



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen  
Zaak : Geestelijke gezondheidszorg, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR),  
telefonische toezegging  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017 en 2018, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv.  
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017 en 2018, nader regel NZa NR/  
REG-1804  
Zaaknummer : 201800964  
Zittingsdatum : 5 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en  
2) Menzis N.V. te Wageningen,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Het verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 30 december 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (hierna: EMDR) therapie (volledig) te vergoeden ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 februari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 maart 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 25 maart 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019015501) aan de commissie medegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen omdat zij geen adviesbevoegdheid heeft in dezen. Een afschrift hiervan is op 14 mei 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juni 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 7 juni 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 11 juni 2019 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. De vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in de jaren 2017 en 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering FNV Prima Zorg (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker medegedeeld dat de door hem ingediende declaraties ter zake van EMDR therapie niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van EMDR therapie gedeeltelijk worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit betekent dat de behandelingen die zijn uitgevoerd in 2017 voor 80%

per nota worden vergoed tot een maximumbedrag van € 200,-- per kalenderjaar. De behandelingen die zijn uitgevoerd in 2018 worden vergoed tot maximaal € 40,-- per dag, met een maximum van € 200,-- per kalenderjaar. Wat betreft het verzoek de kosten te vergoeden ten laste van de zorgverzekering handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt.

3.4. Bij brief van 25 maart 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

*"Verzoeker heeft bij verweerder aanspraak gemaakt op de vergoeding van de behandeling met EMDR. Het geschil betreft de weigering van verweerder om deze behandeling te vergoeden. Hierbij staat niet ter discussie of er sprake is van verzekerde zorg en of verzoeker een indicatie heeft voor de behandeling. Verweerder voert aan dat de zorgverlener niet voldoet aan de in de polisvoorwaarden gestelde eisen. Op grond van de polisvoorwaarden bestaat er alleen aanspraak op een GGZ behandeling uitgevoerd door een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog.*

*Gelet op voornoemd artikel 114, derde lid Zvw adviseert Zorginstituut Nederland over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Voorliggend geschil heeft hier geen betrekking op (het betreft de vraag of de zorgverlener voldoet aan de polisvoorwaarden) en Zorginstituut Nederland heeft om die reden geen adviesbevoegdheid. Het is aan verweerder om te beoordelen of de zorgverlener voldoet aan de door verweerder in de polisvoorwaarden gestelde eisen."*

4. De bevoegdheid van de commissie

4.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering 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.

5. Het geschil


5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van EMDR therapie alsnog (volledig) te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

6.1. Op de pagina's 16 en 17 van de zorgverzekering (2017) is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op Generalistische Basis GGZ bestaat. Artikel 10 Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) regelt het te verzekeren risico en artikel 11 Zvw de te verzekeren prestaties. Medisch specialistische zorg, waaronder geestelijke gezondheidszorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. In artikel 8.1 van de nadere regel NR/REG-1804 van de Nederlandse Zorgautoriteit is bepaald welke informatie op de nota ter zake van Generalistische Basis GGZ dient te worden vermeld. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies.

7. De beoordeling

7.1. Zoals het Zorginstituut in zijn advies van 25 maart 2019 schrijft kan worden geconcludeerd dat tussen partijen niet ter discussie staat of verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor de behandeling. Daarom zal de commissie zich beperken tot hetgeen partijen blijkens de stukken verdeeld houdt. Uit de brieven van de ziektekostenverzekeraar van 11 september 2018 en 2 oktober 2018 blijkt dat deze vergoeding van de kosten van EMDR therapie op grond van de zorgverzekering heeft afgewezen omdat de gedeclareerde nota's niet voldoen aan de in de verzekeringsvoorwaarden gestelde eisen. Omdat essentiële informatie ontbreekt, kan niet worden beoordeeld of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding.



7.2. Op grond van het bepaalde op de pagina's 16 en 17 van de zorgverzekering (2017) bestaat aanspraak op (vergoeding van de kosten van) Generalistische Basis GGZ. Voorwaarde hierbij is onder andere dat de nota alle informatie dient te bevatten die volgens de wet- en regelgeving is vereist. In dit verband heeft de Nederlandse Zorgautoriteit een nadere regel opgesteld. In deze nadere regel (NR/REG-1804) is in artikel 8.1 opgenomen aan welke eisen een declaratie betreffende geleverde Generalistische Basis GGZ dient te voldoen. Hierin is onder meer bepaald dat op de factuur onder andere de geleverde prestatie, de prijs, de start- en einddatum van de behandeling en de AGB-code van de behandelaar moeten worden vermeld. De commissie deelt het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat de door verzoeker indiende nota's niet voldoen aan de in artikel 8.1 van de nadere regel NR/REG-1804 gestelde eisen. Zo ontbreekt op de nota's informatie over de gestelde diagnose, tijdsbesteding (directe en indirecte tijd), en de periode van behandeling. Nu deze informatie op de nota's ontbreekt kan niet worden beoordeeld of de behandeling is aan te merken als Generalistische Basis GGZ en of de behandelaar voldoet aan de vereisten van het bepaalde op de pagina's 16 en 17 van de zorgverzekering. Het stond de ziektekostenverzekeraar dan ook vrij vergoeding van de kosten van de door verzoeker ondergane behandelingen met EMDR op deze grond te weigeren.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie beslist dat het verzoek wordt afgewezen.

Zeist, 19 juni 2019,

mr. L. Ritzema

## Claudicatio intermittens (etalagebenen)

**Etalagebenen** is de volksterm voor **symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden**, ofwel **claudicatio intermittens**. Hierbij voeren de slagaders in uw benen te weinig zuurstof aan voor de spieren die u gebruikt bij het lopen. Dit komt omdat deze slagaderen vernauwd zijn. Een vernauwing ontstaat door slagaderverkalking. (De term etalagebenen is bedacht omdat patiënten zich een houding willen geven als zij noodgedwongen moeten rusten. Zij kijken dan bijvoorbeeld in de etalage van een winkel.)

### Welke zorg

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u gedurende maximaal 12 maanden recht op vergoeding van kosten van maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder begeleiding als u etalagebenen heeft. Onder etalagebenen wordt verstaan: perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine.

### Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet.

### Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van behandeling van etalagebenen als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

## Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

**Geestelijke Gezondheidszorg** is diagnostiek en behandeling van mensen met psychische stoornissen. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. De GGZ is onderverdeeld in psychologische zorg geleverd door de huisarts, generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ (SGGZ). Gespecialiseerde GGZ is weer onderverdeeld in ambulante gespecialiseerde GGZ (zonder opname) en klinische gespecialiseerde GGZ (met opname). Geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1<sup>e</sup> lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd.

## Generalistische Basis GGZ

### Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van generalistische basis GGZ indien er sprake is van een erkende psychische DSM-stoornis. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Behandeling vindt plaats op basis van een zorgproduct Kort, Middel, Intensief of Chronisch. Een zorgproduct duurt maximaal 365 dagen. Het zorgproduct wordt bepaald door een behandelplan dat uw behandelaar, samen met u vaststelt. De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

### **i** Let op

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.
- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

- Als u een nota bij Menzis indient, dient deze alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is. U kunt deze vinden op [menzis.nl](http://menzis.nl). Menzis kan aanvullende informatie bij u opvragen om de rechtmatigheid van de declaratie te kunnen vaststellen.

### Welke zorgaanbieder

U kunt naar een vrijgevestigd:

- gezondheidszorgpsycholoog,
- psychotherapeut,
- klinisch psycholoog,
- klinisch neuropsycholoog.

U kunt naar een GGZ-instelling waar een van de volgende behandelaren regiebehandelaar is:

- gezondheidszorgpsycholoog,
- klinisch psycholoog,
- klinisch neuropsycholoog,
- psychotherapeut,
- verpleegkundig specialist GGZ,
- indien dementie de hoofddiagnose is: de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater,
- indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft: de verslavingsarts.

Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die regiebehandelaar hun taken uitvoeren.

### *Kwaliteitsstatuut*

Elke zorgaanbieder moet op 1 januari 2017 een kwaliteitsstatuut hebben dat is geregistreerd bij Zorginstituut Nederland. In dit kwaliteitsstatuut staat wat de zorgaanbieder voor u heeft geregeld over kwaliteit en verantwoording. Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Gaat u naar een aanbieder, controleert u dan voorafgaand aan de behandeling of deze aanbieder een kwaliteitsstatuut heeft. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder of naar de website van de zorgaanbieder gaan.

### Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van Generalistische basis GGZ als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist naar de Generalistische Basis GGZ. De datum op de verwijsbrief moet dus eerder zijn dan de datum van uw 1<sup>e</sup> bezoek aan de zorgaanbieder GBGGZ. In de verwijsbrief moet in ieder geval staan welke DSM-stoornis uw huisarts of medisch specialist denkt dat u heeft en de reden voor de verwijzing.

### Gespecialiseerde GGZ zonder opname

**Bij gespecialiseerde GGZ krijgt u zorg op specialistisch niveau. Ambulante gespecialiseerde GGZ wil zeggen dat u regelmatig een bezoek brengt aan de hulpverlener voor uw behandeling, maar dat u gewoon thuis leeft en slaapt. De meeste psychische stoornissen kunnen ambulant behandeld worden.**

## 8. Transparantie

### 8.1

De factuur van de zorgaanbieder aan de patiënt/verzekeraar vermeldt minimaal de navolgende gegevens als onderdeel van de prestatiebeschrijving:

- a. Naam, geboortedatum, geslacht, postcode, burgerservicenummer<sup>5</sup>, UZOVI-nummer verzekeraar
- b. Geleverde prestatie
- c. Prijs
- d. Startdatum en einddatum van het behandeltraject
- e. AGB-code van de zorgaanbieder die de prestatie levert
- f. AGB-code van de regiebehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
- g. Indien van toepassing: AGB-code van de tweede regiebehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
- h. Betrokken medebehandelaars en diens beroep
- i. Het type verwijzer:
  - 1. Verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts)
  - 2. Verwezen patiënt vanuit een (andere) ggz-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of ggz-praktijk
  - 3. Verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of S.E.H.
  - 4. Eigen patiënt
  - 5. Verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisis zorg, buitenlandse zorgaanbieder, bureau Jeugdzorg)
  - 6. Zelfverwijzer
  - 7. Bemoeizorg
- j. AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder i1 tot en met i4
- k. Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van de regiebehandelaar (onder f en g)
- l. Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep
- m. Totaal bestede directe en indirecte patiëntgebonden tijd (som k en l)
- n. Indeling in prestatie op basis van zorgvraagzwaarte na intake en diagnostiek

### 8.2

Een zorgaanbieder die generalistische basis-ggz levert aan patiënten waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder, maakt een standaardprijslijst bekend.

#### 8.2.1 Voorwaarden standaardprijslijst

---

<sup>5</sup> Indien burgerservicenummer niet beschikbaar is, dan wordt het identificatienummer verzekerde geregistreerd.

<sup>6</sup> Niet van toepassing op de prestatie Onvolledig behandeltraject