

Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses

MORSE

Rapport 2013
(données 2012)

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|------------|
| TABLE DES MATIERES | 2 |
| INTRODUCTION | 4 |
| APERÇU DES DÉPENSES GLOBALES POUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES | 5 |
| VENTILEES ENTRE LES OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC ET LES HÔPITAUX | 5 |
| GENERALITES | 5 |
| DÉPENSES POUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES EN OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC | 7 |
| GENERALITES | 7 |
| ANALYSE | 11 |
| <i>MÉDICAMENTS CONTRE L'ACIDITÉ GASTRIQUE ET LES MALADIES DU REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN</i> | 11 |
| <i>MEDICAMENTS ANTIDIABETIQUES</i> | 15 |
| <i>INSULINES ET ANALOGUES</i> | 16 |
| <i>ANTIDIABÉTIQUES (HORS INSULINES)</i> | 18 |
| <i>ANTITHROMBOTIQUES</i> | 23 |
| <i>INHIBITEURS DU SYSTÈME RENINE-ANGIOTENSINE</i> | 27 |
| <i>INHIBITEURS DE L'ECA ET ASSOCIATIONS</i> | 28 |
| <i>SARTANS ET ASSOCIATIONS</i> | 36 |
| <i>AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS ET ASSOCIATIONS</i> | 42 |
| <i>ANTIVIRAUX A EFFET DIRECTE</i> | 51 |
| <i>IMMUNOSUPPESSEURS</i> | 57 |
| <i>MEDICAMENTS AGISSANT SUR LA STRUCTURE OSSEUSE ET LA MINÉRALISATION</i> | 61 |
| <i>ANTIÉPILEPTIQUES</i> | 64 |
| <i>ANTIDÉPRESSEURS et ANTIPSYCHOTIQUES</i> | 68 |
| <i>MEDICAMENTS UTILISÉS DANS LE TRAITEMENT DE L'ASTHME ET DES BPOC</i> | 77 |
| <i>HORMONES LIBÉRANT DE LA GONADOTROPHINE – HORMONES ANTICROISSANCE – HORMONES LIBÉRANT DE LA ANTIGONADOTROPHINE</i> | 88 |
| <i>HORMONES THYROÏDIENNES</i> | 92 |
| DÉPENSES POUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES EN MILIEU HOSPITALIER | 97 |
| GENERALITES | 97 |
| DEPENSES POUR LES MEDICAMENTS EN MILIEU HOSPITALIER : REPARTITION DES DEPENSES PAR TYPES DE PATIENTS | 99 |
| <i>BASE</i> | 99 |
| <i>GÉNÉRALITÉS : LE FORFAIT MEDICAMENTS</i> | 99 |
| <i>RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR TYPE DE PATIENT : ANALYSE</i> | 100 |
| ANALYSE | 104 |
| <i>B03X AUTRES PREPARATIONS ANTIANÉMIQUES</i> | 104 |
| <i>L01 – ONCOLYTIQUES EN MILIEU HOSPITALIER</i> | 109 |
| MÉDICAMENTS ORPHELINS | 112 |
| DOSSIER – CONVENTIONS « ARTICLE 81 » | 117 |
| LA COMMISSION DE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS | 118 |
| GENERALITES | 118 |
| NOMBRE DE DOSSIERS | 119 |
| PROPOSITIONS DE LA COMMISSION ET DECISIONS DU MINISTRE | 121 |
| ANNEXE 1 | 123 |

| | |
|---|------------|
| PROPOSITIONS DE LA CRM EN FONCTION DU TYPE DE DEMANDE..... | 124 |
| DECISIONS DU MINISTRE EN FONCTION DE LA PROPOSITION DE LA CRM | 125 |
| ANNEXE 2 : APERÇU DES MESURES D'ÉCONOMIE 2011 - 2012 | 128 |
| ANNEXE 3 : ONCOLYTIQUES - APERÇU DES MODIFICATIONS DE LA LISTE DES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES | 132 |
| ANNEXE 4..... | 135 |
| <i>APERÇU DES SCHÉMAS.....</i> | <i>135</i> |
| <i>APERÇU DES TABLEAUX</i> | <i>140</i> |

INTRODUCTION

Le rapport MORSE a pour objectif d'évaluer le suivi financier des dépenses liées aux médicaments remboursables en fonction des mesures politiques appliquées (parmi lesquelles l'ajout de nouveaux médicaments remboursables, les mesures d'économie...) et de refléter l'évolution de ces dépenses pour les spécialités pharmaceutiques, délivrées soit en officine ouverte au public, soit en milieu hospitalier.

Ce rapport concerne les données portant jusqu'à décembre 2012 inclus.

Pour évaluer les dépenses, ce sont les données de l'INAMI qui sont prises en compte (Pharmanet pour les officines ouvertes au public, données comptabilisées pour les hôpitaux), de même que les récents chiffres de vente de l'IMS.

Pour une première approche, le rapport MORSE a combiné les récents chiffres de vente de l'IMS avec les dépenses de l'INAMI telles qu'elles sont disponibles pour les officines ouvertes au public via Pharmanet pour l'estimation des dépenses. Pour ce rapport, cette technique n'a pas été utilisée suite à la quantité suffisante de données Pharmanet disponibles (jusqu'à décembre 2012 compris).

Pour la discussion à propos des mesures, nous avons eu recours à l'historique des mesures (système du remboursement de référence, mesure 'vieux médicaments', révisions par groupes, mesures de diminution des prix/bases de remboursement, transferts vers les chapitres I-II/IV, etc.), tenu à jour par l'administration et à la banque de données administrative pour la gestion des dossiers (introduction de nouveaux médicaments, changements de remboursement, etc.).

Ce rapport n'envisage aucune projection pour les dépenses de 2013.

Le suivi financier n'est pas une science exacte : les observations subissent également un test de vraisemblance des collaborateurs internes (évaluateur interne, gestionnaires de dossiers, cellule Pharmanet, etc.).

Par ailleurs, dès que les données en question sont disponibles, les prévisions antérieures sont régulièrement comparées aux dépenses réelles afin de déterminer l'ampleur des erreurs.

Il existe plusieurs rapports financiers concernant les dépenses liées aux médicaments : audit permanent, infospot, cellule Datamanagement, etc. Le rapport MORSE a pour but de traiter les informations pertinentes issues d'autres sources: ce rapport a été complété avec les données provenant de l'audit permanent lorsque c'était nécessaire.

Les rapports MORSE ont surtout pour objectif d'inviter à la réflexion et à la discussion. Toutes les remarques sont les bienvenues !

APERÇU DES DÉPENSES GLOBALES POUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

VENTILEES ENTRE LES OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC ET LES HÔPITAUX

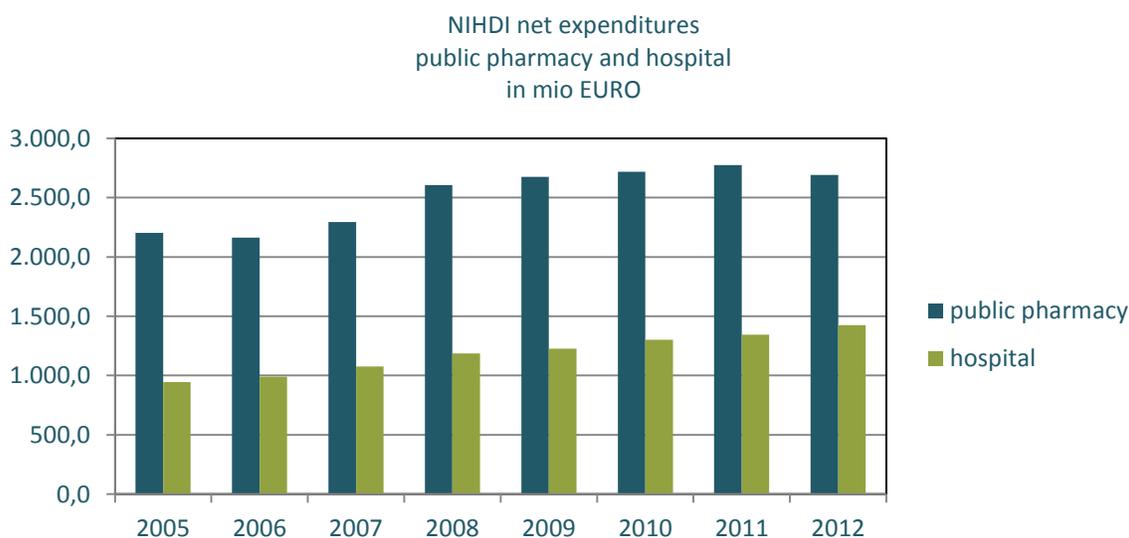
Généralités

Tableau 1 : évolution des dépenses annuelles nettes INAMI pour les médicaments (officines ouvertes au public et hôpitaux) (2005 – 2012)

| Dépenses nettes INAMI x 1.000.000 € | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012(*) |
| Officines ouvertes au public | 2.203,4 | 2.161,1 | 2.293,1 | 2.605,8 | 2.675,5 | 2.716,5 | 2.773,3 | 2.691,9 |
| Hôpitaux | 945,2 | 990,0 | 1.074,8 | 1.186,7 | 1.225,0 | 1.301,0 | 1.343,8 | 1.426,0 |
| Total | 3.148,6 | 3.151,1 | 3.367,9 | 3.792,6 | 3.900,5 | 4.017,5 | 4.117,1 | 4.117,9 |
| Croissance % | | | | | | | | |
| | | '05- '06 | '06- '07 | '07- '08 | '08- '09 | '09- '10 | '10- '11 | '11- '12 |
| Officines ouvertes au public | | -1,9 | 6,1 | 13,6 | 2,7 | 1,5 | 2,1 | -2,9 |
| Hôpitaux | | 4,7 | 8,6 | 10,4 | 3,2 | 6,2 | 3,3 | 6,1 |
| Total | | 0,1 | 6,9 | 12,6 | 2,8 | 3,0 | 2,5 | 0,0 |

(*)pour 2012, les dépenses pour les hôpitaux sont extrapolées à partir des données doc PH disponibles

Schéma 1: évolution des dépenses annuelles nettes INAMI pour les spécialités pharmaceutiques remboursables (officines ouvertes au public et hôpitaux) (2005 – 2012)



Dépenses nettes INAMI officines ouvertes au public calculées sur la base des données disponibles jusqu'à décembre 2012 inclus (Pharmanet)

Dépenses nettes INAMI hôpitaux basées sur : données doc PH (données INAMI) - pour 2012, les données sont les données comptabilisées pour le premier et le second semestre 2012

[les données comptabilisées pour le premier semestre 2013, dont devraient également être extraites les dépenses générées pour les spécialités délivrées en 2012, ne sont pas encore disponibles ; les données 2012 ont donc été corrigées (extrapolation à partir des données disponibles)]

où le total des dépenses = dépenses ambulatoires + dépenses globales hospitalisation par forfait + dépenses patients hospitalisés comptabilisées à 100% (hors forfait) + dépenses patients hospitalisés comptabilisées à 25% (compris dans le forfait)

L'évolution des dépenses sur la période allant de 2005 à 2012 montre une augmentation marquée en 2008.

Une part importante de l'augmentation des dépenses en 2008 est due à l'intégration des petits risques pour les travailleurs indépendants depuis le 1^{er} janvier 2008 (+ 6,2%). Durant la période 2008-2012, les dépenses ont augmenté de 3,3% dans les officines ouvertes au public et de 20,2% dans les hôpitaux au cours de la même période (2012 par rapport à 2008). En 2012, nous constatons une diminution des dépenses dans les officines ouvertes au public pour la première fois depuis 2006 (moins 2,9% par rapport à 2011).

Après la forte croissance pendant la période 2006-2008 et une croissance plus modérée pour la période 2008-2011, les dépenses globales pour les spécialités pharmaceutiques semblent se stabiliser en 2012. Les dépenses dans les hôpitaux continuent toutefois à augmenter. Cette phase de stabilisation atteinte en 2012 pour les dépenses globales, à l'exception de l'augmentation constante des dépenses en hôpitaux, s'explique par la diminution des dépenses en officines ouvertes au public. En d'autres termes, le surcroît de dépenses pour les spécialités pharmaceutiques dans les hôpitaux est compensé par la diminution des dépenses dans les officines ouvertes au public.

DÉPENSES POUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES EN OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC

Généralités

Tableau 2 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI pour les médicaments (officines ouvertes au public 2005 – 2012)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Dépenses nettes INAMI x 1.000.000 € | 2.203,4 | 2.161,1 | 2.293,1 | 2.605,8 | 2.675,5 | 2.716,5 | 2.773,3 | 2.691,9 |
| | | 2005-2006 | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 | 2011-2012 |
| Croissance % | | min 1,9 | 6,1 | 13,6 | 2,7 | 1,5 | 2,1 | min 2,9 |

Tableau 3 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI pour les médicaments – top 80% (officine ouverte au public)

| | Dénomination | Croissance 2010-2011 | Croissance 2011-2012 | Nettes INAMI 2012 |
|------|---|----------------------|----------------------|-------------------|
| | Total | 2,1% | moins 2,9% | 2.691,9 |
| L04A | IMMUNOSUPPRESSANTS | 9,1% | 6,2% | 236,3 |
| C10A | LIPID MODIFYING AGENTS, PLAIN | 3,1% | moins 13,1% | 222,3 |
| N06A | ANTIDEPRESSANTS | 1,0% | moins 1,6% | 133,8 |
| R03A | ADRENERGICS, INHALANTS | 1,4% | 2,1% | 115,3 |
| N05A | ANTIPSYCHOTICS | 8,9% | moins 11,9% | 109,0 |
| A02B | DRUGS FOR PEPTIC ULCER AND GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GORD) | moins 1,5% | moins 8,4% | 105,4 |
| J05A | DIRECT ACTING ANTIVIRALS | 12,9% | 16,1% | 104,3 |
| B01A | ANTITHROMBOTIC AGENTS | moins 6,2% | 6,5% | 101,3 |
| A10A | INSULINS AND ANALOGUES | 3,2% | 3,8% | 79,0 |
| N03A | ANTIEPILEPTICS | 9,1% | moins 5,9% | 71,8 |
| A10B | BLOOD GLUCOSE LOWERING DRUGS, EXCL. INSULINS | 13,2% | 4,0% | 71,0 |
| L03A | IMMUNOSTIMULANTS | 1,2% | 1,3% | 65,1 |
| N02A | OPIOIDS | 2,7% | 1,7% | 63,1 |
| C07A | BETA BLOCKING AGENTS | moins 8,4% | moins 0,4% | 58,5 |
| B02B | VITAMIN K AND OTHER HEMOSTATICS | 1,2% | 7,8% | 56,4 |

| | | | | |
|------|--|---------------|----------------|------|
| C09D | ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, COMBINATIONS | 3,4% | moins 1,2% | 56,3 |
| M01A | ANTIINFLAMMATORY AND ANTIRHEUMATIC PRODUCTS, NON-STEROIDS | 5,9% | moins 0,1% | 55,1 |
| J01C | BETA-LACTAM ANTIBACTERIALS, PENICILLINS | 0,1% | moins 2,3% | 50,4 |
| R03B | OTHER DRUGS FOR OBSTRUCTIVE AIRWAY DISEASES, INHALANTS | 5,1% | moins 13,5% | 46,2 |
| C09C | ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, PLAIN | moins 7,0% | moins 12,7% | 43,9 |
| C09A | ACE INHIBITORS, PLAIN | moins 8,1% | moins 3,4% | 42,3 |
| C08C | SELECTIVE CALCIUM CHANNEL BLOCKERS WITH MAINLY VASCULAR EFFECTS | moins 6,9% | moins 4,2% | 38,5 |
| M05B | DRUGS AFFECTING BONE STRUCTURE AND MINERALIZATION | moins 8,9% | 2,4% | 38,5 |
| N06D | ANTI-DEMENTIA DRUGS | 5,8% | moins 20,4% | 30,4 |
| C09B | ACE INHIBITORS, COMBINATIONS | 9,6% | 12,2% | 30,0 |
| J07B | VIRAL VACCINES | moins 7,0% | moins 15,1% | 30,0 |
| C01D | VASODILATORS USED IN CARDIAC DISEASES | moins 4,3% | moins 5,4% | 29,5 |
| L01X | OTHER ANTINEOPLASTIC AGENTS | 3,2% | moins 0,5% | 29,2 |
| N04B | DOPAMINERGIC AGENTS | moins 4,4% | moins 3,6% | 29,1 |

L'aperçu des dépenses et la croissance établie par classe ATC3 (tableau 3) montrent que 29 des 157 classes sont responsables de 80% des dépenses en officines ouvertes au public.

Plus avant dans ce rapport, nous aborderons en détail plusieurs de ces classes de médicaments présentant une évolution intéressante dans les dépenses. Globalement, les dépenses liées au remboursement des médicaments en officine ouverte au public se sont stabilisées. Malgré tout, de manière sous-jacente (et selon les classes de médicaments), il subsiste encore des évolutions importantes et très divergentes.

Le schéma 2 illustre comment les dépenses totales équivalent au nombre de patients traités. En 2012, le nombre de patients traités a augmenté de 0,5%, tandis que les dépenses totales ont baissé de 2,9%. Le tableau 4 montre l'évolution du nombre de patients traités par classe ATC3.

Schéma 2 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI en officines ouvertes au public versus nombre de patients (uniques) traités (2009 – 2012)

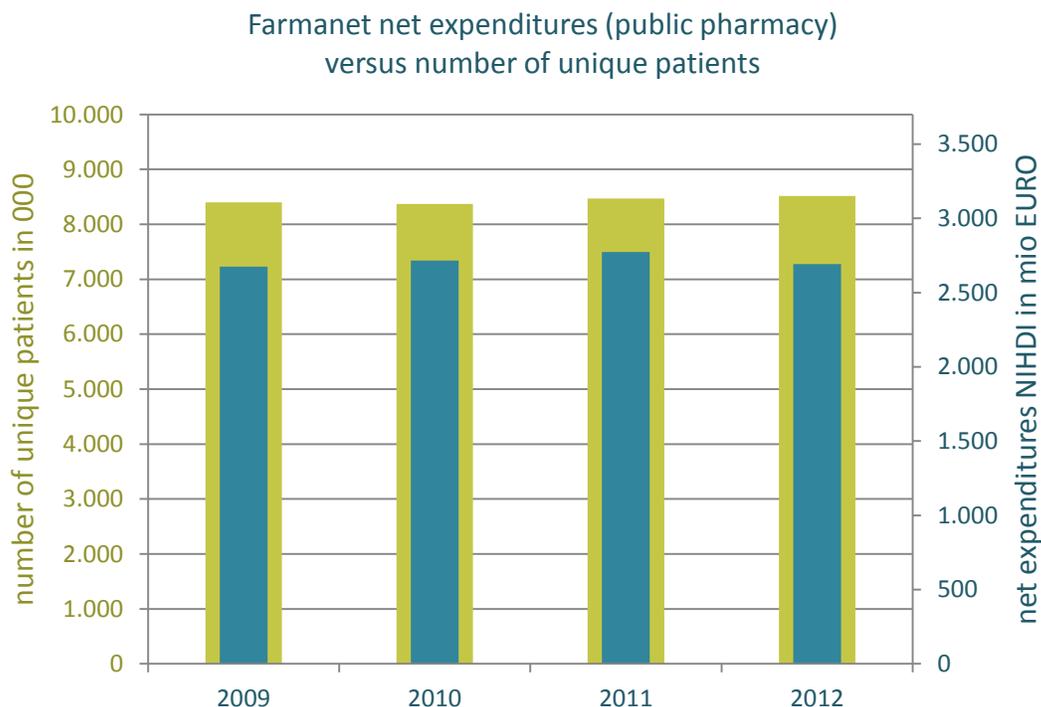


Tableau 4 : évolution du nombre de patients (uniques) traités en officines ouvertes au public (en 000) par classe ATC3

| | Dénomination | croissance 2010-2011 | croissance 2011-2012 | Patients 2012 (x 1000) |
|------|---|----------------------|----------------------|------------------------|
| | Total | 1,2% | 0,5% | 8.514,0 |
| L04A | IMMUNOSUPPRESSANTS | 7,1% | 6,5% | 85,1 |
| C10A | LIPID MODIFYING AGENTS, PLAIN | 3,4% | 3,5% | 1.550,5 |
| N06A | ANTIDEPRESSANTS | 1,5% | 0,0% | 1.169,4 |
| R03A | ADRENERGICS, INHALANTS | 7,3% | 4,5% | 1.104,4 |
| N05A | ANTIPSYCHOTICS | 0,6% | moins 0,9% | 369,0 |
| A02B | DRUGS FOR PEPTIC ULCER AND GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GORD) | 6,6% | 4,4% | 1.884,3 |
| J05A | DIRECT ACTING ANTIVIRALS | 6,4% | 9,2% | 24,4 |
| B01A | ANTITHROMBOTIC AGENTS | 5,9% | 3,7% | 1.351,6 |
| A10A | INSULINS AND ANALOGUES | 3,2% | 2,2% | 144,4 |
| N03A | ANTIEPILEPTICS | 4,9% | 2,3% | 223,0 |
| A10B | BLOOD GLUCOSE LOWERING DRUGS, EXCL. INSULINS | 4,4% | 3,6% | 530,0 |
| L03A | IMMUNOSTIMULANTS | 1,3% | 3,7% | 8,5 |
| N02A | OPIOIDS | 5,8% | 2,2% | 906,8 |
| C07A | BETA BLOCKING AGENTS | 1,3% | 1,3% | 1.282,8 |

| | | | | |
|------|---|---------------|---------------|---------|
| B02B | VITAMIN K AND OTHER HEMOSTATICS | 6,2% | 0,3% | 0,3 |
| C09D | ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, COMBINATIONS | 7,1% | 6,0% | 264,4 |
| M01A | ANTIINFLAMMATORY AND ANTIRHEUMATIC PRODUCTS, NON-STEROIDS | 2,1% | 0,4% | 3.180,5 |
| J01C | BETA-LACTAM ANTIBACTERIALS, PENICILLINS | 1,2% | 1,0% | 3.009,7 |
| R03B | OTHER DRUGS FOR OBSTRUCTIVE AIRWAY DISEASES, INHALANTS | 5,6% | moins 1,7% | 693,8 |
| C09C | ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, PLAIN | 3,3% | 3,1% | 289,3 |
| C09A | ACE INHIBITORS, PLAIN | moins 1,8% | moins 1,8% | 598,3 |
| C08C | SELECTIVE CALCIUM CHANNEL BLOCKERS WITH MAINLY VASCULAR EFFECTS | moins 2,4% | moins 1,3% | 498,9 |
| M05B | DRUGS AFFECTING BONE STRUCTURE AND MINERALIZATION | moins 1,8% | moins 2,7% | 187,4 |
| N06D | ANTI-DEMENTIA DRUGS | 5,9% | moins 3,0% | 48,1 |
| C09B | ACE INHIBITORS, COMBINATIONS | 8,8% | 8,5% | 281,1 |
| J07B | VIRAL VACCINES | moins 1,3% | moins 2,0% | 1.724,1 |
| C01D | VASODILATORS USED IN CARDIAC DISEASES | moins 4,3% | moins 4,2% | 169,4 |
| L01X | OTHER ANTINEOPLASTIC AGENTS | 0,3% | 0,3% | 7,4 |
| N04B | DOPAMINERGIC AGENTS | 3,3% | 1,5% | 66,3 |

Analyse

MÉDICAMENTS CONTRE L'ACIDITÉ GASTRIQUE ET LES MALADIES DU REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

Schéma 3 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC A02B Médicaments contre l'acidité gastrique et le reflux gastro-oesophagien

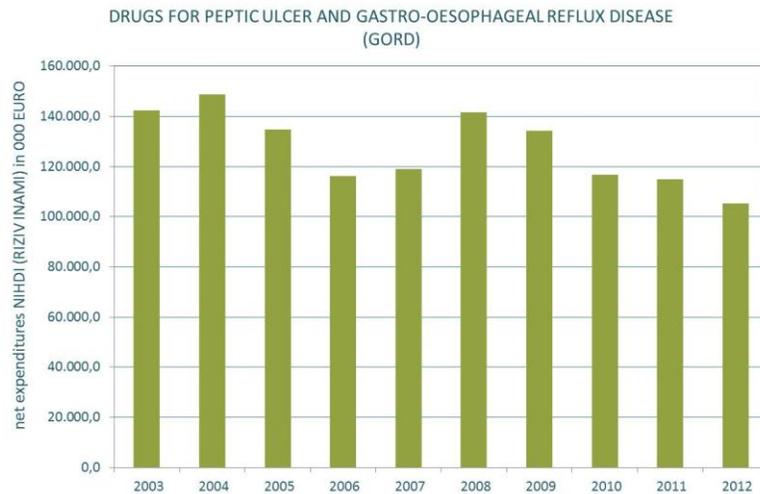
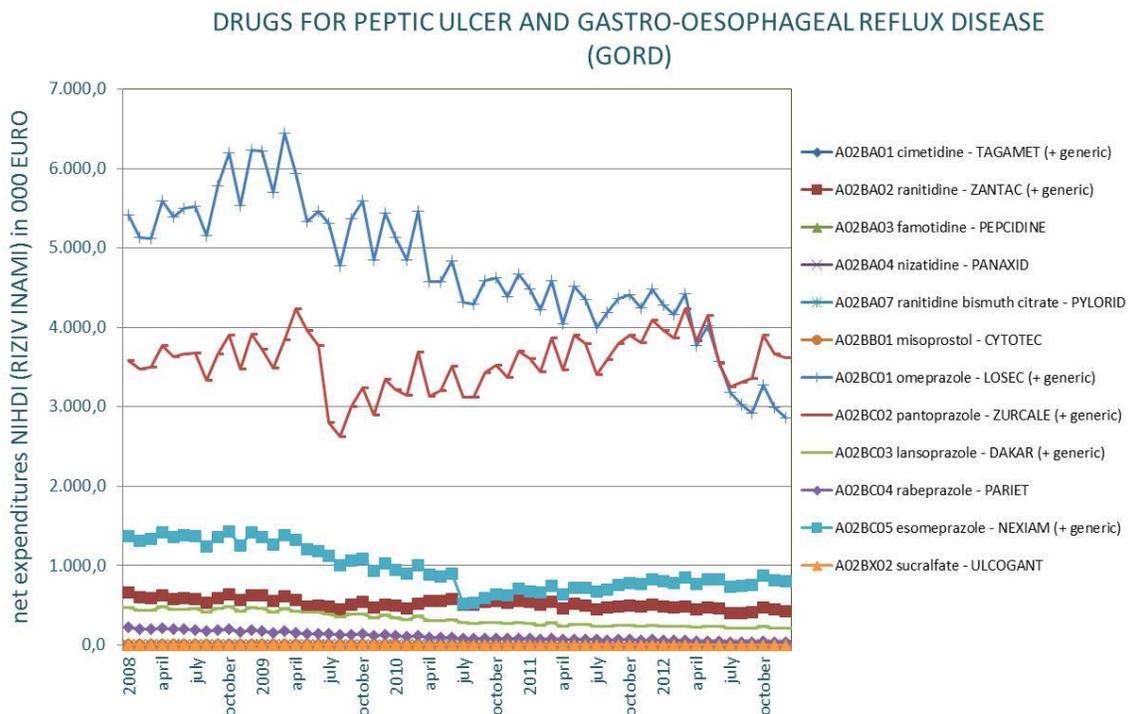


Schéma 4 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC A02B Médicaments contre l'acidité gastrique et le reflux gastro-oesophagien



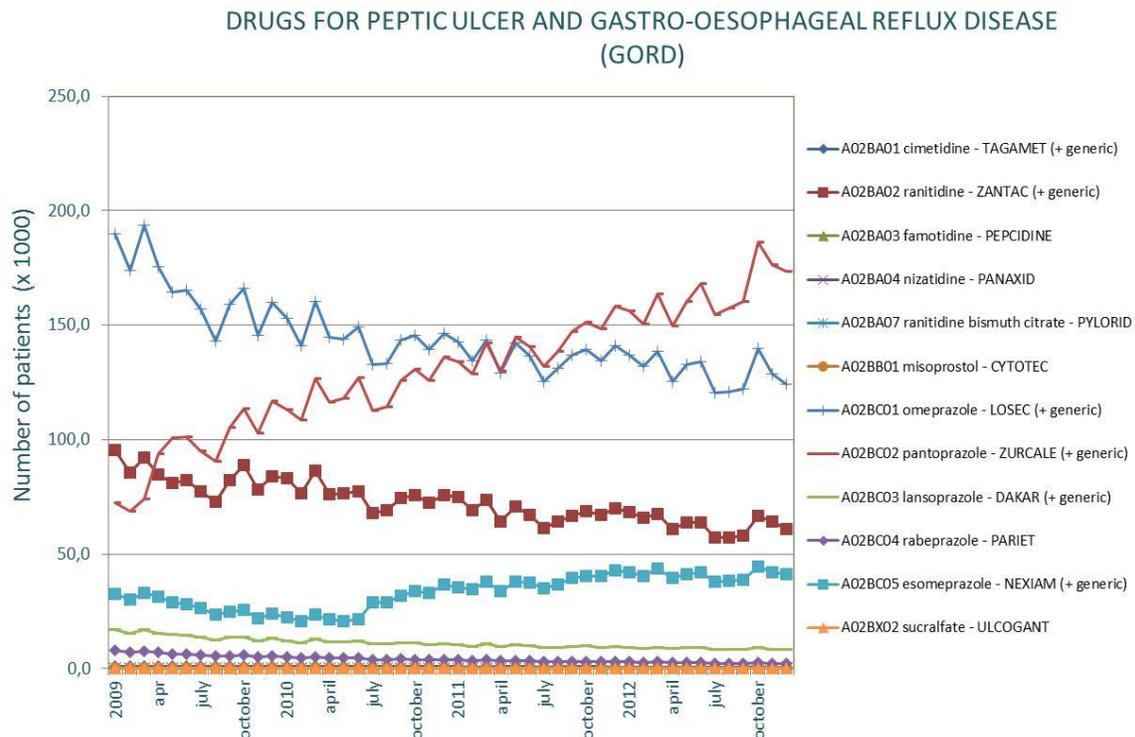
Il s'agit d'un aperçu global des dépenses liées aux inhibiteurs de la pompe à protons, aux inhibiteurs du récepteur H2 de l'histamine et du sucralfate, disparu depuis. Les dépenses observées pour la classe A02B (inhibiteurs de la pompe à protons) ont continué la diminution qu'ils avaient amorcée en 2009. Au fil des ans, la classe des inhibiteurs de la pompe à protons se transforme de plus en plus en classe de génériques.

La diminution des dépenses en 2010 (-13%) au sein de cette classe est principalement due à la diminution des dépenses pour l'oméprazole et l'ésoméprazole (Nexiam®). Avec des dépenses moindres, un plus grand nombre de patients est traité avec les inhibiteurs de la pompe à protons : 1,1 million de Belges en 2008 et 1,6 million en 2012.

Les diminutions des prix et des bases de remboursement dans la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (par exemple l'introduction d'un prix plafond depuis le 1^{er} juin 2012) et la réduction du nombre de patients traités par l'oméprazole en 2010 (-9,5%) expliquent la baisse des dépenses. Ce faisant, le nombre des patients traités par l'oméprazole est tombé de 800.000 en 2008 à 680.000 en 2012.

Le transfert du Zurcale® et du Pantozol®(pantoprazole) du chapitre IV au chapitre II, avec contrôle a posteriori, a provoqué une augmentation claire du nombre de patients traités par le pantoprazole. Concrètement, ce nombre s'élevait environ à 200.000 patients en 2008 et à plus de 800.000 en 2012. L'influence de la notoriété croissante sur le marché de pantoprazole au cours des dernières années ne doit pas être sous-estimée.

Schéma 5 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC A02B Médicaments contre l'acidité gastrique et le reflux gastro-oesophagien

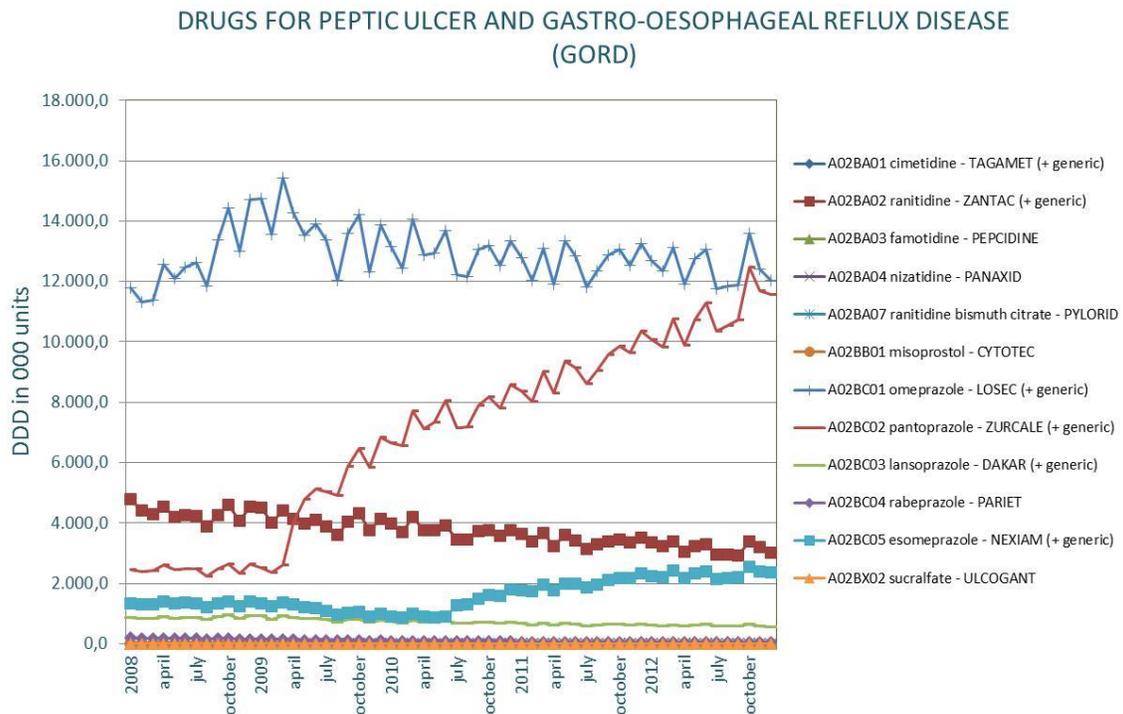


L'entrée en vigueur du remboursement de référence pour les spécialités à base de pantoprazole en juillet 2009, ainsi que l'application simultanée de la mesure « vieux médicaments » (la diminution de prix pour les principes actifs qui sont remboursables depuis plus de 12 ou 15 ans) pour cette molécule ont mené à une augmentation constante des dépenses pour ces spécialités en 2010 – 2012, en raison de leur utilisation accrue. Depuis janvier 2010, le pantoprazole est également considéré comme une molécule

bon marché au sein des inhibiteurs de la pompe à protons, avec lesquels de nouveaux traitements peuvent être initiés, ce qui constituait un des objectifs de l'accord national médico-mutualiste 2009 – 2010.

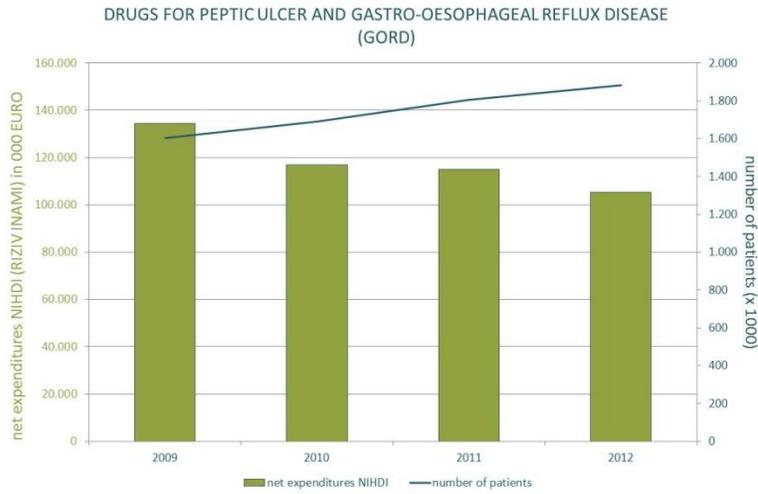
Plus tard a eu lieu le transfert du Nexiam (ésoméprazole) du chapitre IV vers le chapitre II avec un contrôle a posteriori, couplé à une diminution du prix et de la base de remboursement d'environ 50% sur tous les conditionnements en 2010. Comme prévu, le transfert a mené à une augmentation du nombre de patients traités : 110.000 en 2010 et près de 190.000 en 2012, soit une augmentation moins importante que celle liée au transfert du pantoprazole.

Schéma 6 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC A02B Médicaments contre l'acidité gastrique et le reflux gastro-oesophagien



En termes de volume d'utilisation (figure 6), on constate la même tendance que dans les dépenses INAMI (figure 4) et dans le nombre de patients (figure 5). En d'autres termes, nous observons une forte augmentation du pantoprazole et une augmentation plus faible de l'ésoméprazole, ainsi qu'une légère perte de terrain quant au volume d'utilisation de l'oméprazole. Plusieurs explications possibles peuvent être liées à cette dernière observation, comme le recours à des plus grands conditionnements et/ou à des doses plus élevées.

Schéma 7 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 - 2012) pour la classe ATC A02B Médicaments contre l'acidité gastrique et le reflux gastro-oesophagien



MEDICAMENTS ANTIDIABETIQUES

Schéma 8 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC A10 Médicaments antidiabétiques

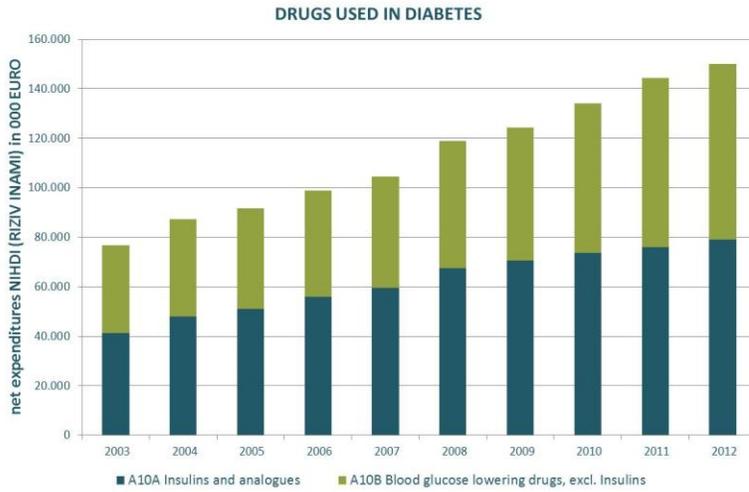
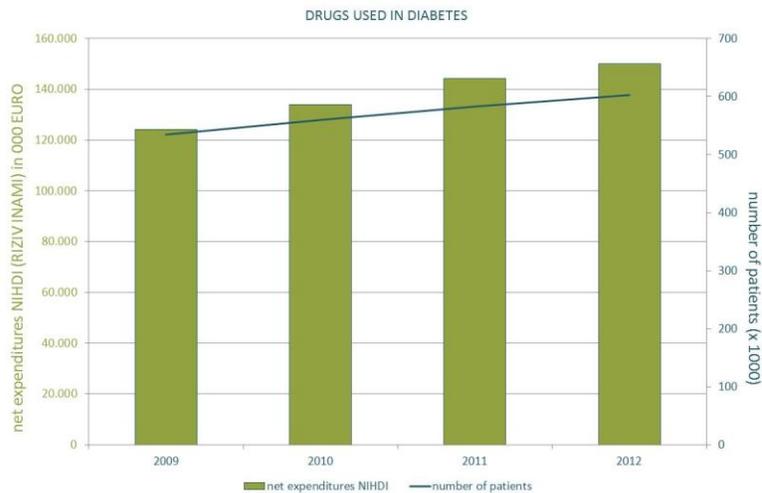


Schéma 9 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 - 2012) pour la classe ATC A10 Médicaments antidiabétiques



INSULINES ET ANALOGUES

Schéma 10 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC A10 Insulines et analogues

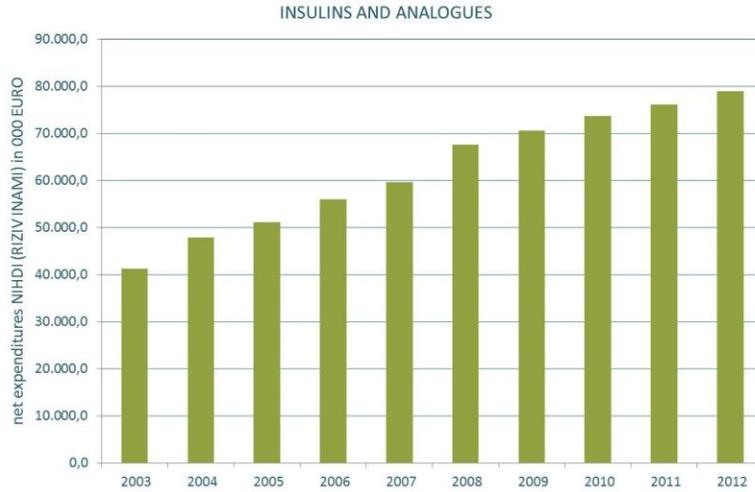
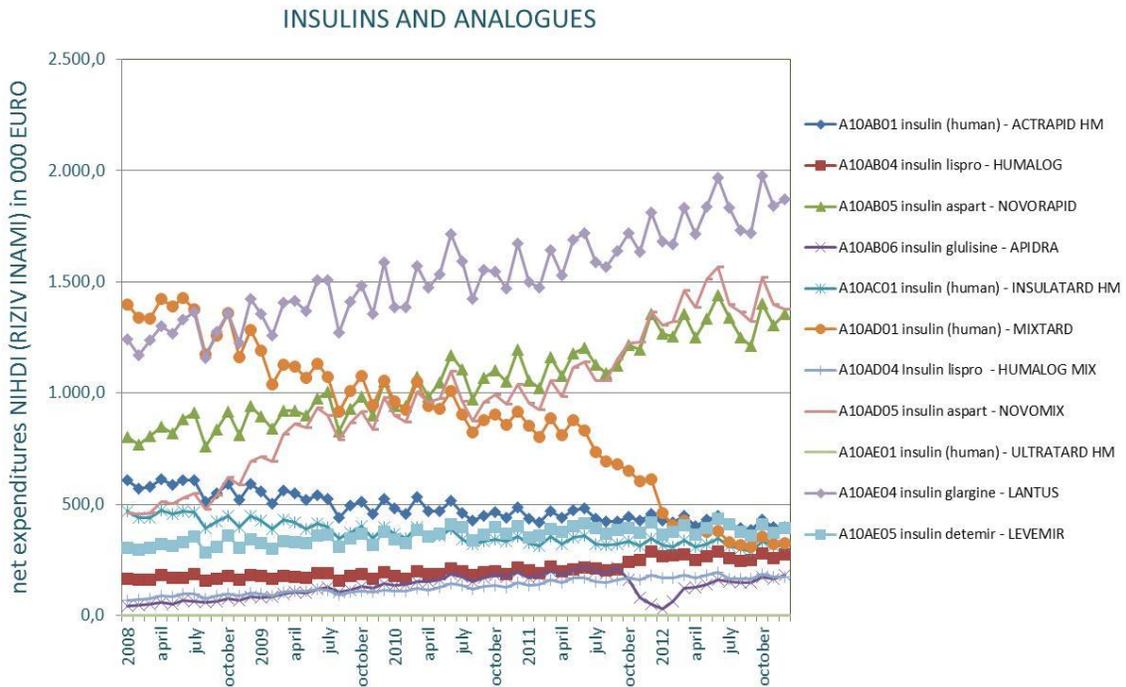


Schéma 11 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC A10 Insulines et analogues

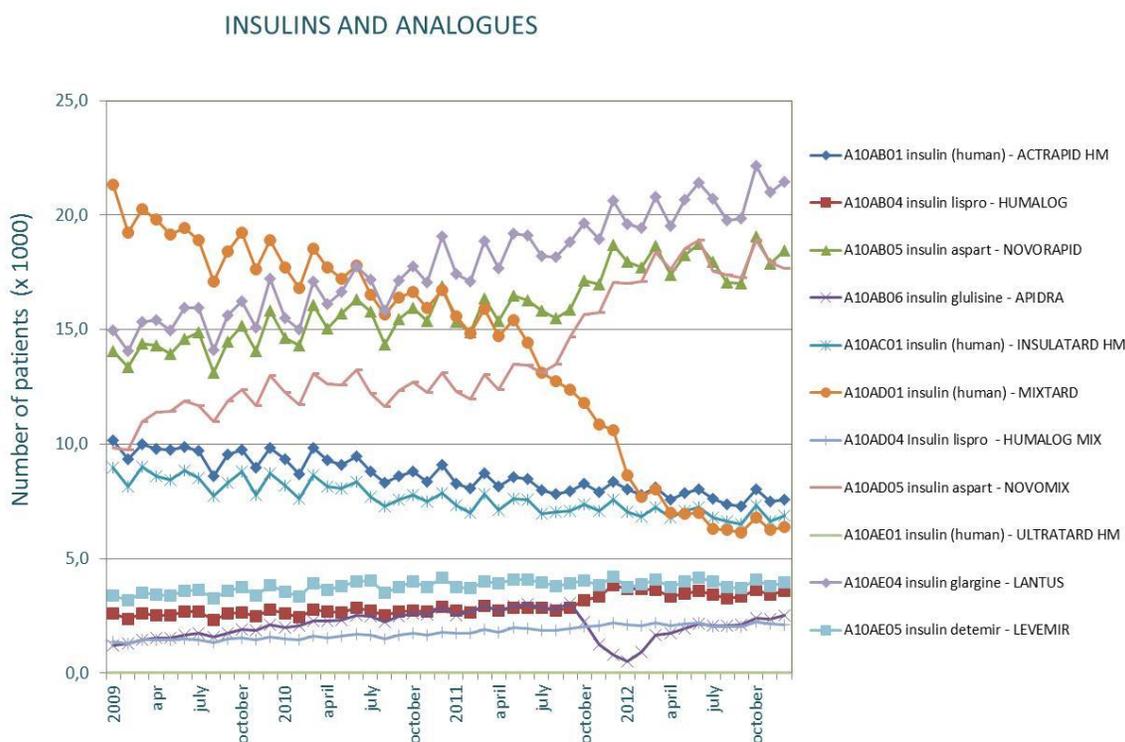


En 2012, sans faire de distinction entre les antidiabétiques oraux et injectables, les dépenses globales du groupe ATC A10 s'élèvent à environ 150 millions d'euros et celles liées aux insulines et analogues d'insulines représentent un peu plus de 50 % de ce montant, ceci pour traiter moins de 25 % des 603.000 patients diabétiques de type 1 ou 2. A eux seuls, les analogues de l'insuline représentent plus de 75% des dépenses de l'INAMI pour la classe ATC A10A.

La croissance des dépenses de cette classe ATC A10A (schéma 10) est stable depuis 2009 et de l'ordre de 3 à 4 % annuel. Cette croissance peut être corrélée à l'augmentation annuelle assez constante du nombre de DDD d'insuline ou d'analogues d'insuline délivrée à des patients avec ou sans convention diabète, (voir schéma 13) ou encore du nombre de patients diabétiques de type 1 ou 2 traités par insuline ou analogues de l'insuline (voir schéma 12).

Depuis l'année 2004 un switch persistant mais dégressif (19 % de 2003 à 2004 et 3,8% de 2011 à 2012) des insulines humaines (entre autres Mixtard®, Actrapid®) vers les analogues d'insuline (entre autres Novorapid®, Lantus® et Novomix®), plus chers, est toujours observable bien que la hausse des dépenses semble en l'occurrence être stable depuis 2009. Notons que les insulines humaines Mixtard® ne sont plus disponibles sur le marché depuis 2012 et que l'utilisation des insulines humaines tend à disparaître progressivement, au profit des analogues de l'insuline (voir schéma 13). En effet, la schéma 11 présente une croissance manifeste des dépenses pour les analogues insuliniques à longue durée d'action (Lantus®, Levemir®, Novorapid® et Novomix®). Cette croissance est plus marquée pour Lantus® que pour Levemir® et elle est partiellement attribuable à l'extension des modalités de remboursement aux patients sous l'association d'antidiabétiques oraux-Lantus-insuline rapide au 1^{er} octobre 2010 pour cette première.

Schéma 12 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC A10 Insulines et analogues



La figure 12 montre que l'augmentation annuelle du nombre de patients diabétiques de type 1 ou 2 (de 3.000 à 4.000 patients/an) traités par des médicaments appartenant à la classe ATC A10A, par les

analogues d'insuline à durée d'action (ultra-) rapide (tel que Novorapid®) et à longue durée d'action (tel que Lantus® et Levemir®). Depuis mi-2011 une croissance importante du nombre de patients traités par des insulines pré-mélangées (mélange d'analogues d'insuline à durée d'action rapide et intermédiaire) telle que Novomix® est observée. La forte évolution du nombre de patients traités par cet analogue d'insuline s'est enclenchée en 2009 suite à l'extension de la gamme de Novomix® 50 et Novomix® 70. Cette forte hausse semble aujourd'hui s'être stabilisée.

Schéma 13 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC A10 Insulines et analogues

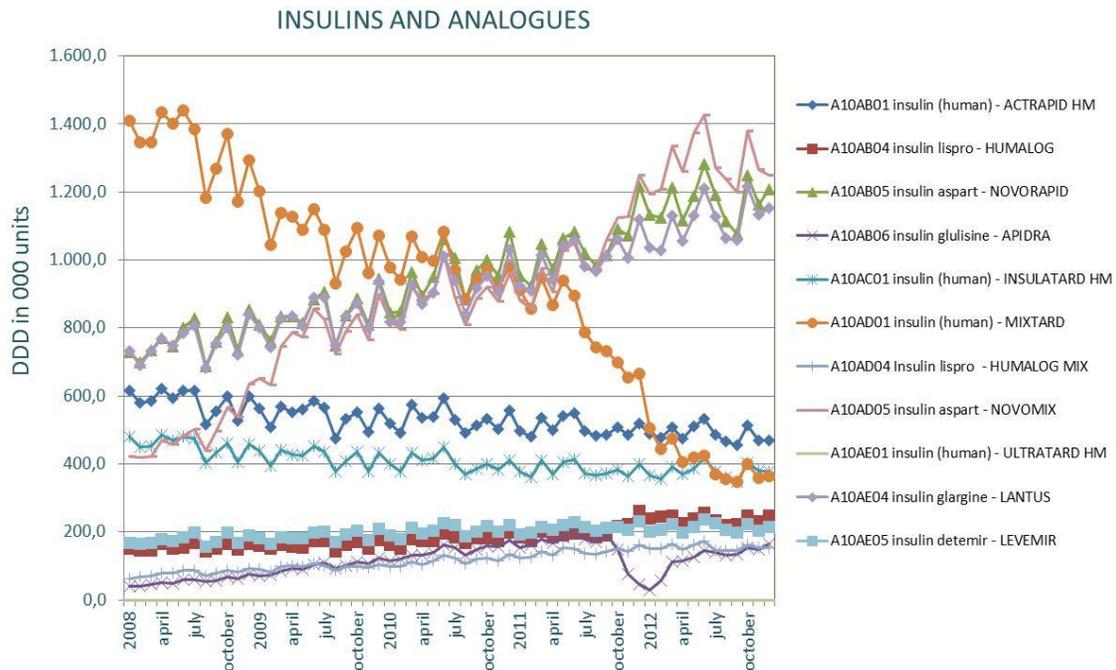
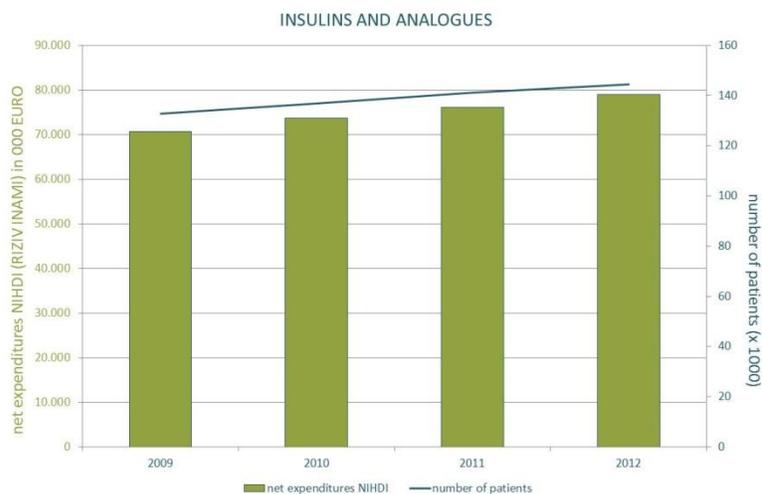


Schéma 14 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 - 2012) pour la classe ATC A10 Insulines et analogues



ANTIDIABÉTIQUES (HORS INSULINES)

Schéma 15 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC A10B Médicaments hypoglycémiants, à l'exception des insulines

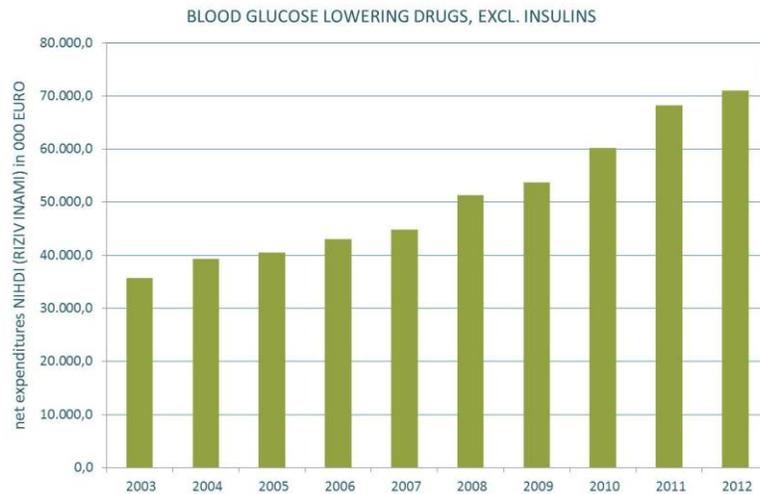
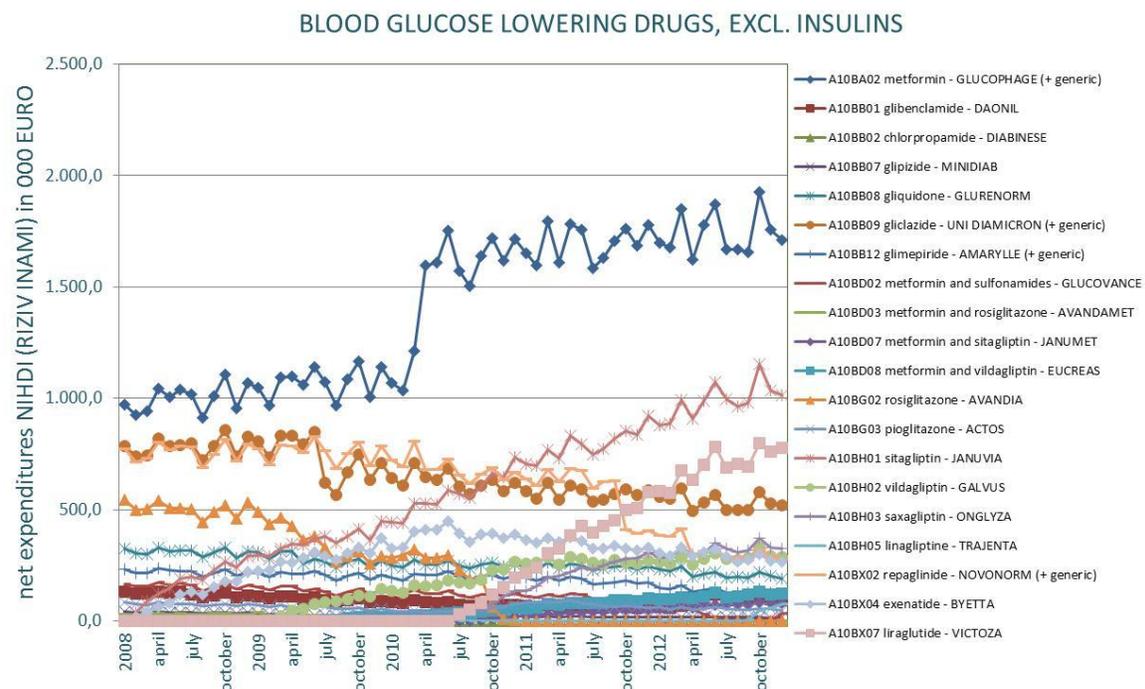


Schéma 16 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC A10B Médicaments hypoglycémiants, à l'exception des insulines



En 2012, sans faire de distinction entre les antidiabétiques oraux et injectables, les dépenses globales du groupe ATC A10 s'élèvent à environ 150 millions d'euros et celles liées aux thérapies antidiabétiques non-

insuliniques représentent un peu plus de 50 % de ce montant, ceci pour traiter 530.000 patients diabétiques de type 2.

Le schéma 15 montre que la croissance des dépenses de cette classe ATC A10B est restée relativement stable jusqu'en 2007 (de l'ordre de 3 à 6 % annuel). Cette croissance est corrélée à l'augmentation annuelle du nombre de DDD de metformine ou encore du nombre de nouveaux patients diabétiques de type 2 traités par cet agent antidiabétique qui est la première spécialité de choix d'antidiabétique¹ lorsqu'un traitement oral est initié pour le traitement d'un patient diabétique de type 2, particulièrement pour les patients en surcharge pondérale. Cependant, jusqu'en 2007, l'augmentation des dépenses liée à l'augmentation du nombre de nouveaux patients diabétique de type 2 est relativement faible car le coût moyen pour l'INAMI par DDD de la metformine est le plus faible parmi tous les agents antidiabétiques autres que les insulines, environ 17 euro cents jusqu'en 2009/2010 et 22 euro cents en 2012. L'augmentation constante quant à l'usage de la metformine, tant en mono qu'en polythérapie va de pair avec l'augmentation de l'usage en bi- et trithérapie des inhibiteurs des DPP-4 (gliptines) (Januvia®, Galvus®, Onglyza® et Trajenta®, remboursables depuis 2008, 2009, 2010 et 2012, respectivement) parmi lesquels Januvia® possède plus de 60 % des parts de marché en 2012.

A partir de 2008, première année de remboursement des agents incrétinomimétiques (oraux pour les gliptines et sous-cutané pour les analogues du GLP-1 : Byetta® et Victoza®, remboursable depuis 2008 et 2010 pour un traitement en trithérapie), il est observé une croissance beaucoup plus importante des dépenses de la classe ATC A10B, de 7,4% en 2008 à 19,6% en 2012. Il est donc clair que le remboursement de nouvelles thérapies antidiabétiques telles que les incrétinomimétiques constitue le moteur de cette croissance qui n'est plus corrélée à l'augmentation du nombre de patients diabétiques de type 2. En effet, les schémas 17 et 18 montrent que depuis 2008/2009, un switch persistant et progressif de l'usage des sulfamidés hypoglycémiants et du répaglinide, prescrits majoritairement en seconde ligne, vers celui des incrétinomimétiques, plus chers, est toujours observable et en conséquence, la hausse des dépenses s'emballe fortement. Ceci s'explique par le fait que la famille des inhibiteurs des DPP-4 a un prix moyen pondéré par leur part de marché de 1,50 euros par DDD et que celui des deux analogues du GLP-1 est supérieur à 3 euros par DDD, soit pour l'année 2012 un prix moyen par DDD, ou encore un coût annuel, environ 6 et 15 fois supérieur à celui des sulfamidés hypoglycémiants.

Il peut être conclu que l'augmentation des dépenses de la classe ATC A10B au cours de ces dernières années est principalement liée à la prescription des nouveaux agents antidiabétiques utilisés en deuxième et troisième ligne de traitement. Pour l'année 2012, les dépenses liées à l'emploi de ces nouveaux antidiabétiques sont supérieures à 21 et 12 millions d'euros pour les inhibiteurs des DPP-4 et pour les analogues du GLP-1, respectivement. Ces dépenses cumulées contribuent pour 47 % des dépenses totales de la classe ATC A10B, ceci pour traiter environ 60.000 patients, qui représentent seulement 12 % de la population totale des patients diabétiques de type 2.

¹ Réunion de consensus de 29 novembre 2012 concernant les "Traitements médicamenteux efficaces en cas de diabète de type 2 pour les soins de santé de première ligne" (disponible sur <http://www.riziv.be>)

Schéma 17 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC A10B Médicaments hypoglycémiants, à l'exception des insulines

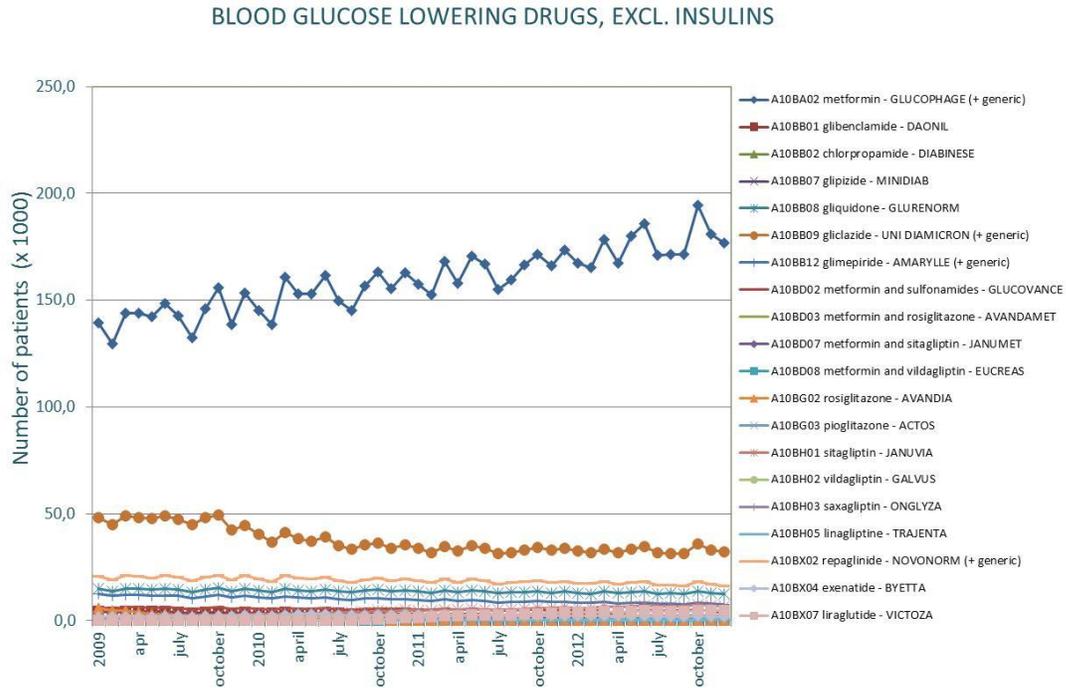


Schéma 18 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC A10B Médicaments hypoglycémiants, à l'exception des insulines et de la metformine

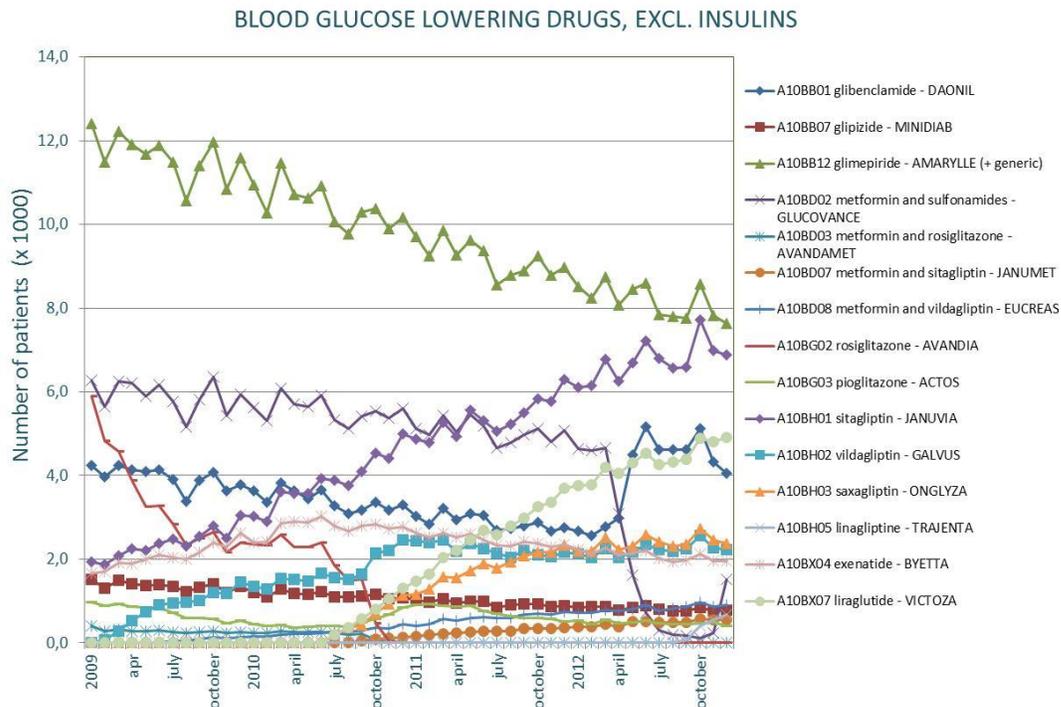


Schéma 19 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC A10B Médicaments hypoglycémiants, à l'exception des insulines

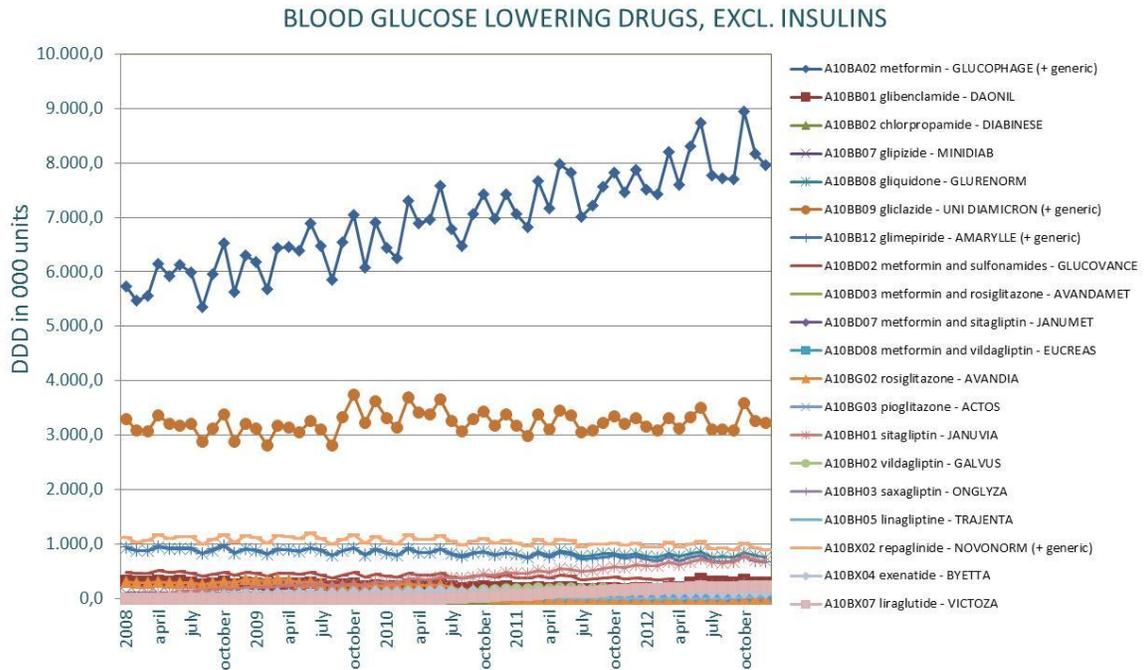
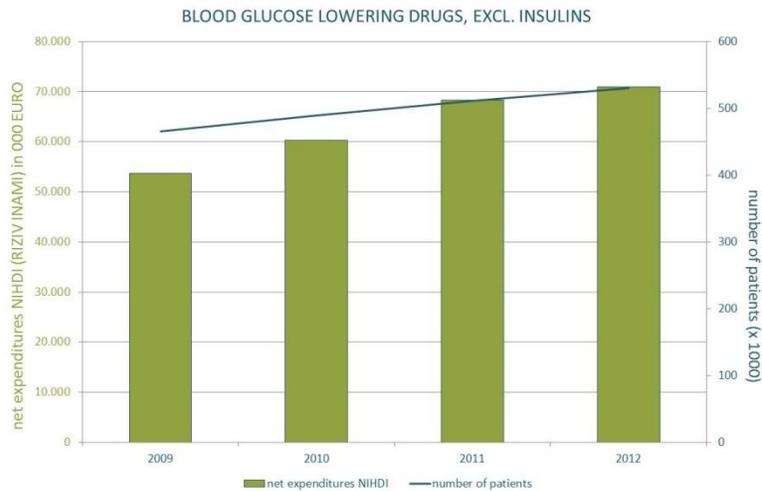


Schéma 20 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 - 2012) pour la classe ATC A10B Médicaments hypoglycémiants, à l'exception des insulines



ANTITHROMBOTIQUES

Schéma 21 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC B01A Antithrombotiques

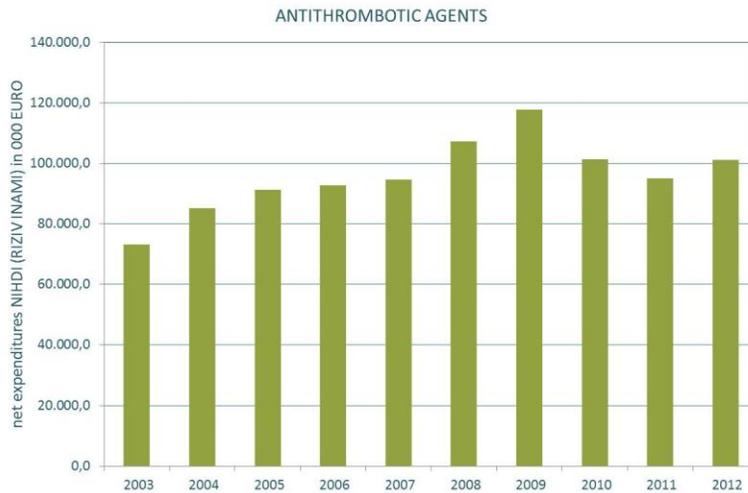


Schéma 22 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC B01A Antithrombotiques

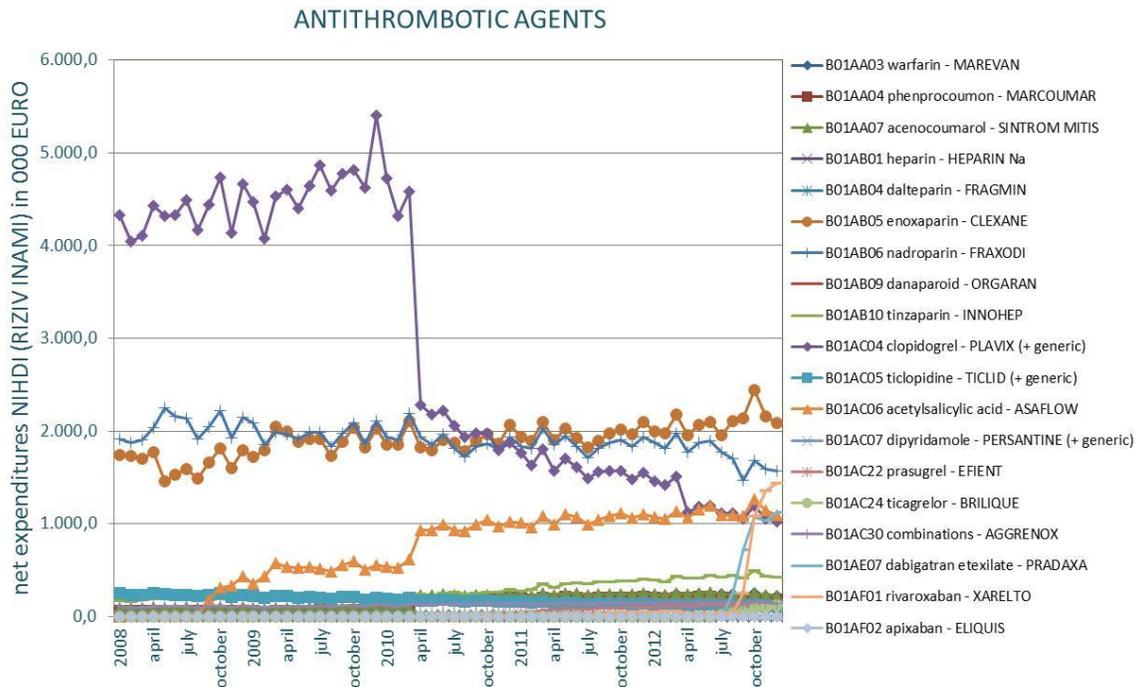


Schéma 23 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC B01A Antithrombotiques

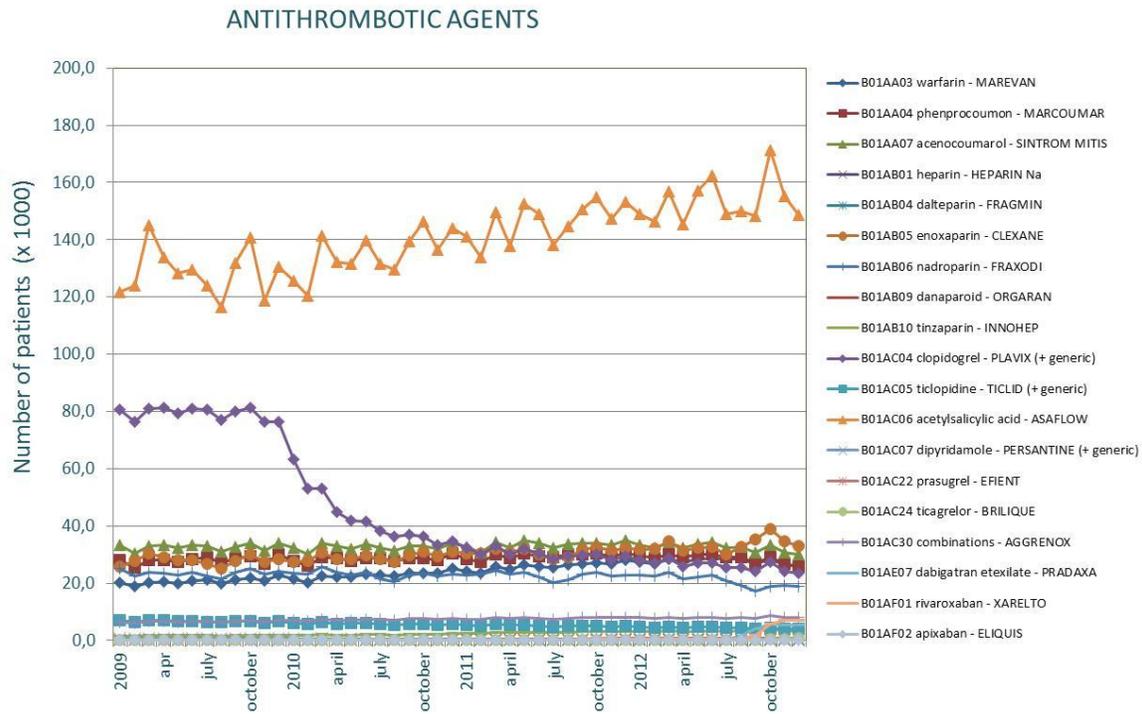
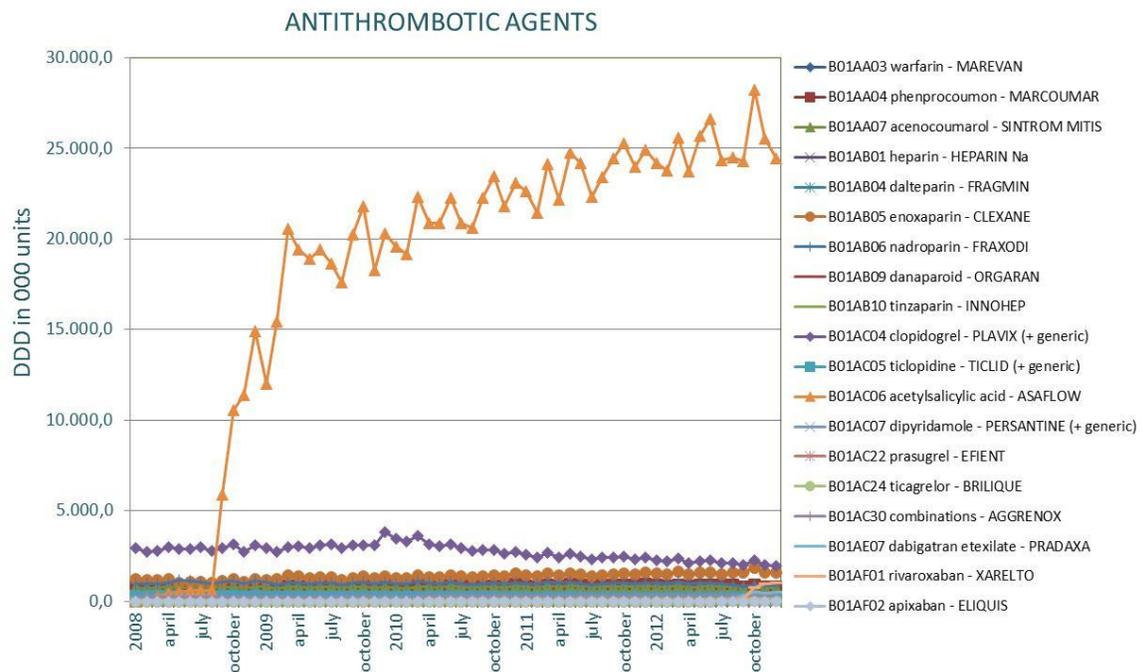


Schéma 24 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC B01A Antithrombotiques



En avril 2010, le « cluster » de référence a été ouvert pour le clopidogrel (Plavix®), induisant une réduction des dépenses globales nettes pour les antithrombotiques. En 2011, ces dépenses globales nettes ont encore diminué, puisque le système du remboursement de référence a pu être appliqué pendant une année complète. En avril 2012, le « cluster » de référence pour la molécule clopidogrel était ouvert depuis 2 ans, ce qui a encore entraîné une baisse supplémentaire de la base de remboursement. De ce fait, les dépenses INAMI pour le clopidogrel ont encore diminué (schéma 22). Nous constatons également une baisse du nombre de patients (schéma 23), que l'on peut visiblement expliquer par le renforcement des conditions de remboursement fin 2009, une mesure qui a contribué à la limitation des coûts de l'INAMI pour le clopidogrel.

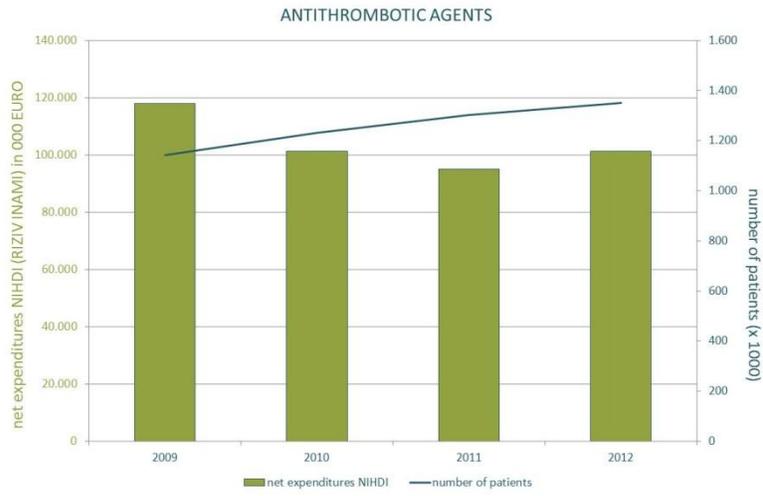
Après une diminution en 2011, les dépenses totales nettes pour les antithrombotiques ont à nouveau enregistré une augmentation en 2012 (6,5% par rapport à 2011). Celle-ci s'explique surtout par le remboursement des nouveaux anticoagulants oraux, qui n'appartiennent pas aux antagonistes de la vitamine K, à savoir le Pradaxa® et le Xarelto®, dans une nouvelle indication. Depuis respectivement août 2012 et septembre 2012 et via une inscription temporaire en vertu d'une convention « article 81 » avec l'INAMI², ces deux médicaments sont remboursés pour l'indication « prévention des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des embolies systémiques chez les patients adultes présentant une fibrillation auriculaire non valvulaire associée à un ou plusieurs des facteurs de risque ». Cette nouvelle indication engendre non seulement une augmentation du nombre de patients, mais signifie également une hausse conséquente des dépenses nettes INAMI par patient par mois pour ces médicaments. En effet, la posologie de cette nouvelle indication implique une médication longue durée, par rapport à la durée maximale de traitement de 5 semaines pour l'indication de remboursement antérieure (prévention primaire après une intervention orthopédique majeure). La différence avec les antagonistes de la vitamine K (Marcoumar, Marevan, Sintrom) est très importante, tant pour les coûts totaux que pour le coût par patient et par mois. On s'attend à ce que l'impact de cet élargissement du remboursement pour le Pradaxa® et le Xarelto® (et aussi d'Eliaquis® à partir de 2013) soit encore plus marqué en 2013, puisque le remboursement aura alors été d'application depuis une année complète.

Par ailleurs, l'augmentation constante du recours aux médicaments remboursés à base d'acide acétylsalicylique (schéma 24) entraîne une augmentation des dépenses globales nettes pour les antithrombotiques en 2012. L'acide acétylsalicylique reste l'option de traitement la moins chère par patient par mois au sein du groupe des antithrombotiques.

Depuis juin 2012 et via une inscription temporaire en vertu d'une convention « article 81 » avec l'INAMI¹, le ticagrelor (Brilique®) est remboursé. Même si le schéma 22 laisse supposer que le coût par patient pour le ticagrelor est très élevé, l'implication du ticagrelor sur les dépenses totales nettes pour les antithrombotiques reste très limitée. Plusieurs raisons expliquent cette situation, comme le nombre relativement faible de patients en 2012, à savoir un peu moins de 1400 patients, que l'on peut vraisemblablement attribuer aux strictes conditions de remboursement.

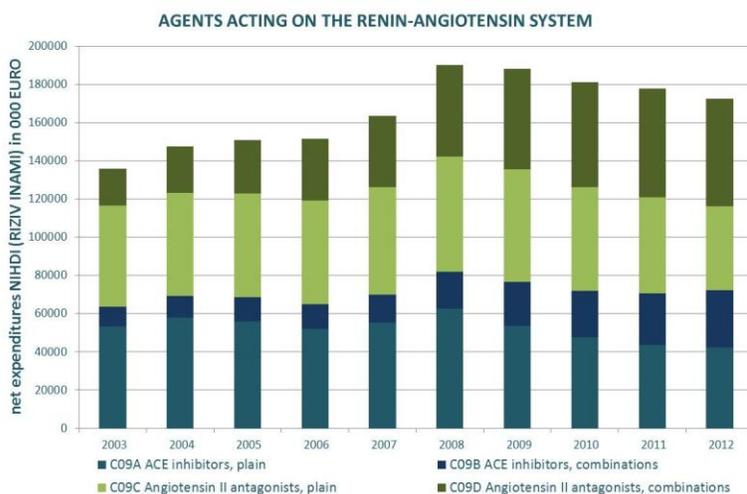
² Voir Dossier – Conventions « article 81 ». Les dépenses nettes INAMI pour ces médicaments constituent les dépenses sans la compensation précisée dans la convention. Les dépenses nettes INAMI corrigées ne peuvent être modélisées qu'après le décompte à la fin de la convention.

Schéma 25 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 - 2012) pour la classe ATC B01A Antithrombotiques



INHIBITEURS DU SYSTÈME RENINE-ANGIOTENSINE

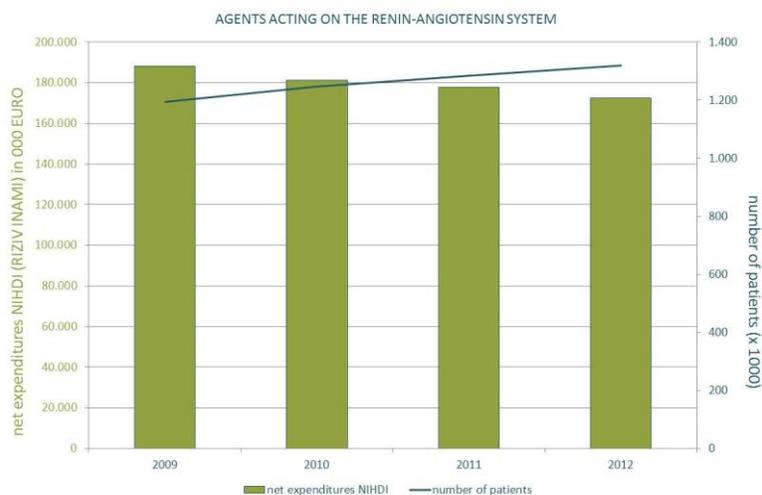
Schéma 26 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC C09 Inhibiteurs du système rénine-angiotensine



Après une forte augmentation en 2008 correspondant avec l'intégration des petits risques pour les travailleurs indépendants, on assiste à une diminution constante des dépenses de l'INAMI pour les agents agissant sur le système rénine-angiotensine représentés par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et les antagonistes de l'angiotensine II (sartans). On remarque également que les dépenses pour les préparations non associées aux spécialités de ces deux classes, ont diminuées contrairement à celles des associations à base d'IECA ou de sartans (schéma 26).

Il en ressort que malgré la croissance constante du nombre de patients traités par cette classe de médicaments, les dépenses nettes de l'INAMI pour ces spécialités sont en baisse (schéma 27).

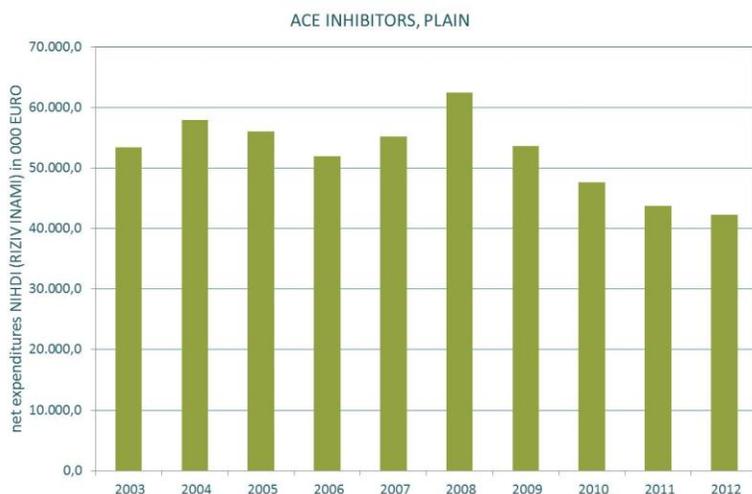
Schéma 27 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 - 2012) pour la classe ATC C09 Inhibiteurs du système rénine-angiotensine



INHIBITEURS DE L'ECA ET ASSOCIATIONS

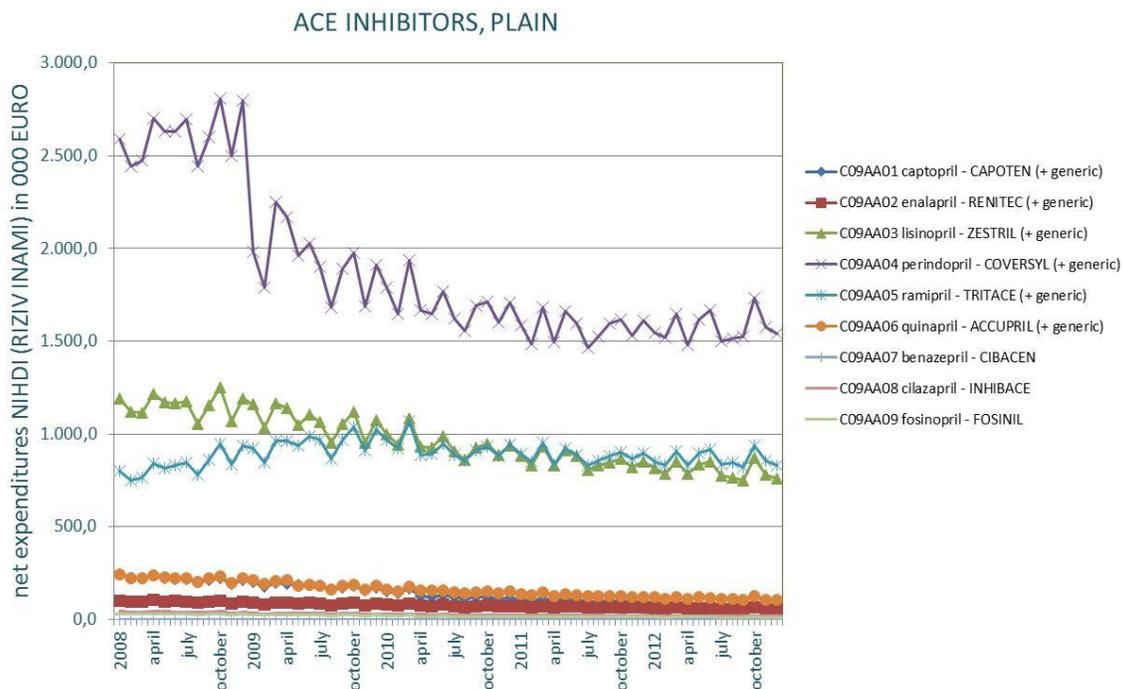
INHIBITEURS DE L'ECA

Schéma 28 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC C09A Inhibiteurs de l'ECA



La diminution des dépenses observée pour les inhibiteurs de l'ECA depuis l'année 2009, se poursuit en 2012 (schéma 28).

Schéma 29 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C09A Inhibiteurs de l'ECA



Cette diminution des dépenses s'explique à la fois par l'ouverture du « cluster » de référence pour le péridopril dans le cluster de référence en 2009, induisant une diminution de la base de remboursement de 31% (schéma 29), mais également par la réduction du nombre de patients traités par cette molécule qui ont vraisemblablement été mis sous traitement pour une autre classe de composés (schéma 30).

Schéma 30 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C09A Inhibiteurs de l'ECA

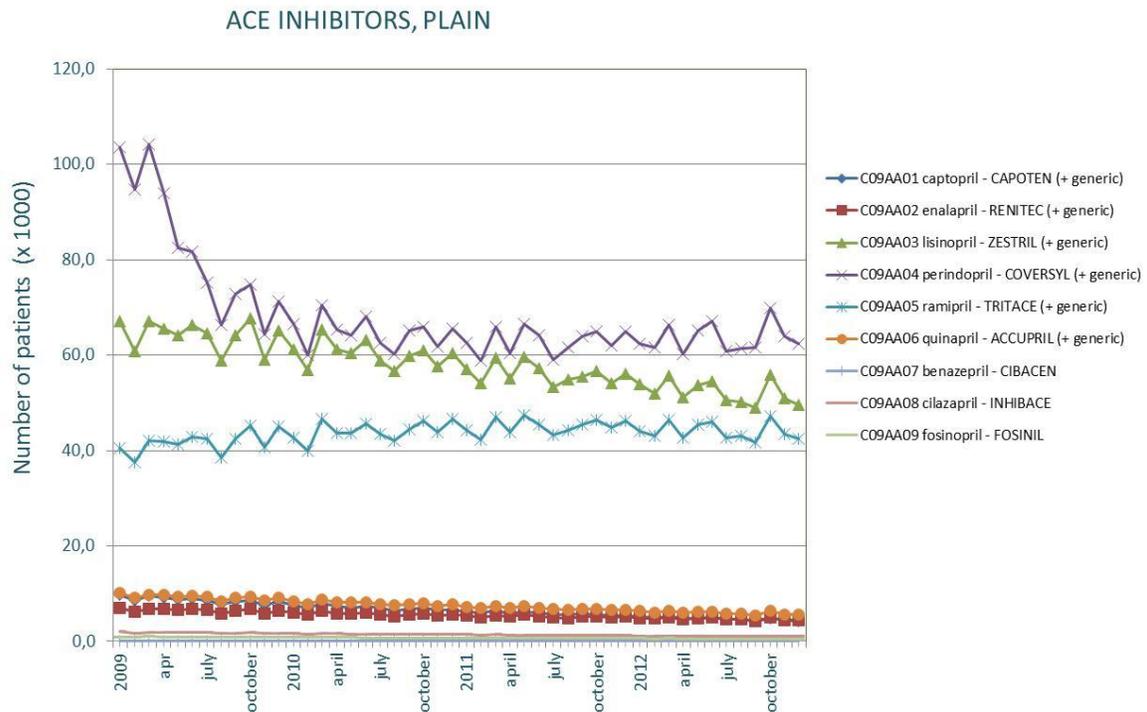


Schéma 31 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C09A Inhibiteurs de l'ECA

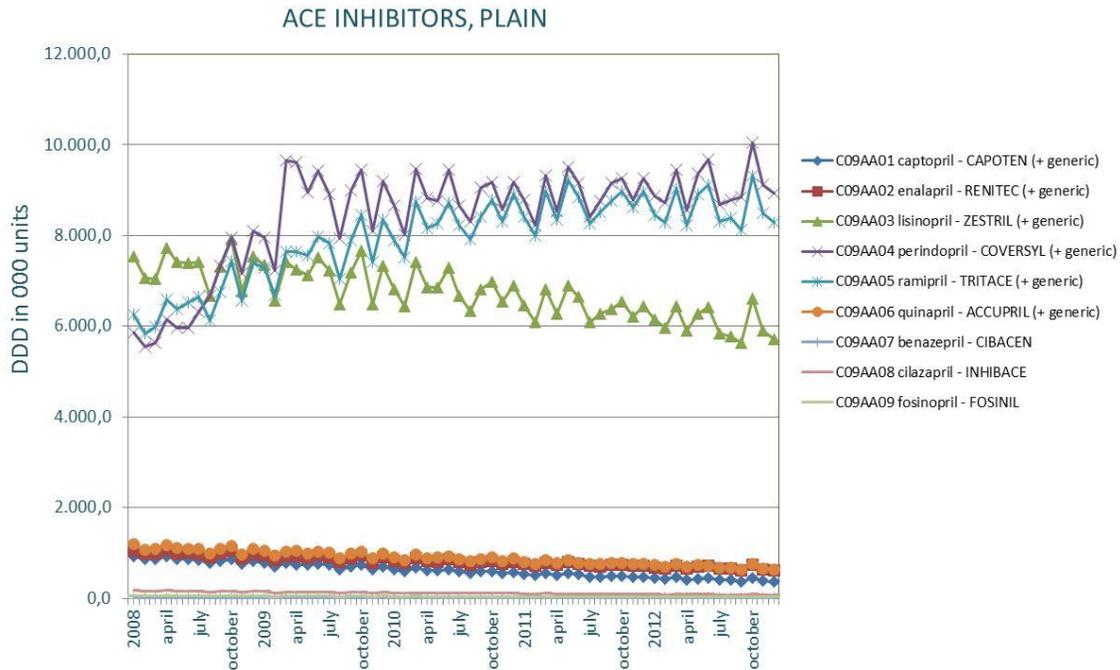
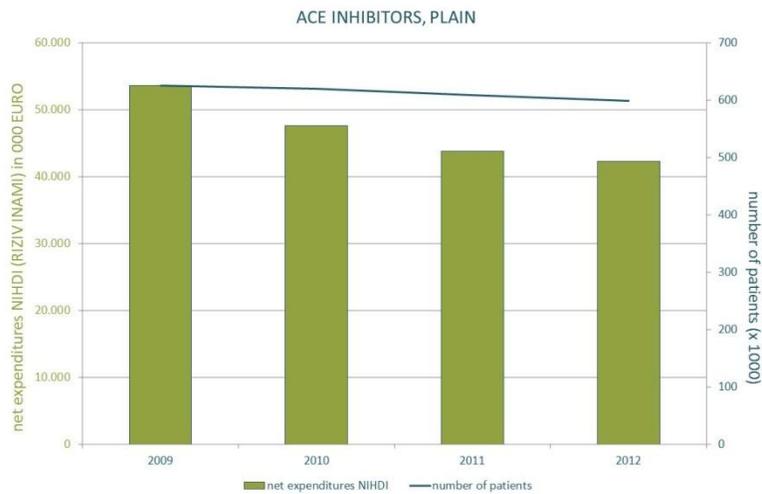


Schéma 32 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC C09A Inhibiteurs de l'ECA



Pour la classe des inhibiteurs de l'ECA, on peut donc observer à la fois une diminution des dépenses de l'INAMI et une diminution du nombre de patients traités par les médicaments de cette classe thérapeutique. Le décalage entre ces deux paramètres, visible dans le schéma 32 signifie une réduction du coût du traitement d'un patient par IECA.

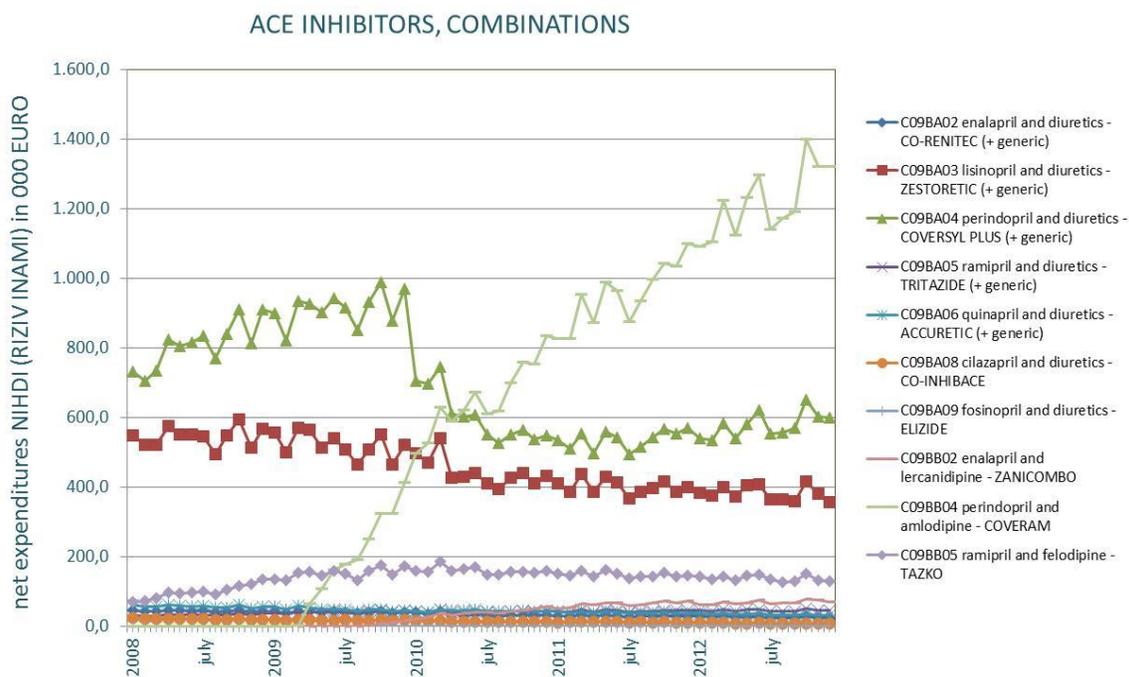
INHIBITEURS DE L'ECA, PREPARATIONS COMBINÉES

Schéma 33 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC C09B Inhibiteurs de l'ECA, associations



Contrairement aux IECA utilisés en monopréparations, les dépenses pour les associations à base d'inhibiteurs de l'ECA ont continué de croître passant de 23 millions en 2009 à 30 millions pour l'année 2012 (schéma 33).

Schéma 34 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C09B Inhibiteurs de l'ECA, associations



Le schéma 34 montre en règle générale une diminution des dépenses nettes de l'INAMI par mois pour les diverses associations à base d'inhibiteurs de l'ECA à l'exception du Coveram® depuis sa mise sur le marché en 2009. Au début de l'année 2010, on constate également une forte diminution des dépenses pour les spécialités à base de périmdopril et diurétiques suite à l'entrée en vigueur du système du remboursement de référence.

Schéma 35 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C09B Inhibiteurs de l'ECA, associations

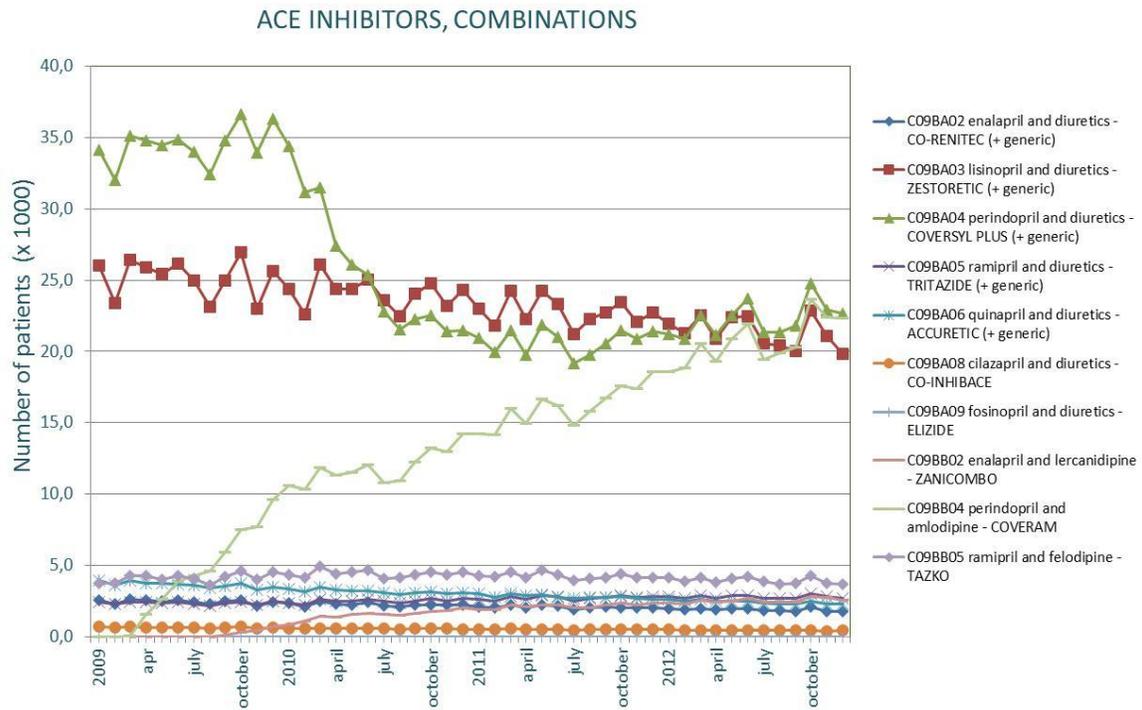


Schéma 36 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C09B Inhibiteurs de l'ECA, associations

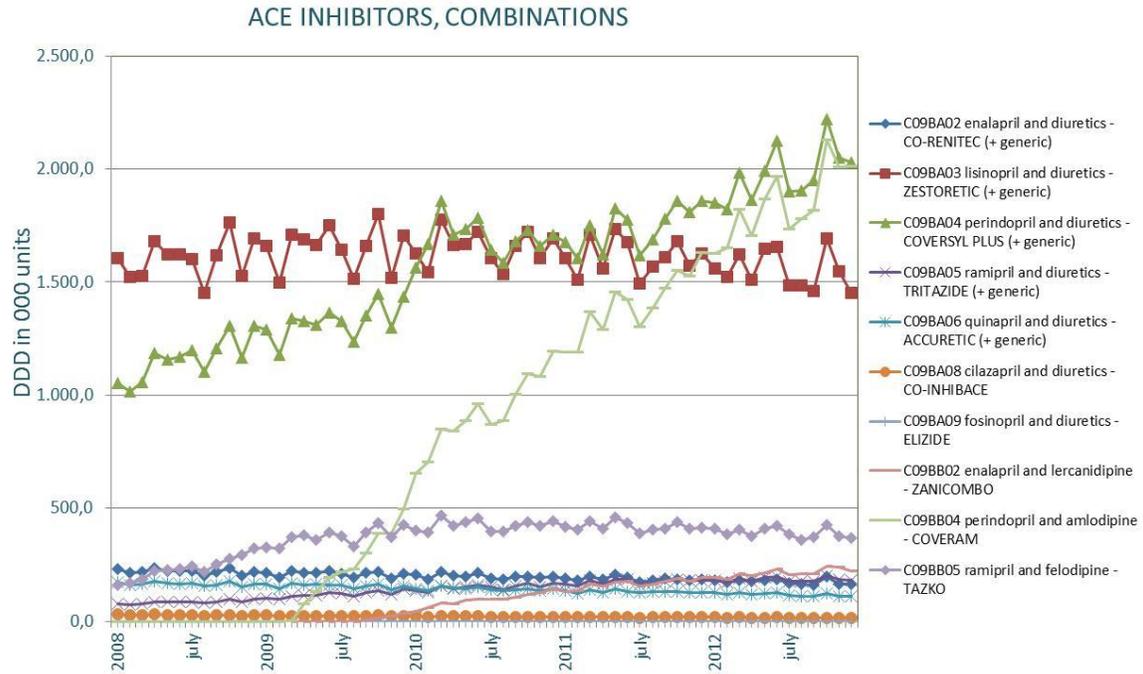
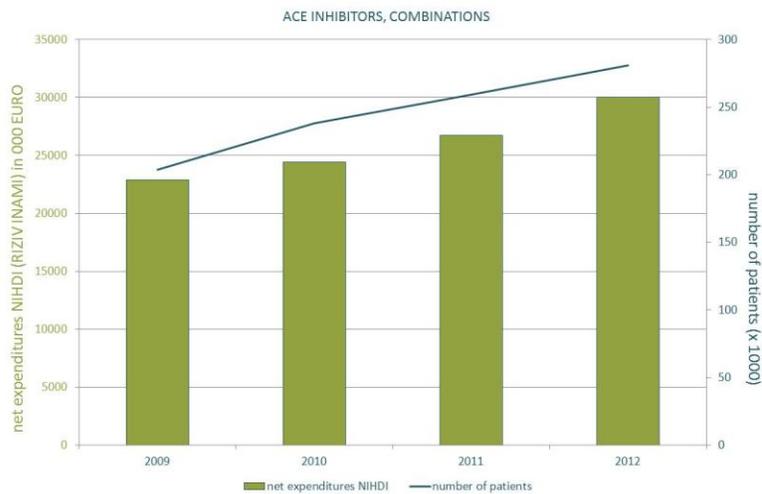


Schéma 37 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC C09B Inhibiteurs de l'ECA, associations

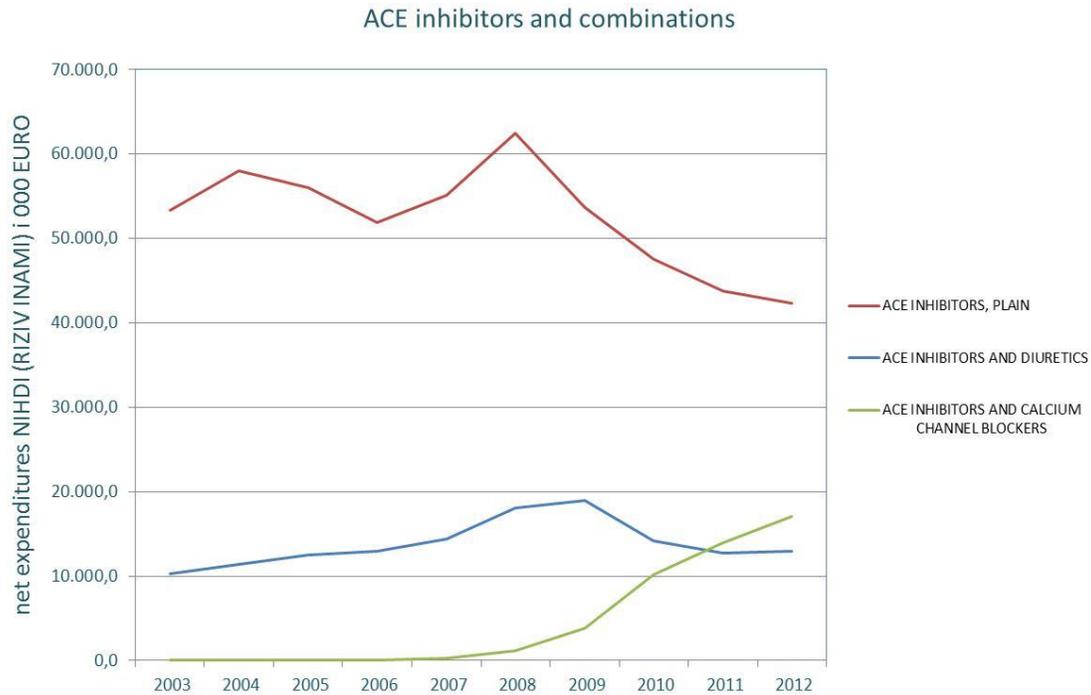


Depuis l'année 2009, on observe une augmentation du nombre de patients traités par une association à base d'un inhibiteur de l'ECA (schéma 37). Cependant, le nombre de patients traités par mois par l'ensemble des IECA semble avoir diminué, à l'exception des associations à base de péridopril et plus particulièrement le Coveram®, associant le péridopril avec un antagoniste du calcium (schéma 35). Prise

ensemble, ces données suggèrent un switch vers les préparations à base de périndopril et plus particulièrement la préparation associant le périndopril et l'amlodipine.

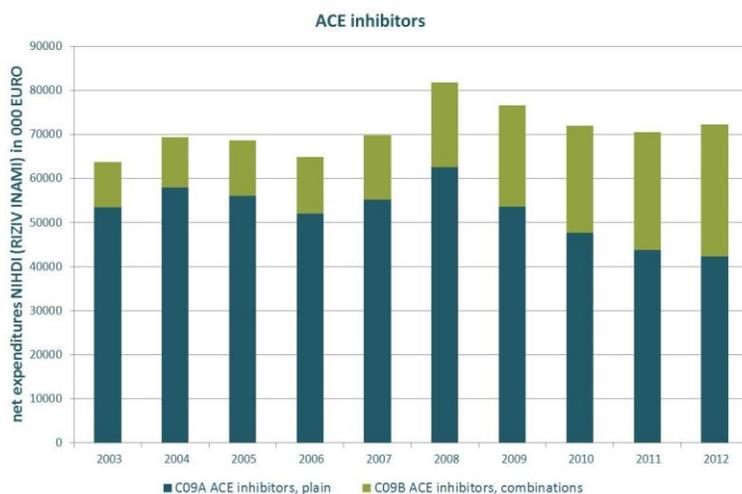
La croissance rapide observée précédemment pour les associations d'inhibiteurs de l'ECA avec des antagonistes du calcium s'est ralentie. Néanmoins, les dépenses engendrées par ces nouvelles associations ont fini par dépasser celles des associations avec un diurétique dès la moitié de l'année 2010 (schéma 38).

Schéma 38 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour les classes ATC C09A et C09B Inhibiteurs de l'ECA, associations



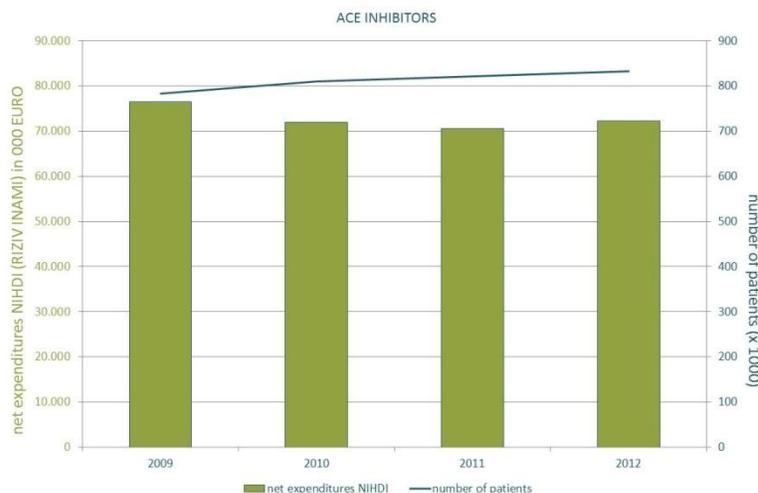
INHIBITEURS DE L'ECA, TOTAL

Schéma 39 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour les classes ATC C09A et C09B Inhibiteurs de l'ECA



Après une forte augmentation des dépenses de l'INAMI en 2008 pour les inhibiteurs de l'ECA seuls ou en association, correspondant avec l'intégration des petits risques pour les travailleurs indépendants, on assiste à une diminution de ces dépenses pour revenir en 2012 à un niveau proche de celui de 2007. La répartition des dépenses entre monopréparations et associations est cependant très différente avec une forte augmentation des dépenses pour les associations en 2012 (schéma 39).

Schéma 40 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour les classes ATC C09A et C09B Inhibiteurs de l'ECA



Cette diminution des dépenses initiée en 2009 est corrélée avec une légère augmentation du nombre de patients, ce qui signifie une diminution du coût par patient (schéma 40).

SARTANS ET ASSOCIATIONS

Schéma 41 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC C09C Sartans

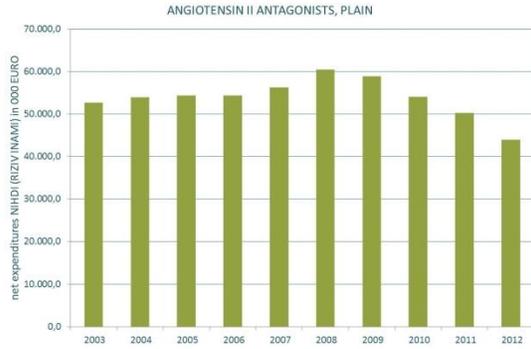
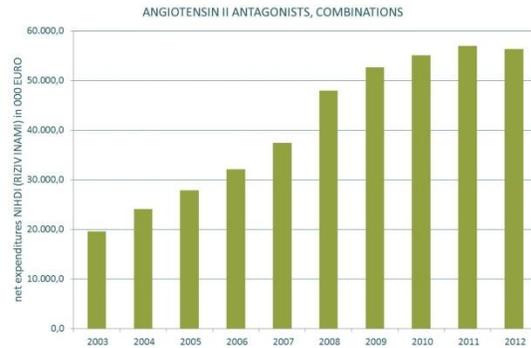
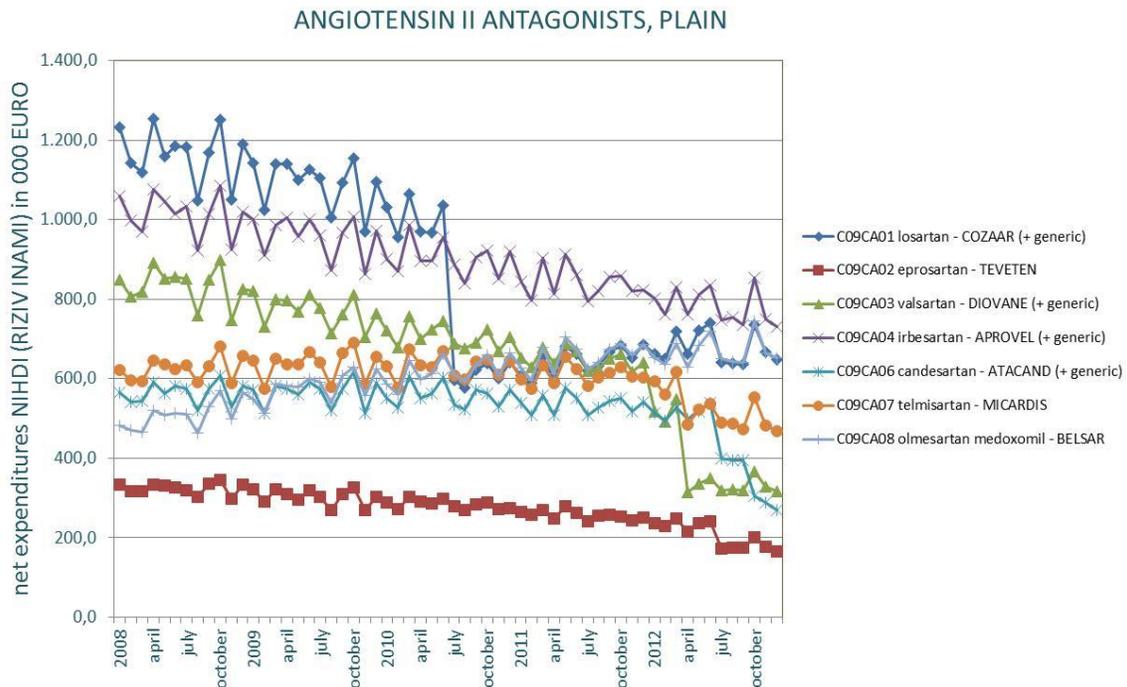


Schéma 42: évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC C09D Sartans et associations



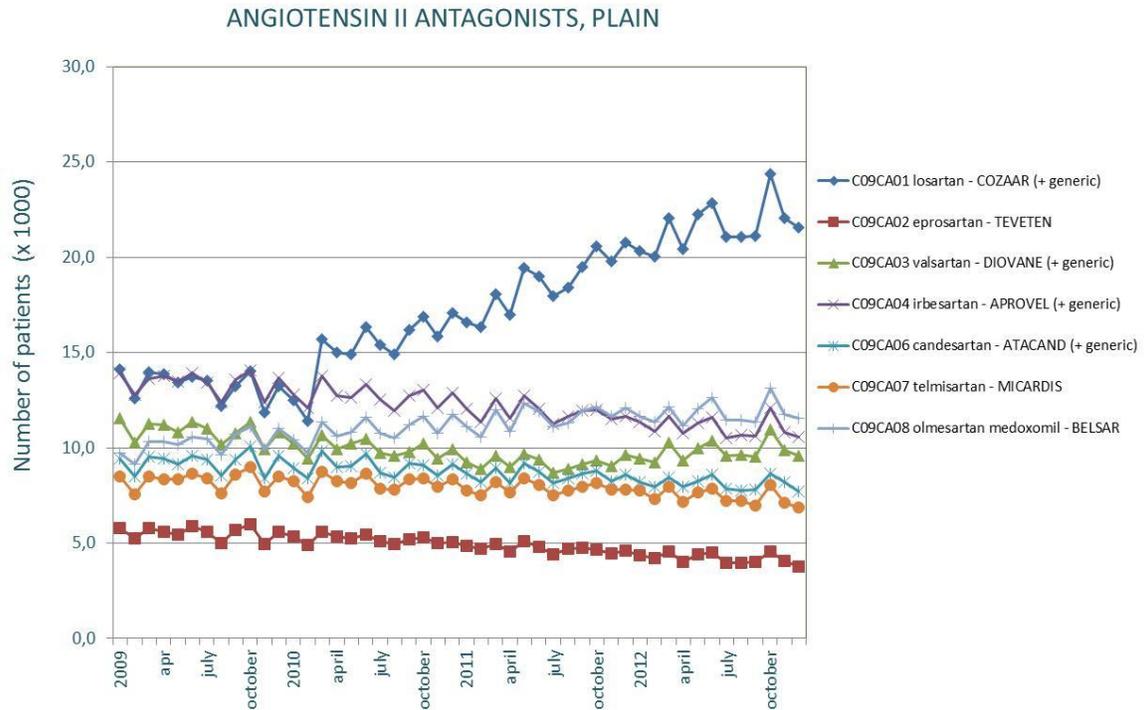
SARTANS

Schéma 43 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C09C Sartans



Dans la classe des sartans en monopréparation, le système du remboursement de référence est entré en vigueur en juillet 2010 pour le losartan, en avril 2012 pour le valsartan et en octobre 2012 pour le candésartan (schéma 43).

Schéma 44 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C09C Sartans



L'inscription au chapitre I des génériques du Cozaar®, auparavant remboursés au chapitre IV avec un contrôle à priori, a eu pour effet une augmentation importante du nombre de patients traités par la molécule losartan (schéma 44). Malgré qu'on observe une augmentation du nombre de patients traités par cette molécule, l'entrée en vigueur du système de remboursement de référence au 1^{er} juillet 2010, avec l'application simulatée pour cette molécule de la mesure « vieux médicaments » (la diminution de prix pour les principes actifs qui sont remboursables depuis plus de 12 ou 15 ans), a permis de maintenir stable les dépenses réalisées avec ces médicaments.

Schéma 45 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C09C Sartans

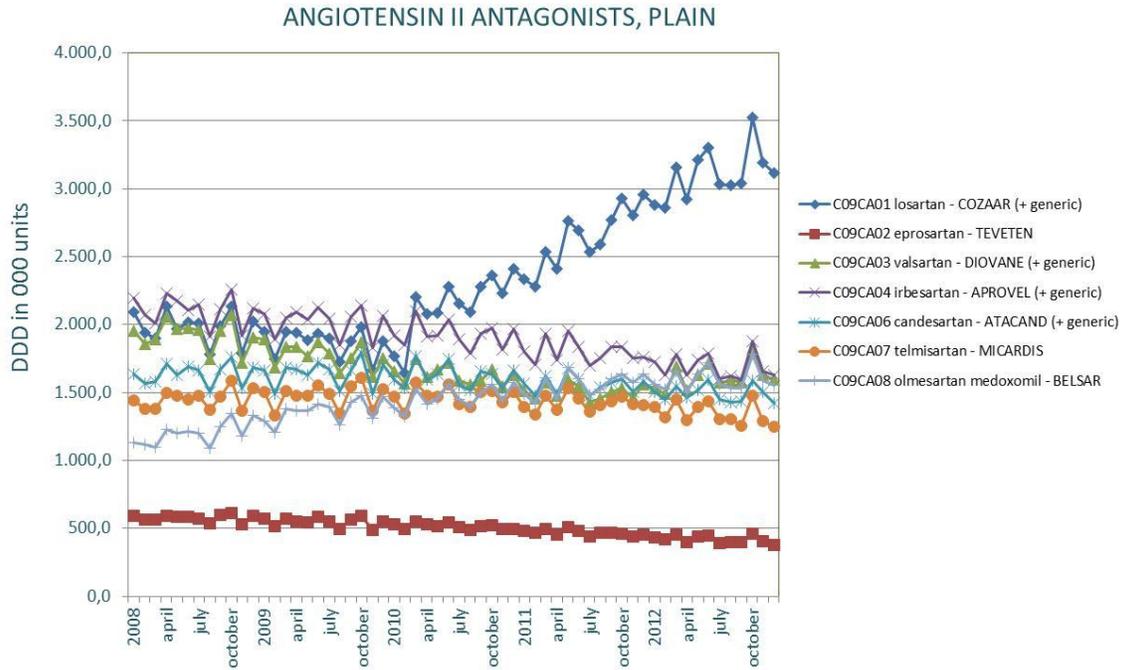
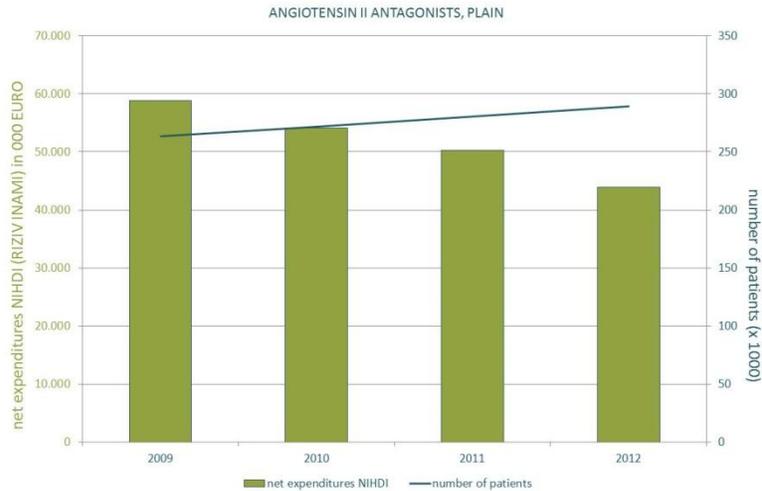


Schéma 46 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC C09C Sartans

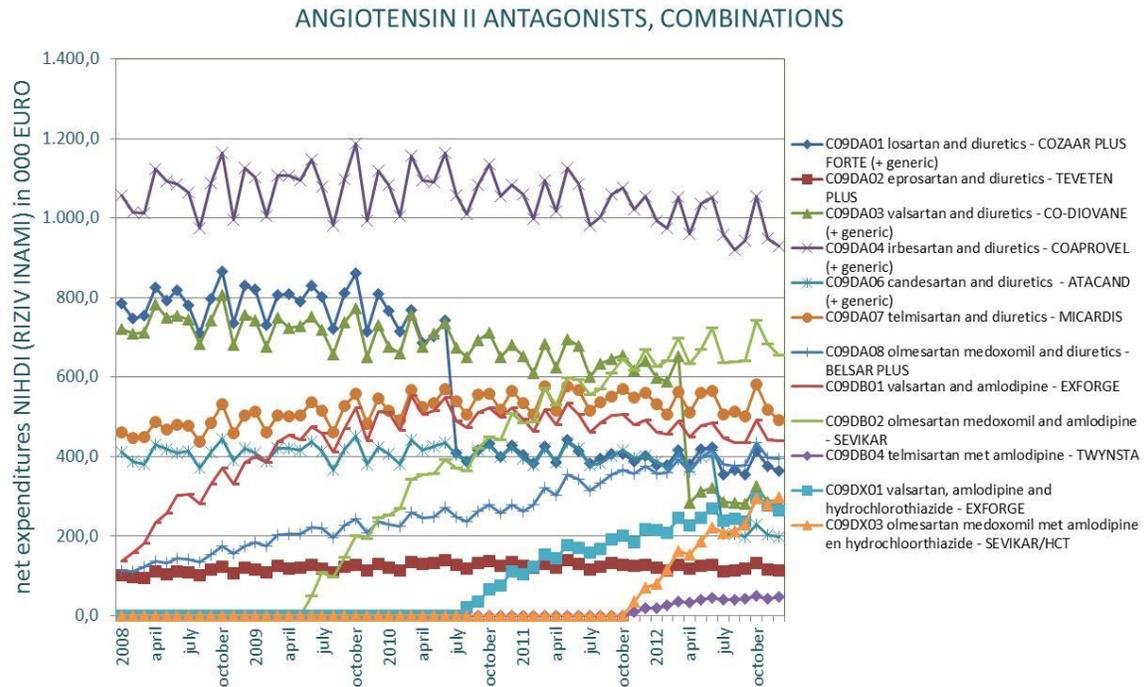


L'économie réalisée devra être surveillée car on observe à la fois une augmentation du nombre de patients et du nombre de DDD pour la molécule losartan (schémas 44 et 45). Une telle augmentation pour les autres sartans inscrits au chapitre I tels que le valsartan et le candésartan pourrait induire une nouvelle hausse des dépenses pour cette classe de médicaments si ces patients ne sont pas déjà traités par un sartan, comme observé avec les spécialités pharmaceutiques à base de losartan. Dans l'hypothèse où tous les patients éligibles pour un traitement avec un sartan seraient déjà traités avec un médicament

de cette classe, on pourrait assister à un switch vers ces spécialités pharmaceutiques inscrites au chapitre I. Il en résulterait une diminution des dépenses de l'INAMI.

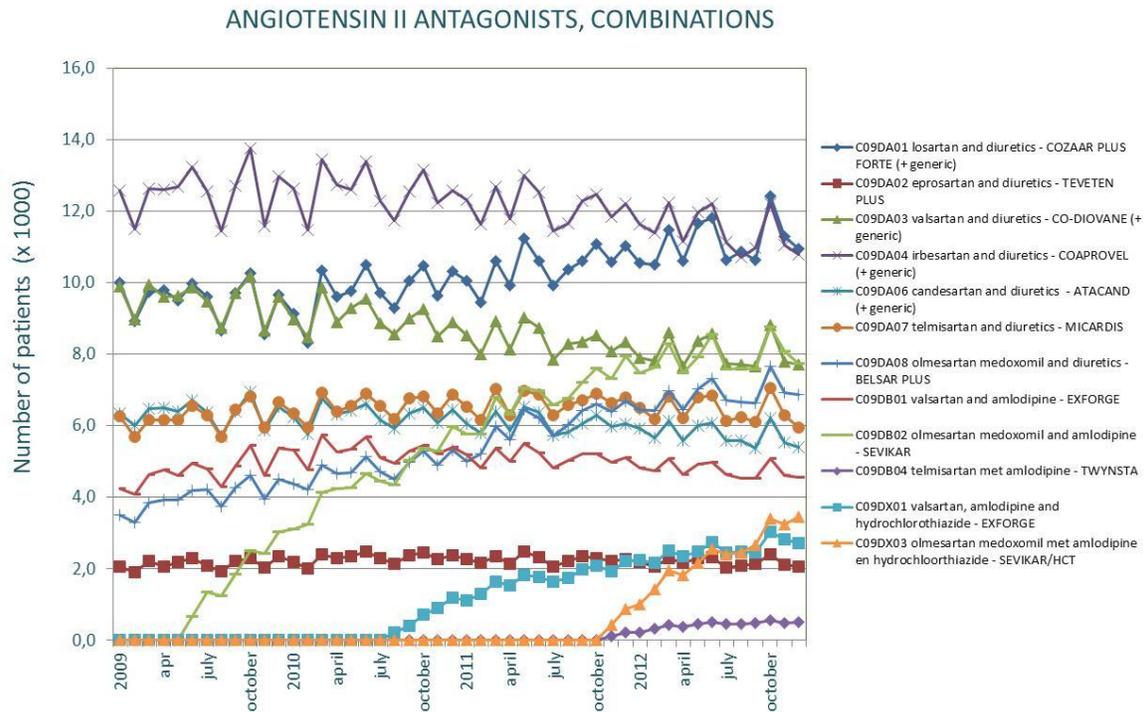
SARTANS - Associations

Schéma 47 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C09D Sartans et associations



Après une forte augmentation de l'utilisation des associations avec d'antagonistes du calcium, on peut observer une stabilisation du nombre de patients. Cette stabilisation coïncide avec l'arrivée sur le marché de spécialités comprenant 3 principes actifs (un sartan, un antagoniste calcique et un diurétique thiazidique) (schéma 48).

Schéma 48 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C09D Sartans et associations



L'utilisation de ces nouvelles associations à 3 principes actifs n'a actuellement pas eu de répercussion sur les dépenses, suite à la baisse de la consommation de diverses associations composées d'un sartan et d'un diurétique.

Schéma 49 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C09D Sartans et associations

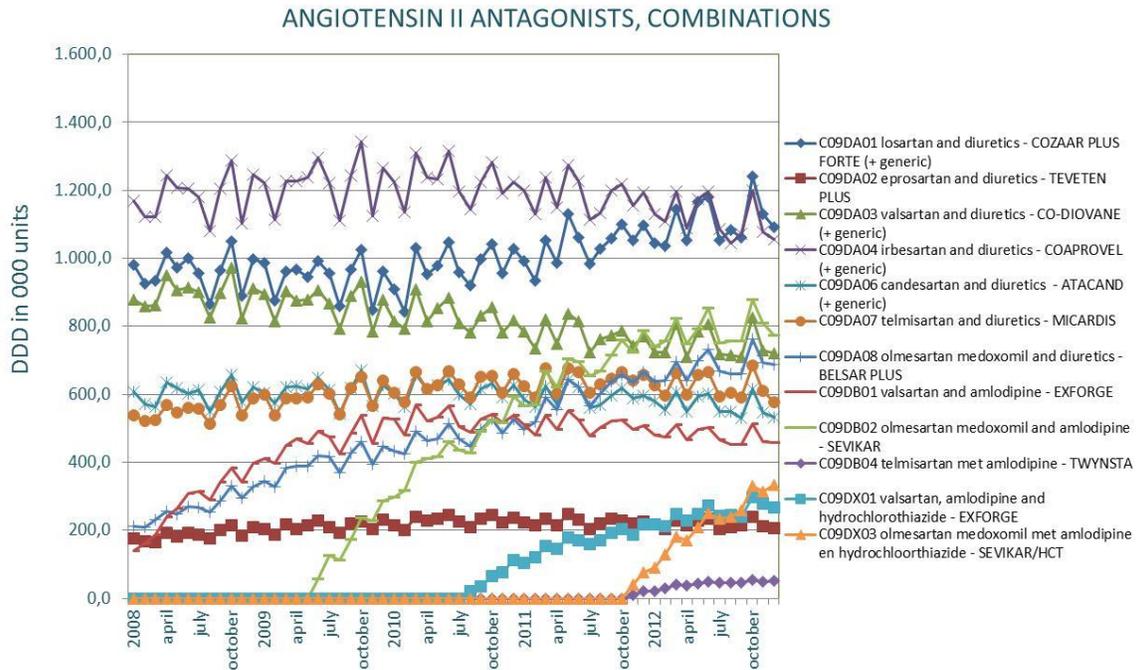
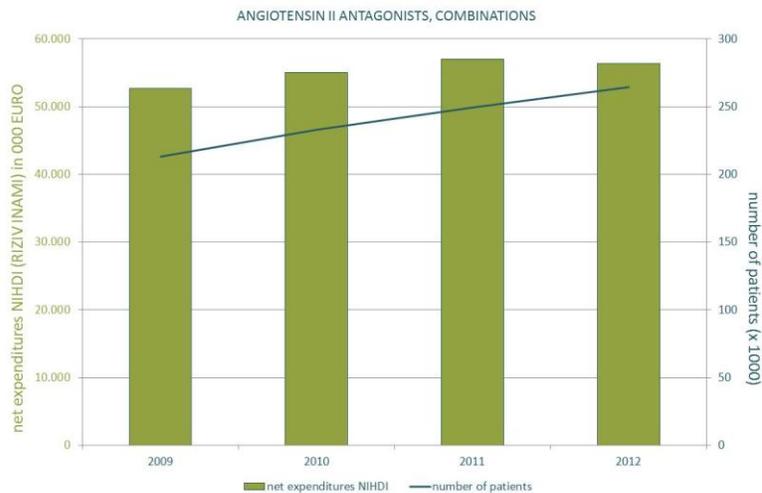


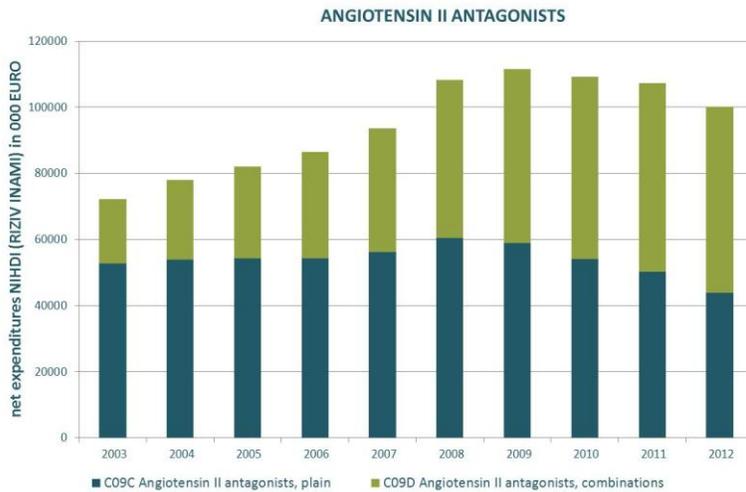
Schéma 50 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC C09D Sartans et associations



Après une augmentation continue des dépenses pour les préparations combinées à base de sartans, on assiste en 2012 à une diminution des dépenses malgré une augmentation constante du nombre de patients.

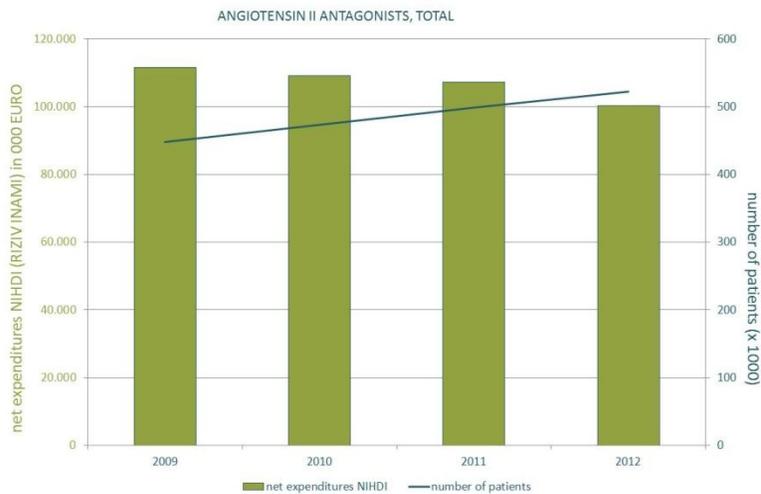
SARTANS - TOTAL

Schéma 51 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC C09C et C09 Antagonistes de l'angiotensine II



Au niveau des dépenses totales pour les sartans seuls ou en association, on a assisté jusqu'en 2009 à une croissance des dépenses de l'INAMI. À partir de l'année 2010, une diminution de ces dépenses globales est observée mais celle-ci est uniquement présente pour les sartans utilisés en monopréparation tandis que les dépenses pour les associations sont stables.

Schéma 5 2: évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC C09C et C09 Antagonistes de l'angiotensine II



AGENTS HYPOLIPIDIANTS ET ASSOCIATIONS

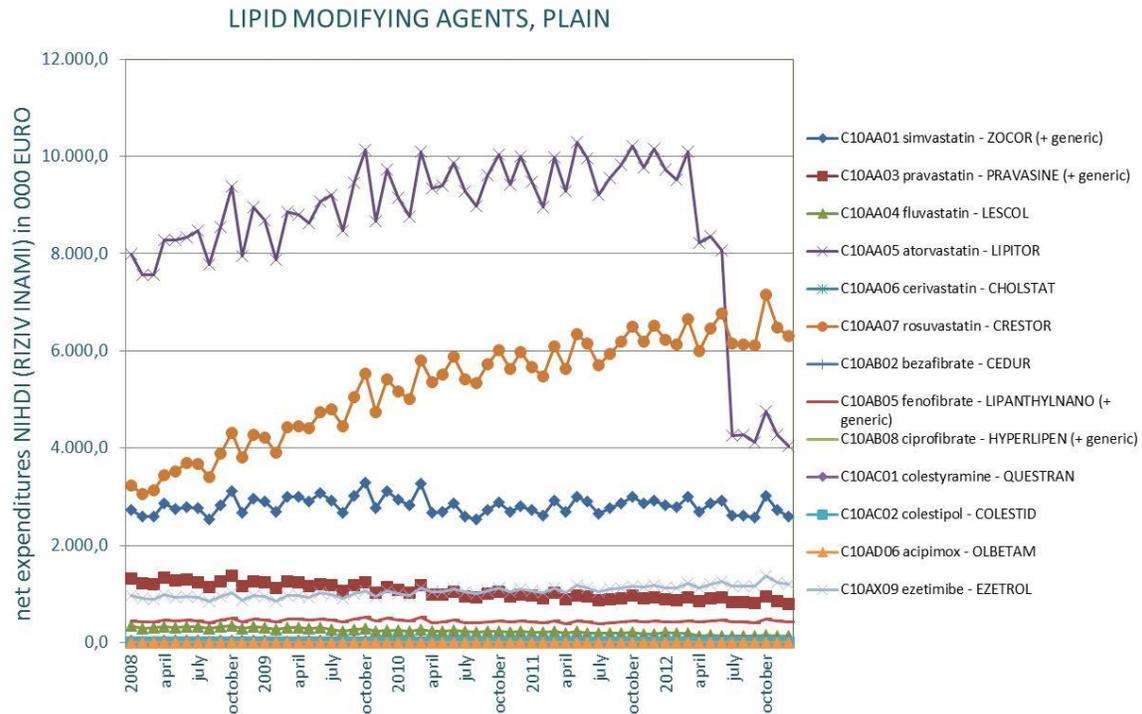
AGENTS HYPOLIPIDIANTS

Schéma 53 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC C10A Agents hypolipémiants



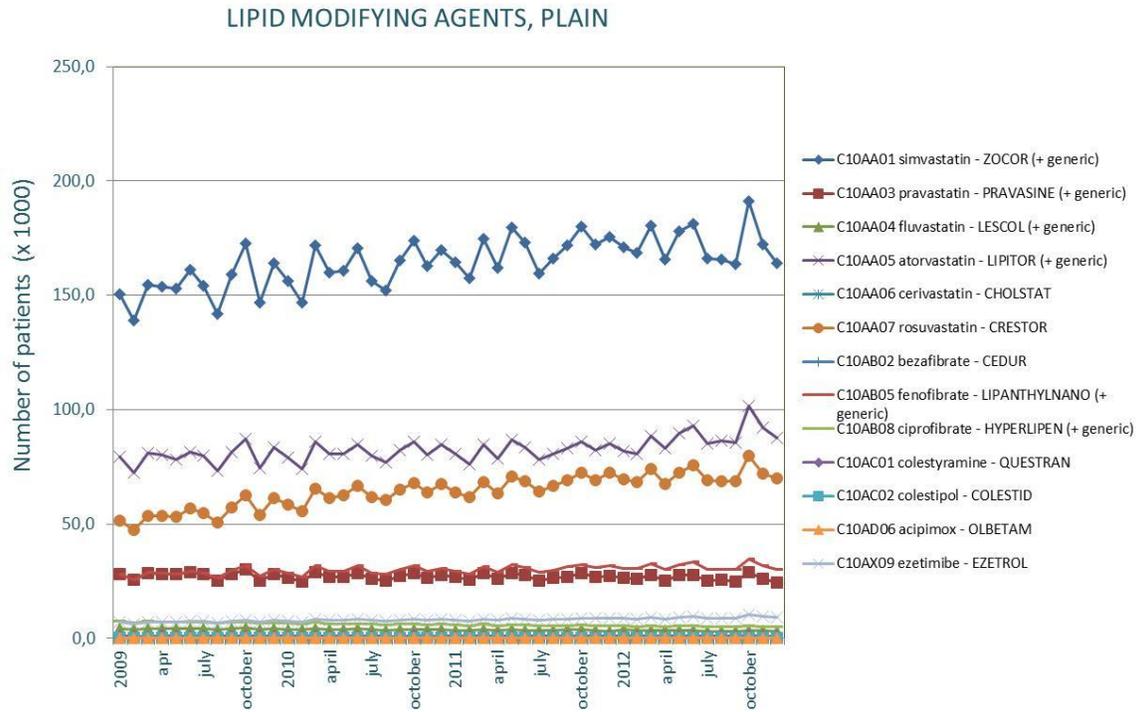
L'augmentation des dépenses observées depuis l'année 2006 pour les hypolipémiants s'est stabilisée en 2011 (schéma 53).

Schéma 54 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C10A Agents hypolipémiants



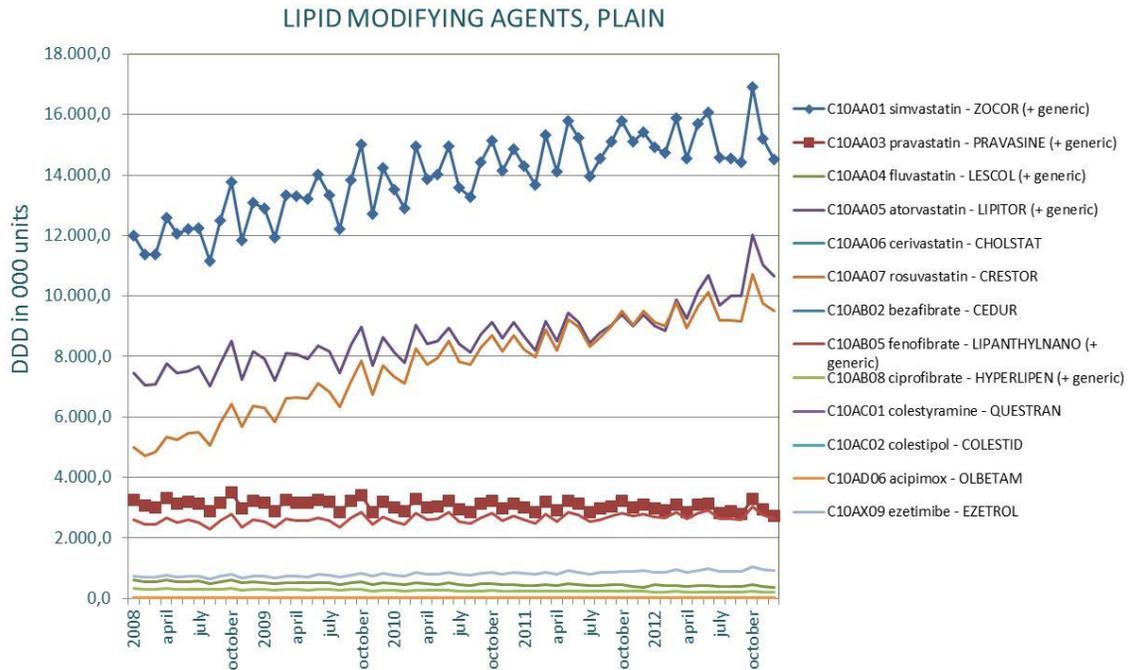
En août 2010, les recommandations relatives aux statines ont été modifiées par la Commission de Remboursements des Médicaments dans le but de stimuler la prescription des molécules les moins chères dans cette classe. Cette modification des recommandations n'ont eu qu'un impact limité sur les dépenses car elles s'adressaient uniquement aux patients pour lesquels un traitement par statine était initié, ce qui représente un part très limitée de la population totale traitée. En 2012, l'entrée en vigueur du système du remboursement de référence pour l'atorvastatine (Lipitor®) a permis de réaliser des économies importantes dans cette classe de médicaments. Parmi les autres hypolipémiants, une stabilisation des dépenses est observée pour toutes les molécules à l'exception de celles de la rosuvastatine qui continuent à croître (schéma 54). Il persiste des différences importantes entre les différentes spécialités (originales en chapitre IV et génériques en chapitre I) pour l'atorvastatine avec un coût donc fort différent pour l'INAMI.

Schéma 55 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C10A Agents hypolipémiants



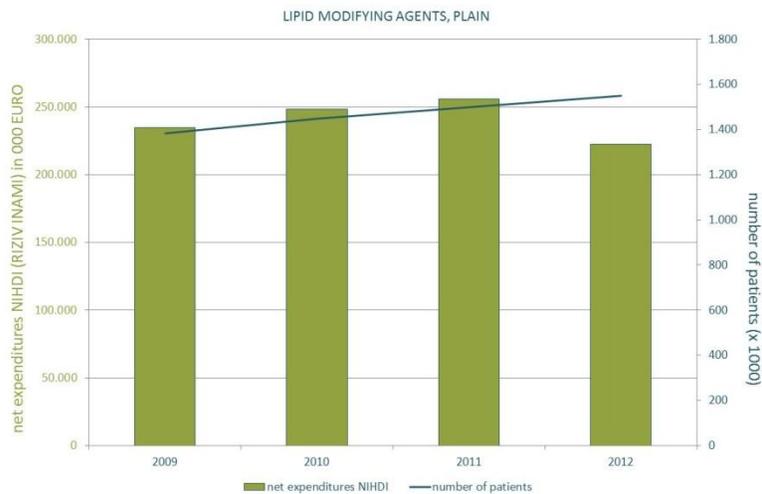
Le nombre de patients traités par statine continue à croître (de 839.943 en 2005 à 1.439.868 en 2012) bien que l'augmentation du nombre de patients traités ait été plus faible ces 3 dernières années (schéma 53).

Schéma 56 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C10A Agents hypolipémiants



Une augmentation du nombre de DDD par mois pour la simvastatine, l'atorvastatine et la rosuvastatine est observée. Cette augmentation semble plus forte que celle du nombre de patients (schéma 55), ce qui signifie une augmentation de la posologie pour ces molécules et/ou une meilleure observance du traitement (schéma 56).

Schéma 57 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC C10A Agents hypolipémiants



AGENTS HYPOLIPIDIANTS, ASSOCIATIONS

Schéma 58 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC C10B Agents hypolipémiants, associations

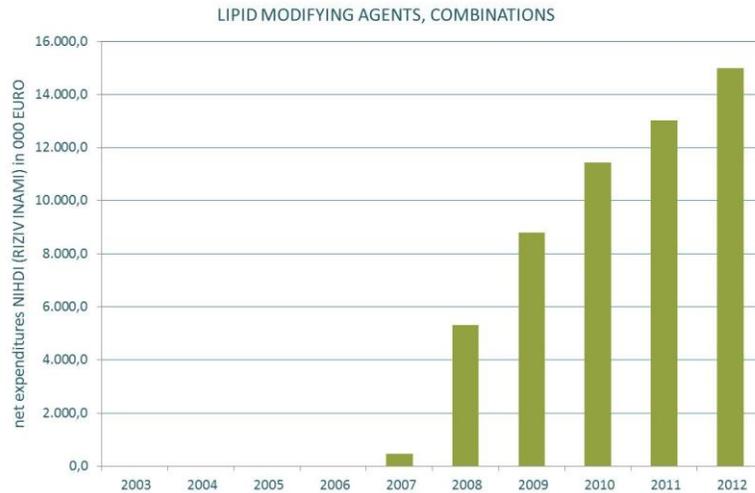
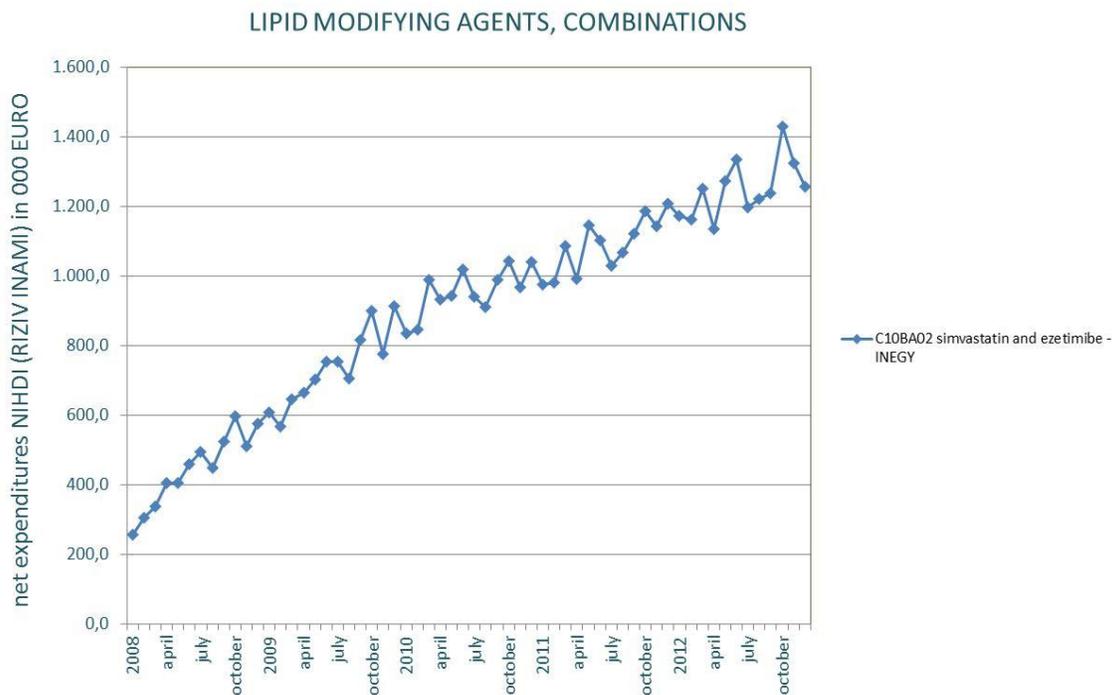


Schéma 59 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC C10B Agents hypolipémiants, associations



L'Inegy® (ézétimibe et simvastatine) est remboursable depuis août 2007. Les dépenses pour ce médicament ont augmenté de 11,5 millions en 2010 à 15 millions d'euros en 2012.

Schéma 60 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C10B Agents hypolipémiants, associations

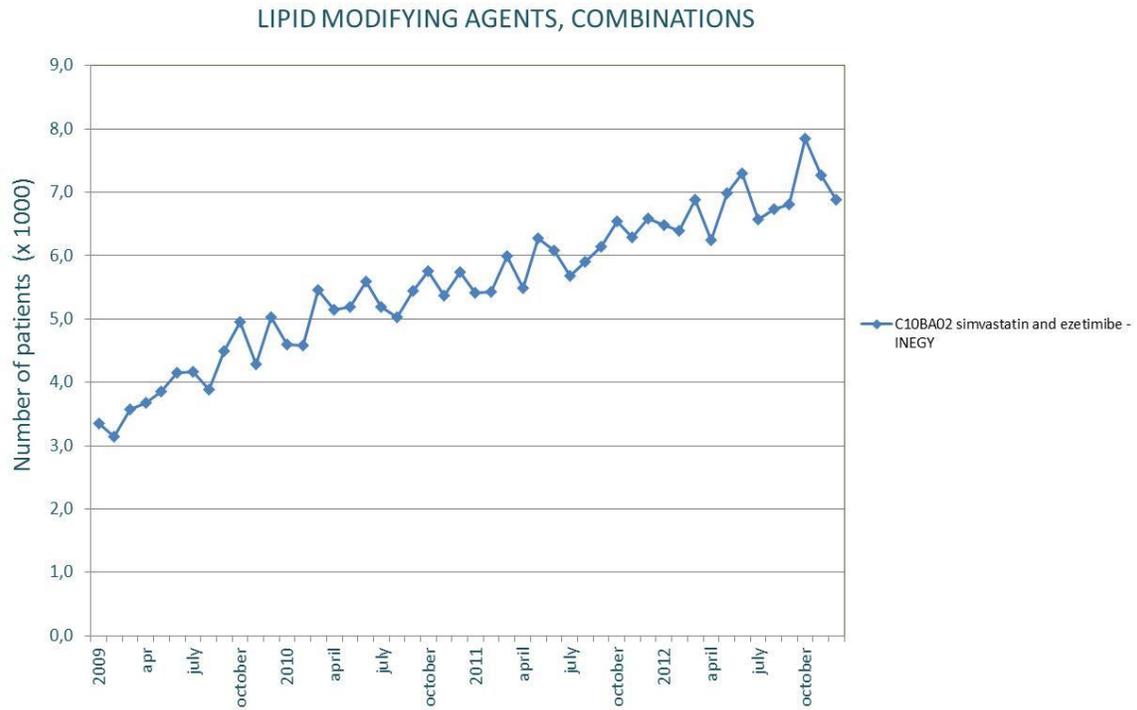
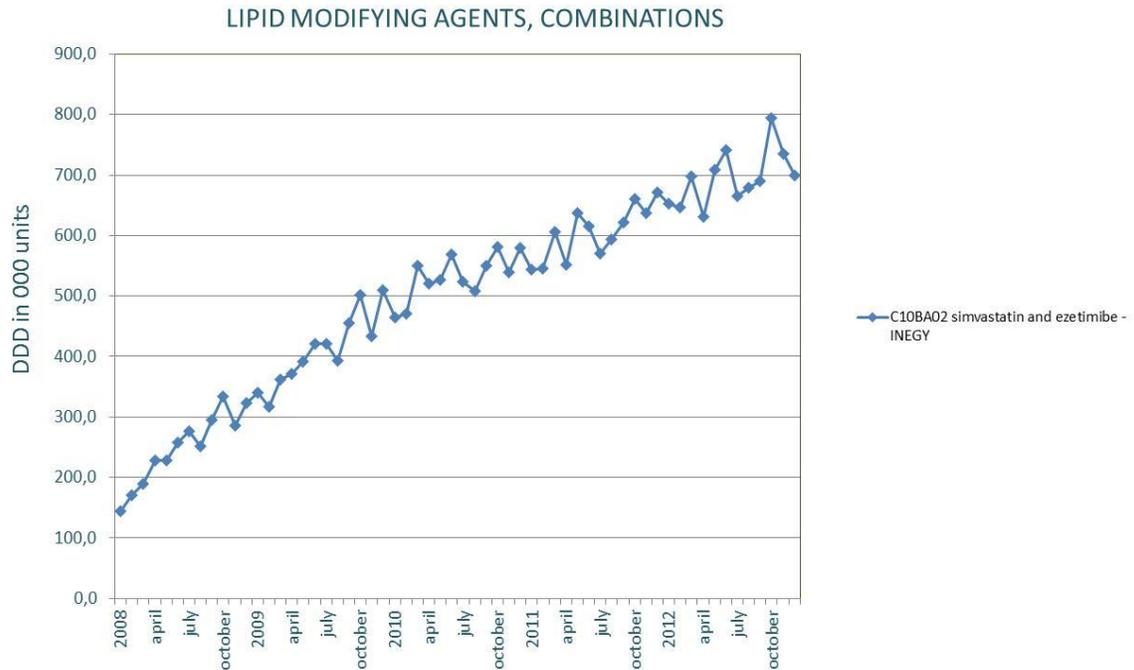
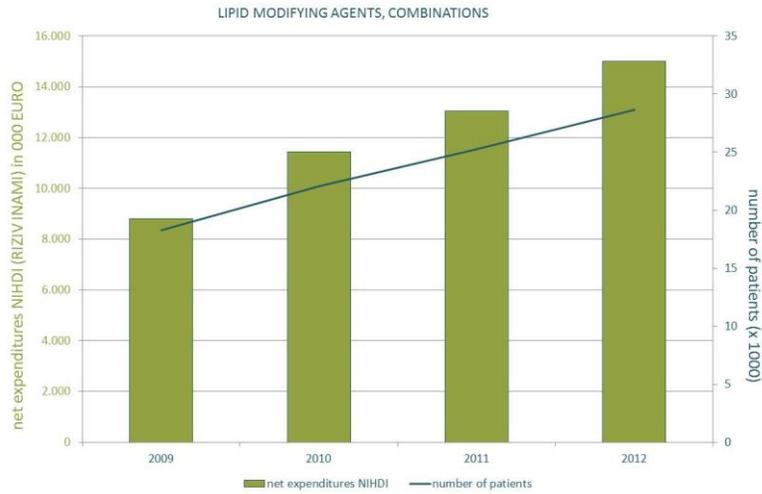


Schéma 61 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC C10B Agents hypolipémiants, associations



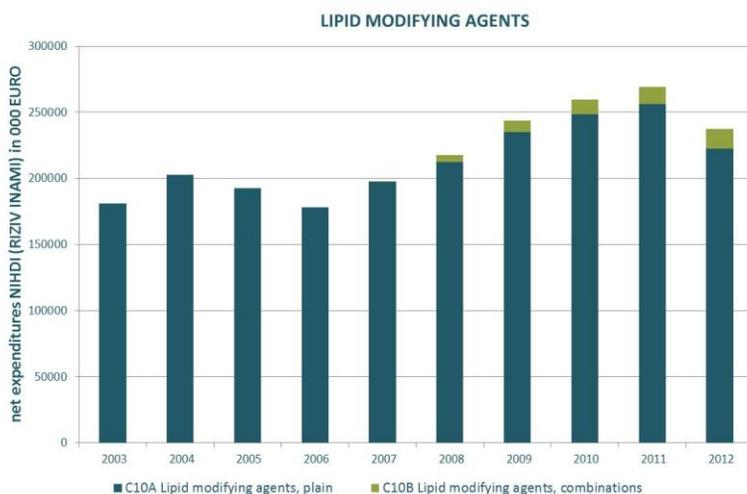
L'évolution du nombre de patients (schéma 60) et du nombre de DDD (schéma 61) par mois est similaire. Cela signifie qu'il n'y a pas d'augmentation de la dose administrée au patient et une bonne compliance au traitement.

Schéma 62 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC C10B Agents hypolipémiants, associations



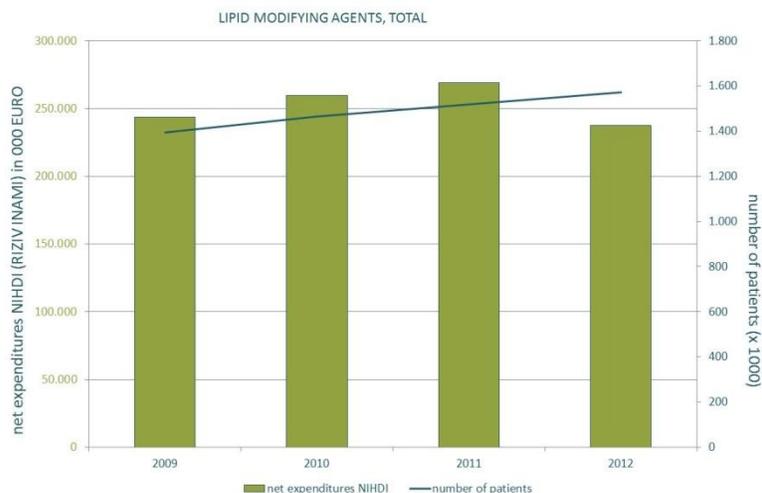
AGENTS HYPOLIPIDIANTS, TOTAL

Schéma 63 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC C10 Agents hypolipémiants



Après une augmentation constante des dépenses de l'INAMI pour les hypolipémiants seuls (C10A) et en association (C10B) depuis 2007, on assiste à une diminution durant l'année 2012. Il est par ailleurs important de noter que seules les dépenses dues aux hypolipémiants utilisés en monopréparation (C10A) ont diminuées alors que celles de l'association simvastatine + ézétimibe (C10B) continuent de croître (schéma 63).

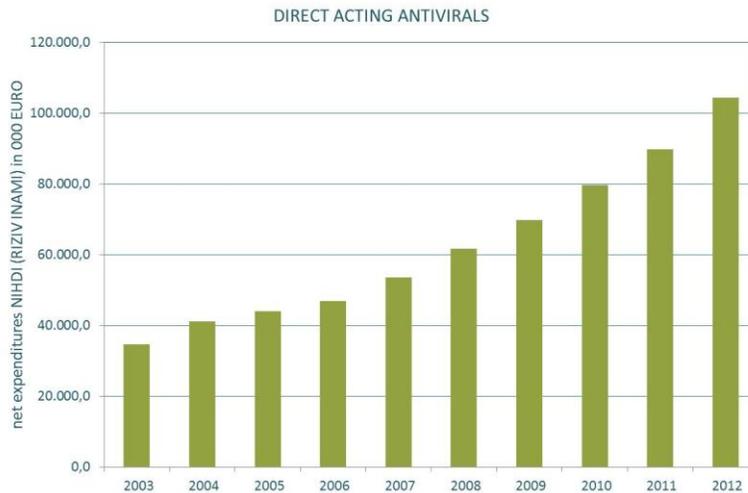
Schéma 64 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC C10 Agents hypolipémiants



Il en ressort une diminution des dépenses nettes pour cette classe de médicaments malgré une augmentation du nombre de patients traités par une statine seule ou en association et donc une réduction du coût par patient (schéma 64).

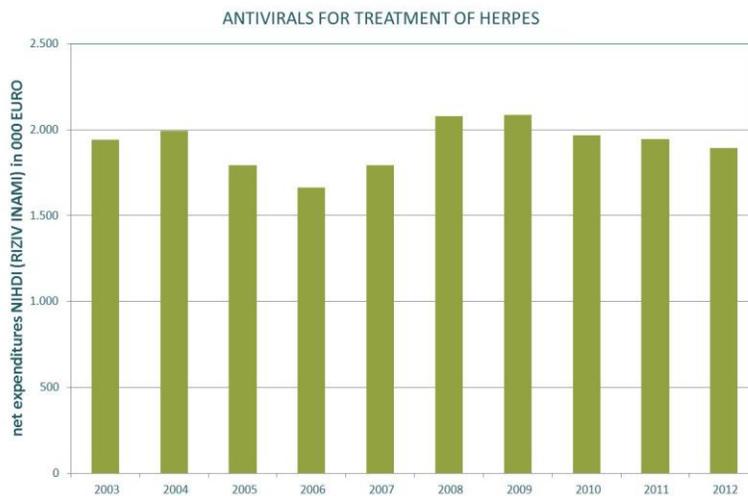
ANTIVIRAUX A EFFET DIRECTE

Schéma 65 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC J05A Antiviraux à effet directe



ANTIVIRAUX DESTINES AU TRAITEMENT DE L'HERPES

Schéma 66 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour les antiviraux destinés au traitement de l'herpès



Les dépenses pour les antiviraux pour le traitement de l'herpès (zoster) sont stables (schéma 66).

Schéma 67 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour les antiviraux destinés au traitement de l'herpès

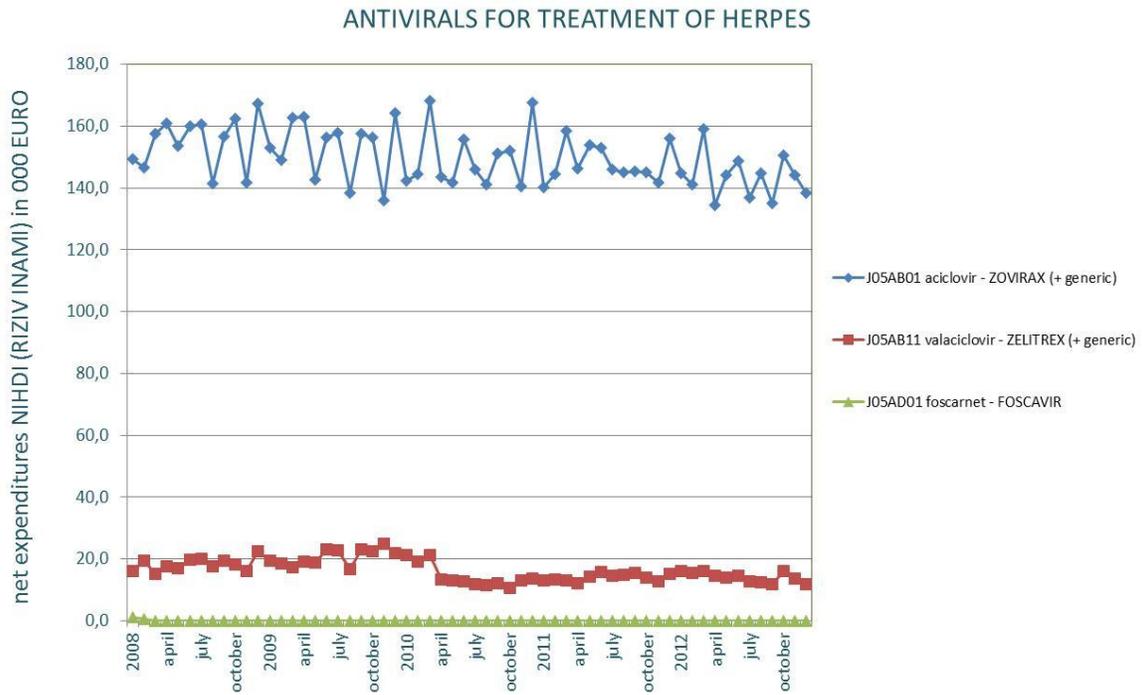


Schéma 68 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour les antiviraux destinés au traitement de l'herpès

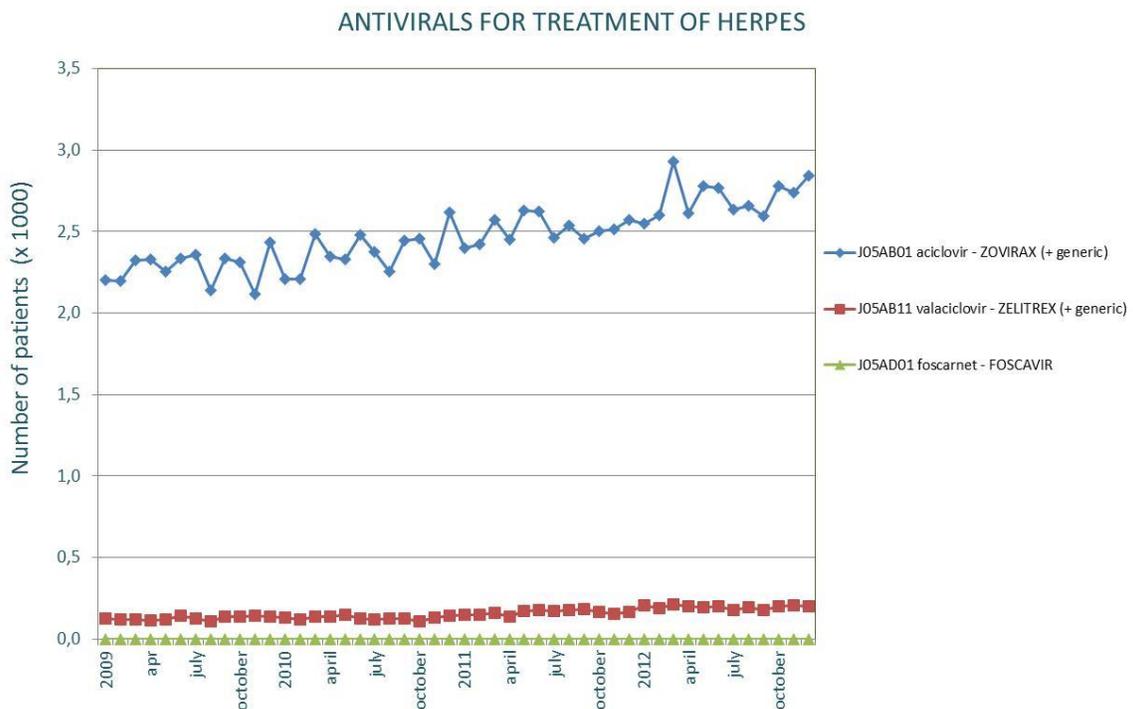


Schéma 69 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour les antiviraux destinés au traitement de l'herpès

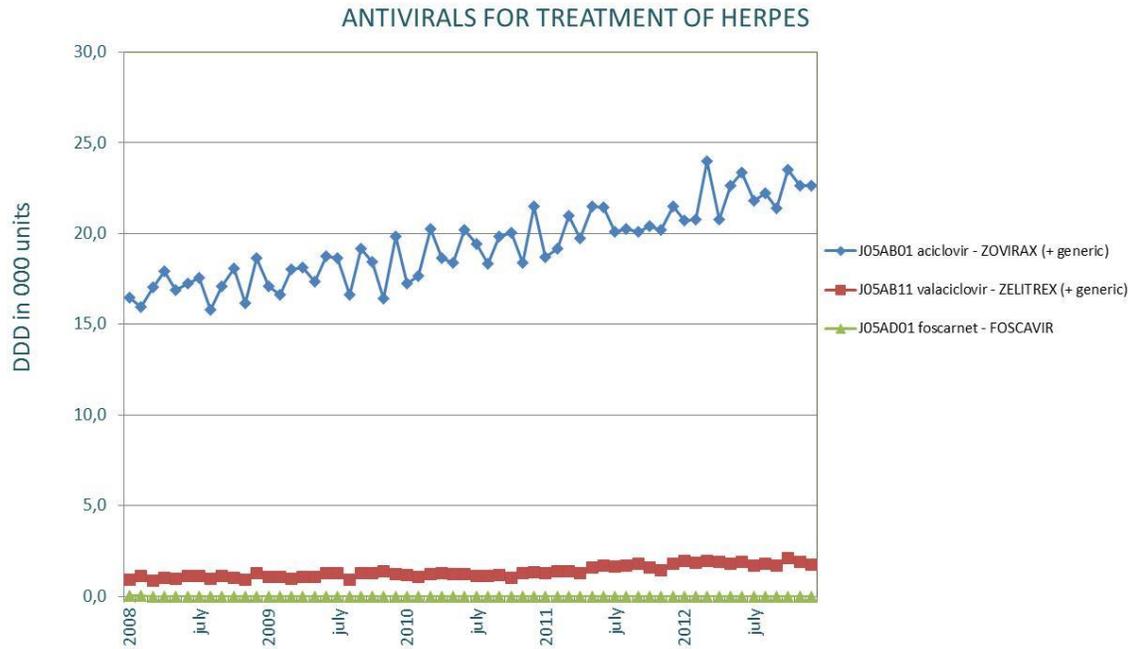
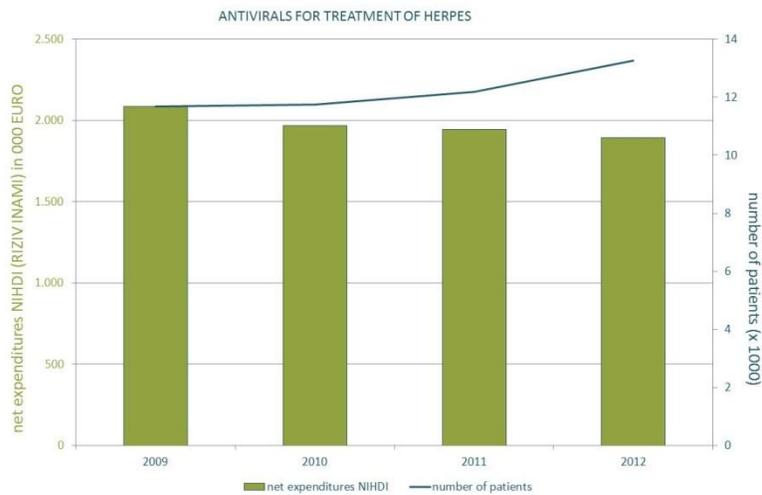


Schéma 70 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour les antiviraux destinés au traitement de l'herpès



ANTIVIRAUX DESTINÉS AU TRAITEMENT DU HIV

Schéma 71 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour les antiviraux destinés au traitement du HIV

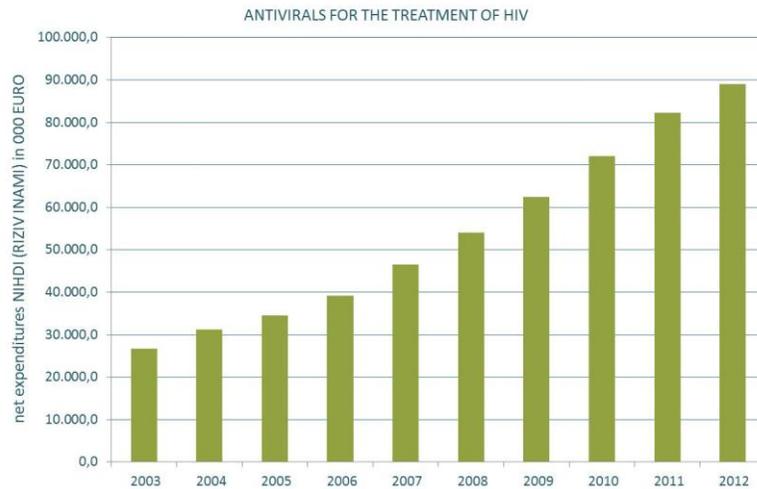


Schéma 72 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour les antiviraux destinés au traitement du HIV

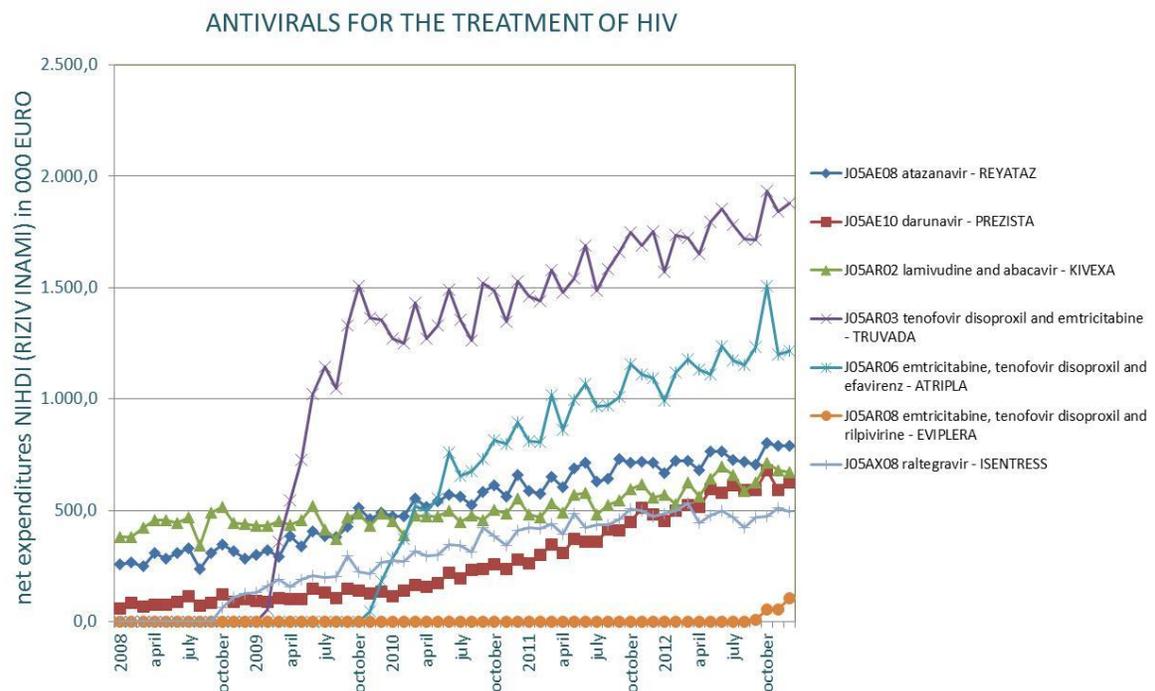


Schéma 73 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 – 2012) pour les antivirotiques destinés au traitement du HIV

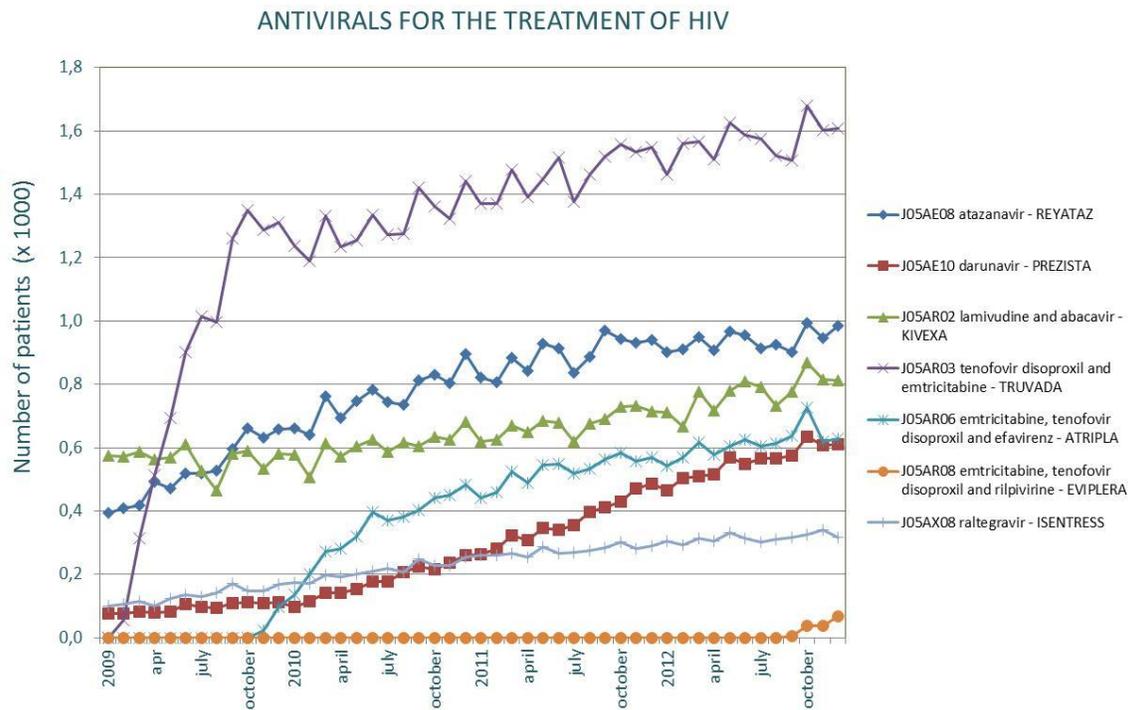


Schéma 74 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour les antivirotiques destinés au traitement du HIV

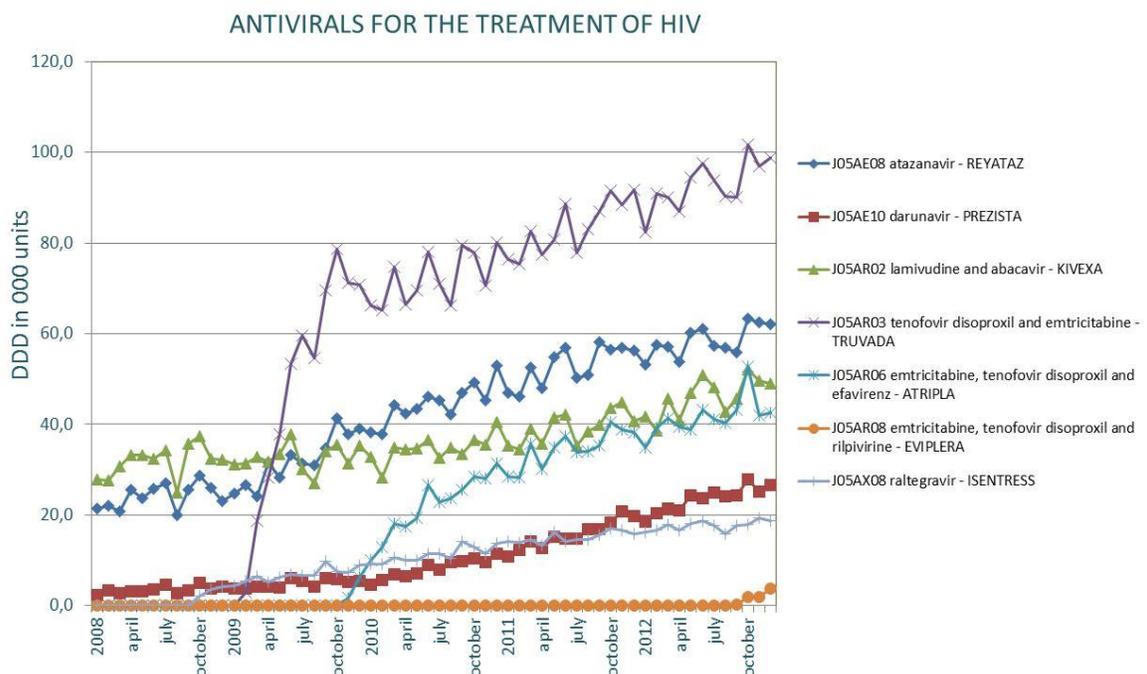
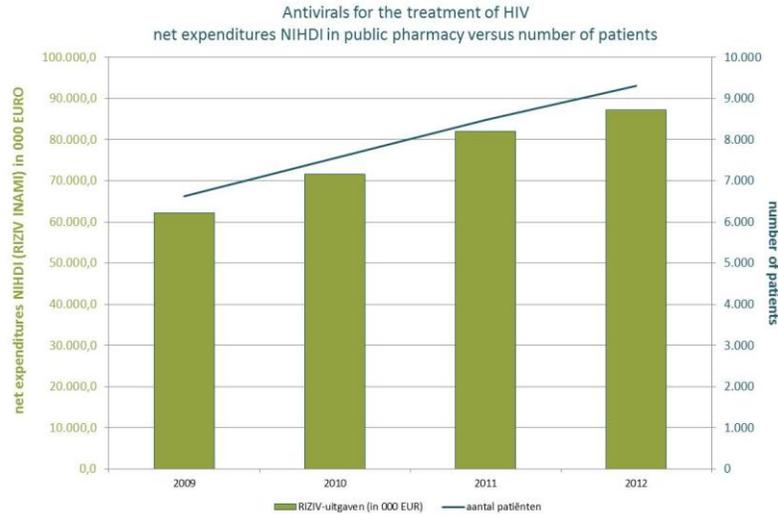


Schéma 75 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour les antiviraux destinés au traitement du HIV



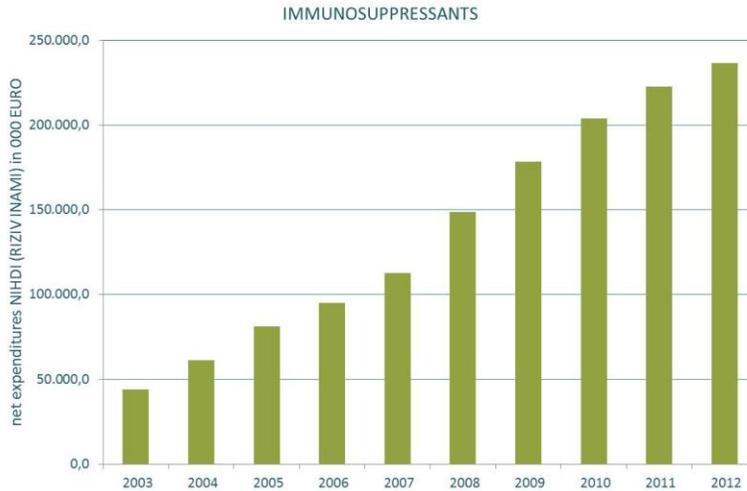
La comparaison entre le coût INAMI des antiviraux contre l’herpès (zoster) et les antirétroviraux (ARV) contre l’infection à VIH montre que les dépenses du groupe ATC J05A s’expliquent en grande partie par les antiviraux appliqués dans la lutte contre le HIV. Il s’agit d’un domaine thérapeutique pour lequel le passage à des polythérapies est recommandé³, avec un nombre croissant d’antirétroviraux (2 précédemment, 3 aujourd’hui), mais où les molécules de la dernière génération remplacent également les anciennes molécules ou s’y ajoutent rapidement (moins d’effets indésirables et/ou d’interactions, plus grande facilité d’emploi pour des associations fixes et/ou un nombre moindre de prises quotidiennes, etc.).

Les dépenses ont principalement augmentés pour les associations fixes d’ARV (Truvada®, Atripla®). Trois inhibiteurs des protéases (Reyataz®, Prezista® et Kivexa®) sont les autres ARV représentant les montants les plus importants remboursés par l’INAMI ayant augmentés, comme pour le Celsentri®.

³ EACS guidelines 7.0 – European Treatment Guidelines – October 2013

IMMUNOSUPPRESSEURS

Schéma 76 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC L04A Immunosuppresseurs



La croissance de cette classe de médicaments marque le pas ces deux dernières années, après une longue période de croissance à deux chiffres :

- évolution entre 2010 et 2011: + 9 %
- évolution entre 2011 et 2012: + 6,2 %

Schéma 77 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC L04A Immunosuppresseurs

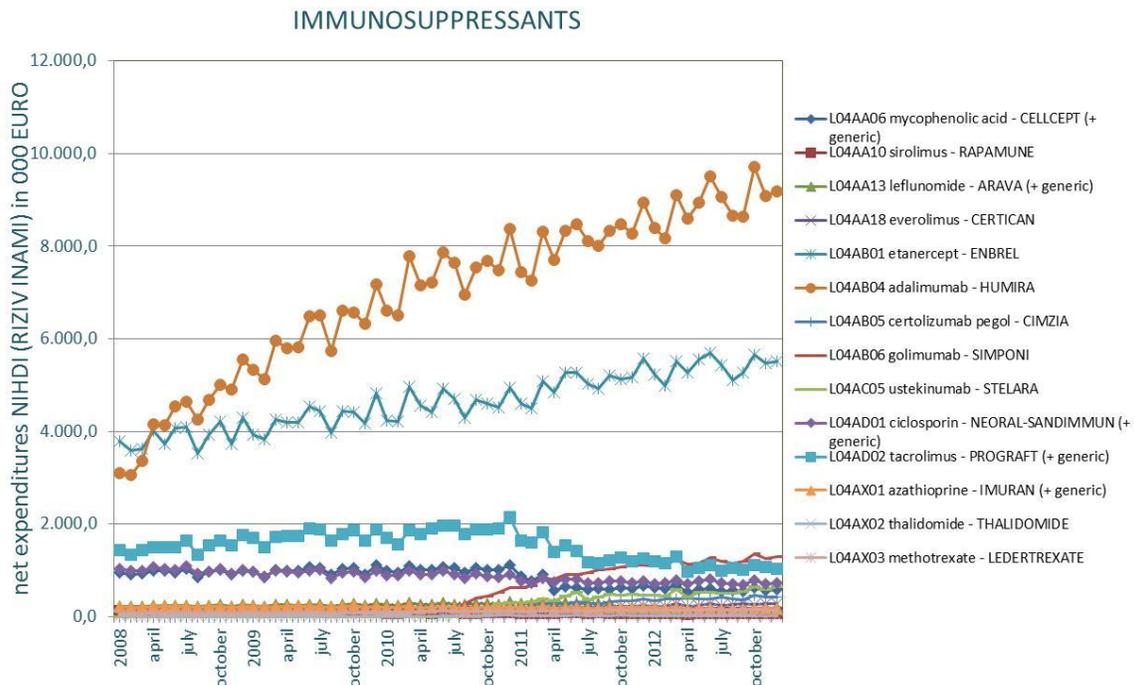
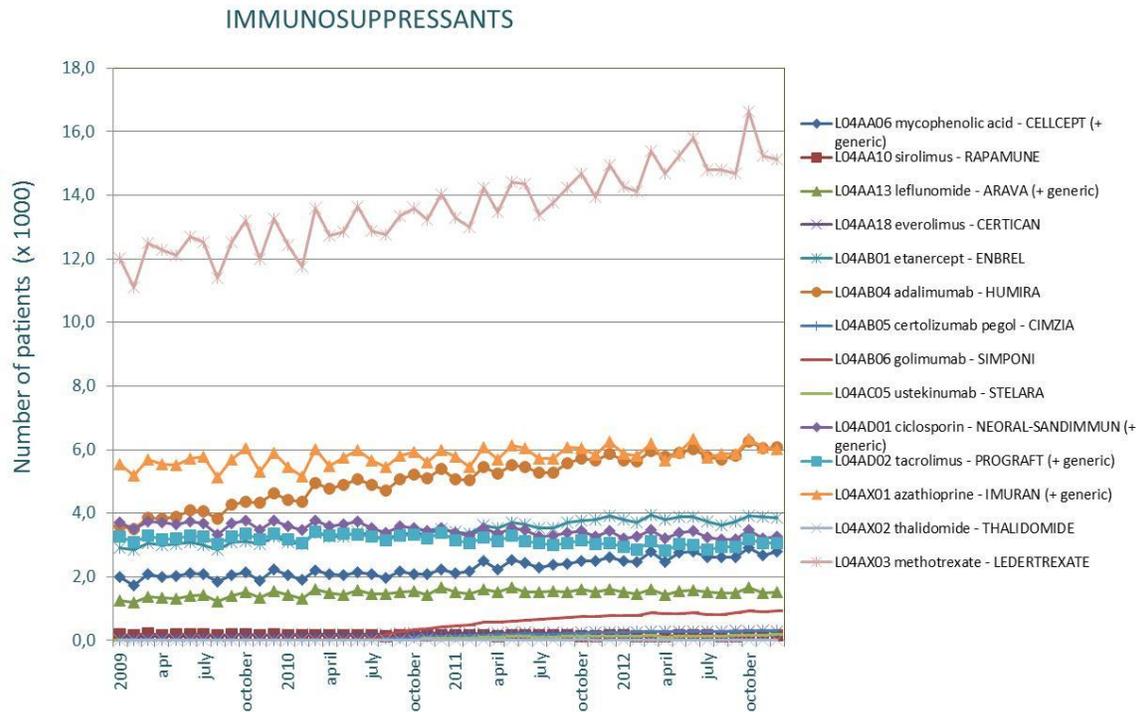


Schéma 78 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC L04A Immunosuppresseurs



Tacrolimus:

Le coût INAMI de ce traitement a fortement diminué en raison de l'érosion des prix due aux génériques [entrée en vigueur du système du remboursement de référence, avec l'application simulatée pour cette molécule de la mesure « vieux médicaments » (la diminution de prix pour les principes actifs qui sont remboursables depuis plus de 12 ou 15 ans), au 1er avril 2011 pour la forme orale]].

Acide mycophénolique (sel sodique, mofétil ester) :

On observe une légère augmentation du nombre de patients sous CellCept® (et génériques), transféré au chapitre I le 1^{er} février 2011, avec comme conséquence une augmentation du nombre d'indications remboursables. L'impact budgétaire a été limité par les diminutions de prix (et base de remboursement) liées au transfert au chapitre I, à la mesure « vieux médicaments » (la diminution de prix pour les principes actifs qui sont remboursables depuis plus de 12 ou 15 ans) et à l'application du système du remboursement de référence (le 01.04.2011 pour la forme orale). Ce traitement concerne principalement des patients traités à long terme, mais peu nombreux, ce qui a également limité l'impact budgétaire du transfert vers le chapitre I.

Méthotrexate:

L'utilisation du méthotrexate exprimée en nombre de patients et en DDD augmente du fait de l'utilisation croissante des médicaments biologiques, étant donné que le méthotrexate doit être donné préalablement à ou en association avec ces médicaments biologiques.

Anti-TNF α :

L'Humira[®] reste leader du marché et sa consommation continue à croître, d'une part à cause du grand nombre d'indications remboursables et d'autre part du fait de son administration sous-cutanée.

L'Enbrel[®] est le deuxième anti-TNF α le plus utilisé, notamment parce qu'il a le psoriasis en plaques dans ses indications remboursables (comme Humira[®]).

Le Simponi[®] acquiert rapidement une part de marché conséquente dans l'arthrite rhumatoïde notamment en raison de sa posologie (1 injection/mois).

Par contre, on constate déjà un dépassement de l'impact budgétaire prévu pour Stelara[®]. Les estimations de la Commission de Remboursement des Médicaments s'élevaient à 2,6 millions euros pour la première année, à 3,4 millions euros pour la deuxième année et à 4 millions euros pour la troisième année. En réalité, les dépenses nettes annuelles INAMI pour Stelara[®] s'élèvent à 5,0 millions euros en 2011, à 6,4 millions euros en 2012 et à 8,0 millions euros en 2013 (5 premiers mois extrapolés à l'année entière).

L'efficacité du Stelara[®] dans le traitement du psoriasis en plaques est légèrement supérieure à celle de l'Enbrel[®] et il est administré par voie sous-cutanée, mais nous ne disposons pas de données de comparaison avec d'autres anti-TNF α .

Schéma 79 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC L04A Immunosuppresseurs

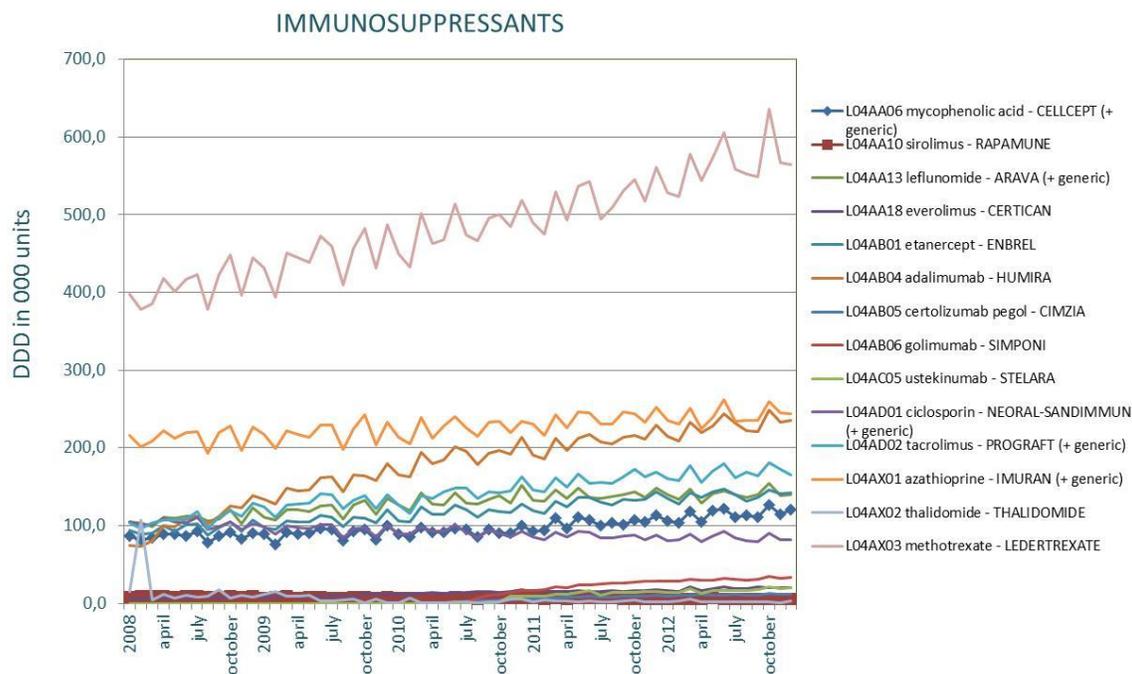


Schéma 80 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 2012) pour la classe ATC L04A Immunosuppresseurs

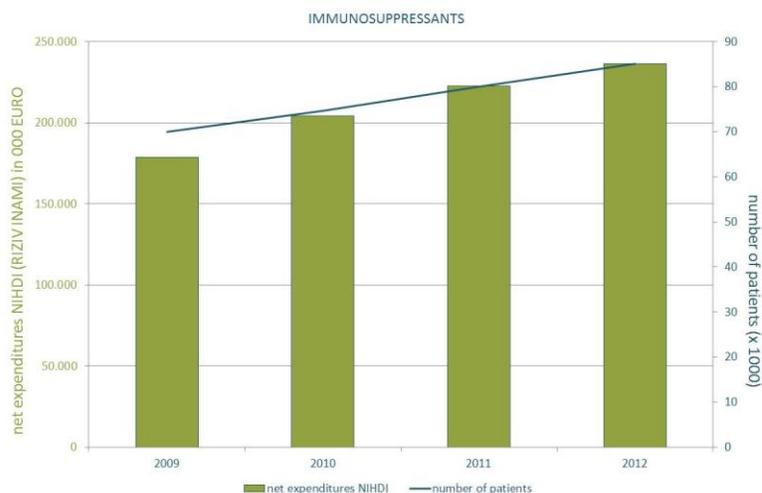


Tableau 5 : Indications remboursables (plus paragraphe et date d'entrée en vigueur) des différents inhibiteurs TNF (L04AB + Stelara), remboursables en officine publique ouverte au public

| | Arthrite rhumatoïde | Arthrite juvénile polyarticulaire | Artrithe psoriasique | Spondylite ankylosante | Psoriasis en plaques | Maladie de Crohn |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Humira (adalimumab) | § 3070000 01/05/2004 (**) | § 6520000 01/04/2013 | § 3650000 01/03/2006 | § 4070000 01/03/2007 | § 4870000 01/10/2008 | § 4550000 01/03/2008 |
| Enbrel (étanercept) | § 2490000 01/02/2003 (**) | § 2210000 01/07/2002 | § 2870000 01/02/2004 | § 3150000 01/09/2004 | § 3510000 01/02/2006 | - |
| Simponi (golimumab) | § 5650100 01/07/2010 | - | § 5650200 01/07/2010 | § 5650300 01/07/2010 | - | - |
| Cimzia (certolizumab) | § 5600000 01/06/2010 | - | - | - | - | - |
| Stelara (ustekinumab) | - | - | - | - | § 5730000 01/10/2010 | - |

(**) Le 1^{er} mai 2010 : passage du score HAQ au score DAS-28 comme seuil ou modification du score DAS-28.

MEDICAMENTS AGISSANT SUR LA STRUCTURE OSSEUSE ET LA MINÉRALISATION

Schéma 81 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC M05B Médicaments agissant sur la structure osseuse et la minéralisation

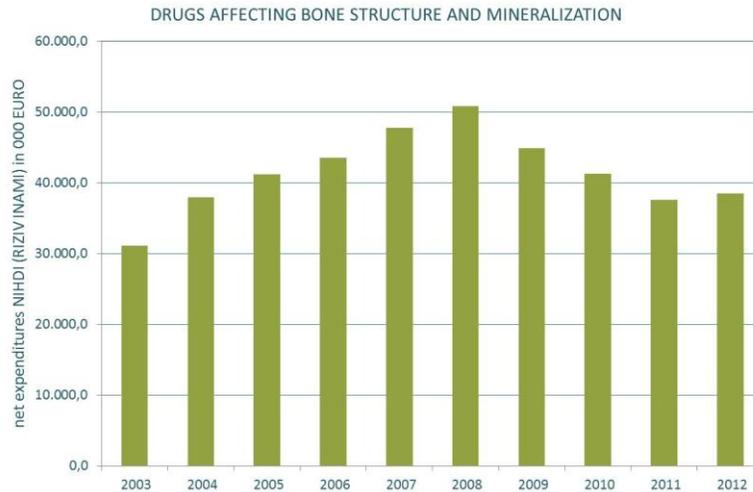


Schéma 82 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC M05B Médicaments agissant sur la structure osseuse et la minéralisation

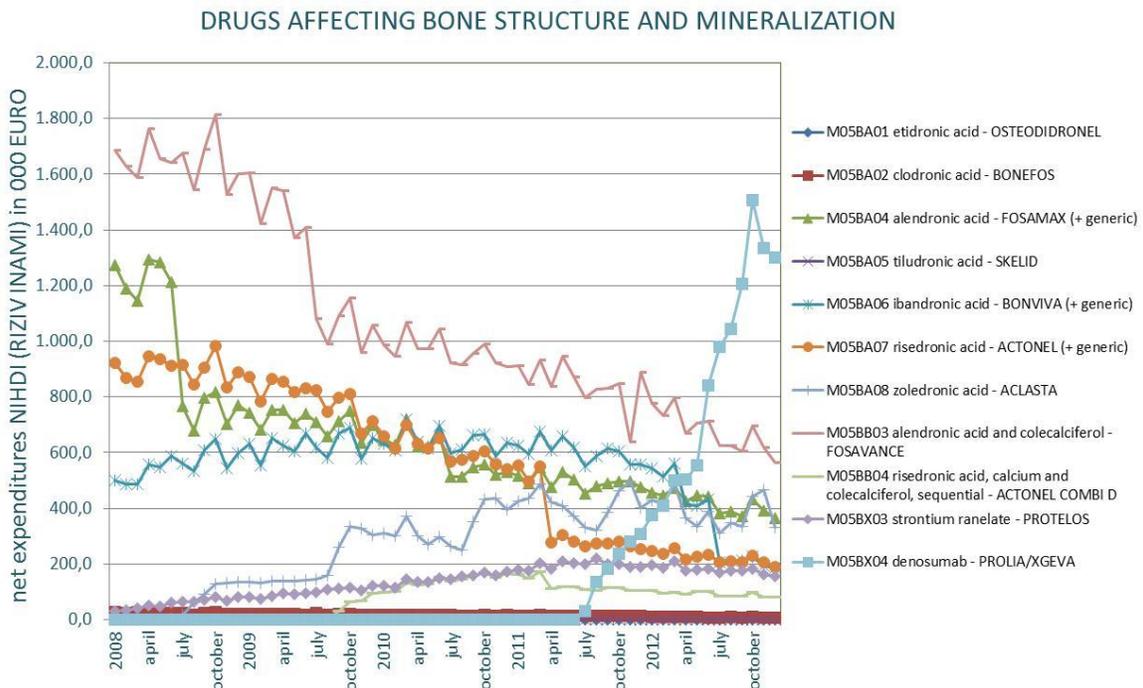
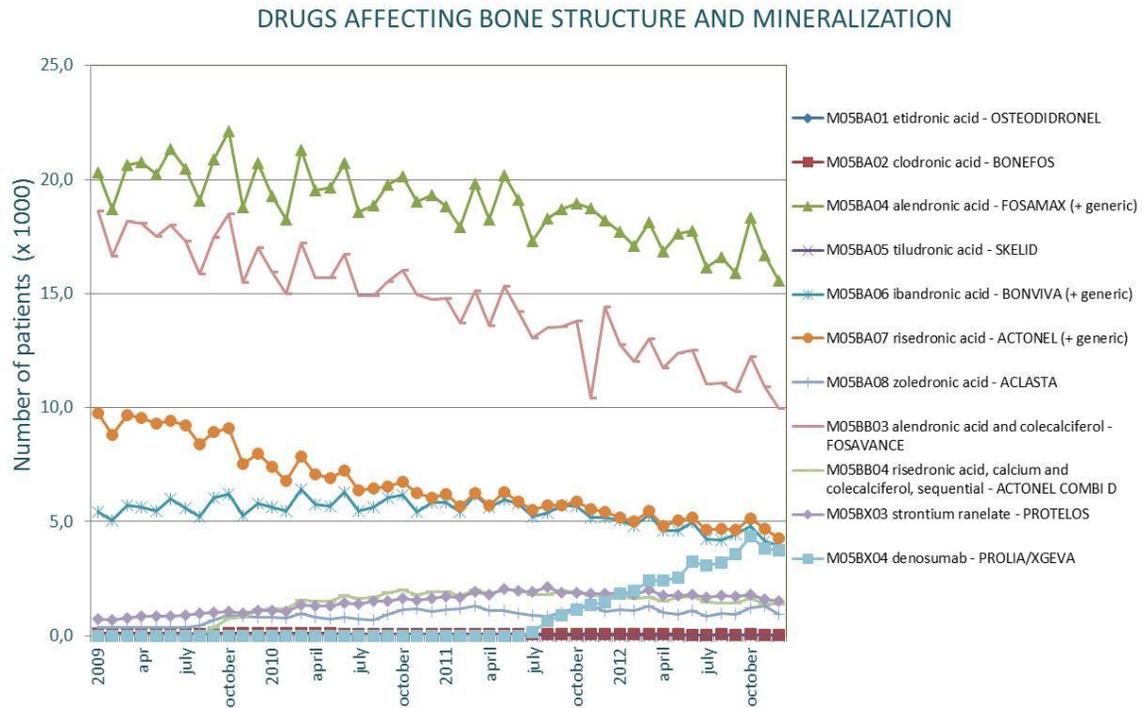


Schéma 83 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC M05B Médicaments agissant sur la structure osseuse et la minéralisation



En 2011, les dépenses nettes INAMI pour la classe M05B ont diminué par rapport à celles de 2010 (-9,2%) et semblent en légère augmentation en 2012 (+2,4%). La baisse des dépenses en 2011 par rapport à 2010 est due à l'ouverture du « cluster » de référence pour les spécialités à base de risédronate (en avril 2011) et d'ibandronate (en juillet 2012), avec l'application simultanée de la mesure « vieux médicaments » (la diminution de prix pour les principes actifs qui sont remboursables depuis plus de 12 ou 15 ans) pour ces molécules d'une part et d'autre part, à une diminution du nombre de patients qui utilisent des bisphosphonates et surtout de l'alendronate (Fosamax® et génériques), de l'alendronate + de la vitamine D (Fosavance®) et du risédronate (Actonel® et génériques).

De surcroît, la nouvelle molécule dénosumab est devenue disponible (Prolia® en juillet 2011 et Xgeva® en mai 2012), ce qui a engendré une augmentation du coût pour l'INAMI pour cette molécule en 2011 et 2012. La spécialité pharmaceutique Prolia® est remboursable via une inscription temporaire en vertu d'une convention « article 81 » avec l'INAMI⁴.

Enfin, il convient de noter que le nombre total de patients traités avec cette classe de médicaments (M05B) est globalement en diminution (-1,7% par rapport à 2010 et -2,7% par rapport à 2011). Cette baisse du nombre de patients est due entre autres à une mauvaise observance thérapeutique, un arrêt du traitement et aux décès.

⁴ Voir Dossier – Conventions « article 81 ». Les dépenses nettes INAMI pour ces médicaments constituent les dépenses sans la compensation précisée dans la convention. Les dépenses nettes INAMI corrigées ne peuvent être modélisées qu'après le décompte à la fin de la convention.

Schéma 84 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC M05B Médicaments agissant sur la structure osseuse et la minéralisation

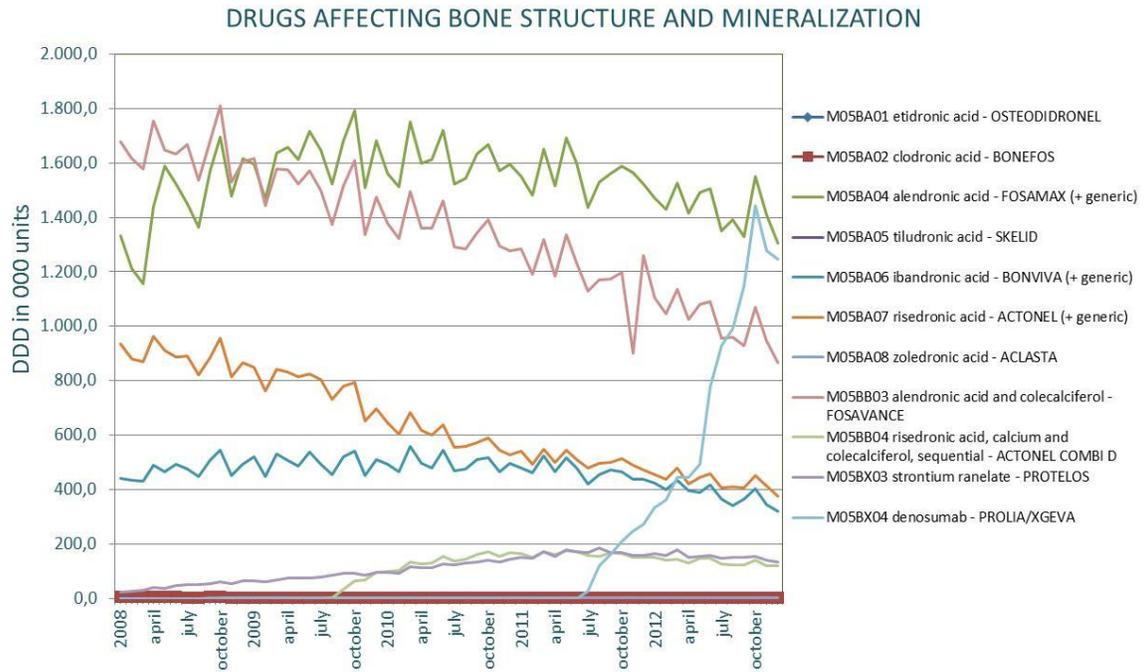
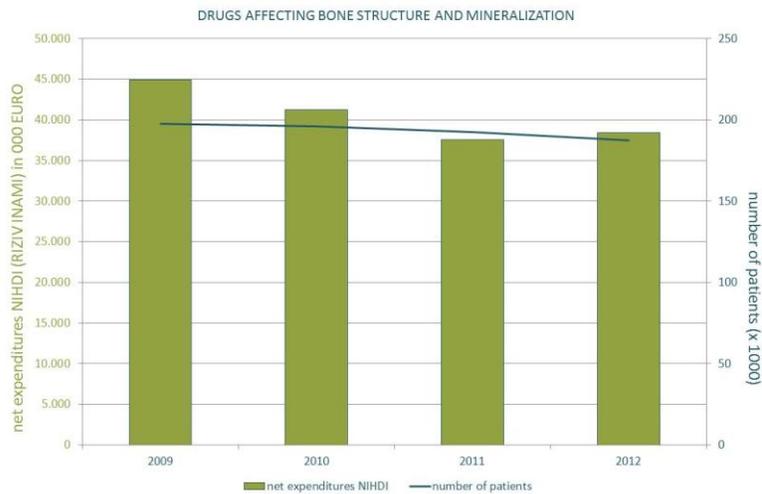


Schéma 85 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC M05B Médicaments agissant sur la structure osseuse et la minéralisation



ANTIÉPILEPTIQUES

Schéma 86 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC N03A Antiépileptiques

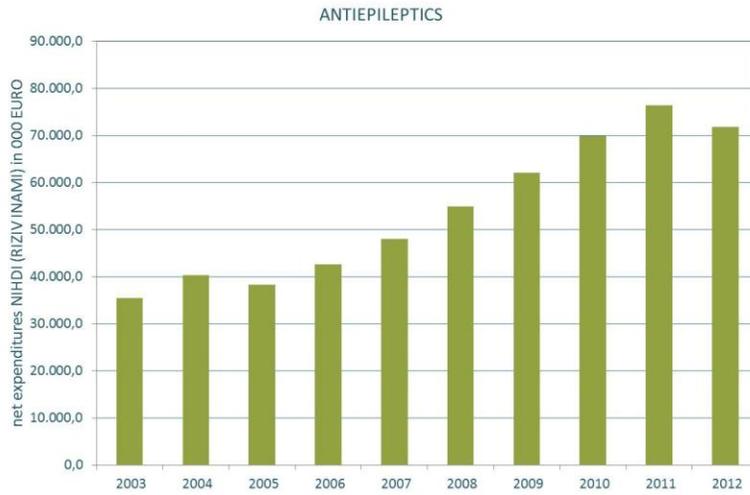
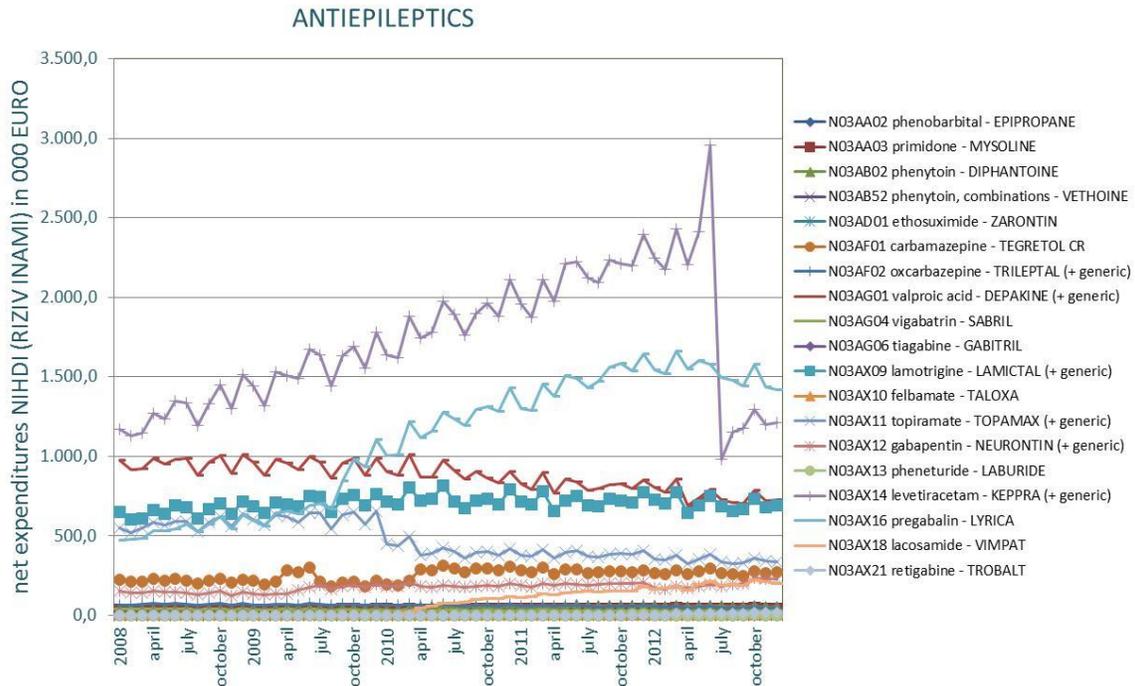


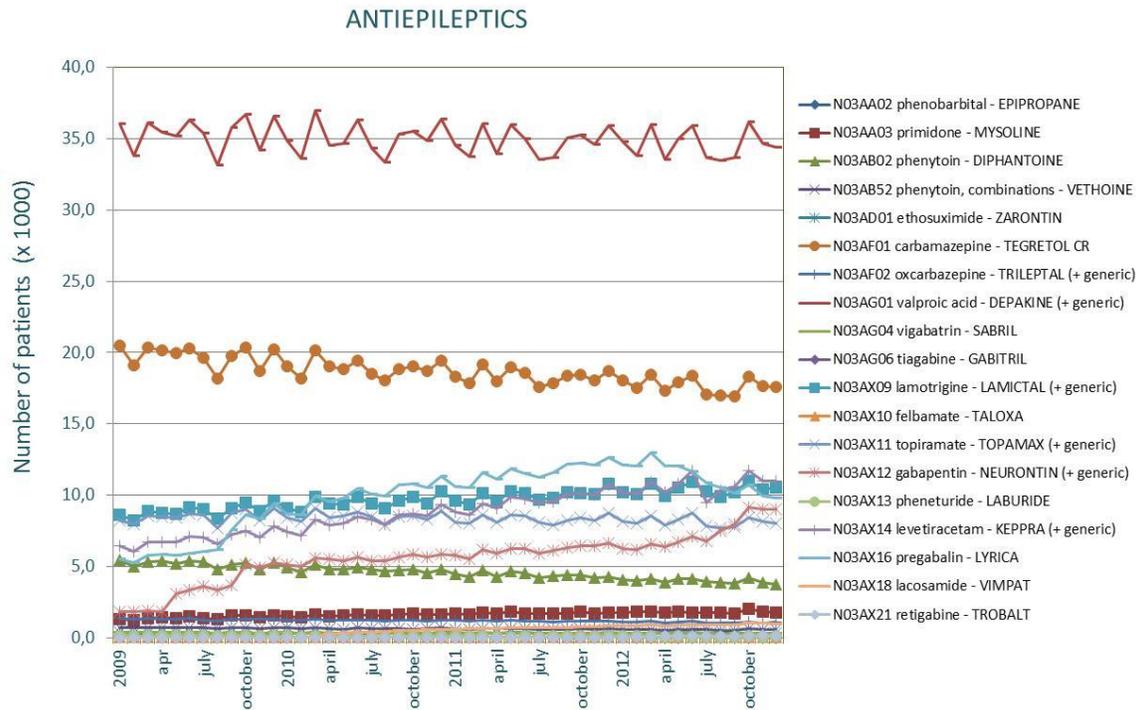
Schéma 87 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC N03A Antiépileptiques



Dans cette classe de médicaments, il convient tout d’abord de contrôler l’évolution des dépenses de lévétiracétam et de prégabaline. Suite à l’application du système du remboursement de référence pour le lévétiracétam, les dépenses pour le lévétiracétam ont baissé de façon importante.

La forte augmentation des dépenses de prégabaline liée à l’extension des modalités de remboursement avec l’indication ‘douleurs neuropathiques’ s’est arrêtée fin 2011 en atteignant un sommet. Au cours de l’année 2012, les dépenses de prégabaline ont tendance à légèrement diminuer. Les dépenses pour la gabapentine restent proportionnellement très peu élevées : 200.000 euros (gabapentine) versus 1.500.000 euros (prégabaline) (voir le schéma 87) (ou bien un rapport de 1 à 7,5) pour un rapport de 200.000 (gabapentine) versus 600.000 (prégabaline) en nombre de DDD (voir le schéma 89).

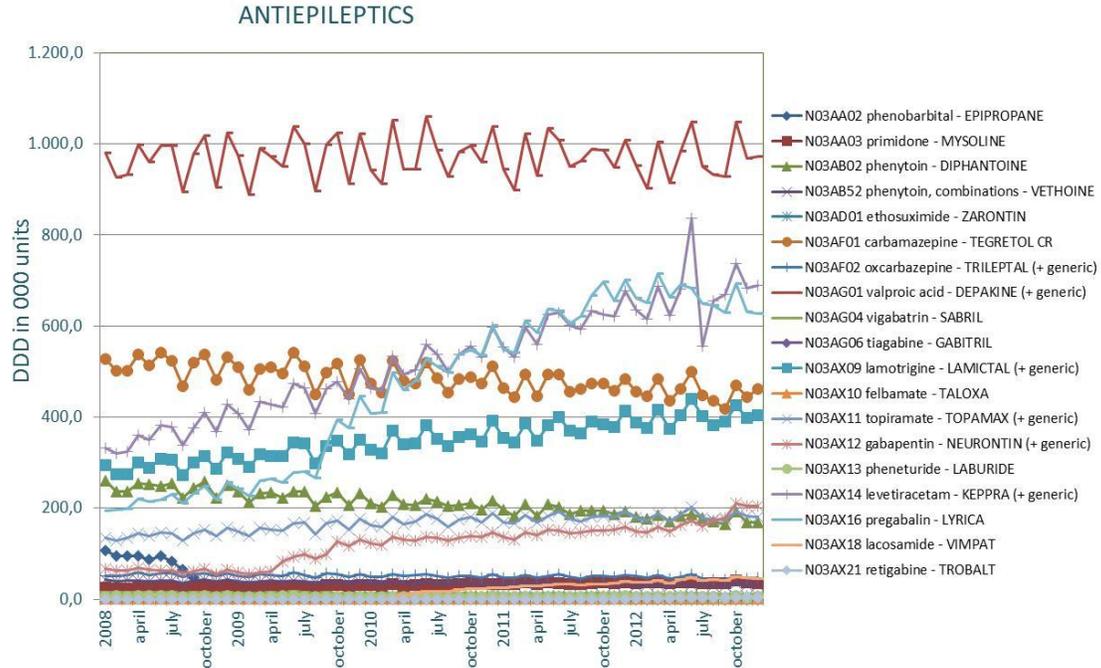
Schéma 88 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC N03A Antiépileptiques



L'évolution du nombre de patients traités s'est stabilisé lors des 12 derniers mois, à l'exception de la gabapentine qui voit son nombre de patients augmenter de façon constante. Cette augmentation constante est liée au fait que la gabapentine est remboursable au chapitre I depuis qu'il est entrée dans le système du remboursement de référence, ce qui n'est pas le cas pour la prégabaline (Lyrica®) qui possède les mêmes indications, le lacosamide (Vimpat®) et la rétigabine (Trobalt®).

Il convient également de souligner que le nombre de patients traités par la prégabaline a doublé entre janvier 2009 et décembre 2012.

Schéma 89 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC N03A Antiépileptiques

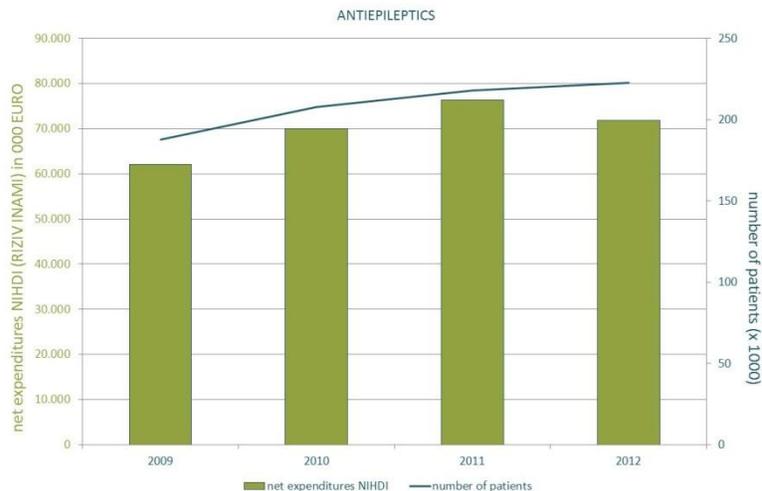


La lamotrigine, la gabapentine, la prégabaline et le lévétiracétam sont les principes actifs pour lesquels on observe une augmentation du nombre de DDD au cours du temps.

En ce qui concerne la prégabaline (Lyrica®), la posologie variant en fonction de la réponse et de la tolérance du patient (comme pour la gabapentine), il n'est pas étonnant de voir les DDD augmenter au cours du temps. Par ailleurs, l'extension des modalités de remboursement avec l'indication 'douleurs neuropathiques' a également contribué au fil de ces dernières années à faire augmenter le nombre de DDD.

Pour les autres principes actifs, le nombre de DDD est stable voire légèrement à la baisse.

Schéma 90 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC N03A Antiépileptiques



ANTIDEPRESSEURS et ANTIPSYCHOTIQUES

Schéma 91 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC N06A Antidépresseurs

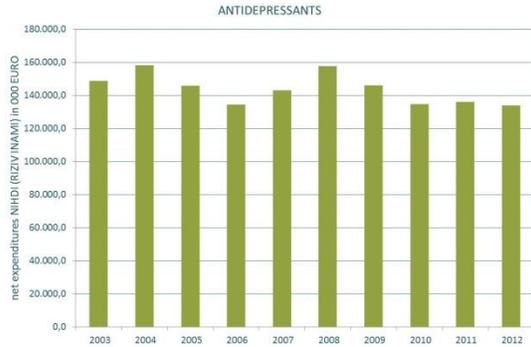
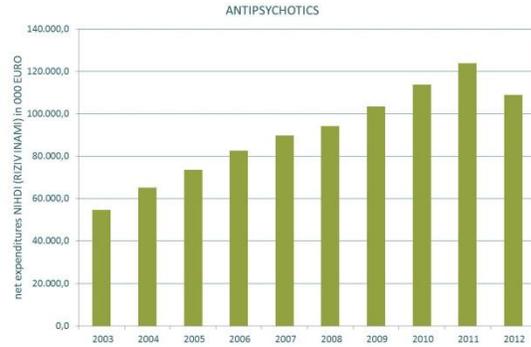
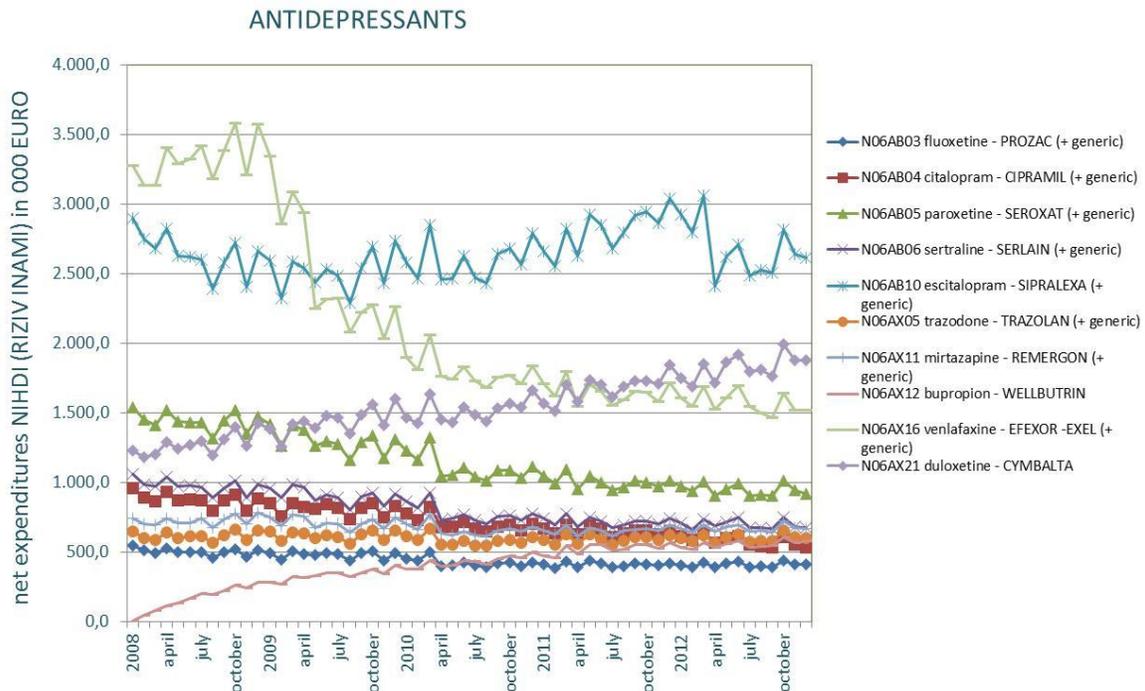


Schéma 92 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC N05A Antipsychotiques



ANTIDEPRESSEURS

Schéma 93 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC N06A Antidépresseurs

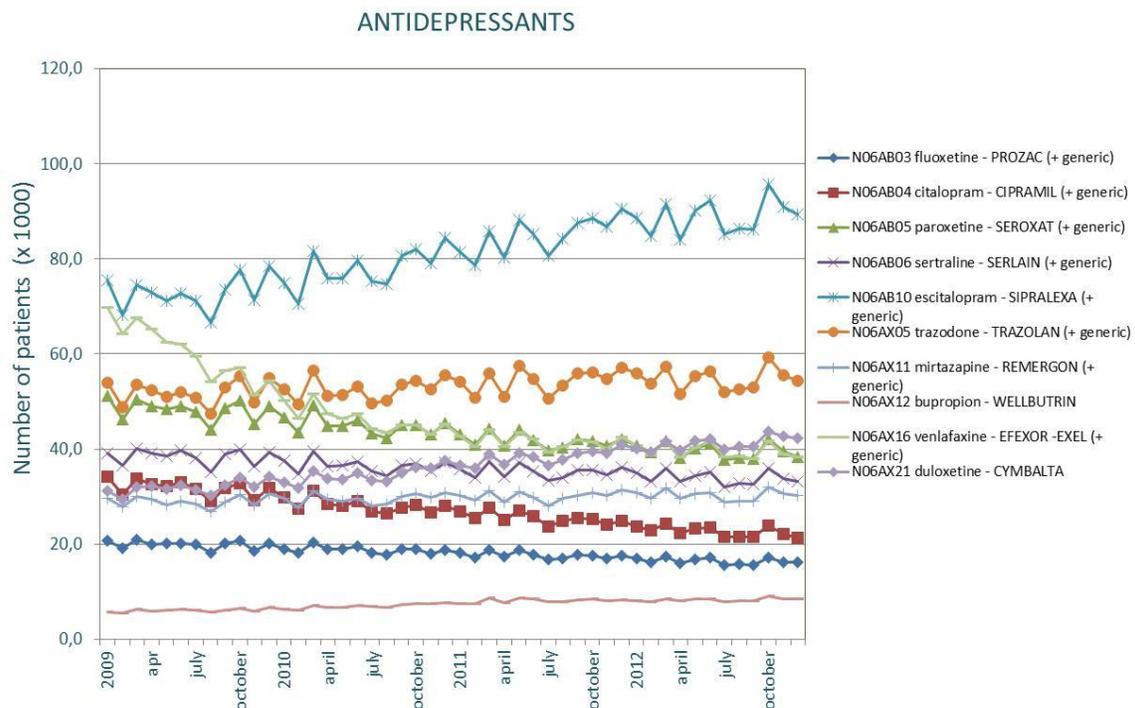


Malgré la croissance continue des dépenses de Cymbalta® (remboursable depuis avril 2006), les dépenses du groupe complet des antidépresseurs diminuent pour la troisième année consécutive.

Les dépenses de Wellbutrin®, qui étaient en constante augmentation depuis 2008, se sont stabilisées depuis la fin de l'année 2011. Le principe actif de Wellbutrin®, bupropion, est identique à celui du Zyban®, enregistré comme support thérapeutique pour lutter contre le tabagisme. Selon toute vraisemblance, Wellbutrin® est également utilisé dans cette indication, « off-label » par rapport à son enregistrement et à son inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables (le traitement des troubles dépressifs).

Les dépenses de venlafaxine ont diminué de moitié depuis l'application du système du remboursement de référence en 2009. Ces dépenses sont largement dépassées par celles de l'escitalopram (Sipralexa®), qui devient le premier antidépresseur en matière de dépenses, suivi de près par duloxetine (Cymbalta®) qui complète le top 3 des dépenses.

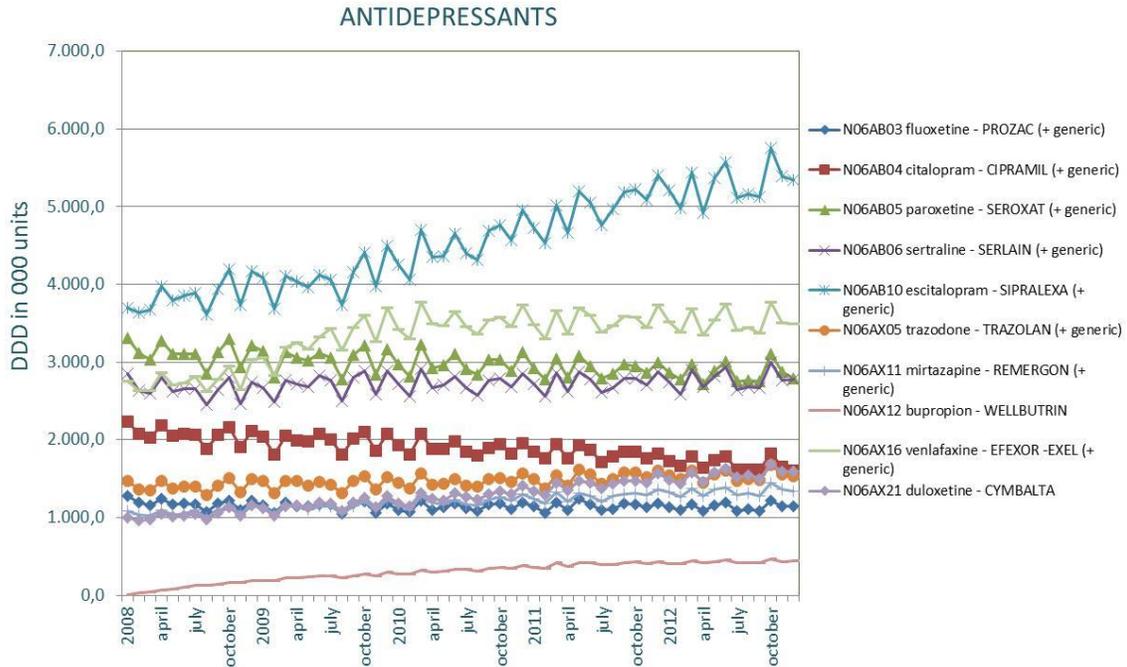
Schéma 94 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC N06A Antidépresseurs



Le nombre de patients est assez stable pour certains principes actifs, mais en nette diminution pour la venlafaxine, la paroxetine, la sertraline et le citalopram.

Par contre, pour l'escitalopram, on observe un nombre de patients croissant sur les 4 dernières années. Il est donc probable que les patients anciennement traités par de l'Efexor®, du Seroxat®, du Serlain® ou du Cipramil®, soient aujourd'hui passés au Sipralexa® (malgré un plus grand risque de torsades de pointe avec le citalopram et l'escitalopram et les avertissements récents à ce sujet).

Schéma 95 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC N06A Antidépresseurs



Depuis 2004, nous constatons une augmentation continue de la consommation des antidépresseurs:

- entre 2004 et 2006: + 9,0%
- entre 2006 et 2008: +17,9%
- entre 2008-2010: +4,9%
- de 2010 à 2012: +4,6%

Le sommet n'est apparemment toujours pas atteint.

Les plus grands consommateurs d'antidépresseurs ont entre 41 et 80 ans. A l'intérieur de ce groupe, il est frappant de constater ces dernières années que la consommation continue à fortement augmenter dans le groupe des personnes âgées entre 51 et 70 ans.

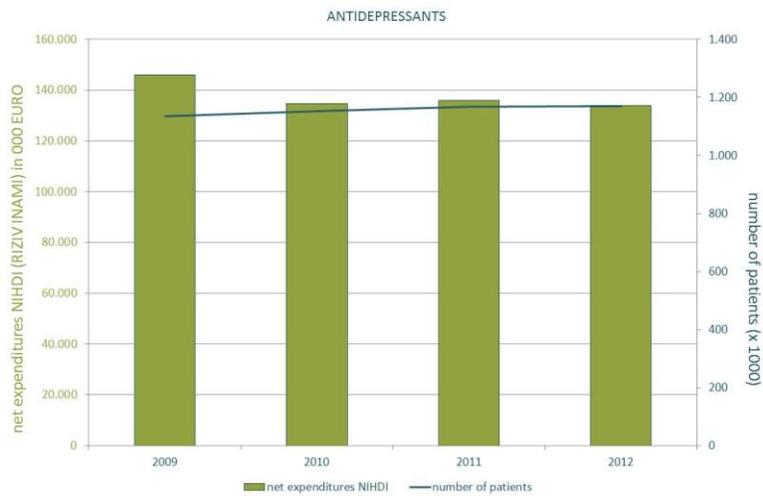
Pour les enfants (0-10 ans), nous observons une baisse de 34% entre 2004 et 2012. De même, chez les adolescents et les jeunes adultes (moins de 30 ans), la consommation se stabilise ou diminue depuis 2008.

Les antidépresseurs sont moins prescrits depuis les avertissements de 2004 sur un risque accru de pensées suicidaires et de tendances suicidaires, ainsi que l'automutilation chez les enfants et les adolescents.

Le nombre de DDD est assez stable pour l'ensemble de la classe, à l'exception du Sipralaxa® (plus la venlafaxine dans une moindre mesure) et du Wellbutrin® pour lesquels, on observe une augmentation du nombre de DDD. Pour le Sipralaxa®, cette augmentation du nombre de DDD est en parallèle avec l'augmentation du nombre de patients.

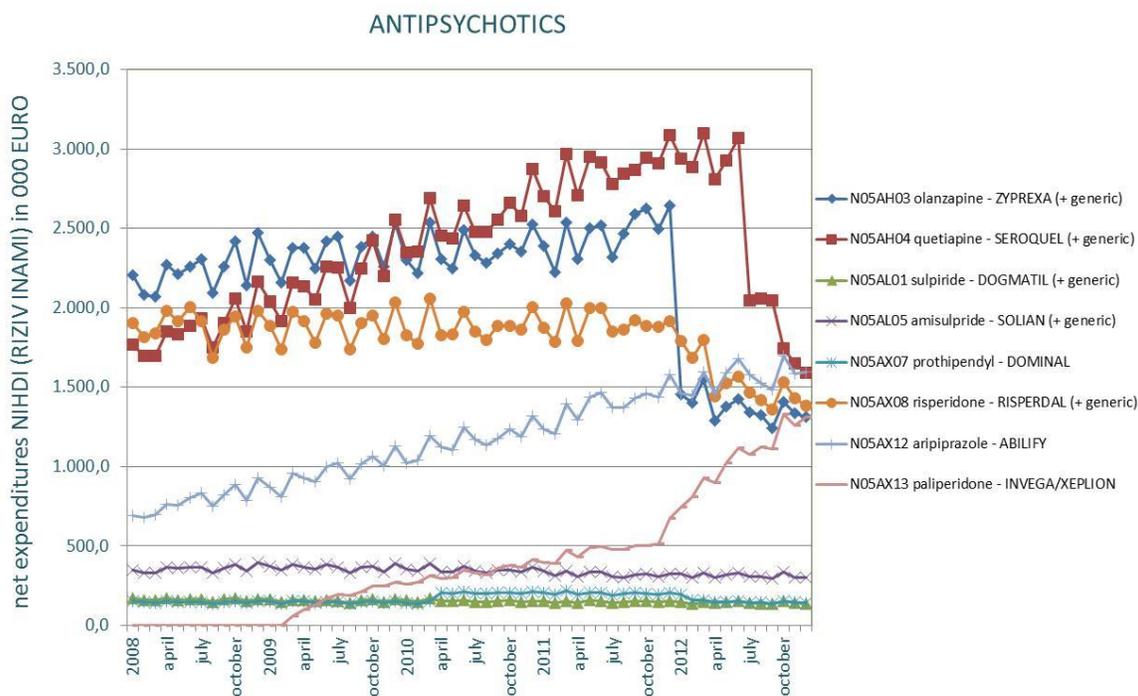
Un conditionnement de 56 comprimés est remboursé depuis le 1 septembre 2009 (et un conditionnement de 98 comprimés depuis le 1er juillet 2013).

Schéma 96 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC N06A Antidépresseurs



ANTIPSYCHOTIQUES

Schéma 97 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 – 2012) pour la classe ATC NO05A Antipsychotiques



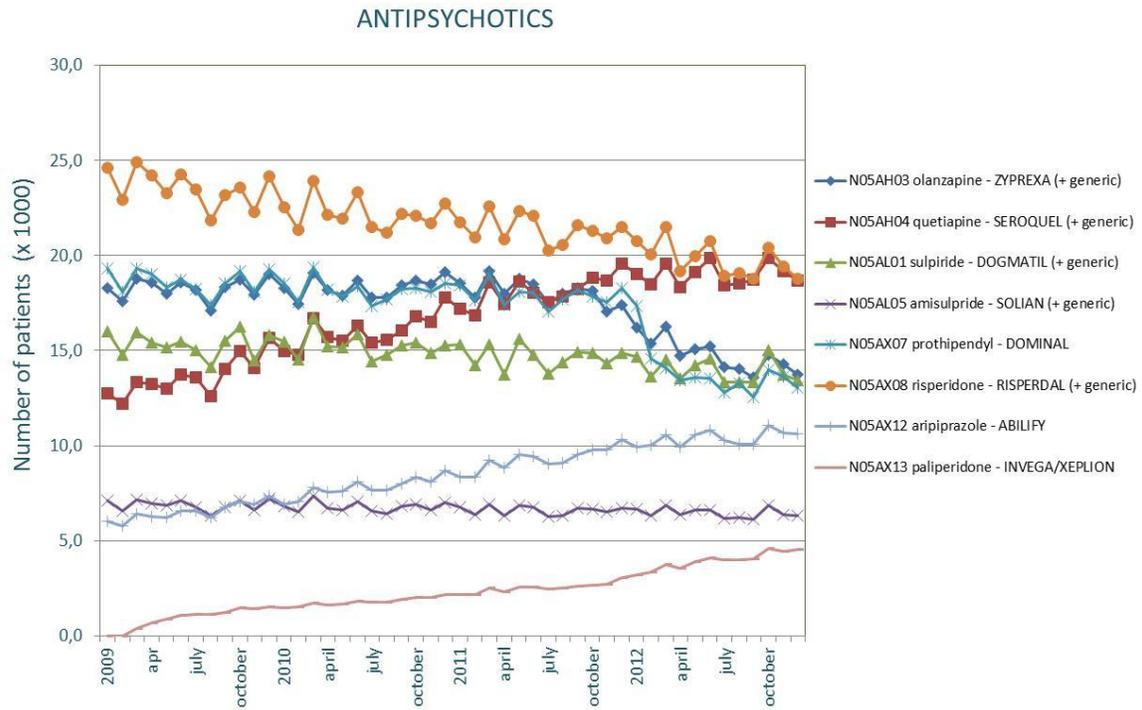
Bien que les dépenses pour les antipsychotiques aient continué d'augmenter de façon régulière jusqu'à la fin 2011, on observe très clairement l'entrée en vigueur du remboursement de référence de la quétiapine (Seroquel®) et de l'olanzapine (Zyprexa®).

Les dépenses de rispéridone sont en légère diminution depuis janvier 2012.

Les molécules qui expliquent la forte hausse des dépenses dans cette classe sont l'aripiprazole (Abilify®) et la palipéridone (Invega®) qui font partie des antipsychotiques autrefois qualifiés du terme générique de « antipsychotiques atypiques ».

Les dépenses croissantes de ces deux dernières molécules sont à suivre avec attention lors du prochain rapport. En effet, en moins d'un an, entre fin 2011 et fin 2012, les dépenses pour l'Invega®/le Xeplion® sont passées de 500 000 euros à près de 1 500 000 euros.

Schéma 98 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC N05A Antipsychotiques

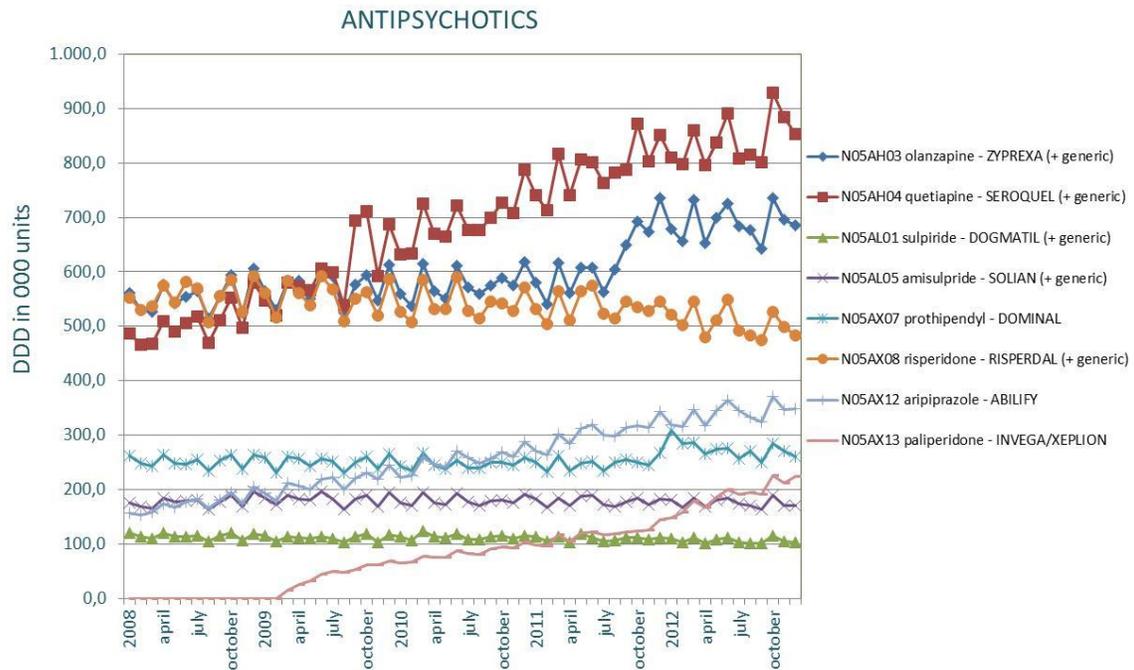


En général, le nombre de patients qui consomment des antipsychotiques continue à augmenter et cela depuis 2006.

Le nombre de patients traités par quétiapine (Seroquel®), aripiprazole (Abilify®) et palipéridone (Invega®) est en constante augmentation.

Par contre, on remarque que le nombre de patients traités par olanzapine, rispéridone et prothipendyl (Dominal®) est en légère diminution. Le nombre de patients traités par sulpiride et aminosulpiride est stable depuis 2009.

Schéma 99 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC N05A Antipsychotiques



A nouveau, la tendance générale montre que l'utilisation (de la plupart) des médicaments antipsychotiques continue à augmenter année après année:

- entre 2004-2006: +9,9%
- entre 2006-2008: +13,7%
- entre 2008-2010: +9,7%
- entre 2010 à 2012: +12,1%

Il est intéressant de constater que le nombre de DDD pour la quétiapine et l'olanzapine sont en constante augmentation, alors que les dépenses nettes INAMI sont en baisse ; cette observation fait suite à l'entrée en vigueur du système du remboursement de référence pour ces 2 molécules.

Pour les deux molécules dernièrement admises au remboursement - l'aripiprazole (Abilify®) et la palipéridone (Invega®/Xeplion®) - les DDD sont également en augmentation constante depuis leur admission au remboursement.

Il est à noter que pour la palipéridone (N05AX13), il existe une présentation orale (Invega®) avec une DDD de 6 mg et une présentation dépôt parentérale (Xeplion®) avec une DDD de 2,5 mg.

Schéma 100 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC N05AX13 Palipéridone

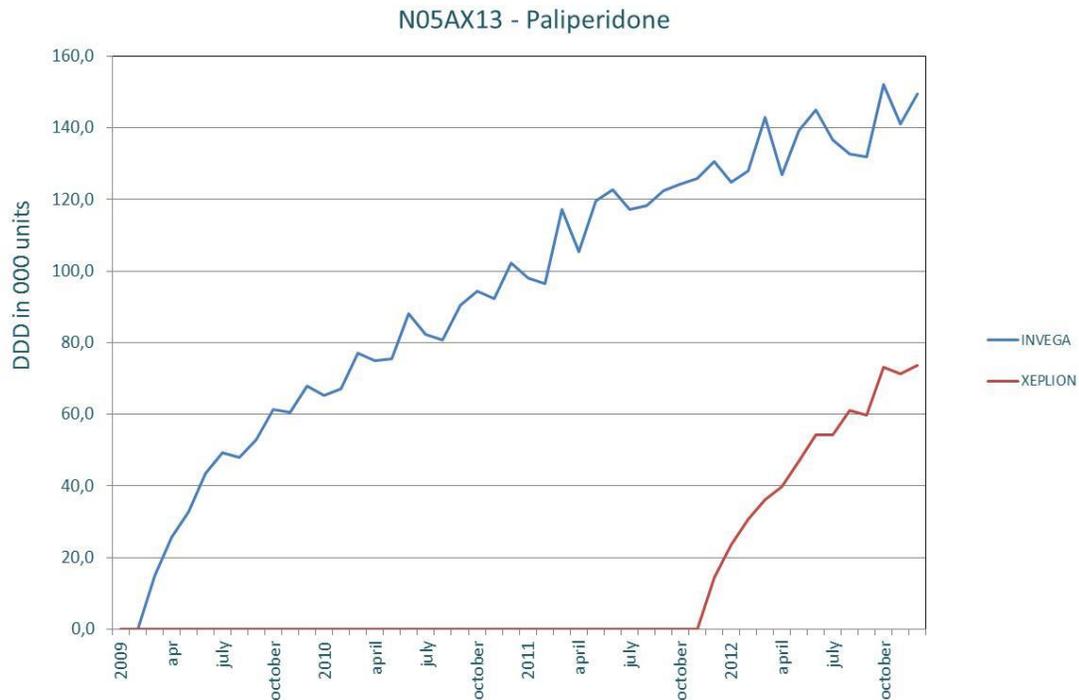
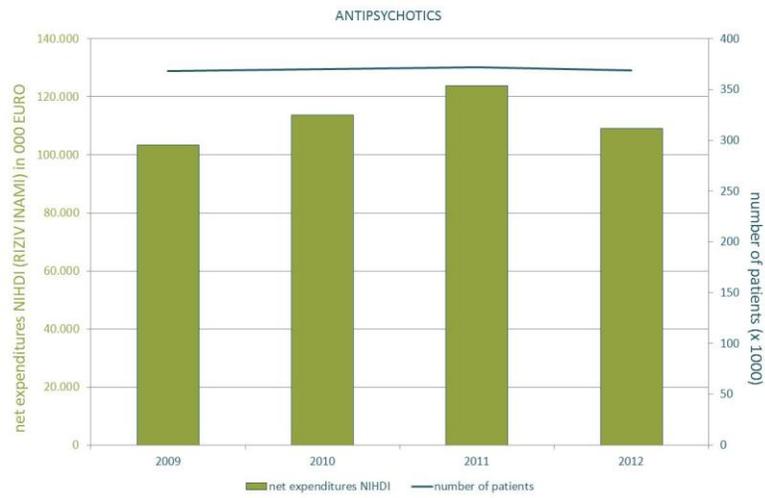


Tableau 6 : Evolution du nombre de DDD pour l'ATC N05AX13

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------------------|---------|---------|---------|---------|
| INVEGA 3 mg | 94.979 | 226.344 | 359.982 | 451.307 |
| INVEGA 6 mg | 248.489 | 476.927 | 631.456 | 716.618 |
| INVEGA 9 mg | 114.269 | 286.323 | 406.056 | 482.296 |
| XEPLION 25 mg | 0 | 0 | 60 | 5.624 |
| XEPLION 50 mg | 0 | 0 | 800 | 43.111 |
| XEPLION 75 mg | 0 | 0 | 2.580 | 138.539 |
| XEPLION 100 mg | 0 | 0 | 3.680 | 214.793 |
| XEPLION 150 mg | 0 | 0 | 3.180 | 188.606 |
| XEPLION (initiation pack) | 0 | 0 | 4.100 | 34.415 |

Schéma 101 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public au public 2009 – 2012) pour la classe ATC N05A Antipsychotiques



MEDICAMENTS UTILISES DANS LE TRAITEMENT DE L'ASTHME ET DES BPOC

Schéma 102 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC R03A Sympathomimétiques pour inhalation

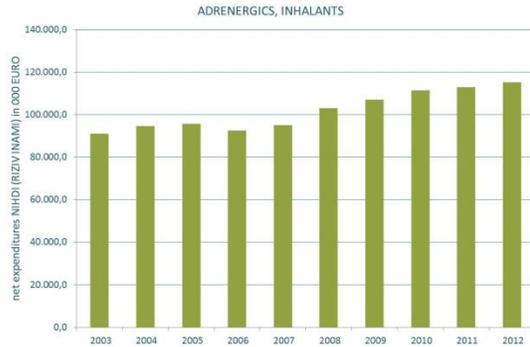
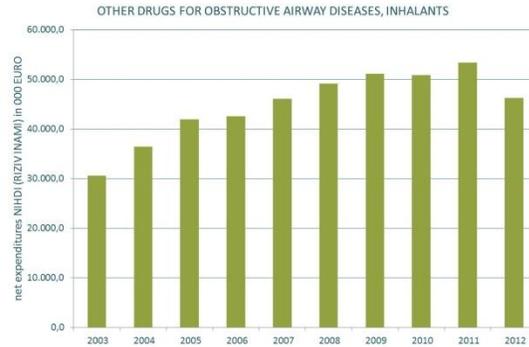


Schéma 103 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC R03B Autres médicaments pour inhalation



La hausse observée des dépenses dans la classe R03A (+ 3,7 %), qui atteignent ainsi un niveau de dépenses annuel supérieur à 100 millions d'euros depuis 2008, s'explique uniquement par la hausse des dépenses pour la spécialité Symbicort® (formoterol + corticoïde), remplaçant ainsi Seretide® (salmeterol + corticoïde).

Les préparations associées fixes LABA + corticostéroïdes sont recommandées pour le traitement de l'asthme (LABA seul est à éviter dans l'asthme).

Le Symbicort®, association d'un corticostéroïde inhalé (CSI) avec du formotérol, un bêta-2-mimétique à longue durée d'action mais aussi à action rapide, peut, contrairement à l'association d'un CSI avec du salmétérol (Seretide®), aussi être utilisé comme traitement d'une crise d'asthme sur fond de traitement d'entretien avec le même médicament, ce qui explique probablement en partie son succès.

Pour le traitement de la BPCO, un bronchodilatateur doit d'abord être prescrit avant l'ajout éventuel d'un corticostéroïde, uniquement recommandé si les exacerbations restent fréquentes. Cette recommandation, comme les autres rappelées dans ce chapitre, sont basées sur les guides de pratique clinique internationaux (GOLD pour la BPCO et GINA pour l'asthme) avec lesquels les recommandations de la réunion de consensus de l'INAMI⁵ et les recommandations émises par la Commission de Remboursement des Médicaments (Chapitre II) sont concordantes.

Les associations fixes de LABA + corticostéroïde (R03AK) sont dominantes dans ces médicaments pour l'asthme et la BPCO, tant au niveau du coût qu'au niveau du nombre de patients et du nombre de DDD prescrites, loin devant les anticholinergiques, les glucocorticoïdes et LABA en présentation isolée. Notons cependant que l'Onbrez Breezhaler® les a rejoint au point de vue coût mensuel par patient par mois pour l'INAMI.

⁵ Réunion de consensus du 24 novembre 2011 concernant les "Traitements efficaces des BPCO" (disponible sur <http://www.riziv.be>)

Les dépenses de la classe R03B (glucocorticoïdes et anticholinergiques), principalement supportées par le Spiriva®, ont diminué en 2012 par rapport à 2011, en raison des modifications des conditions de remboursement du Spiriva® depuis avril 2012. Les données IMS sur les 7 premiers mois de 2013 montrent des chiffres de vente du Spiriva® supérieurs à ceux des 7 derniers mois de 2012.

Il faut cependant souligner aussi que les dépenses de Pulmicort® suspension pour inhalation qui étaient stables jusqu'en juillet 2008, ont ensuite connu une hausse après le transfert de ce médicament du chapitre IV (contrôle a priori) au chapitre II (contrôle a posteriori). Pour une dépense en 2008 de 3,9 millions d'euros en 2009, ce montant est passé à plus de 6 millions en 2010, en 2011 à presque 11 millions. En 2012, il est redescendu à 8,6 millions d'euros.

SYMPATHICOMIMETIQUES POUR INHALATION

Schéma 104 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC R03A Sympathomimétiques pour inhalation

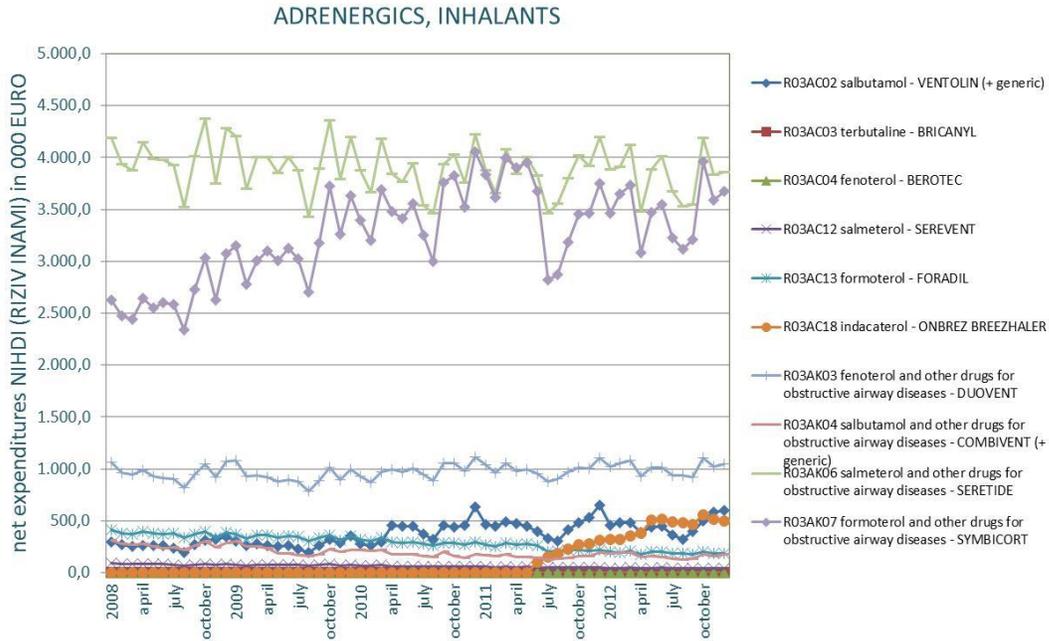


Schéma 105 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC R03A Sympathomimétiques pour inhalation

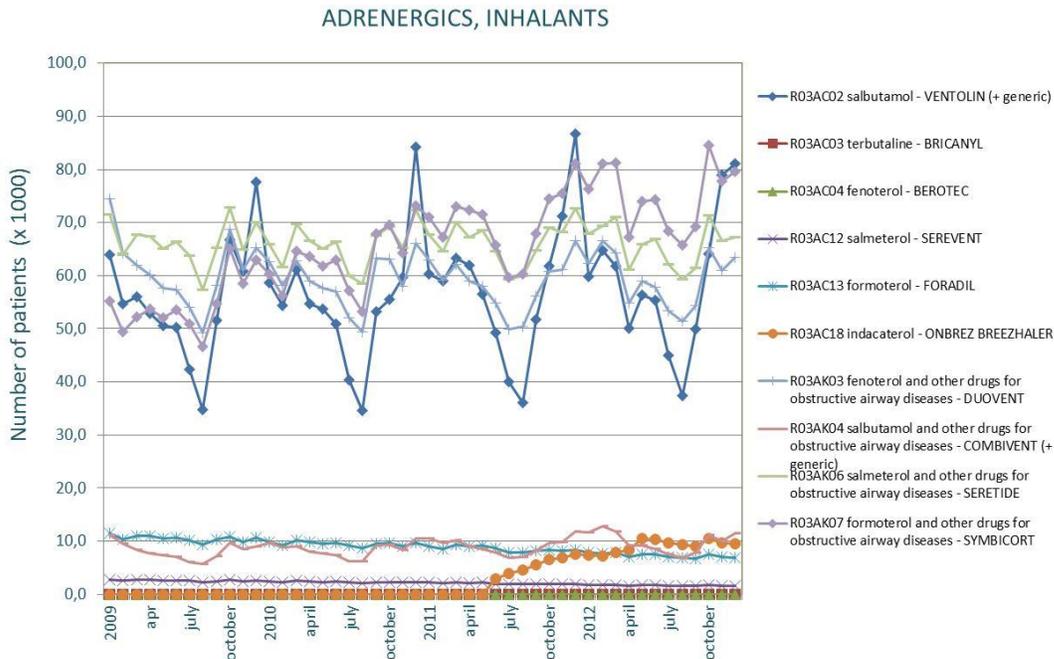


Schéma 106 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC R03A Sympathicomimétiques pour inhalation

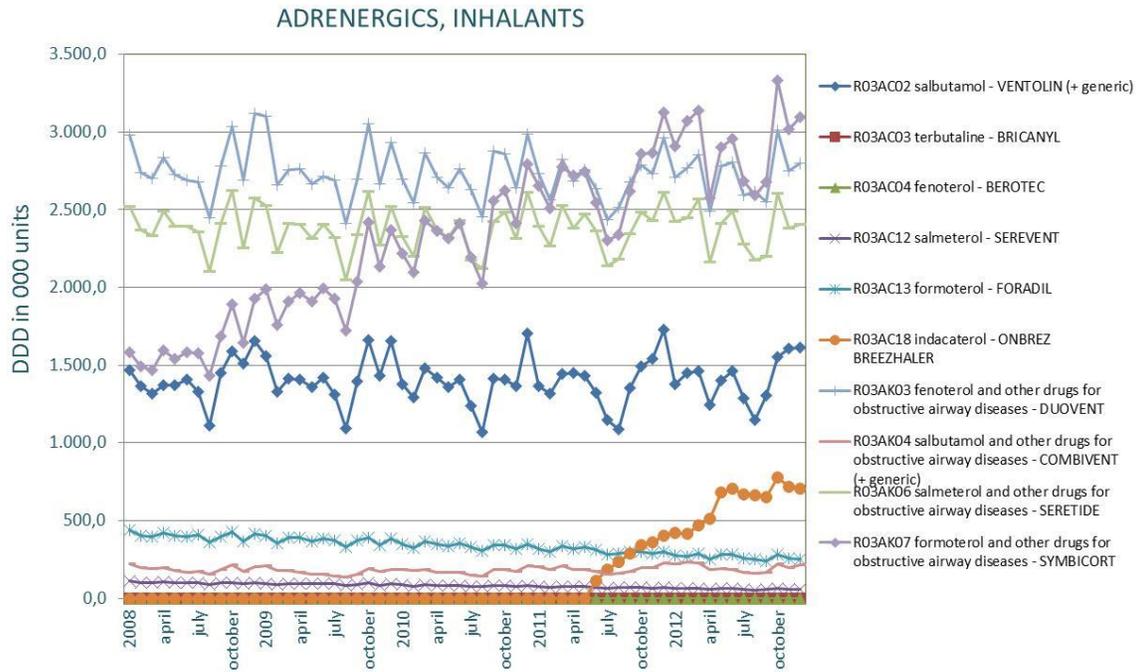
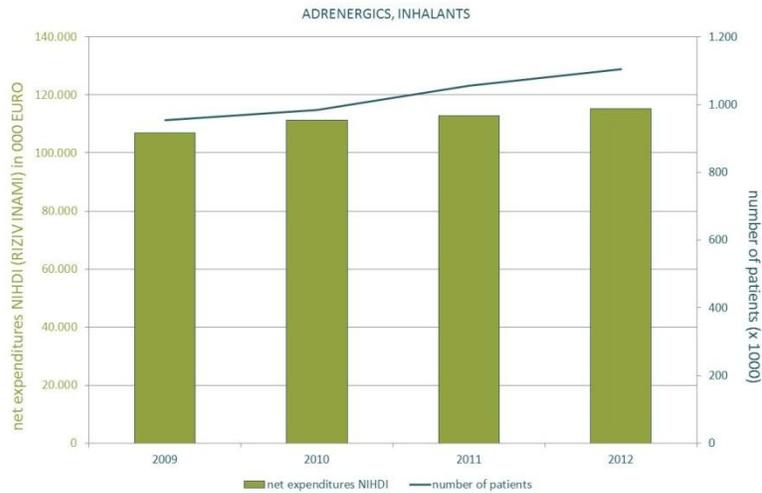


Schéma 107 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC R03A Sympathicomimétiques pour inhalation



SYMPATHICOMIMETIQUES A LONGUE DUREE D'ACTION

Schéma 108 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC R03A Sympathomimétiques à longue durée d'action

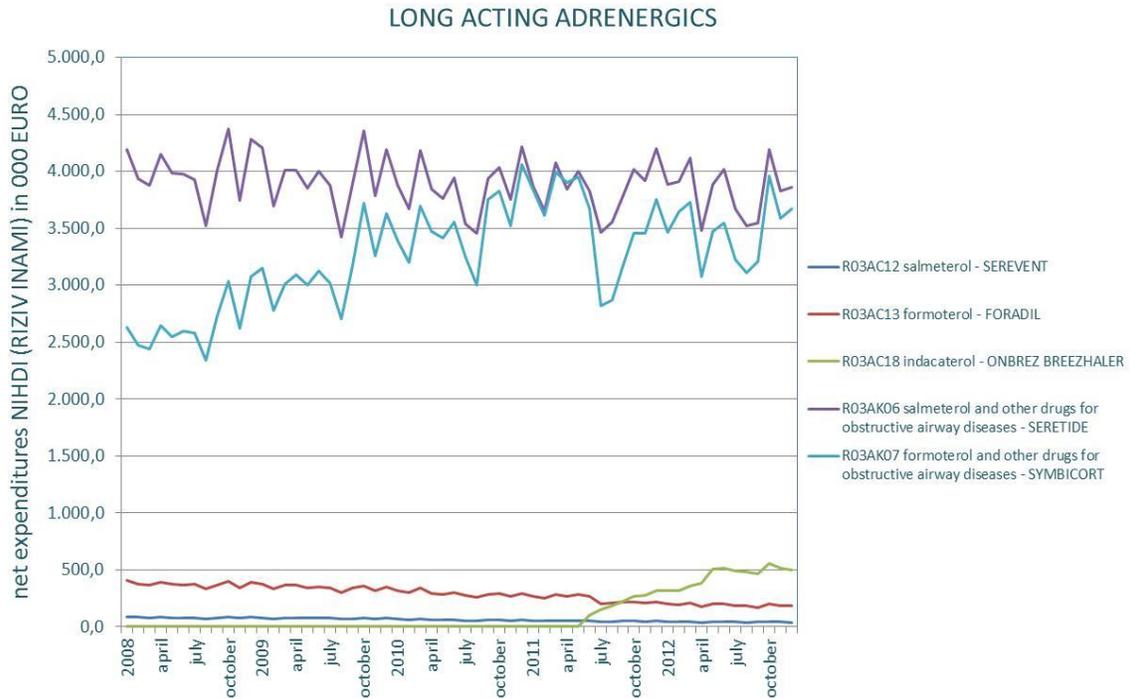


Schéma 109 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC R03A Sympathomimétiques à longue durée d'action

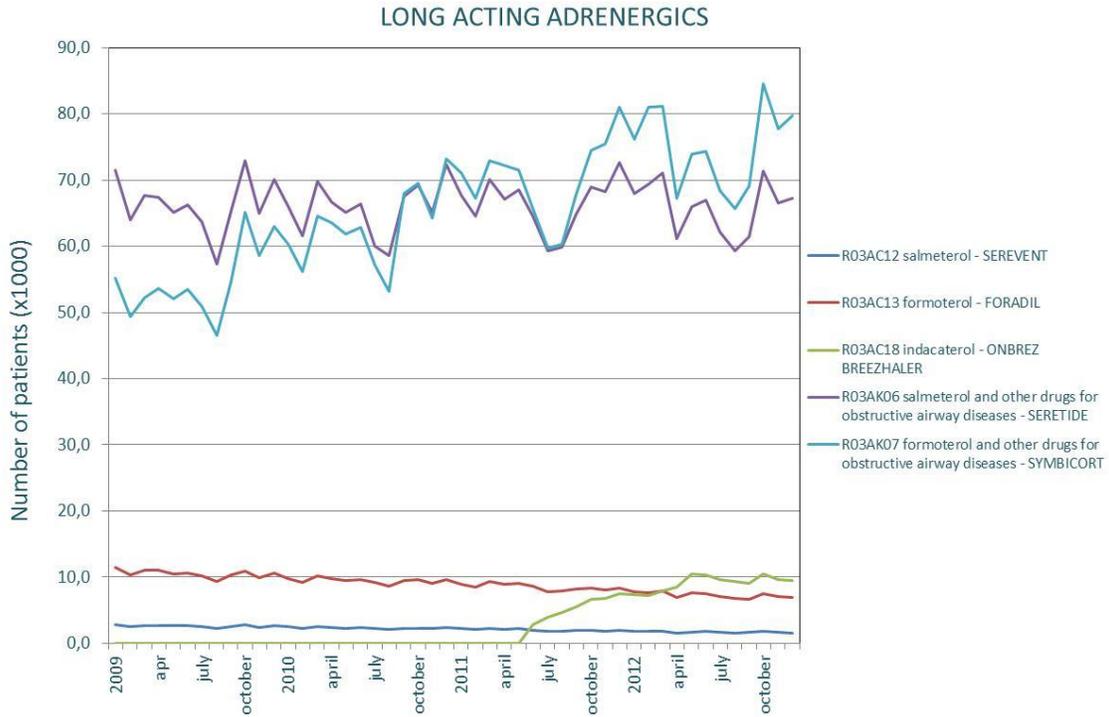


Schéma 110 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC R03A Sympathomimétiques à longue durée d'action

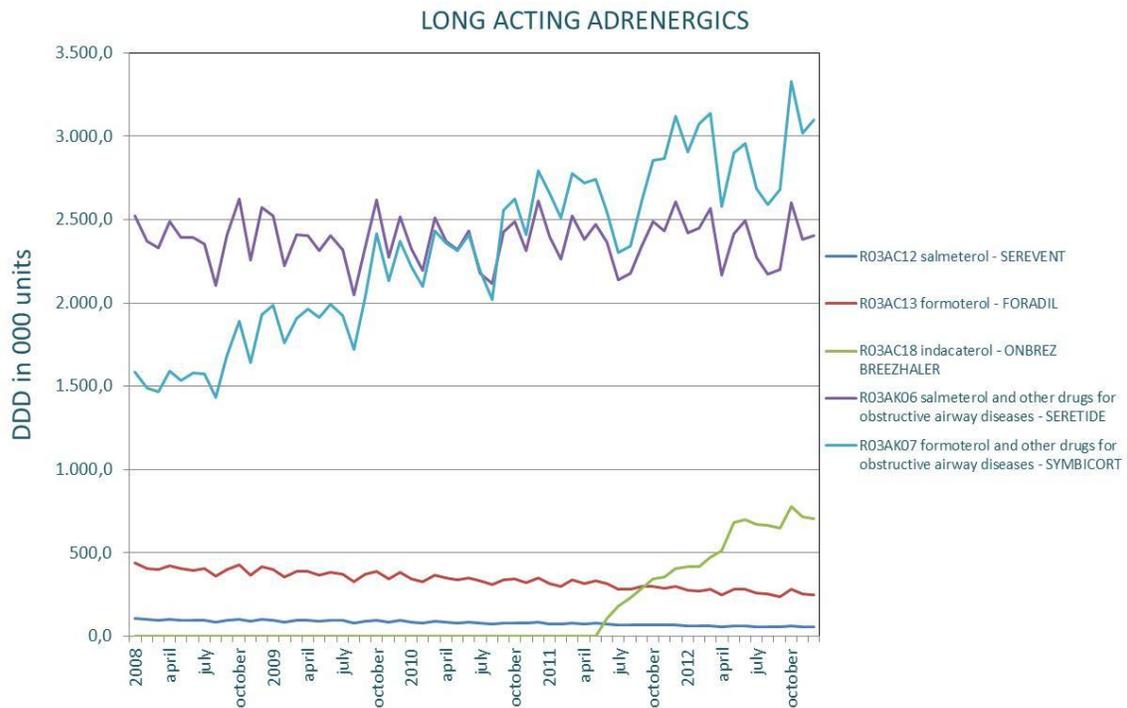
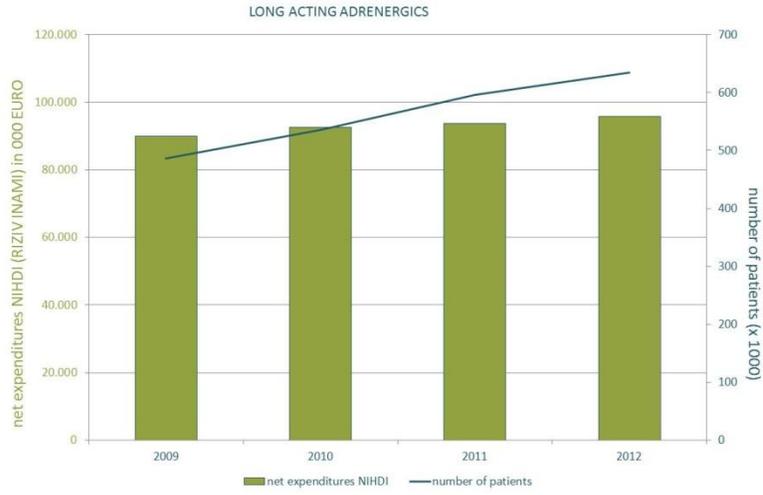


Schéma 111 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC R03A Sympathicomimétiques à longue durée d'action



ANTICHOLINERGIQUES

Schéma 112 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC R03B Anticholinergiques

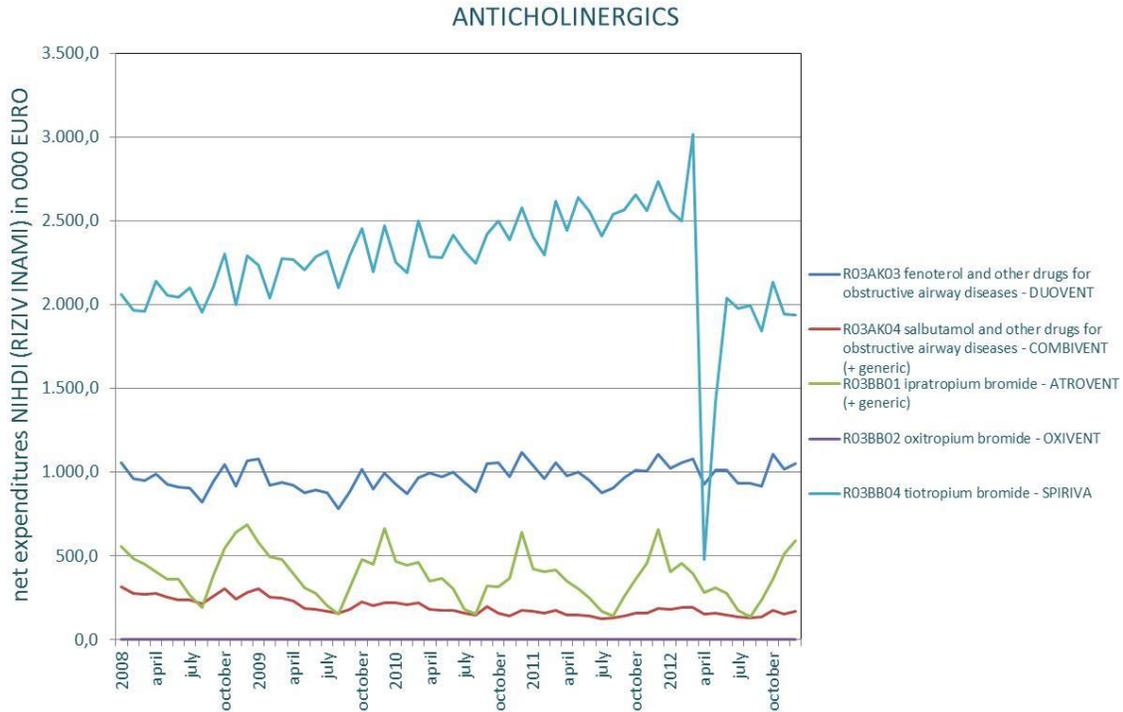


Schéma 113 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC R03B Anticholinergiques

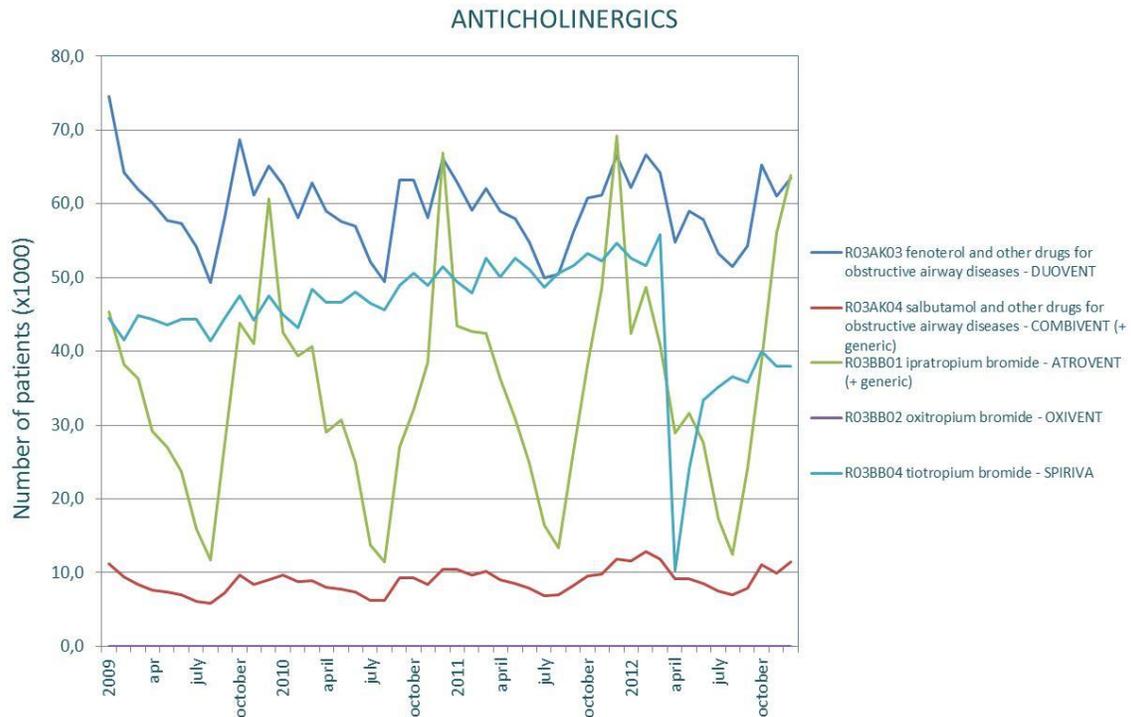
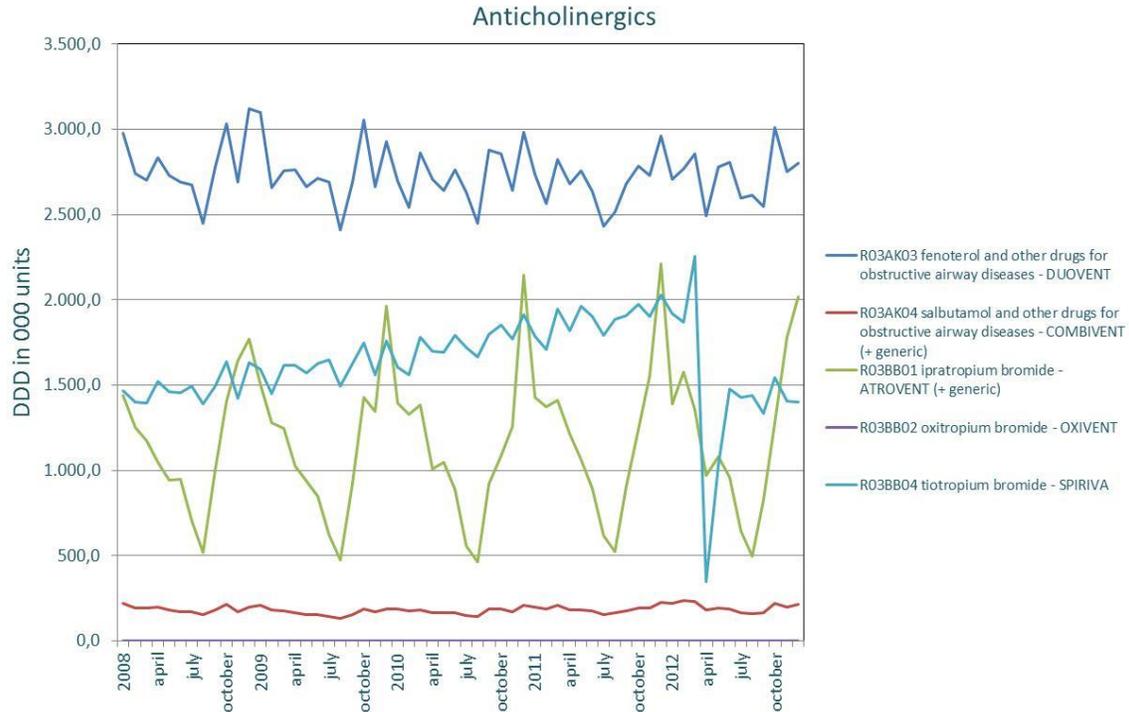
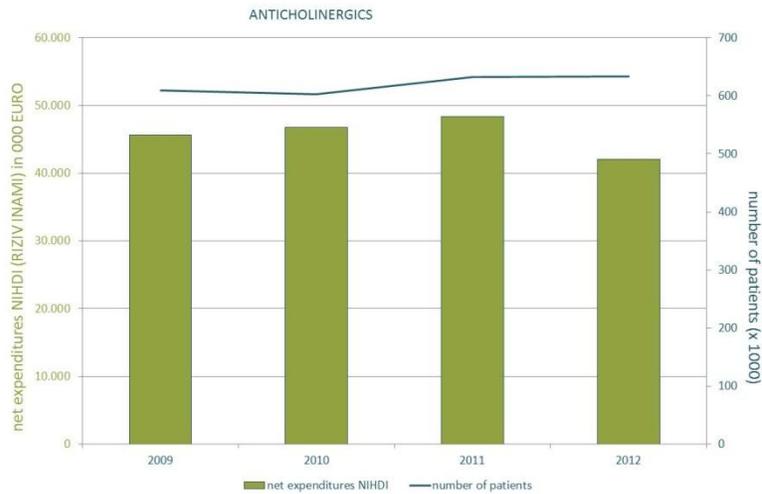


Schéma 114 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC R03B Anticholinergiques



Les dépenses de la classe R03B (glucocorticoïdes et anticholinergiques), principalement supportées par le Spiriva®, ont diminué en 2012 par rapport à 2011, en raison des modifications des conditions de remboursement du Spiriva® depuis avril 2012. Les données IMS sur les 7 premiers mois de 2013 montrent des chiffres de vente du Spiriva® supérieurs à ceux des 7 derniers mois de 2012.

Schéma 115 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC R03A Anticholinergiques



MEDICAMENTS DESTINES AU TRAITEMENT DE L'ASTHME ET DES MPOC, TOTAL

Tableau 7 : nombre de patients traités aux sympathicomimétiques (R03A), anticholinergiques et corticostéroïdes pour inhalation (R03B) (officines ouvertes au public 2008 – 2012)

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| R03AC LABA + SABA | 381.580 | 393.041 | 388.808 | 420.946 | 446.866 |
| R03AK LABA + corticoïde | 615.943 | 670.849 | 705.839 | 757.685 | 795.126 |
| R03BA Glucocorticoïde | 416.860 | 436.830 | 410.571 | 437.534 | 448.593 |
| R03BB anticholinergique | 342.652 | 355.717 | 362.959 | 394.493 | 375.971 |

En 2012, 99.755 patients ont été remboursés pour du Spiriva et 80.048 patients (ou 80% de ces patients) ont également été remboursés pour une association fixe de corticostéroïdes pour inhalation + LABA.

Schéma 116 : évolution du nombre de patients traités par LABA (R03AC), LABA + corticoïdes (R03AK), Glucocorticoïdes (R03BA) et Anticholinergiques (R03BB) (officines ouvertes au public 2009 – 2012)

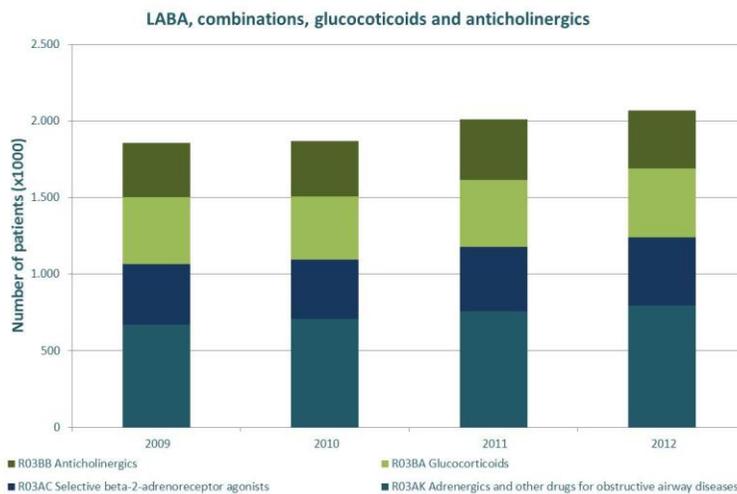


Schéma 117 : Evolution des dépenses pour les LABA (R03AC), LABA + corticoïdes (R03AK), Glucocorticoïdes (R03BA) et Anticholinergiques (R03BB) (officines ouvertes au public 2003 – 2012)

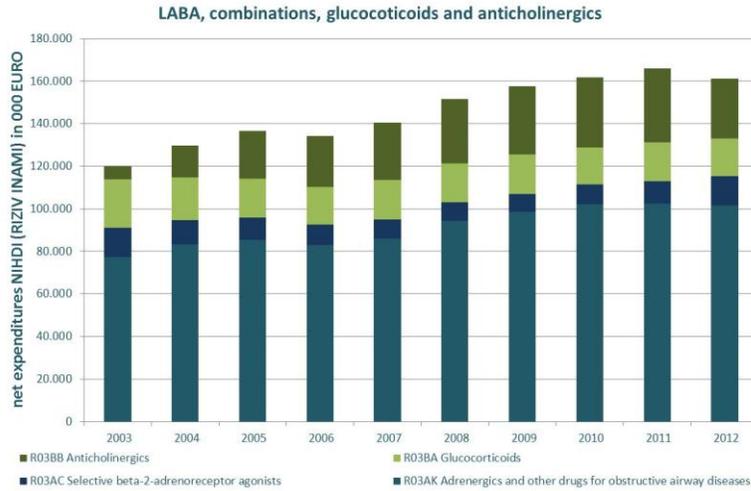
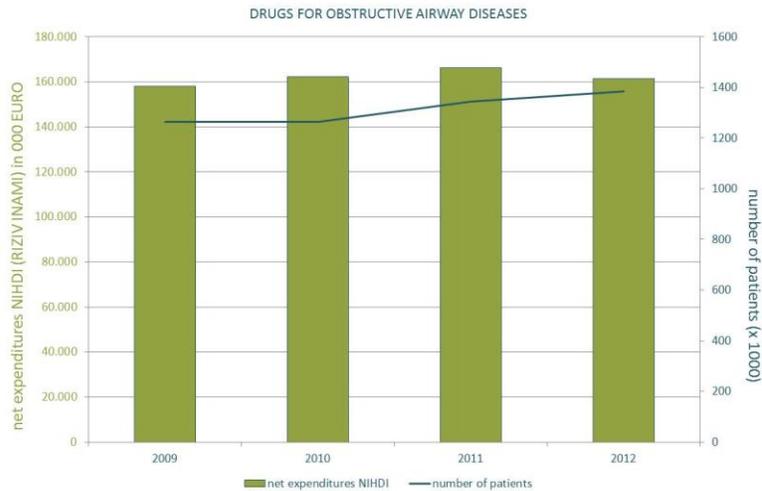


Schéma 118 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC R03A et R03B Médicaments destinés au traitement de l'asthme et des BPOC



HORMONES LIBERANT DE LA GONADOTROPHINE – HORMONES ANTICROISSANCE – HORMONES LIBERANT DE LA ANTIGONADOTROPHINE

Schéma 119 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC H01C Hormones hypothalamiques

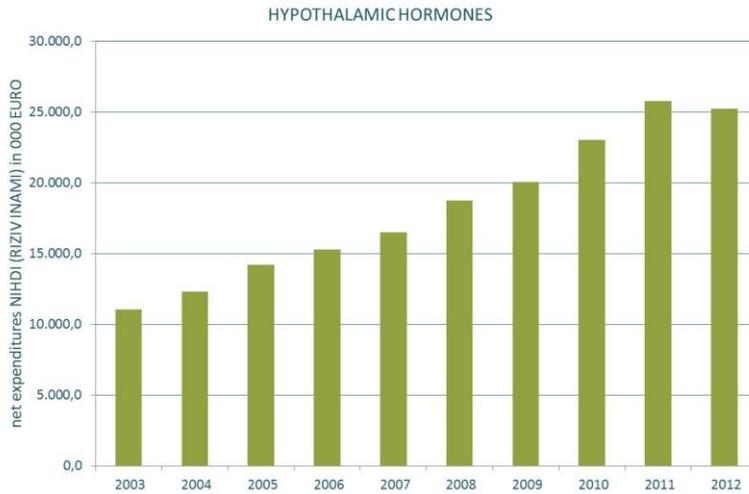
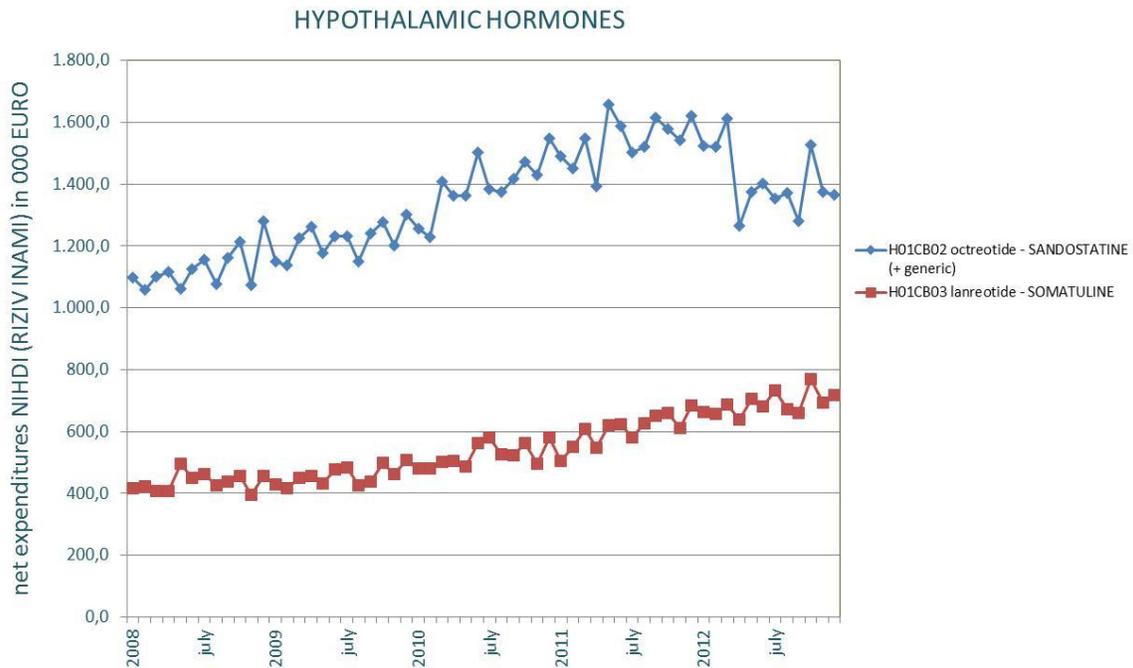


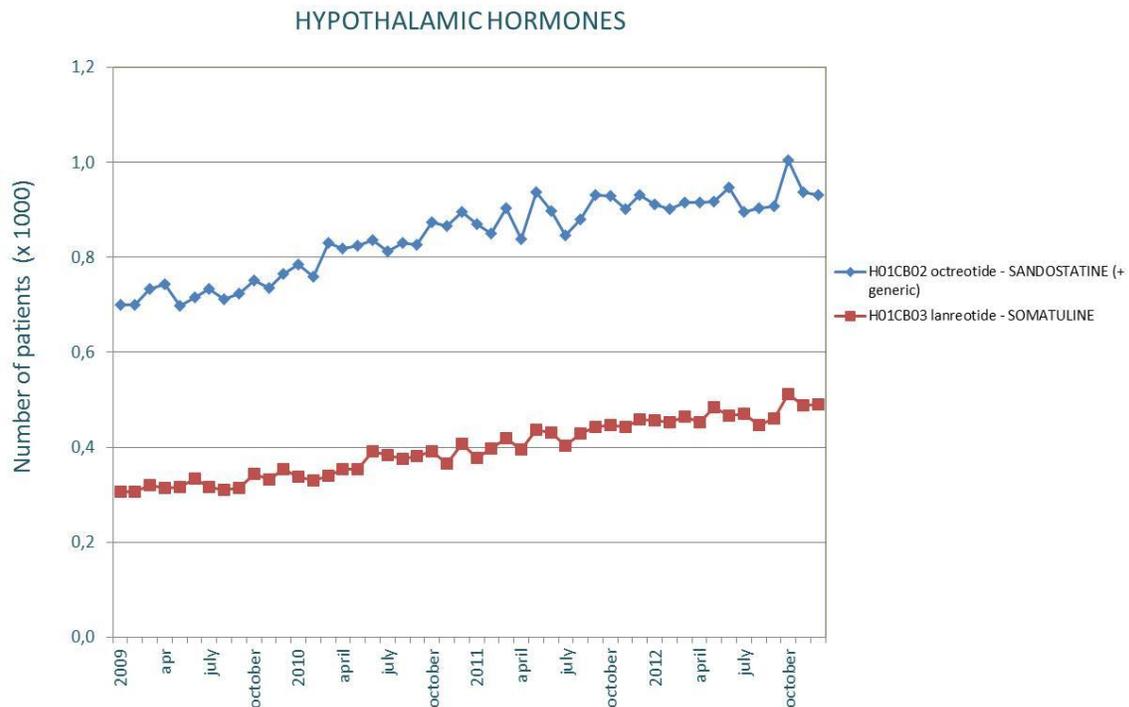
Schéma 120 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC H01C Hormones hypothalamiques



Octreotide :

Les dépenses pour la classe ATC H01C ont diminué en comparaison avec 2011. C'est principalement dû à une baisse de prix (et base de remboursement) des spécialités à base d'octréotide: la chute des dépenses nettes de l'INAMI en avril 2012 est provoquée par l'entrée en vigueur du système du remboursement de référence pour la Sandostatine® LAR. La Sandostatine® classique était entrée dans le système du remboursement de référence en octobre 2009, mais cela n'avait eu aucune influence sur les dépenses étant donné que cette forme ne représente qu'un faible pourcentage des dépenses totales pour ce médicament (4 % en 2012).

Schéma 121 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC H01C Hormones hypothalamiques



Le nombre de DDD par mois suit grosso modo le nombre de patients, avec une évolution un peu plus capricieuse probablement à attribuer aux variations de dose intra- et interindividuelles, entre autres en fonction de l'indication pour laquelle le médicament est administré.

Lanréotide :

Les dépenses (ainsi que le nombre de patients et de DDD) continuent à progresser lentement.

Schéma 122 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC H01C Hormones hypothalamiques

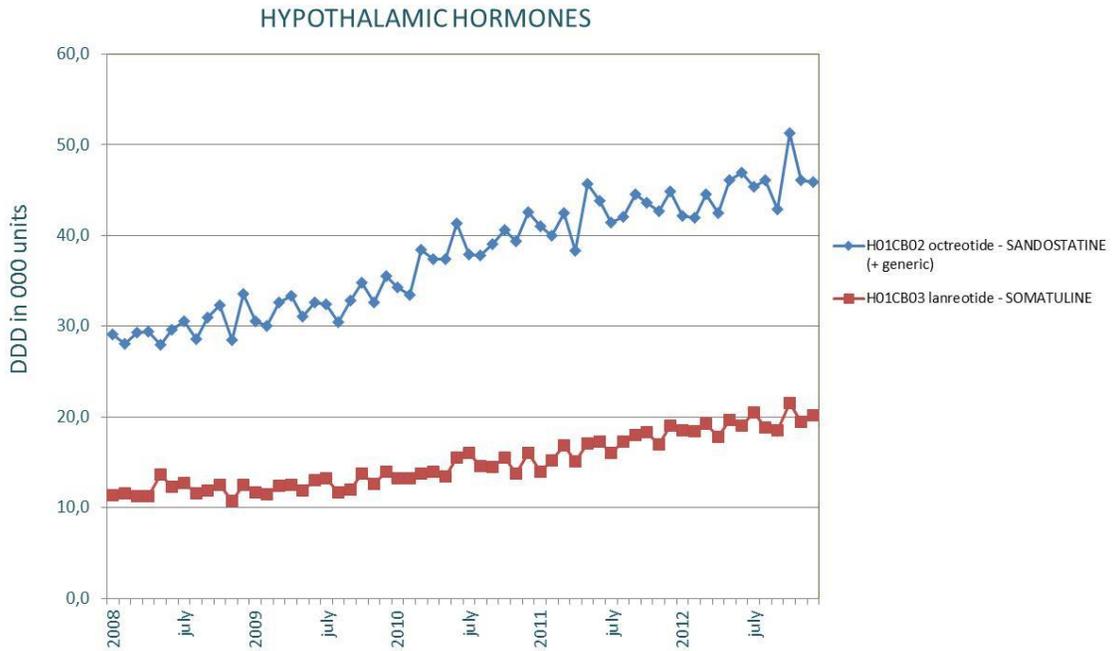
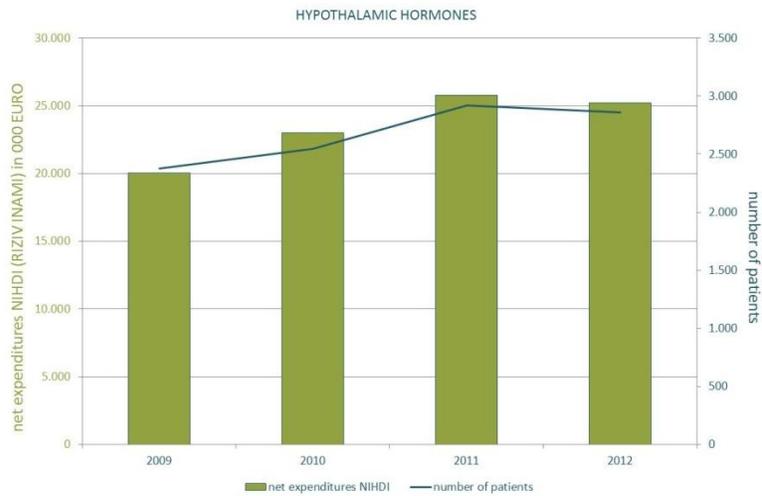


Schéma 123 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC H01C Hormones hypothalamiques



Les spécialités concernées sont remboursables en catégorie A et inscrites au chapitre IV (contrôle a priori) pour le traitement de l'acromégalie et pour le traitement de diarrhées ne répondant pas à un traitement antibiotique et antipéristaltique classique chez les patients atteints du syndrome d'immunodéficience acquise. La spécialité est également remboursable en catégorie B, au chapitre I, pour le traitement des patients souffrant de symptômes associés aux tumeurs gastro-entéro-pancréatiques fonctionnelles. Le remboursement en catégorie B est toujours largement majoritaire, avec 81 % des remboursements.

HORMONES THYROÏDIENNES

Schéma 124 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public 2003 - 2012) pour la classe ATC H03A Hormones thyroïdiennes

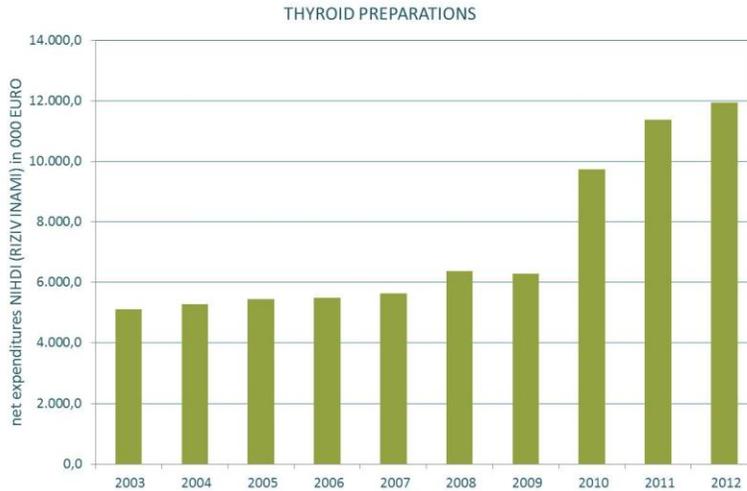
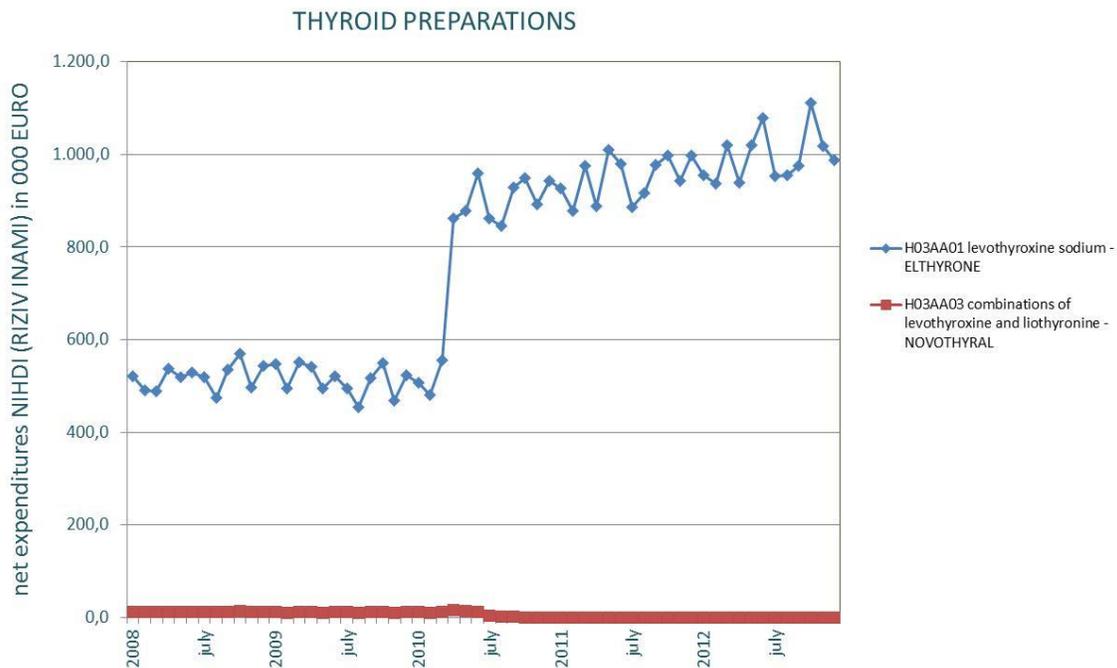


Schéma 125 : évolution des dépenses nettes INAMI par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC H03A Hormones thyroïdiennes



Le bond subit des dépenses INAMI début 2010 est expliqué par la réforme de la rémunération des pharmaciens d'officine ouverte au public et l'introduction d'un honoraire en partie fixe (l'honoraire « de base »), qui a fortement augmenté les prix publics des médicaments dont le prix ex-usine est particulièrement bas, dont les préparations à base de lévothyroxine font partie. La quote-part patient n'a toutefois pas été influencée par cette réforme. Par la suite, l'évolution des dépenses nettes dans cette

classe a repris un rythme de croisière, même si l'on observe une tendance à la hausse plus marquée qu'auparavant.

Schéma 126 : évolution du nombre de patients par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC H03A Hormones thyroïdiennes

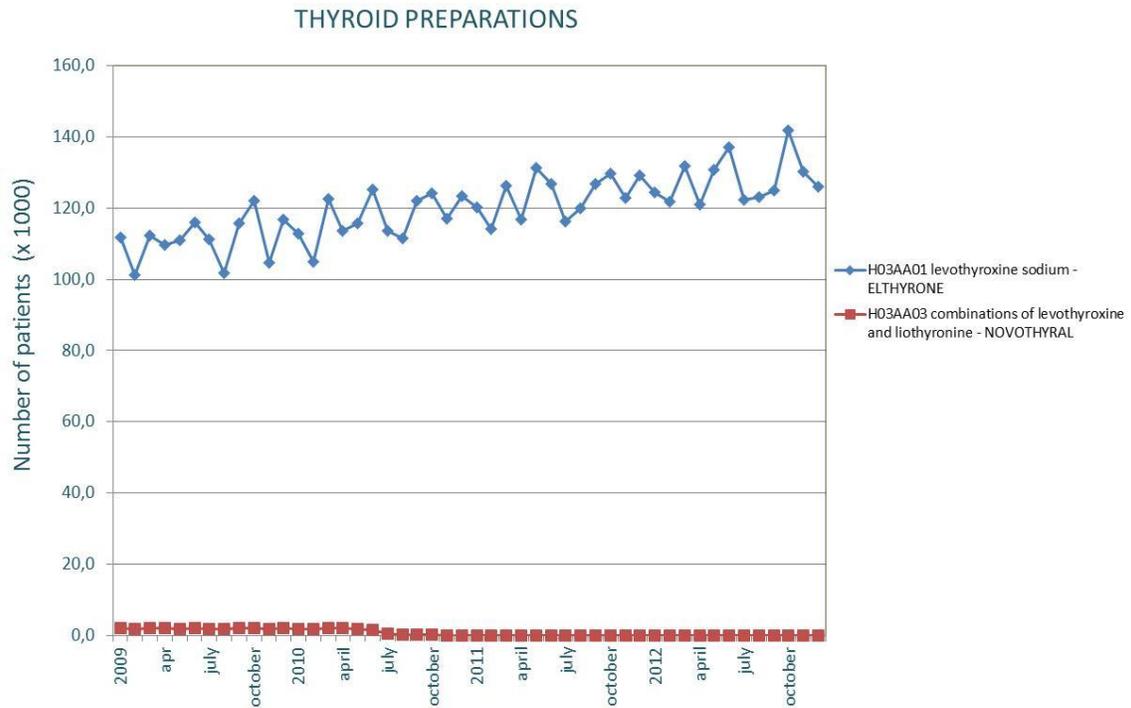
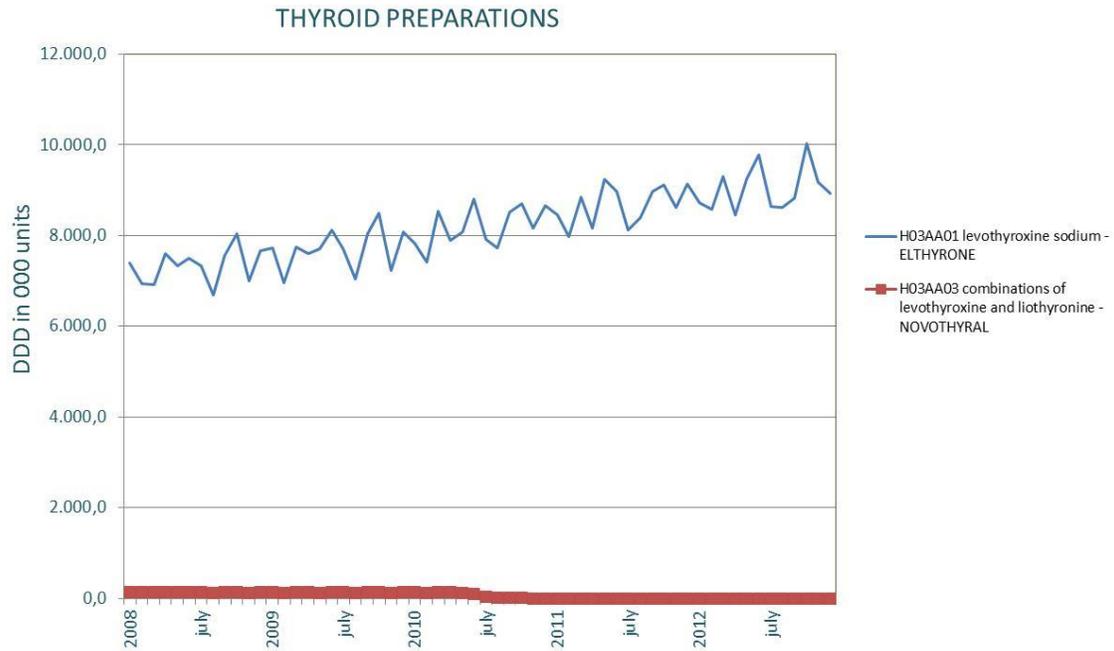


Schéma 127 : évolution du nombre de DDD par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC H03A Hormones thyroïdiennes



L'arrêt de la commercialisation du Novothyral® (en octobre 2010) n'a pas eu d'influence sur les dépenses par patient liées aux spécialités à base de lévothyroxine seule, qui restent relativement stables entre avril 2010 et octobre 2012.

Schéma 128 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI par rapport au nombre de patients (officines ouvertes au public 2009 – 2012) pour la classe ATC H03A Hormones thyroïdiennes

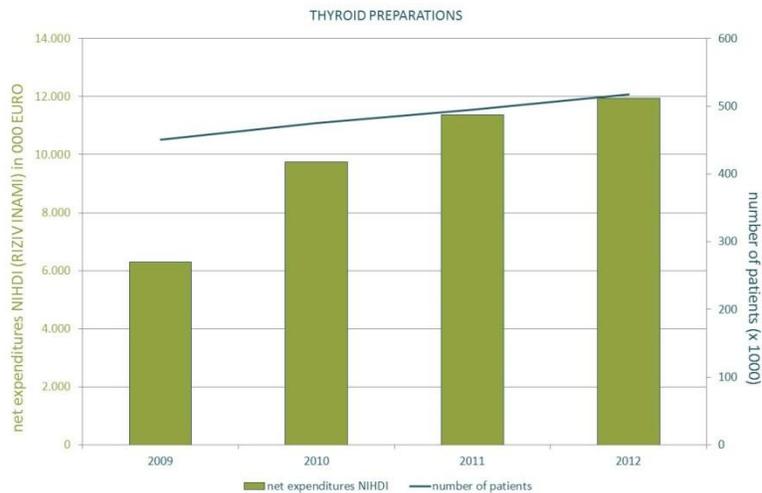


Tableau 8 : Évolution du nombre de patients traités par hormone de la glande thyroïde (ATC H03A)

| Nombre de patients en 2007 | Nombre de patients en 2008 | Nombre de patients en 2009 | Nombre de patients en 2010 | Nombre de patients en 2011 | Nombre de patients en 2012 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 384.545 | 428.623 | 450.660 | 474.766 | 494.705 | 517.710 |

La croissance du nombre de DDD est parallèle à celle du nombre de patients, qui augmente de manière régulière (+ 34 % entre 2007 et 2012). Elle explique l'évolution des dépenses de l'INAMI, étant donné que le nombre de DDD par patient est resté stable sur la même période. L'augmentation du nombre de patients est répartie sur toutes les tranches d'âge, principalement chez les adultes.

Schéma 129 : évolution du nombre de DDD par patient par mois (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC H03A Hormones thyroïdiennes

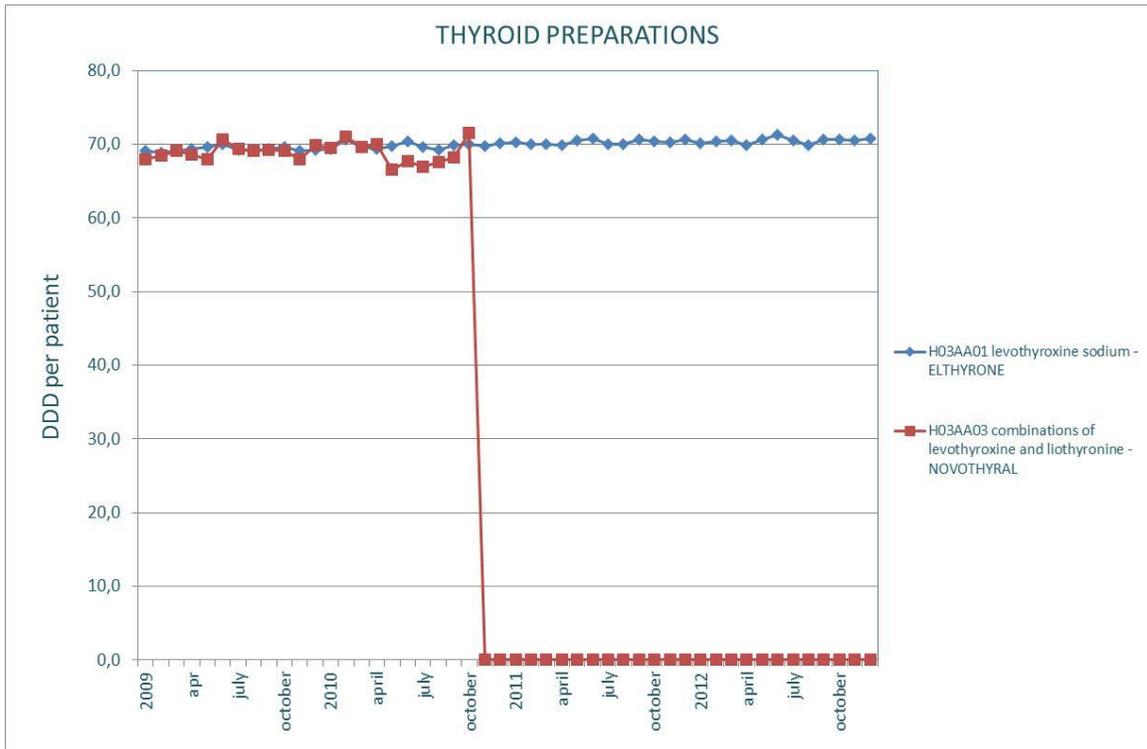
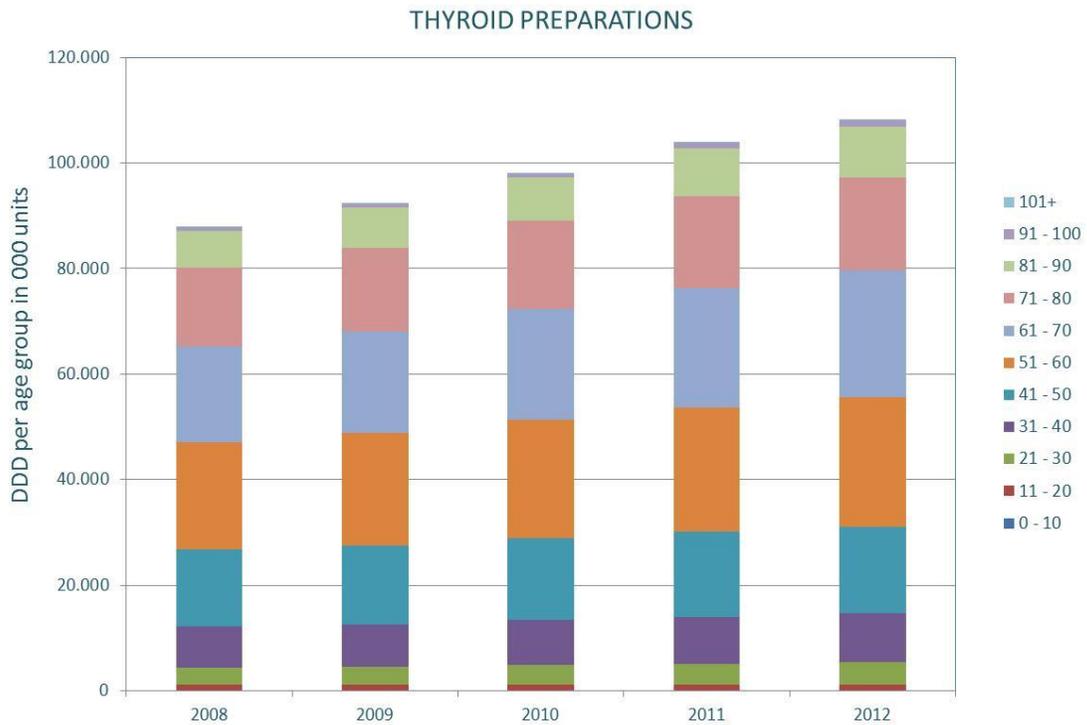


Schéma 130 : évolution du nombre de DDD par groupe d'âge par an (officines ouvertes au public 2008 - 2012) pour la classe ATC H03AA01 Elthyronne



DÉPENSES POUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES EN MILIEU HOSPITALIER

Généralités

Tableau 9 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI pour les médicaments (hôpitaux 2005 – 2012)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012(*) |
|--|-------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Dépenses nettes INAMI x 1.000.000 € | 945,2 | 990,0 | 1.074,8 | 1.186,7 | 1.225,0 | 1.301,0 | 1.343,8 | 1.426,0 |
| croissance % | | 4,7 | 8,6 | 10,4 | 3,2 | 6,2 | 3,3 | 6,1 |

(*) extrapolation des données doc PH disponibles pour l'année 2012

Source : doc PH

Tableau 10 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI pour les médicaments – top 80% (hôpitaux)

| Ranking | | | Forfait | ATC 3 | | croissance (%) | croissance (%) | total en millions d'euros |
|---------|------|------|----------------------|-------|---|----------------|----------------|---------------------------|
| 2010 | 2011 | 2012 | | | | 2011-2010 | 2012-2011 | 2012 (*) |
| 1 | 1 | 1 | No | L01X | OTHER ANTINEOPLASTIC AGENTS | 7,9 | 17,4 | 283,3 |
| 2 | 2 | 2 | No | L04A | IMMUNOSUPPRESSANTS | 13,0 | 21,0 | 192,2 |
| 3 | 3 | 3 | Yes, since July 2012 | B03X | OTHER ANTIANEMIC PREPARATIONS | -1,3 | -12,6 | 76,7 |
| 5 | 5 | 4 | No | J06B | IMMUNOGLOBULINS | 11,3 | 16,5 | 69,9 |
| 4 | 4 | 5 | Yes | B05B | I.V. SOLUTIONS | 0,0 | -0,4 | 61,6 |
| 6 | 6 | 6 | No | B02B | VITAMIN K AND OTHER HEMOSTATICS | 14,5 | 0,1 | 48,0 |
| 10 | 7 | 7 | No | L03A | IMMUNOSTIMULANTS | 12,1 | 14,7 | 45,8 |
| 11 | 8 | 8 | No | L01B | ANTIMETABOLITES | 9,1 | 16,0 | 44,8 |
| 16 | 12 | 9 | No | S01L | OCULAR VASCULAR DISORDER AGENTS | 22,6 | 23,5 | 40,1 |
| 8 | 10 | 10 | Yes | V08A | X-RAY CONTRAST MEDIA, IODINATED | -6,7 | 6,9 | 38,4 |
| 13 | 11 | 11 | Mix | A16A | OTHER ALIMENTARY TRACT AND METABOLISM PRODUCTS | 12,5 | 2,8 | 35,0 |
| 9 | 9 | 12 | Mix | B01A | ANTITHROMBOTIC AGENTS | -3,6 | -3,6 | 35,0 |
| 7 | 14 | 13 | No | L01C | PLANT ALKALOIDS AND OTHER NATURAL PRODUCTS | -22,3 | 0,0 | 30,0 |
| 15 | 16 | 14 | Yes | J01C | BETA-LACTAM ANTIBACTERIALS, PENICILLINS | -1,0 | 2,2 | 28,1 |
| 12 | 13 | 15 | Mix | N01A | ANESTHETICS, GENERAL | -6,9 | -16,2 | 26,0 |
| 18 | 17 | 16 | Mix | M05B | DRUGS AFFECTING BONE STRUCTURE AND MINERALIZATION | 3,1 | 3,8 | 25,1 |
| 20 | 20 | 17 | No | J05A | DIRECT ACTING ANTIVIRALS | 7,0 | 18,9 | 24,3 |
| 19 | 19 | 18 | Mix | J02A | ANTIMYCOTICS FOR SYSTEMIC USE | 12,4 | -0,9 | 22,3 |

| | | | | | | | | |
|----|----|----|-----|------|----------------|-----|-------|------|
| 14 | 15 | 19 | Yes | N05A | ANTIPSYCHOTICS | 0,2 | -30,2 | 19,8 |
|----|----|----|-----|------|----------------|-----|-------|------|

(*) dépenses calculées sur la base :

des données doc PH (données INAMI) - pour 2012, les données ont été extraites des données comptabilisées pour le premier et le second semestre 2012

[les données comptabilisées du premier semestre 2013, desquelles les dépenses pour les spécialités délivrées en 2012 devraient également être extraites, ne sont pas encore disponibles ; les données 2012 ont donc été corrigées en ce sens (extrapolation des données disponibles)]

où les dépenses totales = dépenses ambulatoires (A) + dépenses comptabilisées à 100% (hors forfait) (B) + dépenses comptabilisées à 25% (dans le forfait) (C) + une somme théoriquement calculée à partir de C (D) en raison de l'ajout du montant D, on ne parle pas de dépenses absolues, mais de dépenses virtuelles qui permettent d'établir un classement.

L'aperçu des dépenses (virtuelles) et de la croissance constatée pour la classe ATC3 montre que, parmi les 166 classes, 19 sont responsables de 80% des dépenses en milieu hospitalier.

Les 3 classes ATC-3 qui arrivent en tête du classement de cet aperçu, les classes L01X, L04A et B03X sont responsables de plus d'un tiers des dépenses en milieu hospitalier. Ensemble, ces 3 classes ATC-3 interviennent pour 38,8% des dépenses en milieu hospitalier en 2012. En 2010 et 2011, ces pourcentages respectifs s'élevaient respectivement à 36,5% et 35,2%. Jusqu'au 01/07/2012, il s'agissait encore de 3 classes dont toutes les molécules se trouvaient hors le forfait médicaments. Depuis le 01/07/2012, les érythropoïétines (B03X) ont été incluses dans le forfait médicaments. L'évolution des dépenses pour la classe L01 et B03X sont abordées plus en détail dans ce rapport.

Dépenses pour les médicaments en milieu hospitalier : répartition des dépenses par types de patients

BASE

Nous utilisons les données doc PH : données de facturation consolidées (dépenses nettes INAMI), avec différenciation par conditionnement des spécialités et par type de patient (hospitalisé – ambulatoire).

Par ailleurs, nous utilisons également les données docN.

En outre, il convient de noter que pour les données doc N, les données de facturation portant sur une certaine période renvoient à la période pour laquelle le paiement des médicaments a été comptabilisé. Dans le cas des données doc PH, les données de facturation renvoient à la période durant laquelle les médicaments ont été délivrés. Les données doc PH sont toujours disponibles plus tard, étant donné que les données pour l'année de livraison sont sélectionnées au sein des données comptabilisées pour une période de 18 mois (l'année en question et le semestre suivant l'année en question). Les montants 'docPH' pour l'année 2012 concernent donc des données extrapolées, sélectionnées au sein des données comptabilisées sur une période de 12 mois (premier et deuxième semestres 2012). Les données comptabilisées pour le premier semestre 2013 contiennent également des montants pour les spécialités délivrées en 2012. Les données docPH actuellement disponibles ont donc été corrigées en ce sens (extrapolation sur base des données historiques).

GÉNÉRALITÉS : LE FORFAIT MEDICAMENTS

Depuis le 1^{er} juillet 2006, le forfait médicaments a été instauré pour les patients hospitalisés dans les hôpitaux aigus. En principe, tous les médicaments délivrés à ces patients tombent sous l'application d'un système de remboursement forfaitaire.

Une liste d'exceptions est cependant prévue (basée sur le code ATC5).

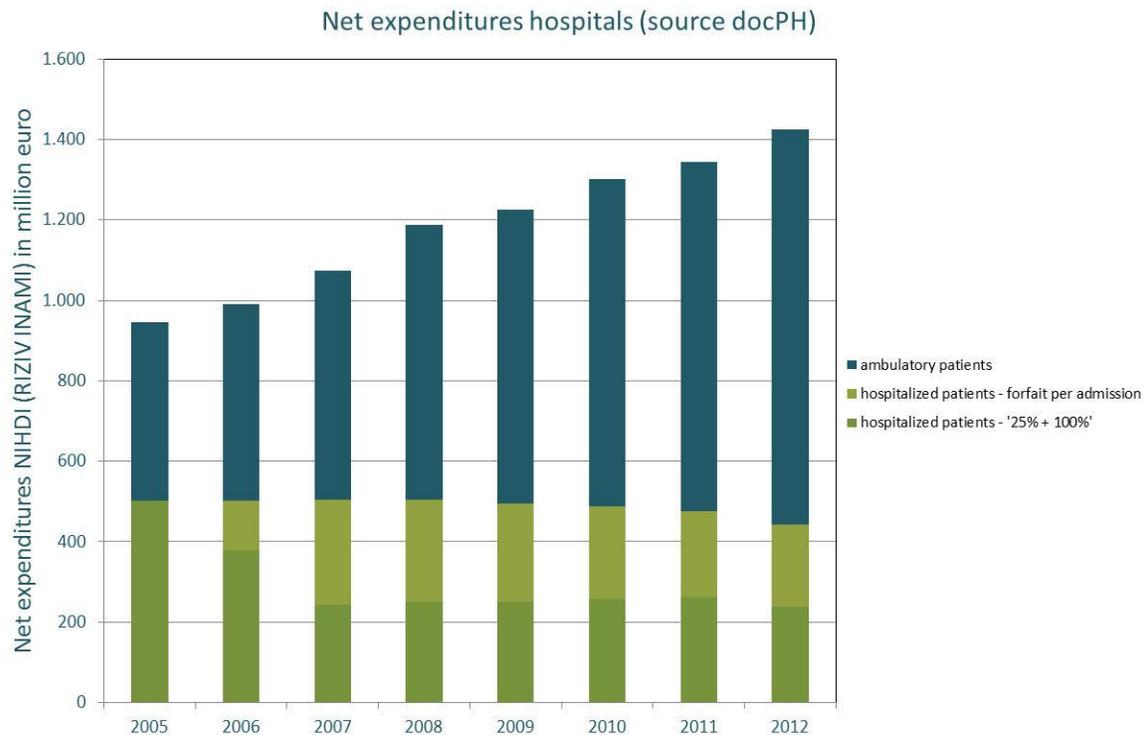
Des médicaments en sont exclus de plein droit (comme les médicaments orphelins, les cytostatiques, etc. cf. article 95 §3 b) alinéa 3 de l'A.R. du 21.12.2001) ou sur proposition du « groupe de travail permanent pour la forfaitisation » (si le principe actif revêt un intérêt important dans la pratique médicale d'une part et d'autre part, si le coût peut freiner considérablement son utilisation en cas de forfaitisation).

La réglementation prévoit de facturer encore 25% de la base de remboursement par spécialité pour celles qui relèvent de l'application du forfait. La partie restante est couverte par un forfait par admission.

La forfaitisation partielle (25% de la base de remboursement est encore facturée selon la méthode classique, à savoir la facturation par unité consommée) permet de suivre la consommation réelle des médicaments sans qu'elle disparaisse dans un forfait médicaments basé sur les APRDRG (All Patients Refined Diagnosis Related Groups).

RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR TYPE DE PATIENT : ANALYSE

Schéma 131 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (hôpitaux 2005-2012)



Source : doc PH (les données pour 2012 sont des données extrapolées)

Les dépenses pour les patients hospitalisés affichent une légère tendance à la baisse. En 2012, cette tendance s'est même accentuée (moins 7% par rapport à 2011).

Les dépenses pour les patients ambulatoires continuent cependant d'augmenter. La plus forte croissance des dépenses pour les patients ambulatoires qui a eu lieu en 2007 et 2008 (croissance respective de 17,2% et de 19,4% par rapport à l'année précédente), a été fortement tempérée en 2009 (croissance de 7,3% par rapport à 2008) et vacillait en 2010 avec une croissance de 11,3%. En 2011, la croissance s'élevait à 6,5% et en 2012, nous avons à nouveau enregistré une croissance plus importante dans les dépenses avec 13,3%.

Les dépenses totales en milieu hospitalier continuent elles aussi à augmenter. L'évolution des dépenses pour tous les patients en milieu hospitalier montre une tendance similaire à celle des dépenses pour les patients ambulatoires (quoique les pourcentages de croissance soient moindres) : forte croissance enregistrée en 2007 et 2008, plus faible en 2009, vacillante en 2010. En 2011, la croissance s'élevait à 3,3%, et en 2012, nous assistons à nouveau à une croissance plus forte des dépenses avec 6,1%. C'est l'augmentation des dépenses pour les patients ambulatoires qui est responsable de la croissance des dépenses en milieu hospitalier.

Les dépenses totales en milieu hospitalier continuer à augmenter, mais de manière plus modérée que la forte croissance observée en 2007 et 2008.

Le tableau 11 montre que la proportion des dépenses pour les patients ambulatoires par rapport aux dépenses totales pour les spécialités pharmaceutiques en milieu hospitalier continue à augmenter. En 2006, cette proportion atteignait un peu moins de 50%. En 2012, elle représente les deux tiers des dépenses pour les médicaments en milieu hospitalier pour les patients ambulatoires.

Tableau 11 : proportion des dépenses pour les patients ambulatoires par rapport aux dépenses totales pour les spécialités pharmaceutiques en milieu hospitalier (hôpitaux 2005-2012)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Proportion dépenses ambulatoires/dépenses totales en milieu hospitalier (en %) | 46,9 | 49,2 | 53,1 | 57,4 | 59,7 | 62,6 | 64,5 | 68,9 |

Source : doc PH

Le budget global « forfait par admission » diminue d'année en année.

Le budget national pour la forfaitarisation (facturation via montant par administration) est déterminé chaque année par le Conseil Général. Il s'agit en l'occurrence d'enveloppes ouvertes. L'hôpital individuel reçoit un montant forfaitaire par admission en fonction du casemix rapporté (sur la base du RCM).

Tableau 12 : montants constatés budget national pour forfait par admission pour la période allant de juillet 2006 à juin 2013 inclus

| Période | Budget national fixé (en millions d'euros) |
|----------------------|--|
| 1/7/2006 - 30/6/2007 | 258,863 |
| 1/7/2007 - 30/6/2008 | 260,846 |
| 1/7/2008 - 30/6/2009 | 247,989 |
| 1/7/2009 - 30/6/2010 | 228,393 |
| 1/7/2010 - 30/6/2011 | 219,026 |
| 1/7/2011 - 30/6/2012 | 199,023 |
| 1/7/2012 - 30/6/2013 | 180,873 |

Source : audit permanent, mai 2013)

Sur une base annuelle, nous obtenons les montants suivants (Tableau 13) pour les différents types de dépenses.

Tableau 13 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (hôpitaux 2005-2012) (en millions d'euros) – répartition des dépenses en milieu hospitalier

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Patients ambulatoires ¹ | 443,4 | 487,2 | 571 | 681,6 | 731,4 | 814,1 | 867,2 | 982,7 |
| Total patients hospitalisés | 501,8 | 502,8 | 503,8 | 505,1 | 493,6 | 486,9 | 476,6 | 443,3 |
| -patients hospitalisés – 25% + 100% ²⁺³ | 501,8 | 377,3 | 243,0 | 249,5 | 250,6 | 257,5 | 263,3 | 239,5 |
| -forfait par admission ⁴ | | 125,4 | 260,7 | 255,6 | 243,0 | 229,4 | 213,3 | 203,7 |
| Total hôpital | 945,2 | 990,0 | 1.074,8 | 1.186,7 | 1.225,0 | 1.301,0 | 1.343,8 | 1.426,0 |

Source : doc PH

| | |
|--|---|
| ¹ Patients ambulatoires | Délivrance à des patients ambulatoires à l'hôpital, toujours hors forfait (base de remboursement à 100%, remboursement selon la catégorie de remboursement) |
| ² Patients hospitalisés – 100% (HORS forfait) | Délivrance à des patients hospitalisés, le forfait pour le remboursement ne s'applique pas, car <ul style="list-style-type: none"> - il s'agit d'un médicament qui ne fait pas partie du forfait (repris dans la liste des exceptions) - il s'agit d'un médicament qui a été délivré à un patient : <ul style="list-style-type: none"> • hospitalisé avant le 01.07.2006 (entrée en vigueur du forfait médicaments) • admis dans un hôpital non aigu (base de remboursement à 100%, remboursement selon la catégorie de remboursement) |
| ³ Patients hospitalisés – forfait 25 % | Délivrance à des patients hospitalisés dans un hôpital aigu (patients admis après le 01.07.2006) d'un médicament couvert par le forfait (remboursement = 25% de la base de remboursement ; annulation du remboursement selon la catégorie de remboursement) |
| ⁴ Forfait par admission | Montant forfaitaire par admission reçu par l'hôpital Ce montant est revu chaque année et dépend du casemix rapporté par l'hôpital (RCM). |

Le tableau 14 fournit à nouveau l'évolution des dépenses sur base des données comptabilisées (doc N). En l'occurrence, pour l'année 2012, les données sont entièrement disponibles. Il convient de noter que dans les dépenses pour les patients hospitalisés, les dépenses pour les médicaments non forfaitarisés diminuent (moins 2,4% en 2012 par rapport à 2011), de même que les dépenses liées au forfait par admission et les dépenses pour les médicaments couverts par le forfait. Après la croissance annuelle, certes faible, des dépenses de ce groupe de médicaments, nous constatons une diminution des dépenses pour les médicaments qui ne sont pas couverts par le forfait hôpital, pour la première fois depuis l'instauration du forfait médicaments au milieu de l'année 2006. En l'occurrence, il convient de noter que les érythropoïétines et les albumines qui ont été exclues de plein droit du forfait hôpital sont couvertes par ledit forfait depuis le 1^{er} juillet 2012.

Tableau 14 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (hôpitaux 2007 – 2012)¹ (en millions d'euros)
– répartition des dépenses hôpitaux²

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| hôpitaux - patients ambulatoires | 570.011 | 671.790 | 736.346 | 814.063 | 889.391 | 947.736 |
| hôpitaux – hosp. hors forfait (100%) | 166.484 | 167.840 | 174.018 | 181.382 | 191.725 | 187.167 |
| hôpitaux - hosp. forfait (25%) | 77.301 | 79.109 | 77.129 | 72.056 | 70.159 | 66.893 |
| hôpitaux - forfait par admission | 258.549 | 263.208 | 246.272 | 230.944 | 217.654 | 198.707 |
| hôpitaux - patients hospitalisés (total) | 502.334 | 510.157 | 497.419 | 484.382 | 479.538 | 452.767 |
| total hôpitaux | 1.072.345 | 1.181.947 | 1.233.765 | 1.298.445 | 1.368.929 | 1.400.503 |

Evolution en %

| | | | | | | |
|--|--|-------------|------------|------------|------------|------------|
| hôpitaux - patients ambulatoires | | 17,9 | 9,6 | 10,6 | 9,3 | 6,6 |
| hôpitaux - hosp. hors forfait (100%) | | 0,8 | 3,7 | 4,2 | 5,7 | -2,4 |
| hôpitaux - hosp. forfait (25%) | | 2,3 | -2,5 | -6,6 | -2,6 | -4,7 |
| hôpitaux - forfait par admission | | 1,8 | -6,4 | -6,2 | -5,8 | -8,7 |
| hôpitaux - patients hospitalisés (total) | | 1,6 | -2,5 | -2,6 | -1,0 | -5,6 |
| total hôpitaux | | 10,2 | 4,4 | 5,2 | 5,4 | 2,3 |

Source : ¹ doc N et ² audit permanent, mai 2013, tableau noyau 3.1.1. et 3.1.5.2.

Analyse

B03X AUTRES PREPARATIONS ANTIANÉMIQUES

Schéma 132: évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (hôpitaux – tous les patients 2008 - 2012) pour la classe ATC B03X - Autres préparations antianémiques

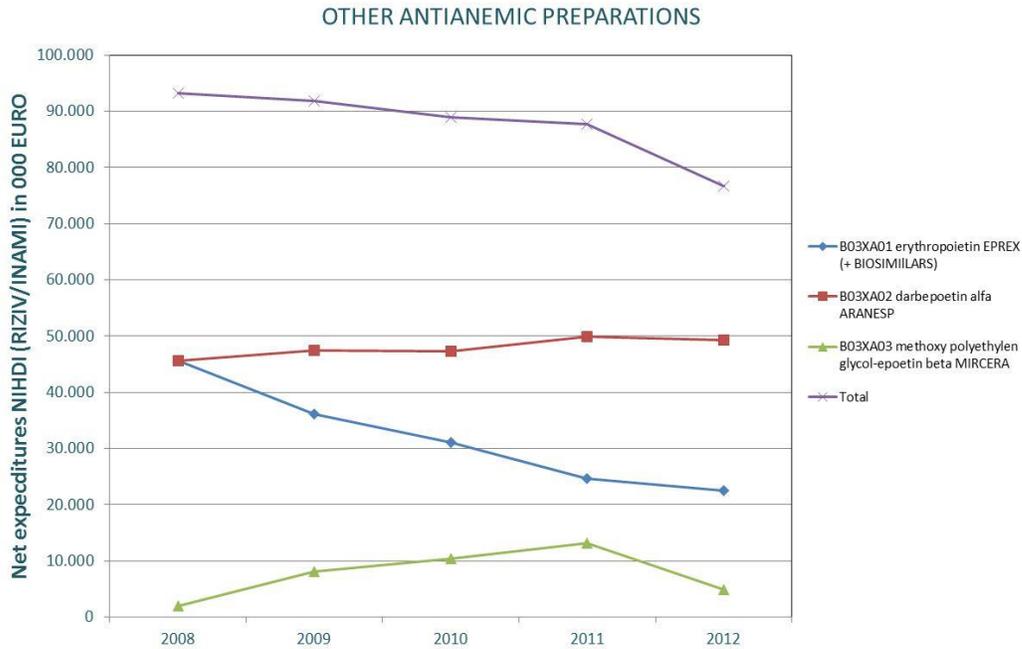
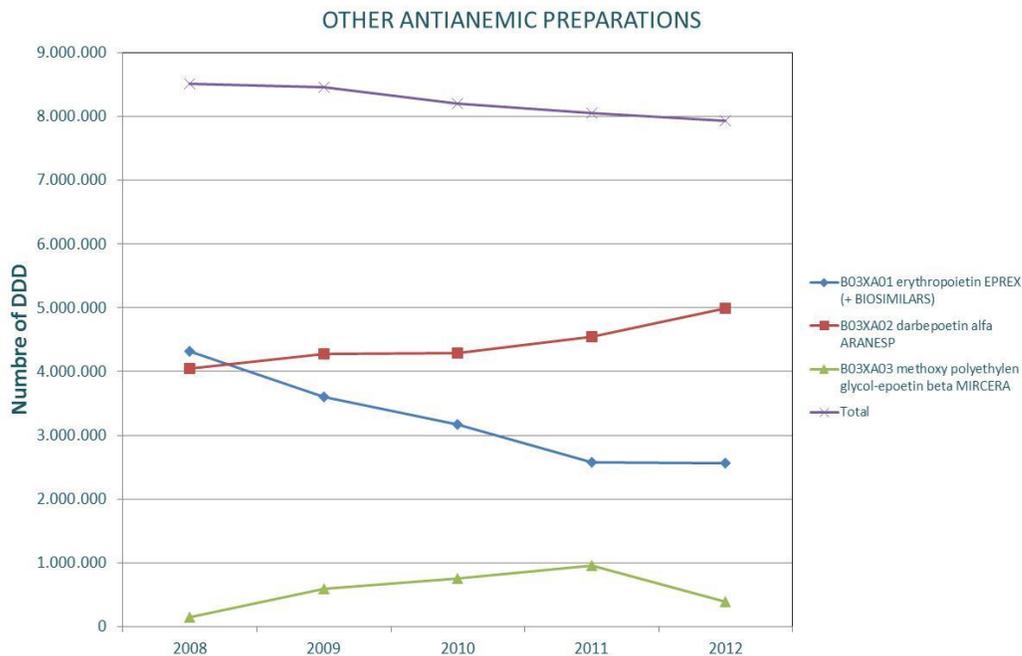


Schéma 133 : évolution de la consommation en DDD par an (hôpitaux – tous les patients 2008 - 2012) pour la classe ATC B03X - Autres préparations antianémiques



Plusieurs changements importants ont récemment été instaurés pour la classe B03XA (Autres préparations antianémiques).

Depuis le 1^{er} juillet 2012, les spécialités appartenant à cette classe sont désormais incluses dans le forfait médicaments. En compensation, le budget global pour le forfait hôpital a été augmenté de 7,5 millions d'euros.

Le 1^{er} septembre 2012, une nouvelle catégorie de remboursement Fa a été instaurée pour la classe B03XA. Celle-ci prévoit l'octroi d'une base de remboursement basée sur un montant fixe (avec pour conséquence une éventuelle déconnexion du prix et de la base de remboursement ; le patient ne doit jamais assumer la différence). Pour la classe B03XA, un montant fixe de traitement a été fixé à 8,1344 euros (prix ex-usine) par 1.000 UI d'équivalent érythropoïétine. De ce fait, la base de remboursement pour toutes les spécialités au sein de la classe B03XA a été mise au niveau de l'érythropoïétine originale la moins chère pour laquelle il existe une alternative biosimilaire disponible sur le marché belge, impliquant des diminutions significatives du coût unitaire INAMI en cas d'anémie d'origine rénale (estimées à moins 35% pour Aranesp, moins 34% pour Mircera) et de chimiothérapie (estimées à moins 26% pour Aranesp; l'utilisation de Mircera n'est pas indiquée dans ce cas-ci).

Dans le même temps, les conditions de remboursement ont été mises à jour le 1^{er} septembre 2012 avec entre autres l'exclusion des valeurs-cibles élevées pour l'hémoglobine.

Le schéma 132 montre que, depuis 2008, les dépenses nettes pour la classe B03XA en milieu hospitalier ont tendance à diminuer, avec un changement de tendance, à savoir, une baisse beaucoup plus importante, pour l'année 2012. Les dépenses nettes diminuent en 2012 de 12,60% par rapport à l'année 2011. Le nombre de DDD observé au cours de la période 2008-2011 tend également à diminuer. La consommation totale en hôpital (patients ambulatoires et hospitalisés) affiche, en revanche, la même tendance (légère baisse) que les années précédentes. En 2012, nous observons une diminution de 1,52% de la consommation de DDD par rapport à 2011.

Les spécialités appartenant à la classe B03XA sont principalement utilisées par des patients ambulatoires. Les patients ambulatoires occupent 91% de la consommation pour l'année 2012 et ont encore légèrement augmenté par rapport aux années précédentes (chaque fois une part de 87% pour les années 2009, 2010 et 2011).

Schéma 134 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (hôpitaux – patients ambulatoires 2008 - 2012) pour la classe ATC B03X - Autres préparations antianémiques

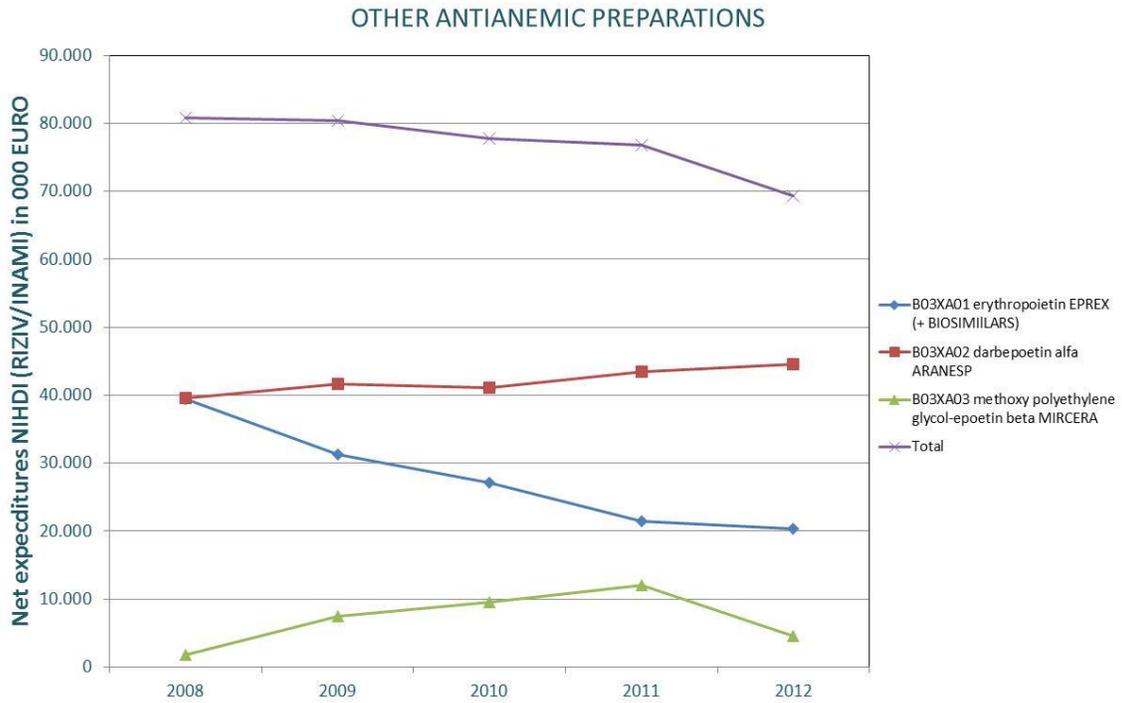


Schéma 135 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (hôpitaux – patients hospitalisés 2008 - 2012) pour la classe ATC B03X - Autres préparations antianémiques

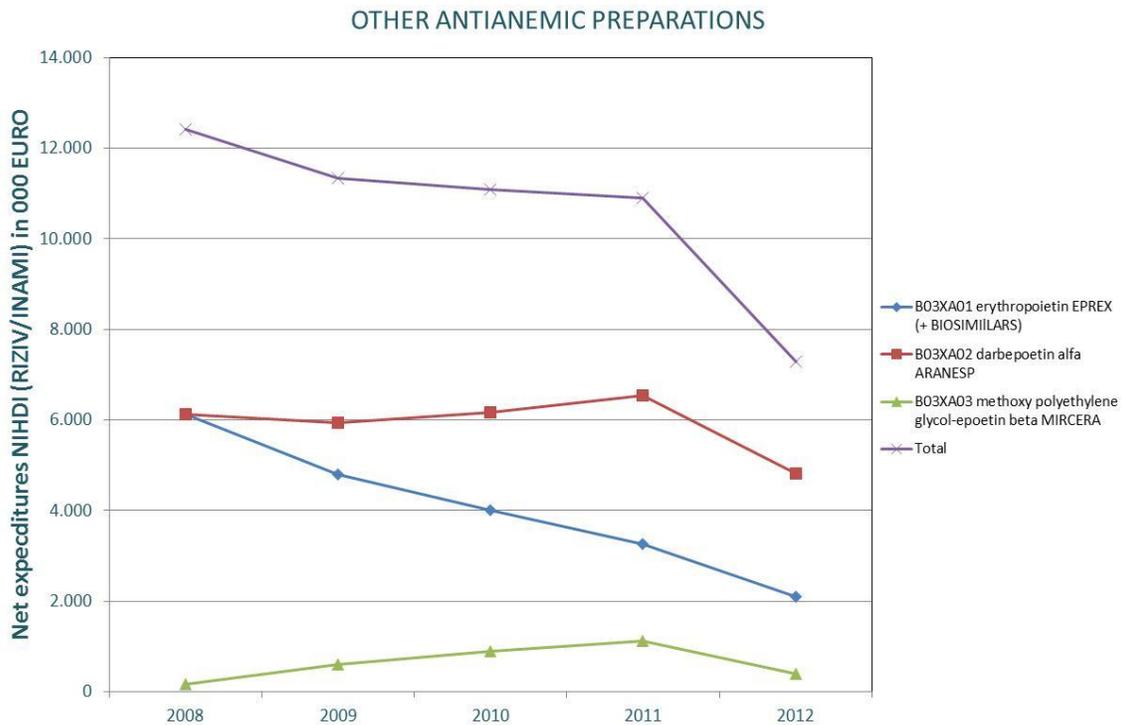


Schéma 136 : évolution de la consommation de DDD par an (hôpitaux – patients ambulatoires 2008 - 2012) pour la classe ATC B03X - Autres préparations antianémiques

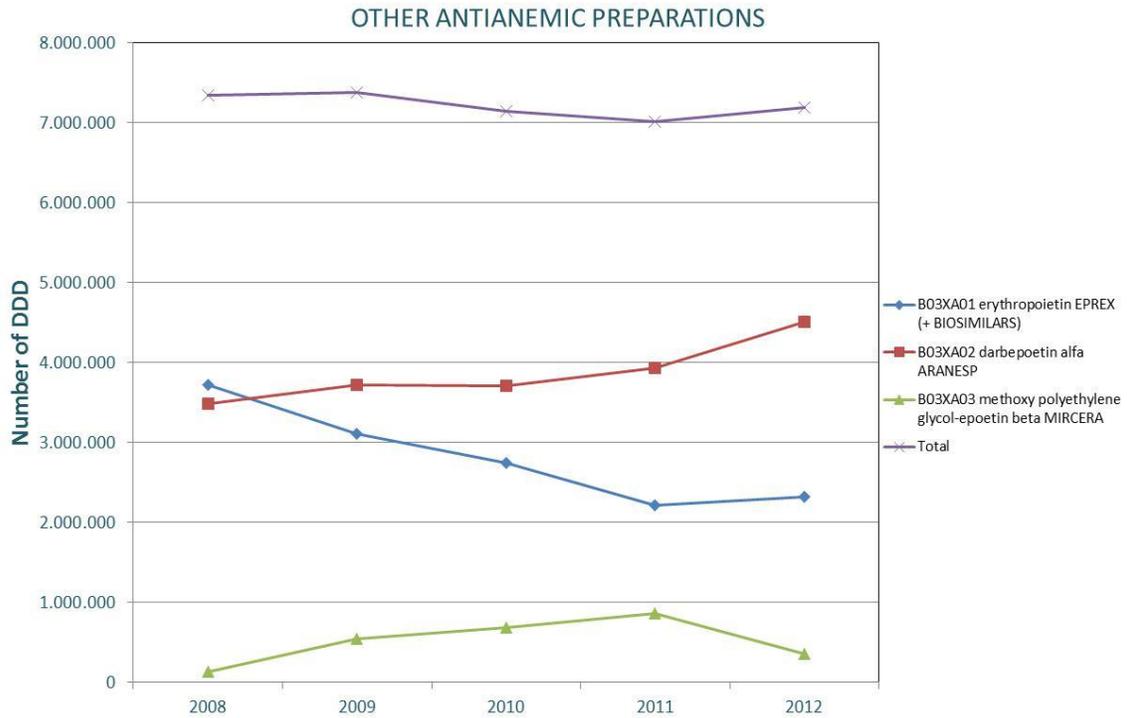
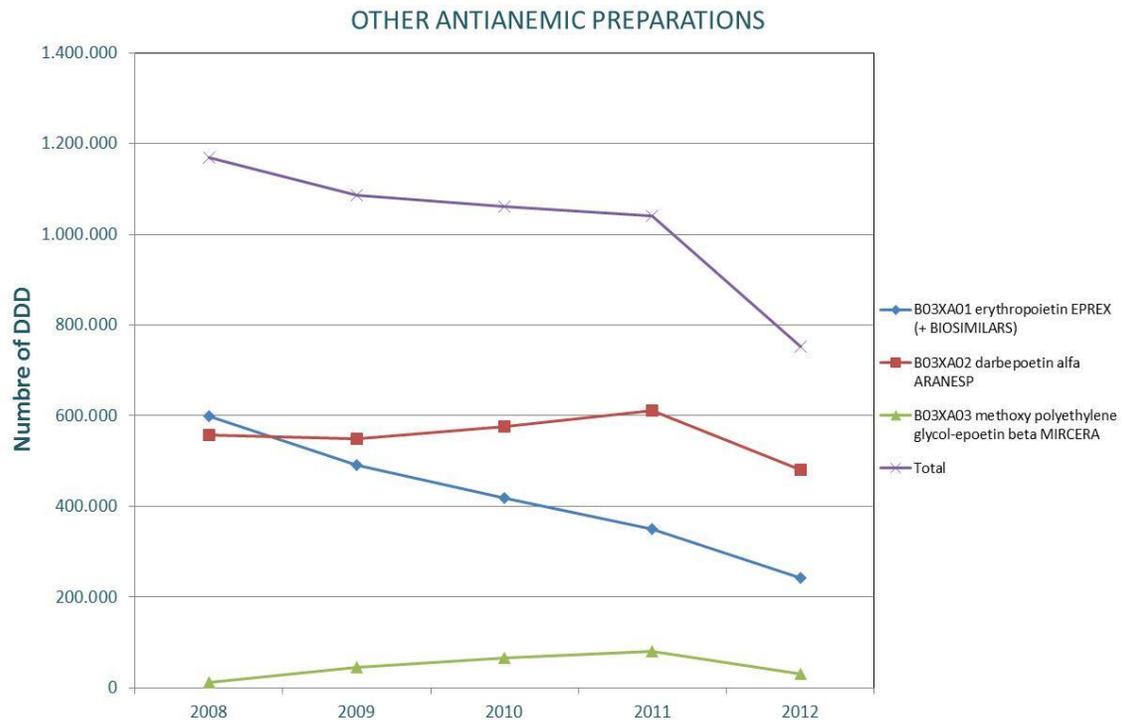


Schéma 137 : évolution de la consommation de DDD par an (hôpitaux – patients hospitalisés 2008 - 2012) pour la classe ATC B03X - Autres préparations antianémiques



En 2012, la consommation des patients ambulatoires montre une légère augmentation (2,37%) par rapport à la consommation en 2011 (voir schéma 136), alors que la consommation pour les patients hospitalisés à la même période (schéma 137) diminue fortement (moins 27,77%). Au cours du second semestre 2012, la nouvelle catégorie de remboursement Fa a été introduite et les modalités de remboursement ont été actualisées. Ces deux mesures s'appliquent tant pour les patients ambulatoires que pour les patients hospitalisés. En outre, la classe B03XA a été incluse dans le forfait médicaments à la même période, ce qui ne s'applique qu'aux patients hospitalisés.

Dans un rapport ultérieur, il conviendra d'évaluer à nouveau l'évolution des dépenses et de la consommation. En effet, d'une part, les chiffres de 2012 sont des données extrapolées et les mesures décrites ci-dessus ne sont appliquées que depuis une courte période de temps. D'autre part, le Ministre des Affaires sociales a pris une nouvelle mesure pour les médicaments appartenant à la classe B03XA, qui devrait générer une économie supplémentaire s'élevant à 10 millions d'euros. Le 18 octobre 2013, le Ministre des Affaires sociales a décidé de réduire le montant fixe par traitement à 5,70 euros (prix ex-usine) par 1.000 UI d'équivalent érythropoïétine. Cette mesure est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

L01 – ONCOLYTIQUES EN MILIEU HOSPITALIER

Un aperçu de tous les nouveaux oncolytiques, inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, et de tous les oncolytiques pour lesquels les modalités de remboursement ont été modifiées au cours de l'année 2012, est fourni avec le présent rapport en annexe 2.

À l'analyse du top 80% des dépenses pour les spécialités pharmaceutiques dans les hôpitaux (tableau 10), il a été constaté que la classe ATC L01 (cytostatiques) est responsable d'une proportion particulièrement importante des dépenses (tableau 15).

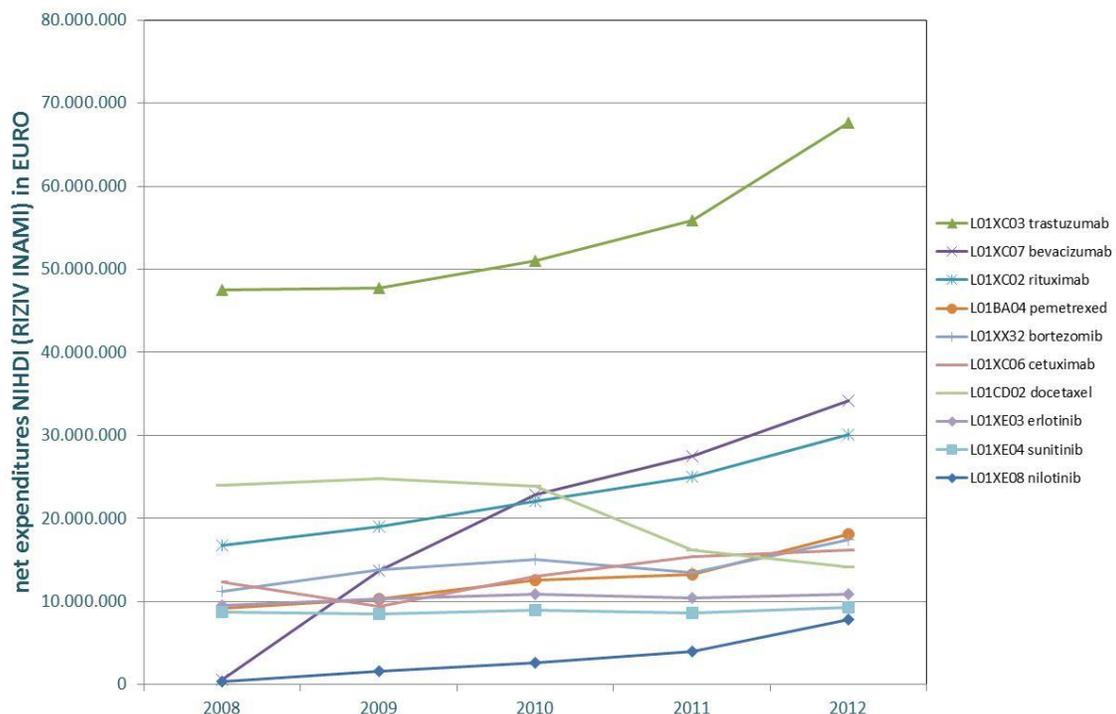
Il s'agit surtout de classes ATC pour lesquelles les dépenses ont enregistré, ou enregistrent actuellement, une croissance rapide.

Tableau 15 : évolution des dépenses pour les oncolytiques dans les hôpitaux

| ATC-3 | croissance 2010 par rapport à 2009 | croissance 2011 par rapport à 2010 | croissance 2012 par rapport à 2011 | total 2012 en millions d'euros |
|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| L01X AUTRES CYTOSTATIQUES | 12,9 % | 7,9 % | 17,4 % | 283,3 |
| L01B ANTIMETABOLITES | 17,5 % | 9,1 % | 16,0 % | 44,8 |
| L01C ALCALOÏDES ET AUTRES PRODUITS NATURELS | -3,0 % | -22,3 % | 0,0 % | 30,0 |
| L01D ANTIBIOTIQUES CYTOTOXIQUES ET APPARENTS | 1,4 % | -14,3 % | 6,7 % | 6,9 |
| L01A AGENTS ALKYLANTS | 8,5 % | -33,3 % | | 6,4 |

Une analyse détaillée révèle que l'augmentation des dépenses est majoritairement due à un nombre limité de molécules.

Schéma 138 : évolution des dépenses annuelles pour les oncolytiques dans les hôpitaux (patients ambulatoires 2008 – 2012) – en millions d'euros



Pour la classe L01, les dépenses se situent principalement auprès des patients non hospitalisés (90% des dépenses contre 10% pour les patients hospitalisés).

La molécule qui entraîne le coût le plus élevé est le trastuzumab (HERCEPTIN®) (20% de la classe ATC L01 en configuration ambulatoire). Les dépenses pour cette molécule augmentent, étant donné que le remboursement de l'Herceptin® a été étendu, à partir du 1^{er} octobre 2010, aux traitements de première ligne des patients atteints d'un adénocarcinome métastatique de l'estomac ou de la jonction gastro-oesophagienne avec une amplification du gène du Récepteur 2 du facteur de croissance Epidermique Humain (HER-2 ou Human Epidermal growth factor Receptor-2). En outre, l'inclusion des patients dans une étude de grande envergure sur le traitement adjuvant du cancer du sein, mis en place par la firme, a pris fin début 2010, ce qui implique que davantage de patients ont été repris dans le remboursement.

Les dépenses pour le bévacizumab (AVASTIN®) ont également augmenté suite à l'élargissement des conditions de remboursement :

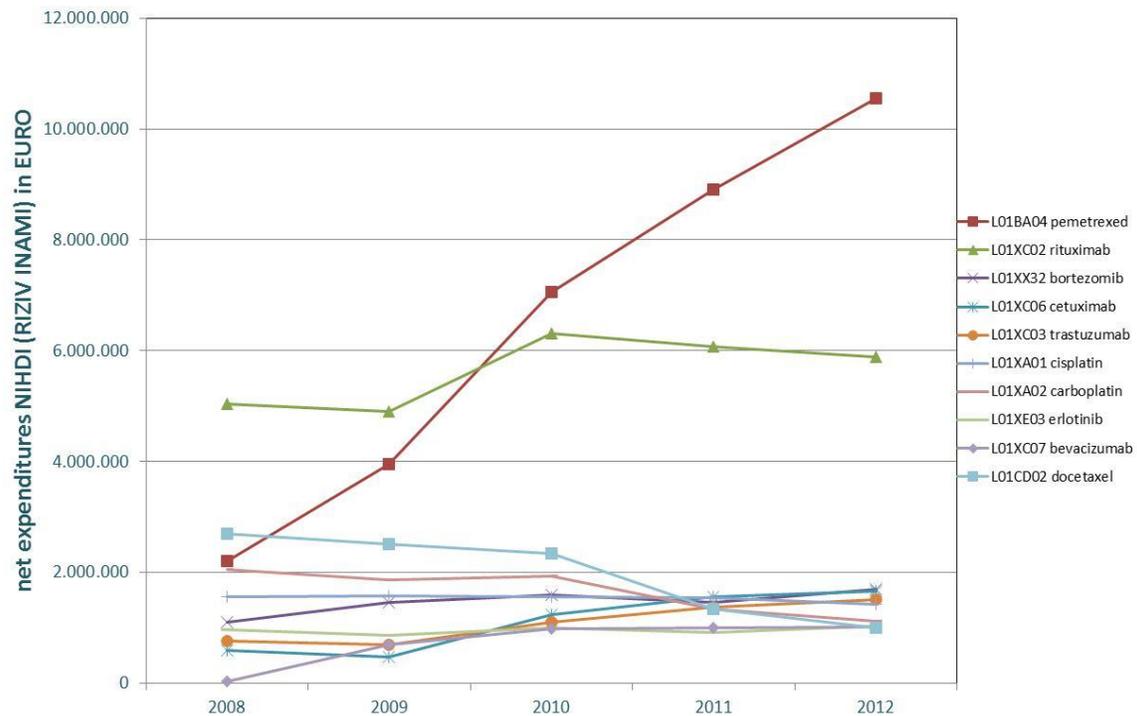
| Date | Indication |
|------------|--|
| 01.01.2010 | traitement de première ligne de patients atteints d'un carcinome métastatique du colon ou du rectum |
| 01.02.2010 | traitement de première ligne de patients atteints d'un cancer du sein métastatique triple-négatif (ER-négatif, PR-négatif et HER-2-négatif). |
| 01.05.2010 | traitement de première ligne de patients atteints d'un cancer du rein avancé et/ou métastatique |

Depuis 2010, les dépenses ont également augmenté pour une troisième molécule, le rituximab (MABTHERA®). Là encore les conditions de remboursement ont été étendues dans le courant de l'année 2010.

Depuis juin 2010, Mabthera est remboursé pour le traitement d'un patient atteint d'une leucémie lymphoïde chronique à cellules B non préalablement traitée, ou en association avec du cyclophosphamide et de la fludarabine pour le traitement des patients atteints d'une leucémie lymphoïde chronique à cellules B récidivante ou réfractaire.

Pour le docétaxel (TAXOTERE®) en revanche, on constate que les dépenses baissent à partir de 2010. Cette diminution est due à l'application du système de remboursement de référence pour cette molécule.

Schéma 139 : évolution des dépenses annuelles pour les oncolytiques dans les hôpitaux (patients hospitalisés 2008 – 2012) – en millions d’euros



La molécule qui entraîne le coût le plus élevé en milieu hospitalier (patients hospitalisés) est le pémétréxed (ALIMTA®) (27% de la classe ATC L01 en configuration hôpital). Ce chiffre peut s’expliquer par le fait qu’Alimta® est administré comme traitement d’entretien dans les hôpitaux. Depuis le 1^{er} mai 2009, Alimta® est remboursé en association avec le cisplatine pour le traitement des patients chimionéoplasiques qui souffrent d’un carcinome des bronches non à petites cellules, localement avancé ou métastatique. Ceci explique la forte hausse des dépenses pour cette molécule depuis le milieu de l’année 2009.

Étant donné que les conditions de remboursement pour la molécule rituximab (MABTHERA®) ont été élargies le 1^{er} mai 2010, c’est-à-dire pour le traitement des patients qui souffrent d’un lymphome non hodgkinien, on constate que les dépenses sont en légère hausse.

Dans le secteur hospitalier, on observe également une diminution des dépenses pour la molécule docétaxel (TAXOTERE®) grâce à l’entrée en vigueur du système du remboursement de référence et l’application simultanée de la mesure « vieux médicaments » (la diminution de prix pour les principes actifs qui sont remboursables depuis plus de 12 ou 15 ans) pour cette molécule depuis le 1^{er} avril 2011.

Médicaments orphelins

A la fin de l'année 2012, le nombre de médicaments orphelins remboursables était de 59.

Le nombre de patients ne peut pas être estimé sur base des dépenses hospitalières, toutefois via les Collèges de Médecins pour les Médicaments Orphelins, qui concernent 30 produits, le nombre de patients est estimé à près de 3.000.

La plupart des médicaments orphelins ne sont remboursables qu'en milieu hospitalier, ce qui explique leur importance dans ces dépenses. De plus, quasi la totalité est inscrite en catégorie A (à l'exception de un médicament).

Les deux schémas (140 et 141) ci-dessous montrent d'une part l'évolution intrinsèque des dépenses INAMI consacrées aux médicaments orphelins et d'autre part, leur proportion au sein des dépenses totales dédiées aux médicaments remboursables.

Schéma 140 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public et hôpitaux 2005 - 2011) pour les médicaments orphelins

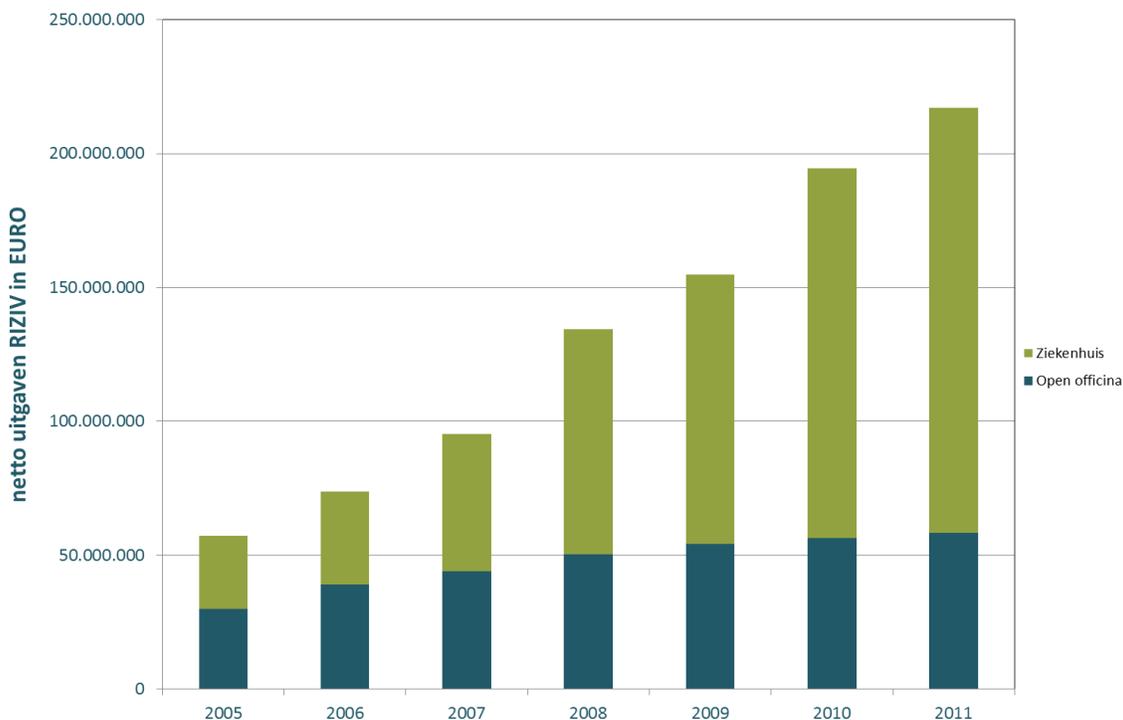
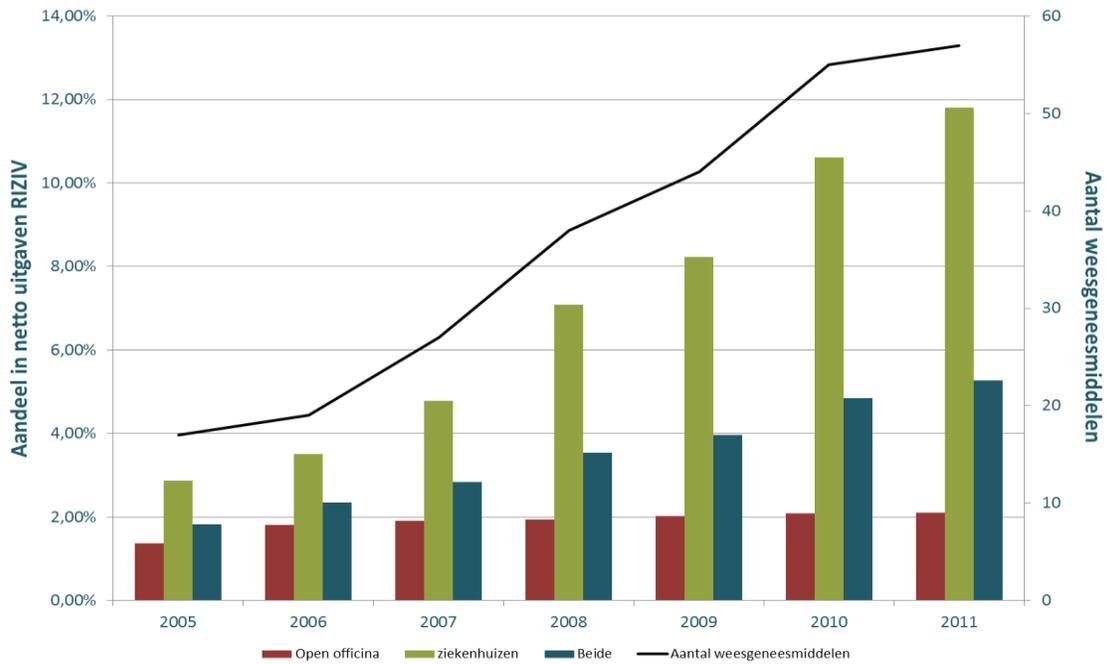


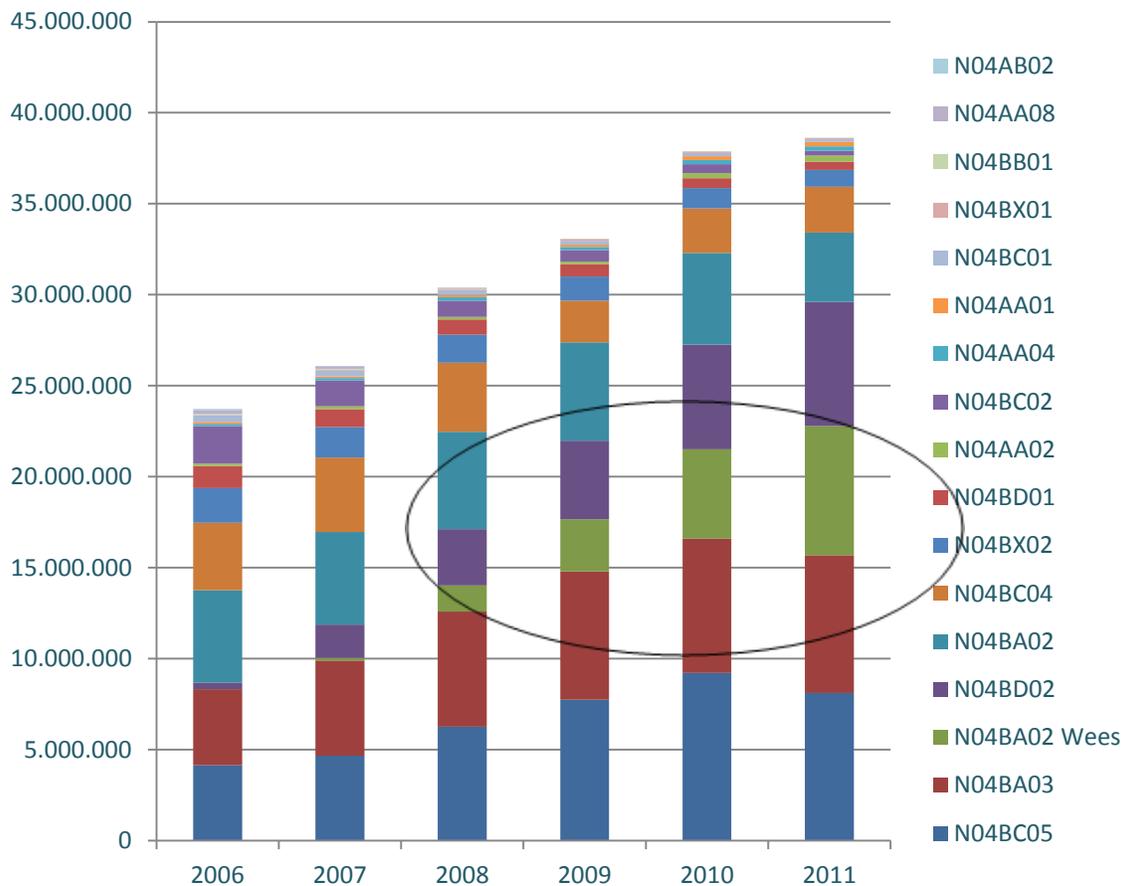
Schéma 141 : proportion des médicaments orphelins dans les dépenses totales nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public et hôpitaux 2005 - 2011)



De nombreux domaines médicaux sont concernés par l'utilisation de médicaments orphelins, en voici quelques exemples.

MALADIE DE PARKINSON

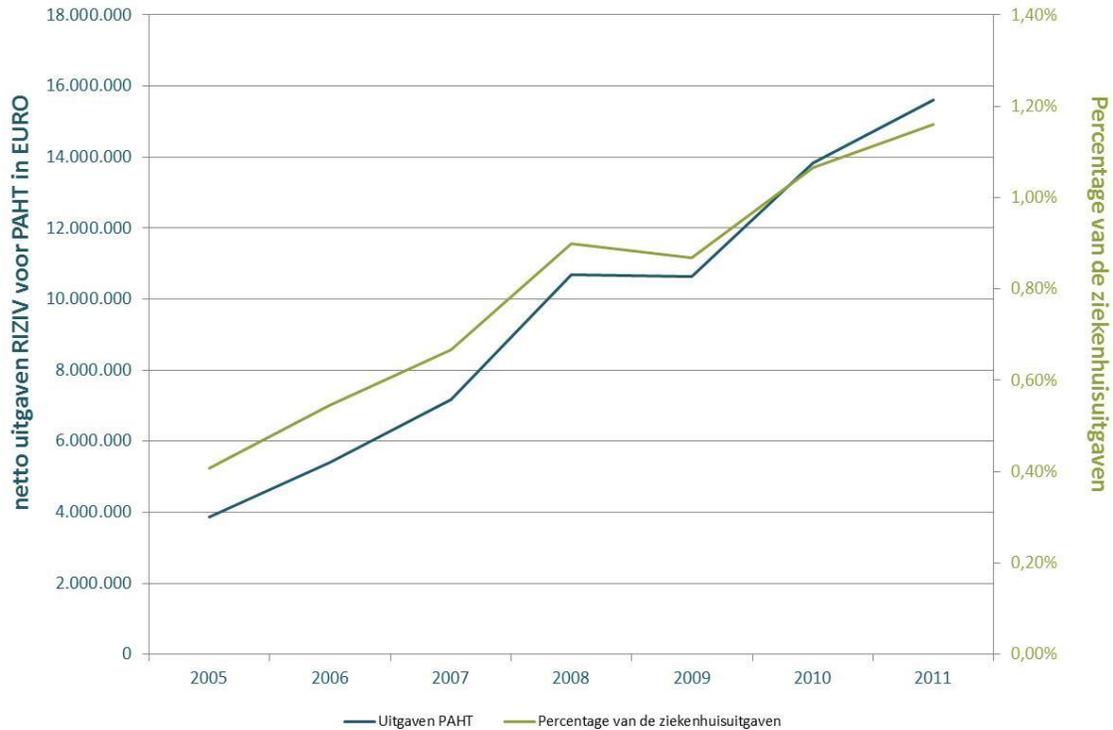
Schéma 142 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI (officines ouvertes au public et hôpitaux 2006 - 2011) pour la classe ATC N04 Antiparkinsoniens



La zone verte représente les dépenses générées par les médicaments orphelins utilisés en tant qu'antiparkinsoniens.

HYPERTENSION ARTERIELLE PULMONAIRE (HTAP)

Schéma 143 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI pour les HTAP – maladies rares (hôpitaux 2005 - 2011)

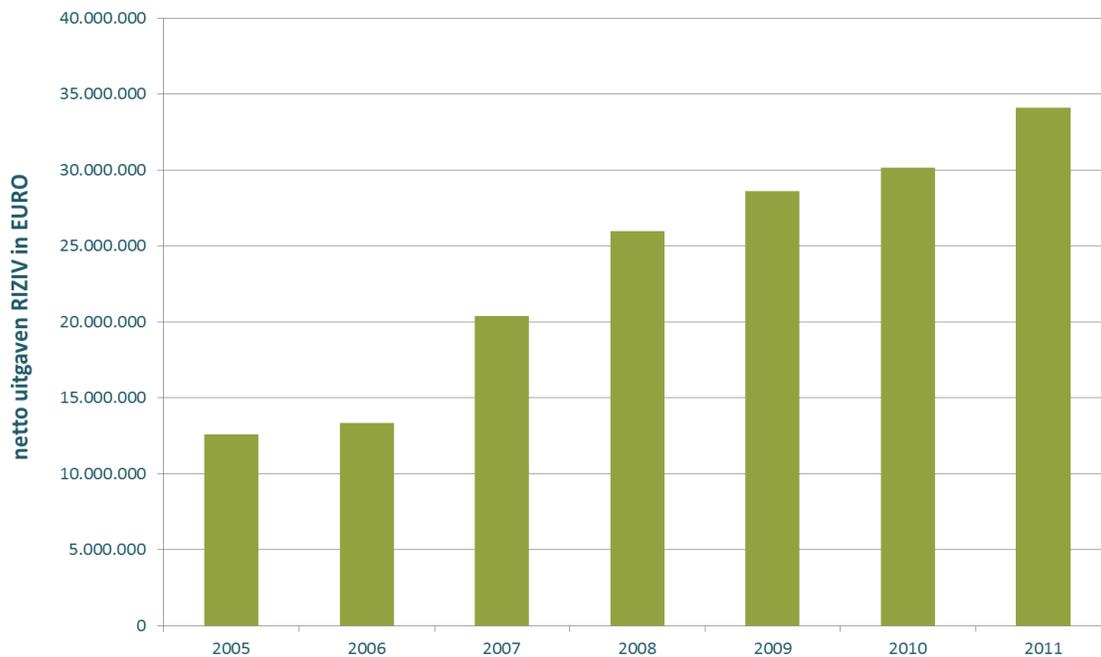


Le schéma 143 montre l'évolution des dépenses nettes générées pour l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP).

Dans les 7 médicaments concernés par cette analyse, un ne possède toutefois pas le statut de médicament orphelin. L'augmentation des dépenses au cours des ans est expliquée par deux facteurs : d'une part le nombre croissant de patients et d'autre part le passage graduel de la mono- vers la poly-médication lié de façon inhérente à cette indication. Sur base des données des Collèges existants pour certains de ces médicaments, le nombre de patients est ainsi passé, entre 2005 et 2011, de 100 à 300 et le coût annuel des combinaisons ou associations thérapeutiques de ces produits par patient a évolué de 39.000€ à 52.000 euros.

MALADIES METABOLIQUES

Schéma 144 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI pour les médicaments orphelins pour les troubles métaboliques (hôpitaux 2005 - 2011)



En comparant les budgets prévus et les données des Collèges concernés, le coût annuel par patient par médicament orphelin utilisé pour une maladie métabolique est ainsi estimé à 200.000 euros.

Dossier – Conventions « article 81 »

Base légale :

Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, art. 35 bis, § 7

Arrêté royal du 21. 12. 2001 fixant les procédures, les délais et les conditions de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des coûts engendrés par les spécialités pharmaceutiques – articles 81 jusqu'à 85 inclus

La procédure existe depuis le 28.02.2010.

Principe :

Si la Commission de Remboursement des Médicaments estime que la base de remboursement proposée par le demandeur ne respecte pas les critères énoncés en § 2, ou, si elle estime que l'inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables comporte des incertitudes d'un point de vue budgétaire, le demandeur peut proposer au Ministre d'entamer une procédure visant à conclure une convention avec l'Institut, qui prévoit des règles de compensation pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Une procédure de ce type peut être entamée dans le cadre d'une demande de remboursement d'un médicament classé par le demandeur en classe 1 ou d'un médicament orphelin, ou dans le cadre d'une demande de modification des modalités de remboursement pour une indication pour laquelle il existe une demande thérapeutique ou sociale, après une proposition négative définitive de la CRM ou si la CRM ne réussit pas à formuler une proposition définitive avec une majorité des 2/3.

Procédure : Clock-stop, 120 jours au sein desquels l'INAMI met en place un groupe de travail en vue des négociations entre le demandeur, les organismes-assureurs, l'INAMI, le Ministre des Affaires sociales et le Ministre du Budget.

La convention est signée entre l'INAMI et le demandeur, avec l'approbation du Ministre des Affaires sociales et le Ministre du Budget et stipule que la spécialité sera temporairement inscrite sur la liste (max. 3 ans). Durant cette période, le demandeur recueillera des informations supplémentaires justifiant le prix élevé pour la plus-value fournie.

LA COMMISSION DE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS

Généralités

La présente analyse évalue deux des variables pouvant être mesurées de manière objective et qui s'avèrent déterminantes pour l'accès à de nouveaux médicaments, innovants ou non, en Belgique : le nombre de demandes de remboursement introduites (dossiers) et les propositions par la Commission et décisions du Ministre pour les nouveaux médicaments pour lesquels une demande a été introduite.

A l'évaluation et l'interprétation des données, il convient de prendre en considération une série d'éléments importants :

1. Eléments généraux

- Le remboursement de médicaments en Belgique est dirigé par l'offre, ce qui signifie qu'il est fonction des demandes de remboursement introduites par les firmes pharmaceutiques. Il s'agit d'un facteur absolument déterminant pour l'ensemble des spécialités pharmaceutiques remboursables et important pour la vitesse de remboursement de nouveaux médicaments, innovants ou non.
- Pour les médicaments orphelins et les demandes de classe 1, la demande peut déjà être introduite à partir du moment où le demandeur dispose de l'avis favorable du Comité des médicaments à usage humain de l'EMA (European Medicines Agency).

Ces deux dernières possibilités n'ont été que peu utilisées jusqu'à présent.

2. Eléments spécifiques à cette analyse

- Les données qui ont été traitées proviennent de la banque de données administrative utilisée par le secrétariat de la Commission de Remboursement des Médicaments pour le monitoring permanent des procédures et des délais d'exécution. Pour l'analyse du nombre de dossiers, sont prises en considération toutes les données des dossiers introduits entre le 1er janvier 2003 et le 1er janvier 2013.
- Pour cette analyse, seuls les dossiers uniques entrent en ligne de compte. Cela signifie qu'en cas de demandes simultanées pour différents dosages/conditionnements de spécialités, les dossiers sont mis en commun si la firme responsable, le type de dossier, le jour « 0 » (le jour de la demande), le principe actif, la proposition de la Commission et la décision du Ministre sont identiques.
- L'analyse ne fait pas de distinction entre les premières demandes et les demandes renouvelées (nombre limité). En d'autres termes, chaque dossier unique est considéré comme un « nouveau dossier ». En effet, on ne peut faire une distinction objective entre les demandes de dossier renouvelées suite à une décision négative du Ministre et les demandes renouvelées suite au

- retrait du dossier à l'initiative de la firme, la motivation de cette initiative n'étant pas connue (par exemple « éviter » une notification négative en raison d'un risque d'atteinte à la réputation).
- Les analyses ne tiennent pas compte des dossiers traités au niveau administratif, c'est-à-dire sans intervention de la Commission, pour lesquels la procédure est limitée à 60 jours.

Nombre de dossiers

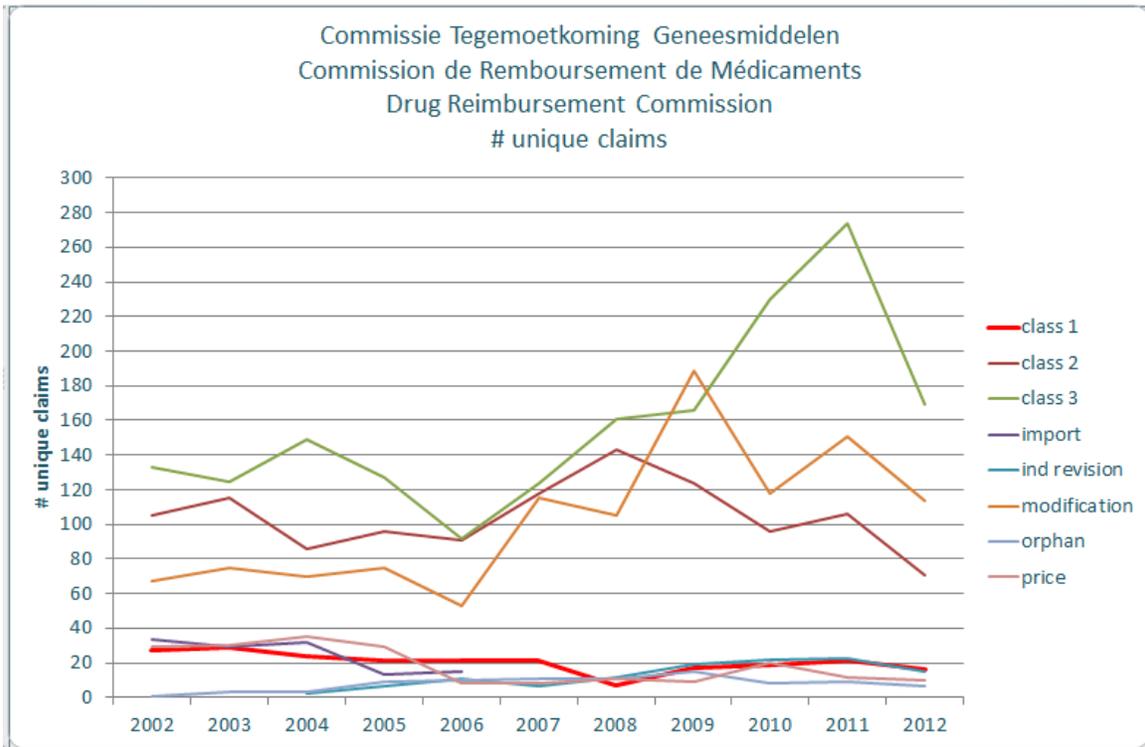
Le nombre de dossiers introduits en 2011 via la procédure CRM (arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques) est largement supérieur au nombre moyen de dossiers introduits par an ces 10 dernières années, avec des différences importantes en fonction du type de demande (voir Schéma 145). On constate en 2012 une baisse générale du nombre de dossiers introduits, quel que soit le type de demande, et le nombre de dossiers introduits en 2012 via la procédure CRM est légèrement inférieur au nombre moyen de dossiers introduits par an ces 10 dernières années.

Il est à noter que :

- Le nombre de demandes de classe 1 (en moyenne environ 25 par an jusqu'en 2006) semble décliner légèrement depuis le 1er semestre 2006 et a atteint le niveau le plus bas en 2008 (7 demandes). Entre 2009 et 2012, cette tendance à la baisse s'est (relativement) reprise : 17 demandes en 2009, 19 demandes en 2010, 21 demandes en 2011 et 16 demandes en 2012.
- Le nombre de demandes de médicaments orphelins était de 9 en 2011 et 7 en 2012.
- La tendance à la baisse des demandes de classe 2 et 3 s'est arrêtée en 2006 et depuis lors, une augmentation est à nouveau constatée (à suivre pour la classe 3).
- Le nombre élevé de demandes de modification des modalités de remboursement est frappante ; à noter que ces demandes concernent tant des extensions d'indications que des corrections plus techniques à réaliser dans le cadre de l'article 38. Attention donc : les chiffres du dernier semestre 2007 comprennent toutes les modifications de simvastatine de la catégorie C à la catégorie B. Ceci vaut également pour 2009, où il a été question, pour un grand nombre de dossiers, de modifications de la réglementation tarifaire (moyens de contraste), simplifications administratives (transferts vers chapitre I pour les sartans et les inhibiteurs de l'ECA – reformulation des modalités de remboursement en vue de l'accroissement de la cohérence de celles-ci pour les EPOs).

À ces données NE sont PAS ajoutées : pour 2010, 228 dossiers terminés « classe 3 – procédure administrative » ni 898 procédures « article 97 - propositions administratives de modifications/corrections à la liste »; pour 2011, 231 dossiers terminés « classe 3 – procédure administrative » ni 201 « procédures article 97 – propositions administratives de modifications/corrections à la liste »; pour 2012, 214 dossiers terminés « classe 3 –procédure administrative » ni 114 « procédures article 97 – propositions administratives de modifications/corrections à la liste ».

Schéma 145 : nombre de demandes par an (dossiers uniques – en ce compris, les procédures terminées, demandes annulées et procédures en cours)



Propositions de la Commission et Décisions du Ministre

L'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, stipule que les décisions du Ministre relatives aux demandes de remboursement des nouvelles spécialités pharmaceutiques doivent être signifiées aux demandeurs dans un délai de 180 jours civils, à compter de la demande (le jour « 0 »), sans tenir compte des suspensions éventuelles des procédures.

Le Ministre prend cette décision sur proposition de la Commission de Remboursement des Médicaments, qui est tenue de formuler cette proposition dans les 150 jours suivant la demande.

Le Ministre ne peut pas déroger à cette proposition de la Commission, sauf pour des raisons budgétaires ou sociales, et peut prendre cette décision seul si la Commission ne formule aucune proposition, dans les 150 jours prévus (la firme peut demander une suspension de la procédure dans deux diverses phases : l'évaluation et la proposition).

Les propositions de la Commission (tant positives que négatives) sont acceptées à la majorité des deux tiers – sans tenir compte des abstentions lors du vote. En d'autres termes, si, parmi les membres ayant le droit de vote, qui NE s'abstiennent PAS lors du vote, on n'atteint pas une majorité des deux tiers, ni pour une proposition d'inscription sur la liste d'un (nouveau) médicament, ni pour NE PAS l'inscrire, on considère que la Commission ne formule PAS de proposition.

Le Tableau 16 traduit la fréquence à laquelle, pour la période 2008-2012, une proposition négative ou positive est formulée par la Commission, pour les différents types de demandes, et la mesure dans laquelle on n'atteint pas la majorité des deux tiers permettant de formuler une telle proposition. Les annexes du présent rapport comportent des données détaillées pour les différentes années.

On remarque clairement que pour les dossiers considérés comme « difficiles » ou « onéreux », les médicaments de classe 1 et les médicaments orphelins, l'atteinte d'une majorité des deux tiers pour la formulation d'une proposition pose de plus gros problèmes (pour respectivement 36% et 18% pas de proposition), et qu'il est proposé plus fréquemment de ne pas rembourser ces mêmes médicaments (respectivement 27% et 20%).

Tableau 16: nombre de demandes uniques pour inscription dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables versus proposition de la Commission de Remboursement des Médicaments (2008-2012)

| 2008 - 2012 | positive | | negative | | no proposition | | total |
|--------------|----------|----|----------|----|----------------|----|--------|
| | number | % | number | % | number | % | number |
| class 1 | 22 | 37 | 16 | 27 | 21 | 36 | 59 |
| class 2 | 339 | 81 | 35 | 8 | 44 | 11 | 418 |
| class 3 | 825 | 94 | 49 | 6 | 7 | 1 | 881 |
| modification | 487 | 86 | 59 | 10 | 22 | 4 | 568 |
| orphan | 25 | 63 | 8 | 20 | 7 | 18 | 40 |
| total | 1698 | 86 | 167 | 8 | 101 | 5 | 1966 |

Le Tableau 17 traduit, pour la période 2008-2012, la mesure dans laquelle une proposition positive ou négative formulée par la Commission, pour les différents types de demandes, est suivie par le Ministre. Pour les dossiers pour lesquels la Commission n'a formulé aucune proposition, on examine dans quelle

mesure le Ministre a rendu une décision positive ou négative. Les annexes du présent rapport comportent également des données détaillées pour les différentes années.

Tableau 17: décisions du Ministre par rapport à la proposition de la CRM (dossiers uniques 2008 - 2012)

| 2008 – 2012 | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|------|---------------------------------------|-----|---------------------|------|---------|
| CTG CRM proposal | positive decision Min | | negative decision Min | | no decision Min (pos) | | no data (in procedure, suspended,...) | | withdrawn (company) | | total # |
| | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | |
| class 1 | 46 | 65,7 | 12 | 17,1 | - | - | 1 | 1,4 | 11 | 15,7 | 70 |
| positive prop | 22 | 100 | - | - | - | - | - | - | - | - | 22 |
| negative prop | 8 | 33,3 | 8 | 33,3 | - | - | - | - | 8 | 33,3 | 24 |
| no prop | 16 | 66,7 | 4 | 16,7 | - | - | 1 | 4,2 | 3 | 12,5 | 24 |
| class 2 | 351 | 78,7 | 56 | 12,6 | 2 | 0,4 | 9 | 2,0 | 27 | 6,1 | 445 |
| positive prop | 320 | 92,2 | 8 | 2,3 | 2 | 0,6 | 9 | 2,6 | 8 | 2,3 | 347 |
| negative prop | 5 | 9,6 | 30 | 57,7 | - | - | - | - | 17 | 32,7 | 52 |
| no prop | 26 | 56,5 | 18 | 39,1 | - | - | - | - | 2 | 4,3 | 46 |
| class 3 | 818 | 90,5 | 50 | 5,5 | 2 | 0,2 | 11 | 1,2 | 23 | 2,5 | 904 |
| positive prop | 814 | 96,6 | - | - | - | - | 11 | 1,3 | 18 | 2,1 | 843 |
| negative prop | 2 | 3,7 | 47 | 87,0 | - | - | - | - | 5 | 9,3 | 54 |
| no prop | 2 | 28,6 | 3 | 42,9 | 2 | 28,6 | - | - | - | - | 7 |
| modification | 477 | 82,2 | 60 | 10,3 | 5 | 0,9 | 27 | 4,7 | 11 | 1,9 | 580 |
| positive prop | 446 | 91,0 | 13 | 2,7 | 5 | 1,0 | 12 | 2,3 | 4,7 | 0,6 | 490 |
| negative prop | 15 | 22,4 | 42 | 62,7 | - | - | 2 | 3,0 | 8 | 11,9 | 23 |
| no prop | 16 | 69,6 | 5 | 21,7 | - | - | 2 | 8,7 | - | - | 26 |
| orphan | 31 | 70,5 | 9 | 20,5 | - | - | - | - | 4 | 9,1 | 44 |
| positive prop | 23 | 92,0 | 2 | 8 | - | - | - | - | - | - | 25 |
| negative prop | 3 | 27,3 | 5 | 45,5 | - | - | - | - | 3 | 27,3 | 11 |
| no prop | 5 | 62,5 | 2 | 25,0 | - | - | - | - | 1 | 12,5 | 8 |
| total | 1723 | 84,3 | 187 | 9,2 | 9 | 0,4 | 48 | 2,3 | 76 | 3,7 | 2043 |

Il ressort de ce tableau que le Ministre se rallie, dans la majeure partie des cas, aux propositions de la Commission.

Lorsque la Commission ne formule aucune proposition, le Ministre prend, dans un peu plus de 50% des cas, une décision favorable.

ANNEXE 1

FONCTIONNEMENT DE LA CRM Aperçu des résultats des procédures (AR 21 12 2001) pour les demandes de modification de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables 2010-2012

PROPOSITIONS DE LA CRM en fonction du TYPE DE DEMANDE

Tableau 18: nombre de demandes uniques pour inscription dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables versus proposition de la Commission de Remboursement des Médicaments (2010)

| 2010 | positive | | negative | | no proposition | | total number |
|--------------|----------|------|----------|------|----------------|------|-----------------|
| | number | % | number | % | number | % | |
| | class 1 | 6 | 55 % | 4 | 36 % | 1 | |
| class 2 | 69 | 86 % | 8 | 10 % | 3 | 4 % | 80 |
| class 3 | 200 | 95 % | 7 | 3 % | 3 | 1 % | 210 |
| modification | 83 | 79 % | 19 | 18 % | 3 | 3 % | 105 |
| orphan | 4 | 57 % | 1 | 14 % | 2 | 29 % | 7 |
| total | 362 | 88 % | 39 | 9 % | 12 | 3 % | 413 |

Tableau 19: nombre de demandes uniques pour inscription dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables versus proposition de la Commission de Remboursement des Médicaments (2011)

| 2011 | positive | | negative | | no proposition | | total number |
|--------------|----------|------|----------|------|----------------|------|-----------------|
| | number | % | number | % | number | % | |
| | class 1 | 4 | 21 % | 7 | 37 % | 8 | |
| class 2 | 42 | 62 % | 11 | 16 % | 14 | 21 % | 68 |
| class 3 | 195 | 87 % | 27 | 12 % | 2 | 1 % | 224 |
| modification | 102 | 88 % | 9 | 8 % | 5 | 4 % | 116 |
| orphan | 4 | 67 % | 2 | 33 % | - | - | 6 |
| total | 347 | 80 % | 56 | 13 % | 29 | 7 % | 433 |

Tableau 20: nombre de demandes uniques pour inscription dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables versus proposition de la Commission de Remboursement des Médicaments (2012)

| 2012 | positive | | negative | | no proposition | | total number |
|--------------|----------|------|----------|------|----------------|------|-----------------|
| | number | % | number | % | number | % | |
| | class 1 | 1 | 9 % | 4 | 36 % | 6 | |
| class 2 | 43 | 86 % | 2 | 4 % | 5 | 10 % | 50 |
| class 3 | 140 | 94 % | 8 | 5 % | 1 | 1 % | 149 |
| modification | 58 | 84 % | 8 | 12 % | 3 | 4 % | 69 |
| orphan | 2 | 50 % | 1 | 25 % | 1 | 25 % | 4 |
| total | 244 | 86 % | 23 | 8 % | 16 | 6 % | 283 |

DECISIONS DU MINISTRE en fonction de la PROPOSITION DE LA CRM

Tableau 21: décisions du Ministre en fonction de la proposition de la CRM (dossiers uniques 2010)

| 2010 | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|-------------|----------|-------------|---------------------|---------------|------------|
| | positive decision Min | | negative decision Min | | no decision Min (pos) | | no data | | withdrawn (company) | | total |
| CTG CRM proposal | number | % | number | % | number | % | number | % | number | % | number |
| class 1 | 8 | 57,1 % | 3 | 21,4 % | - | - | - | - | 3 | 21,4 % | 14 |
| positive prop | 6 | 100 % | - | - | - | - | | | | | 6 |
| negative prop | 1 | 16,7 % | 3 | 50% | - | - | - | - | 2 | 33,3 % | 6 |
| no prop | 1 | 50% | - | | | | - | - | 1 | 50% | 2 |
| class 2 | 68 | 81,9 % | 10 | 12% | 1 | 1,2% | 1 | 1,2% | 3 | 3,6% | 83 |
| positive prop | 65 | 92,9 % | 2 | 2,9% | 1 | 1,4% | 1 | 1,4% | 1 | 1,4% | 70 |
| negative prop | 1 | 10% | 7 | 70% | - | - | - | - | 2 | 20% | 10 |
| no prop | 2 | 66,7 % | 1 | 33,3 % | - | - | - | - | - | - | 3 |
| class 3 | 201 | 95,3 % | 7 | 3,3% | 1 | 0,5% | 1 | 0,5% | 1 | 0,5% | 211 |
| positive prop | 199 | 99% | - | - | - | - | 1 | 0,5% | 1 | 0,5% | 201 |
| negative prop | - | - | 7 | 100% | - | - | - | - | - | - | 7 |
| no prop | 2 | 66,7 % | - | - | 1 | 33,3 % | - | - | - | - | 3 |
| modification | 80 | 74,1 % | 24 | 22,2 % | - | - | 1 | 0,9% | 3 | 2,8% | 108 |
| positive prop | 74 | 88,1 % | 9 | 10,7 % | - | - | - | - | 1 | 1,2% | 84 |
| negative prop | 3 | 14,3 % | 15 | 71,4 % | - | - | 1 | 4,8% | 2 | 9,5% | 21 |
| no prop | 3 | 100 % | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 |
| orphan | 6 | 75,0 % | 1 | 12,5 % | - | - | - | - | 1 | 12,5 % | 8 |
| positive prop | 4 | 100 % | - | - | - | - | - | - | - | - | 4 |
| negative prop | - | - | 1 | 100% | - | - | - | - | - | - | 1 |
| no prop | 2 | 66,7 % | - | - | - | - | - | - | 1 | 33,3 % | 3 |
| total | 363 | 85,6 % | 45 | 10,6 % | 2 | 0,5% | 3 | 0,7% | 11 | 2,6% | 424 |

Tableau 22: décisions du Ministre en fonction de la proposition de la CRM (dossiers uniques 2011)

| 2011 | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------|------------|-------------|---------------------|-------------------|------------|
| | positive decision Min | | negative decision Min | | no decision Min (pos) | | no data | | withdrawn (company) | | total |
| CTG CRM proposal | num ber | % | num ber | % | num ber | % | num ber | % | num ber | % | numb er |
| class 1 | 15 | 75% | 3 | 15% | - | - | 1 | 5% | 1 | 5% | 20 |
| positive prop | 4 | 100% | - | - | - | - | - | - | - | - | 4 |
| negative prop | 5 | 62,5 % | 2 | 25% | - | - | - | - | 1 | 12,5 % | 8 |
| no prop | 6 | 75% | 1 | 12,5 % | - | - | 1 | 12,5 % | - | - | 8 |
| | | | | | | | | | | | |
| class 2 | 49 | 64,5 % | 18 | 23,7 % | - | - | 1 | 1,3% | 8 | 10,5 % | 76 |
| positive prop | 41 | 93,2 % | - | - | - | - | 1 | 2,3% | 2 | 4,5% | 44 |
| negative prop | - | - | 11 | 64,7 % | - | - | - | - | 6 | 35,3 % | 17 |
| no prop | 8 | 53,3 % | 7 | 46,7 % | - | - | - | - | - | - | 15 |
| | | | | | | | | | | | |
| class 3 | 194 | 81,5 % | 29 | 12,2 % | - | - | 1 | 0,4% | 14 | 5,9% | 238 |
| positive prop | 194 | 93,7 % | - | - | - | - | 1 | 0,5% | 12 | 5,8% | 207 |
| negative prop | - | - | 27 | 93,1 % | - | - | - | - | 2 | 6,9% | 29 |
| no prop | - | - | 2 | 100% | - | - | - | - | - | - | 2 |
| | | | | | | | | | | | |
| modification | 97 | 80,8 % | 12 | 10% | 3 | 2,5% | 4 | 3,3% | 4 | 3,3 | 120 |
| positive prop | 92 | 89,3 % | 3 | 2,9% | 3 | 2,9% | 4 | 3,9% | 1 | 1% | 103 |
| negative prop | 4 | 33,3 % | 5 | 41,7 % | - | - | - | - | 3 | 25% | 12 |
| no prop | 1 | 20% | 4 | 80% | - | - | - | - | - | - | 5 |
| | | | | | | | | | | | |
| orphan | 3 | 42,9 % | 3 | 42,9 % | - | - | - | - | 1 | 14,3 % | 7 |
| positive prop | 3 | 75% | 1 | 25% | - | - | - | - | - | - | 4 |
| negative prop | - | - | 2 | 66,7 % | - | - | - | - | 1 | 33,3 % | 3 |
| no prop | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | | | | | | | | | | | |
| total | 358 | 77,7 % | 65 | 14,1 % | 3 | 0,7% | 7 | 1,5% | 28 | 6,1% | 461 |

Tableau 23: décisions du Ministre en fonction de la proposition de la CRM (dossiers uniques 2012)

| 2012 | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------|------------|-------------------|---------------------|-------------------|------------|
| | positive decision Min | | negative decision Min | | no decision Min (pos) | | no data | | withdrawn (company) | | total |
| CTG CRM proposal | num ber | % | num ber | % | num ber | % | num ber | % | num ber | % | numb er |
| class 1 | 8 | 61,5 % | 3 | 23,1 % | - | - | - | - | 2 | 15,4 % | 13 |
| positive prop | 1 | 100% | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| negative prop | 1 | 20% | 3 | 60% | - | - | - | - | 1 | 20% | 5 |
| no prop | 6 | 85,7 % | - | - | - | - | - | - | 1 | 14,3 % | 7 |
| class 2 | 42 | 77,8 % | 3 | 5,6% | - | - | 5 | 9,3% | 4 | 7,4% | 54 |
| positive prop | 38 | 84,4 % | - | - | - | - | 5 | 11,1 % | 2 | 4,4% | 45 |
| negative prop | - | - | 2 | 50% | - | - | - | - | 2 | 50% | 4 |
| no prop | 4 | 80% | 1 | 20% | - | - | - | - | - | - | 5 |
| class 3 | 134 | 87% | 8 | 5,2% | 1 | 0,6% | 6 | 3,9% | 5 | 3,2% | 154 |
| positive prop | 134 | 94,4 % | - | - | - | - | 6 | 4,2% | 2 | 1,4% | 142 |
| negative prop | - | - | 8 | 72,7 % | - | - | - | - | 3 | 27,3 % | 11 |
| no prop | - | - | - | - | 1 | 100% | - | - | - | - | 1 |
| modification | 48 | 64,9 % | 4 | 5,4% | - | - | 18 | 24,3 % | 4 | 5,4% | 74 |
| positive prop | 43 | 72,9 % | - | - | - | - | 15 | 25,4 % | 1 | 1,7% | 59 |
| negative prop | 3 | 27,3 % | 4 | 36,4 % | - | - | 1 | 9,1% | 3 | 27,3 % | 11 |
| no prop | 2 | 50% | - | - | - | - | 2 | 50% | - | - | 4 |
| orphan | 4 | 66,7 % | - | - | - | - | - | - | 2 | 33,3 % | 6 |
| positive prop | 2 | 100% | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 |
| negative prop | 1 | 33,3 % | - | - | - | - | - | - | 2 | 66,7 % | 3 |
| no prop | 1 | 100% | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| total | 236 | 78,4 % | 18 | 6% | 1 | 0,3% | 29 | 9,6% | 17 | 5,6% | 301 |

ANNEXE 2

APERÇU DES MESURES D'ÉCONOMIE 2011 - 2012

2011

Mesures d'économie

Approfondissement du système du remboursement de référence :

Le système du remboursement de référence subit un approfondissement :

- jusqu'à -31% à l'ouverture initiale du « cluster » (au lieu de -30%)
- jusqu'à -6% 2 ans après l'ouverture initiale du « cluster » (au lieu de -4%)
- jusqu'à -5,5% 4 ans l'ouverture initiale du « cluster » (au lieu de -3,5%)

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} avril 2011)

Approfondissement de la mesure « vieux médicaments » :

La diminution des prix pour les « vieux médicaments » est approfondie :

- jusqu'à -17% après 12 ans (au lieu de -15%)
- jusqu'à -19% après 15 ans (au lieu de -17%)

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} avril 2011)

2012

Mesures d'économie

Délivrance obligatoire des médicaments « les moins chers » en cas de prescription sous DCI

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} avril 2012)

Délivrance obligatoire des médicaments « les moins chers » pour certaines classes de médicaments (molécules dont le brevet a expiré) – prescription sous DCI automatique pour les antimycosiques et les antibiotiques pour les traitements aigus.

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} mai 2012)

Dans le secteur ambulatoire, récupération des réductions sur les médicaments prescrits sous DCI (politique des génériques)

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} juillet 2012)

Détermination d'une base de remboursement uniforme pour les IPP.

Par ailleurs, une base de remboursement maximale est fixée par conditionnement pour chaque molécule au sein de la classe des IPP.

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} juin 2012)

Diminution du volume illicite dans le chapitre IV par le biais d'un renforcement du contrôle effectué par les organismes-assureurs.

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} janvier 2012)

Système du remboursement de référence :

Réduction de moitié de l'exception pour les différentes formes de molécules hors brevet :
Les exceptions liées à l'application du système du remboursement de référence, à savoir les formes injectables, les formes galéniques possédant une valeur thérapeutique reconnue et les isomères, sels et esters de la spécialité originale, sont remplacées par une réduction de moitié du pourcentage de diminution dans le cadre du système du remboursement de référence.

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} avril 2012)

Approfondissement orienté du système de remboursement de référence : Catégorie A

Le système du remboursement de référence pour les médicaments disposant d'un remboursement par l'assurance-maladie de 100% (catégorie A) subit un approfondissement (jusqu'à -41% de l'ouverture initiale du « cluster » au lieu de -31% et avec -7% supplémentaires au lieu de -5,5% 4 ans après l'ouverture initiale du « cluster »).

En raison de leur caractère vital pour le patient, les médicaments remboursés en catégorie A sont exonérés d'un quote-part personnel du patient.

Leur admission dans le système du remboursement de référence n'entraîne aucune concurrence en termes de prix.

Cette mesure assure que la dynamique des diminutions de prix soit stimulée dans le secteur post-brevet.

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} avril 2012)

Baisse des prix modulaire de 1,95% :

Le prix et la base de remboursement de toutes les spécialités pharmaceutiques remboursables au 01.01.2012 est diminué de 1,95% au 1^{er} avril 2012. Les firmes ont toutefois la possibilité d'adapter cette diminution et de réduire considérablement le prix de certains produits afin que d'autres spécialités soient exonérées de la diminution.

Afin de limiter un effet pervers éventuel pour les molécules sujettes à la concurrence, les diminutions se limitent à un pourcentage maximum.

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} avril 2012)

Indexation des plafonds des tickets modérateurs

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} janvier 2012)

Mesure d'économie des médicaments sur le budget des hôpitaux – récupération d'une partie des réductions offertes aux hôpitaux par les firmes pharmaceutiques :

La compensation des réductions offertes par les firmes pharmaceutiques aux hôpitaux et les dispositifs médicaux par l'assurance-maladie est exécutée via une récupération annuelle de 15 millions d'euros à partir de l'enveloppe 2012/2013 des médicaments forfaitarisés dans les hôpitaux.

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} juillet 2012)

Politique globale pour l'oxygénothérapie :

Plusieurs dispositions mènent à une diminution du prix de l'oxygène : limitation des indications remboursables, amélioration du contrôle sur le respect des prescriptions, diminution du forfait hospitalier et de l'honoraire du pharmacien d'officine ouverte au public.

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} juillet 2012)

Inclusion des érythropoïétines dans le forfait hospitalier pour les médicaments et le forfait dialyse :

Plusieurs classes de médicaments tombant de plein droit hors du forfait sont supprimées de cette liste de médicaments qui tombent de plein droit hors du forfait, afin d'offrir au groupe de travail « forfaitarisation des médicaments en hôpital » (groupe de travail sous la supervision de la CRM) la possibilité d'inclure ces médicaments dans le forfait hospitalier.

Cette inclusion dans le forfait hospitalier s'accompagne d'une adaptation du montant forfaitaire. Le montant supplémentaire généré par l'inclusion des érythropoïétines dans ce forfait, est calculé en tenant compte des biosimilaires disponibles sur le marché belge et est estimé à 6372 millions d'euros (75% des 8496 millions d'euros).

La liste des médicaments qui ne sont pas repris dans le forfait est modifiée en mars 2012 (par un arrêté ministériel suivant une décision du Ministre) afin que le montant du forfait soit adapté le 1^{er} juillet 2012.

Les médicaments repris dans la liste des coûts liés à une dialyse et étant remboursés par l'assurance-maladie, sont définis plus clairement.

L'inclusion des érythropoïétines dans le forfait dialyse, s'accompagne d'une adaptation du montant du forfait dialyse.

Le montant supplémentaire généré par l'inclusion des érythropoïétines dans le forfait dialyse est calculé en tenant compte des biosimilaires disponibles sur le marché belge.

(Cette mesure est d'application depuis le 1^{er} juillet 2012)

ANNEXE 3

ONCOLYTIQUES

Aperçu des modifications de la liste des spécialités pharmaceutiques
remboursables (annexe AR 21 12 2001)
[nouvelles inscriptions et modifications des modalités de remboursement
(nouvelles indications remboursables)]

| SPÉCIALITÉ | INDICATION | DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR |
|--|--|-------------------------------------|
| <p>CARBOPLATIN SANDOZ 10 mg/ml solution pour perfusion intraveineuse</p> <p>1 flacon injectable 100 ml</p> <p>→ demande de remboursement classe 3</p> | <p>Le carboplatine est utilisé en monothérapie ou en association avec un autre médicament antitumoral pour le traitement d'un carcinome ovarien avancé.</p> | <p>01-11-2012</p> |
| <p>DOXORUBICIN ACCORD HEALTHCARE 2 mg/ml solution à diluer pour perfusion intraveineuse</p> <p>1 flacon injectable 5 ml 1 flacon injectable 25 ml 1 flacon injectable 100 ml</p> <p>DOXORUBICIN ACTAVIS 2 mg/ml solution à diluer pour perfusion intraveineuse</p> <p>1 flacon injectable 50 ml</p> <p>→ demande de remboursement classe 3</p> | <p>Doxorubicine est souvent utilisée dans une combinaison d'une chimiothérapie avec d'autres médicaments cytostatiques. Doxorubicin Actavis est indiqué dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carcinome du poumon à petites cellules (SCLC) - Cancer du sein - Carcinome des ovaires récurrent - Traitement systémique d'un carcinome localement avancé ou métastatique de la vessie - Traitement adjuvant et néo-adjuvant d'un ostéosarcome - Sarcome avancé des tissus mous à l'âge adulte - Sarcome d'Ewing - Maladie de Hodgkin - Lymphome non-hodgkinien très maligne - Traitement par induction et consolidation d'une leucémie lymphatique aiguë - Leucémie aiguë myéloblastique - Myélome multiple avancé - Cancer de l'endomètre avancé ou récurrent - Tumeur de Wilms (au stade II des variantes très malignes, tous les stades avancés [III-IV]) - Carcinome papillaire/folliculaire avancé ou récurrent de la thyroïde - Carcinome de la thyroïde anaplastique - Neuroblastome avancé - Prophylaxe intravésical de récurrence d'un carcinome superficiel de la vessie après une résection transurétrale (TUR) | <p>01-10-2012</p> <p>01-11-2012</p> |
| <p>IDARUBICIN EBEWE 1 mg/ml solution à diluer pour perfusion intraveineuse</p> <p>1 flacon injectable 10 ml 1 flacon injectable 20 ml</p> <p>→ demande de remboursement classe 3</p> | <p>La spécialité est remboursée si elle est prescrite pour le traitement d'une leucémie aiguë myéloblastique ou pour le traitement de seconde ligne d'une leucémie aiguë lymphoblastique.</p> | <p>01-11-2012</p> |

| | | |
|--|--|-------------------|
| <p>METHOTREXATE SANDOZ 100 mg/ml solution à diluer pour pour perfusion intraveineuse</p> <p>1 flacon injectable 1 x 5 ml 1 flacon injectable 1 x 10 ml 1 flacon injectable 1 x 50 ml</p> <p>→ demande de remboursement classe 3</p> | <p>Traitement de différentes maladies malignes comme la leucémie lymphatique aiguë (ALL), le cancer du sein et l'ostéosarcome.</p> | <p>01-10-2012</p> |
| <p>SPRYCEL</p> <p>comprimés pelliculés 60 x 20 mg comprimés pelliculés 60 x 50 mg comprimés pelliculés 60 x 70 mg comprimés pelliculés 30 x 100 mg</p> <p>→ modification des modalités de remboursement</p> | <p>Le traitement d'une leucémie myéloïde chronique avec chromosome de Philadelphie positif (présence d'un gène Bcr/Abl, ou Breakpoint cluster region/Abelson gene) mis en évidence par analyse cytogénétique et/ou par analyse PCR (Polymerase Chain Reaction) en cas de résistance à un traitement antérieur comprenant un autre inhibiteur de la tyrosine kinase, ou en cas d'intolérance qui, selon le jugement clinique du médecin spécialiste en médecine interne, possédant une qualification particulière en hématologie, justifie un arrêt de traitement par cet autre inhibiteur de la tyrosine kinase chez un bénéficiaire, dès l'âge de 18 ans, dont la leucémie myéloïde chronique se trouve dans la phase chronique.</p> <p>Le traitement d'une leucémie myéloïde chronique avec chromosome de Philadelphie positif (présence d'un gène Bcr/Abl, ou Breakpoint cluster region/Abelson gene) mis en évidence par analyse cytogénétique et/ou par analyse PCR (Polymerase Chain Reaction) en cas de résistance à un traitement antérieur comprenant un autre inhibiteur de la tyrosine kinase, ou en cas d'intolérance qui, selon le jugement clinique du médecin spécialiste en médecine interne, possédant une qualification particulière en hématologie, justifie un arrêt de traitement par cet autre inhibiteur de la tyrosine kinase chez un bénéficiaire, dès l'âge de 18 ans, dont la leucémie myéloïde chronique se trouve dans la phase accélérée ou en crise blastique.</p> <p>Le traitement de la leucémie aiguë lymphoblastique avec chromosome de Philadelphie positif, (mis en évidence par analyse cytogénétique et/ou par analyse PCR [Polymerase chain Reaction]) en cas de résistance à un traitement antérieur ou en cas d'intolérance qui, selon le jugement clinique du praticien justifie un arrêt de traitement antérieur, chez un bénéficiaire dès l'âge de 18 ans.</p> | <p>01-10-2012</p> |

ANNEXE 4

APERÇU DES SCHÉMAS

| | |
|--|----|
| SCHEMA 1 : EVOLUTION DES DEPENSES ANNUELLES NETTES INAMI POUR LES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC ET HOPITAUX) (2005 – 2012)..... | 5 |
| SCHEMA 2 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI EN OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC VERSUS NOMBRE DE PATIENTS (UNIQUES) TRAITES (2009 – 2012)..... | 9 |
| SCHEMA 3 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A02B MEDICAMENTS CONTRE L'ACIDITE GASTRIQUE ET LE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN | 11 |
| SCHEMA 4 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A02B MEDICAMENTS CONTRE L'ACIDITE GASTRIQUE ET LE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN | 11 |
| SCHEMA 5 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A02B MEDICAMENTS CONTRE L'ACIDITE GASTRIQUE ET LE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN..... | 12 |
| SCHEMA 6 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A02B MEDICAMENTS CONTRE L'ACIDITE GASTRIQUE ET LE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN..... | 13 |
| SCHEMA 7 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A02B MEDICAMENTS CONTRE L'ACIDITE GASTRIQUE ET LE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN | 14 |
| SCHEMA 8 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10 MEDICAMENTS ANTIDIABETIQUES | 15 |
| SCHEMA 9 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10 MEDICAMENTS ANTIDIABETIQUES | 15 |
| SCHEMA 10 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10 INSULINES ET ANALOGUES..... | 16 |
| SCHEMA 11 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10 INSULINES ET ANALOGUES..... | 16 |
| SCHEMA 12 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10 INSULINES ET ANALOGUES..... | 17 |
| SCHEMA 13 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10 INSULINES ET ANALOGUES..... | 18 |
| SCHEMA 14 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10 INSULINES ET ANALOGUES..... | 18 |
| SCHEMA 15 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10B MEDICAMENTS HYPOGLYCEMIANTS, A L'EXCEPTION DES INSULINES..... | 19 |
| SCHEMA 16 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10B MEDICAMENTS HYPOGLYCEMIANTS, A L'EXCEPTION DES INSULINES..... | 19 |
| SCHEMA 17 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10B MEDICAMENTS HYPOGLYCEMIANTS, A L'EXCEPTION DES INSULINES..... | 21 |
| SCHEMA 18 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10B MEDICAMENTS HYPOGLYCEMIANTS, A L'EXCEPTION DES INSULINES ET DE LA METFORMINE..... | 21 |
| SCHEMA 19 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10B MEDICAMENTS HYPOGLYCEMIANTS, A L'EXCEPTION DES INSULINES..... | 22 |
| SCHEMA 20 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 - 2012) POUR LA CLASSE ATC A10B MEDICAMENTS HYPOGLYCEMIANTS, A L'EXCEPTION DES INSULINES..... | 22 |
| SCHEMA 21 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC B01A ANTITHROMBOTIQUES..... | 23 |
| SCHEMA 22 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC B01A ANTITHROMBOTIQUES..... | 23 |

| | |
|--|----|
| SCHEMA 23 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC B01A ANTITHROMBOTIQUES | 24 |
| SCHEMA 24 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC B01A ANTITHROMBOTIQUES | 24 |
| SCHEMA 25 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 - 2012) POUR LA CLASSE ATC B01A ANTITHROMBOTIQUES | 26 |
| SCHEMA 26 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09 INHIBITEURS DU SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE | 27 |
| SCHEMA 27 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09 INHIBITEURS DU SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE | 27 |
| SCHEMA 28 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09A INHIBITEURS DE L'ECA..... | 28 |
| SCHEMA 29 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09A INHIBITEURS DE L'ECA..... | 28 |
| SCHEMA 30 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09A INHIBITEURS DE L'ECA..... | 29 |
| SCHEMA 31 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09A INHIBITEURS DE L'ECA..... | 30 |
| SCHEMA 32 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09A INHIBITEURS DE L'ECA | 30 |
| SCHEMA 33 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09B INHIBITEURS DE L'ECA, ASSOCIATIONS | 31 |
| SCHEMA 34 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09B INHIBITEURS DE L'ECA, ASSOCIATIONS | 31 |
| SCHEMA 35 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09B INHIBITEURS DE L'ECA, ASSOCIATIONS | 32 |
| SCHEMA 36 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09B INHIBITEURS DE L'ECA, ASSOCIATIONS | 33 |
| SCHEMA 37 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09B INHIBITEURS DE L'ECA, ASSOCIATIONS..... | 33 |
| SCHEMA 38 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LES CLASSES ATC C09A ET C09B INHIBITEURS DE L'ECA, ASSOCIATIONS..... | 34 |
| SCHEMA 39 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LES CLASSES ATC C09A ET C09B INHIBITEURS DE L'ECA..... | 35 |
| SCHEMA 40 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 - 2012) POUR LES CLASSES ATC C09A ET C09B INHIBITEURS DE L'ECA..... | 35 |
| SCHEMA 41 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09C SARTANS | 36 |
| SCHEMA 42 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09D SARTANS ET ASSOCIATIONS | 36 |
| SCHEMA 43 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09C SARTANS | 36 |
| SCHEMA 44 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09C SARTANS | 37 |
| SCHEMA 45 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09C SARTANS | 38 |
| SCHEMA 46 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09C SARTANS | 38 |
| SCHEMA 47 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09D SARTANS ET ASSOCIATIONS | 39 |
| SCHEMA 48 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09D SARTANS ET ASSOCIATIONS | 40 |

| | |
|--|----|
| SCHEMA 49 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09D SARTANS ET ASSOCIATIONS | 41 |
| SCHEMA 50 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC C09D SARTANS ET ASSOCIATIONS | 41 |
| SCHEMA 51 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C09C ET C09 ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II | 42 |
| SCHEMA 5 2: EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC C09C ET C09 ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II..... | 42 |
| SCHEMA 53 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C10A AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS..... | 43 |
| SCHEMA 54 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C10A AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS..... | 44 |
| SCHEMA 55 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C10A AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS..... | 45 |
| SCHEMA 56 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C10A AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS..... | 46 |
| SCHEMA 57 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC C10A AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS | 46 |
| SCHEMA 58 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C10B AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS, ASSOCIATIONS | 47 |
| SCHEMA 59 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C10B AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS, ASSOCIATIONS | 47 |
| SCHEMA 60 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C10B AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS, ASSOCIATIONS | 48 |
| SCHEMA 61 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C10B AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS, ASSOCIATIONS | 48 |
| SCHEMA 62 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC C10B AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS, ASSOCIATIONS | 49 |
| SCHEMA 63 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC C10 AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS | 50 |
| SCHEMA 64 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC C10 AGENTS HYPOLIPIDIEMIANTS | 50 |
| SCHEMA 65 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC J05A ANTIVIRAUX A EFFET DIRECTE | 51 |
| SCHEMA 66 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LES ANTIVIRAUX DESTINES AU TRAITEMENT DE L'HERPES..... | 51 |
| SCHEMA 67 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LES ANTIVIRAUX DESTINES AU TRAITEMENT DE L'HERPES..... | 52 |
| SCHEMA 68 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LES ANTIVIRAUX DESTINES AU TRAITEMENT DE L'HERPES..... | 52 |
| SCHEMA 69 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LES ANTIVIRAUX DESTINES AU TRAITEMENT DE L'HERPES..... | 53 |
| SCHEMA 70 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LES ANTIVIRAUX DESTINES AU TRAITEMENT DE L'HERPES | 53 |
| SCHEMA 71 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LES ANTIVIRAUX DESTINES AU TRAITEMENT DU HIV | 54 |
| SCHEMA 72 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LES ANTIVIRAUX DESTINES AU TRAITEMENT DU HIV | 54 |
| SCHEMA 73 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 – 2012) POUR LES ANTIVIRAUX DESTINES AU TRAITEMENT DU HIV | 55 |
| SCHEMA 74 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 – 2012) POUR LES ANTIVIRAUX DESTINES AU TRAITEMENT DU HIV | 55 |

| | |
|--|----|
| SCHEMA 76 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC L04A IMMUNOSUPPRESSEURS | 57 |
| SCHEMA 77 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC L04A IMMUNOSUPPRESSEURS | 57 |
| SCHEMA 78 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC L04A IMMUNOSUPPRESSEURS | 58 |
| SCHEMA 79 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC L04A IMMUNOSUPPRESSEURS | 59 |
| SCHEMA 80 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 2012) POUR LA CLASSE ATC L04A IMMUNOSUPPRESSEURS | 60 |
| SCHEMA 81 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC M05B MEDICAMENTS AGISSANT SUR LA STRUCTURE OSSEUSS ET LA MINERALISATION..... | 61 |
| SCHEMA 82 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC M05B MEDICAMENTS AGISSANT SUR LA STRUCTURE OSSEUSE ET LA MINERALISATION | 61 |
| SCHEMA 83 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC M05B MEDICAMENTS AGISSANT SUR LA STRUCTURE OSSEUSE ET LA MINERALISATION..... | 62 |
| SCHEMA 84 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC M05B MEDICAMENTS AGISSANT SUR LA STRUCTURE OSSEUSSE ET LA MINERALISATION | 63 |
| SCHEMA 85 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC M05B MEDICAMENTS AGISSANT SUR LA STRUCTURE OSSEUSSE ET LA MINERALISATION | 63 |
| SCHEMA 86 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC N03A ANTIEPILEPTIQUES..... | 64 |
| SCHEMA 87 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC N03A ANTIEPILEPTIQUES..... | 65 |
| SCHEMA 88 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC N03A ANTIEPILEPTIQUES | 66 |
| SCHEMA 89 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC N03A ANTIEPILEPTIQUES | 67 |
| SCHEMA 90 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC N03A ANTIEPILEPTIQUES | 67 |
| SCHEMA 91 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC N06A ANTIDEPRESSEURS..... | 68 |
| SCHEMA 92 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC N05A ANTIPSYCHOTIQUES | 68 |
| SCHEMA 93 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC N06A ANTIDEPRESSEURS..... | 68 |
| SCHEMA 94 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC N06A ANTIDEPRESSEURS..... | 69 |
| SCHEMA 95 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC N06A ANTIDEPRESSEURS..... | 70 |
| SCHEMA 96 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC N06A ANTIDEPRESSEURS | 71 |
| SCHEMA 97 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 – 2012) POUR LA CLASSE ATC N005A ANTIPSYCHOTIQUES | 72 |
| SCHEMA 98 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC N05A ANTIPSYCHOTIQUES | 73 |
| SCHEMA 99 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC N05A ANTIPSYCHOTIQUES | 74 |
| SCHEMA 100 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC N05AX13 PALIPERIDONE | 75 |
| SCHEMA 101 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC N05A ANTIPSYCHOTIQUES..... | 76 |

| | |
|---|----|
| SCHEMA 102 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC R03A SYMPATHICOMIMETIQUES POUR INHALATION..... | 77 |
| SCHEMA 103 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC R03B AUTRES MEDICAMENTS POUR INHALATION..... | 77 |
| SCHEMA 104 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC R03A SYMPATHICOMIMETIQUES POUR INHALATION..... | 79 |
| SCHEMA 105 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC R03A SYMPATHICOMIMETIQUES POUR INHALATION..... | 79 |
| SCHEMA 106 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC R03A SYMPATHICOMIMETIQUES POUR INHALATION..... | 80 |
| SCHEMA 107 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC R03A SYMPATHICOMIMETIQUES POUR INHALATION | 80 |
| SCHEMA 108 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC R03A SYMPATHICOMIMETIQUES A LONGUE DUREE D’ACTION | 81 |
| SCHEMA 109 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC R03A SYMPATHICOMIMETIQUES A LONGUE DUREE D’ACTION | 82 |
| SCHEMA 110 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC R03A SYMPATHICOMIMETIQUES A LONGUE DUREE D’ACTION..... | 82 |
| SCHEMA 111 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC R03A SYMPATHICOMIMETIQUES A LONGUE DUREE D’ACTION | 83 |
| SCHEMA 112 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC R03B ANTICHOLINERGIQUES | 84 |
| SCHEMA 113 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC R03B ANTICHOLINERGIQUES | 84 |
| SCHEMA 114 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC R03B ANTICHOLINERGIQUES | 85 |
| SCHEMA 115 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC R03A ANTICHOLINERGIQUES..... | 85 |
| SCHEMA 116 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS TRAITES PAR LABA (R03AC), LABA + CORTICOÏDES (R03AK), GLUCOCORTICOÏDES (R03BA) ET ANTICHOLINERGIQUES (R03BB) (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012)... | 86 |
| SCHEMA 117 : EVOLUTION DES DEPENSES POUR LES LABA (R03AC), LABA + CORTICOÏDES (R03AK), GLUCOCORTICOÏDES (R03BA) ET ANTICHOLINERGIQUES (R03BB) (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 – 2012) | 87 |
| SCHEMA 118 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC R03A ET R03B MEDICAMENTS DESTINES AU TRAITEMENT DE L’ASTHME ET DES BPOC..... | 87 |
| SCHEMA 119 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC H01C HORMONES HYPOTHALAMIQUES..... | 88 |
| SCHEMA 120 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC H01C HORMONES HYPOTHALAMIQUES..... | 88 |
| SCHEMA 121 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC H01C HORMONES HYPOTHALAMIQUES..... | 89 |
| SCHEMA 122 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC H01C HORMONES HYPOTHALAMIQUES..... | 90 |
| SCHEMA 123 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC H01C HORMONES HYPOTHALAMIQUES | 90 |
| SCHEMA 124 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2003 - 2012) POUR LA CLASSE ATC H03A HORMONES THYROÏDIENNES..... | 92 |
| SCHEMA 125 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES INAMI PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC H03A HORMONES THYROÏDIENNES..... | 92 |
| SCHEMA 126 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC H03A HORMONES THYROÏDIENNES..... | 93 |

| | |
|--|-----|
| SCHEMA 127 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC H03A HORMONES THYROÏDIENNES..... | 94 |
| SCHEMA 128 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PATIENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2009 – 2012) POUR LA CLASSE ATC H03A HORMONES THYROÏDIENNES | 94 |
| SCHEMA 129 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR PATIENT PAR MOIS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC H03A HORMONES THYROÏDIENNES..... | 96 |
| SCHEMA 130 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD PAR GROUPE D'AGE PAR AN (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC H03AA01 ELTHYRONE..... | 96 |
| SCHEMA 131 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (HOPITAUX 2005-2012) | 100 |
| SCHEMA 132: EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (HOPITAUX – TOUS LES PATIENTS 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC B03X - AUTRES PREPARATIONS ANTIANEMIQUES | 104 |
| SCHEMA 133 : EVOLUTION DE LA CONSOMMATION EN DDD PAR AN (HOPITAUX – TOUS LES PATIENTS 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC B03X - AUTRES PREPARATIONS ANTIANEMIQUES | 104 |
| SCHEMA 134 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (HOPITAUX – PATIENTS AMBULATOIRES 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC B03X - AUTRES PREPARATIONS ANTIANEMIQUES | 106 |
| SCHEMA 135 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (HOPITAUX – PATIENTS HOSPITALISES 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC B03X - AUTRES PREPARATIONS ANTIANEMIQUES | 106 |
| SCHEMA 136 : EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE DDD PAR AN (HOPITAUX – PATIENTS AMBULATOIRES 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC B03X - AUTRES PREPARATIONS ANTIANEMIQUES | 107 |
| SCHEMA 137 : EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE DDD PAR AN (HOPITAUX – PATIENTS HOSPITALISES 2008 - 2012) POUR LA CLASSE ATC B03X - AUTRES PREPARATIONS ANTIANEMIQUES | 107 |
| SCHEMA 139 : EVOLUTION DES DEPENSES ANNUELLES POUR LES ONCOLYTIQUES DANS LES HOPITAUX (PATIENTS HOSPITALISES 2008 – 2012) – EN MILLIONS D'EUROS..... | 111 |
| SCHEMA 140 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC ET HOPITAUX 2005 - 2011) POUR LES MEDICAMENTS ORPHELINS..... | 112 |
| SCHEMA 141 : PROPORTION DES MEDICAMENTS ORPHELINS DANS LES DEPENSES TOTALES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC ET HOPITAUX 2005 - 2011) | 113 |
| SCHEMA 142 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC ET HOPITAUX 2006 - 2011) POUR LA CLASSE ATC N04 ANTIPARKINSONIENS | 114 |
| SCHEMA 143 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI POUR LES HTAP – MALADIES RARES (HOPITAUX 2005 - 2011) | 115 |
| SCHEMA 144 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI POUR LES MEDICAMENTS ORPHELINS POUR LES TROUBLES METABOLIQUES (HOPITAUX 2005 - 2011) | 116 |

APERÇU DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| TABLEAU 1 : EVOLUTION DES DEPENSES ANNUELLES NETTES INAMI POUR LES MEDICAMENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC ET HOPITAUX) (2005 – 2012) | 5 |
| TABLEAU 2 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI POUR LES MEDICAMENTS (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2005 – 2012)..... | 7 |
| TABLEAU 3 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI POUR LES MEDICAMENTS – TOP 80% (OFFICINE OUVERTE AU PUBLIC)..... | 7 |
| TABLEAU 4 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS (UNIQUES) TRAITES EN OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC (EN 000) PAR CLASSE ATC3 | 9 |
| TABLEAU 5 : INDICATIONS REMBOURSABLES (PLUS PARAGRAPHE ET DATE D'ENTREE EN VIGUEUR) DES DIFFERENTS INHIBITEURS TNF (L04AB + STELARA), REMBOURSABLES EN OFFICINE PUBLIQUE OUVERTE AU PUBLIC..... | 60 |
| TABLEAU 6 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DDD POUR L'ATC N05AX13..... | 75 |
| TABLEAU 7 : NOMBRE DE PATIENTS TRAITES AUX SYMPATHICOMIMETIQUES (R03A), ANTICHOLINERGIQUES ET CORTICOSTEROÏDES POUR INHALATION (R03B) (OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC 2008 – 2012) | 86 |

| | |
|--|-----|
| TABLEAU 8 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS TRAITES PAR HORMONE DE LA GLANDE THYROÏDE (ATC H03A) | 95 |
| TABLEAU 9 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI POUR LES MEDICAMENTS (HOPITAUX 2005 – 2012) | 97 |
| TABLEAU 10 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI POUR LES MEDICAMENTS – TOP 80% (HOPITAUX) | 97 |
| TABLEAU 11 : PROPORTION DES DEPENSES POUR LES PATIENTS AMBULATOIRES PAR RAPPORT AUX DEPENSES TOTALES POUR LES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES EN MILIEU HOSPITALIER (HOPITAUX 2005-2012) | 101 |
| TABLEAU 12 : MONTANTS CONSTATES BUDGET NATIONAL POUR FORFAIT PAR ADMISSION POUR LA PERIODE ALLAIT DE JUILLET 2006 A JUIN 2013 INCLUS | 101 |
| TABLEAU 13 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (HOPITAUX 2005-2012) (EN MILLIONS D’EUROS) – REPARTITION DES DEPENSES EN MILIEU HOSPITALIER..... | 102 |
| TABLEAU 14 : EVOLUTION DES DEPENSES NETTES ANNUELLES INAMI (HOPITAUX 2007 – 2012) ¹ (EN MILLIONS D’EUROS) – REPARTITION DES DEPENSES HOPITAUX ² | 103 |
| TABLEAU 15 : EVOLUTION DES DEPENSES POUR LES ONCOLYTIQUES DANS LES HOPITAUX..... | 109 |
| SCHEMA 138 : EVOLUTION DES DEPENSES ANNUELLES POUR LES ONCOLYTIQUES DANS LES HOPITAUX (PATIENTS AMBULATOIRES 2008 – 2012) – EN MILLIONS D’EUROS..... | 109 |
| TABLEAU 16: NOMBRE DE DEMANDES UNIQUES POUR INSCRIPTION DANS LA LISTE DES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES VERSUS PROPOSITION DE LA COMMISSION DE REMBOURSEMENT DES MEDICAMENTS (2008-2012) | 121 |
| TABLEAU 17: DECISIONS DU MINISTRE PAR RAPPORT A LA PROPOSITION DE LA CRM (DOSSIERS UNIQUES 2008 - 2012) | 122 |
| TABLEAU 18: NOMBRE DE DEMANDES UNIQUES POUR INSCRIPTION DANS LA LISTE DES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES VERSUS PROPOSITION DE LA COMMISSION DE REMBOURSEMENT DES MEDICAMENTS (2010) | 124 |
| TABLEAU 19: NOMBRE DE DEMANDES UNIQUES POUR INSCRIPTION DANS LA LISTE DES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES VERSUS PROPOSITION DE LA COMMISSION DE REMBOURSEMENT DES MEDICAMENTS (2011) | 124 |
| TABLEAU 20: NOMBRE DE DEMANDES UNIQUES POUR INSCRIPTION DANS LA LISTE DES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES VERSUS PROPOSITION DE LA COMMISSION DE REMBOURSEMENT DES MEDICAMENTS (2012) | 124 |
| TABLEAU 21: DECISIONS DU MINISTRE EN FONCTION DE LA PROPOSITION DE LA CRM (DOSSIERS UNIQUES 2010) | 125 |
| TABLEAU 22: DECISIONS DU MINISTRE EN FONCTION DE LA PROPOSITION DE LA CRM (DOSSIERS UNIQUES 2011) | 126 |
| TABLEAU 23: DECISIONS DU MINISTRE EN FONCTION DE LA PROPOSITION DE LA CRM (DOSSIERS UNIQUES 2012) | 127 |