

IPhEB-Monthly» Données de novembre 2017 (publication février 2018)

Editeur responsable : Luc Vansnick, rue Archimède 11 – 1000 Bruxelles

Strictement réservé aux administrateurs de l'IPhEB, au Comité directeur de l'APB et aux directeurs des Offices de Tarification – Ne peut être diffusé !

Ensemble des médicaments remboursés

Les informations reprises dans le tableau ci-dessous proviennent de la base de données IFSTAT des fournitures pharmaceutiques dans les officines ouvertes au public et remboursées par l'assurance obligatoire dans le cadre du système du tiers payant (consultez www.ipheb.be pour plus d'informations sur la base de données IFSTAT). Les données reprises au tableau sont limitées aux médicaments remboursés (spécialités) et aux prestations pharmaceutiques les concernant.

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	2.645,180	471,818	3.083,991	106,921	45,183	5.246,121	9,788	8,5%	1,722	3,8%
2016	2.678,488	465,948	3.097,138	105,240	220,186	5.360,055	9,054	8,6%	9,956	4,5%
2017	2.636,607	461,795	3.075,667	101,679	251,607	5.227,164	9,099	8,6%	12,361	4,7%
2017/2016	-1,6%	-0,9%	-0,7%	-3,4%	14,3%	-2,5%	-0,5%		24,2%	
2016/2015	1,26%	-1,24%	0,43%	-1,57%	387,32%	2,17%	-7,50%	-6,01%	478,34%	18,61%
201612	254,885	44,033	294,644	8,623	19,756	442,948	0,863	9,2%	0,964	4,9%
201701	216,716	36,521	250,264	8,459	21,807	428,817	0,741	9,4%	0,984	4,8%
201702	205,624	34,166	237,146	7,948	18,879	404,483	0,692	9,3%	0,962	5,3%
201703	234,835	38,947	270,958	8,982	20,393	470,116	0,751	9,0%	1,116	5,7%
201704	203,968	34,342	235,589	7,731	20,492	402,472	0,630	8,7%	1,078	5,5%
201705	223,776	40,488	261,466	8,674	20,096	451,951	0,753	8,7%	1,234	5,7%
201706	232,331	40,516	271,905	8,753	19,967	460,706	0,739	8,5%	1,360	6,3%
201707	205,616	35,570	240,374	7,658	23,226	407,641	0,633	8,3%	1,566	6,7%
201708	207,560	35,872	242,612	7,759	20,801	411,484	0,639	8,3%	1,066	5,1%
201709	201,019	40,430	258,550	8,588	20,259	462,507	0,721	8,4%	0,251	1,2%
201710	235,670	46,811	281,535	9,696	22,553	462,507	0,784	8,1%	0,307	1,4%
201711	227,353	42,763	269,196	9,049	20,513	450,746	0,741	8,2%	0,242	1,2%

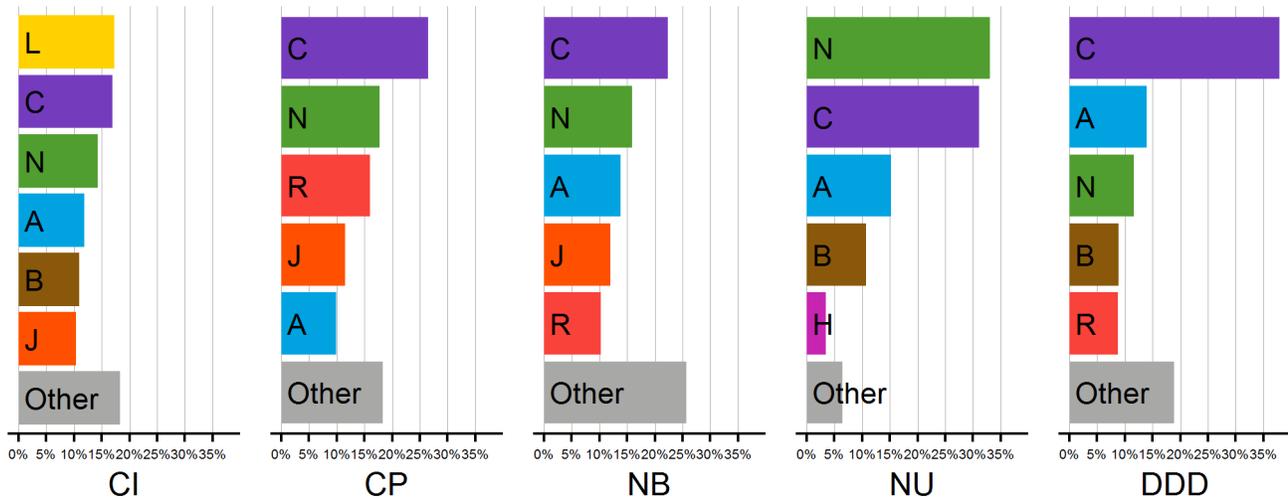
Ce tableau contient les informations relatives à la délivrance des médicaments remboursés en distinguant des nombres de conditionnements (NB) et d'unités (NU). Ces unités sont les unités des médicaments qui font l'objet d'une « tarification à l'unité ». Il s'agit de médicaments sous forme orale solide, délivrés aux résidents des maisons de repos et de soins (MRS) et des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). Le système de la « tarification à l'unité » a démarré en avril 2015, mais son déploiement a été progressif. Ce n'est qu'à partir de mi 2016 qu'elle a atteint la stabilité.

Le tableau ci-dessous reprend la signification des différents paramètres.

CI	cost insurance	comprend l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix, ainsi que les honoraires spécifiques des pharmaciens (INN – CIV – BUM – honoraires hebdomadaires pour la tarification à l'unité)
CP	cost patient	correspond au montant des tickets modérateurs calculés en fonction de la base de remboursement ex usine, et comprend aussi l'éventuel supplément pour les médicaments dans le remboursement de référence dont le prix ex usine est plus élevé que la base de remboursement
PP	public price	prix public
NB	number of packs	nombre de conditionnements
NU	number of units	nombre d'unités de médicaments sous forme orale solide délivrés aux résidents des MRS/MRPA.
DDD	number of DDD	nombre de DDD
INN	international nonproprietary name	médicaments « flaggés » comme étant prescrit sous la dénomination commune internationale (DCI) dans l'ensemble des médicaments remboursés (all).

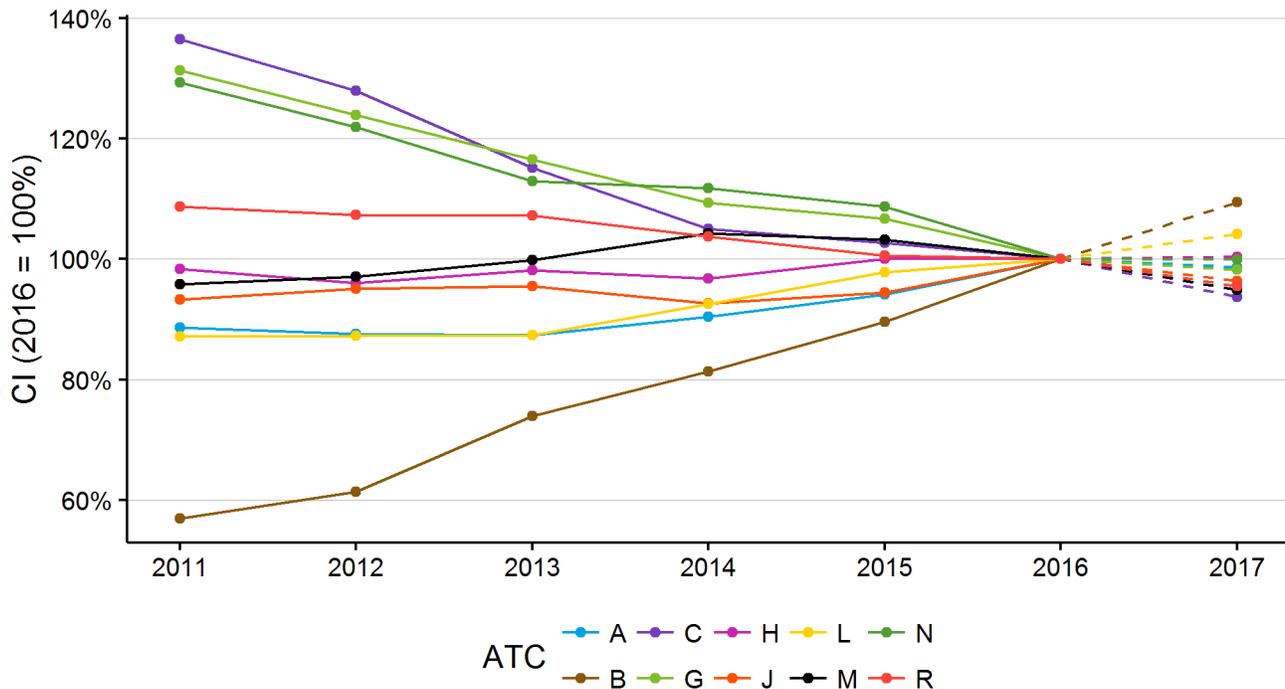
Remarque : ce tableau n'inclut pas les changements suite à la reprise du MAF (maximum à facturer) dans le système du tiers payant depuis le 1 janvier 2015. Dans le passé les montants du MAF étaient déjà transférés des dépenses des patients vers les dépenses de l'INAMI, mais sans apparaître dans les données. Pour la cohérence des données, nous n'avons donc pas changé la signification du sigle « CP ».

Répartition au niveau des classes principales ATC



Les graphiques montrent la répartition des médicaments remboursés délivrés exprimée en dépenses INAMI (CI – Cost Insurance), ticket modérateur (CP – Cost Patient), nombre de conditionnements délivrés (NB - NumBer), nombre de pilules tarifées par unité dans les maisons de repos (NU – Number of Units) et nombre de DDD pendant la dernière année disponible (décembre 2016 – novembre 2017). Toutes les classes principales représentant au moins 10%, sont montrées chaque fois avec un minimum de cinq classes.

Vous trouverez également ci-dessous comment les dépenses INAMI dans les classes ATC ont évolué au fil du temps. Les classes D, P, S et V ont été exclues en raison de leur importance très limitée. La valeur pour 2017 est une prévision basée sur les onze premiers mois de l'année.

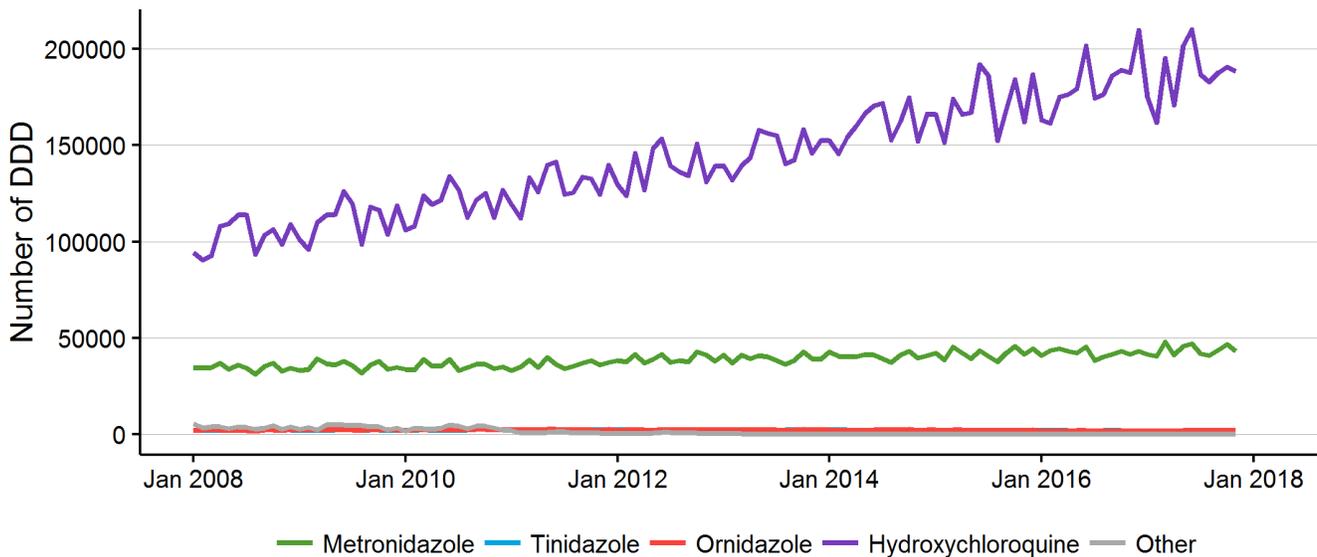
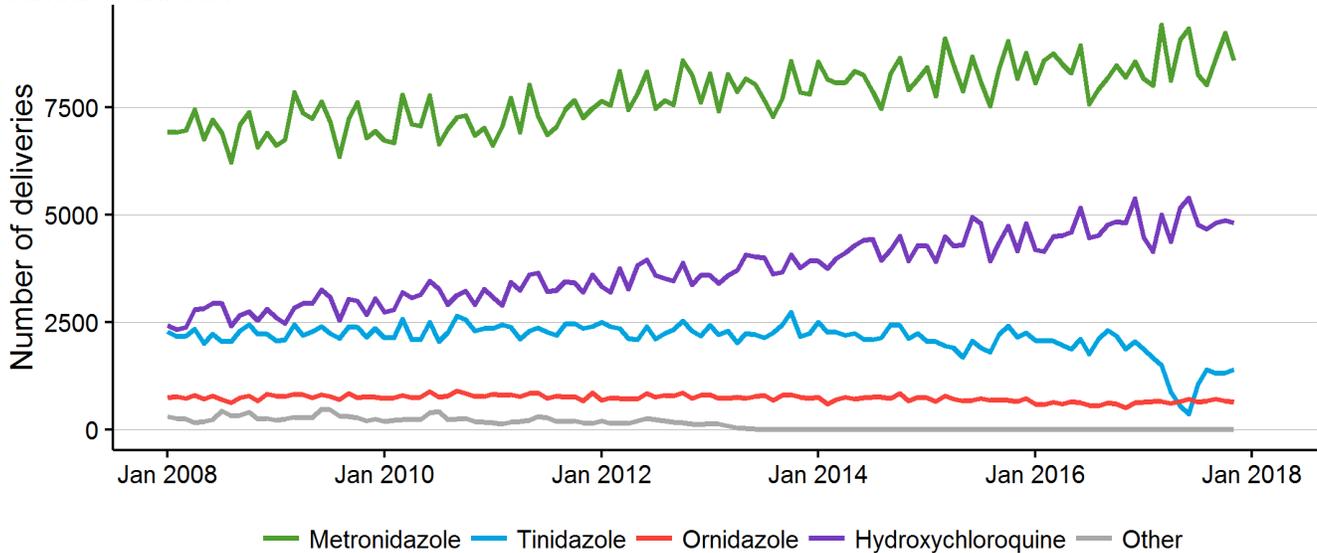


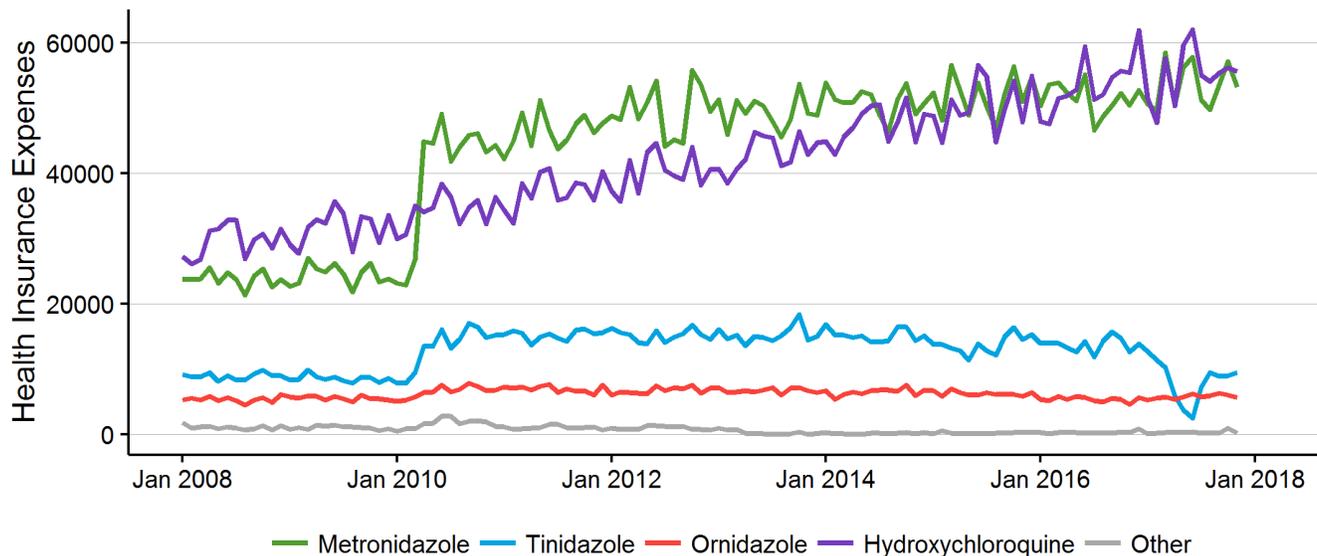
A	tractus gastro-intestinal et métabolisme	L	cytostatiques, agents immunomodulateurs
B	sang et système hématopoïétique	M	système squelettique et musculaire
C	système cardio-vasculaire	N	système nerveux central
D	préparations dermatologiques	P	antiparasitaires, insecticides et repellants
G	système uro-génital et hormones sexuelles	R	système respiratoire
H	hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	S	organes sensoriels
J	anti-infectieux à usage systémique	V	divers

Zoom sur la classe P

Nous nous focalisons régulièrement en détail sur une grande classe thérapeutique. Cette fois-ci, il s'agit de la classe des médicaments antiparasitaires. Il s'agit de la plus petite classe parmi les grandes classes ATC, avec une part très minime dans le cadre des médicaments remboursés.

Quelles sont les évolutions que nous pouvons observer ? Regardons d'abord l'évolution du nombre de conditionnements délivrés, les délivrances exprimées en DDD et les dépenses de l'INAMI pendant ces dernières années.





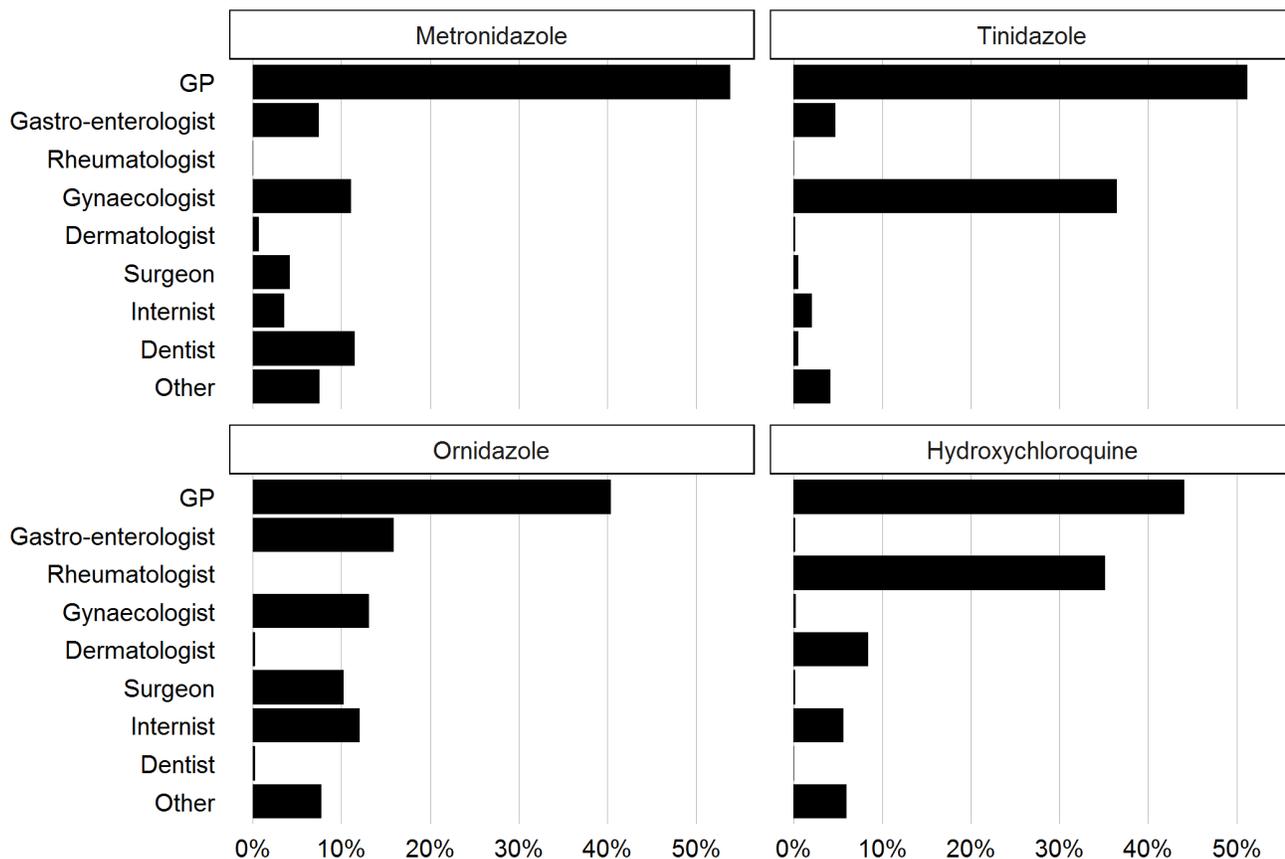
Nous constatons que seulement 4 principes actifs sont pertinents parmi les médicaments remboursés dans les officines publiques, tous à usage oral. Trois de ces principes actifs, à savoir le métronidazole (P01AB01), le tinidazole (P01AB02) et l'ornidazole (P01AB03), appartiennent aux dérivés du nitroimidazole. A côté de cela, nous avons encore l'hydroxychloroquine (P01BA02) qui appartient aux aminochinolines.

Les indications pour lesquelles ces spécialités sont utilisées, font l'objet d'une large description dans le répertoire du CBIP. Les trois dérivés du nitroimidazole sont indiqués comme antiprotozoaire contre *Giardia intestinalis*, *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica* et les germes anaérobies stricts. Le métronidazole et le tinidazole sont aussi actifs contre le *Gardnerella vaginalis* et pour le métronidazole s'y ajoutent encore les formes moins graves de colite pseudomembraneuse. L'hydroxychloroquine a des indications telles que l'arthrite rhumatoïde, le lupus erythematoses disseminatus, les photodermatoses et certaines collagénoses. Bien que l'indication ne soit pas mentionnée dans le RCP, l'hydroxychloroquine est également utilisée régulièrement pour la prophylaxie de la malaria.

Nous constatons les évolutions suivantes :

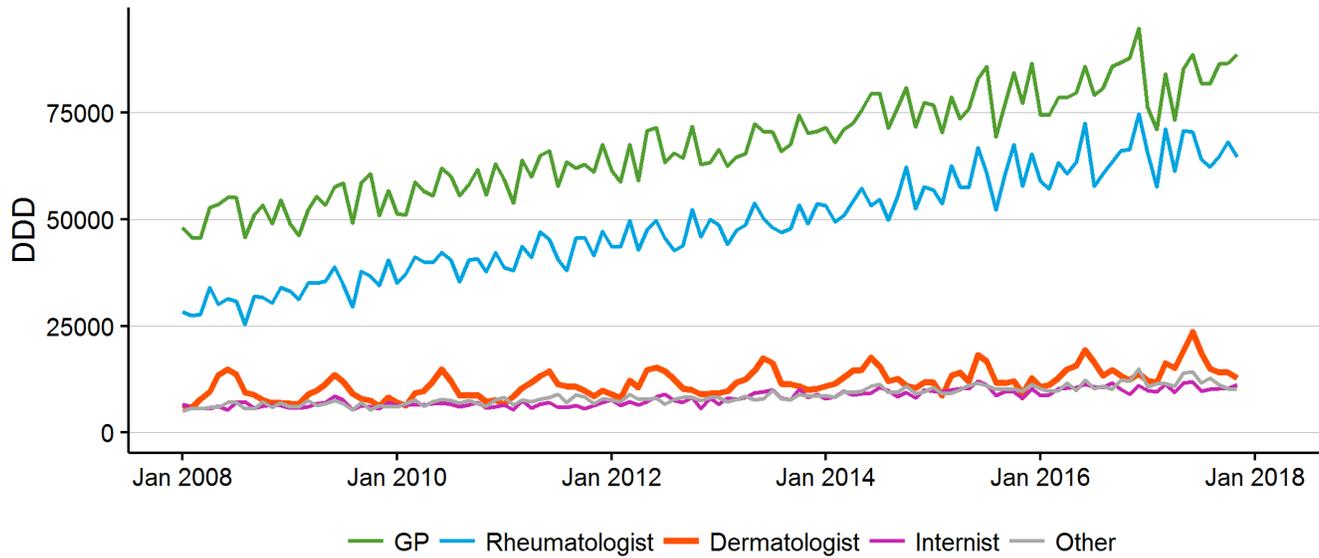
- Le métronidazole est délivré le plus souvent, mais exprimé en DDD, l'ornidazole est beaucoup plus important. Exprimé en DDD, le tinidazole et l'ornidazole sont totalement négligeables. Cela est dû au nombre de DDD plus bas par conditionnement pour ces principes actifs.
- La consommation est très stable, sauf pour l'hydroxychloroquine dont la consommation augmente progressivement.
- Le tinidazole a connu une baisse soudaine dans la première partie de 2017. Elle coïncide avec une période d'indisponibilité. Nous supposons que l'explication doit être cherchée à ce niveau.
- L'augmentation des dépenses de l'INAMI en 2010 pour le métronidazole et le tinidazole est un artéfact de la réforme de la structure du prix. Bien que la réforme soit neutre au niveau budgétaire, ce sont surtout les spécialités meilleur marché qui ont connu une hausse de prix. Ces deux principes actifs sont tout simplement meilleur marché.

Nous avons déjà souligné que les principes actifs peuvent être prescrits pour un ensemble très varié d'indications. Nous ne retrouvons pas cette indication dans notre base de données. Toutefois, nous disposons de la spécialisation du prescripteur. Elle peut déjà nous aider à déduire les indications. Vous trouverez ci-dessous la répartition du nombre de DDD délivré par spécialisation du prescripteur.



- Pour chacun des principes actifs, les médecins généralistes sont les prescripteurs les plus importants avec une part de 40 à 55 pour cent.
- Malgré les indications très similaires pour les trois dérivés de nitro-imadazole, ils sont prescrits par différents spécialistes. Pour le tinidazole, les gynécologues sont de loin le groupe le plus important de prescripteurs. Parmi les prescripteurs du métronidazole, il y a une variation plus importante. La part importante des dentistes est très remarquable. C'est un groupe de prescripteurs que nous ne rencontrons pas souvent dans nos données.
- L'hydroxychloroquine est prescrite quasi aussi souvent par les rhumatologues que par les médecins généralistes. L'indication de l'arthrite rhumatoïde en est certainement responsable.

Pour terminer, nous avons encore regardé de plus près l'évolution dans le temps de la part des prescripteurs. Rien de très passionnant à signaler à ce niveau. Dans le courant des années, les rapports réciproques ont à peine changé. L'observation la plus importante est celle relative aux prescripteurs de l'hydroxychloroquine. Vous voyez cette évolution ci-dessous.



Le comportement cyclique des prescriptions par les dermatologues est remarquable. Le nombre de prescriptions connaît un pic chaque été. Nous supposons que cette observation est due aux photodermatoses. Logiquement, c'est un problème qui surgit plus souvent pendant les mois d'été par rapport aux mois d'hiver.