

# Vergoedingsregeling Plastische chirurgie



U heeft een Basisverzekering en misschien een aanvullende verzekering gesloten bij ONVZ Zorgverzekeraar en overweegt een plastisch chirurgische ingreep. Dan is het belangrijk te weten of zo'n ingreep voor vergoeding in aanmerking komt. In deze brochure vindt u meer informatie over de vergoedingsregeling en hoe ONVZ deze toepast. Mocht de informatie voor u nog onvoldoende zijn, dan kunt u natuurlijk altijd contact opnemen met het ONVZ Service Center op telefoonnummer 030 639 62 22.

De VAGZ (voorheen de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen bij Ziekenfondsen) is de vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers die als medisch adviseur werkzaam zijn bij (zorg)verzekeraars. Medisch adviseurs bij zorgverzekeraars beoordelen aanvragen voor vergoedingen, waaronder aanvragen voor plastische chirurgie. In de praktijk van alle dag blijken zulke vragen niet altijd gemakkelijk en eenduidig te beantwoorden. Daarom heeft een VAGZ-werkgroep een werkwijzer samengesteld, waarmee de medisch adviseurs hun werk meer toetsbaar kunnen maken. Deze *Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard* is voor het laatst herzien in november 2010 en vormt het uitgangspunt bij de beoordelingen door de medisch adviseur van ONVZ. De werkwijzer is te raadplegen via [www.vagz.nl](http://www.vagz.nl).

## **Basisverzekering**

In artikel 5 lid 2c van deel B van de Basisverzekering is omschreven wanneer plastisch chirurgische behandeling onder de dekking van de verzekering valt. Het moet dan gaan om behandelingen die dienen voor correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

Let op: het gaat hier niet alleen om behandelingen door een plastisch chirurg. De behandelingen kunnen ook door andere medisch-specialisten uitgevoerd worden.

Bij een lichamelijke functiestoornis moet het gaan om een *ernstige* lichamelijke functiestoornis. Sommige klachten zijn zeker hinderlijk of vervelend, maar als deze u verder niet beperken in uw lichamelijk functioneren, zijn ze geen reden voor vergoeding.

Verder moet het aannemelijk zijn dat de lichamelijke functiestoornis veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Ook moet het aannemelijk zijn dat correctie van die lichamelijke afwijking die klachten zal doen wegnemen.

Lichamelijke klachten die niet rechtstreeks verband houden met afwijkingen in het uiterlijk, maar die verband houden met psychisch lijden als gevolg van die afwijkingen, vormen geen indicatie. Ook psychosociale oorzaken - zoals niet naar het zwembad durven, zich schamen voor de partner waardoor problemen in de (seksuele) relatie ontstaan, geen nieuwe relatie durven aangaan omdat men zich schaamt of gepest wordt - zijn bijzonder vervelend maar vormen helaas geen reden tot vergoeding.

Onder verminking wordt verstaan een ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt en niet te camoufleren is door bijvoorbeeld kleding. Voorbeelden zijn brandwonden, misvormingen door verlamming van de aangezichtszenuw of amputatie van armen of benen.

Volgens artikel 5 lid 3 zijn de volgende behandelingen expliciet van de vergoeding uitgesloten:

1. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. liposuctie (wegzuigen van onderhuids vet) van de buik;
3. abdominoplastiek (buikwandcorrectie), tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
4. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een - gehele of gedeeltelijke - borstamputatie;
5. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
6. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek (reconstructie van de huid);
7. behandelingen gericht op sterilisatie (zowel man als vrouw);
8. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie (zowel man als vrouw);
9. behandelingen gericht op circumcisie (besnijdenis van de man);
10. het plaatsen van hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden bij verzekerden van 21 jaar en ouder.

### **Aanvullende verzekeringen**

De aanvullende verzekeringen Extrafit en Benfit bieden geen dekking voor plastisch chirurgische behandeling.

De aanvullende verzekering Optifit biedt dekking voor:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar;
- correctie van bovenoogleden en buikwand en het vervangen van borstprothesen als sprake is van een lichamelijke functiestoornis.

De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit bieden dekking voor:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar;
- plastische en reconstructieve chirurgie bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

### **Toelichting op een aantal veel aangevraagde behandelingen**

#### **Correctie van de bovenoogleden**

Voor vergoeding van de kosten van een bovenooglidcorrectie op grond van de Basisverzekering moet sprake zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Dit is een uitermate zeldzame aandoening die haast nooit voorkomt. In ieder geval mag hieronder niet worden verstaan een aangeboren aanleg waardoor een verhoogde kans bestaat om deze aandoening of afwijking op later leeftijd te ontwikkelen.

In de meeste gevallen waarbij correctie van de bovenoogleden noodzakelijk is, zullen de klachten en de afwijking na de geboorte ontstaan zijn. De kosten kunnen dan op grond van de aanvullende verzekeringen Optifit, Topfit of Superfit worden vergoed als sprake is van een duidelijke en ernstige gezichtsveldbeperking.

#### **Buikwandcorrectie**

Voor vergoeding van de kosten van een buikwandcorrectie op grond van de Basisverzekering moet sprake zijn van:

- een stabiele BMI < 30 gedurende minimaal 12 aaneengesloten maanden én ernstige bewegingsbeperking als gevolg van de overhangende buikwand, of
- een stabiele BMI < 30 gedurende minimaal 12 aaneengesloten maanden én ernstige pijnklachten die een direct gevolg zijn van de overhangende buikwand, of

- een stabiele BMI < 30 gedurende minimaal 12 aaneengesloten maanden én ernstig en onbehandelbaar smetten, ondanks verzorging volgens de landelijke richtlijn verpleging en verzorging (*Smetten (intertrigo) preventie en behandeling*).

Wanneer nog wel aan bovenstaande wordt voldaan, maar de lichamelijke functiestoornis van dusdanige aard is dat net niet wordt voldaan aan de richtlijnen van de VAGZ Werkwijzer, kan vergoeding vanuit de aanvullende verzekeringen Optifit, Topfit of Superfit worden verleend.

BMI staat voor Body Mass Index. Dit is een verhoudingscijfer voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilo's) te delen door de lengte (in meters) en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte.

### **Operatief verwijderen en vervangen van borstprothesen**

De kosten van het *verwijderen* van borstprothesen op grond van de Basisverzekering komen alleen voor vergoeding in aanmerking als sprake is van een medische noodzaak. Van een medische noodzaak is in ieder geval sprake bij:

- kapselvorming Baker-klasse IV,
- aantoonbare lekkage van een siliconenprothese, of
- een persisterende/recidiverende infectie door aanwezigheid van de prothese, die niet reageert op andere behandelingen zoals antibiotica.

Als de borstprothese eerder was geplaatst als gevolg van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, dan kunnen ook de kosten van *vervanging* van de prothese, dus het plaatsen van een nieuwe prothese, uit de Basisverzekering worden vergoed.

Als de borstprothese eerder was geplaatst als onderdeel van een borstvergroting of andere borstcorrectie, dan is de vervanging, dus het plaatsen van een nieuwe prothese niet gedekt op de Basisverzekering. De kosten daarvan worden wel vergoed vanuit de aanvullende verzekeringen Optifit, Topfit of Superfit.

### **Labiacorrectie (correctie van schaamlippen)**

Voor vergoeding van de kosten van een labiacorrectie op grond van de Basisverzekering moet sprake zijn van ernstige lichamelijke functiestoornissen waarbij onderscheidend criterium is het aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking of ernstige pijnklachten. De bewegingsbeperking dient niet te verhelpen te zijn door manuele correctie of minder strakke kleding. De pijnklachten dienen uitsluitend te worden veroorzaakt door de labia zelf zonder enige wezenlijke beïnvloeding van buitenaf.

Sociale beperkingen, belemmeringen in het sociaal functioneren, vormen geen indicatie.

Omdat het criterium van de aantoonbare lichamelijke functiestoornis ook voor de aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit van toepassing is, worden de kosten van een labiacorrectie nooit vanuit de aanvullende verzekering vergoed.

### **Gynaecomastie (borstvorming bij de man)**

Voor vergoeding van de kosten van een correctie van gynaecomastie op grond van de Basisverzekering moet sprake zijn van ernstige lichamelijke functiestoornissen waarbij onderscheidend criterium is het aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking of ernstige pijnklachten. De operatieve ingreep zou die klachten moeten doen wegnemen. Er moet dus geen sprake zijn van een onderliggende oorzaak.

De vorming van borstklierweefsel bij de man vormt op zich geen indicatie voor operatief ingrijpen, tenzij er aanwijzingen zijn voor maligniteit.

Bij een BMI > 30 is doorgaans geen vergoeding mogelijk.

Als sprake is van ernstige pijnklachten dienen deze uitsluitend te worden veroorzaakt door de gynaecomastie zelf zonder enige wezenlijke beïnvloeding van buitenaf.

Omdat het criterium van de aantoonbare lichamelijke functiestoornis ook voor de aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit van toepassing is, worden de kosten van correctie van gynaecomastie nooit vanuit de aanvullende verzekering vergoed.