

# IPhEB-Monthly Données juin 2017 (publication septembre 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](http://www.ipheb.be) pour plus d'informations sur la base de données IFSTAT). Les données reprises au tableau sont limitées aux médicaments remboursés (spécialités) et aux prestations pharmaceutiques les concernant.

GLOBAL (mio)	CI	CP	PP	NB	NU	DDD	INN			
							NB (all)	% (all)	NU (all)	% (all)
2010	<b>2.693,276</b>	536,089	3.209,674	109,144		4.759,548	6,605	5,9%		
2011	<b>2.744,532</b>	520,464	3.238,594	108,987		4.870,632	7,934	7,1%		
2012	<b>2.693,472</b>	516,090	3.180,912	109,701		5.017,149	8,885	8,0%		
2013	<b>2.642,298</b>	500,402	3.111,631	109,258		5.111,107	9,183	8,4%		
2014	<b>2.618,749</b>	485,018	3.076,103	108,564		5.180,492	9,467	8,7%		
2015	<b>2.645,180</b>	471,818	3.083,991	106,921	45,183	5.246,121	9,788	8,5%	1,722	3,8%
2016	<b>2.678,488</b>	465,948	3.097,138	105,240	220,186	5.360,055	9,054	8,6%	9,956	4,5%
2017	<b>2.626,544</b>	<b>445,983</b>	<b>3.061,020</b>	<b>100,773</b>	<b>242,833</b>	<b>5.194,296</b>	<b>9,022</b>	<b>9,0%</b>	<b>14,498</b>	<b>5,1%</b>
2017/2016	<b>-1,9%</b>	<b>-4,3%</b>	<b>-1,2%</b>	<b>-4,2%</b>	<b>10,3%</b>	<b>-3,1%</b>	<b>-0,3%</b>		<b>45,6%</b>	
2016/2015	1,26%	-1,24%	0,43%	-1,57%	387,32%	2,17%	-7,50%	-6,01%	478,34%	18,61%
201607	<b>206,992</b>	34,659	237,926	8,544	16,254	440,934	0,649	8,8%	0,846	4,5%
201608	<b>210,972</b>	35,270	242,573	8,562	18,065	445,610	0,639	8,6%	0,803	4,4%
201609	<b>223,825</b>	38,556	258,351	8,932	18,469	464,177	0,690	8,7%	0,852	4,6%
201610	<b>234,900</b>	44,392	274,039	7,853	20,084	412,689	0,749	8,8%	0,823	4,0%
201611	<b>231,979</b>	41,214	268,799	7,931	19,575	422,633	0,753	9,0%	0,827	4,5%
201612	<b>254,885</b>	44,033	294,644	8,623	19,756	442,948	0,863	9,2%	0,964	4,9%
201701	<b>216,716</b>	36,521	250,264	8,459	21,807	428,817	0,741	9,4%	0,984	4,8%
201702	<b>205,624</b>	34,166	237,146	7,948	18,879	404,483	0,692	9,3%	0,962	5,3%
201703	<b>234,835</b>	38,947	270,958	8,982	20,393	470,116	0,751	9,0%	1,116	5,7%
201704	<b>203,968</b>	34,342	235,589	7,731	20,492	402,472	0,630	8,7%	1,078	5,5%
201705	<b>223,776</b>	40,488	261,466	8,674	20,096	451,951	0,753	8,7%	1,234	5,7%
201706	<b>232,331</b>	40,516	271,905	8,753	19,967	460,706	0,739	8,5%	1,360	6,3%

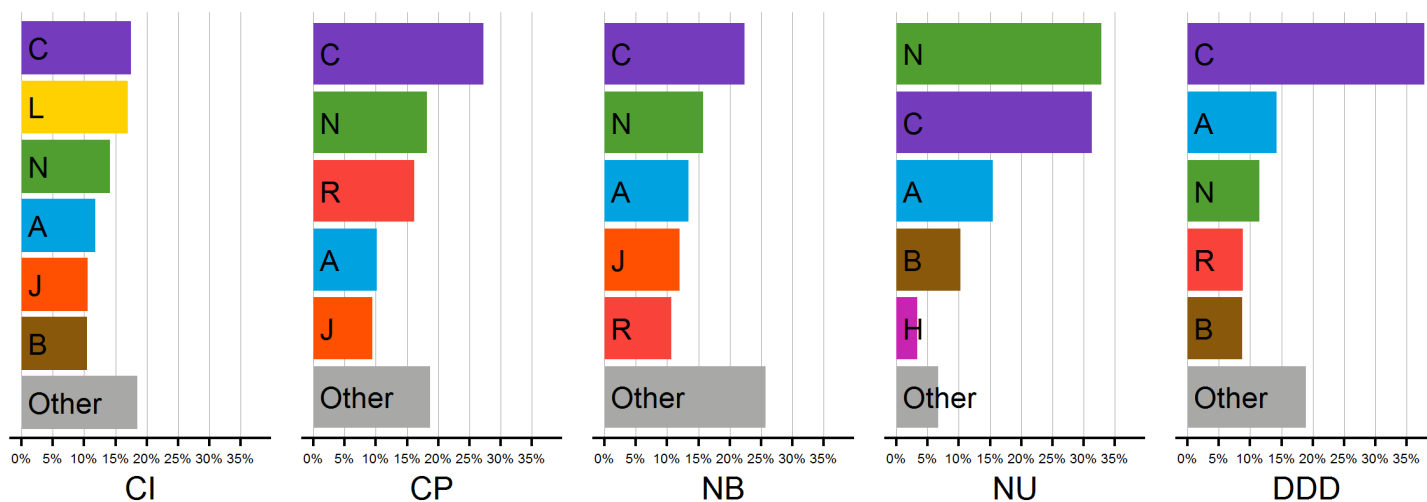
Ce tableau contient les informations relatives à la délivrance des médicaments remboursés en distinguant des nombres de conditionnements (NB) et d'unités (NU). Ces unités sont les unités des médicaments qui font l'objet d'une « tarification à l'unité ». Il s'agit de médicaments sous forme orale solide, 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 n'a atteint le déploiement complet qu'à partir de mars 2016.

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	<b>nombre de conditionnements</b>
NU	number of units	<b>nombre d'unités de médicaments sous forme orale solide délivrés aux résidents des MRS/MRPA.</b>
DDD	number of DDD	nombre de DDD
INN	international nonproprietary name	médicaments « flaggés » comme étant prescrit sous la dénomination commune internationale (DCI) dans l'ensemble des médicaments remboursés (all).

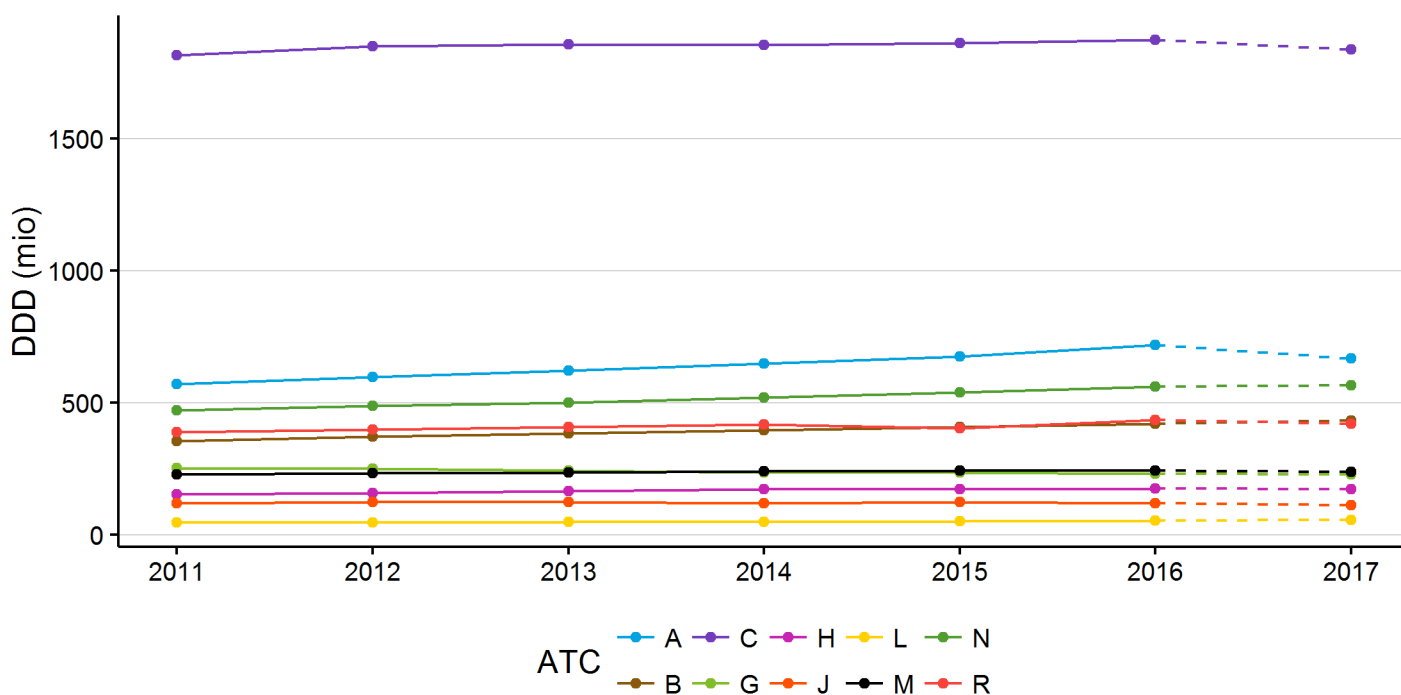
Remarque : ce tableau n'inclut pas les changements suite à la reprise du MAF (maximum à facturer) dans le système du tiers payant depuis le 1 janvier 2015. Dans le passé les montants du MAF étaient déjà transférés des dépenses des patients vers les dépenses de l'INAMI, mais sans apparaître dans les données.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

## Répartition au niveau des classes principales ATC



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

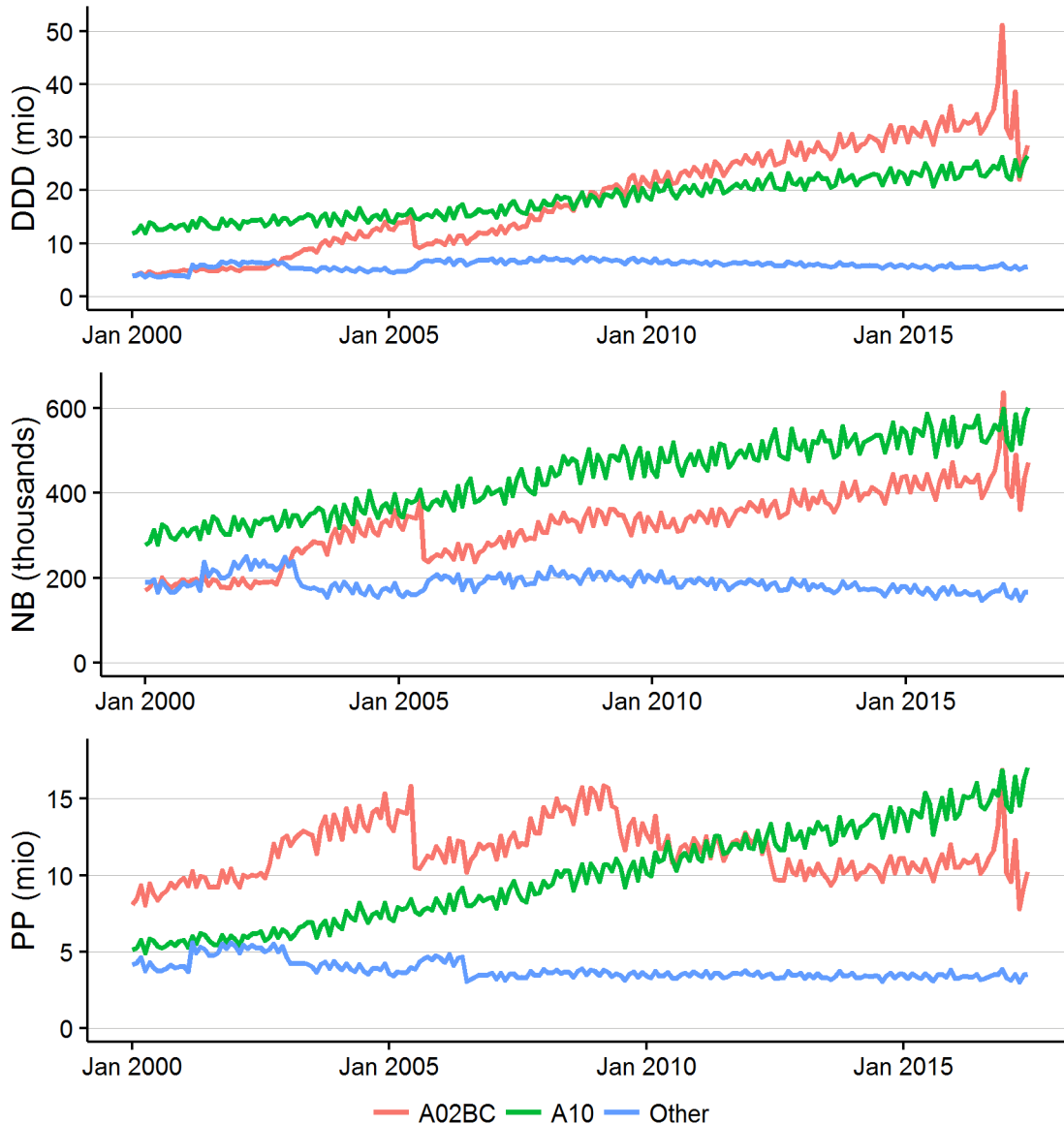
En outre, vous verrez ci-dessous l'évolution de la consommation des classes principales ATC dans le temps. Les classes D, P, S et V n'ont pas été prises en considération à cause de leur importance limitée. La valeur pour 2017 est une prévision sur la base des six premiers mois de l'année.



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

## Zoom sur la classe A

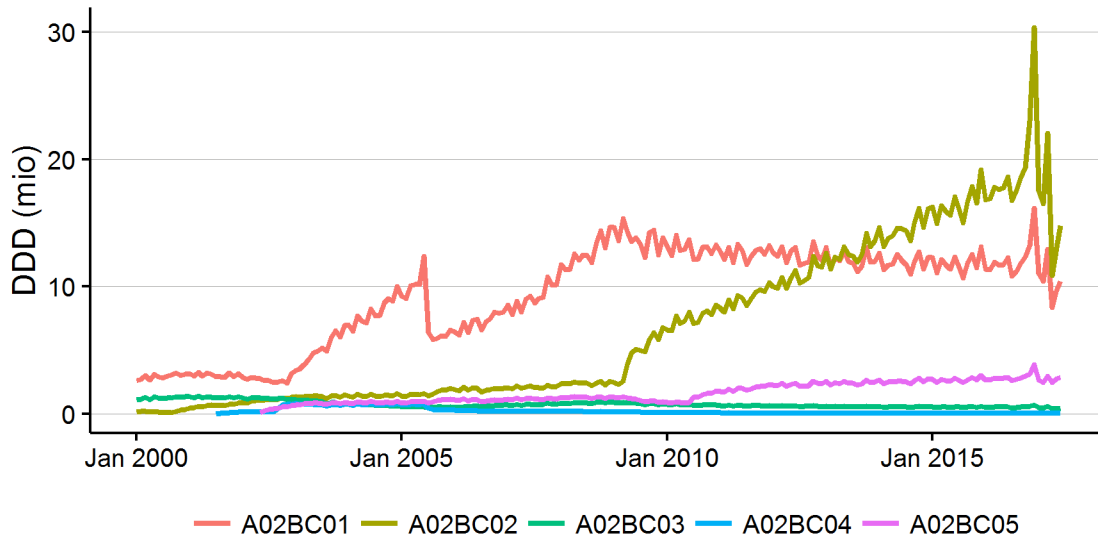
La classe thérapeutique A contient les médicaments du système digestif et du métabolisme. Dans les pages précédentes, nous observons déjà que cette classe est une classe importante. Exprimée en DDD, cette classe est la plus importante, après celle des médicaments cardio-vasculaires de la classe C, avec 14% de tous les médicaments remboursés. Pour les autres variables, elle se situe au moins dans le top 4. Deux groupes de médicaments dominent au sein de cette classe A : les inhibiteurs de la pompe à protons (A02BC) et les antidiabétiques (A10). Ci-dessous, vous trouverez l'évolution mensuelle des délivrances remboursées dans cette classe. Nous les avons exprimés en DDD, nombre de conditionnements (NB) et prix public (PP).



Tant pour les inhibiteurs de la pompe à protons, que pour les antidiabétiques, nous voyons une consommation globale à la hausse. Pour les antidiabétiques, cette hausse semble, à première vue, très régulière. Pour les inhibiteurs de la pompe à protons, deux événements sautent immédiatement aux yeux : un premier en 2005 et un deuxième très récent, en 2017. Analysons la situation de manière plus détaillée pour les deux groupes séparément.

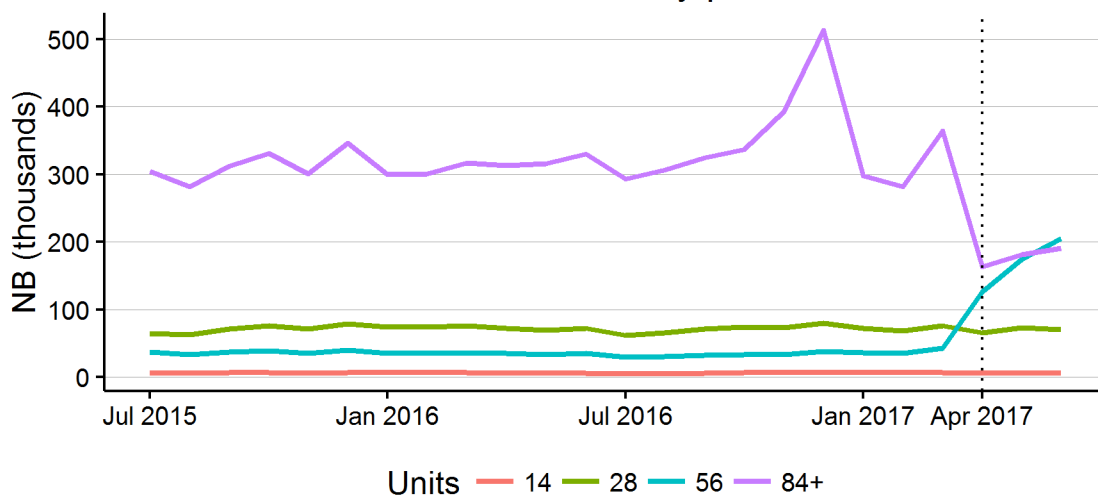
## Inhibiteurs de la pompe à protons

La tendance globale de la consommation de PPI est à la hausse, mais cette hausse n'est pas distribuée de manière égale au niveau de tous les principes actifs. Ci-dessous, vous trouverez le nombre de délivrances remboursées, exprimées en DDD, pour les différents principes actifs. Actuellement, les principes actifs suivants existent dans notre pays : oméprazole (A02BC01), pantoprazole (A02BC02), lansoprazole (A02BC03), rabéprazole (A02BC04) et ésoméprasole (A02BC05).



Nous voyons clairement que l'oméprazole et le pantoprazole sont les composantes dominantes. Intéressant : ce qui semble représenter à première vue une hausse linéaire entre 2006 et 2016, cache en réalité un switch entre deux principes actifs. Jusqu'en 2009, l'augmentation de la consommation des PPI concerne presque exclusivement pour l'oméprazole (A02BC01). Après 2009, cette consommation tend à diminuer. A partir de 2009, le pantoprazole commence à se manifester. La consommation augmente de façon linéaire jusqu'en 2016, à tel point que la consommation du pantoprazole dépasse celle de l'oméprazole dans le courant de 2013. Dans la consommation des inhibiteurs de la pompe à protons (reimboursés) (PPI), nous observons deux événements très clairs. Il n'est pas surprenant que la cause de ces deux événements se trouve dans les mesures d'économies imposées par le gouvernement. Un premier événement se produit en 2005, lorsque toutes les variables connaissent une baisse très radicale jusqu'au niveau de 2002 environ. En 2005, toute une série de mesures ont été prises dans le système du remboursement de référence et le kiwi pour la simvastatine et l'amlodipine. Et en effet, nous observons, entre autres, une baisse remarquable au niveau des PPI et en particulier pour l'oméprazole. Ce qui est sans doute encore plus spectaculaire, c'est le pic soudain qui s'est manifesté récemment. Ce pic est généré par les mesures qui ont été mises en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> avril 2017. A cette date, les PPI sont passés de la catégorie B vers la catégorie C. En même temps, les grands conditionnements (plus de 60 unités) des grandes doses ont été transférés du chapitre II au chapitre IV. Cela signifie qu'ils ne sont remboursés que pour les patients qui répondent aux dispositions du chapitre IV. Il s'agit, d'une part, des patients présentant le syndrome de Zollinger-Ellison, et d'autre part, des patients bénéficiant d'un post-traitement suite à l'ablation par radiofréquence des muqueuses oesophagiennes pour les muqueuses de Barrett. Ces mesures ont été annoncées fin 2016, ce qui a provoqué des fluctuations considérables au niveau des délivrances. Analysons la situation de plus près.

### Deliveries A02BC by pack size

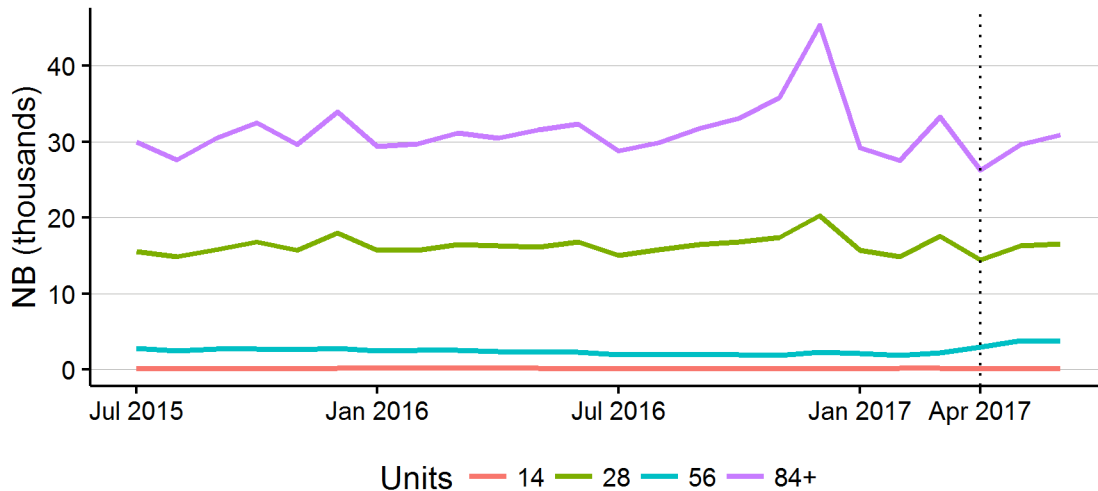


Le graphique ci-dessous illustre les événements de ces derniers mois. Nous voyons le nombre de conditionnements répartis selon le nombre d'unités contenues dans un conditionnement. Les grands conditionnements se présentent sous la forme de 84, 98, 100 et 112 unités. On les a rassemblés pour des raisons de clarté.

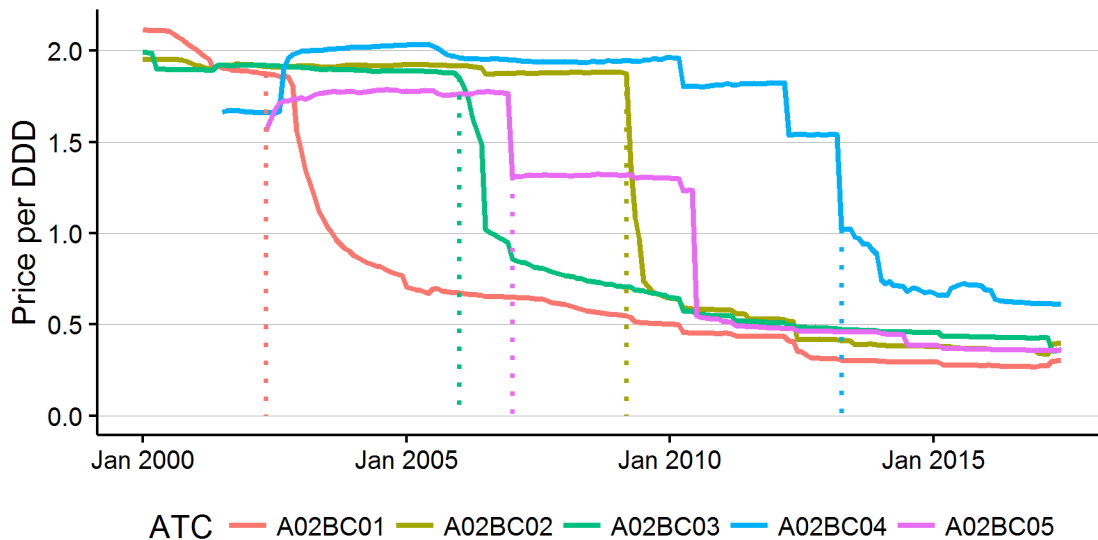
Nous observons une hausse spectaculaire des grands conditionnements en novembre et décembre 2016. Cela correspond à la période pendant laquelle la mesure a été annoncée, et qui a donné lieu à un certain tumulte dans la presse. De nombreux patients ont commencé à faire des réserves de grands conditionnements même si rien n'avait encore été modifié. Lors de l'introduction de la mesure au 1<sup>er</sup> avril, nous observons logiquement une baisse considérable du nombre de grands conditionnements remboursés délivrés. Il semble que ce nombre diminue presque de moitié. En même temps, nous observons une hausse importante des conditionnements de 56 unités. Reste encore à voir à quel niveau les valeurs se stabiliseront, mais la première tendance se dessine : pour chaque grand conditionnement (84 ou plus d'unités) délivré en moins, un conditionnement supplémentaire de 56 unités est délivré.

Les petits conditionnements de 14 et 28 unités ne sont nullement affectés par cette évolution et restent stables. Le graphique ci-dessus s'applique au cas de l'oméprazole (A02BC01), du pantoprazole (A02BC02) et du lansoprazol (A02BC03). Pour le rabéprazole (A02BC04), nous ne voyons pas d'effet, ce qui est logique étant donné qu'il n'y a pas de grands conditionnements sur le marché. Le cas de l'ésoméprazole (A02BC05) est particulier. Il continue à être remboursé au chapitre II. On n'observe donc pas de switch entre les conditionnements petits et moyens. Assez ironiquement, l'annonce des mesures a fait que le nombre de délivrances de grands conditionnements a connu un pic fin 2016 (graphique ci-dessous).

Deliveries A02BC05 by pack size



Pour clore les analyses des PPI, nous nous arrêtons encore quelques instants aux évolutions à long terme. Nous observons une augmentation plus ou moins linéaire de la consommation, tant en DDD, qu'en nombre de délivrances (NB). Toutefois, ce n'était pas le cas pour le prix public total (PP). L'explication est claire lorsque nous regardons le prix moyen par conditionnement de principes actifs.



Pour chacun de ces principes actifs, nous observons une ou plusieurs baisses soudaines du prix moyen d'un DDD. Les lignes pointillées verticales enregistrent le premier moment auquel des génériques du principe actif en question ont été enregistrés. Nous ne devons pas chercher loin pour trouver l'explication des baisses diverses. Elles vont souvent de pair avec l'incorporation de la spécialité dans le remboursement de référence. En effet, nous savons que la règle générale voulait que la base de remboursement baisse obligatoirement de 32.5%, et depuis avril 2016 de plus de 50%.



Les ruptures de tendances que nous observons à la page 3 au niveau du PP de l'ensemble de la classe, sont occasionnées par ces fortes baisses de prix. En guise d'exemple, nous voyons que l'introduction du pantoprazole dans le remboursement de référence au 1<sup>er</sup> avril 2009 a fait de la tendance à la hausse une tendance à la baisse.

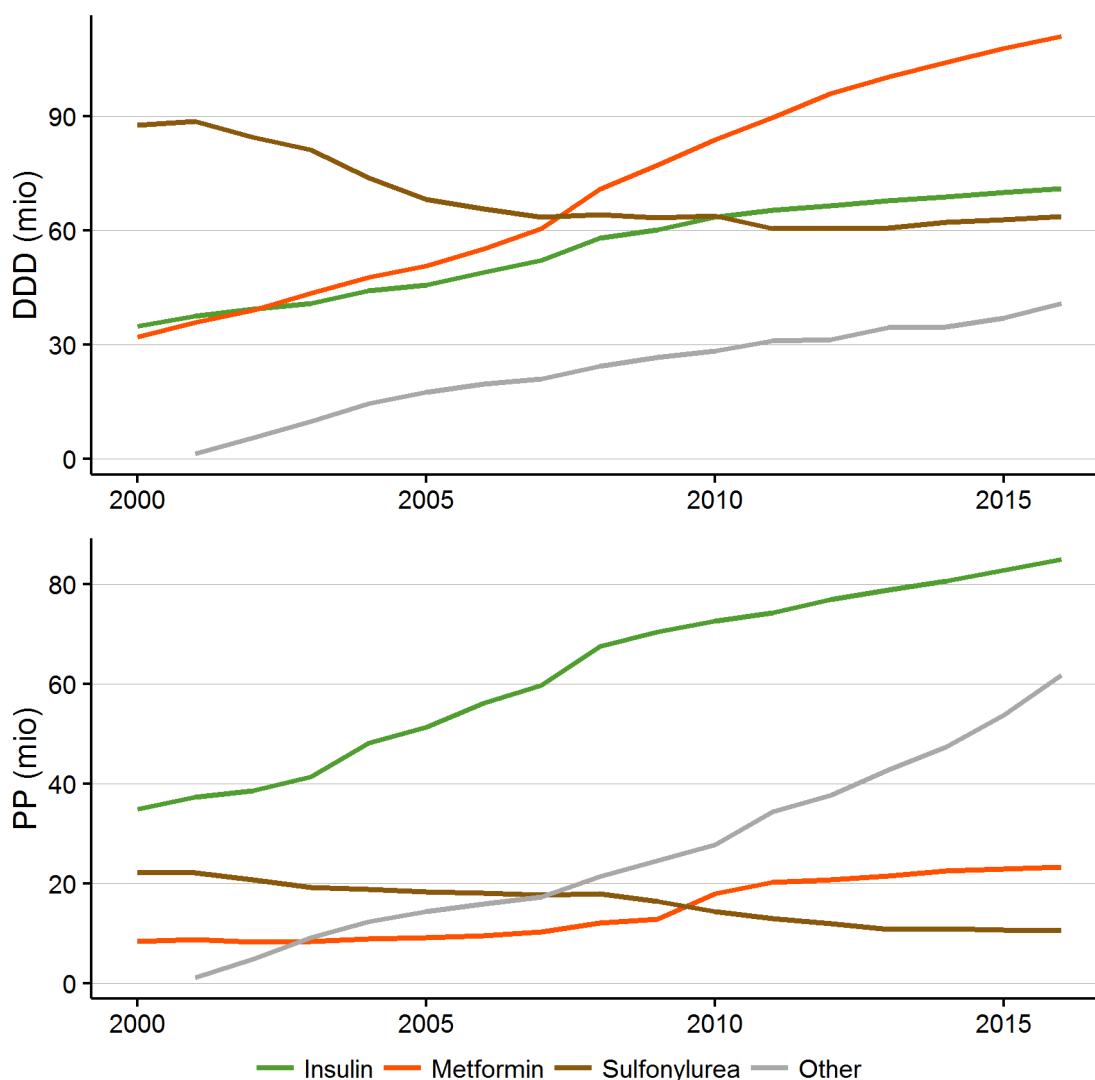
## Antidiabétiques

De nombreux principes actifs différents sont utilisés pour traiter le diabète. Les groupes les plus importants sont résumés au tableau ci-dessous.

ATC	Nom
A10A	Insuline
A10BA02	Metformine
A10BB	Sulfonylurées
A10BG	Thiazolidinedione
A10BH	Inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase 4 (DDP-4)
A10BJ	Analogues du glucagon-like peptide-1 (GLP-1)
A10BK	Inhibiteurs du co-transporteur sodium-glucose du type 2 (SGLT2)
A10BX02	Répaglinide

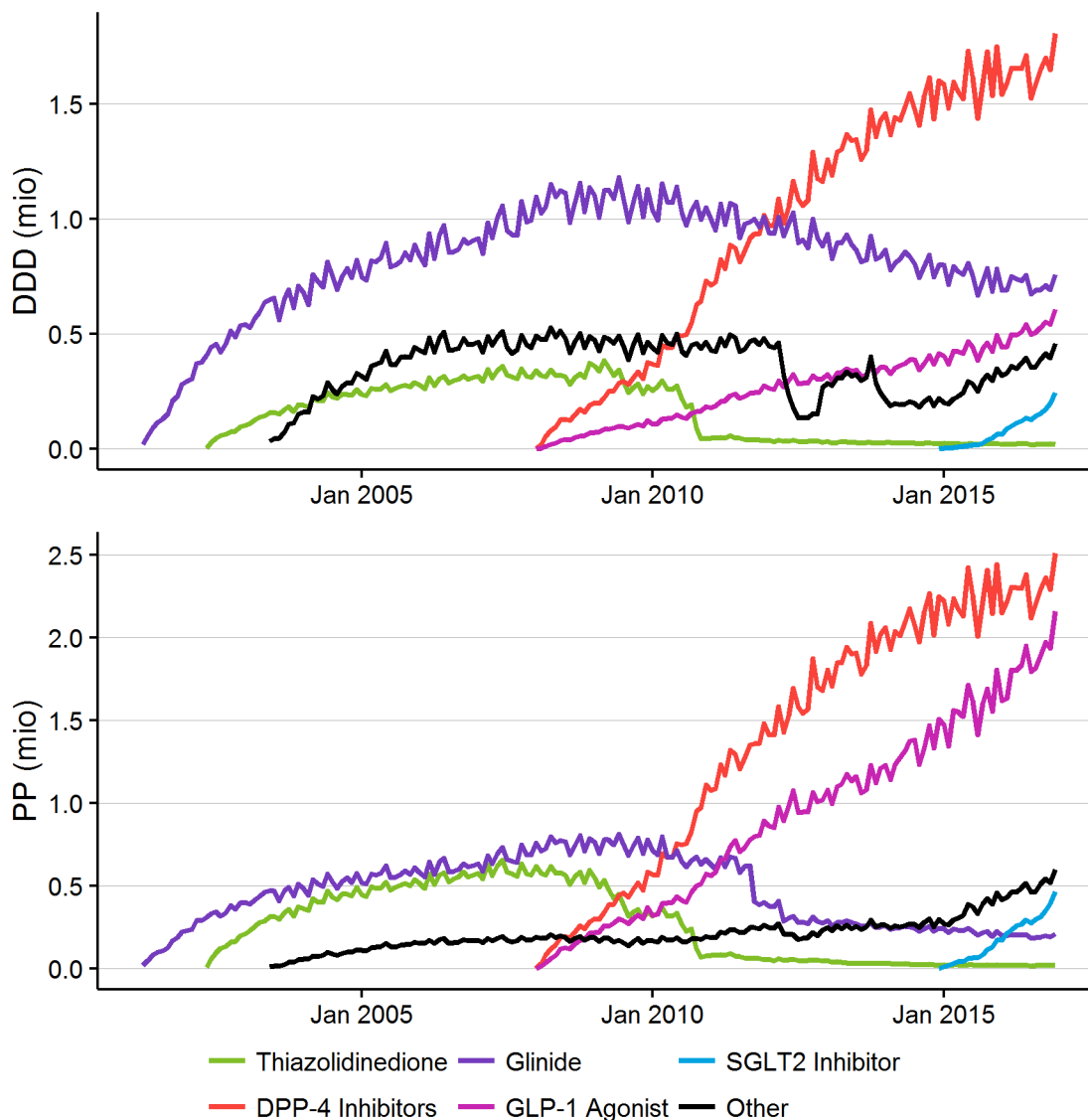
Le traitement typique du diabète du type 2 prévoit que le patient est traité d'abord avec de la metformine. En cas d'aggravation des symptômes, le patient passe à une bithérapie de metformine et d'une autre composante A10B. Par la suite, on peut passer à une trithérapie qui permet d'ajouter un principe supplémentaire A10B pour terminer avec des injections d'insuline (A10A).

Regardons les tendances à long terme. En premier instance, nous ne regardons que l'insuline (A10A), la metformine (A10BA02) et les sulfonylurées (A10BB) parce qu'elles sont sur le marché depuis longtemps. Tous les autres principes actifs sont classés dans une catégorie "Other". Ci-dessous, vous voyez les évolutions exprimées, d'une part en DDD, et d'autre part, en prix public (PP). Les antidiabétiques sont dans la catégorie de remboursement A. Cela signifie qu'avec l'évolution du prix public, nous connaissons également l'évolution des dépenses INAMI.



Il est intéressant de voir le comportement différent de chacun des groupes. Tant pour la metformine, que pour l'insuline, nous voyons clairement une consommation à la hausse. Bien que la consommation de la metformine augmente plus que la consommation de l'insuline, nous observons que les frais de la metformine restent relativement stables, alors que ceux de l'insuline augmentent proportionnellement avec la consommation. Ceci implique que le prix de l'insuline par DDD reste stable alors que le prix de la metformine baisse suffisamment pour anéantir l'influence de la consommation augmentée sur les dépenses.

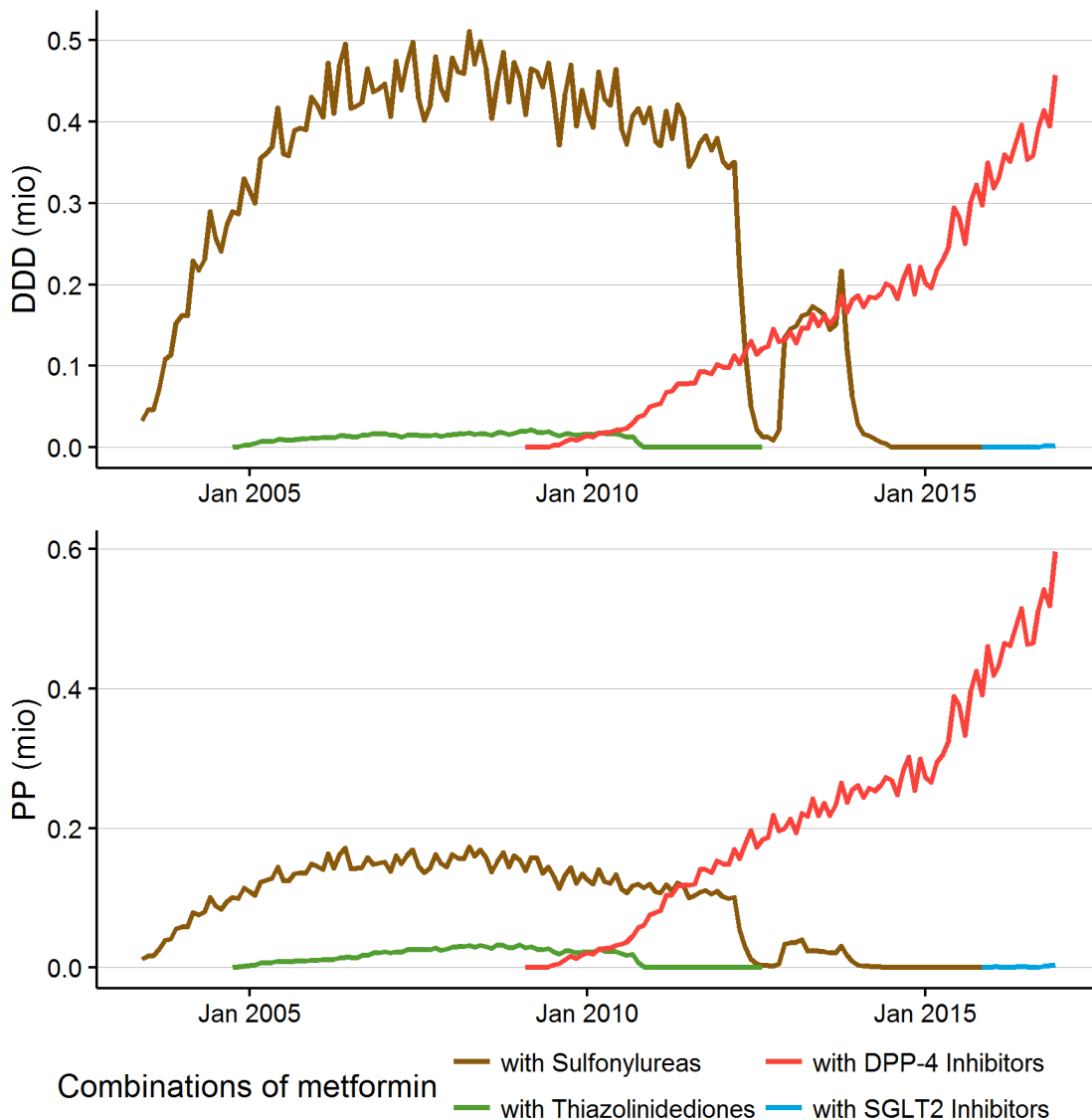
La hausse de la consommation au sein du groupe "Other" est importante. Nous l'analysons de façon plus détaillée ci-dessous. Il s'agit des traitements de la deuxième et la troisième ligne qui sont devenus disponibles ces dernières années.



Initialement, il s'agissait du répaglinide et de la thiazolidinedione qui sont arrivées sur le marché au début du siècle. En 2008, sont arrivés ensuite les agonistes GLP-1 et les inhibiteurs DPP-4. Depuis lors, nous observons une tendance à la hausse qui commence à se tasser pour les inhibiteurs DPP-4. Pour les agonistes GLP-1, il n'y a pas encore de traces d'un ralentissement éventuel de la croissance. L'arrivée de ces deux groupes a annoncé la régression de la thiazolidinedione et du répaglinide. Entre-temps, la thiazolidinedione a presque entièrement disparu. Par contre, le répaglinide est toujours très important. Le prix bas par DDD, qui a encore diminué avec l'arrivée du remboursement de référence en 2012, fait de ce médicament un médicament intéressant pour l'assurance-maladie.

Plus récemment encore, en 2015, nous voyons l'arrivée d'un autre groupe : les inhibiteurs SGLT2. Ils montrent déjà une croissance importante et il reste à voir comment ils évolueront à l'avenir.

En outre, il reste le groupe "Other". Ce sont des combinaisons fixes de la metformine avec un autre principe actif. Nous analysons de plus près les évolutions en la matière.



Nous observons clairement que seules deux combinaisons fixes sont actuellement pertinentes : combinaisons avec les sulfonyles et combinaisons avec les inhibiteurs DPP-4. En outre, il y avait également des combinaisons avec les thiazolidinediones qui sont négligeables et avec les inhibiteurs SGLT2, récemment apparues et sans effet visible pour l'instant.

Les combinaisons avec les sulfonyles sont du passé. Depuis qu'elles ont été enlevées du marché en juillet 2014, nous ne les rencontrons plus du tout. Ils atteignaient leur point culminant autour de 2008. En 2012, elles avaient déjà accusé une régression. Les seules combinaisons de la metformine qui importent actuellement, sont celles avec les inhibiteurs DPP-4. Elles sont venues sur le marché en 2009 et n'ont pas arrêté de croître depuis. En 2015, la croissance s'est même accélérée et ne paraît pas faiblir. Il semble donc que les inhibiteurs DPP-4 resteront le traitement le plus important de la deuxième ligne pendant les années à venir.