

Prescription bon marché

Focus sur « le meilleur marché possible »



Sommaire

En un coup d'œil	2
Nouvelle définition « Prescription bon marché »	2
Introduction	4
I. Prescription « bon marché » au 1 ^{er} janvier 2015	5
1. Quels sont les médicaments concernés par la nouvelle définition de prescription « bon marché » ?	5
2. Où trouver l'info sur les médicaments « bon marché » ?	8
3. Pourcentages de prescription par discipline	9
4. La nouvelle définition de prescription « bon marché » a-t-elle un impact sur le traitement des patients chroniques ?	11
5. Est-ce que les médicaments « bon marché » changeront donc tout le temps ?	11
II. Procédure d'évaluation	12
1. Campagne de feedback	12
2. Evaluation qualitative	13
3. Evaluation quantitative	13
III. Plus d'informations	13
Annexes	15
Annexe 1 : les médicaments « les moins chers »	16
Annexe 2 : le système du remboursement de référence	18

En un coup d'œil

Nouvelle définition « Prescription bon marché »



La définition de « Prescription bon marché » a changé le 1^{er} janvier 2015. L'objectif est de vous encourager à prescrire les médicaments les moins chers à vos patients de sorte que les pouvoirs publics puissent économiser davantage de moyens pour investir, notamment dans le domaine de l'innovation.

La nouvelle définition de « Prescription bon marché » comporte 2 règles et une exception :

1. Le médicament que vous prescrivez fait partie des 3 médicaments les moins chers sur le marché.
2. Si :
 - le prix du médicament le moins cher est X
 - entre le prix X et le prix X+5 % figurent plus de 3 médicaments
 - vous avez alors la liberté de choisir parmi tous les médicaments qui figurent dans cette fourchette de prix (entre X et X+5 %).

Exception : le but est que vous prescriviez aussi le médicament le meilleur marché aux patients chroniques sauf si vous estimez qu'un changement de médicament pourrait porter à confusion ou poser problème. Dans ce cas, vous êtes libre de continuer à prescrire à votre patient ses médicaments habituels.

Pourcentage de prescription : le pourcentage de prescription reste identique. Pour les médecins généralistes par exemple, ce pourcentage était et reste fixé à 50 %. Par conséquent, le but est que pour 50 % de vos prescriptions, vous choisissiez « les médicaments les moins chers ».

Où trouver la liste des « médicaments bon marché » ?

Les informations relatives aux médicaments bon marché sont disponibles via :

- une mise à jour mensuelle sur le site web de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Programmes web
- une mise à jour mensuelle sur le site web du Centre belge d'information pharmacothérapeutique : www.cbip.be
- diverses applications pour smartphone ou tablette (e.a. CBIP). Vous trouverez ces apps via Google Play, dans l'App Store, ...

Médicaments : la nouvelle définition est applicable aux médicaments remboursables.

Évaluation : l'échange d'information concernant la nouvelle réglementation sera évalué en juillet 2015.

L'évaluation quantitative suivra en janvier 2016 : les médecins et les dentistes auront-ils réussi à atteindre le quota de « médicaments bon marché » ? Pour cette évaluation, il sera tenu compte de l'exception relative aux « patients chroniques ».

Pour toutes **questions, suggestions ou remarques**, envoyez-nous un e-mail à l'adresse secr-farbel@inami.fgov.be.

Introduction

Depuis 2005, il y a un suivi du pourcentage de médicaments « bon marché » dans votre profil individuel de prescription. Si vous avez un profil de prescription minimum (c.-à-d. 200 prescriptions pour les médecins et 30 pour les dentistes sur une période de 6 mois), vous devez prescrire un pourcentage minimum de médicaments « bon marché » pour votre discipline.

La prescription de médicaments « bon marché » a progressé de manière continue : le pourcentage minimum global est passé de 23,10% en janvier 2005 à 55% en mai 2014. La quasi-totalité des prescripteurs a dépassé le pourcentage fixé pour leur discipline: 81% des spécialistes, 86% des généralistes et 79% des dentistes atteignaient leur pourcentage minimum global.

Le gouvernement estime qu'il y a encore une marge de progression vu les importantes différences de prix entre les médicaments « bon marché ». Il a ainsi décidé d'adapter la définition de prescription « bon marché » afin d'encourager les prescripteurs à prescrire « **le meilleur marché possible** » à partir de 2015.¹

En adaptant la définition de prescription « bon marché », le gouvernement souhaite :

- encourager les prescripteurs à prescrire les médicaments « les moins chers », sans répercussion sur la qualité des soins
- attiser la compétitivité des prix entre les compagnies pharmaceutiques qui mettent sur le marché des médicaments similaires
- réaliser des économies sur le budget des médicaments.

Cette mesure d'économie est donc positive pour l'assurance soins de santé, mais aussi pour le patient qui devra payer moins cher pour ses médicaments.

1. Art. 73, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi Programme du 19.12.2014, art. 146, 227, Moniteur belge du 29.12.2014).

I. Prescription « bon marché » au 1^{er} janvier 2015





La définition de prescription « bon marché » change afin de vous encourager à prescrire les médicaments « les moins chers ». Etant donné ce changement, une procédure d'évaluation spécifique est suivie (voir point « II. Procédure d'évaluation »).

1. Quels sont les médicaments concernés par la nouvelle définition de prescription « bon marché » ?

- **Les médicaments pour lesquels le système du remboursement de référence est d'application :**
 - médicaments génériques prescrits (sous nom de marque)
 - médicaments originaux prescrits (sous nom de marque) dont le prix a baissé au niveau du prix du générique (également appelés « spécialités de référence sans supplément à charge du patient »)

qui appartiennent au groupe des **médicaments « les moins chers »** (voir annexe 1), considérés par molécule avec un dosage (nombre de mg) et une taille de conditionnement identiques.
- médicaments prescrits en DCI (dénomination commune internationale) et délivrés en pharmacie publique. Dans ce cas, il existe toujours une obligation pour le pharmacien de délivrer le médicament « le moins cher ».
- **Les médicaments biosimilaires (« biosimilaires ») et les médicaments biologiques (originaux) qui ont diminué de prix.**

 Lorsqu'une spécialité moins chère remboursable (un médicament générique ou une "copie") existe pour les spécialités originales ayant le même principe actif (ou les mêmes principes actifs), le "système du remboursement de référence" est appliqué (voir annexe 2).

 Les médicaments biosimilaires (« biosimilaires ») sont des copies des médicaments biologiques dont le brevet a expiré. Ils sont comparables aux médicaments génériques, mais les principes actifs des biosimilaires ne sont pas l'exacte copie du produit original. Le résultat est similaire.

Le tableau ci-dessous illustre la différence entre l'ancienne et la nouvelle définition de prescription « bon marché » :

Tableau 1 : Prescription « bon marché »		
	Ancienne définition	Nouvelle définition 01.01.2015
Médicaments pour lesquels le système du remboursement de référence ² est d'application :		
<ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments génériques prescrits sous nom de marque : 		
<ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments “les moins chers”³ 	Oui	Oui
<ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments qui ne sont pas “les moins chers” 	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments originaux prescrits sous nom de marque dont le prix a baissé au niveau du générique, donc sans supplément à charge du patient : 		
<ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments “les moins chers”³ 	Oui	Oui
<ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments qui ne sont pas “les moins chers” 	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments originaux prescrits sous nom de marque dont le prix n'a pas baissé (suffisamment), donc avec supplément à charge du patient 	Non	Non
<ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments prescrits en DCI et délivrés en pharmacie publique 	Oui	Oui
Médicaments pour lesquels le système du remboursement de référence n'est pas (encore) d'application:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments génériques prescrits sous nom de marque 	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments originaux prescrits sous nom de marque 	Non	Non
<ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments prescrits en DCI et délivrés en pharmacie publique 	Oui	Non
Médicaments biologiques:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments biosimilaires (“biosimilaires”) 	Oui	Oui
<ul style="list-style-type: none"> ○ (originaux) diminués en prix 	Oui	Oui


2. Voir annexe 2.


3. Voir annexe 1.

2. Où trouver l'info sur les médicaments « bon marché » ?

Vous trouvez l'information sur les médicaments « bon marché » :

- via les moteur de recherche sur le site Internet de l'INAMI, www.inami.be, rubrique Programmes web
 - Les médicaments « les moins chers »
 - Spécialités pharmaceutiques > fonction « Comparaison de prix »

Les médicaments « bon marché » y sont indiqués par le symbole “”.

- sur le site Internet du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP), www.cbip.be
 - dans le Répertoire et les tableaux de comparaison de prix : les médicaments « bon marché » sont indiqués par le symbole “”
 - via une version téléchargeable offline pour PC
 - via le Répertoire Commenté des Médicaments pour le Dossier Médical Informatisé
- via différentes applications pour Smartphones et tablettes Android ou pour iPhone et iPad IOS, téléchargeables via Google Play, dans l'App Store,... (en faisant une recherche sur « CBIP » ou « répertoire des médicaments »).

La liste des spécialités pharmaceutiques remboursables qui appartiennent au groupe des médicaments « les moins chers » est déterminée mensuellement.

3. Pourcentages de prescription par discipline

Les pourcentages de prescription par discipline restent inchangés en 2015. A partir du 1er janvier 2017, le pourcentage de prescription pour les médecins généralistes est augmenté de 50% à 60%.

Une première évaluation quantitative qui aura lieu en janvier 2016 (voir point « II. Procédure d'évaluation »), permettra de vérifier si les médecins et dentistes arrivent à respecter les pourcentages de prescription « bon marché » et/ou s'il est nécessaire d'adapter ces pourcentages.

Le tableau ci-dessous vous donne pour rappel un aperçu des pourcentages de prescription par discipline :

Tableau 2 : Pourcentages de prescription par discipline	
Discipline	%
médecin généraliste	60%
médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique	42%
médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie	34%
médecin spécialiste en médecine aiguë	53%
médecin spécialiste en oncologie médicale	39%
médecin spécialiste en anesthésie-réanimation	46%
médecin spécialiste en cardiologie	43%
médecin spécialiste en chirurgie	45%
médecin spécialiste en neurochirurgie	43%
médecin spécialiste en dermato-venéréologie	39%
médecin spécialiste en gastro-entérologie	65%
médecin spécialiste en gynécologie obstétrique	42%
médecin spécialiste en gériatrie	41%
médecin spécialiste en médecine interne	43%

Discipline	%
médecin spécialiste en neurologie	36%
médecin spécialiste en psychiatrie	49%
médecin spécialiste en neuropsychiatrie	42%
médecin spécialiste en ophtalmologie	16%
médecin spécialiste en chirurgie orthopédique	43%
médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie	24%
médecin spécialiste en pédiatrie	34%
médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation	44%
médecin spécialiste en pneumologie	29%
médecin spécialiste en radiothérapie	44%
médecin spécialiste en rhumatologie	32%
médecin spécialiste en stomatologie	70%
médecin spécialiste en urologie	41%
dentistes	75%
autres médecins spécialistes	18%

4. La nouvelle définition de prescription « bon marché » a-t-elle un impact sur le traitement des patients chroniques ?

Non. Toutefois, le but est que vous prescriviez aussi le médicament le meilleur marché aux patients chroniques. C'est uniquement dans des situations exceptionnelles que vous pouvez décider de ne pas le faire. Si vous estimez que changer de médicament peut provoquer une confusion ou des problèmes pour des patients chroniques, vous êtes libre de continuer à prescrire le médicament auquel le patient est habitué.

Lors de l'évaluation du comportement de prescription, il sera tenu compte de cette exception « patients chroniques ».

5. Est-ce que les médicaments « bon marché » changeront donc tout le temps ?

Une fois qu'un médicament est « le moins cher », il le reste en général.

L'introduction de la nouvelle définition de prescription « bon marché » a pour objectif de stimuler la concurrence des prix et d'encourager les prescripteurs à prescrire les médicaments « les moins chers possible ».

II. Procédure d'évaluation

1. Campagne de feedback

Durant le 1^{er} trimestre 2015, les prescripteurs avec un profil de prescription minimum (c.à.d. 200 prescriptions pour les médecins et 30 pour les dentistes sur une période de 6 mois), reçoivent un feedback sur leur comportement de prescription « bon marché » pour le 1^{er} semestre 2014.

Les données de Pharmanet permettent de dessiner le comportement prescripteur individuel. Via le feedback, les médecins et dentistes reçoivent de l'information tant sur leur comportement prescripteur individuel (pourcentage de prescriptions « bon marché ») que sur le groupe de prescripteurs dont ils font partie (p.ex. médecins de la même discipline). De cette manière, ils peuvent comparer leur comportement prescripteur à celui de leurs collègues.



Pharmanet est une banque de données sur les prestations pharmaceutiques effectuées par les pharmacies publiques et remboursées par l'assurance soins de santé obligatoire.



Plus d'infos sur le site de l'INAMI, www.inami.be, rubrique Statistiques > Médicaments > Statistiques des médicaments > [Base de données Pharmanet](#).

2. Evaluation qualitative

En juillet 2015, une première évaluation qualitative aura lieu en concertation avec les organisations représentatives des médecins : comment se passe la transmission de l'information aux médecins et dentistes concernant le statut « bon marché » d'un médicament et les nouveaux prix des médicaments ?

3. Evaluation quantitative

En janvier 2016, une première évaluation quantitative aura lieu sur base des données des 8 premiers mois de 2015 : les médecins et les dentistes ont-ils réussi à atteindre les quata de prescription « bon marché » avec la nouvelle définition ?

III. Plus d'informations



Vous avez des questions sur la mesure relative à la prescription « bon marché » ? Envoyez-nous un e-mail à l'adresse secr-farbel@inami.fgov.be.

Annexes



Annexe 1 : les médicaments « les moins chers »

1. Comment détermine-t-on les médicaments « les moins chers » ?


Pour déterminer les médicaments « les moins chers », nous regroupons les spécialités pharmaceutiques remboursables de la manière suivante :

- principe actif identique (ou combinaison de principes actifs), quelle que soit le sel
- dosage identique
- taille de conditionnement identique
- forme d'administration identique (attention : les groupes « oral solide » et « oral solide avec effet retard » sont des groupes distincts, de même que les groupes « oral liquide non-injectable » et « oral liquide injectable »).

Pour chacun de ces groupes, c'est le coût par unité qui détermine si une spécialité appartient au groupe des médicaments « les moins chers ». Une marge de 5 % est appliquée.


Au sein de chaque groupe, la spécialité avec « l'index » le plus bas et les spécialités dont « l'index » n'excède pas de plus de 5 % « l'index » le plus bas (marge de 5 %), sont considérées comme les médicaments « les moins chers ».

Chaque groupe contient au minimum 3 spécialités pharmaceutiques disponibles différentes. Si nécessaire, une marge plus large que 5 % est appliquée pour qu'un groupe contienne au minimum 3 spécialités pharmaceutiques disponibles différentes.

 « Index » : le coût par unité (exprimé comme la base de remboursement au niveau ex-usine divisée par le nombre d'unités, arrondi à 2 chiffres après la virgule). La marge de 5 % est parfois aussi appelée « fourchette » ou « corbeille ».

La liste des spécialités pharmaceutiques remboursables qui appartiennent au groupe des médicaments les moins chers est déterminée mensuellement.

2. Plus d'informations

 Brochure « Délivrer le médicament le moins cher : prescrire en DCI - antibiotiques et antimycosiques » sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Programmes web > Les médicaments « les moins chers » > [Plus d'informations](#).

Annexe 2 : le système du remboursement de référence

Lorsqu'une spécialité remboursable moins chère (un médicament générique ou une "copie") existe pour les spécialités originales ayant le même principe actif (ou les mêmes principes actifs), le "**système du remboursement de référence**" est appliqué.

Ceci implique que:

- la base de remboursement de la spécialité originale diminue d'un pourcentage déterminé⁴

et

- le prix de vente diminue jusqu'au niveau de la nouvelle base de remboursement, augmentée d'une "marge de sécurité"^{5 6}

Chaque trimestre, nous vérifions si le "système du remboursement de référence" peut être appliqué (au 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet ou 1^{er} octobre) pour des principes actifs pour lesquels un médicament générique remboursable a été mis sur le marché récemment (2 mois au préalable).

La condition pour l'ouverture d'un « cluster de référence » étant la disponibilité effective d'un médicament générique ayant le même principe actif (ou les mêmes principes actifs).

4. De manière générale : diminution de 32,5%. Pour les médicaments remboursables en catégorie A uniquement : diminution de 41%. Cette diminution est appliquée au niveau ex-usine.

5. La "marge de sécurité" est égale à 25% de la base de remboursement, avec un maximum de 10,80 EUR.

6. La firme responsable décide de diminuer partiellement ou d'aligner le prix de vente avec la nouvelle base de remboursement

Des exceptions pour l'application du "système du remboursement de référence" sont possibles pour :

- les formes d'administration injectables de spécialités originales si les médicaments génériques ont une forme d'administration non-injectable
- pour les médicaments originaux ayant une forme d'administration reconnue⁷ comme une forme avec une valeur thérapeutique spécifique significativement supérieure.

La base de remboursement des exceptions n'est diminuée que de la moitié⁸ du pourcentage de réduction.

Au moment de l'application du "système du remboursement de référence", nous vérifions également si la mesure « vieux médicaments » a déjà été appliquée pour le principe actif (ou la combinaison de ses principes actifs). Lorsque la mesure « vieux médicaments » n'a pas encore été appliquée, nous l'appliquons simultanément (et de manière avancée dans le temps) au moment de l'application du "système du remboursement de référence".

Ceci implique que le prix et la base de remboursement des médicaments (originaux et génériques) ayant ce principe actif (ou la combinaison de principes actifs) sont en plus diminués⁹:

- de 19% [lorsque le principe actif (ou la combinaison de principes actifs) est (sont) remboursable(s) depuis moins de 12 ans]
- de 2,41% [lorsque le principe actif (ou la combinaison de principes actifs) est (sont) remboursable(s) depuis moins de 15 ans]



La mesure « vieux médicaments » est la diminution de prix qui est normalement appliquée quand le principe actif (ou une combinaison de principes actifs) est remboursé depuis plus de 12 et 15 ans.

7. Cette reconnaissance est faite par le ministre des Affaires sociales, sur avis de la Commission de Remboursement des Médicaments, sur base d'un dossier de demande d'exception introduit par la firme responsable

8. De manière générale : diminution de 16,25%. Pour les médicaments remboursables en catégorie A uniquement : diminution de 20,50%. Cette diminution est appliquée au niveau ex-usine.

9. Cette diminution est appliquée au niveau ex-usine.

Deux, quatre et six ans après l'ouverture initiale du "cluster de référence", la base de remboursement des médicaments originaux et génériques appartenant au "cluster de référence", est encore diminuée¹⁰ (respectivement de 6% après 2 ans, de 5,5% ou 7%¹¹ après 4 ans et de 6% après 6 ans). La base de remboursement des exceptions n'est diminuée que de la moitié de ces pourcentage de réduction.

10. Cette diminution est appliquée au niveau ex-usine.

11. Pour les médicaments remboursables en catégorie A uniquement.

Éditeur responsable
J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation
Service des soins de santé de l'INAMI

Design graphique
Cellule communication INAMI

Date de publication
Mars 2015

Dépot légal
D/2015/0401/7