

IPhEB-Monthly» Publication mars 2018 (données décembre 2017)

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)	(mio)		
2010	2.693,276	536,089	3.209,674	109,144		4.759,548	6,605	2010	2.693,276	536,089
2011	2.744,532	520,464	3.238,594	108,987		4.870,632	7,934	2011	2.744,532	520,464
2012	2.693,472	516,090	3.180,912	109,701		5.017,149	8,885	2012	2.693,472	516,090
2013	2.642,298	500,402	3.111,631	109,258		5.111,107	9,183	2013	2.642,298	500,402
2014	2.618,749	485,018	3.076,103	108,564		5.180,492	9,467	2014	2.618,749	485,018
2015	2.645,180	471,818	3.083,991	106,921	45,183	5.246,121	9,788	2015	2.645,180	471,818
2016	2.678,488	465,948	3.097,138	105,240	220,186	5.360,055	9,054	2016	2.678,488	465,948
2017	2.653,090	469,473	3.102,292	102,495	250,035	5.254,684	8,598	2017	2.653,090	469,473
2017/2016	-0,9%	0,7%	0,1%	-2,6%	13,5%	-2,0%	-0,5%	2017/2016	-0,9%	0,7%
2016/2015	1,26%	-1,24%	0,43%	-1,57%	387,32%	2,17%	-7,50%	2016/2015	1,26%	-1,24%
201701	216,716	36,521	250,264	8,459	21,807	428,817	0,741	201701	216,716	36,521
201702	205,624	34,166	237,146	7,948	18,879	404,483	0,692	201702	205,624	34,166
201703	234,835	38,947	270,958	8,982	20,393	470,116	0,751	201703	234,835	38,947
201704	203,968	34,342	235,589	7,731	20,492	402,472	0,630	201704	203,968	34,342
201705	223,776	40,488	261,466	8,674	20,096	451,951	0,753	201705	223,776	40,488
201706	232,331	40,516	271,905	8,753	19,967	460,706	0,739	201706	232,331	40,516
201707	205,616	35,570	240,374	7,658	23,226	407,641	0,633	201707	205,616	35,570
201708	207,560	35,872	242,612	7,759	20,801	411,484	0,639	201708	207,560	35,872
201709	201,019	40,430	258,550	8,588	20,259	462,507	0,721	201709	201,019	40,430
201710	235,670	46,811	281,535	9,696	22,553	462,507	0,784	201710	235,670	46,811
201711	227,353	42,763	269,196	9,049	20,513	450,746	0,741	201711	227,353	42,763
201712	240,623	43,046	282,699	9,199	21,050	469,823	0,774	201712	240,623	43,046

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 ».

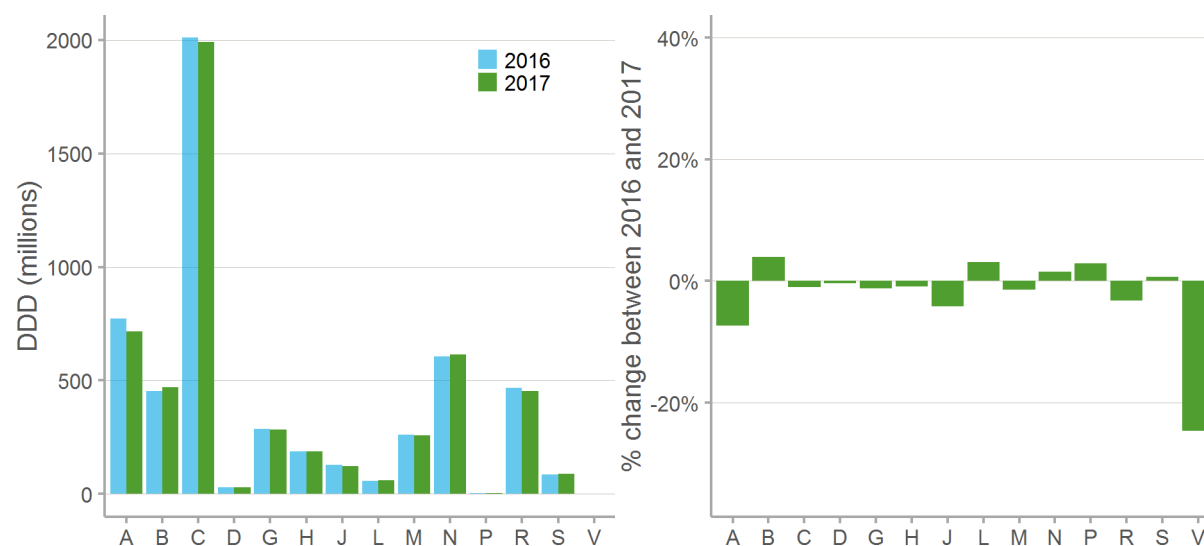
Zoom sur les évènements et les changements en 2017

Traditionnellement, la disponibilité des résultats complets de 2017 est l'occasion idéale de passer en revue l'année écoulée. Nous analysons les grandes évolutions dans les différentes classes principales, les nouveaux principes actifs et l'effet de certaines mesures d'économie.

Evolution globale

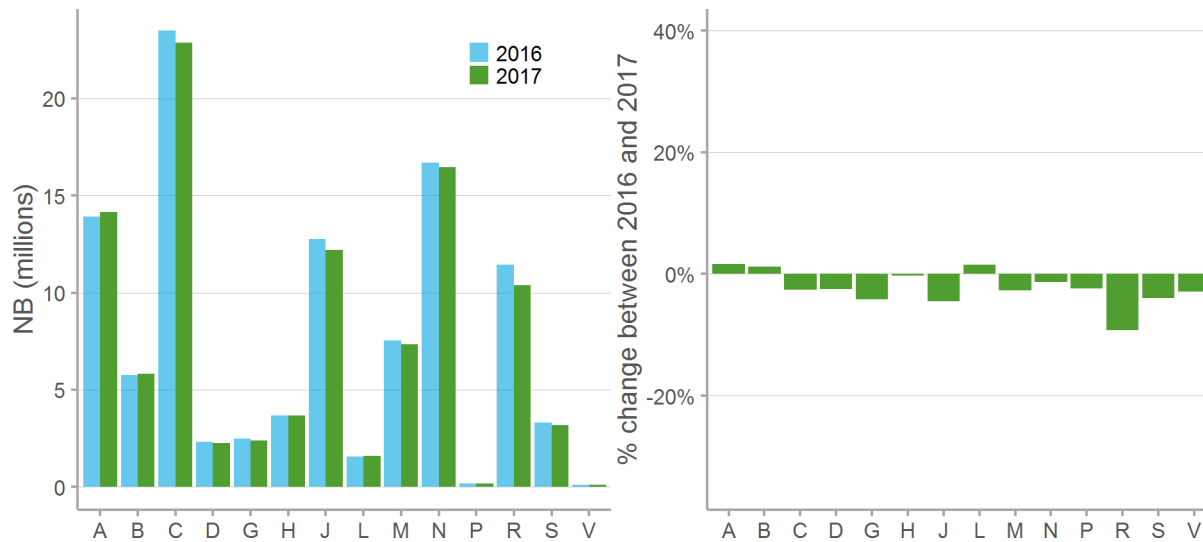
En première instance, nous regardons les évolutions des classes principales ATC des médicaments remboursables. Nous le faisons à l'aide des mesures classiques : nombre de DDD, nombre de délivrances (NB), nombre d'unités facturées par unité (NU), ticket modérateur (CP) et dépenses INAMI (CI).

DDD



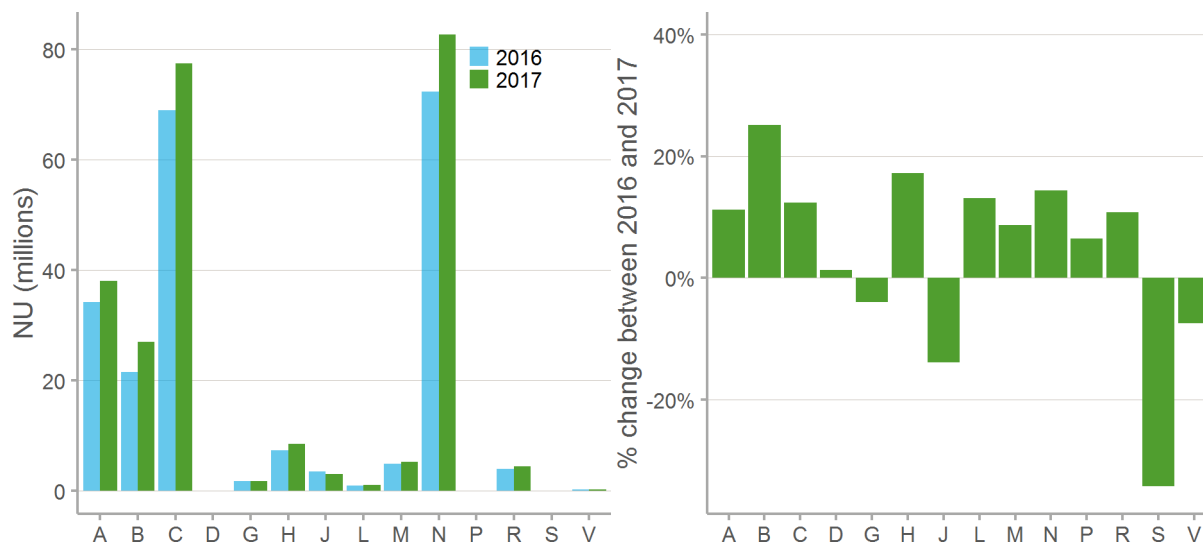
- Pour la première fois depuis longtemps, le nombre total de DDD délivrées a baissé. En 2017, nous avons compté 5,272 milliards de DDD, une baisse de 1,4% par rapport à 2016.
- La baisse la plus considérable se manifeste dans la classe A. La consommation dans la classe C, de loin la classe la plus importante, a également baissé de 2 milliards de DDD.
- Parmi les grandes classes, la classe B est la seule qui enregistre encore une augmentation de la consommation.

Nombre de délivrances



- Le nombre de conditionnements délivrés a baissé dans presque toutes les classes. Au total, ce nombre a baissé de 2,5% jusque 102,6 millions.
- Nous observons uniquement une augmentation dans les classes A, B et L.
- La baisse la plus importante se produit dans la classe R, où le nombre de délivrances a baissé de presque dix pourcent.

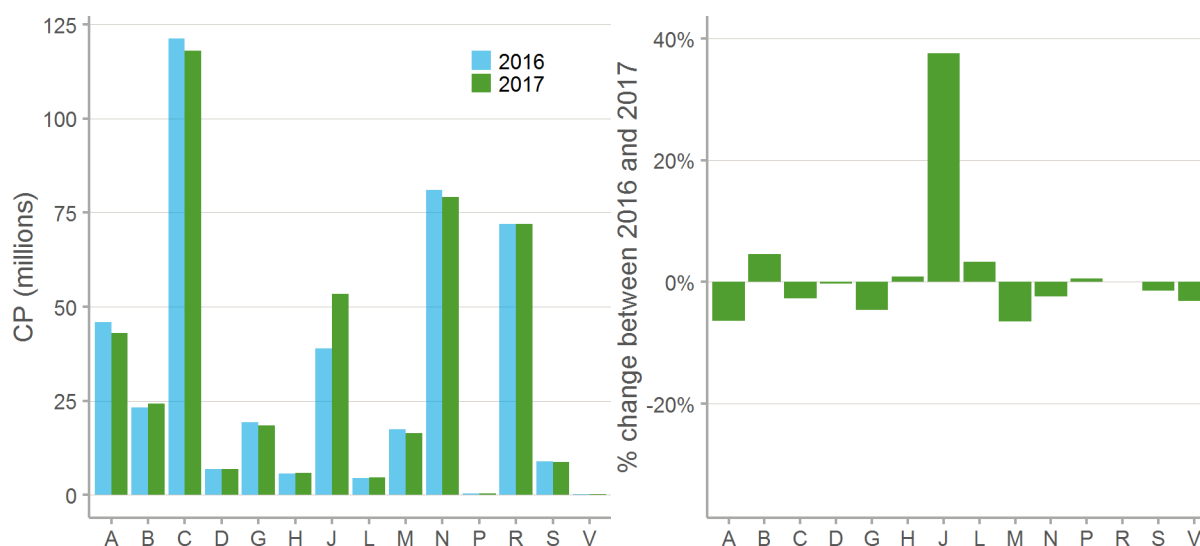
Nombre d'unités dans les maisons de repos (tarification à l'unité)



- Le nombre d'unités facturées à l'unité dans les maisons de repos a augmenté de 13,5% par rapport à 2016 pour atteindre 250 millions. Cela s'explique surtout par le fait que la tarification à l'unité n'a atteint sa vitesse de croisière qu'à la mi 2016. Pour cette raison, nous ne pensons pas que la tendance sera aussi spectaculaire en 2018.

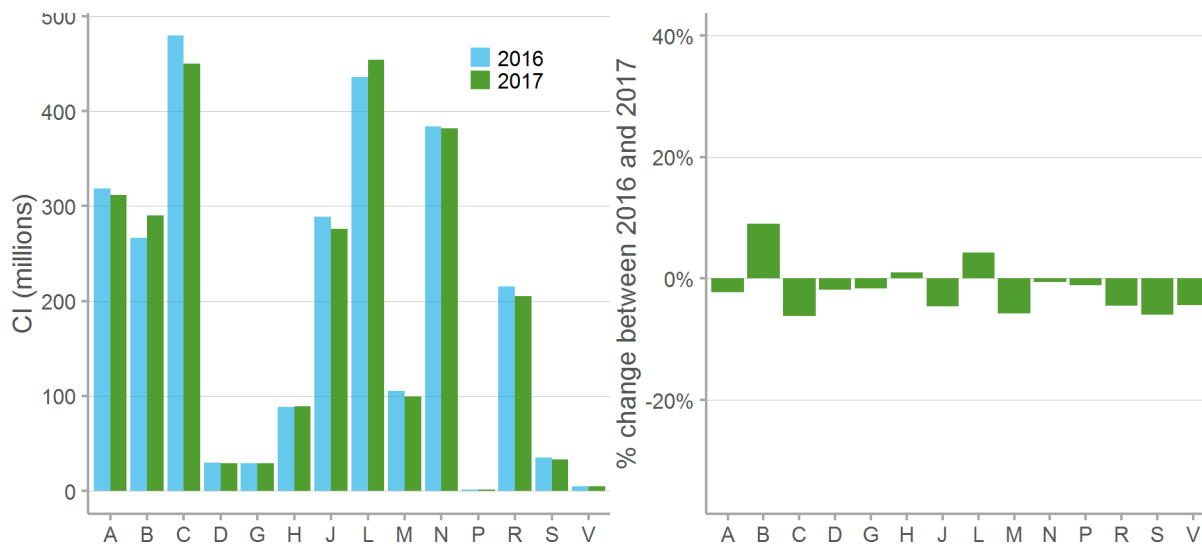
- Malgré cet état de la situation, il y avait pourtant quelques classes qui ont enregistré une baisse du nombre d'unités. Il s'agit des classes G, J, S et V.
- Nous observons une nette augmentation dans la classe B surtout, qui était visible aussi au niveau des DDD et du nombre de délivrances.

Ticket modérateur



- Les dépenses pour les patients ont augmenté de 1,2% pour atteindre un montant de 451,2 millions d'euros.
- Nous observons l'augmentation de loin la plus spectaculaire dans la classe J, avec une hausse de 37,6%. Nous reviendrons sur cette question lorsque nous parlerons des mesures d'économie. Nous parlons plus particulièrement des économies pour l'INAMI et non pour le patient.
- Dans la classe B, nous observons une augmentation, ce qui correspond à la hausse observée pour cette classe dans les autres paramètres.
- Les baisses les plus importantes se manifestaient dans les classes A et C. Elles vont de pair avec des baisses dans la consommation.

Dépenses INAMI



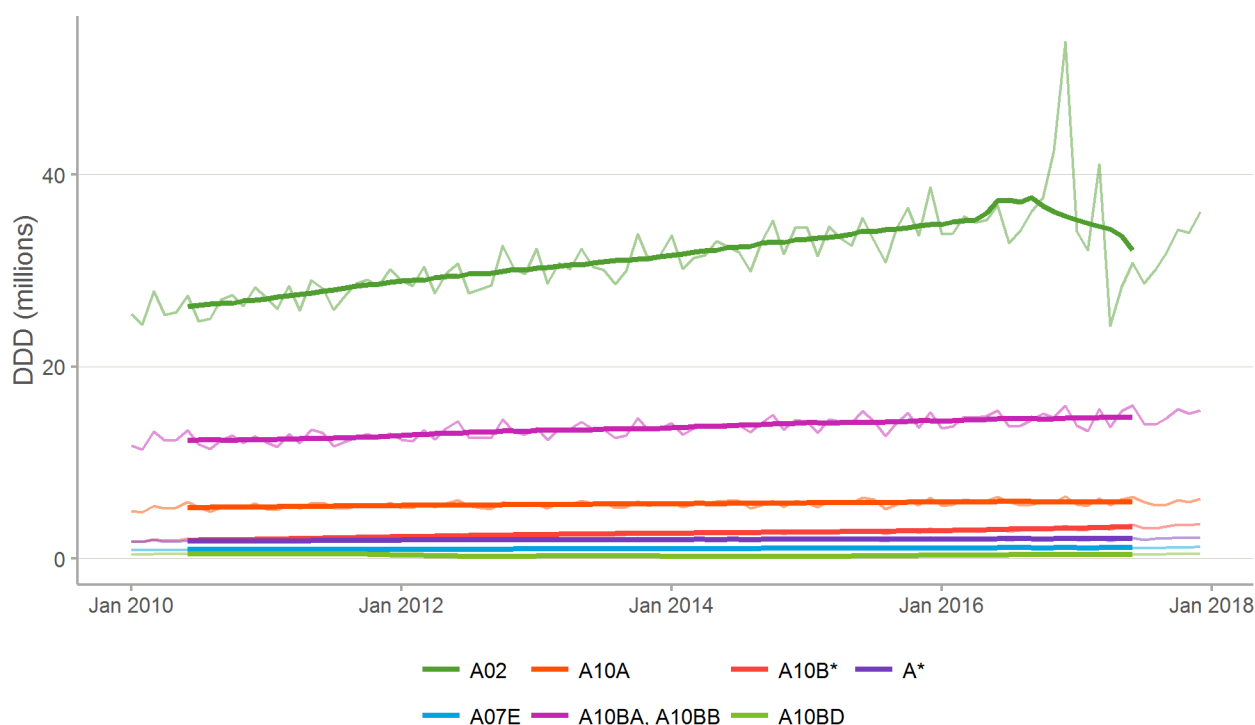
- Les dépenses de l'INAMI ont baissé de 1,1% pour atteindre 2,654 milliards.
- La classe L a connu une nouvelle hausse considérable. En 2017, elle a rattrapé la classe C comme étant la classe avec les dépenses les plus élevées pour l'INAMI.
- Dans la classe B, nous observons une augmentation, due à une consommation accrue, comme souligné précédemment.
- Pour toutes les autres classes importantes, les dépenses de l'INAMI ont diminué. Les baisses les plus importantes sont enregistrées pour les classes A et C et dans une moindre mesure pour les classes J et R.

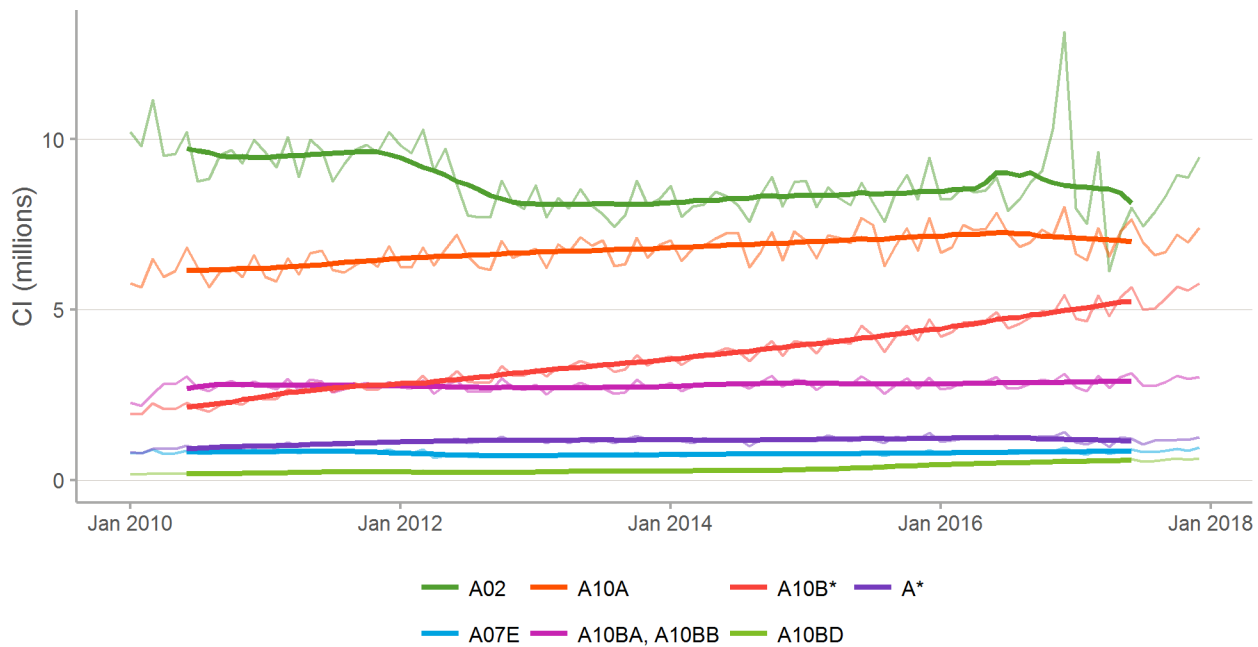
Évolutions au sein des classes

Nous regardons les évolutions de certains paramètres dans chacune des classes ATC1, exception faite des classes peu pertinentes D, P et V. Nous analysons l'évolution par classe ATC pertinente. Dans chacun des graphiques, nous vous montrons la moyenne sur une période de douze mois, avec à l'arrière-plan les valeurs mensuelles. Cela permet de suivre tant les grandes évolutions, que les changements plus soudains. Le maximum à facturer a également été repris dans les graphiques des dépenses pour le patient afin de pouvoir comparer correctement les évolutions.

A – Tube digestif et métabolisme

A02	DRUGS FOR ACID RELATED DISORDERS
A07E	INTESTINAL ANTIINFLAMMATORY AGENTS
A10A	DRUGS USED IN DIABETES type 1 (insulins and analogues)
A10BA, A10BB	DRUGS USED IN DIABETES type 2 (metformin, sulfonyleures)
A10B*	other DRUGS USED IN DIABETES type 2 (mono preparations)
A10BD	other DRUGS USED IN DIABETES type 2 (combinations)
A*	other ALIMENTARY TRACT AND METABOLISM

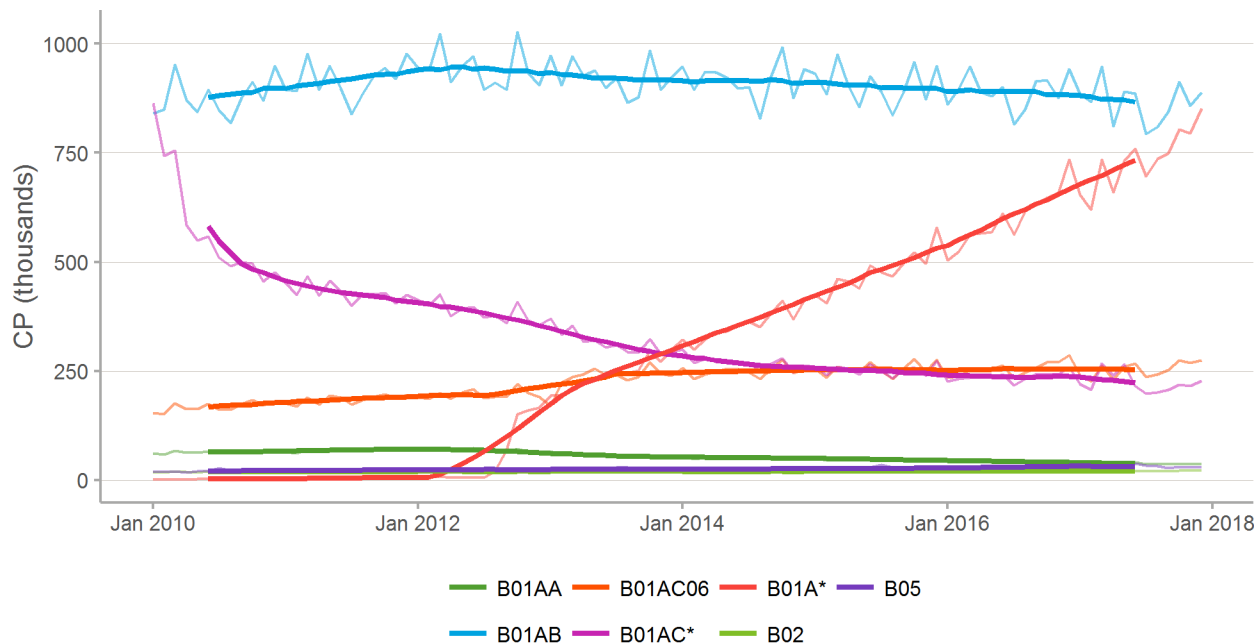
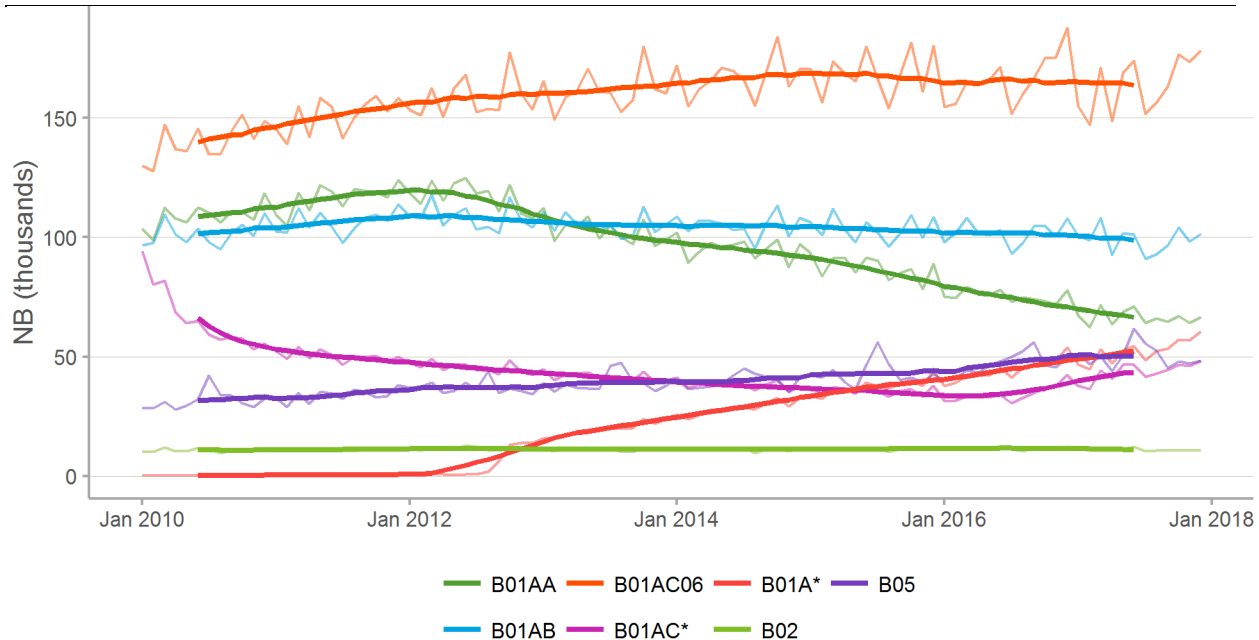


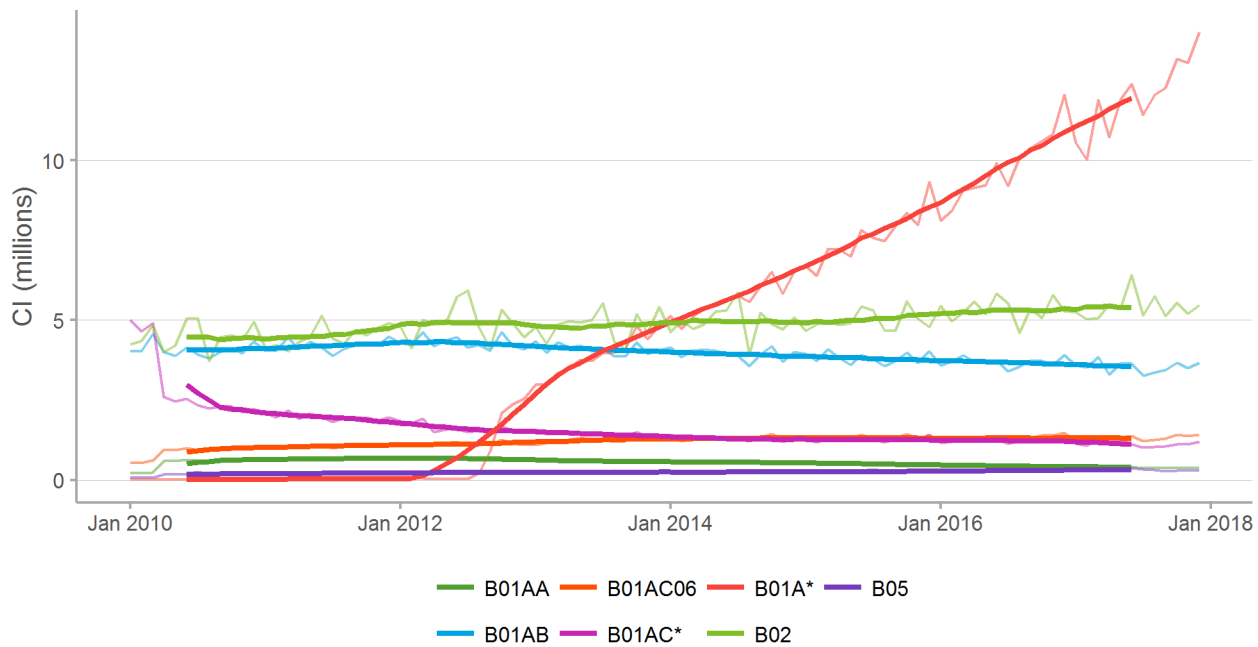


- Nous observons quelques effets intéressants, surtout dans la classe A02, les médicaments pour traiter les affections liées à l'acide gastrique. Nous les analyserons de manière plus détaillée ultérieurement. Il s'agit des effets liés aux inhibiteurs de la pompe à protons.
- La hausse constante de la classe A10B* (autres médicaments contre le diabète que l'insuline, la metformine et les sulphonylurées) dans les dépenses de l'INAMI continue à se manifester.

B – Sang et organes hématopoïétiques

B01AA	VITAMIN K ANTAGONISTS
B01AB	HEPARIN GROUP
B01AC06	ACETYLSALICYLIC ACID
B01AC*	other PLATELET AGGREGATION INHIBITORS EXCL. HEPARIN
B01A*	NEW ANTITHROMBOTICS
B02	ANTIHEMORRHAGICS
B05	BLOOD SUBSTITUTES AND PERFUSION SOLUTIONS

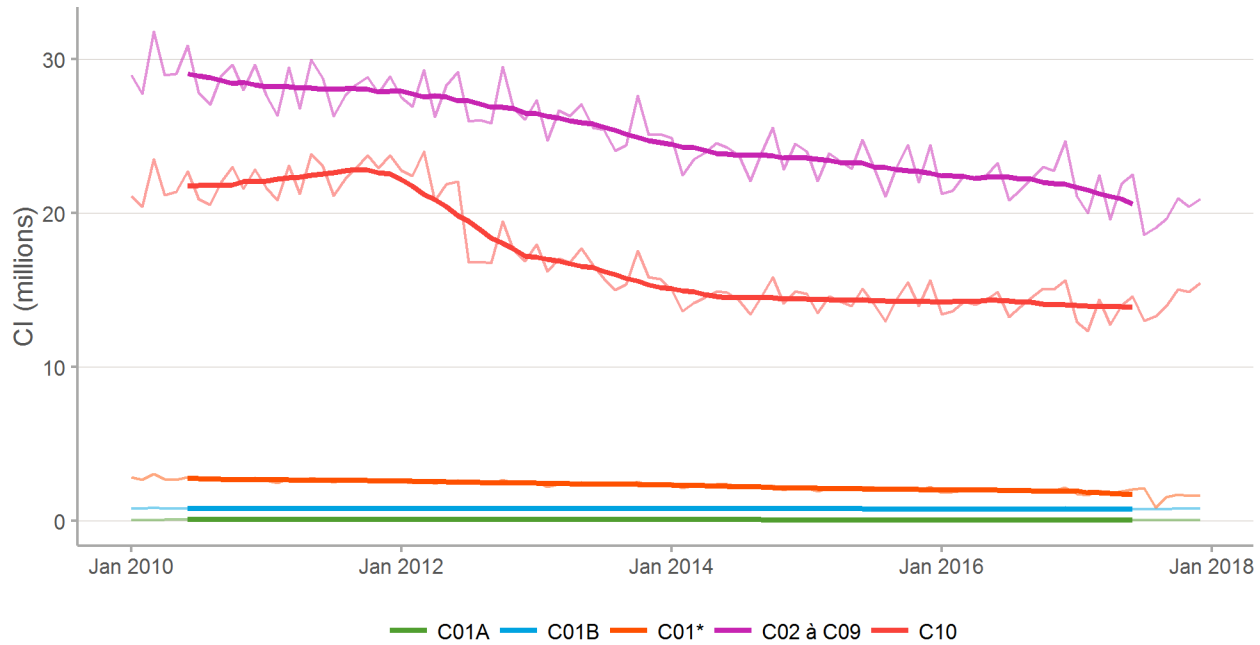
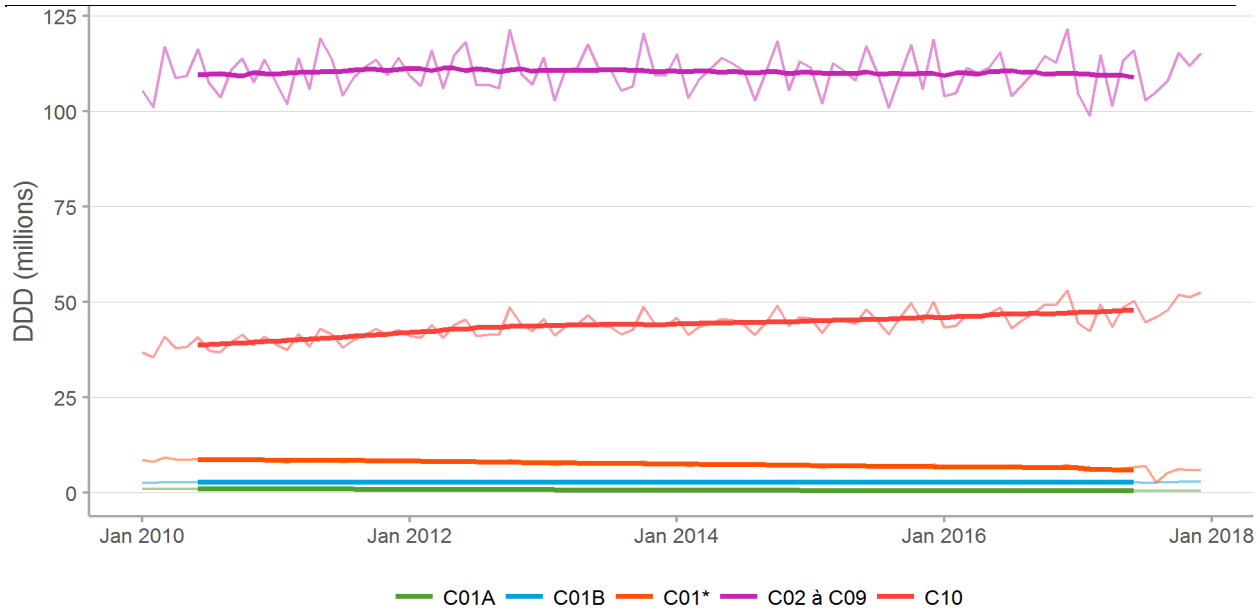




- Nous observons principalement que les tendances existantes se maintiennent.
- La classe B01A* (nouveaux médicaments antithrombotiques) continue à augmenter dans tous les paramètres. Cette classe est devenue très importante aussi bien dans les dépenses pour le patient que pour l'INAMI.

C – Système cardiovasculaire

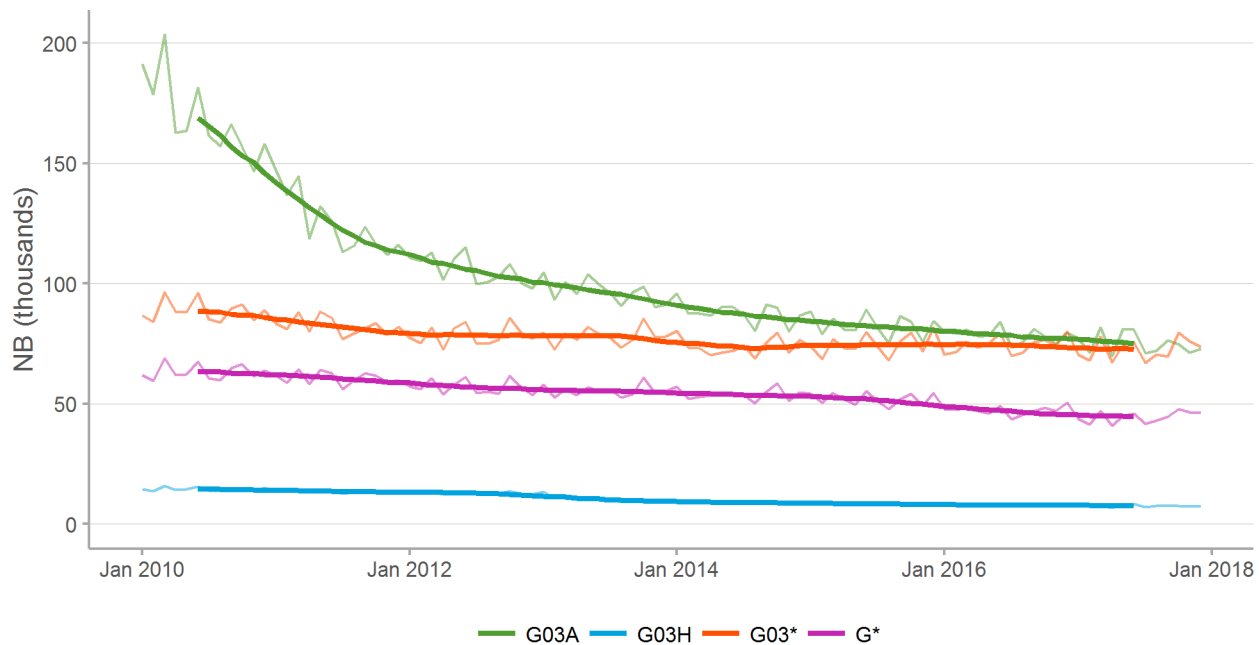
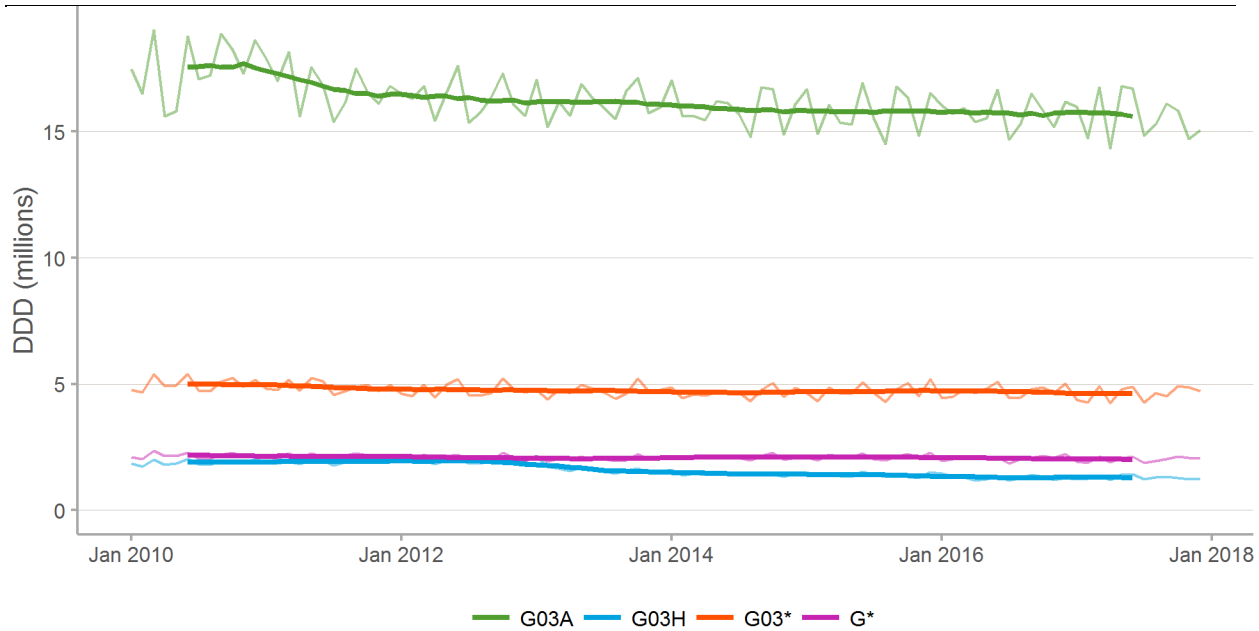
C01A	CARDIAC GLYCOSIDES
C01B	ANTIARRHYTHMICS, CLASS I AND III
C01*	other CARDIACA
C02 à C09	HYPERTENSION
C10	HYPOLIPIDEMIANTS



- Au sein de la classe C, les grandes tendances existantes se maintiennent.

G – Système urogénital et hormones sexuelles

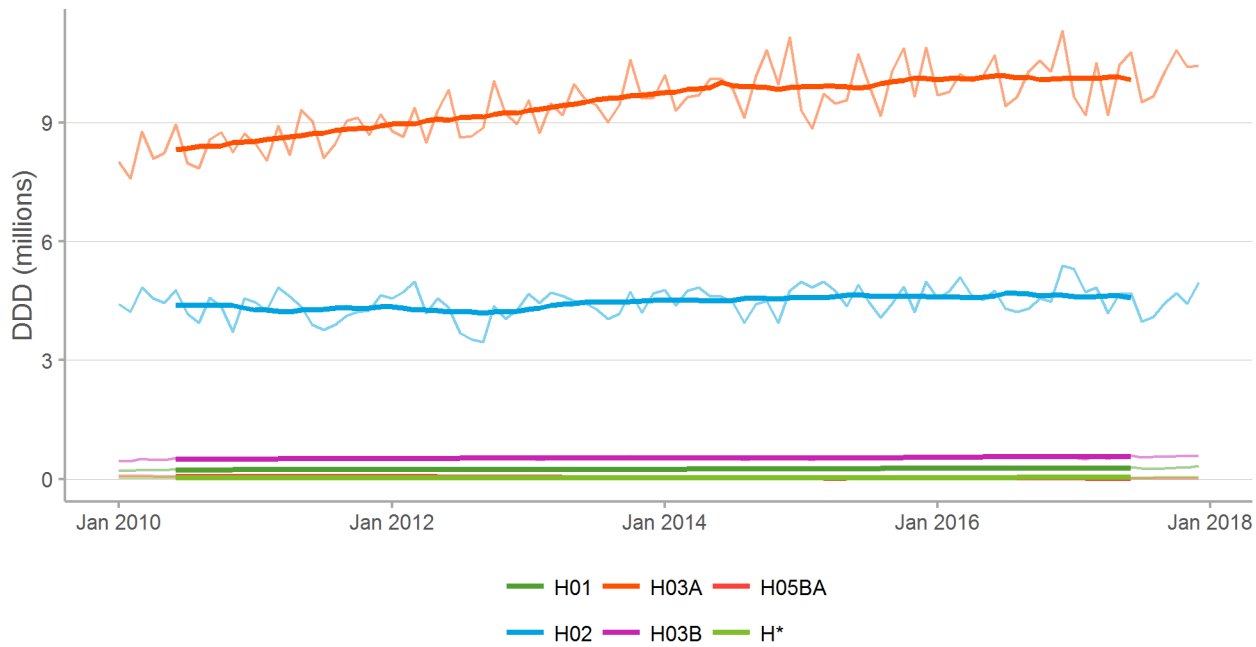
G03A	HORMONAL CONTRACEPTIVES FOR SYSTEMIC USE
G03H	ANTIANDROGENS
G03*	other SEX HORMONES AND MODULATORS OF THE GENITAL SYSTEM
G*	other GENITO URINARY SYSTEM AND SEX HORMONES



- La consommation exprimée en DDD est dominée par les contraceptifs (G03A). Nous observons très peu de variation à travers les années.
- Le nombre de contraceptifs délivrés diminue depuis un certain temps. Etant donné que le nombre de DDD reste stable, cela signifie que la taille du conditionnement augmente. Cette augmentation de la taille du conditionnement semble se stabiliser petit à petit.

H – Préparations hormonales systémiques, hormones sexuelles non comprises

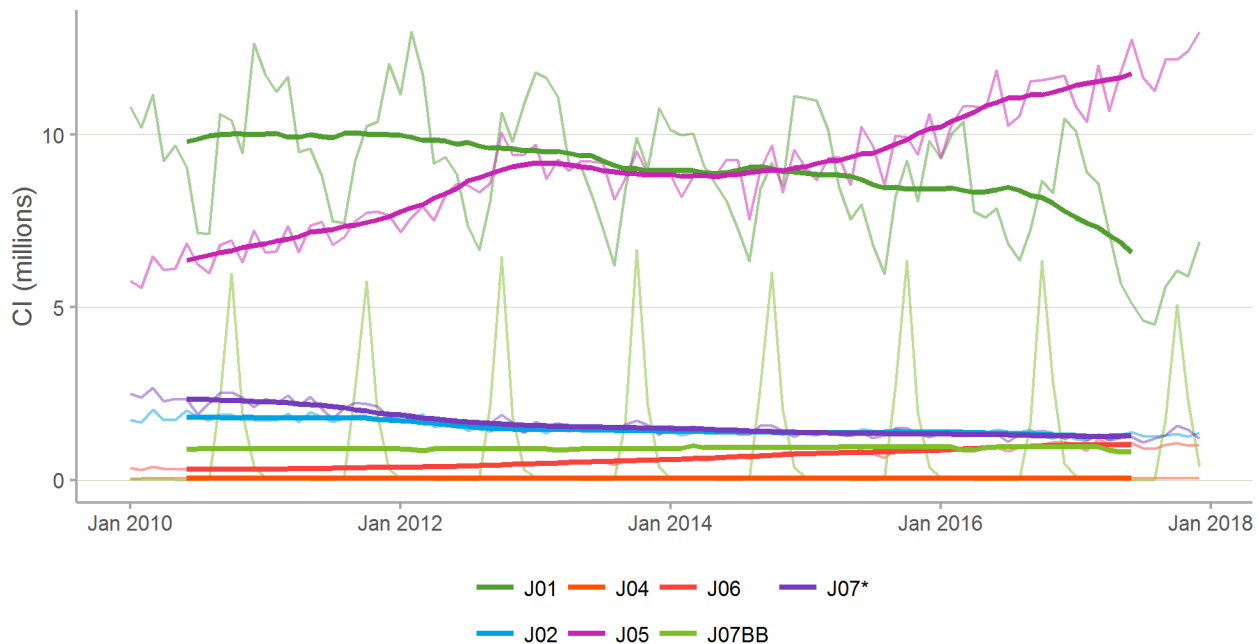
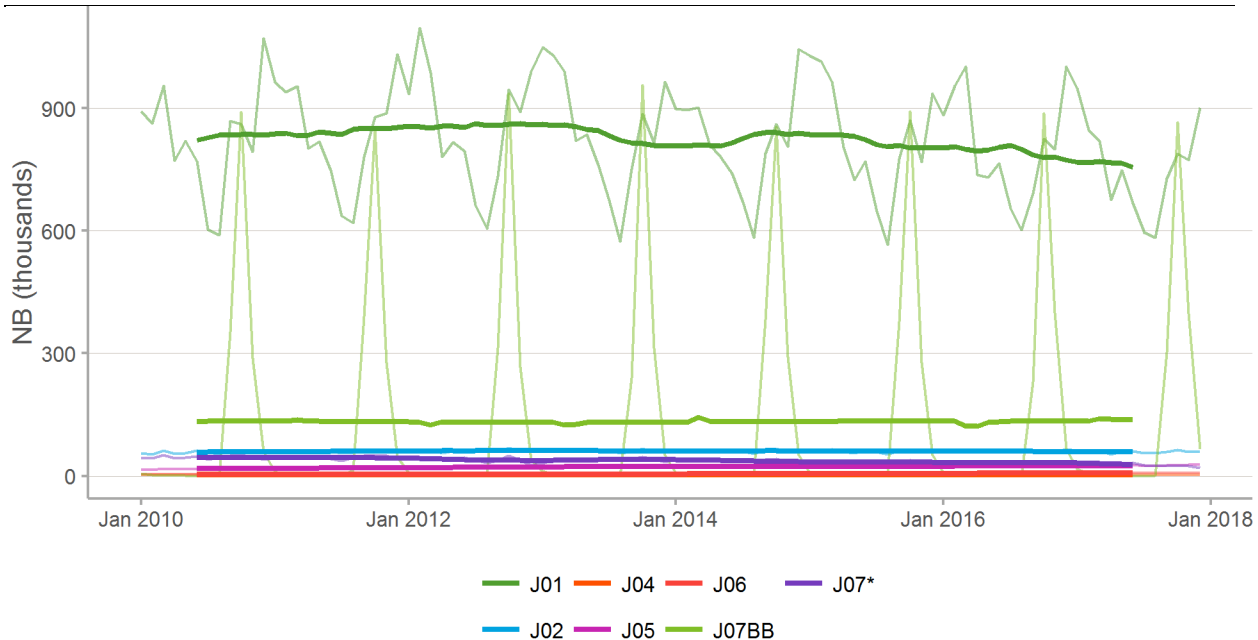
H01	PITUITARY, HYPOTHALAMIC HORMONES AND ANALOGUES
H02	CORTICOSTEROIDS FOR SYSTEMIC USE
H03A	THYROID PREPARATIONS
H03B	ANTITHYROID PREPARATIONS
H05BA	CALCITONIN PREPARATIONS
H*	other SYSTEMIC HORMONAL PREPARATIONS, EXCL. SEX HORMONES

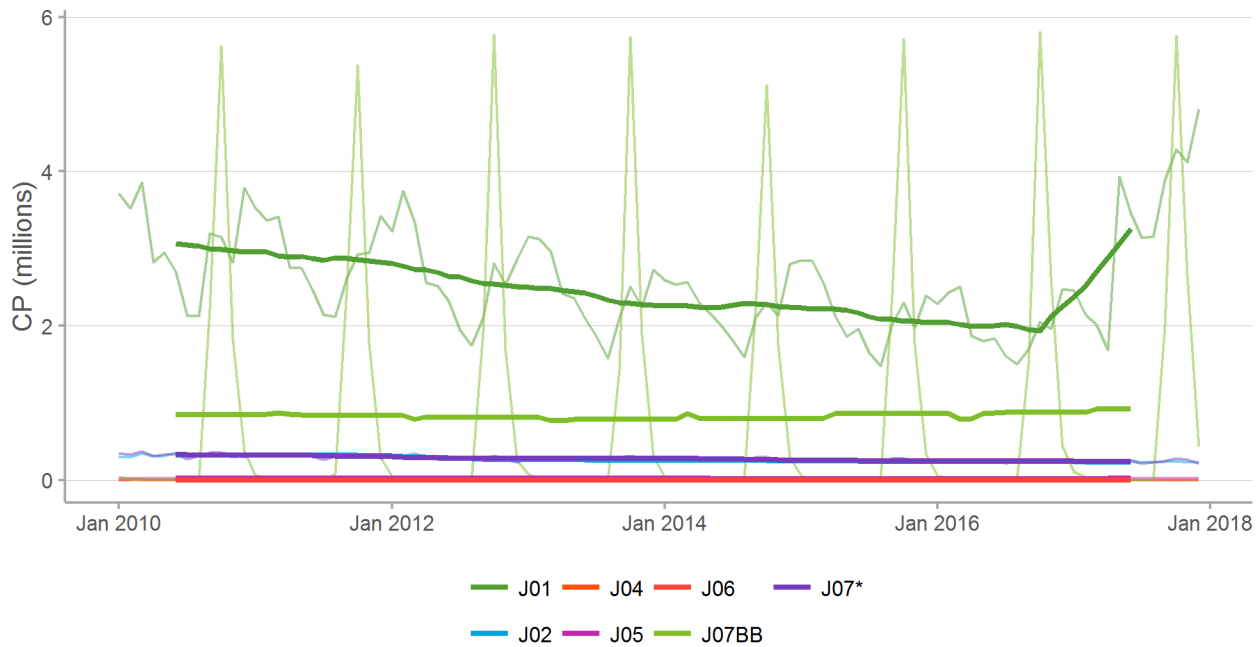


- La consommation dans la classe H est très stable.
- Par le passé, nous observions une augmentation au sein de la classe H03A (préparations à base d'extraits thyroïdiens). Depuis 2014, elle s'est toutefois stabilisée.

J – Médicaments antimicrobiens pour un usage systémique

J01	ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE
J02	ANTIMYCOTICS FOR SYSTEMIC USE
J04	ANTIMYCOBACTERIALS
J05	ANTIVIRALS FOR SYSTEMIC USE
J06	IMMUNE SERA AND IMMUNOGLOBULINS
J07BB	INFLUENZA VACCINES
J07*	other VACCINES

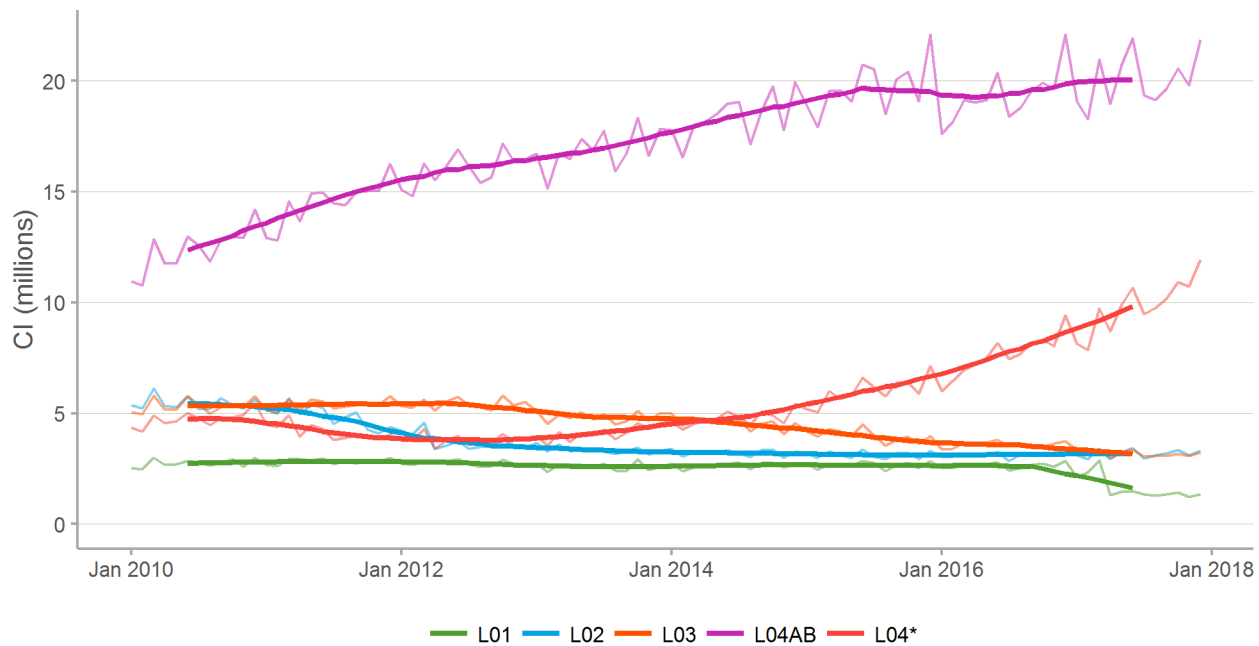
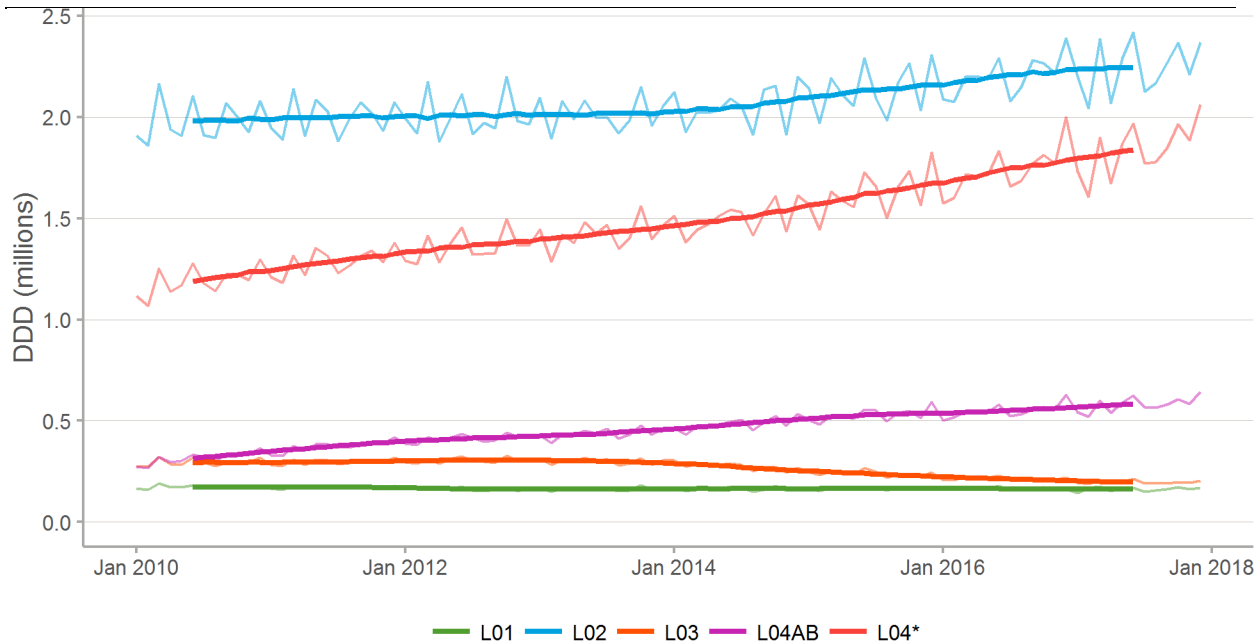




- Les délivrances au sein de la classe J01 (antibiotiques) dominant de loin la classe J. Seule la classe J07BB (vaccins antigrippaux) manifeste encore un nombre considérable de délivrances selon un modèle typiquement saisonnier. Exprimé en DDD (graphique non représenté), l'évolution dans la classe J01 est très similaire.
- Pour l'INAMI, la classe J05 (médicaments antiviraux pour un usage systémique) constitue le groupe le plus important. Les dépenses ont recommencé à augmenter ces deux dernières années.
- Par contre, les vaccins antigrippaux sont devenus meilleur marché. Nous pouvons le constater grâce au pic annuel plus bas au niveau des dépenses de l'INAMI par rapport à la situation habituelle, alors que le nombre de délivrances était plus ou moins au même niveau que d'habitude. Cela s'explique par la suppression des honoraires des pharmaciens pour le Chapitre IV.
- Au niveau des dépenses pour le patient, nous observons une hausse soudaine dans la classe des J01 (antibiotiques). Nous reviendrons sur cette hausse ultérieurement.

L – Cytostatiques et médicaments immunomodulateurs

L01	ANTINEOPLASTIC AGENTS
L02	THERAPEUTIQUE ENDOCRINE
L03	IMMUNOSTIMULANTS
L04AB	TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA (TNF-ALPHA) INHIBITORS
L04*	other IMMUNOSUPPRESSANTS



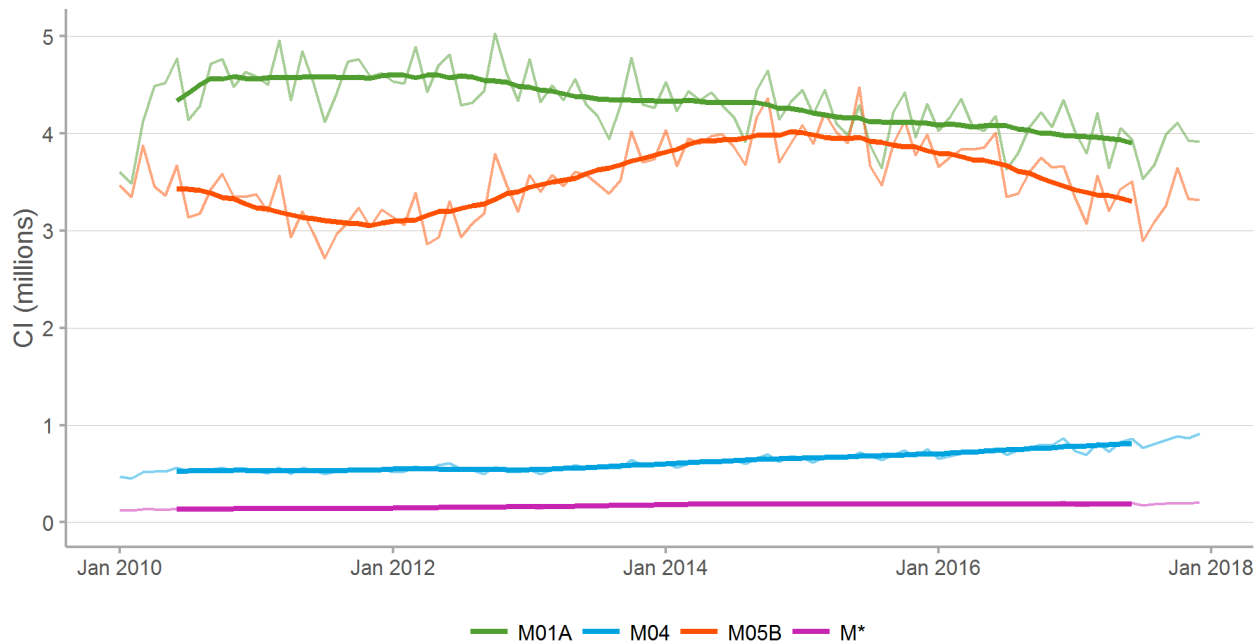
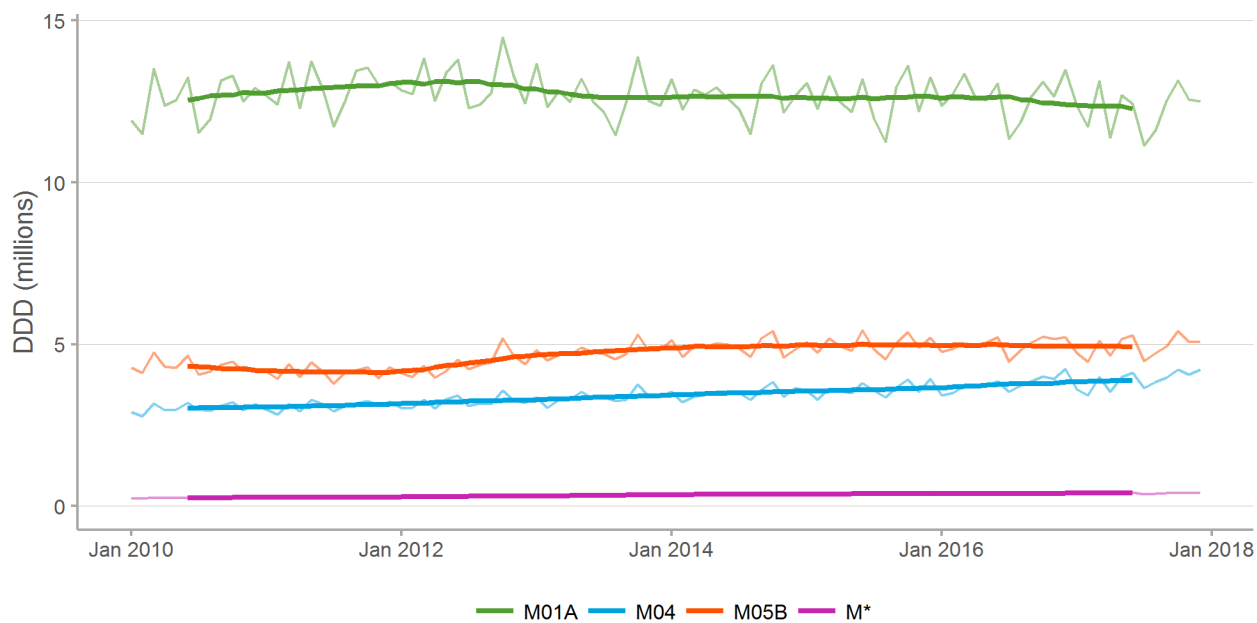
- Les évolutions existantes au niveau de la consommation au sein de la classe L se maintiennent. L02 (thérapie endocrine) et L04* (autres immunosuppresseurs que les anti-TNF) enregistrent la consommation la plus importante. Elle augmente toujours.
- Etant donné que la classe L a rattrapé la classe C depuis cette année comme étant la classe la plus onéreuse pour l'INAMI, nous analysons les dépenses de l'INAMI de manière plus détaillée. Nous constatons que l'augmentation considérable que nous observons ces

dernières années dans la classe L04AB (anti-TNF) commence à se stabiliser. Par contre, l'augmentation dans la classe L04* s'accélère. Cette classe contient plusieurs produits immunomodulateurs nouveaux, tels que les antagonistes d'interleukine et les nouveaux produits pour le traitement de la sclérose en plaques.

- Dans la classe L01 (cytostatiques), nous observons une baisse soudaine dans les dépenses de l'INAMI que nous ne retrouvons pas dans la consommation. Elle coïncide avec le passage de l'imatinib (Glivec®) dans le remboursement de référence.

M – Système musculo-squelettique

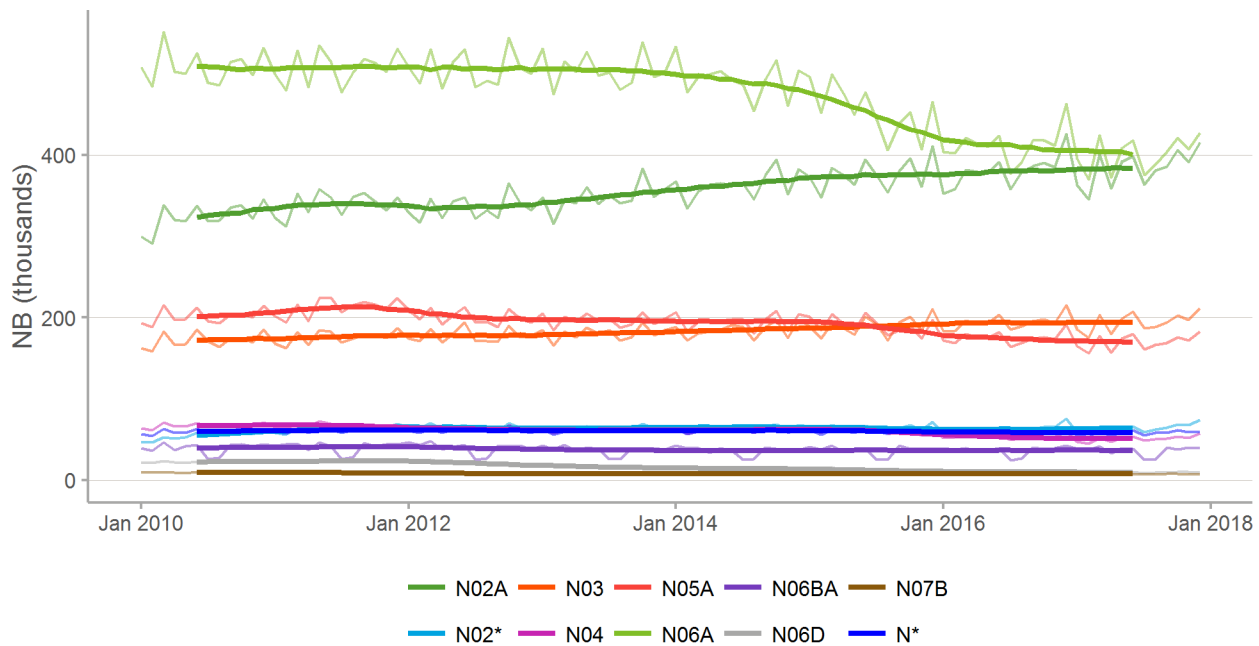
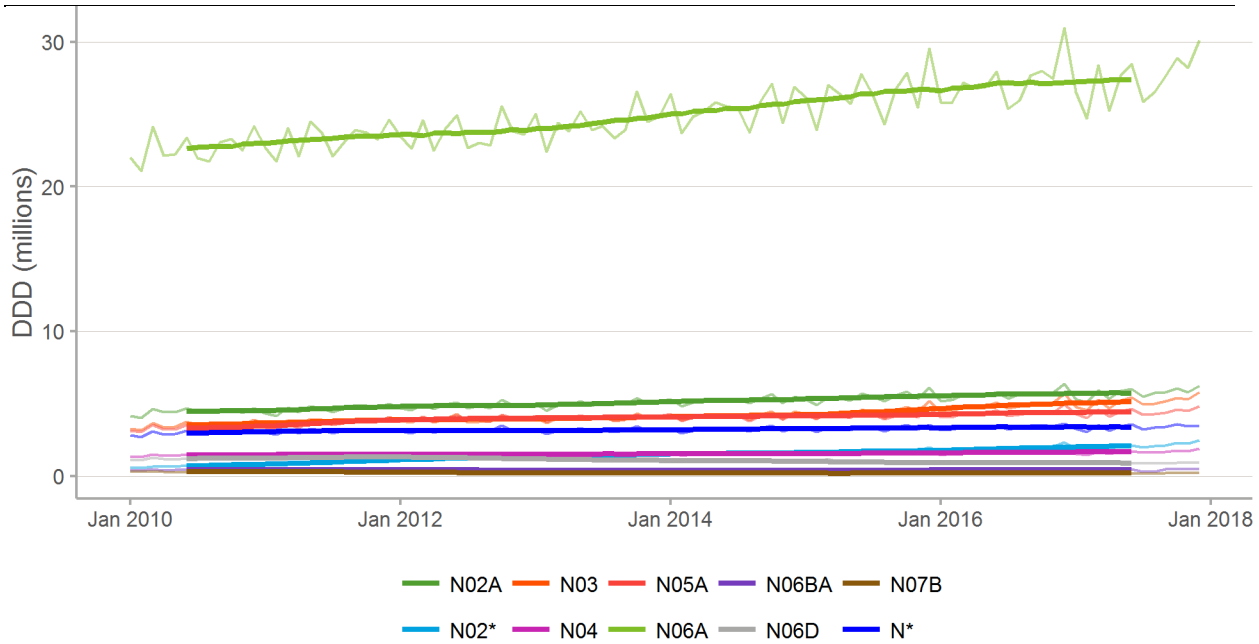
M01A	ANTIINFLAMMATORY/ANTIRHEUMATIC PRODUCTS, NON-STEROIDS
M04	ANTIGOUT PREPARATIONS
M05B	DRUGS AFFECTING BONE STRUCTURE AND MINERALISATION
M*	M3 (MUSCLE RELAXANTS)

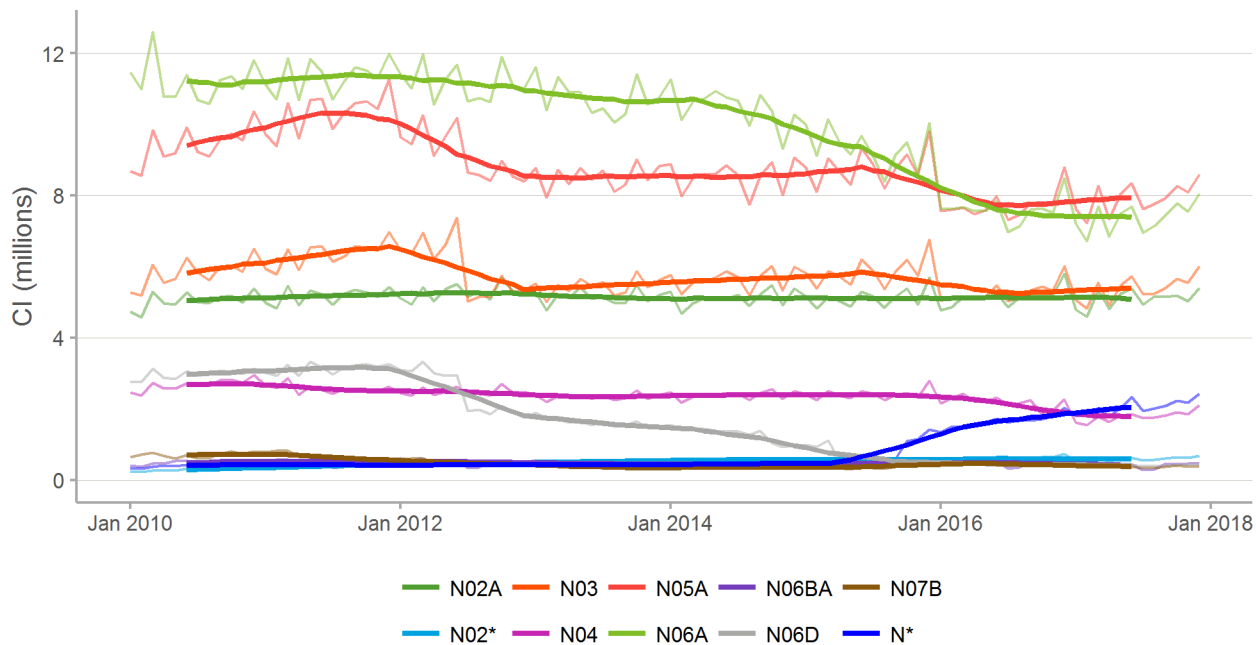


- La consommation reste très stable dans la classe M.
- Par contre, les dépenses de l'INAMI pour les ATC les plus pertinentes diminuent.

N – Système nerveux

N02A	OPIOIDS
N02*	other ANALGESICS
N03	ANTIEPILEPTICS
N04	ANTI-PARKINSON DRUGS
N05A	ANTIPSYCHOTICS
N06A	ANTIDEPRESSANTS
N06BA	CENTRALLY ACTING SYMPATHOMIMETICS
N06D	ANTI-DEMENTIA DRUGS
N07B	DRUGS USED IN ADDICTIVE DISORDERS
N*	other NERVOUS SYSTEM

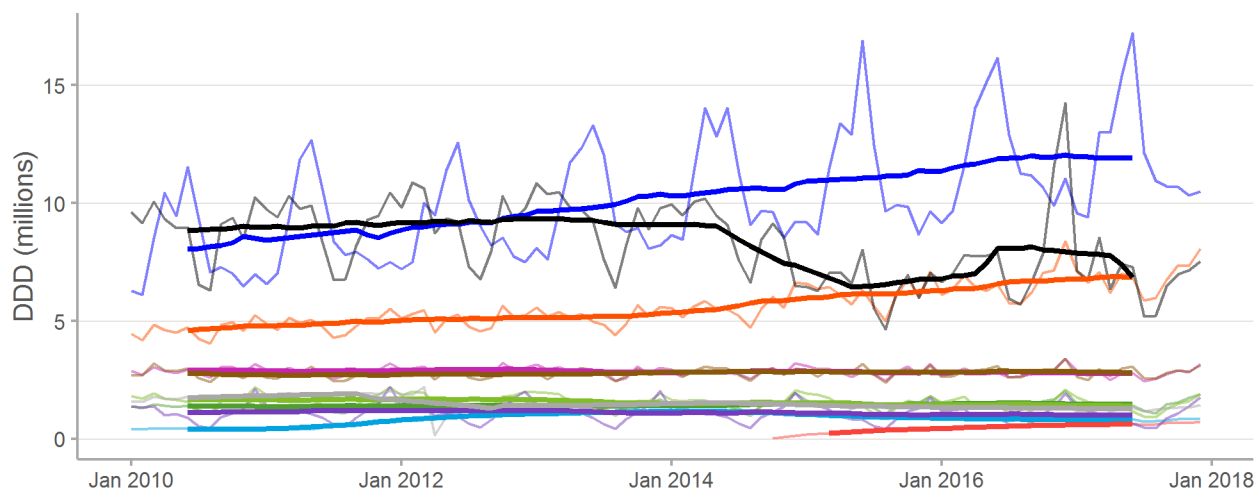




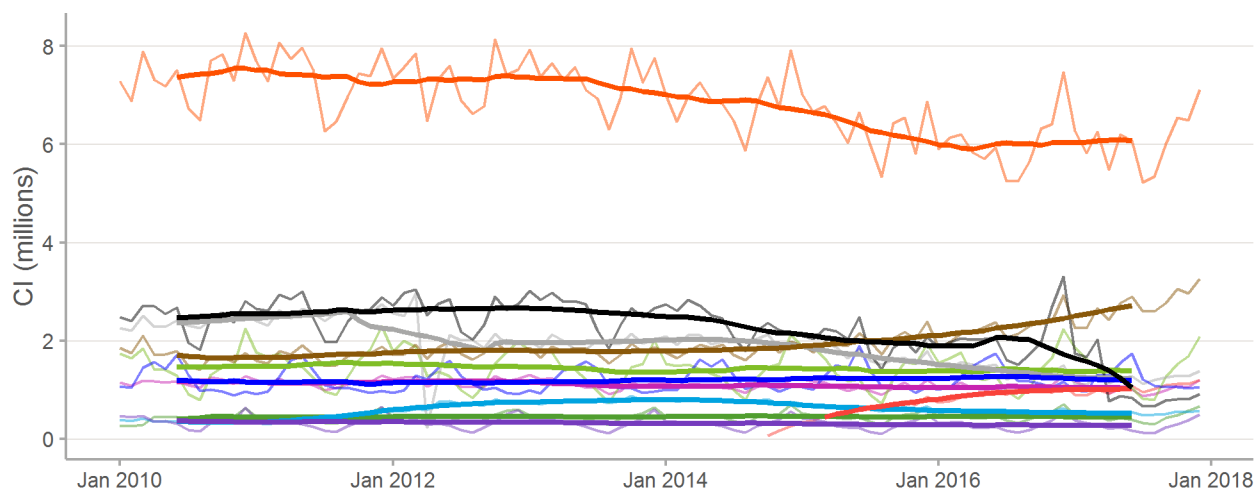
- Les tendances existantes dans la consommation se maintiennent, sans modifications spectaculaires.
- Nous observons, en 2015, une baisse du nombre de conditionnements délivrés d'antidépresseurs (N06A). Elle se stabilise actuellement. Toutefois, la consommation exprimée en DDD continuait à augmenter ce qui est dû à l'augmentation importante de la taille du conditionnement. Elle passait de 50 DDD par conditionnement en moyenne en 2014 à 66 DDD par conditionnement en 2017.
- Les dépenses de l'INAMI qui ont connu une baisse dans le courant de 2016 pour plusieurs ATC pertinents se sont stabilisées en 2017.
- L'augmentation considérable dans les dépenses de l'INAMI, que nous observons dans la classe résiduelle N*, est due à la mise sur le marché du diméthylfumarate (Tecfidera®) pour le traitement de la sclérose en plaques.

R – Système respiratoire

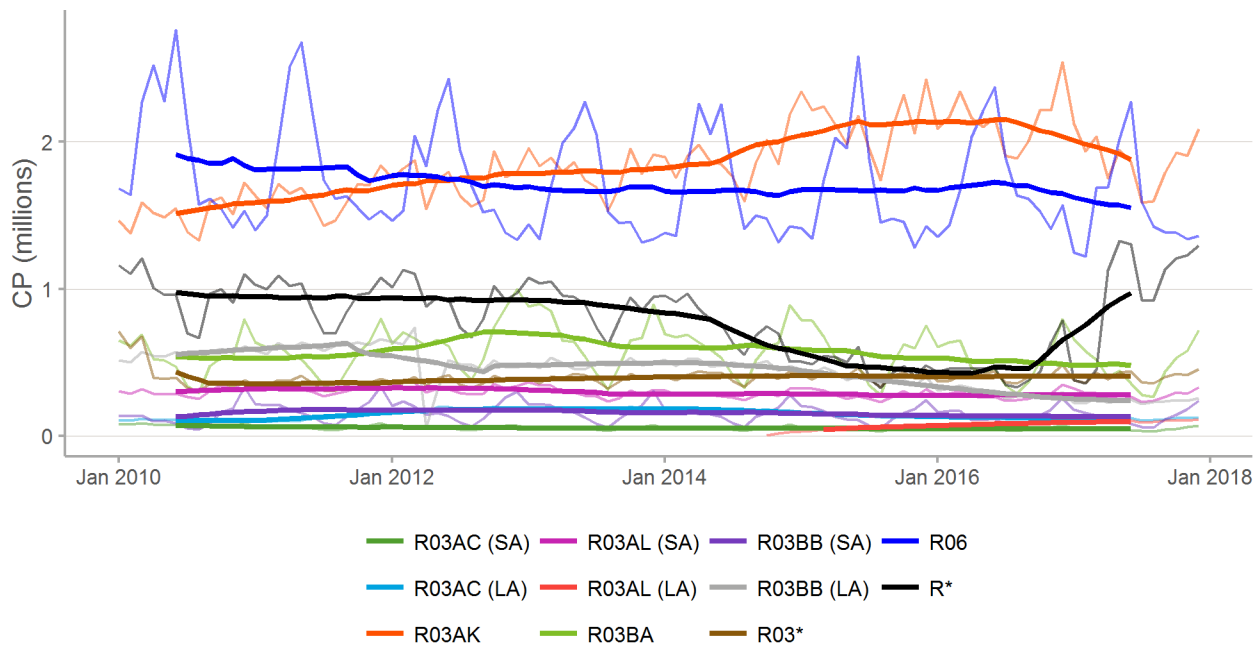
R03AC (SA)	SABA (short acting SELECTIVE BETA-2-ADRENOCEPTOR AGONISTS)
R03AC (LA)	LABA (long acting SELECTIVE BETA-2-ADRENOCEPTOR AGONISTS)
R03AK	LABA + ICS
R03AL (SA)	SABA with ANTICHOLINERGICS (short acting)
R03AL (LA)	LABA with ANTICHOLINERGICS (long acting)
R03BA	GLUCOCORTICOIDS
R03BB (SA)	ANTICHOLINERGICS (short acting)
R03BB (LA)	ANTICHOLINERGICS (long acting)
R03*	other DRUGS FOR OBSTRUCTIVE AIRWAY DISEASES
R06	ANTIHISTAMINES FOR SYSTEMIC USE
R*	other RESPIRATORY SYSTEM



— R03AC (SA) — R03AL (SA) — R03BB (SA) — R06
— R03AC (LA) — R03AL (LA) — R03BB (LA) — R*
— R03AK — R03BA — R03*



— R03AC (SA) — R03AL (SA) — R03BB (SA) — R06
— R03AC (LA) — R03AL (LA) — R03BB (LA) — R*
— R03AK — R03BA — R03*

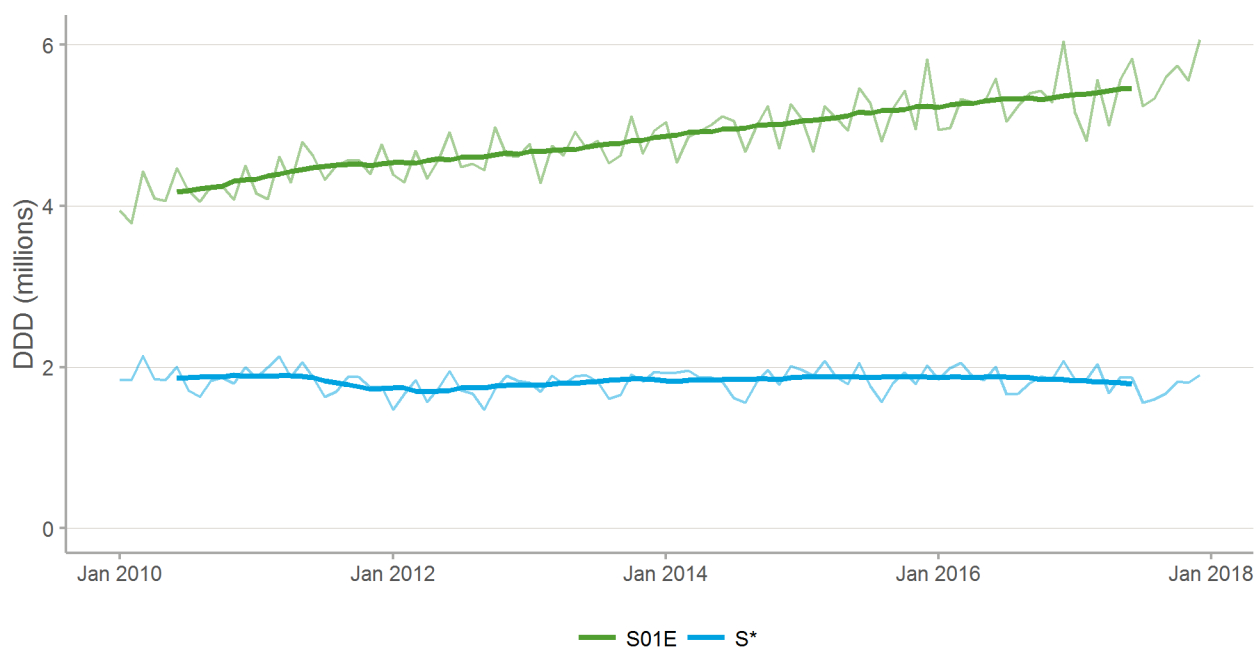


- En général, la consommation en 2017 correspond à celle de 2016. L'augmentation dans la classe R06 (antihistaminiques pour un usage systémique), qui fait que cette classe ATC pertinente est la plus importante depuis 2012, semble se stabiliser.
- Tant au niveau des DDD que dans les dépenses de l'INAMI, nous observons une baisse dans la catégorie résiduelle R* après un pic gigantesque fin 2016. Les dépenses pour le patient, par contre, enregistrent une hausse, ce qui s'explique par les mesures d'économies dans la catégorie des corticostéroïdes par voie nasale, sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement.



S – Organes sensoriels

S01E	ANTIGLAUCOMA PREPARATIONS AND MIOTICS
S*	other SENSORY ORGANS



- Rien de particulier à signaler dans la classe S. Les tendances existantes se maintiennent.

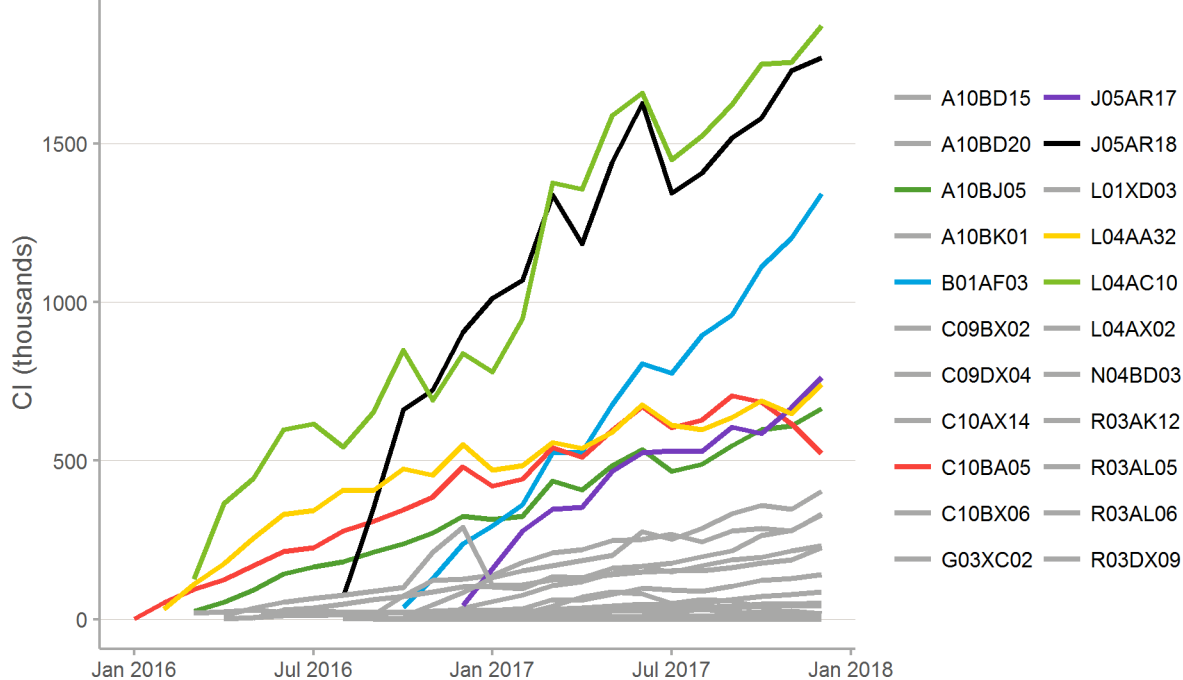
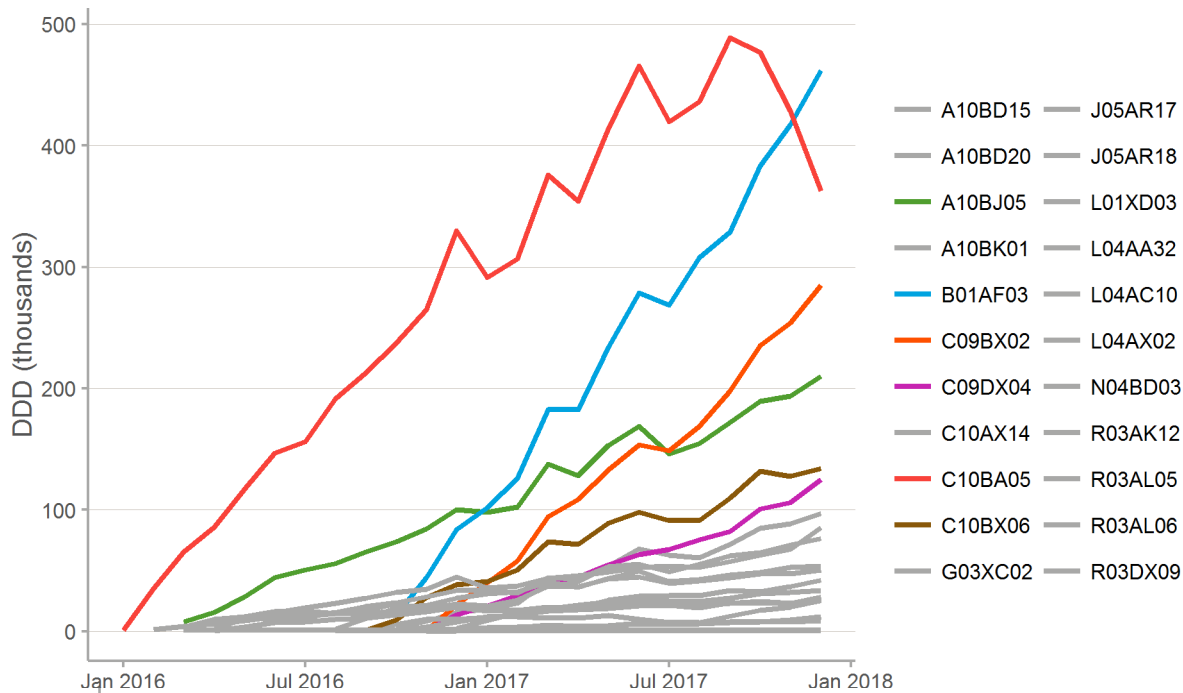
Nouveaux principes actifs

Dans le courant de 2017, nous avons vu apparaître un nombre limité de nouveaux principes actifs dans nos données. Il y en avait dix, beaucoup moins qu'en 2016 où nous avons enregistré 22 nouveaux principes actifs, un chiffre exceptionnel. Habituellement, ce chiffre oscille entre dix et vingt nouveaux principes actifs par an.

Nouveaux en 2016

C10BA05	201601	atorvastatin and ezetimibe	Atozet
L04AA32	201602	apremilast	Otezla
A10BJ05	201603	dulaglutide	Trulicity
L04AC10	201603	secukinumab	Cosentyx
L04AX02	201603	thalidomide	
N04BD03	201604	safinamide	Xadago
R03AL05	201604	formoterol and acclidinium bromide	Duaklir Genuair
R03AL06	201605	olodaterol and tiotropium bromide	Spiolto Respimat
A10BD20	201608	metformin and empagliflozin	Synjardy
J05AR18	201608	emtricitabine, tenofovir alafenamide, elvitegravir and cobicistat	Genvoya
C10AX14	201609	alirocumab	Praluent
C10BX06	201609	atorvastatin, acetylsalicylic acid and ramipril	Trinomia
G03XC02	201609	bazedoxifene	Conbriza
R03AK12	201609	salmeterol and budesonide	Zephyrus
A10BK01	201610	dapagliflozin	Forxiga
B01AF03	201610	edoxaban	Lixiana
R03DX09	201610	mepolizumab	Nucala
C09BX02	201611	perindopril and bisoprolol	Bipressil
C09DX04	201611	valsartan and sacubitril	Entresto
L01XD03	201611	methyl aminolevulinate	Metvix
A10BD15	201612	metformin and dapagliflozin	Xigduo
J05AR17	201612	emtricitabine and tenofovir alafenamide	Descovy

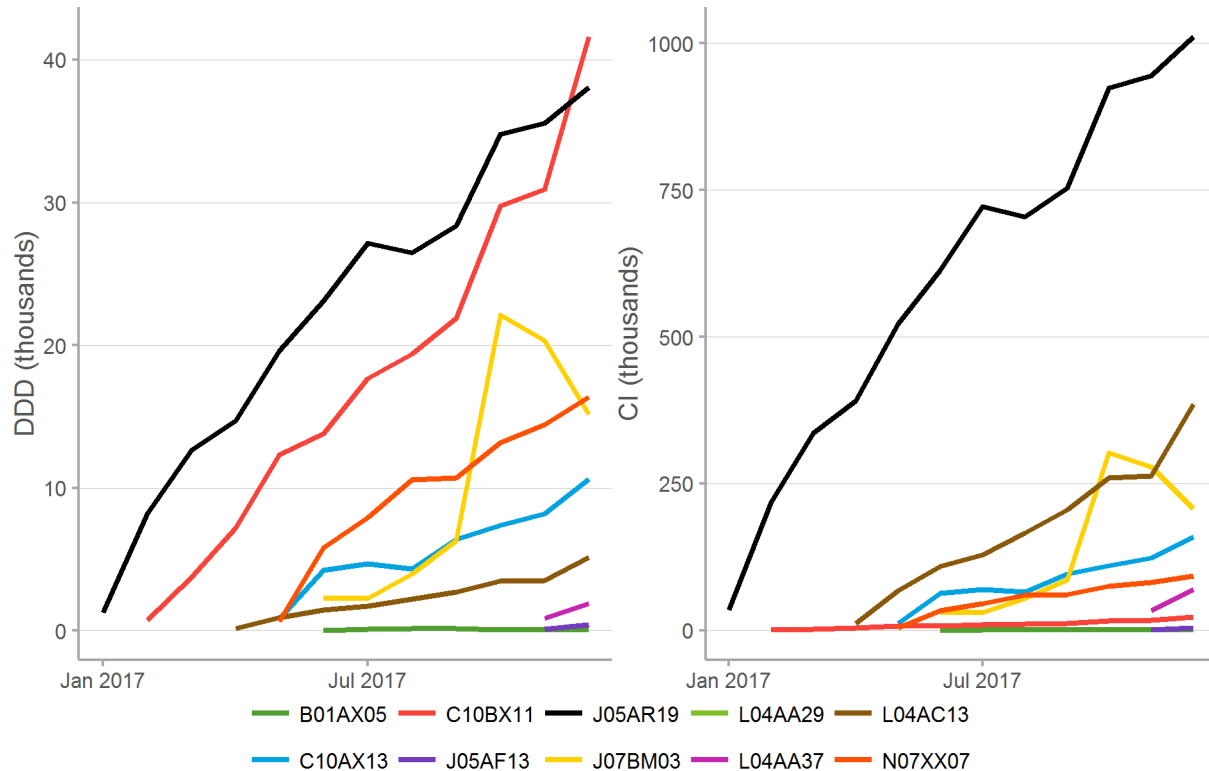
De nombreux principes actifs qui étaient nouveaux en 2016, n'enregistraient pas encore d'évolution claire, étant donné leur arrivée récente sur le marché. Actuellement, nous pouvons remonter un peu plus dans le temps pour voir comment ces nouveaux principes actifs évoluent.



- Au niveau de la consommation, l'edoxaban (B01AF03) augmente le plus. Dans les dépenses de l'INAMI, ce principe actif est assez prépondérant : il vaut plus d'un million d'euros par mois.
- Au sein de l'INAMI, le sécukinumab (L04AC10) et la combinaison de l'embricitabine, le ténofovir alafénamide, l'élvitégravir et le cobicistat (J05AR18) représentent incontestablement les principes actifs qui retiennent notre plus grande attention. Entre-temps, ils représentent un coût de plus d'un million et demi d'euros par mois.
- D'autres principes actifs dont la consommation a fortement augmenté, sont la combinaison de l'atorvastatine et de l'ézétimibe (C10BA05) et l'association péridopril-bisoprolol (C09BX02).

Nouveaux en 2017

J05AR19	201701	emtricitabine, tenofovir alafenamide and rilpivirine	Odefsey
C10BX11	201702	atorvastatin, amlodipine and perindopril	Lipertance
L04AC13	201704	ixekizumab	Taltz
C10AX13	201705	evolocumab	Repatha
N07XX07	201705	fampridine	Fampyra
B01AX05	201706	fondaparinux	Arixtra
J07BM03	201706	papillomavirus (human types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58)	Gardasil 9
J05AF13	201711	tenofovir alafenamide	Vemlidy
L04AA37	201711	baricitinib	Olumiant
L04AA29	201712	tofacitinib	Xeljanz



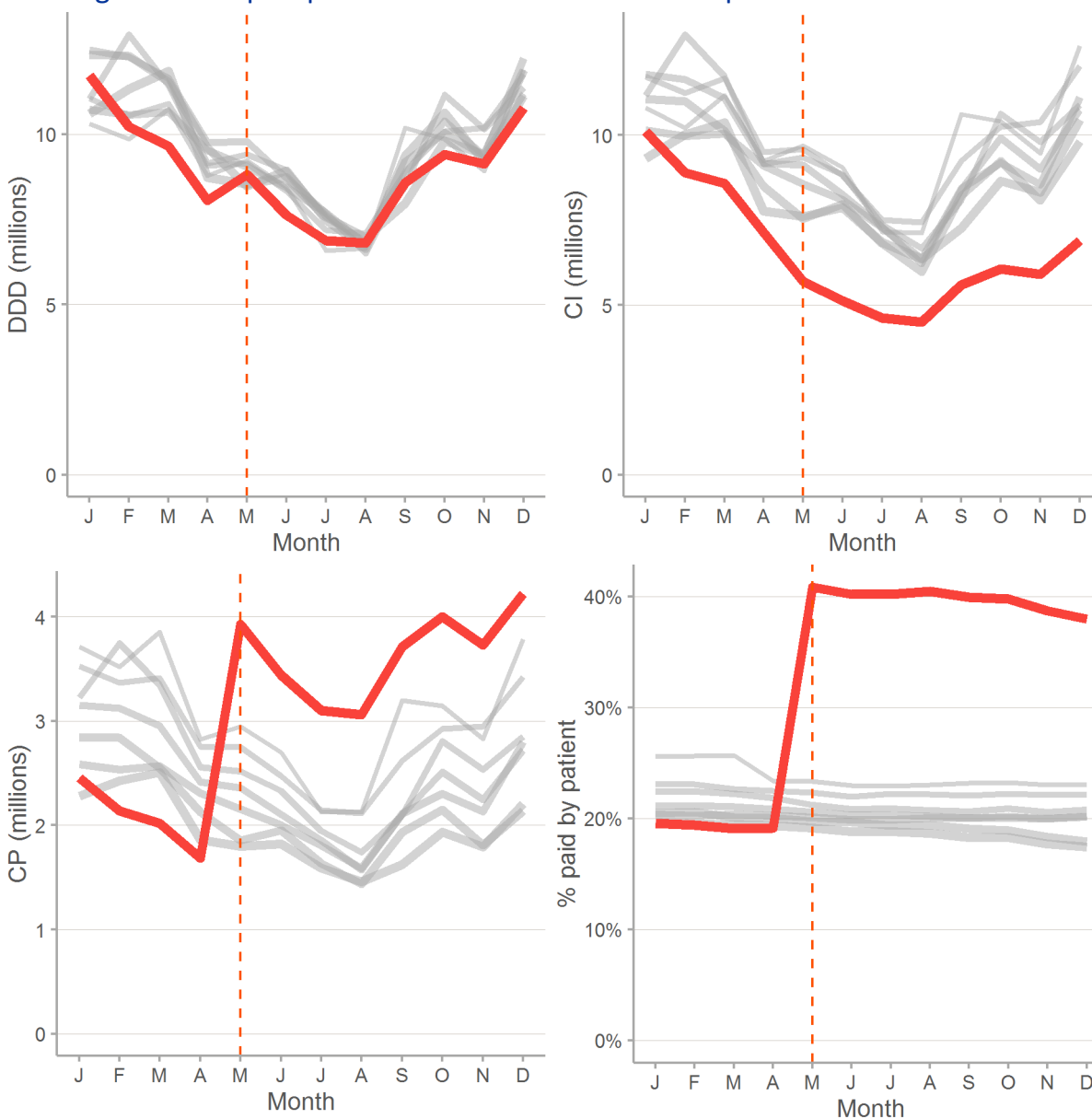
- Dans la consommation, nous enregistrons l'augmentation la plus importante pour la combinaison de l'atorvastatine, l'amlodipine et le périndopril (C10BX11).
- Pour les dépenses de l'INAMI, la combinaison de l'emtricitabine, le ténofovir alafénamide et la rilpivirine (J05AR19) constitue la nouveauté la plus importante.

Mesures d'économie

Chaque année, nous observons quelques nouvelles mesures d'économie. Nous analysons ci-dessous l'effet des mesures les plus importantes.

Antibiotiques

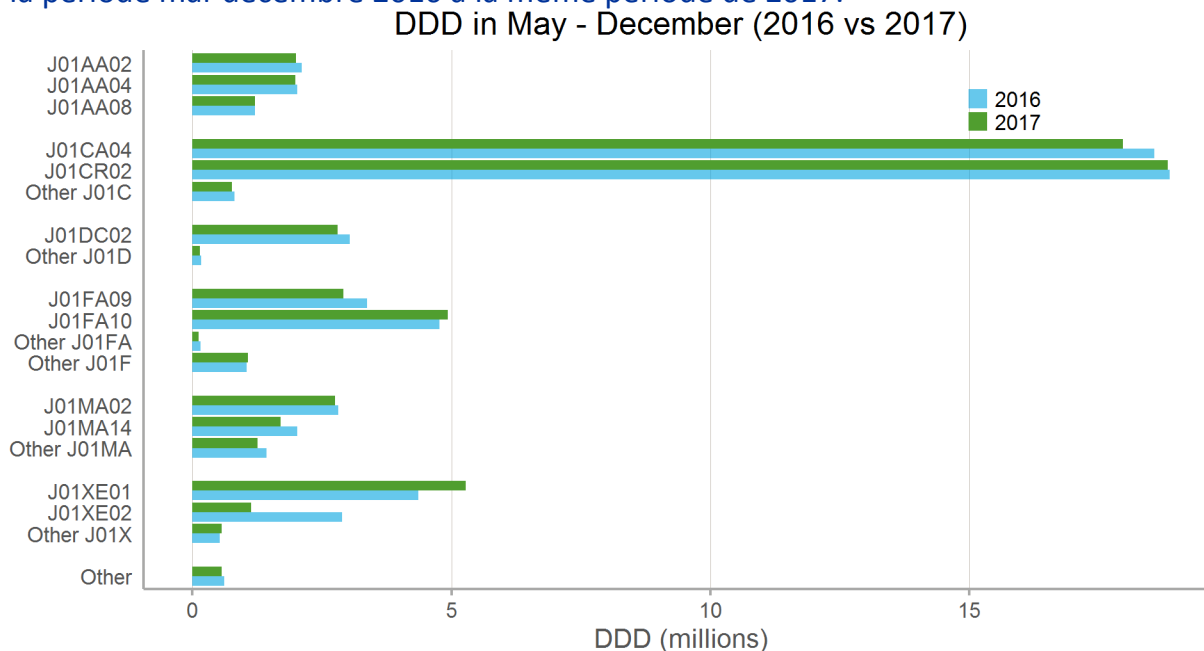
Le 1er mai 2017, les antibiotiques ont déménagé de la catégorie de remboursement B à la catégorie C. Cela implique que le ticket modérateur augmente et que la part de l'INAMI baisse. La mesure vise à contrer la surconsommation des antibiotiques. Dans un numéro précédent d'IPhEB Monthly, nous avons déjà analysé l'effet de cette mesure à l'aide des données du mois de juillet. Regardons de plus près cette évolution dans le temps.



La ligne rouge représente à chaque fois 2017, tandis que les années 2010 à 2016 sont représentées par des lignes grises qui deviennent de plus en plus épaisses. La ligne pointillée verticale est le mois de mai, le mois de la mesure d'économie.

La conclusion tirée il y a six mois, tient toujours. La consommation en 2017 est plus basse que celle des années précédentes. Toutefois, l'effet n'est pas net à partir du 1er mai, ce qui fait qu'il est difficile de voir si cette baisse est la conséquence de la mesure ou s'il s'agit d'un effet antérieur à la mesure. Dans la deuxième moitié de l'année, la tendance s'est toutefois maintenue : la consommation restait plus basse que les années antérieures. C'est le patient en premier lieu qui paie plus.

Regardons s'il y a des différences parmi les antibiotiques délivrés. A cet effet, nous comparons la période mai-décembre 2016 à la même période de 2017.

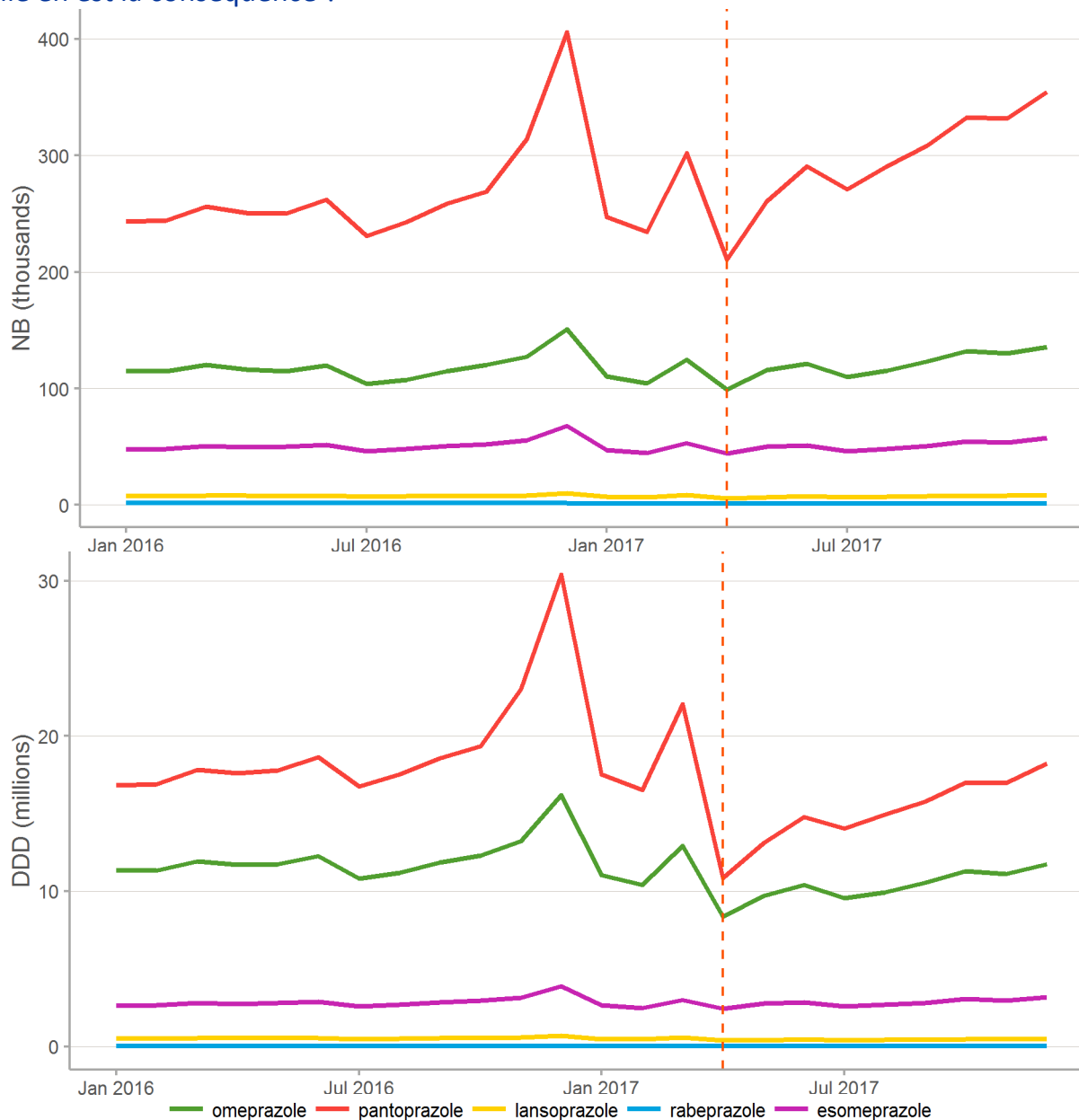


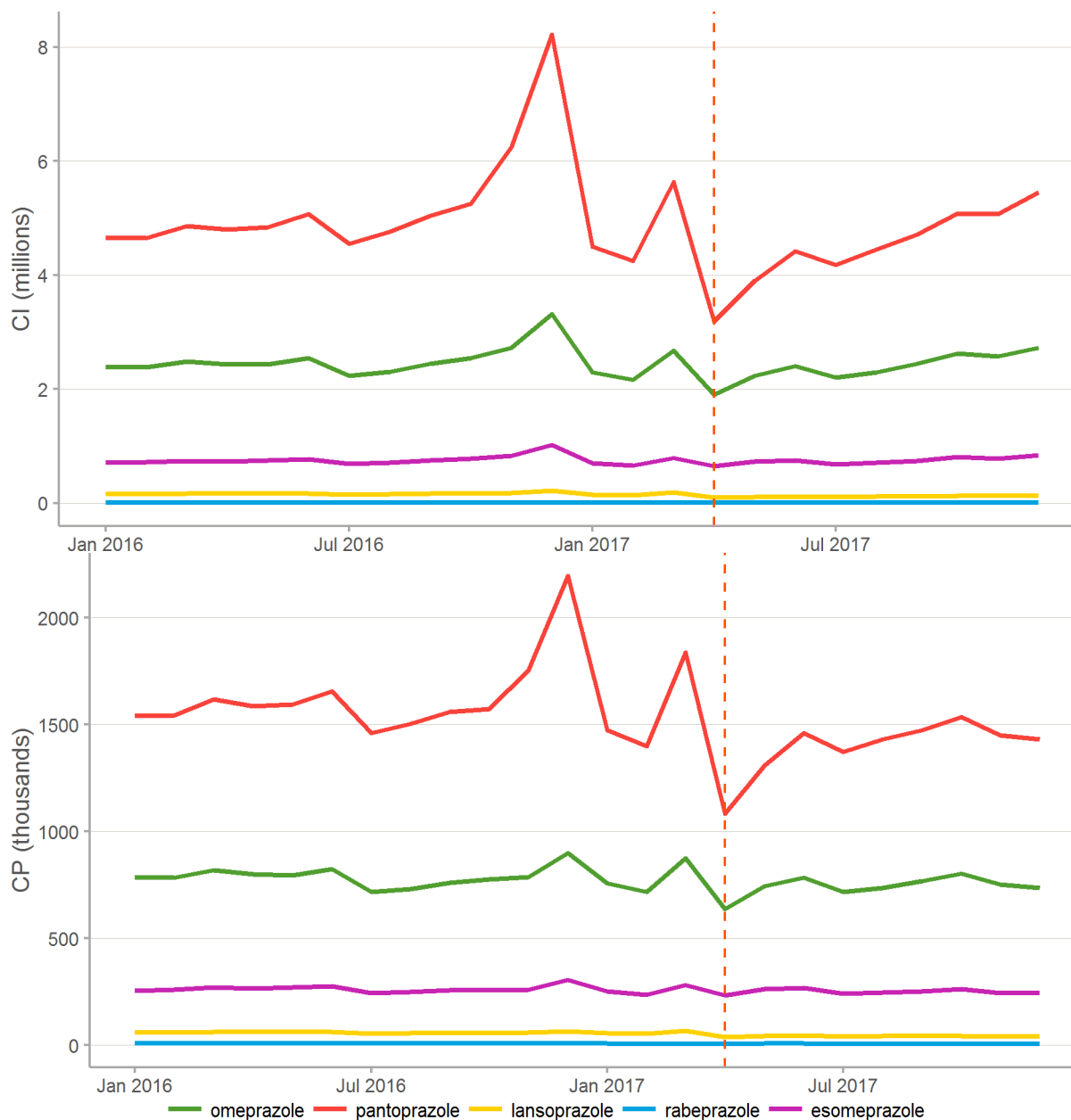
Le glissement le plus important est observé parmi les dérivés du nitrofurane. La consommation du nifurtoïinol (J01XE02) est réduite de moitié, alors que nous enregistrons une nette augmentation pour la nitrofurantoïne (J01XE01). Ceci est logique car la seule spécialité contenant le nifurtoïinol (Urfadyn PL®) est retirée du marché depuis le premier octobre 2017. D'autres principes actifs enregistrent une baisse : l'amoxicilline (J01CA04), le céfuroxime (J01DC02) et la clarithromycine (J01FA09). Par contre, nous observons une hausse pour l'azithromycine (J01FA10).

A nouveau, il n'est pas possible d'établir un lien causal avec la mesure d'économie.

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Le 1er avril 2017, les conditions de remboursement pour les grands conditionnements d'IPP ont été modifiées. Concrètement, les grands conditionnements d'oméprazole 40 mg, lansoprazole 15 et 30 mg, pantoprazole 40 mg et rabéprazole 10 et 20 mg sont passés au Chapitre IV, avec un remboursement limité au traitement du syndrome de Zollinger-Ellison et au traitement d'une ablation par radiofréquence de l'oesophage de Barrett. Concrètement, cela signifie que ces grands conditionnements ne sont plus remboursés pour la grande majorité des patients. Quelle en est la conséquence ?

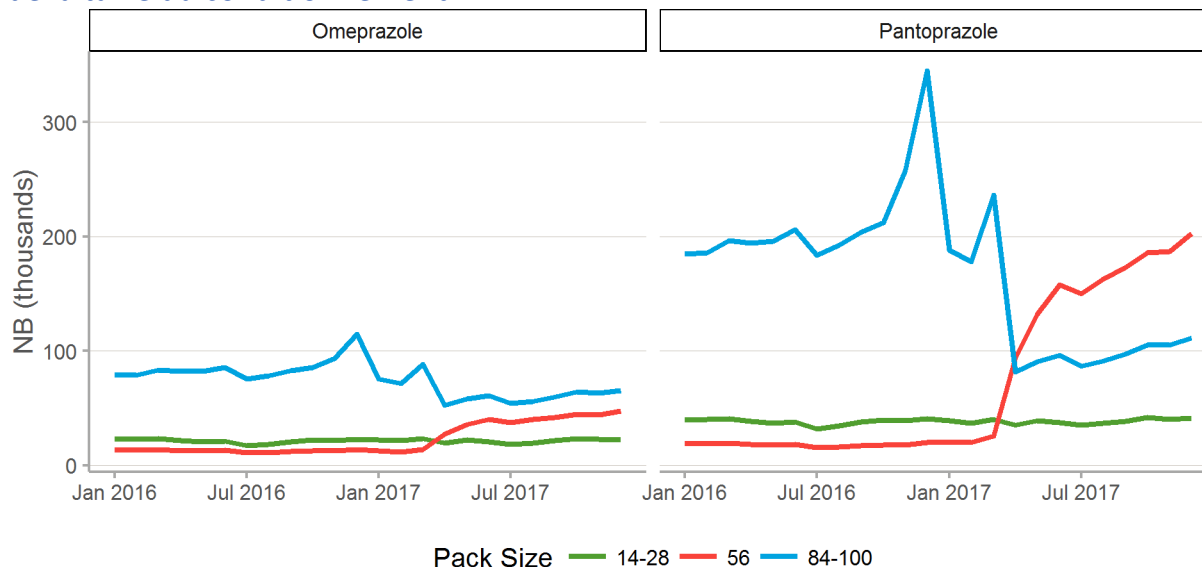




- Nous observons dans toutes les variables deux pics, suivis par deux chutes. Le premier pic correspond à l'annonce de la mesure d'économie dans la presse fin 2016. A cette époque, la date d'entrée en vigueur de la mesure n'était pas encore connue ce qui a engendré une frénésie de stockage chez le patient. En janvier et février, la consommation a fortement régressé. En mars 2017, un mois avant l'entrée en vigueur de la mesure, nous observons un deuxième pic. Il s'agit probablement d'un deuxième tour de stockage. Lors de l'entrée en vigueur en avril 2017, nous observons une chute remarquable. Nous enregistrons cet effet pour tous les principes actifs. Par la suite, les paramètres ont recommencé à monter.
- Le nombre de délivrances est supérieur après la mesure d'économie, ce qui indique qu'au moins une partie des grands conditionnements est maintenant délivrée sous forme de plus petits conditionnements.
- La consommation exprimée en DDD est retournée au niveau antérieur. On peut se poser la question de savoir si la mesure est réellement efficace pour contrer un gaspillage supposé.

- Les frais pour le patient sont un peu moins élevés. La situation est différente pour l'INAMI. Pour l'assurance maladie, les dépenses des derniers mois de 2017 ont augmenté pour atteindre le niveau observé avant la « mesure d'économie ».

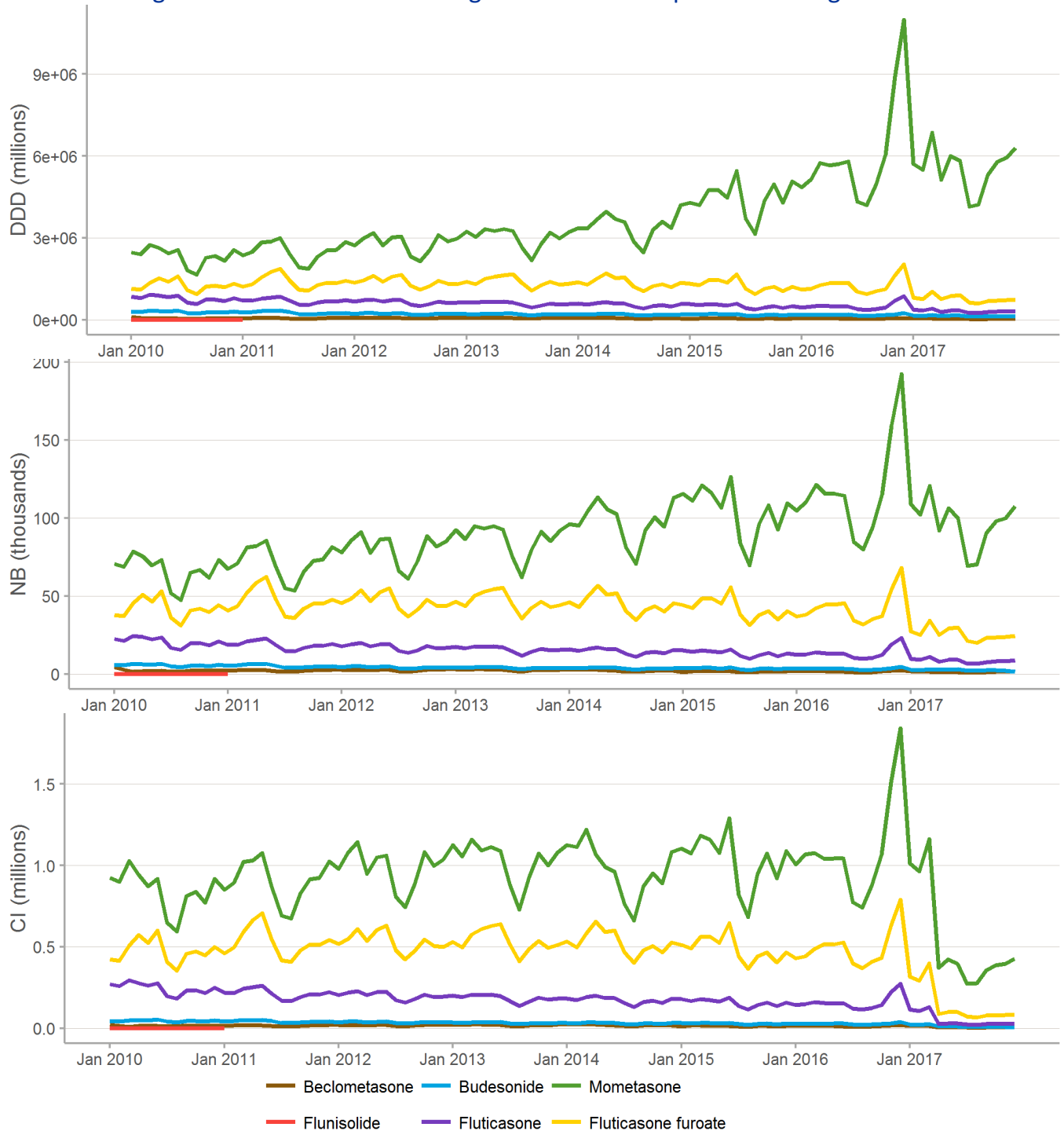
Analysons de plus près les deux principes actifs les plus importants, à savoir l'oméprazole (A02BC01) et le pantoprazole (A02BC02), et l'évolution du nombre de délivrances en fonction de la taille du conditionnement.

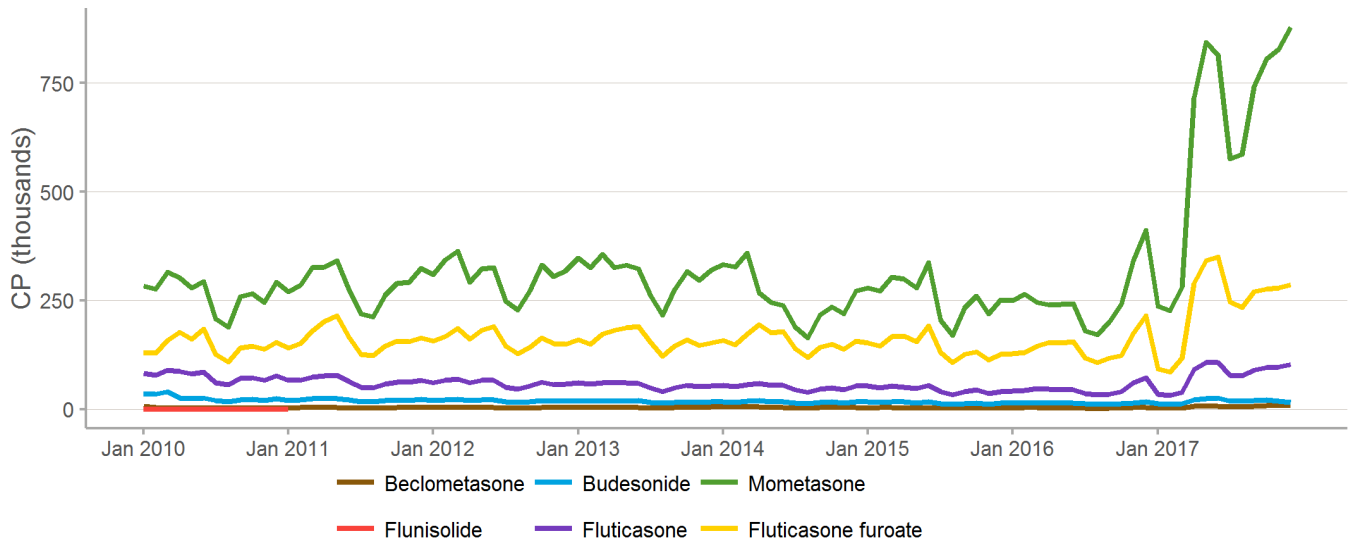


- Les plus petits conditionnements ne montrent aucun effet.
- Nous enregistrons toutefois une baisse spectaculaire du nombre de grands conditionnements (84 unités et plus) à partir du 1er avril. Pour les conditionnements de 56 unités, nous enregistrons environ la même baisse. Personne ne s'étonne de constater que les conditionnements moyens soient délivrés à la place des grands.
- Ce qui surprend toutefois, c'est que le nombre de délivrances a augmenté dans la deuxième partie de 2017. Ce sont surtout les conditionnements moyens dont le nombre de délivrances augmente considérablement mais nous enregistrons aussi une augmentation pour les grands conditionnements. Il n'est pas du tout clair quand l'évolution se stabilisera.

Corticostéroïdes par voie nasale

Fin 2016, les corticostéroïdes par voie nasale ont également été sujets à cet effet d'annonce. En première instance, il avait été annoncé, d'une part, qu'ils allaient être enlevés du système de remboursement, et d'autre part, qu'ils ne seraient plus soumis à prescription. Ce n'est pas ce qui s'est passé. Ils sont toujours soumis à prescription, mais ils ont simplement déménagé de la catégorie B à la catégorie CX le 1er avril 2017. Regardons les conséquences de ce glissement.

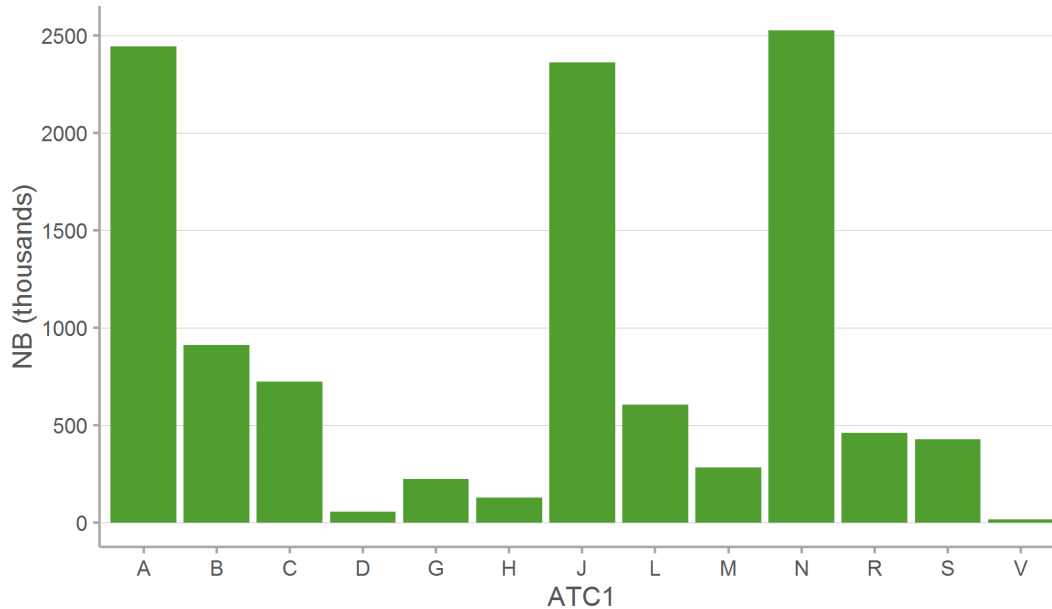




- Dans tous les paramètres, nous observons le pic gigantesque fin 2016, mais en janvier, ils sont tous retournés à des valeurs normales.
- Le nombre de DDD délivrés continue à augmenter, alors que le nombre de conditionnements délivrés s'est stabilisé ces dernières années. Cela implique que le nombre de DDD moyen par conditionnement augmente.
- Le changement de catégorie de remboursement a des conséquences très spectaculaires pour les dépenses du patient et de l'INAMI. Pour l'INAMI, il s'agit d'une économie considérable, alors que les patients doivent déboursier un montant beaucoup plus important par rapport à la situation antérieure à avril 2017.

Chapitre IV

Jusqu'au 31 janvier 2016, le pharmacien était rémunéré pour le travail administratif engendré par les médicaments du chapitre IV au moyen d'un honoraire. Au 1er janvier, cet honoraire a été supprimé. Etant donné que cet honoraire était totalement à charge de l'INAMI, cela a engendré une économie considérable pour l'assurance maladie. Il n'est pas très intéressant de montrer l'évolution de cet honoraire en 2017 : il retombe tout simplement à zéro. Regardons simplement le nombre de délivrances au Chapitre IV et les classes ATC dans lesquelles elles se manifestent.



Les classes A, J et N dominent clairement. Le reste suit à grande distance. Au total, il s'agit de 11,2 millions de délivrances. En partant d'un honoraire de € 1,39, cela signifie que l'INAMI a réalisé une économie de 15,5 millions d'euros.