

# IPhEB-Monthly» Données juillet 2017 (publication octobre 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>2.625,130</b>	<b>445,028</b>	<b>3.047,450</b>	<b>100,908</b>	<b>251,137</b>	<b>5.226,911</b>	<b>9,022</b>	<b>9,0%</b>	<b>14,498</b> <b>5,1%</b>	
2017/2016	<b>-2,0%</b>	<b>-3,0%</b>	<b>-1,6%</b>	<b>-4,1%</b>	<b>14,1%</b>	<b>-2,7%</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%	
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%	
201707	<b>205,616</b>	35,570	240,374	7,658	23,226	407,641	0,633	8,3%	1,566 6,7%	

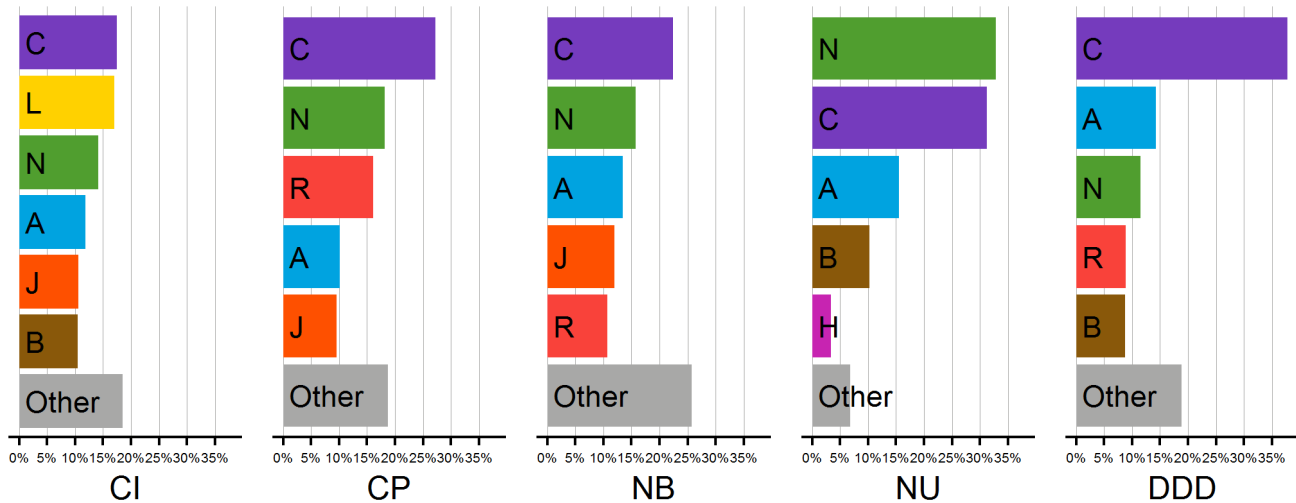
Ce tableau contient les informations relatives à la délivrance des médicaments remboursés en distinguant des nombres de conditionnements (NB) et d'unités (NU). Ces unités sont les unités des médicaments qui font l'objet d'une « tarification à l'unité ». Il s'agit de médicaments sous forme orale solide, 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 <b>packs</b>	<b>nombre de conditionnements</b>
NU	number of <b>units</b>	<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).

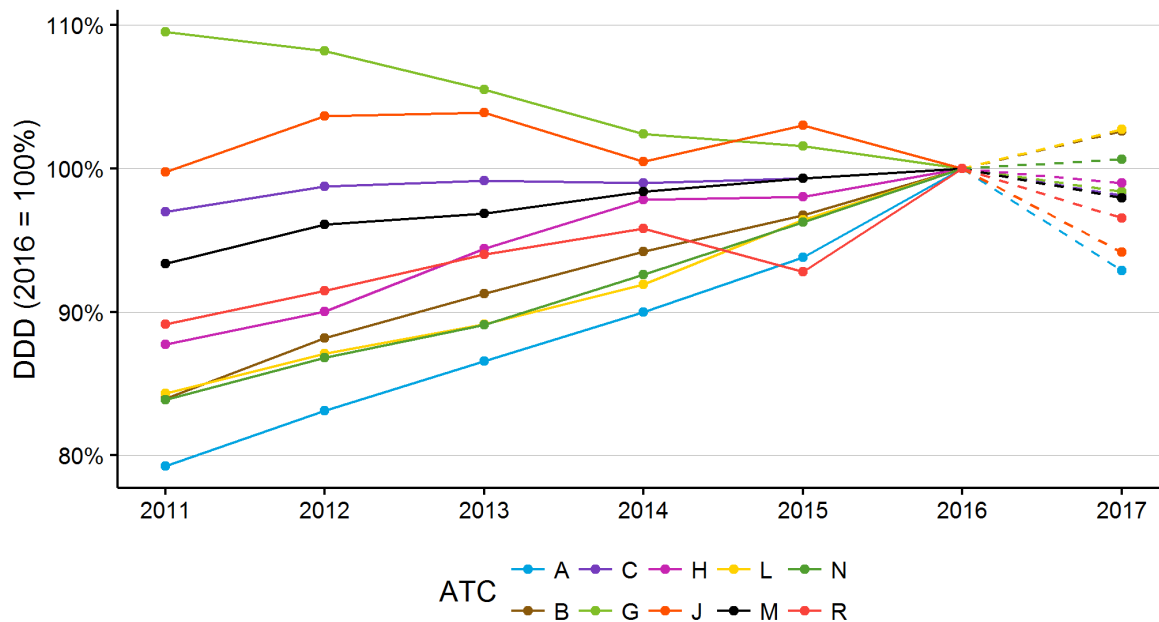
Remarque : ce tableau n'inclut pas les changements suite à la reprise du MAF (maximum à facturer) dans le système du tiers payant depuis le 1 janvier 2015. Dans le passé les montants du MAF étaient déjà transférés des dépenses des patients vers les dépenses de l'INAMI, mais sans apparaître dans les données.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

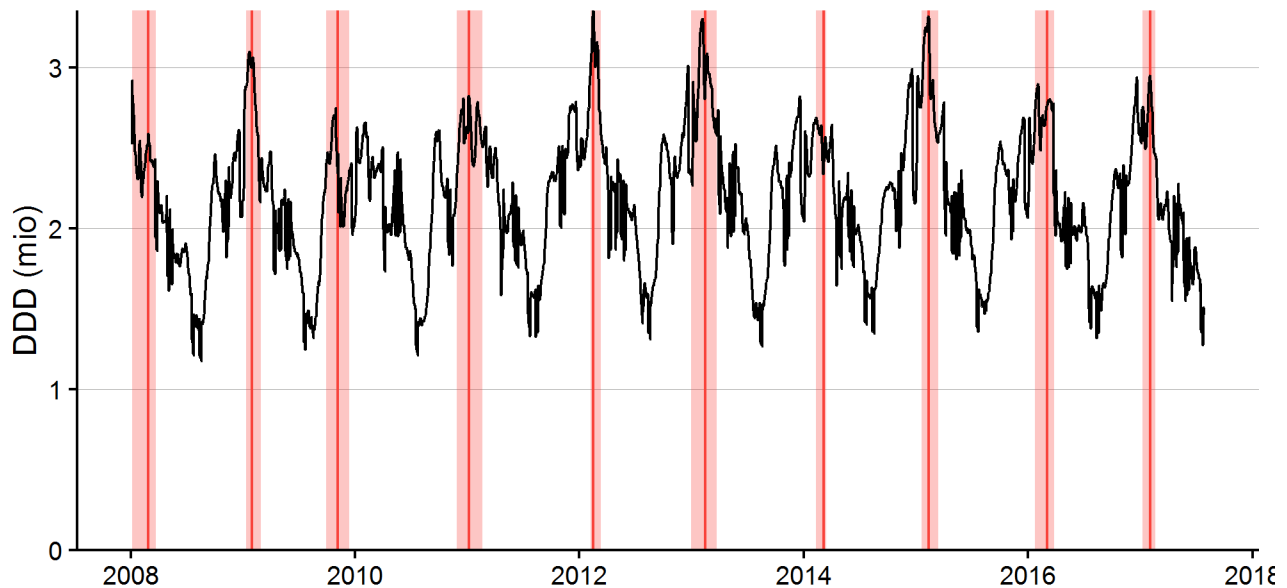


A	tractus gastro-intestinal et métabolisme	L	cytostatiques, agents immunomodulateurs
B	sang et système hématopoïétique	M	système squelettique et musculaire
C	système cardio-vasculaire	N	système nerveux central
D	préparations dermatologiques	P	antiparasitaires, insecticides et repellants
G	système uro-génital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

# L'effet de la modification du remboursement des antibiotiques

Dans l'IPhEB Monthly du mois passé nous avons regardé de plus près les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et nous avons clairement vu l'impact des mesures politiques qui ont fortement réduit le remboursement des grands conditionnements. Cependant, les IPP ne sont pas le seul groupe pour lequel des mesures politiques ont été annoncées. Le 1er mai 2017, le ticket modérateur pour les antibiotiques a été augmenté par une réaffectation de la catégorie de remboursement B à la catégorie de remboursement C.

L'une des difficultés est que les antibiotiques montrent un comportement très périodique dont les pics et les baisses ne tombent pas en même temps chaque année. Pour illustrer ceci, nous montrons ci-dessous la consommation, exprimée en DDD, du total des antibiotiques par semaine.



Les colonnes verticales rouges montrent l'épidémie de grippe annuelle. Pour cela nous avons utilisé les données de l'Institut Scientifique de la Santé Publique (ISP). La colonne est la période durant laquelle l'incidence du syndrome de la grippe a dépassé le seuil épidémique. La ligne rouge verticale représente le moment du pic de l'épidémie de grippe.

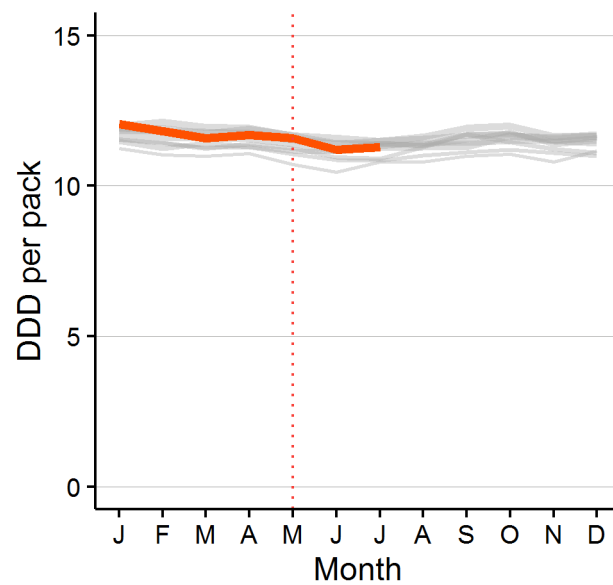
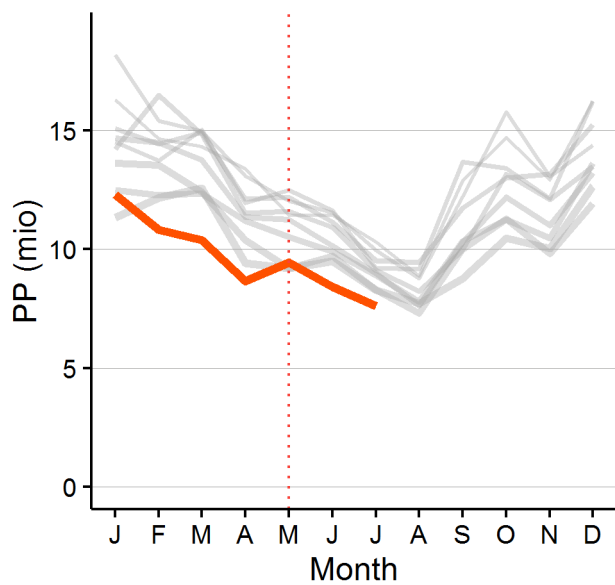
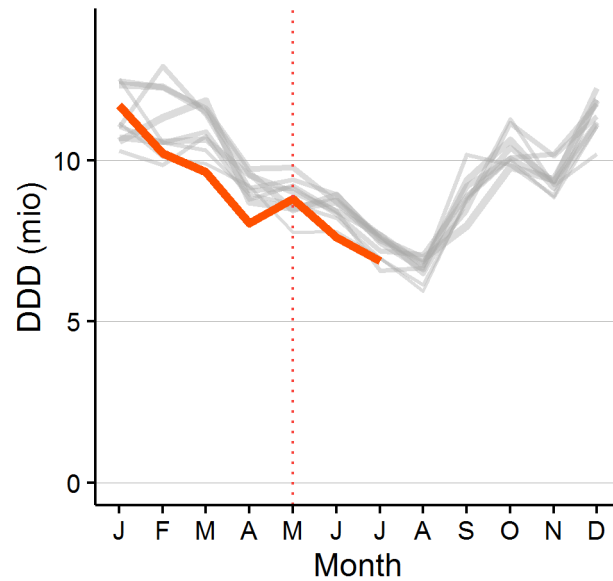
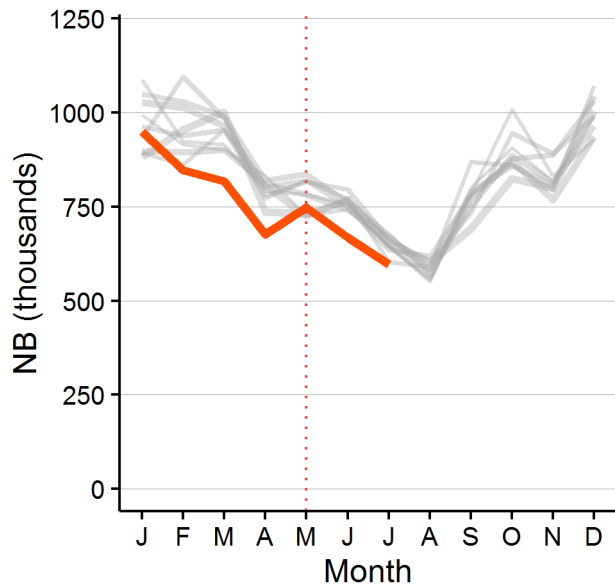
Il n'a probablement échappé à personne que le pic annuel de la consommation d'antibiotiques tombe toujours dans la même semaine que le pic de l'épidémie de grippe. La plus grande exception est 2014. La saison 2013-2014 a cependant été marquée par une épidémie particulièrement faible : 311 consultations pour 100 000 habitants, tandis que durant une saison normale il s'agit de 750 à 1 000.

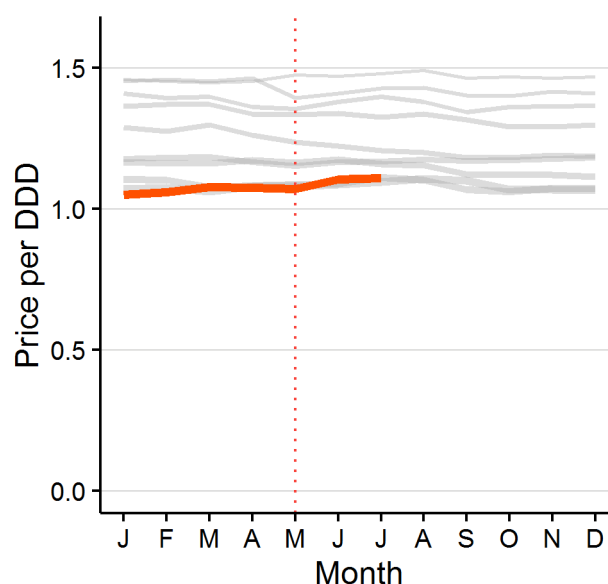
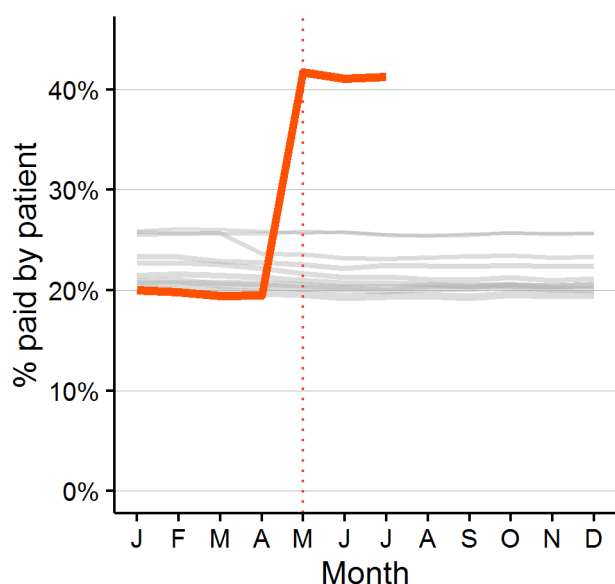
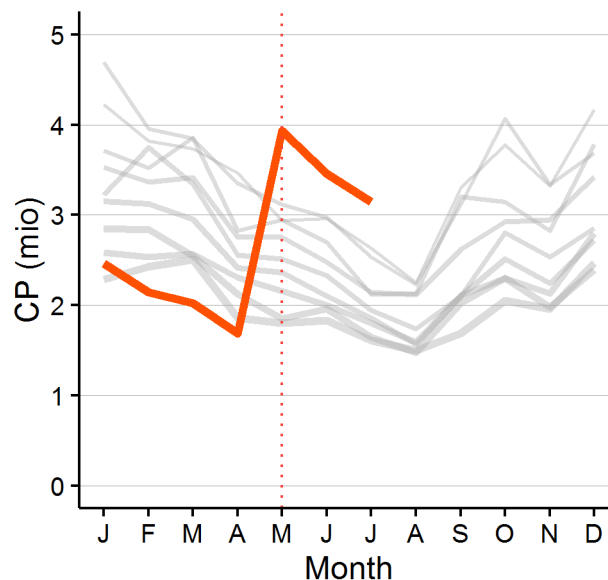
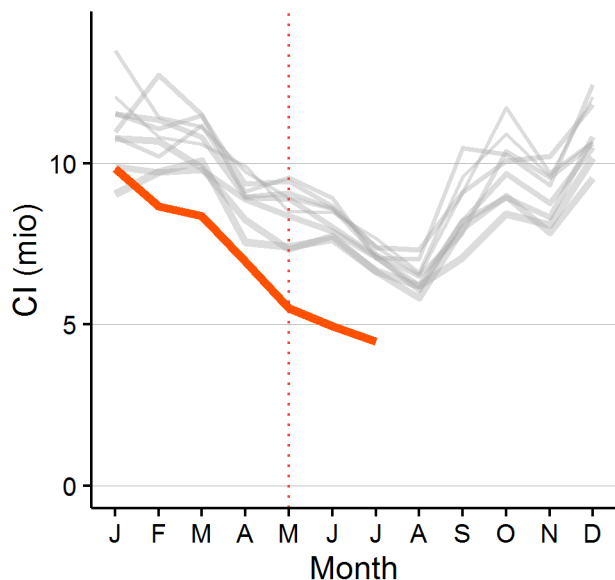
Pour des raisons de clarté, ajoutons néanmoins que cela n'implique pas que les médecins prescrivent massivement des antibiotiques aux patients atteints de la grippe. Pendant la saison de la grippe, beaucoup d'inflammations se manifestent également, en particulier des voies respiratoires, où la prescription d'antibiotiques peut être appropriée. Malheureusement, ces infections ne sont pas surveillées d'aussi près par l'ISP que la grippe.

Revenons à notre sujet principal : l'effet de la réaffectation de la catégorie de remboursement B à la catégorie de remboursement C à la date du 1er mai 2017. Cela a été annoncé par le ministre compétent fin décembre 2016. À ce moment-là, la date de l'affectation n'était pas encore connue. Ce n'est qu'au printemps 2017 que l'on a annoncé que la mesure entrerait en vigueur le 1er mai.

Pour en déterminer l'effet, nous comparons les données mensuelles avec celles des années précédentes. Dans les graphiques ci-dessous, les délivrances sont exprimées en différentes unités par

rapport à chacun des douze mois. La ligne orange est l'année en cours 2017. Les lignes grises sont les années 2008 à 2016, avec des lignes plus fines d'année en année. La ligne rouge verticale en pointillés est le mois de mai. C'est le mois au cours duquel la réaffectation de la catégorie de remboursement s'est produite et dans lequel nous recherchons l'effet.





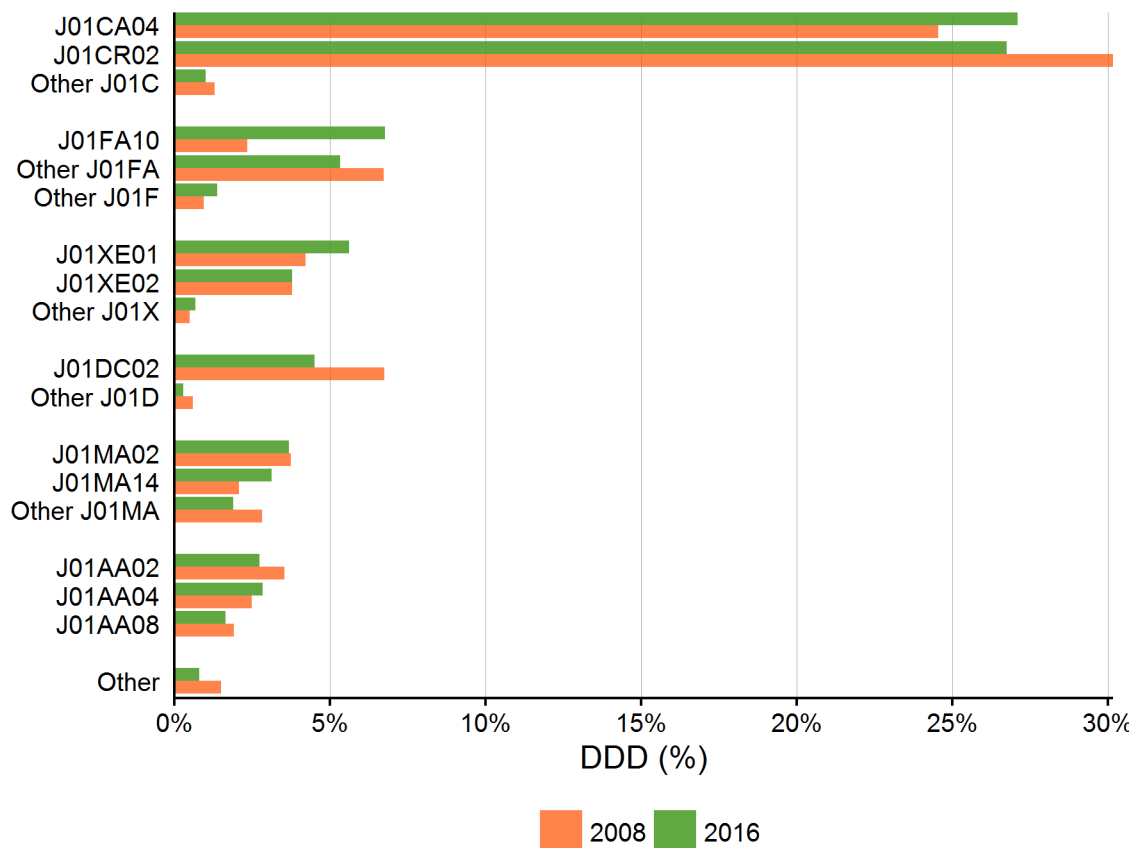
Nous avons observé les faits suivants :

- Dans la **consommation**, nous ne voyons pas d'**effet soudain** en mai 2017. Aussi bien en volume (NB), en nombre de DDD qu'en chiffre d'affaires, on n'observe pas de changement significatif par rapport aux périodes précédentes.
- Pour les trois mêmes unités, nous constatons que la **consommation en 2017** est **inférieure** à celle des années précédentes. Une explication possible est que l'annonce de la mesure a déjà généré une prescription réduite. Cependant, cette hypothèse ne peut pas être testée dans l'immédiat.
- Le nombre de DDD par conditionnement a été très stable pendant de nombreuses années. La mesure n'a eu **aucun effet sur la taille du conditionnement**.
- Quand on regarde la répartition des paiements, on voit un changement de la part payée par l'INAMI (CI) vers celle payée par le patient (CP). La **part du patient** dans le prix des antibiotiques a **plus que doublé**. Avant la mesure, le patient payait en moyenne 20% du prix public. Maintenant, il paie un peu plus de 40%. Sur une base annuelle, cela signifie une économie d'environ 24 millions d'économie pour l'INAMI.

- Le prix moyen par DDD est en baisse depuis des années, mais il s'est stabilisé ces dernières années à un peu plus d'un euro par DDD.

Nous avons également examiné les changements entre les types d'antibiotiques. Mais il ne semble pas y avoir eu de changements suite à cette mesure. Il est bien entendu possible que la période écoulée depuis le début de la mesure (trois mois) soit encore trop courte pour aboutir à des conclusions significatives.

En fait, cela n'est pas surprenant vu que des grands changements entre les différentes classes d'antibiotiques sont limités même à plus long terme. Ci-dessous, nous comparons la part de DDD des groupes clés en 2008 (orange) avec la dernière année complète disponible (2016, vert).



Bien que quelques changements importants aient eu lieu sur une longue période, ce nombre reste limité comparé aux classes plus innovatrices. Nous avons observé un certain nombre d'évolutions :

- L'amoxicilline est de loin le principe actif le plus important. La classe avec la consommation la plus grande est l'amoxicilline (J01CA04), suivie de près par les combinaisons d'amoxicilline avec un inhibiteur d'enzyme (J01CR02). Ensemble, ils représentent plus de la moitié des DDD délivrées.
- Depuis 2008, l'amoxicilline avec un inhibiteur enzymatique a été remplacée par de l'amoxicilline seule.
- Actuellement, l'azithromycine (J01FA10) occupe la troisième place. Depuis 2008, sa part de consommation a plus que doublé.
- La consommation de céfuroxime (J01DC02) a fortement diminué.
- Parmi les quinolones (J01M), la ciprofloxacine (J01MA02) est la plus utilisée. Suivie par la moxifloxacine (J01MA14), dont la part a fortement augmenté depuis 2008.

- D'autres composants importants sont la nitrofurantoïne (J01XE01) et le nifurtoinol (J01XE02), dont le premier a vu augmenter sa part depuis 2008.
- Parmi les tétracyclines, la lympécycline (J01AA04) est devenue la plus utilisée. En 2008, la part de la doxycycline (J01AA02) était encore plus grande, mais ce composant actif a perdu du terrain, tout comme la minocycline (J01AA08).