

# «IPEB-Monthly» Data september 2016 (publicatie december 2016)

Verantwoordelijke uitgever: Luc Vansnick, Archimedesstraat 11 – 1000 Brussel

Strikt voorbehouden aan de beheerraad van het IFEB en aan het DirectieComité van de APB – mag niet worden verspreid

## Geheel van de terugbetaalde geneesmiddelen

Onderstaande tabellen zijn gebaseerd op gegevens uit de IFSTATdatabank met de farmaceutische verstrekkingen in de publieke officina's, terugbetaald in het kader van de verplichte verzekering en binnen de derdebetalersregeling (zie ook [www.ifeb.be](http://www.ifeb.be) voor meer informatie over de IFSTATdatabank). In de tabellen hieronder staan enkel de gegevens voor terugbetaalde geneesmiddelen.

In de tabel die volgt zijn de gegevens tot en met september 2016 verwerkt. De schattingen voor 2016 zijn gemaakt op basis van het historisch gemiddelde van de eerste negen maanden in het jaartotaal.

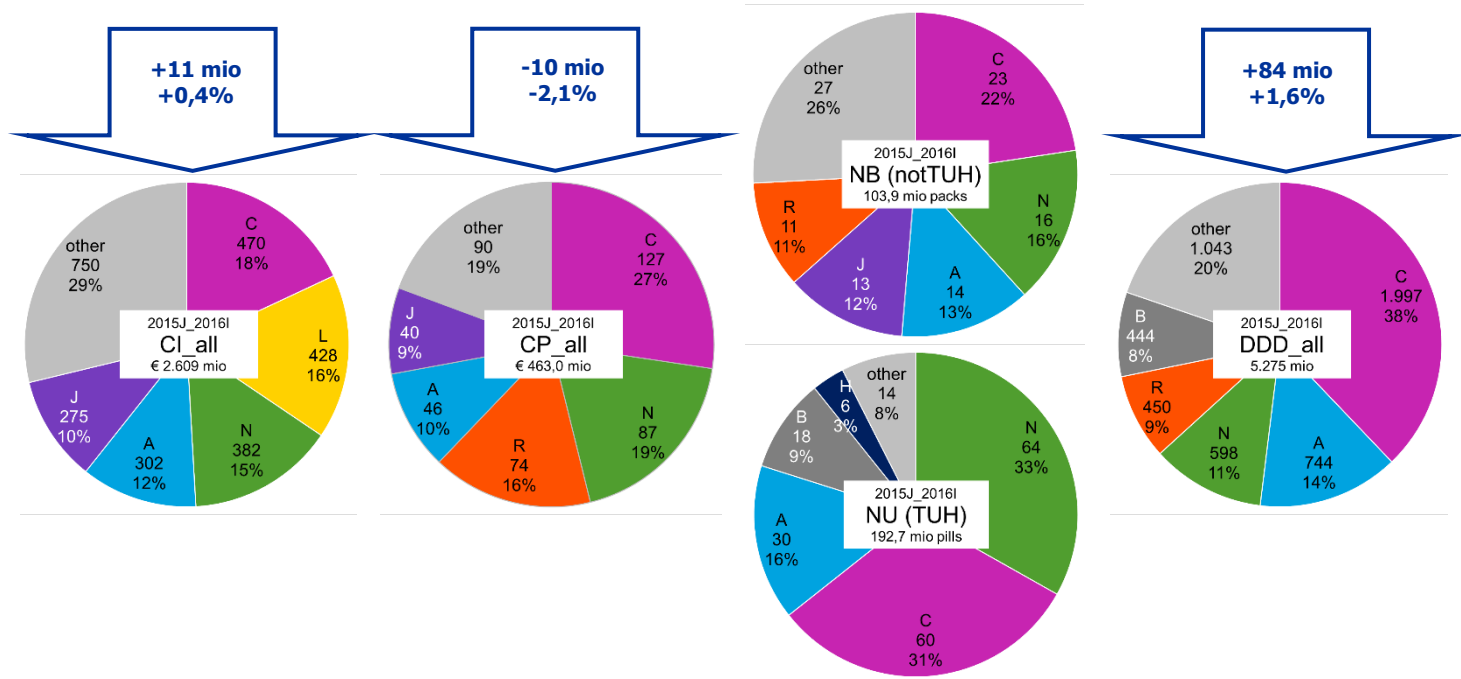
GLOBAL (mio)	CI	CP	PP	NB	NU	DDD	INN			
							NB (all)	% (all)	NU (all)	% (all)
2010	2.693,276	536,089	3.209,674	109,144		4.759,548	6,605	5,9%		
2011	2.744,532	520,464	3.238,594	108,987		4.870,632	7,934	7,1%		
2012	2.693,472	516,090	3.180,912	109,701		5.017,149	8,885	8,0%		
2013	2.642,298	500,402	3.111,631	109,258		5.111,107	9,183	8,4%		
2014	2.618,749	485,018	3.076,103	108,564		5.180,492	9,467	8,7%		
2015	2.644,906	471,818	3.083,991	106,921	45,183	5.252,214	9,788	8,5%	1,722	3,8%
2016	2.640,287	456,348	3.050,611	103,771	211,343	5.282,586	9,218	8,9%	10,116	4,7%
2016/2015	-0,17%	-3,28%	-1,08%	-2,95%	367,75%	0,70%	-5,82%	-2,93%	487,63%	23,23%
2015/2014	1,00%	-2,72%	0,26%	-1,51%		1,38%				
201510	237,099	45,604	278,306	9,972	8,780	465,038	0,903	9,1%	0,298	3,4%
201511	214,341	38,195	248,976	8,516	11,809	420,623	0,782	8,4%	0,429	3,4%
201512	242,068	41,968	280,456	9,454	13,021	476,457	0,874	9,2%	0,735	5,4%
201601	208,422	36,688	241,712	8,332	14,531	419,554	0,799	9,0%	0,777	5,1%
201602	213,672	37,377	247,527	8,530	15,191	423,065	0,829	9,1%	0,825	5,1%
201603	223,747	39,018	259,154	9,050	16,582	449,834	0,873	9,1%	0,954	5,4%
201604	218,031	37,640	252,159	8,544	16,254	440,934	0,731	9,1%	0,663	4,3%
201605	219,097	37,798	253,249	8,562	18,065	445,610	0,725	9,0%	0,686	3,9%
201606	231,464	39,301	267,006	8,932	18,469	464,177	0,755	9,0%	0,937	5,6%
201607	206,892	34,659	237,926	7,853	20,084	412,689	0,649	8,8%	0,846	4,5%
201608	210,876	35,270	242,573	7,931	19,575	422,633	0,639	8,6%	0,803	4,4%
201609	223,734	38,556	258,351	8,623	19,756	442,948	0,690	8,7%	0,852	4,6%

Deze tabel bevat de informatie met betrekking tot de aflevering van terugbetaalde geneesmiddelen, waarbij de aantallen zijn opgesplitst in verpakkingen (NB) en eenheden (NU). Die eenheden zijn de eenheden van de geneesmiddelen die worden « getarifeerd per eenheid ». Het gaat om de geneesmiddelen in oraal vaste vorm, afgeleverd aan rusthuisbewoners en residenten van rust- en verzorgingstehuizen. De « tarifiering per eenheid » ging van start in april 2015, maar ontplooidde zich maar zeer geleidelijk. Hieronder een tabel met de betekenis van de verschillende afkortingen in de tabel.

CI	cost insurance	bevat de tussenkomst van de verplichte verzekering in de prijs van de geneesmiddelen, alsook de specifieke honoraria van de apothekers (VOS – HIV – BNM – ROB/RVT)
CP	cost patient	het bedrag van het remgeld berekend in functie van de terugbetalingsbasis af fabriek, met inbegrip van het mogelijke supplement voor geneesmiddelen uit de referentietrugbetaling waarvan de prijs hoger is dan de terugbetalingsbasis
PP	public price	publiekprijs
NB	number of packs	aantal verpakkingen
NU	number of units	aantal eenheden van geneesmiddelen in oraal vaste vorm, afgeleverd aan bewoners van ROB/RVT
DDD	number of DDD	aantal DDD
INN	international nonproprietary name	geneesmiddelen « geflagd » als voorgeschreven op stofnaam binnen het geheel van de terugbetaalde geneesmiddelen

Deze tabel houdt geen rekening met de wijzigingen ten gevolge van de opname van de MAF (maximumfactuur) in de regeling van de derde betaler op 1 januari 2015. In het verleden verschoven de bedragen van de MAF ook van het remgeld naar de RIZIV uitgaven, maar zonder dat dat in de gegevens kwam. Om de gegevens coherent te houden, hebben we de betekenis van « CP » niet veranderd.

# Verdeling over de therapeutische hoofdklassen



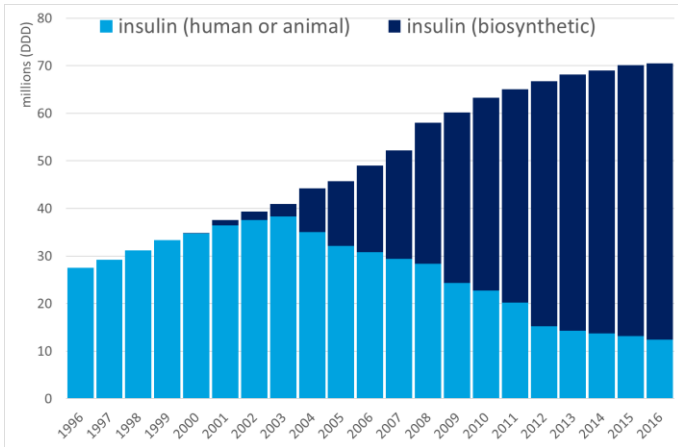
Deze taarten tonen, voor het geheel van de terugbetaalde geneesmiddelen afgeleverd in de publieke officina's, de verdeling van de belangrijkste grootheden (de tussenkomst van de verplichte verzekering in de prijs van de geneesmiddelen (CI – cost insurance), het remgeld (CP – cost patient) en het verbruik, uitgedrukt in DDD) over de therapeutische hoofdklassen, gedurende de 12 voorbije maanden (oktober 2015 – september 2016). Er zijn twee volume-taarten : bovenaan de verdeling van het aantal afgeleverde verpakkingen (NB), en eronder een taart met de verdeling van de eenheden in oraal-vaste vorm, afgeleverd aan rusthuispatiënten. In elk van de taarten, zien we de TOP5 van de klassen voor de betrokken parameter, en daarnaast een spie « other » voor het geheel van de 9 andere klassen.

De waarden en de percentages in de pijlen geven de veranderingen weer ten opzichte van de vorige 12 maanden (oktober 2014 – september 2015). Zo zien we dat het verbruik (gemeten in DDD) blijft stijgen, ook al wordt de groeivoet wat kleiner. De totale uitgaven voor terugbetaalde geneesmiddelen zijn stabiel gebleven tijdens de voorbije 12 maanden, waarbij de remgeldmassa (CP) afneemt en de uitgaven van de verplichte verzekering (CI) toenemen, op zulke manier dat de twee bewegingen elkaar quasi compenseren.

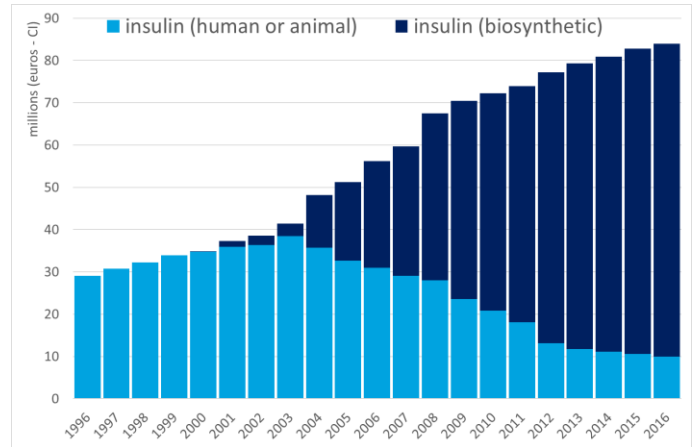
A	MAAGDARMKANAAL EN STOFWISSELING	L	CYTOSTATICA EN IMMUNOMODULERENDE MIDDELEN
B	BLOED EN BLOEDVORMENDE ORGANEN	M	SKELETSPIERSTELSEL
C	HARTVAATSTELSEL	N	ZENUWSTELSEL
D	DERMATOLOGISCHE PREPARATEN	P	ANTIPARASITAIRE MIDDELEN, INSECTICIDEN EN INSECTENWERENDE MIDDELEN
G	UROGENITAAL STELSEL EN GESLACHTSHORMONEN	R	ADEMHALINGSSTELSEL
H	SYSTEMISCHE HORMOONPREPARATEN, GESLACHTSHORMONEN UITGEZONDERD	S	ZINTUIGLIJKE ORGANEN
J	ANTIMICROBIELE MIDDELEN VOOR SYSTEMISCH GEBRUIK	V	DIVERSE MIDDELEN

# ZOOM op de « nieuwe » antidiabetica

Ongeveer vijf jaar geleden was de ZOOM van de IPhEB Monthly van juli 2011 ([http://www.ipheb.be/wa\\_files/IPhEB\\_20Monthly\\_20-20juli\\_202011.pdf](http://www.ipheb.be/wa_files/IPhEB_20Monthly_20-20juli_202011.pdf)) gewijd aan nieuwe behandelingen van diabetes. In die ZOOM keken we zowel naar de insulines en hun analogen (A10A) als naar de andere hypoglykemiërende middelen (A10B). Binnen de klasse van insulines en analogen (A10A) zagen we vanaf 2001 biosynthetische insulines verschijnen (de ultrasnelwerkende insuline-analogen lispro, aspart, of glulisine, en de langwerkende insuline-analogen glargine en detemir). Zoals de eerste grafieken laten zien, blijft het verbruik van insulines toenemen en loopt de verschuiving naar biosynthetische insulines door.

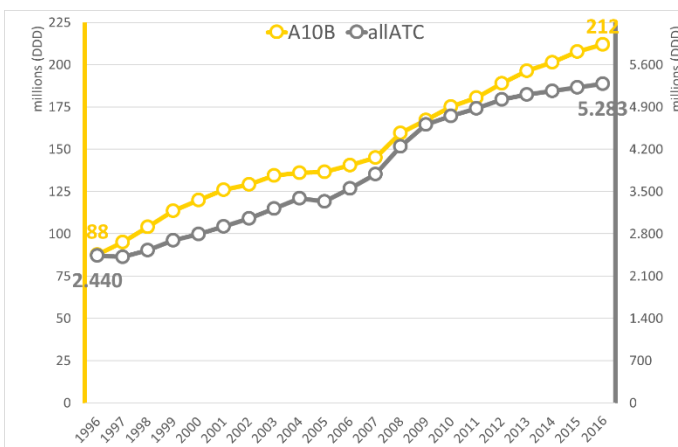


**Grafiek 1 :** jaarlijkse evolutie (1996-2016) van het verbruik (DDD) van insulines verdeeld over insulines van menselijke of dierlijke oorsprong en biosynthetische insulines.

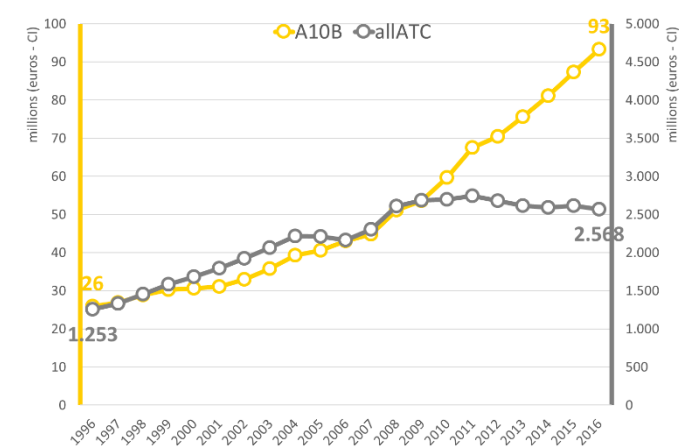


**Grafiek 2 :** jaarlijkse evolutie (1996-2016) van de uitgaven (CI) van insulines verdeeld over insulines van menselijke of dierlijke oorsprong en biosynthetische insulines.

De evolutie van het insulinegebruik en van de ermee gepaarde kosten loopt dus verder volgens dezelfde trends als vijf jaar geleden. Maar binnen de andere hypoglykemiërende middelen (A10B) zijn de veranderingen tijdens de voorbije jaren veel ingrijpender geweest, zoals we dat al een tijdje opmerken als we om de twee maanden op bladzijde 2 van de IPHEB Monthly kijken naar de veranderingen binnen de therapeutische hoofdklassen. De grafieken hieronder laten de jaarlijkse evolutie zien van het verbruik (Grafiek 3 – links) en de uitgaven (Grafiek 4 – rechts). We zien dat de jongste jaren het verbruik van antidiabetica uit de klasse A10B sterker toenam dan het globale verbruik van terugbetaalde geneesmiddelen. En rechts zien we dat deze toename van het verbruik leidt tot een zeer sterke stijging van de uitgaven, waarbij hier de uitgaven van de verplichte verzekering (CI – cost insurance) beperkt zijn tot de tussenkomst van het RIZIV in de prijs van de geneesmiddelen, dus zonder de toevoeging van eventuele specifieke honoraria van de apothekers (VOS, hoofdstuk IV, weekhonoraria bij tarifiering per eenheid, ...). Antidiabetesgeneesmiddelen zijn bovendien terugbetaald in categorie A, zodat de CI gelijk is aan de publiekprijs (behalve voor de enkele originelen waarvan de prijs op een bepaald moment hoger was dan de terugbetalingsbasis).



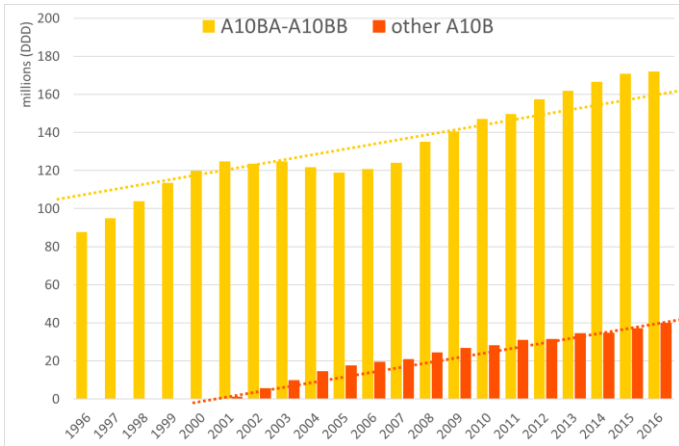
**Grafiek 3 :** jaarlijkse evolutie (1996-2016) van het verbruik (DDD) van hypoglykemiërende middelen met uitzondering van insulines (A10B – geel – linkerass) ten opzichte van het geheel van de terugbetaalde geneesmiddelen (allIATC – grijs – rechterass)



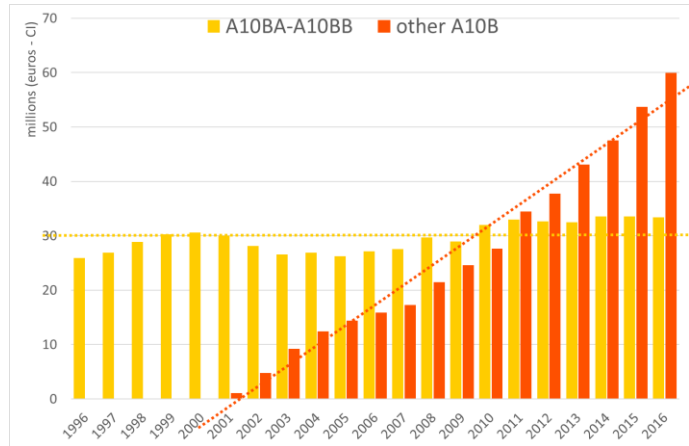
**Grafiek 4 :** jaarlijkse evolutie (1996-2016) van de uitgaven (CI) voor hypoglykemiërende middelen met uitzondering van insulines (A10B – geel – linkerass) ten opzichte van het geheel van de terugbetaalde geneesmiddelen (allIATC – grijs – rechterass)

We weten dat deze sterke stijging van de uitgaven zich situeert in de groep van de « nieuwe » antidiabetica. In de hier uitgevoerde analyse wordt de klasse A10B om te beginnen opgesplitst in twee groepen. De eerste groep bevat metformine (A10BA02) en de hypoglykemiërende sulfamiden (sulfonylurea - A10BB), en de tweede groep bestaat uit de « nieuwe » geneesmiddelen van de klasse A10B. Tot in 2001 waren metformine en sulfonylurea de enige orale behandelingen voor type 2 diabetes. En tot op heden bestaan er enkel voor metformine, de bloedsuikerverlagende sulfamiden (sulfonylurea) en insuline studies waarin de werkzaamheid op majeure klinische eindpunten zoals mortaliteit of microvasculaire complicaties (retinopathie, nefropathie, neuropathie) of macrovasculaire complicaties (myocardinfarct...) is aangetoond (cf. BCFI).

In de grafieken die volgen (Grafieken 5 en 6) kijken we naar de evolutie van het verbruik in deze twee groepen. We stellen vast dat het gebruik van metformine en sulfonyleurea toeneemt, maar dat de er mee gepaarde uitgaven beheerst zijn. Hun gemiddelde kost per DDD is gedaald van ongeveer 30 cent in 1996 tot 20 cent op dit ogenblik. Het dipje dat we vaststellen binnen het verbruik in deze groep valt samen met het verschijnen van de eerste « nieuwe » antidiabetesgeneesmiddelen. Wellicht werd op dat ogenblik de basisbehandeling met metformine of sulfonyleurea enigszins verlaten ten voordele van « nieuwe » geneesmiddelen waarvan het gebruik in 2001 van start ging, en werd daar daarna weer op teruggekomen. Het gebruik van de « nieuwe » antidiabetesgeneesmiddelen ligt in elk geval lager, maar we zien wel dat het toeneemt, en ongeveer even snel groeit als dat binnen de eerste groep. Maar de uitgaven in deze tweede groep zijn wel veel hoger. Op dit ogenblik is het bedrag van de uitgaven in deze groep quasi dubbel zo hoog als in de eerste groep, hoewel de tweede groep maar 20% van DDD van A10B vertegenwoordigt. De gemiddelde kost per DDD is in deze tweede groep dan ook veel hoger dan in de eerste en hij nam toe van 83 cent in 2001 tot € 1,5 op dit ogenblik.



**Grafiek 5 :** jaarlijkse evolutie (1996-2016) van het verbruik (DDD) van hypoglykemiërende middelen met uitzondering van insulines (A10B), opgesplitst in enerzijds metformine (A10BA02) et sulfonyleurea (A10BB) (geel) en anderzijds de andere « nieuwe » antidiabetica van de klasse A10B (oranje).



**Grafiek 6 :** jaarlijkse evolutie (1996-2016) van de uitgaven (CI) voor hypoglykemiërende middelen met uitzondering van insulines (A10B), opgesplitst in enerzijds metformine (A10BA02) et sulfonyleurea (A10BB) (geel) en anderzijds de andere « nieuwe » antidiabetica van de klasse A10B (oranje).

Bekijken we nu van wat naderbij de « nieuwe » antidiabetica. Aan het einde van deze tekst bevindt zich een volledige tabel (Tabel 2) met alle actieve bestanddelen van A10B, met een beetje informatie over hun aanwending en over hun werkingsprincipes, overgenomen van de website van het BCFI (<http://www.bcfi.be/nl/chapters/6?frag=4168>). De tabel hieronder bevat de « nieuwe » actieve bestanddelen, met hun jaar van verschijnen. We zien dat de helft van de huidige 14 actieve bestanddelen na 2011 verscheen, dus na de vorige ZOOM gewijd aan de toenmalige « nieuwe » antidiabetica.

			2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
glitazones	A10BG02	rosiglitazon																	
	A10BG03	pioglitazon																	
gliptins	A10BH01	sitagliptine																	
	A10BH02	vildagliptine																	
	A10BH03	saxagliptine																	
	A10BH04	alogliptine																	
	A10BH05	linagliptine																	
glinides	A10BX02	repaglinide																	
glifozines	A10BX11	canaglifozine																	
	A10BX12	empaglifozine																	
incretin mimetics	A10BX04	exenatide																	
	A10BX07	liraglutide																	
	A10BX10	lixisenatide																	
	A10BX13	albiglutide																	
	A10BX14	dulaglutide																	

**Tabel 1 :** verschijnen van nieuwe antidiabetica, per jaar, vanaf 2001

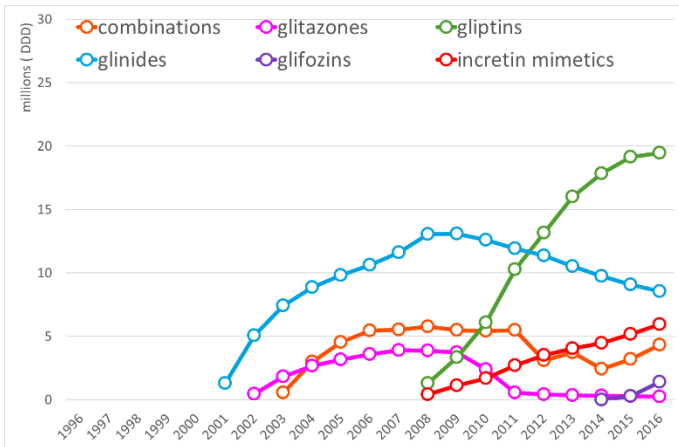
Op de incretinomimetica (GLP-1-analogen) na, die injecteerbaar zijn, komen deze actieve bestanddelen ook voor in combinatie met metformine. Deze combinatie zijn gegroepeerd in de klasse A10BD. Zoals blijkt uit de grafieken die volgen (Grafieken 7 en 8), zijn deze combinaties relatief onbelangrijk, vergeleken met de monopreparaten.

De oudste nieuwe klasse antidiabetica is die van de glinides, vertegenwoordigd door repaglinide, verschenen in 2001, waarvan het verbruik toenam tot in 2008, het jaar waarin de eerste gliptine (sitagliptine – Januvia®) en het eerste incretinomimeticum (exenatide – Byetta®) verschenen (Grafiek 7). We zien dat de uitgaven voor repaglinide in 2011 (Grafiek 8 – blauw) fors daalden, na de komst van generieken.

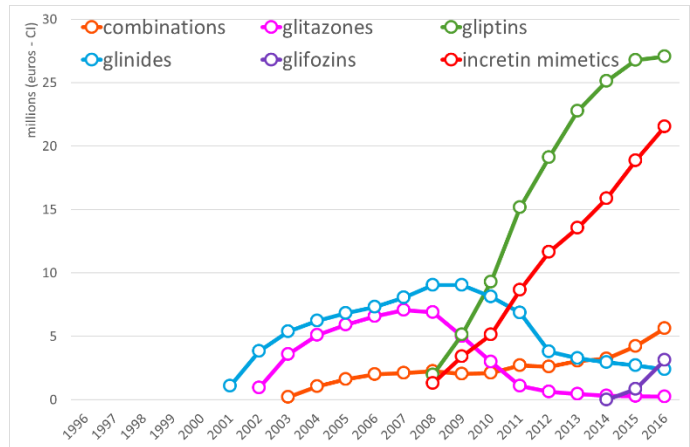
In 2002 verschenen glitazones, rosiglitazone en pioglitazone, waarvan het verbruik toenam (Grafiek 7 – fuchsia) tot in 2009. Vanaf 2010 nam het verbruik af, na de terugtrekking van rosiglitazone wegens verhoogd cardiovasculair risico. En vermits ook pioglitazone slechts een beperkte plaats heeft wegens mogelijke ongewenste effecten, blijft het verbruik van glitazones sindsdien zeer beperkt.

Zoals we reeds vermeldde, verschenen het eerste gliptine en het eerste incretinomimeticum in 2008. En op dit ogenblik zijn er 5 gliptines en 5 incretinomimetica beschikbaar voor de behandeling van diabetespatiënten. In Grafiek 7 zien we dat het gebruik van gliptines (groen) sterk stijgt en dat ze de belangrijkste deelklasse zijn binnen de « nieuwe » antidiabetica. Het gebruik van incretinomimetica neemt ook toe, maar dit zijn dure geneesmiddelen en ze vormen dus een vooral groot deel binnen de uitgaven, zoals blijkt uit de rechtergrafiek (Grafiek 8).

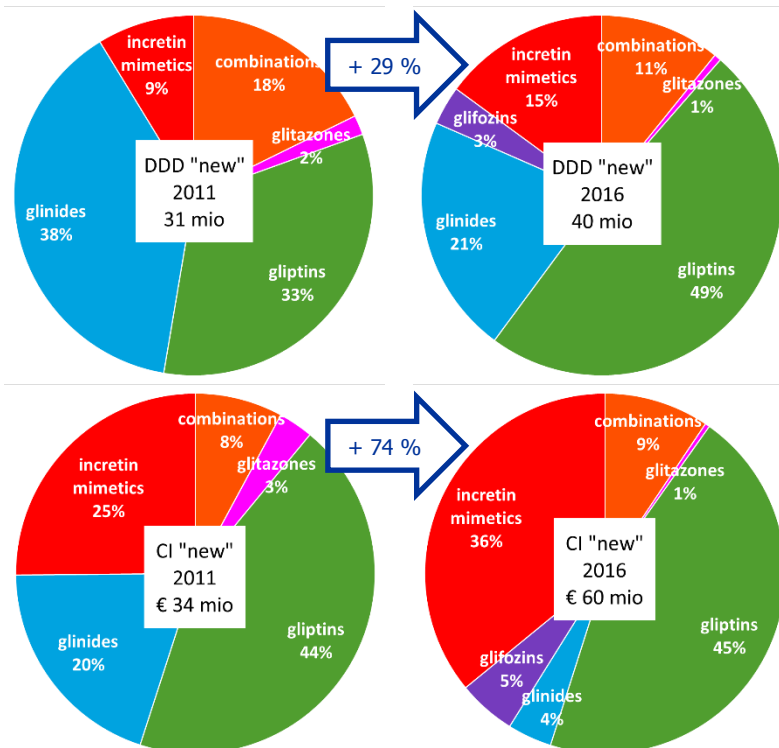
De meest recente groep « nieuwe » antidiabetica is die van de glifozines, op dit ogenblik aanwezig met twee actieve bestanddelen, canagliflozine en empagliflozine, die respectievelijk in 2014 en 2015 verschenen. Vermits ze nog « zeer nieuw » zijn, is hun langetermijneffect op diabetescomplicaties niet gekend, maar er zijn aanmoedigende gegevens gerapporteerd over de behandeling met empagliflozine (BCFI).



**Grafiek 7 :** jaarlijkse evolutie (1996-2016) van het verbruik (DDD) van « nieuwe » antidiabetica, verdeeld over glitazones (fuchsia), glinides (blauw), gliptines (DPP-4-inhibitoren - groen), glifozines (SGLT2-inhibitoren - paars), en hun associaties met metformine (oranje), en de incretinomimetica (GLP-1-analogen - rood).



**Grafiek 8 :** jaarlijkse evolutie (1996-2016) van de uitgaven (CI) voor « nieuwe » antidiabetica, verdeeld over glitazones (fuchsia), glinides (blauw), gliptines (DPP-4-inhibitoren - groen), glifozines (SGLT2-inhibitoren - paars), en hun associaties met metformine (oranje), en de incretinomimetica (GLP-1-analogen - rood).



**Grafiek 9 :** verdeling van het verbruik (DDD) en de uitgaven (CI) van de « nieuwe » antidiabetica in 2011 en in 2016

Ziehier, ter illustratie van de veranderingen in het landschap van de « nieuwe » antidiabetica tijdens de voorbije jaren enkele taarten met de verdeling van het verbruik en de uitgaven in 2011 en in 2016. Laten we daarbij niet uit het oog verliezen dat het verbruik in deze periode met 29% toenam, en de uitgaven met 74% groeiden.

We zien dat het aandeel van de combinatiepreparaten (associaties met metformine) relatief onbelangrijk zijn, en dat hun aandeel in het verbruik is afgenomen.

Het verbruik van de « oudste » « nieuwe » substantie, repaglinide, is afgenomen en op dit ogenblik vertegenwoordigen de gliptines quasi de helft van het verbruik van « nieuwe » antidiabetica.

De incretinomimetica vertegenwoordigen vandaag 15% van de DDD, maar wel 37% van de RIZIV-uitgaven.

De glitazones zijn bijna verdwenen, en de glifozines, die er in 2011 nog niet waren, vertegenwoordigen nu 3% van de DDD voor 5% van de uitgaven.

We moeten deze evolutie zeker opvolgen, welke van deze nieuwe behandelingen een plaats zullen krijgen in de behandeling van type 2 diabetes, met een gunstige risico/baten verhouding.

<b>A10B hypoglykemiërende middelen met uitzondering van insulines</b>		
<b>A10BA biguaniden</b>		
A10BA02	metformine	<b>Metformine</b> verhoogt de perifere gevoeligheid voor insuline en vermindert de glucoseproductie in de lever. Het stimuleert de secretie van endogene insuline niet. Metformine is, samen met aanpassingen van de levensstijl, de eerstekeuzebehandeling van type 2-diabetes.
<b>A10BB sulfonyleureumderivaten</b>		
A10BB01	glibenclamide Daonil®, Euglucon®	De <b>hypoglykemiërende sulfamiden</b> (sulfonyleureumderivaten) verlagen de glykemie door stimulatie van de endogene insulinesecretie. De hypoglykemiërende sulfamiden worden soms onderverdeeld in langer werkende middelen (glibenclamide, gliclazide met gereguleerde afgifte, glimepiride) en korter werkende middelen (gliclazide, glipizide, gliquidon). Ze zijn een behandelingsoptie bij onvoldoende doeltreffendheid van of contra-indicatie voor metformine. Chloorpropamide, tolbutamide, en tolazamide zijn sulfonyleureumderivaten die voorkomen in de gegevens, maar die nu niet meer worden afgeleverd.
A10BB02	chloorpropamide Diabinese®	
A10BB03	tolbutamide Rastinon®	
A10BB05	tolazamide Tolinase®	
A10BB07	glipizide Glibenese®, Minidiab®	
A10BB08	gliquidon Glurenorm®	
A10BB09	gliclazide Diamicon® & generieken	
A10BB12	glimepiride Amarylle® & generieken	
<b>A10BD combinaties van orale hypoglykemiërende middelen</b>		
A10BD02	metformine met sulfonyleureumderivaten	De <b>glitazonen</b> (syn. thiazolidinedionen) verminderen de insulineresistentie ter hoogte van de skeletspieren, en verminderen de glucoseproductie in de lever. Pioglitazon heeft, gezien de mogelijke ongewenste effecten, slechts een beperkte plaats. In de gegevens treffen we ook rosiglitazone aan, vanaf 2002 tot eind 2010, toen studies hadden aangetoond dat de voordelen van rosiglitazone niet opwegen tegen de risico's.
A10BD03	metformine met rosiglitazon	
A10BD07	metformine met sitagliptine	
A10BD08	metformine met vildagliptine	
A10BD10	metformine met saxagliptine	
A10BD11	metformine met linagliptine	
A10BD13	metformine met alogliptine	
A10BD16	metformine met canagliflozine	
A10BD20	metformine met empagliflozine	
<b>A10BG thiazolidinedionen</b>		
A10BG02	rosiglitazon Avandia®	
A10BG03	pioglitazon Actos®	
<b>A10BH dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4) remmers</b>		
A10BH01	sitagliptine Januvia®	De <b>gliptines</b> zijn inhibitoren van het dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4), een enzym verantwoordelijk voor de inactivatie van de incretinehormonen <i>glucagon-like peptide-1</i> (GLP-1) en <i>gastric inhibitory polypeptide</i> (GIP); GLP-1 en GIP zijn intestinale hormonen die de glykemiecontrole verzekeren door vertraging van de maaglediging, vermindering van de glucagonvrijstelling door de α-cellen van de pancreas, en stimulatie van de glucose-afhankelijke insulinevrijstelling door de β-cellen.
A10BH02	vildagliptine Galvus®	
A10BH03	saxagliptine Onglyza®	
A10BH04	alogliptine Vipidia®	
A10BH05	linagliptine Trajenta®	
<b>A10BX overige hypoglykemiërende middelen met uitzondering van insulines</b>		
A10BX02	repaglinide Novonorm® & generieken	<b>Gliniden</b> hebben een structuur die verschilt van deze van de hypoglykemiërende sulfamiden, maar het werkingsmechanisme, stimulatie van de insulinesecretie, is vergelijkbaar. Vergeleken met de hypoglykemiërende sulfamiden treedt het effect van repaglinide sneller op en is de werkingsduur korter.
A10BX11	canagliflozine Invokana®	Canagliflozine en empagliflozine zijn <b>gliflozinen</b> , inhibitoren van de natriumglucose-cotransporter 2 (SGLT2) ter hoogte van de nieren. Hun hypoglykemiërend effect is gebaseerd op vermindering van de terugresorptie van glucose in de nieren, met uitlokking van glucosurie.
A10BX12	empagliflozine Jardiance®	
A10BX04	exenatide Byetta®, Bydureon®	Albiglutide, dulaglutide, exenatide, liraglutide en lixisenatide zijn <b>analogen van het incretinehormoon glucagon-like peptide-1</b> (GLP-1); dit is een intestinaal hormoon dat de glykemiecontrole verzekert door vertraging van de maaglediging, vermindering van de glucagonvrijstelling door de α-cellen van de pancreas, en stimulatie van de glucose-afhankelijke insulinevrijstelling door de β-cellen.
A10BX07	liraglutide Victoza®	
A10BX10	lixisenatide Lyxumia®	
A10BX13	albiglutide Eperzan®	
A10BX14	dulaglutide Trulicity®	

**Tabel 2 :** Actieve bestanddelen binnen de hypoglykemiërende middelen met uitzondering van insulines, met hun positionering bij de behandeling van diabetes. Bron : <http://www.bcfi.be/nl/chapters/6?frag=4168>