

«IPhEB-Monthly» Données janvier 2017 (publication avril 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 dans le tableau ci-dessous proviennent de la base de données IFSTAT des fournitures pharmaceutiques délivrées dans les officines ouvertes au public et remboursées par l'assurance obligatoire dans le cadre du système du tiers payant (voir aussi www.ipheb.be pour plus d'information au sujet de la base de données IFSTAT). Les données dans les tableaux se limitent aux médicaments remboursés et les 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	2.686,709	465,781	3.105,690	101,164	260,785	5.369,318	8,945	8,9%	11,877	4,6%
2017/2016	0,3%	0,0%	0,3%	-3,9%	18,4%	0,2%	-1,2%		19,3%	
2016/2015	1,26%	-1,24%	0,43%	-1,57%	387,32%	2,17%	-7,50%	-6,01%	478,34%	18,61%
201602	213,754	37,377	247,527	8,516	11,809	420,623	0,829	9,1%	0,825	5,1%
201603	223,826	39,018	259,154	9,454	13,021	476,457	0,873	9,1%	0,954	5,4%
201604	218,111	37,640	252,159	8,332	14,531	419,554	0,731	9,1%	0,663	4,3%
201605	219,187	37,798	253,249	8,530	15,191	423,065	0,725	9,0%	0,686	3,9%
201606	231,554	39,301	267,006	9,050	16,582	449,834	0,755	9,0%	0,937	5,6%
201607	206,992	34,659	237,926	8,544	16,254	440,934	0,649	8,8%	0,846	4,5%
201608	210,972	35,270	242,573	8,562	18,065	445,610	0,639	8,6%	0,803	4,4%
201609	223,825	38,556	258,351	8,932	18,469	464,177	0,690	8,7%	0,852	4,6%
201610	234,900	44,392	274,039	7,853	20,084	412,689	0,749	8,8%	0,823	4,0%
201611	231,979	41,214	268,799	7,931	19,575	422,633	0,753	9,0%	0,827	4,5%
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%

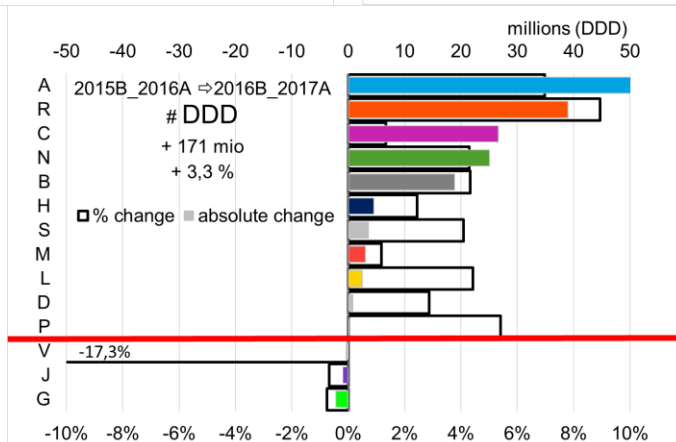
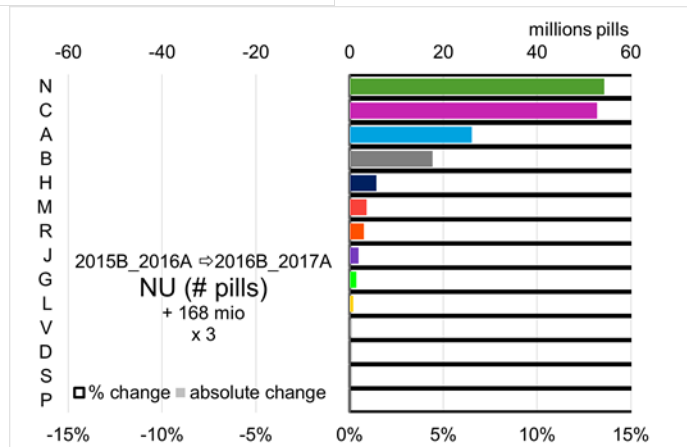
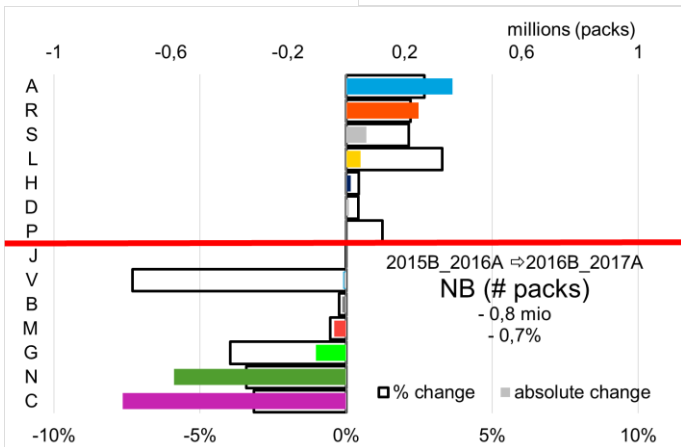
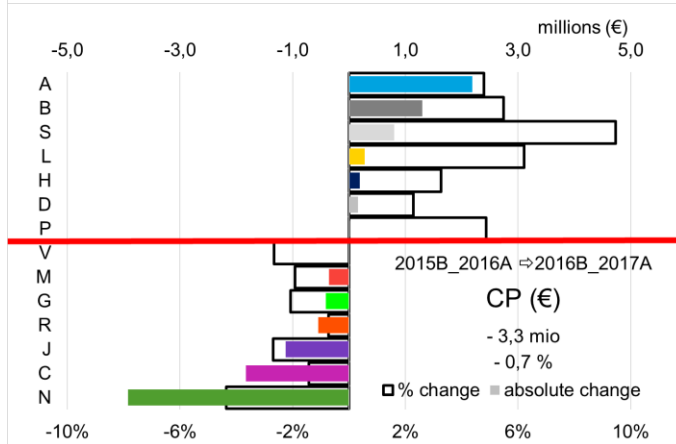
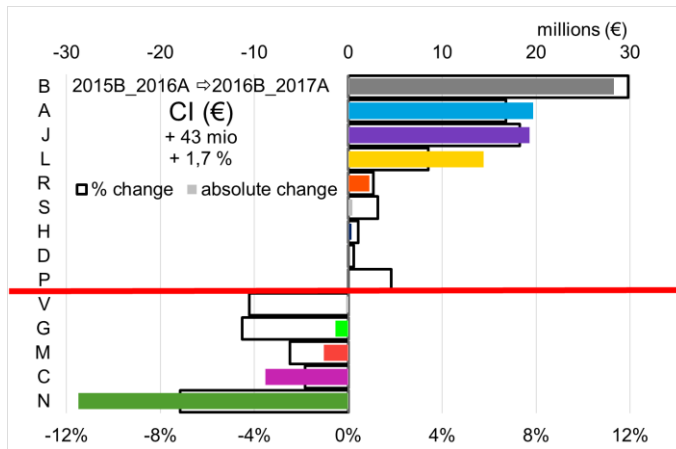
Ce tableau reprend l'information relative aux délivrances en scindant les données des conditionnements (NB) et des unités (NU). Les unités sont les unités de médicaments « tarifés à l'unité » et qui sont des médicaments sous forme orale solide délivrés aux résidents de maisons de repos ou de maisons de repos et de soins. La « tarification à l'unité » a démarré en avril 2015, et son déploiement a été lent.

Reprécisons ce que représentent les différents paramètres repris dans le tableau.

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 à des résidents de MR et MRS.
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 ».

Changements dans les classes ATC principales



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

En regardant les graphiques avec les changements de ces 12 derniers mois (février 2016 – janvier 2017), par rapport au 12 mois précédents (février 2015 – janvier 2016), on observe que

- les augmentations du CI (coût INAMI) sont plus nombreuses et plus importantes que les diminutions ;
- les diminutions du CP (coût patient) sont plus importantes que les augmentations ;
- les diminutions du NB (nombre de conditionnements) sont plus importantes que les augmentations, mais il faut tenir compte du fait qu'une partie de la consommation est désormais tarifée à l'unité (médicaments sous forme orale solide délivrés à des patients en maisons de repos ou de repos et de soins) ;
- dans presque toutes les classes, la consommation (mesurée en DDD) a augmenté.

Les principaux changements (les 12 derniers mois comparés au 12 mois précédents) dans les classes thérapeutiques principales, se résument ainsi :

- dans les classes A, B, H, L, et S les paramètres ont tous augmenté ;
- dans la classe G les paramètres ont tous diminué ;
- dans les classes C et N, les dépenses ont fortement diminué, tandis que la consommation a fortement augmenté.

A l'intérieur des classes thérapeutiques principales, on constate les changements suivants au niveau des ATC pertinents :

- A la consommation dans A02 (antiacides) a augmenté de presque 10% ;
- B pour tous les paramètres on continue à voir des augmentations d'environ 30% annuels dans la classe des NOACs ;
- C la diminution des dépenses (CI et CP) est générale, la consommation (DDD) diminue dans C01 (thérapie cardiaque), celle des hypolipémiants (C10) augmente, et celle des antihypertenseurs (C02 à C09) reste stable ;
- D pas de changements importants dans la classe des préparations dermatologiques ;
- G les diminutions de tous les paramètres se manifestent dans toutes les sous-classes pertinentes ;
- H l'augmentation de la consommation (DDD) est générale, mais dans l'absolu elle est la plus forte (+ 3,2 mio DDD) dans H03A (thyroïmimétiques) – voir aussi le ZOOM qui suit ;
- J le CI a surtout augmenté dans J05 (antiviraux) (+19 mio euros, +17%) correspondant à + 500.000 DDD, +8,2% ; le nombre de DDD a surtout diminué dans J01 (antibiotiques) (-1,4 mio DDD, -1,2%) correspondant à -0,6 mio euros CI, -0,9% ;
- L le CI de L04(*) (autres immunosuppresseurs que les anti TNF α , avec notamment le tocilizumab (L04AC07 – Roactemba®), l'aprémilast (L04AA32 – Otezla®) et le secukinumab (L04AC10 – Cosentyx®) qui sont arrivés ces deux dernières années) a augmenté de 20 mio euro, +28,4%, correspondant à + 1,5 mio DDD, +7,9% ;
- M peu de changements, sauf l'augmentation de la consommation (DDD) dans M04 (antigoutteux) de 2,2 mio DDD, +5% ;
- N fortes augmentations de la consommation (DDD) dans N06A (antidépresseurs) (+ 10 mio DDD, +3%), dans N03 (antiépileptiques) (+ 6 mio DDD, +11%), dans les analgésiques (ensemble de N02A et N02(*)) (+ 5 mio DDD, +7%) et fortes diminutions du CI dans N06A (antidépresseurs) (- 20 mio euros, -18%) et dans N05A (antipsychotiques) (-12 mio euros, -11%)
- P pas de changements importants dans la classe des antiparasitaires, insecticides et répellants ;
- R augmentations importantes de la consommation (DDD) dans R06 (antihistaminiques systémiques) (+ 10 mio DDD, +8%) et dans R(*), où l'augmentation de 19 mio DDD (+ 28%) correspond à l'augmentation de la consommation de corticostéroïdes nasaux (R01AD) après l'annonce de leur possible déremboursement ;
- S pas de changements importants dans la classe des organes sensoriels ;
- V pas de changements importants dans la classe des divers.

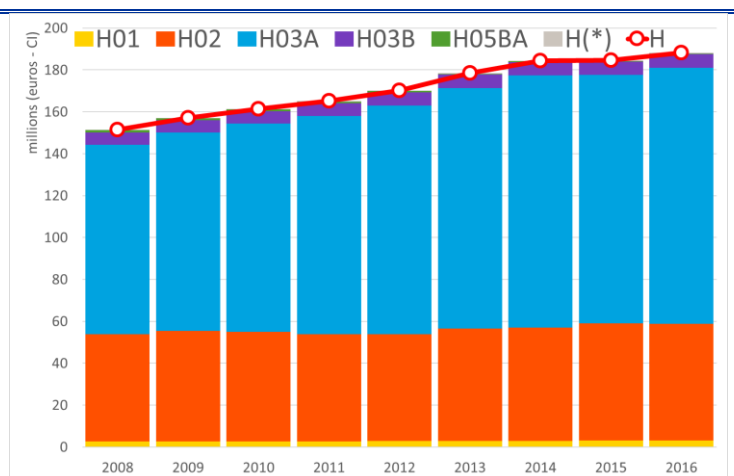
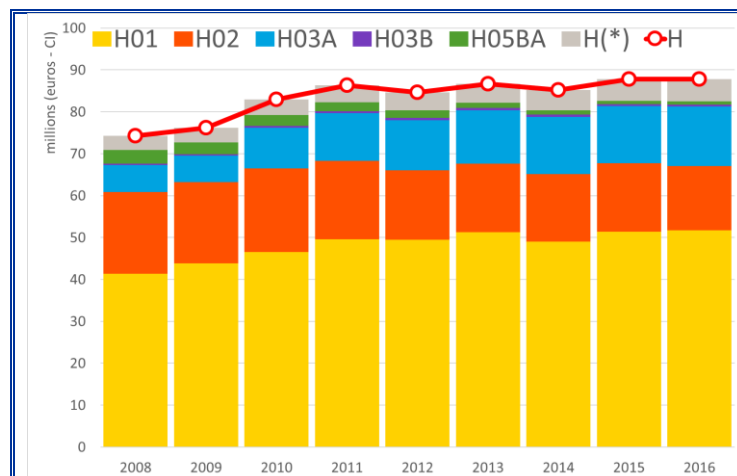
L'introduction de la tarification à l'unité des médicaments sous forme orale solide pour les patients en maison de repos et de repos et de soins a conduit à des changements, qui sont pour l'instant encore difficiles à évaluer. En effet, pendant les 12 mois précédents (février 2015 – janvier 2016) auxquels on compare les douze derniers mois, la tarification a progressivement été introduite à partir d'avril 2015 (2015D) de sorte qu'il manque pour l'instant une bonne base de comparaison.

ZOOM sur les changements dans la classe H

Depuis 2013 le ZOOM est alternativement consacré à une des classes thérapeutiques principales et à un sujet spécifique. Ainsi, ce mois-ci, c'est le tour de la classe H des hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles. La dernière fois que le ZOOM était consacré aux changements de la classe H, c'était dans l'IPhEB Monthly de juin 2014, avec les données jusque mars. Et le mois passé, en faisant le bilan de 2016, on a regardé, comme pour les autres classes, les changements récents de la classe H.

La classe H (hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles) représente (en 2016) 3,3% du CI (coût INAMI) et 3,5% de la consommation (DDD) dans l'ensemble des médicaments remboursés. Pour la consommation (les DDD) ce pourcentage est stable depuis déjà plusieurs années, ce qui veut dire que la consommation dans la classe H augmente comme l'ensemble de la consommation de médicaments remboursés. Pour le CI la situation est différente, puisqu'au fil des dernières années, la part de la classe H dans les dépenses de l'INAMI a augmenté de 2,8% en 2008 (année où les petits risques des indépendants ont été repris dans l'assurance obligatoire) à 3,3% à l'heure actuelle.

Dans la classe H le coût moyen n'a donc pas évolué comme ailleurs dans les médicaments remboursés. Mais n'oublions pas que la classe H comprend des sous-classes très différentes, avec des coûts et des consommations fort différentes, comme le rappellent les graphiques ci-dessous.



Graphique 1 : Dépenses annuelles (2008-2016) de l'assurance obligatoire (CI – coût INAMI) dans la classe H (hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles), répartition selon ses sous-classes ATC pertinentes (légende dans le Tableau 1).

Graphique 2 : Consommation annuelle (2008-2016) dans la classe H (hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles), répartition selon ses sous-classes ATC pertinentes (légende dans le Tableau 1).

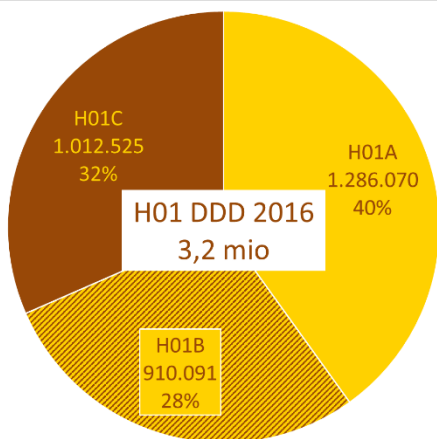
H	hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles
H01	hormones hypophysaires, hypothalamiques et analogues
H02	corticostéroïdes à usage systémique
H03A	thyroïmimétiques
H03B	thyrostatiques
H05BA	calcitonine
H(*)	autres médicaments de la classe H

Tableau 1 : Sous-classes pertinentes de la classe H

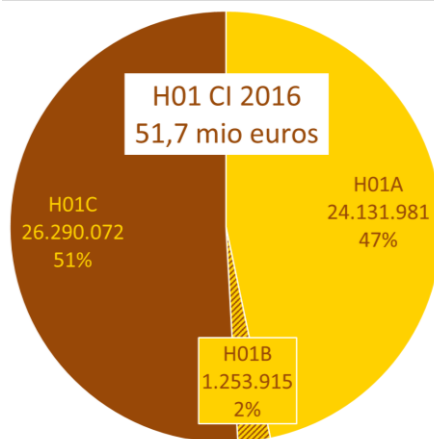
En regardant les graphiques, on observe que la consommation de thyroïmimétiques (H03A – bleu) est élevée et en augmentation, mais que les coûts qu'ils engendrent sont limités. Par contre, les hormones hypophysaires, hypothalamiques et analogues (H01 – jaune) sont chères, mais elles sont moins prescrites. Dans la sous-classe des corticostéroïdes à usage systémique (H02 - orange), les dépenses ont diminué depuis 2008, tandis que la consommation a légèrement augmenté. Les autres sous-classes pertinentes ne représentent que des petites parties des dépenses INAMI ou de la consommation.

Dans la sous-classe H01 des hormones hypophysaires, hypothalamiques et analogues, nous distinguons 3 types d'hormones

- H01A (hormones de l'hypophyse antérieure et analogues) comprenant l'hormone de croissance (H01AC01 – somatotropine) et un analogue de l'hormone de croissance (H01AX01 – pegvisomant).
Dans H01A le CI a augmenté de € 20 mio en 2008 à € 24 mio en 2016 (+18,4%), et la consommation a augmenté de 1,1 mio DDD en 2008 à 1,3 mio DDD en 2016 (+18,8%). Les dépenses ont donc évolué comme la consommation, ce qui veut dire que le coût unitaire (CI/DDD) est resté stable (≈ 18,73 euro/DDD).
- H01B (hormones de l'hypophyse postérieure), représenté presque exclusivement par un seul antidiurétique, la desmopressine (H01BA02).
Dans H01B les dépenses ont diminué de 41% (de € 2,1 mio en 2008 à € 1,3 mio en 2016), tandis que la consommation ne diminuait que de 9% (de 1 mio DDD en 2008 à 0,9 mio DDD en 2016), ce qui correspond à une baisse du coût INAMI unitaire de la desmopressine de 34%, de 2,1 euro/DDD en 2008 à 1,38 euro/DDD en 2016.
- H01C (hormones hypothalamiques), l'octréotide (H01CB02) et le lanréotide (H01CB03), indiqués pour le traitement de tumeurs.
Dans H01C le CI a augmenté de € 19 mio en 2008 à € 26 mio en 2016 (+39%), et la consommation a doublé, de 0,5 mio DDD en 2008 à 1 mio DDD en 2016. Les dépenses ont donc moins augmenté que la consommation, ce qui veut dire que dans H01C le coût unitaire (CI/DDD) a diminué, de 37,38 euro/DDD en 2008 à 25,96 euro/DDD en 2016.



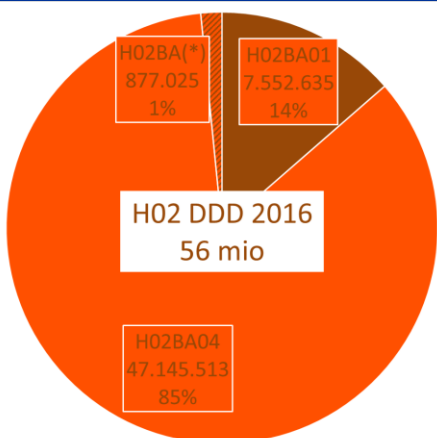
Graphique 3 : Répartition actuelle (2016) de la consommation (DDD) et des dépenses de l'assurance obligatoire (CI) dans la sous-classe H01 (hormones hypophysaires, hypothalamiques et analogues), répartie au niveau ATC(3).



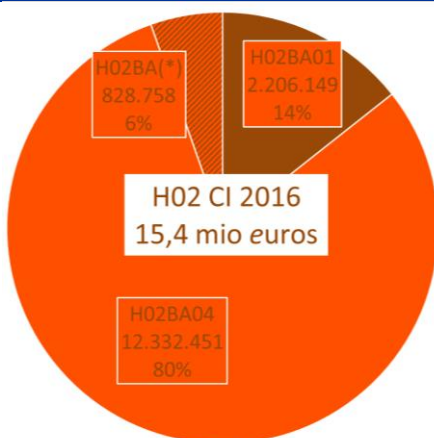
Si on regarde la répartition de la consommation de ces 3 types d'hormones, on voit qu'en 2016 les parts sont du même ordre de grandeur (≈ 1 mio DDD), tandis que les coûts se répartissent presque entièrement entre H01A et H01C, comme on peut le voir sur les camemberts ci-contre (Graphique 3).

Dans la sous-classe des corticostéroïdes à usage systémique (H02) la consommation a légèrement augmenté depuis 2008 (+8,4% sur la période, croissance moyenne annuelle de 1%), tandis que les dépenses de l'INAMI ont diminué (-21% sur la période, moyenne annuelle de -3%).

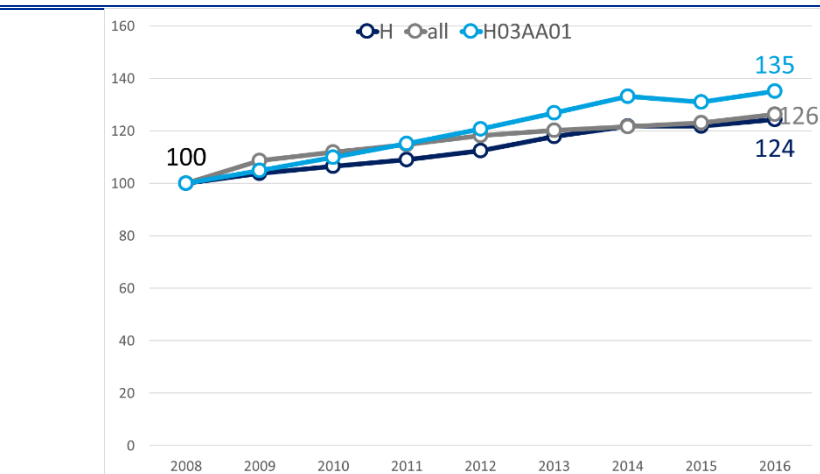
Les deux substances importantes de cette sous-classe sont la méthylprednisolone (H02AB04) dont la consommation a augmenté (de 40 mio DDD en 2008 à 47 mio DDD en 2016, +18%) et la bétaméthasone (H02AB01) dont la consommation a diminué (de 10 mio DDD en 2008 à 7,5 mio DDD en 2016, -25%). La méthylprednisolone représente actuellement 85% des DDD dans les corticostéroïdes systémiques (cf. Graphique 4). Et comme son prix a diminué ces dernières années suite aux baisses de prix imposées aux « vieux » médicaments ou qui ne sont plus protégés par un brevet, cela résulte en des économies pour l'INAMI.



Graphique 4 : Répartition actuelle (2016) de la consommation (DDD) et des dépenses de l'assurance obligatoire (CI) dans la sous-classe H02 (corticostéroïdes à usage systémique), répartie sur ses principales substances actives, la bétaméthasone (H02AB01) et la méthylprednisolone (H02AB04), et les autres (H02BA(*) substance actives



Mais dans la consommation (DDD) de la classe H, la sous-classe H03A des thyroïmimétiques est la plus importante. Elle se limite pour l'instant à la lévothyroxine (H03AA01), qui représente 65% des DDD de la classe H. Cette part est en augmentation, puisque la consommation de la lévothyroxine augmente plus vite que la consommation dans l'ensemble des médicaments remboursés ou dans l'ensemble de la classe H, comme cela apparaît dans le Graphique 5. Cela s'explique sans doute en partie par le fait que la lévothyroxine est surtout consommée par des personnes plus âgées : actuellement 75% des DDD de la lévothyroxine sont délivrées à des patients de 50 ans ou plus, qui représentent 38% de la population. Ainsi la lévothyroxine se trouve à l'heure actuelle à la 7^{ème} place quand on trie les substances actives selon le nombre de DDD délivrés.



Graphique 5 : Comparaison de l'évolution de la consommation (DDD) annuelle (2008-2016) de médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public (all - gris), d'hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles (H - bleu foncé) et de thyroïmimétiques (H03A - bleu clair), sur base d'indexés basées (base 100) en 2008.

pas visible dans les dépenses, et dans les dépenses apparaît la classe H(*) des « autres » médicaments de la classe H (en gris). Ce que l'on voit, ce sont les dépenses pour le cinacalcet (H05BX01), indiqué pour l'hyperparathyroïdie - hypercalcémie en cas de carcinome parathyroïdien. La calcitonine, synthétique ou naturelle, humaine ou animale (H05BA - vert) est également uniquement visible dans le graphique des dépenses, et on voit que les dépenses qu'elle engendre diminuent progressivement. Et ce n'est pas parce qu'elle devient moins chère, mais bien parce que le nombre de DDD délivrées dans les officines ouvertes au public a fortement diminué (de 851.000 DDD en 2008 à 241.000 DDD en 2016).

Les autres sous-classes pertinentes de la classe H, ne représentent que des parts limitées, aussi bien dans la consommation que dans les dépenses (cf. Graphique 1). Dans la répartition de la consommation (DDD) on voit encore la sous-classe des thyroïstatiques (H03B - en mauve) qui n'est