

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F
Zaak : Farmaceutische zorg, Nebido®
Zaaknummer : 2010.02073
Zittingsdatum : 18 april 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P. Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering 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 in eerste instantie aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van het middel Nebido® voor het jaar 2010, ter hoogte van € 777,50. Door middel van de uitkeringspecificatie van 16 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het middel niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 7 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld alsnog eenmalig en coulanchehalve de helft van de kosten van het middel Nebido® voor het jaar 2010 – derhalve € 388,75 – te vergoeden.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten eenmalig en coulanchehalve ook de andere helft van de kosten van het middel Nebido® te vergoeden, zodat het middel voor het jaar 2010 volledig is vergoed.
- 3.5. Begin 2011 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van het middel Nebido® voor het jaar 2011, ter hoogte van € 464,80. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanspraak volledig ingewilligd.

- 3.6. Verzoeker heeft op 11 oktober 2011 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een aanvullende vergoeding ter zake van het middel Nebido® voor het jaar 2011, ter hoogte van € 466,28 (hierna: de aanspraak).
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker door middel van een uitkeringspecificatie en bij brief van 14 november 2011 medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.8. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien wederom bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.9. Bij brief van 2 januari 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het middel Nebido® ten bedrage van € 466,28, alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.10. 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.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 februari 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 maart 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 april 2012 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.13. Bij brief van 24 februari 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 februari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012025404) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat Nebido® niet is aangewezen door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en derhalve niet tot de verzekerde farmaceutische zorg behoort. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 28 maart 2012 aan partijen gezonden.
- 3.14. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 april 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.15. Bij brief van 19 april 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 24 april 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De huisarts heeft op 27 november 2002 bij verzoeker vastgesteld: *“hypogonado troop hypogonadisme o.b.v. een niet-functionerend macroadenoom van de hypofyse, op de MRI aanwijzingen voor neiging tot doorgroei in de sinus cavernosus rechts.*
- 4.2. Op 28 december 2002 heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging verleend voor behandeling in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (hierna: UZA), inhoudende dat de kosten van medicamenten en een eventuele operatie volledig worden vergoed.
- 4.3. De behandelend endocrinoloog heeft op 27 december 2010 het volgende vastgesteld: *“(…) hypofisaire deficiëntie, waarvoor ik hem Nebido® voorschrijf. Dit is substitietherapie van mannelijk hormoon. Het betreft een driemaandelijkse injectie intramusculair. Dit betekent een betere levenskwaliteit door een minder aantal injecties t.o.v. Sustanon® en ook minder piek-dal-effect (...)”.*
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in 2002 een machtiging verleend voor behandeling van de hersentumor in het UZA. Dankzij deze machtiging kon verzoeker worden behandeld met medicijnen, die ervoor hebben gezorgd dat de tumor is geslonken, zodat een operatie – volgens de Nederlandse medici destijds de enige mogelijke behandeling – niet nodig is.
- 4.5. In januari 2010 heeft de behandelend arts van het UZA voorgesteld om het geneesmiddel Sustanon® te vervangen door het geneesmiddel Nebido®. Dit middel heeft dezelfde werking, maar vanwege de driemaandelijkse toediening (in plaats van driewekelijks) verminderen de grote schommelingen in de hormoonspiegel drastisch. Omdat Nebido® bij de Nederlandse apotheek onbekend was, heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar de vergoeding hiervan. Hem is telefonisch medegedeeld dat Nebido® zou worden vergoed, en niet – zoals de ziektekostenverzekeraar thans stelt – dat alleen zou worden vergoed indien de apotheek rechtstreeks kon declareren.
- 4.6. Er zijn geen vergelijkbare geneesmiddelen. Sustanon® heeft dezelfde werking, maar veroorzaakt hoge schommelingen in de hormoonspiegel, hetgeen Nebido® niet doet. Dat Nebido® aanzienlijk duurder is dan Sustanon®, en dat verzekeraars de goedkoopste geneesmiddelen moeten vergoeden, wordt gecompenseerd omdat de echtgenote van verzoeker sinds het begin van de behandeling zorg draagt voor de injectering van Nebido®. Hiermee worden de kosten van consulten bij de huisarts bespaard. Verzoeker doet zijn uiterste best om de kosten van de behandeling zo laag mogelijk te houden.
- 4.7. De kosten van Nebido® voor het jaar 2010, ter hoogte van € 777,50, zijn uiteindelijk coulanchehalve en eenmalig zijn vergoed. De kosten voor de eerste maanden van het jaar 2011 ter hoogte van € 464,80 zijn door de ziektekostenverzekeraar direct vergoed. Niet valt in te zien waarom vergoeding van de in oktober 2011 gedeclareerde kosten wordt afgewezen.
- 4.8. In 2002 is een machtiging afgegeven voor behandeling bij het UZA. Bij deze machtiging waren de geneesmiddelen inbegrepen. De ziektekostenverzekeraar stelt zich nu op het standpunt dat bij de invoering van de Zvw sprake was van een nieuwe zorgverzekering en dat de eerder gemaakte afspraken daarmee zijn vervallen, doch zulks

is destijds niet medegedeeld en heeft verzoeker bovendien niet in de Zvw kunnen terugvinden. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar, na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, Nebido® voor de tweede keer volledig vergoed. Door die handelwijze is de indruk gewekt en bevestigd, dat Nebido® volledig wordt vergoed.

- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Nebido® is geen geregistreerd geneesmiddel in Nederland en komt om die reden niet voor vergoeding in aanmerking. Na een klachtbrief van verzoeker en bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, is de nota ter hoogte van € 777,50 uit coulance eenmalig en onverplicht vergoed. Verzoeker kan hieraan geen rechten ontleenen. Er zijn begin 2011 vier nota's van Nebido® gedeclareerd, afkomstig van een Belgische apotheek. Per abuis zijn deze vier nota's volledig vergoed. De ziektekostenverzekeraar vordert dit bedrag echter niet terug.
 - 5.2. Verzoeker heeft eerder medegedeeld dat hij vier ampullen Nebido® per jaar gebruikt. In oktober 2011 diende hij opnieuw een nota in van Nebido®. Deze nota komt niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
 - 5.3. Aan een coulancevergoeding en een onjuiste vergoeding kunnen geen rechten worden ontleend. Verzoeker is uitvoerig geïnformeerd over de afwijzing. Van onheuse bejegening is dan ook geen sprake. Na een groot aantal brieven waarin is medegedeeld dat Nebido® niet wordt vergoed, kan niet worden gesproken van gewekte verwachtingen. De tweede nota van de Belgische apotheek voor Nebido® ter grootte van € 466,28 komt niet voor vergoeding in aanmerking. Zolang dit middel in Nederland niet is geregistreerd als geneesmiddel, blijft de afwijzende beslissing gehandhaafd. Sustanon® is een geneesmiddel dat niet gemachtigd hoeft te worden omdat het is opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (hierna: GVS). Derhalve wordt Sustanon® wel vergoed ten laste van de zorgverzekering. Sustanon® is na 2006 niet meer is vergoed op basis van de eerdere machtiging.
 - 5.4. In 2002 is een machtiging verleend voor behandeling in het UZA, waarin duidelijk staat vermeld dat de machtiging alleen geldt voor de aangevraagde behandeling en de bijbehorende medicijnen. Deze kosten zijn volledig vergoed. Daarnaast wordt in het onderwerp van de machtiging duidelijk vermeld "behandeling buitenland". Op basis van deze informatie heeft de machtiging zijn geldigheid verloren op het moment dat verzoeker niet meer in het UZA werd behandeld. Bovendien heeft de afgegeven machtiging zijn geldigheid verloren op 1 januari 2006. Door de gewijzigde wet- en regelgeving zijn op dat moment namelijk een totaal nieuwe verzekeraar en verzekering ontstaan, en hierbij is de afgegeven machtiging niet overgenomen. Vanaf 1 januari 2006 is verzoeker op basis van de Zvw verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar.
 - 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 10 en van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de niet-vergoede kosten van het geneesmiddel Nebido® voor het jaar 2011, ter hoogte van € 466,28, alsnog volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 mixpolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van gecontracteerde zorg en van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 30. Geneesmiddelen (natura)

Omschrijving

Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers, die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Geregistreerde geneesmiddelen:

u hebt recht op levering van door de Minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze door ons zijn aangewezen (zie preferente geneesmiddelen). U vindt deze geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Preferente geneesmiddelen (voorkeursgeneesmiddelen):

wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als preferente geneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg [naam ziektekostenverzekeraar]. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof niet, hebt u aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u toch gebruik van niet-preferente geneesmiddelen, dan worden deze in principe niet vergoed. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het preferente middel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel. Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

(...)

Niet-geregistreerde geneesmiddelen:

u hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u ge-

schikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;*
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;*
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.*

Geleverd door

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

(...)

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 hebt u van ons voorafgaande toestemming nodig. De geneesmiddelen, waarvoor u toestemming nodig hebt, kunt u vinden in het Reglement farmaceutische zorg [naam ziektekostenverzekeraar]. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie wij een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wil inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor meer informatie voorin deze voorwaarden. (...)"

- 8.3. Artikel 30 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.6. Artikel 49 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft geneesmiddelen, en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdragen die volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die worden vergoed door de zorgverzekering.

Door

Apotheek of apotheehoudend huisarts.

Vergoeding

(...)

[naam ziektekostenverzekeraar] Classic

Maximaal € 200 per kalenderjaar

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Indien Nebido® een geregistreerd geneesmiddel is, dient te worden beoordeeld of het middel onderling vervangbaar is. Een zodanig geneesmiddel wordt alleen vergoed, indien het door de Minister van VWS is aangewezen. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking.
- 9.2. Als het middel niet is geregistreerd, dient te worden bekeken of sprake is van een zogenoemde ‘orphan drug’ – dit is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners – dan wel ‘magistrale receptuur’, dat wil zeggen een middel dat is bereid door een apotheker.
Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationele farmacotherapie.
- 9.3. Nebido® is niet door de Minister van VWS is aangewezen, en derhalve niet vermeld in Bijlage 1 Rzv. Het betreft hier geen geregistreerd niet-onderling vervangbaar geneesmiddel. Voornoemd middel kan voorts niet worden aangemerkt als een “orphan drug”, terwijl evenmin sprake is van magistrale bereiding, zoals bedoeld in artikel 30 van de zorgverzekering. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van het middel ten laste van de zorgverzekering.

Gewekt vertrouwen

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in 2002 een machtiging verstrekt voor behandeling in het UZA. Hierbij waren de medicijnen inbegrepen. Verzoeker heeft tot 2010 het middel Sustanon® gebruikt. Dit middel is tot 2006 op basis van de afgegeven machtiging vergoed. Na 2006 is Sustanon® vergoed ten laste van de zorgverzekering, aangezien het is opgenomen in het GVS. Door verzoeker is gesteld dat hij na 2006 het middel Sustanon® op voorschrift van de arts van het UZA is blijven gebruiken en dat de kosten steeds op dezelfde wijze zijn gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft het middel telkens vergoed. Het komt de commissie niet onbegrijpelijk voor dat bij verzoeker de indruk is ontstaan dat de afgegeven machtiging ook na 2006 zijn gelding heeft behouden. Feit is voorts dat de machtiging betrekking had op de behandeling bij het UZA. Nu van een doorlopende behandeling bij het UZA sprake is,

kan verzoeker niet worden tegengeworpen dat de machtiging met de invoering van de Zvw op 1 januari 2006 is vervallen. Zulks is verzoeker immers niet medegedeeld, en het is ook niet af te leiden uit het handelen van de ziektekostenverzekeraar na 1 januari 2006. Met name is een door verzoeker gedeclareerde nota van het middel Nebido®, afkomstig van een Belgische apotheek, direct vergoed. Hoewel de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat deze vergoeding per abuis is geschied, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar hiermee het vertrouwen heeft gewekt dat het middel al dan niet op grond van de afgegeven machtiging voor vergoeding in aanmerking komt. In zodanig geval is, bij stopzetting van de vergoeding, een overgangsmaatregel aangewezen. Aangezien het voor verzoeker pas in de onderhavige uitspraak duidelijk wordt of het middel Nebido® onder de machtiging valt, acht de commissie het in dat licht redelijk dat de ziektekostenverzekeraar het middel Nebido® tot de datum van de uitspraak van dit bindend advies aan verzoeker dient te vergoeden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op geneesmiddelen. De vergoeding betreft de eigen bijdragen die volgens het GVS verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, en bedraagt maximaal € 200,- per kalenderjaar. Nu de commissie hiervoor heeft geoordeeld dat Nebido® geen verzekerde prestatie vormt in het kader van de zorgverzekering, bestaat geen aanspraak op vergoeding van dit middel ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.4 is omschreven.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.6 omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,-.

Zeist, 9 mei 2012,

Voorzitter