

---

# Le Médecin Spécialiste

---

Organe du Groupement des Unions  
Professionnelles Belges  
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS  
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof  
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles  
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

**N° 1 / JANVIER 2006**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

## ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE POUR 2006-2007

L'accord national médico-mutualiste pour 2006-2007 approuvé par la Commission nationale médico-mutualiste du 20 décembre 2005 a été publié au Moniteur belge le 23 janvier 2006.

Les médecins ont jusqu'au 22 février 2006 au plus tard pour signifier à l'INAMI, par lettre recommandée, leur refus d'adhérer à l'accord ou leur adhésion partielle à l'accord.

Une lettre type de refus d'adhésion à l'accord ou d'adhésion partielle est disponible sur notre website <http://www.vbs-gbs.org>. Un exemplaire de cette lettre type peut également être obtenu par téléphone (02/649.21.47) sur simple demande au secrétariat.

---

## CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE : ARTICLE 37 (17/12/2005)

- a) Le médecin s'emploie à prévenir toute forme d'assuétude. Il attire l'attention du patient notamment sur le mauvais usage et l'abus de substances qui peuvent conduire à une assuétude, et lui indique les risques d'une consommation de longue durée.
- b) Le médecin s'efforce d'aider les patients qui souffrent d'assuétude ou qui abusent de telles substances. Il opte pour une approche multifactorielle de la problématique, tant sur le plan physique, psychique que social.

Si le traitement du patient requiert une compétence que le médecin ne possède pas suffisamment, celui-ci fait appel à un confrère ou une équipe pluridisciplinaire qui en disposent.

Lors d'un traitement avec des médicaments de substitution, le médecin vérifie régulièrement si ceux-ci peuvent être diminués ou supprimés.

- c) Tout médecin qui prend en charge les assuétudés à l'aide de moyens de substitution doit être enregistré auprès d'un centre ou d'un réseau agréé pour l'accueil d'usagers de drogues ou auprès d'un centre spécialisé agréé à cette fin.

Le médecin est tenu de suivre une formation continue en la matière et de prendre part aux activités d'une des structures précitées.

Dans l'objectif d'une efficacité thérapeutique optimale, le médecin, avant d'initier un traitement à l'aide de médicaments de substitution, peut imposer au patient des conditions supplémentaires telles que l'enregistrement auprès de la commission médicale provinciale.

Si le médecin qui prescrit des médicaments de substitution estime qu'il y a des raisons de déroger au mode d'administration d'un médicament de substitution fixé par les dispositions légales (sous forme orale et sous contrôle quotidien), il est tenu de noter au dossier médical le mode dérogatoire de délivrance et d'administration ainsi que sa motivation.

- d) Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas à d'autres traitements médicalement justifiés et susceptibles d'induire une dépendance.

## NOMENCLATURE : MICROBIOLOGIE

**30 DECEMBRE 2005. - Arrêté royal modifiant les dispositions des articles 3, § 1er, A, II, 5/Microbiologie, 2/Urine, et B, et 24, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 18.01.2006)**

**Article 1er.** A l'article 3, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités sont apportées les modifications suivantes :

1° au A, II, 5/Microbiologie, 2/Urine, remplacé par l'arrêté royal du 9 décembre 1994, sont apportées les modifications suivantes :

a) la prestation 122511-122522 est supprimée;

b) dans le libellé de la prestation 122533-122544, les mots « (Règle de cumul 126) » sont ajoutés;

2° au B, remplacé par l'arrêté royal du 22 mars 1988 et modifié par les arrêtés royaux des 22 juillet 1988, 9 décembre 1994 et 1er juin 2001, sont apportées les modifications suivantes :

a) dans le libellé de la prestation 114096-114100, les mots « Classe 6 (Maximum 1) » sont remplacés par les mots « (Maximum 1) (Règle de cumul 126) Classe 6 »;

b) la prestation suivante est insérée après la prestation 114096-114100 :

« 114111-

Examen microscopique de l'urine au moyen d'une chambre de comptage de Fuchs-Rosenthal B 350

(Maximum 1) (Règle de cumul 126) Classe 15 »

c) dans la règle d'application qui suit la nouvelle prestation « 114111- », le numéro de prestation « 114111- » est inséré entre les numéros de prestation « 114096-114100 » et les mots « les médecins de médecine générale ».

**Art. 2.** A l'article 24, § 1er, de la même annexe, remplacé par l'arrêté royal du 9 décembre 1994 et modifié par les arrêtés royaux des 19 décembre 1994, 14 novembre 1995, 29 novembre 1996, 31 août 1998, 29 avril 1999, 16 juillet 2001, 26 mars 2003 et 22 avril 2003, la règle de cumul suivante est insérée dans la rubrique « Règles de cumul » après la règle de cumul 123 :

« 126

La prestation 114111- n'est pas cumulable avec les prestations 122533-122544 et 114096-114100. »

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

## NOMENCLATURE : ENLEVEMENT D'UNE PROTHESE MAMMAIRE

**21 DECEMBRE 2005. - Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les dispositions de l'article 14 c), II, 1., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 17.01.2006)**

**Article 1er.** A l'article 14 c), II, 1., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, remplacé par l'arrêté royal du 26 mars 2003, modifié par l'arrêté royal du 22 avril 2003 sont apportées les modifications suivantes :

1° à la suite de la prestation 251650 - 251661, il est inséré une prestation libellée comme suit :  
« 251591 - 251602

Enlèvement d'une prothèse mammaire, pour raison de complication documentée, par sein . . . .  
. K 50

2° dans la deuxième règle d'application qui suit la prestation 251591 - 251602, les mots « ou 251591 -251602 » sont insérés après le numéro 251613 - 251624.

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

## THE EUROPEAN SPECIALIST

J.A. GRUWEZ\* \*\*

### EUROPE – MUTUAL RECOGNITION

The European Union is an institutional framework for the construction of a United Europe. Since May 1, 2004, this construction has been enlarged to 25 countries and a population of 450 million. A comparison of the situation before the enlargement shows that the Europe of 15 already largely exceeded the U.S. and Japan populations. The gross domestic product in 2001 however was still lower than the Japanese and American G.D.P.

The percentage of the G.D.P. devoted to health-care is in Europe (8,9 %) slightly more than in Japan (7,8 %), but considerably lower than in the United States (13 %). The Public percentage of health expenditure per capita is much more important in Japan (78 %) and in Europe (73 %) than in the U.S. (44 %).

In 1975 the E.C. Directive 75/362 was issued, establishing freedom of migration for (u.m.) medical doctors and equivalence of certificates, diplomas and recognitions by the national competent authorities. The opening of borders and the mutual recognition of professional medical degrees necessarily led to the introduction of some European regulations with the aim of creating a certain degree of harmonisation.

### THE SPECIALITIES

However these regulations mentioned essentially nothing but the specialities that were recognised and the minimum length of training.

17 specialities are recognised in all member countries with a minimum training-length of 5 years (general surgery, orthopedics, neurosurgery, urology, plastic surgery, internal medicine), with a training-length of 4 years (OBGYN, respiratory medicine, neurology, psychiatry,

\* Prof. Emeritus K.U.L. – Former Chairman of Surgery, Academic Hospital, Leuven – Honorary President of the European Board of Surgery – Member of the Management Council UEMS.

\*\* Lecture delivered at the Euro China Centre for Business Cooperation in Brussels, on Friday 19 Augustus 2005.

histopathology, pediatrics, clinical radiology, oncology-radiotherapy), or with a training-length of 3 years (anesthesiology, ORL, ophtalmology). Further 35 specialities recognised in at least 2 member countries with training-lengths of 5, 4 and 3 years again.

Minimum 5 year training: cardiothoracic surgery, vascular surgery, pediatric surgery, gastro-enterological surgery, accident and emergency surgery, maxillo-facial surgery, neuropsychiatry. Minimum 4 year training: clinical biology, biological haematology, microbiology-bacteriology, chemical pathology, immunology, cardiology, gastro-enterology, rheumatology, general haematology, radiology, tropical medicine, child psychiatry, geriatrics, nephrology, infectious diseases, public health medicine, clinical pharmacology, occupational medicine, dental oral and maxillo-facial surgery, clinical neurophysiology, nuclear medicine. Minimum 3 year training: dermato-venereology, allergology, endocrinology, physiotherapy, stomatology, general haematology.

These minimal lengths of training were from the beginning very low in comparison to the standards of countries like Great-Britain, Belgium, Holland, Germany. The fact that, despite the intense efforts of the European Professional Organisation of Specialists (UEMS), of which we will speak later, the E.C. (European Community) did not follow the recommendations for actualisation of these figures, sufficiently proves that the Community (and the Council of Ministers) had little or no concern for the intrinsic quality of the training.

Table ... is not up to date, but it shows clearly the disparity in nationally recognised medical specialities in the European Countries. Obviously this is a major handicap for the harmonisation of specialised medicine in Europe.

### **EUROPEAN TRAINING SCHEMES**

Not only is there a difference in numbers of specialities in each country, or a difference in length of the training, but trainingschemes have different outlines. As an example we will comment on the Surgical Training Programmes.

The British scheme starts with 2 foundation-years after graduation as doctor, focusing on a broad range of clinical skills and interpersonal and management skills. They are followed by 2 basic surgical training-years during which the candidate specialist is familiarised with the generalities in Surgery and the basic surgical skills.

Next come years 1 to 3 of the Higher Surgical Training with continuous and end of year assessments, where level 1 of procedures (varicose veins and inguinal hernia) has to be reached, followed by year 4 to 6 of H. S. Tr. (Higher Surgical Training) and level 2 and 3 of procedures and again continuous and end of year assessments. A portfolio of satisfactory assessment of technical skills leads to the Certification of Completion of Specialist Training (C.C.S.T.). (Total of 10 years after graduation).

The French system implies a competitive entrance examination (Internat) at the end of Medical School (40 % get Internes des Hôpitaux) and the choice of a Speciality and the city where to train, according to the rank in the examination. The first part is a 3 year surgical residency training (= Commun Trunk = Diplôme des Etudes Spécialisées) leading to a Diploma in General Surgery. The 2<sup>nd</sup> part is again 3 years in an area of specialisation (Digestive – Orthopedic – Vascular Surgery, etc.) providing a Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires. Another year is needed before, at the end of 7 years, the title of "Ancient Chef de Clinique Assistant" is obtained, giving access to 2 possibilities:

1. Private practice
2. Academic career ( a "Diplôme d'Etudes Approfondies" is needed and obtained via a 2<sup>nd</sup> competitive examination).

The German System resulted from a reorganisation of the Training and of the Surgical Specialities in 2003, due to the efforts of the German Society of Surgery (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie) and the Berufsverband der Deutsche Chirurgen (BDC: German Surgeons Professional Association) and its President: the late Professor Jens Witte, also, at that time, President of the UEMS-Section of Surgery. 8 Surgical Specialities were recognised

and brought together in one Surgical Entity: 1) General, 2) Trauma and Orthopedic, 3) Vascular, 4) Thoracic, 5) Abdominal, 6) Plastic, 7) Pediatric and 8) Cardiac Surgery. After graduation the candidate enters a 2-year Common Trunk of Basic Surgery at the end of which a Voluntary Exam is possible. The 3<sup>rd</sup> year can be spent according to the preference of the candidate (eventually in a neighbouring speciality). Then follows the Subspeciality Specific Training during 4 years and a final Board Certifying Exam. The total length of the training is 7 years.

These examples sufficiently illustrate the specificity of each national system.

"In some countries postgraduate training is long and includes so much practical experience that it is possible to obtain a senior post in a hospital, or establish a private practice immediately after receiving a specialist diploma. In other countries a specialist diploma only makes the physician eligible for an intermediate post in a hospital." (Recommendations of the ACMT).

### **RESPONSIBLE AUTHORITY**

Here again we must experience differences. In many Southern Countries (France, Italy, Spain) the Medical Faculties are responsible for the postgraduate speciality training. In the Northern Countries the Profession plays a major role in the postgraduate education: the Royal Colleges in the U.K. and Ireland, the Professional Organisations in the Netherlands, Germany, and partly in Belgium.

In other countries, the Ministry of Health is responsible.

Besides the minimal European requirements there is thus a great disparity in selection, duration, the equation Basic / Higher Training, the core content, the assessments, the balance between theory and practice, the use of a logbook or a catalogue, etc, etc...

### **STATE OF TRANSITION**

On the other hand training in Europe can be regarded as in a state of transition.

The changes are driven by the changes in lifestyle, the ever increasing feminisation, more and more stringent requirements (reduction of learning curve just like for air-pilots), the quality expectations of the population, also through a number of regulations of the European Union like the Working Time Directive and the Court decision on the "on call" time, and evidently the considerable development of technology.

### **HARMONISATION**

40 years ago one of the aim of the UEMS was already to harmonise the criteria and the training in Europe. Despite great efforts this only partly succeeded. Reasons for this are:

1. The lack of concern of the individual member countries for adapting their systems and for avoiding national modifications that do not match with the European consensuses of the profession.
2. The insufficiency or even absence of European regulations beyond the simple definition of the length of the training, without reasonable concern for the content of it.

### **WORKING HOURS DIRECTIVE**

A word about the European Directive on Working hours (Dir. 93 / 104 E.C. 23 nov. 1993; modif. by Dir. 2000 / 34 / E.C. 22 june 2000) requiring a daily rest time of 11 hours - 1 rest day in 7 – a weekly working time of maximum 48 hours and allowing the possibility of working with reference-periods, and also about the point of view of the European Court of Justice that "time during which the employee is obliged to be present at the workplace" is to be considered as working time.

These regulations have been at the origin of difficulties everywhere, are taken seriously in some and much less in other countries, but are mostly considered as having a negative impact on the experience of the trainees. The authorities should at least provide means to exempt trainees from administrative and non-clinical assignments if they want to impose this reduction of working time.

### **CME, CPD, PEER REVIEW, QUALITY ASSURANCE and CONTROL**

15 years ago the quality concept, already popular in the industry invaded medicine. What was considered part of the ethical obligations in medical practice, namely lifelong learning, retraining, keeping abreast of development, had now to be proven and demonstrated to the authorities and the public. Belgium was among the earlier countries in Europe to follow this trend. A system was set up, on a voluntary basis, granting several smaller financial advantages to the "Accredited doctors". Each year a number of credits must be acquired by following courses or attending scientific activities. Membership of a local group for evaluation of medical practice (Loc's) where Peer review is performed on the own practice of medicine or surgery of the members is mandatory.

Similar Systems are currently applied in the different European countries. In some CME is compulsory and in some (e.g. Netherlands) the principle of Recertification every 5 or 7 years has been introduced. As already mentioned the UEMS and its European Accreditation Council for Continuing Medical Education play an increasingly important role, in close collaboration with the CME authorities of the different European countries, in assessing and securing the quality of CME on the European level.

### **UEMS - MANAGEMENT COUNCIL - SECTIONS - BOARDS.**

In 1958, one year after the treaty of Rome, medical specialists from the then 6 members countries of the European Economic Community (EEC) formed the UEMS (European Union of Medical Specialists). The UEMS created Specialist Sections in 1962 and European Specialty Boards in 1990-1991 (being the working groups of the Sections, to deal with the problems of training, continuing medical education and professional development, Peer-review and quality assessment). The UEMS is a professional specialist organisation on European level with the aim of defending the professional interests of European Medical Specialists. In its Management Council each national member organisation is represented by two delegates which elect an Executive Committee. Each of the currently 36 Speciality-Sections and Boards are equally composed of representatives of the different professional specialist organisations in each member-state. Some years ago the M.C. (Management Council) created Working Groups for Postgraduate Training, Relations with the Section, Relations with patients, Patient Care, CME and CPD, Specialist practice and the UEMS Website. During the last fifteen years several Charters and Position Papers have been issued by the UEMS which have served as benchmarks for European and national systems: the Charters on Postgraduate Training, on CME – CPD, on Quality Assurance, on Visitation of Training Centres, on Autonomy of Specialist Practice. Five Years ago the European Accreditation Council for CME (EACCME) was set-up, in line with one of the commitments of the UEMS which is to promote the free movement of Doctors in the EU.

This body ensures the recognition of CME activities at European and international levels and allows European Doctors to follow high-quality CME activities around the world. It is meant as a clearing-house providing a European approval for national or international CME – activities.

The UEMS is not an official body of the European administration. It is mainly acting by lobbying in the E.C. – circles and with the national authorities of the member states through its national delegates. The influence of the UEMS has steadily grown. Pierre Pouyaud, Honorary President of the UEMS, declared in 1983, at the 25<sup>th</sup> anniversary of the UEMS: "At the end of this quarter of a century I can state that the UEMS is the uncontested representative with the greatest audience of the medical specialists in the X countries." As of today, 22 years later, with many more member organisations from the 25 countries of the Union and a streamlined

structure, it is not presumptuous to qualify it as one of the strongest medical organisations in Europe.

## **THE RELATIONSHIP BETWEEN G.P.'S AND MEDICAL SPECIALISTS IN EUROPE AND BELGIUM**

One of the respects in which the health-care systems operating in EU member states differ is in term of the organisation of primary care. Nevertheless, to a certain extent, all EU countries have primary care with broadly similar characteristics: relatively good access, a generalist profile, continuity of care and multidisciplinary cooperation.

Significant points on which differences exist are the presence or absence of obligatory patient registration with a general practitioner and the gatekeeper role of primary care. Promoters of this latter system pretend that international comparative research has indicated that health-care systems that have a stronger primary care system are more effective and more efficient than those that do not.

Europe's health-care systems may be divided into two broad groups on the basis of the role played by the state in funding care. On the one hand the national health service systems, or "State systems", funded by taxation. Such states are Denmark, Finland, Italy, Greece, Portugal, Spain, the UK and Sweden. In the other systems health-care is treated as a form of social security and funded by contributions (or premiums). This is the case in Austria, Belgium, France, Ireland, Luxemburg and the Netherlands.

East European countries, where the Soviet System prevailed until 89, migrate to Social insurance systems at different speeds.

Two typical characteristics of the state systems (but also of the Dutch system) are the gatekeeping and the definition of the "first line".

Gatekeeping means that direct access to the specialist is not possible. The notion or definition of "first line" should be such that in Belgium f.e. it would encompass the more than 7000 extramural specialists who work outside the hospital and are directly accessible for the public.

The Belgian Health-care System is characterised by the free choice of doctor, freedom of therapy, fee for service and personalised medicine.

Inquiries organised by 2 Sickfunds indicated that:

1. more than 85% of the Belgian population requires free access to the specialist.
2. free access tot the specialist is not more expensive for the health-care system.

Scientific studies indicating the dangers of diagnostic delay in the gatekeeping system must be taken equally into account.

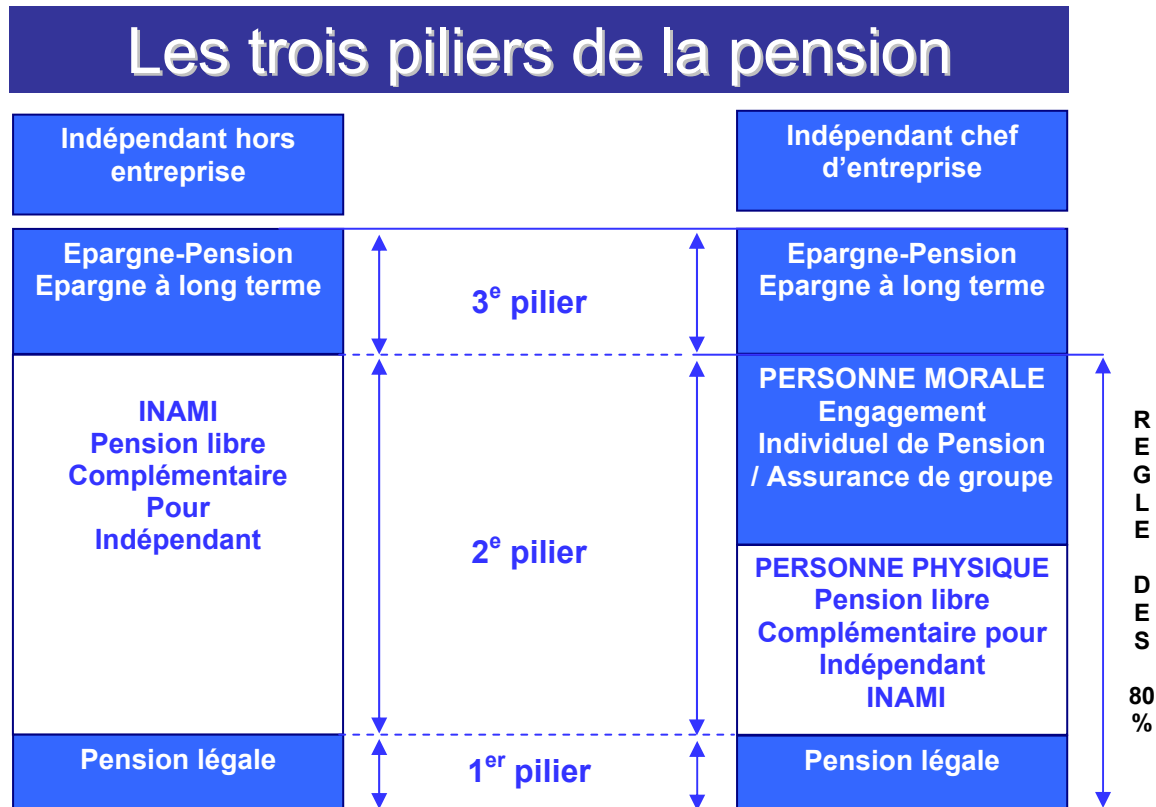
For all these reasons we Specialists, in Belgium, stand for an equal independent position of both the General Practitioner and the Specialist. We believe in a carefully thought out relationship between the G.P. and the Specialist, with mutual respect and a well developed briefing-debriefing system where the specialist expects an informative message from the G.P., if it concerns a referred patient, and where the specialist would provide a report to the G.P. of the patient, even if the patient has not been referred to him.

## **CONCLUSION**

Hopefully this realistic picture of a number of features of specialist medicine in Europe and Belgium indicates that reshaping the Old Continent with its numerous countries, regions, languages and deeply rooted customs is a gigantic task. Clearly Europe can not yet be compared to a uniform piece of cloth but is rather to be considered as a pleasant patchwork.

## Constitution de pensions complémentaires : possibilités fiscalement attractives pour les indépendants

### Les trois piliers de la pension



### Pension légale (1<sup>er</sup> pilier) : les chiffres !

Pension légale de retraite des indépendants

Pension « Isolé » :

Minimum = 767,51 € par mois (à partir du 01/12/2007)

Maximum = 864,59 € par mois

Pension « Ménage » :

Minimum = 949,45 € par mois (à partir du 01/12/2007)

Maximum = 1.080,75 € par mois

Afin de compléter la pension légale, le législateur a prévu des possibilités de pensions extra-légales fiscalement attractives. Des contrats d'assurances peuvent ainsi être souscrits dans le cadre du deuxième ou du troisième pilier.

## La pension extra-légale liée à l'activité professionnelle (2<sup>e</sup> pilier)

On retrouve sous ce deuxième pilier :

- La pension libre complémentaire pour indépendants
- Les cotisations personnelles versées à une caisse de prévoyance
- Les pensions constituées dans le cadre du régime INAMI
- Les « assurances groupe » (pour les indépendants travaillant en société)

### Pension Libre Complémentaire pour Indépendants (PLCI)

Jusqu'au 01/01/2004, la constitution d'une PLCI ne pouvait se faire que par le biais des secrétariats sociaux. A partir de cette date, le « marché » s'est libéralisé et s'est ouvert aux compagnies d'assurances. Il en est donc terminé du monopole des secrétariats sociaux et la voie est ainsi ouverte à la concurrence.

Il existe deux types de PLCI, la PLCI ordinaire et la PLCI sociale.

La *PLCI ordinaire* permet de déduire un montant équivalent à 8,17% du revenu professionnel avec un maximum de 2.487,20 € (plafonds 2005).

La *PLCI sociale* permet de déduire un montant équivalent à 9,40% du revenu professionnel avec un maximum de 2.861,65 € (plafonds 2005). Le contrat de PLCI sociale est assorti d'un volet « solidarité » financé par une cotisation de solidarité dont le minimum s'élève à 10% de la prime PLCI totale.

### **Les avantages**

La PLCI permet de se constituer une pension complémentaire sous la forme d'une assurance vie combinant un intérêt de base et un bonus.

Dans l'ordre des priorités fiscales, la PLCI occupe indéniablement (au même titre que les versements personnels à une caisse de prévoyance) la première place.

Elle cumule en effet plus d'avantages que les autres formules :

- Pas de taxe sur la prime
- La prime est déductible au même titre que vos cotisations sociales. Cette déduction a donc un effet double puisque vous réduisez à la fois votre imposable et par voie de conséquence vos cotisations sociales. La conjonction d'une déductibilité au taux marginal et de l'impact de celle-ci sur la base de calcul des cotisations se traduit en un **gain fiscal et social total de 50 à 70%** du montant de la prime.
- Une taxation au terme très favorable (sur la base d'une rente fictive).

Par ailleurs, les versements sont totalement libres. En principe, vous décidez vous-même de combien vous versez et de quand vous effectuez ce versement. En cas de versement, la cotisation doit toutefois s'élever au moins à 100€.

### Pension constituée dans le cadre du régime INAMI.

A l'heure actuelle, la pension constituée dans le cadre du régime INAMI prend la forme d'une PLCI sociale, vu que 10% du montant de l'intervention INAMI servent à alimenter un volet « solidarité ».

Pour les médecins conventionnés, cette formule constitue sans conteste l'option première. Quoi de moins cher en effet qu'un contrat gratuit ?

L'intervention de l'INAMI dépend du degré de conventionnement :

1.803,81 € pour un conventionnement partiel (montant 2004)

3.046,80 € pour un conventionnement total (montant 2004)

#### Pension constituée dans le cadre d'une société.

Qu'elle prenne la forme d'une « assurance de groupe » ou d'un « engagement individuel de pension », la pension constituée dans le cadre d'une société constitue aussi un moyen fiscalement attractif de se préparer une poire pour la soif.

Les primes de tels contrats sont en effet déductibles au titre de charges dans le chef de la société.

Attention !

Dès lors que l'activité est exercée sous la forme d'une société, il convient de tenir compte de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre du deuxième pilier (INAMI et PLCI) lors du calcul de la règle des 80%.

Cette règle permet de déterminer le capital maximum autorisé d'une « assurance de groupe » en fonction de différents critères : montant de la rémunération allouée au gérant par la société, pension légale estimée, carrière, situation familiale, autres pensions extra-légales existantes.

L'étude de la situation optimale d'un cas peut donc s'apparenter à un jeu de puzzle, surtout si l'on y ajoute la dimension « garanties en cas d'invalidité ».

#### **La pension extra-légale constituée individuellement (3<sup>e</sup> pilier)**

On retrouve sous ce troisième pilier :

- L'épargne pension
- L'épargne à long terme

L'épargne pension est immunisable jusqu'à concurrence de 800€ en 2006 à la suite des dernières mesures gouvernementales visant à favoriser la constitution de pensions extra-légales.

L'épargne à long terme est immunisable en fonction des revenus jusqu'à concurrence de 1.920€.

**Attention au mirage !** Cette dernière formule ne génère généralement plus d'avantage fiscal en cas de conclusion d'un prêt hypothécaire. Dans la majorité des cas, le plafonds de déductibilité sera en effet déjà atteint et dépassé par les amortissements du capital de votre emprunt.

Les différentes matières exposées ci-dessus répondent à des législations, des réglementations et des techniques d'assurance complexes.

Vous trouverez auprès des conseillers de notre courtier partenaire Gras Savoye Belgium écoute attentive et conseils avisés.

**Si vous désirez souscrire à un ou plusieurs de contrats d'assurance « pension complémentaire », n'hésitez pas à contacter**

Philippe BEX  
0478/33.56.54.  
philippe.bex@grassavoye.be

## REUNION SCIENTIFIQUE

### **GERIATRIC CLINICAL MANAGEMENT IN EUROPE** **Oostende – 16-18 February 2006**

The Belgian Society of Gerontology and Geriatrics is happy to welcome the Clinical Section of the International Association of Gerontology—European Region.

Being together with geriatricians from different European countries will create the opportunity to exchange our clinical experience, our ways of assessing the geriatric patients, our management skills and financing of care.

Each European country has a particular way to provide geriatric care and management. Exchange of knowledge, skills and management traditions in interactive working groups and expert lectures can improve your expertise and make the difference for your patients.

For more information and the preliminary program : [www.iag-er.org](http://www.iag-er.org)

## ANNONCES

- 04017\* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73
- 05010\* **CHERCHE** : tout matériel ophtalmo et optique anciens ainsi que vieilles lunettes et vieux verres pour le Rwanda. Tél. : 02/770.21.35.
- 05083 **LIEGE** : Le service d'ORTHOPEDIE du CHC souhaite engager au 01/09/2006 un chirurgien orthopédiste avec une orientation "membre supérieur". Merci d'adresser votre candidature au Dr S. Willems, 75 rue de Hesbaye à 4000 Liège.
- 05145 **MARCHE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche, pour son site de Marche, des médecins pour **ASSISTANCES OPÉRATOIRES ET PERMANENCES AU BLOC OPÉRATOIRE**. Envoyer candidature au Dr Jean-Emile DUBUC, tél. : 084/21.90.51, ou au Dr Jean RECHT, tél. : 084/21.90.54 – I.F.A.C., rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05148\* **A REMETTRE** patientèle de **GASTRO-ENTÉROLOGUE** + équipement complet d'endoscopie à Bruxelles. GSM : 0475/513.755.
- 05150\* **MARCHE**: L'IFAC (hôpitaux de Marche et Bastogne) recherche pour son site de Marche des médecins pour **ASSISTANCES OPERATOIRES ET PERMANENCES AU BLOC OPERATOIRE** (chirurgie viscérale, vasculaire et thoracique). Envoyer candidature au Dr Olivier DOCKX tél. 084/219052, au Dr Vlad ALEXANDRESCU tél. 084/219076 ou au Dr Christian NGONGANG tél. 084/219090 - IFAC, Rue du Vivier, 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05161 **A VENDRE** : Chirurgien vend instruments de chirurgie générale et vasculaire. Tél. : 04/252.67.13. Fax : 04/252.10.14.
- 05162 **FRANCE : CÈDE CABINET DE CARDIOLOGIE LIBÉRALE** à Nice dans cabinet de groupe de 7 cardiologues, plein centre de Nice. Pas de partage d'honoraires, ambiance excellente, dans des locaux magnifiques de 350m<sup>2</sup>, informatisation complète du cabinet. Plateau technique non invasif, récent, complet (echodoppler VIVID3, MAPA novacor, HOLTZER ELA). Possibilité d'ergométrie, d'ETO, d'écho de stress, activité hospitalière possible - Pas d'astreinte de garde. Horaires du lundi (stop 18 heures) au vendredi 11 heures. Charges réduites : 3300 euros par mois pour le fonctionnement en SCM. C.A. > 260.000 euros avec deux mois de vacances par an. Dont 40% de cardiologie d'assurances privées, activité en pleine expansion +15% par an (hors sécurité sociale française). PRIX INTERESSANT. NICE, c'est par exemple : ville de fac : lettres, droit, commerce, médecine, dentaire...; ski alpin le matin! (Isola 2000 et Auron : 1 h de route) - voile l'après-midi!; proche de Monaco et de l'Italie; aéroport international 2e de France; pluie 30 jours par an (non contractuel), soit environ 330 jours de soleil!!! Contacter Dr SCHWAL au 00.33.6.03.51.08.16 ou par e-mail : [g.schwal@wanadoo.fr](mailto:g.schwal@wanadoo.fr)
- 06001 **BRUXELLES** : Asbl Hôpital Français – César De Paepe parten. ULB recherche **DERMATO & NEURO**. Tél. Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou [b.dewachter@hfcdp.be](mailto:b.dewachter@hfcdp.be)
- 06002 **BRUXELLES** : Asbl Hôpital Français – César De Paepe parten. ULB recherche **URGENTISTES BMA** chevronnés. Tél. Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou [b.dewachter@hfcdp.be](mailto:b.dewachter@hfcdp.be)
- 06003 **BRUXELLES** : Asbl Hôpital Français – César De Paepe parten. ULB recherche **GASTRO-ENTERO** 6 à 8/10<sup>e</sup> prest. pr HF-CDP. CV + tél. Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou [b.dewachter@hfcdp.be](mailto:b.dewachter@hfcdp.be)
- 06004 **BRUXELLES** : Asbl Hôpital Français – César De Paepe parten. ULB recherche **RADIOLOGUE** ½ temps pour site HF. Contact et CV Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou [b.dewachter@hfcdp.be](mailto:b.dewachter@hfcdp.be)
- 06005 **BRUXELLES** : Labo Hôpital Français – César De Paepe site HF recherche **PERSONNEL** habilité pour **PRÉLÈVEMENTS**. Contact Dr Gausset au 02/506.72.42 ou 02/506.71.37.

- 06006 **JODOIGNE** : Le cabinet médical du Marché aux Chevaux cherche un(e) **MÉDECIN SPÉCIALISTE** pour se joindre à l'équipe (ORL et dermato déjà présents). Tél. soir 02/779.28.15.
- 06007 **FRANCE** : Clinique chirurgicale privée de Haute Normandie recherche un second **CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE**. Pas d'apport financier à prévoir. Contact: yves cleret au 00.33.2.35.95.95.00 ou directeur@clinique-cleret.fr.
- 06008 **BRUXELLES/ANDERLECHT** : **A VENDRE** maison unifamiliale + cabinet médical, 320m<sup>2</sup>, 4 arrhes, année de construction 1991, 450.000 euros, 0475.25.10.87.
- 06009 **BRUXELLES/ANDERLECHT** : cabinet médical **À LOUER** à temps plein ou partiel, collaboration avec un pédiatre possible, immeuble neuf et luxueux, possibilité de garage ou de salle d'archives, 0475.25.10.87.
- 06010 **FRANCE** : Le Centre hospitalier régional de Metz-Thionville recherche un **UROLOGUE** titulaire d'un diplôme CEE pour pourvoir un poste de praticien hospitalier temps plein vacant. Coordonnées et CV à adresser par mail : v.girot@chr-metz-thionville.rss.fr.
- 06012 **BRUXELLES** : Polyclinique 1060 Bruxelles (Saint-Gilles) cherche **RADIOLOGUE** spécialisé en écho doppler et sénologie. Importante patientèle. Tél. 0495/51.18.17.
- 06013 **BRUXELLES** : La Clinique Ste-Anne St-Remi (bd Graindor 66 à 1070 Anderlecht), une clinique dynamique de 258 lits (environ 1000 accouch./an) recherche **ADJOINT(E) EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE**. Envoi candidature, lettre de motivation et C.V. détaillé au Dr J.P. VAN WETTERE, Directeur Médical, e-mail: [jeanpaul.vanwettere@tristare.be](mailto:jeanpaul.vanwettere@tristare.be) . Rens. Dr P. BEFAHY, chef de service, 02.414.40.11, paul.befahy@tristare.be
- 06014 **NAMUROIS** : CHR 350 lits aigus région namuroise recrute un **GÉRIATRE** 8/10e temps pour son service de gériatrie (40 lits) à partir du 01/03/2006. Pour renseignements et conditions : Dr P. Janssens, Directeur Médical, CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie 75, 5060 Sambreville. Tél. : 071/26.53.80 ou par e-mail: paul.janssens@mail.chrvs.be
- 06015 **BRUXELLES** : Asbl Hôpital Français – César De Paepe recherche un **OPHTALMOLOGUE** pour ses deux sites. Tél. Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou b.dewachter@hfcdp.be
- 06016 **A VENDRE** : 2 cabinets ophtalmologiques très complets. Prière de téléphoner au n° 0475/27.33.43.
- 06017 **CHIMAY** : Laboratoire biologie clinique hôpital de Chimay cherche remplaçant **MÉDECIN OU PHARMACIEN BIOLOGISTE** pour remplacement semaine de carnaval du lundi 27 février au vendredi 3 mars 2006 inclus, la journée. Contacter le Dr Berchem au 060/218.741.
- 06018 **ANDERLECHT/BRUXELLES, À VENDRE** : maison familiale avec grand cabinet médical, 320m<sup>2</sup> - Année de construction : 1991 - matériaux luxueux - terrain 4 a - 450.000 euros - 0475/25.10.87 ou 02/520.09.85.
- 06019 **ANDERLECHT/BRUXELLES, À LOUER** : cabinet médical à temps plein ou partiel, dans un immeuble neuf et luxueux, possibilité de collaboration avec un pédiatre ayant une très grosse activité, possibilité de garage, 0475.25.10.87 ou 02.520.09.85.

## Table des matières

• Accord national médico-mutualiste pour 2006-2007 .....	1
• Code de déontologie médicale : article 37 (17/12/2005) .....	1
• Nomenclature : Microbiologie .....	2
• Nomenclature : Enlèvement d'une prothèse mammaire .....	3
• The European specialist .....	3
• Constitution de pensions complémentaires : possibilités fiscalement attractives pour les indépendants .....	8
• Réunion scientifique .....	11
• Annonces .....	11