

Verzoek om antwoord op vragen over vergoeding taperingstrips

25 juli 2017

Peter C. Groot en Jim van Os

Dr. Peter C. Groot is onderzoeker/ervaringsdeskundige bij User Research Center, Universiteit Maastricht, en vrijwilliger bij de Stichting Cinderella Therapeutics. Prof.dr. Jim van Os, voorzitter Divisie Hersenen, Universitair Medisch Centrum Utrecht. Contact: p.c.groot@maastrichtuniversity.nl.

Samenvatting

Stoppen met medicijnen zoals antidepressiva levert vaak problemen op. Al tientallen jaren lukt het veel gebruikers niet om zonder problemen te stoppen en te vaak lukt dat zelfs helemaal niet. Onnodig leed en onnodig medicijngebruik is het resultaat. Verschillende oorzaken kunnen worden aangewezen. Richtlijnen adviseren geleidelijk afbouwen en rekening houden met wat de patiënt zelf wil en aankan, maar maken niet goed duidelijk hoe dat moet. Ze zijn expert-based maar niet wetenschappelijk onderbouwd. Een arts kan voor een individuele patiënt niet weten wat de beste aanpak zal zijn omdat onze huidige kennis is gebaseerd op groepsonderzoek. Medicatie om geleidelijk af te kunnen bouwen in kleine stappen en in een tempo dat door arts en patiënt samen wordt bepaald was tot voor kort niet beschikbaar.

Taperingstrips maken het mogelijk om medicatie in kleine stappen in een door arts en patiënt samen gekozen tempo af te bouwen. Dit maakt zorg op maat mogelijk. Retrospectief onderzoek laat zien dat afbouwen met taperingstrips veel beter gaat dan zonder. Er zijn veel minder onttrekkingsverschijnselen, het lukt veel vaker om te stoppen en als stoppen door terugval niet lukt blijkt het in een aantal gevallen mogelijk om de dosering te verlagen. De tevredenheid over de taperingstrips, waarvoor inmiddels wereldwijd belangstelling bestaat, is groot.

Volgens Cinderella, de stichting die het initiatief nam voor de ontwikkeling van de taperingstrips, voldoet de medicatie in de taperingstrips aan de eisen voor rationele farmacotherapie en dient die daarom vanuit het basispakket te worden vergoed. Staatssecretaris van Rijn heeft laten weten dat vergoeding mogelijk is. Hoewel de taperingstrips goedkoop zijn vinden een aantal zorgverzekeraars ze toch te duur omdat blijven doorgebruiken goedkoper is. Verzekerden werden en worden onjuist geïnformeerd en ten onrechte werd gesuggereerd dat er bij de ontwikkeling van de taperingstrips sprake zou zijn van belangenverstremming. Vergoeding van de taperingstrips wordt geweigerd, waarbij zorgverzekeraars nadrukkelijk op de stoel van de arts gaan zitten. Dit levert steeds meer problemen op voor de artsen en de psychiaters die de taperingstrips willen voorschrijven en voor de patiënten die ze willen gebruiken.

Die problemen hadden voorkomen kunnen worden als normaal overleg mogelijk was geweest en als het Zorginstituut belangrijke vragen over de rationaliteit van de taperingstrips had willen beantwoorden. Of als de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie over de taperingstrips een standpunt had willen bepalen. Dat is allemaal niet gebeurd. De problemen zijn hierdoor steeds groter geworden.

Het Zorginstituut heeft inmiddels besloten om een bijeenkomst te organiseren om tot een oplossing te komen. Tijdens die bijeenkomst zullen vragen aan de orde komen waarop wij, als ontwikkelaars van de taperingstrips, antwoorden kunnen geven. Wij zijn echter bij die bijeenkomst niet welkom. Daarom hebben we deze notitie geschreven die we openbaar maken omdat we niet goed meer kunnen uitleggen waarom het vormen van een oordeel over de taperingstrips zoveel problemen moet opleveren.

We verzoeken het Zorginstituut om de inhoud van deze notitie in de bijeenkomst in te brengen en om op de vragen over de rationaliteit van de taperingstrips een duidelijk antwoord te geven.

Inleiding

Achtergrond

In het kader van de beoordeling van de rationaliteit van taperingstrips heeft het Zorginstituut voor 27 juli een scopingsbijeenkomst georganiseerd met het NHG, de NVvP, de KNMP, MIND/LPGGz, ZN en VWS, maar zonder de Regenboog Apotheek en zonder ons. Volgens ZiN is dit de gebruikelijke procedure.

We hebben op 20 juni laten weten dat we dit een onbegrijpelijk en buitengewoon slecht idee vinden omdat 1) ZiN op belangrijke vragen nog geen antwoord heeft gegeven; 2) ZiN heeft nagelaten om de NVvP om een standpunt over de taperingstrips te vragen¹; 3) omdat wij de meeste kennis over de taperingstrips hebben; 4) omdat deze beslissing volledig ingaat tegen de mededeling '*dat het Zorginstituut bij haar beoordelingen fabrikanten (ontwikkelaars), wetenschappelijke verenigingen, en patiëntenverenigingen van meet af aan betreft*'². Op onze notitie van 20 juni werd door ZiN, net als op onze eerdere notities van 7 mei¹, 16 mei³, 1 juni⁴ en 14 juni⁵, niet gereageerd.

Dat de scopingsbijeenkomst toch plaatsvindt en zonder ons weten we omdat dr. Martin de Graaff dit mondeling aan Prof. Jim van Os heeft meegedeeld. In een telefoongesprek vroeg hij ons om voor 27 juli met een voorstel te komen voor onderzoek naar de effectiviteit van de taperingstrips. Een schriftelijk verzoek hiervoor met toelichting ontvingen we niet. Op 20 juli ontvingen we wel een email met de mededeling dat de bijeenkomst, wegens teveel afmeldingen, was verplaatst naar 24 augustus.

Waarom deze notitie?

We vinden het belangrijk om aan alle partijen die bij de scopingsbijeenkomst aanwezig te zijn duidelijk te maken wat onze antwoorden op vragen van ZiN en zorgverzekeraars zijn. We dringen er bij het zorginstituut op aan om tijdens de bijeenkomst in ieder geval een antwoord te geven op de belangrijke drie vragen over de rationaliteit (punt 16) en gaan ervan uit dat deze notitie als bijlage aan het rapport dat ZiN na de bijeenkomst zal schrijven wordt toegevoegd.

Openbaarmaking

Omdat het ons inmiddels nauwelijks meer lukt om aan de artsen en psychiaters die taperingstrips willen voorschrijven en aan de patiënten die ze willen gebruiken uit te leggen waarom vergoeding daarvan wordt geweigerd maken we deze notitie ook openbaar. Dan kunnen zij zelf een oordeel vormen over de wijze waarop een oordeel over de rationaliteit van taperingstrips tot stand komt.

Onbevredigend

Hoewel we deze gang van zaken zeer onbevredigend vinden zullen we toch met een rudimentair voorstel komen voor onderzoek naar de effectiviteit van taperingstrips. De belangrijke kanttekening die we maken is dat dit onderzoek niet als excuus mag worden gebruikt om vergoeding van de medicatie in de taperingstrips, in afwachting van de resultaten van dit onderzoek, te beperken of niet toe te staan.

Onderzoek

De eerste resultaten van het retrospectieve onderzoek dat we zelf naar de effectiviteit van taperingstrips hebben gedaan hebben we al meer dan een jaar geleden gepresenteerd⁶. Dit onderzoek laat zien dat afbouwen met taperingstrips veel beter gaat dan zonder. Er zijn veel minder onttrekkingsverschijnselen, het lukt veel vaker om te stoppen en als stoppen door terugval niet lukt blijkt het in een aantal gevallen mogelijk om de dosering te verlagen. De tevredenheid over de taperingstrips is groot. Deze resultaten waren gebaseerd op bijna 200 door gebruikers van de taperingstrips ingevulde vragenformulieren. Inmiddels is dat aantal opgelopen tot meer dan 800. Door alle tijd die noodgedwongen moest worden besteed aan het schrijven van notities zoals deze, aan het beantwoorden van vragen van patiënten (inmiddels ook vanuit het buitenland) en aan andere activiteiten, zoals het voorbereiden en geven van lezingen, is het van die uitwerking van die vragenlijsten nog niet gekomen. Niet omdat we dat niet willen,

niet omdat we de prioriteit niet hoog genoeg vinden, maar omdat we daarvoor niet voldoende mankracht hebben. Zorgverzekeraars en ZiN beschikken over een uitgebreid apparaat aan medewerkers. Het praktische werk aan de ontwikkeling van de taperingstrips komt in de praktijk echter neer op het werk van slechts twee mensen: apotheker Paul Harder en onderzoeker en ervaringsdeskundige Peter Groot, waarvan de laatste het grootste deel van het werk nog steeds op vrijwillige basis (= onbetaald) uitvoert.

Inhoud van deze notitie

We beginnen deze notitie met het geven van informatie over nieuwe ontwikkelingen, die voor deze zaak van belang zijn en die geleid heeft tot wereldwijde belangstelling voor de taperingstrips (punt 1-3). We vervolgen met een schets van de problemen waar we in de afgelopen tijd tegenaan gelopen zijn (punt 4-14). Daarbij stellen we opnieuw zaken aan de orde die we eerder ook al hebben ingebracht. Dat is nodig omdat op door ons ingebrachte argumenten en op vragen die we hadden gesteld niet inhoudelijk is gereageerd. We leggen uit waarom de medicatie in de taperingstrips volgens ons altijd aan de eisen voor rationele farmacotherapie heeft voldaan (punt 15) en noemen een mogelijke oorzaak voor de verwarring die hierover bestaat. We eindigen met het beantwoorden van de drie vragen die voor de rationaliteit van de medicatie in de taperingstrip van belang zijn (punt 16).

1. Buitenlandse belangstelling voor de taperingstrips

We hebben melding gemaakt van een petitie waarin the Engelse Secretary of Health wordt opgeroepen om farmaceutische bedrijven aan te zetten tot het ontwikkelen van 'tapering kits'⁷. James Moore, die deze petitie startte, nodigde Peter Groot uit voor een Podcast interview op de website 'Let's talk Withdrawal'⁸. Dit leidde tot publicaties op internet⁹⁻¹¹, in de New Scientist¹² en in the Pharmaceutical Journal¹³ die voor ons reden waren om de informatie over de taperingstrips op www.taperingstrip.nl in het Engels te (laten) vertalen en de nieuwe website www.taperingstrip.org in te richten waardoor taperingstrips nu ook in het buitenland beschikbaar zijn.

2. Publicatie van 'user-driven' behandelrichtlijnen voor het gebruik van taperingstrips

Vanaf het moment dat de eerste taperingstrip voor paroxetine beschikbaar kwam hebben wij geprobeerd om de patiënten die ze willen gebruiken en de artsen die ze willen voorschrijven zo goed mogelijk te informeren. Met uitzondering van de eerste publicaties over de taperingstrips^{14,15}, gaat de meeste informatie die we verschaffen, op de website, in de documentatie bij de taperingstrips, per email en ook per telefoon, tot nu toe buiten de 'officiële' medische kanalen om. Niet omdat wij dit zo graag willen, maar omdat de informatie waar mensen naar zoeken in richtlijnen en standaarden op dit moment (nog) niet is te vinden. Dit laat ons twee keuzes. De ene is om geduldig af te wachten tot commissies hun werk hebben gedaan en die informatie in richtlijnen en standaarden hebben opgenomen. De andere is om belangrijke informatie nu al aan te bieden, waarbij we duidelijk maken dat die 'user-driven' is.

Omdat we artsen en patiënten niet onnodig lang willen laten wachten hebben we besloten om het concept protocol dat we in ons rapport voor 29 maart hadden opgenomen publiek te maken zonder eerst op review en goedkeuring van richtlijncommissies te wachten. Artsen en patiënten die daar behoefte aan hebben kunnen daarom nu de '*Behandelrichtlijnen voor het gebruik van taperingstrips*'¹⁶ of '*Treatment guidelines for the use of tapering strips*'¹⁷ van het URC Maastricht downloaden.

Dat we op deze wijze te werk gaan betekent niet dat we geen belang hechten aan richtlijnen. Maar we constateren dat ook binnen medisch wetenschappelijke verenigingen 'ambtelijke' molens niet heel snel draaien. Dat in Engeland en Duitsland actiever wordt gewerkt aan het vinden van oplossingen voor de problemen bij het afbouwen bespreken we hierna.

3. Initiatieven van buitenlandse wetenschappelijke verenigingen

In het blog dat James Moore voor de nieuwe website www.taperingstrip.org schreef¹⁸ refereerde hij aan initiatieven van de British Medical Association (BMA) en het Royal College of Psychiatrists (RCPsych). De BMA publiceerde in 2016 het rapport '*Prescribed drugs associated with dependence and withdrawal – building a consensus for action*'¹⁹. Het RCPsych publiceert op internet de resultaten van een survey onder de titel '*Coming off antidepressants*'²⁰. In Duitsland publiceerde het Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) al eerder, in 2014, het rapport '*Neuroleptika reduzieren und absetzen*'²¹

Wat uit deze verschillende bronnen naar voren komt verschilt niet wezenlijk van wat wij hebben geschreven²² over het wetenschappelijk bewijs voor de huidige afbouwpraktijk⁶, over de waarde van tot dusver uitgevoerd onderzoek en over de (on)bruikbaarheid van de huidige richtlijnen²³. Tot nu lijkt onze inbreng door ZiN en zorgverzekeraars nauwelijks serieus te worden genomen. Dat wekt verbazing omdat ZiN in een eigen rapport al in 2012 de problematiek van het afbouwen goed heeft beschreven²⁴. Door ons steeds opnieuw dezelfde vragen te stellen wekken Zorgverzekeraars en ZiN de indruk dat wij geen antwoorden hebben. Dat wij steeds opnieuw uitgebreid antwoorden en dat op die antwoorden niet wordt ingegaan blijft stevast onvermeld.

Het belang van die publicaties van de BMA, de RCPsych en de DGSP is voor ons niet dat ze iets laten zien dat wij nog niet eerder hebben vastgesteld, maar dat wat zij melden afkomstig is van wetenschappelijke zusterverenigingen van de NVvP en het NHG. We hopen dat dat een reden zal zijn om wat zij melden wel serieus te nemen en daarmee eindelijk ook de door ons ingebrachte feiten en argumenten. Als dat gebeurt kunnen volgens ons de vragen die ZiN over de rationaliteit heeft beantwoord worden, zonder dat daarvoor eerst onderzoek nodig is.

4. Waarom de huidige richtlijnen niet voldoen

Zorgverzekeraars en ZiN hebben steeds op het standpunt gestaan dat wij moeten aangeven/bewijzen waarom taperingstrips beter voldoen dan de huidige methodes van afbouwen op basis van de huidige richtlijnen. Wij hebben - tot nu toe tevergeefs - proberen duidelijk te maken dat de huidige richtlijnen helemaal niet voldoen en dat de huidige afbouwpraktijk heel slecht is gedefinieerd. Ook de BMA komt tot die conclusie. Als verklaring noemt ze het feit dat richtlijnen expert-based zijn terwijl wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt. Het perspectief van de patiënt wordt niet of onvoldoende meegenomen. Volgens de BMA sluiten de huidige richtlijnen en de visie en het begrip van artsen op dit moment niet goed aan bij de ervaringen van patiënten zelf.

Actieve patiënten clubs/websites zoeken al jaren naar betere manieren (dan de richtlijnen bieden) om medicatie verantwoord af bouwen. De BMA schrijft dat velen van mening zijn dat die betere manieren er op dit moment ook al zijn en dat ze meer gebruikt moeten worden. De BMA noemt in dit verband de Ashton Manual²⁵ voor het afbouwen van benzodiazepines, de British National Formulary (BNF)²⁵ en de NICE clinical knowledge summary (CKS)²⁶. Als voorbeeld voegen we zelf de '*Harm Reduction Method*' van Will Hall toe²⁷. Deze 'richtlijnen' zijn voor een deel user-driven en voldoen in de praktijk (daarom?) net zo goed, en misschien zelfs beter, dan de huidige officiële richtlijnen.

5. Onzekerheid en onvoldoende gegevens

Bij welke medicijnen treden bij hoeveel mensen ontrekkingsverschijnselen op en hoe ernstig zijn die? Bij welke medicijnen treden ze niet op of zo weinig en zijn ze zo gering dat maatregelen als de toepassing van taperingstrips niet nodig zijn? Dit zijn vragen waarop ZiN van ons een, liefst gedetailleerd, antwoord wil hebben. Het was en is voor ons echter niet mogelijk om zulke vragen heel precies te beantwoorden. Niet omdat we dat niet willen, maar omdat die exacte cijfers er niet zijn. Dat is ook precies wat de BMA¹⁹, het RCPsych²⁰ en de DSGP²¹ vaststellen. En wat ZiN zelf in 2012 ook al deed²⁴. Wel is duidelijk dat er sprake is van een groot en door de medische stand onderschat probleem. Uit de buitenlandse belangstelling voor de taperingstrips blijkt dat dit probleem wereldwijd speelt en dat de taperingstrips door de

mensen die deze problematiek aan de lijve (hebben) ervaren onmiddellijk worden begrepen en (h)erkend als een praktische oplossing waarmee eindelijk iets aan deze problemen kan worden gedaan^{9,18}.

6. Patiënt moet een keuze hebben

Dat patiënten zelf een keuze moeten hebben wordt ook vanuit het buitenland sterk benadrukt. Niet alleen vanwege de bestaande onzekerheid over wat voor een individuele patiënt de optimale behandeling is, maar vooral ook omdat die eigen keuze essentieel is voor een goed behandelresultaat. Zorg op maat ('personalized medicine') krijgt op dit moment terecht veel aandacht. Een zeer recent RIVM rapport liet echter zien dat de invoering daarvan in de praktijk tot nog toe veel moeilijker blijkt te zijn dan vaak wordt gedacht²⁸. Taperingstrips bieden arts en patiënt de mogelijkheid om samen te beslissen en samen keuzes te maken en zijn daarmee een vorm van personalized medicine die in de praktijk werkt.

7. Onttrekkingsverschijnselen komen bij alle antidepressiva voor

Verschillen tussen patiënten kunnen enorm groot zijn. Verschillen tussen medicijnen ook. Paroxetine en venlafaxine leveren bijna altijd problemen op, fluoxetine bijna nooit. Toch zijn er ook bij fluoxetine wel degelijk problemen. Het RCPsych²⁰ meldt dat maar liefst 40% van de fluoxetine gebruikers last hebben gehad van onttrekkingsverschijnselen. Het gemiddelde van hun survey voor 8 antidepressiva komt uit op 60%: *'This is a higher figure than other research suggests (about 30%). It is possible that the research has underestimated the problem'*.

8. Hoe langzaam afbouwen moet gaan is niet bekend

Zorgverzekeraars en ZiN willen de tijd die voor afbouwen mag worden genomen liefst categorisch vaststellen en (om louter financiële redenen) zo kort mogelijk maken: *'voor medicijn A vergoeden we één strip omdat daarbij veel problemen zijn, voor medicijnen B, C en D vergoeden we niets omdat daarbij weinig problemen zijn'*. In de praktijk betekent dit dat een patiënt die problemen ondervindt alleen wordt geholpen bij medicijn A. Met de grote verschillen die er tussen patiënten kunnen zijn wordt geen rekening gehouden.

De BMA schrijft in dit verband: *'Over rapid withdrawals is something that our clients consistently complain about'; 'Responses that discussed fast tapering schedules highlighted over-arching concerns about rapid tapering protocols that are enforced against patient wishes, and withdrawal management not being patient centred'; 'many doctors reduce the dose at a rate that is not tolerable for the patient'*; De RCPsych geeft de volgende aanbeveling: *'go slowly – reduce by small amounts'*. Dat advies kan alleen worden opgevolgd als zorgverzekeraars niet dwingend voorschrijven wat er moet gebeuren. De DGGB tenslotte schrijft: *'Der Faktor Zeit spielt beim Reduzieren von Neuroleptika eine wichtige Rolle. Je höher die Dosierung ist und je länger Neuroleptika eingenommen wurden, desto mehr Zeit muss in der Regel für die Reduktion eingerechnet werden'*. Hoeveel tijd kan de DGGB niet precies zeggen omdat dit per patiënt kan verschillen.

9. Kleine stappen moeten mogelijk zijn, vooral aan het eind

Enkele zorgverzekeraars en ook ZiN hebben (nog niet bestaande) alternatieven voor het afbouwen met behulp van taperingstrips voorgesteld. Zo zou één enkel tablet van een lagere sterkte voldoende zijn om venlafaxine verantwoord te kunnen afbouwen. Daarmee wordt geïmpliceerd dat het helemaal niet nodig is om af te bouwen met de kleine stappen die de taperingstrips mogelijk maken. Bewijs wordt niet geleverd. Uit de praktijk weten we dat kleine stappen wel degelijk nodig zijn. In het buitenland komt men ook tot die conclusie. De moeite die patiënten wereldwijd al jarenlang zelf doen om hun doseringen in micro-hoeveelheden te verlagen - en als ze dat goed met succes! - is een indirect bewijs dat die kleine stappen nodig zijn. We zien geen enkele reden waarom een zorgverzekeraar om louter financiële redenen

de taperingstrips, die zorg op maat mogelijk maken, slechter zouden mogen maken²⁹. Ook al omdat de zorgverzekeraar daarmee op de stoel van de behandelaar gaat zitten waardoor artsen in hun streven om goede zorg te bieden worden gefrustreerd (zie ook punt 11 en 13).

10. Onderscheid maken tussen onttrekkingsverschijnselen en andere klachten

Onttrekkingsverschijnselen kunnen worden verward met klachten die daar niets mee te maken hebben. Bijvoorbeeld terugval of nieuwe klachten die veroorzaakt worden door veranderende omstandigheden in het leven van de patiënt. Zowel artsen als patiënten kunnen hierdoor gemakkelijk op het verkeerde been worden gezet, met als resultaat onterecht langdurig medicijngebruik. Dat antidepressivagebruik al jaren lang niet daalt hangt hier mee samen. Het streven van zorgverzekeraars om patiënten zo snel mogelijk te laten afbouwen vergroot deze problemen.

11. Een principiële en een praktisch probleem

ZiN heeft ons gevraagd om een voorstel in te dienen voor onderzoek naar de effectiviteit van taperingstrips waarin enkele van de meest problematische antidepressiva, zoals paroxetine en venlafaxine, worden onderzocht. Het verzoek is om daarbij te kijken naar afbouwen in een periode van één tot twee maanden. Taperingstrips voor de betreffende middelen zouden dan aan patiënten gedurende de looptijd van dat onderzoek en voor die periode van één tot twee maanden worden vergoed.

De implicatie van dit voorstel is 1) dat patiënten die over een langere periode dan de voorgestelde twee maanden hun antidepressiva willen afbouwen de extra taperingstrips die daarvoor nodig zijn zelf moeten betalen; 2) dat patiënten die taperingstrips gebruiken voor antidepressiva die niet in het onderzoek zitten die ook zelf moeten betalen. Wij vinden dit om principiële redenen onjuist. We lichten dit toe door een vraag te stellen:

Als twee patiënten problemen krijgen tijdens het afbouwen van respectievelijk venlafaxine en fluoxetine, hebben ze er dan allebei recht op om door de arts zo goed mogelijk geholpen te worden?

In onze ogen moet het antwoord hierop ondubbelzinnig ja zijn. In de uitwerking van het voorstel van ZiN is het antwoord echter nee. Venlafaxine taperingstrips zullen daarin wel worden vergoed maar fluoxetine taperingstrips niet, ook als beide patiënten bij het afbouwen evenveel problemen ondervinden en als hun arts/psychiater van mening is dat taperingstrips geïndiceerd zijn (wat bij fluoxetine niet vaak zal voorkomen). De patiënt die venlafaxine gebruikt heeft dan geluk omdat die in de groep zit waarin vaak problemen optreden. De patiënt die fluoxetine gebruikt heeft pech omdat die in een groep zit waar gemiddeld genomen weinig problemen zijn. Maar die problemen zijn er, ook al komen ze minder vaak voor en zijn ze minder ernstig, ook bij fluoxetine wel degelijk (40% in de survey van het RCPSych²⁰).

Denkfout

Het voorstel van ZiN berust op een denkfout. Gegevens die voor een hele groep gelden, worden categorisch toegepast op alle individuen binnen die groep. In de praktijk leidt dat, zoals we hierboven lieten zien, tot discriminatie van patiënten.

We maken, waarschijnlijk ten overvloede, de vergelijking met zwanger worden om dit principiële punt nog duidelijker te maken. De kans dat een vrouw van 25 zwanger wordt is vele malen groter dan de kans dat een vrouw van 50 zwanger wordt. Maar de vrouw die zwanger wordt is dat voor de volle honderd procent, ongeacht de leeftijdsgroep waartoe ze behoort. Beide vrouwen hebben recht op dezelfde zorg. Bij het optreden van onttrekkingsverschijnselen dient dat ook zo te zijn.

Omdat het op dit moment niet goed mogelijk is om vooraf te bepalen wat voor een individuele patiënt de beste manier zal zijn om een medicijn af te bouwen moet het volgens ons de arts zijn, in samenspraak

met de patiënt (*shared decision making*), die bepaald of taperingstrips geïndiceerd zijn en welke keuzes daarbij gemaakt worden (*zorg op maat*).

Zorgverzekeraars hebben het recht om die beslissing aan te vechten als ze kunnen laten zien dat de beslissing van de arts onjuist is. Dat kunnen ze doen door zelf nader onderzoek te doen of door op grond van (wetenschappelijk) bewijs aan te tonen dat de arts ongelijk heeft (zie ook punt 13).

12. Waarom zoveel weerstand?

In onze notitie van 20 juni vroegen we ZiN om antwoord te geven op de drie vragen die bepalen of er bij de medicatie in de taperingstrips sprake is van rationale farmacotherapie. Volgens ons was dat vanaf het allereerste begin het geval en dienen daarom alle taperingstrips die tot nu toe zijn voorgeschreven vanuit het basispakket te worden vergoed. Uit WOB stukken blijkt dat medewerkers van ZiN deze mening ook waren toegedaan. Follow the Money³⁰ publiceerde het citaat waaruit dit blijkt: '*M.b.t. taperingstrips: als in richtlijnen afbouwen wordt aanbevolen is dat waarschijnlijk wel rationele farmacotherapie*' (email 26 mei 2016). Met andere woorden: de medicatie in de taperingstrips komt voor vergoeding in aanmerking.

Uit het vervolg van dit citaat blijkt hoe ZiN de zorgverzekeraars ter wille was om toch niet te hoeven vergoeden: '*probeer het vraagstuk van werkzaamheid/effectiviteit te ontlopen en gooi het over de boeg van doelmatigheid en afleveringsvorm.*' Dit is precies wat er sindsdien is gebeurd en wat in onze ogen nog steeds gebeurt (zie punt 13). Opmerkelijk hierbij is dat ZiN haar eigen rapport 'Pakketscan Depressie' uit 2012²⁴, waarin de problemen bij het afbouwen goed staan beschreven, volledig negeert³¹.

Gebleken is dat sommige zorgverzekeraar bereid blijken te zijn om heel ver te gaan om dit doel (niet vergoeden) te bereiken. Zo liet ZK weten dat er literatuur en veldonderzoek was gedaan waaruit bleek dat er helemaal geen behoefte is aan taperingstrips³². Ook FBTO deelde aan verzekerden mee dat dit bleek uit overleg met 'het veld'. ZK weigert echter tot nu toe om over de inhoud van dat onderzoek iets mee te delen. FBTO volgt dezelfde lijn. De verzekerde die om uitleg vroeg kreeg van een medewerker te horen dat die het jammer vond dat hij dat onderzoek helaas niet kon verstrekken.

Dat literatuuronderzoek heeft ZK volgens ons nooit uitgevoerd en van dat veldonderzoek weten we zeker dat dat niet deugt omdat de namen van de personen die daarvoor zouden zijn geraadpleegd werden genoemd: Prof. Frenk Peeters en de apothekers drs. Paul Harder en dr. Arne Risselada. Alle drie hebben ze weliswaar contact gehad met ZK, maar alle drie hebben ze daarbij juist gepleit voor toepassing en vergoeding van taperingstrips.

Bedrog

Wat hier is gebeurd is in onze ogen een vorm van bedrog. Wat we schokkend vinden is dat meldingen bij het ministerie van VWS, bij de NZa en bij de ACM tot nu niets hebben opgeleverd. En ook dat van alle partijen die bij de bijeenkomst over de taperingstrips van 29 maart aanwezig waren – waaronder Zorgverzekeraars Nederland en ZiN - niemand zich hierover heeft uitgesproken. Het lijkt er hierdoor op dat aan (medewerkers van) zorgverzekeraars is toegestaan wat gewone burgers niet mogen.

13. SKGZ-procedures

Verzekerden die bezwaar maken tegen het besluit van een zorgverzekeraar om taperingstrips niet te vergoeden kunnen daarvoor terecht bij de klachtencommissie van de zorgverzekeraars, de SKGZ. Inmiddels zijn er 4 zaken over taperingstrips geweest. Drie gingen over de vergoeding van taperingstrips voor venlafaxine³³⁻³⁵, één over paroxetine³⁶.

Aan het feit dat de behandelend arts de taperingstrips geïndiceerd achtte – in twee zaken is de uitgebreide motivatie van de psychiater terug te vinden – werd in deze zaken door de Zorgverzekeraar volledig voorbijgegaan. Daarmee gingen ze op de stoel van de arts zitten. Dat dat niet wenselijk is lijkt ons duidelijk. Uit een recente uitspraak in kort geding over de vergoeding van revalidatiezorg³⁷ concluderen

we dat dat ook niet zomaar mag. Volgens de rechtbank "*staat het de verzekeraar niet vrij om de indicatie van de behandelend arts niet te volgen, zonder te motiveren waarom en op basis waarvan en is voor afwijking van het oordeel van de arts slechts plaats indien de arts evident niet blijkt te handelen overeenkomstig de normen die binnen de beroepsgroep gelden.*"

Dat in drie zaken afbouwen met standaardmedicatie niet lukte was voor de zorgverzekeraar ook niet van belang, evenmin als het feit dat in twee zaken expliciet was gemeld dat afbouwen met behulp van taperingstrips wél goed was verlopen.

Adviezen van ZiN waren in alle zaken belangrijk en waarschijnlijk doorslaggevend. In de eerste zaak werd door ZiN in haar advies gemeld dat de NVvP negatief over de taperingstrips zou hebben geoordeeld, wat later door zowel de NVvP als door ZiN weer werd ontkent (blz. 233-236²²). Verder ging het in de adviezen van ZiN vooral over regels, milligrammen en andere zaken die de kern niet raken. Dat was geheel in lijn met het advies van ZiN waarover Follow the Money schreef³⁰: '*probeer het vraagstuk van werkzaamheid/effectiviteit te ontlopen en gooi het over de boeg van doelmatigheid en afleveringsvorm*'.

Het allerlaatste advies van ZiN is opmerkelijk omdat in dat advies van 15 juni wordt gemeld dat er sinds haar vorige advies van 11 april niets van betekenis was veranderd. Er zijn notities van 7 mei¹, 16 mei³ en 1 juni⁴ die voor deze zaak wel degelijk relevant zijn. ZiN wist dat maar deed alsof die notities niet bestonden.

Geen fair play

Eén van de bovengenoemde zaken werd na de hoorzitting aangehouden omdat de zorgverzekeraar meer tijd vroeg, en kreeg, om te reageren op informatie die door ons was ingebracht. Enige tijd later werd een nieuwe en volledig vergelijkbare zaak gestart en met een negatieve uitspraak afgerond voordat die eerste zaak werd afgerond. Dit verbaasde ons. Het enige verschil was dat in de ene zaak de verzekerde wel werd bijgestaan en in de andere niet. Beide zaken werden door dezelfde juristen behandeld. Waarom hielden zij die tweede zaak niet aan totdat het oordeel in die eerste zaak was geveld? Bij ons wekte dit de indruk dat de belangen van verzekerden door de 'laagdrempelige' SKGZ niet optimaal werden beschermd. Die indruk werd versterkt door het feit dat de advocaat van de zorgverzekeraar na de hoorzitting meer dan een maand de tijd kreeg om te reageren, waarna de SKGZ weigerde om onze reactie⁵ op dat verweer, waarin vele onjuistheden en verdachtmakingen stonden, in de procedure mee te nemen. Volgens ons was dat een schending van het 'fair-play' principe. Daarom is aan de SKGZ gevraagd om deze zaak, zonder bindend advies uit te brengen, te beëindigen.

Niet eerst naar de SKGZ maar direct naar de rechter

Verzekerden die ons vragen hoe ze tegen een beslissing van hun zorgverzekeraar bezwaar kunnen maken geven we inmiddels het advies om niet eerst naar de SKGZ maar direct naar de rechter te stappen. We beraden ons over de vraag hoe we verzekerden hierin kunnen bijstaan. Juridische procedures zijn zeer kostbaar. We moeten waarschijnlijk een stichting oprichten en aan crowdfunding gaan doen om voldoende geld bij elkaar te krijgen. Allemaal zaken die we liever niet doen en waar uiteindelijk behalve advocaten niemand wijzer van zal worden. Het is ook daarom zo belangrijk dat het Zorginstituut op de vragen over de rationaliteit van de medicatie in de taperingstrips (punt 16), want dat is de kern van deze zaak, eindelijk een duidelijk antwoord geeft.

14. Over verkwisting in de zorg: wat is duur?

Het CPB bracht onlangs een rapport uit met als titel '*De introductie van dure technologie in de zorg*'³⁸. De Volkskrant vatte de inhoud als volgt samen: '*CPB: overheid verkwist miljarden in de zorg*'³⁹. Het CPB noemt de toelating van protontherapie in Nederland als voorbeeld van mogelijke verspilling. Voor de bouw van een protonencentrum zijn grote investeringen nodig van ongeveer 40 tot 100 miljoen euro. De behandeling is daardoor 3 maal zo duur als de conventionele behandeling. Volgens de Gezondheidsraad gaat het bij in Nederland om ongeveer 245 patiënten per jaar. ZiN besloot tot vergoeding vanuit het

basispakket omdat men *verwachtte* dat deze nieuwe behandeling tot reductie of het voorkomen van (late) neveneffecten zal leiden.

Wie even rekent komt uit op een investering van tienduizenden euro's per patiënt. Omdat de ACM wilde dat er meer dan één protonencentrum moest komen zijn inmiddels vergunningen afgegeven voor vier protonencentra, waardoor die kosten mogelijk nog vier keer zo hoog worden.

We geven dit voorbeeld niet omdat we vinden dat patiënten geen recht zouden hebben op deze nieuwe technologie. We doen dat omdat we verbaasd zijn over het feit dat het Zorginstituut instemde met deze vergoeding omdat ze 'verwacht' dat die nieuwe behandeling een verbetering voor patiënten zal opleveren. Dat woord 'verwacht' duidt op het ontbreken van overtuigend bewijs, maar dat weerhield ZiN niet om haar goedkeuring te geven.

Worden dure behandelingen eerder vergoed?

Het bewijs voor de effectiviteit van taperingstrips berust op veel meer dan alleen een verwachting. Toch is ZiN tot nu toe op geen enkel moment bereid geweest om ook maar het geringste beetje voordeel van de twijfel aan de taperingstrips te gunnen. Moeten we hieruit de conclusie trekken dat een behandeling die voor een klein aantal mensen een *mogelijk* voordeel biedt en die een investering vraagt van tienduizenden euro's per patiënt eerder voor vergoeding in aanmerking komt dan een behandeling die een groot aantal patiënten kan helpen en die per patiënt honderden malen minder kost en waarvoor overtuigend bewijs wel aanwezig is? Of zijn er andere redenen, die wij niet kennen, waarom ZiN en sommige zorgverzekeraars zich zo krachtig tegen de taperingstrips verzetten?

Taperingstrips zijn goedkoop

Dat een bedrag van 100 euro voor een taperingstrip te hoog zou zijn lijkt ons, als we dat vergelijken met de normbedragen voor bijvoorbeeld een consult bij de huisarts, een psychiatrisch consult, een dag ziekteverzuim, een dag opname in een ggz-inrichting etc., zeer betwistbaar. Volgens ons zijn taperingstrips goedkoop. Niet goed kunnen afbouwen kan, zowel materieel als immaterieel, zeer kostbaar zijn⁴⁰. Toepassing van tapering zal onnodig leed en ook geld besparen. Taperingstrips zijn een nieuwe interventie waarvoor de samenleving geen enkele investering heeft hoeven doen. Ontwikkelkosten kunnen niet in de prijs, die op grond van bestaande regels wordt bepaald, worden verdisconteerd. De prijs kan niet, zoals we nieuwe medicijnen zien gebeuren, worden opgedreven. Waarom zorgverzekeraars en ZiN zich zo heftig tegen vergoeding van taperingstrips verzetten begrijpen we niet. Dat het alleen om de kosten zou gaan vinden we steeds onwaarschijnlijker.

15. De medicatie in de taperingstrip voldoet al aan de eisen voor rationele farmacotherapie

We hebben in onze notitie van 20 juni de drie belangrijkste vragen over de rationaliteit van taperingstrips gesteld. Omdat we hierop geen antwoord hebben gekregen stellen we deze vragen hieronder opnieuw, waarbij we de tekst uit die notitie voor een deel (moeten) herhalen. We verzoeken het Zorginstituut om tijdens de scopingbijeenkomst eindelijk te laten weten of de antwoorden die wij op deze vragen hebben gegeven juist zijn. Als ZiN van mening is dat dat niet zo is dan verwachten we hierover (toetsbare) uitleg.

Een bron van verwarring: taperingstrip of de medicatie in de taperingstrips

Vanaf het begin is er verwarring geweest over het onderscheid tussen *de medicatie in de taperingstrips* en *de taperingstrips zelf*. De taperingstrip en het modulaire systeem dat we in de praktijk hebben ontwikkeld is een interventie die artsen en patiënten eindelijk in staat stelt om in een proces van samen beslissen medicatie op een verantwoorde wijze te kunnen afbouwen. Voor de vergoeding van de taperingstrips is echter alleen **de medicatie in de taperingstrips** van belang. De baxterrol waarin de medicatie wordt verpakt wordt niet gedeclareerd en maakt geen deel uit van de vergoeding. Dat taperingstrips

(nog) niet in richtlijnen of farmacotherapeutisch kompas zijn opgenomen is voor de beoordeling van de rationaliteit van *de medicatie in de taperingstrip* niet relevant. Staatssecretaris van Rijn heeft in zijn antwoorden op Kamervragen over de taperingstrips ondubbelzinnig vastgesteld dat de medicatie in de taperingstrips voor vergoeding in aanmerking komt⁴.

Dat deze verwarring over het onderscheid tussen de taperingstrips en de medicatie daarin zo lang heeft kunnen voortduren is voor een deel verklaarbaar door het feit dat ZiN en zorgverzekeraars hierover niet duidelijk wilden zijn en doordat wij geen juristen zijn en (daardoor?) minder op regels gefixeerd zijn. Hierdoor heeft het een tijd geduurd voordat dit onderscheid, dat voor de praktijk van het afbouwen niet, maar voor de regels omtrent de vergoeding wel heel belangrijk is, voor onszelf helemaal helder was.

16. Drie vragen over de rationaliteit

De beoordeling van de rationaliteit van de taperingstrip dient dus te gaan over de vraag of de medicatie daarin een vorm van rationele farmacotherapie is. Om die vraag te beantwoorden moet aan de volgende drie eisen, die ons door zorgverzekeraars en ZiN in hun communicatie (vooral in afwijzingsbrieven aan verzekerden) steeds opnieuw zijn voorgehouden, worden voldaan:

1. *Is de werkzame stof wetenschappelijk bewezen?*

Het antwoord op de vraag of de werkzame stof van de medicatie in de taperingstrip effectief is tegen onttrekkingsverschijnselen is per definitie JA, omdat onttrekkingsverschijnselen verdwijnen na het wederom toedienen ervan. Dat geldt voor alle medicijnen waarbij onttrekkingsverschijnselen kunnen optreden.

2. *Is de medicatie op maat van de patiënt gemaakt?*

Het antwoord op deze vraag is JA, omdat de arts samen met de patiënt een afbouwtraject kan kiezen waarbij rekening kan worden gehouden met de wensen en behoeften van de patiënt (*'shared decision making'*)⁴¹, in overeenstemming met wat de huidige behandelprotocollen, richtlijnen, Farmacotherapeutisch Kompas en SmPC's vragen⁶. Taperingstrips zijn daarmee misschien wel het enige voorbeeld van personalized medicine dat in de praktijk goed werkt³⁸.

3. *Is afbouwen met de (medicatie in de) taperingstrip het meest economisch voor de zorgverzekeraar?*

Deze vraag is niet opportuun omdat volgens ons op dit moment wereldwijd geen alternatief beschikbaar is dat met de taperingstrips vergelijkbaar is. Zodra zich wel een vergelijkbaar alternatief aandient is het niet aan ons, maar aan de ontwikkelaars daarvan om aan te tonen dat die net zo goed werken als de taperingstrips. Het is niet juist om dat aan ons te vragen of van ons te eisen⁴².

Omdat het antwoord op deze drie vragen in alle gevallen ja is, kan de conclusie volgens ons alleen maar zijn dat de medicatie in de taperingstrips voldoet aan de eisen voor rationele farmacotherapie en dat de taperingstrips daarom vanuit het basispakket vergoed dienen te worden.

Referenties

1. Groot PC, van Os J. Inhoudelijke reactie op de notitie 'Onderzoek naar effectiviteit taperingstrips bij afbouw antidepressiva'. Notitie 7 mei 2017. Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips, blz. 270-281. <http://bit.ly/2sTjOJi>.
2. Brief ZiN aan Groot/van Os van 16 augustus 2016; Betreft: Taperingstrips.
3. Groot PC, van Os J. Tweede inhoudelijke reactie op de notitie 'Onderzoek naar effectiviteit taperingstrips bij afbouw antidepressiva'. Notitie 16 mei 2017. Ontwikkeling en Rationaliteit van Taperingstrips. blz. 282-288. <http://bit.ly/2sTjOJi>
4. Groot PC, van Os J. Kamervragen antidepressiva en taperingstrips. Notitie 1 juni 2017. Ontwikkeling en Rationaliteit van Taperingstrips. blz. 282-288. <http://bit.ly/2sTjOJi>
5. Groot PC, van Os J. Notitie n.a.v. reactie Delta Lloyd inzake SKGZ-procedure taperingstrips. 14 juni 2017. Ontwikkeling en Rationaliteit van Taperingstrips. blz. 295-302. <http://bit.ly/2sTjOJi>
6. Overtuigend 'bewijs' voor de rationaliteit van taperingstrips. Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips. Hfdst. 3, blz. 27-45. <http://bit.ly/2sTjOJi>
7. Make Pharmaceutical firms help users who want to stop taking anxiety & depression drugs. Petitioning Secretary of State for Health Jeremy Hunt. 8 mei 2017. www.change.org/p/make-pharmaceutical-firms-help-users-who-want-to-stop-taking-anxiety-depression-drugs.
8. Moore J. Podcast Let's talk withdrawal, episode 24, 6 juni 2017: Doctor Peter Groot from Maastricht University talks about his own experiences of antidepressant drugs and his novel, practical solution for those who want to withdraw safely: Tapering Strips. <http://bit.ly/2scftDc>; Youtube: www.youtube.com/watch?v=oKhh2FMw4mI.
9. Claire: The First Patient in the UK to Use Dr. Groot's Tapering Strips to Taper Valium. YouTube 5 juli 2017. www.youtube.com/watch?v=usYn2UBNtkA.
10. Coming off antidepressants. New Scientist video-interview met Claire Wilson, 14 July 2017. <https://www.facebook.com/newscientist/videos/10155667559334589/>.
11. Groot PC. Tapering Strips for Benzodiazepines. Blog, 10 juli 2017. <https://www.madinamerica.com/2017/07/tapering-strips-benzodiazepines/>. *Mad in America* 2017.
12. Wilson C. People are hacking antidepressant doses to avoid withdrawal. New Scientist 7 July 2017. www.newscientist.com/article/2140106-people-are-hacking-antidepressant-doses-to-avoid-withdrawal/.
13. Andalo D. Dutch website selling tapering kits for coming off antidepressants launches English-language version. *Pharmaceutical Journal*, 12 July 2017. <http://bit.ly/2uh9WvU>.
14. Groot PC. Onttrekkingsverschijnselen voorkomen bij de afbouw van antidepressiva: het nut van taperingstrips. <http://bit.ly/29UjNh6>. *Psyfar*. 2014;9(3):18-26. .
15. Groot PC. Taperingstrips voor paroxetine en venlafaxine. <http://bit.ly/29IS8fN>. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2013;55(10):789-794.
16. Concept behandelprotocol voor de toepassing van taperingstrips. Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips. Hfdst. 11, blz. 81-87. <http://bit.ly/2sTjOJi>
17. Treatment guidelines for the use of tapering strips. URC Maasrtircht. 11 juli 2017. <http://www.taperingstrip.org/treatment-guidelines-for-the-use-of-tapering-strips/>.
18. Moore J. Tapering Strips: a brilliantly simple solution to a hidden problem. Blog 10 July 2017. www.taperingstrip.org/tapering-strips-brilliantly-simple-solution/.
19. British Medical Association: Supporting individuals affected by prescribed drugs associated with dependence and withdrawal. <http://bit.ly/2dOOZ2T>; Report: Prescribed drugs associated with dependence and withdrawal – building a consensus for action. Analysis Report. British Medical Association. October 2015. pdf: <http://bit.ly/2tTimHm>.
20. RCPsych. Coming off antidepressants. Royal College of Psychiatrists. 2017. <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/treatmentwellbeing/antidepressants/comingoffantidepressants.aspx>.
21. Neuroleptika reduzieren und absetzen. Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene, Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Okt. 2014. <http://bit.ly/2sSqcij>.
22. Groot PC. Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips. Rapport met informatie voor de bijeenkomst over taperingstrips die op 29 maart 2017 is gehouden op initiatief van Zorginstituut Nederland. Met aanvullingen tot 20 juni 2017. Samensteller: P.C. Groot. <http://bit.ly/2sTjOJi>

23. Taperingstrips - Onderzoek en Richtlijnen. Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips. Hfdst. 4, blz. 47-55. <http://bit.ly/2sTjOJi>
24. Mullenders P, van Vlaardingen F. College voor zorgverzekeringen: Pakketscan depressie. Gevraagde, aangeboden en verzekerde zorg vergeleken. 12 april. www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2012/04/12/pakketscan-depressie. 2012.
25. British National formulary. www.bnf.org.
26. NICE CLinical knowledge summaries (only available in UK) www.nice.org.uk/about/what-we-do/evidence-services/clinical-knowledge-summaries.
27. Hall W. *Psychofarmaca afbouwen. De Harm Reduction methode. Oorspr. titel: Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs. (2d Ed, 2012; vertaling 2015)*. <http://bit.ly/2dFFnnH>. 2d ed: The Icarus Project and Freedom Center.
28. M. Weda M, Jansen ME, Vonk RAA. Personalised medicine - Implementatie in de praktijk en data-infrastructuren. RIVM Briefrapport 2017-0006. <http://bit.ly/2ugFkbf>.
29. Kunnen de kosten van taperingstrips worden verlaagd door er minder pillen in te stoppen? Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips. Hfdst. 9, blz. 73-75. <http://bit.ly/2sTjOJi>
30. Jacobse E. Onduidelijke regelgeving antidepressiva geeft zorgverzekeraars vrij spel. <http://bit.ly/2rIwuSh>. *Follow The Money*. 2017;23 juni.
31. Groot PC, van Os J. Tweede inhoudelijke reactie op de notitie 'Onderzoek naar effectiviteit taperingstrips bij afbouw antidepressiva'. Notitie 16 mei 2017.
32. Machtigingsprocedure taperingstrips is niet onderbouwd en contraproductief. Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips. Hfdst. 6, blz. 61-65. <http://bit.ly/2sTjOJi>
33. SKGZ 201601491. Anoniem bindend advies GcZ; A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg. Zaak : Farmaceutische zorg, magistrale bereiding, Regenboog Apotheek, Venlafaxine retard; Zaaknummer 201601491; Zittingsdatum en uitspraak 12 oktober 2016 (www.kpzv.nl, zoekterm: 201601491).
34. SKGZ 201602636. Anoniem bindend advies GcZ; A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg; Zaak: Farmaceutische zorg, magistrale bereiding, taperingstrips, venlafaxine; Zaaknummer 201602636; Zittingsdatum 10 mei 2017; uitspraak 7 juni 2017. (www.kpzv.nl, zoekterm: 201602636).
35. SKGZ 201601537. Anoniem bindend advies GcZ; A te B, tegen Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg. Zaak : Farmaceutische zorg, magistrale bereiding, venlafaxine, taperingstrips. Zaaknummer : 201601537. Zittingsdatum : 19 april 2017. Teruggetrokken na hoorzitting. (www.kpzv.nl, zoekterm: 201601537).
36. SKGZ 201601423. Anoniem bindend advies GcZ; A te B, tegen Anderzorg N.V. te Groningen en Menzis N.V. te Wageningen. Zaak: Farmaceutische zorg, magistrale bereiding, taperingstrips, paroxetine. Zaaknummer 201601423. Zittingsdatum 22 februari 2017. Uitspraak 22 maart 2017. (www.kpzv.nl, zoekterm: 201601423).
37. Voorafgaande machtiging zorgverzekeraars voor door zorgverlener geïndiceerde specialistische revalidatie-zorg. Gaat zorgverzekeraar op de stoel van de zorgverlener zitten?. Uitspraak in kort geding door de Rechtbank Zeeland-West-Brabant, Zaaknummer ECLI:NL:RBZWB:2017:12, 4 januari 2017. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBZWB:2017:12>
38. Mot E, Aalbers R, Stuut K, Douven R. *De introductie van dure technologie in de zorg. CPB Policy Brief 2017/06, 18 mei 2017*. <https://www.cpb.nl/publicatie/de-introductie-van-dure-technologie-in-de-zorg>. Centraal Planbureau;2017.
39. van Staalduine J, van den Outenaar E. CPB: overheid verkwist miljarden in de zorg. www.volkskrant.nl/4495802. *Volkskrant*. 19 mei, 2017.
40. Verkeerd afbouwen met grote gevolgen. Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips. Hfdst. 5, blz. 57-59. <http://bit.ly/2sTjOJi>
41. De interventie taperingstrip. Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips. Hfdst. 2, blz. 13-25. <http://bit.ly/2sTjOJi>
42. Groot PC, van Os J. Notitie n.a.v. reactie Delta Lloyd inzake SKGZ-procedure taperingstrips. Met bijlage 'verweer Delta Lloyd 1 juni'. Notitie, 19 juni 2017.