

# "IPhEB-Report" Avril 2019 publication (February 2019 data)

Editeur responsable : Luc Vansnick, rue Archimède 11 – 1000 Bruxelles  
Toute information issue de cette publication ne peut être reproduite sans autorisation écrite de l'IPhEB

**IPhEB-Report** est une publication bimestrielle de l'IPhEB. Les informations publiées dans ce document sont tirées de la base de données IFSTAT qui comprend les fournitures et prestations pharmaceutiques délivrées dans les officines ouvertes au public et remboursées par l'assurance obligatoire dans le cadre du tiers-payant. Ce document ne présente qu'un échantillon des nombreuses possibilités d'analyse permises par la base de données IFSTAT (rapidité, exhaustivité, répartition géographique, expertise, ... dans les limites de notre charte). Veuillez consulter le site web [www.ipheb.be] pour plus d'informations à ce sujet ou nous contacter par mail : [info@ipheb.be](mailto:info@ipheb.be) pour des demandes spécifiques ou des collaborations potentielles.

## Ensemble des médicaments remboursés

Les données reprises dans le 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	2.653,090	469,473	3.102,292	102,495	250,035	5.254,684	8,598	8,4%	10,425 4,2%	
2018	2.700,065	475,344	3.167,470	102,686	255,272	5.318,944	7,770	7,6%	2,557 1,0%	
2019	2.675,972	474,644	3.151,287	102,368	244,981	5.337,910	4,859	4,7%	12,581 5,0%	
2019/2018	-0,9%	-0,4%	-0,5%	-0,3%	-4,3%	+0,5%	-37,5%		+392,0%	
2018/2017	+1,8%	+1,6%	+2,1%	+0,2%	+2,4%	+1,1%	-9,6%		-75,5%	
201803	237,371	43,112	279,477	9,256	21,473	468,523	0,786	8,5%	0,320 1,5%	
201804	207,374	36,834	243,405	7,889	22,147	417,239	0,629	8,0%	0,145 1,1%	
201805	228,777	39,813	267,754	8,619	20,523	461,124	0,660	7,7%	0,217 1,1%	
201806	232,877	39,793	271,879	8,671	22,221	463,256	0,628	7,2%	0,204 0,9%	
201807	213,586	35,556	248,453	7,781	22,417	417,258	0,545	7,0%	0,230 1,0%	
201808	213,245	35,253	247,818	7,737	20,899	419,431	0,537	7,0%	0,206 1,0%	
201809	212,119	36,874	248,292	7,958	21,422	414,256	0,569	7,2%	0,217 1,0%	
201810	249,510	47,607	296,293	9,975	22,078	480,397	0,696	7,0%	0,194 0,9%	
201811	234,715	42,762	276,682	9,163	20,456	459,986	0,654	7,2%	0,197 1,0%	
201812	237,042	40,607	276,838	8,809	21,366	456,278	0,649	7,4%	0,162 0,8%	
201901	222,697	39,390	262,086	8,601	20,618	442,181	0,496	5,8%	0,893 4,3%	
201902	210,752	37,741	248,492	8,227	19,654	419,015	0,405	4,9%	0,822 4,8%	

Ce tableau contient les informations relatives à la délivrance des médicaments remboursés en distinguant des nombres de conditionnements (NB) et d'unités (NU)

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 us 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 événements de 2018

Les données complètes pour 2018 sont disponibles, examinons dès lors, comme chaque année, les faits marquants de cette année. Pour ce faire, nous nous pencherons à la fois sur les inversions de tendance et sur les nouveautés.

## Évolution globale

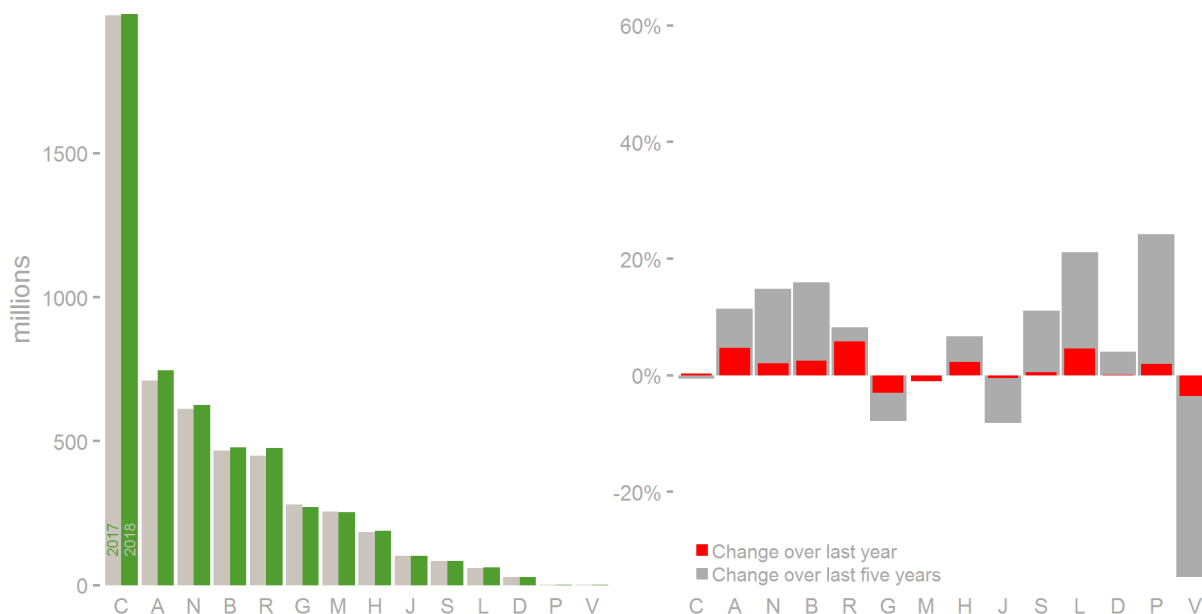
Nous commençons par examiner l'évolution des principales classes ATC. Les évolutions peuvent s'exprimer de différentes manières : la consommation (exprimée en DDD), le nombre de délivrances (NB), le coût patients (CP) et les dépenses de l'INAMI (CI). Les dépenses que l'INAMI rembourse dans les limites du maximum à facturer (MaF) sont incluses dans le coût patient. Nous devons travailler ainsi puisque ces données ne sont disponibles que depuis quelques années, cela nous permet de conserver la même interprétation sur l'ensemble de la série temporelle.

## Classes ATC principales

- A TRACTUS GASTRO-INTESTINAL ET METABOLISME
- B SANG ET SYSTEME HEMATOPOIETIQUE
- C SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE
- D PREPARATIONS DERMATOLOGIQUES
- G SYSTEME URO-GENITAL ET HORMONES SEXUELLES
- H HORMONES SYSTEMIQUES, SAUF LES HORMONES SEXUELLES
- J ANTI-INFECTIEUX A USAGE SYSTEMIQUE
- L CYTOSTATIQUES, AGENTS IMMUNOMODULATEURS
- M SYSTEME SQUELETTIQUE ET MUSCULAIRE
- N SYSTEME NERVEUX CENTRAL
- P ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET REPELLANTS
- R SYSTEME RESPIRATOIRE
- S ORGANES SENSORIELS
- V DIVERS

## Daily Defined Dosis (DDD)

Graphique 1 : Répartition et évolution des classes ATC principales, en DDD

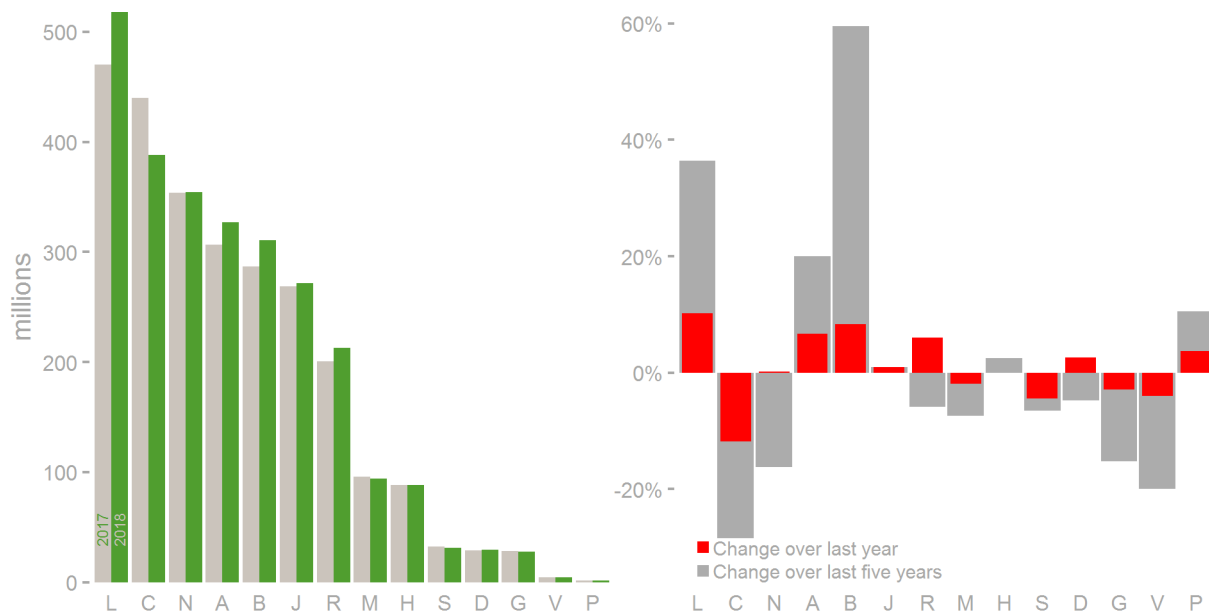


- C'est dans les médicaments pour le système cardio-vasculaire que la consommation est de loin la plus importante. La consommation y est stable depuis longtemps.
- Les augmentations les plus importantes sont observées dans les catégories A et R. Dans la catégorie A nous avons toutefois observé une baisse en 2017, qui a été précédée d'une forte augmentation en 2016. Dans l'ensemble, c'est la tendance précédente qui se poursuit.
- Dans les classes G, M et J, nous constatons à nouveau une diminution.

## Coût de l'INAMI (CI)

Il s'agit des frais engagés dans le cadre du tiers payant, à l'exclusion de la partie correspondant au maximum à facturer. Les frais spécifiques pour la DCI et le chapitre IV sont inclus.

Graphique 2 : Répartition et évolution des classes ATC principales, en coût INAMI

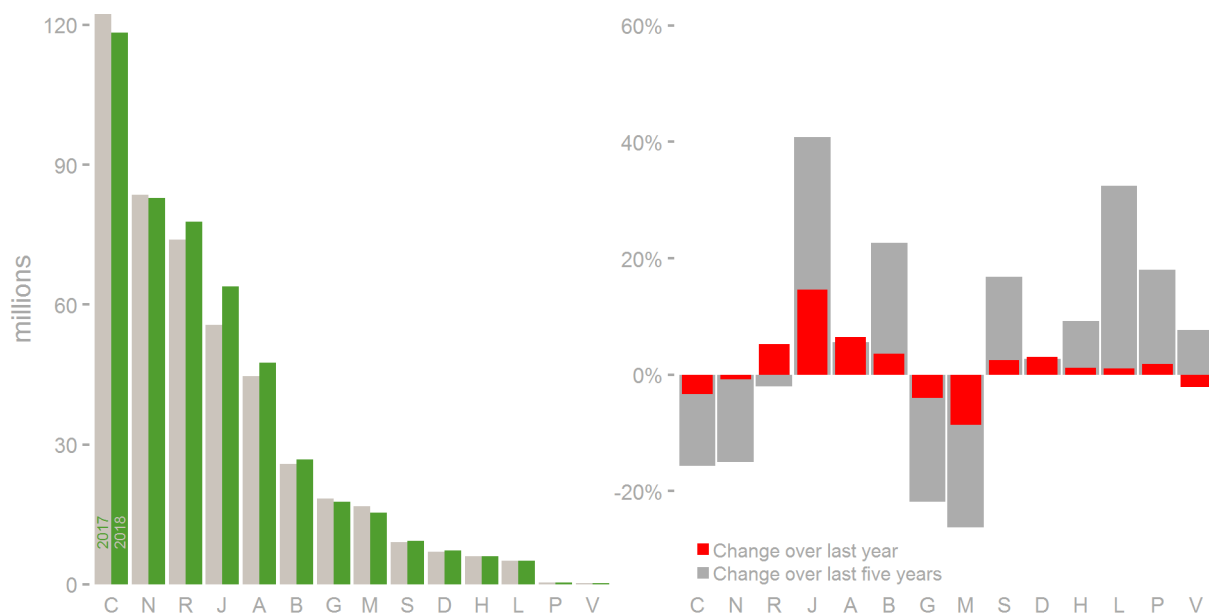


- Traditionnellement, la classe C est la classe représentant la plus grande part des dépenses de l'INAMI. Depuis l'année dernière, ce n'est plus le cas : la classe L a pris la première place. Cela est dû autant à une diminution des dépenses en C et qu'à une augmentation des dépenses en L. Ces deux évolutions se poursuivent depuis plusieurs années et se sont accentuées en 2018.
- La classe N a affiché une tendance à la baisse depuis 2011. Toutefois, pour la deuxième année consécutive, les dépenses de l'INAMI y sont restées stables.
- Des augmentations significatives des dépenses de l'INAMI peuvent être observées dans les classes A et B. Pour la classe B, nous constatons une telle augmentation pour la septième année consécutive.
- La classe R affichait une légère tendance à la baisse constante au cours des dernières années. En 2018, cette tendance s'est brusquement inversée.

## Coût patient (CP)

Dans le coût patient, nous avons également inclus la partie remboursée via le maximum à facturer. Le MAF représente sur une base annuelle 20,7 millions d'euros (données 2018), dont les dépenses sont principalement concentrées à la fin de l'année.

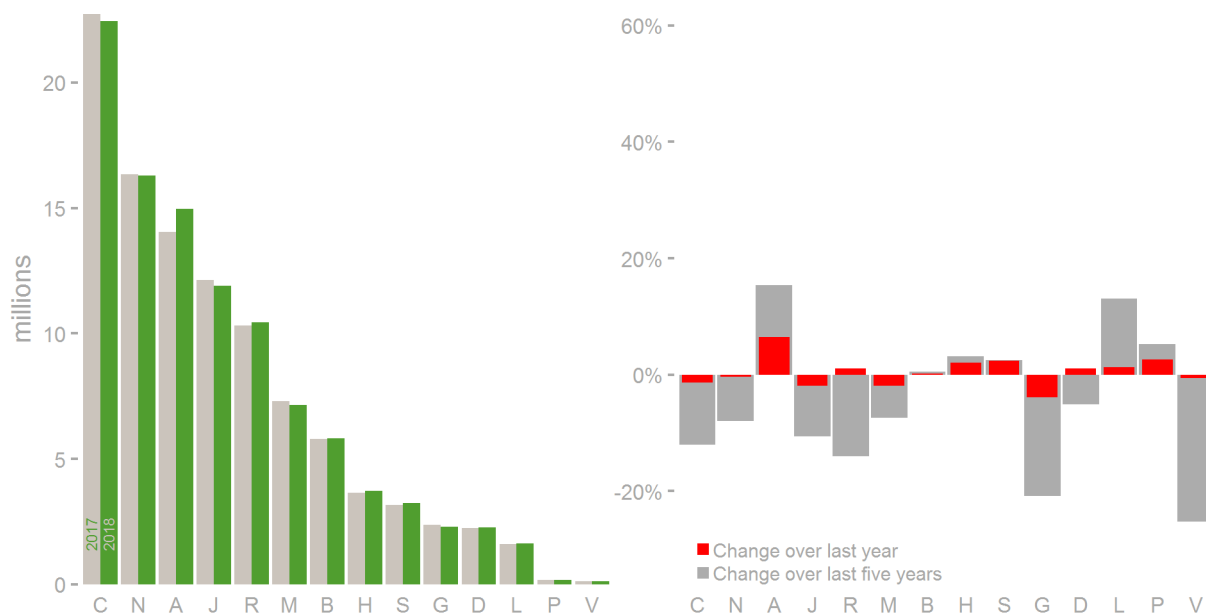
Graphique 3 : Répartition et évolution des classes ATC principales, en coût patient



- Le coût patient a surtout augmenté dans la classe J. Ceci est principalement dû à une mesure de réduction des coûts pour les antibiotiques en 2017. En 2017, elle ne s'appliquait qu'à une partie de l'année, alors qu'en 2018 toute l'année est concernée.
- De plus, nous constatons une forte augmentation dans la classe R après quelques années de stabilité, qui avaient elles-mêmes été précédées d'une diminution.
- Dans les classes C et N, les plus chères pour le patient, nous constatons une diminution des dépenses. Pour la C, il s'agit d'une continuation de la tendance existante. Au sein de la classe N, nous constatons que la tendance à la baisse se stabilise.
- L'augmentation de la classe A résulte principalement de l'effet de thésaurisation des IPP déjà décrit dans un article précédent. Les dépenses des patients sont stables sur un certain nombre d'années.

## Total des délivrances (NB)

Graphique 4 : Répartition et évolution des classes ATC principales, en nombre de délivrances

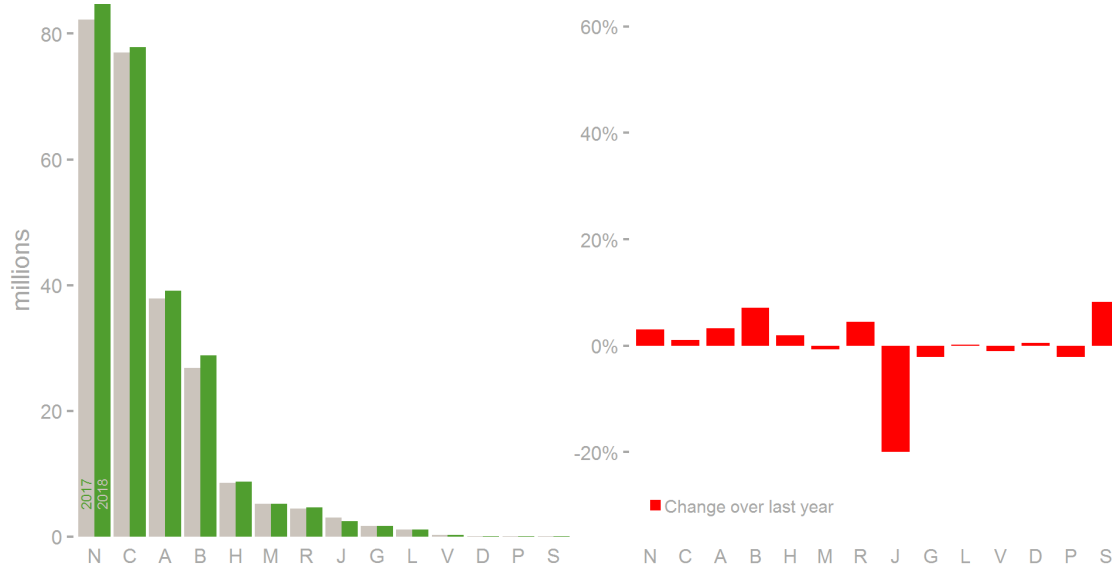


- La plus forte augmentation est observée dans la classe A. Le volume augmente constamment depuis plusieurs années, mais en 2018, nous constatons une accentuation soudaine de cette accélération.
- Les classes C et N, les plus importantes, présentent une évolution décroissante qui correspond avec les tendances que nous avons déjà observées ces dernières années.

## Nombre d'unités (NU)

Depuis 2015, les médicaments sous formes orales solides délivrés dans les maisons de repos sont tarifés par unité. Nous examinons ici l'évolution du nombre de ces unités.

Graphique 5 : Répartition et évolution des classes ATC principales, en nombre d'unités (TpU)



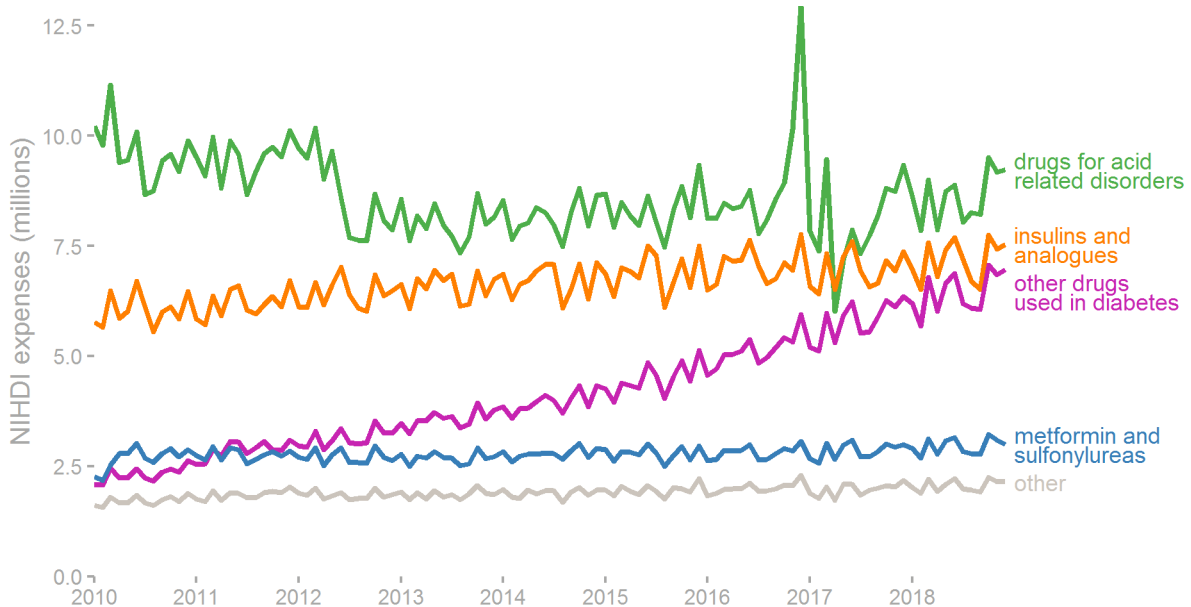
La tarification à l'unité dans les maisons de repos montre une forte baisse en classe J. Au sein des autres classes, il n'est pas vraiment clair pour l'instant si les évolutions signifient un effet réel ou si elles montrent simplement une instabilité due à l'introduction du système.

## Les classes principales en détail

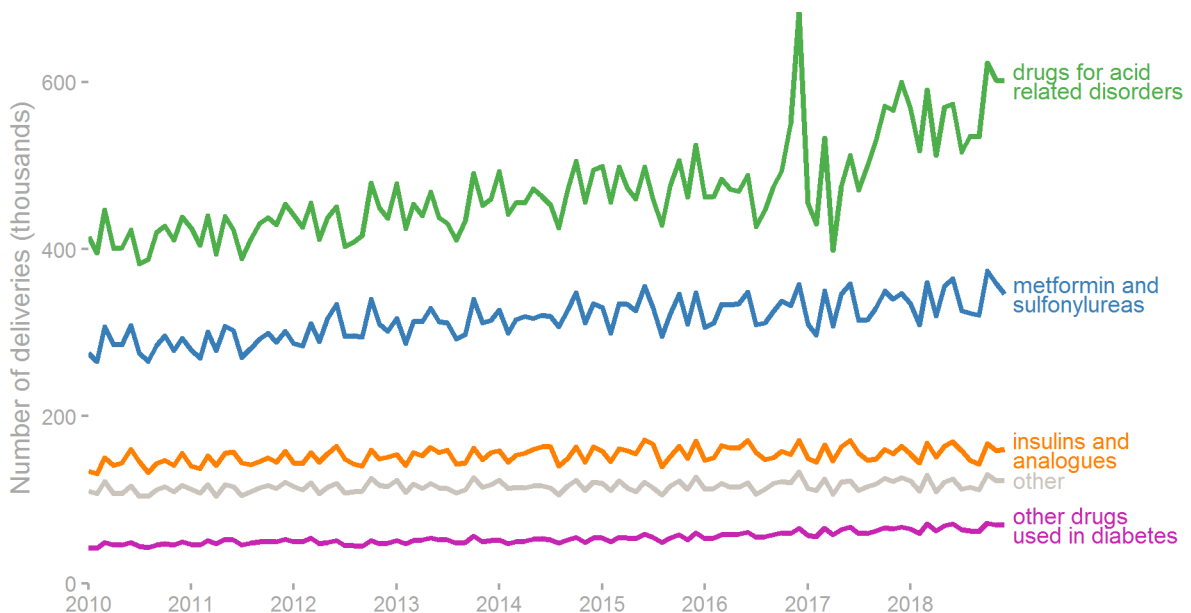
Dans la deuxième partie, nous examinerons plus en détail les classes ATC les plus pertinentes. Pour ce faire, nous nous basons sur la classification des ATC pertinents : une classification développée par l'IPHEB sur la base de la classification ATC.

### Tractus gastro-intestinal et métabolisme (Classe A)

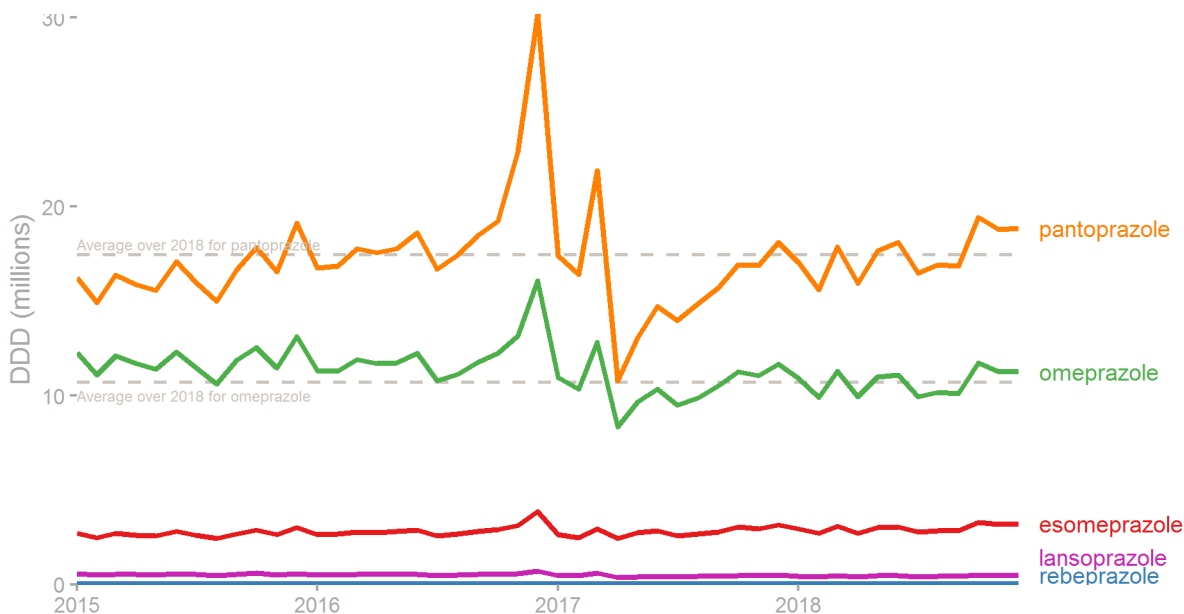
Graphique 6 : l'évolution des dépenses INAMI dans la classe A



Graphique 7 : l'évolution du nombre de conditionnements dans la classe A



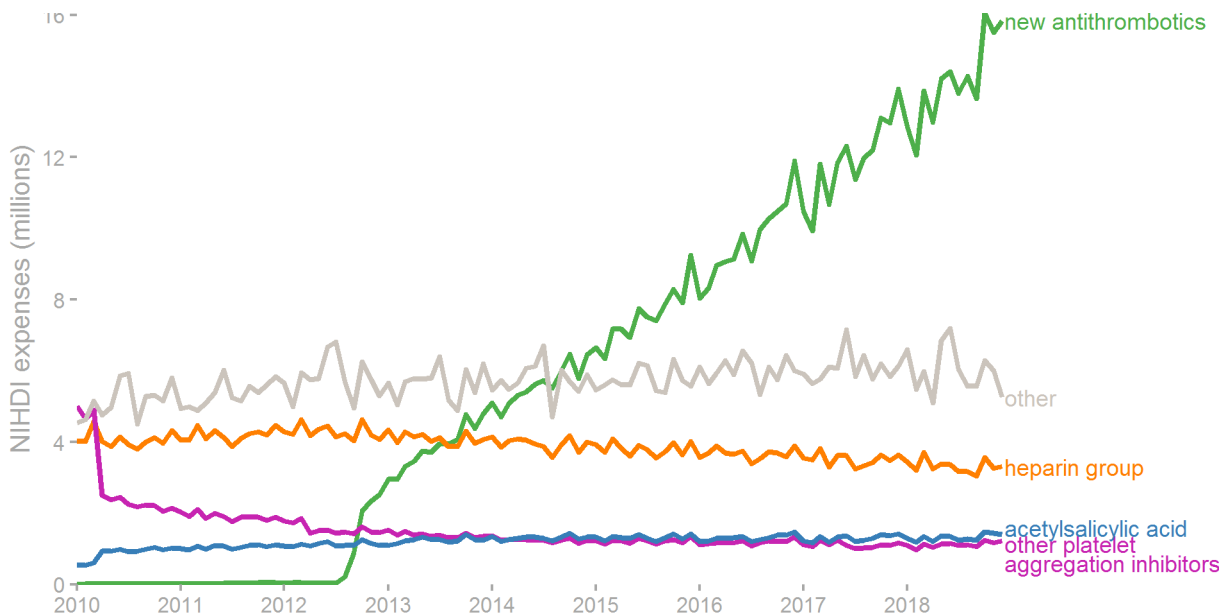
Graphique 8 : évolution de la consommation (DDD) dans les inhibiteurs de pompe à proton



- L'événement récent le plus spectaculaire en classe A est le comportement de thésaurisation lors de l'annonce de mesures d'économie qui visait à retirer du remboursement un grand nombre d'inhibiteurs de la pompe à protons, sauf pour un groupe spécifique et limité de patients. Maintenant que le choc de la mesure est passé, nous pouvons en estimer l'impact. Cela ne semble pas très spectaculaire pour les dépenses de l'INAMI et nous pouvons affirmer qu'il n'y a pas d'impact sensible à cet égard. Toutefois, la consommation (en DDD) est un peu plus faible qu'auparavant, ce qui pourrait indiquer qu'il y a eu une certaine rationalisation de la consommation.
- D'autre part, les évolutions déjà existantes se poursuivent.

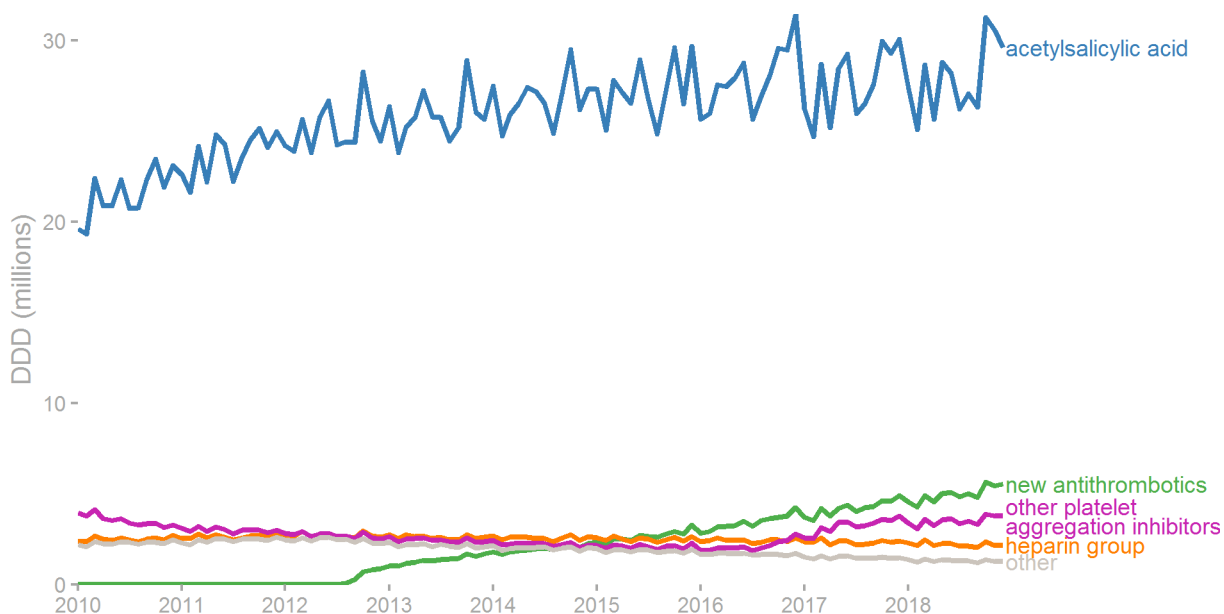
Sang et organes hématopoïétiques (classe B)

Graphique 9 : l'évolution des dépenses INAMI dans la classe B





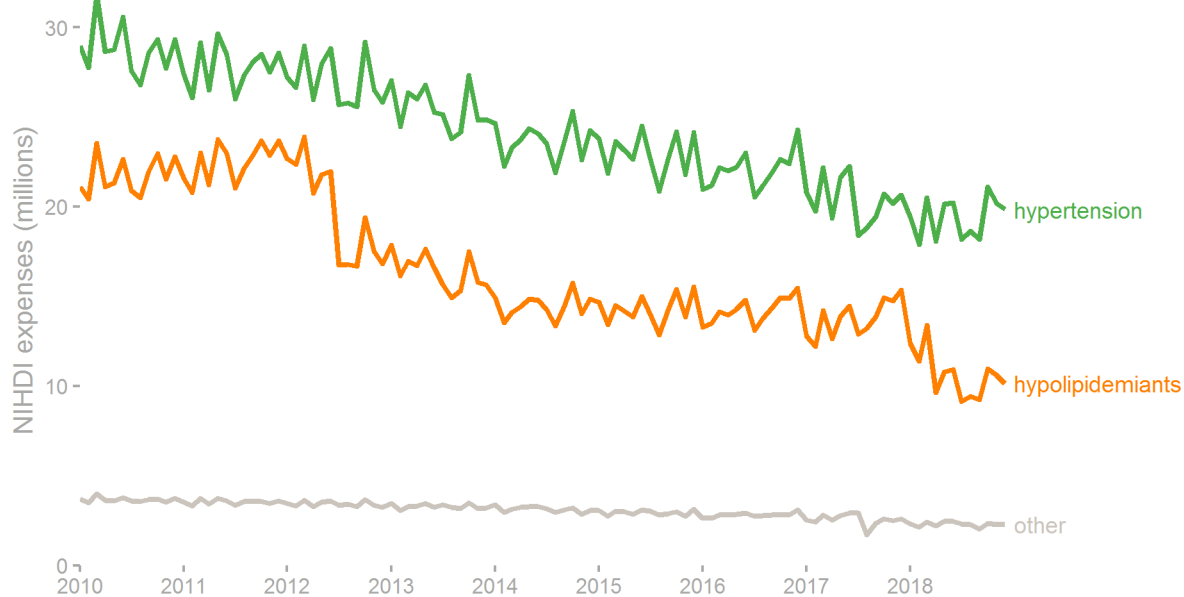
Graphique 10 : l'évolution de la consommation (DDD) dans la classe B



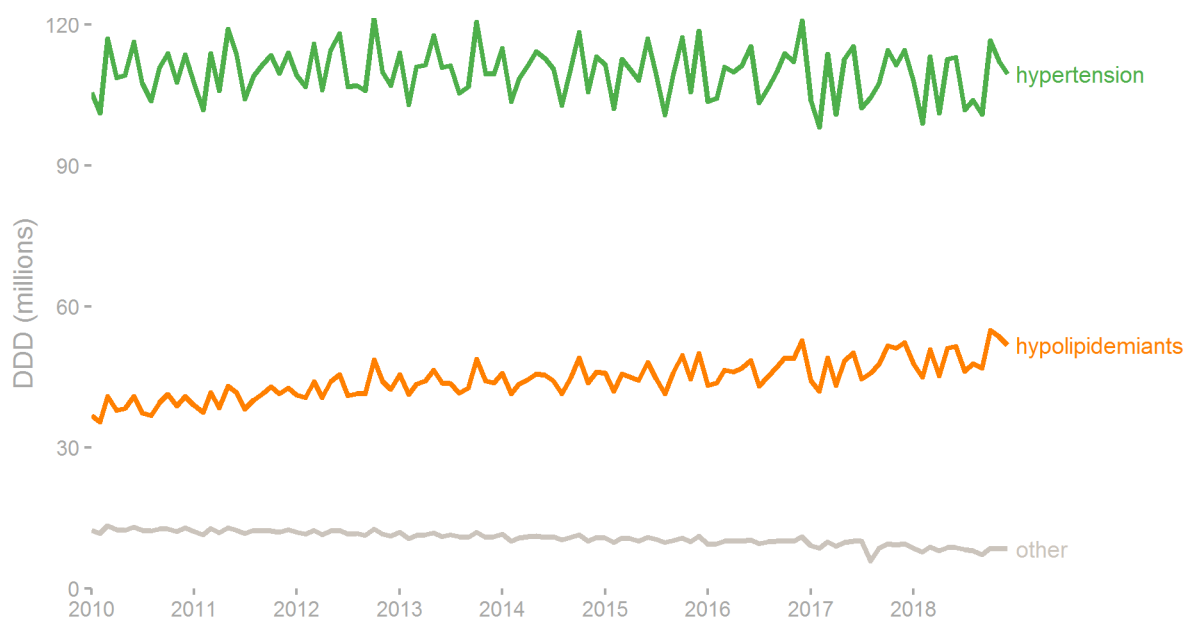
- Au sein de la classe B, les tendances actuelles se poursuivent.
- Dans les budgets, l'élément le plus notable est la forte augmentation des AOD (Anticoagulants oraux directs). En quelques années, ces dépenses ont complètement dominé les dépenses de la classe B. Il convient de noter qu'il s'agit de dépenses brutes. Ces médicaments relèvent de l'article 81, de sorte qu'on ignore le montant qui revient à l'assurance maladie. La croissance des AOD ne montre actuellement aucun signe de ralentissement.
- Dans la consommation, c'est l'acide acétylsalicylique qui domine complètement la classe B.
- Il est remarquable qu'après des années de tendance à la baisse, la consommation de B01AC\* ait recommencé à augmenter à la mi-2016 sans que cela n'affecte ni les dépenses de l'INAMI ni celles du patient. Ceci est dû à une augmentation de la consommation de clopidogrel dont la baisse de prix explique que cela ne se traduit pas par une augmentation des dépenses. L'augmentation de la consommation coïncide avec le passage de ces spécialités du chapitre IV au chapitre I.

## Système cardiovasculaire (classe C)

Graphique 11 : l'évolution des dépenses INAMI dans la classe C



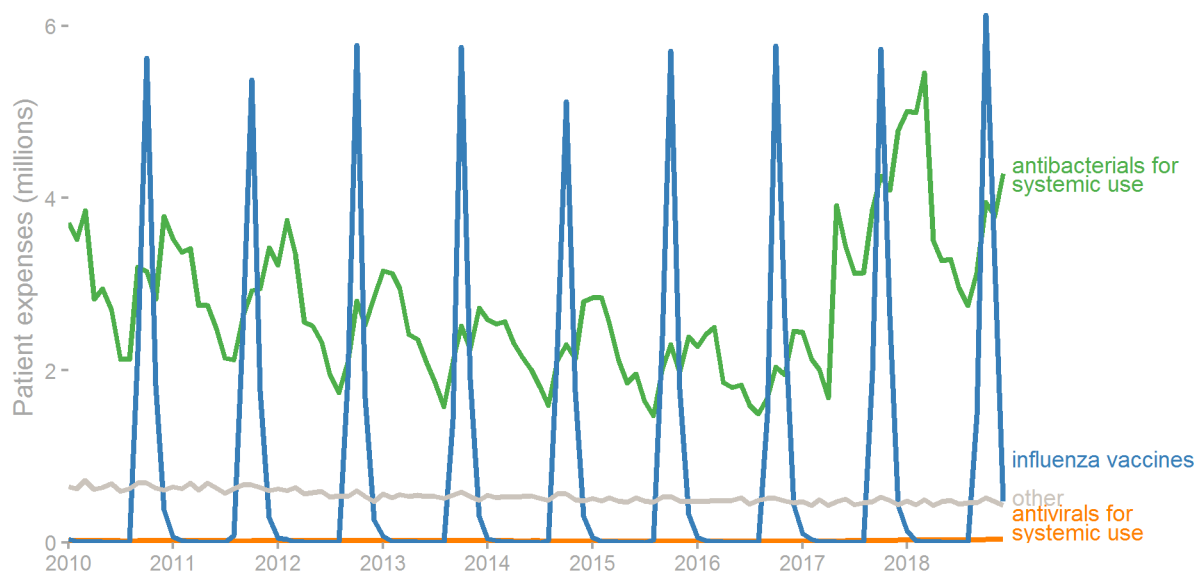
Graphique 12 : l'évolution de la consommation (DDD) dans la classe C



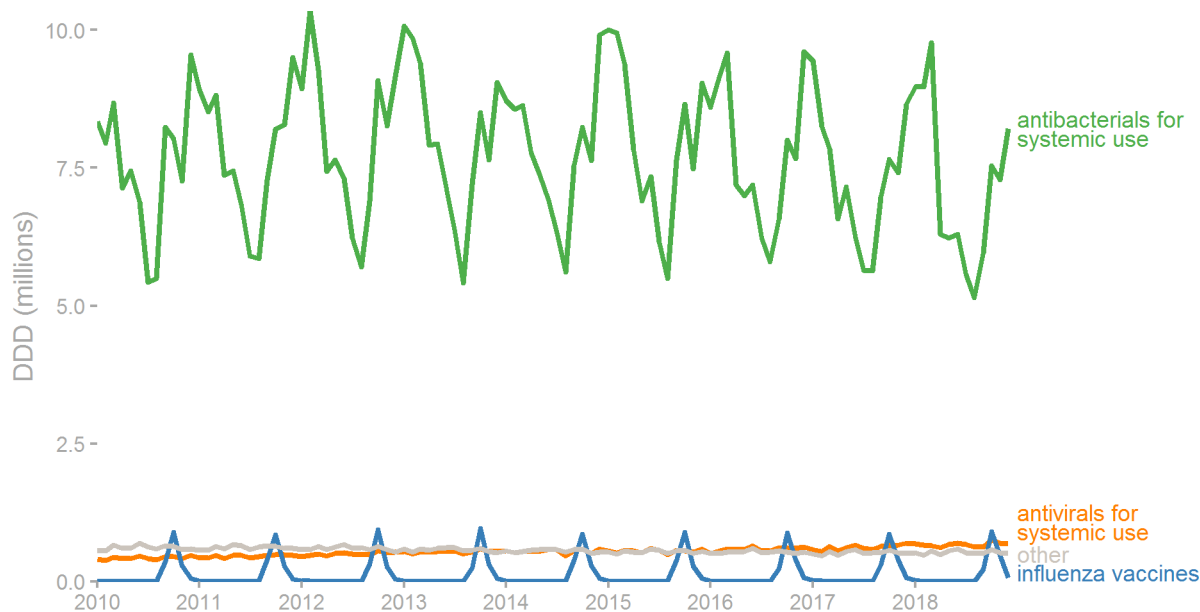
- Nous constatons une diminution des dépenses de l'INAMI au sein de C10. De fait, la dernière statine (la rosuvastatine) a été incluse dans le remboursement de référence. En conséquence, le prix du Crestor® a fortement baissé début 2018.
- En outre, les tendances actuelles se poursuivent. Les antihypertenseurs constituent toujours le groupe le plus important de cette classe, suivis par les statines.

## Antimicrobiens à usage systémique (classe J)

Graphique 13 : l'évolution des dépenses du patient dans la classe J



Graphique 14 : l'évolution de la consommation (DDD) dans la classe J



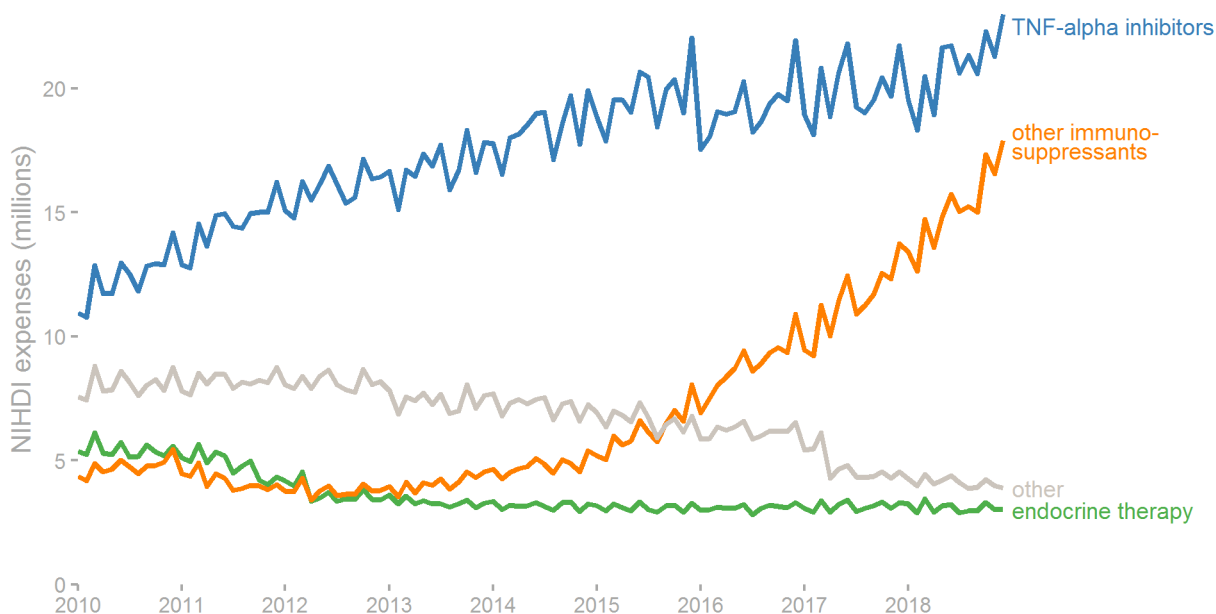
Dans le cas des antibiotiques, nous avons constaté une forte augmentation des dépenses des patients en 2017. Cela s'explique par le fait qu'ils ont changé de catégorie de remboursement (de B à C), ce qui a entraîné une augmentation significative de la quote-part des patients. La consommation d'antibiotiques est très périodique avec un pic en hiver qui coïncide très bien avec la saison de la grippe. En 2018, nous avons d'abord atteint un sommet après les mesures de réduction des coûts ; ensuite l'évolution des dépenses des patients montre maintenant tout l'impact de cette mesure. En bref, les dépenses des patients en antibiotiques ont presque doublé.

- En termes de consommation, nous ne voyons aucune influence de la mesure. Son influence sur une utilisation plus rationnelle des antibiotiques semble plutôt minime.

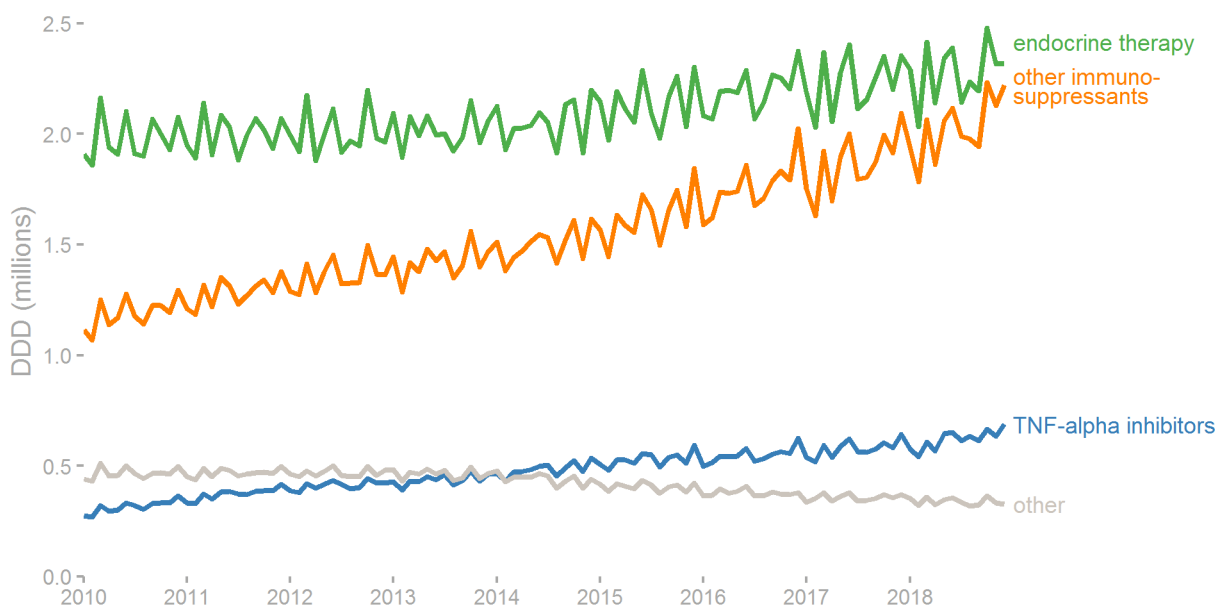
- Malgré les rapports faisant état de problèmes d'approvisionnement en vaccins antigrippaux, l'évolution semble y avoir été normale. Toutefois, le nombre de vaccins délivrés a été légèrement plus élevé que les années précédentes, ce qui explique peut-être les pénuries en fin de saison.

## Agents cytotostatiques et immunomodulateurs (classe L)

Graphique 15 : l'évolution des dépenses INAMI dans la classe L



Graphique 16 : l'évolution de la consommation (DDD) dans la classe L

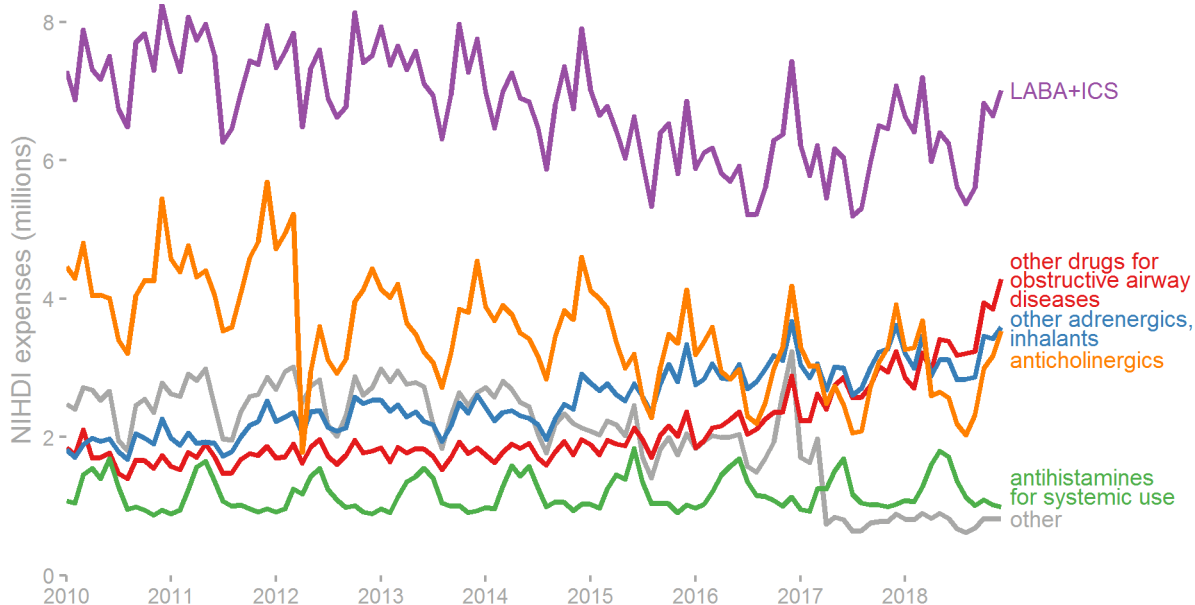


- La classe L est devenue la plus chère pour l'INAMI. Cette augmentation est principalement attribuable à une augmentation de la classe L04\*. Cette augmentation semble perdurer plutôt que diminuer.
- L'évolution actuelle de la consommation se poursuit. La consommation dans la classe L04\* est presque aussi élevée que celle de la classe L02.
- En ce qui concerne les dépenses des patients, nous constatons une forte diminution des inhibiteurs du TNF-alpha. En effet, depuis la mi-2018, le conditionnement de l'adalimumab avec deux seringues a été remplacé par un conditionnement avec six seringues. Étant donné le prix de l'adalimumab, le patient

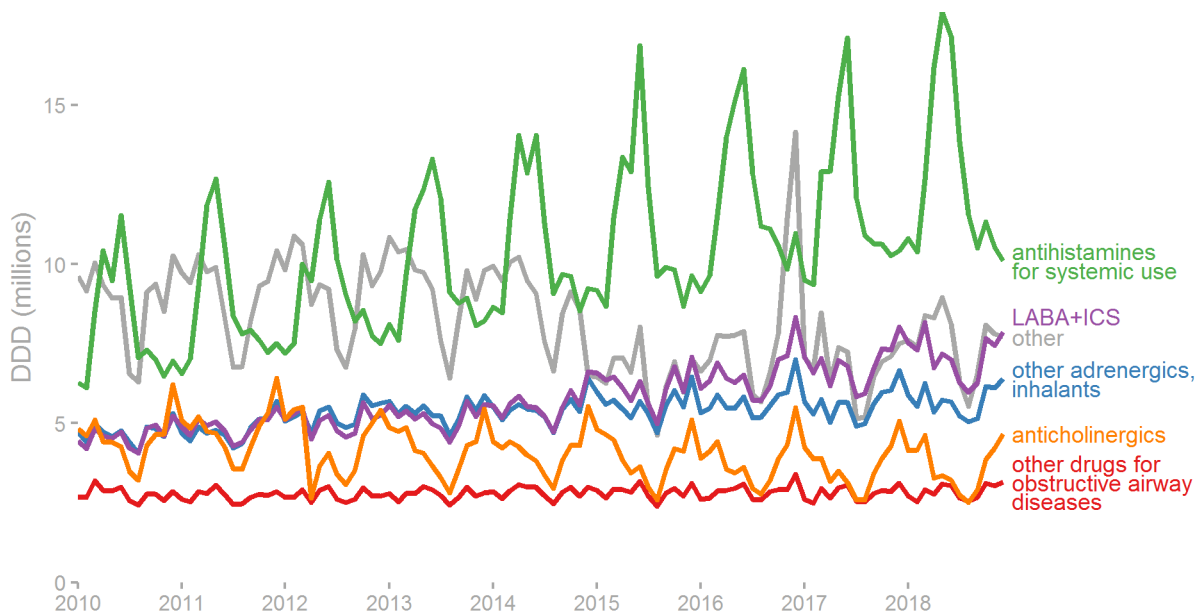
paie le plafond. Pour un paquet de six seringues, le patient ne paie qu'un tiers de la contribution qu'il payait auparavant pour trois paquets de deux seringues.

## Appareil respiratoire (classe R)

Graphique 17 : l'évolution des dépenses INAMI dans la classe R



Graphique 18 : l'évolution de la consommation (DDD) dans la classe R



- Le R03\* progresse fortement dans les dépenses de l'INAMI. Cela provient de trois principes actifs. Le premier est l'omalizumab (Xolair®), dont la consommation s'est accélérée depuis 2015. Deux autres substances ont récemment été ajoutées : le mépolizumab (2016, Nucala®) et le benralizumab (2018, Fasentra®). Dans les deux cas, on observe une forte tendance à la hausse, ce qui est normal pour de nouveaux médicaments.
- Au sein de R\*, la consommation a culminé fin 2016. Cela s'explique par les mesures d'économie pour les corticostéroïdes nasaux annoncées en conjonction avec les mesures pour les IPP dont il a été question précédemment. Ces mesures ont été mises en œuvre en 2017, mais n'ont pas eu d'impact

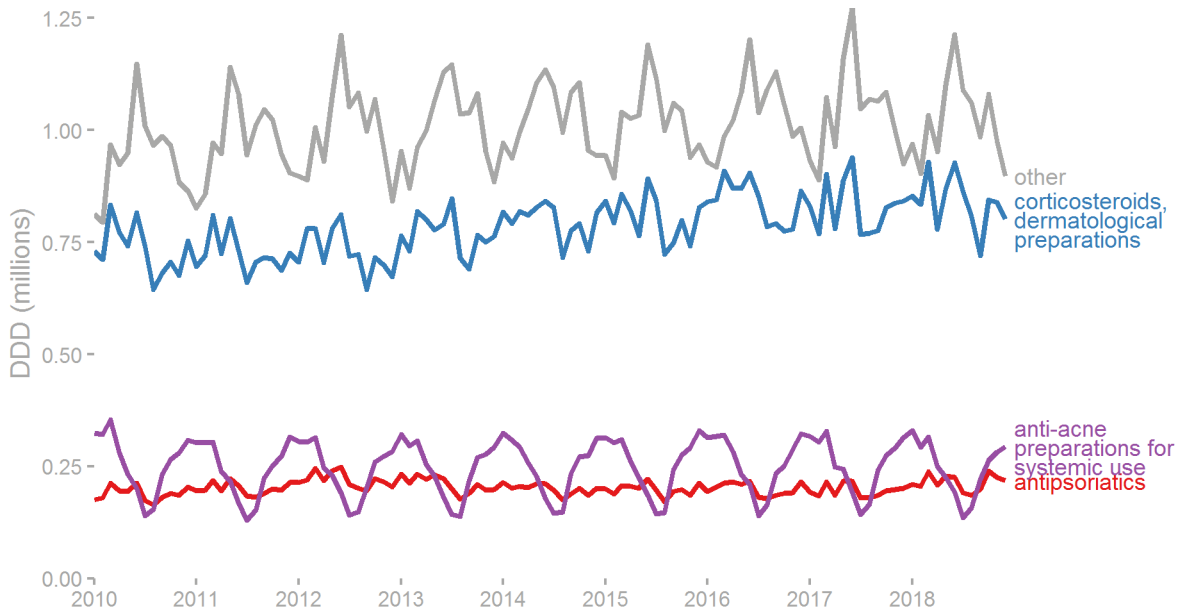
majeur immédiat. Maintenant que nous disposons de plus de données, nous constatons que leur effet sur R\* a été ponctuel.

- Pour le reste, nous constatons que les évolutions existantes se poursuivent.

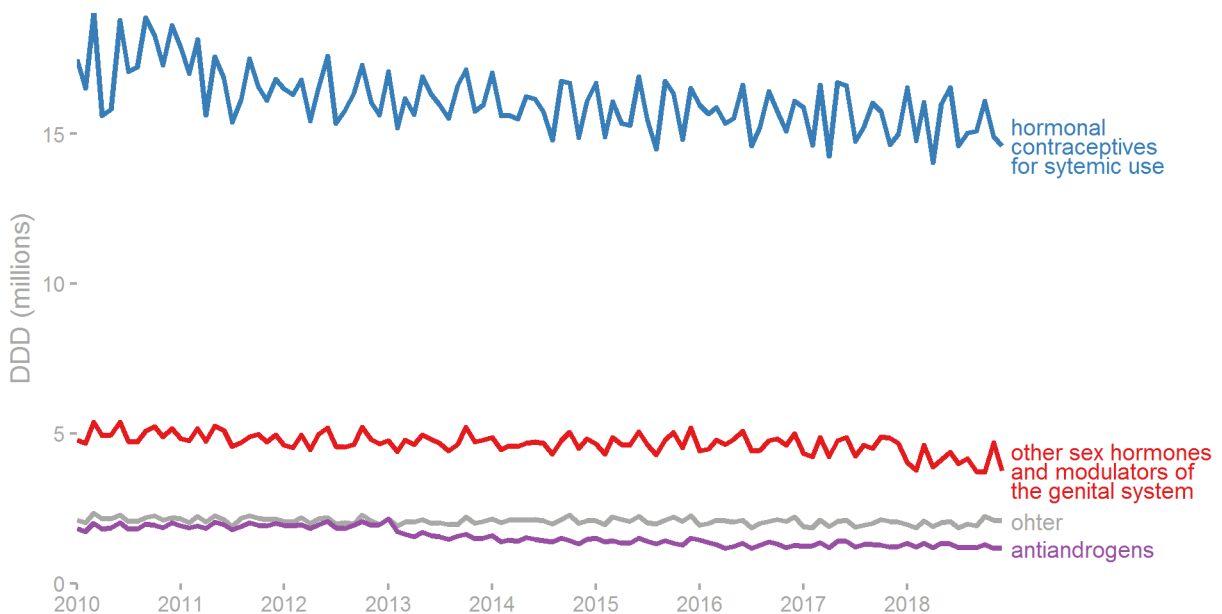
## Autres classes

Dans les autres classes (D, G, M, N, H), les tendances actuelles se poursuivent. Nous montrons ci-dessous l'évolution de la consommation dans ces classes, sans autre commentaire.

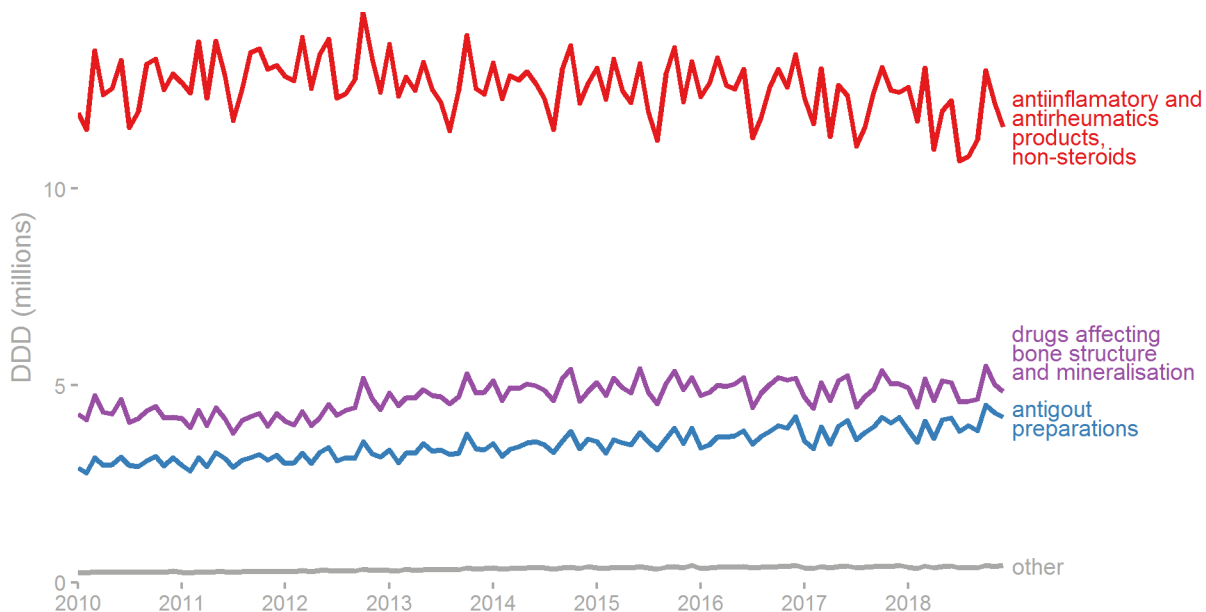
Graphique 19 : l'évolution de la consommation (DDD) dans la classe D



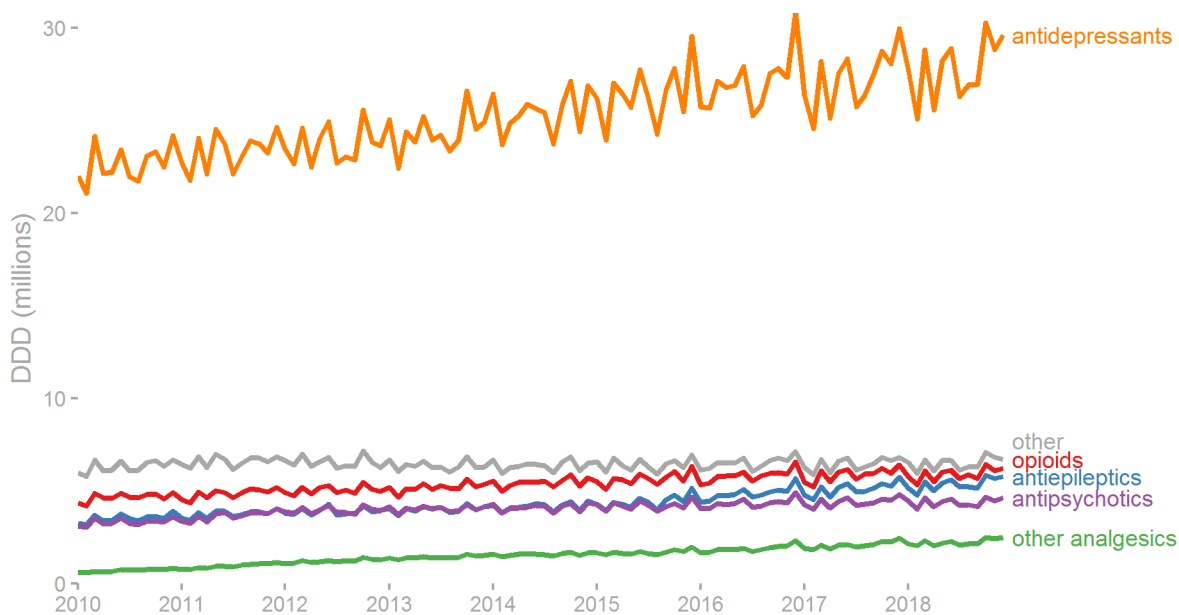
Graphique 20 : l'évolution de la consommation (DDD) dans la classe G



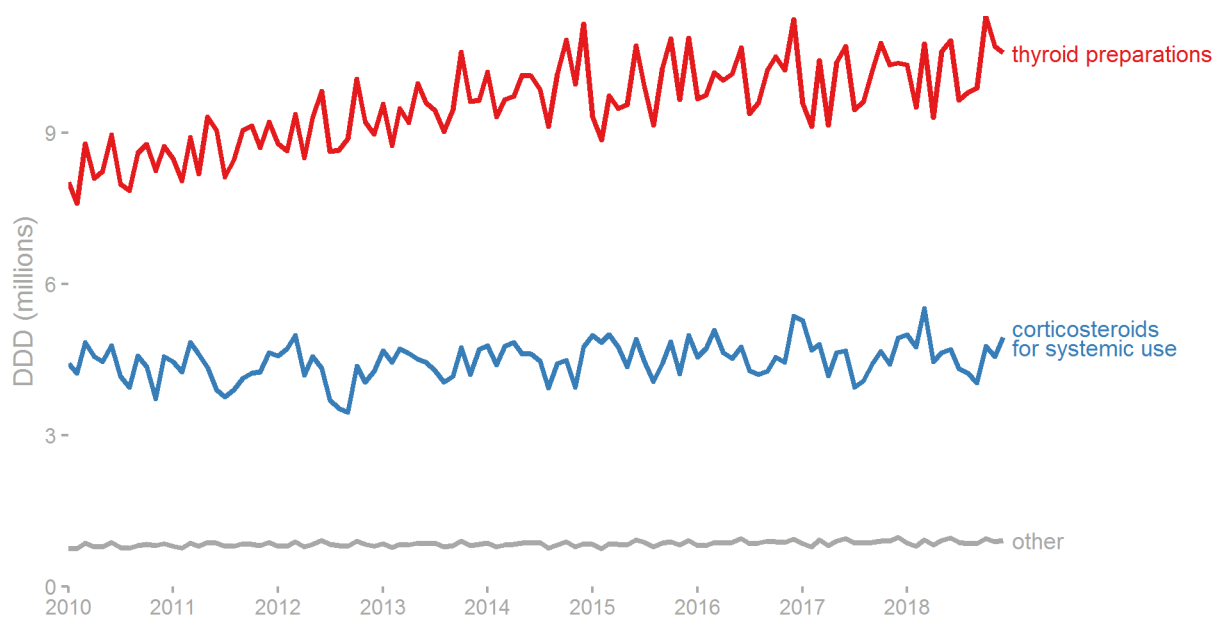
Graphique 21 : l'évolution de la consommation (DDD) dans la classe M



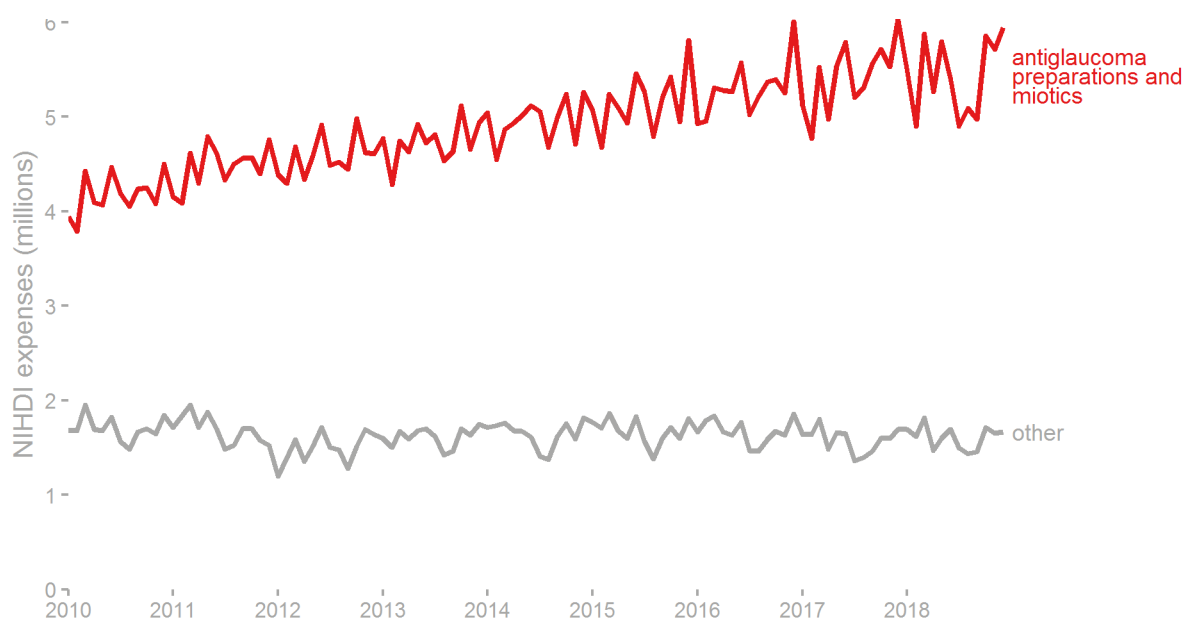
Graphique 22 : l'évolution de la consommation (DDD) dans la classe N



Graphique 23 : l'évolution de la consommation (DDD) dans la classe H



Graphique 24 : l'évolution de la consommation (DDD) dans la classe S



## Nouvelles substances

Pour conclure, jetons un coup d'œil aux nouveaux principes actifs ou combinaisons de principes actifs: ceux qui sont apparus sur le marché (ou qui sont devenus remboursables) en 2017 ou 2018.

### Nouveau en 2017

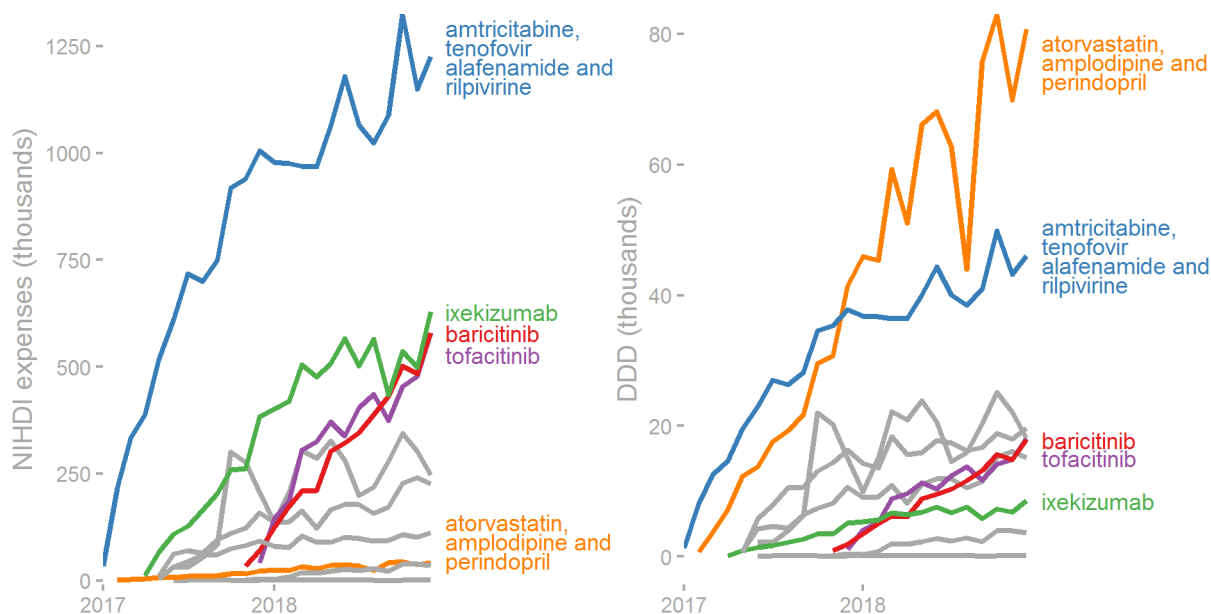
J05AR19	201701	emtricitabine, ténofovir alafénamide en rilpivirine	Odefsey®
C10BX11	201702	atorvastatine, amlodipine en périndopril	Lipertance®
L04AC13	201704	ixékizumab	Taltz®
C10AX13	201705	évolocumab	Repatha®
N07XX07	201705	fampridine	Fampyra®
B01AX05	201706	fondaparinux	Arixtra®
J07BM03	201706	papillomavirus (human types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58)	Gardasil 9®
J05AF13	201711	ténofovir alafénamide	Vemlidy®



L04AA37 201711 baricitinib  
 L04AA29 201712 tofacitinib

Olumiant®  
 Xeljanz®

Graphique 25 : l'arrivée des nouvelles substances en 2017



Deux compositions se distinguent clairement en termes de consommation : l'association d'atorvastatine, d'amlodipine et de périndopril et l'association emtricitabine, ténofovir alafénamide et rilpivirine. C'est en soi un comportement normal. Nous constatons souvent que les combinaisons de composants bien établis sont absorbées plus rapidement que les composants réellement nouveaux.

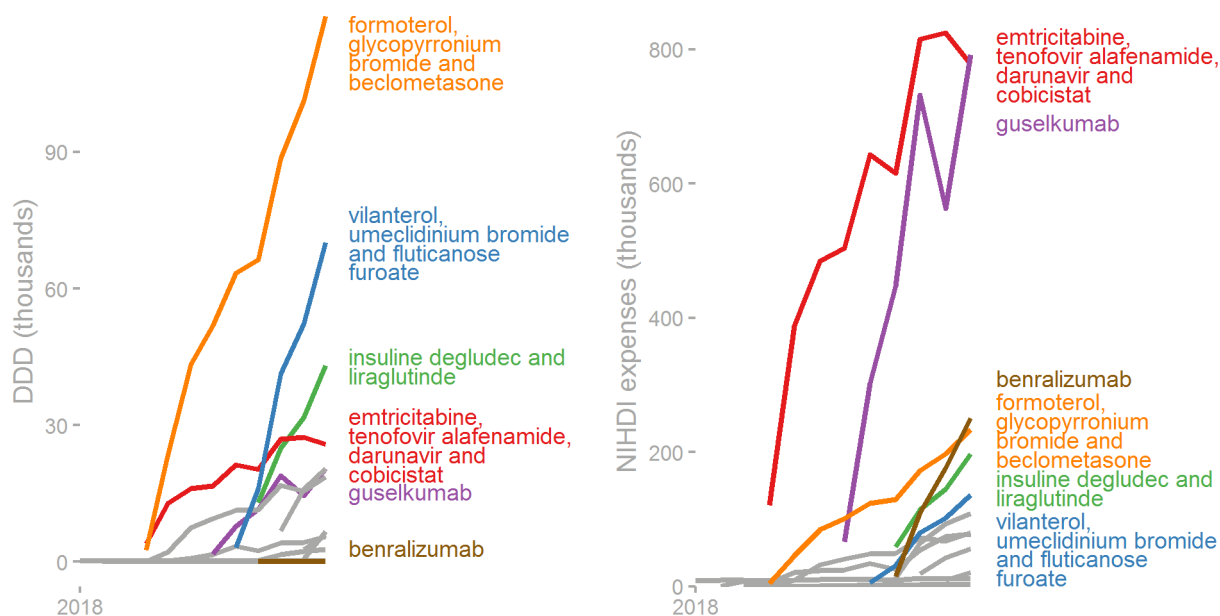
Dans les publications de l'INAMI, seule l'association emtricitabine, ténofovir alafénamide et rilpivirine se distingue. L'association d'atorvastatine, d'amlodipine et de périndopril coûte beaucoup moins cher pour l'INAMI. Ceci est directement lié au coût des composants individuels.

En outre, trois immunosuppresseurs coûtent désormais plus d'un demi-million d'euros par mois à la caisse d'assurance maladie. Il s'agit de l'ixécizumab, du baricitinib et du tofacitinib.

## Nouveau en 2018

J01CE08	201801	benzathine benzylpénicilline	Penadur®
L04AC14	201802	sarilumab	Kevzara®
A03AX58	201803	alvérine, associations	Simalviane®
J05AR22	201804	emtricitabine, ténofovir alafénamide, duranavir en cobicistat	Symtuza®
N02AX06	201804	Tapentadol	Palexia®
R03AL09	201804	formotérol glycopyrronium bromide et béclo méthasone	Trimbow®
C03DA04	201805	éplérénone	Eplerenone Mylan® (Inspra® is niet terugbetaalbaar)
L04AC16	201807	guselkumab	Tremfya®
R03AL08	201808	vilantérol, bromure d'uméclidinium et fluticasone furoate	Trelegy®
A10AE56	201809	insuline dégludec en liraglutinde	Xultophy®
L04AC12	201809	brodalumab	Kyntheum
R03DX10	201809	benralizumab	Fasenra®
N03AX23	201810	brivaracétam	Briviact®
A10AE54	201811	insuline glargine et lixisénatide	Suliqua Solostar®
C09BB07	201811	ramipril et amlodipine	Coramlo®
A07AA11	201812	Rifaximine	Targaxan®
M04AB05	201812	lésinurad	Zurampic®

Graphique 26 : l'arrivée des nouvelles substances en 2018



Parmi les nouveaux composés de 2018, ce sont encore une fois deux combinaisons qui sont de loin les plus consommées : l'association formotérol, bromure de glycopyrronium et béclo méthasone et l'association vilantérol, bromure d'umécldinium et furoate de fluticasone. L'assimilation de tout le reste est beaucoup plus lente.

Pour deux substances, les dépenses de l'INAMI sont bien supérieures aux autres : Il s'agit du guselkumab et de l'association d'emtricitabine, de ténofovir alafénamide, de duranavir et de cobicistat. Le premier est un nouvel antagoniste d'interleukine (IL-23), un groupe en pleine évolution. La seconde est une combinaison dont le coût est directement lié au coût des substances individuelles.