



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Farmaceutische zorg, Xifaxan® (Rifaximin)
Zaaknummer : 201600418
Zittingsdatum : 12 oktober 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 
- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand 2 sterren is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van het geneesmiddel Xifaxan® (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 24 februari 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 
- 3.4. Bij brief van 15 maart 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 september 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 7 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 11 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016090705) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen vanaf 1 juli 2016, omdat Xifaxan® vanaf deze datum is opgenomen in Bijlage 2 Rzv, en derhalve vanaf genoemde datum onder de dekking van de zorgverzekering valt. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoeker is op 12 oktober 2016 telefonisch gehoord. De ziektekostenverzekeraar was ten tijde van de hoorzitting telefonisch niet bereikbaar. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 14 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 oktober 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. Verzoeker is bekend met levercirrose. Sinds 2014 gebruikt hij hiervoor het geneesmiddel Xifaxan®. Dit geneesmiddel wordt echter niet meer vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker benadrukt dat als hij dit geneesmiddel niet meer gebruikt, dit zal leiden tot meerdere ziekenhuisopnames, zoals dit in het verleden ook het geval was. In 2013 is verzoeker elf keer opgenomen geweest. Er is weliswaar een alternatief voor Xifaxan®, maar dit middel biedt geen oplossing voor verzoeker, aangezien frequent gebruik ervan zal leiden tot doofheid en nierfunctiestoornissen.
-  4.2. De behandelend MDL-arts heeft bij brief van 7 december 2015 de ziektekostenverzekeraar dringend verzocht het geneesmiddel Xifaxan® aan verzoeker te vergoeden, omdat sprake is van een dwingende medische noodzaak voor het gebruik ervan. Bij brief van 21 december 2015 heeft de behandelend MDL-arts de ziektekostenverzekeraar nogmaals verzocht om vergoeding van het geneesmiddel Xifaxan®. De arts licht zijn verzoek als volgt toe:
*"De achtergrond hiervan is de volgende:
Bij patiënt is er sprake van een chronische, hepatische encephalopathie, waarbij regelmatig ziekenhuisopnames hebben plaats gevonden en nog verwacht worden gezien de slecht te behandelen metabole encephalopathie (ME) met de huidige middelen. De diagnose is klinisch gesteld. Er is veel aan gelegen, zowel vanuit het perspectief van patiënt en diens kwaliteit van leven als vanuit het kostenperspectief en het vermijden van ziekenhuisopnames, om de patiënt in de thuissituatie te behandelen. Rifaximine is uitvoerig onderzocht in dubbelblind gecontroleerde studies in de Verenigde Staten (VS), welke onder meer gepubliceerd zijn in The New England*

Journal of Medicine. Zowel in de VS (2010) alsook in Europa (2012) en eerder dit jaar in Nederland is rifaximine geregistreerd voor de chronische behandeling van hepatische encephalopathie (vermindering van de manifeste recidiverende episodes). De vergoedingsprocedure is in gang gezet.

Het frequent gebruikte alternatief:

Het geneesmiddel Neomycine is uitsluitend geïndiceerd voor kortdurende behandelingen, en heeft twee belangrijke neveneffecten, doofheid en nierfunctiestoornissen. Dit gezien er altijd enige resorptie van de Neomycine plaatsvindt, wat het middel ongeschikt maakt voor langdurige chronische behandeling.

Ten aanzien van de verwachten kosten:

We spreken hier over een behandeling tussen vandaag en het moment van definitieve therapie zoals bijvoorbeeld levertransplantatie, wat het bedrag voor u als zorgverzekeraar een te overziene kostenpost maakt. Ik kan op dit moment nog geen einddatum van de therapie geven. Wat wel gebleken is is dat patiënt voordat hij Rifaximin gebruikte 11 maal opgenomen heeft gelegen ivm hepatische encefalopathie, sinds hij het middel gebruikt (sinds 2014) nog slechts éénmaal.

Volledigheidshalve: uit ervaring met andere verzekeraars is dat in individuele, goed gemotiveerde gevallen zoals het onderhavige geval, de verzekering steeds tot volledige vergoeding is overgegaan. Ik hoop dat bovenstaand referentiekader u helpt bij het verder nemen van uw beslissing."

4.3. Verzoeker bevestigt dat het geneesmiddel Xifaxan® ten tijde van de aanvraag niet was opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (hierna: GVS). Echter, in bijzondere gevallen kunnen ook niet-geregistreerde geneesmiddelen worden vergoed, namelijk als een niet-geregistreerd geneesmiddel voor de patiënt de enige uitweg is en er geen ander gelijkwaardig geneesmiddel is dat wel is geregistreerd. Dit is bij verzoeker aan de orde. Als hij voornoemd geneesmiddel niet gebruikt, resulteert dit in meerdere ziekenhuisopnames, wat voor de ziektekostenverzekeraar meer kosten met zich brengt dan vergoeding van het geneesmiddel.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij leeft van een uitkering. Hij heeft de kosten van het geneesmiddel Xifaxan® enige tijd zelf moeten betalen. Daarom heeft hij hierover een klacht ingediend. Daarnaar gevraagd bevestigt verzoeker dat thans alleen de periode van 1 januari 2016 tot 14 april 2016 nog in geschil is.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Het middel Xifaxan® (werkzame stof: rifaximine) was vóór 1 juli 2014 niet in Nederland geregistreerd als geneesmiddel. De ziektekostenverzekeraar heeft vóór 1 juli 2014 aan verzekerden met een hepatische encefalopathie, die onvoldoende reageerden op lactulose, een machtiging verleend, omdat het om een zeldzame aandoening gaat (< 1 : 150.000). Vanaf 1 juli 2014 is het middel in Nederland geregistreerd. Echter, het was sindsdien met een "N" in het GVS opgenomen, wat inhoudt dat het niet mag worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzekerden, die voornoemd geneesmiddel reeds gebruikten, de kosten vergoed gedurende de looptijd van de verleende machtiging.

De aanvullende ziektekostenverzekeringen bieden dekking tot maximaal € 750,-- voor dit geneesmiddel bij voornoemde indicatie.

5.2. De ziektekostenverzekeraar houdt zich strikt aan zijn verzekeringsvoorwaarden, die zijn gebaseerd op de Zvw. Dit om rechtsongelijkheid te voorkomen. Indien aan verzoeker wordt tegemoet gekomen door een onverplichte vergoeding toe te kennen, kan de ziektekostenverzekeraar dit aan andere verzekerden in een gelijke situatie niet weigeren.

5.3. Sinds 14 april 2016 wordt Xifaxan® - na advies van het Zorginstituut - vergoed ten laste van de zorgverzekering indien het middel wordt gebruikt voor preventie van de derde en volgende episodes van manifeste hepatische encefalopathie bij patiënten van 18 jaar en ouder. Verzoeker voldoet aan

deze voorwaarde. Daarom heeft hij vanaf 14 april 2016 aanspraak op vergoeding van Xifaxan® ten laste van de zorgverzekering.

- 5.4. Aan verzoeker is op 11 september 2013 en 21 augustus 2014 een machtiging verleend voor het middel Xifaxan® voor de periode van 30 augustus 2013 tot 30 augustus 2014 respectievelijk 30 augustus 2014 tot 30 augustus 2015. Verzoeker is ten tijde van de machtiging van 21 augustus 2014 niet gewezen op het feit dat Xifaxan® per 1 juli 2014 niet meer ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed, en dat hij enkel tot het einde van de looptijd van de machtiging een vergoeding zou krijgen. Daarom is de ziektekostenverzekeraar alsnog bereid de kosten van Xifaxan® aan verzoeker te vergoeden over de periode van 1 september 2015 tot 1 januari 2016. Verzoeker kan hiertoe de betreffende nota's ter declaratie indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Voor de periode vanaf 1 januari 2016 had verzoeker een aanvullende ziektekostenverzekering kunnen afsluiten ter dekking van de kosten van Xifaxan®. Verzoeker is hierover op 16 en 18 december 2015 telefonisch geïnformeerd, en is geadviseerd over het afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering voor de vergoeding van de betreffende kosten. Bij brief van 5 januari 2016 is hij nogmaals hierop geattendeerd. Daarom is de ziektekostenverzekeraar niet bereid de onderhavige kosten te vergoeden over de periode van 1 januari 2016 tot 14 april 2016.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van het geneesmiddel Xifaxan® ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 5 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;

b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website.

Wij vergoeden de kosten van terhandstelling, advies en begeleiding van:

a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke

geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;

(...)

c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:

- geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
- geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

(...)"

- 8.4. Artikel 4 van het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2015' geeft de vergoedingsregels voor geregistreerde geneesmiddelen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"4.1 Vergoeding volgens wettelijk systeem

De overheid heeft een Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) vastgesteld. In het GVS staat welke geneesmiddelen wel en niet voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen en onder welke voorwaarden. Als geneesmiddelen (nog) niet in het GVS zijn opgenomen, vergoeden wij ze in principe niet, met uitzondering van het bepaalde in artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering. Daar staat in lid 1, sub b, onderdeel 3 dat u recht heeft op een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is, maar wel in een ander land. Voorwaarde hiervoor is dat u dit geneesmiddel nodig heeft voor een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners en waarvan de werking wetenschappelijk onderbouwd is.

(...)"

- 8.5. Artikel 5 van het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2015' geeft de vergoedingsregels voor niet-geregistreerde geneesmiddelen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"In een aantal gevallen heeft u ook aanspraak op en/of recht op vergoeding van niet-geregistreerde geneesmiddelen. Het gaat hierbij om geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die:

- *op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of*
- *in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling (artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet), binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners en waarvan de werking wetenschappelijk onderbouwd is.*

U heeft slechts aanspraak op vergoeding van deze geneesmiddelen, als er sprake is van rationele farmacotherapie en de behandeling met deze middelen voor u is aangewezen. Voor geïmporteerde, niet-geregistreerde geneesmiddelen dienen wij altijd vooraf toestemming te geven voor vergoeding. (...)"

- 8.6. Artikel 5 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 4 en 5 van het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2015' zijn volgens artikel 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 1 juli 2016 aan de commissie medegedeeld dat het middel Xifaxan® aan verzoeker is vergoed over de periode van 30 augustus 2013 tot 30 augustus 2014 en direct aansluitend daarop van 30 augustus 2014 tot 30 augustus 2015. Verzoeker heeft dit niet weersproken, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in voornoemde brief medegedeeld bereid te zijn de kosten van Xifaxan® uit coulance aan verzoeker te vergoeden over de periode van 1 september 2015 tot 1 januari 2016. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd de kosten van Xifaxan® vanaf 14 april 2016 aan verzoeker te vergoeden. Gezien het voorgaande stelt de commissie vast dat thans nog in geschil is of verzoeker over de periode van 1 januari 2016 tot 14 april 2016 aanspraak heeft op vergoeding van Xifaxan®.
- 9.2. Op grond van artikel 5 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op geregistreerde geneesmiddelen die door de Minister van VWS zijn aangewezen. Xifaxan® is - blijkens de stukken - vanaf 1 juli 2014 in Nederland geregistreerd. Zoals uit het advies van het Zorginstituut van 11 juli 2016 blijkt, is het middel eerst vanaf 1 juli 2016 door de Minister bij ministeriële regeling aangewezen. Verzoeker beroept zich erop dat niet-geregistreerde geneesmiddelen ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed. Wat hiervan ook zij, na 1 juli 2014 was Xifaxan® niet langer een niet-geregistreerd geneesmiddel, zodat hetgeen door verzoeker dienaangaande is gesteld, geen doel treft. Als geregistreerd en door de Minister van VWS aangewezen geneesmiddel bestaat eerst vanaf 1 juli 2016 aanspraak op vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 1 juli 2016 echter toegezegd de onderhavige kosten reeds vanaf 14 april 2016 te vergoeden. De commissie zal in deze beslissing niet treden. Gezien het bovenstaande heeft verzoeker over de periode van 1 januari 2016 tot 14 april 2016 geen aanspraak op het geneesmiddel Xifaxan®.

Overgangstermijn

- 9.3. De kosten van het geneesmiddel Xifaxan® zijn door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker vergoed van 30 augustus 2013 tot en met 30 augustus 2015. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 1 juli 2016 toegezegd aan verzoeker deze kosten ook over de periode van 1 september 2015 tot 1 januari 2016 te zullen vergoeden, omdat in de machtiging van 21 augustus 2014 niet was vermeld dat Xifaxan® per 1 juli 2014 niet meer ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed, en dat hij enkel tot het einde van de looptijd van de machtiging een vergoeding zou krijgen. De commissie ziet geen reden de ziektekostenverzekeraar te verplichten een langere overgangstermijn te hanteren.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar reeds heeft toegezegd de kosten van het middel Xifaxan® over de periode van 1 september 2015 tot 1 januari 2016 en vanaf 14 april 2016 aan verzoeker te zullen vergoeden.
- 9.5. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft besloten de kosten van Xifaxan® over de periode van 1 september 2015 tot 1 januari 2016 alsnog coulancehalve aan verzoeker te vergoeden, alsmede vanaf 14 april 2016 ten laste van de zorgverzekering, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 2 november 2016,

A.I.M. van Mierlo