«IPhEB-Monthly» Août 2012 (publication Novembre 2012)

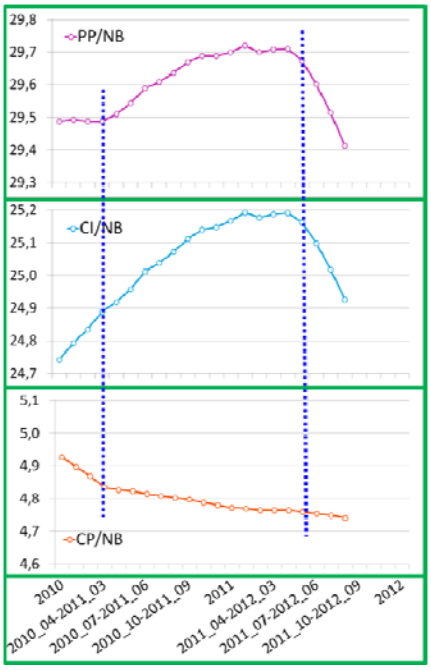
Editeur responsable : Luc Vansnick, 11 rue Archimède – 1000 Bruxelles

Strictement réservé aux Administrateurs de l'IPhEB et au Comité directeur de l'APB – Ne peut être diffusé

Les informations dans les tableaux 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 qui représentent plus que 99% des dépenses. Les petits risques des indépendants sont inclus dans l'assurance obligatoire depuis le 1 janvier 2008, ce qui perturbe les séries chronologiques et rend la comparaison entre 2007 et 2008 moins évidente.
Légende : CI : coût INAMI – CP : coût patient – PP : prix public – NB : nombre de boîtes – DDD : defined daily doses –INN : International Nonproprietary Name (DCI) – CIV : Chapitre IV – CII : Chapitre II (contrôle a postériori)
Dans le premier tableau la grandeur « NB » a été corrigée pour le Factane® (cf. remarque à ce sujet dans les numéros précédents).

Ensemble des médicaments remboursés

GLOBAL DATA (mio)	CI	CP	PP	NB	DDD	CII		CIV		INN (refpricing)		INN	
						NB	%	NB	%	NB	%(ref)	NB	%(all)
2005	2.207,871	517,054	2.724,925	98,979	3.333,165								
2006	2.165,802	538,795	2.704,597	99,613	3.551,789	3,481	3,5%	15,164	15,2%				
2007	2.302,156	555,888	2.858,044	103,300	3.783,795	3,985	3,9%	16,158	15,6%	2,480	4,1%	3,113	3,0%
2008	2.610,762	599,144	3.209,906	112,370	4.242,960	5,867	5,2%	17,510	15,6%	3,027	4,5%	3,671	3,3%
2009	2.682,419	588,713	3.271,131	113,951	4.607,252	12,353	10,8%	14,769	13,0%	3,784	5,4%	4,413	3,9%
2010	**2.703,519**	537,176	3.221,022	109,593	4.759,548	12,856	11,5%	13,631	12,2%	5,920	8,7%	6,605	5,9%
2011	**2.753,570**	522,191	3.249,410	109,413	4.876,463	13,586	12,2%	13,723	12,3%	7,131	10,3%	7,934	7,1%
2012	***2.742,744***	*521,628*	*3.237,763*	*110,255*	*5.038,159*	*14,671*	*13,1%*	*12,914*	*11,5%*	*8,281*	*11,9%*	*9,187*	*8,2%*
2012/2011	***-0,39%***	*-0,11%*	*-0,36%*	*0,77%*	*3,32%*	***7,99%***		***-5,89%***		***16,12%***		***15,79%***	
2011/2010	1,85%	-2,79%	0,88%	-0,16%	2,46%	5,68%		0,67%		20,46%		20,12%	
201109	**232,905**	44,869	275,221	9,350	411,262	1,111	11,6%	1,435	15,0%	0,597	10,4%	0,677	7,1%
201110	**239,659**	48,730	285,199	10,040	420,041	1,186	11,6%	1,874	18,3%	0,629	10,7%	0,740	7,2%
201111	**231,274**	44,103	272,958	9,276	407,310	1,199	12,7%	1,288	13,6%	0,622	10,8%	0,696	7,4%
201112	**243,918**	45,340	287,006	9,654	428,523	1,326	13,4%	1,116	11,3%	0,680	11,0%	0,746	7,6%
201201	**228,619**	43,124	269,635	9,038	408,725	1,190	12,9%	1,024	11,1%	0,646	11,1%	0,707	7,7%
201202	**227,718**	43,201	268,780	9,153	405,823	1,206	12,9%	0,998	10,7%	0,690	11,7%	0,751	8,0%
201203	**244,524**	46,011	288,267	9,641	435,920	1,256	12,8%	1,070	10,9%	0,723	11,7%	0,791	8,0%
201204	**212,973**	40,422	251,313	8,501	393,597	1,003	11,5%	0,985	11,3%	0,611	11,2%	0,679	7,8%
201205	**227,857**	43,212	268,770	9,172	425,898	1,088	11,6%	1,056	11,3%	0,700	11,9%	0,775	8,3%
201206	**236,055**	44,086	277,776	9,430	441,262	1,098	11,4%	1,139	11,8%	0,698	11,6%	0,764	7,9%
201207	**209,182**	39,425	246,510	8,393	396,680	0,964	11,3%	0,905	10,6%	0,591	11,4%	0,639	7,5%
201208	**206,104**	38,736	242,733	8,309	396,399	0,940	11,2%	0,894	10,7%	0,601	11,6%	0,648	7,7%



Ces graphiques représentent l'évolution par conditionnement (NB) remboursé du prix public (PP) moyen, du coût INAMI (CI) et du ticket modérateur (CP – coût patient), par 12 mois courants, à partir des 12 mois de 2010. En étudiant l'évolution par 12 mois, on ne voit plus les changements ponctuels, mais on évite aussi les effets saisonniers, ce qui met en évidence les tendances et nous permet, en l'occurrence, d'observer 3 périodes distinctes.

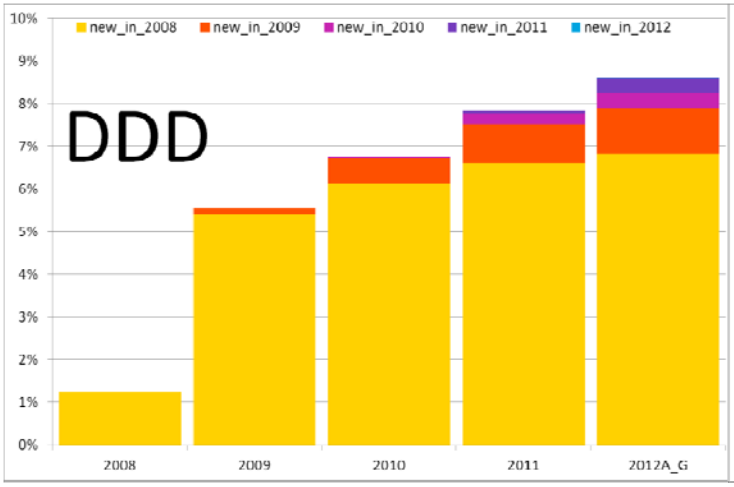
La première verticale pointillée bleue (à gauche) se situe aux premiers 12 mois complets (avril 2010 à mars 2011) du nouveau calcul des tickets modérateurs, en fonction du prix ex usine plutôt qu'en fonction du prix public. Ce calcul, étant du point de vue des patients plus avantageux pour les génériques, a donc un effet visible sur la moyenne globale des tickets modérateurs.

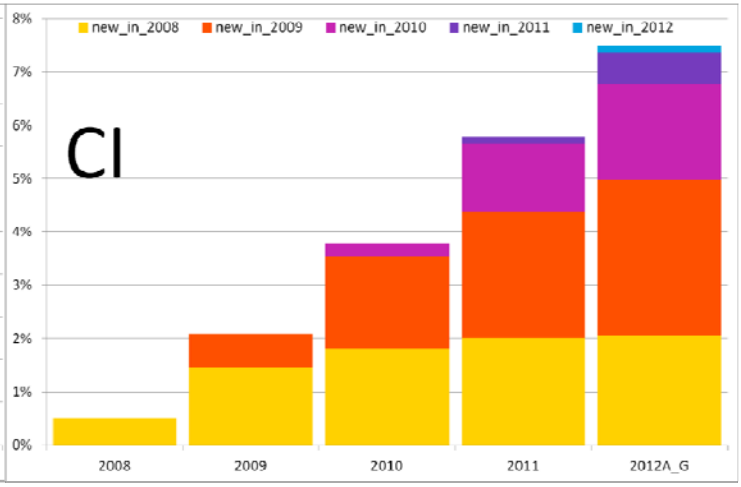
À gauche de cette première verticale pointillée bleue, les prix publics sont stables, le coût INAMI moyen augmente et le ticket modérateur moyen diminue. À partir de là, on observe une augmentation de 12 mois en 12 mois du PP moyen par conditionnement et du coût INAMI correspondant, tandis que le ticket modérateur moyen continue à diminuer. Comme dans les 3 graphiques l'axe vertical porte sur un intervalle de 50 cents, on observe que le coût moyen de l'assurance augmente plus que le prix public, parce qu'en même temps le ticket modérateur moyen continue à diminuer, mais de façon moins forte que pendant les premières périodes de 12 mois représentées.

La deuxième verticale pointillée bleue se situe à la période de juin 2011 à mai 2012 : c'est la première d'une suite de périodes de 12 mois où on observe une diminution des prix moyens d'un conditionnement, résultat de l'effet combiné des différentes mesures budgétaires. Sur le graphique du PP/NB, on peut voir que le prix moyen d'un conditionnement diminue d'environ 10 cents de période de 12 mois en période de 12 mois. La majeure partie de cette diminution bénéficie à l'assurance, mais on observe aussi la continuation de la baisse du ticket modérateur moyen.

ZOOM sur les nouvelles substances actives (suite)

Après l'aperçu dans le ZOOM du mois précédent, qui situe les nouvelles substances actives dans la classification anatomique, thérapeutique et chimique, regardons maintenant ce que représentent, en officine ouverte au public, ces nouveaux médicaments dans la consommation (mesurée en DDD) et dans les dépenses de l'assurance obligatoire (CI – coût INAMI). Les données de 2012 se limitent aux sept premiers mois.





Ces premiers graphiques représentent la consommation et les dépenses des nouvelles substances, groupées par année d'arrivée dans le remboursement.

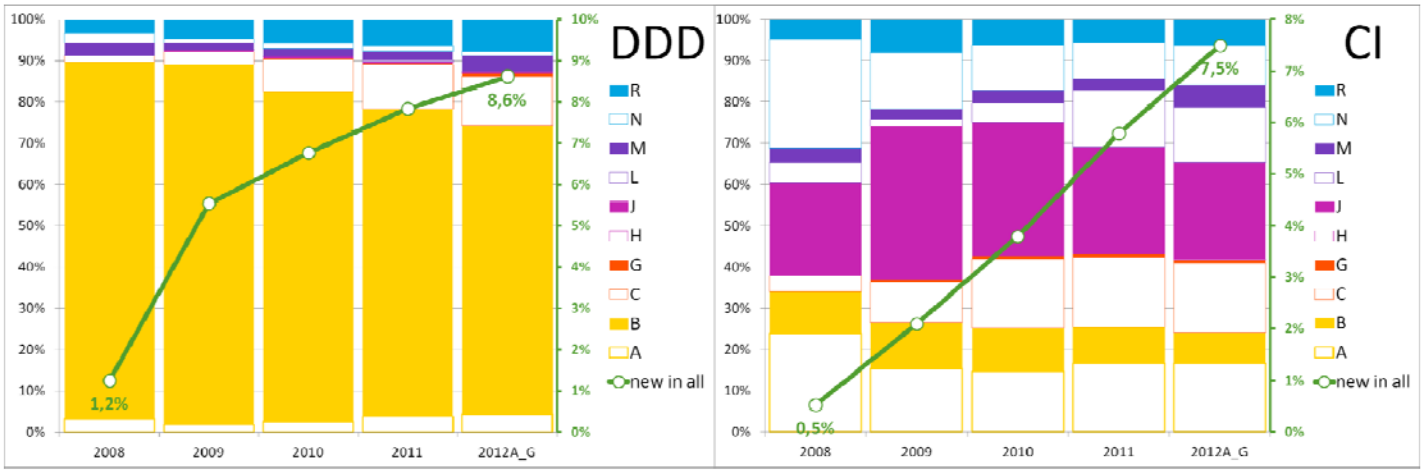
- En jaune figurent la consommation (à gauche) ou les dépenses (à droite) des substances arrivées dans le remboursement en 2008. L'importance du jaune dans les DDD s'explique par l'arrivée en septembre 2008 dans le remboursement de l'acide acétylsalicylique (B01AC06), qui est évidemment beaucoup moins important dans les dépenses.
- L'importance de l'orange dans les coûts (CI) correspond aux prix élevés des nouveaux ATC arrivés en 2009. Il s'agit en premier lieu des dépenses pour le Truvada® (J05AR03, une association de 2 antiviraux pour le traitement de l'infection HIV), qui s'élevaient déjà à € 10 mio en 2009. Les différentes associations d'antihypertenseurs qui sont arrivées en 2009 contribuent aussi beaucoup aux dépenses « oranges », surtout à partir de 2010.
- Les substances arrivées en 2010 (en fuchsia sur les graphiques) sont des substances peu consommées (peu visibles dans les DDD), mais chères (bien visibles dans les coûts). Il s'agit notamment de nouveaux anti-TNF(α) (L04AB), de nouveaux antidiabétiques (A10B), et encore de nouvelles associations d'antihypertenseurs.
- Les substances arrivées en 2011 ou en 2012 sont aussi moins importantes en termes de consommation qu'en termes de coûts. Quatre de ces nouveaux médicaments représentent déjà, chacun, plus d'un million d'euros pendant les 7 premiers mois de 2012 : Prolia® (denosumab (M05BX04), ostéoporose, € 3,2 mio), Onbrez® (indacatérol (R03AC18), BPCO, € 3,0 mio), Victrélis® (bocéprévir (J05AE), hépatite C, € 1,1 mio) et en Sevikar HCT ®, l'association de olmesartan, medoxomil, amlodipine et hydrochlorothiazide (C09DX03), € 1,0 mio).

Ce qu'on observe en regardant ces graphiques, à l'exception du cas particulier de l'acide acétylsalicylique, c'est une augmentation régulière annuelle d'environ 1,5% de la part de ces nouveaux médicaments dans les coûts (dans les dépenses globales), et d'environ 1% dans la consommation.

Les graphiques ci-dessous représentent aussi la consommation et les dépenses des nouvelles substances, mais groupées cette fois-ci par classe thérapeutique principale et représentant pour chaque année les parts, en pourcentage, des différentes classes comprenant des substances actives arrivées dans le remboursement à partir de 2008. Les lignes vertes représentent l'évolution totale des parts de marché des nouveaux médicaments et correspondent donc aux totaux des graphiques ci-dessus.

C'est encore le poids de l'acide acétylsalicylique dans la consommation qui frappe en premier lieu. Au fur et à mesure que d'autres nouvelles substances arrivent, il diminue de 86% (de la consommation dans les nouvelles molécules) en 2008 à 70% en 2012. En 2012 on voit clairement la présence dans la consommation de

- la classe C : 12% de la consommation dans les nouvelles molécules, essentiellement les associations d'antihypertenseurs ;
- la classe R : 8 % de la consommation dans les nouvelles molécules, surtout le corticostéroide fluticazone furoate (R01AD12, Avamys®), pour le traitement de la rhinite allergique ;
- la classe A : 4%, antidiabétiques ;
- la classe M : 4%, l'AINS nabumétone (M01AX01, Gambaran®)



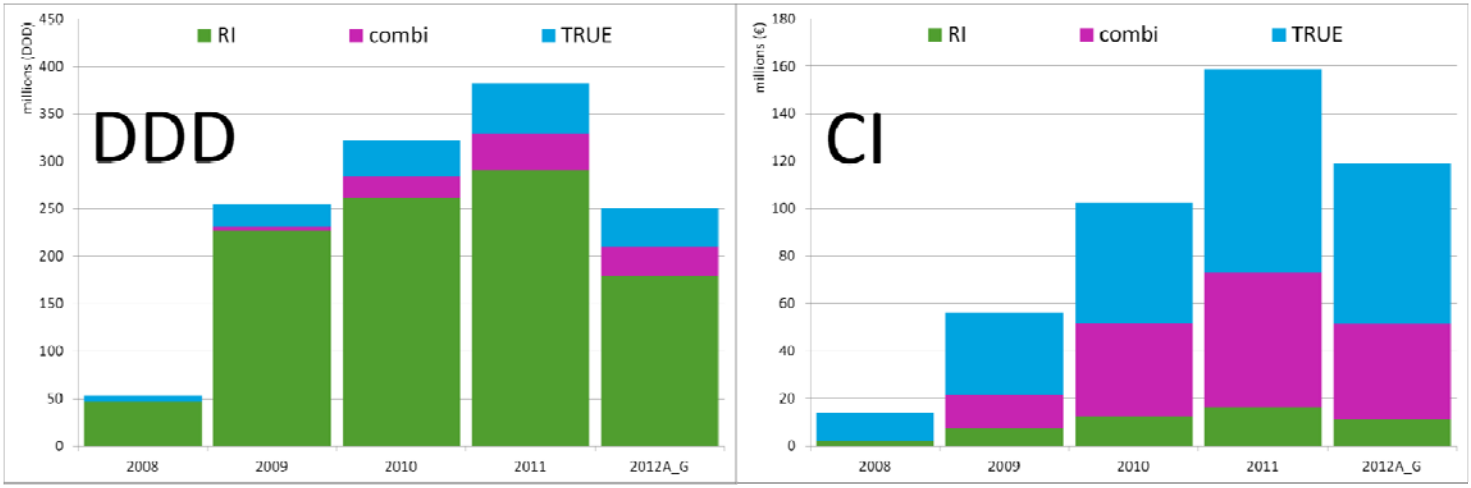
Dans les coûts, la répartition des poids des différentes classes thérapeutiques est tout à fait différente.

- La classe J est la plus importante. Ce sont essentiellement les nouveaux médicaments antiviraux et les nouveaux vaccins. La part plus importante de la classe J dans les coûts des années 2009 et 2010 est due à la vaccination HPV (J07BM02, Cervarix®) : pendant ces années la vaccination concernait encore toute la population cible, plutôt que des cohortes par année de naissance, et il n'y avait pas encore de prise en charge par les régions.
- Le poids de la classe N en 2008 provient de l'arrivée de la varénicline (N07BA03, sevrage de la nicotine). En 2012, où on peut voir le poids dans l'ensemble des nouvelles molécules arrivées à partir de 2008, la part de classe N dans les coûts provient surtout des dépenses pour l'antipsychotique palipéridone (N05AX13, Invega®).
- En 2008, la classe A était représentée dans les coûts par la sitagliptine (A10BH01, Januvia®) et l'exénatide (A10BX04, Byetta®). En 2012, les dépenses pour la sitagliptine sont toujours importantes, suivi de celles pour la liraglutide (A10BX07, Victoza®).
- Dans la classe C, on retrouve toujours les associations d'antihypertenseurs.
- Et c'est le golimubab (L04AB06, Simponi®) qui pèse le plus lourd dans les coûts de la classe L.

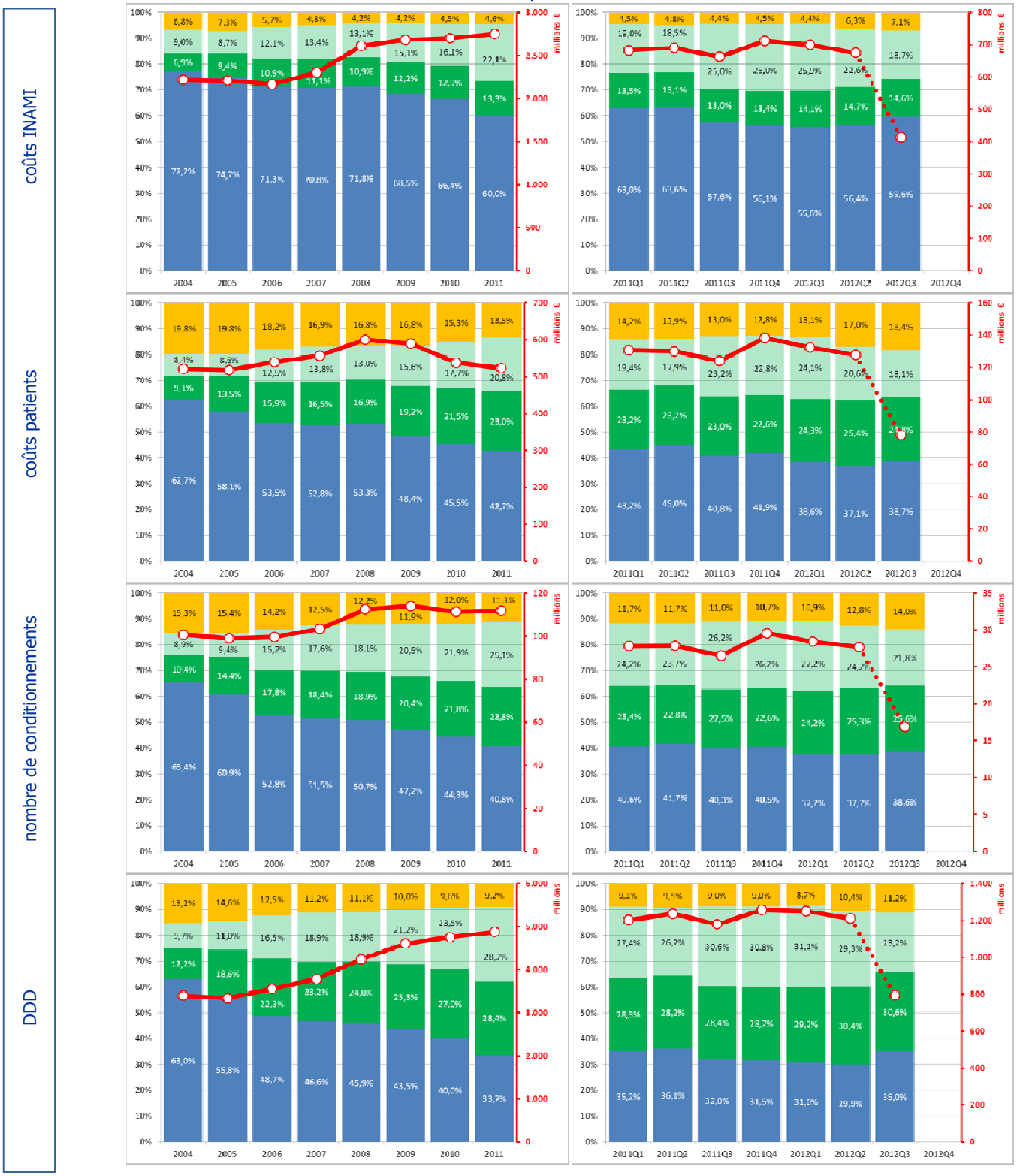
Enfin, regardons aussi, encore pour la consommation (DDD) et les dépenses (CI – coût INAMI) la répartition selon les classifications dans le ZOOM précédent, où les substances actives qui arrivaient dans le remboursement ont été placées dans ces 3 classes :

- les « vraies » nouvelles substances actives, correspondant à des codes ATC qui n'existaient pas auparavant (TRUE);
- des associations de plusieurs substances actives, notamment parmi les antihypertenseurs, mais également dans d'autres classes thérapeutiques (antidiabétiques, antiviraux, opioïdes, contraceptifs, …) (combi);
- des substances anciennes, nouvellement admises au remboursement, comme l'acide acétylsalicylique dans la prévention cardio-vasculaire ou la lidocaïne sous une nouvelle forme d'administration comme antidouleur local (RI).

Pour donner une idée des nombres dont on parle ici, les données ne sont plus en pourcentages mais en valeurs, soit en millions de DDD et millions d'euros du CI. Les données 2012 sont incomplètes, et s'agissant de nouveaux produits, il n'est pas indiqué d'extrapoler. Ces graphiques confirment que ce sont les « vraies » nouvelles molécules (€ 1,7/DDD) et, dans une moindre mesure, les associations (€ 1,2/DDD) qui ont le plus d'impact sur les dépenses, tandis que les substances anciennes admises au remboursement (€ 0,06/DDD) – en l'occurrence il s'agit essentiellement de l'acide acétylsalicylique – sont très bon marché par rapport au prix moyen actuel de € 0,5/DDD, mais représentent une grande partie de la consommation. Sans l'acide acétylsalicylique les nouvelles molécules ne représenteraient en 2012 que 2,6% de la consommation totale (au lieu de 8,6%), mais dans les dépenses la différence ne serait que d'un demi pourcent (7,0% au lieu de 7,5%)



Remboursement de référence ou non, génériques & copies, bon marché & chers



Légende :

- expensive (% of total)
- cheap originals (% of total)
- generics (% of total)
- not refpricing (% of total)
- total (mio € or mio)

Ces graphiques visualisent la répartition des coûts INAMI, des coûts patients (tickets modérateurs), du nombre de conditionnements et du nombre de DDD selon qu'il s'agit de médicaments en dehors du remboursement de référence (not refpricing), ou dedans : génériques ou copies (generics), originaux dont le prix égale la base de remboursement (cheap originals) ou originaux dont le prix dépasse la base de remboursement (expensive). Le trait rouge montre l'évolution de la valeur absolue correspondante (repérée sur l'axe vertical droit). A gauche on voit l'évolution annuelle, à droite l'évolution par trimestre depuis la mise à jour trimestrielle du remboursement de référence. Pour l'instant le dernier trimestre représenté est le troisième trimestre de 2012, incomplet.