
523

Besluit van 4 december 2003 tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering teneinde ziekenfondsen mogelijkheden te bieden om de doelmatigheid van de farmaceutische zorg te vergroten alsmede een daarmee samenhangende wijziging van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 januari 2003, Z/VU-2344351;

Gelet op artikel 8, derde lid, van de Ziekenfondswet en artikel 5 van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998;

De Raad van State gehoord (advies van 6 juni 2003, nr. W13.03.0010/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 november 2003, Z/VU-2434779;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel I

Het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering¹ wordt gewijzigd als volgt:

A

In artikel 2a, tweede lid, wordt «bij reglement» vervangen door: schriftelijk.

B

In artikel 8, eerste lid, onder i, wordt: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie» vervangen door: Z-index B.V.

C

Na artikel 9 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 9a

1. Het ziekenfonds kan schriftelijk vaststellen dat de bij hem ingeschreven verzekerden in afwijking van artikel 9, eerste lid, aanhef en onder a, slechts aanspraak hebben op aflevering van de door hem aangewezen geregistreerde geneesmiddelen.

2. De aanwijzing geschiedt zodanig dat de werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen, aangewezen ingevolge artikel 9, eerste lid, aanhef en onder a, voor de verzekerden beschikbaar zijn.

3. Een beperking van de aanspraak als bedoeld in het eerste lid is niet van toepassing voor zover behandeling met een aangewezen geneesmiddel voor een verzekerde medisch niet verantwoord is.

Artikel II

Het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden² wordt gewijzigd als volgt:

A

In artikel 6 wordt «in gevolge de Ziekenfondswet» vervangen door: in de zin van de Ziekenfondswet ingevolge de artikelen 9 en 11 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering.

B

Na artikel 6 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a

1. De overeenkomst van standaardverzekering kan inhouden dat de verzekerden, in afwijking van artikel 6, slechts aanspraak hebben op vergoeding van de door de ziektekostenverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen.

2. De aanwijzing geschiedt zodanig dat de werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen, aangewezen ingevolge artikel 9, eerste lid, aanhef en onder a, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering voor de verzekerden beschikbaar zijn.

3. Een beperking van de aanspraak als bedoeld in het eerste lid is niet van toepassing voor zover behandeling met een aangewezen geneesmiddel voor een verzekerde medisch niet verantwoord is.

¹ Stb. 1996, 63, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 27 oktober 2003, Stb. 452.

² Stb. 1986, 132, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 27 oktober 2003, Stb. 452.

Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in het bijvoegsel bij de Staatscourant van 13 januari 2004, nr. 7.

Artikel III

Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 4 december 2003

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

Uitgegeven de *achttiende* december 2003

De Minister van Justitie,
J. P. H. Donner

1. Algemeen

Het kabinetsbeleid is er al een aantal jaren op gericht om onderling concurrerende ziekenfondsen een leidende rol in de geneesmiddelenvoorziening te geven. De gedachte hierachter is dat een centraal sturende overheid met klassieke prijs- en kostenbeheersinginstrumenten minder goed in staat is om de stijgende kosten van de geneesmiddelenvoorziening te beheersen en de doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening te bevorderen dan de ziekenfondsen die rechtstreeks contact hebben met patiënten/verzekerden, artsen en apothekers. Om het ziekenfondsen mogelijk te maken de doelmatigheid in de geneesmiddelenverstrekking te vergroten, moeten belemmeringen worden afgeschaft en moeten zij de beschikking krijgen over adequate instrumenten. Sinds een aantal jaren wordt daartoe een uitgebreid programma van deregulering en instrumentering van ziekenfondsen uitgevoerd (Kamerstukken II 1999/2000, 24 124 en 24 036, nrs. 101, 111 en 24 124 en 28 008, nr. 112). Uitvoering van dit programma moet ertoe leiden dat de overheid, met inachtneming van haar verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg, steeds meer ruimte voor ziekenfondsen overlaat. Dat gaat niet van de ene dag op de andere. De kosten die gemoeid zijn met de geneesmiddelenvoorziening, kunnen met zich brengen dat de overheid tijdens dit proces nog diverse centrale maatregelen moet treffen.

Uiteindelijk moeten de belemmeringen voor de ziekenfondsen zodanig zijn weggenomen dat zij hun regierol ten volle waar kunnen maken. Dat betekent overigens niet dat de overheid vanwege haar verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg nooit meer een centrale maatregel zal nemen. Als besparingen met een centrale maatregel sneller te realiseren zijn, zal de overheid zonodig haar verantwoordelijkheid nemen. Een voorbeeld is de zogenoemde kortingen- en bonussenmaatregel die per 1 september 2003 van kracht is geworden (Kamerstukken II 2002/03, 28 600 XVI, nrs. 108 en 150). Op deze maatregel wordt verderop nog wat meer ingegaan.

Een van de in het dereguleringsprogramma voorgestelde maatregelen is flexibilisering van de aanspraak op farmaceutische hulp op grond van de Ziekenfondswet dan wel de vergoeding van de kosten daarvan op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz) 1998. Het kabinet heeft gemeend dat het gewenst is deze maatregel met het onderhavige besluit in te voeren. Het voornemen daartoe heeft het kabinet met zijn brief van 15 november 2002 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer de Staten-Generaal medegedeeld (Kamerstukken II 2002/03, 28 600 XVI, nr. 15).

Uitgangspunt is dat een flexibel omschreven aanspraak op farmaceutische zorg het ziekenfonds meer dan de bestaande nominatieve opsomming van alle geneesmiddelen waarop aanspraak bestaat, mogelijkheden biedt doelmatig farmaceutische hulp in te kopen.

De vormgeving van de ziekenfondsverstrekking farmaceutische hulp, zoals die tot nu toe bestond, belemmerde ziekenfondsen in hun mogelijkheden om meer doelmatigheid in de geneesmiddelenverstrekking te realiseren. Immers, tot nu toe bestaat in beginsel aanspraak op ieder geregistreerd geneesmiddel in al zijn verschijningsvormen dat met merknaam op een lange aansprakenlijst, te weten bijlage 1 van de Regeling farmaceutische hulp 1996 is vermeld; de voorschrijver bepaalt welk middel van de bijlage of werkzame stof hij voorschrijft, de afleveraar en de verzekerde bepalen binnen de mogelijkheden van het recept zelf welk geneesmiddel afgeleverd wordt. Hoewel ook in het tot nu toe bestaande systeem ziekenfondsen afspraken ter bevordering van de

doelmatigheid konden maken met voorschrijvers en afleveraars, bleek het moeilijk om laatstgenoemden daartoe te bewegen en waren er geen mogelijkheden om verzekerden daaraan te binden. Als bij wettelijk voorschrift precies geregeld is dat de verzekerde aanspraak heeft op verschillende onderling vervangbare geneesmiddelen, is er voor ziekenfondsen minder ruimte om lagere prijzen te bedingen of goedkoop in te kopen en valt er dus weinig te concurreren. Het probleem daarbij is ook dat het ziekenfonds geen afzetgarantie kan geven aan de leverancier. Immers, een fabrikant of apotheker zal alleen een lage inkoopprijs met het ziekenfonds willen afspreken als het ziekenfonds een bepaalde afzet wil garanderen. Dat kan een ziekenfonds niet garanderen als de verzekerde gewoon de «keuze» houdt uit alle geregistreerde geneesmiddelen. Daarom is besloten ziekenfondsen de ruimte te geven zelf de wettelijk geregelde verstrekking farmaceutische hulp nader te concretiseren. Dat is op zich niets nieuws, dat geldt bijvoorbeeld ook bij hulpmiddelen. Geregeld is op welke hulpmiddelen voor welke aandoening aanspraak bestaat. Het ziekenfonds maakt afspraken over bijvoorbeeld het merk hulpmiddel waarop zijn verzekerden aanspraak hebben.

Om ziekenfondsen de mogelijkheid te geven bepaalde farmaceutische zorg in te kopen, is met dit besluit aan het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering een bepaling toegevoegd op grond waarvan het ziekenfonds bevoegd is voor (een of meer) groepen van werkzame stoffen te besluiten dat zijn verzekerden niet langer de «keuze» hebben uit alle geneesmiddelen met die werkzame stof, maar slechts aanspraak hebben op het geregistreerde geneesmiddel dat of de geregistreerde geneesmiddelen die door het ziekenfonds zijn aangewezen.

Deze maatregel biedt het ziekenfonds de mogelijkheid om kostenbesparing te realiseren door zich actief met de inkoop via de prijsstelling of in de keuze van een preferent geneesmiddel bezig te houden. Het gaat om een mogelijkheid en niet om een verplichting voor de ziekenfondsen. Ziekenfondsen hoeven niet alle op dezelfde manier met de inkoop van geneesmiddelen om te gaan. Sommige ziekenfondsen zullen de inkoop van geneesmiddelen uitbesteden, terwijl andere ziekenfondsen de inkoop zelf ter hand zullen nemen. Per ziekenfonds kan voor meer of minder groepen van werkzame stoffen van de gegeven bevoegdheid gebruik worden gemaakt. Opgemerkt zij dat een aantal ziekenfondsen inmiddels al aanbestedingsprocedures in gang heeft gezet voor een aantal groepen van geneesmiddelen. De uitkomsten van die procedures kunnen tot uitdrukking komen in de medewerkerovereenkomsten tussen ziekenfondsen en apotheekhoudenden (aflevergedrag en het terugdringen van kortingen en bonussen) en tussen ziekenfondsen en voorschrijvers (voorschrijfgedrag).

Het is nadrukkelijk de bedoeling dat ziekenfondsen in onderlinge concurrentie trachten bij fabrikanten een lagere inkoopprijs voor geneesmiddelen te bedingen dan thans door apothekers wordt bedongen. Onderlinge prijsafspraken en andere importbelemmerende of afzetbemoedigende afspraken zijn op grond van de Mededingingswet in beginsel niet toegestaan. De Nederlandse Mededingingsautoriteit ziet daarop toe.

Het treffen van de onderhavige maatregel is naar de mening van het kabinet ook aangewezen vanwege een recente uitspraak van het Gerechtshof te Arnhem, rolnummer 2003/761 KG. Deze uitspraak betrof een initiatief van een ziekenfonds om, binnen de tot nu toe geldende regels, preferente middelen aan te wijzen die hij uitsluitend nog vergoedt aan de apothekers waarmee hij een overeenkomst heeft gesloten. Anders dan de voorzieningenrechter van de rechtbank te Arnhem in eerste aanleg vonniste, oordeelde het hof in hoger beroep dat ziekenfondsen een preferentiemaatregel niet kunnen invoeren zo lang de desbetreffende

apothekers daarmee niet instemmen Dit wordt anders, zo stelt het hof, indien overheidsmaatregelen zouden worden genomen die zorgverzekeraars een wettelijke basis bieden om specifieke middelen aan te wijzen die voor verstrekking en vergoeding in aanmerking komen.

De uitvoeringsgevolgen voor artsen, apothekers en verzekerden zijn beperkt. Het namelijk nu al uitgangspunt dat artsen zoveel mogelijk op stofnaam voorschrijven en dat apothekers het meest doelmatige middel afleveren. Daarom is ook in artikel 10, tweede lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering bepaald dat de verzekerde aanspraak heeft op één van de geneesmiddelen die de stof bevatten waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift. In de uitkomst van overleg zorgverzekeraar-apotheker is reeds enige jaren bepaald dat de apotheker het meest doelmatige product aflevert.

Een en ander betekent dat er ook nu al een beperking is in de keuze van het voorschrijven en afleveren van een geneesmiddel ten laste van de ziekenfondsverzekering. Dit geldt voor de arts, de apotheker en de verzekerde. Het zinnig omgaan met verzekeringsmiddelen houdt in dat niet zomaar alles verstrekt kan worden wat de verzekerde wil. Omgekeerd geldt evenwel dat een verzekerde aanspraak blijft houden op een ander dan door het ziekenfonds aangewezen geneesmiddel als het gebruik van het aangewezen geneesmiddel voor hem medisch onverantwoord is en de arts om die reden een ander geneesmiddel voorschrijft.

Ziekenfondsen zullen aan deze maatregel op een verantwoorde wijze uitvoering moeten geven. Daarbij hoort dat zij hun eigen verzekerden en de artsen en apothekers waarmee zij een overeenkomst hebben gesloten op een goede wijze informeren over de middelen die zijn aangewezen en welke procedure geldt indien gebruik gemaakt moet worden van de uitzondering. Ook moet aandacht besteed worden aan de handelwijze in spoedeisende situaties.

Door ziekenfondsen de mogelijkheid te geven zelf geneesmiddelen aan te wijzen waarop aanspraak staat, kunnen ziekenfondsen beter voldoen aan hun maatschappelijke verantwoordelijkheid om de kosten die gemoeid zijn met de ziekenfondsverzekering zo laag mogelijk te houden. Zij hebben daartoe ook een wettelijke plicht. Immers, op grond van artikel 38c van de Ziekenfondswet zijn ziekenfondsen gehouden de nodige maatregelen te treffen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven welke hoger dan noodzakelijk zijn. Als de ziekenfondsen van de nieuwe bevoegdheid gebruik maken, leidt dat tot lagere kosten voor de geneesmiddelenvoorziening en als gevolg daarvan tot een lagere nominale premie en een betere concurrentiepositie ten opzichte van andere ziekenfondsen. Voor apothekers betekent de maatregel dat hun mogelijkheden om op basis van eigen preferenties te bepalen welk geneesmiddel aan de verzekerde wordt afgeleverd, afnemen, en dat daarmee de winst die zij daarop maken, minder wordt.

Wat het effect van de maatregel precies zal zijn, is niet aan te geven. Dat hangt af van het aantal geneesmiddelen waarop de preferentiemaatregelen van toepassing kan zijn, de omzet van die middelen en het aantal ziekenfondsen dat van de maatregel gebruik zal maken.

De winst die apothekers maken, wordt ook afgeroomd door de hiervoor vermelde kortingen- en bonussenmaatregel. Die maatregel is complementair aan de onderhavige maatregel. Ook nu de kortingen- en bonussenmaatregel is ingevoerd, heeft het ziekenfonds belang bij het selecteren van een middel met een lagere prijs in de Taxe. Een voorbeeld: er zijn vier producten met dezelfde werkzame stof. De maximaal in rekening te brengen inkoopkosten op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg bedragen 60% van de hoogste in de Taxe vermelde prijs. Stel de inkoopprijs in de Taxe van het duurste middel bedraagt € 100 en van het goedkoopste € 40. De maximaal in rekening te brengen inkoop-

kosten zijn dan € 60. Voor het ziekenfonds is het dan nog steeds voordeliger om het goedkoopste middel van € 40 als preferent middel aan te wijzen.

Op grond van de Wtz 1998 bestaat voor verzekerden die een overeenkomst van standaardverzekering hebben gesloten, aanspraak op vergoeding van de kosten van farmaceutische hulp. Geregeld is dat de aanspraak niet de kosten omvat van farmaceutische hulp waarop ook ziekenfondsverzekerden geen aanspraak hebben. Ook wordt niet dat deel van de kosten vergoed dat ziekenfondsverzekerden als gevolg van het geneesmiddelenvergoedingssysteem als eigen bijdrage betalen. Gezien deze koppeling met de ziekenfonds-aanspraak, behoefde ook het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden aanpassing. Ook dit is met het onderhavige besluit geregeld.

Met de brief van 15 november 2002 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer en van 26 november 2002, Z/VU-2336373, aan de Voorzitter van de Eerste Kamer is voldaan aan artikel 33, derde lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998. Van laatstbedoelde brief is een afschrift gestuurd aan de Voorzitter van de Tweede Kamer (niet-dossierstukken vws0201397).

2. Artikelen

Artikel I

A

Zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, is er voor gekozen om niet meer voor te schrijven dat ziekenfondsen de eventuele nader te regelen voorwaarden in hun (privaatrechtelijke) reglement moeten regelen. Het is aan ziekenfondsen zelf om te bepalen hoe ze dat doen. Uiteraard kunnen zij nadere voorwaarden de verzekerde alleen tegenwerpen als zij deze duidelijk en expliciet aan de verzekerden tevoren bekend hebben gemaakt.

B

De taxe wordt niet meer uitgegeven door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie maar door de Z-index B.V. De bepaling is daarom aangepast.

C

Het nieuwe artikel 9a van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering geeft het ziekenfonds de bevoegdheid om voor groepen van werkzame stoffen de aanspraak ingevolge artikel 9, eerste lid, aanhef en onder a, terzijde te stellen en te bepalen dat de verzekerde slechts op aflevering van de door hem aangewezen geregistreerde geneesmiddelen aanspraak heeft (eerste lid). Doordat een verzekerde niet langer aanspraak heeft op alle geregistreerde producten met een bepaalde werkzame stof, maar op één of enkele van die producten, kan een ziekenfonds de verzekerde «binden» aan een goedkoper middel dat volledig gelijkwaardig is aan het duurdere specialité of generieke middel. Echter, elke verzekerde moet kunnen rekenen op een pakket dat dezelfde therapeutische breedte dekt. Met andere woorden, alle verzekerden, bij welk ziekenfonds ook ingeschreven, moeten bij dezelfde aandoening kunnen rekenen op farmaceutische hulp voor rekening van de ziekenfondsverzekering. Daarom is geregeld dat het ziekenfonds voor zijn verzekerden van elke werkzame stof ten minste één geregistreerd geneesmiddel moet aanwijzen.

Het ziekenfonds hoeft niet van artikel 9a gebruik te maken. In dat geval blijft gewoon bijlage 1 van de Regeling farmaceutische hulp 1996 van toepassing. Het ziekenfonds kan ook besluiten om voor een aantal groepen die op deze bijlage staan vermeld, gebruik te maken van de bevoegdheid van artikel 9a en voor de andere groepen niet. De formulering van het eerste lid van artikel 9a laat dat toe.

Ingevolge het derde lid geldt de beperking van de keuze niet jegens een verzekerde voor zover die beperking ten koste zou gaan van diens gezondheid; als het medisch niet verantwoord is de verzekerde slechts toegang te geven tot het aangewezen geneesmiddel, behoudt hij aanspraak op een ander geneesmiddel. Het gaat hier om een hoge uitzondering, slechts als het medisch onverantwoord is dat behandeld wordt met een door het ziekenfonds aangewezen geneesmiddel, bestaat aanspraak op een ander middel. Het ziekenfonds kan op grond van artikel 2a, tweede lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering bepalen dat de verzekerde in die situatie vooraf toestemming moet hebben van het ziekenfonds. Het ziekenfonds kan zo vooraf de medische noodzaak toetsen en tevens toetsen of het vervangende middel uit oogpunt van doelmatigheid aangewezen is. Dit is echter niet noodzakelijk. Het ziekenfonds kan ook met de voorschrijvers zodanige afspraken maken dat deze in voorkomend geval zelf vaststellen dat er een medische noodzaak is voor afwijking van de aangewezen middelen; in dat geval zal het ziekenfonds achteraf kunnen toetsen of de voorschrijver op goede gronden heeft geoordeeld dat een ander geneesmiddel noodzakelijk was.

Indien het ziekenfonds gebruik maakt van de bevoegdheid van artikel 9a, maar de aldus aangebrachte beperking in het aansprakenpakket leidt tot een behandeling die medisch niet verantwoord is te achten, herleeft voor die verzekerde in zoverre de aanspraak volgens het tot nu toe bestaande systeem; dan heeft de verzekerde aanspraak op een van de tot de desbetreffende groep van onderling vervangbare geneesmiddelen behorende geneesmiddelen, maar is dan ook een eventuele eigen bijdrage verschuldigd indien de prijs daarvan de limietvergoeding te boven gaat.

Artikel II

A

Artikel 6 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden regelt dat Wtz-verzekerden geen recht hebben op de vergoeding van farmaceutische zorg voor zover die niet onder het ziekenfondspakket valt. Deze bepaling ging uit van de situatie vóór de invoering van artikel 9a van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Zonder wijziging van artikel 6, zou niet duidelijk zijn wat de gevolgen zijn van aanwijzingen door de diverse ziekenfondsen voor de Wtz-verzekerden. Daarom is de bepaling zo gewijzigd dat duidelijk is dat het gaat om die farmaceutische zorg waarop ziekenfondsverzekerden ingevolge de artikel 9 en 11 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering geen aanspraak hebben. De kosten daarvan vallen in ieder geval niet onder de Wtz-vergoeding. Het gaat hier om de uiterste grenzen van de vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg.

De artikelen 9 en 11 van het Verstrekkingenbesluit particulier verzekerden zijn de bepalingen die de inhoud en de omvang van de aanspraak op farmaceutische zorg ingevolge de Ziekenfondswet regelen. Artikel 10 van dat besluit bevat een regeling die behoort tot de verantwoordelijkheid van de particuliere ziektekostenverzekeraars zelf.

In de tweede zin van artikel 6 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden wordt verwezen naar 11l van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. In die bepaling wordt de bijdrage in het kader van het geneesmiddelenvergoedingssysteem geregeld.

De artikelen 8, 11a tot en met 11k betreffen definities en criteria aan de hand waarvan de inhoud en omvang van het ziekenfondspakket wordt bepaald en de gvs-bijdrage wordt berekend. De beperking van de verwijzing tot de artikelen 9 en 11 in de eerste volzin en artikel 11l in de tweede volzin van het thans gewijzigde artikel 6 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden heeft derhalve niet tot effect dat de artikelen 8, 11a tot en met 11k van paragraaf 5 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering niet van toepassing zijn op het Wtz-pakket.

B

Met het nieuwe artikel 6a van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden is met betrekking tot het standaardpakket hetzelfde geregeld als bij de ziekenfondsverzekering. De in artikel 6 van dat besluit geregelde omvang van de vergoeding kan de ziektekostenverzekeraar met gebruikmaking van deze bepaling beperken tot de door hem aangewezen geneesmiddelen, binnen de grenzen van het tweede en derde lid van dit nieuwe artikel.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst