

Plastische chirurgie 2019

VvAA zorgverzekering

Waarom deze brochure?	2
Een richtlijn voor de beoordeling van uw aanvraag	2
Wat vergoedt de basisverzekering?	2
Wat vergoeden de aanvullende verzekeringen?	2
Uitleg van begrippen	3
Toelichting op een aantal veel aangevraagde behandelingen	3
Correctie van de bovenoogleden	3
Buikwandcorrectie	3
Liposuctie (wegzuigen van onderhuids vet)	4
Operatief verwijderen en vervangen van borstprothesen	4
Labiacorrectie (correctie van schaamlippen)	4
Gynaecomastie (borstvorming bij de man)	5

Plastische chirurgie 2019

Waarom deze brochure?

De basisverzekering vergoedt plastische chirurgie, maar niet altijd. Als u naar de plastisch chirurg gaat om uw uiterlijk te verbeteren, dan vergoedt de basisverzekering dat niet. Bij bijvoorbeeld aangeboren afwijkingen of brandwonden weer wel. Omdat het niet altijd heel duidelijk is of u de behandeling vergoed krijgt, hebben zorgverzekeraars afgesproken dat u voor veel van die behandelingen toestemming moet vragen voordat u de behandeling ondergaat. Deze behandelingen staan op een lijst, de *Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg*. Vaak kan uw medisch specialist de toestemming voor u aanvragen. Meer hierover vindt u op www.vvaa.nl/verzekeringen/zorgverzekering/voorwaarden-2019 in het document *toestemming vragen*. Ook de aanvullende verzekeringen vergoeden plastische chirurgie alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

In deze brochure geven wij meer uitleg bij de vergoeding Plastische chirurgie, de gebruikte begrippen en de beoordeling van uw aanvraag. Wij schrijven hier steeds over de basisverzekering en aanvullende verzekeringen. Maar deze uitleg geldt ook voor onze internationale verzekeringen. Heeft u na het lezen van deze brochure toch nog vragen? Dan kunt u natuurlijk altijd contact opnemen met ons Service center op telefoonnummer 030 639 64 00.

Een richtlijn voor de beoordeling van uw aanvraag

De VAV, Vereniging Artsen Volksgezondheid, is na een fusie in april 2018 (ook) de vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers die als medisch adviseur bij (zorg)verzekeraars werken. De medisch adviseur beoordeelt de aanvragen voor vergoedingen, ook voor plastische chirurgie. Om dat zo eerlijk mogelijk te doen en voor iedereen op dezelfde manier, gebruiken de medisch adviseurs van alle zorgverzekeraars dezelfde werkwijze van de VAV. Vanaf 15 februari 2019 is dit de *Werkwijze beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard 2019*. U kunt deze werkwijze vinden op <http://www.vagz.nl/documents.php>.

Wat vergoedt de basisverzekering?

In de vergoeding Plastische chirurgie is omschreven wanneer de basisverzekering plastisch chirurgische behandeling vergoedt. Dit is alleen bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als die een aantoonbare lichamelijke functiestoornis opleveren
2. verminkingen door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslaptte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans) vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: een lip-, kaak- en gehemeltespleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urineweg- en geslachtsorganen
8. behandeling van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

Op de vergoeding uit de basisverzekering geldt altijd het eigen risico.

Wat vergoeden de aanvullende verzekeringen?

De aanvullende verzekeringen Student, Start en Plus vergoeden geen plastisch chirurgische behandeling.

De aanvullende verzekering Optimaal vergoedt:

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

De aanvullende verzekeringen Top en Excellent vergoeden:

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

Op de vergoeding uit de aanvullende verzekering geldt geen eigen risico.

Uitleg van begrippen

Met **plastische chirurgie** bedoelen we niet alleen operaties door een plastisch chirurg. Het gaat om alle operaties om het uiterlijk te verbeteren. Die operaties kunnen ook door andere medisch specialisten uitgevoerd worden, bijvoorbeeld door een oogarts of KNO-arts.

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

Ook moet de lichamelijke functiestoornis aantoonbaar zijn. Daarmee bedoelen we dat de stoornis meetbaar moet zijn en moet voldoen aan vooraf vastgestelde criteria.

Verder moet het aannemelijk zijn dat de lichamelijke functiestoornis veroorzaakt wordt door de lichamelijke afwijking waaraan u zich wilt laten opereren. Ook moet het aannemelijk zijn dat uw klachten door die operatie weggaan of verminderen.

Uw lichamelijke klachten moeten rechtstreeks verband houden met de afwijkingen in uw uiterlijk. Als de klachten verband houden met psychisch lijden als gevolg van die afwijkingen, dan vergoedt de basisverzekering niet. 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 niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Voorbeelden zijn brandwonden, misvormingen door verlamming van de aangezichtszenew of amputatie van armen of benen.

Toelichting op een aantal veel gevraagde behandelingen

Voor sommige operaties ontvangen wij veel aanvragen. Hieronder lichten wij voor die behandelingen toe hoe we de informatie uit de VAV werkwijzer toepassen bij de beoordeling van uw aanvraag.

Correctie van de bovenoogleden

De basisverzekering vergoedt een bovenooglidcorrectie alleen bij:

- een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Dit is een uitermate zeldzame aandoening die haast nooit voorkomt. In ieder geval gaat het niet om een aangeboren aanleg waardoor een verhoogde kans bestaat om deze aandoening of afwijking op latere leeftijd te ontwikkelen
- een ernstige gezichtsveldbeperking. Een gezichtsveldbeperking is ernstig als uw ooglid of de huidplooi in ieder geval 1 mm of lager boven het centrum van uw pupil hangt. Dit kan veroorzaakt worden door overhangen van de huid (dermatochalasis) van de bovenoogleden. Dat is meestal een gevolg van ouderdom. Ook kan uw gehele bovenooglid (ptosis) gezakt zijn door verschillende oorzaken. Tenslotte kan het uitzakken van de wenkbrauw, waardoor de huid tussen wenkbrauw en bovenooglidrand gaat overhangen, tot een gezichtsveldbeperking leiden. Ook dit is meestal een gevolg van veroudering

Is correctie van de bovenoogleden noodzakelijk omdat u andere klachten heeft die samenhangen met een lichamelijke functiestoornis? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Optimaal, Top of Excellent de operatie. Dat is bijvoorbeeld het geval als uw oogleden aan de zijkant afhangen.

Buikwandcorrectie

De basisverzekering vergoedt een buikwandcorrectie bij:

- een stabiele BMI¹ < 30 gedurende minimaal 12 aaneengesloten maanden én ernstig en onbehandelbaar smetten. U heeft zich bij uw lichamelijke verzorging gehouden aan de adviezen van een arts of verpleegkundige uit de landelijke richtlijn verpleging en verzorging (*Smetten (intertrigo) preventie en behandeling*²)
- een stabiele BMI¹ < 30 gedurende minimaal 12 aaneengesloten maanden én ernstige bewegingsbeperking als gevolg van de overhangende buikwand. De bewegingsbeperking wordt als ernstig gezien als die ontstaat doordat in staande positie uw buikschort minimaal een kwart van de lengte van uw bovenbenen bedekt

Als u een bariatrische operatie heeft gehad (bijvoorbeeld een maagverkleining), moet dat minstens 18 maanden geleden zijn.

¹ BMI staat voor Body Mass Index. Zelf uw BMI berekenen? Deel uw gewicht (in kilo's) door uw lengte (in meters). Deel de uitkomst nog een keer door uw lengte (in meters). De uitkomst is uw BMI.

² U vindt deze richtlijn o.a. op de website van nivel (www.nivel.nl)

Heeft u rugklachten of een rectusdiastase (het blijvend uit elkaar wijken van buikspieren)? Dan is dat geen indicatie voor een buikwandcorrectie. Van rugklachten is het niet aannemelijk dat die worden veroorzaakt door de huidplooiën. Een rectusdiastase heeft geen functiestoornis tot gevolg.

Wanneer nog wel aan bovenstaande wordt voldaan, maar uw lichamelijke functiestoornis van dusdanige aard is dat het niet wordt voldaan aan de richtlijnen van de VAV Werkwijzer, vergoeden de aanvullende verzekeringen Optimaal, Top of Excellent de buikwandcorrectie.

Liposuctie (wegzuigen van onderhuids vet)

De basisverzekering vergoedt liposuctie alleen bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis door:

- ernstige pijn. Van die pijn moet duidelijk zijn dat die veroorzaakt wordt door een lokale vetophoping, bijvoorbeeld een zeer fors lipoom met druk op een zenuw
- een ernstige bewegingsbeperking, bijvoorbeeld door een lokale vetophoping in of rond een gewricht.

Er is vrijwel nooit een indicatie bij forse bovenbenen, met eventueel kapot schuren van de benen. Het kapot schuren van de huid is in het algemeen te voorkomen door het dragen van broeken.

Liposuctie bij lipoedeem voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals omschreven in de Algemene regels 2019 van de basisverzekering onder nummer 24.

Liposuctie van de buik is uitgesloten van de vergoeding (zie vergoeding Plastische chirurgie).

Ook voor de aanvullende verzekeringen geldt dat er een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet zijn en dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Top en Excellent vergoeden dan ook nooit een liposuctie.

Operatief verwijderen en vervangen van borstprothesen

De basisverzekering vergoedt alleen kosten van het *verwijderen* van borstprothesen als daarvoor een medische noodzaak bestaat. Een medische noodzaak is:

- kapselvorming Baker-klasse IV³
- aantoonbare lekkage van een siliconenprothese, of
- een aanhoudende/terugkerende infectie door aanwezigheid van de prothese, die niet reageert op andere behandelingen zoals antibiotica
- wanneer door de prothese een behandeling niet goed mogelijk is. Bijvoorbeeld bestraling bij borstkanker
- het bestaan van aanhoudende, systemische klachten die verklaard kunnen worden door de prothese. Medisch-specialistische behandeling van uw klachten heeft geen of niet voldoende resultaat opgeleverd en u functioneert door de klachten aantoonbaar slecht, zowel lichamelijk als sociaal.

Had u de borstprothese gekregen na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie? Dan vergoedt de basisverzekering ook de *vervanging* van de prothese. Dus het plaatsen van een nieuwe prothese als de oude wordt verwijderd. Dat geldt ook als u vrouw bent of man-vrouw transgender en de borstprothese had gekregen door het ontbreken van borstvorming (agenesie of aplasie).

Had u de borstprothese gekregen als onderdeel van een borstvergroting of andere borstcorrectie? Dan vergoedt de basisverzekering de vervanging niet. Bij een medische noodzaak vergoedt de basisverzekering het verwijderen van de oude prothese, maar niet het plaatsen van een nieuwe.

Heeft u een aanvullende verzekering Optimaal, Top of Excellent? Dan vergoeden die de vervanging in dat geval wel. Maar ook alleen als voor het verwijderen van de prothese een medische noodzaak bestaat.

Labiacorrectie (correctie van schaamlippen)

De basisverzekering vergoedt de kosten van een labiacorrectie alleen als u ernstige lichamelijke functiestoornissen heeft, met forse beperking in het functioneren tot gevolg. U heeft dan

- een ernstige bewegingsbeperking. Die bewegingsbeperking is niet te verhelpen door handmatige correctie of minder strakke kleding
- ernstige, objectiveerbare pijnklachten. Van de pijnklachten moet duidelijk zijn dat die uitsluitend worden veroorzaakt door de labia zelf, zonder enige wezenlijke beïnvloeding van buitenaf.

In de praktijk blijkt daarom dat een labiacorrectie zeer zelden voor vergoeding in aanmerking komt.

Sociale beperkingen, belemmeringen in het sociaal functioneren of psychische problemen vormen geen indicatie. Functiestoornissen van psychische/sociale aard als gevolg van een lichamelijke afwijking, bijvoorbeeld seksuele problemen, vormen ook geen indicatie.

³ Het implanteren van een prothese leidt altijd tot de vorming van littekenweefsel/bindweefsel rond het implantaat, het zogenaamde kapsel. Overmatige kapselvorming kan pijnklachten geven of een risico dat het implantaat gaat scheuren. De mate van kapselvorming wordt aangeduid met een Baker-klasse, van klasse I bij de normale kapselvorming tot klasse IV bij overmatige kapselvorming met pijnklachten waarbij de vorm van de borst niet meer rond, maar sferisch is geworden.

Ook voor de aanvullende verzekeringen geldt dat er een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet zijn. Top en Excellent vergoeden dan ook nooit een labiacorrectie.

Gynaecomastie (borstvorming bij de man)

Bij gynaecomastie is er een abnormale ontwikkeling van de klieren van de mannelijke borsten, waardoor deze op vrouwenborsten lijken. De basisverzekering vergoedt een correctie van gynaecomastie alleen

- bij ernstige lichamelijke functiestoornissen. Dat betekent dat er een ernstige bewegingsbeperking moet zijn. Met de operatie moeten die klachten weggaan. Er moet dus geen sprake zijn van een onderliggende oorzaak
- bij verminking. Dat betekent dat er borstvorming is volgens Tanner stadium IV⁴.

Een gynaecomastie bij jongeren is meestal voorbijgaand en geen indicatie voor een operatie. De vorming van borstklierweefsel bij de man vormt op zich ook geen indicatie voor een operatie. Behalve als er aanwijzingen zijn voor een kwaadaardig gezwel. Dan vergoedt de basisverzekering een operatie wel.

Bij een BMI > 30 of pijnklachten is doorgaans geen vergoeding mogelijk.

Ook voor de aanvullende verzekeringen geldt dat er een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet zijn. Top en Excellent vergoeden dan ook nooit een correctie van gynaecomastie.

⁴ De Tannerstadia zijn precies beschreven fases in de lichamelijke ontwikkeling op basis van zichtbare externe primaire en secundaire geslachtskenmerken zoals de grootte van de borsten. Dit loopt van stadium 1, beginnende borstvorming, tot stadium 5, volwassen borst bij de vrouw.