

## MINISTÈRE DE LA PREVOYANCE SOCIALE

## Accord national médico-mutualiste du 28 décembre 1984

La Commission nationale médico-mutualiste réunie le 28 décembre 1984, sous la présidence du Dr. Jérôme Dejardin, a conclu l'accord suivant :

**A. Nomenclature :**

1. La nomenclature des prestations de santé à laquelle se réfère le présent accord est celle qui est annexée à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, modifié par l'arrêté royal du 14 novembre 1984.

Par ailleurs, le Conseil technique médical a élaboré, en date du 29 novembre 1984, une proposition tendant à modifier l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 susvisé en ses articles 18, § 1er E (radio-radiumthérapie), § 2, B, c) (médecine nucléaire *in vivo*), § 2, B, e) (médecine nucléaire *in vitro*) et 24, § 1er (Biologie clinique). Cette modification de nomenclature sera également mise en vigueur dans le cadre du présent accord sans que les parties puissent user du droit d'opposition, visé au point G, 3e alinéa du présent accord.

2. Modification des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1983 portant réduction de l'intervention personnelle du bénéficiaire pour les prestations 5706 à 5709, 5712, 5713, 5716, 5717 et 5723 à 5725, lorsque le médecin agréé au titre de spécialiste en rhumatologie ou de médecine physique ou de physiothérapie les a effectuées lui-même et qu'il le certifie sur l'attestation de soins donnés qu'il délivre à cette occasion : suppression du texte souligné qui constitue une répétition de l'exigence déjà énoncée par le texte précédent.

**B. Tarifs d'honoraires :**

1. Pour les prestations de médecine nucléaire *in vitro*, la valeur de la lettre-clé est réduite de 2 p.c. par rapport à la valeur en vigueur au 31 décembre 1984;

2. Pour les prestations de biologie clinique visées aux articles 3 et 24, à l'exception des prestations qui, dans la nomenclature, requièrent la qualification de médecin-spécialiste en anatomie-pathologique, la valeur de la lettre-clé est maintenue à la valeur en vigueur au 31 décembre 1984;

3. Pour les prestations de dialyse rénale effectuées en milieu hospitalier, la valeur de la lettre-clé est maintenue à la valeur en vigueur au 31 décembre 1984;

4. Pour les suppléments d'honoraires d'urgence pour les prestations de biologie clinique, donnant lieu à ces suppléments pendant la nuit, le week-end et les jours fériés, lorsque ces prestations sont effectuées soit par des médecins spécialistes en biologie clinique, soit par des médecins spécialistes dans d'autres disciplines, au titre de prestations connexes, la valeur de la lettre-clé est portée, pour 1985 à 41,2530 F.

5. Pour les prestations autres que celles visées au 1, 2, 3 et 4, la valeur de la lettre-clé est augmentée de 5 p.c. rapport à la valeur en vigueur au 31 décembre 1984.

**C. Conditions d'application de l'accord :**

1. Le nombre minimum d'heures d'activités exigé pour répondre aux conditions de l'accord est porté :

a) de 12 à 14 heures par semaine, en ce qui concerne les consultations au cabinet des médecins de médecine générale;

b) de 32 à 36 heures par semaine, en ce qui concerne les médecins spécialistes exerçant en tout ou en partie en milieu hospitalier.

2. Le plafond des revenus annuels brut, jusqu'auquel les taux d'honoraires et d'indemnités de déplacement prévus par le présent accord sont appliqués, est porté à :

— 1 500 000 F par ménage, augmentés de 50 000 F par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

— 1 000 000 F par titulaire, augmentés de 50 000 F par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

## MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

## Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 28 december 1984

De nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, die op 28 december 1984 heeft vergaderd onder het voorzitterschap van Dr. Jérôme Dejardin, heeft het volgende akkoord gesloten :

**A. Nomenclature :**

1. De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen waarnaar in dit akkoord wordt verwezen, is die welke gaat als bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gewijzigd door het koninklijk besluit van 14 november 1984.

Voorts heeft de Technische geneeskundige raad op 20 november 1984 een voorstel uitgewerkt, dat ertoe strekt artikel 18, § 1, E (radio- en radiumtherapie), § 2, B, c) (nucleaire geneeskunde *in vivo*) en § 2, B, e) (nucleaire geneeskunde *in vitro*) en artikel 24, § 1 (klinische biologie) van de bijlage bij voregenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 te wijzigen. Die nomenclatuurswijziging zal eveneens in het raam van dit akkoord in werking worden gebracht zonder dat de partijen gebruik kunnen maken van het recht van verzet dat is bedoeld onder punt G, derde lid, van dit akkoord.

2. Wijziging van de bepalingen van het koninklijk besluit van 29 april 1983 tot vaststelling van de vermindering van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende voor de verstrekkingen 5706 tot 5709, 5712, 5713, 5716, 5717 en 5723 tot 5725, wanneer de als specialist voor reumatologie, voor fysische geneeskunde of voor fysiotherapie erkende geneesheer ze zelf heeft verricht en hij het vermeldt op het *getuigschrift voor verstrekte hulp dat hij naar aanleiding daarvan uitrekt*: afschaffing van de onderlijnde tekst die een herhaling is van de eis die reeds in de vorige tekst is vermeld.

**B. Honorariumtarieven :**

1. Voor de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde *in vitro* wordt de waarde van de sleutelletter met 2 pct. verminderd ten opzichte van de op 31 december 1984 geldende waarde;

2. Voor de in de artikelen 3 en 24 bedoelde verstrekkingen inzake klinische biologie, met uitzondering van de verstrekkingen waarvoor, in de nomenclatuur, de bewaking van geneesheer, specialist voor pathologische anatomie, is vereist, wordt de waarde van de sleutelletter behouden op de waarde die geldt op 31 december 1984;

3. Voor de in een verpleeginrichting verrichte verstrekkingen inzake nierdialyse wordt de waarde van de sleutelletter behouden op de waarde die geldt op 31 december 1984;

4. Voor de bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen inzake klinische biologie die 's nachts tijdens het weekeind en op feestdagen recht geven op die bijkomende honoraria, wordt, wanneer die verstrekkingen worden verricht hetzij door geneesheren, specialisten voor klinische biologie, hetzij als verwante verstrekkingen door geneesheren, specialisten voor andere disciplines, de waarde van de sleutelletter voor 1985 op 41,2530 F gebracht;

5. Voor de andere dan de onder 1, 2, 3 en 4 bedoelde verstrekkingen wordt de waarde van de sleutelletter verhoogd met 5 pct. ten opzichte van de op 31 december 1984 geldende waarde.

**C. Voorwaarden waaronder het akkoord wordt toegepast :**

1. Het minimum aantal uren activiteit dat vereist is opdat de voorwaarde van het akkoord zijn vervuld, wordt :

a) van 12 op 14 uren per week gebracht voor de raadplegingen in de spreekkamer van de algemeen geneeskundigen;

b) van 32 op 36 uren per week gebracht voor de geneesheren-specialisten die volledig of gedeeltelijk in een verpleeginrichting praktiseren.

2. Het brutogrensbedrag van de jaarlijkse inkomsten tot hetwelk de in dit akkoord vastgestelde honorariabedragen en verplaatsingsvergoedingen worden toegepast, wordt gebracht op :

— 1 500 000 F per gezin, verhoogd met 50 000 F per persoon ten laste, als er slechts één gerechtigde is;

— 1 000 000 F per gerechtigde, verhoogd met 50 000 F per persoon ten laste, als er verscheidene gerechtigden zijn.

**D. Affichage :**

La Commission nationale médico-mutualiste rappelle l'obligation pour les médecins d'afficher — dans les salles d'attente des cabinets privés, ou, en ce qui concerne les institutions de soins dans les salles d'attente, ou dans le local de réception, ou dans le local d'inscription — les jours et heures de consultations auxquels ils se sont engagés à appliquer les tarifs de l'accord.

Les documents officiels réservés à cette information doivent être réclamés au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I.

**E. Enveloppe budgétaire pour la biologie clinique :**

1. A partir de 1985, les dépenses annuelles pour les prestations de biologie clinique — à savoir les prestations visées à l'article 3, à l'article 18 (médecine nucléaire in vitro) et à l'article 24 de la nomenclature — seront contenues dans une enveloppe budgétaire dont le volume est déterminé pour chaque exercice annuel, en appliquant au montant prévu pour l'exercice 1984 — soit 22 741,5 millions de francs, lié à l'indice à la consommation au 30 novembre 1983, — un coefficient de majoration correspondant à l'évolution de l'indice des prix à la consommation entre le 30 novembre 1983 et le 30 novembre de l'année précédant l'exercice considéré.

Ainsi pour l'exercice 1985, le montant de l'enveloppe s'établit à 22 741,5 millions de francs plus 5,309 p.c. (évolution de l'indice entre le 30 novembre 1983 et le 30 novembre 1984, 23 948,84 millions de francs.

2. En cas de dépassement du montant de l'enveloppe pour un exercice déterminé X, l'excédent de dépenses est récupéré par une réduction correspondante des tarifs des prestations de biologie clinique et du montant de l'enveloppe, applicables pour l'exercice suivant X + 1.

3. Si les dépenses sont inférieures au montant de l'enveloppe pour un exercice déterminé X, les tarifs des prestations de biologie clinique ainsi que l'enveloppe budgétaire sont majorés pour l'exercice suivant X + 1 d'un taux correspondant à la différence.

4. Les dispositions visées aux 2 et 3 pourront être réalisées par des réductions ou des majorations de tarifs soit uniformes, soit sélectives.

5. L'évaluation des dépenses pour une année déterminée X s'établit au plus tard le 15 novembre de l'année en cours X.

6. Pour tenir compte d'écart éventuels entre l'estimation sur la base de résultats partiels et les résultats globaux, un compte est établi pour chaque période annuelle X au plus tard le 15 novembre de l'année suivante X + 1.

Dans la mesure où la distorsion dépasse 1 p.c., une correction supplémentaire est apportée par des mesures de réduction ou de majoration des tarifs d'honoraires et du montant de l'enveloppe, portant sur l'année X + 2.

**F. Tiers payant :**

1. Le paiement direct par l'organisme assureur au prestataire de soins constitue une modalité de paiement inscrite dans l'accord, sous le vocable « tiers payant ».

2. Tout prestataire engagé peut opter pour ce mode de paiement par une notification adressée au service des soins de santé de l'I.N.A.M.I.

3. Cette adhésion au système de tiers payant prend cours le premier jour du 2<sup>e</sup> mois qui suit cette notification et au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du trimestre qui suit celui au cours duquel le présent accord entre en vigueur.

4. Le système de tiers payant couvre pour chaque prestataire qui y adhère, toutes les prestations concernées par l'engagement individuel, à l'exception des consultations et visites effectuées par les médecins de médecine générale.

5. L'adhésion au système du tiers payant peut être dénoncée par l'intéressé par une notification adressée avec préavis de 2 mois au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I.

Le tiers payant peut également être dénoncé par l'ensemble des organismes assureurs dans les cas d'irrégularités relevés par le Service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I. ou de non-respect des honoraires : la dénonciation prend cours à la date de la réunion de la Commission nationale médico-mutualiste au cours de laquelle elle a, soit été informée des constatations du Service du contrôle médical, soit constaté le non-respect des honoraires relevé par les organismes assureurs; dans les deux cas, si le quorum requis parmi les membres représentant le corps médical n'est pas atteint, la décision est confiée à l'arbitrage du président de la commission.

**D. Aanplakking :**

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen herinnert aan de verplichting voor de geneesheren om — in de wachtkamers van de privéspreekkamers of, wat de verzorgingsinrichtingen betreft, in de wachtkamers, in het ontvangstlokaal of in het inschrijvingslokaal — de raadplegingsdagen en -uren aan te plakken waarop zij zich ertoe verbonden hebben de tarieven van het akkoord toe te passen.

De officiële documenten welke voor die informatie zijn voorbehouden, moeten worden aangevraagd bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.

**E. Begrotingsenvelop voor de klinische biologie :**

1. Vanaf 1985 zijn de jaarlijkse uitgaven voor de verstrekkingen inzake klinische biologie — namelijk de verstrekkingen die zijn opgenomen in artikel 3, in artikel 18 (nucleaire geneeskunde in vitro) en in artikel 24 van de nomenclatuur — vervat in een begrotingsenvelop waarvan de omvang voor elk dienstjaar wordt vastgesteld door op het voor het dienstjaar 1984 vastgestelde bedrag — namelijk 22 741,5 miljoen frank, gekoppeld aan het indexcijfer der consumptieprijzen op 30 november 1983 — een verhogingscoëfficiënt toe te passen die overeenstemt met de evolutie van het indexcijfer der consumptieprijzen tussen 30 november 1983 en 30 november van het jaar vóór het beschouwde dienstjaar.

Zo belooft het bedrag van de envelop voor het dienstjaar 1985 22 741,5 miljoen frank plus 5,309 pct. (evolutie van het indexcijfer tussen 30 november 1983 en 30 november 1984) of 23 948,84 miljoen frank.

2. Ingeval het bedrag van de envelop voor een bepaald dienstjaar X wordt overschreden, wordt het teveel aan uitgaven gecompenseerd door een overeenstemmende vermindering van de tarieven van de verstrekkingen inzake klinische biologie en van het bedrag van de envelop, die van toepassing zijn voor het daaropvolgende dienstjaar X + 1.

3. Indien de uitgaven lager liggen dan het bedrag van de envelop voor een bepaald dienstjaar X, worden de tarieven van de verstrekkingen inzake klinische biologie en de begrotingsenvelop verhoogd voor het daaropvolgende dienstjaar X + 1 met een hoegroetheid die overeenstemt met het verschil.

4. De bedingen van 2 en 3 kunnen worden uitgevoerd door ofwel eenvormige ofwel selectieve tariefverminderingen of -verhogingen.

5. De evaluatie van de uitgaven voor een bepaald jaar X wordt uiterlijk op 15 november van het lopende jaar X opgemaakt.

6. Om rekening te houden met eventuele verschillen tussen de raming op grond van gedeeltelijke resultaten en de globale resultaten, wordt voor elke jaarlijkse periode X een rekening opgemaakt, uiterlijk op 15 november van het daaropvolgende jaar X + 1.

Indien het verschil meer dan 1 pct. bedraagt, wordt een bijkomende correctie aangebracht door maatregelen tot vermindering of verhoging van de honorariatarieven en van het bedrag van de envelop die betrekking hebben op het jaar X + 2.

**F. Derdebetalersregeling :**

1. De rechtstreekse betaling door de verzekeringsinstelling aan de verzorgingsverstrekker is een betalingswijze die in het akkoord is vermeld onder de benaming « derdebetalersregeling ».

2. Iedere verbonden verstrekker mag voor die betalingswijze opteren door een kennisgeving die aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. wordt geadresseerd.

3. Die toetreding tot de derdebetalersregeling gaat in de eerste dag van de tweede maand na die kennisgeving en op zijn vroegst de eerste dag van het kwartaal na dat waarin dit akkoord in werking treedt.

4. De derdebetalersregeling dekt voor iedere verstrekker die ertoe toetreedt, alle verstrekkingen waarop de individuele verbinten slaat, met uitzondering van de raadplegingen en bezoeken die door de algemeen geneeskundigen worden gehouden en uitgevoerd.

5. De toetreding tot de derdebetalersregeling kan door de betrokkene worden opgezegd door een kennisgeving die met een opzeggingsperiode van 2 maanden aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. wordt geadresseerd.

De derdebetalersregeling kan eveneens door alle verzekeringsinstellingen samen worden opgezegd in geval van onregelmatigheden die zijn vastgesteld door de Dienst voor geneeskundige controle van het R.I.Z.I.V. of in geval van niet naleven van de honoraria : de opzegging gaat in op de datum van de vergadering van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen waarin deze ofwel is ingelicht over de bevindingen van de Dienst voor geneeskundige controle, ofwel heeft vastgesteld dat de honoraria niet zijn nageleefd zoals door de verzekeringsinstellingen is opgemerkt; in beide gevallen wordt, als het vereiste quorum onder de leden die de geneesheren vertegenwoordigen, niet is bereikt, de beslissing toevertrouwd aan de arbitrage van de voorzitter van de commissie.

6. Les documents de facturation doivent être transmis à l'organisme assureur au plus tard dans un délai de trois mois suivant la date à laquelle les prestations ont été effectuées.

7. Le paiement est effectué au plus tard dans les deux mois qui suivent la transmission des documents de facturation à l'organisme assureur.

8. Dans la mesure où les documents de facturation ont été transmis dans les délais prévus au 6, le non-paiement dans les délais prévus au 7 donne droit à des intérêts moratoires dont le taux correspond au taux des crédits de caisse de la C.G.E.R. à la date d'expiration des délais de paiement. La charge de ces intérêts moratoires est imputée aux frais d'administration du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I., si le retard est dû à la transmission tardive des avances mensuelles visées à l'article 132 de la loi du 9 août 1963.

#### G. Durée de l'accord :

Le présent accord entre en vigueur au plus tôt le 1er janvier 1985.

Il vient à échéance au plus tôt le 31 décembre 1985; il est reconduit tacitement d'année en année, ou il peut faire l'objet d'un avenant conclu au plus tard le 30 novembre.

Le présent accord peut toutefois être dénoncé :

a) soit, par lettre motivée, recommandée à la poste, adressée au président de la Commission nationale médico-mutualiste par une des parties, avant le 30 novembre de chaque année pour l'année suivante. Une partie est valablement représentée lorsqu'elle réunit au moins six des membres qui la représentent;

b) soit par tout médecin qui renonce à reconduire les termes du présent accord; dans ce cas, il le fait savoir, par lettre recommandée adressée au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. avant le 30 novembre d'une année déterminée; cette renonciation prend cours le 1er janvier de l'année suivante.

Aucune modification de l'arrêté royal établissant la nomenclature des prestations de santé n'est opposable au médecin jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle il a accepté les termes du présent accord.

En l'absence de manifestation contraire de la volonté du médecin dans les trente jours qui suivent la publication d'une telle modification, celle-ci est toutefois considérée comme incluse dans les termes du présent accord.

#### H. Autres dispositions :

Les dispositions de l'accord national médico-mutualiste du 28 décembre 1983, non modifiées par le présent accord, restent en vigueur.

#### I. Statut social :

Les avantages sociaux prévus par l'arrêté royal du 31 mars 1983, prévus pour les médecins qui adhèrent aux conditions de l'Accord sont majorés de 3,24 p.c. par rapport aux valeurs en vigueur pour 1984.

La Commission nationale médico-mutualiste se réjouit de prendre acte de la décision des organisations représentatives du corps médical de recommander aux médecins concernés le respect à partir du 1er janvier 1985, des honoraires prévus par l'accord avant même la mise en vigueur de ce dernier.

F. 85 — 39

#### Accord national dento-mutualiste du 28 décembre 1984

La Commission nationale dento-mutualiste, réunie le 28 décembre 1984 sous la présidence du Dr. Jérôme Dejardin,

1. estimant qu'il convient de poursuivre la promotion des soins conservateurs amorcée par l'accord du 7 novembre 1983 arrivant à expiration le 31 décembre 1984;

2. constatant qu'un effort particulier doit permettre d'étendre la revalorisation des soins conservateurs à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance soins de santé;

3. estimant que cet effort peut, en 1985, s'étendre aux prestations dispensées aux bénéficiaires jusqu'à l'âge de 21 ans et, en 1986, à l'ensemble des bénéficiaires;

6. De facturingsdocumenten moeten aan de verzekeringsinstelling worden bezorgd uiterlijk binnen een termijn van drie maanden na de datum waarop de verstrekkingen zijn verricht.

7. De betaling geschiedt uiterlijk binnen twee maanden nadat de facturingsdocumenten aan de verzekeringsinstelling zijn bezorgd.

8. Voor zover de facturingsdocumenten binnen de onder punt 6 bepaalde termijn zijn bezorgd, geeft het niet betalen binnen de onder punt 7 bepaalde termijn recht op verwijntresten waarvan het percentage overeenstemt met het percentage van de kaskredieten van de A.S.L.K. op de datum waarop de betalingstermijnen verstrijken. Die verwijntresten worden aangerekend ten bezware van de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. indien de vertraging is toe te schrijven aan het niet tijdig overmaken van de maandelijks voorschotten die zijn bedoeld in artikel 132 van de wet van 9 augustus 1963.

#### G. Duur van het akkoord :

Dit akkoord treedt op zijn vroegst op 1 januari 1985 in werking.

Het verstrijkt op zijn vroegst op 31 december 1985; het wordt stilzwijgend verlengd van jaar tot jaar of er mag een wijzigingsclausule worden opgemaakt, die uiterlijk op 30 november wordt gesloten

Dit akkoord mag evenwel worden opgezegd :

a) ofwel met een ter post aangetekende gemotiveerde brief, gericht aan de voorzitter van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen door één van de partijen, vóór 30 november van elk jaar voor het volgende jaar. Een partij is deugdelijk vertegenwoordigd wanneer ze ten minste zes van de leden die haar vertegenwoordigen, groepeerd;

b) ofwel door ieder geneesheer die ervan afziet de bedingen van dit akkoord te verlengen; in dat geval meldt hij dat met een aangetekende brief, gericht aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. vóór 30 november van een bepaald jaar; die verzaaking gaat in op 1 januari van het daaropvolgend jaar.

Geen enkele wijziging van het koninklijk besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen kan tegen de geneesheer worden aangevoerd tot het einde van het jaar tijdens hetwelk hij de bedingen van dit akkoord heeft aanvaard.

Bij ontstentenis van andersluidende wilsuiving van de geneesheer binnen dertig dagen na de bekendmaking van een dergelijke wijziging, wordt deze evenwel geacht begrepen te zijn in de bedingen van dit akkoord.

#### H. Andere bedingen :

De bedingen van het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 28 december 1983 die niet zijn gewijzigd door dit akkoord, blijven gelden.

#### I. Sociaal statuut :

De sociale voordelen die in het koninklijk besluit van 31 maart 1983 zijn vastgesteld voor de geneesheren die toetreden tot de voorwaarden van het akkoord, worden met 3,24 pct. verhoogd ten opzichte van de voor 1984 geldende waarden.

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen neemt met genoegen akte van de beslissing van de representatieve artsenorganisatie om de betrokken geneesheren aan te bevelen de in het akkoord bepaalde honoraria van af 1 januari 1985 na te leven, nog vóór het akkoord in werking wordt gebracht.

N. 85 — 39

#### Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen van 28 december 1984

De Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, die op 28 december 1984 heeft vergaderd onder het voorzitterschap van Dr. Jérôme Dejardin,

1. heeft gemeend dat de bevordering van de conserverende verzorging, die is ingezet met het akkoord van 7 november 1983 dat verstrijkt op 31 december 1984, behoort te worden voortgezet;

2. heeft vastgesteld dat een bijzondere inspanning het mogelijk moet maken de herwaardering van de conserverende verzorging te veruimen tot alle rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

3. heeft gemeend dat die inspanning in 1985 mag worden uitgebreid tot de verstrekkingen aan de rechthebbenden tot de leeftijd van 21 jaar en in 1986 tot alle rechthebbenden;