

Medisch Recht

De ontwikkelingen in het medisch recht in 2011

Tom GOFFIN
doctor-assistent medisch recht
Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht

Herman NYS
gewoon hoogleraar medisch recht
directeur Centrum Biomedische Ethiek en Recht;
adviseur Bio-ethiek Europese Commissie (EGE)

I. Nieuwe wetgeving

*§1. Reclame voor medische esthetiek*¹

1. Artikel 3, eerste lid van de wet van 6 juli 2011 tot instelling van een verbod op reclame voor ingrepen van medische esthetiek en tot regeling van de informatie over dergelijke ingrepen² (hierna: wet medische esthetiek) verbiedt reclame voor medische esthetiek.³ Persoonlijke informatie met betrekking tot ingrepen van medische esthetiek is krachtens deze bepaling toegelaten onder de in dit artikel bepaalde voorwaarden. Volgens artikel 2,5° is een ingreep voor medische esthetiek: ‘elke ingreep van een beoefenaar van de geneeskunde als bedoeld in artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, om iemands uiterlijk op diens vraag te veranderen om esthetische redenen, zonder therapeutisch of reconstructief doel. Dit behelst ook de inspuitingen, evenals laser klasse IV- en IPL-behandelingen’. Letterlijk gelezen houdt dit in dat een ingreep om iemands uiterlijk op diens vraag te veranderen om esthetische redenen, zonder therapeutisch of reconstructief doel slechts een ingreep van medische esthetiek is, *indien* hij door een beoefenaar van de geneeskunde wordt gesteld. Anders gezegd, een dergelijke ingreep verricht door een persoon die geen arts is, is geen ingreep van medische esthetiek in de zin van artikel 2,5° van de wet. Meteen is dan ook het reclameverbod niet meer van toepassing en het lijkt ondenkbaar dat de wetgever dat zou hebben bedoeld.

2. De wet medische esthetiek legt niet alleen de reclame voor ingrepen van medische esthetiek aan banden. Zij bevat ook een regeling van de persoonlijke informatie over dergelijke ingrepen. Artikel 2,3° definieert de persoonlijke informatie als volgt: ‘elke vorm van mededeling of handeling die er rechtstreeks of onrechtstreeks op gericht is, ongeacht de daartoe aangewende plaats, drager of technieken, de beoefenaar bekend te maken, dan wel informatie te verstrekken over de aard van zijn beroepspraktijk’. Een punt van discussie is of persoonlijke informatie reclame is die onder bepaalde voorwaarden wordt toegestaan dan wel of persoonlijke informatie per definitie geen reclame is.

De Koning bepaalt de procedure met betrekking tot de vaststelling van overtredingen en het opleggen van boetes bedoeld in dit artikel (artikel 5, tweede lid). Tot op heden is hieraan geen uitvoering gegeven.

¹ Auteur: Herman NYS

² B.S. 5 augustus 2011. Zie voor een uitgebreide en kritische bespreking van deze wet, H.NYS, ‘De ontwikkeling van het gezondheidsrecht in 2009,2010 en 2011’, in druk.

³ *Parl.St.* Senaat BZ 2010-2011, 5-61/1, Wetsvoorstel tot regeling van reclame voor cosmetische ingrepen.

***§2. Wijziging van de leeftijd voor bloeddonatie*⁴**

3. De wet van 19 juli 2011 tot wijziging van de wet van 5 juli 1994 betreffende bloed en bloedderivaten van menselijke oorsprong heeft de leeftijd waarboven geen afneming van bloed mag gebeuren gewijzigd.⁵ De nieuwe regeling bepaalt het volgende. Vanaf de 71^e verjaardag (voorheen: bij personen die ouder zijn dan 65 jaar) mogen afnemingen alleen worden verricht mits de door de Koning vastgestelde voorwaarden zijn nageleefd. Een afneming door aferese, met inbegrip van een dubbele erythrocytenafneming, mag slechts worden verricht bij personen die jonger zijn dan 66 jaar.

Een afneming van bloed kan evenwel vanaf de 71^e verjaardag (voorheen: na de leeftijd van 65 jaar) worden verricht met het oog op een geprogrammeerde autologe transfusie.

***§3. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg*⁶**

4. Een K.B. van 12 oktober 2011 stelt de regelen vast betreffende de organisatie en de werking van het Fonds voor de medische ongevallen.⁷ Een K.B. van 15 november 2010⁸ stelt de voorwaarden vast voor de aanwijzing van de leden van de raad van beheer van het Fonds voor de medische ongevallen, opgericht door de wet van 31 maart 2010 tot vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.⁹ De voorzitter, de ondervoorzitter en de leden van de raad van bestuur van het Fonds voor medische ongevallen werden benoemd bij K.B. van 28 juli 2011.¹⁰ Het Fonds werd geïnstalleerd op 23 september 2011. Een K.B. van 30 juli 2010 bepaalt de regels betreffende de invordering door middel van dwangbevel van de forfaitaire vergoeding verschuldigd aan het Fonds van medische ongevallen.¹¹

⁴ Auteur: Herman NYS

⁵ BS 5 augustus 2011.

⁶ Auteur: Herman NYS

⁷ BS 17 oktober 2011.

⁸ BS 15 december 2010.

⁹ Op 21 januari 2012 was deze wet op enkele bepalingen na, nog niet in werking getreden.

¹⁰ Een bericht betreffende de benoeming van de voorzitter, de ondervoorzitter en de leden van de raad van bestuur van het Fonds voor de medische ongevallen werd gepubliceerd in het Staatsblad van 16 augustus 2011.

¹¹ BS 13 september 2010.

II. Wijziging van artikel 458bis (melden van bepaalde misdrijven) en artikel 422bis Sw. (schuldig hulpverzuim)¹²

§1. Artikel 458bis Sw. (melden van bepaalde misdrijven)

5. Op 20 januari 2012 werd de wet van 30 november 2011 tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie betreft, in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd. Deze wet is een uitloper van de bevindingen van de Bijzondere Commissie betreffende de behandeling van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie, inzonderheid binnen de Kerk.

A. Verslag namens de Bijzondere Commissie Seksueel Misbruik

6. Na het horen van verschillende experts tijdens de hoorzittingen kwam deze commissie tot de vaststelling dat over de bestaande draagwijdte van het beroepsgeheim geen overeenstemming bestaat. Dit neemt volgens de commissie niet weg dat het beroepsgeheim al te vaak als een alibi heeft gediend voor zwijgen, ook al ging het om totaal ontoelaatbare feiten ten aanzien van kinderen of bijzonder kwetsbare personen. Om deze redenen stelde de commissie in haar besluiten vier wijzigingen in artikel 458bis Sw. voor die ertoe strekken:

1. de werkingssfeer van het artikel uit te breiden tot de kennisname van de misdrijven die werden onthuld aan de houder van het geheim, niet alleen door het slachtoffer, maar ook door de dader of een derde;
2. er naast het begrip ‘minderjarige’ ook het begrip ‘kwetsbaar persoon’ die het slachtoffer is van seksueel misbruik in op te nemen;
3. het artikel uit te breiden tot de potentiële slachtoffers;
4. de verwijzing naar artikel 422bis onder te brengen in een tweede lid, teneinde te preciseren dat wie geen gebruik maakt van zijn informatieverstrekkingsrecht terwijl is voldaan aan de voorwaarden voor die afwijking van de inachtneming van het beroepsgeheim, zich schuldig kan maken aan niet-bijstand aan een in gevaar verkerend persoon.¹³

7. Deze bedenkingen en voorstellen werden verwerkt in het wetsvoorstel van 29 juni 2011 tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie in een gezagsrelatie betreft.¹⁴

¹² Auteur: Tom GOFFIN

¹³ Verslag van 31 maart 2011, namens de bijzondere commissie betreffende de behandeling van seksueel misbruik en feiten van pedofilie in een gezagsrelatie, inzonderheid binnen de Kerk, Nr. 0520/002, *Parl. Doc.* Kamer 2010-2011, 408.

¹⁴ Wetsvoorstel van 29 juni 2011 tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie in een gezagsrelatie betreft, Nr 1639/001, *Parl. Doc.* Kamer 2010-2011, 20p.

Naast een verlenging van de verjaringstermijn tot 15 jaar voor ernstige seksuele misdrijven ten aanzien van minderjarigen (in de gevallen bedoeld in de artikelen 372 tot 377, 379, 380, 409 en 433quinquies, § 1, eerste lid, 1°, van het Strafwetboek), een wettelijk verplichting audiovisuele opnames te maken van de verhoren van minderjarigen en personen die bijzonder kwetsbaar zijn, op voorwaarde dat het slachtoffer ouder dan 12 jaar instemt met die opnames, een verduidelijking van de strafbaarstelling van kinderpornografie, regels over de motivatie van het niet gebruik van DNA-profielen van menselijk celmateriaal in het raam van een dossier inzake aanranding van de eerbaarheid of seksueel geweld, een uitbreiding van deterbeschikkingstelling van de strafuitvoeringsrechtbank en een wijziging van de regels van verklaring van benadeelde persoon, wijzigde het wetsvoorstel in hoofdstuk 4 “Beroepsgeheim: uitbreiding spreekrecht” op grondige wijze artikel 458*bis* Sw.

B. Oud artikel 458*bis* Sw.

8. Artikel 458*bis* Sw. werd initieel door de Wet van 28 november 2000 betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen ingeschreven in het Strafwetboek.¹⁵ De wetgever wilde volgens de parlementaire voorbereiding met deze bepaling ernaar streven meer rechtszekerheid te scheppen voor de dragers van het beroepsgeheim die worden geconfronteerd met een aantal juridische dilemma's. Artikel 458*bis* Sw. werd geïnterpreteerd als een gelimiteerd en voorwaardelijk spreekrecht en zeker geen spreekplicht voor dragers van het beroepsgeheim.¹⁶

9. Ondanks deze doelstelling van de wetgever bleek de invoeging van deze bepaling de rechtszekerheid eerder tegen te werken, dan wel te vergroten. Verschillende interpretatieproblemen staken de kop op, waardoor het voor personen die gehouden zijn tot een beroepsgeheim nog minder duidelijk was wanneer ze mochten spreken, of volgens sommigen toch moesten spreken.

Een deel van de rechtsleer vroeg zich af wat de meerwaarde van artikel 458*bis* Sw. is als men een beroep kan doen op de rechtsfiguur van de noodtoestand.

COLLETE-BASEQZ kwam na een vergelijking van de rechtsfiguur van de noodtoestand met artikel 458*bis* Sw. tot de conclusie dat artikel 458*bis* Sw. feitelijk een concretisering is van deze rechtsfiguur. Artikel 458*bis* Sw. stelt bovendien strengere toepassingsvoorwaarden dan de figuur van de noodtoestand. Dit leidt er volgens deze auteur toe dat een hulpverlener slechts een beroep zal kunnen doen op artikel 458*bis* Sw. indien de strengere voorwaarden zijn voldaan. Deze hulpverlener had echter ook een beroep kunnen doen op de rechtsfiguur van de noodtoestand en hetzelfde resultaat, m.n. een gerechtvaardigde schending van

¹⁵ Wet 28 november 2000 betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen, *B.S.* 17 maart 2001 (ed. 2), 8495.

¹⁶ Wetsontwerp betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen, *Parl.Doc.* Kamer 1998-1999, nr. 1907/01, 82-83; Wetsontwerp betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen - Amendementen, *Parl.Doc.* Senaat 1999-2000, nr. 2-280/2.

het beroepsgeheim, bereikt zonder aan de strengere toepassingsvoorwaarden van artikel 458*bis* te moeten voldoen.¹⁷

De invoering van artikel 458*bis* in het strafwetboek heeft er bovendien volgens o.a. NYS voor gezorgd dat er in één specifieke situatie wel degelijk een spreekplicht wordt gecreëerd voor de hulpverlener. Dit is wanneer de aangifte het enige middel is om het gevaar zoals dit omschreven wordt in artikel 422*bis* Sw. af te wenden. Artikel 458*bis* omvat immers een uitdrukkelijke verwijzing naar deze bepaling door de bewoordingen “onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422*bis* Sw.”¹⁸

10. Artikel 458*bis* omvatte bij de invoering in 2001 het volgende:

1. het artikel is uitsluitend van toepassing in geval van minderjarige slachtoffers, d.i. slachtoffers jonger dan 18 jaar;
2. de mogelijke misdrijven waarvan de minderjarige patiënt slachtoffer is geworden zijn voor de toepassing van deze bepaling beperkt tot:
 - Aanranding van de eerbaarheid & verkrachting (art. 372-377 Sw.)
 - Opzettelijk doden, opzettelijk toebrengen van lichamelijke schade (art. 392-394 Sw.)
 - Verminking van de genitaliën (art. 409 Sw.)
 - Verlating van de minderjarige (art. 423 Sw.)
 - Onthouden van voedsel en verzorging (art. 425-426 Sw.);
3. de hulpverlener heeft het slachtoffer zelf onderzocht of werd door het slachtoffer persoonlijk in vertrouwen genomen;
4. er is een dreigend en ernstig gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van het slachtoffer. Hierbij kan het zowel gaan om een onmiddellijk gevaar, als om een toestand die omwille van haar aanslepend karakter als dreigend en ernstig wordt gekwalificeerd door de hulpverlener;
5. de aangifte is een *ultimum remedium*. Op basis van het subsidiariteitsbeginsel moet de situatie van dergelijke aard zijn dat de drager van het beroepsgeheim zelf, of met hulp van anderen, de fysieke of psychische integriteit van de minderjarige niet kan beschermen. Hierbij wordt ten volle beroep gedaan op de verantwoordelijkheidszin van de drager van het beroepsgeheim. Hij moet in de eerste plaats zijn verantwoordelijkheid opnemen en hulp bieden. Pas wanneer dit ontoereikend blijkt, en wanneer de overige voorwaarden voldaan zijn, mag hij spreken.
6. de aangifte dient te gebeuren aan de procureur des Konings.¹⁹

¹⁷ N. COLLETTE-BASECQZ, "La violation du secret professionnel dans une situation de maltraitance d'enfant. La justification par l'autorization de l'article 458bis du Code pénal ou par l'état de nécessité", *T.Gez/ Rev. Dr. Santé* 2009-10, afl. 1, (22) 23-27.

¹⁸ H. NYS, *Recht en Bio-ethiek. Wegwijs voor mensen in de gezondheidszorg*, Leuven, Lannoo Campus, 2010, 183-184; H. NYS, *Geneeskunde - Recht en Medisch Handelen*, Gent, Story-Scientia, 2005, 553-556.

¹⁹ V. DE SOUTER, "Het beroepsgeheim en de invoering van een spreekrecht door de wet van 28 november 2000 betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen. Een nadere analyse van het artikel 458bis van het Strafwetboek", *T.J.K.* 2001, afl. 5, (184) 191-192.

11. Enkel wanneer aan deze voorwaarden is voldaan, mag een arts van zijn beroepsgeheim afwijken en de bevoegde instanties op de hoogte brengen van informatie waarvan hij in de vertrouwelijke sfeer van de arts-patiëntrelatie kennis heeft genomen. Dit blijft evenwel een *spreekrecht*. Een arts is niet verplicht zijn beroepsgeheim te laten varen indien aan de voorwaarden is voldaan. Enkel in het zeer uitzonderlijke geval dat enkel door te spreken hij een persoon in groot gevaar conform artikel 422*bis* Sw. kan redden, zal hij opdat hij niet de kans zou lopen veroordeeld te worden voor het misdrijf van schuldig verzuim, de ‘verplichting’ hebben het misdrijf dat hem ter kennis is gekomen, te melden aan de procureur des Konings.

C. Nieuw artikel 458*bis* Sw.

12. Het initieel wetsvoorstel harschreef deze bepaling als volgt: “Eenieder, die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen en hierdoor kennis heeft van een misdrijf zoals omschreven in de artikelen 372 tot 377, 392 tot 394, 396 tot 405*ter*, 409, 423, 425 en 426, gepleegd op een minderjarige of op een persoon die kwetsbaar is ten gevolge van zijn leeftijd, zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid kan het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, hetzij wanneer er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke of psychische integriteit van de minderjarige of op de bedoelde kwetsbare persoon en het slachtoffer deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen, hetzij wanneer er een gewichtig en reëel risico bestaat dat andere minderjarigen of bedoelde kwetsbare personen het slachtoffer worden van de in voormelde artikelen bedoelde misdrijven. Een persoon die in voormelde omstandigheden de procureur des Konings niet inlicht, kan worden vervolgd met toepassing van artikel 422*bis*. ”

13. In de daarop volgende debatten in de Kamer ging de discussie steeds over de zin “Een persoon die in voormelde omstandigheden de procureur des Konings niet inlicht, kan worden vervolgd met toepassing van artikel 422*bis*. ” Net al bij de invoering van artikel 458*bis* in het Strafwetboek rees de vraag of deze zinsnede geen verplichting in het leven roept voor personen met een beroepsgeheim om situaties die onder deze bepaling vallen te melden aan de procureur des Konings.²⁰

Na de verschillende standpunten te hebben gehoord, werd op basis van amendement nr. 24 beslist deze zin te schrappen en de originele zinsnede van artikel 458*bis* “onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422*bis*”, te behouden. De verantwoording voor deze wijziging was de volgende: “De laatste zin van het voorgestelde artikel vervalt en er wordt teruggekeerd naar de oorspronkelijke formulering van artikel 458*bis* Sw., zodanig dat de indruk

²⁰ Zie o.a. Verslag namens de Commissie voor de Justitie van 15 juli 2011 bij het Wetsvoorstel tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie betreft, nr. 1639/003, *Parl.Doc.* Kamer 2010-2011, 16-26 en de diverse amendementen die in die zin werden ingediend.

niet wordt gewekt dat artikel 422*bis* wordt gewijzigd of uitgebreid. De voorgestelde redactie geeft blijkbaar aanleiding tot problemen.”²¹

De wetgever heeft hiermee te kennen willen geven dat er wat betreft artikel 422*bis* niets veranderd. Waar aan de houder van het beroepsgeheim door het initiële artikel 458*bis* een spreekrecht werd toegekend en geen spreekplicht, is dit na de wijziging van deze bepaling nog steeds zo.

14. De gewijzigde tekst werd op 12 juli 2011 aangenomen in de Kamercommissie Justitie en op 20 juli 2011 door de Kamer. Het wetsvoorstel werd vervolgens naar de Senaat overgezonden voor mogelijke evocatie. De Senaat maakte geen gebruik van deze mogelijkheid, waardoor de evocatieprocedure verviel op 25 oktober 2011.

Het duurde evenwel nog tot 20 januari 2012 voordat de Wet van 30 november 2011 tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie betreft, in het Belgisch Staatsblad werd gepubliceerd.²²

Het uitstel van publicatie in het Belgische Staatsblad van de Wet van 30 november 2011 was het gevolg van de problemen met de tenuitvoerlegging van artikel 5 dat de procedure voor benadeelde personen versoepelt. De informatiesystemen van politie en parket bleken onvoldoende op elkaar afgestemd, waardoor deze bepaling nog niet in werking kon treden. De Wet houdende diverse bepalingen inzake justitie (II) van 28 december 2011²³, heeft dan ook de inwerkingtreding van dit artikel uitgesteld. Om te vermijden dat de wet seksueel misbruik ondertussen al in werking zou getreden zijn, werd de bekrachtiging en publicatie ervan uitgesteld, totdat de wet diverse bepalingen bekrachtigd en gepubliceerd was.

D. Wijzigingen

15. Het nieuwe artikel 458*bis* Sw. schudt het spreekrecht zoals we dit tot dusver kenden, drastisch door elkaar.

Drie fundamentele aspecten worden grondig gewijzigd, mn. wie slachtoffer is, hoe de arts kennis heeft gekregen van het misdrijf en vanaf wanneer een arts aangifte kan doen van een mogelijk misdrijf.

²¹ Amendementen van 12 juli 2011 bij het wetsvoorstel tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie betreft, nr. 1639/02, *Parl. Doc.* Kamer 2010-2011, 18.

²² Wet van 30 november 2011 tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie betreft, *B.S.* 20 januari 2012, 4386.

²³ Wet van 28 december 2011 houdende diverse bepalingen inzake justitie (II), *B.S.* 30 december 2011, 81669.

1. WIE IS SLACHTOFFER?

16. Waar het oud artikel 458*bis* Sw. het uitsluitend heeft over de omschreven misdrijven gepleegd op een minderjarige, breidt het nieuw artikel 458*bis* Sw. dit drastisch uit tot personen die kwetsbaar zijn ten gevolge van hun leeftijd, zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid.

Onder een “minderjarig” slachtoffer wordt nog steeds een slachtoffer dat nog niet de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, verstaan.

De discussie die bij de inschrijving van artikel 458*bis* in het Strafwetboek heeft plaatsgevonden over wie als ‘minderjarig’ beschouwd wordt, werd bij het wijzigende wetsontwerp achterwege gelaten. Sterker nog, ook de discussie over wie precies als kwetsbaar persoon moet worden beschouwd, werd helemaal niet gevoerd.

Een amendement²⁴ dat ertoe strekte het begrip ‘kwetsbare persoon’ af te stemmen op het gelijknamige begrip dat wordt gehanteerd in het wetsontwerp tot wijziging en aanvulling van het Strafwetboek teneinde het misbruik van de zwakke toestand van kwetsbare personen tegen mishandeling uit te breiden, werd zonder verdere discussie terug ingetrokken.²⁵

17. Opdat de persoon die een beroepsgeheim heeft, gebruik zou kunnen maken van deze bepaling is het bovendien noodzakelijk dat hij op de hoogte was van de kwetsbare situatie waarin het slachtoffer zich bevond. Hoe hij hiervan op de hoogte zou moeten zijn, werd niet verder uitgewerkt. Een zwangere vrouw die in vertrouwen een arts raadpleegt om hem te melden dat haar man haar mishandelt, maar niet wilt dat dit wordt meegedeeld aan de politionele diensten, zal haar zwangerschap in de mate van het mogelijke verborgen willen houden voor de arts, aangezien deze anders het recht heeft op grond van deze bepaling dit te melden.

Bovendien werd ook niet voorzien in een definiëring van wie als ‘kwetsbaar persoon’ beschouwd kan worden. Slechts twee categorieën van kwetsbare personen kunnen objectief vastgesteld worden, mn. de minderjarige slachtoffers en de zwangere vrouwen.

²⁴ Amendement nr. 18 van 12 juli 2011 bij het wetsvoorstel tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie betreft, nr. 1639/02, *Parl. Doc.* Kamer 2010-2011, 13.

²⁵ Wetsvoorstel van 9 juni 2011 tot wijziging en aanvulling van het Strafwetboek teneinde het misbruik van de zwakke toestand van personen strafbaar te stellen, en de strafrechtelijke bescherming van kwetsbare personen tegen mishandeling uit te breiden, nr. 0080/008, *Parl. Doc.* Kamer 2010-2011, 14 p. Dit wetsvoorstel evolueerde tot de Wet van 26 november 2011 tot wijziging en aanvulling van het Strafwetboek teneinde het misbruik van de zwakke toestand van personen strafbaar te stellen, en de strafrechtelijke bescherming van kwetsbare personen tegen mishandeling uit te breiden, *B.S.* 23 januari 2012, 4569. Cfr. bespreking wijziging artikel 422*bis* Sw.

Wat de andere categorieën van ‘kwetsbare personen’ betreft, is er veel giswerk nodig om enige afbakening te creëren. Zo valt het moeilijk vast te stellen wanneer iemand ten gevolge van zijn leeftijd kwetsbaar is/wordt. Een sterk persoon van 65 is wellicht minder ‘kwetsbaar’ dan een zwak persoon van 50. Is die persoon van 65 dan per definitie kwetsbaar omwille van zijn hogere leeftijd, waar dit criterium de persoon van 50 zou uitsluiten? Men kan hierbij ook de randbemerking maken of een criterium als leeftijd om als kwetsbaar persoon beschouwd te worden geen ongerechtvaardigde discriminatie in het leven roept of kan roepen.

De zwakkere persoon van 50 zal wellicht ook als een ‘kwetsbaar persoon’ worden beschouwd, maar dan eerder ten gevolge van een lichamelijk gebrek of onvolwaardigheid.

Wat betreft de categorie van de personen die kwetsbaar zijn ten gevolge van een geestelijk gebrek, kan men zich de vraag stellen of iedere persoon die uit angst een bepaald misdrijf verzwijgt, ook niet kan beschouwd worden als iemand die kwetsbaar is ten gevolge van een geestelijk gebrek, mn. de angst.

Daarenboven wordt er een categorie van personen gecreëerd die zo ruim en tevens voor de handliggend is gelet op de medische context waarbinnen het beroepsgeheim zich afspeelt, dat ze een oneindig aantal personen zal omvatten, mn. de personen die kwetsbaar zijn ten gevolge van een ziekte. Een persoon gaat immers naar een arts wanneer er iets met zijn gezondheid scheelt, wanneer hij ziek is. Als ziekte hier als het omgekeerde van gezondheid moet worden beschouwd, zal elke patiënt kunnen beschouwd worden als een persoon die kwetsbaar is omwille van ziekte.

18. De vraag die bij dit vage begrip rijst, is wie bepaalt of een persoon als kwetsbaar moet beschouwd worden of niet. Aangezien het de arts is, of een andere persoon die het beroepsgeheim moet respecteren, die indien aan de andere voorwaarden werd voldaan, zijn beroepsgeheim mag laten varen en aangifte mag doen bij de procureur des Koning, lijkt hij de meest aangewezen persoon om deze afweging te maken. Echter, wat indien een rechter achteraf zou oordelen dat deze persoon niet als kwetsbaar beschouwd kon worden en dat de arts bijgevolg ten onrechte zijn beroepsgeheim heeft geschonden?

19. Ook bij de besprekingen van het wetsontwerp tot wijziging en aanvulling van het Strafwetboek teneinde het misbruik van de zwakke toestand van personen strafbaar te stellen, en de strafrechtelijke bescherming van kwetsbare personen tegen mishandeling uit te breiden, werd de vaagheid van het begrip ‘kwetsbare persoon’ bediscussieerd. Tijdens de debatten in de Senaatscommissie Justitie werd ter verduidelijking een amendement ingediend dat ertoe strekte de woorden ‘lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid’ te vervangen door de woorden ‘fysieke, mentale of verstandelijke handicap of functiebeperking’. Het amendement poogde zo een verouderde terminologie te

vervangen door een meer hedendaagse en duidelijkere formulering.²⁶ Dit amendement werd met 10 stemmen tegen 5 verworpen.

Daarnaast werd door één van de leden de bemerking gemaakt dat in het strafrecht verschillende definities van ‘kwetsbare persoon’ zijn opgenomen. Met name in artikel 380, 417^{ter} en 433^{quater} Sw. wordt reeds naar dit begrip verwezen. Men kan zich hierbij de vraag stellen of deze definities niet op elkaar moeten worden afgestemd. Op deze vraag werd geen antwoord gegeven. Wel werd verduidelijkt dat voor een meerderjarige deze criteria van kwetsbaarheid niet cumulatief zijn. Elk criterium kan wijzen op een kwetsbare toestand.²⁷

Deze verduidelijking ligt voor de hand. Hadden de criteria cumulatief toegepast moeten worden om als meerderjarige als kwetsbaar beschouwd te worden, dan zouden enkel zwangere zieke vrouwen op leeftijd met een psychisch of lichamelijk gebrek of onvolwaardigheid onder deze voorwaarde vallen. Voor een minderjarige moet ook na de wijziging niet uitgemaakt worden of hij zich in een kwetsbare toestand bevindt, het is voldoende dat hij minderjarig is, opdat artikel 458^{bis} van toepassing zou kunnen zijn.

20. Ter aanvulling dient vermeld te worden dat deze wijziging ondertussen zelf het voorwerp is van een wijziging die hangende is in het Parlement.²⁸ Deze wijziging is erop gericht ‘partnergeweld’ toe te voegen als criterium van ‘kwetsbare persoon’. De motivatie dateert van voor de wijziging van artikel 458^{bis} en stelt: “Heden is dat reeds mogelijk voor de mishandeling van minderjarigen. Zoals eerder aangegeven hangen partnergeweld en kindergeweld samen. Wie agressief is tegenover zijn partner zal dat ook vaak zijn tegenover de kinderen of andere familieleden. Het is dan ook niet meer dan logisch dat de regeling wordt uitgebreid tot partnergeweld, wil men daadwerkelijk de mishandeling van kinderen voorkomen. Ze liggen immers dikwijls in elkaars verlengde.”

Deze wijziging die reeds in de Senaatscommissie Justitie is besproken en na goedkeuring door de Senaat in plenaire vergadering naar de Kamer werd overgezonden, stuit evenwel op protest, nu of iemand kwetsbaar is door partnergeweld een situatie is die door een externe factor (het geweld van de partner) ontstaat en niet zoals de andere criteria van kwetsbaarheid een individueel gegeven is. Sommigen stellen dan ook voor het misdrijf van partnergeweld op te nemen in de lijst van misdrijven waarop artikel 458^{bis} Sw. van toepassing is,

²⁶ Amendement nr 30 bij Wetsontwerp van 19 juli 2011 tot wijziging en aanvulling van het Strafwetboek teneinde het misbruik van de zwakke toestand van personen strafbaar te stellen, en de strafrechtelijke bescherming van kwetsbare personen tegen mishandeling uit te breiden, nr. 5-1095/3, *Parl.Doc.* Senaat 2010-2011, 10.

²⁷ Wetsontwerp van 19 juli 2011 tot wijziging en aanvulling van het Strafwetboek teneinde het misbruik van de zwakke toestand van personen strafbaar te stellen, en de strafrechtelijke bescherming van kwetsbare personen tegen mishandeling uit te breiden, nr. 5-1095/3, *Parl.Doc.* Senaat 2010-2011, 12.

²⁸ Wetsontwerp van 13 januari 2012 tot wijziging van artikel 458^{bis} van het Strafwetboek teneinde het uit te breiden voor misdrijven van huiselijk geweld, *Parl.Doc.* Kamer 2011-2012, 3 p.

eerder dan partnergeweld te melden als een criterium om als kwetsbaar persoon beschouwd te worden.

2. KENNISNAME VAN HET MISDRIJF

21. Artikel 458*bis* Sw. stelde oorspronkelijk als voorwaarde dat de houder van het beroepsgeheim zelf het misdrijf moest hebben vastgesteld of door het slachtoffer in vertrouwen zijn genomen. Deze voorwaarde stond niet in het oorspronkelijke wetsvoorstel. Het werd er na amendering aan toegevoegd.²⁹ Als motivering werd gesteld dat de aangifte op basis van vertrouwelijke mededelingen door de dader het hele systeem van het beroepsgeheim ondermijnt en personen die geestelijk in de war zijn, ervan zal doen afzien om therapie te volgen.

Gelet op de vertrouwelijkheid waarmee dergelijke delicate informatie wordt meegedeeld aan de geheimhouder, is het niet verwonderlijk dat dit amendement zonder veel uitleg werd goedgekeurd.³⁰

22. Enigszins verrassend is het dan ook dat deze voorwaarde door de wijziging van artikel 458*bis* Sw. zonder meer geschrapt werd. In de artikelsgewijze bespreking van de wet van 30 november 2011, wordt hierop niet ingegaan. Slechts in Amendement nr. 18 dat voorstelde artikel 458*bis* Sw. op nog een andere wijze te herschrijven, leest men volgens de indieners van dit amendement “de bedoeling van de wetgever”: “Daar waar tot nog toe het beroepsgeheim kon worden doorbroken, enkel wanneer de met het beroepsgeheim beklede persoon kennis nam van de beoogde misdrijven uit monde van het slachtoffer zelf, wordt deze voorwaarde uitgebreid: de met het beroepsgeheim beklede persoon kan voortaan ook oordelen zijn beroepsgeheim te “verlaten” indien hij van misdrijven op de hoogte wordt gesteld door daders of door derden; om dit mogelijk te maken wordt de voorwaarde dat de drager van het beroepsgeheim het slachtoffer moet onderzocht hebben of door het slachtoffer in vertrouwen moet worden genomen, geschrapt.”³¹

Tevens stellen zij verder dat in de schrapping van deze voorwaarde mogelijks een ernstig probleem schuilt in hoofde van de drager van het beroepsgeheim. Deze zal immers, in de mate hij door de dader of een derde op de hoogte wordt gebracht van een beoogd misdrijf, geconfronteerd worden met een moeilijk inschattingsoefening: hoe geloofwaardig is het verhaal, wat is er precies gebeurd, gaat het hier over strafbare feiten of niet? Daar tegenover staat echter

²⁹ Subamendement 74 bij amendement 55 bij Wetsontwerp betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen van 10 mei 2000, nr. 2-280/04 *Parl. Doc.* Senaat 1999-2000, 14.

³⁰ H. Nys, “De ontwikkeling van het gezondheidsrecht in 1998 en 1999”, *T.Gez./Rev.Dr.Santé* 2000-2001, 201-202.

³¹ Amendement nr. 18 van 12 juli 2011 bij het wetsvoorstel tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie betreft, nr. 1639/02, *Parl. Doc.* Kamer 2010-2011, 13.

dat in de vroegere stand van de wetgeving, dragers van het beroepsgeheim die hun spreekrecht wilden gebruiken, ook reeds met gelijkaardige problemen geconfronteerd werden en vaak voor hen moeilijke gewetensproblemen moesten oplossen alvorens te spreken. Ondanks deze laatste vaststelling zijn de indieners van het amendement van oordeel dat de onvoorwaardelijke en zo groot mogelijke bescherming van minderjarigen en zwakkere personen primeert.

Hoewel het nergens in de parlementaire voorbereiding met zoveel woorden wordt gesteld, zal dit wellicht de reden zijn waarom deze voorwaarde uit artikel 458*bis* werd geschrapt.

3. MOGELIJKHEDEN VAN AANGIFTE

23. Deze voorwaarde wordt als volgt omschreven: “hetzij wanneer er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke of psychische integriteit van de minderjarige of de bedoelde kwetsbare persoon en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen, hetzij wanneer er aanwijzingen zijn van een gewichtig en reëel gevaar dat andere minderjarigen of bedoelde kwetsbare personen het slachtoffer worden van de in voormelde artikelen bedoelde misdrijven en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen.”.

De term ‘ernstig en dreigend gevaar’ wordt overgenomen uit het oude artikel 458*bis*, zodat de bestaande rechtsleer naar analogie kan worden toegepast.

24. Waar tot voor de wijziging van artikel 458*bis* Sw. de drager van het beroepsgeheim er enkel kon voor kiezen om te spreken indien het slachtoffer dat hem had ingelicht over een misdrijf zelf, nog het gevaar liep opnieuw slachtoffer te worden, wordt ook dit aspect uitgebreid: de drager van het beroepsgeheim mag voortaan gebruik maken van zijn spreekrecht, niet alleen indien het slachtoffer dat de feiten bij hem meldde zelf terug slachtoffer dreigt te worden, doch ook wanneer er mogelijks andere minderjarige of kwetsbare personen het slachtoffer zouden kunnen worden van soortgelijke misdrijven als deze die ter kennis kwamen. Deze uitbreiding kwam tegemoet aan een, volgens de parlementaire voorbereiding, hiaat in de oorspronkelijke tekst van artikel 458*bis* waarin enkel de bescherming van het directe slachtoffer aanleiding kon geven tot gebruik van het spreekrecht.

25. Deze nieuwe, uitgebreide voorwaarde geeft aanleiding tot een aantal interpretatieproblemen, voornamelijk wat betreft het vage begrip een ‘gewichtig en reëel gevaar’. Dit gevaar inschatten is allesbehalve een gemakkelijke oefening. De hulpverlener zal voor die inschatting afhankelijk zijn van informatie betreffende de persoonlijkheid, het verleden, de leef- en werksituatie van de (vermoedelijke) dader, enz. Stel dat een kind bij zijn huisarts vertrouwelijk zegt dat zijn vader hem misbruikt. Is het dan aan die arts om in te schatten of er ook kinderen buiten het gezin risico lopen? De arts heeft per hypothese immers niet met de vermoedelijke dader gesproken, laat staan een diagnose gesteld. Moet hij of zij dan gaan uitzoeken of de betrokkene zich beweegt in de omgeving van kinderen? Of hij in een school lesgeeft of verbonden is aan een sportclub?

Of moet de arts een oordeel vormen op basis van de gegevens waarvan hij of zij kennis heeft?

Bovendien schept deze wijziging de mogelijkheid voor hulpverleners om te handelen met miskenning van wat slachtoffers zelf wensen.

Om aan deze interpretatieproblemen tegemoet te komen werd tevergeefs een amendement ingediend dat aan deze voorwaarde toevoegde dat de hulpverlener over zwaarwichtige aanwijzingen moet beschikken dat er voor andere minderjarigen of voor de bedoelde kwetsbare personen een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor hun fysieke of psychische integriteit..³² Hiertegen werd ingebracht dat wat de potentiële slachtoffers betreft, dat zou betekenen dat de hulpverlener eerst kennis moet hebben van de feiten en pas dan het beroepsgeheim mag verbreken. Dat zou de wereld op zijn kop zijn, want aldus zou er helemaal geen spreekrecht bestaan uit naam van de potentiële slachtoffers.³³

26. Deze wijziging is voor hulpverleners die het beroepsgeheim moeten respecteren bijgevolg zowel een zegen, als een last. Een zegen nu artikel 458*bis* Sw. een uitgebreide rechtvaardigingsgrond betekent voor de schending van hun beroepsgeheim, waardoor ze geen gebruik meer moeten maken van de onzekere figuur van de noodtoestand. Echter, ook een last, doordat de wetgever ervoor heeft geopteerd zulke vage termen te gebruiken, dat het voor deze hulpverleners absoluut niet duidelijk is hoe ze deze bepaling juist moeten interpreteren en hoe groot de verantwoordelijkheid precies is die de wijziging van deze bepaling met zich meebrengt. Zoals in de hoger vermelde interpretatieproblemen aangehaald is het hoegenaamd niet duidelijk wat precies een ‘gewichtig en reël gevaar’ is en hoever een hulpverlener moet gaan om een dergelijk gevaar in te vullen.

§2. Artikel 422bis Sw. (Schuldig hulpverzuim)

27. Zoals reeds aangehaald, werd in artikel 458*bis* op basis van een amendement de voorgestelde zin “Een persoon die in voormelde omstandigheden de procureur des Konings niet inlicht, kan worden vervolgd met toepassing van artikel 422*bis*” vervangen door de oorspronkelijke bewoordingen “onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422*bis*” om zo duidelijk te maken dat wat betreft het spreekrecht van de geheimhouder er t.o.v. het originele artikel 458*bis* niets gewijzigd is.

³² Amendement nr. 18 van 12 juli 2011 bij het wetsvoorstel tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie betreft, nr. 1639/02, *Parl. Doc.* Kamer 2010-2011, 13-14.

³³ Verslag namens de Commissie Justitie bij het wetsvoorstel tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie betreft, nr. 1639/03, *Parl. Doc.* Kamer 2010-2011, 19-20.

28. Ondanks dat de bewoordingen dezelfde zijn gebleven, is deze situatie nochtans niet helemaal dezelfde gebleven. Artikel 16 van de wet van 26 november 2011 tot wijziging en aanvulling van het Strafwetboek teneinde het misbruik van de zwakke toestand van personen strafbaar te stellen, en de strafrechtelijke bescherming van kwetsbare personen tegen mishandeling uit te breiden voegde immers een zinsnede aan artikel 422*bis* Sw. toe. Het derde lid dat de straf voor schuldig verzuim bij een minderjarig slachtoffer op 2 jaar stelt, werd aangevuld met de woorden “of een persoon is van wie de kwetsbare toestand ten gevolge van de leeftijd, zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid duidelijk was of de dader bekend was.”

De argumentatie voor deze wijziging was de volgende: “Het is dus de bedoeling elke persoon te straffen die weet heeft van een toestand van verlatenheid, mishandeling of onthouding van een persoon wiens kwetsbaarheid de betrokkene bekend is of duidelijk is, maar die de bevoegde gerechtelijke of administratieve autoriteiten daarvan niet op de hoogte heeft gebracht, onverminderd de eventuele toepassing van de artikelen 458 en 458*bis* van het Strafwetboek.”³⁴

29. Hoewel de zinsnede in artikel 458*bis* m.b.t. artikel 422*bis* Sw. ongewijzigd bleef, zal de kans dat een geheimhouder die beslist geen gebruik te maken van zijn recht op spreken via artikel 458*bis*, veroordeeld wordt voor schuldig hulpverzuim door de verzwaring van de strafmaat bij ‘kwetsbare personen’ mogelijk toch groter worden, hoewel het zeer moeilijk is om dit nu reeds in te schatten.

§3. Besluit

30. De wijziging van artikel 458*bis* Sw., en in secundaire orde artikel 422*bis* Sw., hebben al heel wat stof doen opwaaien. Doordat in de parlementaire debatten er bijna uitsluitend aandacht was voor de vraag of de verwijzing naar 422*bis* Sw. nu wel een verplichting in het leven roept voor de geheimhouder om in de in artikel 458*bis* vermelde gevallen de misdrijven te melden aan het parket (als *ultimum remedium*), is men voorbijgegaan aan een grondige analyse van de andere wijzigingen van deze bepaling. De wijzigingen hebben veel giswerk gecreëerd door het gebruik van vage begrippen. Hierdoor heeft men het tegenovergestelde bereikt als wat men initieel tot doel had, mn. rechtszekerheid scheppen voor de geheimhouder om bepaalde geheimen ter vrijwaring van een hoger goed te melden aan de bevoegde instanties.

31. Niet enkel weet de geheimhouder niet meer in welke situaties hij nu wel gebruik mag maken van artikel 458*bis*, dan wel een toepassing moet maken van de figuur van de noodtoestand om zijn spreken te rechtvaardigen, maar

³⁴ Verslag namens de commissie voor justitie bij het Wetsvoorstel van 9 juni 2011 tot wijziging van het Strafwetboek met het oog op de strafbaarstelling van de mentale destabilisatie van personen en van het misbruik van personen in een verzwakte positie, nr. 0080/07, *Parl.Doc.* Kamer 2010-2011, 13.

ook het slachtoffer werd door deze wijzigingen aangetast in zijn beschermde positie. Doordat de geheimhouder nu de mogelijkheid heeft om tal van situaties te melden, bestaat de kans dat (potentiële) slachtoffers zich niet meer zullen wenden naar dergelijke geheimhouders om hun verhaal ‘in vertrouwen’ te doen. Als de wijziging van artikel 458*bis* iets heeft gewijzigd, dan is het de vermindering van het vertrouwen dat slachtoffers zouden hebben in de hulpverlener met beroepsgeheim. Hoewel dit gevolg ook de leden van de commissie voor justitie was opgevallen, waren zij van mening dat het willen zwijgen van het slachtoffer niet opwoog tegen het maatschappelijke belang van het spreken. Men kan zich daar in het kader van de pedofilieschandalen in de Kerk iets bij voorstellen, doch het toepassingsgebied van deze bepaling gaat veel ruimer, waardoor ook andere vertrouwensrelaties sterk onder druk komen te staan.

32. Bovendien kan de aanvulling in artikel 422*bis* Sw. ertoe leiden dat hoewel de zinsnede in artikel 458*bis* die verwijst naar deze bepaling ongewijzigd werd overgenomen, de druk op de geheimhouders om geheimen van ‘kwetsbare personen’ bekend te maken, aanzienlijk wordt vergroot. In de parlementaire voorbereiding besluit men dat artikel 458*bis* Sw. nog steeds slechts een spreekrecht inhoudt. Echter, gelet op al deze wijzigingen zal een hulpverlener die zijn geheimhoudingsplicht laat primeren, toch steeds sterkere argumenten moeten afkomen waarom hij niet heeft gesproken.

III. De rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg³⁵

33. Het Europees Parlement en de Raad van Ministers keurde een richtlijn goed die het vrij verkeer van patiënten beoogt te vergemakkelijken. Het gaat om de richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg,³⁶ hierna ‘de richtlijn’ genoemd. Hier wordt de richtlijn kort besproken vanuit het perspectief van de individuele rechten van de ‘europatiënt’ en niet zijn sociaal recht op (terug)betaling van de zorg die in een andere lidstaat wordt ontvangen. Weliswaar wordt ook dit recht in de richtlijn geregeld, maar die regeling beoogt voornamelijk ‘een algemenere en ook doeltreffender toepassing van de door het Hof van Justitie per geval ont-

³⁵ Auteur: Herman Nys

³⁶ *PbEU* 2011 L 88/45. Zie ook H. NYS, ‘De rechten van de europatiënt. De individuele rechten van de patiënt in Richtlijn 2011/24/EU’ *Ars Aequi*, 2011 vol.60, 07/08,558-564; M. PEETERS, ‘Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg’, *T.Gez.* 2011, 94-112; F.PENNINGS, ‘The cross-border health care directive: more free movement for citizens and more coherent EU law?’, *European Journal of Social Security*, 2011, 424-452; P.SCHOUKENS, ‘Daar is de nieuwe richtlijn patiëntenrechten’, *T.Gez.* 2011-12,2; A.P.VAN DER MEI, ‘The new directive on patients’ rights in cross-border care’, *Maastricht Journal* 2011,382-392.

wikkelde beginselen' zoals in overweging 8 van de considerans van de richtlijn wordt opgemerkt. Innoverend (in Europeesrechtelijke zin) is de richtlijn wel wat de individuele rechten van de patiënt betreft.

§1. Het toepassingsgebied van de richtlijn

34. De verantwoordelijkheid voor het verlenen van veilige, hoogwaardige, efficiënte en kwalitatief voldoende gezondheidszorg aan EU-burgers op hun grondgebied blijft de verantwoordelijkheid van de lidstaten (overweging 4). De richtlijn eerbiedigt de vrijheid van elke lidstaat om te beslissen welk soort gezondheidszorg hij passend acht. Geen van de bepalingen van de richtlijn mag op zodanige wijze worden uitgelegd dat de fundamentele ethische keuzes van de lidstaten worden ondermijnd (overweging 7). Hierbij kan gedacht worden aan abortus en euthanasie maar ook aan in-vitrofertilisatie, therapeutisch gebruik van embryonale stamcellen enzovoort. Maar ook al heeft het Hof van Justitie de bijzondere aard van gezondheidszorg bij herhaling bevestigd, dat neemt niet weg dat gezondheidszorg onder het toepassingsgebied van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) valt (overweging 6). Meer bepaald zijn de Europese regels betreffende de werking van de interne markt en het vrij verkeer van goederen, personen en diensten van toepassing op de gezondheidszorg. De rechtsgrond van de richtlijn is om deze reden artikel 114 VWEU.

35. De richtlijn heeft een ruim toepassingsgebied. Dat geldt zowel wat het personele toepassingsgebied betreft (zie de definities van 'gezondheidswerker', 'zorgaanbieder' en 'patiënt' in art. 3, sub f, g en h) als het materiële toepassingsgebied. Gezondheidszorg wordt gedefinieerd als 'gezondheidsdiensten die door gezondheidswerkers aan patiënten worden verstrekt om de gezondheidstoestand van deze laatste te beoordelen, te behouden of te herstellen, waaronder begrepen het voorschrijven en het verstrekken van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen' (art. 3 sub a). Ook e-health (in de richtlijn e-gezondheid genoemd, zie art. 14) valt hieronder. De richtlijn is van toepassing op de verlening van gezondheidszorg aan patiënten, ongeacht de wijze van organisatie, verstrekking of financiering (art. 1 lid 2). Artikel 1 lid 3 sluit drie diensten van gezondheidszorg uit. Ten eerste, worden diensten op het gebied van langdurige zorg die tot doel hebben om hulpbehoevenden te ondersteunen bij de uitvoering van dagelijkse routinetaken uitgesloten. Hieruit vloeit voort dat de richtlijn niet van toepassing is op langdurige zorg die wordt verleend door thuiszorgdiensten, in zorgwoningen en in verzorgingstehuizen (overweging 14). Ten tweede is de richtlijn niet van toepassing op de toewijzing van en de toegang tot organen ten behoeve van transplantatie (zie verder). De derde dienst die wordt uitgesloten, zijn publieke vaccinatieprogramma's tegen infectieziekten, die uitsluitend bedoeld zijn ter bescherming van de gezondheid van de bevolking op het grondgebied van een lidstaat en waarvoor specifieke planings- en implementatiemaatregelen gelden, met uitzondering van hoofdstuk IV van de richtlijn dat de samenwerking tussen de lidstaten op het gebied van de gezondheidszorg regelt en dat wel van toepassing is op die vaccinatieprogramma's.

§2. *Non-discriminatie van patiënten op basis van nationaliteit*

36. De tweede uitsluiting (de toewijzing van en de toegang tot organen ten behoeve van transplantatie) is vanuit juridisch oogpunt de interessantste. Deze bepaling kwam niet voor in het voorstel van richtlijn en werd toegevoegd op verzoek van het Europees Parlement.³⁷ De toelichting bij de richtlijn zegt over deze uitsluiting: ‘wegens hun specifiek karakter dienen de toegang tot en de toewijzing van organen ten behoeve van transplantatie buiten het toepassingsgebied van deze richtlijn te vallen’ (overweging 15). Wat is er dan zo specifiek aan organen voor transplantatie? Daarover zwijgt de toelichting. Organen voor transplantatie zijn slechts beschikbaar voor zover levende of overleden donoren bereid zijn deze af te staan. Door deze afhankelijkheid van een derde onderscheidt orgaantransplantatie zich van de meeste andere medische behandelingen. In die zin is het juist te spreken van het ‘specifiek karakter’ van deze vorm van gezondheidszorg. Bovendien is het aanbod van organen altijd minder groot dan de vraag ernaar. In de meeste lidstaten bestaan er wachtlijsten om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. In de zaak Watts erkende het Hof van Justitie het gebruik van wachtlijsten als een legitiem instrument om schaarse zorg te verdelen.³⁸ Maar er bestaan niet alleen wachtlijsten voor orgaantransplantaties maar ook voor andere therapieën als hartchirurgie, orthopedische ingrepen enzovoort. De vraag waarom orgaantransplantaties werden uitgesloten uit de richtlijn is daarmee nog niet afdoende beantwoord. Het antwoord op die vraag brengt ons bij de essentie van de richtlijn, namelijk artikel 4 lid 3: ‘Het beginsel van non-discriminatie op grond van nationaliteit is van toepassing op patiënten uit andere lidstaten’. De rechtspraak van het Hof van Justitie waarnaar reeds werd verwezen, verbiedt lidstaten te verhinderen dat hun burgers in een andere lidstaat zorg zoeken en verplicht hen onder bepaalde voorwaarden die zorg te betalen. Zij legt geen verplichting op om patiënten afkomstig uit andere lidstaten gelijk te behandelen als de eigen onderdanen. Artikel 4 lid 3 van de richtlijn (en in lijn met art. 18 VWEU) gaat een grote stap verder en verbiedt de lidstaten patiënten op basis van hun nationaliteit te discrimineren. Indien de toewijzing van organen voor transplantatie onder de richtlijn zou vallen, zou dit betekenen dat lidstaten geen onderscheid mogen maken op basis van nationaliteit bij het toewijzen van organen via een wachtlijst. België doet dat wel. Artikel 13bis van de Belgische orgaantransplantatiewet bepaalt: ‘Om als kandidaat receptor te worden ingeschreven of erkend in een Belgisch transplantatiecentrum, moet elke persoon, hetzij de Belgische nationaliteit hebben of in België gedomicilieerd zijn sinds minstens zes maanden, hetzij de nationaliteit hebben van een staat die hetzelfde toewijzingsorganisme (lees: ‘Eurotransplant’ HN) voor organen deelt of sinds minstens 6 maanden in deze staat gedomicilieerd zijn’. Een dergelijke bepaling zou in strijd zijn met artikel 4 lid 3 van de richtlijn mocht de toewijzing van organen voor transplan-

37 Zie voor meer details H. NYS, ‘Organ transplantation and the proposed directive on cross border care’, *European Journal for Health Law* 2010 p. 427-431; H. NYS, ‘The exclusion of organ transplantation from the cross-border care directive: boundary or opportunity?’ in W. WEIMARE.a. (Eds), *Organ transplantation: ethical, legal and psychosocial aspects. Expanding the European platform*, Lengerich, Pabst Science Publishers, 2011, 142-147.

38 Hof van Justitie 16 mei 2006, *Jur.* 1-4325 (Watts).

tatie daar onder vallen. Nu dit niet het geval is, kan deze bepaling stand houden.

37. De toepassing van het non-discriminatiebeginsel zal op termijn leiden tot het naar elkaar toegroeien van de bescherming van de patiëntenrechten in de lidstaten. In een overweging bij het voorstel van richtlijn stond het volgende te lezen: ‘Omdat van tevoren niet bekend is of een bepaalde zorgaanbieder gezondheidszorg aan een patiënt uit een andere lidstaat of aan een patiënt uit zijn eigen lidstaat zal verlenen, moeten de voorschriften waarmee gewaarborgd wordt dat gezondheidszorg volgens gemeenschappelijke beginselen en duidelijke kwaliteits- en veiligheidsnormen wordt verleend, op alle soorten gezondheidszorg van toepassing zijn teneinde de vrijheid om grensoverschrijdende gezondheidszorg te verlenen en te ontvangen te verzekeren, hetgeen de doelstelling van deze richtlijn is’ (overweging 12). In de richtlijn zelf komt deze overweging niet meer voor, maar de erin verwoorde gedachte komt in de richtlijn nog tot uitdrukking. De consequenties van een correcte toepassing van het non-discriminatiebeginsel voor de dagelijkse zorg zijn nog niet goed te overzien. De tweede alinea van artikel 4 lid 3 geeft aan de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt de mogelijkheid maatregelen te nemen over de toegang tot behandeling in het kader van zijn wezenlijke taak die erin bestaat te zorgen voor een voldoende en permanente toegang tot gezondheidszorg op zijn grondgebied. Deze maatregelen moeten gerechtvaardigd worden door dwingende redenen van algemeen belang zoals eisen inzake planning waarmee wordt beoogd om een toereikende en permanente toegang tot een evenwichtig aanbod van hoogwaardige behandeling in de betrokken lidstaat te waarborgen of de wens de kosten in de hand te houden en elke verspilling van financiële, technische en menselijke middelen zo veel mogelijk te voorkomen. Bovendien moeten die maatregelen beperkt blijven tot hetgeen noodzakelijk en evenredig is; kunnen zij geen middel vormen tot willekeurige discriminatie en moeten zij vooraf openbaar worden gemaakt. In overweging 21 wordt de toepassing van het non-discriminatiebeginsel ook nog genuanceerd: ‘Deze richtlijn dient zorgaanbieders echter geenszins te verplichten patiënten uit andere lidstaten voor geplande behandelingen te aanvaarden of hen voorrang te geven ten koste van andere patiënten, bijv. door deze laatsten langer op een behandeling te doen wachten. De instroom van patiënten kan een vraag creëren die de beschikbare capaciteit voor een bepaalde behandeling in een lidstaat overstijgt. In dergelijke uitzonderlijke gevallen moet de betrokken lidstaat de mogelijkheid hebben de situatie om redenen van volksgezondheid te verhelpen overeenkomstig artikel 52 en 62 VWEU’.

§3. De individuele rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg

38. Behalve het recht op gelijke behandeling dat in de vorige paragraaf werd besproken, kent de richtlijn nog andere individuele rechten toe aan patiënten in het kader van grensoverschrijdende zorg. Alvorens deze rechten te bespreken past de volgende bemerking. In het opschrift van de richtlijn en ook in artikel 1 is sprake van ‘rechten van de patiënt’, maar voor het overige wordt die uit-

drukking niet meer gebruikt. Wel legt artikel 4 ‘verantwoordelijkheden’ op aan de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt. Artikel 2 sub d definieert de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt als volgt: ‘de lidstaat op het grondgebied waarvan de gezondheidszorg feitelijk aan de patiënt wordt verleend. In het geval van telegeneeskunde wordt de gezondheidszorg geacht te zijn verstrekt in de lidstaat waar de zorgaanbieder is gevestigd’. De verantwoordelijkheden die aan de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt worden opgelegd, zijn de rechten van de patiënt bekeken vanuit diens standpunt.

39. Artikel 4 lid 1 bepaalt dat grensoverschrijdende zorg wordt verleend ‘met inachtneming van de beginselen van universaliteit, toegang tot kwaliteitsvolle zorg, rechtvaardigheid en solidariteit’. Hier wordt verwezen naar ‘een geheel van in de hele Unie gedeelde gemeenschappelijke waarden en beginselen betreffende de manier waarop gezondheidsstelsels voorzien in de behoeften van de bevolking en van de patiënten die zij ten dienste staan. De lidstaten moeten daarom ook waarborgen dat deze waarden jegens patiënten en burgers uit andere lidstaten in acht worden genomen en dat alle patiënten een rechtvaardige behandeling krijgen op basis van hun zorgbehoeften en niet op basis van hun lidstaat van aansluiting.’³⁹ In overweging 5 wordt wel erkend ‘dat er grote verschillen zijn in de manieren waarop aan deze waarden en beginselen in de lidstaten gestalte wordt gegeven’. Artikel 4 lid 1 van de richtlijn bepaalt verder dat de grensoverschrijdende zorg wordt verleend ‘overeenkomstig de wetgeving van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt’ en dus niet overeenkomstig de wetgeving van de lidstaat waar de patiënt woonachtig is. Verder moet grensoverschrijdende zorg worden verleend overeenkomstig ‘de kwaliteits- en veiligheidsnormen en –richtsnoeren die door de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, zijn vastgesteld’. Hoewel van een verplichting tot opstelling van dergelijke richtsnoeren (nog) geen sprake is bevat overweging 22 toch een hint in deze richting waar wordt gesteld dat ‘er stelselmatig en permanent moet worden gewerkt aan verbetering van de kwaliteits- en veiligheidsnormen met inachtneming van de vooruitgang van de internationale medische wetenschap en de algemeen erkende goede medische praktijken alsook van nieuwe gezondheidstechnologieën’. Tot slot bepaalt artikel 4 lid 1 dat grensoverschrijdende gezondheidszorg wordt verleend overeenkomstig ‘de uniale wetgeving inzake veiligheidsnormen’. Welke normen hier precies zijn bedoeld wordt niet verduidelijkt in de overwegingen bij de richtlijn. Wellicht wordt vooral gedacht aan de veiligheidsnormen neergelegd in de Europese richtlijnen op het gebied van veiligheid van bloed, cellen, weefsels en organen.

40. Omdat grensoverschrijdende gezondheidszorg wordt verleend overeenkomstig de wetgeving van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt en de patiënt doorgaans niet op de hoogte zal zijn van die wetgeving, legt artikel 4 lid 2 aan de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt enkele verplichtingen op met de bedoeling patiënten die gebruikmaken van grensoverschrijdende zorg te informeren. Artikel 4 lid 2 sub a verplicht de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt om op hun verzoek ‘aan patiënten passende informatie te verstrekken over de in artikel 4 lid 1 vermelde kwaliteitsnormen en richtsnoeren met inbegrip van de bepalingen over toezicht op en beoordeling van zorgaanbie-

³⁹ Overweging 21 van de considerans.

ders, informatie over de vraag op welke zorgaanbieders deze normen en richtsnoeren van toepassing zijn, alsmede informatie over de toegankelijkheid van ziekenhuizen voor personen met handicaps'. De lidstaten moeten deze informatie niet zelf meedelen maar wel via door hen op te richten nationale contactpunten (zie art. 6). Deze informatieverplichting beoogt 'patiënten te helpen een weloverwogen keuze te maken wanneer zij in een andere lidstaat gezondheidszorg wensen te ontvangen'.⁴⁰ In de meeste EU-lidstaten bestaat er nog geen verplichting om aan patiënten informatie te verstrekken over de veiligheids- en kwaliteitsnormen die op hun grondgebied gelden noch is duidelijk op welke zorgaanbieders deze normen van toepassing zijn. Het zou in strijd zijn met het non-discriminatiebeginsel om op hun verzoek deze informatie te verstrekken aan patiënten die gebruik maken van grensoverschrijdende gezondheidszorg en niet aan de burgers van de betrokken lidstaat. De richtlijn heeft in dit opzicht niet alleen verstreckende gevolgen voor de grensoverschrijdende gezondheidszorg maar voor iedere vorm van gezondheidszorg.

41. Artikel 4 lid 2 sub b draagt de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt op er zorg voor te dragen dat zorgaanbieders relevante informatie verstrekken om individuele patiënten te helpen een weloverwogen keuze te maken, onder meer over mogelijke behandelingen, over de beschikbaarheid, de kwaliteit en de veiligheid van de gezondheidszorg die zij in de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, verlenen. Over het recht op voorlichting bij het geven van toestemming voor een behandeling (*informed consent*) heeft deze bepaling het niet met zoveel woorden. In dit verband kan worden verwezen naar het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie waaraan door het Verdrag van Lissabon dezelfde rechtskracht is gegeven als het Verdrag zelf.⁴¹ Artikel 3 lid 2 van het Handvest bepaalt dat in het kader van de geneeskunde en de biologie met name moet worden nageleefd het recht op vrije en geïnformeerde toestemming van de betrokkene, volgens de bij de wet bepaalde regels.

Verder bepaalt artikel 4 lid 2 sub b van de richtlijn dat de zorgaanbieders 'duidelijke facturen [moeten] opstellen en duidelijke informatie [moeten] verschaffen over de prijzen, alsmede over hun vergunnings- of registratiestatus, hun verzekeringsdekking of andere individuele of collectieve vormen van bescherming met betrekking tot de beroepsaansprakelijkheid'. Anders dan voor de in artikel 4 lid 2 sub a vermelde informatie moet hier niet worden gewacht op een verzoek van de patiënt. De informatie moet altijd worden gegeven, op initiatief van de zorgaanbieder. Niets belet echter de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt andere actoren dan zorgaanbieders, zoals verzekeringsaanbieders of overheden, te belasten met het verstrekken van de informatie over specifieke aspecten van de aangeboden gezondheidsdiensten, indien dit vanuit het oogpunt van de organisatie van het gezondheidszorgstelsel passender is (overweging 20). Artikel 6 lid 3 van de richtlijn werkt artikel 4 lid 2 sub b verder uit. Teneinde patiënten in staat te stellen om gebruik te maken van hun rechten op grensoverschrijdende gezondheidszorg verstrekken de nationale contactpunten in de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt informatie over de zorg-

⁴⁰ Overweging 20 van de considerans.

⁴¹ K. LENAERTS en P. VAN NUFFEL, *Europees Recht*, Antwerpen, Intersentia, 2011, 546.

aanbieders. Op verzoek van de patiënten betreft die informatie onder meer het recht van een specifieke zorgverlener om diensten te verlenen of mogelijke beperkingen ten aanzien van de uitoefening van zijn praktijk. Ook artikel 10 lid 4 is hier van groot belang. Het draagt de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt op informatie over het recht om hun beroep uit te oefenen van gezondheidswerkers die zijn ingeschreven in nationale of lokale registers op hun grondgebied op verzoek beschikbaar te maken voor de autoriteiten van andere lidstaten met het oog op grensoverschrijdende gezondheidszorg. Daarbij moet het recht op bescherming van het privéleven van de betrokken gezondheidswerker en het beginsel van vermoeden van onschuld worden gerespecteerd.

42. De slotzin van artikel 4 lid 2 sub b van de richtlijn bepaalt dat voor zover zorgaanbieders aan patiënten die wonen in de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, hierover al de nodige informatie verstrekken (zeker wat betreft de registratiestatus, de verzekeringsdekking en de bescherming met betrekking tot de beroepsaansprakelijkheid is dit lang niet altijd het geval), de richtlijn hen niet verplicht om patiënten uit andere lidstaten uitbreider voor te lichten.

43. Artikel 4 lid 2 sub c verplicht de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt er zorg voor te dragen dat transparante klachtenregelingen en mechanismen bestaan zodat patiënten overeenkomstig de wetgeving van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt over rechtsmiddelen beschikken ingeval zij schade ondervinden als gevolg van de ontvangen gezondheidszorg. De verplichting die wordt opgelegd door artikel 4 lid 2 sub d sluit hier direct op aan, namelijk dat lidstaten er zorg voor dragen dat voor de behandeling die op hun grondgebied plaatsvindt, er op de aard en de omvang van het risico afgestemde systemen van beroepsaansprakelijkheid, dan wel een waarborg of een soortgelijke regeling die gelijkwaardig is of met betrekking tot het doel in wezen vergelijkbaar is, beschikbaar zijn. Volgens overweging 23 is het garanderen van duidelijke gemeenschappelijke verplichtingen met betrekking tot het voorzien in mechanismen voor de omgang met schade als gevolg van gezondheidszorg essentieel om te voorkomen dat een gebrek aan vertrouwen in die mechanismen een belemmering voor de verbreiding van grensoverschrijdende gezondheidszorg gaat vormen. Overigens mogen stelsels ter dekking van schade in de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, de lidstaten niet beletten de dekking van hun binnenlandse stelsels uit te breiden tot patiënten uit hun land die zich in het buitenland willen laten behandelen wanneer dit geschikt is voor de patiënt. De mechanismen om patiënten te beschermen tegen schade en verhaal mogelijkheden ingeval van schade moeten zijn afgestemd op de aard en de omvang van het risico. De aard en de wijze van uitvoering van die mechanismen moeten echter door de lidstaat worden bepaald. De lidstaten beschikken nu over zeer uiteenlopende schadevergoedingstelsels, gaande van de klassieke aansprakelijkheid gebaseerd op fout tot de Scandinavische '*no blame*' vergoedingstelsels en het Franse en Belgische '*no fault*' vergoedingstelsel.

44. Vervolgens verplicht artikel 4 lid 2 sub e de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt er voor te zorgen dat het grondrecht op eerbiediging van het privéleven ten aanzien van de verwerking van persoonsgegevens overeenkomstig de nationale maatregelen tot omzetting van de uniale bepalingen inzake de bescherming van persoonsgegevens, in het bijzonder de richtlijnen 95/46/EG en

2002/58/EG, wordt beschermd. Overweging 25 geeft daar de volgende toelichting bij. Het recht op bescherming van persoonsgegevens is een grondrecht dat is vastgelegd in artikel 8 van het Handvest van de grondrechten van de EU. Om de continuïteit van grensoverschrijdende gezondheidszorg te kunnen waarborgen, moeten persoonsgegevens over de gezondheid van de patiënt worden doorgegeven. Deze persoonsgegevens moeten van de ene naar de andere lidstaat kunnen worden doorgegeven, maar tegelijkertijd moeten de grondrechten van personen worden gewaarborgd. Deze bescherming wordt verder uitgewerkt in artikel 4 lid 2 sub f van de richtlijn. Krachtens deze bepaling moet de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt er zorg voor dragen dat patiënten die een behandeling hebben ondergaan overeenkomstig de nationale maatregelen tot omzetting van de uniale bepalingen inzake de bescherming van persoonsgegevens recht hebben op een schriftelijk of elektronisch medisch dossier over die behandeling en ten minste toegang hebben tot een kopie van dit dossier teneinde te zorgen voor de continuïteit van de zorg. Een medisch dossier wordt in artikel 3 sub m van de richtlijn gedefinieerd als ‘alle documenten met gegevens, beoordelingen en informatie van enigerlei aard over de toestand en klinische ontwikkeling van een patiënt gedurende het zorgproces’. Of de persoonlijke notities van een zorgverlener ook deel uitmaken van het dossier is niet duidelijk. Evenmin is duidelijk waarom artikel 4 lid 2 sub f alleen maar spreekt over ‘toegang tot een kopie’ en niet over een recht op een kopie van het dossier.

45. Artikel 4 lid 4 verplicht de lidstaten er zorg voor te dragen dat zorgaanbieders op hun grondgebied voor patiënten van andere lidstaten dezelfde prijs-schaal hanteren als voor patiënten uit eigen land die zich in de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt in een vergelijkbare medische situatie bevinden of, indien er geen vergelijkbare prijs uit eigen land is, een prijs aanrekenen die berekend is volgens objectieve, niet-discriminerende criteria. Deze bepaling doet echter geen afbreuk aan nationale wetgeving op grond waarvan zorgaanbieders hun eigen prijzen kunnen bepalen, mits patiënten uit andere lidstaten niet worden gediscrimineerd.

46. Patiënten die gebruikmaken van grensoverschrijdende gezondheidszorg zijn vaak de taal van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt niet machtig. Artikel 4 lid 5 bepaalt dat de richtlijn de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen van de lidstaten betreffende het taalgebruik onverlet laat. De lidstaten kunnen er wel voor kiezen om informatie te verstrekken in andere dan de officiële talen van de betrokken lidstaat.

47. De richtlijn regelt niet alleen de verantwoordelijkheden van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt. Ook de verantwoordelijkheden van de lidstaat van aansluiting worden erin vastgelegd. De lidstaat van aansluiting is kort gezegd de lidstaat die bevoegd is om een patiënt de voorafgaande toestemming te verlenen om een passende behandeling te ondergaan buiten de lidstaat waar deze patiënt woonachtig is (zie voor details art. 3 sub c van de richtlijn). Deze verantwoordelijkheden zijn geregeld in artikel 5 en hebben bijna allemaal betrekking op het sociaal recht op gezondheidszorg. Daarom blijven ze hier buiten beschouwing. Artikel 5 sub d draagt de lidstaat van aansluiting op er zorg voor te dragen dat patiënten die grensoverschrijdende zorg wensen te ontvan-

gen of ontvangen op afstand toegang hebben tot, of ten minste een afschrift krijgen van, hun medisch dossier.

§4. Besluit

48. De rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg die door de richtlijn worden erkend, kunnen in het perspectief van een klassieke catalogus van patiëntenrechten, zoals die is te vinden in de wet patiëntenrechten als volgt worden samengevat. Een patiënt die gebruikmaakt van grensoverschrijdende gezondheidszorg heeft recht op kwaliteitsvolle en veilige zorg; op zijn verzoek recht op informatie over de kwaliteits- en veiligheidsnormen en op welke zorgverleners zij van toepassing zijn; recht op informatie om met kennis van zaken een keuze te maken; recht op informatie over de professionele deskundigheid en ervaring van de zorgverleners en mogelijke beperkingen aan het recht hun beroep uit te oefenen, hun verzekeringsdekking en bescherming in geval van beroepsaansprakelijkheid; recht op een transparante klachtenregeling en vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg; recht op bescherming van hun persoonsgegevens over hun gezondheid en recht op een medisch dossier en toegang tot een kopie ervan. Veel lidstaten, waaronder ook België, zullen bij de voorbereiding van de implementatie van de richtlijn tot de vaststelling komen dat zij deze rechten nog onvoldoende waarborgen voor hun eigen burgers. De richtlijn versterkt op deze manier niet alleen de rechtspositie van patiënten die gebruikmaken van grensoverschrijdende gezondheidszorg, maar van alle patiënten. De richtlijn levert aldus een niet te overschatten bijdrage aan de verdere versterking van de rechtspositie van alle patiënten in de EU.

Bibliografie medisch recht 2011 (selectie)

- I. BOONE en S. LIERMAN (eds), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen. Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010*, Antwerpen, Intersentia, 2011, 115p.
- M. DE BAUW, G. DECOCK., H. D'HANIS, V. JANSSENS, H. NYS, E. PEETERS, K. VANCORENLAN & J. VANDEMOORTELE, *Recht voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen*, 10^e herwerkte uitgave, Mechelen, Kluwer, 2011, 520 p.
- D. FORNACIARI, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg*, Brugge, die Keure, 2011, 315 p.
- T. GOFFIN, *De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts-patiëntrelatie*, Brugge, die Keure, 2011, 494 p.
- H. NYS, 'De ontwikkeling van het gezondheidsrecht in 2009, 2010 en 2011', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2011-2012, (in druk).
- H. NYS, *Recht en Bio-ethiek. Wegwijs voor mensen in de gezondheidszorg*, Leuven, LannooCampus, 2010, 277p.
- H. NYS, 'Overzicht van rechtspraak. Medisch recht 2005-2010', *T.P.R.* 2011, 671-740.

- H. NYS, 'Medical liability in Belgium' in B.A.KOCH (ed), *Medical liability in Europe. A comparison of selected jurisdictions*, Berlin, De Gruyter, 2011, 61-96 (Tort and Insurance Law Vol 29).
- H. NYS en S. CALLENS, *Medisch recht*, Brugge, die Keure, 2011, 106p.
- R. SAELENS en P. DE HERT, *De wet patiëntenrechten en de verwerking van gezondheidsgegevens*, Brussel, Politeia, 2010, 257 p.
- T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS, *Het patiëntendossier*, Antwerpen, Intersentia, 2011, 182 p.
- L. WOSTYN, *Het overmaken van medische gegevens na het overlijden van de patiënt*, Gent, Story Publishers, 2011, 126 p.