

Den Haag, 13 maart 2018

De door u toegestuurde brief is een samenvatting van het «Zwartboek Trombosezorg» dat een burger (De heer A.F. te A.) reeds op 21 februari 2017 aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft toegestuurd. Op 6 april 2017 is deze burgerbrief schriftelijk beantwoord, waarna – naar aanleiding van aanvullende correspondentie – op 28 augustus 2017 telefonisch contact met de heer A.F. is geweest.

De heer A.F. beschrijft in het «Zwartboek» en de door u toegestuurde brief zijn zorgen over de vingerprikmethode die enkele jaren geleden – als alternatief voor veneuze bloedafname – bij trombosezorg is geïntroduceerd. De heer A.F. beargumenteert dat de implementatie van de vingerprikmethode in Nederland onzorgvuldig is verlopen; patiëntvriendelijkheid zou hierin niet voorop hebben gestaan. Daarnaast zou de vingerprikmethode leiden tot een onevenredig hoge kostenstijging voor trombosezorg.

In het vervolg van deze brief zal ik achtereenvolgens op beide argumenten ingaan.

De introductie van de vingerprikmethode in Nederland

Bij een behandeling met Vitamine K-antagonisten (VKA's) moet bij patiënten periodiek de stollingstijd van het bloed (INR-waarde) bepaald worden. Van oudsher vindt een dergelijke bepaling plaats op een trombosedienst of bij de patiënt thuis op basis van veneuze bloedafname. Later werd het ook mogelijk de INR-waarde te bepalen via capillaire bloedafname (de vingerprikmethode). Deze methode kan worden uitgevoerd door een zorgprofessional, maar ook door de patiënt zelf. Dit zelfmeten is mogelijk sinds in december 2001 de «Wijziging besluit hulpverlening door trombosediensten ziekenfondsverzekering» is gepubliceerd in de Staatscourant.

Aanvankelijk kwamen alleen patiënten met langdurig stabiele antistolling hiervoor in aanmerking; zelfmeten werd hiermee beschikbaar voor een zeer selecte groep patiënten. De vingerprikmethode kon dus niet zonder meer worden doorgetrokken naar de gehele patiëntenpopulatie. Niet de vaardigheden van de zorgprofessional, maar de mate waarin een patiënt voldeed aan de criteria bepaalde of een capillaire bloedafname geschikt was.

Pas de laatste jaren is uit wetenschappelijk onderzoek naar voren gekomen dat capillaire bloedafname kan worden ingezet voor trombosezorg in de hele populatie. Dit betekent dat er vanaf dat moment twee manieren van bloedafname beschikbaar kwamen voor alle trombosepatiënten, zowel thuis als op trombosediensten. Deze methoden worden gelijkwaardig naast elkaar gehanteerd; er is geen «gouden standaard».

Op basis van deze informatie lijkt de vingerprikmethode op een geleidelijke en zorgvuldig begeleide manier te zijn geïntroduceerd in de Nederlandse trombosezorg. De patiëntvriendelijkheid heeft bij deze introductie wel degelijk voorop gestaan.

De kosten van de vingerprikmethode in vergelijking met veneuze afname bij trombosezorg

Uit navraag bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat de berekeningen in de brief geen stand houden; dit komt doordat de kosten voor veneuze- en capillaire bloedafname niet één op één met elkaar te vergelijken zijn.

Zo was voor veneuze afname tot en met 2013 een begrotingstarief van kracht. Dit betekent dat de overschotten en tekorten op de begroting met de verzekeraars werden verrekend via een zogenaamd «sluittarief». Daarmee kon de situatie ontstaan dat tarieven in de loop van de tijd hun relatie met de kosten kwijtraakten. Het is dus niet mogelijk om – zoals de heer A.F. doet – de tarieven tot en met 2013 als maatstaf voor de kosten te hanteren.

Vanaf 2014 heeft de NZa op basis van kostprijsonderzoek jaarlijks de maximumtarieven herijkt. Ook op basis van deze tarieven is het lastig om de kosten voor veneuze- en capillaire bloedafname met elkaar te vergelijken. Dit hangt ten eerste af van welke tarieven zorgverzekeraars en trombosediensten vaak flink onder het maximum tarief wordt gecontracteerd. Daarnaast is de vergelijking tussen een kwartaaltarief (voor zelfmeting) en de standaard prestaties die per bezoek (INR-meting) worden gedeclareerd niet makkelijk te bepalen. Immers, niet elke patiënt wordt even vaak geprikt. Bovendien moet rekening worden gehouden met de bijkomende kosten voor een huisbezoek, dat noodzakelijk kan zijn vanwege de slechte mobiliteit van trombosepatiënten.

Wat wel duidelijk is, is dat de tarieven voor het zelfmeten tussen 2014 en 2018 met 32% zijn gedaald. Ook is mij gegarandeerd dat de meerprijs voor de vingerprikmethode niet wordt doorberekend aan patiënten die deze methode op een trombosedienst krijgen toegepast; deze patiënten betalen het reguliere tarief.

Zoals vaker het geval is bij nieuwe ontwikkelingen is de prijs in het begin hoger, onder meer door de hoge ontwikkelkosten. De eenmalige kosten (€ 42 miljoen) die de heer A.F. heeft berekend en in zijn brief noemt, is het totaal van alle eenmalige kosten die over de afgelopen vijftien jaar voor zelfmeten zijn gemaakt. Dit komt neer op ongeveer € 2,8 miljoen per jaar. Dat de implementatie van de vingerprikmethode en het zelfmeten bij trombosezorg daarmee een grote investering is, is evident. Echter, ik kan mij ook voorstellen dat verzekeraars de wellicht hogere kosten voor zelfmeten willen dragen, omdat het wetenschappelijk is vastgesteld dat de patiënten die zelfmeten meer therapietrouw zijn. Dit leidt tot minder complicaties en daarmee ook tot lagere totale zorgkosten.

Op basis van bovenstaande informatie heb ik geen reden om aan te nemen dat de vingerprikmethode heeft geleid tot onevenredig hoge zorgkosten. Dat zelfmeten en de vingerprikmethode hebben geleid tot een meer patiëntvriendelijke bloedafname voor patiënten die hier periodiek aan gebonden zijn, staat bij mij voorop.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins