patient.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) remarque que les droits du patient peuvent être lésés en raison d'un manque d'infrastructure de l'institution de soins. Par exemple, l'unité de soins intensifs d'une institution possède un nombre limité de moniteurs, insuffisant par rapport au nombre de patients qui nécessitent un suivi. Qu'advient-il, dans cette situation, du droit à des prestations de qualité. N'y a-t-il pas discrimination entre les patients ?

De minister memoreert dat het wetsontwerp er niet toe strekt de verzorgingsinstellingen een toereikende infrastructuur op te leggen. Het spreekt echter vanzelf dat een dienst de nodige kwaliteitsgaranties moet kunnen voorleggen om te worden toegelaten. Als de infrastructuur onvoldoende toereikend is, is het aan de instelling de patiënt daarover in te lichten die dan van ziekenhuis kan veranderen als hij vindt dat de kwaliteit van de hem verstrekte verzorging te wensen overlaat. Als die ontoereikendheid zich herhaalt, spreekt het voor zich dat de officiële erkenning zal worden ingetrokken.

In werkelijkheid komen dergelijke capaciteitsproblemen vooral voor in de spoedgevallendiensten. Ook Nederland en Groot-Brittannië hebben op dat vlak problemen en voeren, onder andere met België, besprekingen over de opvang van hun patiënten in de buurlanden.

De heer Jef Valkeniers (VLD) vindt dat dit verschijnsel moet worden bestreden door de ongeoorloofde toevlucht tot de spoedgevallendiensten te bestraffen. Het is aan de bevoegde ministers en de betrokken actoren terzake een maatregel op te stellen.

*
* *

Amendementen nr 21, 13 en 36 worden verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Artikel 6 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Art. 7

De heer Hubert Brouns (CD&V) vraagt zich af of de informatie in dit artikel wel de informatie is die als dusdanig bestaat en niet de informatie overeenkomstig artikel 8 op basis waarvan de patiënt toestemming voor tussenkomst geeft.

De minister bevestigt die verklaring.

Voor § 2 verwijst *de heer Brouns* naar de memorie van toelichting waarin wordt gepreciseerd dat de informatie aan de patiënt moet worden verstrekt in een taal die voor deze laatste duidelijk en begrijpelijk is. De memorie van toelichting bepaalt eveneens dat de regels van de taalwetgeving gelden voor de taal waarin de communicatie met de patiënt verloopt. *De heer Brouns* vindt dat de wetten op het gebruik van de talen niet van toepassing mogen zijn op een privaatrechtelijke relatie. Hij dient daartoe amendement nr. 38 (DOC 50 1642/009) in dat bepaalt dat de informatie aan de patiënt moet worden verstrekt in de taal van diens keuze.

La ministre rappelle que le projet n'a pas pour objet d'obliger les institutions de soins à posséder une infrastructure suffisante. Toutefois, pour être agréée, il est évident qu'une fonction doit présenter les garanties de qualité nécessaires. En cas d'infrastructure insuffisante, il appartient à l'institution d'en informer le patient, qui peut, s'il estime que la qualité des soins qui lui sont dispensés laisse à désirer, décider de changer d'hôpital. Si cette insuffisance est récurrente, il va de soi qu'il sera mis fin à l'agrégation.

Dans les faits, ces problèmes de capacité surviennent le plus souvent dans les services d'urgence. Les Pays-Bas et la Grande-Bretagne connaissent d'ailleurs d'importantes difficultés en la matière, et négocient l'accueil de leurs patients par les pays voisins, dont la Belgique.

M. Jef Valkeniers (VLD) estime qu'il est nécessaire de lutter contre ce phénomène en pénalisant le recours abusif aux services d'urgence, ce par la voie d'une mesure concertée entre les ministres compétents et les acteurs concernés.

*
* *

Les amendements n° 21, 13 et 36 sont successivement rejetés par 10 voix contre 6.

L'article 6 est adopté par 10 et 6 abstentions.

Art.7

M. Hubert Brouns (CD&V) demande si les informations dont question à cet article sont bien les informations qui existent en tant que telles et non pas celles qui servent de base au consentement du patient, conformément à l'article 8.

La ministre confirme cette interprétation.

En ce qui concerne le § 2, *M. Brouns* se réfère à l'exposé des motifs qui précise que l'information doit être communiquée au patient dans un langage clair et compréhensible pour lui. L'exposé précise également qu'en ce qui concerne la langue dans laquelle la communication avec le patient s'effectue, les règles de la législation linguistique sont d'application. *M. Brouns* conteste que les lois sur l'emploi des langues soient applicables à une relation de droit privé. Il présente à cet égard un amendement n°38 (Doc 50 1642/009) tendant à préciser que les informations doivent être fournies au patient dans la langue de son choix.

De spreker vraagt ook wie de kosten van een tolk op zich neemt: de instelling of de patiënt?

Artikel 7 bepaalt niet volgens welke procedure de vertrouwenspersoon kan worden aangewezen. De heer Brouns vindt persoonlijk dat de vertrouwenspersonen aan bepaalde criteria, zoals meerderjarigheid, moeten voldoen.

De heer Brouns dient amendement nr. 7 (DOC 50 1642/005) om te verduidelijken dat de patiënt ervoor kan opteren dat de informatie *behalve aan hemzelf*, tevens aan een vertrouwenspersoon wordt meegedeeld. De tekst van het wetsontwerp in zijn huidige vorm geeft de indruk dat de informatie niet aan de patiënt, maar alleen aan de vertrouwenspersoon mag worden meegedeeld.

De minister antwoordt dat de taalwetgeving in elk geval van toepassing is in de openbare ziekenhuizen. In de grote steden is de taaldiversiteit zo groot dat de ziekenhuizen onmogelijk gratis tolken per taal ter beschikking kunnen stellen. De dagprijs omvat een bepaald bedrag voor de culturele bemiddelaars die erop moeten toezien dat de communicatie met de patiënten van verschillende culturele origine wordt vergemakkelijkt. Het wetsontwerp strekt er derhalve niet toe de ziekenhuizen te verplichten in gratis tolken voor de patiënten te voorzien.

De minister verwijst daarvoor naar amendement nr. 26 (DOC 50 1642/007) dat werd ingediend door mevrouw Avontroodt en dat ertoe strekt het woord «begrijpelijk» weg te laten. Dit amendement wil voorkomen dat bij de patiënten de verwachting ontstaat dat zij steeds in hun moedertaal worden geïnformeerd.

Voor de aanwijzing van de vertrouwenspersoon verwijst de minister naar amendement nr. 27 (DOC 50 1842/007) van de heer Hondermarcq c.s. Dit amendement preciseert dat de informatie op «schriftelijk» verzoek van de patiënt aan de door hem aangewezen vertrouwenspersoon mag worden meegedeeld. Om misverstanden te voorkomen, wordt het schriftelijk verzoek van de patiënt bij zijn dossier gevoegd. In het algemeen is het de patiënt die recht heeft op de informatie. Op zijn schriftelijk verzoek kan die informatie aan een derde worden meegedeeld. De patiënt kan ook verzoeken niet te worden geïnformeerd. Op basis van die verklaringen vindt de minister amendement nr. 7 van de heer Brouns overbodig.

Mevrouw Magda De Meyer (SP.A) is het eens met het idee van de heer Brouns om regels vast te leggen voor de aanwijzing van de vertrouwenspersoon, maar vindt het leeftijds criterium niet geschikt.

L'intervenant demande également qui supportera les frais d'un interprète, l'institution ou le patient.

L'article 7 ne définit pas la procédure selon laquelle la personne de confiance peut être désignée. A titre personnel, M. Brouns, estime que les personnes de confiance devraient répondre à certains critères, comme par exemple être majeures.

M. Brouns cs déposent un amendement n°7 (Doc. n° 50 1642/5) tendant à préciser que le patient peut décider, *qu'en plus de lui*, les informations sont communiquées à une personne de confiance. Le texte de loi, tel qu'il est rédigé, laisse à penser que les informations peuvent ne pas être communiquées au patient mais uniquement à la personne de confiance.

La ministre répond que les lois sur l'emploi des langues sont en tout cas d'application dans les hôpitaux publics. Dans les grandes villes, la multiplicité des langues est telle qu'il est impossible pour les hôpitaux de mettre gratuitement des interprètes à disposition des patients pour toutes les langues utilisées par eux. Dans le cadre du prix de journée, une certaine somme est prévue pour les médiateurs culturels qui doivent veiller à faciliter la communication avec les patients de différentes origines culturelles. Le présent projet ne vise donc pas à obliger les hôpitaux à prévoir des interprètes gratuits pour les patients.

La ministre se réfère à cet égard à l'amendement n°26 (DOC 50 1642/7) déposé par Mme Avontroodt cs et qui vise à supprimer le mot «compréhensible». Cet amendement a pour but d'éviter que les patients s'attendent à être toujours informés dans leur langue.

En ce qui concerne la désignation de la personne de confiance, la ministre se réfère à l'amendement n°27 (Doc n°50 1642/7) de M. Hondermarcq cs qui précise que c'est à la demande «écrite» du patient que les informations peuvent être communiquées à la personne de confiance qu'il a désignée. Afin d'éviter tout malentendu, la demande écrite du patient se trouvera dans son dossier. En règle générale, c'est le patient qui a droit à l'information. A sa demande écrite, cette information peut être communiquée à un tiers. Le patient peut également demander à ne pas être informé. Sur base de ces explications, la ministre estime que l'amendement n°7 de M. Brouns cs est superflu.

Mme Magda De Meyer (SP.A) se rallie à l'idée de M. Brouns d'assortir la désignation de la personne de confiance de modalités mais elle estime que le critère de l'âge n'est pas opportun.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) herinnert eraan dat de wet op de euthanasie duidelijk bepaalt wie als vertrouwenspersoon mag worden aangewezen. Zij merkt op dat de artsen en het verplegend personeel in de ziekenhuizen de situatie van de patiënt niet zo goed kennen als diens huisarts. Zij begrijpt de bekommernissen van de artsen die met een vertrouwenspersoon worden geconfronteerd die zij niet kennen. Moet er niet worden bepaald dat de ziekenhuisarts contact opneemt met de huisarts van de patiënt alvorens de informatie aan de vertrouwenspersoon mee te delen? Men moet voorkomen dat de discretionaire macht van de arts te groot wordt.

De minister verduidelijkt dat artikel 7 er alleen toe strekt de informatie mee te delen over de gezondheidstoestand van de patiënt en niet de informatie op basis waarvan de patiënt zijn toestemming geeft voor interventie. De rol van de vertrouwenspersoon is derhalve zeer beperkt. De vertrouwenspersoon kan informatie ontvangen over de gezondheidstoestand van de patiënt als de patiënt dit schriftelijk heeft bevestigd.

Zodra de patiënt vertrouwen heeft in de door hem aangewezen persoon, veronderstelt hij dat die persoon in zijn belang zal handelen. De leeftijd van de vertrouwenspersoon is geen goed criterium omdat het om algemene informatie gaat. De regels voor de aanwijzing van de persoon die de patiënt mag vertegenwoordigen en die in zijn naam mag optreden, zullen evenwel veel strenger zijn.

De minister beklemtoont met betrekking tot § 4 dat de arts een collega moet raadplegen als hij denkt de informatie niet te kunnen meedelen omdat die de gezondheid van de patiënt zou kunnen schaden. Deze bepaling werd op verzoek van de beroepsbeoefenaars in het wetsontwerp ingevoegd. De arts moet de informatie echter meedelen als dit voor de patiënt geen gevaar meer inhoudt.

De heer Hubert Brouns (CD&V) vraagt wat er gebeurt als de tweede geraadpleegde arts vindt dat de informatie niet moet worden achtergehouden voor de patiënt.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vraagt of de geraadpleegde arts tot hetzelfde vakgebied als de eerste moet behoren. Kan de geraadpleegde arts een paramedicus zijn (bijvoorbeeld een verpleger of een kinesitherapeut)?

De minister antwoordt dat het door de tweede arts verstrekte advies verschillende elementen kan bevatten; het kan een loutere bevestiging zijn, een vragenlijst, een lijst met contra-indicaties, ... De tekst van het wetsontwerp bepaalt niet dat de geraadpleegde beroepsbeoefenaar het eens moet zijn met het advies van de

Mme Yolande Avontroodt (VLD) rappelle que la loi sur l'euthanasie définit clairement qui peut être désigné comme personne de confiance. Elle fait remarquer que dans les hôpitaux, les médecins et le personnel infirmier ne connaissent pas la situation du patient aussi bien que son médecin de famille. Elle partage les préoccupations des médecins qui seront confrontés à une personne de confiance sans la connaître. Ne serait-il pas nécessaire de prévoir que le médecin hospitalier doit prendre contact avec le médecin généraliste du patient avant de communiquer les informations à la personne de confiance ? Il faut éviter de donner un pouvoir discrétionnaire trop important au médecin.

La ministre précise que l'article 7 vise uniquement la communication des informations sur l'état de santé du patient mais pas les informations sur base desquelles le patient va donner son consentement à une intervention. Dès lors, le rôle accordé à la personne de confiance est très limité. Si le patient l'a confirmé par écrit, la personne de confiance peut recevoir les informations relatives à l'état de santé du patient.

Dès lors que le patient fait confiance en la personne qu'il désigne, il suppose que cette personne va agir dans son intérêt. Etant donné qu'il s'agira d'informations générales, l'âge de la personne de confiance n'est pas un bon critère. Cependant, les règles de désignation de la personne qui peut représenter le patient et intervenir en son nom, seront plus strictes.

En ce qui concerne le § 4, la ministre précise que le médecin devra consulter un confrère lorsqu'il estime ne pas devoir communiquer les informations si celles-ci risquent de causer un préjudice à la santé du patient. C'est à la demande des praticiens que cette disposition a été insérée dans le projet. Toutefois, lorsqu'il apparaît que la communication des informations ne comporte plus de danger, le praticien est tenu de les communiquer.

M. Hubert Brouns (CD&V) demande ce qu'il adviendra si le second praticien consulté n'est pas d'accord de retenir les informations à l'égard du patient.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) demande si le praticien consulté doit appartenir à la même discipline que le premier. Le praticien consulté peut-il être un paramédical (infirmier ou kinésithérapeute, par ex.) ?

La ministre répond que l'avis rendu par le second praticien peut contenir différents éléments; il peut s'agir d'une simple confirmation, d'un questionnaire, d'une liste de contre-indications, ... Le texte du projet de stipule pas que le praticien consulté doit marquer son accord avec

eerste beroepsbeoefenaar. Het betreft een loutere raadpleging waarvan de motivering bij het dossier van de patiënt moet worden gevoegd.

De tekst van het wetsontwerp bepaalt ook niet dat de geraadpleegde beroepsbeoefenaar tot hetzelfde vakgebied als de eerste beroepsbeoefenaar moet behoren.

Mevrouw Magda De Meyer (SPA) wenst dat de interculturele bemiddelaars oog zouden hebben voor de specifieke situatie waarin de allochtone vrouwen zowel inzake de toegang tot de zorgverlening als op het vlak van de communicatie verkeren. De vertrouwenspersoon van die vrouwen wordt immers vaak door hun echtgenoot aangewezen, zodat de communicatie moeizaam verloopt.

Mevrouw De Meyer vraagt die problematiek te laten bekijken door de commissie, belast met de evaluatie van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

De minister verklaart veel belang te hechten aan de verslagen van de interculturele bemiddelaars. Zij heeft er geen bezwaar tegen dat de evaluatiecommissie dat vraagstuk zou bekijken.

Mevrouw Michèle Gilkinet (AGALEV-ECOLO) stelt voor in de Franse tekst van artikel 17 een taalcorrectie aan te brengen (*l' « éventuelle » personne de confiance désignée*).

De minister gaat akkoord met die tekstverbetering.

De heer Luc Paque (cdH) dient amendement nr. 14 (DOC 50 1642/005) in, teneinde te preciseren dat de informatie schriftelijk aan de patiënt moet worden bezorgd zo die daar uitdrukkelijk om verzoekt. Zo de patiënt geen soortgelijk verzoek doet, wordt hij geacht conform de wettelijke bepalingen te zijn ingelicht.

De minister is van mening dat het door amendement nr. 14 ingestelde, voor de arts geldende vermoeden van kennisgeving, al te ver gaat. Bovendien zal de verplichting om de informatie schriftelijk mee te delen, de procedures onnodig verzwaren. De tekstredactie van het amendement wekt de indruk als zou een mondelinge kennisgeving, bij ontstentenis van enig schriftelijk verzoek om informatieverstrekking, automatisch worden geacht te hebben volstaan.

Mevrouw Michèle Gilkinet (AGALEV-ECOLO) merkt op dat amendement nr. 14 betrekking heeft op de hele § 2. Het amendement houdt in dat, zo niet schriftelijk om informatie wordt verzocht, men ervan uitgaat dat de mondelinge informatieverstrekking correct heeft plaatsgevonden. Voor mevrouw Gilkinet gaat het amendement al te ver: op die manier rijst het risico dat alle patiënten alle informatie schriftelijk zullen gaan opvragen.

l'avis du premier praticien. Il s'agit simplement d'une consultation dont la motivation doit être jointe au dossier du patient.

Le texte du projet ne stipule pas non plus que le praticien consulté doit spécifiquement être de la même discipline que le premier.

Mme Magda De Meyer (SPA) souhaite que les médiateurs interculturels soient attentifs à la situation spécifique des femmes allochtones, tant en ce qui concerne l'accès aux soins qu'en ce qui concerne la communication. En effet, la personne de confiance de ces femmes est souvent désignée par leur mari de sorte que la communication est malaisée.

Mme De Meyer demande que cette problématique soit étudiée par la commission d'évaluation de la loi sur les droits du patient.

La ministre déclare qu'elle accorde beaucoup d'importance aux rapports des médiateurs interculturels. Elle n'a pas d'objection à ce que la commission d'évaluation examine ce problème.

Mme Michèle Gilkinet (AGALEV-ECOLO) suggère une correction linguistique dans le texte français de l'article 7 (*l' « éventuelle » personne de confiance désignée*).

La ministre marque son accord sur cette correction.

M. Luc Paque (cdH) introduit un amendement n° 14 (Doc n°50 1642/5) tendant à préciser que l'information doit être fournie par écrit au patient, à la demande expresse de celui-ci. A défaut d'une telle demande, le patient est présumé avoir été informé conformément aux dispositions légales.

La ministre estime que la présomption de communication dans le chef du praticien, instaurée par l'amendement n°14 va trop loin. En outre, l'obligation de communiquer l'information par écrit va alourdir inutilement les procédures. La rédaction de l'amendement laisse entendre que, s'il n'y a pas de demande de communication par écrit, la communication orale est automatiquement supposée avoir été suffisante.

Mme Michèle Gilkinet (AGALEV-ECOLO) fait remarquer que l'amendement n°14 porte sur tout le § 2. L'amendement signifie que s'il n'y a pas de demande de communication par écrit, la communication orale est supposée avoir eu lieu correctement. Mme Gilkinet estime que l'amendement va trop loin. L'amendement comporte le risque de voir tous les patients demander toutes les informations par écrit.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) is van mening dat het zaak is te voorkomen dat de beroepsbeoefenaars zich gedwongen voelen hun patiënten bij wijze van spreken een naslagwerk te bezorgen over alle eventuele gevolgen die een ingreep met zich kan brengen.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO) is van mening dat de woorden 'alle informatie' veeleer slaan op de informatie die noodzakelijk is om een inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand van de patiënt, maar dat zulks niet impliceert dat alle informatie tot in de kleinste detailpunten behoort te worden meegedeeld.

De minister wenst erop te wijzen dat het bij deze bepaling inderdaad niet in de bedoeling ligt de beroepsbeoefenaars ertoe te brengen hun patiënten met encyclopedische kennis te overladen, maar wel de patiënt informatie te verstrekken die toereikend is om hem in staat te stellen zijn gezondheidstoestand correct in te schatten. Bovendien moet die informatieverstrekking in een voor de patiënt duidelijke taal gebeuren.

De bewoordingen «informatie met betrekking tot hemzelf» (zie § 1), impliceren dat het gaat om informatie waarover de arts meent weet te hebben in verband met zijn patiënt.

In verband met het door de heer Paque ingediende amendement nr. 14, onderstreept zij dat het geval zich kan voordoen waarbij de patiënt geen verzoek om schriftelijke informatieverstrekking heeft gedaan, maar dat evenmin enige mondelinge informatieverstrekking heeft plaatsgevonden.

De heer Luc Paque (cdH) vraagt of hij uit de verklaringen van de minister moet afleiden dat voor de beroepsbeoefenaar een verplichting tot informatieverstrekking geldt. Kan men de beroepsbeoefenaar, zo de patiënt daarom niet verzoekt, aanwrijven die patiënt onvoldoende te hebben geïnformeerd?

Uitgaande van de tekst van § 2, vreest de heer Paque dat de patiënt de beroepsbeoefenaar te allen tijde zal kunnen verwijten hem niet alle informatie te hebben bezorgd. Hij merkt op dat zijn amendement letterlijk het volgende bepaalt: «Zo de patiënt een dergelijk verzoek niet doet, wordt hij geacht te zijn ingelicht, *overeenkomstig de wettelijke bepalingen*». Zulks impliceert dat het amendement niet strijdig is met het bepaalde in § 1. Hij onderstreept dat zijn amendement op generlei wijze strekt tot enige bescherming of overbescherming van de beroepsbeoefenaars, maar wel beoogt, om van meetaf aan, duidelijke regels vast te leggen.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) estime qu'il faut éviter que les praticiens se sentent contraints de fournir à leurs patients une encyclopédie sur les éventuelles conséquences qui peuvent découler d'une intervention.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO) estime que les mots «toutes les informations» portent plutôt de son état de santé mais pas sur toutes les informations de A à Z.

La ministre tient à préciser qu'en effet, le but de la disposition n'est pas que les praticiens fournissent des encyclopédies entières à leurs patients mais que les informations doivent être suffisantes pour que le patient puisse être informé correctement de son état de santé. En outre, cette communication doit avoir lieu dans un langage clair pour le patient.

Les termes du § 1^{er} «les informations qui le concernent» signifient qu'il s'agit des informations que le médecin croit savoir sur son patient.

En ce qui concerne l'amendement n°14 de M. Paque, elle souligne qu'il peut arriver que le patient n'ait pas formulé de demande pour une communication écrite de l'information mais qu'une communication orale n'ait pas eu lieu non plus.

M. Luc Paque (cdH) demande s'il doit conclure des déclarations de la ministre qu'il existe une obligation de communiquer les informations dans le chef du praticien.

S'il n'y a pas de demande de la part du patient, peut-on alors reprocher au praticien de ne pas l'avoir suffisamment informé ?

Sur base de la rédaction du § 2, M. Paque craint qu'à tout moment, le patient puisse reprocher au praticien de ne pas lui avoir communiqué toutes les informations.

Il fait remarquer que son amendement précise bien «qu'à défaut d'une telle demande, le patient est présumé avoir été informé *conformément aux dispositions légales*». Cela signifie que l'amendement n'est pas en contradiction avec le prescrit du §1^{er}.

Il souligne que son amendement n°14 ne vise nullement à protéger ou à surprotéger les praticiens mais plutôt à fixer les règles dès le départ.

De minister onderstreept dat de patiënt aan de ene kant recht op informatie heeft, maar dat aan de andere kant voor de beroepsbeoefenaar dan uiteraard de verplichting geldt om die informatie ook te bezorgen. Wanneer een patiënt zijn arts benadert, dan wijst dat noodzakelijkerwijs op het bestaan van een vraag om informatie. Een enorme toename van het aantal schriftelijke verzoeken is niet wenselijk.

De heer Jacques Germeaux (VLD) merkt op dat zo een arts meent bepaalde informatie niet aan zijn patiënt te moeten doorspelen, hij daarvoor ook gegronde redenen kan hebben. Het spreekt voor zich dat men een beroepsbeoefenaar niet kan verwijten niet alle informatie vrij te geven zo die arts de redenen die hem bij die keuze hebben geleid, kan rechtvaardigen.

De heer Luc Paque (cdH) betreurt dat elk artikel van het wetsontwerp voor interpretatie vatbaar is, wat het risico doet rijzen dat we in de toekomst met Amerikaanse toestanden worden geconfronteerd.

Mevrouw Magda De Meyer (SPA) is van mening dat amendement nr. 14 van de heer Paque het in artikel 7 ingestelde recht uitholt.

Volgens *mevrouw Yolande Avontroodt (VLD)* is amendement nr. 14 niet strijdig met § 1 van het artikel. Uit voormeld amendement leidt zij af dat zo de patiënt niet schriftelijk om informatie verzoekt, hij dan instemt met de informatie die hij mondeling heeft ontvangen.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) leest § 1 er opnieuw op na, en leidt daaruit af dat het daarbij wel degelijk gaat om de informatie met betrekking tot de vermoedelijke evolutie van de gezondheidstoestand van de patiënt. Zij wijst erop dat het door de heer Mayeur en mevrouw Avontroodt op artikel 4 ingediende amendement nr. 23 het volgende stelt : «In de mate waarin iedere patiënt hieraan zijn medewerking verleent, leeft iedere beroepsbeoefenaar de bepalingen van deze wet na binnen de perken van de hem door of krachtens de wet toegewezen bevoegdheden.» Het spreekt dan ook voor zich dat het recht van de patiënt om te worden geïnformeerd binnen de relatie tussen arts en patiënt moet worden gesitueerd.

De spreekster is tevens van mening dat amendement nr. 14 van de heer Paque artikel 7 van het ontwerp uitholt. Het gaat niet aan te veronderstellen dat de beroepsbeoefenaar, zo hem niet schriftelijk om informatie wordt verzocht, wordt geacht de informatie mondeling te hebben meegedeeld.

La ministre souligne que s'il existe d'une part un droit du patient à être informé, il existe forcément d'autre part, une obligation dans le chef du praticien de la lui fournir.

Lorsqu'un patient entreprend une démarche vers un médecin c'est forcément qu'il existe une demande d'informations. Il n'est pas souhaitable de multiplier les démarches écrites.

M. Jacques Germeaux (VLD) fait remarquer que si un médecin estime ne pas devoir communiquer certaines informations à son patient, c'est qu'il a de bonnes raisons de ne pas le faire. Il va de soi que l'on ne peut pas reprocher à un praticien de ne pas voir communiquer toutes les informations si celui-ci peut justifier des raisons qui l'ont motivé dans ce choix.

M. Luc Paque (cdH) déplore que chaque article du projet de loi soit sujet à interprétation, ce qui risque à l'avenir de provoquer des situations à l'américaine.

Mme Magda De Meyer (SPA) est d'avis que l'amendement n°14 de M. Paque vide de son sens le droit instauré à l'article 7.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) estime que l'amendement n°14 n'est pas contraire au § 1^{er} de l'article. Elle déduit de cet amendement que si le patient ne demande pas communication écrite des informations c'est qu'il est d'accord avec les informations qu'il a reçues oralement.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) relit le §1^{er} et en déduit qu'il s'agit bien des informations relatives à l'évolution probable de l'état de santé du patient. Elle rappelle que l'amendement n°23 de M. Mayeur et Mme Avontroodt à l'article 4 stipule que «dans la mesure où chaque patient y apporte son concours, chaque praticien professionnel respecte les dispositions de la présente loi (...)». Il va dès lors de soi que le droit du patient à être informé soit placé dans le cadre des relations entre le patient et son médecin.

L'intervenante estime également que l'amendement n°14 de M. Paque vide de son sens l'article 7 du projet. On ne peut pas supposer qu'en cas d'absence de demande d'informations par écrit, le praticien est sensé avoir communiquer les informations oralement.

Mevrouw Magda De Meyer (SPA) wijst erop dat het ontwerp tot doel heeft een evenwichtige relatie tussen arts en patiënt uit te bouwen, zodat hij op een normale wijze kan communiceren. In dat verband is § 1 van cruciaal belang. Paragraaf 2 stipuleert dat de patiënt kan vragen dat de informatie hem schriftelijk wordt meegegeeld. Amendement nr. 14 zal een aantal kwalijke effecten sorteren, aangezien de beroepsbeoefenaars, ten einde zich voldoende in te dekken, zullen gedwongen worden alle informatie schriftelijk mede te delen.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vraagt zich af op welke wijze een beroepsbeoefenaar die de informatie mondeling heeft meegegeeld, zal kunnen aantonen dat hij bij die informatieverstrekking naar de geest van de wet heeft gehandeld.

Mevrouw Avontroodt vraagt hoe de woorden «vermoedelijke evolutie van zijn gezondheidstoestand» moeten worden begrepen. Gaat het daarbij om de te verwachten evolutie van de ziekte? Of hoe de ziekte zal evolueren na de behandeling?

De minister wijst erop dat de bepaling beoogt dat de beroepsbeoefenaar de informatie waarover hij in verband met zijn patiënt beschikt, niet voor zich houdt maar aan de patiënt meedeelt in een taal die hem in staat stelt te begrijpen hoe het met zijn gezondheidstoestand gesteld is.

Hoe kan de beroepsbeoefenaar bewijzen dat hij de informatie correct heeft meegegeeld? Uit een juridisch oogpunt kan alleen een schriftelijke mededeling terzake als veilige staving gelden, maar zulks veroordeelt de beroepsbeoefenaar tot titaanenwerk. Amendement nr. 14 strekt tot de bescherming van de beroepsbeoefenaar door een onaanvaardbaar vermoeden in te stellen.

Binnen de tussen arts en patiënt opgebouwde vertrouwensrelatie is het duidelijk dat de informatie in beide richtingen meestal mondeling zal worden uitgewisseld: anders zou er van enige communicatie tussen beide partijen geen sprake zijn.

Volgens de minister moet onder «vermoedelijke evolutie» die evolutie worden verstaan die volgens de beroepsbeoefenaar, op basis van de analyse van de gegevens waarover hij in verband met zijn patiënt beschikt, in de lijn der verwachtingen ligt.

*
* *

Amendement nr. 38 (subamendement op amendement nr. 26) wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Mme Magda De Meyer (SPA) rappelle que l'objectif du projet est de créer une relation équilibrée entre le praticien et son patient afin qu'il puisse communiquer d'une manière normale. A cet égard, le § 1^{er} est primordial. Le § 2 stipule que le patient peut demander que les informations lui soient communiquées par écrit. L'amendement n°14 aura des effets pervers en ce sens que les praticiens seront forcés de fournir toutes les informations par écrit pour être couverts.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) se demande de quelle manière un praticien qui a fourni les informations oralement pourra prouver qu'il les a fournies conformément à l'esprit de la loi.

Mme Avontroodt demande de quelle manière il faut comprendre les termes «évolution probable de l'état de santé». S'agit-il de l'évolution de la maladie à laquelle il faut s'attendre (de te attendre) ? Quelle sera l'évolution de la maladie après le traitement ?

La ministre rappelle que l'objectif de la disposition est que le praticien ne retienne pas les informations qu'il possède sur son patient mais qu'il les lui communique dans un langage lui permettant de comprendre son état de santé.

De quelle manière le praticien peut-il prouver qu'il a bien communiqué les informations? D'un point de vue juridique, seule une communication par écrit permet d'apporter cette preuve de manière certaine mais elle contraint le praticien à un travail de titan. L'amendement n°14 tend à protéger le praticien en instaurant une présomption inacceptable.

Dans le cadre de la relation de confiance entre un médecin et son patient, il est clair que les informations mutuelles seront la plupart du temps échangées oralement, sinon il n'y aura pas de communication entre les deux.

Selon la ministre, il faut entendre par «évolution probable», l'évolution à laquelle le praticien pense pouvoir s'attendre en fonction de l'analyse des données dont il dispose sur son patient.

*
* *

L'amendement n° 38 (sous-amendement à l'amendement n°26) est rejeté par 10 voix contre 6.

Amendement nr. 26 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Amendement nr. 14 wordt verworpen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Amendement nr. 27 wordt aangenomen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr. 7 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Het aldus gewijzigde artikel 7 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Art. 8

De heer Seghin (MR) c.s. dient amendement nr. 39 (DOC 50 1642/009) in, dat ertoe strekt te preciseren dat de toestemming, op verzoek van de patiënt of van de beroepsbeoefenaar en met de instemming van de patiënt of van de beroepsbeoefenaar, wordt vastgelegd in het patiëntendossier.

Mevrouw Colette Burgeon (MR) c.s. dient amendement nr. 25 (DOC 50 1624/007) in, dat er enerzijds toe strekt komaf te maken met een onduidelijkheid in de thans voorliggende tekst, waardoor de indruk ontstaat dat de alternatieven betrekking zouden hebben op de financiële weerslag van de interventie en niet op de interventie zelf. Anderzijds is het de bedoeling via dit amendement in de mogelijkheid te voorzien de patiënt in te lichten over de wettelijke bepalingen die in verband met een interventie behoren te worden nageleefd.

Amendement nr. 15 van de heer Paque (cdH) (DOC 50 1642/005) strekt ertoe ook rekening te houden met de vooraf schriftelijk door de patiënt vastgelegde richtlijnen, ingeval hij niet langer in staat is zijn wil te kennen te geven.

De heer Brouns (CD&V) c.s. dient amendement nr. 8 (DOC 50 1642/005) in, teneinde ervoor te zorgen dat, wanneer de patiënt een interventie schriftelijk weigert, die weigering ook wordt geëerbiedigd.

De spreker herinnert eraan dat het volgens de huidige rechtspraak doorgaans de patiënt toekomt te bewijzen dat hij onvoldoende werd ingelicht. Hij veronderstelt dat de minister goede redenen heeft om dat knelpunt niet in dit artikel te behandelen.

De minister antwoordt dat het wetsontwerp geen van beide partijen de bewijslast oplegt. De vraag omtrent de bewijslast komt alleen maar aan de orde als de inter-

L'amendement n°26 est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

L'amendement n°14 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n°27 est adopté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n°7 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'article 7, tel que modifié, est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

Art. 8

M. Philippe Seghin cs déposent un amendement n°39 (Doc 50 1642/009) tendant préciser qu'à la demande du patient ou du praticien professionnel et avec l'accord de ceux-ci, le consentement est fixé dans le dossier du patient.

Mme Colette Burgeon cs introduisent un amendement n°25 (Doc 50 1642/7) tendant, d'une part, à dissiper la confusion existant dans le texte selon laquelle les alternatives auraient trait aux répercussions financières de l'intervention et non à l'intervention elle-même. L'amendement vise, d'autre part, à prévoir la possibilité d'informer le patient au sujet des dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention.

L'amendement n°15 de *M. Luc Paque (cdH)* (DOC 50 1642/5) tend à prendre en compte les directives établies préalablement par écrit par le patient au cas où il ne se trouverait plus en état d'exprimer sa volonté.

M. Hubert Brouns (CD&V) cs déposent un amendement n°8 (DOC 50 1642/5) visant à respecter une déclaration écrite du patient relative à un refus d'une intervention.

M. Brouns rappelle que selon la jurisprudence actuelle, il appartient en général au patient de faire la la preuve qu'il a été insuffisamment informé. Il suppose que la ministre a de bonnes raisons de ne pas aborder ce problème à cet article.

La ministre déclare que le projet de loi ne confie la charge de la preuve à aucune des parties. Le problème de la charge de la preuve ne se pose que lorsque l'inter-

ventie niet goed is verlopen. In dat verband stipt zij aan dat de vraag op een andere manier aan de orde zal komen indien er een systeem van foutloze aansprakelijkheid komt.

Mevrouw Magda De Meyer (SPA) verwijst naar § 2 en in het bijzonder naar de financiële weerslag. Volgens haar interpretatie heeft die financiële weerslag te maken met de honoraria, de remgelden, de supplementen, maar ook met het feit of de beroepsbeoefenaar al dan niet geconventioneerd is.

De minister zegt dat die interpretatie klopt en overigens wordt bevestigd in amendement nr. 24 van de heer Mayeur en mevrouw Avontroodt op artikel 17.

Mevrouw Avontroodt (VLD) vraagt wat moet worden verstaan onder de woorden «behalve wanneer de beroepsbeoefenaar (...) uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden». Ze haalt het voorbeeld aan van een patiënt met een cerebrovasculair accident (CVA) die bij bewustzijn blijft maar die niet langer kan communiceren. Dreigt zijn stilzwijgen niet te worden geïnterpreteerd als een keuze om van elke behandeling af te zien?

De minister erkent dat de bepaling vaag is geformuleerd. Zij geeft het voorbeeld van een dove patiënt die zijn akkoord opschrijft, die met de ogen knippert of die met een armbeweging te verstaan geeft dat hij ermee akkoord gaat dat men hem een «spuitje» geeft. In de meeste gevallen zal de patiënt gewoon «ja» zeggen.

Indien de patiënt niet bij machte is zijn wil te kennen te geven, moet de beroepsbeoefenaar beslissen of hij al dan niet dringend moet optreden in het belang van de patiënt. In geval van een niet-dringende interventie zal de beroepsbeoefenaar zich tot de vertegenwoordiger van de patiënt moeten richten. In tegenstelling tot de vertrouwenspersoon, die in de wet alleen maar optreedt als verschaffer van informatie, kan de vertegenwoordiger van de patiënt in diens plaats beslissingen nemen.

De heer Hubert Brouns (CD&V) c.s. dient amendement nr. 8 (DOC 50 1642/005) in, dat ertoe strekt artikel 8, § 4, vierde lid, van het wetsontwerp te vervangen door de volgende tekst: «Indien de patiënt toen hij nog in staat was de in deze wet bedoelde rechten uit te oefenen, zijn wensen met betrekking tot een welomschreven tussenkomst inzake gezondheidszorg heeft te kennen gegeven, moet de beroepsbeoefenaar deze vooraf uitgedrukte wensen mee in overweging nemen.». De spreker stipt aan dat de in het wetsontwerp opgenomen formulering ingaat tegen het advies van de Nationale raad van de Orde van geneesheren. Ook de Raad van State heeft in verband hiermee kritiek gehad en er met name aan her-

vention ne s'est pas bien déroulée. Elle signale à cet égard que la question changera dans un système de la responsabilité sans faute.

Mme Magda De Meyer (SPA) se réfère au § 2 et en particulier aux répercussions financières. Selon son interprétation, ces répercussions financières concernent les honoraires, les tickets modérateurs, les suppléments mais également le fait que le praticien soit ou non conventionné.

La ministre confirme cette interprétation qui se trouve d'ailleurs confirmée dans l'amendement n°24 de M. Mayeur et Mme Avontroodt à l'article 17.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) demande ce qu'il faut entendre par les termes «le praticien peut raisonnablement inférer du comportement du patient que celui-ci consent à l'intervention». Elle prend l'exemple d'un patient atteint d'un AVC (accident vasculaire cérébral (=CVA) qui reste conscient mais qui ne peut plus communiquer. Son silence ne risque-t-il pas d'être interprété comme une volonté de renoncer à tout traitement ?

La ministre reconnaît que la formulation est vague. Elle donne l'exemple d'un patient sourd qui écrit son accord sur papier, qui cligne des yeux ou qui, en tendant son bras, fait comprendre qu'il est d'accord qu'on lui fasse une piqûre. Dans la plupart des cas, le patient dira tout simplement oui.

Si un patient n'est pas en état de faire connaître sa volonté, il appartient au praticien de décider de pratiquer une intervention urgente dans l'intérêt du patient. En cas d'intervention non urgente, le praticien devra s'adresser au représentant du patient. Contrairement à la personne de confiance qui n'intervient dans la loi qu'en ce qui concerne la communication d'informations, le représentant du patient peut décider à sa place.

M. Hubert Brouns (CD&V) et consorts déposent un amendement n° 8 (DOC 50 1642/005), visant à remplacer l'article 8, § 4, al. 4 du projet et formulé comme suit : «Si, lorsqu'il était encore à même d'exercer les droits visés dans la présente loi, le patient a fait part de ses souhaits en ce qui concerne une intervention déterminée en matière de soins de santé, le praticien professionnel est tenu de prendre ces souhaits exprimés préalablement en compte». L'intervenant remarque en effet que la formulation retenue par le projet de loi va à l'encontre de l'avis émis par le Conseil national de l'ordre des médecins. Le Conseil d'Etat a lui aussi critiqué ce point en rappelant que la Convention sur la biomédecine

innerd dat artikel 9 van het biogeneeskundeoverdrag bepaalt dat de «wensen van de patiënt in aanmerking moeten worden genomen».

De minister onderstreept dat sommige suggesties van de Orde van geneesheren werden gevolgd - andere niet. Voor het overige zij erop gewezen dat het door de spreker geciteerde artikel 9 van het biogeneeskundeoverdrag betrekking heeft op een andere situatie dan die welke hier wordt bedoeld.

De heer Luc Paque (cdH) dient amendement nr. 15 (DOC 50 1642/005) in, dat er eveneens toe strekt artikel 8, § 4, vierde lid, te vervangen door een tekst waarin wordt gestipuleerd dat de vooraf schriftelijke geuite wensen van de patiënt een aanwijzing vormen voor de beroepsbeoefenaar, die ze bij het patiëntendossier behoort te voegen.

Het komt er immers op aan niet uit het oog te verliezen dat de patiënt in sommige gevallen op zijn weigering zou terugkomen, mocht hij nog bij bewustzijn zijn. Denken we bijvoorbeeld aan de omstandigheid waarin het leven van een huisvader afhangt van een interventie die hij voordien had geweigerd. Het valt niet uit te sluiten dat de betrokkene zijn weigering zou herroepen in het licht van de gevolgen die ze voor zijn gezin zou hebben. In dergelijke gevallen is het aan de beroepsbeoefenaar om zijn verantwoordelijkheid op zich te nemen.

De minister heeft gemerkt dat de amendementen van de heren Brouns en Paque geïnspireerd zijn op het advies van de Raad van State. Niettemin zij gewezen op de nadelen van een dergelijke formulering: door te bepalen dat rekening moet worden gehouden met de door de patiënt te kennen gegeven wensen, verleent men de patiënt nog geen concreet en opeisbaar recht. En dát is nu net het streefdoel van het ter bespreking voorliggende wetsontwerp.

Om die reden wordt in de ontworpen tekst voor een andere benadering gekozen: wanneer de patiënt duidelijk zijn weigering te kennen heeft gegeven, moet de arts die eerbiedigen.

In dat verband zegt de minister dat zij onlangs geconfronteerd is geweest met het geval van een vrouw die had besloten een einde te maken aan haar leven en die een bericht had nagelaten waarin zij met aandrang vroeg om haar niet te reanimeren indien haar poging zou mislukken. In dat geval kan de wil van de patiënt niet duidelijker zijn.

Mevrouw Maggie De Block (VLD) vindt het door de minister aangehaalde voorbeeld niet echt gelukkig gekozen als het de bedoeling is daarmee beginselen te illustreren die op alle patiënten van toepassing zullen zijn. De interventies waartegen een patiënt zich kan ver-

prévoit, en son article 9, que «les souhaits du patient doivent être pris en compte».

La ministre souligne que certaines suggestions de l'Ordre des médecins ont été suivies, d'autres pas. Par ailleurs, l'article 9 de la Convention citée par l'intervenant concerne une autre situation que celle visée ici.

M. Luc Paque (CDH) dépose un amendement n° 15 (DOC 50 1642/005) visant également à remplacer l'article 8, § 4, al. 4 et stipulant que les souhaits préalables du patient ont une valeur indicative pour le praticien, lequel est tenu de les verser au dossier du patient.

Il faut en effet avoir à l'esprit que dans certains cas, le patient, s'il était conscient, reviendrait sur son refus. Tel est le cas, par exemple, lorsque la vie d'un père de famille dépend de l'intervention qu'il a préalablement refusée. Il est probable que, confronté aux conséquences de son refus pour sa famille, ce dernier reviendrait sur son jugement. Il appartient, dans ce cas, au praticien de prendre ses responsabilités.

La ministre remarque que les amendements de M. Brouns et de M. Paque sont inspirés de l'avis du Conseil d'Etat. Toutefois, il faut avoir à l'esprit les inconvénients d'une telle formulation : stipuler que les souhaits exprimés par le patient doivent être pris en compte, ne permet pas de reconnaître au patient un droit concret et exigible, ce qui est contraire à l'objectif reconnu par le présent projet de loi.

C'est la raison pour laquelle, le texte en projet privilégie une au refus claire du patient, il est tenu de le respecter.

A titre d'exemple, la ministre indique avoir été récemment confrontée au cas d'une femme ayant décidé de mettre fin à ses jours et ayant laissé un mot demandant instamment à ne pas être réanimée, en cas d'échec. Dans ce cas, la volonté du patient est on ne peut plus claire.

Mme Maggie De Block (VLD) remarque que l'exemple exposé par la ministre pour illustrer des principes qui vont s'appliquer à tous les patients n'est pas idéal. En effet, les interventions auxquelles un patient peut s'opposer se seront pas toujours des interventions destinées

zetten, zullen niet altijd levensreddend zijn. Het kan ook gewoon gaan om «invasieve» onderzoeken die, ondanks de risico's die ze inhouden, van wezenlijk belang zijn voor het bepalen van de gezondheidstoestand van de patiënt.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) stipt aan dat het recht van de patiënt om zijn toestemming voor een bepaalde interventie te weigeren, haaks staat op de plicht van de arts om de nodige zorg te verstrekken. Ontheft die weigering van de patiënt de arts van zijn verplichting?

De heer Yvan Mayeur (PS) is het niet eens met die bepaling van het wetsontwerp. Artsen zijn inderdaad verplicht zorg te verstrekken aan mensen in nood. Zoniet dreigen zij te worden vervolgd. Als we echter de redenering van de minister volgen, hoeft een arts niet langer in te grijpen als hij wordt geconfronteerd met een mislukte zelfmoordpoging van iemand die via duidelijke instructies te kennen heeft gegeven dat hij niet wenst dat zijn leven wordt gered. Valt dat weigeringsrecht te rijmen met de verplichtingen van de arts? Maakt dat recht het mogelijk van het Strafwetboek af te wijken?

De minister erkent dat het voorbeeld ter illustratie van de bewuste bepaling ongelukkig gekozen was. De ter bespreking voorliggende bepaling heeft niet uitsluitend betrekking op het recht van de patiënt om een levensreddende interventie te weigeren. Meer in het algemeen biedt ze de patiënt ook het recht om zijn toestemming te weigeren voor elke interventie waarvan hij in eer en geweten vindt dat hij ze niet kan ondergaan. Het mag derhalve duidelijk zijn dat artikel 8, § 4, vierde lid, de patiënt niet het recht geeft zich te verzetten tegen elke poging van een beroepsbeoefenaar om zijn leven te redden. Overigens moet de patiënt zijn weigering in verband met een bepaalde behandeling te kennen hebben gegeven op een tijdstip dat hij nog in staat was zijn rechten uit te oefenen. In dat verband onderstreept de minister dat dankzij de formulering van artikel 8, § 4, vierde lid, een zeer grote stap vooruit wordt gezet ten opzichte van de huidige toestand, want voortaan zal de arts wettelijk beschermd zijn zodra de patiënt schriftelijk te kennen heeft gegeven dat hij een bepaalde interventie weigert.

De heer Luc Paque (cdH) vindt het onderscheid tussen een euthanasieaanvraag en de weigering van een levensreddende interventie maar vaag. Zal de euthanasiewet overigens nog een reden van bestaan hebben? De in die wet bedoelde voorafgaande verklaringen zijn immers niet afdwingbaar, terwijl de arts zich wel moet houden aan de in het thans voorliggende wetsontwerp beoogde weigering van de patiënt om een interventie te ondergaan. Er heerst dus een totaal gebrek aan coherentie tussen beide teksten, wat leidt tot verwarring.

à lui sauver la vie. Il peut s'agir également d' «examens invasifs», qui malgré les risques qu'ils comportent, sont essentiels à la détermination de l'état de santé du patient.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) souligne qu'au droit de refuser son consentement s'oppose l'obligation du médecin de dispenser les soins nécessaires. Le refus du patient de subir une intervention déterminée décharge-t-il le praticien de cette obligation ?

M. Yvan Mayeur (PS) se dit défavorable à cette disposition du projet. Le médecin a, en effet, l'obligation de soigner la personne qui se trouve dans une situation de détresse à défaut de quoi, il sera poursuivi. Or, si l'on suit le raisonnement de la ministre, le médecin ne devra plus agir lorsqu'il est confronté à une personne dont la tentative de suicide a échoué mais qui a laissé des instructions claires interdisant qu'on lui sauve la vie. Ce droit de refus est-il compatible avec les obligations du médecin ? Permet-il de déroger au Code pénal ?

La ministre reconnaît que l'exemple choisi pour illustrer la portée de la disposition en question est malheureux. La disposition en discussion ne vise pas seulement le droit de refuser un traitement destiné à sauver la vie du patient. Plus généralement, il offre au patient le droit de refuser son consentement à toute intervention à laquelle, en âme et conscience, il estime ne pas pouvoir se soumettre. Il ne faut donc pas faire d'amalgames : l'article 8, §4, al.4 ne consacre pas le droit du patient de s'opposer à tout essai du praticien professionnel de lui sauver la vie. Par ailleurs le refus du patient concernant un traitement déterminé doit avoir été exprimée à un moment où il était encore à même d'exercer ses droits. A cet égard, l'oratrice souligne que la rédaction de l'article 8, § 4, al.4 constitue une nette amélioration par rapport à la situation actuelle puisque dorénavant le médecin bénéficiera d'une protection légale lorsque le patient aura exprimé, par écrit, son refus à l'égard d'une intervention déterminée.

M. Luc Paque (cdH) observe que la distinction entre une demande d'euthanasie et un refus de traitement susceptible de sauver la vie est floue. Par ailleurs, la loi relative à l'euthanasie aura-t-elle encore une raison d'être ? En effet, alors que les déclarations anticipées visées par cette loi n'ont pas de valeur contraignante, le refus de consentement, tel que consacré par le projet de loi, a lui un effet obligatoire pour le médecin. Il existe donc une incohérence totale entre ces deux textes, ce qui constitue une source de confusion.

De minister houdt staande dat er een fundamenteel onderscheid bestaat tussen het verzoek tot de arts om concreet tot euthanasie over te gaan en het weigeren van een welbepaalde interventie. Door het amendement van de heer Paque krijgt de arts alle beslissingsmacht en wordt het toestemmingsrecht uitgehouden.

Net als de minister vindt *mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* het ongepast dat de heer Paque op deze manier verwarring zaait. De bij het ontworpen artikel bedoelde omstandigheden zijn helemaal niet dezelfde als die waarop de euthanasiewet betrekking heeft.

Een patiënt die te oud is voor een niertransplantatie en die dagelijks een nierdialyse moet ondergaan, kan op een bepaald tijdstip beslissen dat hij die behandeling niet langer wenst. In dat geval volstaat een onderhoud met de patiënt en hoeven diens wensen alleen maar te worden nageleefd.

Mevrouw Maggie De Block (VLD) is het individuele zelfbeschikkingsrecht gunstig gezind: het moet mogelijk zijn een interventie te weigeren als er alternatieven voorhanden zijn. In dat geval moet de arts de meest aangepaste therapie kiezen. Ingeval de patiënt zijn toestemming weigert, moet hij de arts overigens schriftelijk ontheffen van alle verantwoordelijkheid. Niettemin vraagt de spreekster zich af hoe het zit met psychiatrische of depressieve patiënten.

De heer Hondermarcq (MR) verbaast zich over de wending die het debat heeft genomen. Het is van wezenlijk belang dat de patiënt de behandelingen of onderzoeken kan kiezen die hem het beste liggen. Zo is het voor sommige vormen van medische beeldvorming noodzakelijk een contraststof in te spuiten die bij de patiënt evenwel allergische reacties kan teweegbrengen. Een patiënt die daarvan op de hoogte is, moet dus kunnen beslissen dat hij dat onderzoek niet wenst.

Voorts is het vraagstuk van de bescherming van de arts shier niet aan de orde: veelal verlaten patiënten die een behandeling weigeren het ziekenhuis, nadat zij de betrokken arts(en) schriftelijk van elke verantwoordelijkheid hebben ontheven.

Mevrouw Magda De Meyer (SP.A) vindt eveneens dat iemand die goed op de hoogte is van de gevolgen of neveneffecten van een behandeling, het recht moet hebben die behandeling te weigeren. Zo kan men bijvoorbeeld een patiënt niet verplichten om tegen zijn wil een chemotherapie of een amputatie te ondergaan.

De weigering van de patiënt is neergeschreven in een geschrift dat bij zijn dossier wordt gevoegd. Het gaat dus niet om een korte boodschap die naar aanleiding van een zelfmoordpoging op een stukje papier werd neer-

La ministre maintient qu'il existe une différence fondamentale entre le fait de demander au médecin de poser un acte concret d'euthanasie et le fait de refuser un traitement déterminé. L'amendement de M. Paque permet de conférer au médecin les pleins pouvoirs et de vider de sa substance le droit de consentement.

A l'instar de la ministre, *Mme Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* critique l'amalgame auquel procède M. Paque. Les situations visées par l'article en projet ne sont pas du tout celles visées par la loi relative à l'euthanasie.

Un patient trop âgé pour subir une transplantation rénale est soumis quotidiennement à une dialyse. Ce dernier peut, à un moment donné, décider de ne plus s'y soumettre. Dans ce cas, la seule chose à faire est de parler avec le patient et de respecter ses souhaits.

Mme Maggie De Block (VLD) se dit favorable à l'auto-détermination individuelle : il doit être possible de refuser une intervention lorsque des alternatives existent. Le médecin doit, à ce titre, choisir la thérapie la plus adaptée. Par ailleurs, en cas de refus de consentement, le patient devrait signer une décharge mettant le médecin à l'abri de tout reproche. L'intervenante s'interroge, toutefois, sur la situation des patients psychiatriques ou dépressifs.

M. Robert Hondermarcq (MR) se dit étonné de la tournure de la discussion. Il est essentiel que le patient puisse choisir le traitement ou l'investigation de recherche qui lui convient le mieux. A titre d'exemple, certains systèmes d'imagerie clinique vont de pair avec l'injection de substance de contraste, pouvant entraîner des réactions allergiques chez le patient. Sachant cela, celui-ci peut donc décider de ne pas s'y soumettre.

Par ailleurs, la question de la protection du médecin ne se pose pas ici: la plupart du temps, les personnes qui refusent de subir un traitement quittent l'hôpital et signent une décharge.

Mme Magda De Meyer (SP.A) considère également que toute personne informée des conséquences ou effets secondaires d'un traitement a le droit de refuser de s'y soumettre. On ne peut, par exemple, obliger un patient à subir, contre son gré, une chimiothérapie ou une amputation.

Le refus du patient est un document écrit, placé dans son dossier. Il ne s'agit donc pas de la brève note griffonnée à l'occasion d'une tentative de suicide. La présence de cette déclaration écrite dans le dossier est

gekrabbeld. Voor de beroepsbeoefenaar is het van wezenlijk belang dat die schriftelijke verklaring bij het dossier wordt gevoegd, aangezien ze een bewijsstuk vormt dat de arts moet dekken.

De heer Hubert Brouns (CD&V) vraagt zich af hoe afdwingbaar die schriftelijke verklaring is wanneer de door de patiënt geweigerde behandeling is geëvolueerd dankzij de ontwikkelingen op het stuk van de medische techniek. Kan de arts er dan van uitgaan dat de nieuwe behandeling een medisch alternatief biedt?

De heer Jacques Germeaux (VLD) vindt dat geen vervolging mag worden ingesteld tegen een arts die op grond van markante therapeutische evoluties beslist toch over te gaan tot een interventie waartegen de patiënt zich eerder had verzet.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) wijst erop dat de ter bespreking voorliggende bepaling stipuleert dat de patiënt zijn weigering moet hebben geformuleerd op een ogenblik dat hij nog in staat is zijn wil te kennen te geven. Hoe moet worden gereageerd indien een naaste van de patiënt het weigeringsdocument voorlegt bij aankomst op de spoedgevallendienst? Hier rijzen twee vragen: gaat het document wel degelijk uit van de patiënt en was die nog bij machte zijn wil te kennen te geven? Misbruik valt terzake niet uit te sluiten.

Wat het vraagstuk van de spoedgevallen betreft, antwoordt *de minister* dat artikel 8, § 5, van het wetsontwerp bepaalt dat zo er onduidelijkheid is omtrent de wil van de patiënt of zijn vertegenwoordiger, de arts dient op te treden in het belang van de gezondheid van de patiënt. Er wordt dus uitvoering gegeven aan een louter omzichtigheidsprincipe.

In verband met de ontwikkeling van de medische technieken, is het van belang te onderstrepen dat de weigering van de patiënt betrekking moet hebben op een welbepaalde ingreep. In geval een techniek opmerkelijke vooruitgang heeft geboekt, kan er van uit worden gegaan dat het om een nieuwsoortige ingreep gaat, die dus geen verband houdt met de weigering van de patiënt.

Voor de psychiatrische patiënten zal de weigering van behandelen doorgaans gevolgen hebben die minder bedreigend zijn voor het leven van de patiënt. Belangrijk is dat de geschreven weigering duidelijk is.

Mevrouw Maggie De Block (VLD) verzet zich tegen de veralgemenende benadering van de minister. Zo loopt een anorexiëpatiënte die kunstmatige voeding weigert, wel degelijk het gevaar te overliden.

essentielle pour le praticien, puisqu'elle est la preuve qui permettra de couvrir le médecin.

M. Hubert Brouns (CD & V) se demande quelle est la force contraignante du document écrit lorsqu'en raison du développement des techniques médicales, le traitement auquel le patient s'est opposé a évolué ? Le médecin peut-il considérer que ce traitement constitue une alternative médicale ?

M. Jacques Germeaux (VLD) estime que, lorsqu'en raison d'évolutions thérapeutiques marquantes, le médecin décide de procéder à l'intervention à laquelle le patient s'est opposé, il ne devrait pas être poursuivi.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) souligne qu'il est stipulé dans la disposition en discussion que le refus doit avoir été manifesté quand le patient était encore en état de le faire. Quelle attitude adopter dans les cas où le document de refus est présenté par un proches lors de l'arrivée aux urgences. Deux questions se posent : le document émane-t-il bien du patient ? Le patient était-il encore « en état » ? Des abus ne sont pas à exclure.

La ministre répond que concernant le problème des urgences, l'article 8, § 5 prévoit qu'en cas d'incertitude relative à la volonté du patient, le médecin doit intervenir dans l'intérêt de la santé de celui-ci. Il s'agit de l'application d'un simple principe de prudence.

En ce qui concerne l'évolution des techniques médicales, il faut relever que le refus du patient doit avoir trait à une intervention bien déterminée. Dès lors, si d'importants développements ont été réalisés, on peut considérer qu'il s'agit d'un nouveau type d'intervention non visé par le refus du patient.

Sur la question des patients psychiatriques, le refus d'intervention aura généralement des conséquences moins dommageables pour la vie du patient. Ce qui importe est que le refus écrit qui a été exprimé soit un refus clair.

Mme Maggie De Block (VLD) conteste la généralisation à laquelle procède la ministre. A titre d'exemple, une jeune fille anorexique qui refuse une alimentation artificielle s'expose à un danger mortel.

Volgens de heer Jacques Germeaux (VLD) zal het document aan de hand waarvan een psychiatrische patiënt aangeeft deze of gene behandeling niet te willen ondergaan, niet in het dossier worden opgenomen zonder dat daarover vooraf met de psychiater is overlegd.

De heer Yvan Mayeur (PS) vraagt zich af wat er gebeurt zo een arts bij een spoedgeval om professioneel ingegeven redenen beslist te handelen zonder rekening te houden met de schriftelijke weigering van de patiënt.

De heer Luc Paque (cdH) stipt aan dat de arts bij een spoedgeval vaak te maken heeft met de verwanten van de patiënt ten opzichte van wie deze laatste verplichtingen heeft (bijvoorbeeld wat de opvoeding betreft). Het optreden van de arts kan dus worden bepaald door de druk van de verwanten van de patiënt, hoewel deze laatste een schriftelijke weigering heeft opgesteld.

De minister antwoordt dat het in voorkomend geval de patiënt toekomt een klacht in te dienen tegen de arts die zijn wil heeft miskend.

In geval de wilsuiting van de patiënt duidelijk is, kunnen de verwanten overigens niet eisen dat de arts optreedt tegen de wens van de patiënt in. De spreekster erkent wel dat de situatie kies ligt.

*
* *

Amendement nr. 39 wordt aangenomen met 10 tegen 2 stemmen en 4 onthoudingen.

Amendement nr. 25 wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr. 8 wordt verworpen met 10 tegen 5 stemmen en een onthouding.

Amendement nr. 15 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Het aldus geamendeerde artikel 8 wordt aangenomen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Art.9

De minister geeft aan dat dit artikel van het wetsontwerp betrekking heeft op het patiëntendossier. Zij preciseerd dat bij de redactie ervan rekening werd gehouden met de opmerkingen die de Orde van geneesheren heeft geformuleerd inzake de in § 2, derde lid, bedoelde «persoonlijke notities van een beroepsbeoefenaar».

M. Jacques Germeaux (VLD) estime que dans le cas de patients psychiatriques, le document par lequel le patient manifeste son refus à l'égard de tel ou tel traitement ne sera pas déposé au dossier sans concertation préalable avec le psychiatre.

M. Yvan Mayeur (PS) s'interroge sur ce qu'il advient lorsque dans des cas d'urgence, le médecin, pour des raisons professionnelles, décide d'agir indépendamment du refus écrit émis par le patient.

M. Luc Paque (cdH) remarque que dans les cas d'urgence, le médecin sera souvent confronté à la famille du patient à l'égard de laquelle ce dernier a des obligations (une obligation d'éducation, par exemple). L'intervention du médecin, en dépit du refus écrit du patient, peut donc résulter de la pression exercée par les proches du patient.

La ministre répond qu'il appartient, le cas échéant, au patient de porter plainte contre la praticien qui a méconnu sa volonté. Par ailleurs, lorsque la manifestation de volonté du patient est claire, les proches ne peuvent exiger du praticien qu'il agisse en violation des souhaits du patient. Certes, l'oratrice admet que la situation sera délicate.

*
* *

L'amendement n° 39 est adopté par 10 voix contre 2 et 4 abstentions.

L'amendement n° 25 est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

L'amendement n° 8 est rejeté par 10 voix contre 5 et une abstention.

L'amendement n° 15 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'article 8, tel qu'amendé, est adopté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

Art.9

La ministre précise que pour la rédaction de cet article du projet relatif au dossier du patient, il a été tenu compte des remarques formulées par l'Ordre des médecins quant aux annotations personnelles.

Mevrouw Maggie De Block (VLD) dient amendement nr. 1 (DOC 50 1642/002) en amendement nr. 3 (DOC 50 1642/004) in, die ertoe strekken in artikel 9, § 2, het eerste en het tweede lid te vervangen, teneinde het recht op indirecte inzage te garanderen. Zodoende geeft de spreker uiting aan haar terughoudendheid ten opzichte van het recht op rechtstreekse inzage; zij vreest immers dat de patiënt bij rechtstreekse inzage overdreven reageert, dan wel een en ander fout interpreteert.

De heer Hubert Brouns (CD&V) c.s. dient amendement nr. 9 (DOC 50 1642/005) in, dat ertoe strekt in artikel 9, § 2, het vierde en vijfde lid te vervangen, met de bedoeling te bepalen dat wanneer de patiënt inzage neemt van zijn dossier, hij door een beroepsbeoefenaar wordt bijgestaan. De spreker verzet zich immers tegen het recht op rechtstreekse inzage, zoals dat door het ontworpen artikel wordt gegarandeerd. In de meeste gevallen zal de patiënt de door de beroepsbeoefenaar gehanteerde medische terminologie niet begrijpen. Het is dus raadzaam te bepalen dat de patiënt zijn dossier mag inzien, bijgestaan door een andere beroepsbeoefenaar (arts, verpleegkundige enzovoort).

De heer Luc Paque (cdH) dient de amendementen nr. 16 en 19 (DOC 50 1642/005) in; ook zij strekken ertoe het recht op indirecte inzage te garanderen. Op grond van de tekst van het amendement zou de door de patiënt aangewezen vertrouwensarts onbeperkt toegang tot het dossier verkrijgen (met inbegrip van de persoonlijke notities die het bevat). Terzake zou één uitzondering gelden: rechtstreekse inzage zou wel zijn toegestaan zo tegen de beroepsbeoefenaar een aansprakelijkheidsvordering is ingesteld.

De spreker attendeert de commissieleden er immers op dat er risico's verbonden zijn aan het feit dat de patiënt zijn dossier rechtstreeks mag inzien, zonder tussenpersoon. Voorts zal de beroepsbeoefenaar misschien geneigd zijn een «parallel dossier» bij te houden, met al zijn persoonlijke notities.

Bovendien is het niet denkbeeldig dat, zoals mevrouw De Block al heeft aangegeven, de patiënt de meegeerde informatie slecht verwerkt of fout interpreteert, waarop hij ten prooi valt aan uitzinnige angst.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) c.s. dient amendement nr. 31 (DOC 50 1642/008) in, dat ertoe strekt in de Nederlandse tekst van het artikel het woord «pertinent» te vervangen door de woorden «van toepassing». Het betreft een loutere taalverbetering.

De heer Philippe Seghin (MR) c.s. dient amendement nr. 32 (DOC 50 1642/008) in, dat ertoe strekt artikel 9, § 3, eerste lid, aan te vullen teneinde te preciseren dat

Mme Maggie De Block (VLD) dépose les amendements n°1 et 3 (DOC 50 1642/004), visant à remplacer l'article 9, §2, alinéa 1 et 2 afin de consacrer le caractère indirect du droit de consultation. De cette manière, l'intervenante exprime sa réticence à l'égard du droit de consultation directe, dont elle craint qu'il n'entraîne des réactions exagérées, voire des erreurs d'interprétation de la part du patient.

M. Hubert Brouns (CD & V) et consorts déposent un amendement n° 9 (DOC 50 1642/005), visant à remplacer l'article 9, §2, al. 4 et 5 de manière à prévoir que lors de la consultation de son dossier, le patient est assisté par un praticien professionnel. L'intervenant se dit, en effet, défavorable au droit de consultation directe, tel qu'il est consacré par l'article en projet. Dans la majorité des cas, le patient ne comprend pas la terminologie médicale utilisée par le praticien professionnel. Il est donc préférable de prévoir que le patient peut consulter son dossier avec l'aide d'un autre professionnel de la santé (médecin, infirmier...).

M. Luc Paque (cdH) dépose les amendements n° 16 et 19 (DOC 50 1642/006) visant également à consacrer le caractère indirect du droit de consultation. Selon l'amendement, le médecin de confiance désigné par le patient dispose d'un accès intégral au dossier (en ce compris les annotations personnelles qu'il contient). La seule exception où la consultation directe est prévue concerne la situation dans laquelle une action en responsabilité a été initiée à l'encontre du praticien professionnel.

L'intervenant attire en effet l'attention des membres de la commission sur les risques inhérents à la reconnaissance au patient du droit de consulter son dossier, sans intermédiaire. D'une part, le praticien professionnel sera peut-être tenté de créer un dossier parallèle contenant l'ensemble de ses annotations personnelles.

D'autre part, comme l'a relevé Mme de Block, les informations communiquées pourraient être mal assimilées ou interprétées par le patient, qui pourrait dès lors développer une angoisse incontrôlée.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) et consorts déposent un amendement n° 31 (DOC 50 1642/008), visant à remplacer dans le texte néerlandais de l'article le mot «pertinent» par les mots «van toepassing». Il s'agit d'une simple correction linguistique.

M. Philippe Seghin (MR) et consorts déposent un amendement n° 32 (DOC 50 1642/008), visant à compléter l'article 9, § 3, al.3 afin de préciser que «sur cha-

« ieder afschrift (van het dossier) vermeldt dat het strikt persoonlijk en vertrouwelijk is». Met de expliciete vermelding dat het dossier vertrouwelijk en persoonlijk is, wordt voorkomen dat derden (en met name de verzekeringsmaatschappijen) het dossier voor andere doeleinden aanwenden.

Mevrouw Simonne Leen (AGALEV-ECOLO) stipt aan dat de patiënt zijn inzagerecht doorgaans pas zal inroepen als de vertrouwensband met de arts een knauw heeft gekregen.

Voor het overige sluit ze zich aan bij het standpunt van de vorige sprekers, die hebben gewezen op de nadelen van het recht op rechtstreekse inzage voor patiënten die geen kennis hebben van medische aangelegenheden.

De minister brengt in herinnering dat het aspect «toegang tot het dossier» al aan bod is gekomen in de algemene bespreking. Het klopt dat terzake verschillende opvattingen mogelijk zijn, maar met het wetsontwerp werd ervoor geopteerd de patiënt de best mogelijk informatie te garanderen. Het dossier heeft betrekking op de patiënt zelf; het ware derhalve paradoxaal om de betrokkene niet het recht te verlenen het rechtstreeks in te zien, zonder tussenpersoon. Het komt de patiënt toe te oordelen of het raadzaam is een andere beroepsbeoefenaar in de arm te nemen om hem bij te staan als hij gebruik wil maken van dat recht.

Wanneer de heer Paque vreest dat er eventueel een tweede dossier zal worden aangelegd; moet duidelijk worden aangegeven dat alle essentiële gegevens in het dossier moeten zijn opgenomen en dat de persoonlijke notities op zich nooit het echte dossier ten gronde mogen vormen. Een beroepsbeoefenaar mag, als derde, die persoonlijke notities inzien omdat ervan wordt uitgegaan dat hij bij machte is te vatten waarom die notities in het dossier van de patiënt zijn opgenomen.

De heer Luc Paque (cdH) wijst er evenwel op dat aangezien de beroepsbeoefenaar die notities heeft opgesteld, hij ze dus pertinent acht om de gezondheidstoestand van de patiënt te beoordelen.

De heer Hubert Brouns (CD & V) acht artikel 9 van het wetsontwerp vaag omdat daarin niet wordt gepreciseerd wat moet worden verstaan onder «patiëntendossier». Geldt dat artikel ook voor de medische dossiers die door de andere beroepsbeoefenaars (zoals de kinesitherapeuten, de tandartsen enzovoort) worden bijgehouden? Hoelang moet de beroepsbeoefenaar dat dossier overigens bijhouden?

que copie du dossier, il est précisé que celle-ci est strictement personnelle et confidentielle». En soulignant le caractère confidentiel et personnel du dossier, on évite que ce dernier soit utilisé à d'autres fins par des tiers (notamment par les compagnies d'assurance).

Mme Simonne Leen (AGALEV-ECOLO) remarque que la plupart du temps, le patient ne demandera à exercer son droit de consultation que lorsque la relation de confiance qui le lie au praticien sera affaiblie.

Pour le reste, elle se rallie à l'opinion des intervenants précédents qui soulignaient les inconvénients de la consultation directe pour le patient profane.

La ministre rappelle que la question de l'accès au dossier a déjà été abordée au cours de la discussion générale. Il est vrai que différentes conceptions étaient envisageables. Le choix opéré dans le projet de loi vise à assurer au patient la meilleure information possible. Etant donné que le dossier concerne intimement le patient, il serait paradoxal de ne pas lui reconnaître le droit d'y accéder sans intermédiaire. Il lui appartient de juger de l'opportunité de faire appel à un autre professionnel pour l'aider à exercer ce droit.

Quant à la crainte exprimée par M. Paque relative à la constitution éventuelle d'un second dossier, il a été clairement stipulé que tous les éléments essentiels doivent se trouver dans le dossier et que les annotations personnelles ne peuvent jamais constituer, à elles seules, un dossier de fond. Si l'on permet à un praticien professionnel tiers de consulter ces notes personnelles, c'est parce que l'on considère que ce dernier est capable de comprendre les raisons pour lesquelles ces notes se trouvent au dossier du patient.

M. Luc Paque (cdH) relève toutefois que si ces notes ont été rédigées par le praticien, c'est que ce dernier les juge pertinentes pour évaluer l'état de santé du patient.

M. Hubert Brouns (CD&V) estime que l'article 9 du projet est vague dans la mesure où il ne précise pas ce que l'on doit entendre par le «dossier de patient». L'article s'applique-t-il également au dossier médical tenu par des praticiens tels les kinésithérapeutes, les dentistes... ? Par ailleurs, pendant combien de temps le praticien professionnel doit-il conserver le dossier ?

De spreker dient amendement nr. 10 (DOC 50 1642/005) in, dat ertoe strekt in artikel 9, § 3, het tweede lid weg te laten. Op grond van dat lid mag de beroepsbeoefenaar een afschrift van het dossier weigeren indien hij over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de patiënt onder druk wordt gezet om een afschrift van zijn dossier aan derden mee te delen. Die bepaling zou immers nadelig kunnen zijn voor de patiënt aangezien het moeilijker wordt de hem betreffende medische gegevens te verkrijgen. Voor het overige verwijst hij naar de schriftelijke verantwoording van het amendement.

Tot slot heeft de spreker ook vragen omtrent de nadere regeling van de inzage van het dossier in de gevallen waarin de therapeutische exceptie werd ingeroepen: moet de beroepsbeoefenaar die door de patiënt werd aangewezen om het inzagerecht uit te oefenen, de informatie ook «schiften» vooraleer die aan de patiënt mee te delen?

De minister antwoordt dat het « patiëntendossier » niet alleen het « medisch dossier » is; artikel 9 van het wetsontwerp heeft betrekking op alle dossiers die worden aangelegd in het raam van de rechtsverhouding tussen beroepsbeoefenaar en patiënt, alsook op het dossier dat in het ziekenhuis wordt bijgehouden.

Voorts werd gevraagd hoelang de dossiers moeten worden bijgehouden. De minister preciseert dat de ziekenhuizen die dossiers 30 jaar moeten bewaren; voor de artsen is die termijn, krachtens de Code van medische plichtenleer (art. 46) ook 30 jaar. Voor andere beroepen gelden, voor zover haar bekend, geen specifieke termijnen.

In verband met de door de heer Brouns op artikel 9, § 3, tweede lid, van het wetsontwerp gemaakte opmerking, preciseert de minister dat zo de beroepsbeoefenaar beschikt over aanwijzingen die het vermoeden wettigen dat druk wordt uitgeoefend op de patiënt, hij de positie van de patiënt behoort te versterken en niet diens rechten af te zwakken. In dat opzicht lijkt de door de spreker geopperde vrees haar dan ook overdreven.

In verband met de concrete invulling van de inzage, in het geval waarbij de therapeutische exceptie wordt aangevoerd, herinnert de minister aan de bedoeling van het feit dat het wetsontwerp voorziet in de aanwijzing van een derde. Zolang de informatieverstrekking schadelijke gevolgen voor de gezondheid van de patiënt kan hebben, blijft de therapeutische uitzondering spelen.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) merkt op dat als men de zaken vanuit de invalshoek van de tussen patiënt en arts opgebouwde vertrouwensrelatie bekijkt, de informatie die laatstgenoemde verstrekt, altijd als toereikend zal overkomen. Pas wanneer de vertrouwens-

L'intervenant dépose un amendement n° 10 (DOC 50 1642/005) visant à supprimer l'article 9, §3, al. 2 qui permet au praticien professionnel de refuser de donner copie du dossier s'il dispose d'indications claires selon lesquelles le patient subit des pressions afin de communiquer une copie de son dossier à des tiers. Cette disposition pourrait, en effet, être défavorable au patient dans la mesure où elle rend plus difficile l'obtention des données médicales qui le concernent. Il se réfère, pour le reste, à la justification écrite de l'amendement.

Enfin, l'intervenant s'interroge également sur les modalités de consultation du dossier, dans les cas où l'exception thérapeutique a été invoquée : le praticien professionnel désigné par le patient afin d'exercer le droit de consultation doit-il également filtrer les informations avant de les communiquer au patient ?

La ministre répond que le « dossier du patient » n'est pas seulement « le dossier médical » : l'article 9 du projet vise l'ensemble des dossiers constitués dans le contexte d'une relation praticien professionnel-patient. Il vise également le dossier tenu à l'hôpital.

Quant au délai de conservation des dossiers, la ministre précise qu'il est de trente ans pour les hôpitaux et pour les médecins (conformément à l'article 46 du Code de déontologie). Pour autant qu'elle le sache, il n'existe pas de délais spécifiques pour les autres professions.

Concernant la remarque de M. Brouns, relative à l'article 9, § 3, al.2 du projet de loi, la ministre précise que, lorsqu'il est en présence de signes permettant de penser que des pressions sont exercées sur le patient, le rôle du praticien professionnel est de renforcer la position du patient et non d'affaiblir ses droits. La crainte de l'intervenant paraît, à cet égard, exagérée.

Sur les modalités de consultation, dans les cas où l'exception thérapeutique a été invoquée, *La ministre* rappelle l'objectif pour lequel le projet de loi prévoit la désignation d'un tiers. Aussi longtemps que les informations sont susceptibles d'avoir des conséquences nuisibles sur la santé du patient, l'exception thérapeutique continue à jouer.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) remarque que dans le cadre de la relation de confiance entre le patient et le médecin, les informations que ce dernier communique seront toujours censées être suffisantes. Ce n'est qu'en cas d'affaiblissement du lien de confiance que le patient

band minder sterk wordt, zal de patiënt om inzage van zijn dossier verzoeken. Zou men, tegen die achtergrond, niet beter voorzien in een voorafgaand beroep op de bemiddelingsfunctie, vooraleer de patiënt toe te staan zijn dossier in te zien?

De minister stelt dat wanneer systematisch een beroep wordt gedaan op de bemiddelaar, men het risico loopt het inzagerecht uit te hollen. Voorts moet de bemiddelingsfunctie voorbehouden blijven tot de echte conflictsituaties, wat niet altijd het geval is wanneer de patiënt vraagt om zijn dossier in te zien.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) onderstreept dat het probleem kan rijzen in de psychiatrie, waar men terzake met tal van klachten wordt geconfronteerd. In dat verband lijkt het optreden van een bemiddelaar bij een conflict dat tussen de patiënt en de instelling of de arts is gerezen, zeer zinvol.

De heer Jacques Germeaux (VLD) wijst erop dat men in de psychiatrie met twee soorten «dossiers» werkt: «rapporten» en «strikt vertrouwelijke rapporten». In de toekomst zal men dus nauwlettend moeten afwegen wat men in dat rapport noteert, en zich tot het strikt noodzakelijke beperken. Dat zou ertoe kunnen leiden dat een groot deel van de informatie verloren gaat.

Dat probleem rijst zowel voor de psychiatrische patiënten als zodanig, als voor (bijvoorbeeld depressieve) patiënten die occasioneel in contact komen met een psychiatrische instelling. De rapporten die daarbij worden opgesteld, zijn vaak subjectief en kunnen aanleiding geven tot conflictsituaties.

De patiënt een recht tot rechtstreekse inzage toekennen, houdt het risico in dat de communicatie met de arts zeer moeilijk wordt. Daarbij mogen we ook niet voorbijgaan aan het feit dat de in het rapport vervatte informatie voor de patiënt kwetsend kan zijn.

De minister bevestigt dat zich, zeker in de geestelijke gezondheidszorg, soms moeilijke situaties kunnen voordoen. Er kan evenwel geen sprake van zijn om, bij de wettelijke verankering van de patiëntenrechten, de psychiatrische patiënten van die rechten uit te sluiten.

Voorts gaat het bij de door de sprekers aangehaalde situaties telkens om klachten die de inschakeling van de bemiddelingsfunctie impliceren.

De heer José Vande Walle (CD&V) verwijst naar § 4, die betrekking heeft op de inzage van het dossier door de familie van een overleden patiënt. Volgens hem zou in dat artikel moeten worden gepreciseerd dat – ter voorkoming van misbruiken – alleen de relevante elementen uit het dossier mogen worden medegedeeld.

demandera à consulter le dossier qui le concerne. Dans ce contexte, ne devrait-on pas prévoir l'intervention préalable de la fonction de médiation, avant de permettre au patient de consulter son dossier ?

La ministre considère que le recours systématique à la fonction de médiation risque de vider le droit de consultation de son sens. Par ailleurs, il convient de réserver la fonction de médiation aux situations véritablement conflictuelles, ce qui n'est pas toujours le cas lorsque le patient demande à consulter son dossier.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) souligne que le problème est susceptible de se poser dans le domaine de la psychiatrie, où l'on est en présence de nombreuses plaintes. Dans ce contexte, il semble que l'intervention de la fonction de médiation pourrait être très utile lors d'un conflit entre le patient et l'institution ou le médecin.

M. Jacques Germeaux (VLD) relève que dans le domaine psychiatrique, il existe deux sortes de «dossiers»: le «rapport» et «rapport strictement confidentiel». Il faudra dorénavant être attentif à ce que l'on inscrit dans ce rapport et se limiter à ce qui est strictement nécessaire. Cela pourrait avoir conséquence la perte d'une grande quantité d'informations.

Ce problème vaut tant pour les patients psychiatriques en tant que tels que pour les patients qui ont un contact occasionnel avec une institution psychiatrique (par exemple, les patients dépressifs). Les rapports rédigés à cette occasion sont souvent subjectifs et sont susceptibles d'entraîner une situation conflictuelle.

Reconnaître au patient un droit de consultation directe risque de rendre la communication avec le médecin très difficile. Sans oublier, que les informations contenues dans le rapport peuvent être blessantes pour le patient.

La ministre confirme que, certainement dans le domaine des soins de santé mentale, la situation peut être difficile. Toutefois, il ne peut être question de consacrer légalement les droits du patient en excluant du bénéfice de ces droits les patients souffrant de troubles psychiatriques.

Par ailleurs, les situations évoquées par les intervenants sont des situations où des plaintes ont été formulées, qui impliqueront l'intervention de la fonction de médiation.

M. José Vande Walle (CD&V) se réfère au §4 relatif à la communication d'une copie du dossier à la famille d'un patient défunt. Il estime qu'il devrait être précisé à cet article que seuls les éléments pertinents du dossier peuvent être communiqués et ce afin d'éviter des abus.

De minister antwoordt dat het artikel werd geredigeerd na het advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De commissie wees met nadruk op het delicate evenwicht tussen de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de overleden patiënt en de inwilliging van de wens van diens familie. Dit artikel bevat een aantal zeer duidelijke voorwaarden die moeten vervuld zijn om inzage van het dossier te verkrijgen: geen uitdrukkelijk verzet van de patiënt, beperking van het aantal nabestaanden dat toegang tot het dossier krijgt, gespecificeerde en gemotiveerde aanvraag.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vraagt op welke wijze de beroepsbeoefenaar met een dossier moet omgaan wanneer hij delicten constateert. Zal dit wetsontwerp de terzake geldende procedure wijzigen?

De minister antwoordt dat het wetsontwerp de voor de interventie van het parket geldende procedure in generlei opzicht wijzigt.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vraagt vervolgens hoe het staat met de raadpleging van het dossier nadat de patiënt overleden is. Behoort niet te worden gepreciseerd dat de materiële belangen van de nabestaanden niet als argument mogen worden aangevoerd om van het dossier inzage te krijgen?

Mevrouw Anne-Marie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO) is tegen die idee gekant. Zij merkt op dat het belangrijk is de begunstigde van een verzekering inzage van het dossier te kunnen verlenen.

De heer Jacques Germeaux (VLD) verwijst naar het voorbeeld van de weduwe van iemand die aan een beroepsziekte is overleden. Voor haar is het belangrijk inzage van het dossier te krijgen teneinde haar pensioenrechten te doen gelden. Het blijkt dat 80% van conflicten die rijzen in verzekeringsaangelegenheden, te wijten zijn aan een slechte informatiedoorstroming.

Ook *de minister* is van mening dat het niet correct is de materiële belangen uit te sluiten: anders bestaat immers het risico op het ontstaan van een nieuwe vorm van discriminatie. In dat opzicht is het van essentieel belang dat het verzoek om inzage gespecificeerd en gemotiveerd wordt. Het komt de arts toe te oordelen of de inzage opportuun is én een afweging te maken tussen de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en de echte belangen van de familie.

Volgens *mevrouw Yolande Avontroodt (VLD)* kan het overlijden van een patiënt de beroepsbeoefenaar nooit van zijn plicht tot het naleven van het beroepsgeheim ontslaan.

La ministre répond que l'article a été rédigé après avis de la commission pour la protection de la vie privée. La commission a mis l'accent sur le fragile équilibre entre le respect de la vie privée du patient décédé et le respect du souhait de sa famille. Cet article mentionne des conditions très claires à la consultation du dossier : pas d'opposition expresse du patient, limitation du nombre des proches ayant accès, demande spécifique et motivée.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) demande de quelle manière le praticien devra traiter un dossier lorsqu'il constate des délits. Le présent projet va-t-il changer la procédure en la matière.

La ministre répond que le projet de loi ne modifie en rien la procédure d'intervention du parquet.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) pose ensuite la question de la consultation du dossier après le décès du patient. Ne faudrait-il pas préciser que les intérêts matériels des proches ne peuvent pas être un argument à la communication du dossier.

Mme Annemie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO) s'oppose à cette idée. Elle fait remarquer qu'il est important de pouvoir donner accès au dossier aux bénéficiaires d'une assurance.

M. Jacques Germeaux (VLD) cite l'exemple de la veuve d'une personne décédée d'une maladie professionnelle. Il est important pour elle d'avoir accès au dossier afin de faire valoir ses droits à la pension. Il apparaît que 80% des conflits en matière d'assurance sont dus à une mauvaise communication des informations.

La ministre estime également qu'il ne convient pas d'exclure les intérêts matériels au risque de créer une discrimination. A cet égard, il est essentiel que la demande de consultation soit spécifique et motivée. Il appartient au médecin et de juger de l'opportunité de la consultation et de faire la part des choses entre le respect de la vie privée du patient et les intérêts réels de la famille.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) estime que le décès du patient ne peut jamais délier le praticien de son secret professionnel.

*
* *

Amendement nr. 16 wordt ingetrokken.

Amendement nr. 19 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr. 1 wordt ingetrokken.

Amendement nr. 3 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen en een onthouding.

Amendement nr. 9 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr. 31 wordt eenparig aangenomen.

Amendement nr. 32 wordt eenparig aangenomen.

Amendement nr. 10 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Het aldus gewijzigde artikel 9 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Art. 10

De heer Hubert Brouns (CD&V) is van mening dat artikel 10 een zeer belangrijk artikel uit het wetsontwerp is. Gelet op de ziekenhuisinfrastructuur (gemeenschappelijke zalen, gangen, ...), blijkt de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt in de praktijk immers niet altijd even vanzelfsprekend. De patiënt kan bepaalde personen wel de toestemming verlenen om aanwezig te zijn, maar in het ziekenhuis is het niet altijd makkelijk om patiënten samen met hun familie af te zonderen. Op het stuk van de vertrouwelijkheid rijst een zelfde probleem wanneer men de patiënt op discrete wijze wil informeren en dat in het bijzijn van andere personen, of zelfs van andere patiënten moet gebeuren.

De minister bevestigt dat het artikel zelf niet omstreden is, maar zij erkent dat in de praktijk een aantal problemen kunnen rijzen.

De minister verwijst naar het door de heer Mayeur op artikel 5 ingediende amendement nr. 22 dat stelt dat de patiënt recht heeft op respect voor zijn intimiteit. Zij is van mening dat het wetgevingstechnisch de voorkeur verdient dat amendement in artikel 10, § 1, als tweede lid, in te voegen, in plaats van in artikel 5.

*
* *

L'amendement n°16 est retiré.

L'amendement n° 19 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 1 est retiré.

L'amendement n° 3 est rejeté par 9 voix contre 6 et une abstention.

L'amendement n° 9 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 31 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 32 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 10 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'article 9, tel que modifié, est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

Art.10

M. Hubert Brouns (CD&V) estime que l'article 10 est un article très important du projet de loi. Il apparaît que dans la pratique, il n'est pas toujours évident de respecter la vie privée du patient en raison de la configuration de l'infrastructure de l'hôpital (salles communes, couloirs,...). Le patient peut autoriser certaines personnes à être présentes mais il n'est pas toujours facile d'isoler les patients et leur famille dans un hôpital. Le même problème de confidentialité se pose lorsqu'il faut communiquer discrètement une information à un patient en présence d'autres personnes ou même d'autres patients.

La ministre confirme qu'il ne s'agit pas d'un article controversé mais elle reconnaît que des problèmes peuvent se poser dans la pratique.

La ministre se réfère à l'amendement n° 22 de M. Mayeur à l'article 5 qui stipule que le patient a droit au respect de son intimité. Elle estime que d'un point de vue légistique, il conviendrait d'insérer cet amendement à l'article 10 comme alinéa 2 du § 1^{er} plutôt qu'à l'article 5.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vraagt hoe het staat met de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt bij inbeslagname van het dossier door het parket.

In verband met dat probleem stelt *de minister* dat het ministerie van Justitie er goed aan zou doen de parketten een richtlijn te sturen waarin wordt toegelicht dat beslag kan worden gelegd op medische dossiers, op voorwaarde dat het gaat om dossiers die verband houden met een onderzoek naar een misdrijf. Wanneer het parket om toegang tot een medisch dossier verzoekt, wordt in het algemeen de Orde van geneesheren daarbij betrokken en zijn vertegenwoordigers van de Orde bij de inbeslagneming aanwezig, teneinde te waarborgen dat de in het dossier vervatte informatie wel degelijk onder het geheim van het onderzoek valt en dat eventuele lekken bepaalde mensen niet in moeilijkheden brengen.

Inzonderheid voor de drugsgerelateerde misdrijven, deelt *mevrouw Simonne Leen (AGALEV-ECOLO)* de door mevrouw Avontroodt geopperde vrees. Zij onderstreept dat bij conflicten tussen Volksgezondheid en Justitie, de patiënt vaak de dupe is.

De heer Jacques Germeaux (VLD) merkt op dat het daarbij vooral een probleem betreft dat op het terrein rijst. Wanneer de politie bij een arts met enig machtsvertoon dossiers in beslag komt nemen, is de Orde van geneesheren niet aanwezig om hem in bescherming te nemen. Het komt de Orde van geneesheren toe de artsen terdege te informeren, om hen erop te attenderen zich niet te laten intimideren.

De minister zal contact opnemen met de minister van Justitie om na te gaan welke oplossingen terzake tot de mogelijkheden behoren. Zij wijst erop dat de Ministeraad vorig jaar, naar aanleiding van problemen die rond de PMA-drug waren gerezen, heeft beslist dat tussen het ministerie van Volksgezondheid en dat van Justitie akkoorden zouden worden gesloten om de minister van Volksgezondheid in staat te stellen de minister van Justitie te verzoeken een dossier openbaar te maken zodra vaststaat dat in het dossier een aspect «volksgezondheid» opduikt.

Mevrouw Simonne Leen (AGALEV-ECOLO) verwijst naar de memorie van toelichting, waarin wordt vermeld dat de patiënt recht heeft op ruimtelijke privacy. Voor de spreker begint de inachtneming van dit recht door op de deur te kloppen alvorens de kamer van de patiënt binnen te gaan. Zij wijst er voorts op dat werkgevers de psychiatrische dossiers vaak onrechtmatig gebruiken tijdens de professionele loopbaan van de patiënt.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) pose la question du respect de la vie privée du patient en cas de saisie du dossier par le parquet.

La ministre est d'avis qu'en ce qui concerne ce problème, il conviendrait que le ministère de la Justice envoie une directive aux parquets expliquant que les dossiers médicaux peuvent être saisis à condition qu'ils soient liés à une enquête sur un délit. En général, l'Ordre des médecins est concerné lorsque le parquet demande l'accès à un dossier médical et des représentants de l'Ordre sont présents au moment de la saisie afin de garantir que les informations contenues dans le dossier tombent bien sous le secret de l'instruction et que des fuites éventuelles ne mettent pas des personnes en difficultés.

Mme Simonne Leen (AGALEV-ECOLO) partage les craintes de Mme Avontroodt en particulier en ce qui concerne les délits liés à la drogue. Elle souligne qu'en cas de conflit entre la santé publique et la justice, c'est souvent le patient qui est la victime.

M. Jacques Germeaux (VLD) fait remarquer qu'il s'agit surtout d'un problème sur le terrain. Lorsque la police vient saisir des dossiers chez un médecin et fait preuve d'autorité, l'Ordre des médecins n'est pas là pour le protéger. C'est à l'Ordre des médecins qu'il appartient d'informer les médecins afin qu'ils ne se laissent pas intimider.

La ministre prendra contact avec le ministre de la Justice afin de voir quelles solutions sont envisageables. Elle signale qu'à la suite des problèmes liés au PMA l'année dernière, le Conseil des ministres a décidé que des accords seraient pris entre le ministère de la Santé publique et de la Justice afin de permettre au ministre de la Santé publique de demander au ministre de la Justice de rendre un dossier public dès qu'il est établi que ce dossier a une dimension de santé publique.

Mme Simonne Leen (AGALEV-ECOLO) se réfère à l'exposé des motifs qui mentionne que le patient a droit à la protection de la vie privée dans les locaux où il se trouve pour l'intervention (droit à la vie privée, p.36). Pour l'intervenante, ce respect commence par le fait de frapper à la porte avant d'entrer dans la chambre du patient. Elle signale que les dossiers psychiatriques sont souvent utilisés de manière abusive par les employés au cours de la carrière du patient.

De minister bevestigt dat dit wetsontwerp geen wettelijke basis creëert voor de inzage door de werkgevers van het medisch dossier van hun personeel. Terzake werd een bepaling toegevoegd, op verzoek van de Orde van geneesheren, om te preciseren dat de arts mag weigeren een kopie van het dossier te verstrekken als hij over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de patiënt onder druk wordt gezet om een kopie van zijn dossier aan derden (werkgevers of verzekeringsmaatschappijen) te bezorgen.

*
* *

Het aldus gewijzigde artikel 10 wordt aangenomen met 13 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 11

De heer Hubert Brouns (CD&V) betreurt dat in vergelijking met de memorie van toelichting het artikel met betrekking tot de nadere regeling van de klachtenbemiddeling maar weinig inhoud heeft. De lijst van machtigingen aan de Koning is lang. Hij wijst erop dat artikel 17 van het wetsontwerp de ziekenhuizen ertoe verplicht in een ombudsfunctie te voorzien. De Raad van State merkt evenwel op dat de federale wetgever niet bevoegd is inzake de erkenningsnormen en de ziekenhuizen derhalve geen extra verplichtingen mag opleggen. De heer Brouns leidt daaruit af dat het artikel geen zin heeft. Wat is het nut van een bepaling als ze niet dwingend is?

De minister antwoordt dat de Raad van State niet heeft gesteld dat de federale overheid geen nieuwe functies in de ziekenhuizen mag creëren. Zo is de verplichting om een ombudsfunctie te creëren wél geoorloofd, op voorwaarde dat die functie beperkt blijft tot de behandeling van de klachten die betrekking hebben op de relatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar. De rol van ombudsman in de ziekenhuizen moet derhalve worden beperkt, op grond van het toepassingsgebied van de wet.

De heer Hubert Brouns (CD&V) onderstreept dat alle problemen met betrekking tot de werking van het ziekenhuis (bijvoorbeeld de klachten over de wachtlijsten, onvriendelijke bejegening, het gebrek aan informatie, ...) derhalve niet tot de bevoegdheid van de ombudsman behoren. Op dit vlak is artikel 11 volgens hem ontoereikend.

De minister bevestigt dat zij het toepassingsgebied van de ombudsfunctie wil uitbreiden. Vanaf september 2002 zal zij daartoe overleg plegen met de gewesten en de gemeenschappen om tot een samenwerkingsakkoord te komen.

La ministre confirme que le présent projet de loi ne crée pas la base légale pour l'accès des employeurs au dossier médical de leur personnel. A cet égard, une disposition a été ajoutée à la demande de l'Ordre des médecins afin de préciser que le médecin peut refuser de donner copie du dossier qu'il dispose d'indications claires selon lesquelles le patient subit des pressions afin de communiquer une copie de son dossier à des tiers (employeurs ou assurances).

*
* *

L'article 10, tel que modifié, est adopté par 13 voix et 3 abstentions.

Art.11

M. Hubert Brouns (CD&V) déplore le faible contenu de l'article par rapport à l'exposé des motifs en ce qui concerne les modalités de la médiation des plaintes. La liste des délégations au Roi est longue. Il signale que l'article 17 du projet instaure l'obligation pour les hôpitaux d'organiser une fonction de médiation. Or, le Conseil d'Etat a fait remarquer que le législateur fédéral n'était pas compétent pour les normes d'agrément et ne pouvait dès lors pas imposer des obligations supplémentaires aux hôpitaux. M. Brouns en conclut que l'article est vide de sens. Quelle est l'utilité d'une disposition si elle n'est pas contraignante?

La ministre répond que le Conseil d'Etat n'a pas dit que le pouvoir fédéral n'avait pas la possibilité de créer de nouvelles fonctions dans les hôpitaux. Ainsi, l'obligation de créer une fonction de médiation est autorisée à condition que cette fonction se limite à examiner les plaintes portant sur les relations entre le patient et le praticien professionnel. Il faut donc limiter le rôle du médiateur dans les hôpitaux en fonction du champ d'application de la loi.

M. Hubert Brouns (CD&V) souligne que dès lors tous les problèmes relatifs à l'administration de l'hôpital ne sont pas du ressort du médiateur, par exemple les plaintes relatives aux listes d'attente, au mauvais accueil (onvriendelijke bejegening), au manque d'information, ... Il s'agit selon lui d'un point faible de l'article 11.

La ministre confirme qu'elle a la volonté d'élargir le champ d'application de la fonction de médiation. A cet effet, elle organisera, dès septembre 2002, une concertation avec les régions et les communautés afin de conclure un accord de coopération.

Mevrouw Magda De Meyer (SPA) is van mening dat men die verschillen niet aan de patiënt kan uitleggen. Het is belangrijk snel een samenwerkingsakkoord te sluiten om de patiënt opheldering te geven.

Mevrouw Simonne Leen (AGALEV-ECOLO) geeft aan dat het belangrijk is in de ziekenhuizen een onafhankelijke ombudsfunctie te ontwikkelen. Zij staat er ook op dat snel een samenwerkingsakkoord wordt gesloten.

De minister antwoordt dat de onafhankelijkheid van de ombudsfunctie in § 3 wordt gewaarborgd. De nadere regels zullen worden vastgesteld bij een in besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

De heer Hubert Brouns (CD&V) betreurt het dat artikel 11 geen regeling biedt voor de klachten tegen de ambulante beroepsbeoefenaar. Volgens hem zou de in artikel 11 vastgestelde ombudsfunctie kunnen worden beschouwd als een optreden in eerste aanleg; vervolgens kan worden voorzien in een procedure in beroep, bij een gewestelijke of provinciale commissie. Elk ziekenhuis en iedere ambulante beroepsbeoefenaar zouden worden ingeschreven bij die commissie, die ten opzichte van de ombudsman als beroepsinstantie zou fungeren.

De minister antwoordt dat artikel 11 niet beperkt blijft tot de ombudsfunctie in de ziekenhuizen, maar ook de mogelijkheid biedt een dergelijke functie voor de ambulante sector te creëren.

De heer Hubert Brouns (CD&V) merkt op dat artikel 11 moet worden geïnterpreteerd samen met artikel 17, dat alleen van toepassing is op de ziekenhuizen.

De minister betwist die interpretatie en merkt op dat artikel 11 niet tot de ziekenhuizen beperkt blijft. De uitvoeringsbesluiten zullen in formules voorzien voor de ziekenhuizen, maar ook voor de ambulante sector. Bovendien voorziet artikel 16, § 3, in beperkte residuaire bevoegdheden voor de federale commissie.

De heer Hubert Brouns (CD&V) betreurt het dat artikel 11 geen regeling biedt voor de ombudsfunctie voor de ambulante beroepsbeoefenaars. Momenteel worden de klachten van de patiënten over ambulante beroepsbeoefenaars behandeld door de ziekenfondsen wat niet altijd positief is. De spreker merkt op dat de gewestelijke commissie ook advies zou kunnen geven aan de ombudsmannen in de ziekenhuizen.

De heer Jacques Germeaux (VLD) is van mening dat er geen nieuwe instanties moeten worden gecreëerd, maar dat een beroep moet worden gedaan op de reeds

Mme Magda De Meyer (SPA) estime que l'on ne peut pas expliquer ces différences aux patients. Il importe de conclure rapidement cet accord de coopération afin de faire la clarté pour le patient.

Mme Simonne Leen (AGALEV-ECOLO) déclare qu'il est important de développer une fonction de médiation indépendante dans les hôpitaux. Elle insiste également pour qu'un accord de coopération soit conclu rapidement.

La ministre répond que l'indépendance de la fonction de médiation est garantie par le §3. Les modalités seront fixées par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres.

M. Hubert Brouns (CD&V) regrette que l'article 11 ne règle pas la question des plaintes à l'encontre du praticien ambulatoire. Il estime que la fonction de médiation décrite à l'article 11 pourrait être considérée comme une étape de première instance et qu'une procédure en appel pourrait être prévue auprès d'une commission régionale ou provinciale. Chaque hôpital et chaque praticien ambulatoire seraient inscrits auprès de cette commission qui jouerait le rôle d'instance d'appel par rapport au médiateur.

La ministre répond que l'article 11 ne limite pas la fonction de médiation aux seuls hôpitaux mais permet également de créer une telle fonction pour le secteur ambulatoire.

M. Hubert Brouns (CD&V) fait remarquer que l'article 11 doit être lu en parallèle avec l'article 17 qui ne s'applique qu'aux hôpitaux.

La ministre conteste cette interprétation et fait remarquer que l'article 11 n'est pas limité aux hôpitaux.. Les arrêtés d'exécution prévoient des formules pour les hôpitaux mais également pour le secteur ambulatoire. En outre, l'article 16, §3 prévoit des compétences résiduelles limitées pour la commission fédérale.

M. Hubert Brouns (CD&V) regrette que l'article 11 ne règle pas la fonction de médiation pour les praticiens ambulatoires. Actuellement, les plaintes des patients à l'égard de praticiens ambulatoires sont traitées par le biais des mutuelles, ce qui n'est pas toujours positif. L'intervenant fait remarquer que la commission régionale pourrait aussi fournir des conseils aux fonctions de médiation dans les hôpitaux.

M. Jacques Germeaux (VLD) estime qu'il ne faut pas créer de nouvelles instances mais recourir à celles qui existent déjà. Dans ce cadre, les mutuelles ont un rôle

bestaande instanties. In dit opzicht spelen de ziekenfondsen een rol omdat zij de patiënten de weg moeten wijzen naar de instellingen die hen kunnen bijstaan.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) is het niet eens met de heer Germeaux. Zij vindt integendeel dat ombudsmannen beter dan ziekenfondsen in staat zijn om de patiënten te helpen. Zo kan verwarring tussen de zorgverstrekkers en de verzekeraars worden voorkomen.

Mevrouw Simonne Leen (AGALEV-ECOLO) vraagt of in de uitvoeringsbesluiten kan worden bepaald dat de ombudsfuncties geografisch dicht bij de patiënt gelegen moeten zijn. Zij vindt dat contact moet worden opgenomen met de federale ombudsmannen voor het redigeren van de koninklijke besluiten.

Mevrouw Magda De Meyer (SPA) had ook verkozen dat dit wetsontwerp ook de ombudsfunctie voor de ambulante sector regelt. Anders behoren garanties in de wet te worden opgenomen. Zij vraagt ook over de ontwerp tekst van de uitvoeringsbesluiten te kunnen beschikken.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vraagt of de uitvoeringsbesluiten zullen verduidelijken welke gegevens de beroepsbeoefenaar mag bekend maken in geval van een klachtenprocedure zonder daarbij zijn recht op verzekering op het spel te zetten. Het feit dat hij erkent een fout te hebben gemaakt, kan immers invloed hebben op zijn aansprakelijkheidsverzekering. Zij wil dat het door de regering voorbereide wetsontwerp inzake het 'no-faultsysteem' onmiddellijk na dit wetsontwerp wordt besproken.

De minister antwoordt dat de regering contact heeft opgenomen met de diensten van de federale ombudsmannen om zich te informeren over hun ervaringen.

De minister wil eerst wachten op de resultaten van de verschillende ervaringen van de bestaande ombudsfuncties alvorens met dit wetsontwerp te veel nieuwe functies te creëren. Zij haalt het voorbeeld aan van de door de Staat gefinancierde ombudsfunctie die wordt uitgetest in de platformen voor geestelijke gezondheidszorg.

De minister onderstreept dat de belangrijkste doelstelling van de ombudsfunctie erin bestaat conflicten op te lossen alvorens zich tot de rechtbank te wenden. Als een dergelijke oplossing niet mogelijk is, is het aan de patiënt een klacht in te dienen.

Over de bekendmaking van de gegevens van het medische dossier verklaart de minister dat niet van de arts

jouer pour guider les patients vers les institutions qui peuvent les aider.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) ne partage pas l'avis de M. Germeaux. Elle estime au contraire que les médiateurs sont plus appropriés que les mutuelles pour aider les patients et ce afin d'éviter une confusion entre les dispensateurs de soins et les assureurs.

Mme Simonne Leen (AGALEV-ECOLO) demande que l'on prévoie dans les arrêtés d'exécution que les fonctions de médiation soient géographiquement proches du patient. Elle demande que des contacts soient pris avec les médiateurs fédéraux en vue de la rédaction des arrêtés royaux.

Mme Magda De Meyer (SPA) aurait également préféré que le présent projet de loi règle la question de la fonction de médiation pour le secteur ambulatoire. A défaut, il conviendrait d'inscrire des garanties dans la loi. Elle demande également à pouvoir disposer du texte des projet d'arrêtés d'exécution.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) demande si les arrêtés d'exécution préciseront quelles sont les informations qui peuvent être divulguées par le praticien dans le cadre d'une procédure de plainte sans risque d'hypothéquer son droit à l'assurance. En effet, le fait qu'il reconnaisse avoir commis une faute peut avoir une influence sur son assurance en responsabilité. Elle demande que le présent projet de loi soit immédiatement suivi de l'examen du projet de loi sur le système «no fault» que prépare le gouvernement.

La ministre répond que le gouvernement a pris contact avec les services des médiateurs fédéraux afin de s'informer sur leurs expériences.

La ministre souhaite tout d'abord attendre les résultats des différentes expériences de fonctions de médiation qui sont en cours actuellement plutôt que de créer trop de nouvelles fonctions par le biais du présent projet de loi. Elle cite par exemple la fonction de médiation qui est testée pour les plate-formes des soins de santé mentale et qui est financée par l'Etat.

La ministre souligne que l'objectif premier de la fonction de médiation est d'essayer de résoudre les conflits avant de s'adresser au tribunal. Si une telle solution n'est pas possible, alors le patient devra déposer plainte.

En ce qui concerne la communication des données du dossier médical, la ministre déclare que l'on ne peut

kan worden verlangd dat hij zijn fout toegeeft, maar wél dat hij de feitelijke gegevens meedeelt.

*
* *

Artikel 11 wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 12

De heren Luc Paque en Jean-Jacques Viseur (cdH) dienen amendement nr. 17 (DOC 50 1642/005) in, met de bedoeling minderjarige patiënten van veertien jaar en ouder te betrekken bij de uitoefening van hun rechten. In de restrictief bij de wet opgesomde gevallen oefent die minderjarige zijn rechten alleen uit. Als er sprake is van een conflict tussen de minderjarige en zijn wettelijke vertegenwoordigers aan de ene kant, de beroepsbeoefenaar aan de andere kant, is de jeugdrechter of de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg bevoegd.

De heer Paque vindt artikel 12 te vaag gesteld. Hoe zal de beroepsbeoefenaar de graad van ontwikkeling van de minderjarige patiënt inschatten? De bepaling preciseert trouwens geenszins dat de beroepsbeoefenaar die graad moet inschatten. Wat gebeurt er als er een conflict is tussen de ouders en de beroepsbeoefenaar over de inschatting van de graad van ontwikkeling van hun kind?

Mevrouw Magda De Meyer (SPA) geeft de heer Paque gelijk als hij opmerkt dat de tekst van het artikel niet preciseert dat de beroepsbeoefenaar de graad van ontwikkeling van zijn patiënt moet beoordelen.

De minister bevestigt dat de beroepsbeoefenaar zal moeten oordelen over de graad van ontwikkeling van zijn jonge patiënt. Zij wijst erop dat krachtens het door België geratificeerde internationaal verdrag inzake de rechten van het kind geen leeftijdsgrens mag worden vastgesteld.

Bij een conflict tussen de ouders en de beroepsbeoefenaar kan eerst een beroep worden gedaan op de ombudsfunctie en, indien geen oplossing uit de bus komt, moet het gerecht worden ingeschakeld. Bij minderjarige patiënten beslissen over het algemeen de ouders (§ 1). Indien de beroepsbeoefenaar de minderjarige bekwaam acht, mag hij echter zelf zijn rechten uitoefenen (§ 2).

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vestigt de aandacht van de commissie erop dat een arts zeer conservatief kan zijn in zijn oordeel over de graad van ontwikkeling van zijn patiënt.

pas demander au médecin d'avouer sa faute mais bien de communiquer des données factuelles.

*
* *

L'article 11 est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Art.12

MM Luc Paque et Jean-Jacques Viseur (cdH) déposent l'amendement n°17 (Doc 50 1642/5) tendant à préciser que le mineur âgé de quatorze ans et plus est associé à l'exercice de ses droits. Dans les cas strictement énumérés par la loi, ce mineur exerce seul ses droits. En cas de conflit entre le mineur et ses représentants légaux et le praticien, c'est le juge de la jeunesse ou le président du tribunal de première instance qui est compétent.

M. Paque est d'avis que l'article 12 est rédigé de manière trop vague. De quelle manière le praticien va-t-il apprécier l'aptitude du patient mineur ? La disposition ne précise d'ailleurs nullement qu'il lui appartient d'apprécier cette maturité. Qu'en sera-t-il en cas de conflit entre les parents et le praticien sur l'appréciation de la maturité de leur enfant ?

Mme Magda De Meyer (SPA) donne raison à M. Paque lorsqu'il fait remarquer que le texte de l'article ne précise pas qu'il appartient au praticien de juger de la maturité de son patient.

La ministre confirme qu'il appartiendra au praticien de juger de la maturité de son jeune patient. Elle signale que le Traité international sur les droits de l'enfant, que la Belgique a ratifié, interdit la fixation d'une limite d'âge.

En cas de conflit entre les parents et le praticien, on pourra d'abord faire appel à la fonction de médiation et si aucune solution n'intervient, il faudra s'adresser aux autorités judiciaires. En règle générale, si le patient est mineur, ce sont ses parents qui décident (§ 1^{er}). Toutefois, si le praticien l'en juge capable, il peut exercer lui-même ses droits (§ 2).

Mme Yolande Avontroodt (VLD) attire l'attention de la commission sur le fait qu'un médecin peut être très conservateur dans son jugement sur la maturité de son patient.

Volgens de heer Hubert Brouns (CD&V) moet in dit artikel geen leeftijd worden gepreciseerd, maar moet de arts aanwijzingen krijgen opdat hij rekening kan houden met de graad van ontwikkeling van de patiënt, die naar gelang van de leeftijd kan variëren.

Hij vraagt of een patiënt van 16 jaar wel een door zijn ouders voorgestelde behandeling kan weigeren, en daarbij zijn leeftijd kan inroepen.

De leeftijd van 16 jaar geldt alleen in verband met het recht om seksuele betrekkingen te hebben.

De minister antwoordt dat aangezien het wetsontwerp hoofdzakelijk gegrond is op de verhouding tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar, spreekt het vanzelf dat de beroepsbeoefenaar zal oordelen of de minderjarige patiënt in staat is om zijn rechten uit te oefenen.

De heer José Vande Walle (CD&V) herinnert aan de in § 1 vervatte algemene regel, te weten dat de rechten van de minderjarige patiënt worden uitgeoefend door diens ouders of voogd.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) c.s. dient amendement nr. 33 (DOC 50 1642/008) in, dat er enerzijds toe strekt in de Nederlandse tekst de woorden «graad van ontwikkeling» te vervangen door het woord «maturiteit», en anderzijds nader te bepalen dat de in deze wet opgesomde rechten zelfstandig worden uitgeoefend door de minderjarige patiënt die tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat kan worden gebracht.

Mevrouw Magda De Meyer (SPA) wijst erop dat dit amendement werd voorgelegd aan het Kinderrechtencommissariaat. Dat laatste achtte het, gelet op de rechtspraak en de rechtsleer, verkieslijker rekening te houden met het subjectieve criterium inzake de geschiktheid van de minderjarige om met een geneeskundige ingreep in te stemmen.

Mevrouw Simonne Leen (AGALEV-ECOLO) vestigt er de aandacht op dat de schoonouders of de voogden vaak geen enkel recht kunnen doen gelden ten aanzien van de kinderen. Zij acht het niet raadzaam een leeftijdsgrens te vermelden, want de verklaring die het kind aflegt is van belang, niet zijn leeftijd.

De heer José Vande Walle (CD&V) stelt voor, in amendement nr. 33, punt B), het woord «waardering» te vervangen door het woord «beoordeling».

De commissie stemt in met die wijziging.

M. Hubert Brouns (CD&V) estime qu'il n'y a pas lieu de préciser un âge dans cet article mais qu'il faut donner des indications au médecin afin qu'il puisse tenir compte de la maturité du patient qui peut varier selon l'âge.

Il demande si un patient âgé de 16 ans peut refuser un traitement que lui proposent ses parents en revendiquant son âge ?

L'âge de 16 ans n'est pris en compte qu'en ce qui concerne le droit à entretenir des relations sexuelles.

Le ministre répond qu'étant donné que le projet se fonde principalement sur les relations entre le patient et le praticien, il va de soi que c'est le praticien qui jugera de l'aptitude du patient mineur à exercer ses droits.

M. José Vande Walle (CD&V) rappelle la règle générale contenue dans le §1^{er}, à savoir que les droits du patient mineur sont exercés par ses parents ou par son tuteur.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) cs déposent l'amendement n°33 (Doc 50 1642/8) visant d'une part, à remplacer dans le texte néerlandais les mots «graad van ontwikkeling» par le mot «maturiteit» et d'autre part, à préciser que les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

Mme Magda De Meyer (SPA) signale que cet amendement a été soumis au commissariat aux droits de l'enfant qui a estimé que compte tenu de la jurisprudence et de la doctrine, il valait mieux tenir compte du critère subjectif des aptitudes du mineur à donner son consentement à une intervention médicale.

Mme Simonne Leen (AGALEV-ECOLO) attire l'attention sur le fait que bien souvent les beaux-parents ou les tuteurs n'ont aucun droit vis-à-vis des enfants. Elle pense qu'il ne faut pas préciser de limite d'âge car c'est la voix de l'enfant qui est importante et non on âge.

M. José Vande Walle (CD&V) propose de modifier dans le texte néerlandais du point B) de l'amendement n°33 le mot «waardering» par le mot «beoordeling».

La commission marque son accord sur cette modification.

*
* *

Amendement nr. 17 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr. 33 wordt aangenomen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Het aldus gewijzigde artikel 12 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Art. 13

De heer Hubert Brouns (CD&V) merkt op dat als de patiënt minderjarig is, de beroepsbeoefenaar, overeenkomstig het ontworpen artikel 12 kan beslissen rekening te houden met de desiderata van die patiënt. Is in een dergelijke mogelijkheid voorzien wanneer de patiënt weliswaar meerderjarig is, maar met het statuut van verlengd minderjarige bezit, of hij onbekwaam werd verklaard ?

De minister vestigt de aandacht van de spreker op artikel 13, § 2, waarin is bepaald dat de patiënt zoveel als mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen wordt betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.

*
* *

Artikel 13 wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 14

Mevrouw Michèle Gilkinet (AGALEV-ECOLO) wijst op een gebrek aan overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 14, § 1, tweede lid. In de Nederlandse tekst is immers bepaald dat de aanwijzing van de persoon die ermee wordt belast in plaats van de patiënt diens rechten uit te oefenen, «geschiedt bij een gedagtekend en door de patiënt en deze persoon ondertekend bijzonder schriftelijk mandaat waaruit de toestemming van laatstgenoemde blijkt». De in de Franse tekst gehanteerde uitdrukking «*ce dernier*» verwijst echter naar de woorden «*le patient*», terwijl het, blijkens de Nederlandse versie kennelijk de bedoeling is aan te geven dat de aangewezen persoon zijn toestemming moet verlenen. De spreekster stelt derhalve voor de woorden «*ce dernier*» te vervangen door de woorden «*cette personne*».

*
* *

L'amendement n°17 rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n°33 est adopté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'article 12, tel que modifié, est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

Art.13

M. Hubert Brouns (CD &V) remarque que, dans le cas où le patient est mineur, le praticien professionnel peut décider, conformément à l'article 12 du projet, de tenir compte des souhaits de ce dernier. Une telle possibilité est-elle prévue lorsque le patient est majeur mais relève du statut de la minorité prolongée ou de l'interdiction ?

La ministre attire l'attention de l'intervenant sur le paragraphe 2 de l'article 13 qui stipule que le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

*
* *

L'article 13 est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Art. 14

Mme Michèle Gilkinet (AGALEV-ECOLO) souligne qu'il existe un problème de concordance entre les textes français et néerlandais de l'article 14, §1^{er}, al. 2 du projet. En effet, le texte français stipule que la désignation de la personne chargée d'exercer, en lieu et place du patient, les droits fixés par la loi s'effectue par mandat écrit spécifique, daté et signé par cette personne ainsi que par le patient, mandat par lequel «ce dernier» marque son consentement. L'expression «ce dernier» se réfère aux mots «le patient», alors que, comme le traduit le texte néerlandais, l'intention manifeste est d'indiquer que c'est la personne désignée qui doit marquer son consentement. L'intervenante propose donc de remplacer les mots «ce dernier» par les mots «cette personne».

De commissieleden zijn het met die technische verbetering eens.

De heer José Vande Walle (CD&V) merkt op dat in artikel 14, § 2, derde lid, van het wetsontwerp is bepaald dat, indien de in de voorafgaande leden opgesomde personen niet wensen op te treden of ontbreken, de betrokken beroepsbeoefenaar, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg, de belangen van de patiënt behartigt. De spreker constateert een contradictie tussen de redactie van het artikel en de memorie van toelichting. In die laatste wordt immers duidelijk gesteld dat multidisciplinair overleg moet plaatsvinden, terwijl de woorden «in voorkomend geval» laten uitschijnen dat dit overleg facultatief is. Zouden die woorden niet moeten worden weggelaten? Dezelfde opmerking kan worden gemaakt betreffende de redactie van artikel 15, § 2.

De minister antwoordt dat het multidisciplinaire overleg alleen kan plaatsvinden in een context die zulks mogelijk maakt, te weten bij het optreden van de diverse betrokkenen (bijvoorbeeld een palliatieve eenheid). Dat zal niet altijd het geval zijn; derhalve is het artikel in die zin opgesteld.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) vraagt zich af welke de draagwijdte is van de bij het wetsontwerp vastgelegde regels inzake vertegenwoordiging. Gelden die regels voor aspecten die geen betrekking hebben op de patiëntenrechten als dusdanig (bijvoorbeeld het tarievenvraagstuk, de keuze van de kamer), of blijven daarop de gemeenschappelijke regels inzake vertegenwoordiging van toepassing?

De minister bevestigt dat de regels inzake vertegenwoordiging die in de artikelen 12 tot 15 van het wetsontwerp worden vastgelegd, specifieke regels zijn die alleen gelden voor het uitoefenen van de patiëntenrechten t.o.v. beroepsbeoefenaren.

Teneinde de patiënt meer bescherming te bieden, dient de heer *Luc Paque (cdH)* amendement nr. 18 (DOC 50 1642/005) in, dat tot vervanging strekt van het ontworpen artikel 14. In gevallen waarin de patiënt niet bij bewustzijn is of in de onmogelijkheid verkeert zijn rechten uit te oefenen, ware het volgens hem immers raadzamer erin te voorzien dat de arts pas een medische handeling mag stellen nadat hij het advies heeft ingewonnen van een andere arts, van het verplegend team, en eventueel van de door het ethisch ziekenhuiscomité afgevaardigde leden.

Die procedure op collegiale basis verhindert niet dat de vertrouwenspersoon de informatie ontvangt en bij de besluitvorming wordt betrokken.

Les membres de la commission se rallient à cette correction technique.

M. José Vande Walle (CD & V) remarque que l'article 14, § 2, alinéa 3 du projet stipule que lorsque les personnes, qui sont énumérées aux alinéas précédents, ne souhaitent pas intervenir ou font défaut, «c'est le prestataire de soins concerné, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient». L'intervenant constate une contradiction entre la rédaction de l'article et l'exposé des motifs. Ce dernier indique clairement qu'une concertation pluridisciplinaire doit avoir lieu, alors que la présence des mots «le cas échéant» semble indiquer que cette concertation est facultative. Ne devrait-on pas supprimer ces mots? La même remarque peut-être faite concernant la rédaction de l'article 15, § 2.

La ministre répond que la concertation pluridisciplinaire ne peut avoir lieu que dans un contexte qui le permet, à savoir lors de l'intervention de multiples acteurs (par exemple, une unité palliative). Cela ne sera pas toujours le cas, raison pour laquelle l'article est rédigé de cette manière.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) s'interroge sur la portée des règles de représentation consacrées par le projet de loi. Ces règles s'appliquent-elles à des aspects qui ne concernent pas les droits des patients en tant que tels (par exemple, la question des tarifs, choix de la chambre) ou ceux-ci restent-ils régis par les règles de représentation de droit commun?

La ministre confirme que les règles de représentation consacrées par les articles 12 à 15 du projet sont des règles spécifiques, qui ne s'appliquent que pour l'exercice des droits du patient envers des praticiens professionnels.

Dans le but d'assurer au patient une protection accrue, *M. Luc Paque (cdH)* dépose un amendement n° 18 (DOC 50 1642/005) visant à remplacer l'article 14 du projet. Dans les cas où le patient est inconscient ou se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses droits, il serait, en effet, plus judicieux de prévoir qu'avant de pratiquer un acte médical, le médecin doit prendre l'avis d'un autre médecin, de l'équipe soignante et éventuellement des membres délégués du comité d'éthique de l'hôpital.

Cette procédure collégiale n'empêche pas que la personne de confiance reçoive l'information et soit associée à la prise de décision.

De minister onderstreept dat amendement nr. 18 onafhankelijk geformuleerd is en de zaken nodeloos ingewikkelder maakt. Er wordt immers gewag gemaakt van de «vertrouwenspersoon», terwijl de ontworpen bepaling betrekking heeft op de formeel door de patiënt aangewezen persoon om hem te vertegenwoordigen wanneer hij niet langer bij machte is zijn rechten uit te oefenen. Het aan de vertegenwoordiger verleende statuut is een bijzonder statuut. Hij speelt een belangrijker rol dan de vertrouwenspersoon. Ter staving van die stelling kan artikel 15, § 2 van het wetsontwerp worden aangehaald, waarin het volgende is bepaald in verband met de beslissingen van die persoon : «de beroepsbeoefenaar [wijkt] hiervan slechts af voor zover die persoon zich niet kan beroepen op de uitdrukkelijke wil van de patiënt».

De heer Robert Hondermarcq (MR) c.s. dient amendement nr. 35 (DOC 50 1642/008) in, dat ertoe strekt de laatste zin van artikel 14, § 1, tweede lid, te wijzigen, teneinde de door de patiënt aangewezen vertegenwoordiger de mogelijkheid te bieden desgewenst een einde te maken aan het mandaat.

De minister vindt amendement nr. 35 een verbetering ten opzichte van de oorspronkelijke tekst.

*
* *

Amendement nr. 18 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr. 35 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Het aldus gewijzigde artikel 14 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Art. 15

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt. Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Art. 16

De heer Philippe Seghin (MR) merkt op dat artikel 16, § 4, van het wetsontwerp (inzake de samenstelling van de federale commissie) bepaalt dat onder de vertegenwoordigers van de patiënten, de beroepsbeoefenaars, de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen een evenwichtige vertegenwoordiging moet worden gewaarborgd. Kan de minister uitleggen waarom de verzekeringsinstellingen in die opsomming zijn opgenomen, terwijl dat voor de Orde van geneesheren niet het geval is?

La ministre souligne que l'amendement n° 18 est formulé de manière confuse et complique inutilement les choses. En effet, il y est question de la «personne de confiance», alors que la disposition en projet vise la personne désignée formellement par le patient afin de le représenter lorsqu'il n'est plus en état d'exercer ses droits. Le statut conféré au mandataire est un statut particulier. Son rôle est plus important que celui de la personne de confiance. Pour preuve, il est prévu à l'article 15 § 2 du projet que le prestataire de soins ne peut déroger aux décisions de ce mandataire, que si ce dernier ne peut invoquer la volonté expresse du patient.

M. Robert Hondermarcq (MR) et consorts déposent un amendement n° 35 (DOC 50 1642/008) visant à remplacer la dernière phrase de l'article 14, §1^{er}, al. 2 de manière à permettre au mandataire désigné par le patient de mettre fin, s'il le désire, au mandat.

La ministre estime que l'amendement n° 35 constitue une amélioration par rapport au texte initial.

*
* *

L'amendement n° 18 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 35 est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

L'article 14 tel que modifié est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

Art. 15

Cet article ne donne lieu à aucune discussion et est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

Art.16

M. Philippe Seghin (MR) relève que l'article 16, §4, du projet relatif à la composition de la commission fédérale stipule qu'une représentation équilibrée devra être garantie entre les représentants des patients, des praticiens professionnels, des hôpitaux et des organismes assureurs. La ministre pourrait-elle expliquer les raisons pour lesquelles les organismes assureurs sont repris dans cette énumération, alors que l'Ordre national des médecins ne l'est pas ?

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) merkt op dat de in artikel 16 bedoelde verzekeringsinstellingen de ziekenfondsen zijn. De patiënten doen echter van langsom meer een beroep op privé-verzekeraars. Zou het niet opportuun zijn bij de samenstelling van de federale commissie in een specifieke vertegenwoordiging van die verzekeraars te voorzien? Het blijkt immers dat één Belg op vier bij een van die verzekeraars is aangesloten. Die beschikken over een expertisemodel dat voor de representativiteit van de commissie nuttig zou kunnen zijn.

De heer Jef Valkeniers (VLD) herinnert eraan dat volgens sommigen de wettelijke erkenning van de patiëntenrechten tot een verhoging van het aantal processen dreigt te leiden. In dat perspectief vindt de spreker het net als mevrouw Avontroodt niet zonder belang dat de privé-verzekeringsinstellingen in de genoemde commissie worden vertegenwoordigd.

De heer Hubert Brouns (CD&V) acht de oprichting van een overlegplatform bijzonder positief. Hij heeft echter vragen over de wijze waarop men voor een evenwichtige vertegenwoordiging gaat zorgen.

De minister onderstreept dat de categorie van de «verzekeringsinstellingen» in de initiële tekst van het wetsontwerp ruimer was geformuleerd en ook de privé-verzekeringsinstellingen omvatte. Tijdens de hoorzittingen werd vaak de kritiek geuit dat het de taak van de ziekenfondsen zou zijn op te treden als beschermer van de patiëntenrechten. De privé-verzekeraars streven immers andere doelen na, die gericht zijn op rendabiliteit.

Met die opmerkingen is tijdens het verdere overleg rekening gehouden en er is beslist het begrip verzekeringsinstellingen te beperken tot de ziekenfondsen.

In de vertegenwoordiging van de Orde van geneesheren is als dusdanig niet voorzien, maar het is niet uitgesloten dat bepaalde vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaars kunnen optreden voor rekening van die Orde.

De spreekster herinnert er trouwens aan dat de federale commissie een aantal algemene taken krijgt toebedeeld, waaronder met name de evaluatie van de toepassing van de wet; de commissie zal zich niet mogen buigen over individuele gevallen, die behoren tot de bevoegdheid van de ombudsfunctie.

Krachtens het wetsontwerp moet de samenstelling van de commissie een evenwichtige vertegenwoordiging waarborgen. De Koning zal ermee worden belast te preciseren welke vorm die vertegenwoordiging moet aannemen.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) remarque que les organismes assureurs visés à l'article 16 sont les mutualités. Or, les patients sont de plus en plus souvent confrontés à des organismes privés. Ne serait-il pas opportun de prévoir, dans la composition de la Commission fédérale, une représentation spécifique de ces organismes ? Il apparaît en effet qu'un belge sur quatre est affilié à un de ces organismes. Ceux-ci disposent d'un modèle d'expertise qui pourrait être utile à la représentativité de la Commission.

M. Jef Valkeniers (VLD) rappelle que selon certains, la reconnaissance légale des droits du patient risque d'entraîner une augmentation des cas de procès. Dans cette perspective, l'intervenant considère à l'instar de Mme Avontroodt qu'il ne serait pas inutile que les organismes privés d'assurance soient représentés au sein de ladite Commission.

M. Hubert Brouns (CD & V) juge la création d'une plateforme de concertation très positive. Toutefois, il s'interroge sur la manière dont on va assurer une représentation équilibrée.

La ministre souligne que, dans le texte initial du projet de loi, la catégorie des «organismes assureurs» était formulée de manière plus large et prenait en considération les organismes privés d'assurance. Lors des auditions, de nombreuses critiques ont été émises, selon lesquelles il appartenait aux mutualités d'assumer la fonction de protection des droits du patient. Les organismes privés, eux, poursuivent en effet des objectifs distincts, visant à la rentabilité.

Ces remarques ont été prises en compte lors des négociations ultérieures et il a été décidé de limiter la notion d'organismes assureurs aux mutualités.

La représentation de l'Ordre des médecins n'est pas prévue en tant que telle, mais il n'est pas exclu que certains représentants des praticiens professionnels puissent intervenir pour le compte de l'Ordre.

L'oratrice rappelle, par ailleurs, que la Commission fédérale se voit assigner des missions générales, dont notamment une mission de suivi de l'application de la loi, et n'aura pas à connaître des cas individuels, qui relèvent de la compétence des fonctions de médiation.

En vertu du projet de loi, la composition de la Commission devra garantir une représentation équilibrée. Il appartiendra au Roi de préciser quelle forme cette représentation devra revêtir.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) vindt dat de taken van de verzekeringsinstellingen goed zijn gedefinieerd bij de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, terwijl de betrekkingen tussen de patiënt en de privé-verzekeringsinstelling in een totaal andere context verlopen. Niet alle patiënten hebben trouwens zo'n verzekering aangegaan.

De heer Jef Valkeniers (VLD) herinnert eraan dat veel patiënten verzekeringspolissen sluiten met privé-verzekeraars, die optreden om de naleving van de patiëntenrechten te waarborgen als tussen de patiënt en de instelling of het ziekenfonds conflicten rijzen.

Het blijkt trouwens dat de sociale rol van de ziekenfondsen sterk wordt overdreven, te meer daar zij naast hun traditionele taken activiteiten uitoefenen die tot de privé-verzekering behoren.

De heer Yvan Mayeur (PS) sluit zich aan bij de door regering gekozen formulering. De ziekenfondsen zijn immers medeverantwoordelijk voor het beheer van de regeling.

De heer Jacques Germeaux (VLD) vraagt hoe de specifieke vertegenwoordiging van de patiënten zal worden uitgeoefend. Er bestaan immers talrijke patiëntenverenigingen die hun eigen belangen dreigen te laten voorgaan.

De minister bevestigt dat er vele patiëntenverenigingen bestaan; in Vlaanderen zijn er bijvoorbeeld iets meer dan 70. De vertegenwoordigingsformule die op termijn zal gelden, is nog niet opgesteld. Daartoe moet rekening worden gehouden met de gemeenschapsbevoegdheden.

Mevrouw Magda De Meyer (SPA) heeft vragen over de openbaarheid van de werkzaamheden van de federale commissie: kan het parlement de commissie vragen advies uit te brengen? Wordt dat advies openbaar gemaakt? Zal er een jaarverslag worden gepubliceerd?

De minister antwoordt dat overeenkomstig artikel 16, § 4, van het wetsontwerp de Koning de nadere werkingsregels van de commissie moet preciseren. Het is nu al duidelijk dat een jaarverslag zal moeten worden opgesteld en aan het parlement worden overgezonden.

De heer Robert Hondermarcq (MR) herinnert eraan dat de minister herhaaldelijk heeft gepreciseerd dat de formulering van de patiëntenrechten niet mag inwerken op de verplichtingen van de beroepsbeoefenaars. Artikel 16, § 2, van het wetsontwerp bepaalt paradoxaal genoeg echter dat een van de taken waarmee de fede-

Mme Michèle Gilkinet (AGALEV-ECOLO) considère que les missions des organismes assureurs sont bien définies par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 alors que les relations entre le patient et l'organisme privé d'assurance se déroulent dans un contexte tout à fait différent. Par ailleurs, tous les patients ne possèdent pas de telles assurances.

M. Jef Valkeniers (VLD) remarque que de nombreux patients concluent des contrats d'assurance avec des organismes privés, qui interviennent afin de garantir le respect des droits du patient, lorsque des conflits surviennent entre ce dernier et l'institution ou la mutualité.

Il semble par ailleurs que le rôle social des mutualités soit fort exagéré, d'autant plus qu'elles exercent, outre leurs missions traditionnelles, des activités relevant de l'assurance privée.

M. Yvan Mayeur (PS) se rallie à la formulation qui été retenue par le gouvernement. Les mutualités sont effet co-responsables de la gestion du système.

M. Jacques Germeaux (VLD) s'interroge sur la manière dont va être assurée la représentation spécifique des patients. Il existe en effet de multiples associations de patients qui risquent de faire valoir leurs propres intérêts.

La ministre confirme qu'il existe de nombreuses associations de patients. A titre d'exemple, il en existe un peu plus de 70 en Flandre. La formule de représentation qui, à terme, sera retenue n'est pas encore élaborée. A cette fin, il faut tenir compte des compétences des communautés.

Mme Magda De Meyer (SP -A) s'interroge sur le caractère public des activités de la Commission fédérale : le Parlement peut-il lui demander d'émettre un avis ? Cet avis est-il public ? Un rapport d'activités annuel sera-t-il publié ?

La ministre répond que, conformément à l'article 16, §4, du projet, le Roi doit préciser les modalités de fonctionnement de la Commission. Il est, d'ores et déjà, évident qu'un rapport annuel devra être rédigé et transmis au Parlement.

M. Robert Hondermarcq (MR) rappelle qu'à de multiples reprises, la ministre a précisé que la formulation de droits du patient n'interférait pas avec les obligations des praticiens. Or, l'article 16, §2 du projet prévoit paradoxalement que parmi les missions qui lui sont assignées, la Commission fédérale «Droits du patient» devra formu-

rale commissie «Rechten van de patiënt» zal worden belast, erin bestaat adviezen te formuleren met betrekking tot de rechten en plichten van de patiënten en de beroepsbeoefenaars.

De minister ontkent dat die bepaling een paradox vormt met de geest van het wetsontwerp.

De federale commissie krijgt immers maar loutere adviesbevoegdheid. Voorts klopt het dat het wetsontwerp tot doel heeft de patiëntenrechten te bekrachtigen, maar zulks belet bijvoorbeeld niet dat via een amendement de algemene samenwerkingsplicht van de patiënt werd bevestigd.

De heer José Van de Walle (CD&V) merkt op dat artikel 11 van het wetsontwerp de ombudsfunctie beoogt en artikel 16 de federale commissie betreft, die met name zal worden belast met de evaluatie van de werking van de ombudsfuncties en met de behandeling van de klachten omtrent die werking. Bij die commissie zal trouwens een ombudsfunctie worden opgericht.

Koninklijke besluiten moeten in beide gevallen de nadere werkingsregels preciseren. De spreker onderstreept in dat opzicht dat het belangrijk is bij de uitwerking van die besluiten een zekere samenhang in de tijd in acht te nemen.

De minister erkent de relevantie van de opmerking van de spreker en verbindt er zich toe die koninklijke besluiten gelijktijdig op te stellen.

*
* *

Artikel 16 wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 17

De heer Yvan Mayeur (PS) c.s. dient amendement nr. 24 (DOC 50 1642/006) in, dat ertoe strekt de ziekenhuizen te responsabiliseren door de invoeging van een nieuw hoofdstuk in de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 7 augustus 1987. De patiëntenrechten moeten door de beroepsbeoefenaar in acht worden genomen. Wanneer die laatste echter in een ziekenhuis werkt, kan hij alleen niet garanderen dat zulks gebeurt. Men moet zich immers bewust zijn van de aanzienlijke administratieve last die uit de aanneming van het wetsontwerp voortvloeit. Derhalve is het onontbeerlijk dat het wetsontwerp ook zou gelden voor de ziekenhuizen.

Wetgevingstechnische overwegingen gebieden de keuze voor de invoeging van een nieuw hoofdstuk in de wet op de ziekenhuizen in plaats van de bevestiging van die verantwoordelijkheid in het bepalend gedeelte van deze wet.

ler des avis concernant les droits et devoirs des patients et des praticiens professionnels.

La ministre nie le caractère paradoxal de cette disposition avec l'esprit du projet.

La Commission fédérale se voit en effet investie d'une simple compétence d'avis. Par ailleurs, il est vrai que l'objectif du projet de loi est de consacrer les droits du patient, mais cela n'empêche, par exemple, que par le biais d'un amendement, on a affirmé un devoir général de collaboration de la part du patient.

M. José Vande Walle (CD & V) remarque que l'article 11 du projet vise les fonctions de médiation et l'article 16 concerne la Commission fédérale qui sera, notamment, chargée d'évaluer le fonctionnement des fonctions de médiation ainsi que de traiter les plaintes relatives à leur fonctionnement. Un service de médiation sera par ailleurs créé auprès de ladite Commission.

Des arrêtés royaux doivent, dans les deux cas, en préciser les modalités de fonctionnement. L'intervenant souligne, à cet égard, l'importance de respecter une certaine cohérence chronologique lors de l'élaboration de ces arrêtés.

La ministre reconnaît la pertinence de la remarque formulée par l'intervenant et s'engage à élaborer ces arrêtés royaux simultanément.

*
* *

L'article 16 est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Art. 17

M. Yvan Mayeur (PS) et consorts déposent un amendement n° 24 (DOC 50 1642/006) visant à responsabiliser les institutions hospitalières, par l'insertion d'un nouveau chapitre dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Les droits du patient doivent être respectés par le praticien professionnel. Cependant, lorsque ce dernier développe ses activités au sein d'une institution, il ne peut garantir, à lui seul, le respect de ces droits. Il faut en effet être conscient de l'importante charge administrative résultant de l'adoption du projet de loi. Il est, par conséquent, indispensable que l'institution hospitalière soit intégrée dans le projet de loi.

L'insertion d'un nouveau chapitre dans la loi sur les hôpitaux plutôt que l'affirmation de cette responsabilité au sein du dispositif général de la loi résultent de considérations légistiques.

Tijdens de informatiecampagne die na de aanneming van het wetsontwerp zal worden gevoerd, zal het van essentieel belang zijn ook de aspecten van dit amendement in de verf te zetten.

Mevrouw Anne-Marie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) vindt de Nederlandstalige tekst van artikel 17 *novies*, derde lid, niet zo leesbaar als de Franstalige tekst.

De minister stelt voor dat lid als volgt te wijzigen: «De patiënt heeft het recht om uitdrukkelijk en voorafgaandelijk informatie inzake de in het eerste lid bedoelde rechtsverhoudingen te ontvangen die door de Koning wordt bepaald na advies van de in artikel 16 van de wet van ... betreffende de rechten van de patiënt bedoelde commissie».

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) c.s. dient amendement nr. 34 (DOC 50 1642/008) in als sub-amendement op amendement nr. 24. Het strekt ertoe het voorgestelde artikel 17 *novies*, derde lid, te wijzigen. Het doel is te preciseren dat de patiënt het recht heeft de betrokken informatie te krijgen, voor zover hij daarom verzoekt.

De heer Philippe Seghin (MR) onderstreept dat het inderdaad niet opportuun is de patiënt van bij de aanvang informatie te geven over de bestaande juridische verhoudingen in de verzorgingssector. De patiënt heeft op dat ogenblik echt wel andere dingen aan het hoofd dan die informatie.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) is voorstander van amendement nr. 24 van de heer Mayeur c.s., dat groten-deels ingaat op zijn punten van kritiek tijdens de algemene bespreking. Gelet op de juridische weerslag van een dergelijke bepaling is het echter van belang de draagwijdte ervan te begrijpen.

De minister heeft tijdens de algemene bespreking verwezen naar het advies van de Raad van State om te rechtvaardigen waarom het toepassingsgebied van het wetsontwerp beperkt werd tot de individuele beroepsbeoefenaar. Dit amendement biedt de mogelijkheid de ziekenhuizen aansprakelijk te maken maar er wordt niet aangegeven op welke rechtsgrond de bevoegdheid van de federale wetgever berust.

Zouden de indieners van amendement nr. 24 derhalve de juridische argumentatie kunnen preciseren die het mogelijk maakt af te wijken van het advies van de Raad van State en van het arrest van het Arbitragehof? Waarom beperkt men zich ertoe alleen de ziekenhuizen aansprakelijk te maken en bijvoorbeeld niet de rusthuizen?

Lors de la campagne d'informations qui sera mise en œuvre après l'adoption du projet de loi, il sera essentiel que les aspects contenus dans cet amendement soient également mis en exergue.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO) estime que la version néerlandaise du texte de l'article de l'article 17 *novies*, alinéa 3, n'est pas aussi lisible que la version française.

La ministre propose de modifier cet alinéa comme suit : «*De patiënt heeft het recht om uitdrukkelijk envoorafgaandelijk informatie inzake de in het eerste lid bedoelde rechtsverhoudingen te ontvangen die door de Koning wordt bepaald na advies van de in artikel 16 van de wet van...betreffende de rechten dan de patiënt bedoelde commissie*»

Mme Michèle Gilkinet (AGALEV-ECOLO) et consorts déposent un amendement n° 34 (DOC 50 1642/008), sous-amendement à l'amendement n° 24 modifiant l'article 17 *novies*, al.3, proposé. L'objectif est de préciser que, pour autant qu'il en fasse la demande, le patient a le droit de recevoir les informations dont il y est question.

M. Philippe Seghin (MR) souligne, en effet, qu'il n'est pas opportun de donner, dès le départ, au patient des informations sur les relations juridiques existantes au sein de la structure de soins. En effet, de telles informations ne relèvent pas nécessairement de ses premières préoccupations.

M. Jo Vandeurzen (CD & V) se dit favorable à l'amendement n° 24 de M. Mayeur et consorts, qui répond en grande partie aux critiques qu'il avait formulées au cours de la discussion générale. Toutefois, vu les implications juridiques d'une telle disposition, il est important d'en comprendre la portée.

Tout d'abord, lors de la discussion générale, la ministre avait excipé de l'avis du Conseil d'Etat afin de justifier les raisons pour lesquelles le champ d'application du projet avait été limité aux praticiens individuels. L'amendement en discussion permet de responsabiliser les hôpitaux, sans que toutefois, soit précisée la base juridique sur laquelle on se fonde pour affirmer la compétence du législateur fédéral.

Les auteurs de l'amendement n° 24 pourraient-ils dès lors préciser l'argumentation juridique qui permet de déroger à l'avis du Conseil d'Etat ainsi qu'à l'arrêt de la Cour d'arbitrage? D'autre part, pourquoi se limite-t-on à responsabiliser les hôpitaux et pas, par exemple, les maisons de repos?

Het ziekenhuis zou, binnen de perken van zijn wettelijke mogelijkheden, de patiëntenrechten in acht moeten nemen in verband met «de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen jegens de patiënt. Welke juridische betrekkingen worden precies bedoeld ?

Elk ziekenhuis zou er tevens over moeten waken dat de «beroepsbeoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn de rechten van de patiënt eerbiedigen. De spreker heeft vragen over de beweegredenen van dat onderscheid.

Voorts doet het door amendement nr. 24 voorgestelde laatste lid van artikel 17 *novies* ook aanzienlijke juridische vragen rijzen omdat het een aansprakelijkheid vaststelt ten laste van het ziekenhuis. In tegenstelling tot het eerste lid van dat artikel wordt hier immers geen enkel onderscheid gemaakt naargelang de aard van de betrekkingen tussen de beroepsbeoefenaar en het ziekenhuis. Bovendien is voorzien in een mogelijkheid om zich te onttrekken.

Wat is ten slotte de aard van de aansprakelijkheid die het amendement bekrachtigt ? Betreft het een hoofdelijke of een individuele aansprakelijkheid ? Dat kan niet duidelijk uit het artikel worden opgemaakt.

De heer Yvon Mayeur (PS) antwoordt dat men inderdaad de strekking van het amendement tot andere zorginstellingen had kunnen uitbreiden. Het probleem rijst in de praktijk echter vooral in de ziekenhuizen.

Tijdens de hoorzittingen en de algemene bespreking zijn problemen van financiële toegankelijkheid voor het voetlicht gebracht. In dat opzicht heeft men geoordeeld dat de patiënt op de hoogte moet worden gebracht van de geldende tarieven, de dienstroosters van de consulten en van de privé-praktijken. Het was bijgevolg belangrijk de instellingen terzake aansprakelijk te maken.

Er is voorzien in een mogelijkheid om zich aan de aansprakelijkheid te onttrekken omdat men ervan uitgegaan is dat de aansprakelijkheid van het ziekenhuis betrokken kon zijn in geval van nalatigheden van zorgverstrekkers die niet aan de instelling verbonden zijn en jegens wie ze niet over voldoende pressiemiddelen beschikt.

De minister preciseert voorts dat tijdens de algemene bespreking is gesteld dat men ondanks de beperkingen opgelegd door het advies van de Raad van State bereid was zo ver mogelijk te gaan. Uit het voorgestelde artikel 17 *novies* blijkt echter dat de nadruk wordt gelegd op de betrekkingen tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt binnen het ziekenhuis.

Les hôpitaux devront respecter, dans les limites de leurs capacités légales, les droits du patient pour ce qui concerne les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec le patient. Quelles sont les relations juridiques visées précisément ?

Chaque hôpital doit également veiller à ce que les prestataires de soins qui n'y travaillent pas sur la base d'un contrat de travail ou d'une nomination statutaire respectent les droits du patient. L'intervenant s'interroge, à cet égard, sur les motifs de cette différenciation.

En outre, le dernier alinéa de l'article 17 *novies*, proposé par l'amendement n° 24 soulève également d'importantes questions juridiques, en tant qu'il consacre une responsabilité à charge de l'hôpital. En effet, contrairement à l'alinéa 1^{er} de l'article, il n'y est fait aucune distinction selon la nature des relations entre le praticien professionnel et l'hôpital. Par ailleurs, une possibilité de s'exonérer est prévue.

Enfin, quelle est la nature de la responsabilité consacrée par l'amendement ? S'agit-il d'une responsabilité solidaire ou individuelle ? La lecture de l'article ne permet pas de le déterminer clairement.

M. Yvan Mayeur (PS) répond qu'on aurait en effet pu élargir la portée de l'amendement à d'autres institutions de soins. Dans les faits, toutefois, le problème se pose surtout dans les hôpitaux.

Lors des auditions et de la discussion générale, des questions liées à l'accessibilité financière ont été soulevées. Dans ce contexte, on a jugé que des informations relatives aux tarifs pratiqués, aux plages horaires des consultations et des pratiques privées, devaient être communiquées au patient. Il était, par conséquent, important de responsabiliser les institutions à ce sujet.

Si une exonération de responsabilité est prévue, c'est parce qu'on a considéré que la responsabilité de l'hôpital pouvait être mise en jeu lorsque les manquements sont commis par des prestataires de soins qui ne sont pas attachés à l'institution, et à l'encontre desquels elle ne dispose pas d'instruments de pression suffisants.

La ministre précise, pour le surplus, que lors de la discussion générale, il a été dit que malgré les limites posées par l'avis du Conseil d'Etat, on était prêt à aller le plus loin possible. A la lecture de l'article 17 *novies* proposé, il apparaît que l'accent est mis sur les relations entre le praticien professionnel et le patient, qui se déroulent dans le cadre de l'hôpital.

Het ter bespreking voorliggende amendement beperkt zich tot het aansprakelijk maken van de ziekenhuizen en niet van andere zorginstellingen omdat alleen de ziekenhuizen een wetgevend optreden vereisen. Het probleem van de rust- en verzorgingstehuizen kan worden opgelost aan de hand van gewone koninklijke besluiten. Dankzij de gekozen wetgevingstechniek, namelijk de invoeging van een nieuw hoofdstuk in de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen, kan worden voorkomen dat de hele wet op de rechten van de patiënten in het gedrang komt ingeval terzake beroep zou worden ingesteld bij het Arbitragehof.

De minister geeft de volgende antwoorden op de overige vragen van de heer Vandeurzen.

Allereerst wordt aangegeven wat de draagwijdte is van de eigen verplichtingen van het ziekenhuis: het ziekenhuis neemt de rechten van de patiënt in acht wat de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten betreft in zijn betrekkingen met de patiënt.

De beroepsbeoefenaar kan aan het ziekenhuis verbonden zijn door een arbeidscontract of een statutaire benoeming. In dat geval is het ziekenhuis, b.v. als werkgever, aansprakelijk voor de nalatigheden. De beroepsbeoefenaar kan zijn activiteiten daarentegen ook zelfstandig uitoefenen. Hiervoor wordt voorzien dat het ziekenhuis erover waakt dat ook deze beroepsbeoefenaars de rechten van de patiënt eerbiedigen.

Tot slot wordt gepreciseerd dat het ziekenhuis aansprakelijk is voor de tekortkomingen van de beroepsbeoefenaars die er werken, in verband met de inachtneming van de patiëntenrechten, met uitzondering van de tekortkomingen begaan door de beroepsbeoefenaars die noch door een arbeidsonvereenkomst, noch door een statutaire benoeming verbonden zijn aan het ziekenhuis en voor wie anders is bepaald in de informatie die, op zijn verzoek aan de patiënt moet worden gegeven.

Er zijn zeker nog onvolmaaktheden, die de minister zal wegwerken door samenwerkingsakkoorden te sluiten met de gemeenschappen. Zo zal men alle principes opnieuw kunnen invoegen die in de oorspronkelijke tekst van het wetsontwerp werden vastgesteld maar waarvan moest worden afgezien als gevolg van het advies van de Raad van State.

Wat de rechtsgrond betreft van de federale wetgever, werd gewerkt op basis van de ziekenhuiswet die duidelijk tot de federale bevoegdheid behoort.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) merkt op dat de rechten van de patiënt van toepassing zijn, ongeacht de rechtsgrond van de betrekkingen tussen de beroeps-

Si l'amendement en discussion se limite à une responsabilisation des hôpitaux et pas d'autres institutions de soins, c'est parce que seul le cas des hôpitaux nécessite une intervention législative. Le problème des maisons de repos et de soins peut être réglé, lui, par simples arrêtés royaux. Par ailleurs, le choix légistique qui été fait, à savoir l'insertion d'un nouveau chapitre dans la loi coordonnée sur les hôpitaux, permet d'éviter que l'ensemble de la loi relative aux droits du patient soit remise en cause au cas où un recours serait introduit sur ce point auprès de la Cour d'Arbitrage.

Concernant les autres questions posées par M. Vandeurzen, la ministre apporte les éléments de réponse suivants.

Tout d'abord, il est précisé la portée des obligations propres de l'hôpital: l'hôpital respecte des droits du patient pour ce qui concerne les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations avec le patient.

Le praticien professionnel peut être lié à l'hôpital par un contrat de travail, ou une nomination statutaire. Dans ce cas, l'hôpital, en tant qu'employeur par exemple, est responsable des manquements commis. Au contraire, le praticien professionnel peut exercer ses activités de manière tout à fait indépendante. Dans ce cas, il est prévu que l'hôpital veille à ce que ces praticiens professionnels respectent aussi les droits du patient.

Enfin, il est précisé que l'hôpital est responsable des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent, relatifs au respect des droits du patient, à l'exception des manquements commis par les praticiens professionnels qui ne sont liés à l'hôpital, ni par un contrat de travail, ni par une nomination statutaire avec l'hôpital; et pour lesquels les informations qui doivent être données au patient, à sa demande, en disposent autrement.

Certes, ils subsistent certaines imperfections, que la ministre s'engage à corriger par le biais de la conclusion d'accords de coopération avec les communautés. De la sorte, on pourra réintroduire l'ensemble des principes qui avaient été consacrés dans le texte initial du projet, mais qui ont du être abandonnés suite à l'avis du Conseil d'Etat.

En ce qui concerne le fondement juridique du législateur fédéral, on s'est basé sur la loi des hôpitaux qui relève clairement des compétences fédérales.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) remarque que les droits du patients sont applicables quelle que soit la base juridique des relations entre le praticien professionnel et

beoefenaar en het ziekenhuis. Moet de ziekenhuis-beheerder de verplichting om de rechten van de patiënt in acht te nemen, opnemen in het algemeen reglement van het ziekenhuis? Wat is de aansprakelijkheid van het ziekenhuis: gaat het om een eigen aansprakelijkheid, die voortvloeit uit het feit dat het ziekenhuis er niet heeft voor gezorgd dat de beroepsbeoefenaar de rechten van de patiënt in acht neemt, of gaat het om een hoofdelijke aansprakelijkheid? Is de verplichting ten laste van het ziekenhuis een inspanningsverplichting of een resultaatsverplichting?

De spreker is voorts van mening dat als de banden tussen de beroepsbeoefenaar en het ziekenhuis van contractuele aard zijn, het ziekenhuis zich niet aan zijn aansprakelijkheid kan onttrekken overeenkomstig de wet van 1987.

De minister stipt aan dat artikel 17 zoals het geformuleerd is in amendement nr. 24 niet alleen betrekking heeft op de aansprakelijkheid, maar dat het in ruimer verband tot doel heeft de algemene rol te bepalen die het ziekenhuis moet vervullen inzake de rechten van de patiënt. Het ziekenhuis zal niet altijd de volledige en optimale inachtneming van de patiëntenrechten kunnen waarborgen. De verplichting ten laste van het ziekenhuis is een inspanningsverplichting. Daarom wordt geen hoofdelijke aansprakelijkheid vastgesteld. Dankzij de invoeging van dat nieuwe hoofdstuk in de ziekenhuiswet wordt de inachtneming van de rechten van de patiënt maximaal gewaarborgd. In dat verband wordt bepaald dat de patiënt op zijn verzoek de inlichtingen moet krijgen die hem de mogelijkheid bieden te weten in welk soort van ziekenhuis hij wordt verpleegd.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) concludeert dus uit artikel 17 *novies*, vierde lid, dat indien in het algemeen reglement wordt aangegeven dat het ziekenhuis niet aansprakelijk is voor de persoonlijke tekortkomingen van de beroepsbeoefenaars, het ziekenhuis vrijgesteld is van elke aansprakelijkheid.

De spreker wijst er tot slot op dat artikel 70 *quater* de ziekenhuizen verplicht te beschikken over een ombudsfunctie. Betekent zulks dat daartoe ook in de passende financiering wordt voorzien?

De minister antwoordt bevestigend.

De heer Hubert Brouns (CD&V) c.s. dient amendement nr. 4 (DOC 50 1642/005) in, dat tot doel heeft te garanderen dat de informatie die aan de ombudsfunctie wordt meegedeeld vertrouwelijk wordt behandeld.

De minister merkt op dat het ontworpen artikel 11, § 3, al preciseerd dat de Koning de voorwaarden zal moeten regelen waaraan de ombudsfunctie moet voldoen

l'hôpital. Le gestionnaire de l'hôpital doit-il introduire, dans la réglementation générale, l'obligation de respecter les droits du patient? Quelle est la responsabilité de l'hôpital: s'agit-il d'une responsabilité propre, résultant de ce que l'institution n'a pas correctement veillé à ce que le praticien professionnel respecte les droits du patient ou s'agit-il d'une responsabilité solidaire? L'obligation à charge de l'hôpital est-elle une obligation de moyen ou de résultat?

L'intervenant estime, par ailleurs, que si les liens entre le praticien professionnel et l'hôpital sont de nature contractuelle, ce dernier ne peut s'exonérer de sa responsabilité conformément à la loi de 1978.

La ministre précise que l'article 17, tel que formulé dans l'amendement n° 24 ne concerne pas uniquement la responsabilité, mais, plus largement, vise à définir le rôle général que doit jouer l'hôpital en matière de droits du patient. L'hôpital ne pourra pas toujours assurer le respect intégral et optimal des droits du patient. L'obligation qui est à sa charge est une obligation de moyen. C'est la raison pour laquelle on ne consacre pas une responsabilité solidaire. L'insertion de ce nouveau chapitre dans la loi sur les hôpitaux permet d'offrir un encadrement maximal pour le respect des droits du patient. A ce titre, il est prévu que, à sa demande, le patient reçoive les informations lui permettant de savoir dans quel type d'hôpital il se trouve.

M. Jo Vandeurzen (CD & V) conclut donc, à la lecture de l'article 17 *novies*, alinéa 4 que si dans la réglementation générale, il est stipulé que l'hôpital n'est pas responsable pour les manquements personnels des praticiens professionnels, l'hôpital est libéré de toute responsabilité.

L'intervenant relève enfin que l'article 17 *quater* impose aux hôpitaux de se doter d'une fonction de médiation. Cela signifie-t-il que le financement nécessaire sera lui aussi prévu?

La ministre répond par l'affirmative.

M. Hubert Brouns (CD & V) et consorts déposent un amendement n° 4 (DOC 50 1642/005) visant à assurer la confidentialité des informations communiquées à la fonction de médiation.

La ministre remarque que le texte de l'article 11, §3 du projet précise déjà que le Roi devra fixer les conditions auxquelles la fonction de médiation devra répon-

wat betreft de onafhankelijkheid, het beroepsgeheim, de deskundigheid, de juridische bescherming,...

*
* *

Amendement nr. 34 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Amendement nr. 24 wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr. 4 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Het aldus gewijzigde artikel 17 wordt aangenomen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Art. 18

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt. Het wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 19

De minister dient amendement nr. 2 (DOC 50 1642/002) in, ter vervanging van artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. De voorgestelde tekst heeft tot doel de inachtneming van de patiëntenrechten te verzoenen met het gewettigd belang van de verzekeringsondernemingen te worden geïnformeerd over de gezondheidstoestand van de patiënt op het tijdstip waarop de overeenkomst wordt gesloten. Aldus wordt rekening gehouden met de opmerkingen van de Orde van geneesheren luidens welke die ondernemingen de patiënt al te vaak onder druk zetten.

Artikel 19 zoals het is geamendeerd stelt de verzekerde in staat de geneeskundige verklaringen te ontvangen die een beschrijving geven van zijn huidige gezondheidstoestand. Die documenten mogen niet gebaseerd zijn op genetische analyses aan de hand waarvan de risico's op de ontwikkeling van komende ziekten kunnen worden bepaald. Voorts wordt in een bijkomende veiligheid voorzien: die verklaringen mogen alleen worden bezorgd aan de adviserend arts van de verzekeraar, die geen enkele informatie mag geven die niet-pertinent is gezien het risico waarvoor die verklaringen werden opgesteld.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) acht de tekst van amendement nr. 2 een verbetering ten opzichte van het aanvankelijk ontworpen artikel 19, dat tot gevolg had kunnen hebben de patiënt te beletten zich te verzekeren.

dre en ce qui concerne l'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique,...

*
* *

L'amendement n° 34 est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

L'amendement n°24 est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

L'amendement n° 4 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'article 17, tel que modifié, est adopté par 10 voix et 6 abstentions.

Art.18

Cet article ne donne lieu à aucune discussion et est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Art.19

La ministre dépose un amendement n° 2 (DOC 50 1642/002) visant à remplacer l'article 95 de la loi du 25 juin 1992 relative au contrat d'assurance terrestre. L'objectif du texte proposé est de concilier le respect des droits du patients et l'intérêt légitime des compagnies d'assurance d'être informées de l'état de santé du patient au moment de la conclusion du contrat. De la sorte, on tient compte des remarques formulées par l'ordre des médecins, selon lesquelles trop souvent, une pression est exercée sur le patient par ces compagnies.

L'article 19, tel qu'amendé, permet à l'assuré de recevoir des certificats médicaux contenant une description actuelle de son état de santé. Ces documents ne peuvent être fondés sur des analyses génétiques permettant de déterminer les risques de développements de maladies futures. Par ailleurs, une sécurité supplémentaire est prévue : ces certificats ne peuvent être remis qu'au médecin conseil de l'assureur, qui ne peut communiquer aucune information non pertinente eu égard au risque pour lequel ces certificats ont été établis.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) considère que le texte de l'amendement n° 2 constitue une amélioration par rapport à l'article 19 initialement proposé, qui aurait pu avoir pour conséquence d'empêcher le patient de s'assurer.

*
* *

Amendement nr. 2 wordt eenparig aangenomen.

Het aldus gewijzigde artikel 19 wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 20 (nieuw)

Tijdens de vergadering van 25 juni 2002 dient mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) c.s. amendement nr. 40 (DOC 50 1642/010) in, dat ertoe strekt de inwerking-treding van de wet betreffende de rechten van de patiënt te koppelen aan de inwerking-treding van de toekomstige wet betreffende de aansprakelijkheidsverzekering voor zorgverstrekkers. Tussen patiëntenrechten en medische aansprakelijkheid bestaat er immers een hechte band.

Tijdens de vergadering van 2 juli 2002 kondigt mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) aan dat zij haar amendement wil intrekken. De regering heeft zich er immers toe verbonden om, vóór de eindstemming over het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt tijdens de plenaire vergadering, het politieke akkoord bekend te maken omtrent de basisbeginselen die ten grondslag zullen liggen aan het toekomstige wetsontwerp betreffende de medische aansprakelijkheid.

De heren Philippe Seghin en Robert Hondermarcq (MR) gaan akkoord met de intrekking van amendement nr. 40.

De heer Yvan Mayeur (PS), die amendement nr. 40 mee ondertekend heeft, preciseert dat zijn mening ten gronde niet verandert. Tijdens de hoorzittingen hebben verscheidene sprekers gewezen op twee fundamentele knelpunten: de mate waarin iedereen toegang krijgt tot de zorgverlening en de bescherming van de medische praktijk tegen therapeutische risico's (die met name verband houden met de schuldloze aansprakelijkheid). In het licht van de gemoedsrust van de patiënt is het immers onontbeerlijk dat de beroepsbeoefenaar een zekere bescherming geniet wat zijn manier van uitoefenen van de geneeskunst betreft.

Aangezien dit wetsontwerp de patiënt een aantal rechten biedt, is het van wezenlijk belang dat de geneeskunst gelijklopend daarmee ook aanspraak kan maken op een passende bescherming.

De spreker is het eens met de intrekking van het amendement, maar verwacht van de regering duidelijke en precieze beloften in verband met de bescherming tegen therapeutische risico's. De kwaliteit van de beloften die de regering terzake doet, zal bepalend zijn voor de houding

*
* *

L'amendement n°2 est adopté à l'unanimité.

L'article 19, tel que modifié, est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Art. 20 (nouveau)

Lors de la réunion du 25 juin 2002, Mme Yolande Avontroodt (VLD) et consorts déposent un amendement n° 40 (DOC 50 1642/010) visant à lier l'entrée en vigueur de la loi relative aux droits du patient à l'entrée en vigueur de la future loi relative à l'assurance en responsabilité des prestataires de soins. Les droits du patient présentent en effet des liens étroits avec la responsabilité médicale.

Lors de la réunion du 2 juillet 2002, Mme Yolande Avontroodt (VLD) annonce son intention de procéder au retrait dudit amendement. Le gouvernement s'est en effet engagé à rendre public, avant le vote final du projet de loi relatif aux droits du patient en séance plénière, l'accord politique atteint concernant les principes de base du futur projet de loi relatif à la responsabilité médicale.

MM. Philippe Seghin et Robert Hondermarcq (MR) marquent leur accord sur le retrait de l'amendement n° 40.

M. Yvan Mayeur (PS), cosignataire de l'amendement n° 40, précise que son jugement sur le fond du problème ne change pas. Lors des auditions, de multiples intervenants ont soulevé deux points fondamentaux : le premier concernait l'accessibilité aux soins et le second, la protection de la pratique médicale à l'encontre des aléas thérapeutiques (qui englobent notamment la responsabilité sans faute). Il est en effet indispensable, pour la sérénité du patient qui doit subir une intervention, que le praticien professionnel jouisse d'une certaine protection quant à sa manière d'exercer l'art de guérir.

L'amendement n° 40 n'avait donc pas pour objectif de geler le projet de loi relatif aux droits du patient.

L'intervenant exprime son accord avec le retrait de l'amendement mais attend du gouvernement un engagement clair et précis à l'égard de la protection contre les aléas thérapeutiques. La qualité de cet engagement conditionnera l'attitude du groupe politique de M. Mayeur

die de fractie van de heer Mayeur tijdens de aanstaande besprekingen in plenaire vergadering zal aannemen.

Net als de heer Mayeur maakt *de heer Luc Paque (cdH)* zich ongerust over de risico's die het ter bespreking voorliggende wetsontwerp voor de geneeskunst inhoudt. Hij staat evenwel wantrouwig tegenover beloften, mededelingen en andere intentieverklaringen van de regering. Daarom dient hij *amendement nr. 41* (DOC 50 1642/011) in, tot invoeging van een artikel 20 (nieuw) luidend als volgt: «*Deze wet treedt in werking de dag waarop de wet betreffende de aansprakelijkheidsverzekering voor zorgverstrekkers in werking treedt.*».

De heer Hubert Brouns (CD&V) constateert dat er dus kennelijk binnen de regering een politiek akkoord is bereikt. Behelst dat akkoord ook de noodzakelijke financiële middelen?

De minister herhaalt dat de regering parallel vooruitgang wil boeken in beide wetontwerpen - patiëntenrechten en medische aansprakelijkheid. Naar aanleiding van de bespreking van dit wetsontwerp in de plenaire vergadering zal de hele regering de grondbeginselen voorstellen waarop het toekomstige wetsontwerp betreffende de aansprakelijkheidsverzekering zal worden gebaseerd. Uiteraard zullen die beginselen ook betrekking hebben op het financiële aspect. In dat verband moet men zich ervan bewust zijn dat er verscheidene mogelijke formules denkbaar zijn, die niet allemaal vereisen dat er geldt wordt vrijgemaakt.

Afgaande op de verklaringen van de minister stelt *de heer Hubert Brouns (CD&V)* vast dat een van die formules er dus toe kan leiden dat de beroepsbeoefenaars de kostprijs van het in uitzicht gestelde wetsontwerp zullen dragen.

De heer Luc Goutry (CD&V) onderstreept dat de commissie zich urenlang over het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt heeft gebogen. Het zou derhalve logischer zijn de besprekingen nu tot het bittere einde te voeren en na te gaan welke directe en indirecte gevolgen amendement nr. 40 heeft. De minister en de ondertekenaars van amendement nr. 40 vinden dat de beslissing om het ter bespreking voorliggende wetsontwerp te koppelen aan het toekomstige wetontwerp betreffende de aansprakelijkheidsverzekering voor zorgverstrekkers, kan worden uitgesteld. Zij vragen de leden van de commissie om hun vertrouwen te schenken aan de regering en haar beloftes.

De spreker vindt dat de meerderheid zich hypocriet gedraagt en met twee maten meet. Hij herinnert eraan dat de oppositie tijdens de besprekingen over euthana-

à l'égard du projet, lors des prochaines discussions en séance plénière.

M. Luc Paque (cdH) exprime, à l'instar de M. Mayeur, son inquiétude quant aux risques que le projet de loi en discussion pourrait impliquer pour la pratique médicale. Il se dit toutefois méfiant à l'égard des engagements, communications et autres déclarations d'intention émanant du gouvernement. C'est la raison pour laquelle il dépose un amendement n° 41 (DOC 50 1642/011) formulé comme suit : « La présente loi entre en vigueur le jour de l'entrée en vigueur de la loi concernant l'assurance en responsabilité pour les prestataires de soins ».

M. Hubert Brouns (CD&V) remarque qu'il est question d'un accord politique auquel serait arrivé le gouvernement. Cet accord politique concerne-t-il également les moyens financiers nécessaires ?

La ministre répète la volonté du gouvernement d'avancer parallèlement sur les deux projets – droits des patients et responsabilité. Lorsque le présent projet de loi sera discuté en séance plénière, l'ensemble du gouvernement présentera les principes de base sur la base desquels le futur projet de loi relatif à l'assurance en responsabilité sera élaboré. Ces principes comprendront naturellement un aspect financement. Il faut être conscient, à ce sujet, qu'il existe plusieurs formules possibles, qui n'impliquent pas toutes la libération de moyens financiers.

M. Hubert Brouns (CD & V) constate, au vu des déclarations de la ministre, qu'une des formules éventuelles pourrait donc aboutir à ce que ce soient les praticiens professionnels qui supportent la charge financière du futur projet de loi ?

M. Luc Goutry (CD & V) souligne que la commission a consacré de nombreuses heures de travail à l'examen du projet de loi relatif aux droits du patient. Il serait, dès lors, plus logique de mener les discussions jusqu'au bout, et d'examiner les conséquences directes et indirectes de l'amendement n° 40. La ministre et les signataires de l'amendement n° 40 jugent que la décision de coupler ou non le présent projet de loi au futur projet de loi sur l'assurance – responsabilité peut –être reportée. Il est demandé aux membres de la commission de marquer leur confiance à l'égard du gouvernement et de ses engagements.

L'intervenant considère que l'attitude de la majorité est constitutive d'hypocrisie et démontre la politique de « deux poids – deux mesures » menée. Pour rappel,

sie en palliatieve zorg had gevraagd de ter bespreking voorliggende wetsontwerpen te koppelen aan het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, omdat die wetsontwerpen mogelijk op elkaar inwerkende effecten zouden hebben (bijvoorbeeld wat het recht op informatie betreft). De toen door de meerderheid aangenomen houding staat haaks op die van vandaag: het verzoek van de oppositie werd van tafel geveegd zonder dat ook maar één belofte was gedaan!

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) betreurt de houding van de parlementsleden van de meerderheid: eerst dienen ze een amendement in en vervolgens trekken ze het weer in op basis van vage beloften van de minister. Hij vindt het absurd nu vertrouwen te schenken aan een regering die belooft om binnen een extreem korte termijn een hypothetisch akkoord over de medische aansprakelijkheid toe te lichten, terwijl zij daar sinds haar ontstaan nog niet eens in geslaagd is.

De spreker vreest dat de bevoegdheden van het parlement eens te meer met voeten zullen worden getreden.

Amendement nr. 40 wordt ingetrokken.

Amendement nr. 41 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen en 1 onthouding.

V. — TWEEDE LEZING

Met toepassing van artikel 72 van het Reglement is de commissie, tijdens haar vergadering van 4 juli 2002, overgegaan tot een tweede stemming over de geamendeerde artikelen nrs. 4, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 17 en 19 van het wetsontwerp.

De in eerste lezing aangenomen tekst van het wetsontwerp was vooraf aan de commissieleden bezorgd.

Over de reeds aangenomen amendementen alsmede over de gewijzigde artikelen werd een tweede stemming gehouden.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) wenst meer duidelijkheid omtrent de strekking van het gewijzigde artikel 17 van het wetsontwerp, teneinde elk misverstand te voorkomen. Het betreft immers een uiterst belangrijke bepaling over de verhoudingen tussen de ziekenhuisbeheerder en de beroepsbeoefenaar.

De spreker merkt op dat amendement nr. 24 artikel 17 van het wetsontwerp wijzigt. Dat artikel voegt in de ziekenhuiswet, gecoördineerd op 7 augustus 1987, een

lors des discussions relatives à l'euthanasie et aux soins palliatifs, l'opposition avait demandé que les projets de loi en discussion soient liés au projet de loi relatif aux droits du patient, en raison des interférences possibles (par exemple, en ce qui concerne le droit à l'information...). L'attitude de la majorité, à l'époque, était inverse à ce qu'elle est aujourd'hui : sans qu'un quelconque engagement soit pris, il a été décidé de passer outre les demandes de l'opposition !

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) déplore l'attitude des parlementaires de la majorité qui déposent un amendement, puis le retirent sur la base de déclarations floues de la ministre. Il estime absurde de manifester sa confiance à l'égard des promesses du gouvernement de présenter, dans un délai extrêmement réduit, un hypothétique accord sur la responsabilité médicale, alors que, depuis sa formation, il n'en a pas été capable.

Selon l'intervenant, il est à craindre que les prérogatives du Parlement ne soient, à nouveau, bafouées.

L'amendement n° 40 est retiré.

L'amendement n° 41 est rejeté par 9 voix contre 6 et une abstention.

V. — DEUXIEME LECTURE

En application de l'article 72 du Règlement, la commission a, au cours de la réunion du 4 juillet 2002, procédé à un deuxième vote sur les articles amendés 4, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 17 et 19 du projet de loi.

Le texte du projet de loi adopté en première lecture avait été communiqué au préalable aux membres de la commission.

Les amendements déjà adoptés ainsi que les articles modifiés ont fait l'objet d'un second vote.

M. Vandeurzen (CD & V) estime qu'il est nécessaire de clarifier la portée de l'article 17 du projet tel que modifié, afin d'éviter tout malentendu. Il s'agit en effet d'une disposition essentielle, concernant la problématique des relations entre le gestionnaire de l'hôpital et le praticien professionnel.

L'intervenant remarque que, l'article 17 du projet de loi, tel que modifié par l'amendement n° 24, inscrit dans l'article 17 *novies*, inséré dans la loi sur les hôpitaux,

artikel 17 *novies* in, waarin drie vormen van aansprakelijkheid worden opgenomen.

Artikel 17 *novies*, eerste lid, voorziet immers inzake de eerbiediging van de rechten van de patiënt in een voor het ziekenhuis zelf geldende aansprakelijkheid aangaande de relatie tussen ziekenhuis en patiënt (bijvoorbeeld inzake de tarieven).

Voormelde bepaling voorziet voorts in de aansprakelijkheid om erop toe te zien dat de rechten van de patiënt worden geëerbiedigd door die beroepsbeoefenaars die niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming in het ziekenhuis werkzaam zijn. De spreker wijst erop dat hij de minister de vraag heeft gesteld of de tussen het ziekenhuis en die beroepsbeoefenaars gesloten overeenkomst een clausule behoort te omvatten op grond waarvan de beroepsbeoefenaar wordt geacht de rechten van de patiënt te eerbiedigen. Het antwoord van de minister luidde dat algemener kan worden gesteld dat voor het ziekenhuis een middelenverbintenis geldt, wat erop neerkomt dat het de nodige inspanningen moet leveren om ervoor te zorgen dat de beroepsbeoefenaars die in het ziekenhuis op zelfstandige basis werken, voormelde rechten eerbiedigen. In dat geval zou de patiënt de aansprakelijkheid van het ziekenhuis kunnen inroepen door aan te tonen dat het de daartoe vereiste inspanningen niet heeft geleverd.

Artikel 17 *novies*, vierde lid, ten slotte, voorziet in een voor het ziekenhuis geldende hoofdelijke aansprakelijkheid voor de tekortkomingen, begaan door de er werkende beroepsbeoefenaars, tenzij de in artikel 17 *novies*, derde lid, bedoelde informatie terzake uitdrukkelijk anders is bepaald.

Volgens de spreker is die bepaling voor twee interpretaties vatbaar:

– ofwel wordt op die wijze automatisch een voor het ziekenhuis geldend vermoeden van hoofdelijke aansprakelijkheid verankerd, tenzij met de beroepsbeoefenaar werd overeengekomen om die aansprakelijkheid uit te sluiten;

– ofwel geldt die hoofdelijke aansprakelijkheid alleen zo de tussen het ziekenhuis en de beroepsbeoefenaar gesloten overeenkomst daarin uitdrukkelijk voorziet.

Naar het aanvoelen van de heer Vandeurzen behoort de tweede interpretatie terzake te worden aangehouden.

Teneinde een en ander te verduidelijken, dient hij dan ook een nieuw amendement in, ter vervanging van artikel 17 *novies*. Het amendement luidt als volgt: «*Het ziekenhuis is aansprakelijk voor de tekortkomingen, begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars, in verband met de eerbiediging van de in deze wet bepaalde rechten van de patiënt, met uitzondering van de tekortkomingen begaan door de beroepsbeoefenaars ten aan-*

coördonnée le 7 août 1987, trois types de responsabilités.

L'article 17 *novies*, alinéa 1^{er}, prévoit, en effet, une responsabilité propre dans le chef de l'hôpital quant au respect des droits du patient, dans ses relations avec ce dernier (par exemple, la question des tarifs).

Cette disposition prévoit, d'autre part, la responsabilité de veiller à ce que les droits du patient soient respectés par les praticiens professionnels qui ne sont pas occupés sur une base contractuelle ou statutaire. L'intervenant rappelle avoir interrogé la ministre quant à la question de savoir si le contrat conclu entre l'hôpital et ces praticiens professionnels devait contenir une clause en vertu de laquelle le praticien est censé respecter les droits du patient. Celle-ci avait répondu que, de manière plus générale, une obligation de moyen reposait sur l'hôpital, qui doit prodiguer les efforts nécessaires afin que les praticiens qui y travaillent de manière indépendante respectent ces droits. Le patient pourrait, dans ce cas, mettre en œuvre la responsabilité de l'hôpital en démontrant que ce dernier n'a pas accompli les efforts nécessaires.

L'article 17 *novies*, alinéa 4, prévoit enfin une responsabilité solidaire de l'hôpital pour les manquements des praticiens professionnels qui y travaillent, à moins que les informations visées à l'article 17 *novies*, alinéa 3 n'en disposent explicitement autrement.

L'intervenant estime que cette disposition est susceptible de deux interprétations.

Soit, on considère qu'est ainsi consacrée une présomption automatique de responsabilité solidaire de l'hôpital, à moins qu'il soit convenu avec le praticien professionnel d'exclure cette responsabilité.

Soit, on considère que cette responsabilité solidaire ne joue que si elle est explicitement prévue dans le contrat conclu entre l'hôpital et le praticien professionnel. M. Vandeurzen estime que c'est cette dernière interprétation qui doit être retenue. Dès lors, aux fins de clarification, il dépose un nouvel amendement, visant à remplacer le dernier alinéa de l'article 17 *novies*, et formulé comme suit : «*l'hôpital est responsable des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent, relatifs au respect des droits du patient définis dans la présente loi, à l'exception des manquements commis par les praticiens professionnels à l'égard desquels il ressort des informations visées à l'alinéa précé-*

zien van wie in de in het vorige lid bedoelde informatie blijkt dat dit in de rechtsverhouding tussen het ziekenhuis en de beroepsbeoefenaars niet overeengekomen is».

De heer Yvan Mayeur (PS) onderstreept dat amendement nr. 24 tot doel had duidelijk te stellen dat in een instelling waarin noodzakelijkerwijs sprake is van een gedeelde aansprakelijkheid, het ziekenhuis aansprakelijk is voor de informatie (inzake de tarieven bijvoorbeeld) die aan de patiënt moet worden medegedeeld. Daarbij gaat het immers om een aansprakelijkheid die niet alleen onder de beroepsbeoefenaar ressorteert. Artikel 17 *novies* voert bijgevolg een aansprakelijkheid ten laste van het ziekenhuis in, die in het oorspronkelijke wetsontwerp ontbrak.

Voor het overige is de spreker van mening dat amendement nr. 24 terzake duidelijk is en betrekking heeft op alle aspecten waaromtrent problemen zouden kunnen rijzen. Bijgevolg verklaart hij het amendement van de heer Vandeurzen niet te onderschrijven.

De minister preciseert voorts dat bij de keuze van de voor de ziekenhuizen geldende regeling inzake de aansprakelijkheid, rekening werd gehouden met de terzake door het advies van de Raad van State uitgetekende krijtlijnen. Het door de heer Vandeurzen ingediende amendement zou in dat verband als een stap te ver kunnen worden geïnterpreteerd. Het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt kan de vigerende verhoudingen tussen de beroepsbeoefenaars en het ziekenhuis niet wijzigen. Het ziekenhuis kan dus nooit aansprakelijk worden gesteld voor de tekortkomingen van bepaalde beoefenaars zo een overeenkomst voorhanden is waarin duidelijk wordt bepaald dat zij op die wijze in het ziekenhuis mogen handelen. Aan de patiënt moet dit op zijn verzoek worden meegedeeld, zodat die weet waar hij aan toe is.

Ook de minister is van mening dat het amendement van de heer Vandeurzen moet worden verworpen.

De heer Hubert Brouns (CD&V) stelt voor het overige voor diverse technische tekstcorrecties aan te brengen.

De commissieleden stemmen daarmee in.

*
* *

Art. 4

Amendement nr. 23 wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

dent qu'une telle responsabilité n'est pas prévue dans les relations juridiques entre l'hôpital et le praticien professionnel

M. Yvan Mayeur (PS) souligne que l'objectif de l'amendement n° 24 était d'affirmer que, dans une institution où les responsabilités sont nécessairement partagées, c'est l'hôpital qui supporte la responsabilité de l'information (relative aux tarifs, par exemple) à communiquer au patient. Il s'agit en effet d'une responsabilité qui ne relève pas que du praticien professionnel. L'article 17 *novies* introduit une responsabilité à charge de l'hôpital, qui n'existait pas dans le projet de loi initial.

L'intervenant estime, pour le reste, que l'amendement n° 24 est clair et visait l'ensemble des aspects susceptibles de poser problème. Il se dit, par conséquent, défavorable à l'amendement de M. Vandeurzen.

La ministre précise, par ailleurs, que le système de responsabilisation des hôpitaux qui a été adopté a été choisi en prenant en considération les limites fixées par l'avis du Conseil d'Etat. L'amendement de M. Vandeurzen pourrait être interprété comme étant un pas de trop. Le projet de loi relatif aux droits du patient ne peut modifier les relations existantes entre les praticiens et l'hôpital. Celui-ci ne peut donc être tenu responsable des manquements commis par certains praticiens, s'il existe un contrat dans lequel il est clairement stipulé que ces derniers peuvent opérer dans l'hôpital selon ces modalités, cela doit être communiqué au patient à sa demande, de manière à ce qu'il sache dans quel contexte il se trouve.

La ministre estime également que l'amendement de M. Vandeurzen doit être rejeté.

M. Hubert Brouns (CD & V) a, par ailleurs, suggéré de procéder à plusieurs corrections techniques auxquelles les membres de la commission se sont ralliés.

*
* *

Art. 4

L'amendement n° 23 est adopté par 13 voix et 2 absentions.

Artikel 4 wordt aangenomen met 10 stemmen en 5 onthoudingen.

Art. 5

Amendement nr. 22 wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 5 wordt aangenomen met 10 stemmen en 5 onthoudingen.

Art. 7

Amendement nr. 26 wordt aangenomen met 10 tegen 3 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr. 27 wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 7 wordt aangenomen met 10 stemmen en 5 onthoudingen.

Art. 8

Amendement nr. 39 wordt aangenomen met 10 tegen 2 stemmen en 3 onthoudingen.

Amendement nr. 25 wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 8 wordt aangenomen met 10 stemmen en 5 onthoudingen.

Art. 9

Amendement nr. 31 wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr. 32 wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 9 wordt aangenomen met 10 stemmen en 4 onthoudingen.

Art. 12

Amendement nr. 33 wordt aangenomen met 10 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 12 wordt aangenomen met 10 stemmen en 4 onthoudingen.

Art. 14

Amendement nr. 35 wordt aangenomen met 10 stemmen en 4 onthoudingen.

Artikel 14 wordt aangenomen met 10 stemmen en 4 onthoudingen.

L'article 4 est adopté par 10 voix et 5 abstentions.

Art.5

L'amendement n° 22 est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

L'article 5 est adopté par 10 voix et 5 abstentions.

Art. 7

L'amendement n° 26 est adopté par 10 voix contre 3 et 2 abstentions.

L'amendement n° 27 est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

L'article 7 est adopté par 10 voix et 5 abstentions.

Art. 8

L'amendement n° 39 est adopté par 10 voix contre 2 et 3 abstentions.

L'amendement n° 25 est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

L'article 8 est adopté par 10 voix et 5 abstentions.

Art.9

L'amendement n° 31 est adopté par 13 voix et 2 abstentions

L'amendement n° 32 est adopté par 13 voix et 1 abstention

L'article 9 est adopté par 10 voix et 4 abstentions.

Art.12

L'amendement n° 33 est adopté par 10 voix contre 3 et 1 abstention.

L'article 12 est adopté par 10 voix et 4 abstentions.

Art. 14

L'amendement n° 35 et l'article 14 sont successivement adoptés par 10 voix et 4 abstentions.

Art. 17

Amendement nr. 34 wordt aangenomen met 10 stemmen en 4 onthoudingen.

Amendement nr. 24 wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Het tijdens de vergadering ingediende amendement van de heer Vandeurzen, wordt verworpen met 10 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 17 wordt aangenomen met 10 stemmen en 4 onthoudingen.

Art. 19

Amendement nr. 2 wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 19 wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Het geheel van de aldus geamendeerde en gecorrigeerde en bepalingen wordt aangenomen met 10 stemmen en 4 onthoudingen.

Bijgevolg vervallen de toegevoegde wetsvoorstellen nrs. 390, 931 en 1319.

Dit verslag werd goedgekeurd met 7 stemmen en 3 onthoudingen.

De rapporteurs,

Michèle GILKINET
Hubert BROUNS

De voorzitter,

Yolande AVONTROODT

Art. 17

L'amendement n° 34 est adopté par 10 voix et 4 abstentions.

L'amendement n° 24 est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

L'amendement de M. Vandeurzen, déposé au cours de la réunion, est rejeté par 10 voix contre 3 et 1 abstention.

L'article 17 est adopté par 10 voix et 4 abstentions

Art. 19

L'amendement n° 2 est adopté par 13 voix et une abstention.

L'article 19 est adopté par 13 voix et une abstention.

L'ensemble des dispositions, ainsi amendées et corrigées, est adopté par 10 voix et 4 abstentions.

Par conséquent, les propositions jointes n°s 390, 931 et 1319 deviennent sans objet.

Le présent rapport a été approuvé par 7 voix et 3 abstentions.

Les rapporteurs,

Michèle GILKINET
Hubert BROUNS

La présidente,

Yolande AVONTROODT

HOORZITTINGEN OVER DE RECHTEN VAN DE PATIENT¹

09.01.2001

I. Gedachtewisseling na de uiteenzetting van de deskundigen².

De heer Jo Vandeurzen (CD&V - K) vraagt zich af of de federale wetgever bevoegd is om wetgevende initiatieven te nemen inzake patiëntenrechten.

In de conceptnota wordt ervan uitgegaan dat het regelen van de patiëntenrechten behoort tot de bevoegdheid van de federale overheid, aangezien het hier gaat om een residuaire bevoegdheid op het vlak van het gezondheidsbeleid en de gemeenschappen alleen bevoegd zijn voor het gezondheidszorgbeleid.

De spreker merkt op dat men het regelen van de patiëntenrechten evenwel ook vanuit een andere invalshoek zou kunnen bekijken, nl. als onderdeel van het gezondheidszorgbeleid.

Is de redenering, waarbij het regelen van patiëntenrechten wordt beschouwd als een federale aangelegenheid, juridisch voldoende onderbouwd? In een arrest heeft het Arbitragehof de bevoegdheid van de federale overheid alvast zeer eng gedefinieerd.

Door het toekennen van rechten ontstaat er een vorm van aansprakelijkheid. Het is dan ook merkwaardig dat er in de conceptnota bewust voor gekozen wordt om de aansprakelijkheidsproblematiek niet grondig uit te werken. Er zou in elk geval meer duidelijkheid moeten komen over de eventuele aansprakelijkheid van ziekenhuizen.

Patiënten hebben behoefte aan een centraal aanspreekpunt. In het kader van de geïntegreerde zorg wordt de patiënt geconfronteerd met een geheel van zorgverstrekkers. Bij een dergelijke multidisciplinaire aanpak moet er steeds voor gezorgd worden dat de patiënt over een aanspreekpunt beschikt.

Er moet ook meer duidelijkheid komen over de kwalificatie van de relatie zorgverlener-patiënt. Gaat het hier om een contractuele relatie, dan moet de patiënt niet alleen rechten krijgen, maar moeten er ook plichten worden opgelegd. In de artikelsgewijze uitwerking wordt er evenwel met geen woord gerept over patiëntenplichten.

¹ De hoorzittingen hebben plaatsgevonden in verenigde commissie met de commissie voor de Sociale Zaken van de Senaat. De assemblee waarvan de spreker deel uitmaakt wordt telkens aangeduid naast de afkorting van zijn/haar politieke fractie.

² De uiteenzettingen van de deskundigen werden rechtstreeks aan de leden van de commissie overgezonden.

AUDITIONS SUR LES DROITS DU PATIENT¹

09.01.2001

I. Échange de vues organisé à l'issue de l'exposé des experts²

M. Jo Vandeurzen (CD&V-Ch) se demande si le législateur fédéral est compétent pour prendre des initiatives législatives en matière de droits du patient.

La note conceptuelle part du principe que la réglementation des droits du patient relève de la compétence du pouvoir fédéral, étant donné qu'il s'agit en l'occurrence d'une compétence résiduelle en matière de politique de santé et que les communautés sont seulement compétentes en ce qui concerne la politique de soins de santé.

L'intervenant fait observer que la réglementation des droits du patient pourrait toutefois aussi être considérée d'un autre point de vue, à savoir comme un élément de la politique des soins de santé.

Le raisonnement selon lequel la réglementation des droits du patient est considérée comme une matière fédérale est-il suffisamment étayé sur le plan juridique? Dans un arrêt, la Cour d'arbitrage a défini la compétence du pouvoir fédéral de manière très limitative.

L'octroi de droits engendre une forme de responsabilité. Il est dès lors singulier que l'on ait délibérément choisi, dans la note conceptuelle, de ne pas examiner la problématique de la responsabilité dans son ensemble. Il faudrait en tout état de cause clarifier les choses à propos de la responsabilité éventuelle des hôpitaux.

Les patients éprouvent le besoin de disposer d'un point de contact central. Dans le cadre des soins intégrés, le patient est confronté à toute une série de dispensateurs de soins. Dans le cas d'une telle approche multidisciplinaire, il faut toujours veiller à ce que le patient dispose d'un point de contact.

Il convient également de clarifier la qualification de la relation entre le dispensateur de soins et le patient. S'il s'agit en l'occurrence d'une relation contractuelle, le patient devra se voir conférer des droits, mais il devra aussi accepter d'être soumis à certaines obligations. Or, le texte reprenant les articles est muet quant aux devoirs du patient.

¹ Les auditions ont eu lieu en réunion commune avec la commission des Affaires sociales du Sénat. L'assemblée dans laquelle siège l'orateur est indiquée à côté de l'acronyme de son groupe politique.

² Les exposés des experts ont été communiqués directement aux membres de la commission.

Mevrouw Nathalie de T'Serclaes (MR - S) wenst de problematiek van de vertegenwoordiging van de patiënten ter sprake te brengen. In de conceptnota wordt bepaald dat de rechten van een meerderjarige patiënt die niet in staat is tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in verband met zijn gezondheid en die niet valt onder het beschermingsstatuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaamverklaring, in eerste instantie worden uitgeoefend door een vertrouwenspersoon. Nergens is er in dit verband sprake van een voorafgaande, schriftelijke verklaring, waarin de patiënt bepaalde wensen heeft kenbaar gemaakt. Wie gaat er trouwens bepalen dat een meerderjarige patiënt niet meer in staat kan worden geacht tot een redelijke beoordeling van zijn belangen ?

Toelichting is gewenst bij artikel 13, § 4 van de artikelsgewijze uitwerking. Hierin wordt gesteld dat de schriftelijke weigering van een patiënt om een welomschreven handeling te laten uitvoeren, steeds moet worden geëerbiedigd. Wat is de exacte draagwijdte van deze bepaling ? Is deze weigering absoluut ? Artikel 14 voorziet in elk geval niet in een of ander uitzondering.

Mevrouw Magda De Meyer (SPA - K) merkt op dat het ontwerp over de patiëntenrechten en de voorstellen in verband met de vergoeding van medische fouten op elkaar afgestemd moeten worden. In beide aangelegenheden is er bijvoorbeeld sprake van een bemiddelingsdienst.

Professor Herman Nys is van mening dat de vraag naar de bevoegdheid om inzake patiëntenrechten wetgevend werk te kunnen verrichten, in eerste instantie een politieke kwestie is. In de conceptnota is de klachtenregeling summier uitgewerkt, omdat op dit punt zeker het risico bestaat dat men op het werkkterrein van de gemeenschappen komt.

De motivering voor een wetgevend initiatief van de federale overheid berust op twee pijlers : enerzijds wordt aangetoond dat de rechten van de patiënten een wezenlijk onderdeel vormen van het gezondheidsbeleid, anderzijds wordt erop gewezen dat patiënten ook als gebruikers recht hebben op consumentenbescherming. En het is de federale overheid die bevoegd is voor het opstellen van de algemene regels op het vlak van de bescherming van de verbruiker.

Voorzitster Yolande Avontroodt (VLD - K) wijst erop dat er op het Vlaams niveau een kwaliteitsdecreet bestaat dat de rechten en de klachtenbemiddeling regelt inzake de dienstverlening. Hoewel de conceptnota toegespitst is op de gezondheidszorgen, is de mogelijkheid van een belangenconflict niet uit te sluiten.

Mme Nathalie de T'Serclaes (MR - S) souhaite aborder la problématique de la représentation du patient. La note conceptuelle prévoit que les droits d'un patient majeur qui n'est pas apte à apprécier raisonnablement ses intérêts en matière de santé et qui ne relève pas du statut de protection de la minorité prolongée ou de l'interdiction sont exercés en premier lieu par une personne de confiance. Il n'est jamais question en l'occurrence d'une déclaration écrite, préalable, dans laquelle le patient aurait fait part de ses desiderata. Qui pourra d'ailleurs déterminer si un patient majeur n'est plus apte à apprécier raisonnablement ses intérêts ?

L'intervenante demande des précisions au sujet de l'article 13, § 4, du texte reprenant les articles. Celui-ci précise qu'il convient toujours de respecter le refus écrit du patient de subir un traitement déterminé. Quelle est la portée exacte de cette disposition ? Ce refus est-il absolu ? L'article 14 ne prévoit en tout cas aucune exception.

Mme Magda De Meyer (SPA - Ch) fait observer qu'il convient de mettre en concordance le projet de loi sur les droits des patients et les propositions relatives à l'octroi de dommages-intérêts en cas d'erreur médicale. Il est, par exemple, question d'un service de médiation dans les deux cas.

Le professeur Herman Nys estime que le problème de la compétence du législateur en matière de droits du patient est avant tout une question politique. La question du règlement des plaintes est abordée de manière sommaire dans la note conceptuelle, parce qu'en cette matière le risque d'empiéter sur les compétences des communautés est réel.

Deux arguments plaident en faveur d'une initiative législative de la part de l'autorité fédérale : d'une part, il est démontré que les droits du patient font partie intégrante de la politique de santé, d'autre part, il est souligné qu'en tant que consommateurs, les patients ont également droit à une protection. Or, c'est l'autorité fédérale qui est compétente pour élaborer des règles en matière de protection du consommateur.

Mme Yolande Avontroodt (VLD - Ch), présidente, fait observer qu'au niveau flamand, il existe un « décret qualité » réglant les droits et la médiation en matière de plaintes dans le domaine de la prestation de services. Bien que la note conceptuelle soit axée sur les soins de santé, le risque d'un conflit d'intérêts n'est pas à exclure.

Is er met dit scenario rekening gehouden ?

Professor Herman Nys antwoordt dat dit vraagstuk niet met louter juridische argumenten opgelost kan worden. Hier moeten politieke keuzes worden gemaakt.

De aansprakelijkheid van de ziekenhuizen komt in dit ontwerp niet ter sprake, omdat hiervoor een wijziging van het statuut van de ziekenhuisarts vereist is. Zonder deze wijziging beschikken de ziekenhuizen niet over de bevoegdheid om de naleving van de patiëntenrechten binnen de instelling af te dwingen. Daarom wordt in artikel 5 van de artikelsgewijze uitwerking enkel gesteld dat de ziekenhuizen de patiënten attent moeten maken op de rechtsverhouding tussen de behandelende arts en de instelling.

Verder schuift dit ontwerp zich in het bestaande rechtssysteem in. Het is trouwens een illusie te denken dat alles in een ontwerp kan worden geregeld.

Hier worden alleen een aantal algemene regels geformuleerd. Onvermijdelijk zullen er uitzonderingen op deze regels zijn. Zo kan men een wilsonbekwame patiënt die op de spoedafdeling wordt binnengebracht inderdaad niet op de hoogte brengen van de geldende rechtsverhoudingen.

Professor Thierry Vansweevelt heeft de indruk dat de conceptnota de rechtsverhouding tussen de zorgverlener en de patiënt zoveel mogelijk buiten beschouwing wil laten. Patiëntenrechten zouden altijd moeten gelden, ongeacht of het gaat over een contractuele of buitencontractuele relatie. De spreker is het eens met die zienswijze, die bijvoorbeeld ook gehanteerd wordt bij de productaansprakelijkheid. In het licht hiervan zou artikel 5 van de artikelsgewijze uitwerking, waarin bepaald wordt dat de patiënt moet worden ingelicht over de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de arts, geschrapt kunnen worden.

En indien het van geen belang is of de relatie beoefenaar-patiënt contractueel of buitencontractueel is, dan kan men ook het statuut van de ziekenhuisarts buiten beschouwing laten. Het feit dat de ziekenhuisarts een werknemer, ambtenaar of zelfstandige is, zou in het kader van de patiëntenrechten irrelevant moeten zijn. De patiënt mag bijvoorbeeld niet het slachtoffer worden van het feit dat zijn arts een werknemer is, die men heel moeilijk aansprakelijk kan stellen. Volgt men deze logica, dan moet de invoering van een centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis in het ontwerp overwogen worden.

Ce scénario a-t-il été pris en considération ?

Le professeur Herman Nys répond que ce problème ne peut être résolu au moyen d'arguments purement juridiques. Il conviendra de faire des choix politiques.

Le projet examiné ne concerne pas la responsabilité des hôpitaux, le règlement de cette question nécessitant de modifier le statut du médecin hospitalier. Sans cette modification, les hôpitaux n'ont pas le pouvoir d'imposer le respect des droits des patients en leur sein. C'est pourquoi l'article 5 du texte reprenant les articles précise simplement que les hôpitaux doivent informer les patients des rapports juridiques existant entre le médecin traitant et l'établissement.

Par ailleurs, le projet s'insère dans le système juridique existant. Il serait d'ailleurs illusoire d'imaginer qu'un projet puisse tout régler.

Celui-ci se borne à fixer un certain nombre de règles générales, qui souffriront inévitablement des exceptions. C'est ainsi que l'on ne pourra pas informer des rapports juridiques en vigueur un patient incapable d'exprimer sa volonté qui est amené aux urgences.

Le professeur Thierry Vansweevelt a l'impression que la note conceptuelle évite autant que possible d'aborder le problème des rapports juridiques entre le prestataire de soins et le patient. Les droits du patient devraient être applicables en toute circonstance, qu'il s'agisse d'une relation contractuelle ou extra-contractuelle. L'intervenant est lui aussi de cet avis et souligne que c'est également cette position qui est par exemple adoptée dans le cadre de la responsabilité en matière de produits. Compte tenu des précédents, l'article 5 du texte reprenant les articles, qui dispose que le patient doit être informé des rapports juridiques existant entre l'hôpital et le médecin, pourrait être supprimé.

Et si le fait que la relation entre le praticien et le patient soit contractuelle ou non n'a pas d'importance, il n'y a pas non plus de raison de prêter attention au statut du médecin hospitalier. Le fait que le médecin hospitalier soit un travailleur salarié, un fonctionnaire ou un travailleur indépendant devrait n'avoir aucune incidence sur les droits du patient. Le patient ne doit pas pâtir, par exemple, du fait que son médecin est un travailleur salarié que l'on peut très difficilement tenir pour responsable. Si l'on suit cette logique, il conviendra d'envisager d'instaurer, dans le cadre du projet, une responsabilité solidaire dans le chef de l'hôpital.

Verzekeringsmaatschappijen zullen er dan ook op aandringen dat er preventiemaatregelen worden genomen tegen artsen die veel schadegevallen veroorzaken.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V - K) is van oordeel dat uit deze ontwerp tekst kan worden afgeleid dat het toch gaat om een contractuele relatie. Het is dan ook merkwaardig dat er niet wordt gesproken over de plichten. In het wetsvoorstel van de heer Hubert Brouns (CD&V) wordt er bijvoorbeeld wel expliciet verwezen naar de plichten van de patiënt.

Hij merkt ook op dat er in de discussie over de patiëntenrechten op bepaalde punten interferenties zullen zijn met het euthanasiedebat dat nu in de Senaat wordt gevoerd. Patiëntenrechten zullen bijvoorbeeld ook hun weerslag hebben op medische beslissingen die genomen moeten worden bij een nakend levenseinde.

Professor Herman Nys meent dat niet alle bio-ethische problemen in een patiëntenrechtenwet geregeld kunnen worden. In de beperking toont zich de meester.

Wat betreft de kwalificatie van de relatie, wijst de spreker er nog eens op dat een patiëntenrechtenwet ingebed zal worden in het bestaande rechtssysteem. De plicht van de patiënt om mee te werken en informatie te verstrekken zal bijvoorbeeld geregeld worden via het aansprakelijkheidsrecht. Wie een zinvolle behandeling weigert, moet ook de gevolgen dragen van deze beslissing.

De spreker vestigt er de aandacht op dat de plichten van de arts ten opzichte van de patiënt betrekking hebben op diens lichamelijke integriteit, terwijl de plichten van de patiënt tegenover de arts van een totaal andere orde zijn.

Het uitgangspunt bij de problematiek van de vertrouwenspersoon is dat een arts slechts mag handelen als hij hiervoor de toestemming heeft gekregen van de patiënt. Oordeelt de arts dat een patiënt wilsonbekwaam is, dan moet hij de toestemming krijgen van een vertegenwoordiger. Het is dus de arts die moet uitmaken of iemand al dan niet wilsonbekwaam is. Alleen in Duitsland bestaat hiervoor een wettelijke regeling, die in de praktijk evenwel nauwelijks wordt toegepast. Het lijkt dus niet aangewezen hiervoor een zware wettelijke procedure uit te werken.

De weigering van een wilsbekwame patiënt moet worden gerespecteerd. In artikel 14 van de artikelsgewijze uitwerking wordt wel bepaald dat een arts kan afwijken van de weigering van een vertegenwoordiger.

Les compagnies d'assurances insisteront dès lors pour que des mesures préventives soient prises à l'égard des médecins qui sont responsables de nombreux sinistres.

M. Jo Vandeurzen (CD&V-Ch) estime que l'on peut déduire du texte reprenant les articles qu'il s'agit tout de même d'une relation contractuelle. Il est dès lors curieux que le texte passe les devoirs sous silence. La proposition de loi de M. Hubert Brouns (CD&V) fait, par exemple, explicitement mention des devoirs du patient.

Il fait également observer que le débat relatif aux droits du patient interférera à certains égards avec le débat sur l'euthanasie qui a actuellement lieu au Sénat. Les droits du patient auront, par exemple, également une incidence sur les décisions médicales qui devront être prises à l'approche de la fin de vie.

Le professeur Herman Nys estime que tous les problèmes de bioéthique ne pourront pas être réglés dans le cadre d'une loi relative aux droits du patient. Tout l'art consistera à se limiter judicieusement.

En ce qui concerne la qualification de la relation, l'orateur fait de nouveau observer qu'une loi relative aux droits du patient deviendra partie intégrante de notre système juridique. L'obligation du patient de collaborer et de fournir des informations sera, par exemple, réglée par le droit de la responsabilité. Celui qui refuse un traitement judiciaire devra également supporter les conséquences de son refus.

L'orateur attire l'attention sur le fait que les devoirs du médecin à l'égard du patient concernent l'intégrité physique de ce dernier, tandis que les devoirs du patient à l'égard du médecin sont d'une tout autre nature.

Le principe de base dans la problématique de la personne de confiance est qu'un médecin ne peut pratiquer un acte médical que s'il a reçu le consentement du patient. Si le médecin estime qu'un patient est incapable de manifester sa volonté, il doit obtenir l'accord d'un représentant du patient. C'est donc le médecin qui doit décider si une personne est ou non en état de manifester sa volonté. Il n'y a qu'en Allemagne qu'il existe une législation à cet égard, législation qui n'est toutefois pratiquement pas appliquée. Il ne paraît dès lors pas souhaitable d'élaborer une procédure légale complexe pour régler ce problème.

Il faut respecter le refus d'un patient qui est en état de manifester sa volonté. L'article 14 du texte reprenant les articles dispose qu'un médecin peut déroger à la décision de refus prise par le représentant.

Heeft de patiënt toen hij nog wilsbekwaam was een voorafgaande schriftelijke weigering opgesteld om een bepaalde behandeling te ondergaan, dan moet de arts daar wel mee rekening houden.

Mevrouw Nathalie de T'Serclaes (MR - S) stelt vast dat er in dit geval geen alternatieven meer zijn voor de arts. In de hypothese dat een patiënt zich reeds enkele maanden in een comateuze toestand bevindt, blijft een arts gebonden aan deze voorafgaande schriftelijke weigering, ook al zouden er zich op medisch vlak wijzigingen hebben voorgedaan. Een dergelijke absolute waarde toekennen aan een voorafgaande schriftelijke verklaring heeft verstrekkende gevolgen. Deze kwestie moet grondiger besproken worden.

Voorzitster Yolande Avontroodt (VLD - K) sluit zich hierbij aan. Zowel aan de zorgverstrekkers als aan de patiënten moet er op dit vlak voldoende rechtszekerheid worden geboden.

Professor Herman Nys is het er mee eens dat de mogelijkheid behouden moet blijven om van een schriftelijke verklaring af te wijken, wanneer er goede redenen zijn om aan te nemen dat de patiënt zijn standpunt zou hebben gewijzigd indien hij nog wilsbekwaam was. De schriftelijke verklaring waarin een bepaalde behandeling wordt afgewezen, kan bijvoorbeeld reeds enkele jaren oud zijn. Ondertussen kunnen er zich minder ingrijpende alternatieven hebben ontwikkeld.

Professor Thierry Vansweevelt merkt op dat de ontwerp tekst alleen verwijst naar schriftelijke wilsverklaringen waarin de patiënt een behandeling weigert. Het kan evenwel dat de patiënt in een schriftelijke verklaring te kennen geeft dat hij een bepaalde behandeling verkiest.

Professor Herman Nys repliceert dat een schriftelijke verklaring waarin een arts wordt gevraagd een bepaalde handeling uit te voeren, nooit bindend is. Een arts kan niet gedwongen worden een handeling uit te voeren. Daarom is de positieve wilsverklaring in de ontwerp tekst niet behandeld.

Voorzitster Yolande Avontroodt (VLD - K) is bevreesd voor een mogelijke juridisering van handelingen, zoals het verstrekken van informatie, waarbij rekening gehouden moet worden met het verwerkingsvermogen van de patiënt.

Professor Herman Nys antwoordt dat er bij alles wat verband houdt met het verwerkingsvermogen steeds ruimte moet blijven voor individualisering. De arts moet zich kunnen toespitsen op wat relevant is.

Si, alors qu'il était encore capable de manifester sa volonté, le patient a déclaré par écrit qu'il refusait que l'on accomplisse sur sa personne un acte déterminé, le médecin doit également tenir compte de cette déclaration.

Mme Nathalie de T'Serclaes (MR-S) constate que, dans un tel cas, le médecin n'a plus d'alternative. Si un patient se trouve depuis quelques mois dans un état comateux, le médecin reste tenu par cette déclaration préalable de refus, même si des changements sont intervenus sur le plan médical. Le fait d'accorder une telle valeur absolue à une déclaration préalable faite par écrit est lourd de conséquences. Ce problème doit faire l'objet d'un débat approfondi.

Mme Yolande Avontroodt (VLD-Ch), présidente, souscrit à l'avis de l'intervenante précédente. Il faut offrir une sécurité juridique suffisante à cet égard aussi bien aux prestataires de soins qu'aux patients.

Le professeur Herman Nys estime également qu'il convient de maintenir la possibilité de déroger à une déclaration écrite lorsqu'il y a de bonnes raisons de penser que le patient aurait modifié son point de vue s'il avait encore été en état d'exprimer sa volonté. La déclaration écrite par laquelle le patient rejette un traitement donné pourrait, par exemple, déjà dater de plusieurs années. Des traitements alternatifs moins invasifs pourraient avoir été mis au point depuis lors.

Le professeur Thierry Vansweevelt fait observer que dans le projet de texte, il n'est question que de déclarations écrites par lesquelles le patient refuse un traitement. Or, le patient pourrait faire savoir dans une déclaration écrite qu'il préfère un traitement donné.

Le professeur Herman Nys réplique qu'une déclaration écrite par laquelle il est demandé à un médecin d'accomplir un acte donné n'est jamais contraignante. Un médecin ne saurait être contraint d'accomplir un acte. Aussi n'est-il pas question, dans le projet de texte, de la déclaration de volonté positive.

La présidente, Mme Yolande Avontroodt (VLD - Ch) craint que l'on ne judiciaire éventuellement certains actes, tels que la fourniture d'informations, laquelle suppose qu'il soit tenu compte de la faculté qu'a le patient de supporter ces informations.

Le professeur Herman Nys réplique qu'il faut toujours conserver une certaine marge d'individualisation pour tout ce qui concerne la capacité du patient de supporter la confrontation aux informations.

In verband met het door professor Geneviève Schamps voorgestelde fiche-systeem merkt hij op dat dit het Belgisch niveau overschrijdt. Hier dreigt ook het gevaar van een verzakeling van de arts-patiëntenrelatie. Individuele informatie blijft van cruciaal belang.

Professor Geneviève Schamps is het hiermee eens. De spreekster vindt ook dat er bij het toekennen van patiëntenrechten geen onderscheid mag gemaakt worden tussen een contractuele en buitencontractuele relatie.

Wat betreft de vertegenwoordiging van de patiënt, zou er eerst een vergelijkende studie moeten worden uitgevoerd, waarin wordt nagegaan hoe dit in andere landen wordt geregeld.

II. Gedachtewisseling na de uiteenzetting van de zorgstrekkingen (eerste deel)

Voorzitster Yolande Avontroodt (VLD - K) wenst dat de sprekers hun standpunt verder toelichten over het idee van een centrale aansprakelijkheid die vanuit de instellingen geregeld zou worden.

Dr. Marc Moens stelt vast dat er zich toch heel wat conflictsituaties kunnen voordoen, waarbij een arts en de raad van beheer van een ziekenhuis er een andere mening op na houden. In elk geval zijn de rechten van de patiënt en de beroepsaansprakelijkheidsverzekering onlosmakelijk met elkaar verbonden. Deze problematiek vormt één geheel.

Moeten de artsen bijvoorbeeld hun verzekeringspolissen op het vlak van de beroepsaansprakelijkheid bij de verzekeraar van het ziekenhuis afsluiten ?

Mevrouw Ingrid van Kessel (CD&V - S) is voorstander van een centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Anders wordt het voor de patiënt een onontwaaarbaar kluwen.

Dr. Bernard Verbruggen meent ook dat een instelling verantwoordelijk is voor alle personen die er werken. Het is niet de patiënt die moet uitmaken wie voor wat verantwoordelijk is.

Voorzitster Yolande Avontroodt (VLD) merkt op dat in dat geval de ziekenhuiswetgeving aangepast zal moeten worden.

Dr. Marc Moens is voorstander van de creatie van een ombudsfunctie, waarbij iedereen die in het ziekenhuis is tewerkgesteld, wordt betrokken. Er moet een centraal

Le médecin doit pouvoir se focaliser sur les informations pertinentes. En ce qui concerne le système de fiches proposé par le professeur Geneviève Schamps, il fait observer qu'un tel système dépasse le cadre de la Belgique. Ce système risque également de déshumaniser la relation médecin-patient. Or, l'information individuelle demeure primordiale.

Le professeur Geneviève Schamps partage cet avis. L'intervenante estime également que l'on ne saurait établir de distinction entre une relation contractuelle et une relation extracontractuelle lorsque l'on octroie des droits aux patients.

En ce qui concerne la représentation du patient, il conviendrait tout d'abord d'effectuer une étude comparative, afin d'examiner de quelle manière cet aspect est réglé dans d'autres pays.

II. Échange de vues organisé à l'issue de l'exposé des prestataires de soins (première partie)

Mme Yolande Avontroodt (VLD - Ch), présidente, demande que les orateurs précisent leur point de vue en ce qui concerne la responsabilité solidaire qui serait réglée à partir des établissements.

Le docteur Marc Moens constate que les possibilités de conflits dans lesquels les points de vues d'un médecin et du conseil de direction d'un hôpital s'affrontent sont légion. En tout état de cause, les droits du patient et l'assurance-responsabilité professionnelle sont étroitement liés. Cette problématique forme un tout.

Les médecins doivent-ils, par exemple, contracter leur assurance en matière de responsabilité professionnelle auprès de l'assureur de l'hôpital ?

Mme Ingrid van Kessel (CD&V - S) est favorable à une responsabilité solidaire de l'hôpital, faute de quoi le patient ne pourrait que s'empêtrer dans un imbroglio.

Le docteur Bernard Verbruggen estime, lui aussi, qu'un établissement est responsable pour toutes les personnes qui y travaillent. Ce n'est pas le patient qui doit déterminer qui est responsable de quoi.

Mme Yolande Avontroodt (VLD-CH), présidente, fait observer que dans ce cas, il conviendra de modifier la loi sur les hôpitaux.

Le docteur Marc Moens est favorable à la création d'une fonction de médiation, à laquelle toute personne occupée dans l'hôpital sera associée. Il faut prévoir un

aanspreekpunt komen. Hierbij moet er wel een onderscheid gemaakt worden tussen een centraal aanspreekpunt en een centrale verantwoordelijkheid.

Dr. Jean-Pierre Tricot wijst erop dat de patiënt toch eerst terecht moet kunnen bij het diensthoofd en pas daarna naar een centraal aanspreekpunt moet worden doorverwezen.

Professor Gruwez schaarst zich achter dit standpunt. De individuele specialisten moeten hun verantwoordelijkheid niet afschuiven naar een of ander centraal aanspreekpunt. In eerste instantie moeten de patiënten met hun klachten bij hen terecht kunnen.

De heer Paul Galand (Agalev-Ecolo - S) pleit voor de totstandkoming van coherente wetgevingen aangezien de vraagstukken als euthanasie, kwaliteitszorg en patiëntenrechten nauw met elkaar verbonden kunnen zijn. Ook de rol van de huisartsen moet beter worden gedefinieerd.

Volgens hem dient voorts ook het recht op informatie, het recht op toestemming en de verplichting tot optreden (bijvoorbeeld in spoedeisende gevallen) duidelijk te worden afgebakend.

Dr. Bernard Vercruyse wijst erop dat de huisartsen nu reeds optreden als verdediger van hun patiënten. Wil men via een wet een dergelijke rol officieel toekennen aan de huisartsen, dan moet men ook voorzien in de nodige middelen. Dit zou trouwens beter geregeld kunnen worden door middel van een charter dan via een wet.

Professor Gruwez merkt op dat alle artsen de verdediging van hun patiënten moeten opnemen. Deze rol is niet alleen voorbehouden aan de huisartsen.

Dr. Jacques De Toeuf is van oordeel dat een wet met algemene bepalingen steeds zal moeten voorzien in een hele reeks afwijkingen en uitzonderingen. In de conceptnota worden de spoedgevallen trouwens reeds als uitzondering beschouwd.

Voorafgaande informatie over zware medische ingrepen zal bij sommige patiënten een negatieve uitwerking hebben.

Dr. Marc Moens vestigt de aandacht erop dat het toch vanzelfsprekend is dat bij problemen eerst de behandelende arts wordt aangesproken. Daarna kan er contact worden opgenomen met het centrale aanspreekpunt.

Mevrouw Clotilde Nyssens (CDH - S) stelt vast dat de artsen eerder gewonnen zijn voor een charter dan voor

point de contact central. Il y a toutefois lieu de faire à cet égard une distinction entre un point de contact central et une responsabilité solidaire.

Le docteur Jean-Pierre Tricot fait observer que le patient doit tout de même d'abord pouvoir s'adresser au chef de service avant d'être orienté vers un point de contact central.

Le professeur Gruwez partage ce point de vue. Les spécialistes ne peuvent se décharger de leurs responsabilités sur l'un ou l'autre point de contact central. Dans un premier temps, les patients doivent pouvoir leur faire part de leurs plaintes.

M. Paul Galand (Ecolo-Agalev - S) insiste pour que l'on élabore des législations cohérentes, étant donné que les problématiques de l'euthanasie, des soins de qualité et des droits du patient peuvent être étroitement liées. Il convient également de mieux définir le rôle des médecins traitants.

Il estime aussi nécessaire de bien articuler le droit à l'information et au consentement et les obligations d'intervention, par exemple, en cas d'urgence.

Le docteur Bernard Vercruyse fait observer qu'actuellement, les généralistes prennent déjà la défense de leurs patients. Si l'on veut confier officiellement ce rôle aux généralistes par le biais d'une loi, il faudra également prévoir les moyens nécessaires. Il serait du reste préférable de régler cette question dans le cadre d'une charte plutôt que par une loi.

Le professeur Gruwez fait observer que tous les médecins doivent prendre la défense de leurs patients. Ce rôle n'est pas uniquement réservé aux généralistes.

Le docteur Jacques De Toeuf estime qu'une loi contenant des dispositions d'ordre général devra toujours prévoir une série de dérogations et d'exceptions. Dans la note conceptuelle, les cas d'urgence sont du reste déjà considérés comme des exceptions.

Chez certains patients, l'information préalable concernant des interventions médicales lourdes aura un effet négatif.

Le docteur Marc Moens attire l'attention sur le fait qu'il est tout de même évident qu'en cas de problème, le patient s'adresse d'abord à son prestataire de soins. Il peut ensuite s'adresser au point de contact central.

Mme Clotilde Nyssens (CDH-Ch) constate que les médecins préfèrent une charte à une loi. Les organisa-

een wet. Zijn de artsenorganisaties bereid een dergelijk charter op te stellen of moet het parlement zelf via een wetgevend initiatief een aantal zaken opleggen? Normen die van bovenaf worden opgelegd, botsen in onze huidige samenleving steeds meer op weerstand. Wat is dus het beste middel om de doelstellingen te bereiken? Patiëntenrechten creëren op basis van een wet of via een charter?

Dr. Marc Moens wenst hierover het debat met de patiëntenverenigingen aan te gaan.

Dr. Jacques De Toeuf stelt vast dat artsen vandaag de dag toch op een andere wijze met hun patiënten communiceren dan twintig jaar geleden. Ook in de opleiding van artsen en verpleegkundigen wordt er meer aandacht besteed aan de communicatie met de patiënt.

Het nadeel van een wet is bovendien dat een wet querulanten ertoe zal aanzetten om bij het minste probleem naar de rechtbank te stappen.

De heer Jos Froyen meent dat wetgeving toch essentieel is.

Hij wenst er verder de aandacht op te vestigen dat er juist op diensten «intensieve zorgen» een bijzondere goede relatie kan heersen tussen artsen, patiënten en familie. Ook pijnlijke situaties worden hier heel sereen behandeld. De klachtencommissie heeft trouwens nog nooit een klacht moeten behandelen van een patiënt uit een dienst «intensieve zorgen» in een concreet ziekenhuis.

In een multidisciplinaire aanpak moet ernaar gestreefd worden de patiënt en zijn familie duidelijke informatie te verschaffen.

Professor Gruwez is ook bereid de dialoog aan te gaan. In elk geval moet vermeden worden dat er zonder inspraak van de betrokkenen oekazes van bovenaf worden opgelegd. Daarom is dit debat ook zo nuttig.

Dr. Bernard Vercruyssen meent ook dat een initiatief dat uitgaat van de actoren op het terrein beter opgevolgd zal worden dan een wet waarin van bovenaf bepaalde verplichtingen worden opgelegd. De communicatie tussen arts en patiënt moet alleszins nog verbeteren.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - K) vraagt zich af of de vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers overtuigd zijn van de noodzaak om een regeling op het vlak van de patiëntenrechten uit te werken.

tions de médecins sont-elles disposées à élaborer elles-mêmes une telle charte ou le parlement doit-il imposer un certain nombre de règles en légiférant? Dans notre société, les normes imposées d'en haut rencontrent une résistance de plus en plus forte. Quel est le meilleur moyen d'atteindre les objectifs? Consacrer les droits du patient dans le cadre d'une charte ou par une loi?

Le docteur Marc Moens souhaite débattre de la question avec les associations de patients.

Le docteur Jacques De Toeuf constate qu'actuellement, les médecins communiquent différemment avec leurs patients qu'il y a vingt ans. Dans le cadre de la formation des médecins et des infirmiers, on attache également une plus grande attention à la communication avec le patient.

Une loi présente en outre le désavantage d'inciter les processifs à saisir les tribunaux au moindre problème.

M. Jos Froyen estime que cette législation est pourtant essentielle.

Il tient ensuite à attirer l'attention sur le fait que c'est précisément dans les services de soins intensifs que les relations entre les médecins, les patients et la famille peuvent être particulièrement bonnes. Même les cas pénibles y sont traités avec une grande sérénité. La commission des plaintes n'a d'ailleurs encore jamais dû traiter de plainte émanant d'un patient d'un service de soins intensifs d'un hôpital déterminé.

Dans le cadre d'une approche multidisciplinaire, il convient de s'efforcer de fournir des informations claires au patient et à sa famille.

Le professeur Gruwez est également disposé à nouer le dialogue. Il convient en tout cas d'éviter que des ukases soient imposés d'en haut sans que les intéressés aient voix au chapitre. Aussi le présent débat est-il extrêmement utile.

Le docteur Bernard Vercruyssen estime également qu'une initiative émanant des acteurs de terrain sera mieux appliquée qu'une loi imposant certaines obligations. Il convient en tout cas d'améliorer encore la communication entre le médecin et le patient.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - Ch) se demande si les représentants des prestataires de soins sont convaincus de la nécessité d'élaborer des règles concernant les droits des patients.

Dr. Jacques De Toeuf gaat akkoord met de doelstellingen van de conceptnota. De moeilijkheden schuilen evenwel in de uitwerking, waardoor bepaalde zaken bijzonder complex kunnen worden. Een charter is een veel soepeler werkinstrument.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - K) stelt vast dat er over de thema's die in de conceptnota aan bod komen, een consensus bestaat. Zijn er evenwel bepaalde thema's die niet of onvoldoende ter sprake komen in de nota ?

Dr. Marc Moens antwoordt dat de conceptnota op het vlak van de patiëntenrechten heel volledig is. Bij de lectuur ervan hebben de artsen evenwel de indruk dat zij weer eens in het beklagdenbankje worden gezet. Hij betreurt dit.

Zoals reeds werd aangestipt door dr. De Toeuf is de verhouding tussen arts en patiënt grondig geëvolueerd. Artsen gedragen zich niet paternalistisch en zijn bereid op een open manier met hun patiënten te communiceren.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - K) repliceert dat de artsen in deze conceptnota niet met een beschuldigende vinger worden aangewezen. Ze is dan ook verwonderd over de aarzelende houding van de artsen ten opzichte van dit initiatief.

III. Gedachtewisseling na de uiteenzetting van de zorgverstrekkers (tweede deel)

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID - K) vestigt de aandacht erop dat er binnen de ziekenfondsen heel wat adviserende artsen werken. Zullen de patiëntenrechten ook gelden voor deze adviserende artsen ?

Mevrouw Magda De Meyer (S.P.A - K) meent dat door het ontbreken van sancties het gevaar bestaat dat bepaalde patiëntenrechten dode letter zullen blijven. Over welke verweermiddelen beschikt de patiënt als er geen sancties zijn voorzien bij het niet-naleven van bepaalde rechten ?

In verband met het statuut van de vertrouwenspersoon heeft *de heer Hubert Brouns (CD&V - K)* de indruk dat artsen er problemen mee hebben dat een derde persoon optreedt voor de patiënt. Hijzelf vindt alvast dat een patiënt moet kunnen werken via een vertrouwenspersoon. Waarom zijn artsen zo terughoudend tegenover de aanstelling van vertrouwenspersonen ?

M. Jacques De Toeuf souscrit aux objectifs de la note conceptuelle, mais souligne que sa mise en œuvre risque d'être problématique, certaines questions pouvant dès lors devenir particulièrement complexes. Une charte est un instrument de travail beaucoup plus souple.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - Ch) constate que les thèmes évoqués dans la note conceptuelle font l'objet d'un consensus. Certains thèmes ne sont-ils cependant pas ou pas suffisamment abordés dans ladite note ?

Le docteur Marc Moens répond que la note conceptuelle est très complète en ce qui concerne les droits des patients. A sa lecture, les médecins ont cependant l'impression qu'ils se retrouvent à nouveau au banc des accusés, ce que l'intervenant déplore.

Ainsi que le docteur De Toeuf l'a déjà fait observer, la relation entre le médecin et le patient a profondément évolué. Les médecins n'ont pas un comportement paternaliste et sont disposés à communiquer ouvertement avec leurs patients.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - C) réplique que cette note conceptuelle ne désigne pas les médecins d'un doigt accusateur. Elle s'étonne dès lors de la réticence des médecins vis-à-vis de cette initiative.

III. Échange de vues organisé à l'issue de l'exposé des prestataires de soins (deuxième partie)

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID - Ch) attire l'attention sur le fait que de nombreux médecins-conseils travaillent au sein des mutualités. Seront-ils également tenus de respecter la réglementation relative aux droits du patient ?

Mme Magda De Meyer (S.P.A - Ch) estime que certains droits du patient resteront lettre morte, faute de sanctions. Quels moyens de défense le patient a-t-il si le non-respect de certains droits ne peut être sanctionné ?

En ce qui concerne le statut de la personne de confiance, *M. Hubert Brouns (CD&V - Ch)* a l'impression que les médecins ont peine à accepter qu'un tiers intervienne pour le patient. Il estime personnellement qu'un patient doit pouvoir avoir recours à une personne de confiance. Pourquoi les médecins sont-ils réticents face à la désignation d'une personne de confiance ?

Mevrouw Nathalie de T'Serclaes (MR - S) is verrast over het standpunt van de ziekenfondsen voor wat betreft het inzagerecht van de erfgenamen tot het medisch dossier.

Het medisch dossier behoort tot de persoonlijke levenssfeer. De spreekster is er dan ook tegen gekant dat erfgenamen onbeperkt inzagerecht zouden krijgen in het medisch dossier. In de conceptnota wordt verder te weinig rekening gehouden met de specifieke toestand van de patiënt die in een ziekenhuis wordt opgenomen. Op dit punt blijft de conceptnota te vaag.

De heer Paul Galand (Agalev-Ecolo - S) vraagt zich af of de vertrouwenspersoon in een precieser te bepalen mate niet onderworpen moet worden aan de geheimhouding in verband met de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en zijn verwanten.

Het recht moet zorgen voor de fundamenteën op basis waarvan er vertrouwen kan ontstaan.

In verband met de toegang tot het medisch dossier vestigt *mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - K)* de aandacht op een aanbeveling van de commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, waarin wordt gepleit voor een wettelijke regeling van dit inzage-recht.

Mevrouw Clotilde Nyssens (CDH - S) merkt op dat professor Moulin zich in zijn uiteenzetting heeft afgevraagd of het recht wel het juiste instrument is om het vertrouwen tussen arts en patiënt te verhogen. Verder had hij ook bedenkingen bij de wijze waarop de patiënt in de conceptnota wordt voorgesteld. Professor Moulin pleitte ervoor de patiënt niet als een geïsoleerd individu voor te stellen. Zo creëert men een sfeer van wantrouwen. Wat moet er in de conceptnota veranderd worden om ervoor te zorgen dat de patiënt beter omringd is ?

De heer Houtevels stelt dat de relatie met de medisch adviseur van de ziekenfondsen geen therapeutische relatie is. Een wet op de patiëntenrechten kan hierop dus niet van toepassing zijn. In de wet op de kruispuntbank wordt de toegang tot de medische gegevens geregeld. De sociaal verzekerde heeft via een door hem aangegeven arts een indirecte toegang tot al zijn persoonlijke gegevens, met inbegrip van de medische informatie. De erfgenamen zouden alleen bij vragen over de kwaliteit van de aan de overledene verstrekte verzorging recht hebben om diens medisch dossier in te zien; zo worden onnodige procedures voorkomen. In het geval het tot een gerechtelijke procedure komt, krijgen de erfgenamen overigens toch inzage van die stukken.

Mme Nathalie de T'Serclaes (PRL FDF MCC - S) s'étonne de la position adoptée par les mutualités quant au droit de consultation du dossier médical accordé aux héritiers.

Le dossier médical relève de la vie privée. L'intervenante s'oppose dès lors à ce que les héritiers jouissent d'un droit de consultation illimité du dossier médical. La note conceptuelle ne tient pas suffisamment compte de la situation spécifique du patient hospitalisé. Elle demeure trop vague sur ce point.

M. Paul Galand (Agalev-Ecolo - S) se demande si la personne de confiance ne devrait pas être liée, dans une mesure à préciser plus clairement, par le secret lié au respect de la vie privée du patient et de ses proches. Le droit doit créer les conditions de l'établissement d'une relation de confiance.

En ce qui concerne l'accès au dossier, *Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - Ch)* attire l'attention sur une recommandation formulée par la commission de la protection de la vie privée, qui préconise de régler ce droit de consultation par voie légale.

Mme Clotilde Nyssens (CDH - S) fait observer que le professeur Moulin s'est demandé, dans le cadre de son exposé, si le droit était bien l'instrument idéal pour renforcer la confiance entre le médecin et le patient. Il a par ailleurs émis des réserves sur la manière dont le patient est présenté dans la note conceptuelle. Le professeur Moulin a demandé que le patient ne soit pas présenté comme un individu isolé, car on crée de la sorte un climat de méfiance. Que faut-il changer dans la note conceptuelle pour que le patient soit moins isolé ?

M. Houtevels estime que la relation avec le conseiller médical des mutualités n'est pas une relation thérapeutique. Une loi relative aux droits du patient ne peut donc pas s'appliquer à cette relation. La loi relative à l'institution et à l'organisation d'une banque-carrefour de la sécurité sociale règle l'accès aux données médicales. L'assuré social a, par l'intermédiaire du médecin qu'il désigne, indirectement accès à toutes ses données à caractère personnel, y compris les informations médicales. Le droit de consultation du dossier médical au profit des héritiers ne devrait être prévu qu'en cas de questions au sujet de la qualité des soins prodigués au défunt et cela en vue d'éviter des procédures inutiles. D'ailleurs, en cas de procédure judiciaire, ces documents seront quand même accessibles aux héritiers.

De heer Ivo Uyttendaele merkt op dat de Orde der geneesheren geen problemen heeft met de aanstelling van een vertrouwenspersoon. De Orde maakt wel bezwaar tegen de extreme bevoegdheden die aan de vertrouwenspersoon worden toegekend. De arts zou zich moeten schikken naar de wensen van de vertrouwenspersoon. Dit gaat te ver. De mening van de vertrouwenspersoon is zeker een belangrijk element, maar de arts moet in bepaalde omstandigheden toch tegen de mening van de vertrouwenspersoon in kunnen gaan.

Professor Gruwez sluit zich hierbij aan. Waarom wordt er trouwens een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de vertrouwenspersoon en anderzijds de echtgenoot, de ouders, de voogd en de familieleden? Waarom kan de arts wel afwijken van de beslissing van deze laatsten, maar is dit niet mogelijk voor een beslissing van een vertrouwenspersoon?

Dr. Marc Moens is het hier volledig mee eens. Voor elke medicus is het onaanvaardbaar de beslissing van een vertrouwenspersoon te moeten uitvoeren, als er medisch nog een goede uitkomst mogelijk is.

Het gaat hier om belangrijke beslissingen die raken aan het zelfbeschikkingsrecht en die ook in het euthanasiedebat aan bod komen.

Professor Herman Nys wijst erop dat er geen uitdrukkelijke sancties zijn bepaald in de artikelsgewijze uitwerking omdat het ontwerp zich zal inschuiven in het bestaande recht. Strafrechtelijke en burgerrechtelijke sanctionering zijn dus mogelijk. Afzonderlijke sancties zijn evenwel weinig zinvol. Als er bepaalde zaken zijn misgelopen, moet men eerst via bemiddeling proberen het vertrouwen te herstellen. Door sancties los je een probleem vaak niet op.

Dr. Ivo Uyttendaele stelt dat er bij het inzagerecht van de naaste verwanten in het medisch dossier van een overledene steeds twee vragen moeten worden gesteld:

- a) Wat is de motivatie om inzage te vragen in het medisch dossier?
- b) Over welke gegevens gaat het?

Het spreekt vanzelf dat de familie steeds het recht heeft om te weten waaraan een familielid is overleden, tenzij de nagedachtenis van de overledene hierdoor besmeurd zou worden. In dat geval kan het niet. Het gaat evenwel te ver om te eisen dat de inlichtingen over de oorzaak van het overlijden gegeven moeten worden aan de hand van het medisch dossier. Wensen de familieleden

M. Ivo Uyttendaele fait observer que l'Ordre des médecins n'a aucune peine à accepter la désignation d'une personne de confiance. En revanche, l'ordre s'oppose à l'octroi de facultés excessives à la personne de confiance. Le médecin devrait se conformer aux souhaits de la personne de confiance, ce qui est excessif. L'avis de la personne de confiance est certes un élément important, mais le médecin doit pouvoir, dans certaines circonstances, ne pas tenir compte de cet avis.

Le professeur Gruwez adhère à ce point de vue. Pourquoi établit-on d'ailleurs une distinction entre la personne de confiance, d'une part, et l'époux, les père et mère, le tuteur et les parents, d'autre part? Pourquoi le médecin peut-il déroger à la décision des derniers, alors qu'il ne peut déroger à la décision d'une personne de confiance?

Le docteur Marc Moens est totalement d'accord avec les deux intervenants précédents. Tout médecin jugera inadmissible de devoir exécuter la décision d'une personne de confiance si une solution médicale valable reste possible.

Il s'agit en l'occurrence de décisions importantes qui touchent au droit à disposer de soi-même et qui relèvent également du débat sur l'euthanasie.

Le professeur Herman Nys précise que le texte reprenant les articles ne prévoit pas expressément de sanctions parce que le projet s'insérera dans le droit existant. Des sanctions pénales et civiles pourront donc être infligées. Il n'est dès lors guère utile de prévoir des sanctions distinctes. Lorsque les choses tournent mal, il faut tout d'abord tenter de restaurer la confiance en ayant recours à une médiation. Il est rare que des sanctions apportent une solution à un problème.

Le docteur Ivo Uyttendaele souligne qu'en ce qui concerne le droit de consultation du dossier médical d'un parent décédé par les proches de celui-ci, deux questions doivent toujours être posées:

- a) quelle est la motivation des proches pour demander la consultation du dossier médical?
- b) de quelles données s'agit-il?

Il est évident que la famille a toujours le droit de connaître la cause du décès d'un membre de la famille, à moins qu'une telle information ne soit de nature à souiller la mémoire du défunt, auquel cas le dossier ne peut être consulté. Il est toutefois excessif d'exiger que les informations sur la cause du décès doivent être fournies sur la base du dossier médical. S'ils veulent néanmoins con-

den toch inzagerecht, dan moeten ze naar het parket stappen. Het dossier kan dan bekeken worden, zonder dat alle gegevens kenbaar gemaakt moeten worden.

Professor Herman Nys is het ermee eens dat een onbeperkte en onvoorwaardelijke toegang van de erfgenamen tot het medisch dossier aanleiding kan geven tot misbruiken. De belangen van de overledene en de erfgenamen kunnen bovendien met elkaar in tegenspraak zijn. Er wordt gepleit voor een voorzichtige aanpak.

De spreker vestigt er ook de aandacht op dat er in het buitenland een onderscheid wordt gemaakt tussen de beslissing van een door de patiënt aangestelde vertrouwenspersoon en een door de instanties aangestelde vertrouwenspersoon.

De vraag of een arts zich hoeft neer te leggen bij een beslissing van een vertrouwenspersoon kan evenwel ook gesteld worden wanneer die vertrouwenspersoon door de patiënt zelf wordt aangesteld, wanneer de vertrouwenspersoon bijvoorbeeld een bepaalde zinvolle behandeling zou weigeren.

Dr. Ivo Uyttendaele antwoordt hierop dat in Nederland de verplichting van de goede hulpverlening alvast primeert op de beslissing van om het even welke patiëntenvertegenwoordiger.

Professor Moulin is voorstander van een op het solidariteitsprincipe gebaseerde, multidisciplinaire aanpak, die ook werd bepleit door de heer Jos Froyen. In de conceptnota wordt teveel de nadruk gelegd op de individuele rechten. Soms ontstaat zelfs de indruk dat rechten belangrijker zijn dan gezondheidsproblemen.

HOORZITTINGEN OVER DE RECHTEN VAN DE PATIENT³

16.01.2001

I. Gedachtewisseling na de uiteenzetting van de patiëntenvertegenwoordigers.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - K) informeert bij de patiëntenorganisaties hoe zij de rol van de ziekenfondsen inschatten bij de verdediging van de patiëntenrechten.

Verder vraagt zij zich af of er bij het opstellen van de patiëntenrechten geen specifieke aandacht besteed moet worden aan de rechten van de kinderen.

³ De uiteenzettingen van de deskundigen werden rechtstreeks aan de leden van de commissie overgezonden.

sulter le dossier, les membres de la famille doivent s'adresser au parquet. Le dossier peut alors être consulté, sans que toutes les données doivent être portées à la connaissance des intéressés.

Le professeur Herman Nys estime, lui aussi, qu'un accès illimité et inconditionnel des héritiers au dossier médical peut donner lieu à des abus. Il se peut en outre que les intérêts du défunt et ceux des héritiers soient contradictoires. L'orateur préconise la prudence en la matière.

Il attire également l'attention sur le fait qu'une distinction est faite, à l'étranger, entre la décision d'une personne de confiance désignée par le patient et celle d'une personne de confiance désignée par l'hôpital.

La question de savoir si un médecin doit s'incliner devant la décision d'une personne de confiance peut toutefois aussi se poser si cette personne de confiance a été désignée par le patient lui-même au cas où la personne de confiance refuserait, par exemple, un traitement judicieux.

Le docteur Ivo Uyttendaele précise à ce propos qu'aux Pays-Bas, l'obligation de soigner le patient de manière optimale prime la décision de n'importe lequel de ses représentants.

Le professeur Moulin est partisan d'une approche multidisciplinaire, basée sur le principe de solidarité, telle qu'elle a également été préconisée par M. Jos Froyen. La note conceptuelle met trop l'accent sur les droits individuels. On a même quelquefois l'impression que les droits ont plus d'importance que les problèmes de santé.

AUDITIONS SUR LES DROITS DU PATIENT

16.01.2001 2001

I. Echange de vues organisé à l'issue de l'exposé des représentants des patients³

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - Ch) demande aux représentants des associations de patients comment ils conçoivent le rôle des mutualités en matière de défense des droits du patient.

Elle demande également si, lors de la réglementation des droits du patient, il ne faudrait pas accorder une attention spécifique aux droits des enfants.

³ Les exposés des experts ont été communiqués directement aux membres de la commission.

Mevrouw Annemie Van de Castele (VU&ID - K) stelt vast dat heel wat organisaties kunnen claimen patiënten te vertegenwoordigen. Het tot stand brengen van een echte patiëntenvertegenwoordiging zal dus heel wat voeten in de aarde hebben. De spreekster is alvast van oordeel dat de ziekenfondsen moeilijk als vertegenwoordigers van de patiënten in de adviescommissie kunnen zetelen. Aangezien de ziekenfondsen niet alleen de belangen van de patiënten verdedigen, maar soms ook zelf zorgverstrekkers zijn en de rol van verzekeraar vervullen, is de kans op een belangenconflict reëel.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo - K) wenst te vernemen hoe de patiëntenorganisaties aankijken tegen de rol van de vertrouwenspersoon en wat hun verwachtingen zijn over het creëren van een ombudsfunctie. Het verschil tussen de rol van de vertrouwenspersoon en de taken van de ombudsman/vrouw zou ook grondiger belicht moeten worden. Vooral de opmerkingen die hieromtrent door de heer Paul Pataer werden gemaakt, vormen een interessant denkspoor.

In sommige uiteenzettingen werd ervoor gepleit om de zorgverstrekkers niet in aanmerking te laten komen als vertrouwenspersoon.

De spreekster is van mening dat het geen goed idee is om de zorgverleners hiervoor uit te sluiten. Bij alleenstaanden is het bijvoorbeeld goed mogelijk dat alleen de huisarts of een verpleegkundige in aanmerking komt om op te treden als vertrouwenspersoon.

Mevrouw Anita Duprez merkt op dat de ziekenfondsen zelf reeds hebben gesteld dat hun controlefunctie in het gedrang zou komen indien ze optreden als vertegenwoordigers van de patiënten. Het Vlaams Patiëntenforum meent in elk geval dat de ziekenfondsen de patiënten niet kunnen vertegenwoordigen. Anders ontstaat er belangenvermenging. De ziekenfondsen kunnen hoogstens hun verzekerden vertegenwoordigen. Wanneer de ziekenfondsen optreden als patiëntenvertegenwoordiger, zou dit in tegenstrijd zijn met hun taak als controleur, zorgverstrekker en toekenner van uitkeringen. Het Vlaams patiëntenplatform meent dat met uitzondering van de dringende hulp, geen enkele zorgverlener kan optreden als vertrouwenspersoon. De zorgverlener is immers belangenbetrokken partij en kan moeilijk aan zichzelf toestemming vragen om een bepaalde handeling al dan niet te stellen.

Mevrouw Fierens deelt dit standpunt. De ziekenfondsen hebben een rol te vervullen als verzekeraar. Bij hun oprichting behoorde de verdediging van de patiënten ook tot de opdrachten van de ziekenfondsen. Sedertdien is

Mme Annemie Van de Castele (VU&ID - Ch) constateert que bon nombre d'organisations peuvent revendiquer la représentation des patients. La création d'un véritable organe représentatif des patients n'ira dès lors pas sans difficulté. L'intervenante estime en tout cas que les mutualités peuvent difficilement siéger en qualité de représentants des patients au sein de la commission consultative. Étant donné que les mutualités ne défendent pas uniquement les droits des patients, mais sont parfois également elles-mêmes des prestataires de soins et jouent même le rôle d'assureur, le risque de conflit d'intérêts est bien réel.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo - Ch.) demande comment les associations de patients considèrent le rôle de la personne de confiance et ce qu'elles attendent de la création d'une fonction de médiation. Il faudrait également préciser clairement quelle est la différence entre le rôle de la personne de confiance et les missions imparties au médiateur/à la médiatrice. Ce sont surtout les observations formulées à cet égard par M. Paul Pataer qui constituent une piste de réflexion intéressante.

Certains orateurs ont préconisé que les prestataires de soins ne puissent pas être désignés en qualité de personne de confiance.

L'intervenante estime qu'il ne serait pas avisé d'exclure les prestataires de soins. Dans le cas de personnes isolées, il est en effet tout à fait possible que seul le médecin traitant ou une infirmière, par exemple, puisse jouer le rôle de personne de confiance.

Mme Anita Duprez fait observer que les mutualités ont déjà déclaré elles-mêmes que leur fonction de contrôle risquerait d'être compromise si elles intervenaient en tant que représentantes des patients. Le *Vlaams Patiëntenforum* estime en tout cas que les mutualités ne peuvent pas représenter les patients. Si elles le pouvaient, il y aurait confusion d'intérêts. Les mutualités peuvent tout au plus représenter leurs affiliés. Si les mutualités représentaient les patients, cela serait contraire à leur fonction de contrôleur, de prestataire de soins et d'organisme de paiement des prestations. Le *Vlaams Patiëntenforum* estime qu'à l'exception de l'aide médicale urgente, aucun prestataire de soins ne peut jouer le rôle d'une personne de confiance. Le prestataire de soins est, en effet, une partie concernée et peut difficilement se demander à lui-même l'autorisation d'accomplir un acte.

Mme Fierens fait sien ce point de vue. Les mutualités doivent remplir un rôle d'assureur. Lorsqu'elles ont été instituées, les mutualités étaient également chargées de la défense des patients. Depuis, l'ensemble de leurs

hun takenpakket evenwel sterk geëvolueerd. Nu vervullen de ziekenfondsen vooral een taak op het administratieve vlak.

De heer Hoffelt wijst erop dat de ziekenfondsen net zoals de coöperatieve organisaties de belangen van de patiënten vertegenwoordigen. De organieke wet op de ziekenfondsen geeft de ziekenfondsen trouwens de mogelijkheid om hun leden in rechtszaken te verdedigen.

De ziekenfondsen zijn ook democratische organisaties, waar de leden inspraak krijgen in het beleid.

Er is geen tegenstrijdigheid tussen hun functie van aanbieder van diensten en hun rol als verdediger van de patiënten.

De ziekenfondsen hebben niet de pretentie om het alleenrecht op te eisen voor de vertegenwoordiging van de patiëntenbelangen.

Het is juist dat het politieke debat de voorbije jaren vooral toegespitst was op de administratieve rol van de ziekenfondsen. Toch blijft ook de verdediging van de patiëntenbelangen tot de kerntaken van de ziekenfondsen behoren. Op het vlak van de preventie spelen de ziekenfondsen bijvoorbeeld een cruciale rol. De ziekenfondsen zouden dus zeker moeten zetelen in de op te richten federale adviescommissie «Rechten van de patiënt».

De heer Hans De Coninck vindt dat de vertegenwoordiger van de patiënten volledig onafhankelijk moet kunnen optreden. Op sommige terreinen zijn de ziekenfondsen evenwel rechter en partij. Als de ziekenfondsen toch betrokken worden bij de patiëntenvertegenwoordiging, moet er selectief te werk worden gegaan.

De heer Hubert Brouns (CD&V -K) wenst van de vertegenwoordigers van de patiëntenorganisaties te vernemen of zij voorstander zijn van een cumulatieve verantwoordelijkheid van de individuele zorgverstrekkers of van een centrale aansprakelijkheid in hoofde van de instellingen.

Mevrouw Anita Duprez antwoordt dat het Vlaams Patiëntenforum voorstander is van een centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis. De patiënt moet terecht kunnen bij een centraal aanspreekpunt.

De heer Hans De Coninck pleit voor een centrale aansprakelijkheid waarbij er evenwel een cascadesysteem is ingevoerd. De verantwoordelijke moet dus steeds betrokken worden bij de behandeling van een schadeclaim. Zo blijven de rechten van de verdediging gevrijwaard en kunnen lessen getrokken worden uit de schadegevallen die zich hebben voorgedaan.

missions a fortement évolué. Actuellement, leur fonction se situe principalement sur le plan administratif.

M. Hoffelt fait observer que les mutualités représentent les intérêts des patients au même titre que les organisations coopératives représentent ceux des consommateurs. La loi organique des mutualités accorde d'ailleurs aux mutualités la possibilité d'assurer la défense judiciaire de leurs affiliés.

Les mutualités sont également des organisations démocratiques, dans lesquelles les affiliés ont leur mot à dire.

Il n'y a pas de contradiction entre leur fonction de prestataire de services et leur rôle de défenseur des patients.

Les mutualités n'ont pas la prétention de réclamer l'exclusivité de la représentation des intérêts des patients.

Il est exact qu'au cours des dernières années, le débat politique s'est surtout focalisé sur le rôle administratif des mutualités. Il n'en demeure pas moins que la défense des intérêts des patients reste l'une des missions essentielles des mutualités. Elles jouent, par exemple, un rôle crucial dans le domaine de la prévention. Les mutualités devraient donc en tout cas siéger au sein de la future commission consultative fédérale « Droits du patient ».

M. Hans De Coninck estime que le représentant des patients doit pouvoir agir en toute indépendance. Il y a cependant des domaines dans lesquels les mutualités sont à la fois juge et partie. Si les mutualités devaient néanmoins être associées à la représentation des patients, il s'agirait de faire preuve de sélectivité.

M. Hubert Brouns (CD&V - Ch) demande aux représentants des associations de patients si elles sont favorables à une responsabilité cumulative des prestataires de soins individuels ou à une responsabilité solidaire dans le chef des institutions.

Mme Anita Duprez répond que le *Vlaams Patiëntenforum* est partisan d'une responsabilité solidaire de l'hôpital. Le patient doit pouvoir s'adresser à un point de contact central.

M. Hans De Coninck préconise une responsabilité solidaire comportant cependant un système de cascade. Le responsable devrait donc toujours être associé au traitement d'une demande de dommages et intérêts. Cela permettrait de continuer à sauvegarder les droits de la défense et de tirer des enseignements des cas litigieux qui se sont produits.

Voorzitster Yolande Avontroodt (VLD - K) stelt vast dat mevrouw Duprez zich heeft uitgesproken tegen een deelname van private verzekeraars aan de federale adviescommissie «Rechten van de Patiënt». Maar het zijn toch de patiënten die zelf beslissen of ze zich bij een ziekenfonds of een private verzekeraar aansluiten. De aansluiting berust dus op een vrije keuze van de patiënt. Vanwaar die negatieve opstelling ten opzichte van private verzekeraars ?

Mevrouw Anita Duprez merkt op dat er in principe wel een vrije keuze bestaat om zich aan te sluiten bij een of andere private verzekeraar, maar dat sommige patiëntencategorieën door de private verzekeringsmaatschappijen worden uitgesloten.

De heer Hoffelt is ook gekant tegen de aanwezigheid van private verzekeraars in het federale adviesorgaan. Die verzekeraars voeren volgens hem immers steeds vaker een beleid waarbij risico's worden gemeden. Als gevolg hiervan worden een aantal risicogroepen niet verzekerd.

De heer Paul Galand (Agalev-Ecolo - S) meent dat de deelname aan de federale adviescommissie «Rechten van de patiënt» moet gestoeld zijn op het solidariteitsprincipe. De spreker vindt dat wie deelneemt aan de organisatie van de solidariteit met en voor de burger wanneer die ziek wordt, in een adviescommissie de patiënten kan vertegenwoordigen.

De heer Jef Valkeniers (VLD - K) betreurt het dat erelid Jan Caudron van deze hoorzitting misbruik heeft gemaakt om een nota te verspreiden over zwarte erelonen. Aangezien de meeste artsen nu een akkoord met het ziekenhuis hebben en alle supplementen centraal worden geïnd, is de praktijk van de zwarte erelonen reeds sterk afgenomen. En zodra het nieuwe voorstel van minister van sociale zaken Frank Vandenbroucke in verband met de ziekenhuistarieven van kracht is geworden, zal de patiënt nog beter beschermd worden.

De heer Hans De Coninck merkt op dat Test Aankoop onlangs een enquête heeft georganiseerd in verband met ervaringen op het vlak van informed consent. Daaruit bleek dat 49,7 % van de patiënten niet werden geïnformeerd over de te verwachten kosten naargelang de aard van de kamer in het ziekenhuis, 13,7 % kreeg enige informatie en 33,1 % werd behoorlijk geïnformeerd.

Mme Yolande Avontroodt (VLD - C), présidente, constate que Mme Duprez s'est dite opposée à ce que des assureurs privés siègent au sein de la commission consultative fédérale « Droits du patient ». Ce sont toutefois les patients qui décident eux-mêmes de s'affilier à une mutualité ou à une compagnie d'assurances privée. L'affiliation repose donc sur le libre choix du patient. Pourquoi dès lors cette attitude négative vis-à-vis d'assureurs privés ?

Mme Anita Duprez fait observer que le patient peut en principe choisir librement de s'affilier auprès de tel ou tel assureur privé, mais que les compagnies d'assurances privées excluent certaines catégories de patients.

M. Hoffelt est également opposé à la présence d'assureurs privés au sein de l'organe consultatif fédéral. Il estime, en effet, que les assureurs privés pratiquent de plus en plus une politique de sélection des risques et que dès lors, une série de groupes à risque ne sont de ce fait pas assurés.

M. Paul Galand (Agalev-Ecolo - S) estime que la représentation au sein de la commission consultative fédérale « Droits du patient » doit reposer sur le principe de solidarité. A son avis, ce sont ceux qui prennent part à l'organisation de la solidarité avec et autour du citoyen quand il est malade qui peuvent représenter les patients au sein de la commission consultative.

M. Jef Valkeniers (VLD - C) déplore que le membre honoraire Jan Caudron ait profité de cette audition pour diffuser une note concernant les honoraires occultes. Etant donné que la plupart des médecins ont conclu un accord avec les hôpitaux et que tous les suppléments sont perçus de manière centralisée, la pratique des honoraires occultes a déjà fortement régressé. Et dès que le nouveau projet du ministre des Affaires sociales, M. Frank Vandenbroucke, concernant les tarifs hospitaliers, sera entré en vigueur, le patient sera encore mieux protégé.

M. Hans De Coninck fait observer que Test Achats a organisé récemment une enquête concernant les pratiques en matière d'informed consent. Il ressort de cette enquête que 49,7% des patients n'ont pas été informés du coût prévisible selon la nature de la chambre d'hôpital, que 13,7% d'entre eux ont reçu certaines informations et que 33,1% ont été correctement informés.

II. Gedachtewisseling na de uiteenzetting van de heer Francissen, ambtenaar bij het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dienst Patiëntenbeleid en chronische ziekten.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo - K) informeert naar het vernietigingsrecht inzake het medisch dossier. Hoe verloopt dit in de praktijk ?

De spreekster vraagt ook enige toelichting bij het zelfbeschikkingsrecht vanaf 16 jaar. Hoe interpreteert men bijvoorbeeld het zelfbeschikkingsrecht bij een tiener die lijdt aan een zware vorm van anorexie.

Is er ook sprake van aansprakelijkheid als er geen medische fout heeft plaatsgevonden ? Hoe is de klachtenregistratie geregeld bij ambulante behandelingen ?

Geldt de informatieplicht alleen bij een zekerheidsdiagnose of is de informatieplicht ook van toepassing bij het overlopen van alle mogelijke diagnoses, waarbij de patiënt vaak geneigd is alleen rekening te houden met de meeste negatieve ?

De heer Hubert Brouns (CD&V - K) verwijst naar het getrapte systeem dat in Nederland wordt gehanteerd voor de klachtenbehandeling, waarbij 90 % van de klachten reeds in een eerste fase afgehandeld kunnen worden. Welke soort klachten vereisen er dan nog een tweede behandeling ? Kan men in deze overblijvende 10 % klachten een vast patroon achterhalen, waarbij het steeds dezelfde rechten zijn waarop een inbreuk wordt vastgesteld.

Zijn er aanwijzingen dat er sinds het verlenen van het inzagerecht in het medisch dossier een dubbel circuit is ontstaan, waarbij er een tweede geheim dossier over de patiënt wordt aangelegd ?

Voorzitster Yolande Avontroodt (VLD - K) informeert naar de afdwingbaarheid van de zorgen, aangezien er in Nederland voor bepaalde medische behandelingen toch wachttijden zijn. Heeft de wet op de patiëntenrechten gezorgd voor een betere toegankelijkheid tot de zorgverstrekking ?

Verder vraagt de spreekster of de heer Francissen in zijn bijkomende toelichting ook wil ingaan op volgende kwesties : Zijn er regels opgesteld om de representativiteit van de patiëntenorganisaties te waarborgen ? Op welke basis worden de verkozenen voor de cliëntenraad aangesteld ? Kan een ziekenfonds de rol van patiëntenvertegenwoordiger vervullen ?

II. Échange de vues organisé à l'issue de l'exposé de M. Francissen, fonctionnaire du ministère néerlandais de la Santé publique, du Bien-être et des sports, service Politique des patients et maladies chroniques.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Ecolo-Agalev - Ch) demande des précisions à propos du droit de destruction du dossier médical. Comment cela se passe-t-il dans la pratique ?

L'intervenante demande aussi des précisions à propos du droit des patients de disposer d'eux-mêmes à partir de l'âge de 16 ans. Comment interprète-t-on, par exemple, ce droit dans le cas d'un adolescent qui souffre d'une forme aiguë d'anorexie ?

Est-il aussi question de responsabilité en l'absence de faute médicale ? Qu'en est-il de l'enregistrement des plaintes en cas de traitements ambulatoires ?

L'obligation d'information doit-elle être respectée uniquement en cas de certitude du diagnostic ou doit-elle aussi l'être lorsque le médecin passe en revue tous les diagnostics possibles, un procédé au cours duquel le patient a souvent tendance à ne tenir compte que du diagnostic le plus négatif ?

M. Hubert Brouns (CD&V - Ch) renvoie au système phasé qui est utilisé aux Pays-Bas pour le traitement des plaintes et selon lequel 90% des plaintes sont déjà réglées au terme de la première phase. Quel type de plaintes nécessitent encore un second examen ? Retrouve-t-on des similitudes dans les 10% de plaintes restantes, constate-t-on que ce sont toujours les mêmes droits qui sont violés ?

Y a-t-il des indices de l'existence d'un circuit parallèle depuis la reconnaissance du droit de consultation du dossier médical, en ce sens qu'un second dossier secret serait constitué à propos du patient ?

Mme Yolande Avontroodt (VLD - Ch), présidente, pose des questions à propos de l'obligation de dispenser des soins, étant donné qu'il y a, aux Pays-Bas, des délais d'attente pour certains traitements médicaux. La loi sur les droits du patient a-t-elle permis d'améliorer l'accessibilité aux soins ?

L'intervenante demande ensuite si M. Francissen voudrait aussi fournir des précisions à propos des questions suivantes : Des règles ont-elles été élaborées pour garantir la représentativité des organisations de patients ? Sur quelle base sont désignés les élus pour le « *cliëntenraad* » (conseil des clients) ? Une mutualité peut-elle représenter un patient ?

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - K) vraagt of er is voorzien in de therapeutische exceptie voor wat betreft het inzage-recht in het dossier.

De heer Paul Francissen antwoordt dat het vernietigingsrecht vrij ver gaat. Het verzoek tot vernietiging van een dossier komt vooral voor in de psychiatrie. De arts moet gevolg geven aan dit verzoek.

De spreker betwijfelt of er artsen zijn die naast het officiële dossier nog een schaduw-dossier aanleggen. Daarvoor hebben ze de tijd niet. Persoonlijke aantekeningen die alleen voor de arts zelf bestemd zijn, hoeven niet in het dossier worden opgenomen.

Wat betreft het zelfbeschikkingsrecht bij kinderen, verwijst de spreker naar de mogelijkheid die de Wet bijzondere opnemings psychiatrie (Wet BOPZ) biedt. Wanneer de patiënt zichzelf in gevaar brengt (bijvoorbeeld bij anorexie), kan hij in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen voor een behandeling.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo - K) merkt op dat er bij anorexie inderdaad een psychische factor in het spel is. Maar wat als een Jehova-ge-tuige een bloedtransfusie weigert ?

De heer Paul Francissen antwoordt dat er hoe dan ook rekening moet worden gehouden met de mening van het kind. Kinderen, die reeds lange tijd in behandeling zijn, hebben trouwens een realistisch beeld van de situatie waarin ze zich bevinden. En door een open dialoog aan te gaan met de patiënt en zijn familie kunnen ook een pak problemen worden opgelost.

Alleen bij fouten kan de aansprakelijkheid worden ingeroepen.

De patiënt heeft steeds de keuze tussen een formele en een informele klachtenbehandeling. De klachten-commissie (= formele klachtenbehandeling) behandelt de meest uiteenlopende zaken. Een breed scala van klachten, gaande van een foutieve diagnose tot nalatigheden, wordt voorgelegd aan de klachtencommissie.

De klachtencommissie moet elk jaar een jaarverslag opstellen.

De informatieplicht van de arts is niet beperkt tot wat de arts zeker weet. De arts mag ook uiting geven aan zijn onzekerheid. Zo vergt het opsporen van een of andere zeldzame ziekte heel wat onderzoek. De informatie-plicht houdt dus ook in dat men de patiënt attent moet maken op de mogelijke risico's die verbonden zijn aan een bepaalde ingreep. De patiënt moet dus een duidelijk

Mme Michèle Gilkinet (Ecolo-Agalev - Ch) demande si l'exception thérapeutique a été prévue en ce qui concerne le droit de consultation du dossier.

M. Paul Francissen répond que le droit à la destruction du dossier n'est pas anodin. C'est surtout en psychiatrie que la destruction de dossiers est demandée. Le médecin doit donner suite à cette demande.

L'intervenant doute que certains médecins constituent un double du dossier officiel. Ils n'en ont pas le temps. Les notes personnelles destinées au médecin seul ne doivent pas figurer dans le dossier.

En ce qui concerne le libre arbitre des enfants de disposer d'eux-mêmes, l'orateur renvoie à la possibilité prévue par la loi relative à l'hospitalisation spéciale en hôpital psychiatrique (*Wet BOPZ*). Si le patient met sa propre vie en danger (en cas d'anorexie, par exemple), il peut être hospitalisé dans un hôpital psychiatrique afin d'y subir un traitement.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo - Ch) fait observer qu'en cas d'anorexie, il y a en effet également un facteur psychique qui joue un rôle. Mais qu'en est-il si un témoin de Jéhovah refuse une transfusion sanguine ?

M. Paul Francissen répond qu'il faut en tout cas tenir compte de l'avis de l'enfant. Les enfants qui sont en traitement depuis longtemps déjà ont du reste une idée réaliste de la situation dans laquelle ils se trouvent. Un grand nombre de problèmes peuvent également être résolus en dialoguant en toute franchise avec le patient et sa famille.

On ne peut invoquer la responsabilité qu'en cas d'erreur médicale.

Le patient a toujours le choix entre une procédure formelle et une procédure informelle en ce qui concerne le traitement des plaintes. La commission des plaintes (= traitement formel des plaintes) traite les matières les plus diverses. Elle est saisie d'un large éventail de plaintes qui vont de l'erreur de diagnostic aux négligences coupables.

La commission des plaintes doit rédiger un rapport annuel.

Le devoir du médecin d'informer le patient ne se limite pas à ce que le médecin sait avec certitude. Le médecin peut également exprimer son incertitude. C'est ainsi que la recherche de l'une ou l'autre maladie rare requiert de nombreux examens. Le devoir d'informer implique donc également que l'on attire l'attention du patient sur les risques éventuels liés à une intervention

inzicht krijgen in zijn behandelingsproces en of er alternatieven zijn.

Sinds het inzage-recht bij wet is geregeld, zijn er geen aanwijzingen dat hulpverleners schaduw-dossiers zijn beginnen opstellen. Wel wordt nu uitdrukkelijker vastgelegd welke informatie is verstrekt en waarvoor de patiënt zijn toestemming heeft gegeven. Het is van belang nauwkeurig bij te houden wat er precies is medegedeeld.

De spreker haalt het geval aan van een arts die had nagelaten mee te delen aan een patiënte dat een sterilisatie niet altijd een succes is. Toen zijn patiënte opnieuw zwanger werd, werd de arts aansprakelijk gesteld omdat hij niet kon bewijzen dat hij zijn patiënte op dit risico had gewezen.

Als voorbeeld van een geslaagde communicatie tussen chronisch zieke patiënten en artsen verwijst de spreker naar de reumapatiëntenvereniging. Door een goede informatie-uitwisseling met deze vereniging hebben de artsen heel wat kunnen leren uit de ervaring van reumapatiënten.

Wat betreft de afdwingbaarheid van de zorg, heeft de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) niet gezorgd voor een verbetering van de patiëntenpositie. De WGBO regelt namelijk de relatie arts-patiënt, als de patiënt binnen de zorgverstrekking is. Of je recht hebt op zorg of niet, wordt evenwel bepaald door de ziektekosten- verzekeringswetgeving.

Aan patiëntenverenigingen die een beroep willen doen op subsidiegelden, worden bepaalde eisen gesteld : ze moeten o.a. een bestuur, statuten, een jaarverslag hebben.

De representativiteit bij cliëntenraden is totaal iets anders. Voor bejaarden- of verzorgingstehuizen stelt er zich geen probleem omdat de mensen er permanent verblijven. Voor de samenstelling van de cliëntenraden in ziekenhuizen komen vooral mensen uit het adherentiegebied in aanmerking, waarbij met name gezocht wordt binne patiëntenorganisaties.

De ziekenfondsen moeten ervoor zorgen dat de zorgverstrekking goed gefinancierd wordt, van goede kwaliteit is en voor iedereen toegankelijk is. Dit betekent evenwel niet dat ze kunnen optreden als patiëntenvertegenwoordigers.

De therapeutische exceptie heeft betrekking op de informatieplicht, niet op het inzage-recht. Als een patiënt

déterminée. Le patient doit être informé de manière claire du déroulement de son traitement et de l'existence éventuelle de traitements alternatifs.

Depuis que le droit de consulter son dossier a été réglé par une loi, rien n'indique que des prestataires de soins se seraient mis à établir des doubles des dossiers. Ils consignent toutefois de manière plus explicite les informations qui ont été fournies et les actes pour lesquels le patient a donné son consentement. Il est important de consigner minutieusement les informations qui ont été communiquées.

L'orateur cite le cas d'un médecin qui avait négligé de préciser à une patiente que la stérilisation ne réussit pas toujours. Lorsque la patiente se retrouva enceinte, le médecin a vu sa responsabilité engagée parce qu'il n'a pas pu prouver qu'il avait averti sa patiente de ce risque.

L'orateur cite l'exemple de l'association des patients atteints de rhumatismes pour illustrer une communication réussie entre malades chroniques et médecins. Grâce à un échange d'informations efficace avec cette association, les médecins ont tiré beaucoup d'enseignements de l'expérience de ces patients.

En ce qui concerne le caractère contraignant des soins, la loi relative au contrat de traitement médical n'a pas amélioré la position du patient. Cette loi règle en effet la relation entre le médecin et le patient, lorsque celui-ci se trouve dans le cadre de la prestation de soins. Mais c'est la législation sur l'assurance soins de santé qui détermine si un patient a droit ou non à des soins.

Les associations de patients qui souhaitent bénéficier de subsides doivent répondre à certaines conditions : elles doivent notamment avoir une administration, être dotées de statuts, établir un rapport annuel.

La représentativité au sein des *cliëntenraden* est une tout autre chose. Aucun problème ne se pose dans le cas des maisons de repos et de soins, étant donné que les personnes y séjournent en permanence. Pour ce qui est de la composition des *cliëntenraden* dans les hôpitaux, ce sont essentiellement des gens des zones d'attraction qui entrent en ligne de compte et l'on cherche également, à cet égard, dans les organisations de patients.

Les mutualités doivent veiller au financement, à la qualité et à l'accessibilité générale des soins. Cela ne signifie cependant pas qu'elles peuvent intervenir en tant que représentants des patients.

L'exception thérapeutique a trait au devoir d'information, non au droit de consultation. Si un patient demande

dus inzage wil krijgen in zijn medisch dossier, kan er geen beroep worden gedaan op de therapeutische exceptie om dit te beletten. Het inzagerecht kan niet afgeschermd worden.

III. gedachtewisseling na de uiteenzetting van de verzorgingsinstellingen

De heer Hubert Brouns (CD&V - K) meent dat het belangrijk is dat de patiënt steeds op de hoogte wordt gebracht van de rechtsverhouding tussen de zorgverstrekkers en de instelling. De spreker is er zich van bewust dat dit niet altijd evident is. Hij informeert bij de verzorgingsinstellingen of zij reeds een pedagogische aanpak hebben uitgewerkt om patiënten informatie te verstrekken over de verhouding ziekenhuis – zorgverstrekker.

Wat is het standpunt van de verzorgingsinstellingen inzake de hoofdelijke aansprakelijkheid van de instellingen ?

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo - K) had graag vernomen wat de visie van de verzorgingsinstellingen is voor wat betreft het invullen van de ombudsfunctie.

Mevrouw Colette Burgeon (PS - K) meent dat men moeilijk aan alle kleine verzorgingsinstellingen de verplichting kan opleggen om een ombudsfunctie te creëren. Hier moet men kunnen werken via samenwerkingsverbanden.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - K) wenst het standpunt te kennen van mevrouw Boonen inzake het inzagerecht in het medisch dossier. Is mevrouw Boonen het eens met het advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer dat de patiënt zelfs toegang moet hebben tot de persoonlijke notities van de arts ? En wat als men van dit inzagerecht gebruik wenst te maken bij schadegevallen ?

De heer De Waegenaere heeft gepleit voor een onderscheid tussen de psychiatrische patiënt en de somatische patiënt. Zijn de andere vertegenwoordigers van de verzorgingsinstellingen het hiermee eens ?

Naar aanleiding van het recht op klachtenbemiddeling stelt de spreekster vast dat de ombudsfunctie *intra muros* of *extra muros* kan worden geregeld.

Hoe zouden de verzorgingsinstellingen de ombudsfunctie willen organiseren ?

De heer Van Roye bepleitte de aanwezigheid van een specialist wanneer er informatie verstrekt wordt aan een

à consulter son dossier médical, l'exception thérapeutique ne peut être invoquée pour empêcher cette consultation. Le droit de consultation ne peut être limité.

III. Échange de vues organisé à l'issue de l'exposé des représentants des établissements de soins

M. Hubert Brouns (CD&V - Ch) juge important que le patient soit toujours informé du rapport juridique existant entre les prestataires de soins et l'établissement. L'intervenant est conscient que ce n'est pas toujours évident. Il demande aux établissements de soins s'ils ont déjà élaboré une méthode pédagogique pour informer les patients de la relation existant entre l'hôpital et le prestataire de soins.

Quel est le point de vue des établissements de soins au sujet de la responsabilité solidaire des établissements ?

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo - Ch) désire connaître le point de vue des établissements de soins en ce qui concerne le rôle du médiateur.

Mme Colette Burgeon (PS - Ch) estime que l'on peut difficilement imposer à tous les petits établissements de soins l'obligation de disposer d'un médiateur. Il faut permettre la conclusion d'accords de coopération.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo - Ch) désire connaître la position de Mme Boonen à propos du droit de consultation du dossier médical. Mme Boonen estime-t-elle, comme la Commission de protection de la vie privée, que le patient doit également avoir accès aux annotations personnelles du médecin ? Et qu'advient-il si le patient désire exercer ce droit de consultation en cas de préjudice ?

M. De Waegenaere est favorable à l'établissement d'une distinction entre le patient psychiatrique et le patient somatique. Les autres représentants d'établissements de soins partagent-ils son point de vue ?

En ce qui concerne le droit d'introduire une plainte auprès de l'organe chargé de la médiation, l'intervenante constate que cette médiation peut être organisée *intra-muros* ou *extra-muros*.

Comment les établissements de soins voudraient-ils que la médiation soit organisée ?

M. Van Roye a préconisé qu'un spécialiste soit présent lorsque des informations sont transmises à un pa-

patiënt en deze patiënt niet in staat is alle technische informatie te begrijpen. Wat denken de patiëntenorganisaties over dit voorstel ?

De heer Van Roye meent dat er eerst een grondig debat moet worden gevoerd rond de rechtspositie van de ziekenhuisarts en de bevoegdheden van de medische raad vooraleer de hoofdelijke aansprakelijkheid van de instelling ter sprake kan komen.

Wanneer de beheerder van het ziekenhuis bijvoorbeeld vaststelt dat een arts bepaalde wettelijke verplichtingen manifest weigert toe te passen, maar over geen enkele bevoegdheid beschikt om de rechtsverhouding met die arts op te zeggen omdat de medische raad weigert een gunstig advies te verlenen, dan kan de beheerder toch niet hoofdelijk aansprakelijk worden gesteld.

De heer Paul Arteel wijst erop dat er met een goede dialoog veel kan worden opgelost. Wanneer patiënten een klacht indienen, is het verkrijgen van een financiële genoegdoening trouwens niet hun eerste prioriteit. De klagers willen in de eerste plaats een verklaring waarom er bepaalde zaken zijn misgelopen.

De informatie in verband met de rechtsverhouding tussen zorgverstrekker en instelling wordt alleen verstrekt op verzoek van de patiënt.

De heer Yves Smeets stelt dat de cruciale vraag is wie de eindverantwoordelijkheid draagt als er zich problemen voordoen. De rechtsverhouding is van secundair belang. Wil men de centrale verantwoordelijkheid opleggen aan de ziekenhuizen, dan moet de ziekenhuiswetgeving vooraf grondig gewijzigd worden. Op dit ogenblik staan de ziekenhuisbeheerders vaak machteloos als de medische raad niet mee wil werken.

Mevrouw Boonen meent dat de patiënt vooral geïnteresseerd is in twee aspecten :

- a) de financiële gevolgen van bepaalde afspraken tussen arts en beheerders
- b) bij wie hij terecht kan als hij niet tevreden is over de geboden kwaliteit.

Het is best mogelijk dat de meeste patiënten op dit ogenblik reeds tevreden zijn als zij voldoende informatie krijgen waarom er iets mis is gelopen. Patiënten worden evenwel mondiger en zullen zich in de toekomst hiermee wellicht niet tevreden stellen. Systematische informatie over de rechtsverhouding is noodzakelijk en meer in het bijzonder over de financiële afspraken bij de opname in een verzorgingsinstelling.

tient et que ce dernier n'est pas en mesure de comprendre toutes les informations techniques. Que pensent les organisations représentant les patients de cette proposition ?

M. Van Roye estime qu'il conviendrait d'organiser un débat approfondi sur le statut juridique du médecin hospitalier et les compétences du conseil médical avant d'aborder la question de la responsabilité solidaire de l'établissement.

Si le gestionnaire de l'hôpital constate, par exemple, qu'un médecin refuse manifestement de respecter certaines obligations légales, mais n'a pas le pouvoir de mettre un terme aux relations juridiques avec ce médecin, parce que le conseil médical refuse de donner un avis favorable, ce gestionnaire ne peut tout de même pas être considéré comme solidairement responsable.

M. Paul Arteel fait observer qu'un bon dialogue permet de résoudre beaucoup de problèmes. Lorsque des patients portent plainte, leur but essentiel n'est du reste pas l'obtention d'une indemnité financière. Les plaignants veulent d'abord savoir pourquoi certaines choses ont mal tourné.

Les informations relatives aux relations juridiques entre le prestataire de soins et l'établissement ne sont fournies qu'à la demande du patient.

M. Yves Smeets précise que la question essentielle est de savoir qui doit assumer la responsabilité finale en cas de problème. La question de la relation juridique n'est qu'accessoire. Si l'on entend imposer une responsabilité centrale aux hôpitaux, il faut modifier préalablement la loi sur les hôpitaux de manière fondamentale. Actuellement, les gestionnaires sont souvent impuissants si le conseil médical ne veut pas collaborer.

Mme Boonen estime que le patient est surtout intéressé par deux choses :

- a) l'incidence financière de certains accords conclus entre le médecin et les gestionnaires ;
- b) l'instance à laquelle il peut s'adresser s'il n'est pas satisfait de la qualité des soins dispensés.

Il est tout à fait possible que la plupart des patients se satisfassent d'obtenir des informations suffisantes sur les causes d'un incident fâcheux. Mais les patients s'émancipent et ne s'en satisferont sans doute plus à l'avenir. Lors de l'entrée dans un établissement de soins, il est nécessaire de fournir une information systématique sur les relations juridiques et en particulier sur les conventions financières.

Als er evenwel iets schort aan de kwaliteit van de zorgverstreking, zou het in de toekomst ook kunnen dat de overheid mee aansprakelijk wordt gesteld bijvoorbeeld indien zij onvoldoende middelen ter beschikking heeft gesteld voor het aanschaffen van de noodzakelijke diagnostische apparatuur (NMR) of onvoldoende incentives heeft ingebouwd om kwaliteit aan te moedigen (multi-disciplinair oncologisch consult), ...

Voorzitster Yolande Avontroodt (VLD - K) merkt op dat er in de conceptnota voor wat betreft het recht op zorg alleen naar de grondwet wordt verwezen. Wat betreft het recht op de beste therapie, roept de conceptnota nog een aantal vragen op. Op dit punt is de Nederlandse regeling toch heel wat duidelijker.

De heer Paul Arteel vestigt de aandacht erop dat er voor het creëren van een ombudsfunctie niet noodzakelijk een voltijdse betrekking vereist is. Een ombudsfunctie kan ook deeltijds worden uitgeoefend. In de geestelijke gezondheidszorg wordt er voor ombudsfuncties vaak met deeltijdse betrekkingen gewerkt. Instellingen kunnen ook samenwerkingsakkoorden sluiten, waarbij er een voltijdse ombudsfunctie wordt gecreëerd voor de deelnemende instellingen. Een permanente aanwezigheid van een ombudsman is zeker niet vereist.

De heer Yves Smeets stelt dat er pas vanaf 500 bedden voldoende bemiddelingswerk is om een voltijds ombudsman aan te stellen. Kleinere instellingen moeten dus onderlinge afspraken maken bij het aanstellen van een ombudsman.

Of de ombudsfunctie *intra muros* of *extra muros* geregeld wordt, is van secundair belang. Waar het op aankomt, is dat er een juridisch kader wordt gecreëerd dat het onafhankelijk optreden van de ombudsman waarborgt.

Mevrouw Boonen meent maar dat het te vroeg is om nu reeds over aantallen te spreken. De ombudsfunctie wordt best niet uitgeoefend door iemand die een functie in de instelling bekleedt. Een onafhankelijk optreden is zeer moeilijk als men op de loonlijst staat van de instelling. Voor kleinere instellingen kan er inderdaad gedacht worden aan een instellingenoverschrijdende ombudsfunctie. Verder kan er ook binnen een bepaald netwerk een ombudsfunctie worden gecreëerd. Dit heeft het voordeel dat de patiënt dan beschikt over een centraal aanspreekpunt. Zo vermijdt men dat er verschillende klachtenprocedures ontstaan voor ambulante behandelingen en voor behandelingen in het ziekenhuis.

Toutefois, si la qualité des soins dispensés laisse à désirer, la responsabilité des pouvoirs publics pourrait également être engagée à l'avenir si, par exemple, ils n'ont pas mis les moyens suffisants à la disposition de l'établissement de soins pour lui permettre d'acquérir l'appareillage nécessaire pour poser le diagnostic ou s'ils n'ont pas créé suffisamment d'incitants pour promouvoir la qualité (consultation oncologique pluridisciplinaire)

...

Mme Yolande Avontroodt (VLD - Ch), présidente, fait observer qu'en ce qui concerne le droit aux soins de santé, la note conceptuelle fait uniquement référence à la Constitution. En ce qui concerne le droit à la thérapie la meilleure, la note conceptuelle pose encore un certain nombre de questions. La réglementation néerlandaise est quand même beaucoup plus claire à cet égard.

M. Paul Arteel attire l'attention sur le fait qu'une fonction de médiation ne requiert pas nécessairement un emploi à temps plein. Une fonction de médiation peut également être exercée à temps partiel. Dans le secteur des soins de santé mentale, les fonctions de médiation sont souvent exercées à temps partiel. Les établissements peuvent aussi conclure des accords de coopération, ce qui permet de créer une fonction de médiation à temps plein pour l'ensemble des établissements contractants. Il n'est certainement pas requis qu'un médiateur soit présent en permanence.

M. Yves Smeets souligne que ce n'est qu'à partir de 500 lits qu'il y a suffisamment de travail de médiation pour désigner un médiateur à temps plein. Les établissements de plus petite taille doivent donc conclure des accords entre eux pour la désignation d'un médiateur.

La question de savoir si la fonction de médiation est réglée *intra-muros* ou *extra-muros* revêt une importance secondaire. Ce qui importe, c'est que l'on crée un cadre juridique qui garantisse l'indépendance du médiateur.

Mme Boonen estime qu'il est encore trop tôt pour parler de chiffres. Il est préférable que cette fonction ne soit pas exercée par une personne qui travaille déjà dans l'établissement. Il est très difficile d'agir en toute indépendance lorsque l'on est salarié de l'établissement. Pour les établissements de plus petite taille, on peut en effet envisager de créer une fonction de médiation pour plusieurs établissements. Pour le reste, une fonction de médiation peut aussi être créée au sein d'un réseau déterminé. Cette solution présente l'avantage que le patient dispose d'un point de contact central. Elle permet d'éviter que les traitements ambulatoires et les traitements en milieu hospitalier fassent l'objet de procédures différentes en ce qui concerne les plaintes.

De spreekster wenst dat er duidelijk wordt omschreven wat noodzakelijk is in het medisch dossier. Alle andere documenten die niet onder die omschrijving vallen, kunnen dan beschouwd worden als persoonlijke notities.

Er moet dus wettelijk vastgelegd worden welke stukken in het medisch dossier moeten worden opgenomen. Dit zou moeten gelden voor alle zorgverstrekkers, niet alleen voor de artsen.

Het is logisch dat het inzagerecht ook geldt voor de nabestaanden.

Mevrouw Anita Duprez vestigt de aandacht erop dat het informeren van de patiënt een permanent proces is. Het is dus absurd te stellen dat er steeds een specialist zou moeten aanwezig zijn. Zorgverleners moeten leren in een eenvoudige en duidelijke taal met hun patiënten te communiceren. Wellicht kan er aan communicatie ook wat meer aandacht geschonken worden in de opleidingen voor arts en verpleegkundige.

De heer Paul Arteel merkt op dat informatieverstrekking een integraal onderdeel is van de behandeling.

De heer Van Roye stelt dat er in de opleidingen nog steeds onvoldoende aandacht besteed wordt aan de communicatie. Zo lang er op dit vlak iets schort aan de opleidingen, moeten patiënten een beroep kunnen doen op een deskundige.

Mevrouw Magda Aelvoet, Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (Agalev-Ecolo) vestigt de aandacht op de uiteenlopende standpunten over de noodzaak om voor psychiatrische patiënten een aparte klachtenregeling uit te werken. Kunnen de verschillende sprekers hun visie hierover toelichten?

De heer Paul Arteel merkt op dat men er in Vlaanderen voor gekozen heeft om psychiatrische patiënten niet als aparte patiënten te beschouwen. Er is dus voor hen ook geen specifieke klachtenregeling uitgewerkt. Diversificatie is natuurlijk wel mogelijk. Principieel wil men in Vlaanderen evenwel zo weinig mogelijk een onderscheid maken tussen psychiatrische en andere patiënten. In Nederland bestaat er wel een aparte regeling in de geestelijke gezondheidszorg, maar eigenlijk is die niet wezenlijk verschillend van de klachtenregeling binnen de algemene ziekenhuizen.

De spreker kan verder alleen maar vaststellen dat er op dit vlak in het zuiden van het land een andere cultuur heerst.

L'intervenante demande que l'on définisse clairement ce qui doit nécessairement figurer dans le dossier médical, de manière à pouvoir considérer comme annotations personnelles tous les autres documents qui ne répondent pas à cette définition.

Il faut donc que la loi précise quels documents doivent figurer dans le dossier médical et que tous les prestataires de soins, et pas seulement les médecins, soient tenus de se conformer à cette énumération.

Il est logique que les proches aient le droit de consulter le dossier médical.

Mme Anita Duprez attire l'attention sur le fait que l'information du patient constitue un processus continu. Il est donc absurde d'affirmer qu'un spécialiste devrait être présent en permanence. Les prestataires de soins doivent apprendre à communiquer avec leurs patients dans un langage simple et clair. Sans doute ne serait-il pas non plus inutile que la communication fasse l'objet d'un peu plus d'attention dans la formation des médecins et des infirmiers.

M. Paul Arteel fait observer que l'information fait partie intégrante du traitement.

M. Van Roye précise que l'attention accordée à la communication dans le cadre des formations est toujours insuffisante. Tant qu'il y aura un problème au niveau des formations, les patients devront pouvoir faire appel à un expert.

Mme Magda Aelvoet, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement (Agalev-Ecolo), souligne que les avis sont partagés quant à la nécessité de prévoir des règles spécifiques en matière de plaintes pour les patients psychiatriques. Les différents orateurs peuvent-ils commenter leur point de vue à ce sujet?

M. Paul Arteel fait observer qu'en Flandre, l'on a choisi de ne pas considérer que les patients psychiatriques constituent une catégorie distincte. Il n'y a donc pas de règlement spécifique en matière de plaintes. Il est clair qu'une diversification est possible. La Flandre tient toutefois par principe à établir le moins de distinction possible entre les patients psychiatriques et les autres patients. Aux Pays-Bas, il existe une procédure distincte dans le secteur des soins de santé mentale, mais, en fait, elle ne diffère pas fondamentalement de la procédure existant au sein des hôpitaux généraux.

L'orateur ne peut que constater qu'il existe une culture différente en la matière dans le sud du pays.

De heer Jacques Dewaegenare stelt vast dat er grote verschillen bestaan tussen de behandeling van psychiatrische patiënten en die van somatische patiënten. In de psychiatrie zijn medische fouten bijvoorbeeld bijzonder moeilijk op te sporen.

Bij het afsluiten van de gedachtewisseling verwijst *voorzitster Yolande Avontroodt (VLD - K)* naar de nota die zij heeft ontvangen van het psychiatrisch centrum Bethanië, waarin deze problematiek ook aan bod komt.

M. Jacques Dewaegenare fait observer que le traitement de patients psychiatriques et celui de patients somatiques sont très différents. C'est ainsi qu'en psychiatrie, il est particulièrement difficile de détecter les erreurs médicales.

En concluant l'échange de vues, *Mme Yolande Avontroodt (VLD – Ch), présidente*, renvoie à la note qu'elle a reçue du centre psychiatrique Bethanië, qui aborde également cette problématique.