

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202401905

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 20 oktober 2024 een klacht voorgelegd aan de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 3 december 2024 telefonisch contact gehad met verzoeker. Verzoeker heeft tijdens dit telefoongesprek meegedeeld dat hij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een uitspraak te doen. Op 5 december 2024 heeft verzoeker zijn verzoek aan de commissie nader toegelicht. Op 6 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 2 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 januari 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij e-mailbericht van 14 januari 2025 heeft verzoeker de commissie aanvullende informatie gezonden. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 16 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt, waarna de commissie een kopie van zijn reactie aan verzoeker heeft gezonden.
- 1.4. Bij brief van 10 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025000093) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 12 maart 2025 aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de ter zitting door verzoeker overgelegde stukken zijn op 22 april 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 10 maart 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 24 april 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Collectief + en Tandarts Collectief (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker kampte al enkele jaren met een perianale fistel waarvoor hij meerdere operaties onderging. Tijdens een verblijf in Turkije verslechterde zijn situatie. Uiteindelijk heeft verzoeker in een ziekenhuis in Istanbul een gecombineerde behandeling ondergaan, bestaande uit een LAFT (Laser Ablation of Fistula Tract)-behandeling en een partiële fistulotomie. Na afloop van de gecombineerde behandeling heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de hiermee gemoeide kosten te vergoeden. Bij uitkeringsspecificatie van 30 april 2024 en brief van 3 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op dit verzoek beslist.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 27 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 10 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 24 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de in Turkije bij hem uitgevoerde gecombineerde behandeling, bestaande uit een LAFT-behandeling en partiële fistulotomie, te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker voert hiertoe aan dat hij al 7 jaren kampte met een perianale fistel waarvoor hij in Nederland 17 operaties heeft ondergaan. De uitgevoerde ingrepen hadden niet het gewenste effect, en bij verdere operaties dreigde verzoeker incontinent te worden. Tijdens een verblijf in Turkije in december 2023 verslechterde zijn situatie, waarna verzoeker zich heeft gewend tot het Avrupa Safak Hospital in Istanbul. De daar werkzame artsen stelden voor een gecombineerde behandeling uit te voeren, bestaande uit een fistelsluiting met een laser (LAFT) en een partiële fistulotomie (het openleggen van de fistelgang). Gelet op de aanwezige klachten, in combinatie met het risico op incontinentie, heeft verzoeker ervoor gekozen zich te laten opereren. Na de operatie is verzoeker nog 7 keer teruggevlogen voor het natraject. Dit natraject bestond uit het smeren met crèmes, slikken van antibiotica en iedere dag in een badje met lotion zitten. Het resultaat was dat verzoeker hierna van zijn klachten af was, terwijl dit in Nederland na 17 (en wie weet in toekomst nog meer) operaties niet was gelukt.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar wijst vergoeding van de kosten af omdat de LAFT-behandeling niet zou voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De studies waarop de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt baseert zijn echter niet meer actueel en bovendien niet van toepassing op de specifieke situatie van verzoeker. Het artikel dat is gepubliceerd in PubMed en de richtlijnen van NICE bieden waardevolle informatie over de veiligheid en effectiviteit van de radiaal uitstralende laserfiberbehandeling van een anale fistel. Deze studies erkennen echter zelf ook de beperkingen in kwantiteit en kwaliteit van het bewijs. Het is daarom onjuist om deze als enige basis te gebruiken. De onderzoeken zijn weliswaar belangrijk voor het vormen van algemene

richtlijnen, maar kunnen niet de unieke aspecten van elke individuele patiënt en diens specifieke medische geschiedenis vastleggen. Medische beslissingen moeten daarom niet alleen gebaseerd zijn op algemene studies, maar ook rekening houden met de patiëntvoorkeuren, de nieuwste behandelingsopties, en de specifieke context van elke patiënt. De richtlijnen dienen dan ook flexibel te worden toegepast, vooral wanneer standaardbehandelingen, zoals in het geval van verzoeker, niet het gewenste effect hebben. De zorg die verzoeker in Turkije heeft genoten is niet alleen veilig, maar heeft ook bewezen effectief te zijn op de lange termijn, zoals blijkt uit de huidige staat van herstel. Verder wenst verzoeker te benadrukken dat de behandeling daar heeft plaatsgevonden onder strikt dokterstoezicht. Gedurende de periode van herstel is verzoeker ook nog meerdere malen teruggevlogen naar Turkije voor controle en aanvullende nazorg. Een en ander maakt deel uit van één doorlopend zorgtraject.

- 3.4. Verzoeker stelt verder dat de behandeling bestond uit een combinatie van technieken waarbij de FiLaC®-procedure niet als de hoofdbehandeling werd beschouwd, maar als een onderdeel van een geïntegreerde aanpak van zijn specifieke medische situatie. De effectiviteit moet worden beoordeeld op basis van de resultaten van de gehele combinatiebehandeling, en niet enkel op één component hiervan. Het is daarom onjuist de gehele behandeling af te wijzen op grond van de veronderstelling dat de LAFT-behandeling de hoofdbehandeling zou zijn. De succesvolle uitkomst van de gecombineerde behandeling heeft geleid tot herstel, en dit is het bewijs dat de combinatie van technieken, waaronder FiLaC®, een effectieve methode was voor de behandeling van de aandoening.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 14 januari 2025 heeft verzoeker de commissie meegedeeld dat hij de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht om inzage en verstrekking van de persoonsgegevens die bij de ziektekostenverzekeraar zijn verwerkt. Deze informatie is volgens verzoeker relevant voor het geschil dat thans bij de commissie voorligt.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij, naar aanleiding van zijn e-mailbericht van 14 januari 2025 over de verwerkte persoonsgegevens, de gevraagde informatie inmiddels van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen. Dit betekent dat hij hierover niet langer een uitspraak van de commissie wenst.
Voorts heeft verzoeker toegelicht dat hij niet begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt blijft stellen dat de LAFT-behandeling niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dit omdat de LAFT-behandeling ook in Nederlandse ziekenhuizen (in Weert, Tilburg en Dordrecht) wordt toegepast. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de ingreep pas sinds kort in Nederland plaatsvindt is onjuist. Wel zit er tussen de behandeling in Nederland en Turkije een verschil, omdat in Turkije ook de fistelgang wordt geopend. In Nederland vindt alleen een laserbehandeling plaats.
Tot slot wenst verzoeker nogmaals te benadrukken dat zijn situatie tijdens het verblijf in Turkije verslechterde, hij zich daar bij een ziekenhuis heeft gemeld, en vervolgens de adviezen van de in dat ziekenhuis werkzame artsen heeft opgevolgd. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, was sprake van een spoedeisende situatie zodat geen verwijzing vereist was.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn beslissing van 3 mei 2024 en de heroverweging van 27 juni 2024 uiteengezet dat een fistelsluiting met laser (LAFT) niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dit omdat deze behandeling niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Uit de studies van Efleki (2020) en Adegbola (2021), en de regeling van NICE (2019) blijkt dat de effectiviteit van FiLaC® onvoldoende is aangetoond in goed opgezet wetenschappelijk onderzoek. De door verzoeker aangevoerde argumenten kunnen niet tot de conclusie leiden dat de LAFT-behandeling wel voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Aangezien voor de partiële fistulotomie op zichzelf geen indicatie bestond, komt deze behandeling evenmin voor vergoeding in aanmerking.

- 4.2. Voor zover verzoeker stelt dat de bestaande klachten tijdens zijn verblijf in Turkije erger zijn geworden, geldt dat er tussen Nederland en Turkije een verdrag inzake sociale zekerheid bestaat. Artikel 13 van dit verdrag biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Uit de overgelegde stukken blijkt niet dat sprake was van een noodzaak tot onmiddellijke geneeskundige behandeling. Althans, uit de aanvraag blijkt niet dat het om een behandeling ging die redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld. Om deze reden komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat artikel 13 van het verdrag inzake sociale zekerheid geen toepassing vindt.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar merkt in zijn brief van 16 januari 2025 op dat verzoeker bij hem het verzoek heeft gedaan om inzage en verstrekking van de persoonsgegevens die zijn verwerkt. Kort na dit verzoek heeft de ziektekostenverzekeraar de gevraagde stukken aan verzoeker gestuurd.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar uiteengezet dat hij aanvankelijk de LAFT-behandeling als hoofdbehandeling heeft aangemerkt. Deze behandeling voldoet niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ waarna de ziektekostenverzekeraar vergoeding van zowel de LAFT-behandeling als de partiële fistulotomie heeft geweigerd. Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies beide ingrepen echter los van elkaar beoordeeld en komt tot de conclusie dat verzoeker redelijkerwijs op de partiële fistulotomie was aangewezen. Na bestudering van het advies stelt de ziektekostenverzekeraar dat de kosten van die behandeling nog steeds niet voor vergoeding in aanmerking komen. Dit omdat verzoeker niet beschikte over een geldige verwijzing. Dat sprake was van een spoedeisende situatie acht de ziektekostenverzekeraar niet bewezen, aangezien door verzoeker geen contact is opgenomen met de alarmcentrale. Nu door verzoeker geen geldige verwijzing is overgelegd, blijft de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt dat de kosten van zowel de LAFT-behandeling als de fistulotomie niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 10 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Stand wetenschap en praktijk LAFT-behandeling

Ten aanzien van de LAFT-behandeling is in geschil of deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij een complexe perianale fistel.

In de zeer recent gepubliceerde richtlijn Proctologie (2024) is opgenomen dat het effect van LAFT onzeker is ten aanzien van complexe fistels.

De richtlijn geeft hierover het volgende aan: “Aangezien het effect van LAFT alleen werd onderzocht in observationele series en bij patiënten met de ziekte van Crohn, werd het niveau van bewijs voor zowel fistelgenezing als incontinentie als zeer laag en indirect beschouwd. Dit betekent dat de literatuur zeer onzeker is over het effect van LAFT bij complexe perianale fistels. Het niveau van bewijs werd als zeer laag beschouwd vanwege ernstige risico’s op bias, inconsistentie en imprecisie.”

Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat een LAFT-behandeling bij een complexe perianale fistel niet bewezen effectief is en niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Verzekeringsindicatie partiële fistulotomie

Betreffende de partiële fistulotomie is in geschil of verzoeker hierop redelijkerwijs aangewezen was.

Verzoeker droeg ten tijde van het ondergaan van de partiële fistulotomie een setondrain. Een setondrain wordt bij een complexe perianale fistel doorgaans geplaatst ter overbrugging naar een operatieve behandeling. Een setondrain heeft als doel de pusafvoer te garanderen en om zwelling en pijn van een infectie tegen te gaan. Toename van zwelling en pijn zijn daarom een uiting van een slecht functionerende setondrain als gevolg van pusophoping door onvoldoende afvoer. Operatief ingrijpen in de vorm van fistulotomie is dan nodig.

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat verzoeker zich in het ziekenhuis in Turkije heeft gemeld met pijnklachten, zwelling en afscheiding in het anaalgebied. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier was verzoeker redelijkerwijs aangewezen op het openen van de fistel (fistulotomie).

Conclusie

Het uitvoeren van een LAFT-behandeling bij een complexe perianale fistel voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Verder kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier geconcludeerd worden dat verzoeker redelijkerwijs aangewezen was op een partiële fistulotomie.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

- *Een fistelsluiting met een laser (LAFT) bij een complexe perianale fistel maakt geen onderdeel uit van het basispakket;*
- *Verzoeker is redelijkerwijs aangewezen op een partiële fistulotomie."*

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg, de criteria 'stand van de wetenschap en praktijk' en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op', en de eis van een voorafgaande verwijzing alsmede artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Om hiervan gebruik te kunnen maken had verzoeker het zogenoemde N/Tur 111-formulier moeten tonen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kon in dat geval de kosten declareren bij het Turkse uitvoeringsorgaan, voor zover deze althans onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen. Verzoeker heeft van deze weg geen gebruik kunnen of willen maken. Het is voor de commissie niet mogelijk achteraf te beoordelen of, en tot welk bedrag, de kosten eventueel op basis van de Turkse sociale ziektekostenverzekering zouden zijn vergoed. Dit betekent dat de onderhavige beoordeling beperkt blijft tot die aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

LAFT-behandeling (FiLaC®)

- 7.3. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, moet de commissie beoordelen of de bij verzoeker in Turkije uitgevoerde LAFT-behandeling voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport ‘Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van 11 april 2023 is zo’n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (‘evidence’) ontbreekt.
- 7.4. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezocht en geselecteerd bewijs op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.

Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:

1. formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
2. systematische literatuursearch;
3. samenvatten van bewijs;
4. beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
5. van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

- 7.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de LAFT-behandeling en het voorlopig advies van 10 maart 2025 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut zet daarin uiteen dat uit de zeer recent (2024) gepubliceerde richtlijn Proctologie blijkt dat het effect van LAFT onzeker is ten aanzien van complexe fistels. Zo staat in de betreffende richtlijn: *“Aangezien het effect van LAFT alleen werd onderzocht in observationele series en bij patiënten met de ziekte van Crohn, werd het niveau van bewijs voor zowel fistelgenezing als incontinentie als zeer laag en indirect beschouwd. Dit betekent dat de literatuur zeer onzeker is over het effect van LAFT bij complexe perianale fistels. Het niveau van bewijs werd als zeer laag beschouwd vanwege ernstige risico’s op bias, inconsistentie en imprecisie.”* Op basis hiervan concludeert het Zorginstituut dat

een LAFT-behandeling bij een complexe perianale fistel niet bewezen effectief is en niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

- 7.6. De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd - met name dat de gecombineerde behandeling bij hem een positief resultaat heeft gehad, afwijking van de richtlijnen bij een individuele patiënt mogelijk moet zijn, aan een nieuwe operatie risico's zijn verbonden, en de begeleiding door en deskundigheid van de Turkse artsen - geen reden van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat de bij verzoeker uitgevoerde LAFT-behandeling geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering en dat het de ziektekostenverzekeraar vrij stond vergoeding van de betreffende kosten af te wijzen.

Partiële fistulotomie

- 7.7. Naast een LAFT-behandeling is bij verzoeker in Turkije een partiële fistulotomie uitgevoerd. Tussen partijen staat vast dat een dergelijke ingreep zorg is zoals medisch specialisten die ‘plegen te bieden’ en dat deze voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Aldus is sprake van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Aanvankelijk hield partijen verdeeld of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op deze behandeling, waarbij de ziektekostenverzekeraar had betoogd dat hiervoor op zichzelf geen indicatie bestond. Het Zorginstituut merkt hierover in het voorlopig advies van 10 maart 2025 op dat uit het feit dat verzoeker zich in het ziekenhuis in Turkije meldde met onder andere pijnklachten, zwelling en afscheiding in het anaalgebied, kan worden opgemaakt dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een partiële fistulotomie. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij dit standpunt deelt.
- 7.8. Desalniettemin handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing, ook waar het de partiële fistulotomie betreft, waarbij hij ter zitting heeft verklaard dat geen sprake was van spoedzorg. Het betrof planbare zorg zodat verzoeker op grond van artikel B.4.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering diende te beschikken over een geldige en gerichte verwijzing. Bij ontbreken hiervan komen de kosten van de partiële fistulotomie niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking, aldus de ziektekostenverzekeraar.
- 7.9. De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar het ontbreken van een voorafgaande gerichte verwijzing noch in zijn afwijzende beslissing noch in zijn heroverweging van 27 juni 2024 heeft genoemd. In zijn reactie naar de commissie van 2 januari 2025 heeft hij volstaan met een verwijzing naar de eerdere correspondentie en is het punt ook niet aan de orde gesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft het ontbreken van een voorafgaande gerichte verwijzing eerst ter zitting aan de orde gesteld. De commissie overweegt dat deze afwijsggrond in dit stadium van de procedure in redelijkheid niet meer aan verzoeker kan worden tegengeworpen. Dit leidt ertoe dat het beroep van de ziektekostenverzekeraar op deze – nieuwe – afwijsggrond door de commissie wordt gepasseerd.
- 7.10. Het voorgaande betekent dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de uitgevoerde fistulotomie aan verzoeker moet vergoeden. Aangezien het hier gaat om een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, heeft verzoeker, gelet op het bepaalde in artikel 1.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering, aanspraak op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Bij ontbreken hiervan heeft verzoeker aanspraak op vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs voor de behandeling. Nu het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar tevens het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet vergoeden.

Slotsom

7.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Turkije uitgevoerde LAFT-behandeling;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de eveneens in Turkije uitgevoerde partiële fistulotomie aan verzoeker dient te vergoeden tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Bij ontbreken hiervan heeft verzoeker aanspraak op vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs voor de behandeling;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 16 juni 2025,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U heeft recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekt deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
 - De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
 - De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
 - In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt. Voorbeeld:

Als u een indicatie heeft voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U heeft dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verze-

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.