

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501613

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 1 oktober 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 29 oktober 2025 telefonisch aan verzoeker meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling, hetgeen hem bij brief van dezelfde datum is bevestigd. Verzoeker heeft tijdens het telefoongesprek meegedeeld dat hij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een uitspraak te doen. Op 1 december 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Bij e-mailbericht 3 december 2025 heeft verzoeker de commissie een nadere toelichting op het verzoek gestuurd.
- 1.2. Bij brief van 9 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 februari 2026 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 2 maart 2026 gereageerd. Een afschrift van zijn reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 2 maart 2026 respectievelijk 27 maart 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 17 maart 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026003383) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 30 maart 2026 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailberichten van 22 maart 2026 en 3 april 2026 op het voorlopig advies van het Zorginstituut gereageerd. Afschriften hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. De reacties van verzoeker van 22 maart 2026 en 3 april 2026 zijn op 30 april 2026 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 17 maart 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 21 mei 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 21 mei 2026, aan partijen gestuurd, waarbij hun de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 10 juni 2026 op

het definitief advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit, ONVZ OntzorgPlus, ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module C (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker is in april 2025 door middel van transanale endoscopische microchirurgie (TEM) behandeld voor rectumcarcinoom. Voor het vervolg ziet verzoeker graag dat hij een aanvullende systemische behandeling krijgt. Aangezien een dergelijke behandeling in Nederland niet wordt aangeboden heeft verzoeker zich gewend tot een oncoloog in San Marino. In vervolg op het eerste consult bij deze oncoloog heeft verzoeker bij e-mailbericht van 30 juli 2025 de ziektekostenverzekeraar verzocht de door de oncoloog in San Marino voorgestelde behandeling te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft afwijzend op dit verzoek beslist.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 5 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 17 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 21 mei 2026 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 door de oncoloog in San Marino voorgestelde behandeling met chemotherapie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, onder de vaststelling dat de door hem gevraagde behandeling voldoet aan de ‘stand van wetenschap en praktijk’.
- 3.2. Volgens verzoeker is in de Nederlandse rectumrichtlijn de aanbeveling opgenomen om geen adjuvante chemoradiotherapie buiten studieverband te verrichten. De ziektekostenverzekeraar vindt hierin een aanknopingspunt om vergoeding van de kosten af te wijzen. De betreffende verwijzing is echter niet relevant aangezien de behandeling in San Marino geen chemoradiotherapie betreft, maar een systemische behandeling zónder radiotherapie, te weten FOLFOX (oxaliplatine + 5-FU/leucovorin, met capecitabine oraal) in combinatie met bevacizumab. In het verlengde hiervan is in de Nederlandse rectumrichtlijn het volgende opgenomen: *“Geef geen adjuvante chemotherapie na in opzet curatieve resectie van een rectumcarcinoom, ongeacht eventuele voorbehandeling, radicaliteit of klierstatus.”* Deze passage geeft slechts een niet-aanbevelen voor standaard monochemotherapie in Nederland; het is geen verbod. De opstellers van de richtlijn erkennen bovendien impliciet een zorgleemte: patiënten zoals verzoeker (pT2 met LVI, R1-marge, slechte differentiatie) blijven zonder aanvullende systemische optie, ondanks een aantoonbaar hoog risico op systemische progressie.
- 3.3. Niet alleen is sprake van een onjuiste interpretatie van de Nederlandse rectumrichtlijn, maar de ziektekostenverzekeraar interpreteert ook de ESMO-richtlijn onjuist en laat belangrijke passages

achterwege. De conclusie van de ziektekostenverzekeraar is stelselmatig dat er geen aanwijzingen zijn voor systemische behandelingen, terwijl de internationale richtlijnen, waaronder de ESMO-richtlijn, juist het tegenovergestelde aantonen: aanvullende chemotherapie is een aanvaarde en aanbevolen optie bij het risicoprofiel van verzoeker. In lijn hiermee beschouwen de internationale richtlijnen adjuvante chemotherapie met fluoropyrimidine ± oxaliplatine als een standaardoptie bij stadium III en stadium II met hoog-risicokenmerken (zoals LVI+, R1, slechte differentiatie). Daarnaast is er voldoende wetenschappelijke onderbouwing over de effectiviteit van oxaliplatine-bevattende adjuvante chemotherapie (MOSAIC-trial en E3200-trial).

- 3.4. In reactie op hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, voert verzoeker bij e-mailberichten van 2 en 22 maart 2026 aan dat de ziektekostenverzekeraar het onderzoek naar de vraag of FOLFOX in combinatie met bevacizumab voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ te beperkt heeft uitgevoerd. Door de ziektekostenverzekeraar is namelijk beoordeeld of de specifieke combinatiebehandeling FOLFOX plus bevacizumab expliciet wordt aanbevolen in richtlijnen voor de situatie na lokale excisie bij rectumcarcinoom met hoog-risicokenmerken. Daarmee wordt de toets in belangrijke mate beperkt tot de aanwezigheid van een letterlijke richtlijnvermelding voor deze exacte combinatie in deze exacte setting. De toets dient echter te zien op de vraag of de aangevraagde zorg, gelet op de best beschikbare wetenschappelijke inzichten en professionele praktijk, kan worden aangemerkt als zorg die voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Systemische chemotherapie is een evidence-based en breed erkende behandelstrategie binnen colorectaal carcinoom, onder meer als adjuvante behandeling in coloncarcinoom bij stadium III en hoog-risico stadium II, en in bepaalde rectumsettings volgens internationale richtlijnen op basis van klinische risico-inschatting. Daarmee staat vast dat systemische chemotherapie als zodanig een erkend en evidence-based onderdeel vormt van de professionele standaard binnen de oncologische behandeling van colorectaal carcinoom, waarbij toepassing afhankelijk is van stadium en individueel risicoprofiel. Ook als alleen wordt gekeken naar de ESMO-richtlijn, dan wordt deze door de ziektekostenverzekeraar zeer selectief beoordeeld. Zo laat de ziektekostenverzekeraar bijvoorbeeld de begeleidende tekst bij figuur 1 van de richtlijn buiten beschouwing. Uit deze begeleidende tekst volgt dat aanvullende behandeling bij hoog-risico kenmerken expliciet kan worden overwogen. Daarnaast is cruciaal dat dezelfde richtlijn duidelijk vermeldt dat adjuvante chemotherapie bij rectumcarcinoom kan worden toegepast. Dit betekent dat systemische chemotherapie binnen de professionele praktijk wordt toegepast bij een rectumcarcinoom op basis van een risicoprofiel. Eenzelfde conclusie kan worden getrokken als wordt gekeken naar de NCCN-richtlijn en de AWMF-S3 richtlijn.
- 3.5. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut stelt verzoeker in zijn e-mailbericht van 3 april 2026 vast dat het Zorginstituut de aangevraagde behandeling kwalificeert als “monotherapie chemotherapie” en concludeert dat hiervoor geen richtlijnondersteuning bestaat. Daarmee wordt echter onvoldoende gewicht toegekend aan het onderliggende tumorbiologische risico en de rol van systemische therapie bij het adresseren van mogelijk aanwezige micrometastatische ziekte. Het feit dat richtlijnen primair chirurgische of chemoradiotherapeutische routes beschrijven, sluit niet uit dat in specifieke hoog-risico situaties een systemische benadering medisch verdedigbaar kan zijn. Het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ vereist een integrale beoordeling van wetenschappelijke inzichten én professionele toepassing in individuele gevallen, en niet uitsluitend toetsing aan standaard behandelroutes.
- 3.6. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut stelt verzoeker in zijn e-mailbericht van 10 juni 2026 dat volgens internationale richtlijnen (o.a. ESMO) patiënten met hoog-risico T1-T2 rectumtumoren na lokale excisie multidisciplinair moeten worden besproken en dat een aanvullende behandeling kan worden overwogen. De richtlijn erkent bovendien dat adjuvante chemotherapie bij rectumcarcinoom mogelijk is, vergelijkbaar met coloncarcinoom. Dit betekent dat systemische chemotherapie een geaccepteerde behandeloptie is en niet per definitie wordt

uitgesloten. De kern van het geschil ligt daarom niet alleen in de standaard richtlijnaanpak, maar ook in de vraag of, gezien het individuele risicoprofiel, aanvullende systemische behandeling medisch verdedigbaar is en binnen de professionele praktijk valt. Verzoeker vraagt de commissie dan ook nadrukkelijk het individuele risicobeeld en de professionele ruimte voor aanvullende systemische behandeling mee te wegen bij de beoordeling.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij als zorgverzekeraar de taak heeft te toetsen of de aangevraagde zorg binnen de geldende wet- en regelgeving verzekerde zorg is. In artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering is bepaald dat de zorg moet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Uit de voor Nederland geldende richtlijnen, waaronder de Richtlijndatabase Colorectaal Carcinoom (par. 6.2 en 6.14) en de ESMO Clinical Practice Guideline Localised Rectal Cancer (22 mei 2025, figuur 1), volgt niet dat een systemische adjuvante behandeling met FOLFOX + bevacizumab wordt aanbevolen bij een lokaal rectumcarcinoom met hoog-risicokenmerken na lokale excisie. De internationale richtlijnen waarop verzoeker zich beroept (NCCN, AWMF-S3) ondersteunen dit evenmin voor deze specifieke situatie. Deze richtlijnen geven geen onderbouwing voor een systemische adjuvante combinatiebehandeling met FOLFOX + bevacizumab bij rectumcarcinoom na TEM met hoog-risicokenmerken.
- 4.2. Verzoeker heeft verwezen naar een tweetal studies (MOSAIC-trial en E3200-trial), maar deze zijn niet vergelijkbaar met zijn situatie. De MOSAIC-trial ziet op coloncarcinoom na radicale resectie en niet op rectumcarcinoom na lokale excisie. De E3200-trial betreft toevoeging van bevacizumab aan oxaliplatin en FOLFOX voor gemetastaseerd colorectaal carcinoom die eerder is behandeld met fluoropyrimidine en irinotecan. Zowel de metastatische setting als de eerdere behandeling met fluoropyrimidine en irinotecan in de E3200-trial is op de situatie van verzoeker, waarbij er sprake is van een adjuvante behandeling bij lokaal ziektebeeld, niet toepasbaar.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat door hem is beoordeeld of de aangevraagde therapie, te weten systemische behandeling met FOLFOX + bevacizumab zonder radiotherapie voor vergoeding in aanmerking komt. Dat in de beoordeling door hem is verwezen naar richtlijnpassages over chemoradiotherapie dient alleen ter duiding van het geldende behandelbeleid bij rectumcarcinoom en doet niet af aan de conclusie dat de gevraagde behandeling (FOLFOX + bevacizumab) niet richtlijnconform is en niet voldoet aan de ‘stand van wetenschap en praktijk’.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 17 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Richtlijnen

Een oncoloog van het Zorginstituut heeft meegekeken met de aanbevelingen uit de (inter)nationale richtlijnen.

Search richtlijnen

Allereerst werd door het Zorginstituut op 20 februari 2026 een search vanaf 2000 verricht in de databases Embase, Medline en Cochrane Central. Hierbij werd gezocht naar richtlijnen voor de behandeling van (gelokaliseerd) rectumcarcinoom met chemotherapie versus totale (mesorectale) excisie. Er werden twee richtlijnen gevonden (van de NCCN en ESMO). Tot slot werd nog op internet gezocht met de zoekterm ‘guideline treatment rectal cancer’. In totaal werden één Nederlandse en zes internationale richtlijnen gevonden.

Nederlandse richtlijn

2023:

De specialistenrichtlijn 'Colorectaal carcinoom (CRC)' van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) onder auspiciën van de Federatie Medisch Specialisten geeft in paragraaf 6.2 'Complementerende oncologische resectie vroegcarcinoom rectum' de volgende informatie. Verricht complementerende chirurgie bij patiënten met een $\geq pT2$ rectumcarcinoom na lokale excisie, vooral bij patiënten met een verhoogd risico op lokaal recidief of lymfekliermetastasen op basis van de gelijktijdige aanwezigheid van > 1 histologische risicofactoren (anders dan R1/Rx) bij patiënten met een laag tot matig verhoogd operatierisico. Monotherapie met chemotherapie is dan ook geen optie.

Internationale richtlijnen op chronologische volgorde

2023:

American Society of Colon & Rectal Surgeons (ASCRS) publiceerde de 'ASCRS Clinical Practice Guidelines for the Management of Rectal Cancer 2023 Supplement'. In de samenvatting in Tabel 2 staat vermeld dat chemotherapie alleen wordt gegeven in relatie tot totale neoadjuvante therapie (TNT) in stadium II en III, dus níet in stadium I/4 of als monotherapie. TNT is bij rectumcarcinoom een combinatie van chemotherapie en bestraling, voorafgaand aan de resectie. Alleen een behandeling met chemotherapie wordt niet als optie gegeven. Deze richtlijn is ook aangedragen door verzoeker.

2024:

De American Society of Clinical Oncology (ASCO) publiceerde de richtlijn 'Management of Locally Advanced Rectal Cancer: ASCO Guideline'. De auteurs gebruikten het beschikbare bewijs en consensus om 'evidence-based' richtlijn aanbevelingen te doen. Uit het artikel blijkt dat monotherapie met chemotherapie niet wordt aanbevolen. Naast chemotherapie wordt altijd ook radiotherapie en excisie aanbevolen.

Daarnaast is er de richtlijn van het Amerikaanse National Comprehensive Cancer Network (NCCN) met de titel 'Rectal Cancer', die verzoeker ook heeft genoemd. Hierin is het volgende vermeld: "Patients with pT1-2 rectal cancer who did not receive neoadjuvant therapy and who have high risk features (such as lymphovascular invasion, R1 margins, poor differentiation or tumor budding) may be offered adjuvant chemotherapy alone (without radiotherapy)." Deze exacte bewoordingen werden niet in de richtlijn teruggevonden door het Zorginstituut. Wel wordt er in deze richtlijn van uitgegaan dat in opzet curatieve resectie (TME) is verricht. Dan past ook het begrip 'adjuvante' (aanvullende) chemotherapie. Ook hier wordt niet geadviseerd om alleen chemotherapie te geven. Deze richtlijn is ook aangedragen door verzoeker.

2025:

In de Duitse richtlijn 'Koloirektales-Karzinom' worden aanbevelingen gedaan voor neoadjuvante systeemtherapie bij stadium II en III, en zoals het woord het zegt, in aanvulling ('adjuvant') op primaire resectie (of radiotherapie). Chemotherapie als monotherapie zonder primaire resectie wordt niet als optie genoemd.

De meest recente richtlijn over rectumkanker van de European Society for Medical Oncology (ESMO) betreft 'Localised rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up.' Figuur 3 in deze richtlijn betreft 'Management of localised rectal cancer located in the lower or middle third of the rectum when surgery is intended'. Bij cT1N0 is het advies TME of lokale excisie. Alleen na TME kan zo nodig adjuvant chemotherapie worden gegeven, na lokale excisie moet chemoradiotherapie volgen. Deze richtlijn is ook aangedragen door verzoeker.

Ook in de Onkopedia-richtlijn, een initiatief van de medisch specialisten in de hematologie en medische oncologie in Duitssprekende landen, wordt TME aanbevolen al bij T1 met hoog risico op recidief.

Literatuur

Literatuursearch

Door het Zorginstituut werd in dezelfde databases als voor de richtlijnen gezocht naar gerandomiseerde onderzoeken (RCT's) en systematische reviews (SR)¹⁹ aan de hand van de volgende PICO:

P: localized rectal carcinoma

I: chemotherapy (not neoadjuvant²⁰)

C: (total mesorectal) excision

O: recurrence, survival or side effects

Na ontdebelling werden 117 potentiële referenties gevonden. De meeste referenties bleken in ieder geval ook radiotherapie of chirurgie te onderzoeken als onderdeel van de interventie. Een aanvullende search waarbij ook specifiek de gebruikte chemotherapeutica werden genoemd in de search (bevacizumab en FOLFOX of FUFA) leverde nog vijf extra referenties op. Bij de in totaal 122 gevonden referenties was er geen enkele RCT of SR waarbij alleen chemotherapie als interventie werd onderzocht bij een lokaal (uitgebreid) rectumcarcinoom.

Door verzoeker aangedragen studies

De MOSAIC trial was een multicenter trial uit 2004 over adjuvante (postoperatieve) behandeling van stadium II en III coloncarcinoom. De ziekte (coloncarcinoom) en het stadium van de ziekte (stadium II en III, dus niet stadium I) kwamen dus niet overeen met de PICO van het Zorginstituut.

De E3200 trial uit 2007 betrof een groep patiënten met metastasen van een rectumcarcinoom. Ook deze patiëntengroep kwam niet overeen met de verrichte PICO.

Conclusie richtlijnen en literatuur

Concluderend wordt in geen enkele van de (inter)nationale richtlijnen geadviseerd of in de gevonden studies aangetoond dat enkel chemotherapie (zonder chirurgie of radiotherapie) de aanvullende behandeling is in het volgende geval: na lokale excisie van een lokaal uitgebreide rectumtumor T2NxM0 (stadium I) met klinisch relevante risicofactoren (zoals LVI, R1 en slechte differentiatie) voor een lokaal recidief of metastasering. Chemotherapie als adjuvante therapie kan wel een optie zijn bij ernstigere vormen van rectumcarcinoom, metastasering of als de patiënt een verhoogd operatierisico heeft. De door verzoeker gewenste behandeling voldoet dan ook niet aan de stand van wetenschap en praktijk. Dit geldt voor zowel het systemische component als het tumorbiologisch risico.

Tot slot

Verzoeker heeft een transanale excisie ondergaan van een lokaal uitgebreid rectumcarcinoom. Transanale endoscopische microchirurgie (TEM) is géén volledige chirurgische resectie van omliggend weefsel en lymfeklieren. Bij meerdere risicofactoren op lokaal recidief of metastasering, zoals bij verzoeker het geval is, is een radicale tumorresectie noodzakelijk. Alleen dan kan ook bepaald worden hoeveel regionale lymfeklieren positief zijn. Dit verklaart ook waarom bij de TNM classificering Nx is aangegeven.

In de gezochte richtlijnen en literatuur werd geen enkele ondersteuning aangetroffen voor deze monochemotherapie, wel voor (neo-)adjuvante chemotherapie; een behandeling (voorafgaand of) samen met de door de Nederlandse behandelaren geadviseerde totale mesorectale excisie (TME).

Zie ook het recente document van het Zorginstituut over (neo) adjuvante oncologische geneesmiddelen.

Conclusie

Het ondergaan van enkel chemotherapie na lokale excisie van een lokaal uitgebreid rectumcarcinoom is niet bewezen effectief. Deze behandeling als monotherapie voldoet dan ook niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Chemotherapie na lokale excisie van een lokaal uitgebreid rectumcarcinoom maakt geen onderdeel uit van het basispakket.”

- 5.2. In het definitief advies van 21 mei 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Verzoeker vraagt het Zorginstituut om te beoordelen of de aangevraagde systemische behandeling, gezien het specifieke en ongunstige risicoprofiel, kan worden aangemerkt als een medisch verdedigbare invulling van de professionele standaard, ook indien deze niet als standaardroute in richtlijnen is opgenomen.

Het Zorginstituut beoordeelt niet of een behandeling een medisch verdedigbare invulling is van de professionele standaard, maar of deze behandeling tot het basispakket behoort. Hierbij beoordeelt het Zorginstituut onder andere of de zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.

Bij de beoordeling of zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt, zoals aangegeven in het rapport ‘Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk’, uitgegaan van de principes van evidence-based medicine. Hierbij wordt de klinische effectiviteit van de te beoordelen behandeling gemeten in wetenschappelijke studies. De toepassing in de praktijk blijkt uit (onderbouwde) richtlijnen, consensusdocumenten of zorgstandaarden.

Zoals in het voorlopig advies van 17 maart 2026 toegelicht, zijn er bij de uitgevoerde literatuursearch geen studies aangetroffen waarbij chemotherapie als monotherapie is onderzocht bij een lokaal (uitgebreid) rectumcarcinoom.

Ook in de gevonden richtlijnen is geen ondersteuning voor de door verzoeker gewenste behandeling met chemotherapie gevonden. In de situaties zoals beschreven in de ESMO-richtlijn, waaraan verzoeker refereert, heeft al een chirurgische behandeling plaatsgevonden. Er is in deze situaties dan ook sprake van een aanvullende (adjuvante) behandeling. In dezelfde ESMO-richtlijn wordt bij ‘cT1 N0’3 een totale mesorectale excisie (TME) of transanale endoscopische microchirurgie (TEM) als aanbevolen behandeling bij gelokaliseerd rectumcarcinoom in het middelste derde deel van het rectum genoemd. Hierbij is vermeld dat na TEM altijd chemoradiotherapie moet worden ondergaan, na TME kan zo nodig adjuvante chemotherapie worden ondergaan.

Er kan dan ook niet worden geconcludeerd dat het ondergaan van enkel chemotherapie na lokale excisie van een lokaal uitgebreid rectumcarcinoom bewezen effectief is.”

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 79 van de ‘Algemene regels en Vergoedingen’ 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 geneeskundige zorg en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker is onder behandeling van een oncoloog in San Marino. Deze heeft op 18 juni 2025 een behandelplan opgesteld naar aanleiding waarvan verzoeker thans vergoeding vordert. De commissie merkt in de eerste plaats op dat San Marino geen lid is van de Europese Unie of de Europese Economische Ruimte – onderhandelingen over een associatieakkoord zijn gaande – en dat voorts tussen Nederland en San Marino geen verdrag bestaat inzake de sociale ziektekostenverzekering. Dit betekent dat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 7.3. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering, die zijn gebaseerd op de Zvw en de bijbehorende uitvoeringsbesluiten, behoort medisch-specialistische zorg tot de verzekerde prestaties als wordt voldaan aan de criteria ‘plegen te bieden’ en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Over het tweede criterium zijn partijen verdeeld.
- Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie met betrekking tot de vraag of chemotherapie, zonder radiotherapie, na lokale excisie van een lokaal uitgebreid rectumcarcinoom voldoet aan het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ 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 (hierna: het rapport) 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 literatuurssearch;
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 en het voorlopig advies van 17 maart 2026 bevat de uitkomst hiervan.

Het Zorginstituut zet daarin uiteen dat hij op 20 februari 2026 in de databases Embase, Medline en Cochrane Central heeft gezocht naar richtlijnen voor de behandeling van (gelokaliseerd) rectumcarcinoom met chemotherapie versus totale (mesorectale) excisie. In totaal werden één Nederlandse richtlijn en zes internationale richtlijnen gevonden. Naast een zoektocht in de richtlijnen heeft het Zorginstituut in eerdere genoemde databases ook gezocht naar gerandomiseerde onderzoeken (RCT's) en systematische reviews. Hierbij werden uiteindelijk 122 referenties gevonden, maar een RCT of SR waarbij alleen chemotherapie als interventie werd onderzocht bij een lokaal (uitgebreid) rectumcarcinoom werd niet gevonden. De conclusie van het Zorginstituut naar aanleiding van de uitgevoerde search is dan ook dat in geen enkele van de (inter)nationale richtlijnen wordt geadviseerd of is aangetoond dat enkel chemotherapie (zonder chirurgie of radiotherapie) de aanvullende behandeling is in het volgende geval: na lokale excisie van een lokaal uitgebreide rectumtumor T2NxM0 (stadium I) met klinisch relevante risicofactoren (zoals LVI, R1 en slechte differentiatie) voor een lokaal recidief of metastasering. Chemotherapie als adjuvante therapie kan wel een optie zijn bij ernstigere vormen van rectumcarcinoom, metastasering of als de patiënt een verhoogd operatierisico heeft. De door verzoeker gewenste behandeling voldoet dan ook niet aan de 'stand van wetenschap en praktijk'. Dit geldt voor zowel de systemische component als het tumorbiologisch risico, aldus het Zorginstituut.

- 7.6. De commissie ziet, gelet op de uitvoerige en onderbouwde uiteenzetting door het Zorginstituut in zowel het voorlopig advies van 16 maart 2026 als het definitief advies van 21 mei 2026, in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd ten aanzien van de door hem aangehaalde publicaties geen reden om van de hierin opgenomen conclusie af te wijken. Het Zorginstituut heeft immers verklaard dat de publicaties waaruit verzoeker heeft geciteerd niet relevant zijn, omdat ofwel de ziekte ofwel het stadium van de ziekte niet overkomen met de PICO van het Zorginstituut, zoals geformuleerd op grond van de casus van verzoeker.

Ook de verwijzing, door verzoeker, naar zijn specifieke omstandigheden en de behandelpraktijk treft geen doel. Het Zorginstituut licht ten aanzien hiervan toe dat transanale endoscopische microchirurgie (TEM), zoals bij verzoeker heeft plaatsgehad, géén volledige chirurgische resectie van omliggend weefsel en lymfeklieren is. Bij meerdere risicofactoren op lokaal recidief of metastasering, zoals bij verzoeker het geval is, is een radicale tumorresectie noodzakelijk. Alleen dan kan ook bepaald worden hoeveel regionale lymfeklieren positief zijn.

Naar de commissie afleidt uit het advies van het Zorginstituut voldoet adjuvante chemotherapie na volledige chirurgische resectie wél aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Het voorgaande leidt ertoe dat de commissie geen aanleiding ziet van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat het ondergaan van enkel chemotherapie na lokale excisie van een lokaal uitgebreid rectumcarcinoom geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering en dat de ziektekostenverzekeraar tot afwijzing van de aanvraag mocht beslissen.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 juli 2026,

L. Ritzema

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

24. Wij vergoeden doelmatige zorg

Wij vergoeden alleen de zorg:

a. die naar inhoud en omvang voldoende effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan speelt mee wat in het gehele betrokken vakgebied als goede zorg geldt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent. Het moet steeds passende zorg zijn die voldoet aan de professionele standaard¹ en Werkwijzers VAGZ/VAV.

b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

U moet de zorg nodig hebben, en de zorg moet voor u doelmatig zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

25. Let op of de zorgverlener een contract met ons heeft

Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft. Dat staat dan in de vergoeding. Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de Zorgzoeker op onze site. Kiest u dan toch voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden maximale vergoedingen. Hoe wij deze vergoedingen hebben berekend, staat in de overzichten van de maximale vergoedingen. Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2025? Dan kunt u de lopende behandeling afmaken bij die zorgverlener. Gaat het om chronische zorg? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg nog gedurende een redelijke overgangsperiode, maar maximaal 1 jaar. Dit geldt niet voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het reglement Zvw-pgb.

Hardheidsclausule

Als u vindt dat de maximale vergoeding voor een zorgverlener zonder contract u verhindert bij het vinden van een geschikte zorgverlener dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. U moet dan aangeven waarom de vergoeding uw keuze zou verhinderen. Dit geldt niet als u gebruik maakt van het Zvw-pgb of voor zorg uit de aanvullende verzekering.

26. Er geldt altijd een maximum voor de vergoeding

Voor een aantal zorgsoorten gelden maximale vergoedingen als u naar een zorgverlener gaat die geen contract met ons heeft. Dat staat in algemene regel 25.

Maar ook bij andere zorgsoorten geldt altijd een maximum voor de vergoeding. Soms bepaalt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de prijs van zorg. Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximprijs? Dan vergoeden wij nooit méér. Is er geen vaste of maximprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij fysiotherapie uit de Vrije Keuze Basisverzekering en spoedeisende medisch-specialistische zorg in het buitenland bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners in Nederland onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

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 2.4

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.