

IPhEB-Monthly» Données d'août 2017 (publication novembre 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 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	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	2.634,203	445,426	3.062,012	101,286	254,369	5.224,678	9,022	9,0%	14,498	5,1%
2017/2016	-2,0%	-3,0%	-1,6%	-4,1%	14,1%	-2,7%	-0,3%		45,6%	
2016/2015	1,26%	-1,24%	0,43%	-1,57%	387,32%	2,17%	-7,50%	-6,01%	478,34%	18,61%
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%
201705	223,776	40,488	261,466	8,674	20,096	451,951	0,753	8,7%	1,234	5,7%
201706	232,331	40,516	271,905	8,753	19,967	460,706	0,739	8,5%	1,360	6,3%
201707	205,616	35,570	240,374	7,658	23,226	407,641	0,633	8,3%	1,566	6,7%
201708	207,560	35,872	242,612	7,759	20,801	411,484	0,639	8,3%	1,066	5,1%

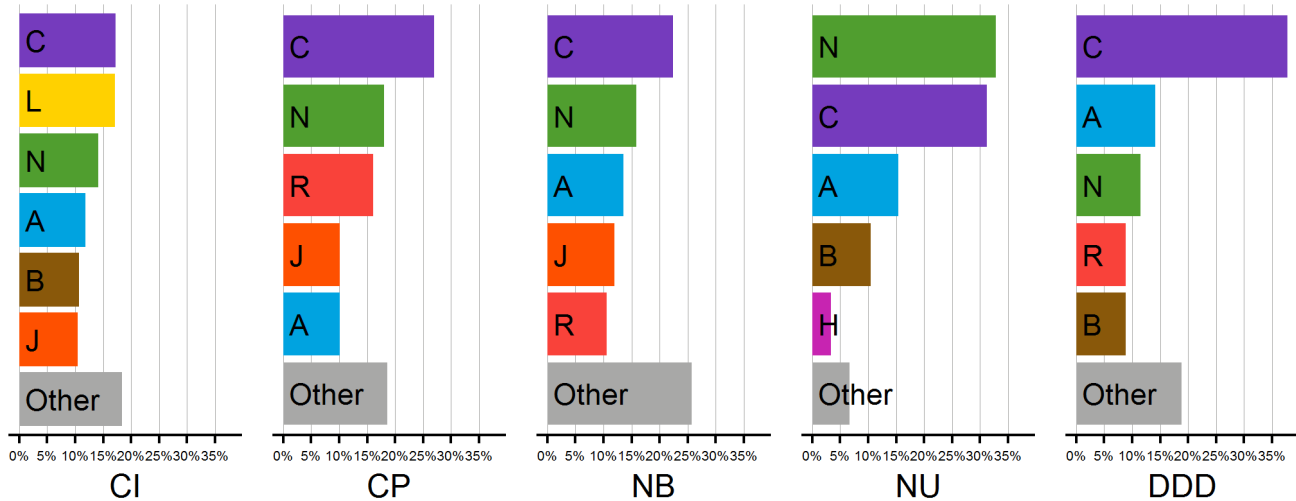
Ce tableau contient les informations relatives à la délivrance des médicaments remboursés en distinguant des nombres de conditionnements (NB) et d'unités (NU). Ces unités sont les unités des médicaments qui font l'objet d'une « tarification à l'unité ». Il s'agit de médicaments sous forme orale solide,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

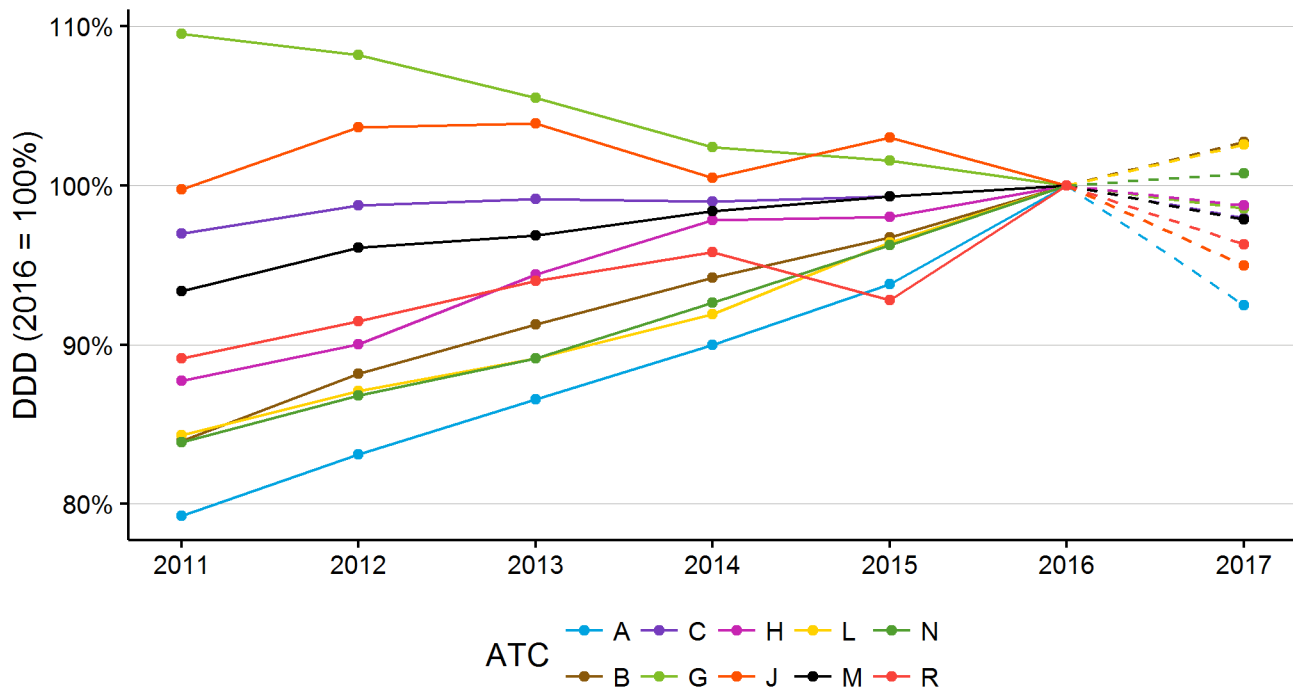
Remarque : ce tableau n'inclut pas les changements suite à la reprise du MAF (maximum à facturer) dans le système du tiers payant depuis le 1 janvier 2015. Dans le passé les montants du MAF étaient déjà transférés des dépenses des patients vers les dépenses de l'INAMI, mais sans apparaître dans les données.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

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 (septembre 2016 – août 2017). Toutes les classes principales représentant au moins 10%, sont montrées chaque fois avec un minimum de cinq classes.

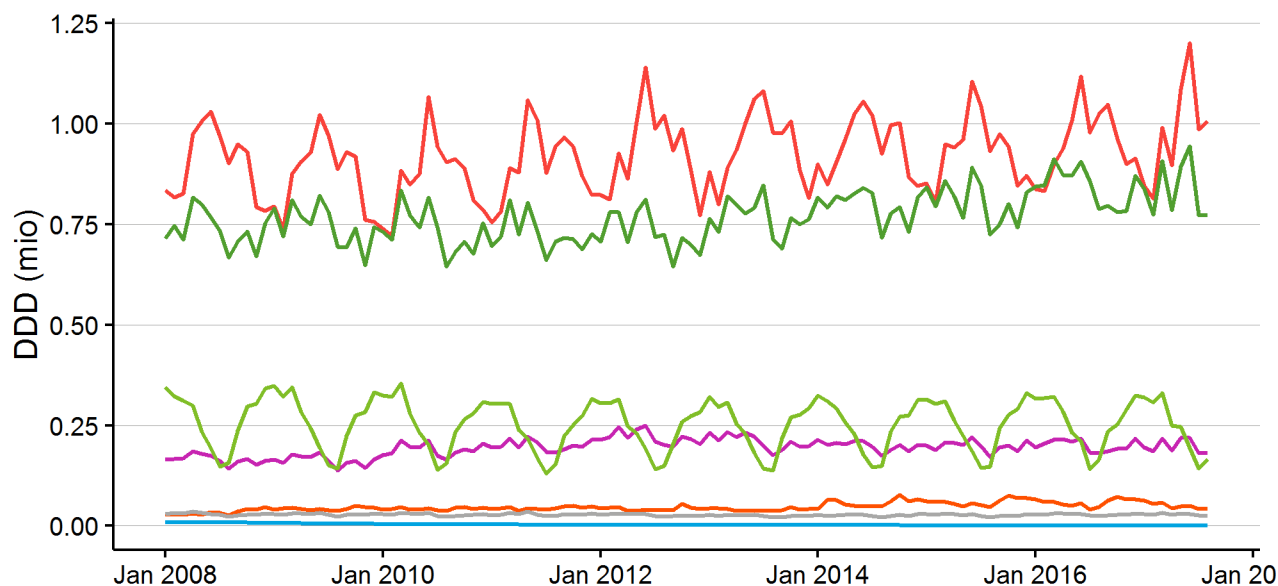
En outre, vous verrez ci-dessous l'évolution de la consommation des classes principales ATC dans le temps. Les classes D, P, S et V n'ont pas été prises en considération à cause de leur importance limitée. La valeur pour 2017 est une prévision sur la base des huit premiers mois de l'année.



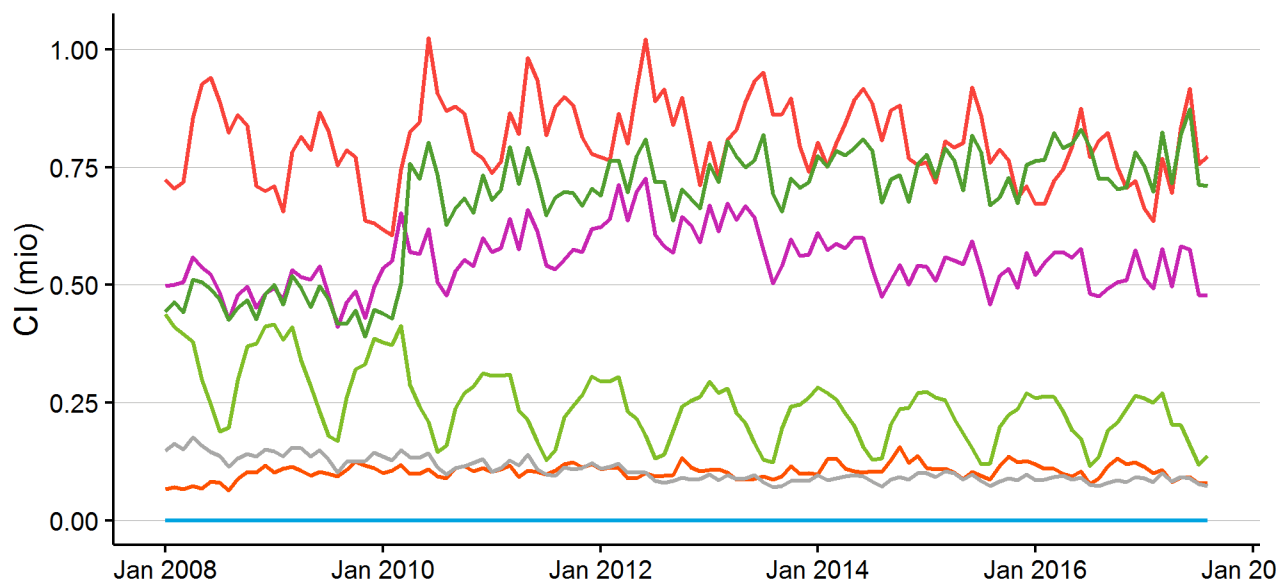
A	tractus gastro-intestinal et métabolisme	L	cytostatiques, agents immunomodulateurs
B	sang et système hématopoïétique	M	système squelettique et musculaire
C	système cardio-vasculaire	N	système nerveux central
D	préparations dermatologiques	P	antiparasitaires, insecticides et repellants
G	système uro-génital 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 D

Ce mois-ci, nous analysons en détail les évolutions dans la classe D qui contient les préparations dermatologiques.



ATC2 — D01 — D05 — D07 — D11
— D03 — D06 — D10



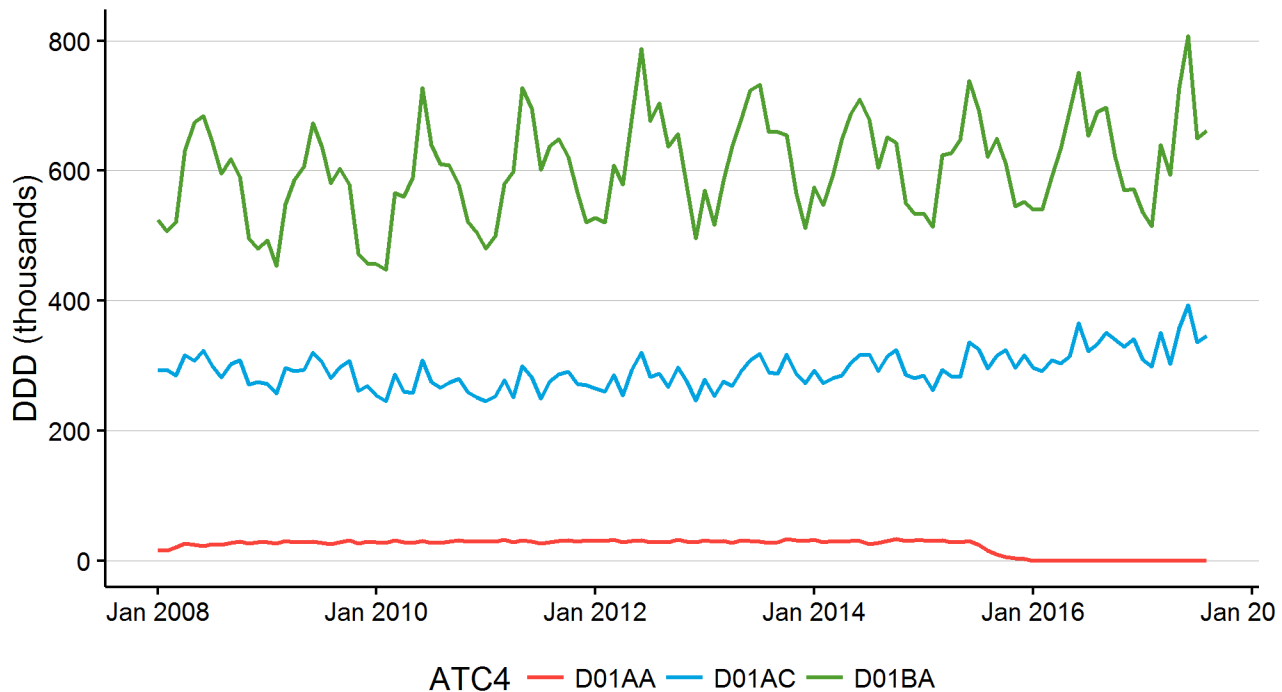
ATC2 — D01 — D05 — D07 — D11
— D03 — D06 — D10

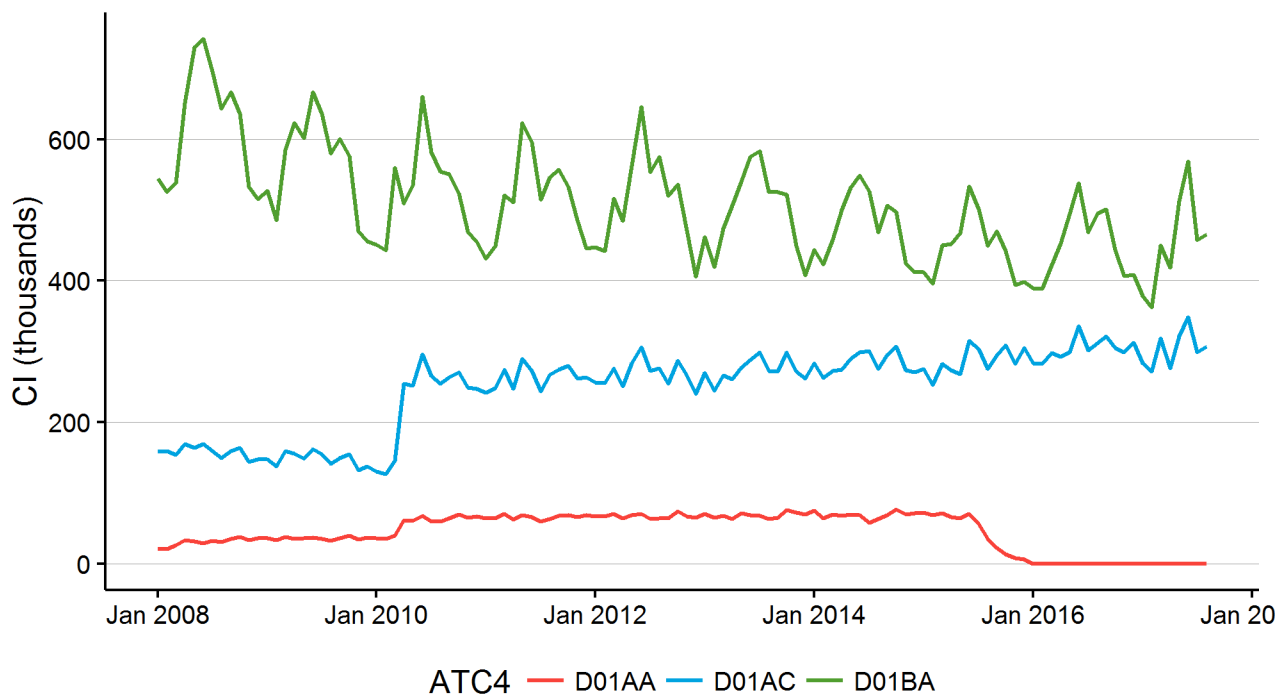
Au niveau de la consommation, les sous-classes les plus importantes sont, de loin, la classe D01 (antimycosiques pour un usage dermatologique) et la classe D07 (corticostéroïdes dermatologiques).

D'autres sous-classes moins importantes sont la D10 (préparations anti-acnéiques) et la D05 (préparations contre le psoriasis). Reste encore la D06 (antimicrobiens pour un usage dermatologique), la D03 (préparations pour traiter les plaies et ulcères) et la D11 (d'autres préparations dermatologiques) dont la consommation dans le remboursement est négligeable. Au niveau des dépenses INAMI, nous voyons que les mêmes groupes reviennent. Ce sont surtout les préparations contre le psoriasis (D05) qui coûtent plus cher à l'assurance maladie que le reste et qui pèsent plus dans les dépenses de l'INAMI par rapport à ce que la consommation laisse présumer.

En outre, nous voyons clairement le comportement périodique, essentiellement dans les classes D01, D05, D07 et D10. Nous remarquons que les classes sont toutes sujettes à une variation saisonnière : les antimycosiques pour un usage dermatologique (D01) connaissent des pics au printemps et des chutes autour de la période de fin d'année. Nous observons le contraire pour les préparations acnéiques (D10, en réalité seulement le groupe D10BA01 de l'isotrétinoïne), qui connaissent des pics autour de la période de fin d'année et des baisses pendant les mois d'été. Les préparations contre le psoriasis (D05) et les corticostéroïdes dermatologiques (D07) connaissent une baisse pendant les mois d'été sans qu'il y ait vraiment un pic manifeste.

D01 – antimycosiques pour un usage dermatologique





Au niveau des antimycosiques à usage dermatologique, nous faisons une distinction entre ceux pour un usage topique (D01A) et ceux pour un usage systémique (D01B). Le gros de la consommation vient des antimycosiques à usage systémique avec la terbinafine (D01BA02) comme seul principe actif. Nous remarquons également que le comportement périodique de la classe D01 est entièrement dû à la terbinafine.

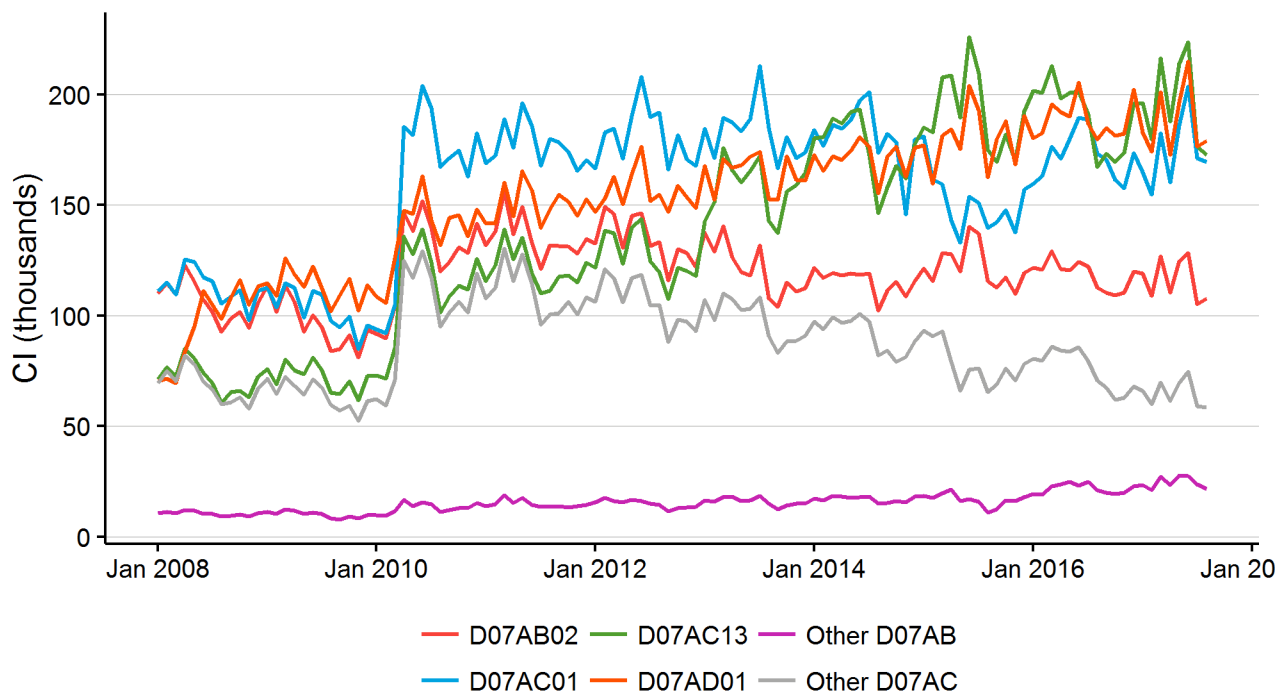
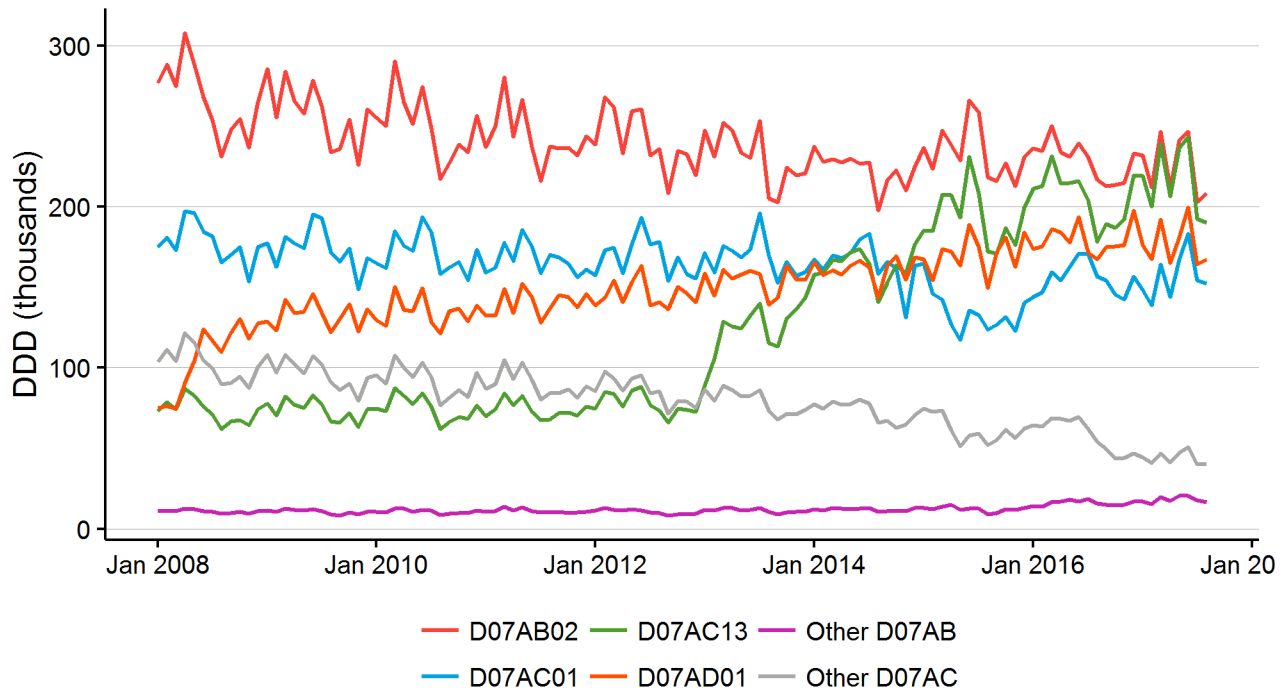
Lorsque nous analysons de manière plus détaillée les antimycosiques à usage topique (D01A), nous observons qu'il s'agit essentiellement de l'imidazole et des dérivés du triazole (D01AC). Nous retrouvons dans cette classe différents principes actifs et nous observons que l'imidazole/les dérivés de triazole avec des corticostéroïdes (D01AC20) représentent la part la plus importante. Cela a un impact plus important au niveau des dépenses INAMI (CI) qu'au niveau de la consommation (exprimée en DDD). D'autres principes actifs fréquents sont le sulconazole (D01AC09) et le kétoconazole (D01AC08).

L'augmentation très forte des dépenses de l'INAMI en 2010 est due à la hausse des prix de ces médicaments à ce moment précis parce qu'il s'agit ici de médicaments anciens peu coûteux qui sont devenus plus chers lors de la réforme de la rémunération du pharmacien.

Les antibiotiques (D01AA) qui appartiennent encore au groupe D01, n'ont jamais eu un grand impact et depuis qu'ils ont été déremboursés en 2016, ils ne figurent plus du tout dans nos données.

D07 – corticostéroïdes dermatologiques

Parmi les corticostéroïdes dermatologiques, trois grandes sous-classes apparaissent : corticostéroïdes avec un effet modérément actif (D07AB), actif (D07AC) et très actif (D07AD). Nous analysons leur évolution en termes de DDD et en termes de dépenses pour l'INAMI (CI).



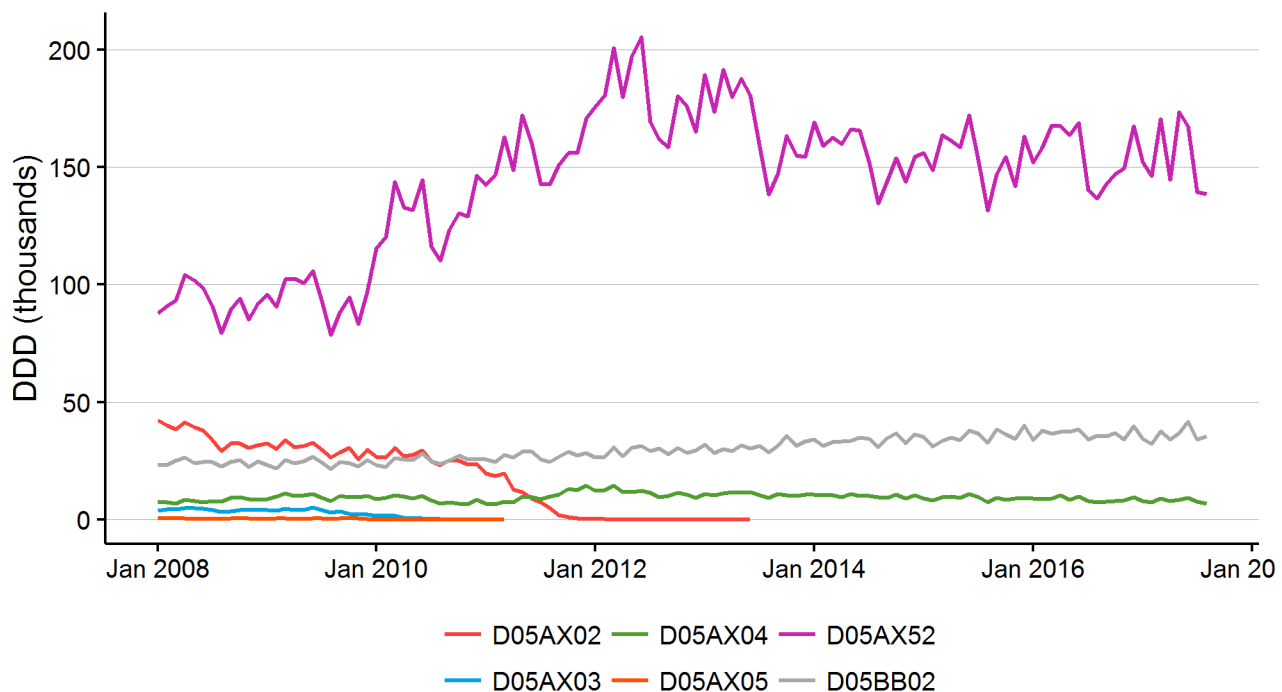
La consommation la plus importante, exprimée en DDD, se situe actuellement au niveau du butyrate d'hydrocortisone (D07AB02) et de la mométasone (D07AC13). Suivent ensuite la bêtaméthasone (D07AC01) et le clobétasol (D07AD01). La hausse considérable et persistante de la consommation de la mométasone depuis 2013 est la plus remarquable. Elle semble due à la mise sur le marché de grands

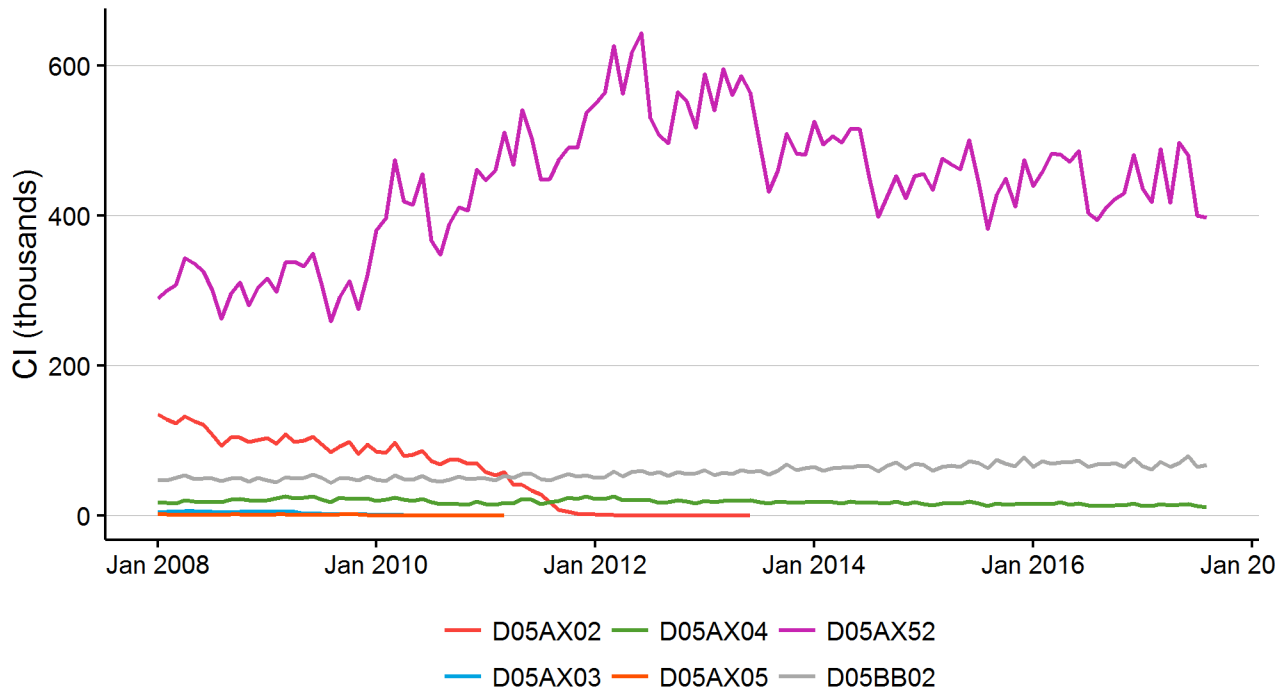
conditionnements de 100 g ou 100 ml, outre les conditionnements de 20 g et de 20 ml qui étaient déjà disponibles autrefois. La consommation du clobétasol montre également une augmentation constante contrairement au butyrate d'hydrocortisone. Pour la consommation de la bêtamétasone, nous observons à l'époque une légère tendance à la baisse. Dans le courant de 2015, la consommation a connu une chute légère, après quoi cette tendance est passée à une tendance à la hausse sans explication immédiate.

Lorsque nous prenons les dépenses de l'INAMI comme critère, nous constatons que les dépenses pour la mométasone, la bêtamétasone et le clobétasol se rapprochent à l'heure actuelle. Pour le butyrate d'hydrocortisone, les dépenses sont un peu plus basses malgré une consommation plus importante. Les tendances sont identiques à celles de la consommation, avec une nette augmentation en 2010 qui a déjà été expliquée.

D05 – préparations contre le psoriasis

Au niveau des préparations contre le psoriasis, nous observons actuellement trois principes actifs. Ci-dessous, vous observerez l'évolution de leur consommation (en DDD) et des dépenses de l'INAMI (CI).





Les préparations combinées avec le calcipotriol (D05AX52) constituent, de loin, la part la plus importante. Leur consommation a augmenté entre 2010 et 2013. Ensuite, nous observons une légère baisse avec une stabilisation à partir de 2015. L'usage de l'acitrétine (D05BB02) et du tacalcitol (D05AX04) est nettement moins important. Dans le passé, le calcipotriol (D05AX02) seul était encore souvent observé mais il a été entièrement remplacé par les préparations combinées à base de calcipotriol.