

---

# De Geneesheer-Specialist

---

Orgaan van het Verbond der Belgische  
Beroepsverenigingen van  
Geneesheren-Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS  
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof  
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel  
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : [info@VBS-GBS.org](mailto:info@VBS-GBS.org)

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**N° 1 / JANUARI 2006**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

---

## **NATIONAAL AKKOORD GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN VOOR 2006-2007**

Het nationale akkoord geneesheren-ziekenfondsen voor 2006-2007 goedgekeurd door de Nationale Commissie Geneesheren-ziekenfondsen van 20 december 2005 werd op 23 januari 2006 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.

De geneesheren kunnen tot uiterlijk 22 februari 2006 per aangetekend schrijven hun weigering tot toetreding tot het akkoord of hun gedeeltelijke toetreding tot het akkoord kenbaar maken aan het Riziv.

Een modelbrief voor weigering tot toetreding tot het akkoord of voor gedeeltelijke toetreding is beschikbaar op onze website <http://www.vbs-gbs.org>. Een dergelijke modelbrief kan eveneens telefonisch aangevraagd worden aan het secretariaat 02/649.21.47.

---

## **CODE VAN GENEESKUNDIGE PLICHTENLEER- ARTIKEL 37 (17/12/2005)**

- a) De geneesheer zet zich in om elke vorm van afhankelijkheid te voorkomen. Hij wijst de patiënt onder meer op het verkeerd gebruik en het misbruik van substanties die tot afhankelijkheid kunnen leiden evenals op de risico's bij langdurig gebruik ervan.
- b) De geneesheer zet zich in om patiënten te helpen die afhankelijk zijn van dergelijke substanties of deze misbruiken. Hij opteert voor een multifactoriële benadering van de problematiek zowel op fysiek, psychisch als sociaal vlak.

Indien de behandeling van de patiënt een bekwaamheid vergt die de geneesheer onvoldoende bezit doet deze een beroep op een bevoegde collega of een bevoegd multidisciplinair team.

Bij een behandeling met vervangingsmiddelen zal de geneesheer op geregelde tijdstippen nagaan of deze kunnen worden afgebouwd of afgeschaft.

- c) Elke geneesheer die drugsverslaafden behandelt met vervangingsmiddelen dient geregistreerd te zijn bij een erkend centrum of netwerk voor de opvang van drugsverslaafden of bij een daartoe erkend gespecialiseerd centrum.

De geneesheer dient een continue opleiding in deze materie te volgen en deel te nemen aan de activiteiten van één van de hierboven vermelde structuren.

Met het oog op een optimale therapeutische efficiëntie staat het de arts vrij, voordat hij een behandeling met vervangingsmiddelen instelt, de patiënt bijkomende voorwaarden op te leggen, zoals de registratie bij de Provinciale Geneeskundige Commissie.

Indien de arts die vervangingsmiddelen voorschrijft, van oordeel is dat er redenen zijn om af te wijken van de wettelijk vastgelegde wijze van toediening van een vervangingsmiddel (oraal en onder dagelijks toezicht) is hij verplicht in het medisch dossier de afwijkende wijze van aflevering en toediening te noteren evenals de motivering ervan.

- d) De bepalingen van dit artikel gelden niet voor andere medisch verantwoorde behandelingen die afhankelijkheid kunnen meebrengen.

---

## NOMENCLATUUR : MICROBIOLOGIE

**30 DECEMBER 2005. - Koninklijk besluit tot wijziging van de bepalingen van de artikelen 3, § 1, A, II, 5/Microbiologie, 2/Urine, en B, en 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 18.01.2006)**

**Artikel 1.** In artikel 3, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In A, II, 5/Microbiologie, 2/Urine, vervangen bij het koninklijk besluit van 9 december 1994, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- a) de verstrekking 122511-122522 wordt geschrapt;
- b) aan de omschrijving van de verstrekking 122533-122544 worden de woorden « (Cumulregel 126) » toegevoegd;

2° In B, vervangen bij het koninklijk besluit van 22 maart 1988 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 juli 1988, 9 december 1994 en 1 juni 2001, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- a) in de omschrijving van de verstrekking 114096-114100 worden de woorden « Klasse 6 (Maximum 1) » vervangen door de woorden « (Maximum 1) (Cumulregel 126) Klasse 6 »;

- b) na de verstrekking 114096-114100 wordt de volgende verstrekking ingevoegd :  
« 114111-

Microscopisch onderzoek van urine met een telkamer van Fuchs-Rosenthal B 350  
(Maximum 1) (Cumulregel 126) Klasse 15 »

- c) in de toepassingsregel die volgt op de nieuwe verstrekking « 114111- » wordt het verstrekkingsnummer « 114111- » ingevoegd tussen de verstrekkingsnummers « 114096-114100 » en de woorden « mogen de algemeen geneeskundigen ».

**Art. 2.** In artikel 24, § 1, van dezelfde bijlage, vervangen bij het koninklijk besluit van 9 december 1994 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 19 december 1994, 14 november 1995, 29 november 1996, 31 augustus 1998, 29 april 1999, 16 juli 2001, 26 maart 2003 en 22 april 2003 wordt in de rubriek « Cumulregels » de volgende cumulregel ingevoegd na cumulregel 123 :

« 126

De verstrekking 114111- is niet cumuleerbaar met de verstrekkingen 122533-122544 en 114096-114100. »

**Art. 3.** Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

## NOMENCLATUUR : WEGNEMEN VAN EEN BORSTPROTHESE

**21 DECEMBER 2005. - Koninklijk besluit tot wijziging, betreffende de bepalingen van het artikel 14 c), II, 1., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 17.01.2006)**

**Artikel 1.** In artikel 14 c), II, 1., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vervangen bij het koninklijk besluit van 26 maart 2003, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 22 april 2003 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° na de verstrekking 251650 - 251661 wordt een verstrekking ingevoegd, luidende :

« 251591 - 251602

Wegnemen van een borstprothese, omwille van gedocumenteerde complicatie, per borst . . . . .  
K 50

2° in de tweede toepassingsregel die op de verstrekking 251591 - 251602 volgt, worden de woorden « of 251591 - 251602 » na het nummer 251613 - 251624 ingevoegd.

**Art. 2.** Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

## 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, histopathology, pediatrics, clinical radiology, oncology-radiotherapy), or with a training-length

\* 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.

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.

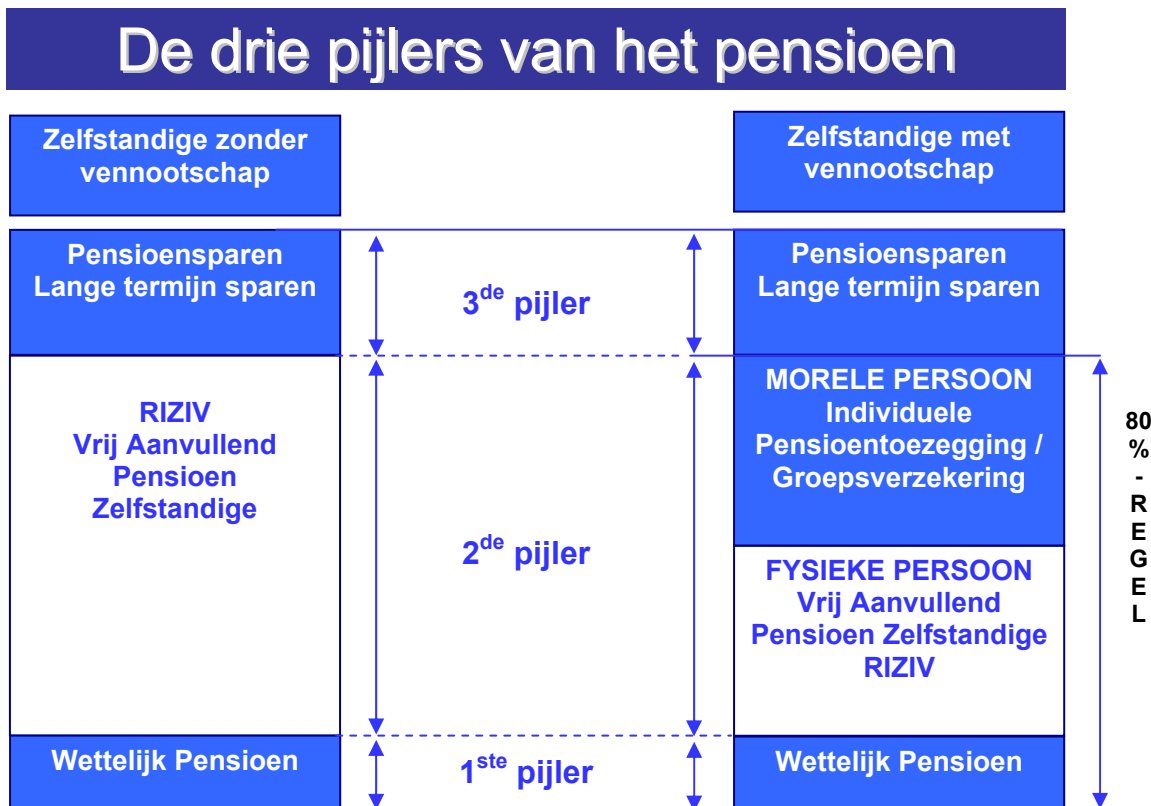
For all these reasons we Specialists, in Belgium, stand for an equal independent position of both the General Practitioner and the Specialist. We believe in a carefully thought out relationship between the G.P. and the Specialist, with mutual respect and a well developed briefing-debriefing system where 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.

## Opbouw van de aanvullende pensioenen : fiscaal aantrekkelijke opportuniteiten voor zelfstandigen

### De drie pijlers van het pensioen



### Wettelijke pensioen (1<sup>ste</sup> pijler) : de cijfers !

Wettelijk rustpensioen voor zelfstandigen

Pensioen « Alleenstaande » :

Minimum = 767,51 EUR per maand (vanaf 01/12/2007)

Maximum = 864,59 EUR per maand

Pensioen « Gezin » :

Minimum = 949,45 EUR per maand (vanaf 01/12/2007)

Maximum = 1.080,75 EUR per maand

Als aanvulling op het wettelijk pensioen heeft de wetgever extralegale mogelijkheden tot pensioenvorming voorzien die fiscaal aantrekkelijk zijn. Zo kan u een verzekeringscontract afsluiten in het kader van de tweede of de derde pijler.



## Het extralegaal pensioen met betrekking tot de beroepsactiviteiten (2<sup>de</sup> pijler)

Onder deze tweede pijler vinden wij :

- Het vrij aanvullend pensioen voor zelfstandigen
- De persoonlijke bijdragen die gestort worden aan een verzorgingskas
- De pensioenen opgebouwd in het kader van het RIZIV statuut
- De « groepsverzekeringen » (voor zelfstandigen die werken in een vennootschap)

### Vrij Aanvullend Pensioen voor Zelfstandigen (VAPZ)

Tot 01/01/2004 was de opbouw van een VAPZ slechts mogelijk door tussenkomst van een sociaal secretariaat. Vanaf die datum werd de « markt » geliberaliseerd en vrijgemaakt voor verzekeringsmaatschappijen. Gedaan dus met het monopolie van de sociale secretariaten en de weg lag open voor de concurrentie.

Er bestaan twee soorten VAPZ : het normale VAPZ en het sociale VAPZ.

Het *normale VAPZ* biedt de mogelijkheid een bedrag fiscaal in mindering te brengen dat gelijk is aan 8,17% van het beroepsinkomen met een maximum van 2.487,20 EUR (bedrag 2005).

Het *sociale VAPZ* biedt de mogelijkheid een bedrag fiscaal in mindering te brengen dat gelijk is aan 9,40% van het beroepsinkomen met een maximum van 2.861,65 EUR (bedrag 2005). Het sociale VAPZ contract is voorzien van een « solidariteitsluit » dat gefinancierd wordt door een solidariteitsbijdrage die minimum 10% moet bedragen van de totale VAPZ premie.

### **De voordelen**

Het VAPZ biedt de mogelijkheid een aanvullend pensioen op te bouwen in de vorm van een levensverzekering in combinatie met een basisrentevoet en een bonus.

In de volgorde van fiscale prioriteiten bezet het VAPZ onmiskenbaar de eerste plaats, met een zelfde hoedanigheid als de persoonlijke bijdragen aan een verzorgingskas.

Het VAPZ heeft immers meer voordelen dan de andere formules :

- Geen taksen op de premie
- De premie is fiscaal aftrekbaar zoals uw sociale bijdragen. Deze aftrek heeft dus een dubbel effect vermits tegelijkertijd uw belastbaar inkomen en bijgevolg uw sociale bijdragen verminderen. De combinatie van een aftrek tegen het marginaal tarief en het gevolg hiervan voor de berekening van de sociale bijdragen vertaalt zich in een **totale fiscale en sociale winst van 50 tot 70%** van de premie.
- Een zeer voordelige belasting op de vervaldag (op basis van een fictieve rente).

De stortingen zijn overigens vrij. U beslist in principe zelf hoeveel u wenst te storten en wanneer u deze storting wil uitvoeren. Het minimumbedrag bij iedere storting bedraagt 100 EUR.

### Pensioen opgebouwd in het kader van het RIZIV statuut

Vandaag de dag neemt het pensioen dat opgebouwd wordt in het kader van het RIZIV statuut, de vorm aan van een sociaal VAPZ, aangezien 10% van het bedrag van de RIZIV tegemoetkoming dient om een « solidariteitsluit » te financieren.

Voor de geconventioneerde geneesheren vormt deze formule onbetwistbaar de eerste keuze. Want wat kost er minder dan een gratis contract ?

De tegemoetkoming van het RIZIV hangt af van de mate waarin men de conventie volgt :

1.803,81 EUR voor arts die gedeeltelijk geconventioneerd is (bedrag 2004)

3.046,80 EUR voor een arts die volledig geconventioneerd is (bedrag 2004)

### Pensioen opgebouwd in het kader van een vennootschap.

Een pensioen dat opgebouwd wordt in het kader van een vennootschap kan de vorm aannemen van een « groepsverzekering » of van een « individuele pensioentoezegging » en is op die wijze een fiscaal aantrekkelijke manier om een appeltje voor de dorst te voorzien.

De premies van deze contracten zijn immers fiscaal aftrekbaar als kosten voor de vennootschap.

Opgelet !

Gegeven het feit dat de activiteit uitgeoefend wordt onder de vorm van een vennootschap, past het om rekening te houden met alle contracten die men afgesloten heeft in het kader van de tweede pijler (RIZIV en VAPZ) voor de berekening van de 80% regel.

Deze regel biedt ons de mogelijkheid om het maximaal toegestane kapitaal te bepalen van een « groepsverzekering » in functie van verschillende criteria : het bedrag van de bezoldiging dat toegekend wordt aan de bedrijfsleider, het geschatte wettelijk pensioen, de loopbaan, de gezinstoestand, andere bestaande extralegale pensioenen.

De studie voor de optimalisatie van een zaak kan dus op een puzzel lijken, vooral wanneer men er de dimensie « waarborgen in geval van invaliditeit » aan toevoegt.

### **Het extralegale pensioen dat men individueel opbouwt (3<sup>de</sup> pijler)**

Men vindt bij deze derde pijler :

- Het pensioensparen
- Het lange termijn sparen

Het pensioensparen is aftrekbaar **ten belope van 800 EUR** in 2006 ingevolge de recente maatregelen van de regering die tot doel hebben om de opbouw van extralegale pensioenen aan te moedigen.

Het lange termijn sparen is aftrekbaar ten belope van 1.920 EUR in functie van de inkomsten.

**Let op voor de zinsbegoocheling !** Deze laatste formule bezorgt ons in het algemeen geen fiscaal voordeel meer indien er al een hypothecaire lening is. In de meeste gevallen is het maximaal aftrekbare plafond immers bereikt en overschreden door de afschrijvingen van het kapitaal van uw lening.

De diverse materie die wij hiervoor hebben besproken is onderworpen aan ingewikkelde wetgeving, reglementeringen en verzekeringstechnieken.

U kan terecht bij de adviseurs van onze partner verzekeringsmakelaar Gras Savoye Belgium voor een luisterend oor en een bedachtzaam advies.

**Indien u één of meer verzekeringscontracten « aanvullend pensioen » wil afsluiten, aarzel dan niet contact op te nemen met**

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

---

## WETENSCHAPPELIJKE VERGADERING

### **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)

---

## AANKONDIGINGEN

- 04017\* **POLYVALENTE RADIOLOOG (US/Dopp, mamm, CT, MR)** verzorgt full-time uw vervanging (extra muros en ziekenhuis) in BRU, VL. BRAB., O. VL., Antw., evt. WVI. Tel. : 0486/06.59.73
- 04018\* **TWEETALIG RADIOLOOG** wenst vervangingen te verzorgen 5 halve dagen per week (conventionele RX, echo met Doppler, CT.scan), in vast of los samenwerkingsverband (privaatpraktijk of kliniek). Voorkeur Oost-Vl., West-Vl., Henegouwen, ook Antw. en Vl. Brabant. Georges PENNEMAN de BOSSCHEYDE – 056/75.33.88 – 0475/45.31.42 – [go.geo@skynet.be](mailto:go.geo@skynet.be).
- 05010\* **OOGHEELKUNDIGE ZOEKT** : al oud oftalmologisch en optisch materiaal evenals oude brillen en glazen voor Rwanda. Tel. : 02/770.21.35.
- 05104 **BRUGGE : ONCOLOGISCH CENTRUM** van het AZ St. Jan AV te Brugge zoekt **VRIJ ASSISTENT** met ingang van 1 oktober 2005 voor een periode van 4 tot 8 maanden (exacte duur en andere modaliteiten bespreekbaar). Geen weekend- of nachtwachten. Contact: Dr. Piet Van Kerkhove, tel 050/452806, e-mail [piet.vankerkhove@azbrugge.be](mailto:piet.vankerkhove@azbrugge.be) of Dr. Alain Bols, tel idem, e-mail [alain.bols@azbrugge.be](mailto:alain.bols@azbrugge.be)
- 05151\* **RADIOLOOG** biedt zijn diensten aan voor **VERVANGING** bij voorkeur in privaat praktijk tel. 059.506282 of gsm. 0473.677009 / 0477863830.
- 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, HOLTER 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

- 06007 **FRANCE** : Clinique chirurgicale privée de Haute Normandie recherche un second **CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE**. Pas d'apport financier à prévoir. Contact: yves cleret au 00.33.2.35.95.95.00 ou directeur@clinique-cleret.fr.
- 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.
- 06011 Fysioth.e.a.**ANTWERPEN**:woning en praktijkgebouw. Turnzaal en zwembad 0475/421158.
- 06012 **BRUSSEL** : Polikliniek 1060 Brussel (Sint-Gillis) zoekt een **RADIOLOOG** gespecialiseerd in echo-doppler en senologie. Belangrijk patiënteel. Tel. 0495/51.18.17.
- 06013 **BRUSSEL** : De Kliniek Ste-Anna St-Remi (Graindorlaan 66 te 1070 Brussel), een dynamisch ziekenhuis met 258 bedden (ongeveer 1000 bevallingen/jaar) werft een **ADJUNCT IN DE GYNAECOLOGIE-VERLOSKUNDE**. Gemotiveerde sollicitatiebrief met C.V. dient gestuurd te worden ter attentie van Dr J.-P. VAN WETTERE, Medisch Directeur (e-mail: [jeanpaul.vanwettere@tristare.be](mailto:jeanpaul.vanwettere@tristare.be)). Inlicht. Dr P. BEFAHY, diensthoofd, 02.414.40.11, paul.befahy@tristare.be

## Inhoudstafel

• Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen voor 2006-2007 .....	1
• Code van geneeskundige plichtenleer- artikel 37 (17/12/2005) .....	1
• Nomenclatuur : Microbiologie.....	2
• Nomenclatuur : Wegnemen van een borstprothese .....	3
• The European specialist .....	3
• Opbouw van de aanvullende pensioenen : fiscaal aantrekkelijke opportuniteiten voor zelfstandigen.....	8
• Wetenschappelijke vergadering .....	11
• Aankondigingen .....	11