

«IPhEB-Monthly» Données avril 2017 (publication juillet 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	2.602,499	431,425	2.996,332	99,809	245,819	5.182,525	8,490	8,5%	12,490	5,1%
2017/2016	-2,8%	-7,4%	-3,3%	-5,2%	11,6%	-3,3%	-6,2%	-1,1%	25,4%	
2016/2015	1,26%	-1,24%	0,43%	-1,57%	387,32%	2,17%	-7,50%	-6,01%	478,34%	18,61%
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%
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%

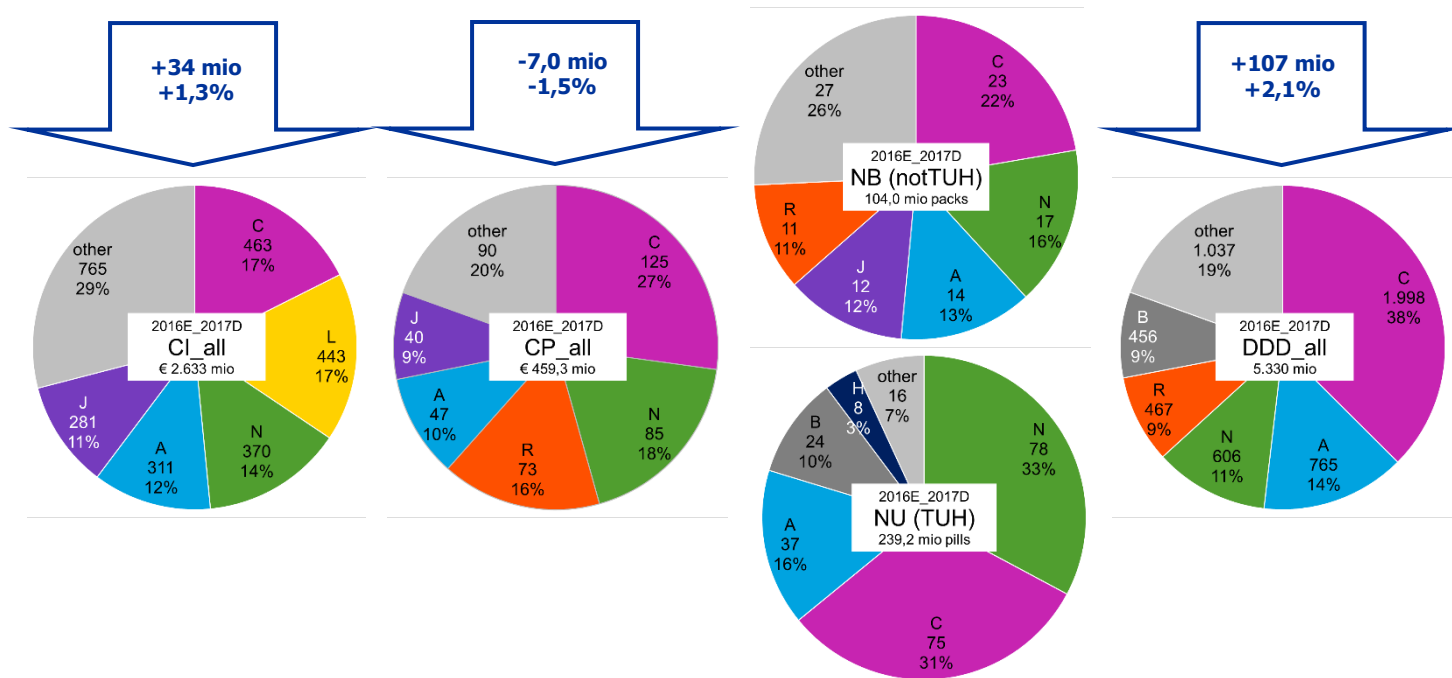
Ce tableau reprend l'information relative aux délivrances en scindant les données des conditionnements (NB) et des unités (NU). Les unités sont les unités de médicaments « tarifés à l'unité » et qui sont des médicaments sous forme orale solide délivrés aux résidents de maisons de repos ou de maisons 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 ».

Répartition sur les classes ATC principales



Ces camemberts montrent pour l'ensemble des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, la répartition des principales grandeurs (l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix des médicaments (CI – coûts INAMI), les tickets modérateurs (CP – coûts patients) et la consommation, exprimée en DDD) sur les classes thérapeutiques principales les 12 derniers mois (mai 2016-avril 2017). Dans chacun des camemberts, on voit le TOP5 des classes pour le paramètre concerné, ainsi que « other », l'ensemble des 9 autres classes.

Les valeurs et les pourcentages dans les flèches indiquent les changements par rapport aux 12 mois précédents (mai 2015 – avril 2016). On voit que la consommation (mesurée en DDD) continue d'augmenter, bien que le taux de croissance devienne plus faible. Le coût total des médicaments remboursés a augmenté ces 12 derniers mois, malgré la diminution relativement importante (-1,5%) de la masse des tickets modérateurs (CP), mais qui est, en valeur absolue, moins importante que l'augmentation des dépenses de l'assurance (CI).

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

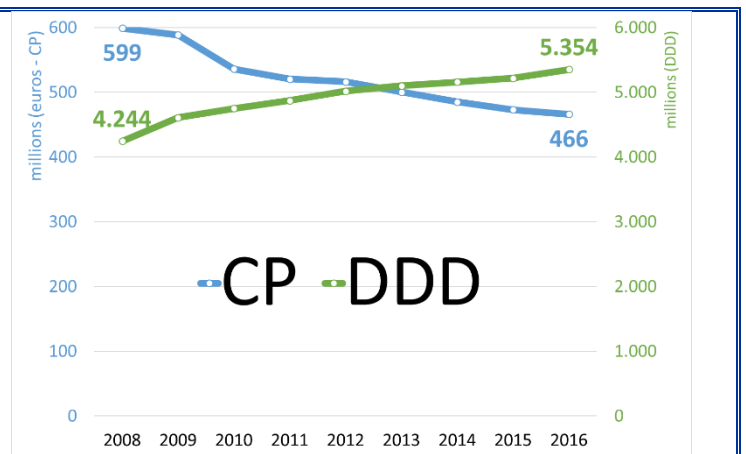
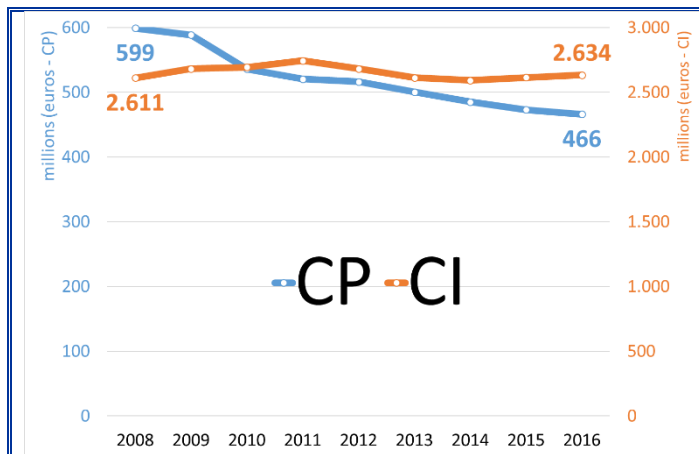
Zoom sur l'évolution du coût patient (CP)

Comme nous le constatons chaque mois dans le tableau récapitulatif de la page 1, ainsi que dans la comparaison des années flottantes à la page 2, le coût patient (CP – cost patient) ne cesse de diminuer, pendant que la consommation de médicaments remboursés continue d'augmenter. Précisons ici que le CP comprend les tickets modérateurs calculés en fonction de la base de remboursement (ex-usine) des médicaments, et aussi les possibles suppléments si le prix public dépasse la base de remboursement.

Dans un premier temps nous regarderons l'évolution conjointe du CP et d'autres paramètres. Il s'agit là d'une vision globale pour l'ensemble des médicaments remboursés, délivrés dans les officines ouvertes au public, qui porte sur les données annuelles de 2008 à 2016, l'année 2008 étant l'année de la reprise des petits risques des indépendants dans l'assurance obligatoire.

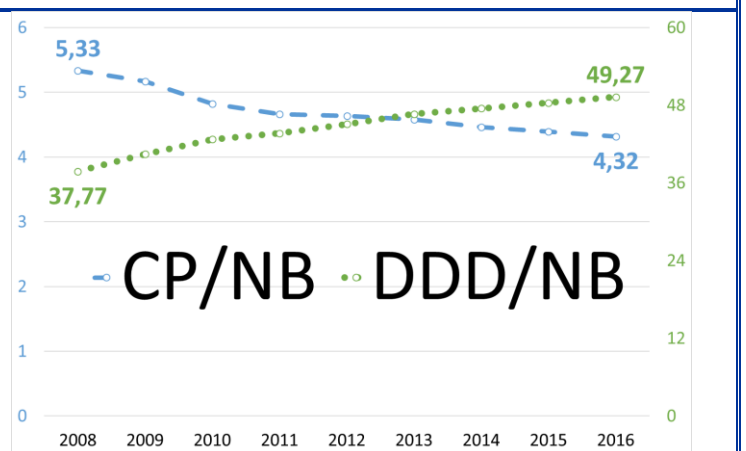
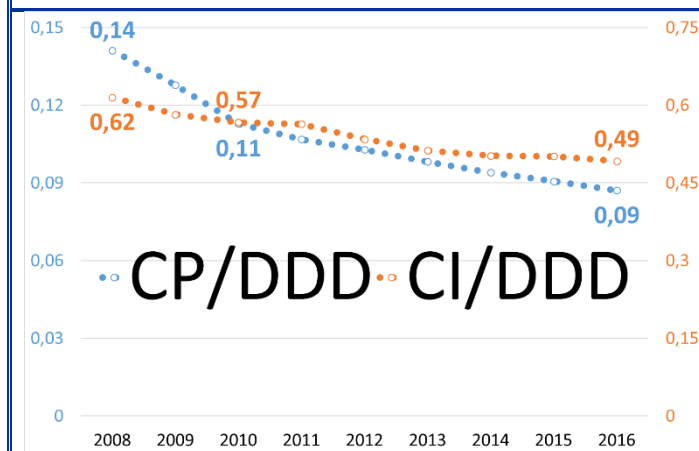
Ensuite nous considérerons aussi l'évolution annuelle (2008-2016) des différentes catégories de remboursement.

Et nous terminerons par un coup d'œil sur la situation en 2017. Des changements de conditions de remboursement, basés sur l'Evidence-Based Medicine (EBM) et faisant partie des mesures d'économie dans les soins de santé, risquent de bouleverser ces évolutions. Nous examinerons s'il y a des effets visibles dans les données des 4 premiers mois de l'année.



Graphique 1 : évolution annuelle (2008-2016) du CP (coût patient – bleu – axe vertical à gauche) des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, et du CI (coût INAMI – orange – axe vertical à droite) correspondant.

Graphique 2 : évolution annuelle (2008-2016) du CP (coût patient – bleu – axe vertical à gauche) des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, et de la consommation (DDD – vert – axe vertical à droite) correspondante.



Graphique 3 : évolution annuelle (2008-2016) du CP/DDD moyen (coût patient par DDD – bleu – axe vertical à gauche) des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, et du CI/DDD moyen (coût INAMI par DDD – orange – axe vertical à droite) correspondant.

Graphique 4 : évolution annuelle (2008-2016) du CP/NB moyen (coût patient par conditionnement – bleu – axe vertical à gauche) des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, et de la taille moyenne des conditionnements (DDD/NB – vert – axe vertical à droite) correspondante (hors tarification à l'unité).

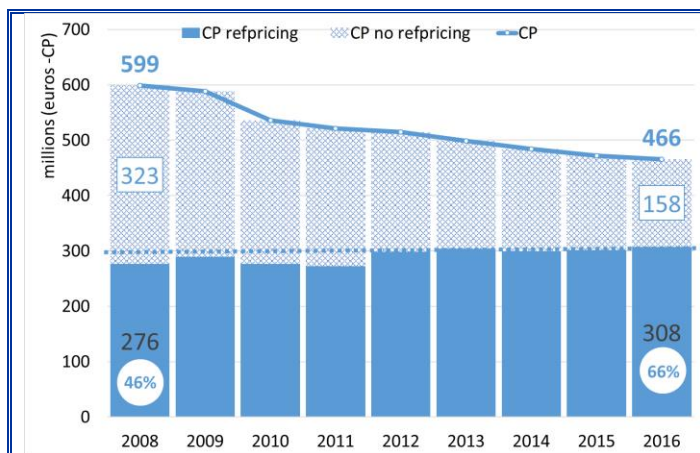
Le premier graphique, en haut à gauche, montre l'évolution du CP par rapport à l'évolution de l'intervention de l'INAMI dans le prix des médicaments (CI). Tandis que ce dernier se maintient de manière assez stable un peu au-dessus de 2,6 milliards d'euro, le CP a diminué d'environ 600 millions d'euros en 2008 à environ 460 millions d'euros en 2016, soit une diminution de 22,2% sur l'ensemble de la période ou une diminution moyenne de 3,1% par an. Sur le graphique suivant (Graphique 2), on voit l'évolution conjointe du CP et de la



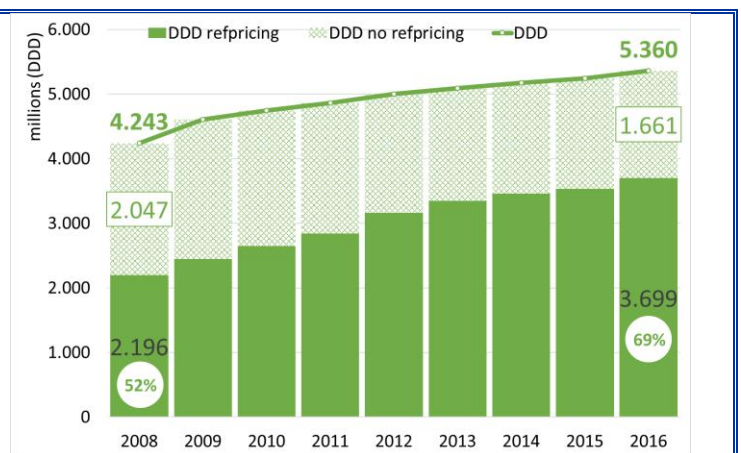
consommation. On observe que le CP a diminué, malgré une forte augmentation de la consommation durant la période représentée, de 4,2 milliards de DDD en 2008 à 5,4 milliards en 2016, soit une augmentation de 26,2%, ou un taux de croissance moyen de 2,9% par an.

On peut donc résumer que la forte diminution du CP correspond à une intervention stable de l'assurance obligatoire, et une forte augmentation de la consommation. Cela implique que la diminution du coût patient par DDD (CP/DDD) est encore plus importante que la diminution du CP, et que l'intervention de l'INAMI par DDD (CI/DDD) a diminué, pendant que le CI est resté assez stable. Le Graphique 3 montre comment les coûts unitaires ont diminué. Pour le CP/DDD cela correspond à une diminution de 38% sur l'ensemble de la période et à une diminution moyenne de 6% par an. Pour le CI/DDD, la diminution est de 20% sur l'ensemble de la période représentée, ce qui correspond à une diminution moyenne de 2,8% par an.

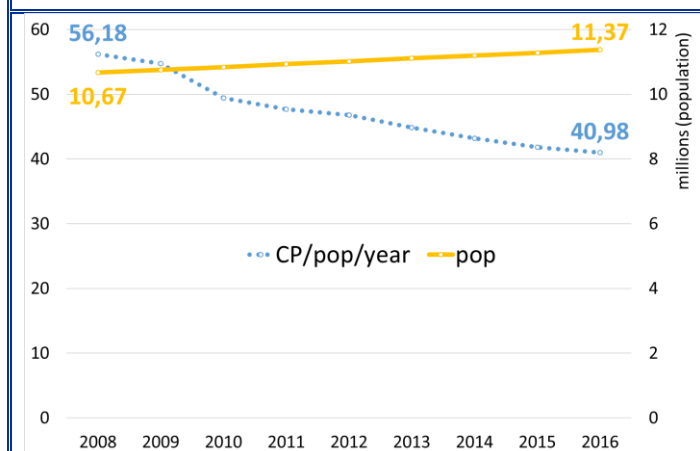
Un autre graphique (Graphique 4) illustre le lien entre la taille des conditionnements, mesurée en DDD, et le coût patient par DDD : plus la taille augmente, moins le patient paie. C'est compréhensible parce que la plupart des tickets modérateurs sont plafonnés, et dès que le prix public est un peu élevé, le patient ne paye pas plus pour un traitement de 3 mois que pour un traitement d'un mois. L'augmentation de la taille des conditionnements a en grande partie été déclenchée par le remboursement de référence. Ce sont les génériques pour des traitements chroniques qui ont commencé à se présenter dans de grands conditionnements, et les originaux ont suivi le mouvement. Durant la période représentée (2008-2016) plusieurs classes importantes sont entrées dans le remboursement de référence. Pensons à l'atorvastatine, les sartans, plusieurs antipsychotiques et antidépresseurs, ... Comme on peut le voir dans le Graphique 6 ci-dessous, le remboursement de référence qui représentait la moitié de la consommation en 2008, constituait deux tiers des DDD en 2016. Quand on regarde ce que cela signifie pour les dépenses des patients (Graphique 5), on voit qu'en valeur la part du CP dans le remboursement de référence n'a plus vraiment augmenté depuis 2012, malgré l'augmentation de la consommation, et que la diminution des tickets modérateurs est surtout importante dans la partie en dehors du remboursement de référence. N'oublions pas qu'au sein du remboursement de référence, il y a des suppléments à payer par le patient. En effet, c'est justement là que certains originaux ont des prix plus élevés que la base de remboursement, et ces différences sont à charge des patients.



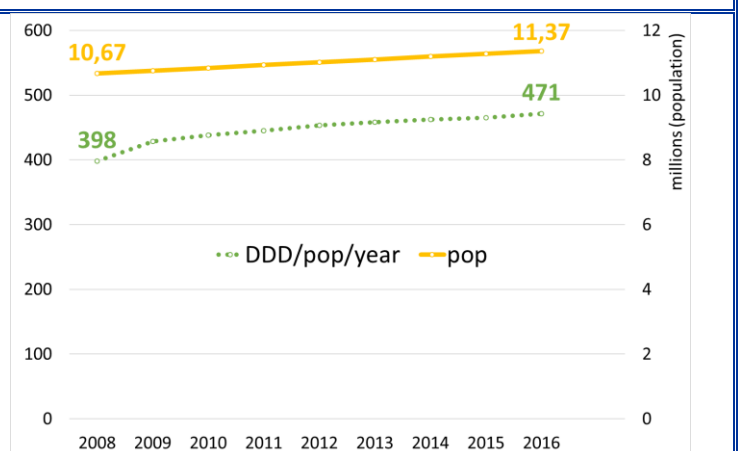
Graphique 5 : évolution annuelle (2008-2016) du CP (coût patient – bleu) des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, réparti selon qu'il s'agit de médicaments dans le remboursement de référence (CI refpricing – plein) ou non (CP norefpricing – hachuré).



Graphique 6 : évolution annuelle (2008-2016) de la consommation (DDD – vert) de médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, réparti selon qu'il s'agit de médicaments dans le remboursement de référence (DDD refpricing – plein) ou non (DDD norefpricing – hachuré).



Graphique 7 : évolution annuelle (2008-2016) du CP/pop moyen (ticket modérateur par habitant – bleu – axe vertical à gauche) des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, et de la population (pop – jaune – axe vertical à droite) correspondant.



Graphique 8 : évolution annuelle (2008-2016) du DDD/pop moyen (consommation moyennes par habitant – vert – axe vertical à gauche) des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, et de la population (pop – jaune – axe vertical à droite) correspondant.

Pour évaluer ce que cette diminution du CP signifie au niveau du patient individuel, nous avons aussi fait le lien avec l'évolution de la population. Comme on peut le voir (Graphiques 7 et 8) la population a augmenté à une allure quasi constante de 0,8% par an durant la période représentée. La consommation moyenne par habitant a également augmenté. La croissance était plus importante au début de la période, mais même si elle ralentit, la consommation moyenne continue d'augmenter et elle atteignait 471 DDD par habitant en 2016, soit une moyenne de 1,3 DDD par jour. Malgré cela, le patient a payé de moins en moins. Le CP moyen par habitant et par an a diminué de € 56,18 en 2008 à € 40,98 en 2016, ce qui correspond à une diminution annuelle moyenne de presque 4% par an. Ajoutons que cette évolution ne tient pas compte de l'effet MAF (maximum à facturer). Comme le MAF n'est repris dans nos données que depuis sa reprise dans le tiers payant (2015), il n'est pas possible de le comptabiliser pour les années précédentes. Mais cela veut bien dire que les montants CP, CP/DDD, CP/NB, CP/pop repris ci-dessus sont encore surévalués et que les vraies dépenses des patients pour des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public sont inférieures aux montants cités ici.

Ci-dessus, nous avons regardé la masse totale du coût patient, ainsi que le coût patient moyen par DDD pour l'ensemble des médicaments remboursés. Regardons maintenant aussi la répartition sur les différentes catégories de remboursement :

- Catégorie A : spécialités d'importance vitale, comme les médicaments destinés au traitement du diabète ou du cancer.
- Catégorie B : spécialités pharmaceutiques importantes sur le plan thérapeutique, comme les antihypertenseurs.
- Catégorie C : médicaments destinés au traitement symptomatique, comme l'association de tramadol et de paracétamol
- Catégorie Cs : vaccins contre la grippe, médicaments contre les allergies (R06)
- Catégorie Cx : par exemple, les produits contraceptifs, ou encore l'oxybutynine, la bétahistine, ...

Mentionnons aussi qu'un grand nombre de médicaments sont remboursables dans plusieurs catégories, dépendant de l'indication pour laquelle ils sont prescrits, comme certains médicaments antiépileptiques (N03) ou antipsychotiques (N05) et même les statines.

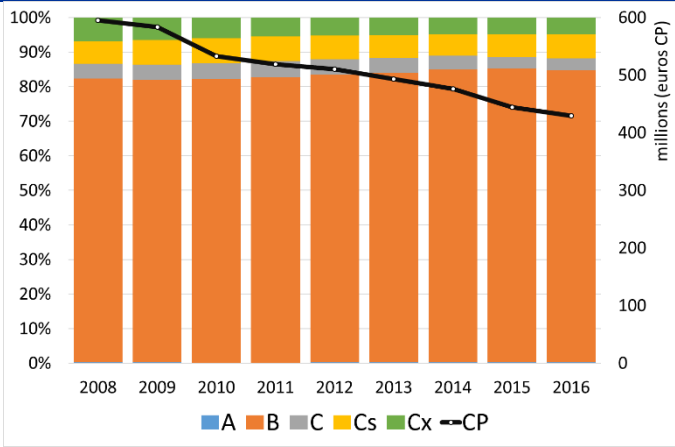
Selon la catégorie de remboursement, le ticket modérateur est plus ou moins important. Les règles de calcul pour déterminer le montant du ticket modérateur en fonction de la base de remboursement (ex-usine), distinguent les bénéficiaires ordinaires des bénéficiaires préférentiels. Les tickets modérateurs des catégories de remboursement B et C sont plafonnés.

Le tableau ci-dessous (Tableau 1) reprend les pourcentages moyens que représente le CP dans le prix du médicament (tickets modérateurs et suppléments éventuels), selon les différentes catégories de remboursement.

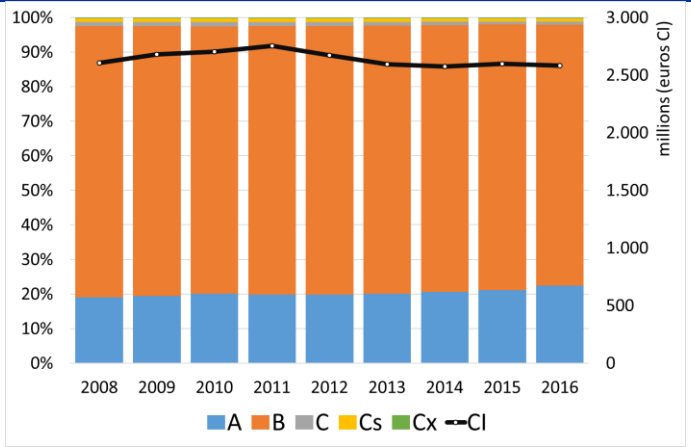
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
A	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
B	19,3%	18,6%	17,3%	16,7%	17,0%	17,0%	16,9%	15,9%	15,7%
C	46,0%	44,4%	41,6%	41,2%	42,3%	43,0%	43,3%	41,6%	39,3%
Cs	60,8%	60,7%	59,2%	59,0%	58,2%	57,0%	56,1%	55,5%	55,5%
Cx	82,3%	82,2%	77,6%	76,0%	75,5%	75,1%	74,3%	73,9%	74,5%
Global	18,6%	17,9%	16,5%	15,9%	16,0%	16,0%	15,6%	14,6%	14,2%

Tableau 1 : Évolution annuelle (2008-2016) de la part du CP dans le prix total des médicaments remboursés, selon les catégories de remboursement.

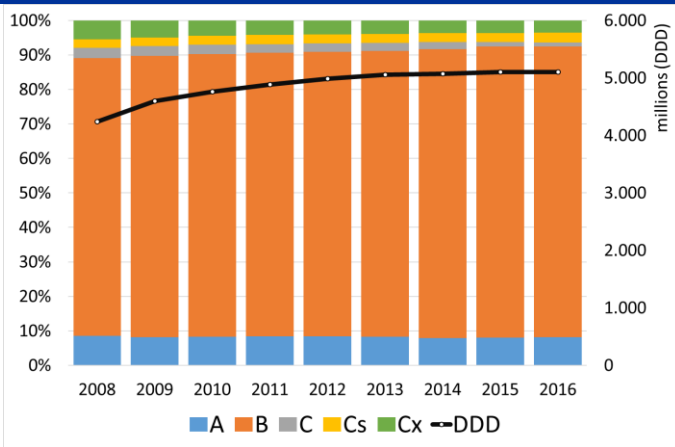
On voit que, dans toutes les catégories de remboursement, la part à charge du patient a diminué. Les graphiques qui suivent montrent les évolutions des répartitions des différents paramètres (CP, CI, DDD, NB) sur les différentes catégories de remboursement. Précisons que les paramètres CP, CI, et DDD portent sur l'ensemble des délivrances remboursées, tandis que NB (nombre de conditionnements) se limite aux délivrances qui ne sont pas tarifées à l'unité.



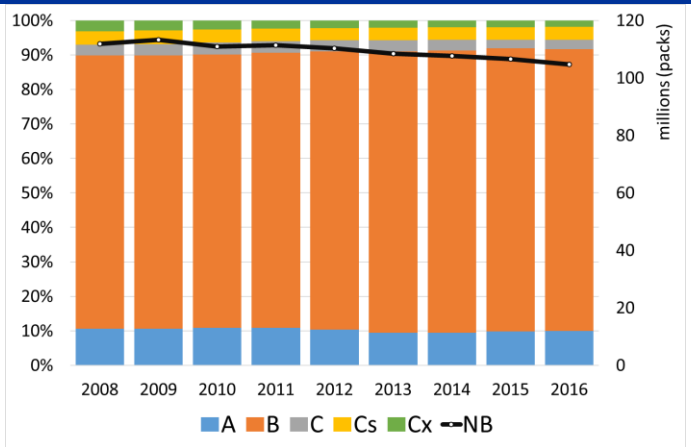
Graphique 9 : évolution annuelle (2008-2016) du CP (cost patient – masse des tickets modérateurs – noir) des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, réparti sur les différentes catégories de remboursement



Graphique 10 : évolution annuelle (2008-2016) du CI (coût INAMI – noir) des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, réparti sur les différentes catégories de remboursement



Graphique 11 : évolution annuelle (2008-2016) de la consommation (DDD – noir) des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, réparti sur les différentes catégories de remboursement



Graphique 12 : évolution annuelle (2008-2016) du nombre de conditionnements (NB – noir) des médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, réparti sur les différentes catégories de remboursement (hors tarification à l'unité)

La classe B est de loin la classe la plus importante pour tous les paramètres représentés.

Comme dans la catégorie de remboursement A, la base de remboursement est entièrement à charge de l'INAMI, il n'y a, à charge des patients, que de rares suppléments pour des médicaments dont le prix dépasse la base de remboursement. Ils ne sont pas visibles sur le graphique (Graphique 9). La part de la catégorie A dans le CI a augmenté de 19% en 2008 à 22% en 2016. La catégorie A représente, à l'heure actuelle, 8% des DDD et 10% des conditionnements.

Dans les autres catégories de remboursement (C, Cs, Cx), les montants à charge des patients sont relativement plus importants, même pour des quantités (DDD ou NB) réduites, ce qui fait que ces catégories apparaissent plus distinctement dans le graphique du CP (Graphique 7).

Il arrive que les conditions de remboursement de certaines classes de médicaments soient adaptées. En 2017, de telles adaptations ont déjà eu lieu.

Le 1^{er} avril 2017, les conditions de remboursement ont notamment changé pour les corticostéroïdes nasaux pour traiter la rhinite allergique. Certains ne sont plus soumis à prescription et les autres sont passés de la catégorie de remboursement B à la catégorie Cx. Ce changement de conditions de remboursement entraîne un montant plus élevé à charge du patient.

Les grands conditionnements d'inhibiteurs de la pompe à protons (antiacides) pour traiter la pathologie gastroduodénale ne sont plus remboursés. Ces grands conditionnements et les grands conditionnements de lansoprazole 30 mg deviennent par contre gratuits (remboursables en catégorie A) dans 2 indications spécifiques de grande consommation. Les prix de certains de ces médicaments diminuent.

Le 1^{er} mai 2017, les antibiotiques sont passés de la catégorie de remboursement B à la catégorie C. Le but est de réduire la surconsommation d'antibiotiques en Belgique. Ce changement de catégorie de remboursement entraîne un montant plus élevé à charge du patient.

En ce moment, nous disposons des données jusqu'avril 2017, mais pas encore de celles de mai. Le tableau ci-dessous (Tableau 2) compare la répartition des catégories de remboursement entre mars (2017C) et avril (2017D). On observe une augmentation significative de la part de la catégorie Cx pour le CP et pour le nombre de conditionnements ainsi qu'une diminution de la part de la catégorie B pour les mêmes paramètres, ce qui correspond au passage de la catégorie de remboursement B vers la catégorie Cx des corticostéroïdes nasaux.

	CP		CI		NB	
	2017C	2017D	2017C	2017D	2017C	2017D
A	16,1%	17,4%	23,7%	24,0%	0,3%	0,3%
B	77,4%	74,3%	74,7%	74,0%	87,1%	83,3%
C	2,5%	2,5%	0,8%	0,8%	3,4%	3,4%
Cs	2,2%	2,5%	0,6%	0,6%	4,4%	5,0%
Cx	1,8%	3,3%	0,3%	0,5%	4,7%	8,0%

Tableau 2 : Comparaison de la répartition par catégorie de remboursement du CP (coût patient), du CI (coût INAMI) et de NB (nombre de conditionnements) en mars (2017C) et avril (2017D).

Comme les antibiotiques forment une classe plus importante que les corticostéroïdes nasaux, ils est vraisemblable, que les changements du mois de mai seront encore plus importants. À suivre donc.

En attendant nous pouvons conclure que, contrairement à l'impression qui est souvent donnée, les dépenses des patients ont bien été maîtrisées ces dernières années, et les patients payent maintenant significativement moins pour les médicaments remboursés délivrés dans les officines ouvertes au public, qu'en 2008. Comme la population a augmenté depuis, c'est encore plus vrai au niveau individuel (moyen) que pour les dépenses globales des patients. Cela s'explique par un concours de différents facteurs :

- la manière des calculer les tickets modérateurs, avec des plafonds dans les catégories de remboursement B et C ;
- l'extension du remboursement de référence ;
- les baisses de prix structurelles imposées ;
- l'augmentation du nombre de traitements chroniques et le nombre de grands conditionnements qui en découlent.