

# Notitie n.a.v. reactie Delta Lloyd inzake SKGZ-procedure taperingstrips

14 juni 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 is hoofd van de Vakgroep Psychiatrie en Psychologie in Maastricht. Contact: [p.c.groot@maastrichtuniversity.nl](mailto:p.c.groot@maastrichtuniversity.nl).

Verwijzingen naar bladzijdes en hoofdstukken betreffen het rapport '*Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips*'<sup>1</sup>.

Delta Lloyd kwam op 1 juni met een reactie op stukken die bij de hoorzitting van 19 april in de bezwaarprocedure over de vergoeding van venlafaxine taperingstrips (zaaknummer 201601537) waren ingebracht (Bijlage). Wat Delta Lloyd schrijft dwingt ons tot een reactie. Omdat we geen juristen zijn hebben we ervoor gekozen om, waar we dat nodig achten, op alle punten te reageren, ook op argumenten waarvan we ons afvragen of die in deze zaak (juridisch) wel relevant zijn.

### 1. Geen nieuwe gegevens?

Delta Lloyd schrijft dat ons rapport op het punt van de argumentatie van de rationaliteit van de strips geen nieuwe gegevens bevat. We kunnen dit moeilijk anders zien dat als een poging om op een aantal argumenten in ons rapport (opnieuw) niet in te gaan (Hfdst. 1).

### 2. De wereld op zijn kop

Delta Lloyd gebruikt **een niet bestaande interventie** (één doorgeleverde bereiding van 5 mg venlafaxine) **waarvan niet bewezen** is dat die beter werkt dan een bestaande interventie als argument om vergoeding van taperingstrips af te wijzen.

Dat die bestaande interventie – taperingstrips – beter werkt dan afbouwen met alleen geregistreerde standaardmedicatie blijkt uit het feit dat de klager in deze zaak, en een groeiend aantal anderen, er met behulp van taperingstrips in slagen om hun medicatie succesvol af te bouwen waar ze dat eerder, toen ze alleen gebruik konden of moesten maken van geregistreerde standaardmedicatie, niet lukte (Hfdst. 3). Voor de rationale van de taperingstrip hebben wij uitgebreide onderbouwing geleverd, zowel vanuit de praktijk als op basis van de literatuur (Hfdst. 2, 3, Blz. 115-141). Die onderbouwing is door Delta Lloyd niet op inhoudelijke gronden betwist.

Delta Lloyd **veronderstelt**, ten onrechte en zonder onderbouwing (Hfdst. 9), dat één lagere doorgeleverde bereiding net zo goed zal werken als het gebruik van taperingstrips. Delta Lloyd vindt dit voldoende om vergoeding af te wijzen en om te verlangen **dat wij gaan bewijzen** dat taperingstrips beter werken dan die ene doorgeleverde dosering die op dit moment **niet beschikbaar is**. Wat ons betreft is dat de wereld op zijn kop.

### 3. Het meest economisch voor de zorgverzekeraar

Delta Lloyd vindt dat we onvoldoende in zijn gegaan op wat het meest economische is voor de zorgverzekeraar. Wij delen die mening niet. In ons rapport gaan we op meerdere plaatsen uitgebreid in op de economische aspecten van de taperingstrip (Hfdst. 5, 6 en 9; Blz. 168-170, 179-181, 239-240). We hebben daarbij echter ook oog voor de belangen van patiënt en samenleving.

We hebben meerdere malen gewezen op de gevolgen die onttrekkingsverschijnselen voor patiënten kunnen hebben. Die gevolgen kunnen uiteenlopen van geringe klachten tot klachten die zo ernstig zijn dat mensen niet meer goed kunnen functioneren. Dat kan er toe leiden dat mensen zich ziek melden, zich suïcidaal gaan voelen, sneller geïrriteerd raken of zijn, zich agressiever gaan gedragen. Er bestaat

een verband, dat ook zorgverzekeraars niet zullen ontkennen, tussen deze zaken en het maken van fouten, het veroorzaken van ongelukken, het plaatsvinden van geweld en suïcide. De materiële en de immateriële gevolgen hiervan kunnen voor de betrokkenen zelf, voor hun naasten, voor de samenleving en uiteindelijk dus ook voor de zorgverzekeraar zelf, zeer groot zijn (Hfdst. 5). We constateren dat Delta Lloyd geen enkele behoefte lijkt te voelen om op onze overwegingen hierover inhoudelijk in te gaan, ook niet op het argument dat taperingstrips ook een vorm van preventie zijn (Blz. 238-239). Patiënt en samenleving lijken voor zorgverzekeraars als Delta Lloyd abstracties te zijn, die in geen enkele relatie staan tot het eigen korte termijn belang.

Wij vinden dit kortzichtig en contraproductief en staan hierin niet alleen. In een recent rapport noemt de Raad voor Samenleving *'de eenduidige focus op kosten'* problematisch en pleit ze ervoor om veel meer een *'opbrengstperspectief'* te hanteren omdat dat uiteindelijk veel meer oplevert<sup>2</sup>.

#### **4. Het meest economisch voor de zorgverzekeraar: doorgeleverde bereiding van 5 mg**

Delta Lloyd stelt dat een extra subtherapeutische dosering van 5 mg goedkoper is dan het gebruik van taperingstrips. Onderbouwing levert Delta Lloyd niet.

Dat de kosten van die ene doorgeleverde bereiding — die er op dit moment dus niet is — voor de zorgverzekeraar lager zullen zijn dan het vergoeden van de medicatie in de taperingstrips is niet aannemelijk. Zeker op langere termijn zullen de kosten van afbouwen met alleen die ene subtherapeutische dosering hoger uitvallen. De grotere stappen waarmee patiënten hun dosis moeten verlagen als ze alleen gebruik kunnen maken van die ene subtherapeutische dosering, zal bij een aantal van hen — we kunnen niet voorspellen wie — leiden tot (veel) meer onttrekkingsverschijnselen dan wanneer ze gebruik zouden kunnen maken van het veel grotere aantal verschillende doseringen in de taperingstrip (Hfdst. 9). Deze, dankzij de taperingstrip inmiddels vermijdbare, onttrekkingsverschijnselen, kunnen leiden tot in sommige gevallen zeer hoge (Hfdst. 5) immateriële en materiële kosten voor patiënt en samenleving, en uiteindelijk dus ook voor de zorgverzekeraar zelf.

#### **5. Delta Lloyd gaat op de stoel van de arts gaan zitten**

Delta Lloyd stelt dat één extra subtherapeutische dosering goedkoper is dan het gebruik van taperingstrips. Delta Lloyd geeft daarmee aan dat ze wil dat artsen die patiënten laten afbouwen dat doen door ze gebruik te laten maken van die ene doorgeleverde bereiding. In hoofdstuk 9 hebben we uitgelegd dat daarmee een behandeling, louter om financiële redenen, bewust slechter wordt gemaakt dan mogelijk is, en dat de zorgverzekeraar daarmee op de stoel van de arts gaat zitten.

#### **6. De Regenboog Apotheek heeft een duidelijk financieel belang en daar is niets mis mee.**

Delta Lloyd had kunnen schrijven dat de Regenboog Apotheek *'een financieel belang heeft'* bij de taperingstrips, maar we lezen *'dat niet aan de indruk kan worden ontkomen dat de Regenboog Apotheek een **belangrijk** financieel belang heeft'*.

We storen ons aan deze suggestieve formulering om twee redenen. In de eerste plaats omdat wij ons afvragen wat de juridische relevantie is voor deze zaak. In de tweede plaats omdat die suggestieve formulering makkelijk de indruk kan wekken, en misschien is dat ook wel de bedoeling, dat de Regenboog Apotheek iets doet wat niet in de haak is, of dat wij, en/of de Regenboog Apotheek, dat proberen te verbergen.

Dat de Regenboog Apotheek een financieel belang heeft bij de ontwikkeling en de verstrekking van de taperingstrips is vanaf het allereerste begin duidelijk gemaakt. Het staat expliciet op een aantal plaatsen in ons rapport (Blz. 6, 192-193; 207-208) en tijdens de bijeenkomst op 29 maart stond het expliciet en

zeer duidelijk op één van de getoonde slides. Met dat financiële belang is ook niets mis. Het zou Delta Lloyd hebben gesierd als ze hierop had gewezen, en ook op enkele andere zaken:

- dat ons economische systeem is gebaseerd op de mogelijkheid om geld te verdienen als je een product of dienst levert. Ieder farmaceutisch bedrijf doet dat, iedere leverancier van medische apparatuur, iedere arts, iedere psycholoog, iedere fysiotherapeut. Als de Regenboog Apotheek dat ook doet, waarom wordt dan opeens de suggestie gewekt dat dat bedenkelijk zou zijn?
- dat de Regenboog Apotheek door anderen (Cinderella) is gevraagd om de taperingstrips (mee) te ontwikkelen en te verstrekken.
- dat de Regenboog Apotheek, door in te gaan op dit verzoek een onschatbare bijdrage heeft geleverd aan de oplossing van een al lang bestaand en groot probleem. Andere partijen die dit hadden kunnen doen en die daar zowel de kennis als de middelen voor hadden, hebben dit nagelaten. Aan farmaceutische bedrijven is geen strobreed in de weg gelegd toen ze de medicijnen, die nu al zo lang voor problemen zorgen, gingen promoten, om daar vervolgens miljarden aan te verdienen. Nadat de patenten verliepen gingen ze zich op profijtelijker zaken richten. Ze werden niet gedwongen om voor de problemen die ze mede hebben veroorzaakt een oplossing te vinden. Voor de kosten voor het vinden van een oplossing mag de samenleving opdraaien. En nu zich een oplossing in de vorm van de taperingstrips aandient verwijten de zorgverzekeraars de partij die die oplossing mogelijk heeft gemaakt dat die daar geld aan kan verdienen en wordt gesuggereerd dat de kosten van de taperingstrips onaanvaardbaar hoog zijn. Niet omdat die kosten ook daadwerkelijk zo hoog zijn, want dat is niet zo. Zo heeft de ontwikkeling van de taperingstrips de samenleving tot nu toe niets gekost. Dat de kosten te hoog worden gevonden is omdat de prijs van de betreffende medicijnen inmiddels zo laag zijn, dat **iedere interventie** die patiënten moet helpen om een geneesmiddel beter te gebruiken vrijwel automatisch **duurder is dan het geneesmiddel zelf** (Blz. 169; 199; 239). Een 'economische' redenering louter op basis van de vraag wat *op korte termijn* voor een zorgverzekeraar het meest economisch is leidt tot overmedicatie.
- dat de Regenboog Apotheek **ALLE financiële risico's** voor de ontwikkeling van taperingstrips op zich heeft genomen. Ons huidige economische systeem is gebaseerd op de redelijke gedachte dat die kosten in de prijs van een product of dienst mogen worden verdisconteerd. Om dat mogelijk te maken zijn zaken in het leven geroepen zoals octrooien, copyright etc. De torenhoge kosten van een aantal nieuwe geneesmiddelen, die door velen als onethisch en excessief worden ervaren, zijn op dit systeem gebaseerd. Omdat octrooien, copyright en andere maatregelen niet altijd voldoende soelaas bieden beschikt onze samenleving ook nog over andere middelen om innovaties te stimuleren, zoals speciale belastingmaatregelen of investeringssubsidies. Bij de ontwikkeling van de taperingstrips is van dit alles geen sprake geweest. De vergoeding wordt bepaald op basis van de geldende regels. Ontwikkelkosten zitten daar niet in. De prijs van de verpakking (*de Baxterrol*) kan niet worden meegerekend omdat dat er bij de huidige regelgeving mogelijk toe zou kunnen leiden dat vergoeding van de taperingstrips wordt afgewezen.

We constateren dat zorgverzekeraars zoals Delta Lloyd op wat we hierover hebben geschreven (Blz. 6, 192-193; 207-208) nimmer hebben gereageerd en eenzijdig en suggestief over de rol van de Regenboog Apotheek blijven spreken.

## 7. Product Characteristics en Farmacotherapeutisch Kompas

Delta Lloyd vindt dat wij ten onrechte teksten uit FTK en officiële productinformatie/Summary of Product Characteristics (SmPC's) gebruiken ter onderbouwing van de taperingstrips. Op blz. 176-177 van ons rapport zijn we hierop al uitgebreid ingegaan. Aan wat we daar schreven voegen we nog een citaat uit de SmPC van venlafaxine<sup>3</sup> toe. Onder het kopje '*Onttrekkingsverschijnselen waargenomen bij het stoppen met venlafaxine*' lezen we het volgende:

*'Als, na dosisverlaging of het stoppen van de behandeling, onverdraagbare verschijnselen optreden, kan overwogen worden de daarvoor voorgeschreven dosis te hervatten. Vervolgens kan de arts doorgaan met dosisverlaging, maar dient de dosis meer geleidelijk verlaagd te worden'*

Concreet betekent dit dat een arts, wanneer een patiënt last krijgt van ontrekkingsverschijnselen na het overstappen van bijvoorbeeld een dosis van 75 mg naar 37,5 mg, de patiënt moet laten teruggaan naar de vorige dosering van 75 mg. Als het goed is verdwijnen de ontrekkingsverschijnselen daardoor snel. Daarna kan de patiënt verder gaan met het afbouwen, maar *geleidelijker* dan daarvoor. Hoe geleidelijk maakt de SmPC niet duidelijk. Dat is terecht omdat de ene patiënt veel grotere stappen kan verdragen dan de andere. Artsen en psychiaters die patiënten bij het afbouwen begeleiden zullen dit bevestigen. Met de beschikbare standaarddoseringen zijn kleinere stappen niet mogelijk. Hoe het dan wel moet maakt de SmPC niet duidelijk. Die ene dosering van 5 mg die volgens Delta Lloyd zou volstaan is niet genoeg omdat stappen van 5 mg voor veel patiënten te groot zijn, met name in het in het laatste deel van het afbouwtraject, waar juist bij lagere doseringen de grootste problemen optreden. Om dit vast te stellen is geen nader onderzoek nodig. De verklaring hiervoor is op meerdere plaatsen in ons rapport te vinden (Hfdst. 2; Fig. 5-8; Blz. 125, 153-161; zie ook Hfdst 9).

De conclusie is dat het niet mogelijk is om met behulp van geregistreerde standaarddoseringen af te bouwen op de wijze die FTK en de SmPC voorschrijven en dat dat met behulp van taperingstrips wel kan.

## **8. Vermelding in Farmacotherapeutisch Kompas is niet noodzakelijk**

Dat taperingstrips niet in Farmacotherapeutisch Kompas staan vermeld is voor Delta Lloyd een argument tegen vergoeding van taperingstrips. We begrijpen dit niet. Bij de taperingstrip wordt alleen de geleverde medicatie vergoed (zie punt 9). Verder is de naam van een interventie niet relevant zolang die interventie mogelijk maakt wat FTK en SmPC voorschrijven. Bij afbouwen met behulp van taperingstrips is dat zo. Bij afbouwen met (alleen) geregistreerde standaardmedicatie niet.

## **9. Opbouw van de kosten van de taperingstrips**

Delta Lloyd schrijft dat de kosten van de taperingstrips wel globaal worden genoemd, maar de opbouw niet. Over de opbouw van de kosten hebben we een en andermaal gesteld dat die volgens de geldende regels wordt bepaald. De farmacotherapeutische interventie '*taperingstrip*' is een rol van 28 dagdoseringen die per dag een aflopende hoeveelheid mg geneesmiddel bevatten, waarvan **uitsluitend de medicatie in rekening wordt gebracht**. Hoe de taperingstrips werken staat beschreven in hoofdstuk 2. De kosten van de medicatie in een bepaalde taperingstrip komen daar logisch uit voort. De kosten voor de Baxterrol waar de medicatie in zit maakt geen deel uit van de kosten van de taperingstrip en hoeven dus niet te worden vergoed.

## **10. Populatiegegevens mogen niet worden misbruikt**

Delta Lloyd schrijft over '*een subtherapeutische dosering*'. In de klinische praktijk kan de manier waarop begrippen als de '*(sub)therapeutische dosis*' of de '*laagste klinisch effectieve dosis*' worden gebruikt makkelijk tot problemen leiden. Dat gebeurt bijvoorbeeld als een patiënt van een arts te horen krijgt dat de dosering van 37,5 mg venlafaxine te laag is omdat die '*niet werkt*'. Daarmee bedoelt de arts dat die dosis buiten de klinische range ligt van 75 tot 225 mg en lager is dan de laagste *klinisch effectieve dosis* van 75 mg: de dosis is *subtherapeutisch*. Wat hier gebeurt is dat een statistische maat om een populatie te beschrijven wordt gebruikt om een conclusie te trekken over een individuele patiënt. Dat is niet juist. In de populatie zitten ook patiënten voor wie doseringen buiten de *therapeutische range*, dat wil zeggen, lagere doseringen dan 75 mg, of hogere doseringen dan 225 mg, wel degelijk therapeutisch zijn (Blz. 51-

52). Het probleem voor artsen en patiënten is dat het heel lastig is om dat in de praktijk goed vast te stellen, ook omdat het aantal beschikbare (geregistreerde) standaarddoseringen zo laag is.

We constateren dat Delta Lloyd en andere zorgverzekeraars in hun argumentatie over de taperingstrips deze statistische begrippen regelmatig onzorgvuldig gebruiken en dat conclusies die over *groepen* worden getrokken worden gebruikt om besluiten die *iedere individuele patiënt* raken te rechtvaardigen, ook als bij voorbaat duidelijk is dat dat bij een aantal van hen tot mogelijk grote (en vermijdbare) problemen zal leiden. De discussie over de rationaliteit en de vergoeding van taperingstrips heeft hieronder te lijden.

### 11. Landelijk probleem

Delta Lloyd schrijft dat de problematiek van de vergoeding van taperingstrips inmiddels een landelijk probleem is geworden.

Beter afbouwen van medicijnen zoals antidepressiva en het terugdringen van het onnodige gebruik daarvan wordt heel belangrijk gevonden. Alle pogingen om hier iets aan te doen hebben tot nu toe teleurstellend weinig resultaat gehad. Het antidepressivagebruik in Nederland wil maar niet dalen. Patiënten hebben nog steeds te veel last van onttrekkingsverschijnselen. We hadden daarom verwacht dat de taperingstrips, die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan een **oplossing** voor deze problemen, van harte zouden worden verwelkomd. We constateren dat dat niet is gebeurd en dat er volgens Delta Lloyd inmiddels zelfs sprake is van **een landelijk probleem**. We vinden dat opmerkelijk en vragen ons af patiënten dit ook vinden.

Dat Delta Lloyd vindt de taperingstrips een landelijk probleem zijn geworden is overigens geen argument om de taperingstrips niet te vergoeden.

### 12. De medicatie voldoet aan de eisen voor vergoeding uit het basispakket.

Delta Lloyd verbaast zich erover dat op het recept/bestelformulier nog steeds staat vermeld dat *'de medicatie voldoet aan de eisen voor vergoeding uit het basispakket'*.

De onderbouwing voor het feit dat de medicatie in de taperingstrips aan de eisen om voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking voldoet hebben we volgens ons geleverd. Delta Lloyd maakt in haar reactie niet duidelijk welke van de door ons aangedragen argumenten niet juist zijn.

Dat de medicatie in de taperingstrip voldoet om aan de eisen voor vergoeding uit het basispakket blijkt inmiddels ook uit de antwoorden op Kamervragen over antidepressiva en taperingstrips<sup>4</sup> waarin de staatssecretaris schrijft: ***'Zowel de inhoud als de verpakkingvorm kunnen nu al vergoed worden: apothekerbereidingen maken deel uit van farmaceutische zorg en worden vergoed indien er sprake is van rationele farmacotherapie (Besluit zorgverzekering, artikel 2.8). Ook de strip, bijvoorbeeld een baxterrol bij weekterhandstelling, is een onderdeel van de prestatie farmaceutische zorg.'***

Dat Delta Lloyd van mening is dat patiënten en voorschrijvers door ons nog steeds verkeerd worden geïnformeerd is daarom een mening die we niet delen. We zijn het wel eens met Delta Lloyd dat de huidige verwarring over de vergoeding van de taperingstrips zeer ongewenst is. We vinden echter dat Delta Lloyd (en andere zorgverzekeraars) de schuld voor die verwarring eerst en vooral bij zichzelf moeten zoeken omdat die een direct gevolg is van hun stelselmatige weigeringen om op onze argumenten inhoudelijk te reageren en om ieder inhoudelijk overleg uit de weg te gaan. En van het feit dat ze tot op de dag vandaag zelf blijven doorgaan met het onjuist informeren van verzekerden.

## Conclusies

1. Delta Lloyd maakt niet duidelijk waarom de argumenten op basis waarvan wij concluderen dat taperingstrips een vorm van rationele farmacotherapie zijn niet juist zijn.
2. Het argument dat een interventie niet hoeft te worden vergoed omdat er een goedkoper alternatief zou zijn is niet relevant zolang dat alternatief er niet is.
3. Delta Lloyd heeft niet aangetoond dat één extra subtherapeutische dosering van 5 mg goedkoper zal zijn dan het gebruik van taperingstrips.
4. Dat een extra subtherapeutische dosering onttrekkingsverschijnselen kan voorkomen is niet juist, als daarmee wordt bedoeld dat dat voor alle patiënten zo is. Voor een aantal patiënten zal die subtherapeutische dosering kunnen volstaan, zoals er op dit moment ook patiënten zijn die erin slagen om hun medicatie met behulp van de beschikbare geregistreerde standaardmedicatie af te bouwen, waarbij overigens meestal niet bekend is of dat zonder problemen ging, maar voor een grote groep patiënten zal die ene dosering niet genoeg zijn. Op dit moment weet noch de arts, noch de patiënt van te voren of afbouwen met alleen die ene subtherapeutische dosering verantwoord zal zijn, en de zorgverzekeraar weet dat al helemaal niet (Hfdst. 6).
5. Door taperingstrips niet te vergoeden dwingt Delta Lloyd verzekerden die de taperingstrips niet kunnen of willen betalen, tot afbouwen op een wijze die een groter risico op het optreden van onttrekkingsverschijnselen met zich meebrengt, en op alle immateriële en materiële schade als gevolg daarvan.
6. Niet vergoeden van taperingstrips zal leiden tot een tweedeling in de samenleving, waarin draagkrachtige patiënten wel maar andere patiënten niet in staat zijn om hun medicatie op de door henzelf en hun arts gewenste wijze verantwoord af te bouwen.

## Bijlage

SKGZ-procedure 201601537: vergoeding venlafaxine taperingstrips. Verweer Delta Lloyd 1 juni 2017.

## Referenties

1. 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. Samensteller: P.C. Groot.
2. RVS. De zorgagenda voor een gezonde samenleving. 21 april. [www.raadrvs.nl/publicaties/item/de-zorgagenda-voor-een-gezonde-samenleving](http://www.raadrvs.nl/publicaties/item/de-zorgagenda-voor-een-gezonde-samenleving). 2017.
3. Bijsluiter venlafaxine, februari 2016. <http://db.cbg-meb.nl/Bijsluiters/h118456.pdf>, ingezien op 22 april 2016.
4. Sazias L. Kamervragen 50PLUS aan de Minister van VWS over antidepressiva en taperingstrips. Ingezonden 13 april 2017; Antwoorden 31 mei: <http://bit.ly/2qDom4V>.



**Reactie Delta Lloyd aan SKGZ betreffende 201601537**

Ten behoeve van de hoorzitting heeft de heer P.C. Groot nog nadere informatie toegezonden in de vorm van een rapport 'ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips'. Dit rapport diende als informatiemateriaal voor een bijeenkomst die 29 maart is gehouden op initiatief van het Zorginstituut Nederland met alle stakeholders. Doel van deze bijeenkomst was om informatie uit te wisselen en om inhoudelijk te overleggen over de taperingstrips, met als doel om tot overeenstemming en gezamenlijke afspraken te komen.

Aan het begin van het overleg werd geconstateerd dat de beroepsverenigingen Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de patiëntenverenigingen, vertegenwoordigd door MIND/Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (LPGGz) tot nu toe geen formeel standpunt hebben bepaald over de taperingstrips. Mogelijk biedt het voorstel in het rapport van dhr. Groot voor een conceptprotocol over de toepassing van taperingstrips, waarin o.a. wordt aangegeven bij welke patiënten het gebruik van taperingstrips is aangewezen, daarvoor een uitkomst. Tijdens de bijeenkomst is nog eens duidelijk geweest op het belang van verder onderzoek. Voor verder onderzoek heeft de patiënten koepel MIND/LPGGz toegezegd het initiatief te nemen om mensen hiervoor bij elkaar te zoeken. Welke specifieke vragen beantwoord moeten worden voor het onderzoek daarover zal nog overleg plaatsvinden. Het Zorginstituut heeft in een reactie op het verslag van de bijeenkomst een aantal vragen geformuleerd en is verder bereid om advies in te winnen bij zijn Wetenschappelijke Adviesraad over de mate waarin het de door de beroepsgroep gedragen onderzoeksvoorstel bijdraagt aan het verkrijgen van de benodigde evidence over de effectiviteit van de afbouw van antidepressiva m.b.v. taperingstrips in plaats van een afbouw m.b.v. in de handel verkrijgbare doseringen.

In het rapport lichten de heren Groot en van Os nogmaals uitgebreid hun argumenten toe over de wetenschappelijk onderbouwing van de taperingstrips en klinken hun frustraties over het uitblijven van erkenning van de waarde van taperingstrips door vooral de zorgverzekeraars en het Zorginstituut. Het gaat hen vooral om de verbetering van de patiëntenzorg en niet om enig financieel belang; dat laatste berust bij de Regenboogapotheek. Het rapport bevat op het punt van de argumentatie van de rationaliteit van de strips geen nieuwe gegevens. Jammer is wel dat in het rapport onvoldoende wordt ingegaan op de economische kant van de rationaliteit van de taperingstrips, namelijk de meest economische voor de zorgverzekeraar. De kosten van de taperingstrips worden wel globaal benoemd, maar de opbouw daarvan niet. Daarbij kan niet aan de indruk worden ontkomen dat de Regenboogapotheek een belangrijk financieel belang heeft bij de taperingstrips.

Delta Lloyd erkent dat het stoppen van antidepressiva leidt tot een daling van de kosten van het gebruik van deze middelen. Punt is echter wel dat ook hier een vergelijking kan en moet worden gemaakt met de kosten van de afbouw met behulp van de geregistreerde doseringsvormen of wellicht een los verkrijgbare toedieningsvorm in een subtherapeutische dosering, die speciaal t.b.v. de afbouw als doorgeleverde bereiding beschikbaar zou moeten zijn.

Ook Delta Lloyd is van mening dat de afbouw van antidepressiva geleidelijk moet plaatsvinden. Over wat geleidelijk is daarover bestaat onduidelijkheid en een meningsverschil. Fabrikanten van antidepressiva en de registratieautoriteiten zijn ook de mening van een geleidelijke afbouw van de dosering toegedaan, hetgeen blijkt uit de aanbevelingen uit de officiële productinformatie/Summary of Product Characteristics (SmPC's) van deze geneesmiddelen. De aanbeveling bij venlafaxine luidt: "de behandeling niet plotseling staken; de dosering moet geleidelijk over een periode van ten minste 1-2 weken of maanden worden verminderd volgens de behoefte van de patiënt". Daarbij wordt er van uitgegaan dat voor de afbouw gebruik wordt gemaakt van ook de geregistreerde toedieningsvormen, namelijk capsules/tabletten met gereguleerde afgifte 37,5mg, 75 mg, 150mg en 225 mg. In het Farmacotherapeutische Kompas is dezelfde aanbeveling uit de SmPC overgenomen. Deze aanbeveling vervolgens gebruiken, zoals dhr. Groot doet, ter onderbouwing van de het gebruik van taperingstrips, is niet correct. De taperingstrips zijn ook niet als beschikbare toedieningsvorm opgenomen in het Kompas.

Ten behoeve van de registratie van geneesmiddelen vindt uitgebreid onderzoek plaats naar de dosis-effect relatie. Dit onderzoek geeft inzicht in de minimale, optimale en maximale dosering voor een therapeutisch effect, hetgeen leidt tot een aanbevolen doseringsrange. Voor venlafaxine is dat van 75 – 225mg. Steeds echter blijft het belangrijk de dosering individueel af te stemmen en rekening te houden met individuele verschillen, mede o.a. op basis van CYP2D5 polymorfismen. Een dagdosering van 37,5 mg is subtherapeutisch. Als blijkt dat in de praktijk bij de afbouw behoefte is aan één of meer nog lagere subtherapeutische doseringen, dan ligt het voor de hand om ook hier te onderzoeken met welke minimale



doseringssterkten onttrekkingsverschijnselen nog kunnen worden voorkomen. Dit onderzoek ontbreekt. Onduidelijk is ook of de fabrikanten mogelijk wel beschikken over dergelijk onderzoek. Dat er bij sommige patiënten en bij bepaalde middelen, vooral die met een korte halfwaardetijd, behoefte is aan lagere subtherapeutische dosering wordt in het rapport duidelijk gemaakt. We weten echter niet of bij afbouw van venlafaxine ook kan worden volstaan met een extra sterkte van bijv. 5 mg, waarmee ook meerdere afbouwdoseringen kunnen worden gemaakt. Duidelijk is wel dat de beschikbaarheid van een dergelijke afleveringsvorm goedkoper is dan de kosten van de taperingstrips, waarbij per strip en voor iedere sterkte een bereidingstoeslag in rekening wordt gebracht.

Tenslotte heeft het Delta Lloyd verbaasd dat op het bestelformulier van de venlafaxine taperingstrips op de website van de Regenboogapotheek (geraadpleegd 29 mei) nog steeds staat vermeld dat "de medicatie voldoet aan de eisen voor vergoeding uit het basispakket." Het is jammer dat de voorschrijver en de patiënt nog steeds verkeerd worden geïnformeerd, met alle gevolgen voor discussies daarover met de zorgverzekeraars.

### **Conclusie**

Delta Lloyd moet de vergoeding van venlafaxine taperingstrips toetsen op de wettelijk vastgestelde criteria voor vergoeding (Besluit zorgverzekering art 2.8 eerste lid, onder b). Daarbij moet sprake zijn van een rationele farmacotherapie, d.w.z. dat uit de wetenschappelijke literatuur moet blijken dat het geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm werkzaam en effectief blijkt en dat het middel tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering. Met welke extra subtherapeutische dosering onttrekkingsverschijnselen effectief kunnen worden voorkomen is niet met onderzoek onderbouwd. De taperingstrips zijn duurder dan een extra subtherapeutische afleveringsvorm zoals een doorgeleverde bereiding omdat per strip en per afleveringsvorm een bereidingstoeslag moet worden betaald en daardoor zijn taperingstrips niet het meest economisch voor de zorgverzekering. Dit staat los van besparingen die door het stoppen met antidepressiva kunnen worden gerealiseerd.

Geconstateerd moet worden dat de problematiek van de vergoeding inmiddels een duidelijk landelijk probleem is geworden. Het probleem is groter dan het afwijzen door Delta Lloyd van de vergoeding uit de basisverzekering van de taperingstrips van [REDACTED]