

## 2011Z04972

Vragen van het lid Van Gerven aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport *over het beperken van de vergoeding voor de diabetesmedicijnen byetta en victoza* (ingezonden 11 maart 2011).

### Vraag 1

Waarom heeft u besloten de indicatie voor het gebruik van de diabetesmedicijnen behoren de tot de GLP-1 receptorantagonisten per 1 maart 2011 aan te scherpen?

### Vraag 2

Worden hierdoor niet een aantal moeilijk behandelbare diabetespatiënten ernstig gedupeerd omdat zij de middelen met succes hebben gekregen, waardoor zij minder insuline hoeven te gebruiken en zich gezonder voelen?

### Vraag 3

Vindt u het niet vreemd dat eerst een nieuw middel wordt vergoed en dan ineens de indicatie wordt aangescherpt terwijl er geen nieuwe medische feiten op tafel zijn gekomen en van het advies van de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) wordt afgeweken?<sup>1</sup> Vindt u niet dat patiënten erop zouden moeten kunnen vertrouwen dat een dergelijk middel, dat topspecialisten die diabetici behandelen als een aanvulling op het therapeutisch arsenaal beschouwen voor patiënten met een ernstig overgewicht, en daarom het voorschrijven daarvan in het basispakket thuishoort?

<sup>1</sup> [http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst\\_content/nl/documenten/cfh-rapporten/2009/cfh0911+liraglutide+victoza.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/cfh-rapporten/2009/cfh0911+liraglutide+victoza.pdf)

#### CFH-advies:

Bij patiënten die niet uitkomen met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat in maximaal verdraagbare dosering gaat de voorkeur uit naar toevoeging van insuline. Alleen bij patiënten met een BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> voor wie het afvallen ondanks begeleiding een probleem vormt, kan de toevoeging van exenatide of liraglutide worden overwogen, vanwege het voordeel van de gewichtsdeling. Hierbij dient te worden gerealiseerd dat voor liraglutide en exenatide, in tegenstelling tot insuline, gegevens over de effectiviteit (vermindering complicaties) en veiligheid op langere termijn, ontbreken. Liraglutide kan eenmaal per dag toegediend worden op een willekeurig tijdstip, onafhankelijk van de maaltijden.

Vraag 4

Is het waar dat in andere Europese landen het middel wel wordt vergoed bij diabetespatiënten met een body mass index van 28, terwijl in Nederland tot 1 maart een grens gold van 35?

Vraag 5

Wat vindt u van de mening van specialist Waanders die spreekt van een verkapte bezuiniging?<sup>2</sup>

Vraag 6

Wordt door dit besluit niet achter de feiten aan gelopen als moderne medicijnen van vergoeding worden uitgesloten terwijl op langere termijn wordt bespaard omdat mensen gezonder blijven?

Vraag 7

Hoeveel diabetespatiënten in Nederland gebruikten voor 1 maart 2011 GPL-1 receptor agonisten? Welk bedrag was daar landelijk mee gemoeid op jaarbasis?

Vraag 8

Wat vindt u van het feit dat door deze maatregel mensen die wel circa 90 euro per maand kunnen betalen voor eigen rekening dit medicijn dan wel krijgen, en minder vermogende patiënten niet?

Vraag 9

Bent u bereid deze maatregel terug te draaien, en bijvoorbeeld gedurende enkele jaren wel onder de voorwaarden van vóór 1 maart jl. vertrekking in het basispakket te handhaven, zodat de werkzaamheid en de bijwerkingen van de medicijnen verder kan worden gevolgd om een finaal oordeel over de effectiviteit te vellen?

---

<sup>2</sup> Haagsche Courant, 3 maart 2011.