

Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses

MORSE

Rapport 2013
(gegevens 2012)

INHOUD

INHOUD	2
INLEIDING	4
OVERZICHT VAN DE GLOBALE UITGAVEN VOOR FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN OPGESPLITST NAAR OPEN OFFICINA EN ZIEKENHUIZEN.....	5
ALGEMEEN	5
UITGAVEN VOOR FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN IN DE OPEN OFFICINA	7
ALGEMEEN	7
ANALYSE	11
GENEESMIDDELEN VOOR MAAGZUUR EN GASTRO- OESOFAGEALE REFLUXZIEKTE	11
ANTIDIABETISCHE MIDDELEN	15
INSULINES EN ANALOGEN.....	16
ANTIDIABETICA (NIET INSULINES).....	18
ANTITHROMBOTICA.....	23
MIDDELEN AANGRIJPEND OP HET RENINE-ANGIOTENSINESYSTEEM.....	27
ACE INHIBITOREN en combinatiepreparaten	28
SARTANEN en combinatiepreparaten	36
LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN en combinatiepreparaten	42
DIRECT WERKENDE ANTIVIRALE MIDDELEN	50
IMMUNOSUPPRESSIVA	56
GENEESMIDDELEN INWERKEND OP DE BOTSTRUCTUUR EN DE MINERALISATIE.....	60
ANTI EPILEPTICA.....	63
ANTIDEPRESSIVA en ANTIPSYCHOTICA	66
GENEESMIDDELEN GEBRUIKT BIJ DE BEHANDELING VAN ASTMA EN COPD	75
GONADOTROPINE RELEASING HORMONEN - ANTIGROEIHORMONEN - ANTI GONADOTROPINE RELEASING HORMONEN	85
SCHILDKLIERHORMONEN	89
UITGAVEN VOOR FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN IN ZIEKENHUIZEN	94
ALGEMEEN	94
UITGAVEN VOOR GENEESMIDDELEN IN ZIEKENHUIZEN: UITSPLITSING UITGAVEN PER TYPE PATIËNT.....	96
<i>Basis</i>	<i>96</i>
<i>Algemeen: geneesmiddelenforfait</i>	<i>96</i>
<i>Uitsplitsing uitgaven per type patiënt: analyse</i>	<i>97</i>
ANALYSE	101
B03X OVERIGE MIDDELEN BIJ ANEMIE	101
L01 – ONCOLYTICA IN ZIEKENHUIZEN	106
WEESGENEESMIDDELEN	109
DOSSIER – “ARTIKEL 81” OVEREENKOMSTEN	114
DE COMMISSIE TEGEMOETKOMING GENEESMIDDELEN	115
ALGEMEEN	115
AANTAL DOSSIERS	116
VOORSTELLEN VAN DE COMMISSIE EN BESLISSINGEN VAN DE MINISTER.....	118
BIJLAGE 1	120
VOORSTELLEN VAN DE CTG IN FUNCTIE VAN HET TYPE AANVRAAG	121
BESLISSING VAN DE MINISTER IN FUNCTIE VAN HET VOORSTEL VAN DE CTG.....	122

BIJLAGE 2 : OVERZICHT BESPARINGSMAATREGELEN 2011 - 2012.....	125
BIJLAGE 3 : ONCOLYTICA - OVERZICHT VAN DE WIJZIGINGEN AAN DE LIJST VAN DE VERGOEDBARE FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN	129
BIJLAGE 4	132
<i>OVERZICHT VAN DE FIGUREN</i>	<i>132</i>
<i>OVERZICHT VAN DE TABELLEN.....</i>	<i>137</i>

INLEIDING

Het MORSE rapport heeft tot doel de financiële opvolging van de uitgaven voor vergoedbare geneesmiddelen in functie van de genomen beleidsmaatregelen (waaronder nieuwe introducties van geneesmiddelen in de terugbetaling, besparingsmaatregelen, ...) en deze evolutie van de uitgaven weer te geven voor de farmaceutische specialiteiten, afgeleverd in zowel open officina als in ziekenhuizen.

Dit rapport betreft de gegevens tot en met december 2012.

Voor de evaluatie van de uitgaven wordt beroep gedaan op RIZIV gegevens (Farmanet voor de open officina, geboekte gegevens voor de ziekenhuizen) en op recente IMS-verkoopcijfers.

Voor de schatting van de uitgaven in open officina combineerde het MORSE rapport, in een eerste benaderingswijze, recente IMS-verkoopcijfers met RIZIV-uitgaven zoals beschikbaar voor open officina via Farmanet. Voor dit rapport werd deze techniek niet toegepast omdat voldoende Farmanetgegevens beschikbaar waren (tot en met december 2012).

Voor de bespreking van de maatregelen wordt gebruik gemaakt van de historiek van de maatregelen (referentietrugbetalingssysteem, maatregel "oude geneesmiddelen", groepsgewijze herzieningen, prijsdalingsmaatregelen, shifts naar hoofdstuk I-II/IV, ...) zoals bijgehouden door de administratie en van de administratieve databank voor het beheer van de dossiers (introductie nieuwe geneesmiddelen, wijziging van vergoedbaarheid, ...).

In dit rapport wordt geen projectie gemaakt van de uitgaven voor 2013.

De financiële monitoring is geen exacte wetenschap: de beschouwingen worden eveneens getoetst aan de waarschijnlijkheid die interne medewerkers (interne evaluator, dossierbeheerders, Farmanet cel...) eraan toekennen.

Bovendien worden regelmatig eerder gedane voorspellingen getoetst aan de reële uitgaven van zodra de gegevens hiervoor beschikbaar zijn om de omvang van de fout te bepalen.

Er zijn meerdere financiële rapporten omtrent de uitgaven voor geneesmiddelen: Permanente Audit, infospot, cel data management, ... Per MORSE rapport probeert men de relevante informatie die uit andere bronnen komt te verwerken: dit rapport werd, waar nuttig geacht, aangevuld met gegevens uit de Permanente Audit.

MORSE rapporten willen vooral aanzetten tot reflectie en discussie. Alle opmerkingen zijn welkom!

OVERZICHT VAN DE GLOBALE UITGAVEN VOOR FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN

OPGESPLITST NAAR OPEN OFFICINA EN ZIEKENHUIZEN

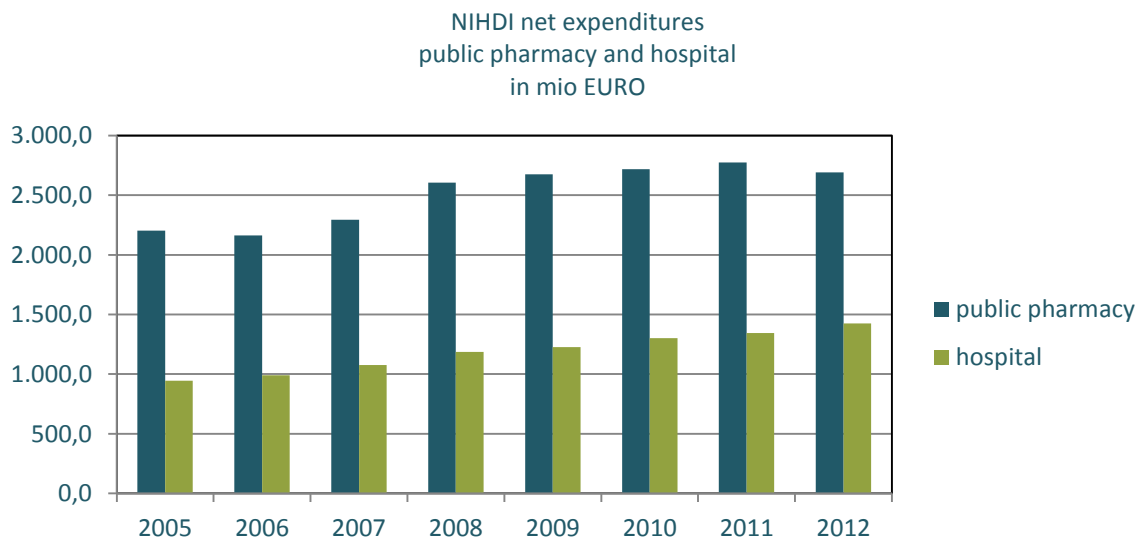
Algemeen

Tabel 1: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven voor geneesmiddelen (open officina en ziekenhuizen) (2005 – 2012)

Uitgaven netto RIZIV x 1.000.000 €								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012(*)
Open officina	2.203,4	2.161,1	2.293,1	2.605,8	2.675,5	2.716,5	2.773,3	2.691,9
Ziekenhuis	945,2	990,0	1.074,8	1.186,7	1.225,0	1.301,0	1.343,8	1.426,0
Totaal	3.148,6	3.151,1	3.367,9	3.792,6	3.900,5	4.017,5	4.117,1	4.117,9
Groei %								
		'05- '06	'06- '07	'07- '08	'08- '09	'09- '10	'10- '11	'11- '12
Open officina		-1,9	6,1	13,6	2,7	1,5	2,1	-2,9
Ziekenhuis		4,7	8,6	10,4	3,2	6,2	3,3	6,1
Totaal		0,1	6,9	12,6	2,8	3,0	2,5	0,0

(*)voor 2012 zijn de uitgaven voor ziekenhuizen een extrapolatie van de beschikbare doc PH gegevens

Figuur 1: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven voor vergoedbare farmaceutische specialiteiten (open officina en ziekenhuizen)(2005 – 2012)



Netto RIZIV uitgaven open officina berekend op basis van de beschikbare gegevens tot en met december 2012 (Farmanet)

Netto RIZIV uitgaven ziekenhuizen gebaseerd op:

doc PH gegevens (gegevens RIZIV) - voor 2012 zijn de data geëxtraheerd uit de geboekte gegevens van het eerste en het tweede semester 2012

[de geboekte gegevens van het eerste semester 2013, waaruit de uitgaven voor specialiteiten afgeleverd in 2012 eveneens geëxtraheerd zouden moeten worden, zijn nog niet beschikbaar; de gegevens 2012 werden hiervoor gecorrigeerd (extrapolatie van beschikbare gegevens)]

waarbij de totale uitgaven = uitgaven ambulant + globale uitgaven opname per forfait + uitgaven gehospitaliseerden geboekt aan 100% (buiten forfait) + uitgaven gehospitaliseerden geboekt aan 25% (in forfait)

De evolutie van de uitgaven over de periode 2005 tot 2012 vertoont een opvallende stijging in 2008. Een belangrijk deel van de groei van de uitgaven in 2008 is te wijten aan de integratie van de kleine risico's voor zelfstandigen sinds 1 januari 2008 (+ 6,2 %). Gedurende de periode 2008-2012 stegen de uitgaven in de open officina met 3,3%, in de ziekenhuizen stegen deze tijdens die zelfde periode (2012 ten opzichte van 2008) met 20,2%. In 2012 zien we, voor het eerst sedert 2006 opnieuw een daling van de uitgaven in open officina (min 2,9% ten opzichte van 2011).

Na de sterkere groei gedurende de periode 2006-2008 en de meer gematigde groei gedurende de periode 2008-2011, lijken de globale uitgaven voor de farmaceutische specialiteiten zich in 2012 te stabiliseren. De uitgaven in de ziekenhuizen blijven echter stijgen. Het bereiken van een plateaufase in 2012 voor de globale uitgaven, ondanks de blijvende stijging van de uitgaven in ziekenhuizen, is te wijten aan een daling van de uitgaven in open officina, waarbij de meeruitgaven voor farmaceutische specialiteiten in ziekenhuizen gecompenseerd worden door de verminderde uitgaven in de officina's open voor het publiek.

UITGAVEN VOOR FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN IN DE OPEN OFFICINA

Algemeen

Tabel 2: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven voor geneesmiddelen (open officina 2005 – 2012)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Uitgaven netto RIZIV 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
groei %		min 1,9	6,1	13,6	2,7	1,5	2,1	min 2,9

Tabel 3: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven voor geneesmiddelen - top 80% (open officina)

	Denomination	Groei 2010-2011	Groei 2011- 2012	Netto RIZIV 2012
	Total	2,1%	minus 2,9%	2.691,9
L04A	IMMUNOSUPPRESSANTS	9,1%	6,2%	236,3
C10A	LIPID MODIFYING AGENTS, PLAIN	3,1%	minus 13,1%	222,3
N06A	ANTIDEPRESSANTS	1,0%	minus 1,6%	133,8
R03A	ADRENERGICS, INHALANTS	1,4%	2,1%	115,3
N05A	ANTIPSYCHOTICS	8,9%	minus 11,9%	109,0
A02B	DRUGS FOR PEPTIC ULCER AND GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GORD)	minus 1,5%	minus 8,4%	105,4
J05A	DIRECT ACTING ANTIVIRALS	12,9%	16,1%	104,3
B01A	ANTITHROMBOTIC AGENTS	minus 6,2%	6,5%	101,3
A10A	INSULINS AND ANALOGUES	3,2%	3,8%	79,0
N03A	ANTIEPILEPTICS	9,1%	minus 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	minus 8,4%	minus 0,4%	58,5
B02B	VITAMIN K AND OTHER HEMOSTATICS	1,2%	7,8%	56,4
C09D	ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, COMBINATIONS	3,4%	minus 1,2%	56,3

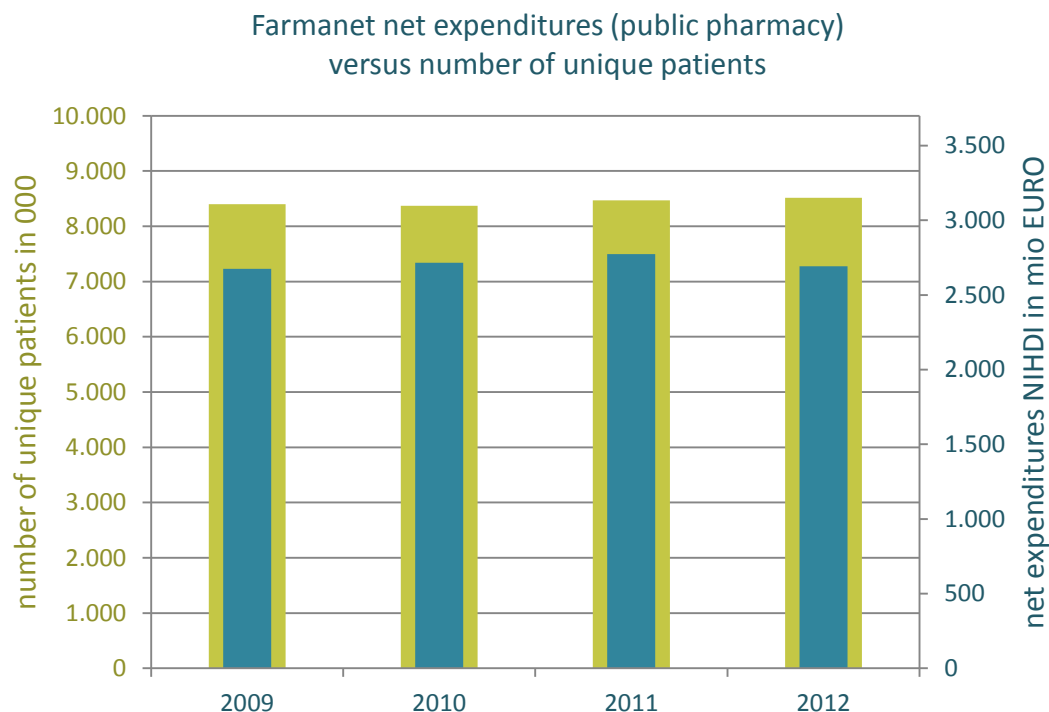
M01A	ANTIINFLAMMATORY AND ANTIRHEUMATIC PRODUCTS, NON-STEROIDS	5,9%	minus 0,1%	55,1
J01C	BETA-LACTAM ANTIBACTERIALS, PENICILLINS	0,1%	minus 2,3%	50,4
R03B	OTHER DRUGS FOR OBSTRUCTIVE AIRWAY DISEASES, INHALANTS	5,1%	minus 13,5%	46,2
C09C	ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, PLAIN	minus 7,0%	minus 12,7%	43,9
C09A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

Het overzicht van de uitgaven en de groei per ATC3-klasse (tabel 3) toont dat 29 van de 157 klassen verantwoordelijk zijn voor 80% van de uitgaven in open officina.

Verder in dit rapport worden een aantal van deze klassen van geneesmiddelen met een belangwekkende evolutie in de uitgaven uitgebreider besproken. Globaal zijn de uitgaven voor vergoeding van geneesmiddelen in open officina's gestabiliseerd, onderliggend (per geneesmiddelenklasse) worden toch belangrijke en zeer divergerende evoluties waargenomen.

Figuur 2 illustreert hoe de totale uitgaven zich verhouden tot het aantal behandelde patiënten. In 2012 steeg het aantal behandelde patiënten met 0,5%, terwijl de totale uitgaven daalden met 2,9%. Tabel 4 geeft de evolutie van het aantal behandelde patiënten per ACT3-klasse weer.

Figuur 2: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven in open officina versus aantal behandelde (unieke) patiënten (2009 – 2012)



Tabel 4: evolutie van het aantal (unieke) behandelde patiënten in open officina (in '000) per ACT3-klasse

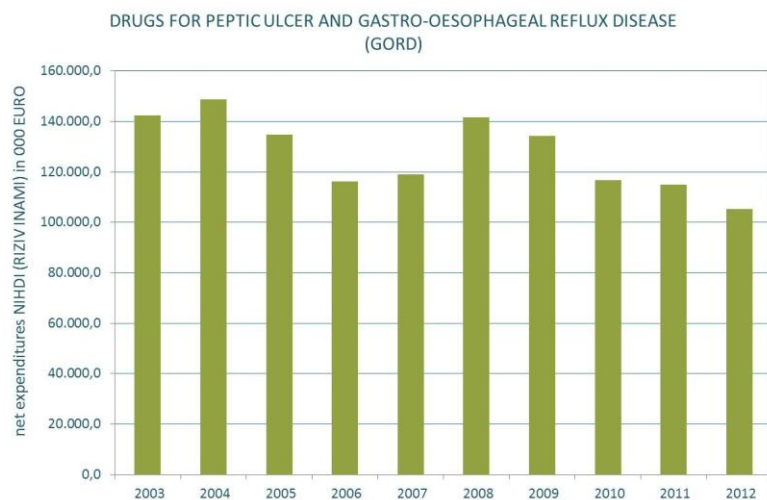
	Denomination	groei 2010- 2011	groei 2011- 2012	Patiënten 2012 (x 1000)
	Total	1,2%	0,5%	8.514,0
L04A	IMMUNOSUPPRESSANTS	7,1%	6,5%	85,1
C10A	LIPID MODIFYING AGENTS, PLAIN	3,4%	3,5%	1.550,5
N06A	ANTIDEPRESSANTS	1,5%	0,0%	1.169,4
R03A	ADRENERGICS, INHALANTS	7,3%	4,5%	1.104,4
N05A	ANTIPSYCHOTICS	0,6%	minus 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-STERIODS	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%	minus 1,7%	693,8
C09C	ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, PLAIN	3,3%	3,1%	289,3
C09A	ACE INHIBITORS, PLAIN	minus 1,8%	minus 1,8%	598,3
C08C	SELECTIVE CALCIUM CHANNEL BLOCKERS WITH MAINLY VASCULAR EFFECTS	minus 2,4%	minus 1,3%	498,9
M05B	DRUGS AFFECTING BONE STRUCTURE AND MINERALIZATION	minus 1,8%	minus 2,7%	187,4
N06D	ANTI-DEMENTIA DRUGS	5,9%	minus 3,0%	48,1
C09B	ACE INHIBITORS, COMBINATIONS	8,8%	8,5%	281,1
J07B	VIRAL VACCINES	minus 1,3%	minus 2,0%	1.724,1
C01D	VASODILATORS USED IN CARDIAC DISEASES	minus 4,3%	minus 4,2%	169,4
L01X	OTHER ANTINEOPLASTIC AGENTS	0,3%	0,3%	7,4
N04B	DOPAMINERGIC AGENTS	3,3%	1,5%	66,3

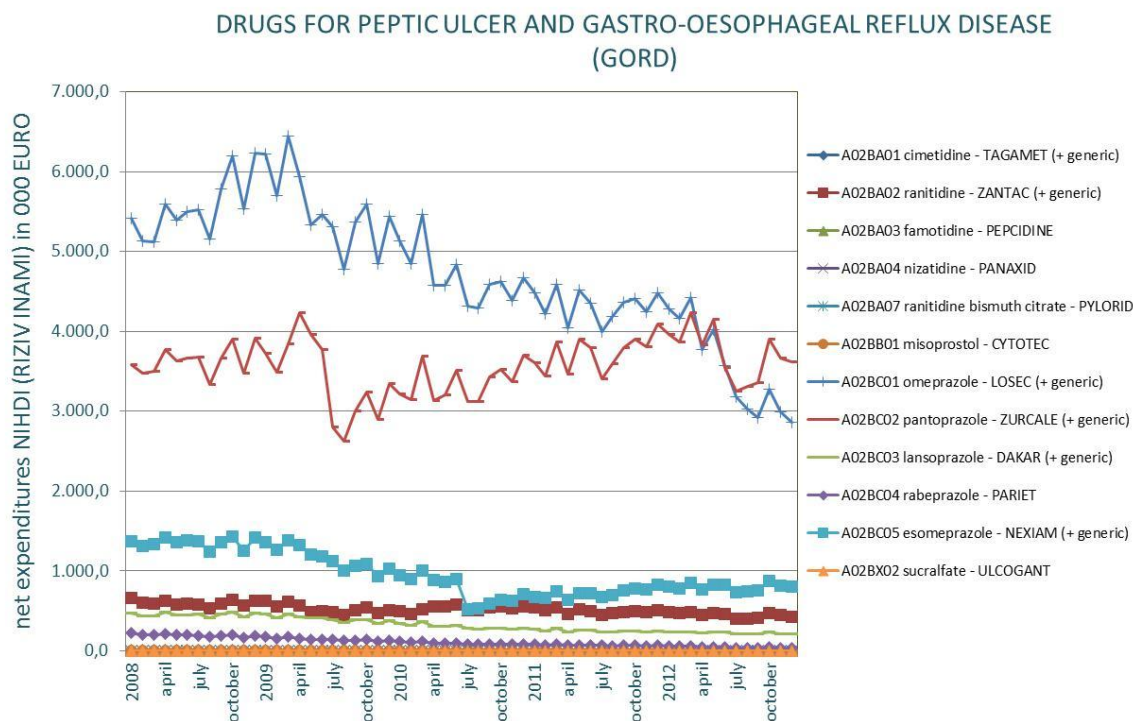
Analyse

GENEESMIDDELEN VOOR MAAGZUUR EN GASTRO- OESOPHAGEALE REFLUXZIEKTE

Figuur 3: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse A02B Geneesmiddelen voor maagzuur- en oesofageale refluxziekte



Figuur 4: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse A02B Geneesmiddelen voor maagzuur en oesofageale refluxziekte



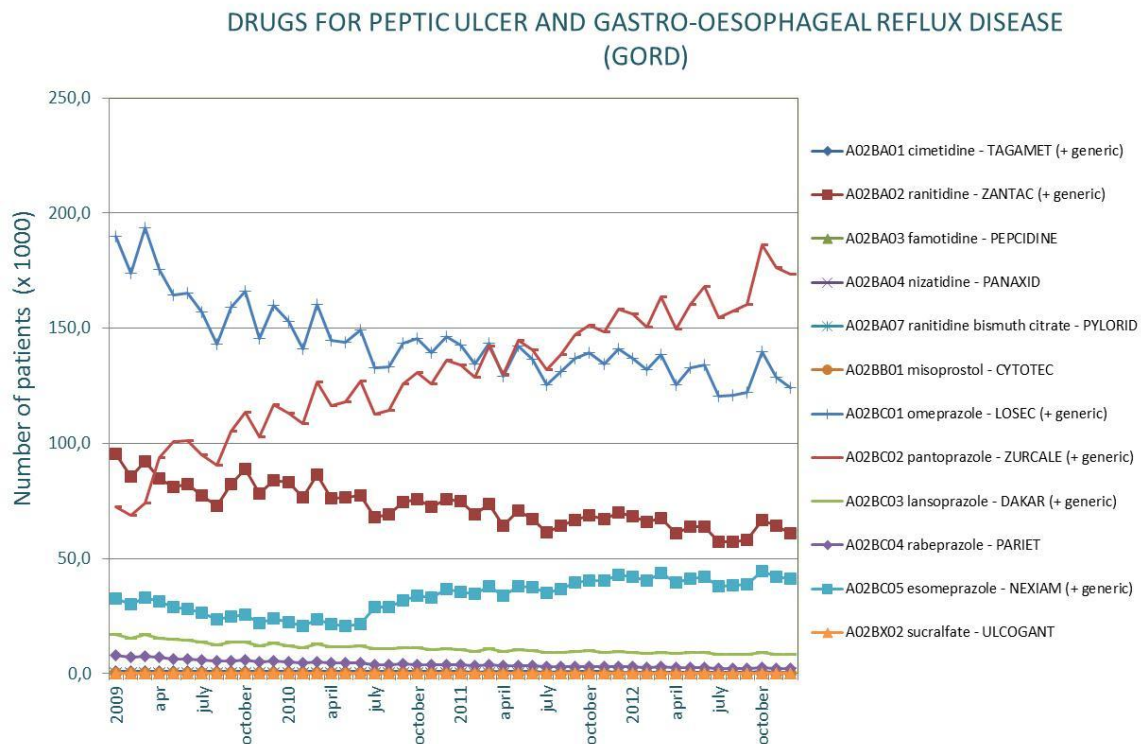
Dit is een globaal overzicht van de uitgaven van de protonpompinhibitoren, de histamine2-receptorblokkers en het ondertussen verdwenen sucralfaat. De geobserveerde uitgaven voor de klasse A02B (protonpompinhibitoren), zetten de daling van 2009 verder. Over verloop van de jaren is de klasse van protonpompinhibitoren meer en meer een klasse van generieken geworden.

De daling van de uitgaven in 2010 (-13%) binnen deze klasse is voornamelijk te wijten aan de daling van de uitgaven voor omeprazol en esomeprazol (Nexiam®). Met minder uitgaven zijn méér patiënten behandeld met protonpompinhibitoren: 1,1 miljoen Belgen in 2008 en 1,6 miljoen Belgen in 2012.

De dalingen van de prijs en vergoedingsbasis in de klasse van de protonpompinhibitoren (bvb de invoering van een plafondprijs vanaf 1 juni 2012) en de daling van het aantal patiënten behandeld met omeprazol in 2010 (-9,5%) verklaren de daling van de uitgaven. Zo daalde het aantal patiënten behandeld met omeprazol van bijna 800.000 in 2008 tot 680.000 in 2012.

De transfer van Zurcale® en Pantozol® (pantoprazol) van hoofdstuk IV naar hoofdstuk II met een a posteriori controle, veroorzaakte een duidelijke stijging van het aantal behandelde patiënten met pantoprazol. Zo ging het concreet in 2008 om circa 200.000 patiënten en meer dan 800.000 in 2012. De invloed van de toenemende marktbekendheid van pantoprazol in de voorbije jaren, mag niet onderschat worden.

Figuur 5: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse A02B Geneesmiddelen voor maagzuur- en oesofageale reflux-ziekte

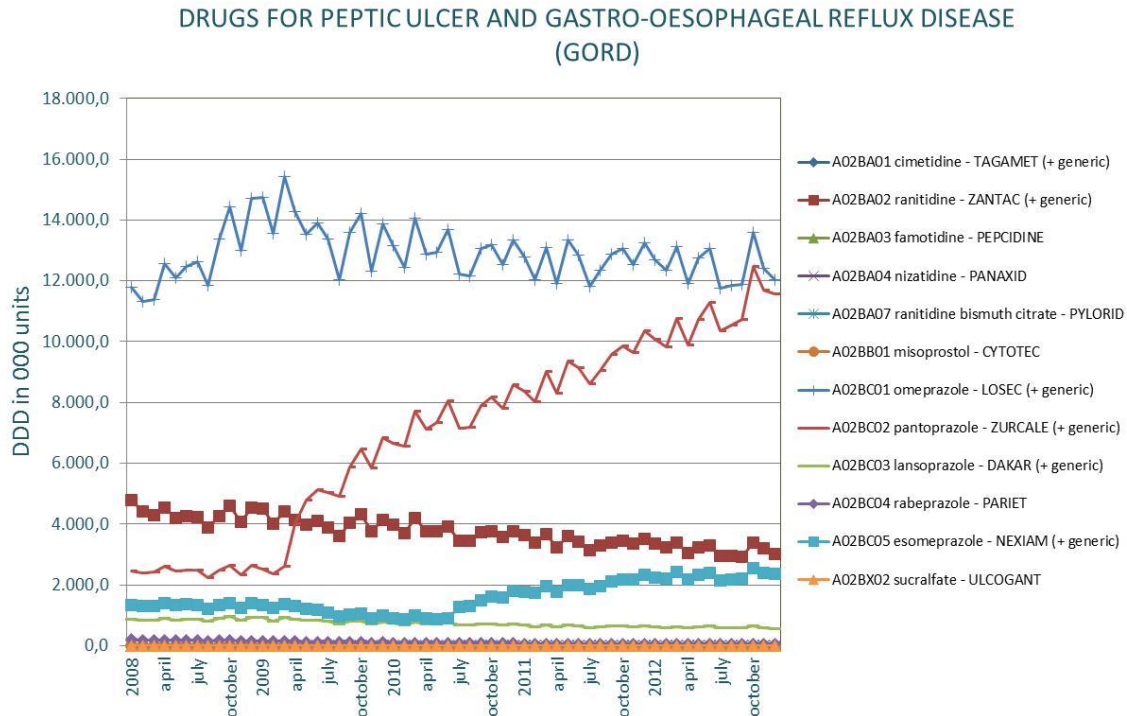


Het in werking treden van het referentietrugbetalingssysteem voor specialiteiten op basis van pantoprazol in juli 2009, met de gelijktijdige toepassing voor deze molecule van de maatregel “oude geneesmiddelen” (de prijsdaling voor de werkzame bestanddelen die sinds meer dan 12 of 15 jaar vergoedbaar zijn), resulteert in een gestage stijging van de uitgaven voor deze specialiteiten in 2010 tot 2012 omwille van een toenemend gebruik. Pantoprazol wordt vanaf januari 2010 ook beschouwd als goedkope molecule binnen de protonpompinhibitoren, waarmee nieuwe behandelingen kunnen worden

gestart, welke één van de voorschrijfdoelstellingen was in het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010.

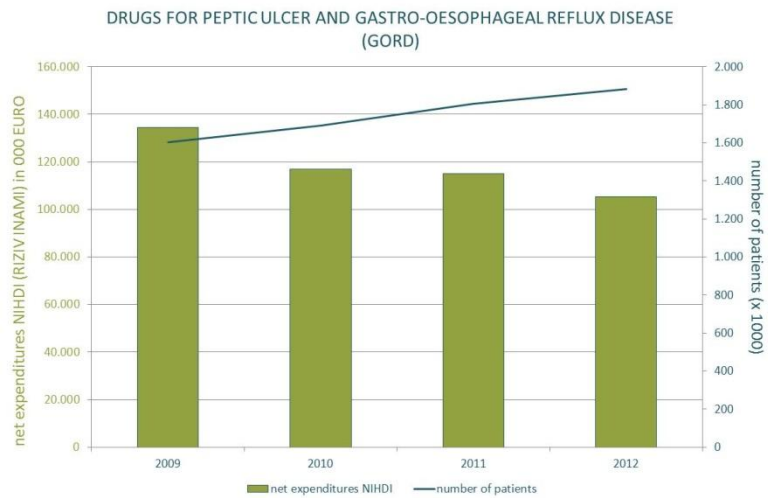
Later was er een transfer van Nexiam (esomeprazol) van hoofdstuk IV naar hoofdstuk II met een a posteriori controle, gekoppeld aan een daling van de prijs en vergoedingsbasis van ongeveer -50% op alle verpakkingen in 2010. De transfer leidde, zoals verwacht, naar méér behandelde patiënten: 110.000 in 2010 en bijna 190.000 in 2012, wat een kleinere stijging is dan met de transfer van pantoprazol.

Figuur 6: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse A02B Geneesmiddelen voor maagzuur en oesofageale refluxziekte



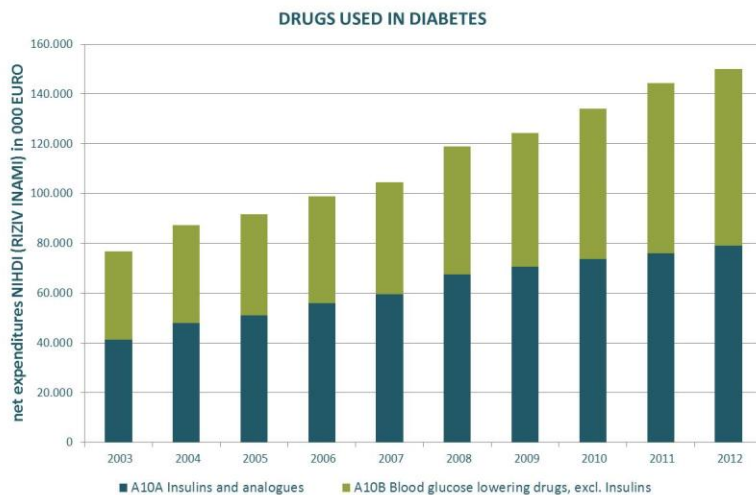
In termen van gebruiksvolume (figuur 6) zien we dezelfde tendens als in RIZIV-uitgaven (figuur 4) en aantallen patiënten (figuur 5). Met andere woorden, er ontstond een sterke toename van pantoprazol, en een minder sterke toename van esomeprazol, maar met nauwelijks een terreinverlies qua gebruiksvolume voor omeprazol. Mogelijke verklaringen voor dit laatste zijn het gebruik van grotere verpakkingen en/of hogere doses.

Figuur 7: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse A02B Geneesmiddelen voor maagzuur en oesofageale refluxziekte

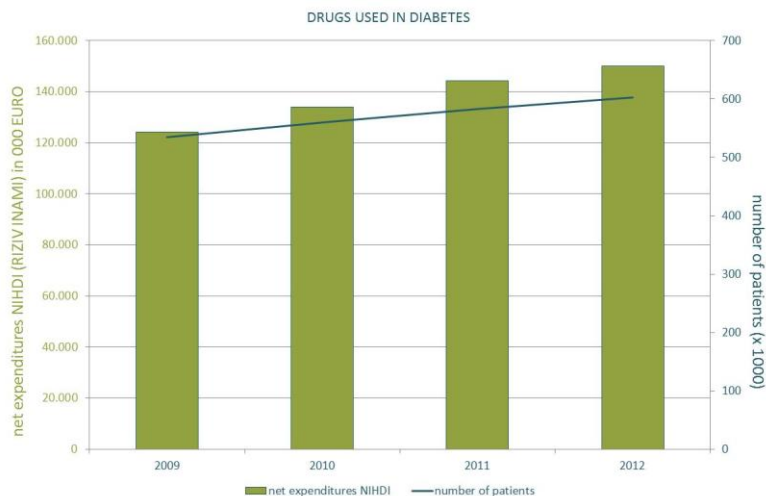


ANTIDIABETISCHE MIDDELEN

Figuur 8: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse A10 antidiabetische middelen

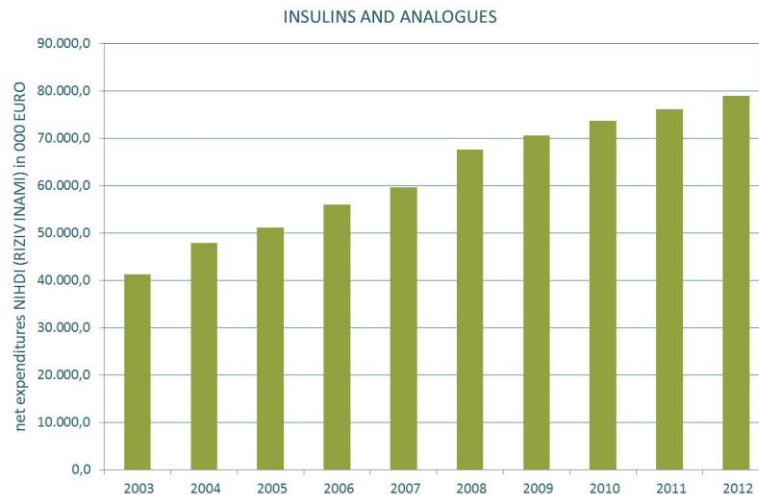


Figuur 9: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse A10 antidiabetische middelen

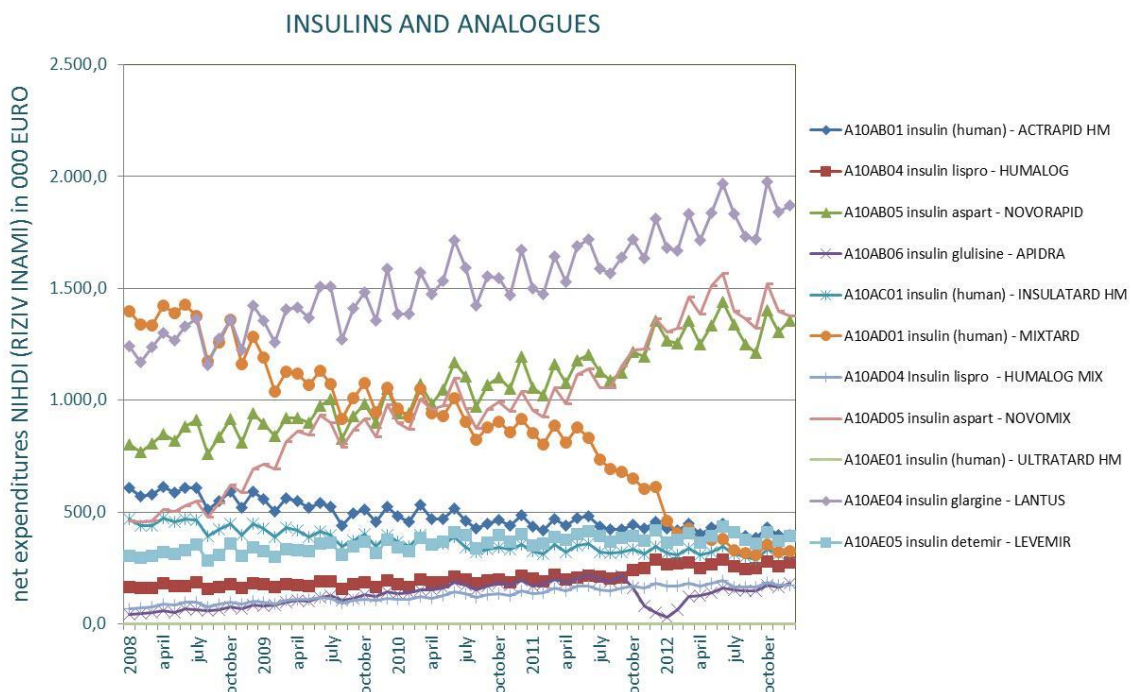


INSULINES EN ANALOGEN

Figuur 10: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse A10A Insulines en Analogen



Figuur 11: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse A10A Insulines en Analogen

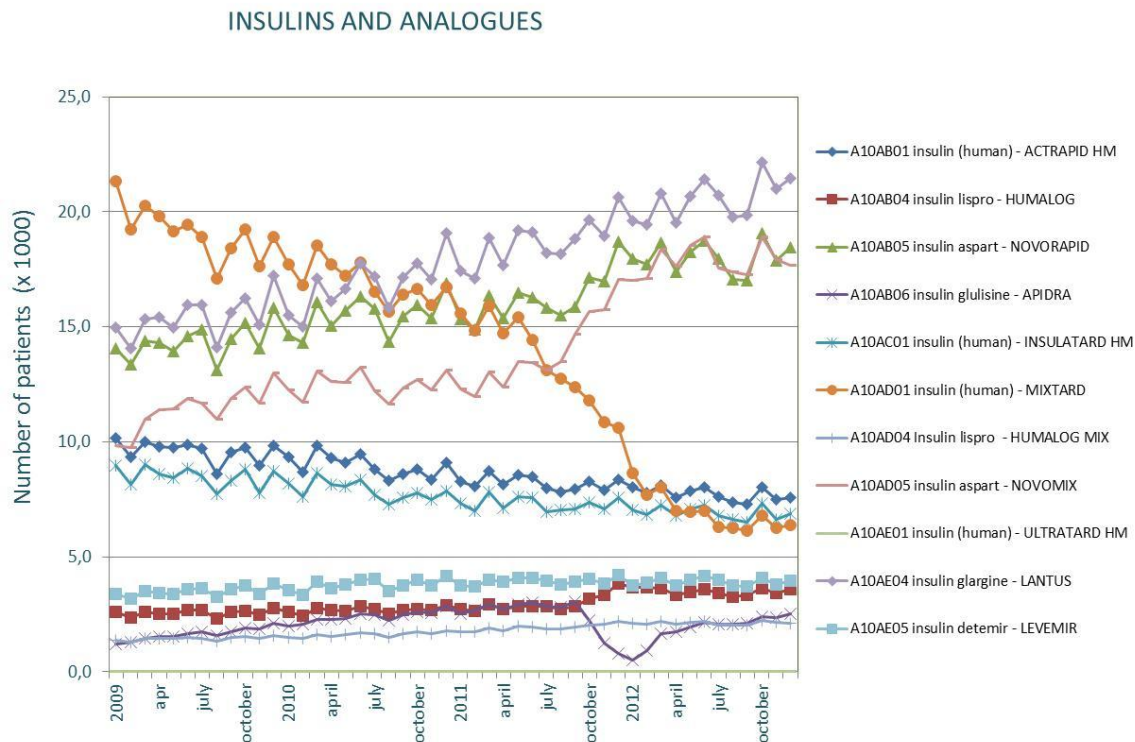


Zonder een onderscheid te maken tussen de orale en de injecteerbare antidiabetica, bedroegen de globale uitgaven voor de ATC klasse A10 in 2012 ongeveer 150 miljoen euro en de uitgaven voor insulines en insuline-analogen namen iets meer dan 50 % van dit bedrag voor hun rekening, dit voor het

behandelen van minder dan 25% van de 603.000 patiënten met type 1 of type 2 diabetes. Alleen al de insuline-analogen namen meer dan 75% van de RIZIV uitgaven voor ATC klasse A10A voor hun rekening. De stijging van de uitgaven voor ATC klasse A10A (figuur 10) is stabiel sinds 2009 en bedraagt zo'n 3 à 4% per jaar. Deze stijging kan in correlatie staan met de vrij constante jaarlijkse stijging van het aantal DDD van insuline of insuline-analogen afgeleverd aan patiënten met of zonder diabetes conventie, (zie figuur 13), of ook nog met het aantal patiënten met type 1 of type 2 diabetes die met insuline of insuline-analogen worden behandeld (zie figuur 12).

Sinds het jaar 2004 wordt nog steeds een aanhoudende, maar afnemende overschakeling vastgesteld (19 % van 2003 tot 2004 en 3,8% van 2011 tot 2012) van menselijke insulines (onder meer Mixtard®, Actrapid®) naar – duurdere - insuline-analogen (onder meer Novorapid®, Lantus® en Novomix®), hoewel de piek van de uitgaven in dit geval gestabiliseerd lijkt te zijn sinds 2009. We merken op dat de menselijke insulines Mixtard® niet langer in de handel verkrijgbaar zijn sinds 2012 en dat het gebruik van menselijke insulines geleidelijk lijkt te verdwijnen, ten voordele van de insuline-analogen (zie figuur 13). Figuur 11 toont inderdaad een duidelijke groei in de uitgaven voor insuline-analogen met een lange werkingsduur (Lantus®, Levemir®, Novorapid® en Novomix®). Deze groei is meer uitgesproken voor Lantus® dan voor Levemir® en dit kan ten dele worden toegeschreven aan de uitbreiding van de terugbetalingsmodaliteiten voor patiënten behandeld met de combinatie orale antidiabetica - Lantus - een snelwerkend insuline op 1 oktober 2010 voor het eerstgenoemde middel.

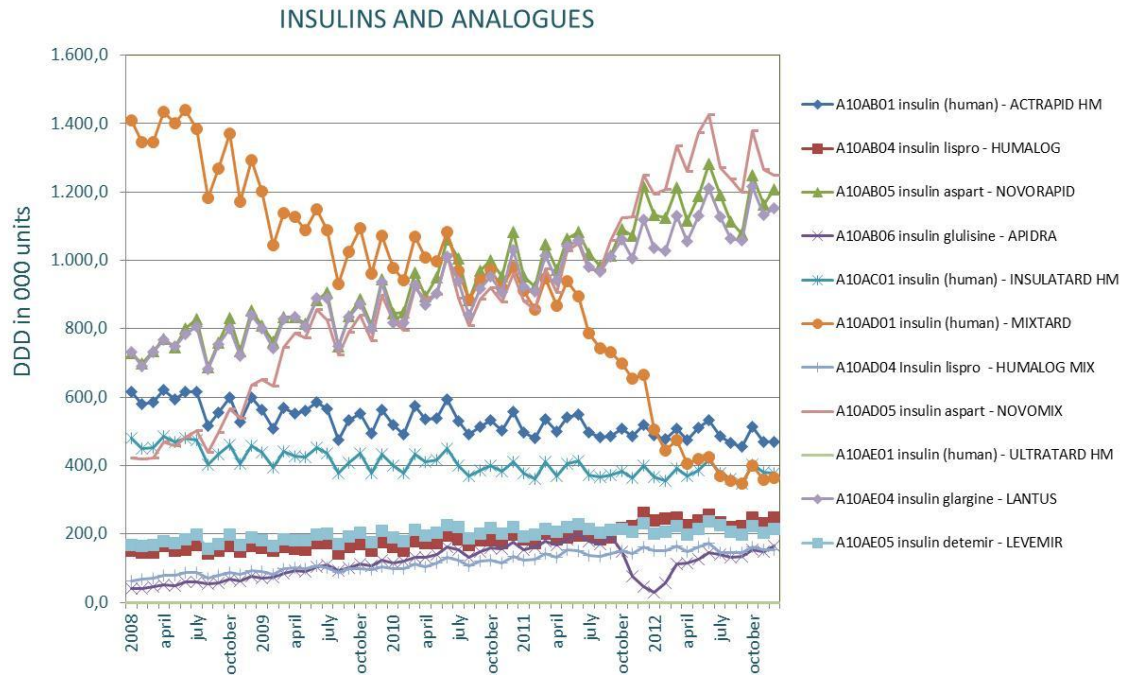
Figuur 12: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse A10A Insulines en Analogen



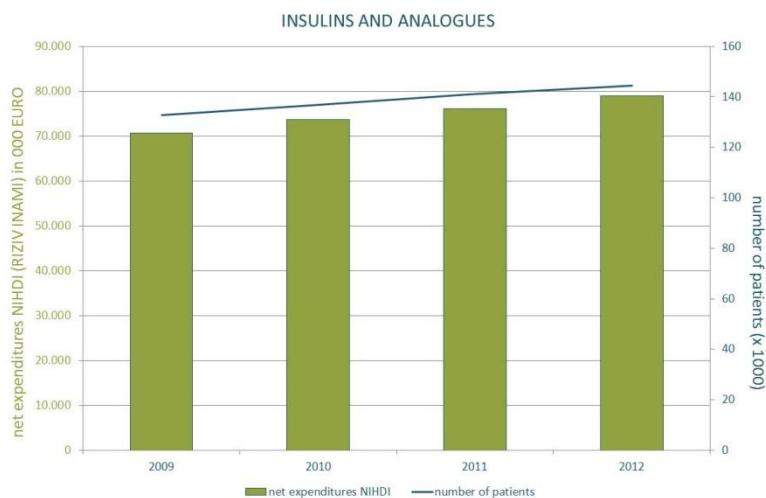
Figuur 12 toont de jaarlijkse toename van het aantal patiënten met type 1 of type 2 diabetes (van 3000 naar 4.000 patiënten/jaar) die worden behandeld met geneesmiddelen die behoren tot ATC klasse A10A, door insuline-analogen met (ultra-) snelle werking (zoals Novorapid®) en met lange werkingsduur (zoals Lantus® en Levemir®). Vanaf midden 2011 stelt men een sterke toename vast van het aantal patiënten

behandeld met vooraf gemengde insulines (mengsel van insuline-analogen met snelle en intermediaire werking) zoals Novomix®. De sterke evolutie van het aantal patiënten behandeld met deze insuline-analoog is op gang gebracht in 2009 door de uitbreiding van het gamma van Novomix® 50 en Novomix® 70. Deze sterke toename lijkt zich op dit moment gestabiliseerd te hebben.

Figuur 13: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse A10A Insulines en Analogen

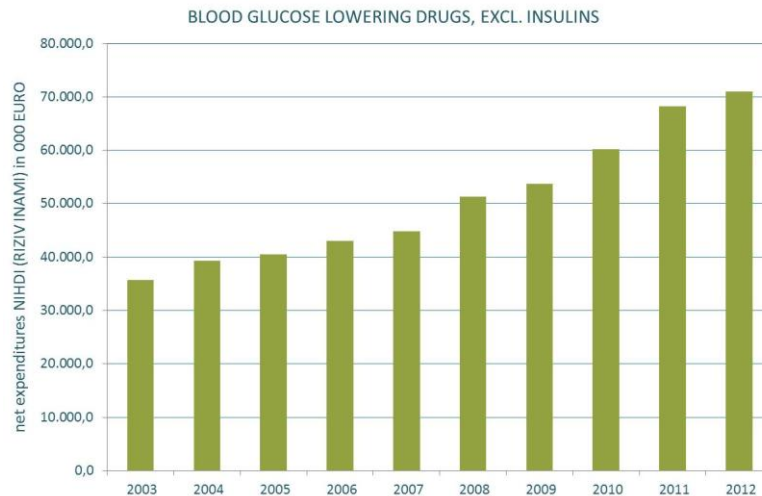


Figuur 14: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse A10A Insulines en Analogen

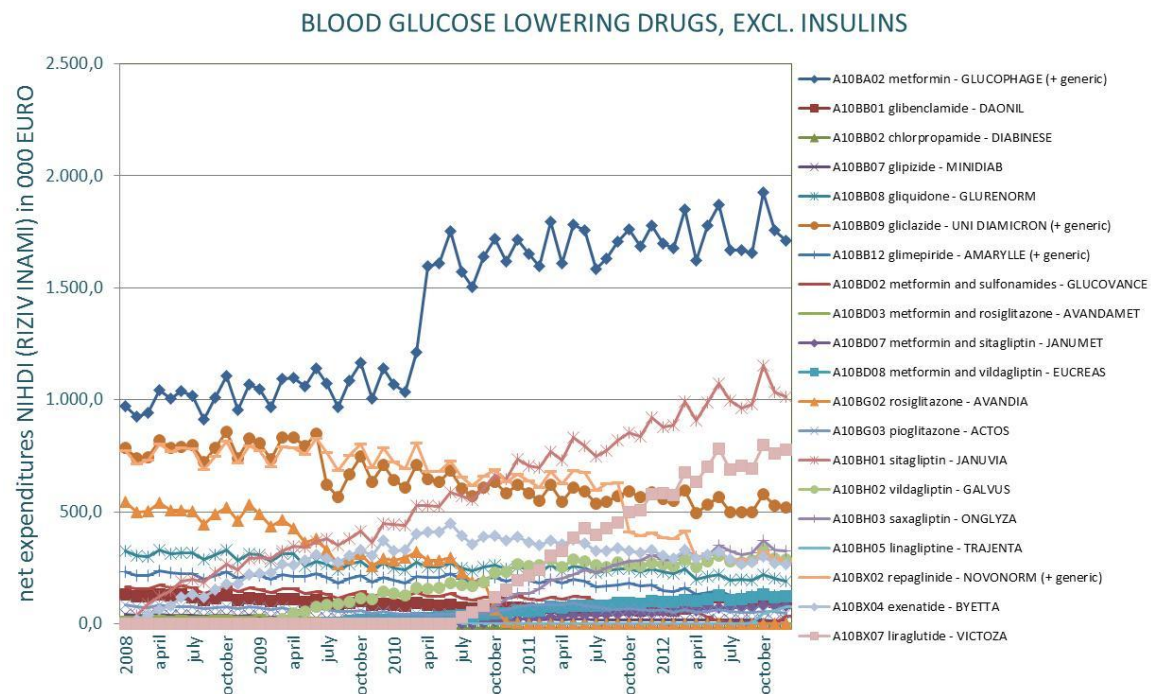


ANTIDIABETICA (NIET INSULINES)

Figuur 15: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse A10B Bloed Glucose verminderende geneesmiddelen, met uitzondering van Insulines



Figuur 16: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse A10B Bloed Glucose verminderende geneesmiddelen, met uitzondering van Insulines



Zonder een onderscheid te maken tussen de orale en de injecteerbare antidiabetica bedroegen de globale uitgaven voor de ATC klasse A10 in 2012 ongeveer 150 miljoen euro en de uitgaven gekoppeld aan de behandeling met antidiabetica die geen insulines zijn, namen iets meer dan 50 % van dit bedrag voor hun rekening, dit voor het behandelen van 530.00 patiënten met type 2-diabetes.

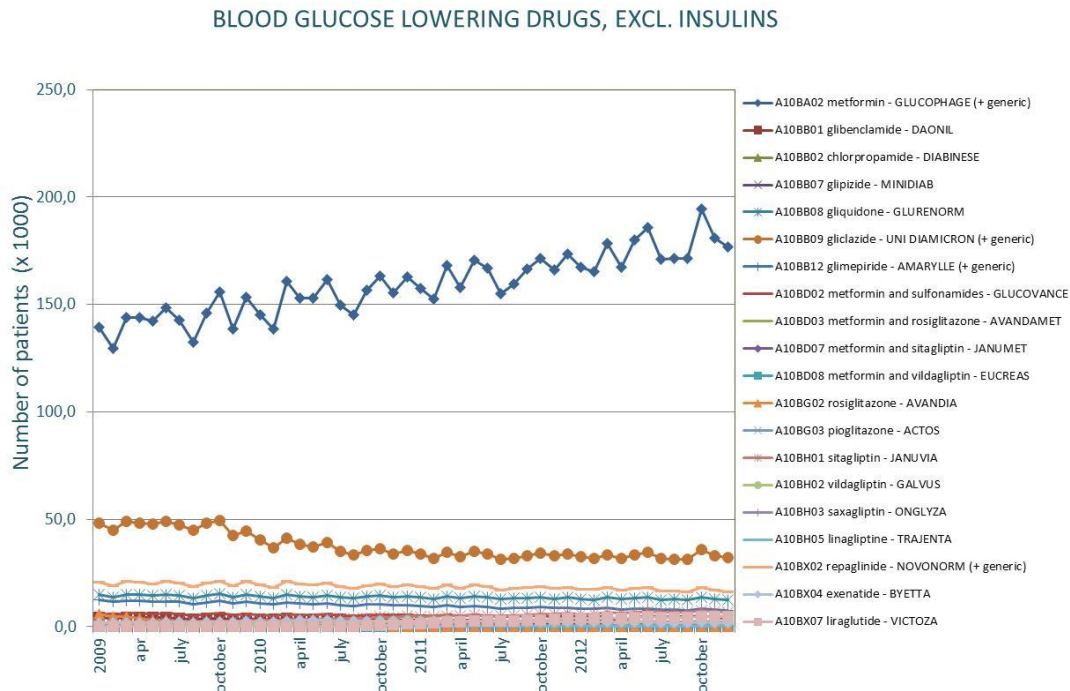
Figuur 15 toont dat de stijging van de uitgaven van ATC klasse A10B relatief stabiel is gebleven tot 2007 (in de orde van grootte van 3 tot 6 % per jaar). Deze groei staat in correlatie met de jaarlijkse verhoging van het aantal DDD van metformine of ook nog het aantal nieuwe patiënten met type 2-diabetes dat wordt behandeld met dit antidiabeticum¹ is bij het starten met een orale behandeling voor de behandeling van een type 2-diabetespatiënt, vooral voor patiënten met overgewicht. Tot 2007 echter is de stijging van de uitgaven samenhangend met de stijging van het aantal nieuwe type 2-diabetespatiënten relatief gering want de gemiddelde kost voor het RIZIV per DDD van metformine is het laagst van alle andere antidiabetica die geen insulines zijn, ongeveer 17 eurocent tot in 2009/2010 en 22 eurocent in 2012. De aanhoudende stijging wat betreft het gebruik van metformine, zowel als mono- als in polytherapie gaat samen met de stijging van het gebruik in bi- en tritherapie van de DPP-4-remmers (gliptinen) (Januvia®, Galvus®, Onglyza® en Trajenta®, vergoedbaar sinds 2008, 2009, 2010 en 2012, respectievelijk) waarbij Januvia® meer dan 60 % van het marktaandeel voor zijn rekening nam in 2012.

Vanaf 2008, het eerste jaar waarin terugbetaling gebeurde van de incretinomimetica of bloedglucoseverminderende geneesmiddelen (oraal voor de gliptinen en subcutaan voor de GLP-1-analogen : Byetta® en Victoza®, vergoedbaar sinds 2008 en 2010 voor een behandeling in tritherapie) stelt men een veel sterkere stijging vast van de uitgaven voor ATC klasse A10B, van 7,4% in 2008 tot 19,6% in 2012. Het is dus duidelijk dat de terugbetaling van nieuwe antidiabetische behandelingen zoals de incretinomimetica de drijvende kracht is achter deze stijging die niet langer in correlatie staat met de toename van het aantal type 2-diabetespatiënten. Uit de figuren 17 en 18 blijkt inderdaad dat sinds 2008/2009 nog steeds een aanhoudende en progressieve overschakeling wordt vastgesteld van het gebruik van de sulfonylureumderivaten en van repaglinide, die voornamelijk in de tweede lijn worden voorgeschreven, naar de – duurdere - incretinomimetica, en bijgevolg stijgen de uitgaven zeer sterk. Dit wordt verklaard doordat de familie van de DPP-4-remmers een gemiddelde gewogen prijs heeft door hun marktaandeel van 1,50 euro per DDD en die van de twee GLP-1-analogen hoger is dan 3 euro per DDD, d.i. voor het jaar 2012 een gemiddelde prijs per DDD, of ook nog een jaarlijkse kost, die ongeveer 6 en 15 keer hoger is dan die van de sulfonyleumderivaten.

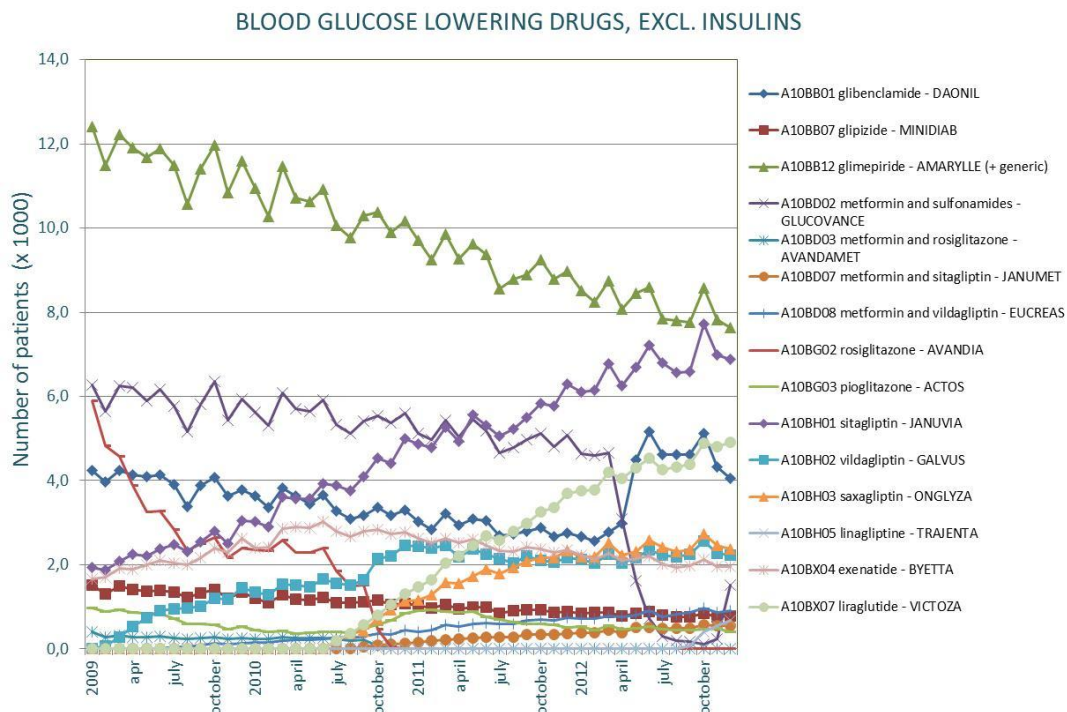
Men kan besluiten dat de stijging van de uitgaven in ATC klasse A10B in de loop van de laatste jaren voornamelijk samenhangt met het voorschrijven van nieuwe antidiabetica die gebruikt worden in de tweede- en derdelijnsbehandeling. De uitgaven gekoppeld aan het gebruik van deze nieuwe antidiabetica overschrijden voor het jaar 2012 respectievelijk 21 en 12 miljoen euro voor de DPP-4-remmers en voor de GLP-1-analogen. Deze gecumuleerde uitgaven nemen 47% van de totale uitgaven voor de ATC klasse A10B voor hun rekening, en dit voor het behandelen van ongeveer 60.000 patiënten, die slechts 12% uitmaken van de totale populatie van type 2-diabetespatiënten.

¹ Consensusvergadering van 29 november 2012 betreffende de « Doelmatige medicamenteuze behandeling bij type 2-diabetes in de eestelijnsgezondheidszorg » (raadpleegbaar op <http://www.riziv.be>)

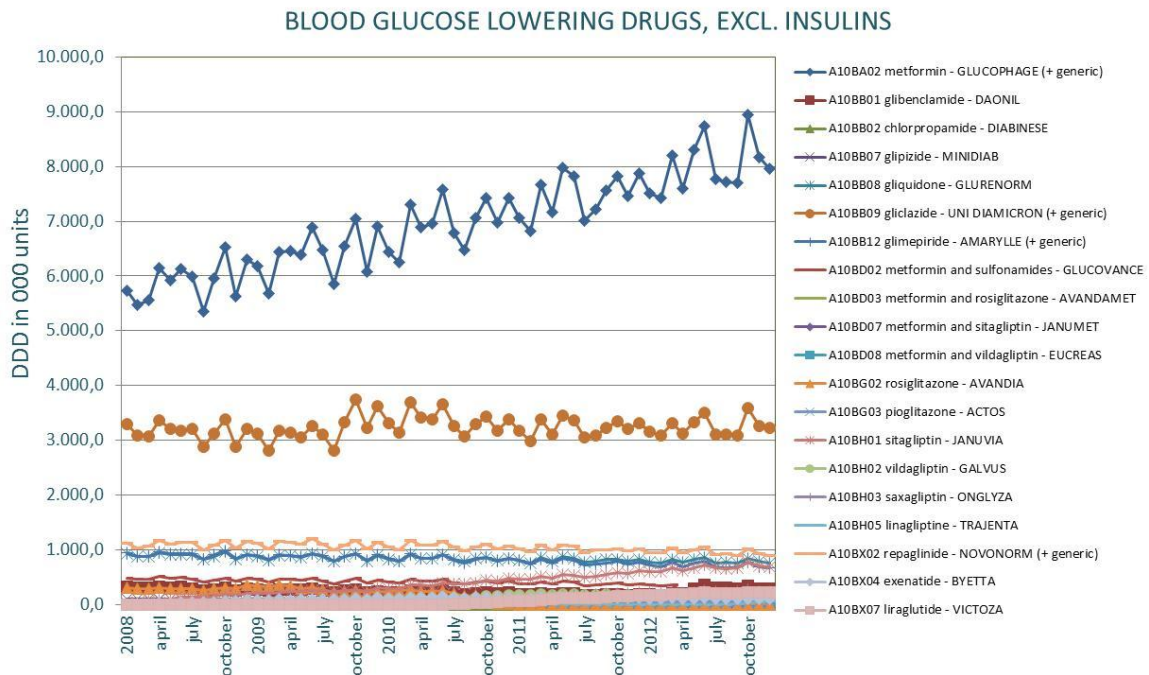
Figuur 17: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse A10B Bloed Glucose verminderende geneesmiddelen, met uitzondering van Insulines



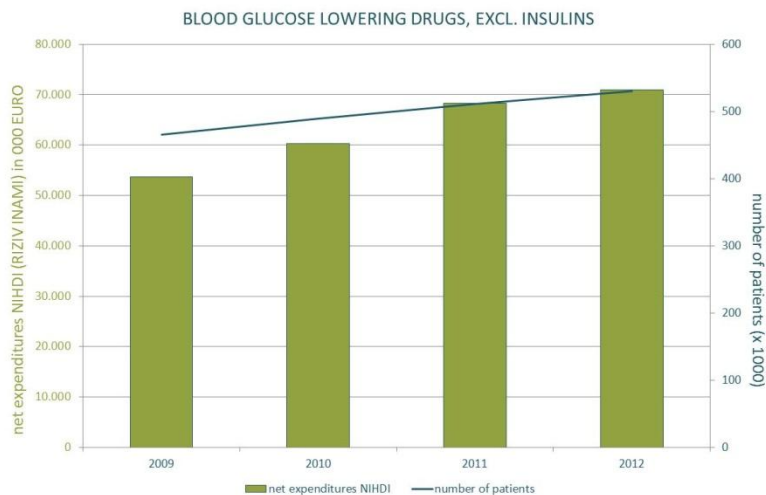
Figuur 18: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse A10B Bloed Glucose verminderende geneesmiddelen, met uitzondering van Insulines en Metformine



Figuur 19: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse A10B Bloed Glucose verminderende geneesmiddelen, met uitzondering van Insulines

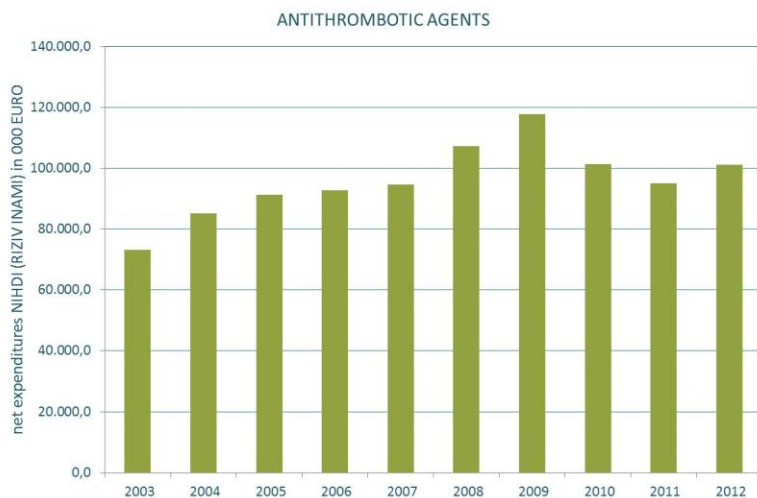


Figuur 20: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse A10B Bloed Glucose verminderende geneesmiddelen, met uitzondering van Insulines

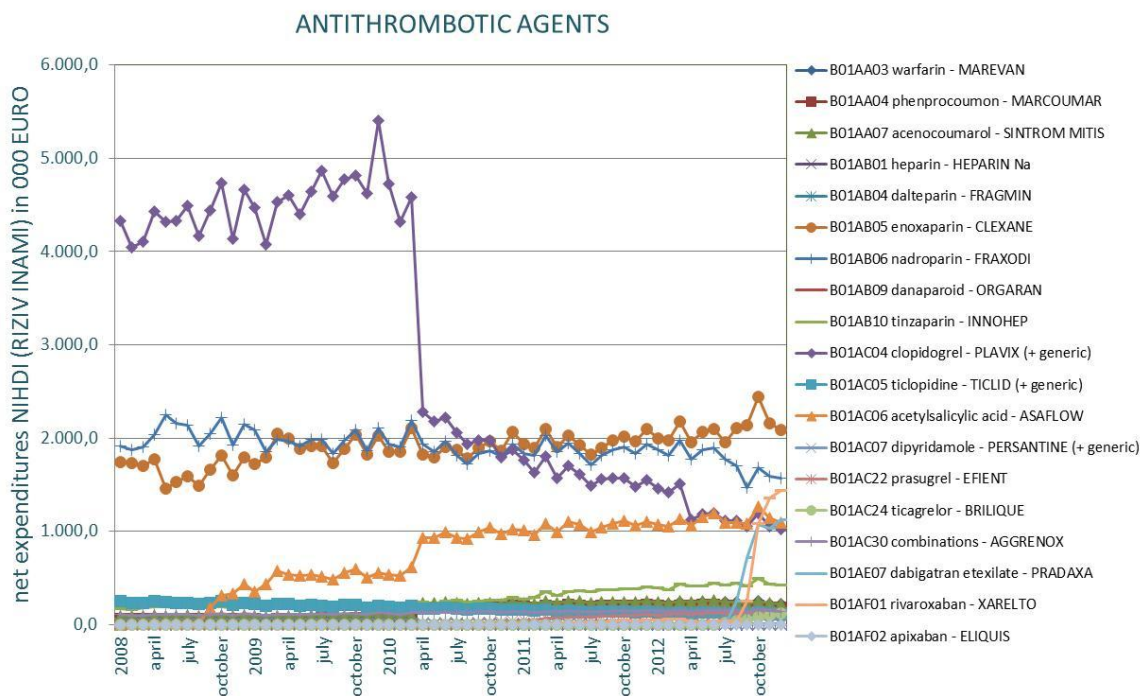


ANTITHROMBOTICA

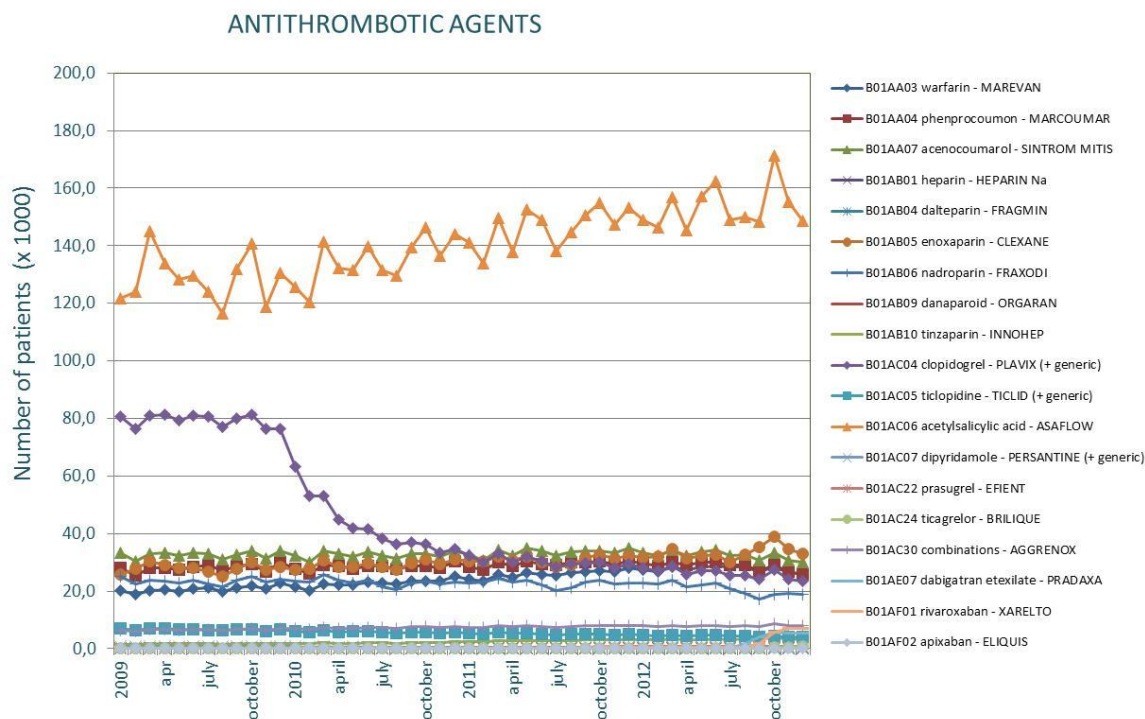
Figuur 21: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse B01A Antithrombotica



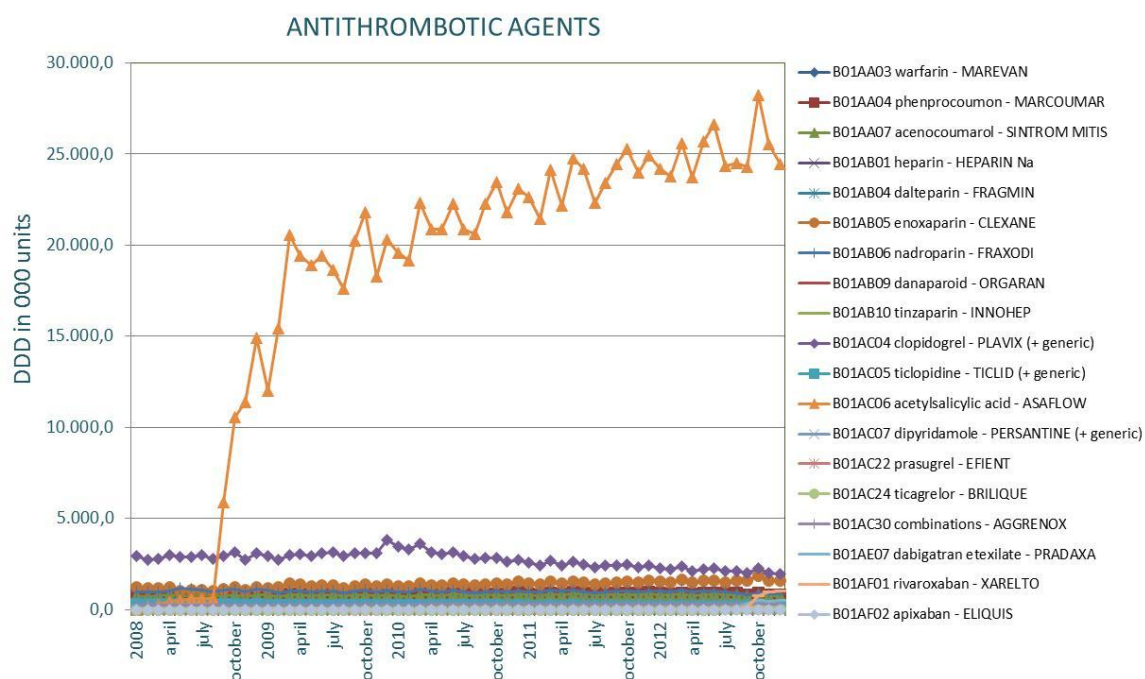
Figuur 22: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse B01A Antithrombotica



Figuur 23: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse B01A Antithrombotica



Figuur 24: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse B01A Antithrombotica



In april 2010 werd de referentiecluster voor clopidogrel (Plavix®) geopend, waardoor de globale netto uitgaven in 2010 voor de antithrombotica daalden. In 2011 lagen deze globale netto uitgaven nog lager omdat het referentieprijensysteem toen een volledig jaar van toepassing kon zijn. In april 2012 was de referentiecluster voor de molecule clopidogrel 2 jaar open, waardoor een extra daling van de vergoedingsbasis toegepast werd en de uitgaven voor het RIZIV voor clopidogrel nog verder daalden (figuur 22). Ook een daling in het aantal patiënten (figuur 23), waarschijnlijk te verklaren door het verstrengen van de vergoedingsvoorwaarden eind 2009, droeg bij tot de beperking van de RIZIV-kosten voor clopidogrel.

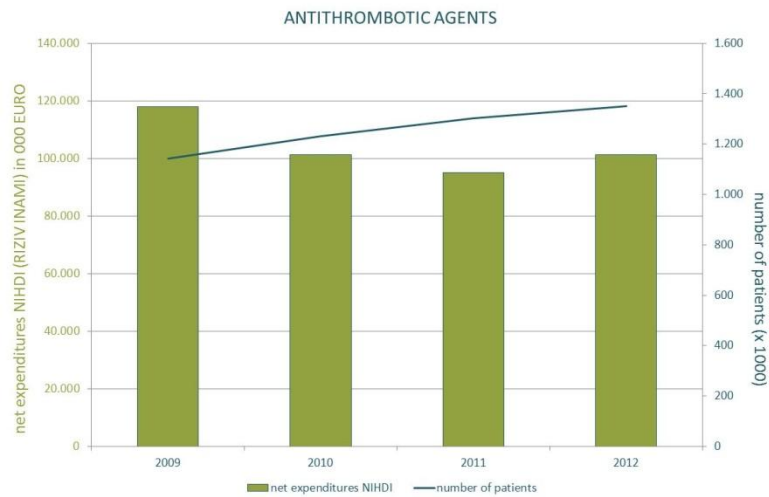
De totale netto uitgaven voor de antithrombotica kenden, na een daling in 2011, terug een stijging in 2012 (6,5 % ten opzichte van 2011). Deze stijging kan vooral verklaard worden door de terugbetaling van nieuwe orale anticoagulantia, die niet tot de vitamine K-antagonisten behoren, namelijk Pradaxa® en Xarelto® in een nieuwe indicatie. Sinds respectievelijk augustus 2012 en september 2012 worden beide geneesmiddelen, via een tijdelijke inschrijving op grond van een "artikel 81" overeenkomst met het RIZIV², terugbetaald in de indicatie "preventie van een cerebraal vasculair accident (CVA) en een systemische embolie (SE) bij volwassen patiënten met niet-valvulair atriumfibrilleren geassocieerd aan een of meerdere risicofactoren". Deze nieuwe indicatie doet niet alleen het aantal patiënten stijgen, maar betekent ook een flinke stijging van de netto RIZIV uitgaven per patiënt per maand voor deze geneesmiddelen. De posologie van deze nieuwe indicatie houdt immers een langdurige inname in, ten opzichte van een maximale behandelduur van 5 weken voor de reeds eerder terugbetaalde indicatie (primaire preventie na majeure orthopedische chirurgie). Het verschil met de vitamine K-antagonisten (Marcoumar, Marevan, Sintrom) is erg groot, zowel voor de globale kosten als voor de kost per patiënt per maand. Verwacht wordt dat de impact van deze uitbreiding van de terugbetaling voor Pradaxa® en Xarelto® (en vanaf 2013 ook Eliquis®) in 2013 nog groter zal zijn, aangezien de terugbetaling dan een volledig jaar in werking zal geweest zijn.

Ook een blijvende toename van het gebruik van terugbetaalde geneesmiddelen op basis van acetylsalicylzuur (figuur 24) draagt bij tot de stijging van de globale netto-uitgaven voor antithrombotica in 2012. Acetylsalicylzuur blijft de goedkoopste behandeloptie per patiënt per maand binnen de groep van de antithrombotica.

Sinds juni 2012 wordt ticagrelor (Brilique®) terugbetaald via een tijdelijke inschrijving op grond van een "artikel 81" overeenkomst met het RIZIV². Hoewel uit figuur 22 valt af te leiden dat de kost per patiënt voor ticagrelor vrij hoog is, is de invloed van ticagrelor op de totale netto-uitgaven voor de antithrombotica erg beperkt. De reden hiervoor is het relatief laag aantal patiënten in 2012, namelijk net geen 1400 patiënten, waarschijnlijk te wijten aan de strikte vergoedingsvoorwaarden.

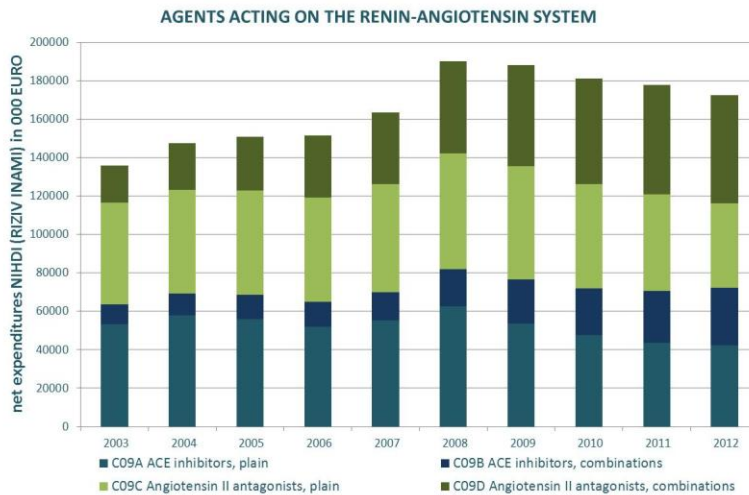
² Zie dossier – Artikel 81 overeenkomsten. De netto uitgaven RIZIV voor deze geneesmiddelen zijn de uitgaven zonder de compensatie die gepreciseerd wordt in de overeenkomst. De gecorrigeerde netto uitgaven RIZIV kunnen pas na de afrekening op het einde van de overeenkomst, in kaart gebracht worden.

Figuur 25: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse B01A Antithrombotica



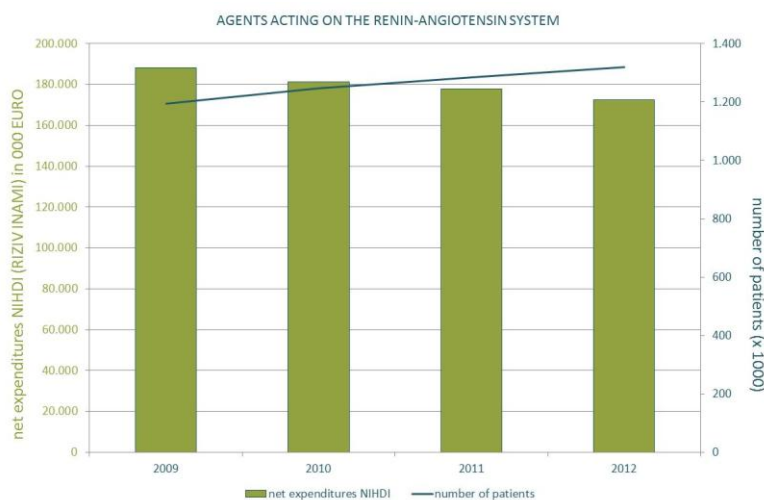
MIDDELEN AANGRIJPEND OP HET RENINE-ANGIOTENSINESYSTEEM

Figuur 26: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse C09 Middelen aangrijpend op het renine-angiotensinesysteem



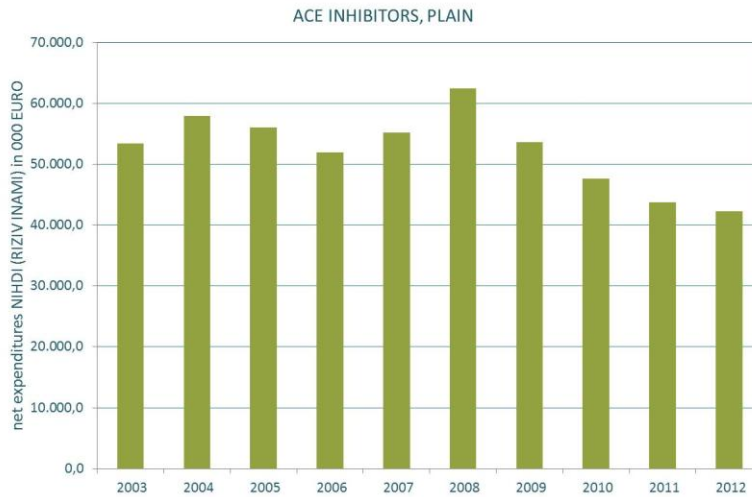
Na een sterke stijging in 2008 die overeenkwam met de integratie van de kleine risico's voor zelfstandigen, zag men een voortdurende daling van de RIZIV uitgaven voor middelen die aangrijpen op het renine-angiotensinesysteem vertegenwoordigd door de angiotensine-converterend-enzym-remmers (ACE-remmers) en de angiotensine II-antagonisten (sartanen). Tevens stelde men vast dat de uitgaven voor preparaten die niet geassocieerd worden met de specialiteiten uit deze twee klassen gedaald zijn in tegenstelling tot die van combinaties op basis van ACE-remmers of sartanen (figuur 26). Hieruit blijkt dat ondanks de voortdurende toename van het aantal patiënten dat door middel van deze geneesmiddelenklasse wordt behandeld, de netto RIZIV uitgaven voor deze specialiteiten in dalende lijn gaan (figuur 27).

Figuur 27: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse C09 Middelen aangrijpend op het renine-angiotensinesysteem



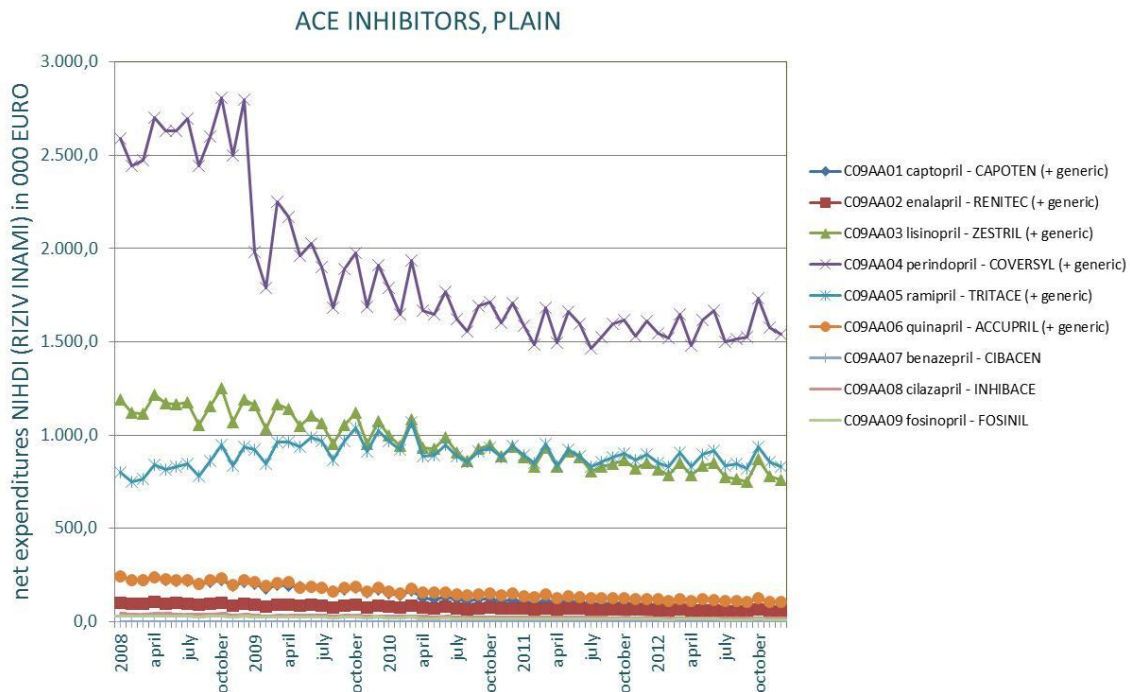
ACE INHIBITOREN

Figuur 28: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse C09A ACE inhibitoren



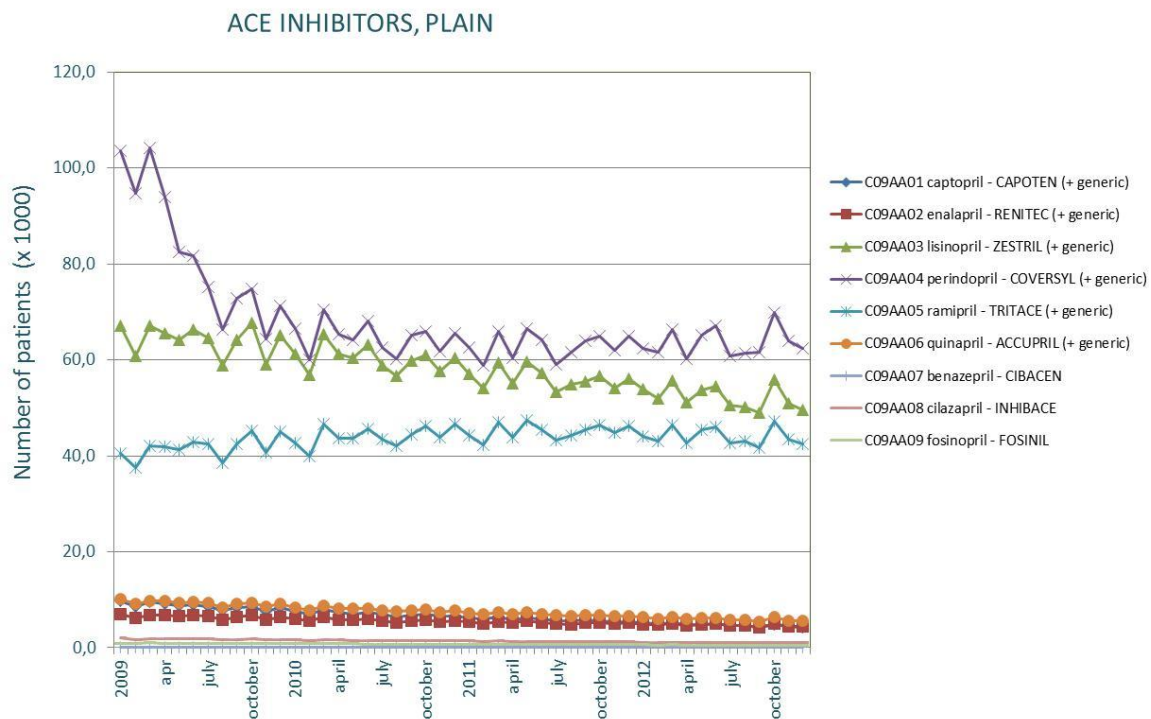
De daling van de uitgaven die wordt opgemerkt voor de ACE-remmers sinds het jaar 2009, zet zich voort in 2012 (figuur 28).

Figuur 29: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09A ACE inhibitoren

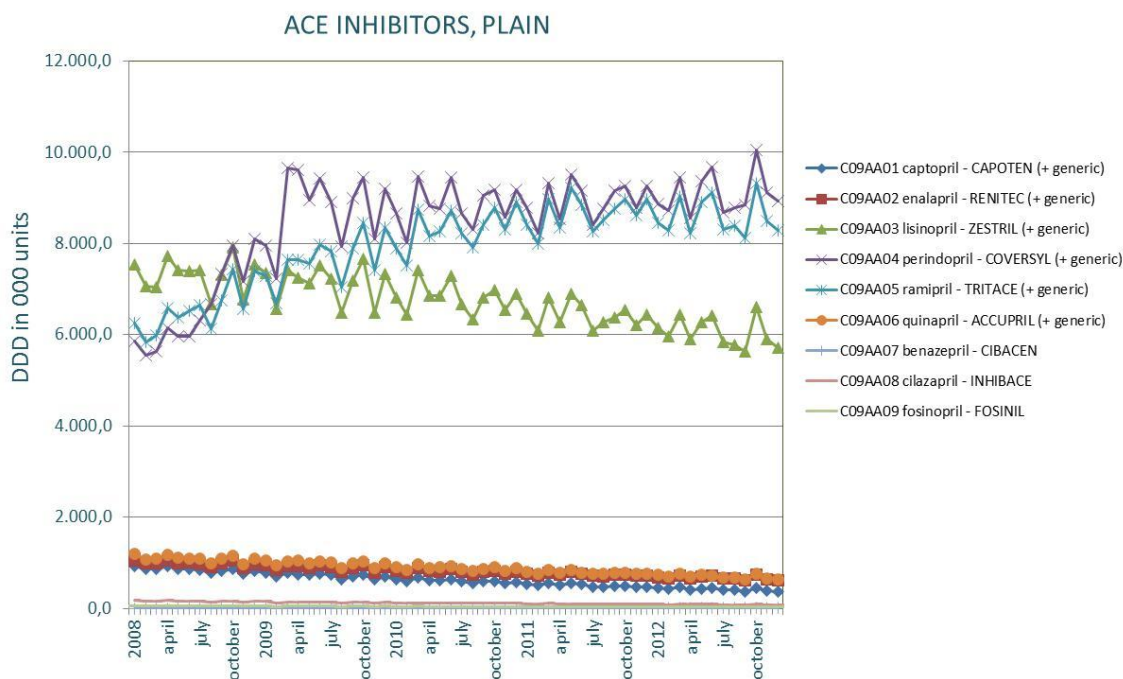


Deze daling van de uitgaven wordt zowel verklaard door het openen van de “referentiecluster” voor perindopril in 2009, waardoor de vergoedingsbasis daalde met 31% (figuur 29), maar ook door de afname van het aantal patiënten dat met dit werkzaam bestanddeel wordt behandeld en dat nu klaarblijkelijk wordt behandeld met een heel andere geneesmiddelenklasse (figuur 30).

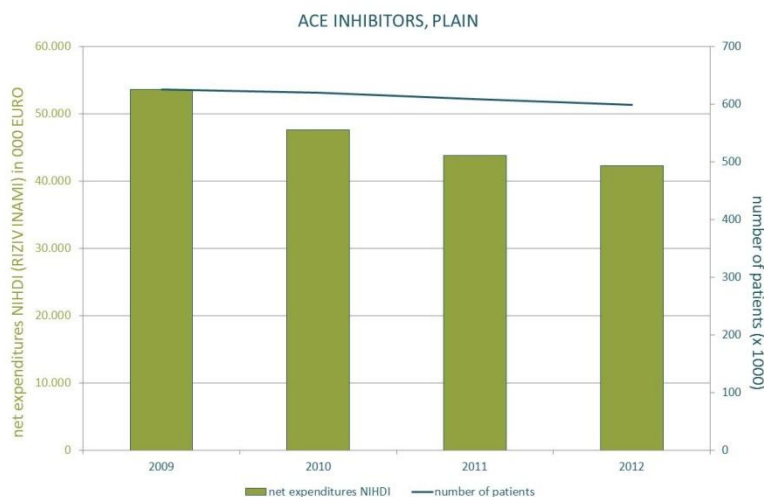
Figuur 30: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09A ACE inhibitoren



Figuur 31: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09A ACE inhibitoren



Figuur 32: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse C09A ACE inhibitoren



Voor de klasse van de ACE-remmers kan men dus tegelijkertijd een daling van de RIZIV uitgaven vaststellen, en een daling van het aantal patiënten dat wordt behandeld met geneesmiddelen uit deze therapeutische klasse. Het verschil tussen deze twee parameters die wordt getoond op figuur 32 leidt tot een daling van de behandelingskosten van een patiënt met ACE-remmers.

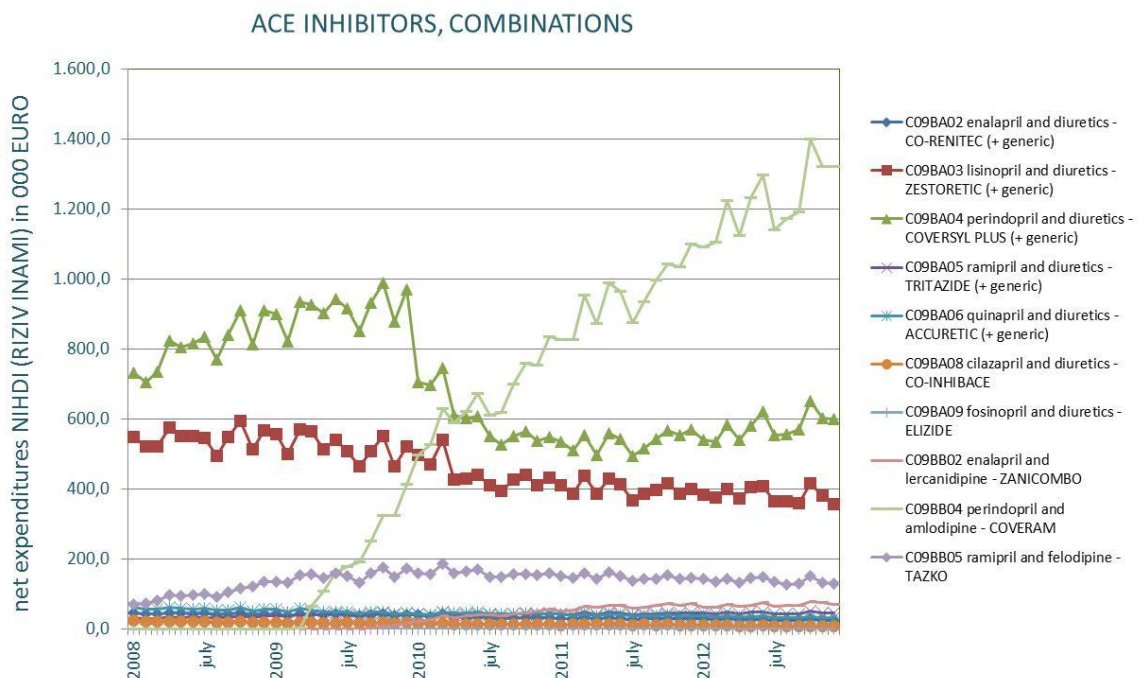
ACE INHIBITOREN, COMBINATIEPREPARATEN

Figuur 33: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse C09B ACE inhibitoren, combinatiepreparaten



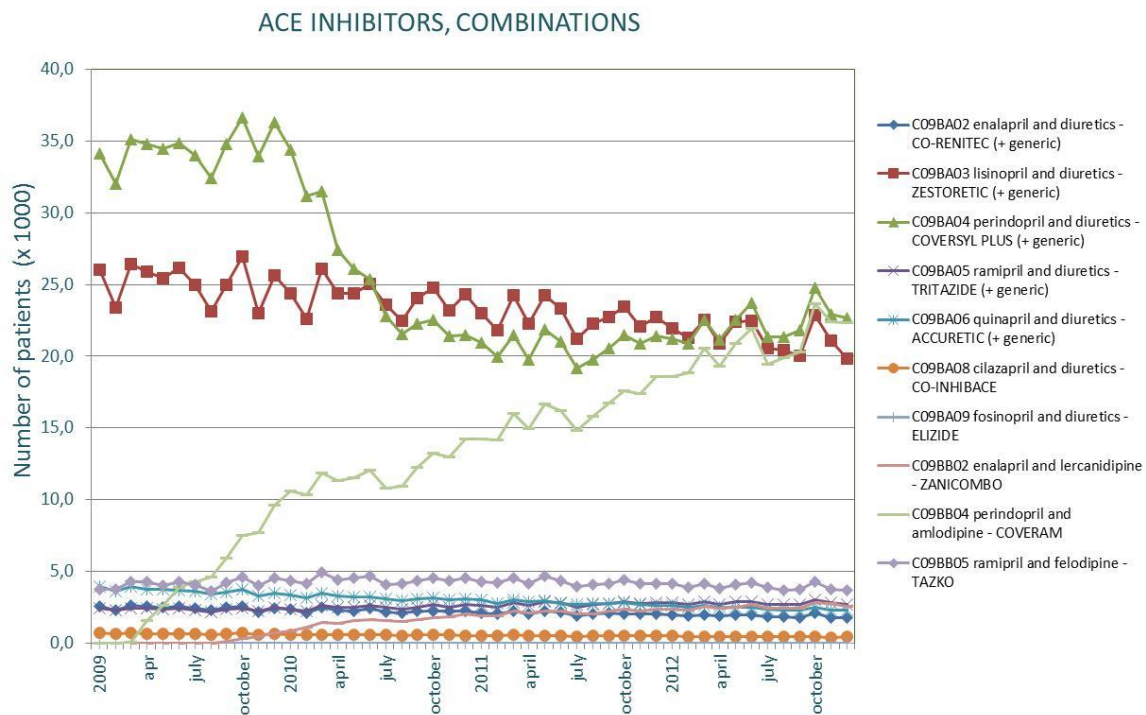
In tegenstelling tot de ACE-remmers die als monopreparaten worden gebruikt, bleven de uitgaven voor combinatiepreparaten op basis van ACE-remmers stijgen en gingen van 23 miljoen in 2009 naar 30 miljoen voor het jaar 2012 (figuur 33).

Figuur 34: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09B ACE inhibitoren, combinatiepreparaten

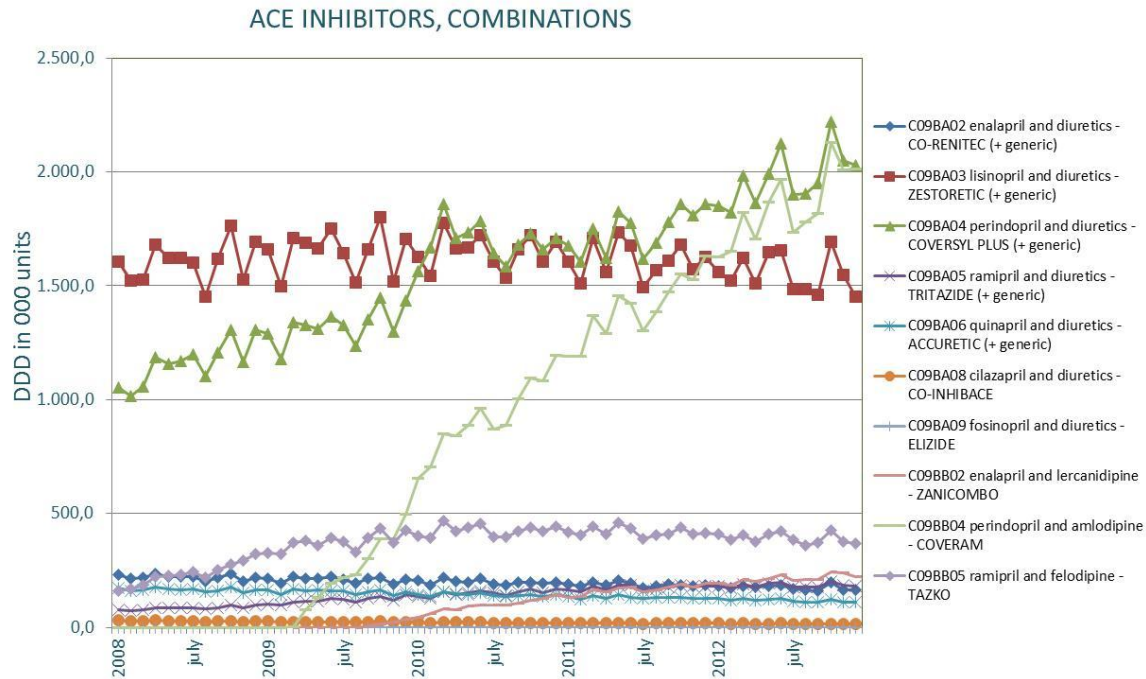


Figuur 34 toont over het algemeen een daling van de netto RIZIV uitgaven per maand voor de verschillende combinatiepreparaten op basis van ACE-remmers, met uitzondering van Coveram® sinds dit product in de handel gebracht werd in 2009. In het begin van het jaar 2010 stelt men eveneens een sterke daling vast van de uitgaven voor specialiteiten op basis van perindopril en diuretica ingevolge het van kracht worden van de referentietrugbetaling.

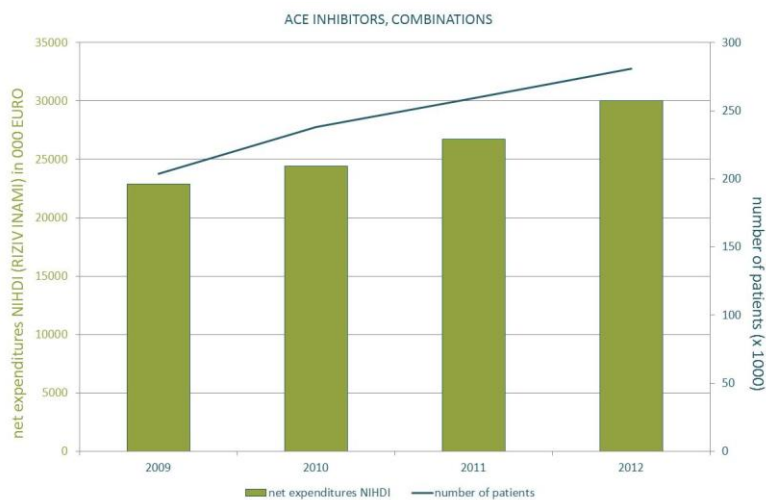
Figuur 35: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09B ACE inhibitoren, combinatiepreparaten



Figuur 36: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09B ACE inhibitoren, combinatiepreparaten



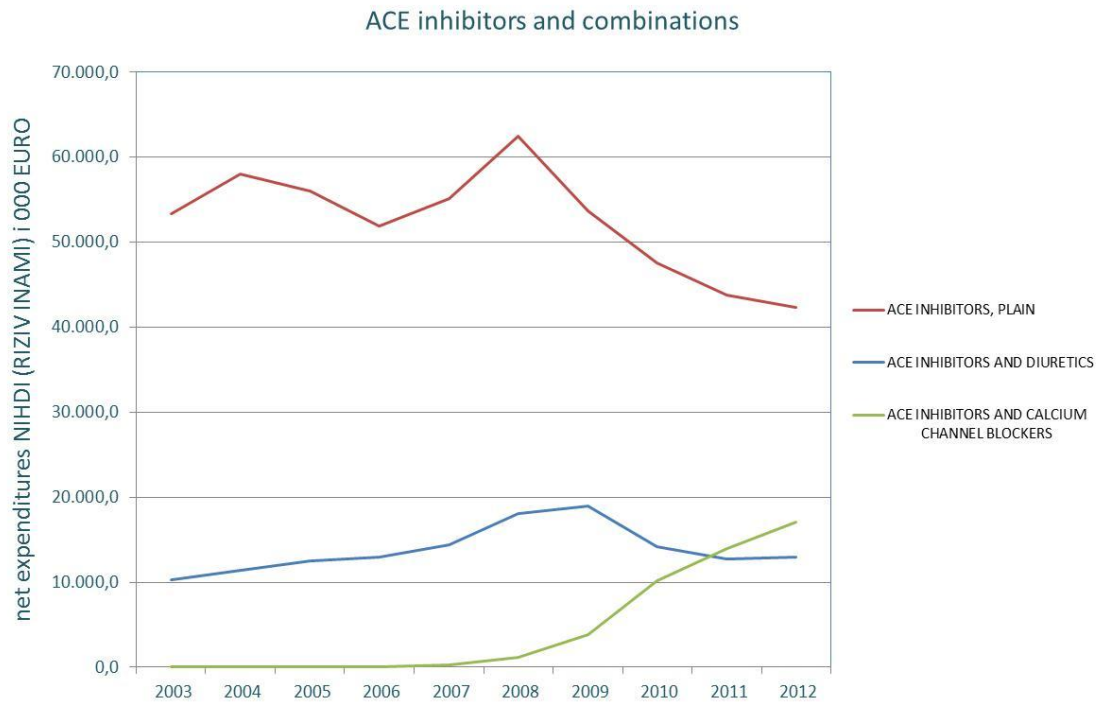
Figuur 37: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse C09B ACE inhibitoren, combinatiepreparaten



Sinds het jaar 2009 stelt men een toename vast in het aantal patiënten dat wordt behandeld met een combinatiepreparaat op basis van een ACE-remmer (figuur 37). Per maand lijkt het aantal patiënten dat wordt behandeld door de totaliteit van ACE-remmers echter gedaald te zijn, met uitzondering van combinaties op basis van perindopril en meer bepaald Coveram® waarin perindopril wordt gecombineerd met een calciumantagonist (figuur 35). Al deze gegevens samen lijken te wijzen op een overschakeling naar preparaten op basis van perindopril en meer bepaald het preparaat waarin perindopril en amlodipine worden gecombineerd.

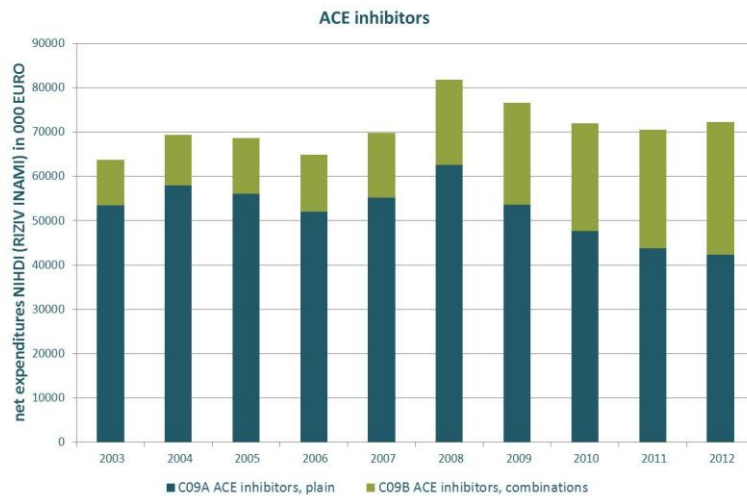
De snelle groei die voorheen voor combinatiepreparaten van ACE-remmers met calciumantagonisten optrad, is echter afgeremd. Vanaf het midden van het jaar 2010 overschrijden de uitgaven die worden gegenereerd door deze nieuwe combinaties echter uiteindelijk die van de combinaties met een diureticum (figuur 38)

Figuur 38: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09A en C09B ACE inhibitoren en combinatiepreparaten



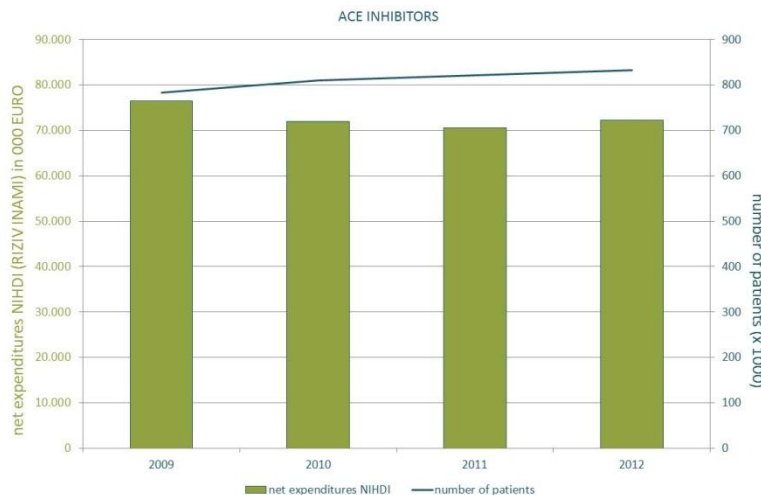
ACE INHIBITOREN, TOTAAL

Figuur 39: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse C09A en C09B ACE inhibitoren



Na een sterke stijging van de RIZIV uitgaven in 2008 voor alleen ACE-remmers of voor combinatiepreparaten die overeenkwam met de integratie van de kleine risico's voor zelfstandigen, zag men een daling van deze uitgaven om in 2012 terug te keren naar een niveau dat dicht bij dat van 2007 lag. De verdeling van de uitgaven tussen monopreparaten en combinatiepreparaten verschilt echter sterk en toont een sterke stijging van de uitgaven voor combinatiepreparaten in 2012 (figuur 39).

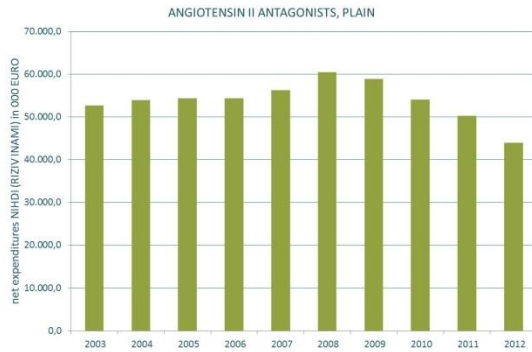
Figuur 40: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse C09A en C09B ACE inhibitoren



Deze daling van de uitgaven die gestart is in 2009 staat in correlatie met een lichte toename van het aantal patiënten, hetgeen wijst op een vermindering van de kost per patiënt (figuur 40).

SARTANEN EN COMBINATIEPREPARATEN

Figuur 41: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse C09C Sartanen

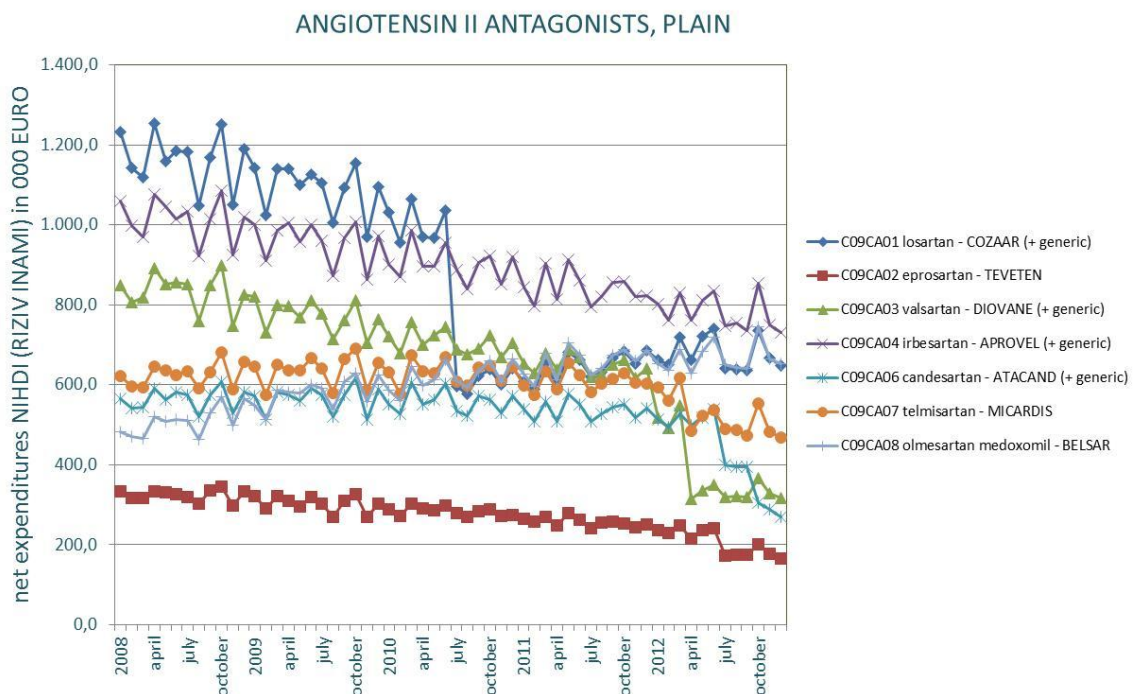


Figuur 42: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse C09D Sartanen – combinatiepreparaten



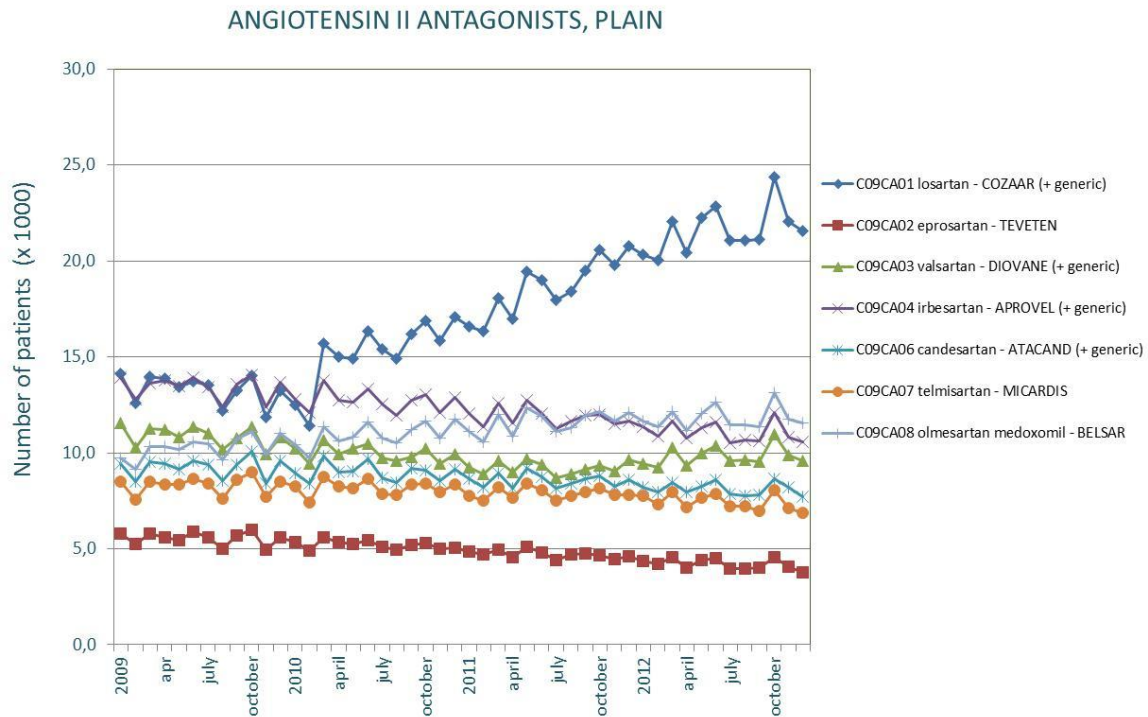
SARTANEN

Figuur 43: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09C Sartanen



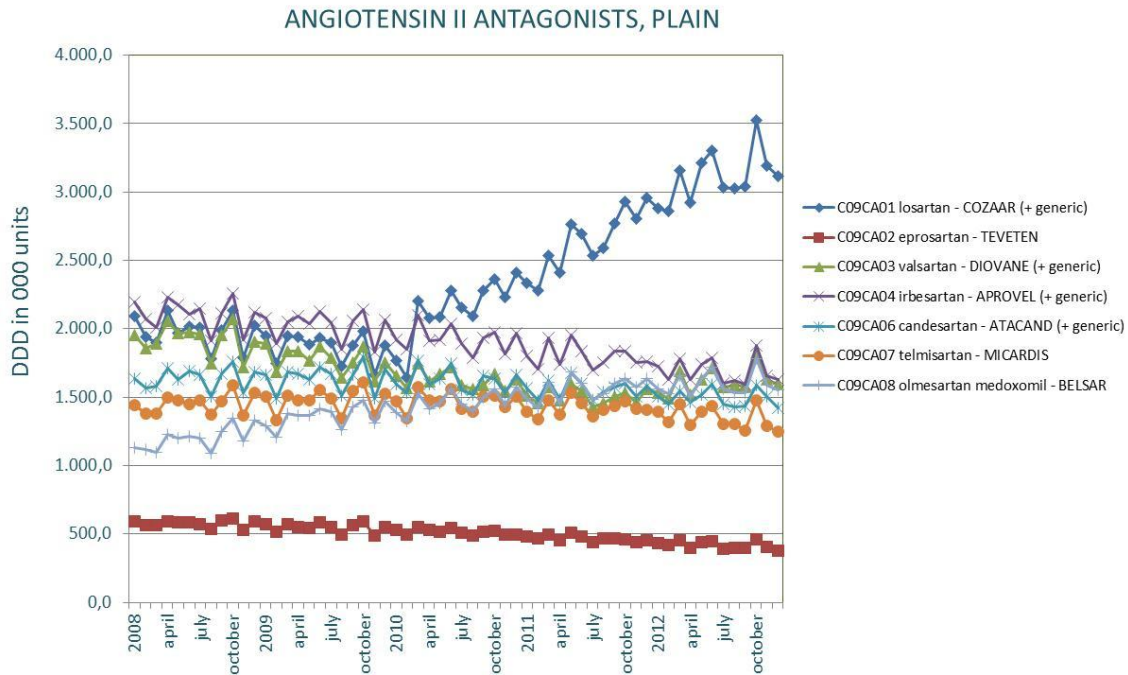
In de klasse van de sartanen als monopreparaten, werd de referentietrugbetaling van kracht in juli 2010 voor losartan, in april 2012 voor valsartan en in oktober 2012 voor candesartan (figuur 43).

Figuur 44: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09C Sartanen

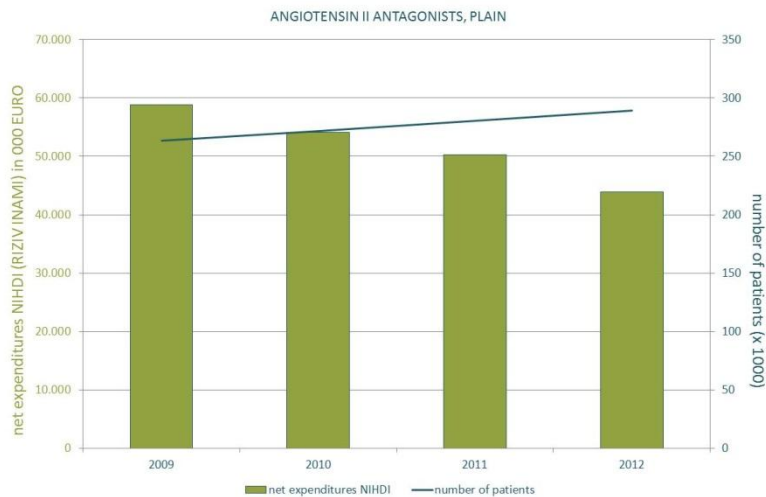


De inschrijving in hoofdstuk I van de generieken van Cozaar®, die voorheen terugbetaald werden in hoofdstuk IV met a priori controle, had tot gevolg dat er een sterke toename is van het aantal patiënten dat wordt behandeld met losartan (figuur 44). Ondanks het feit dat men een stijging vaststelt van het aantal patiënten dat wordt behandeld met deze molecule, bleek het, dankzij het in werking treden van het systeem van de referentietrugbetaling op 1 juli 2010, met de gelijktijdige toepassing voor deze molecule van de maatregel “oud geneesmiddel” (de prijsdaling voor de werkzame bestanddelen die sinds meer dan 12 jaar vergoedbaar zijn), mogelijk gebleken om de uitgaven voor deze geneesmiddelen stabiel te houden.

Figuur 45: evolutie het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09C Sartanen



Figuur 46: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse C09C Sartanen

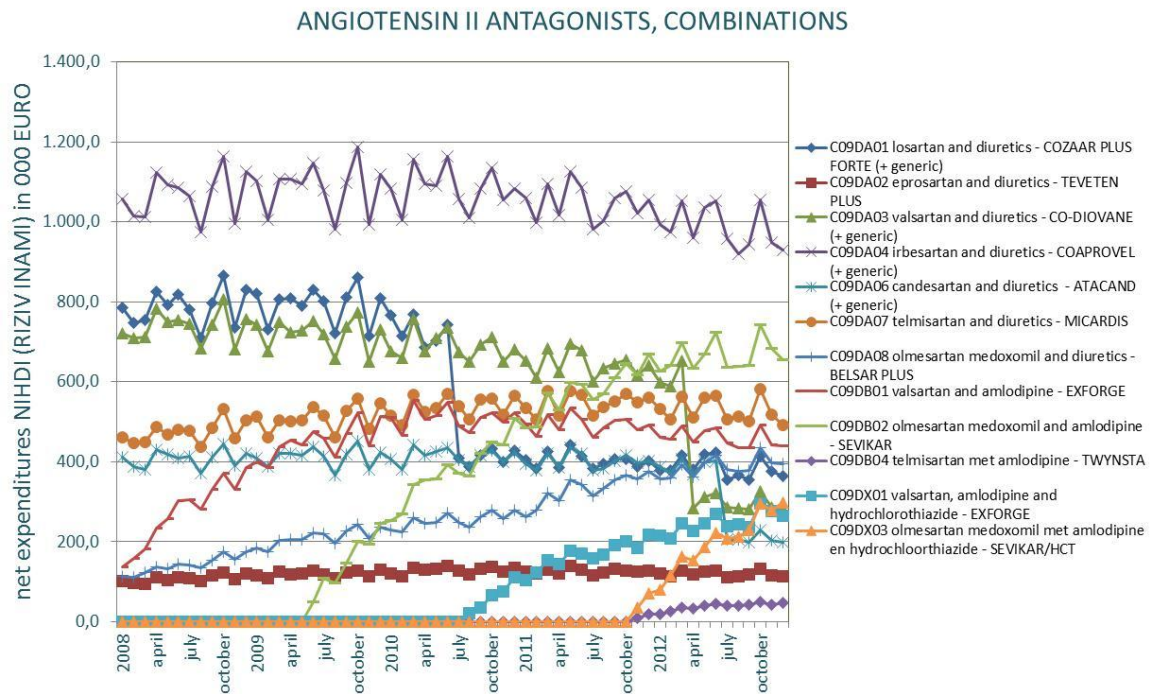


De gerealiseerde besparing moet in het oog worden gehouden want men stelt tegelijkertijd een toename vast van het aantal patiënten en van het aantal DDD voor de molecule losartan (figuur 44 en figuur 45). Een dergelijke stijging voor de andere sartanen ingeschreven in hoofdstuk I zoals valsartan en candesartan zou een nieuwe stijging kunnen uitlokken van de uitgaven voor deze geneesmiddelenklasse indien deze patiënten niet al behandeld worden met sartanen, zoals vastgesteld met de farmaceutische specialiteiten op basis van losartan. Uitgaande van de veronderstelling dat alle patiënten die in aanmerking komen voor een behandeling met sartanen al zouden worden behandeld met een geneesmiddel uit deze klasse, zou

men een overstap kunnen zien naar deze farmaceutische specialiteiten ingeschreven in hoofdstuk I. Dit zou een daling van de RIZIV uitgaven tot gevolg hebben.

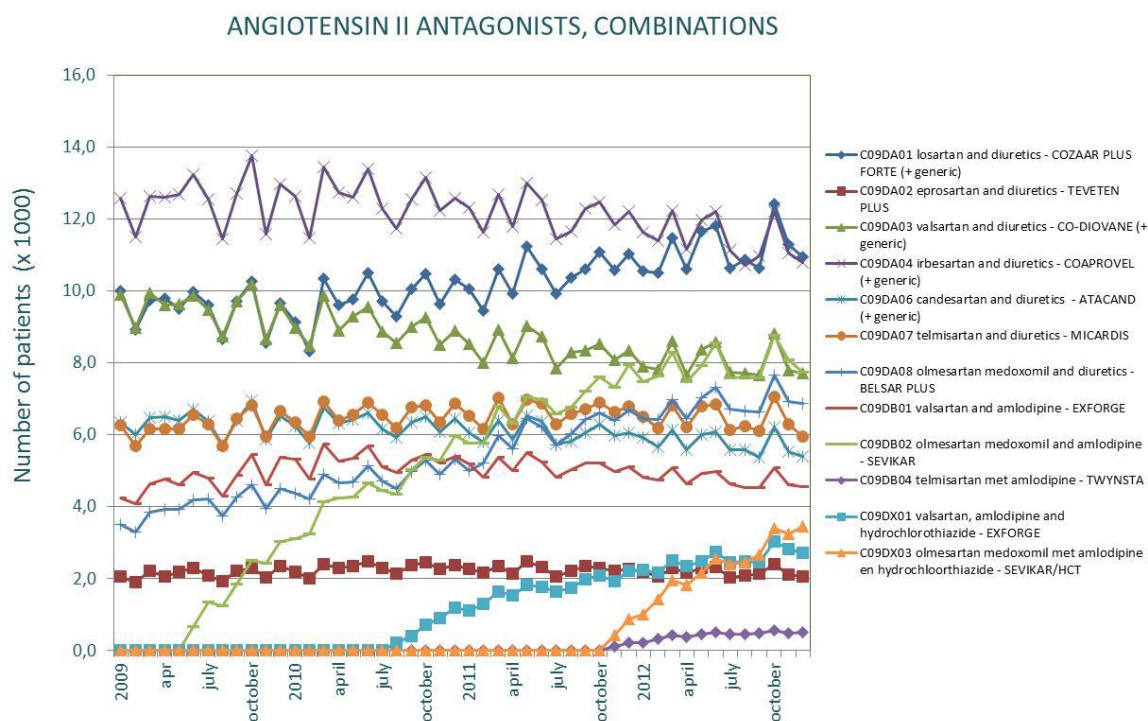
SARTANEN - Combinatiepreparaten

Figuur 47: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09D Sartanen – combinatiepreparaten



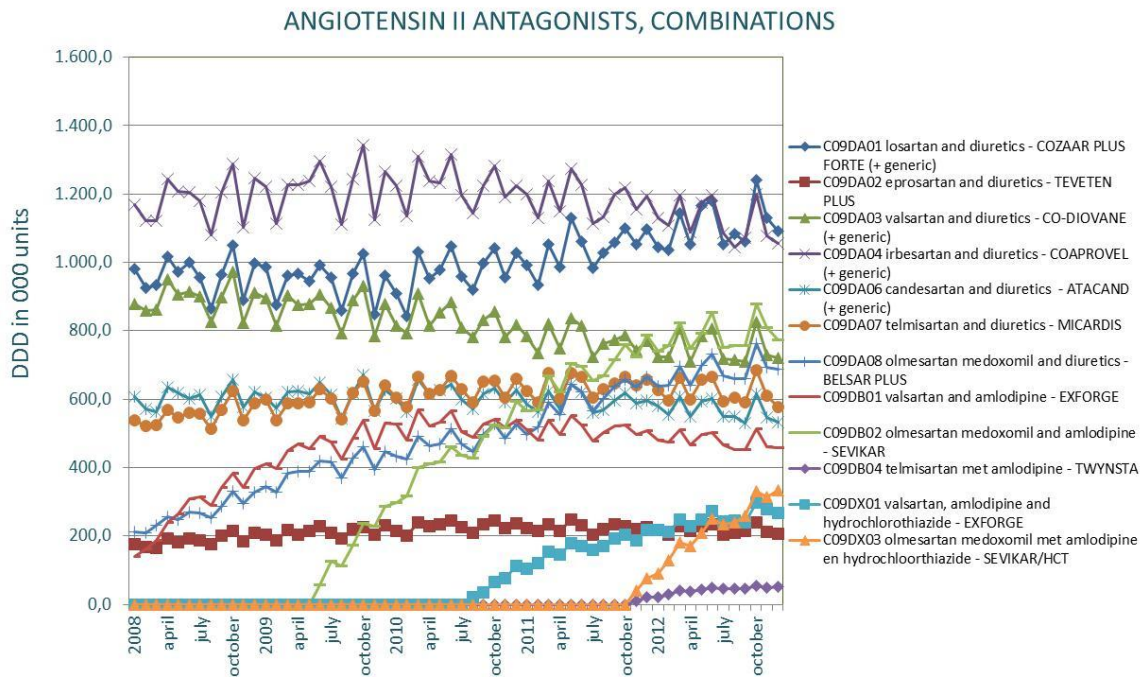
Na een sterke stijging van het gebruik van combinatiepreparaten met calciumantagonisten ziet men een stabilisering van het aantal patiënten. Deze stabilisering valt samen met de komst op de markt van specialiteiten die de 3 werkzame bestanddelen bevatten (sartan, een calciumantagonist en een thiazidediureticum) (figuur 48).

Figuur 48: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09D Sartanen - combinatiepreparaten

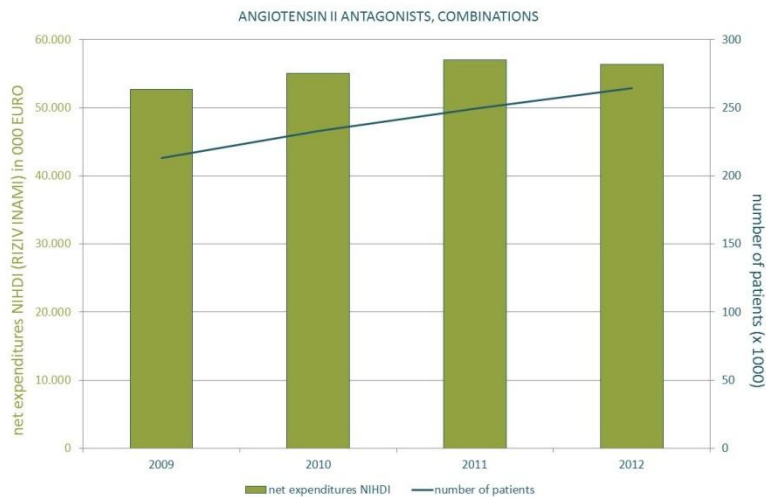


Het gebruik van deze nieuwe combinaties met 3 werkzame bestanddelen had op vandaag geen invloed op de uitgaven door de daling van de consumptie van verschillende combinatiepreparaten bestaande uit sartanen en een diureticum.

Figuur 49: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C09D Sartanen - combinatiepreparaten



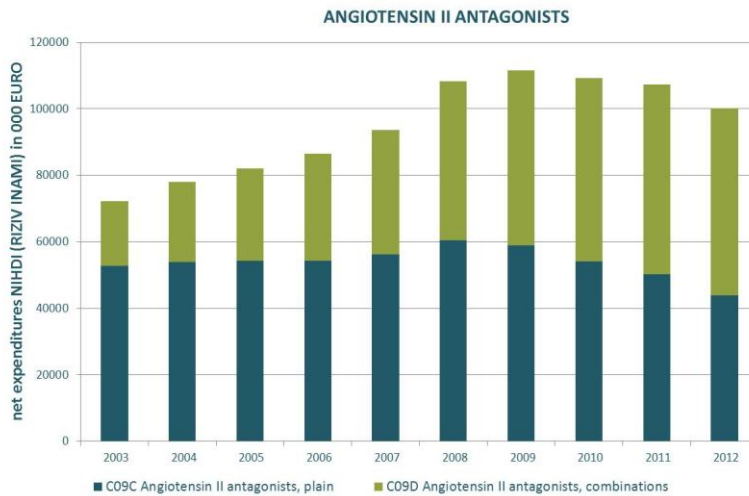
Figuur 50: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse C09D Sartanen - combinatiepreparaten



Na een voortdurende stijging van de uitgaven voor combinatiepreparaten op basis van sartanen, zien we in 2012 een daling van de uitgaven ondanks een constante stijging van het aantal patiënten.

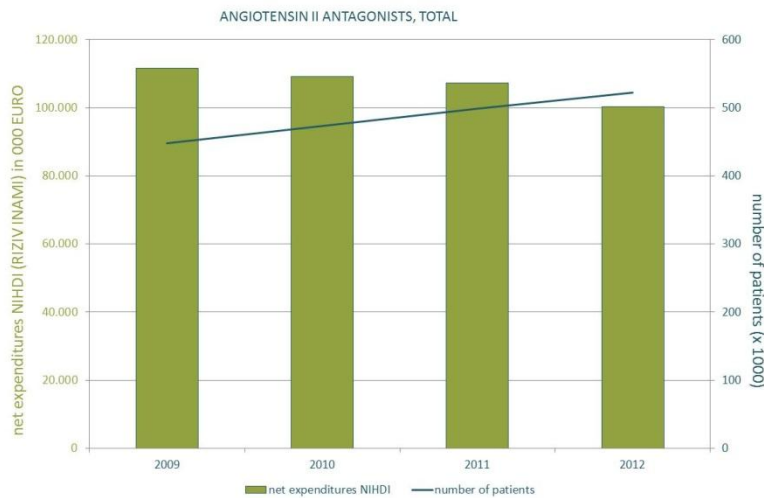
SARTANEN - TOTAAL

Figuur 51: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse C09C en C09 Angiotensine II antagonisten



Op het niveau van de totale uitgaven voor sartanen alleen of in combinatiepreparaten zien we tot 2009 een stijging van de RIZIV uitgaven. Vanaf het jaar 2010 wordt een daling van deze globale uitgaven vastgesteld maar die is er alleen maar voor de sartanen gebruikt in monopreparaten terwijl de uitgaven voor de combinatiepreparaten stabiel blijven.

Figuur 52: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse C09C en C09 Angiotensine II antagonisten



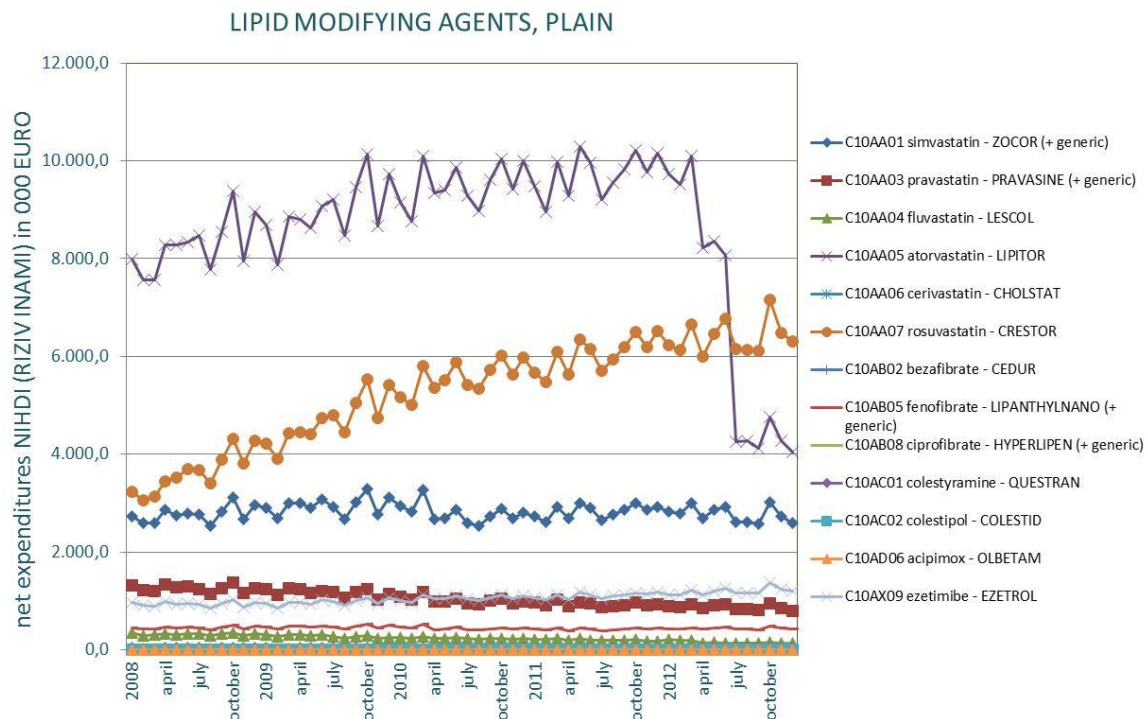
LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN

Figuur 53: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse C10A Lipidenverlagende middelen



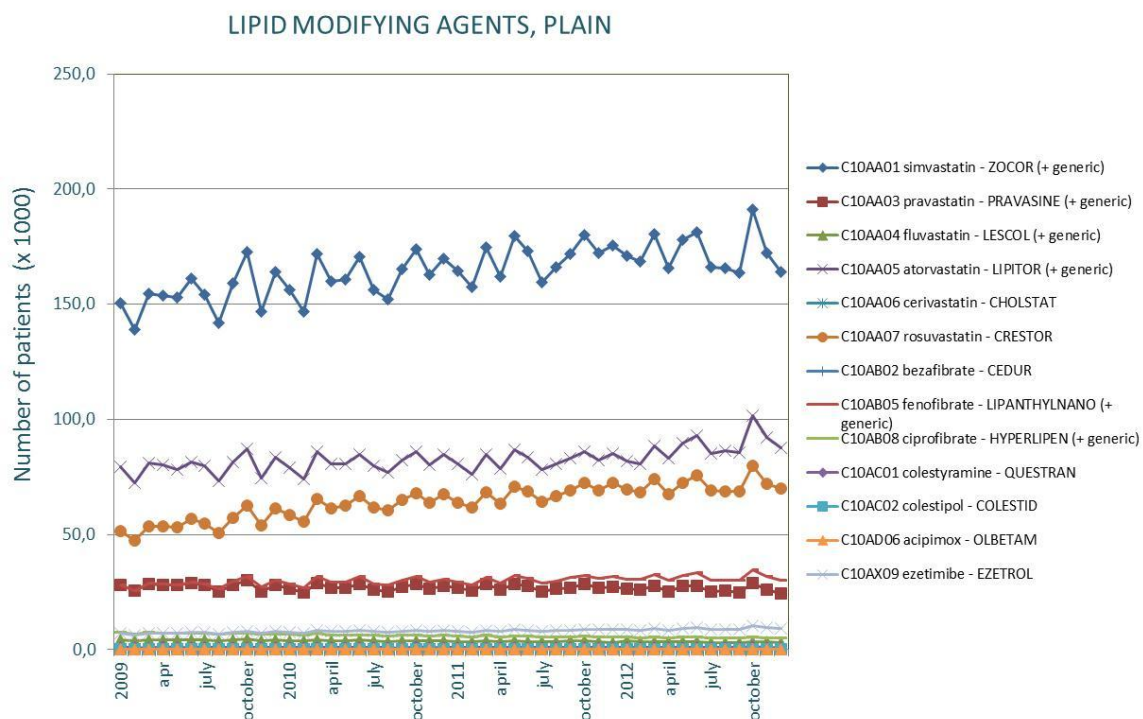
De stijging van de uitgaven vastgesteld sinds het jaar 2006 voor hypolipemiërende geneesmiddelen stabiliseerde zich in 2011 (figuur 53).

Figuur 54: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C10A Lipidenverlagende middelen



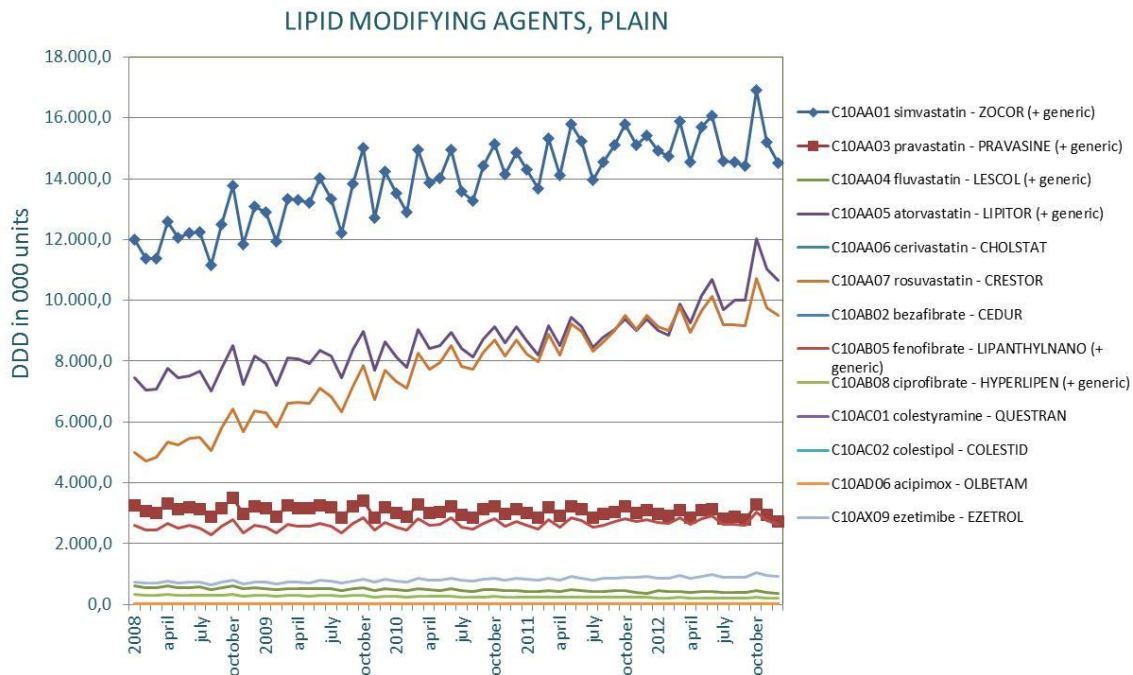
In augustus 2010 werden de aanbevelingen met betrekking tot statines gewijzigd door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen met als doel het voorschrijven van de goedkoopste moleculen uit deze klasse te stimuleren. Deze wijziging van de aanbevelingen hadden slechts een beperkte impact op de uitgaven want ze richtte zich uitsluitend op patiënten voor wie een behandeling met een statine werd gestart, hetgeen slechts een zeer beperkt deel van de totaal behandelde populatie is. In 2012 konden door het in werking treden van het referentietierugbetalingssysteem voor atorvastatine (Lipitor®) grote besparingen worden gerealiseerd in deze geneesmiddelenklasse. Voor de andere hypolipemiërende geneesmiddelen werd een stabilisering van de uitgaven vastgesteld voor alle moleculen, met uitzondering van de uitgaven voor rosuvastatine die verder blijven stijgen (figuur 54). Er blijven grote verschillen bestaan tussen de verschillende specialiteiten (originelen in hoofdstuk IV en generieken in hoofdstuk I) voor atorvastatine met dus sterk verschillende kosten voor het RIZIV.

Figuur 55: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C10A Lipidenverlagende middelen



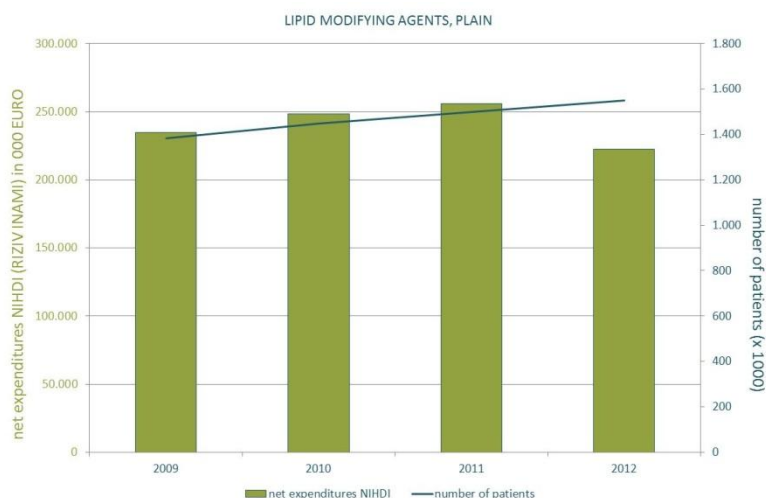
Het aantal patiënten behandeld met statines blijft verder groeien (van 839.943 in 2005 tot 1.439.868 in 2012) hoewel de stijging van het aantal behandelde patiënten de laatste 3 jaar afnam (figuur 55).

Figuur 56: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C10A Lipidenverlagende middelen



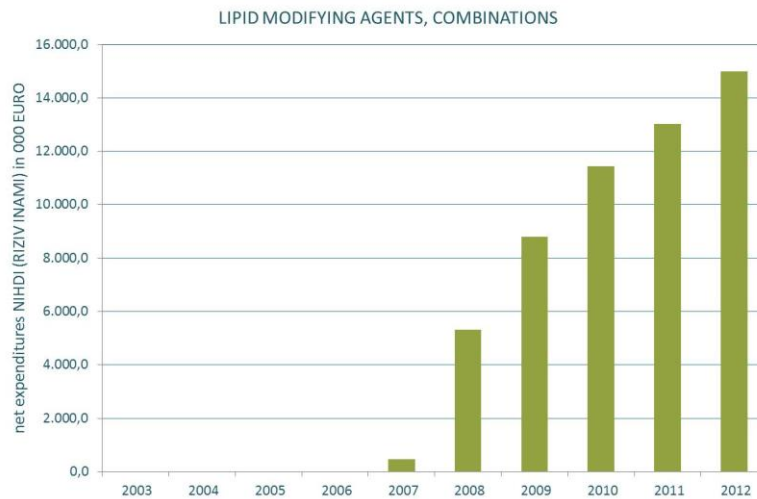
Een stijging van het aantal DDD per maand voor simvastatine, atorvastatine en rosuvastatine wordt vastgesteld. Deze stijging lijkt groter dan de toename van het aantal patiënten (figuur 55), hetgeen wijst op een verhoging van de posologie voor deze moleculen en/of een betere therapietrouw (figuur 56).

Figuur 57: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse C10A Lipidenverlagende middelen

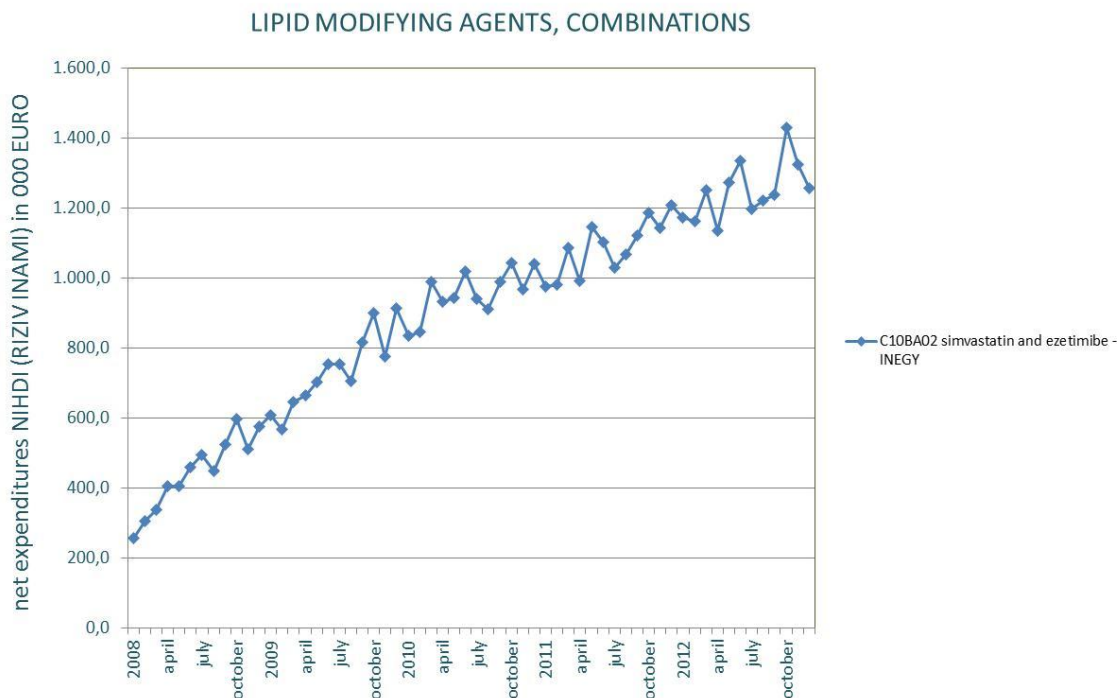


LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN, COMBINATIEPREPARATEN

Figuur 58: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse C10B Lipidenverlagende middelen, combinatiepreparaten

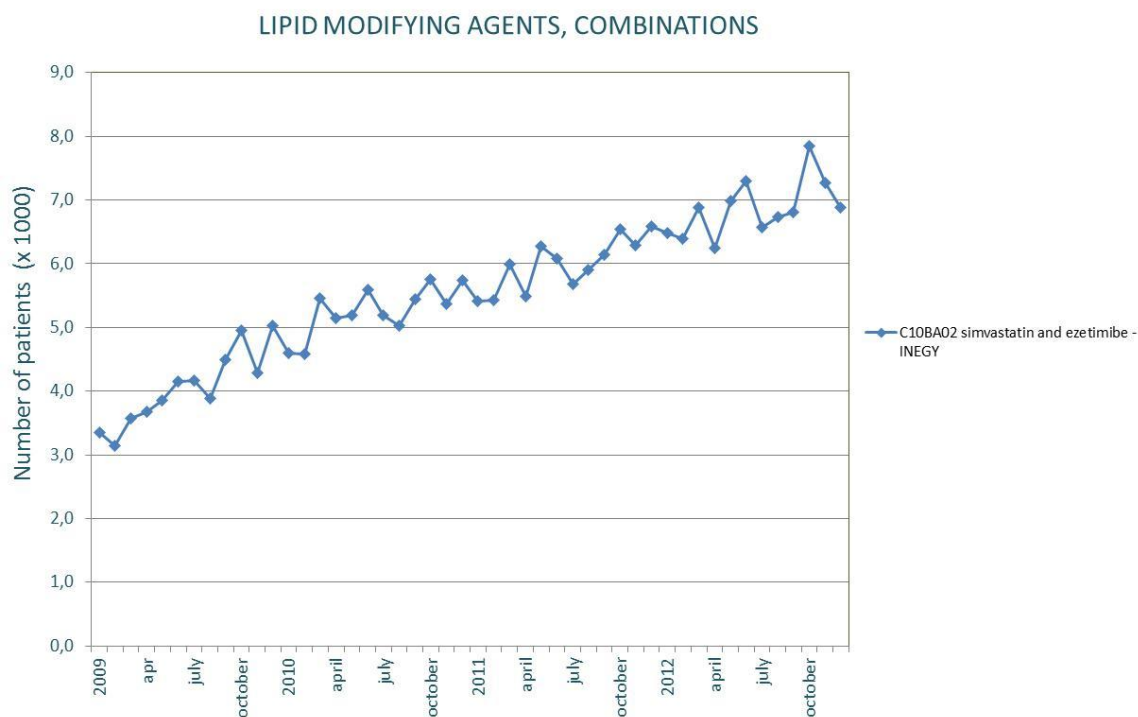


Figuur 59: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse C10B Lipidenverlagende middelen, combinatiepreparaten

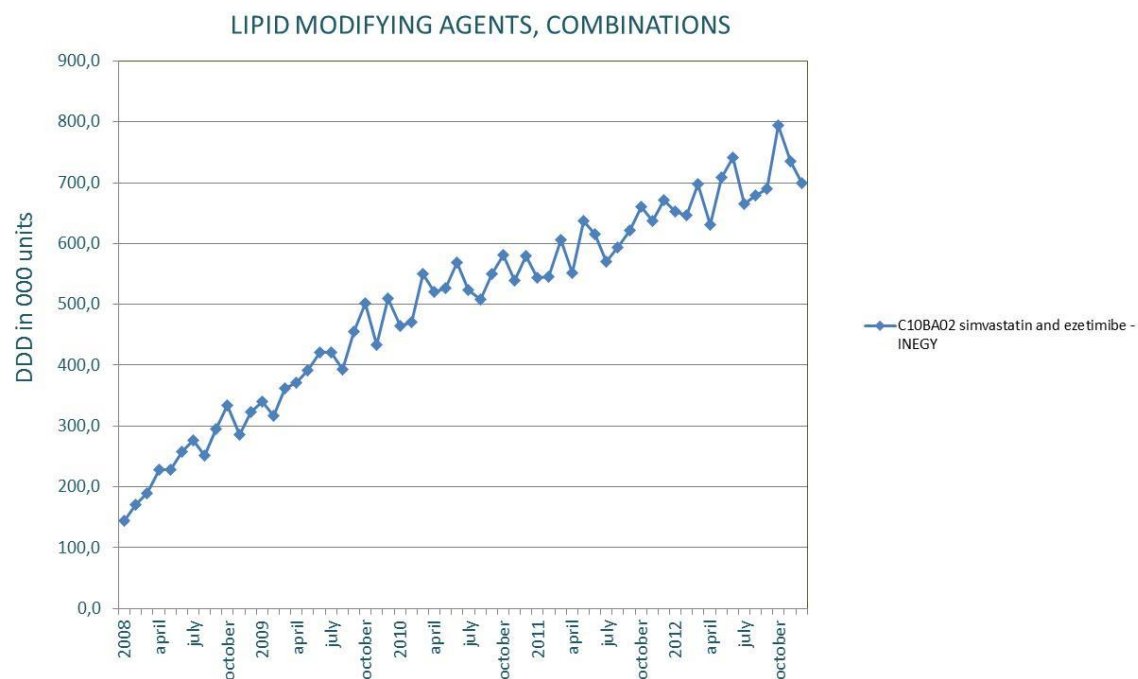


Het combinatiepreparaat Inegy® (ezetimibe en simvastatine) is vergoedbaar sinds augustus 2007. De uitgaven voor dit geneesmiddel stegen van 11,5 miljoen in 2010 tot 15 miljoen euro in 2012.

Figuur 60: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C10B Lipidenverlagende middelen, combinatiepreparaten

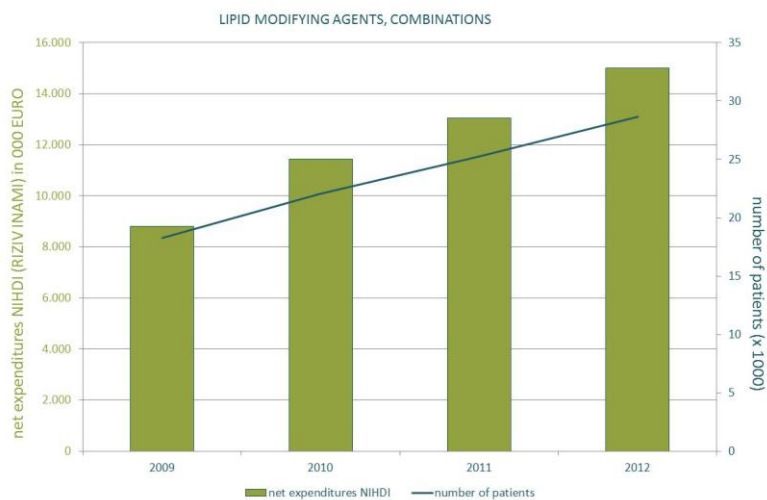


Figuur 61: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse C10B Lipidenverlagende middelen, combinatiepreparaten



De evolutie van het aantal patiënten (figuur 60) en het aantal DDD (figuur 61) per maand is vergelijkbaar. Dit wijst er op dat er geen verhoging is van de dosis toegediend aan de patiënt en op een goede therapietrouw.

Figuur 62: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse C10B Lipidenverlagende middelen, combinatiepreparaten



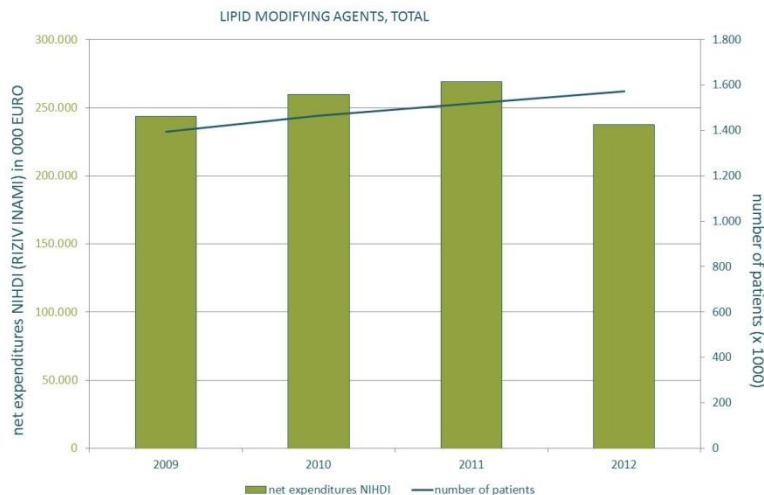
LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN, TOTAAL

Figuur 63: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse C10 Lipidenverlagende middelen



Na een voortdurende stijging sinds 2007 van de RIZIV uitgaven voor hypolipemiërende geneesmiddelen gebruikt als monopreparaat (C10A) en voor combinatiemiddelen (C10B), zien we een daling tijdens het jaar 2012. Het is bovendien belangrijk op te merken dat alleen de uitgaven voor hypolipemiërende geneesmiddelen die als monopreparaat worden gebruikt (C10A) gedaald zijn terwijl de uitgaven voor de combinatie simvastatine + ezetimibe (C10B) blijven stijgen (figuur 63).

Figuur 64: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse C10 Lipidenverlagende middelen



Hieruit blijkt een daling van de netto-uitgaven voor deze geneesmiddelenklasse ondanks een stijging van het aantal patiënten dat alleen met een statine wordt behandeld of met een combinatie en dus een daling van de kost per patiënt (figuur 64).

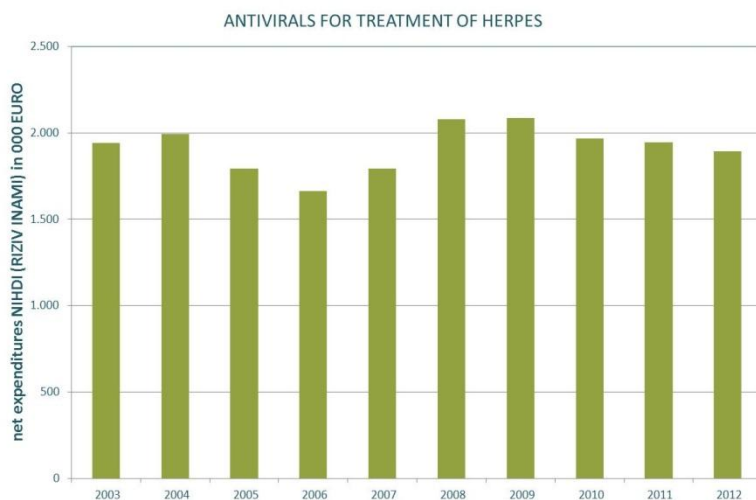
DIRECT WERKENDE ANTIVIRALE MIDDELEN

Figuur 65: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse J05A Direct Werkende Antivirale Middelen



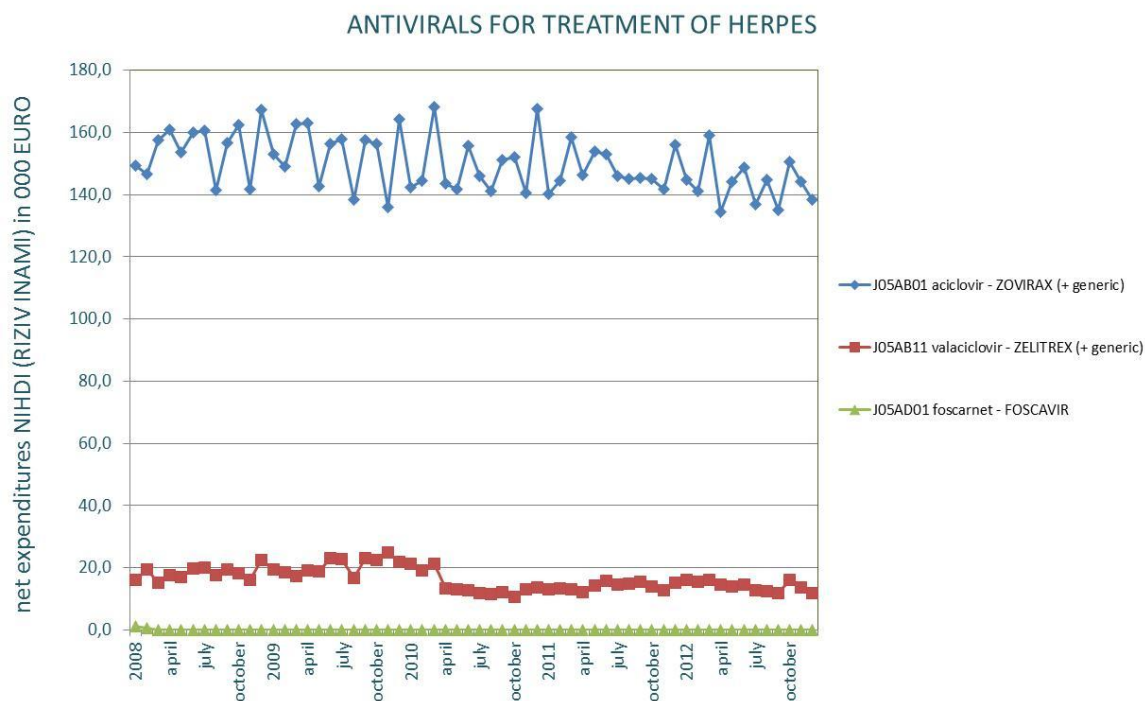
ANTIVIRALE MIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN HERPES

Figuur 66: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor antivirale middelen voor de behandeling van herpes

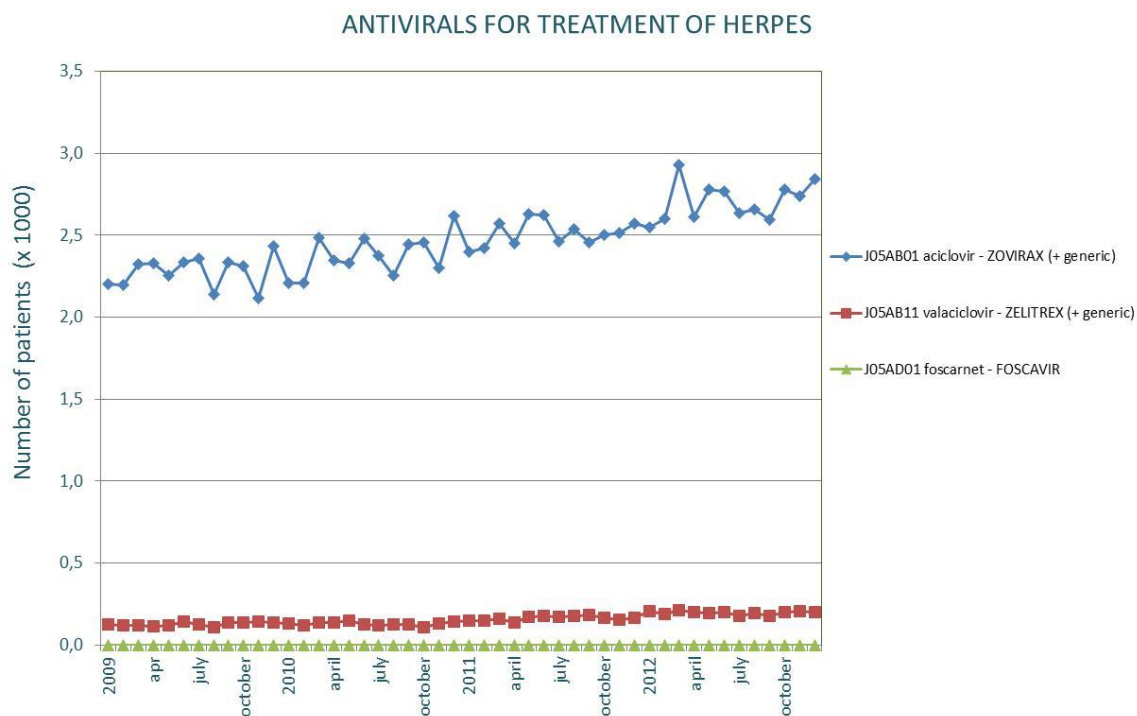


De uitgaven voor antivirale middelen voor de behandeling van herpes (zoster) zijn stabiel (figuur 66).

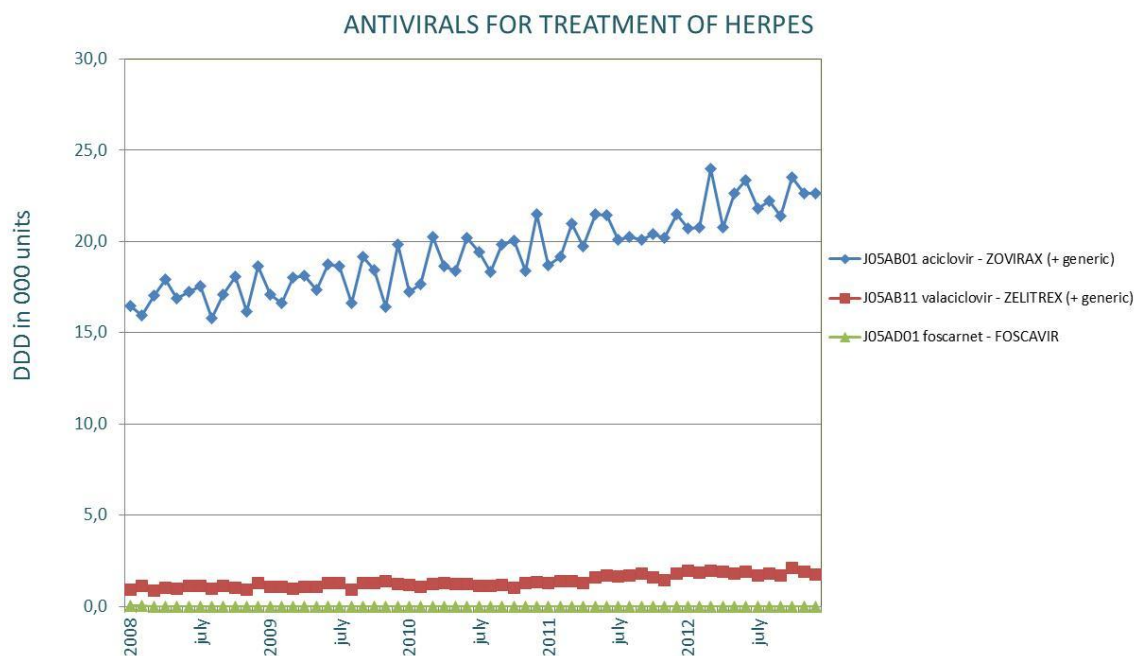
Figuur 67: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor antivirale middelen voor de behandeling van herpes



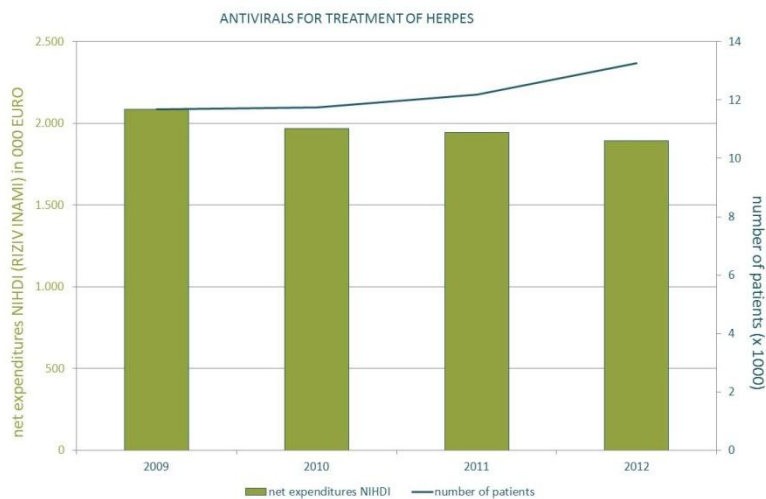
Figuur 68: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor antivirale middelen voor de behandeling van herpes



Figuur 69: evolutie het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor antivirale middelen voor de behandeling van herpes

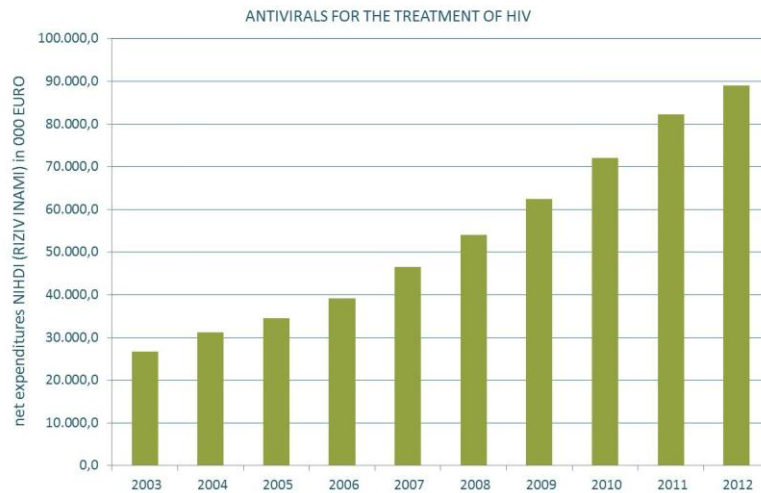


Figuur 70: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor antivirale middelen voor de behandeling van herpes

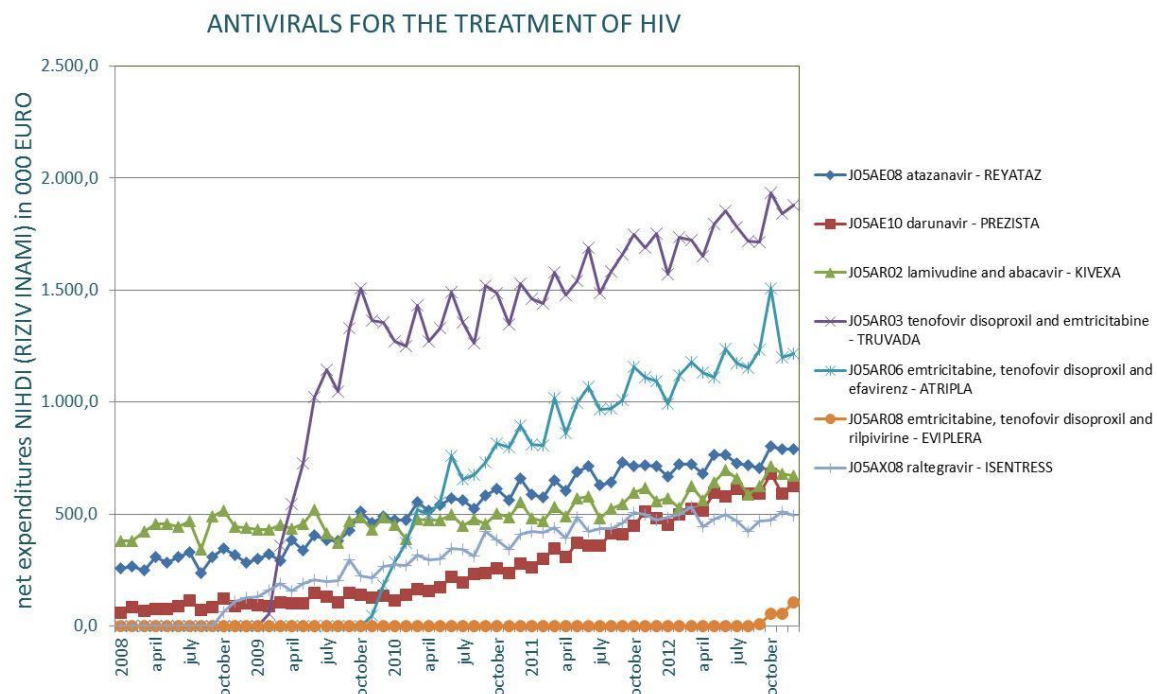


ANTIVIRALE MIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN HIV

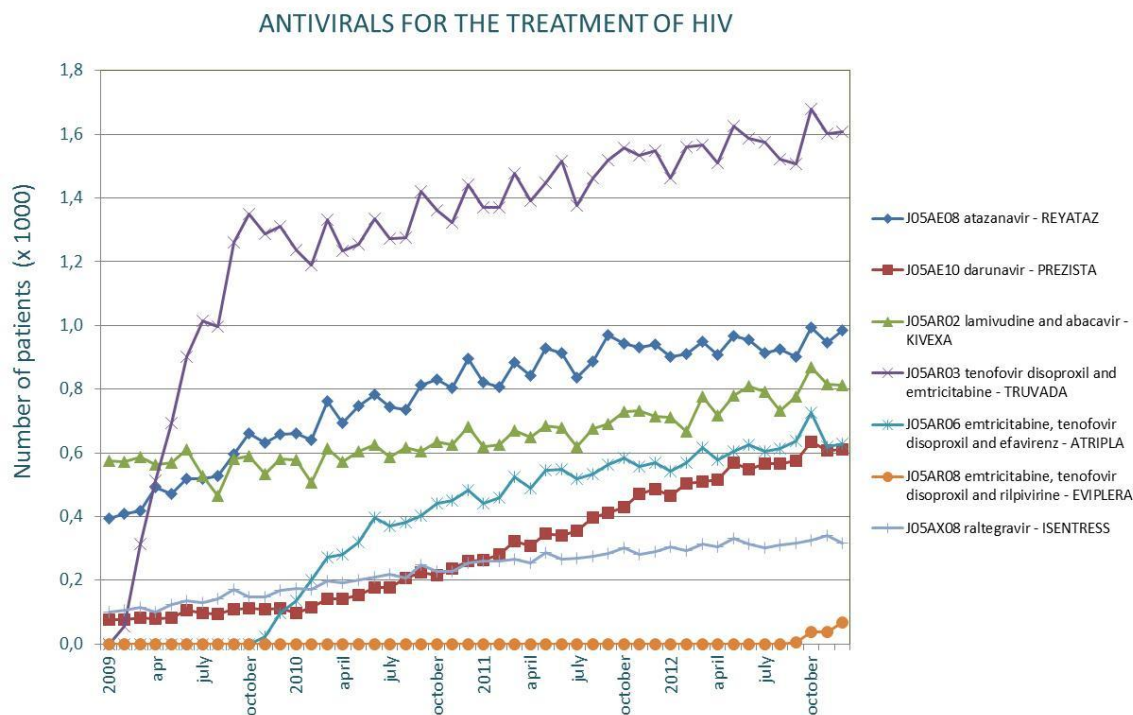
Figuur 71: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor de antivirale middelen voor de behandeling van HIV



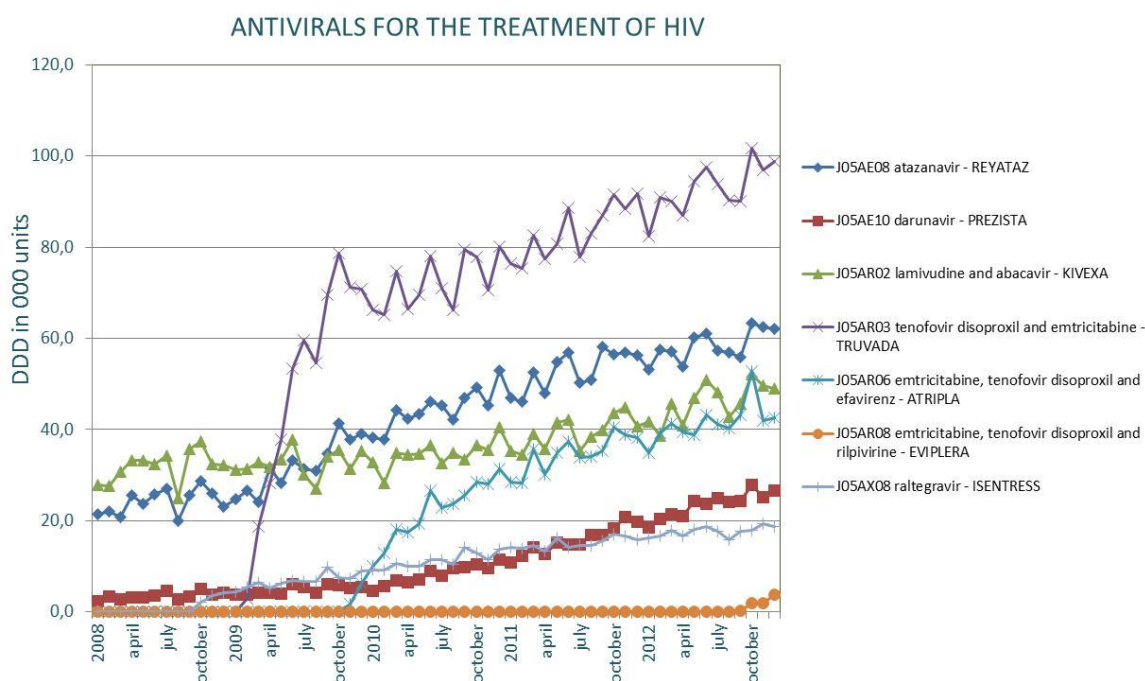
Figuur 72: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor antivirale middelen voor de behandeling van HIV



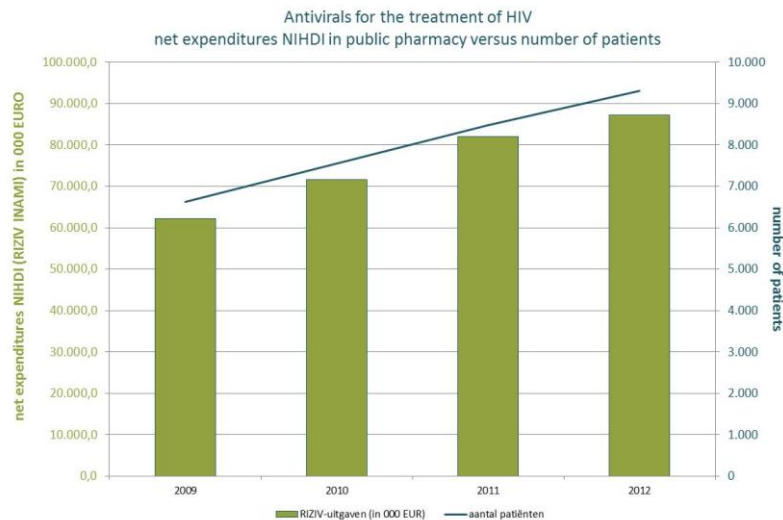
Figuur 73: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor antivirale middelen voor de behandeling van HIV



Figuur 74: evolutie het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor antivirale middelen voor de behandeling van HIV



Figuur 75: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor antivirale middelen voor de behandeling van HIV



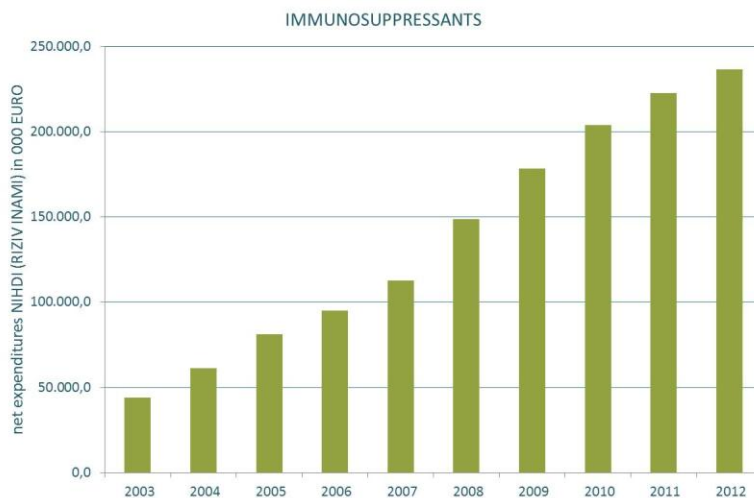
De vergelijking tussen de RIZIV kosten voor antivirale middelen tegen herpes (zoster) en antiretrovirale middelen (ARV) tegen HIV-infectie toont dat de uitgaven van de ATC klasse J05A voor een groot deel verklaard worden door de antivirale middelen die worden gebruikt in de strijd tegen HIV. Het gaat hier om een therapeutisch domein waar een overschakeling op polytherapieën aanbevolen³ is, met een toenemend aantal antiretrovirale middelen (vroeger 2, op dit moment 3), maar waar de moleculen van de laatste generatie eveneens de oude moleculen vervangen of er snel aan toegevoegd worden (minder ongewenste effecten en/of interacties, een groter gebruiksgemak voor de vaste combinaties en/of minder innames per dag, enz).

De uitgaven stegen voornamelijk voor de vaste ARV-combinaties (Truvada®, Atripla®). Drie proteaseremmers (Reyataz®, Prezista® en Kivexa®) zijn de andere ARV waarvoor de grootste bedragen door het RIZIV worden terugbetaald en die nog gestegen zijn, zoals voor Celsentri®.

³ EACS guidelines 7.0 – European Treatment Guidelines – October 2013

IMMUNOSUPPRESSIVA

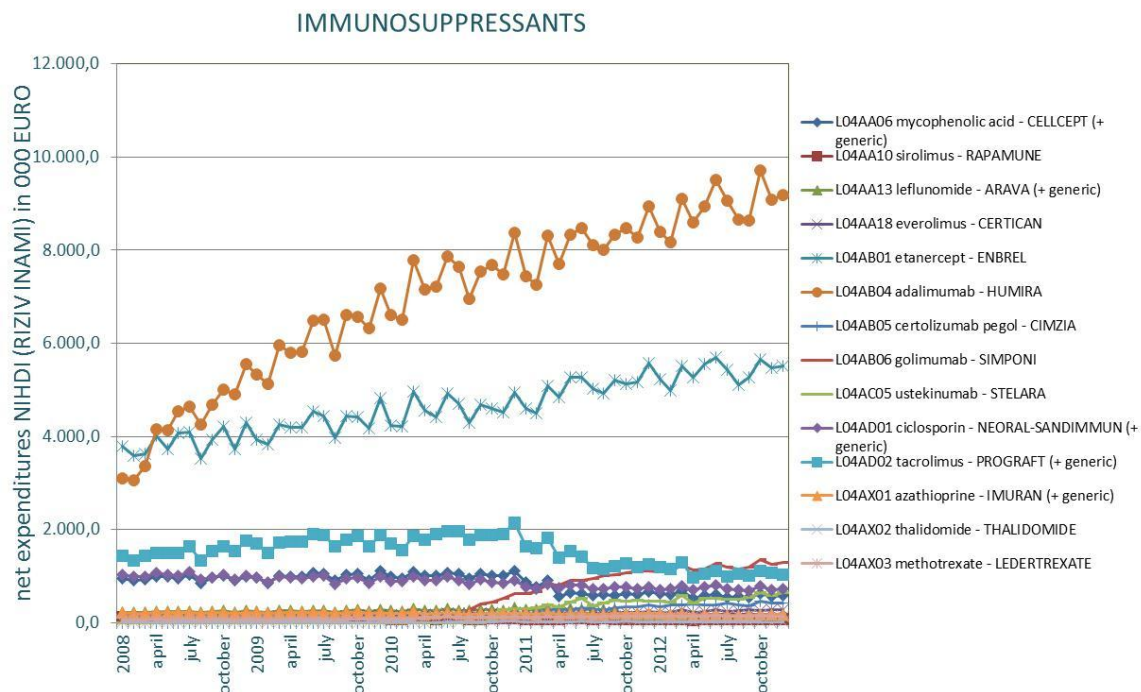
Figuur 76: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse L04A Immunosuppressiva



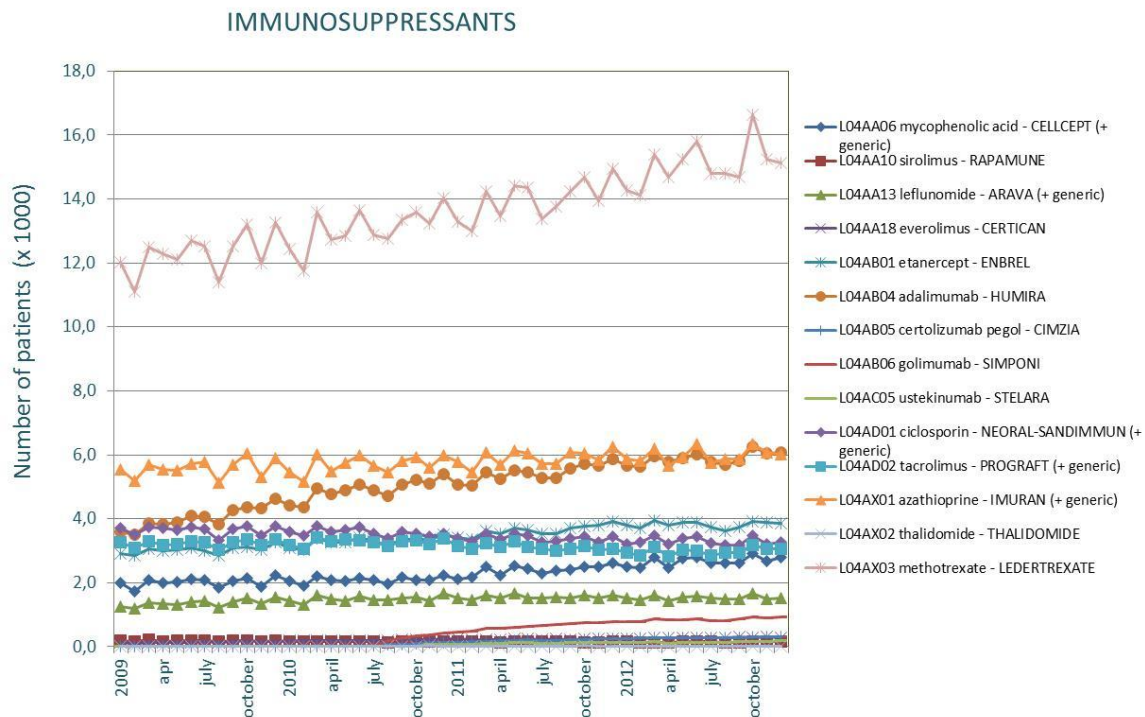
De groei van deze geneesmiddelenklasse blijft de laatste twee jaar stabiel na een lange periode van groei met twee cijfers :

- evolutie tussen 2010 en 2011: + 9 %
- evolutie tussen 2011 en 2012: + 6,2 %

Figuur 77: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse L04A Immunosuppressiva



Figuur 78: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse L04A Immunosuppressiva



Tacrolimus:

De RIZIV kosten voor deze behandeling zijn sterk gedaald omwille van de prijserosie veroorzaakt door de generieken [voor de orale vormen is het referentierugbetalingssysteem op 1 april 2011 in werking getreden, met de gelijktijdige toepassing voor deze molecule van de maatregel “oude geneesmiddelen” (de prijsdaling voor de werkzame bestanddelen die sinds meer dan 12 of 15 jaar vergoedbaar zijn)].

Mycofenolzuur (natriumzout, mofetilester):

Men stelt een lichte toename vast van het aantal patiënten behandeld met CellCept® (en generieken), overgedragen naar hoofdstuk I op 1 februari 2011, met een stijging van het aantal vergoedbare indicaties als gevolg. De budgettaire impact werd beperkt door de prijsverlagingen (en verlagingen van de vergoedingsbasis) die gekoppeld zijn aan de overdracht naar hoofdstuk I, door de maatregel “oude geneesmiddelen” (de prijsdaling voor de werkzame bestanddelen die sinds meer dan 12 of 15 jaar vergoedbaar zijn) en door de toepassing van het referentierugbetalingssysteem (op 01.04.2011 voor de orale vorm). Deze behandeling heeft grotendeels betrekking op patiënten die langdurig worden behandeld, maar die niet zo talrijk zijn, waardoor de budgettaire impact van de overdracht naar hoofdstuk I eveneens beperkt werd.

Methotrexaat:

Het gebruik van methotrexaat uitgedrukt in aantal patiënten en in DDD stijgt door het toenemend gebruik van biologische geneesmiddelen, gezien het feit dat methotrexaat moet worden toegediend voorafgaand aan of in combinatie met deze biologische geneesmiddelen.

Anti-TNFα:

Humira® blijft marktleider en het gebruik ervan blijft stijgen, enerzijds omwille van het grote aantal vergoedbare indicaties en anderzijds omwille van zijn subcutane toediening.

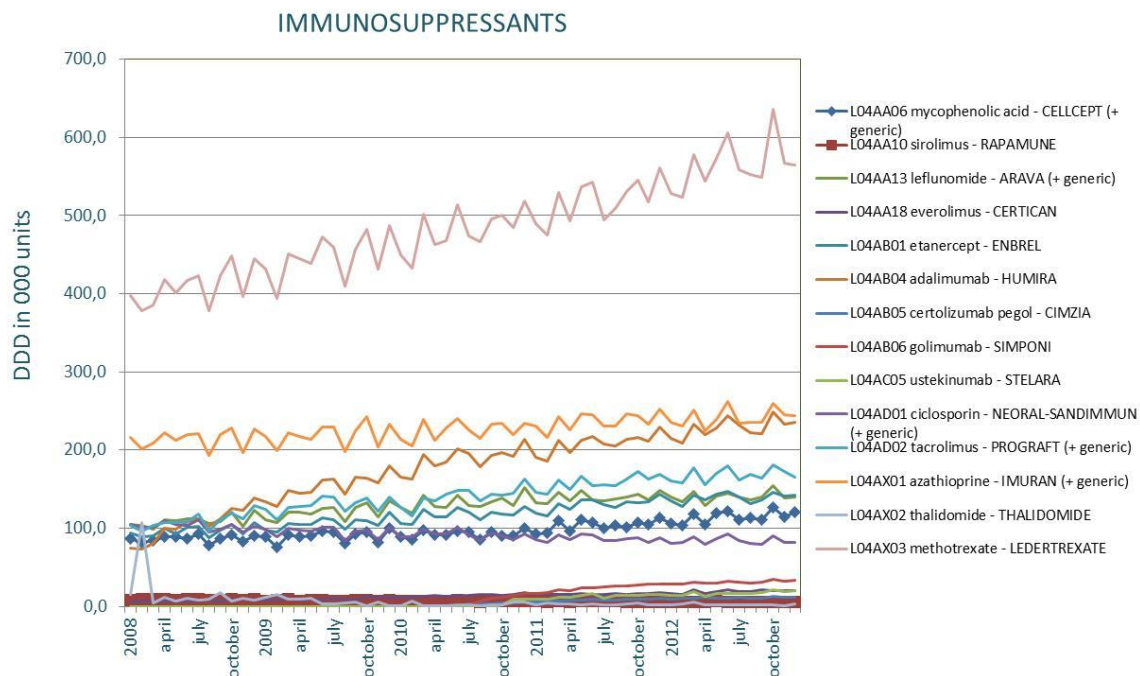
Enbrel® is het tweede meest gebruikte anti-TNFα, met name omdat psoriasis vulgaris tot de vergoedbare indicaties ervan behoort (zoals Humira®).

Simponi® verwerft snel een marktaandeel voor RA (reumatoïde artritis) omwille van zijn posologie (1 injectie/maand).

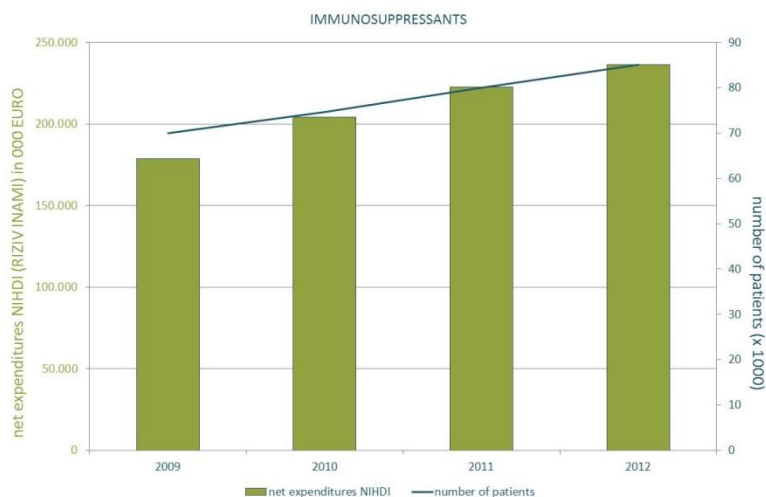
Daarentegen zien we al een overschrijding van de voorziene budgettaire impact voor Stelara®. De raming van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen bedroeg 2,6 miljoen euro voor het eerste jaar, 3,4 miljoen euro voor het tweede jaar en 4 miljoen euro voor het derde jaar. In werkelijkheid bedragen de jaarlijkse netto RIZIV uitgaven voor Stelara® 5,0 miljoen euro in 2011, 6,4 miljoen euro in 2012 en 8,0 miljoen euro in 2013 (5 eerste maanden geëxtrapoleerd naar het volledige jaar).

De doeltreffendheid van Stelara® bij de behandeling van psoriasis vulgaris is lichtjes hoger dan voor Enbrel® en het middel wordt subcutaan toegediend, maar wij beschikken niet over vergelijkende gegevens met andere anti-TNFα.

Figuur 79: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse L04A Immunosuppressiva



Figuur 80: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse L04A Immunosuppressiva



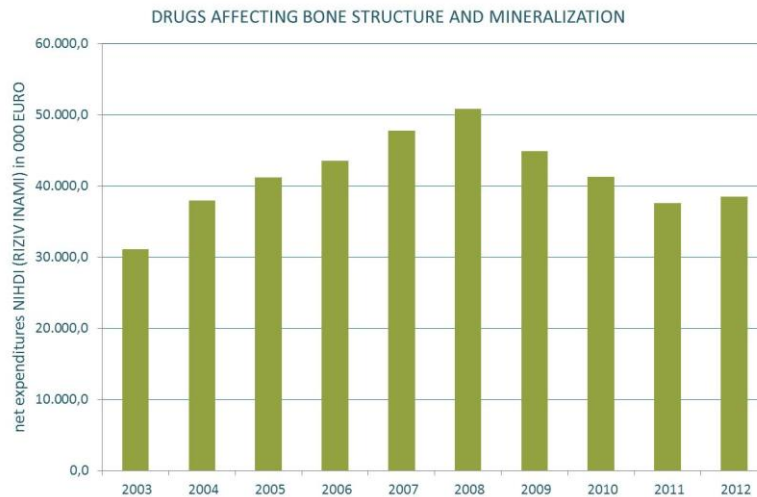
Tabel 5 : Vergoedbare indicaties (plus paragraaf en datum van in werking treden) van de verschillende TNF-remmers (L04AB + Stelara), vergoedbaar in open officina

	Reumatoïde artritis	Polyarticulaire juvenile idiopathische artritis	Psoriatische artritis	Spondylitis ankylosans	Plaque psoriasis	Ziekte van 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 (etanercept)	\$ 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	-

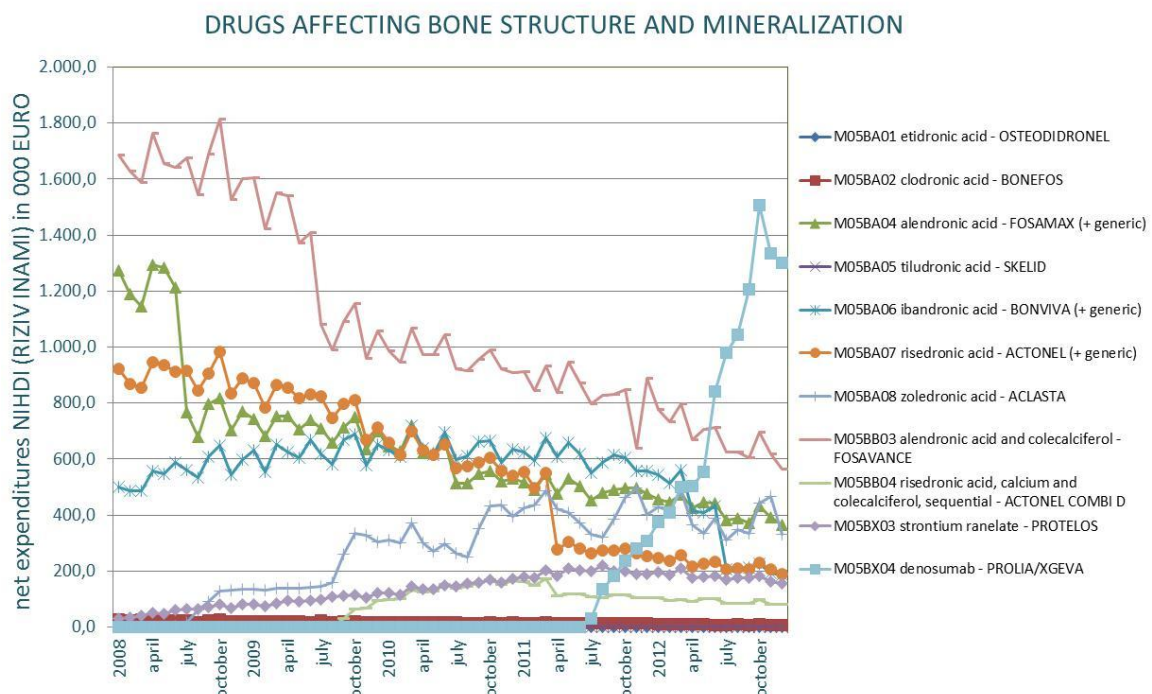
(**) Op 1 mei 2010 : overstap van de HAQ-score naar de DAS-28 score als drempel of wijziging van de DAS-28 score.

GENEESMIDDELEN INWERKEND OP DE BOTSTRUCTUUR EN DE MINERALISATIE

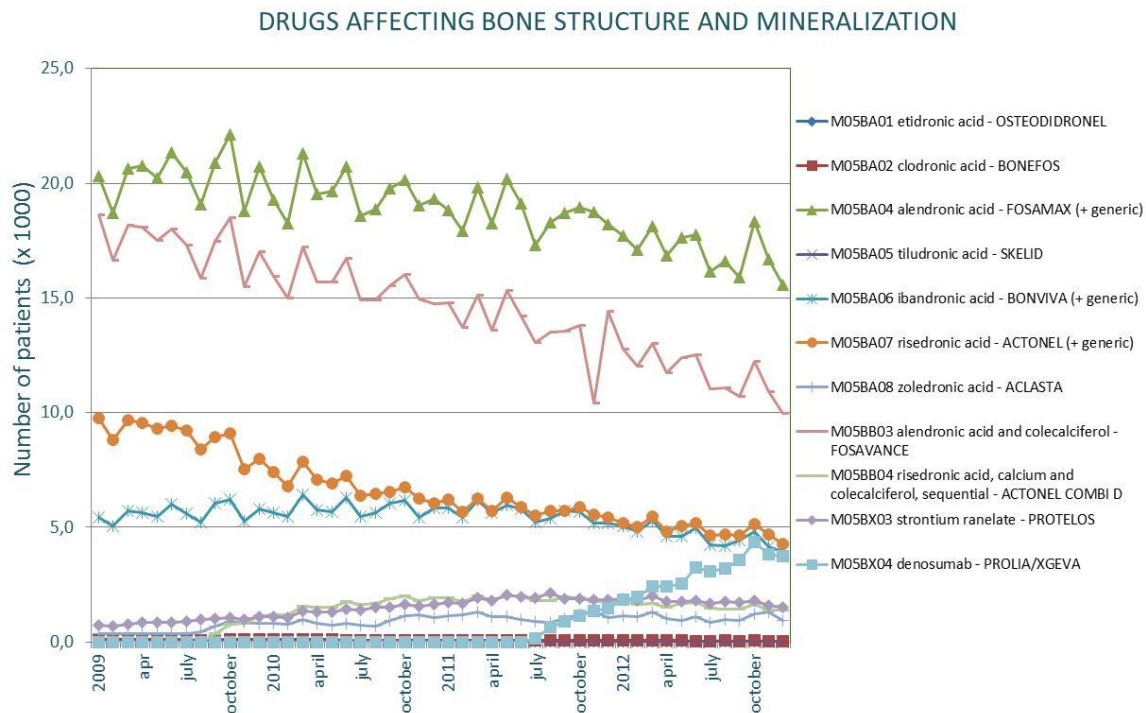
Figuur 81: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse M05B Geneesmiddelen inwerkend op de botstructuur en de mineralisatie



Figuur 82: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse M05B Geneesmiddelen inwerkend op de botstructuur en de mineralisatie



Figuur 83: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse M05B Geneesmiddelen inwerkend op de botstructuur en de mineralisatie



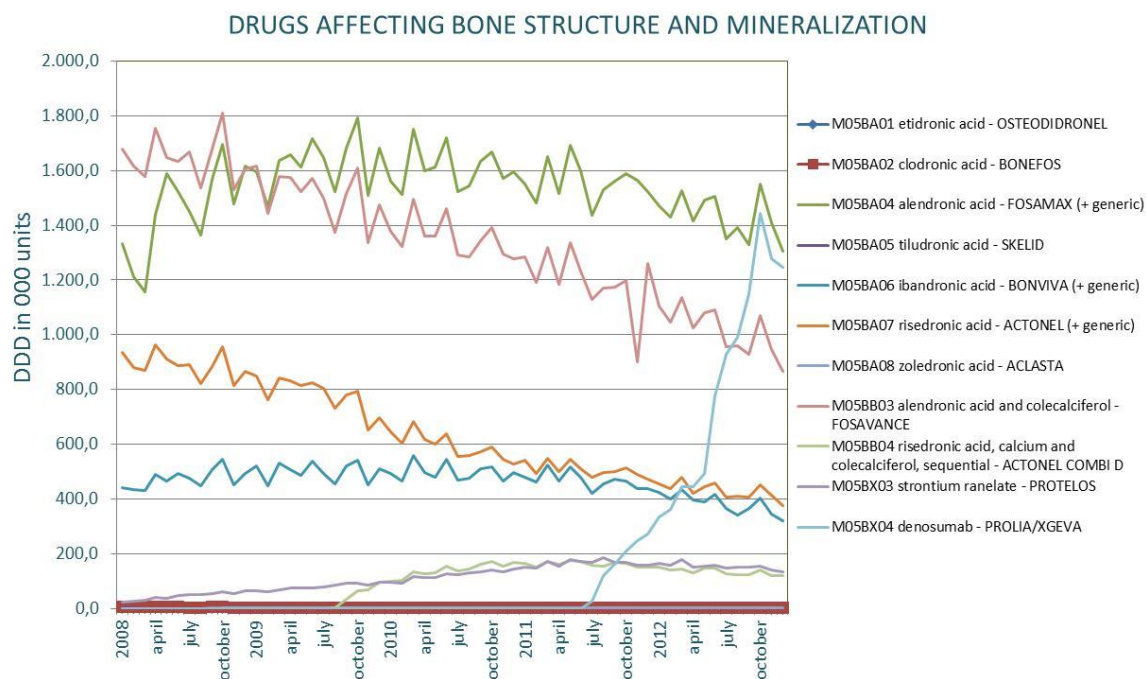
De netto RIZIV uitgaven voor de klasse M05B voor 2011 zijn gedaald ten opzichte van deze voor 2010 (-9,2%) en lijken opnieuw lichtjes te stijgen in 2012 (+2,4%). De daling van deze uitgaven in 2011 ten opzichte van 2010 is toe te schrijven aan het openen van de "referentiecluster" voor de specialiteiten op basis van risedronaat (in april 2011) en van ibandronaat (in juli 2012), samen met de gelijktijdige toepassing voor deze moleculen van de maatregel "oude geneesmiddelen" (de prijsdaling voor de werkzame bestanddelen die sinds meer dan 12 of 15 jaar vergoedbaar zijn) enerzijds, en anderzijds met een daling van het aantal patiënten dat bifosfonaten gebruikt, en dan voornamelijk alendronaat (Fosamax® en generieken), alendronaat + vitamine D (Fosavance®) en risedronaat (Actonel® en generieken).

Daarnaast is de nieuwe molecule denosumab ter beschikking gekomen (Prolia® in juli 2011 en Xgeva® in mei 2012), die maken dat de kost voor het RIZIV voor deze molecule in stijgende lijn liep in 2011 en 2012. De farmaceutische specialiteit Prolia® is via een tijdelijke inschrijving op grond van een "artikel 81" overeenkomst met het RIZIV⁴ ingeschreven in de vergoedbaarheid.

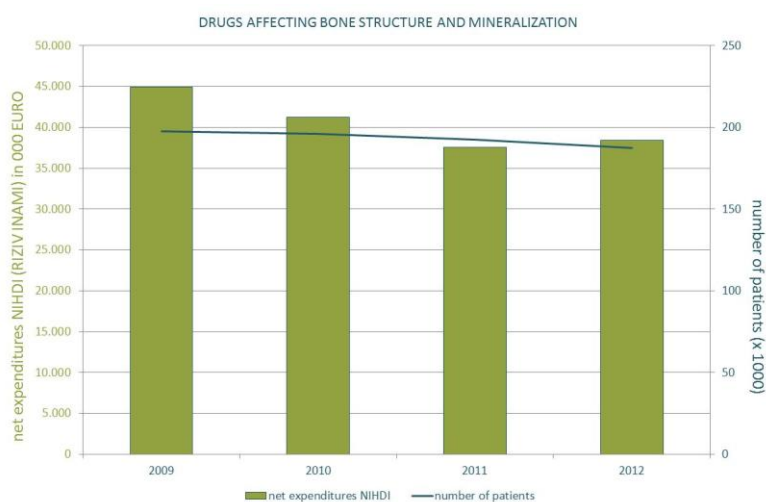
Tenslotte valt ook op te merken dat het totaal aantal behandelde patiënten met deze klasse geneesmiddelen (M05B) globaal gezien in dalende lijn ligt (-1,7% tov 2010 en -2,7% tov 2011), onder meer te wijten aan een slechte therapietrouw, onderbreking van de behandeling en sterfte.

⁴ Zie dossier – Artikel 81 overeenkomsten. De netto uitgaven RIZIV voor deze geneesmiddelen zijn de uitgaven zonder de compensatie die gepreciseerd wordt in de overeenkomst. De gecorrigeerde netto uitgaven RIZIV kunnen pas na de afrekening op het einde van de overeenkomst, in kaart gebracht worden.

Figuur 84: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse M05B Geneesmiddelen inwerkend op de botstructuur en de mineralisatie

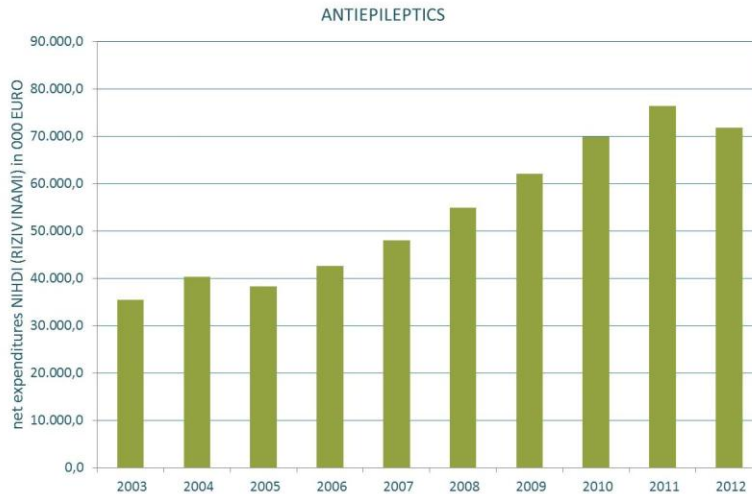


Figuur 85: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse M05B Geneesmiddelen inwerkend op de botstructuur en de mineralisatie

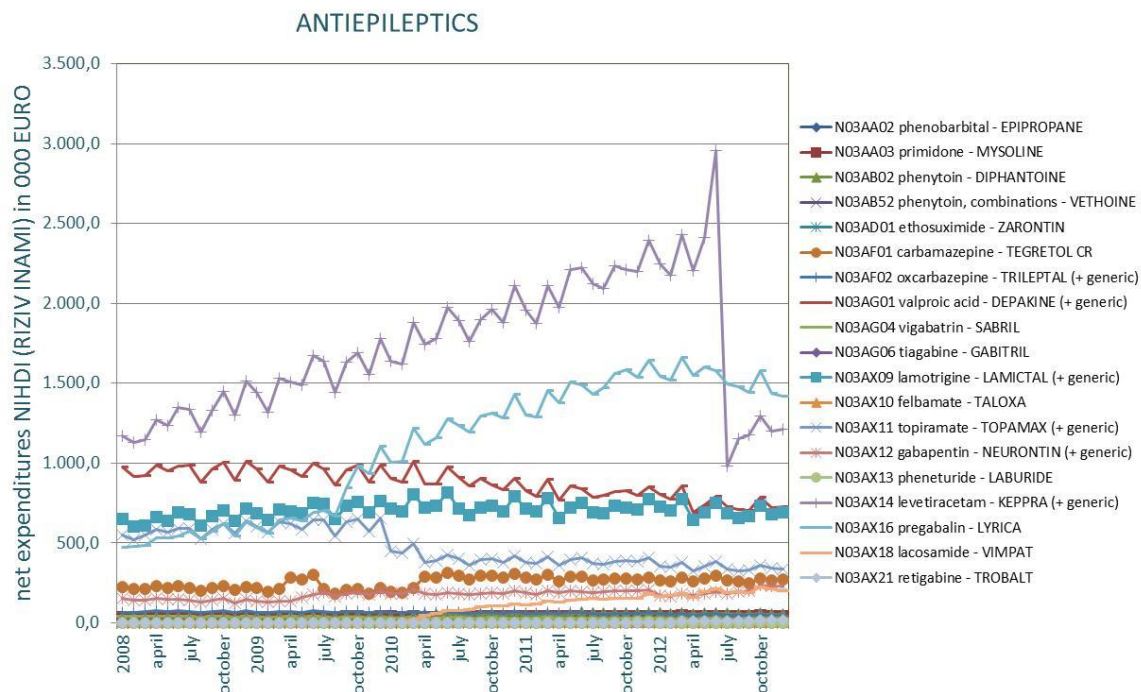


ANTI EPILEPTICA

Figuur 86: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse N03A Anti Epileptica



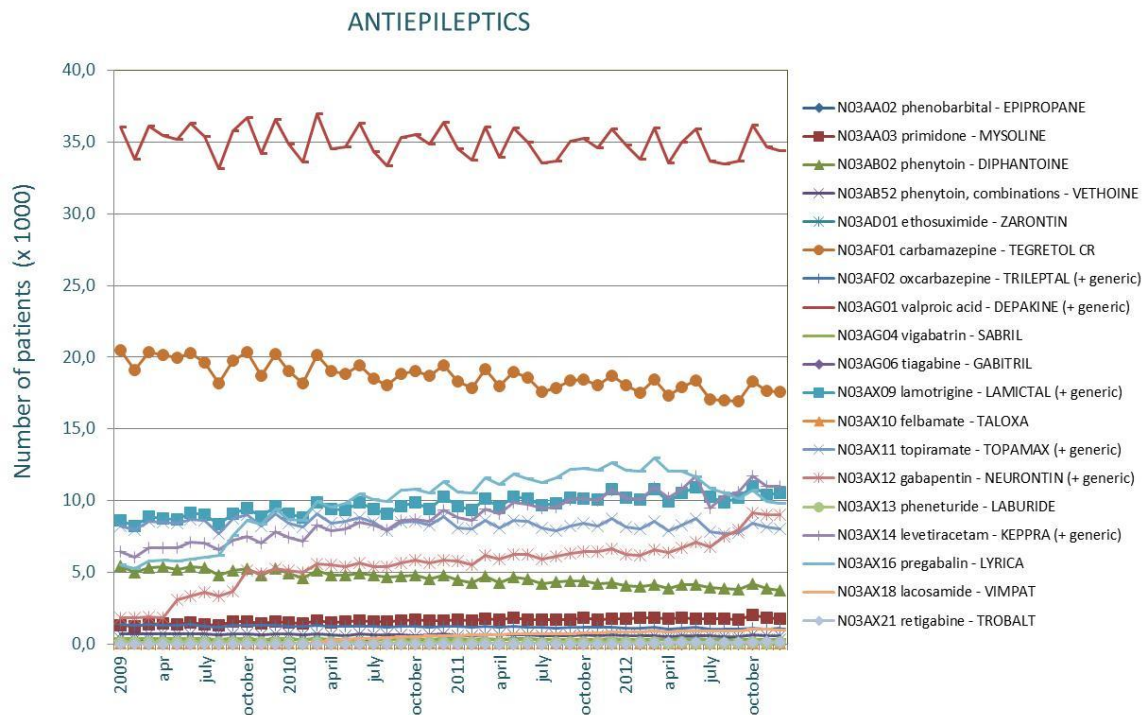
Figuur 87: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse N03A Anti Epileptica



In deze geneesmiddelenklasse is het in de eerste plaats van belang om de evolutie te controleren van de uitgaven van levetiracetam en van pregabalin. Ingevolge de toepassing van het referentietrugbetalingssysteem voor levetiracetam zijn de uitgaven voor levetiracetam sterk gedaald.

De sterke stijging van de uitgaven voor pregabaline gekoppeld aan de uitbreiding van de terugbetalingsmodaliteiten met de indicatie 'neuropathische pijn' is stopgezet einde 2011 bij het bereiken van een piek. In de loop van 2012 zijn de uitgaven van pregabaline geneigd om lichtjes te dalen. De uitgaven voor gabapentine blijven verhoudingsgewijs eerder laag: 200.000 euro (gabapentine) versus 1.500.000 euro (pregabaline) (zie figuur 87) (ofwel een verhouding van 1 à 7,5) ten opzichte van 200.000 (gabapentine) versus 600.000 (pregabaline) qua aantal DDD (zie figuur 89).

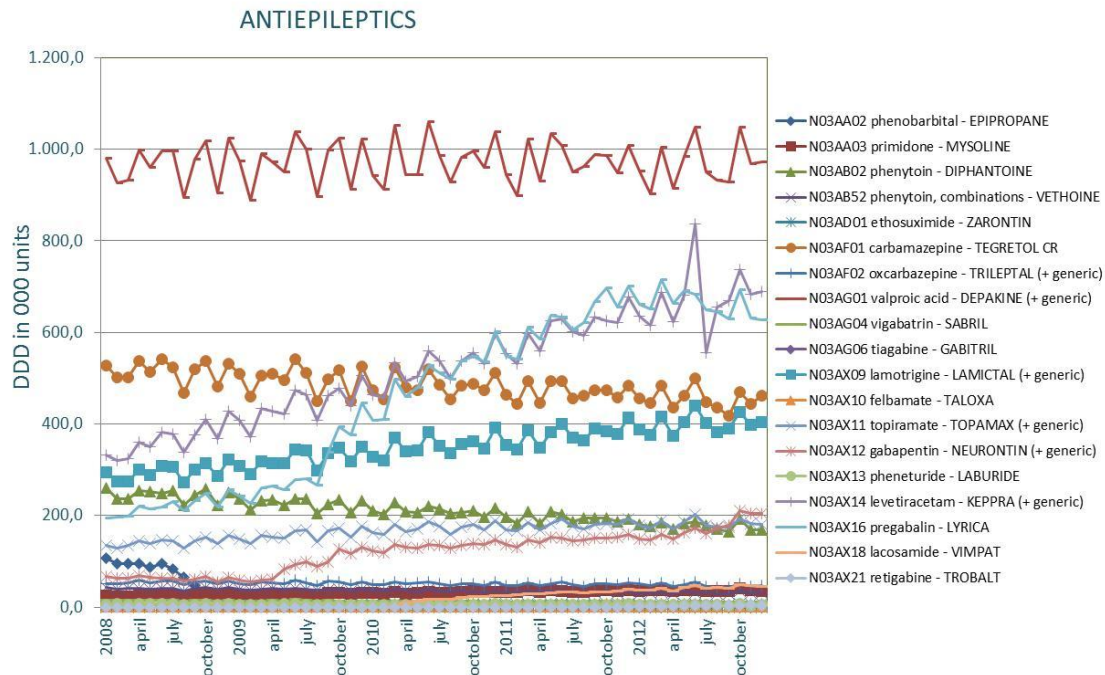
Figuur 88: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse N03A Anti Epileptica



De evolutie van het aantal behandelde patiënten is gestabiliseerd tijdens de laatste 12 maanden, met uitzondering van gabapentine waarvoor het aantal patiënten aanhoudend stijgt. Deze aanhoudende stijging hangt samen met het feit dat gabapentine vergoedbaar is in hoofdstuk I sinds het opgenomen is in het referentietrugbetalingsstelsel, hetgeen niet het geval is voor pregabaline (Lyrica®) dat dezelfde indicaties heeft, lacosamide (Vimpat®) en retigabine (Trobalt®).

Het is ook van belang te benadrukken dat het aantal met pregabaline behandelde patiënten verdubbeld is tussen januari 2009 en december 2012.

Figuur 89: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse N03A Anti Epileptica

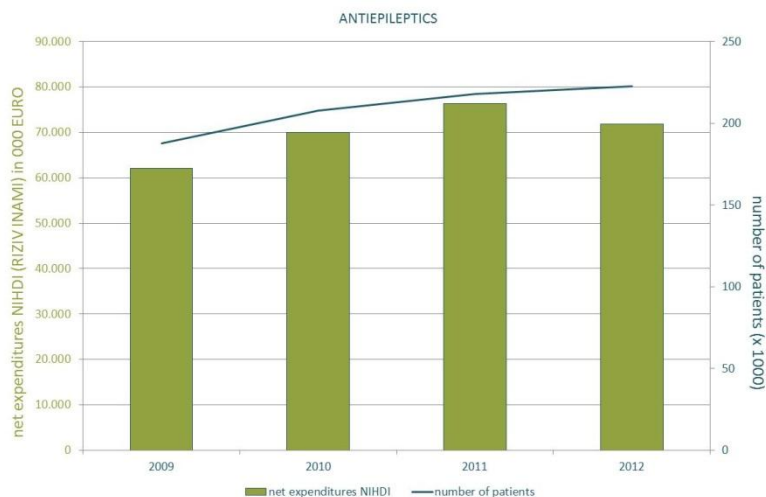


Lamotrigine, gabapentine, pregabaline en levetiracetam zijn de werkzame bestanddelen waarvoor men een stijging van het aantal DDD in de loop van de tijd heeft vastgesteld.

Wat betreft pregabaline (Lyrica®), aangezien de posologie varieert in functie van de respons en de tolerantie van de patiënt (zoals bij gabapentine), is het niet verwonderlijk te zien dat de DDD in de loop van de tijd stijgen. Bovendien heeft de uitbreiding van de terugbetalingsmodaliteiten met de indicatie 'neuropathische pijn' er ook toe bijgedragen dat in de loop van de laatste jaren het aantal DDD gestegen is.

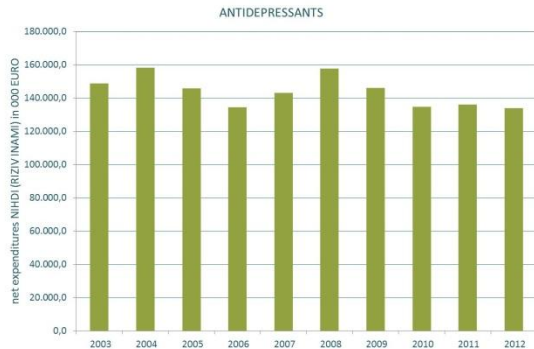
Voor de andere werkzame bestanddelen is het aantal DDD stabiel, of gaat in lichtjes dalende lijn.

Figuur 90: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse N03A Anti Epileptica

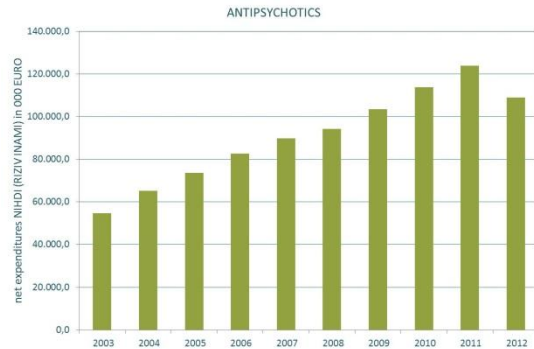


ANTIDEPRESSIVA en ANTIPSYCHOTICA

Figuur 91: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse N06A Antidepressiva

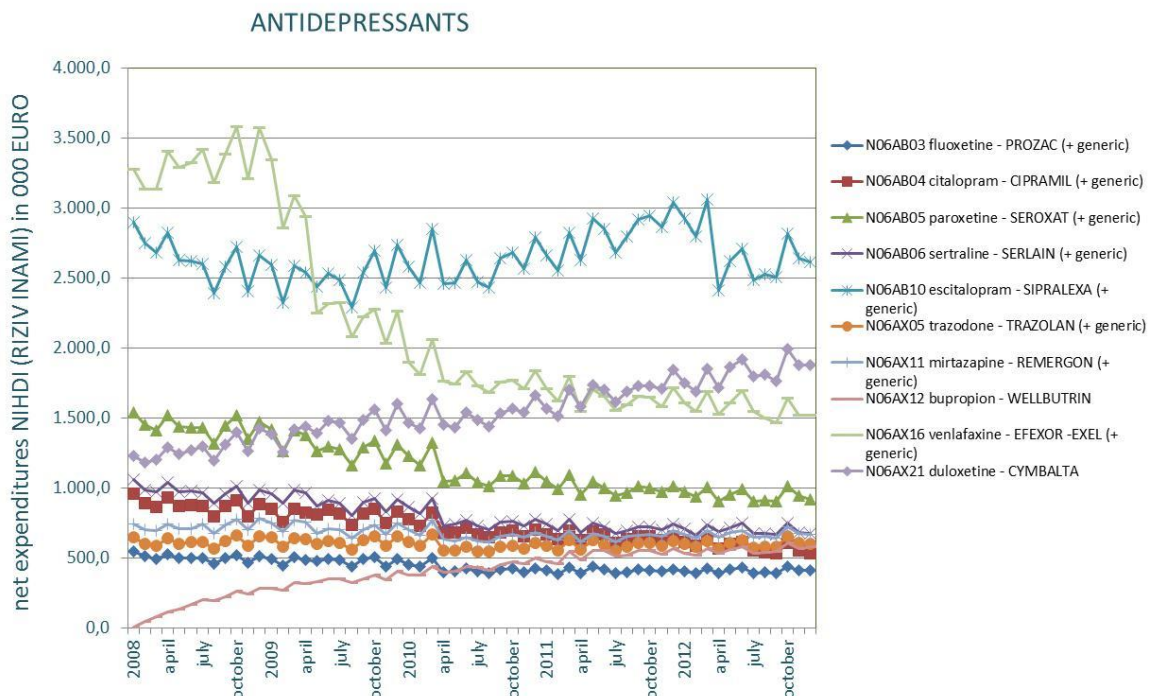


Figuur 92: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse N05A Antipsychotica



ANTIDEPRESSIVA

Figuur 93: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse N06A Antidepressiva

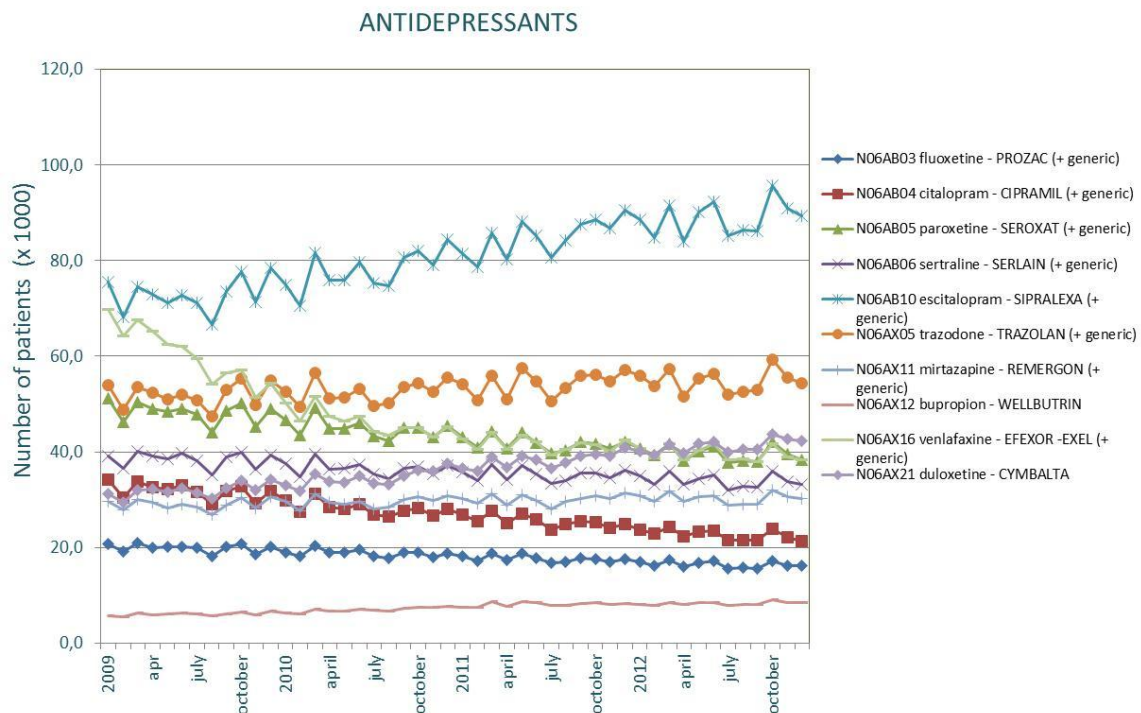


Ondanks de aanhoudende stijging van de uitgaven voor Cymbalta® (vergoedbaar sinds april 2006) dalen de uitgaven van de totale groep van de antidepressiva voor het derde opeenvolgende jaar.

De uitgaven voor Wellbutrin®, die voortdurend in stijgende lijn gingen sinds 2008, zijn gestabiliseerd sinds het einde van het jaar 2011. Het werkzaam bestanddeel van Wellbutrin®, bupropion, is identiek aan dat van Zyban®, geregistreerd als therapeutische ondersteuning voor rookstop. Klaarblijkelijk wordt Wellbutrin® eveneens gebruikt bij deze indicatie, « off-label » ten aanzien van zijn registratie en zijn inschrijving op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten (de behandeling van depressieve stoornissen).

De uitgaven voor venlafaxine zijn met de helft gedaald sinds de toepassing van het referentierugbetalingssysteem in 2009. Deze uitgaven worden sterk overschreden door de uitgaven voor escitalopram (Sipralexa®), dat het eerste antidepressivum wordt op het vlak van uitgaven, vlak daarna gevolgd door duloxetine (Cymbalta®) dat de top 3 van de uitgaven vervolledigt.

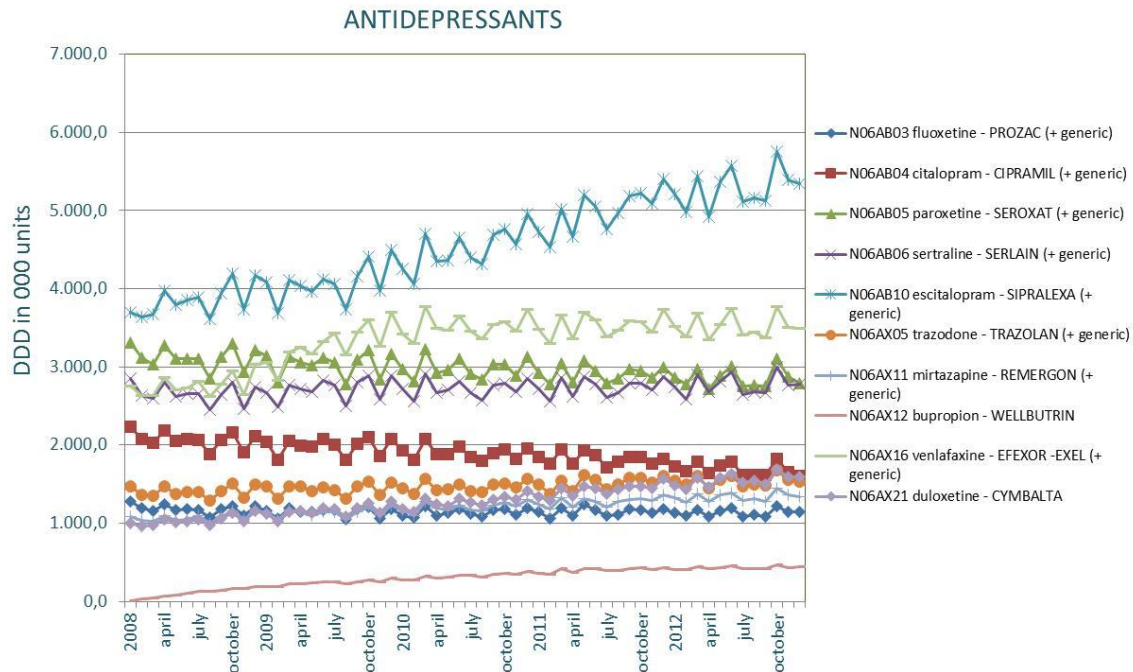
Figuur 94: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse N06A Antidepressiva



Voor bepaalde werkzame bestanddelen is het aantal patiënten voldoende stabiel, maar het daalt netto voor venlafaxine, paroxetine, sertraline en citalopram.

Voor escitalopram ziet men daarentegen een stijgend aantal patiënten over de laatste 4 jaar. Het is dus waarschijnlijk dat de patiënten die vroeger werden behandeld met Eflexor®, Seroxat®, Serlain® of Cipramil®, vandaag overgeschakeld zijn op Sipralexa® (ondanks een groter risico op torsade de pointe met citalopram en escitalopram en de recente waarschuwingen in dit verband).

Figuur 95: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse N06A Antidepressiva



Sinds 2004 stellen we een aanhoudende stijging vast in het gebruik van antidepressiva:

- tussen 2004 en 2006: + 9,0%
- tussen 2006 en 2008: +17,9%
- tussen 2008-2010: +4,9%
- van 2010 tot 2012: +4,6%

Het hoogtepunt is klaarblijkelijk nog steeds niet bereikt.

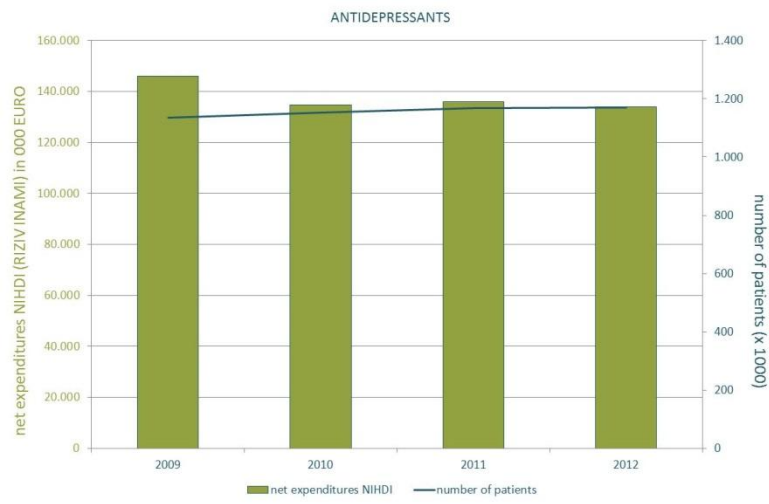
De grootste consumenten van antidepressiva zijn tussen 41 en 80 jaar oud. Binnen deze groep is het opvallend te constateren dat het verbruik de laatste jaren sterk blijft stijgen in de groep van de personen tussen 51 en 70 jaar.

Voor kinderen (0-10 jaar) zien we een daling met 34% tussen 2004 en 2012. Bij adolescenten en jonge volwassenen (jonger dan 30 jaar) stabiliseert of vermindert het verbruik eveneens sinds 2008. Antidepressiva worden minder voorgeschreven sinds de waarschuwingen in 2004 inzake een toegenomen risico van zelfmoordgedachten en zelfmoordneigingen, alsook van zelfmutilatie bij kinderen en adolescenten.

Het aantal DDD is vrij stabiel voor gans de klasse, met uitzondering voor Sipralaxa® (plus venlafaxine in mindere mate) en Wellbutrin® waarvoor we een verhoging van het aantal DDD zien. Voor Sipralaxa® loopt deze verhoging van het aantal DDD parallel met de toename van het aantal patiënten.

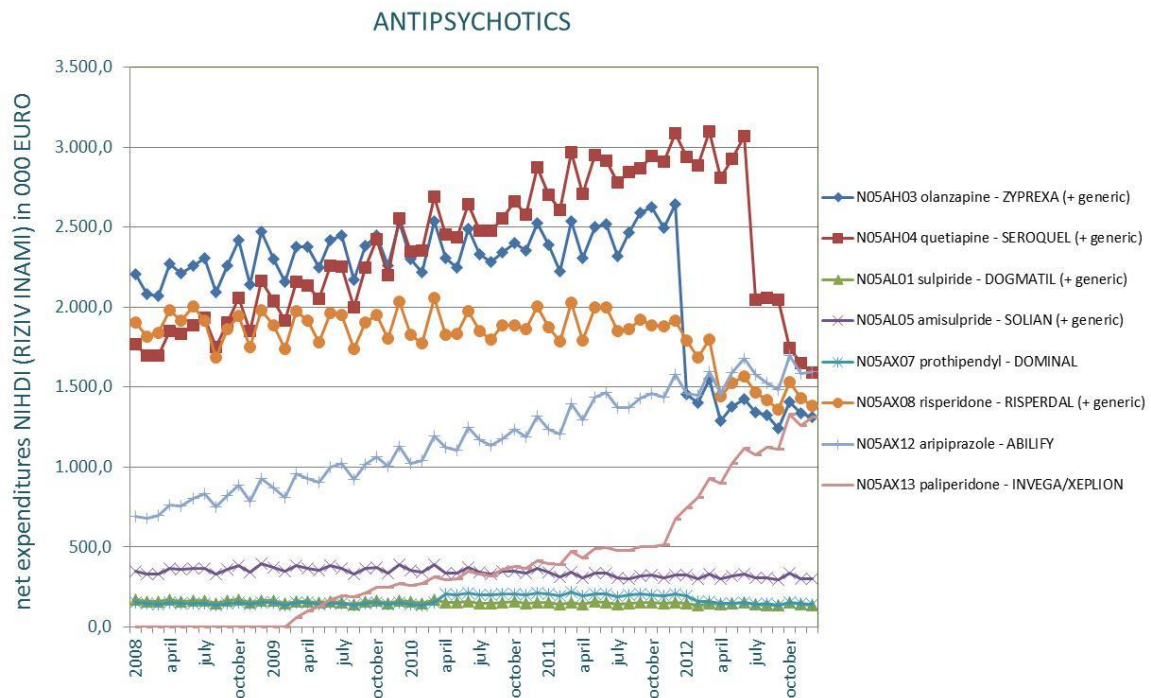
Een verpakking van 56 tabletten wordt terugbetaald sinds 1 september 2009 (en een verpakking van 98 tabletten vanaf 1 juli 2013).

Figuur 96: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse N06A Antidepressiva



ANTIPSYCHOTICA

Figuur 97: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse N05A Antipsychotica



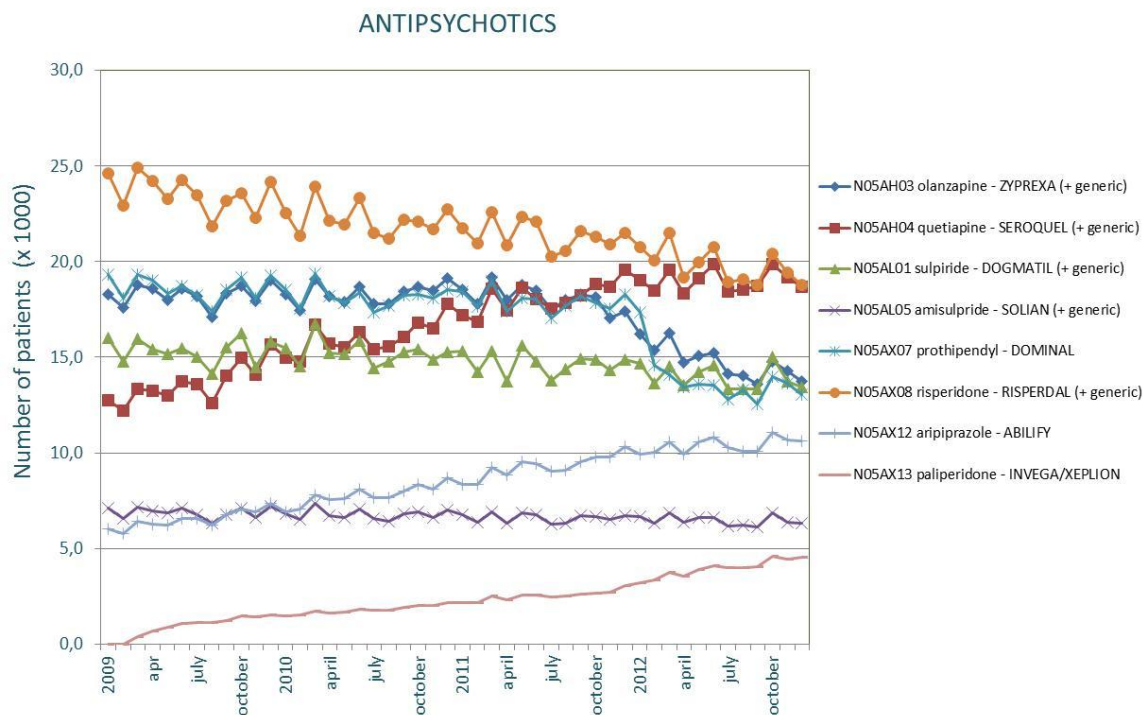
Hoewel de uitgaven voor antipsychotica regelmatig bleven stijgen tot eind 2011, zien we zeer duidelijk het in werking treden van het referentietrugbetalingssysteem voor quetiapine (Seroquel®) en voor olanzapine (Zyprexa®).

De uitgaven voor risperidon kennen een lichte daling sinds januari 2012.

De moleculen die de sterke stijging van de uitgaven in deze klasse verklaren, zijn aripiprazol (Abilify®) en paliperidon (Invega®) die deel uitmaken van de antipsychotica die vroeger gekwalificeerd werden met de generische term "atypische antipsychotica".

De toenemende uitgaven voor deze twee laatste moleculen moeten aandachtig worden opgevolgd bij het volgende rapport. In minder dan een jaar, tussen eind 2011 en eind 2012 zijn de uitgaven voor Invega®/Xeplion® inderdaad gestegen van 500 000 euro tot bijna 1 500 000 euro.

Figuur 98: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse N05A Antipsychotica

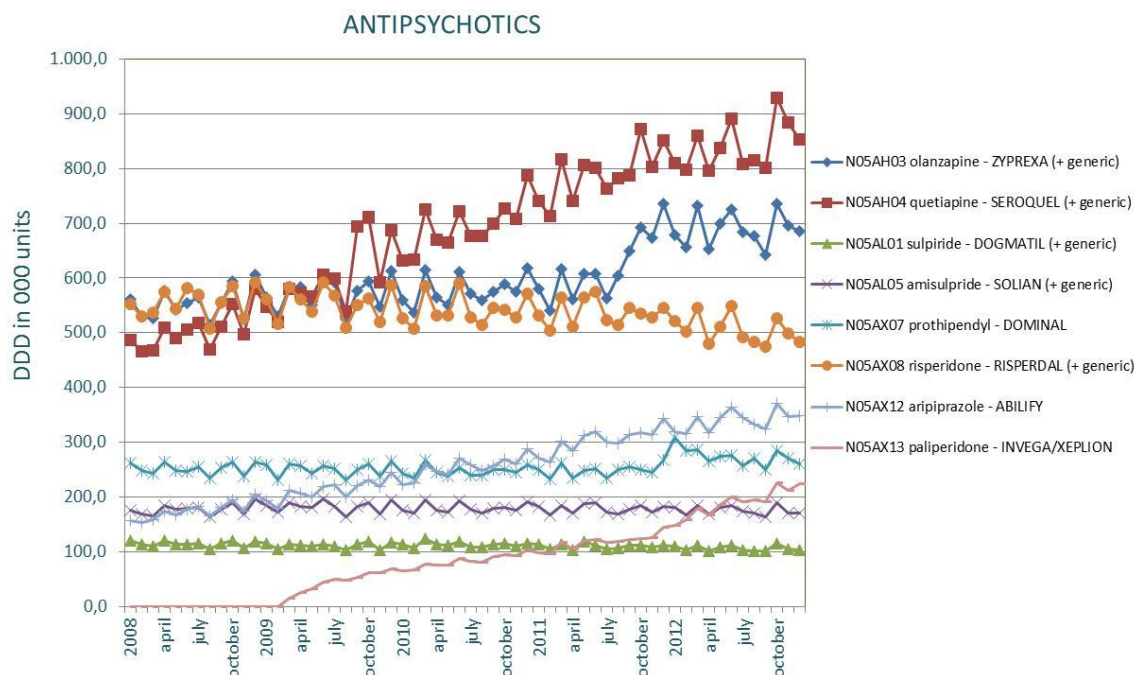


In het algemeen blijft het aantal patiënten dat antipsychotica gebruikt, stijgen en dat sinds 2006.

Het aantal patiënten behandeld met quetiapine (Seroquel®), aripiprazol (Abilify®) en paliperidon (Invega®) blijft constant toenemen.

Daarentegen zien we dat het aantal patiënten behandeld met olanzapine, risperidon en prothipendyl (Dominal ®) lichtjes daalt. Het aantal patiënten behandeld met sulpiride en aminosulpiride is stabiel sinds 2009.

Figuur 99: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse N05A Antipsychotica



Opnieuw toont de algemene trend aan dat het gebruik (van de meeste) antipsychotica jaar na jaar blijft stijgen :

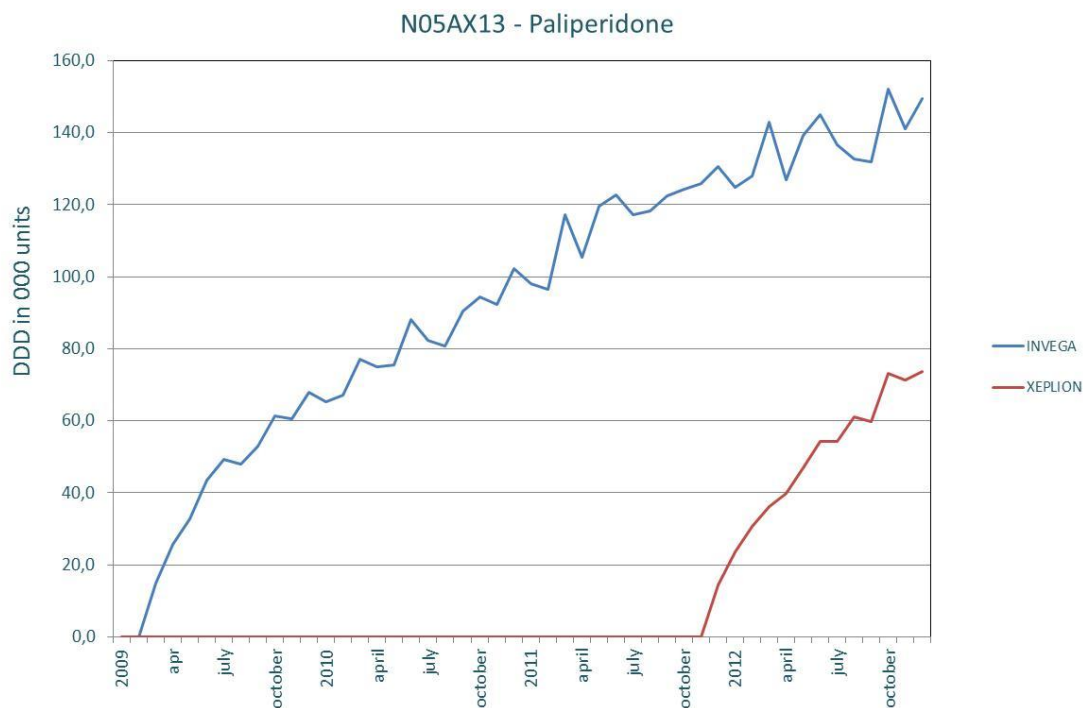
- tussen 2004-2006: +9,9%
- tussen 2006-2008: +13,7%
- tussen 2008-2010: +9,7%
- van 2010 tot 2012: +12,1%

Het is interessant vast te stellen dat het aantal DDD voor quetiapine en olanzapine aanhoudend stijgt, terwijl de netto RIZIV uitgaven dalen ; deze vaststelling is een gevolg van het in werking treden van het referentierugbetalingssysteem voor deze 2 moleculen.

Voor de twee moleculen die het laatst werden toegelaten voor terugbetaling - aripiprazole (Abilify®) en paliperidon (Invega®/Xeplion®) - stijgen de DDD eveneens voortdurend sinds hun opname in de terugbetaling.

Op te merken valt dat voor paliperidon (N05AX13) er een orale vorm bestaat (Invega®) met een DDD van 6 mg en een depotpreparaat voor parenteraal gebruik (Xeplion®) met een DDD van 2,5 mg.

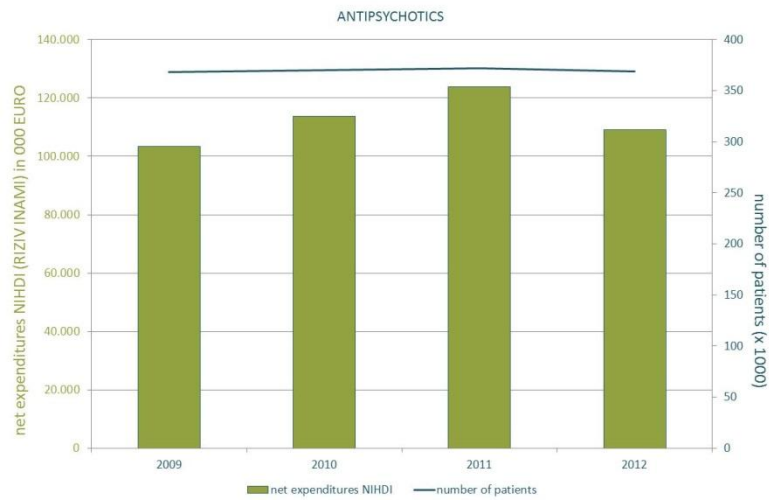
Figuur 100: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse N05AX13 Paliperidone



Tabel 6 : Evolutie van het aantal DDD voor ATC N05AX13

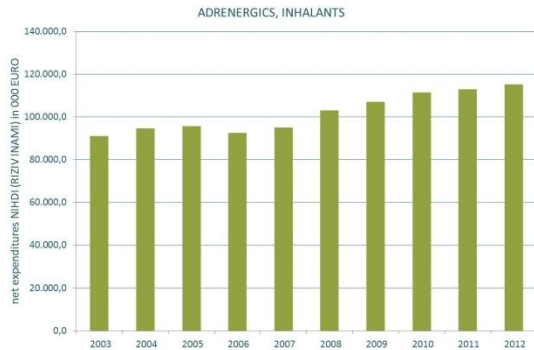
	2009	2010	2011	2012
INVEGA 3 mg	94.979	226.344	359.982	451.307
INVEGA 6 mg	248.489	476.927	631.456	716.618
INVEGA 9 mg	114.269	286.323	406.056	482.296
XEPLION 25 mg	0	0	60	5.624
XEPLION 50 mg	0	0	800	43.111
XEPLION 75 mg	0	0	2.580	138.539
XEPLION 100 mg	0	0	3.680	214.793
XEPLION 150 mg	0	0	3.180	188.606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

Figuur 101: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse N05A Antipsychotica

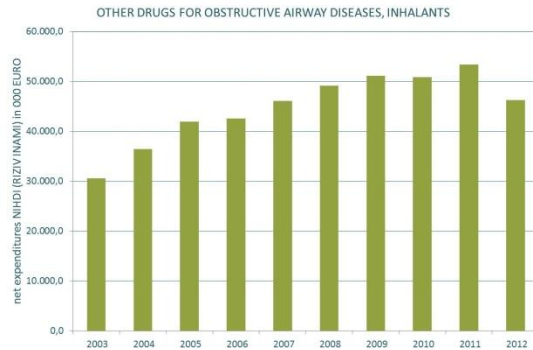


GENEESMIDDELEN GEBRUIKT BIJ DE BEHANDELING VAN ASTMA EN COPD

Figuur 102: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse R03A Inhalatie Sympaticomimetica



Figuur 103: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse R03B Andere Inhalatie Preparaten



De vastgestelde stijging van de uitgaven in de klasse R03A (+ 3,7 %), die zo een jaarlijks uitgavenniveau bereiken van meer dan 100 miljoen euro sinds 2008 kan uitsluitend verklaard worden door een stijging van de uitgaven voor de specialiteit Symbicort® (formoterol + corticoïde), dat zo Seretide® (salmeterol + corticoïde) vervangt.

De vaste combinatiepreparaten LABA + corticosteroiden worden aanbevolen voor de behandeling van astma (LABA alleen moet worden vermeden bij astma).

Symbicort®, de combinatie van een inhalatie-corticosteroïde (ICS) met formoterol, een bèta-2-mimeticum met lange werkingsduur maar ook met een snelle werking, kan, in tegenstelling tot de combinatie van een ICS met salmeterol (Seretide®), ook worden gebruikt als behandeling van een astmacrisis met een onderhoudsbehandeling met hetzelfde geneesmiddel als achtergrond, hetgeen waarschijnlijk ten dele zijn succes verklaart.

Voor de behandeling van COPD moet eerst een bronchodilatator worden voorgeschreven vooraleer een corticosteroïde wordt toegevoegd, uitsluitend aanbevolen indien de exacerbaties frequent blijven. Deze aanbeveling, zoals de andere die in dit hoofdstuk worden aangehaald, zijn gebaseerd op de internationale richtlijnen voor de klinische praktijk (GOLD voor COPD en GINA voor astma) waarmee de aanbevelingen van de consensusvergadering van het RIZIV⁵ en de aanbevelingen uitgegeven door de Commissie voor de terugbetaling van geneesmiddelen (Hoofdstuk II) overeenstemmen.

Bij deze geneesmiddelen voor astma en COPD overheersen de vaste combinaties van LABA + corticosteroïde (R03AK), zowel op het niveau van de kosten als wat het aantal patiënten en het aantal voorgeschreven DDD betreft, en komen daarbij ver voor de anticholinergica, de glucocorticoïden en LABA in geïsoleerde presentatie. Op het vlak van maandelijkse RIZIV kosten per patiënt per maand werden ze echter ingehaald door de Onbrez Breezhaler®.

De uitgaven van de klasse R03B (glucocorticoïden en anticholinergica), voornamelijk gedragen door Spiriva®, zijn gedaald in 2012 in vergelijking met 2011, door de wijzigingen in de

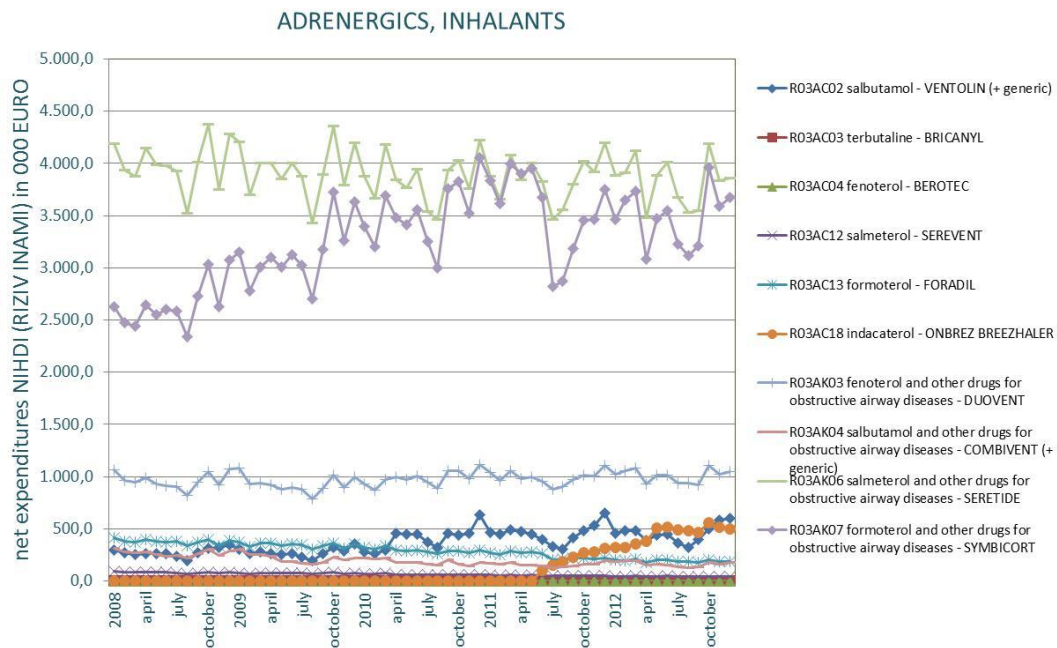
⁵ Consensusvergadering van 24 november 2011 betreffende de « Doelmatige behandeling van COPD » (raadpleegbaar op <http://www.riziv.be>)

terugbetalingsvoorwaarden van Spiriva® sinds april 2012. De IMS-gegevens over de 7 eerste maanden van 2013 tonen verkoopcijfers voor Spiriva® die hoger liggen dan die van de 7 laatste maanden van 2012.

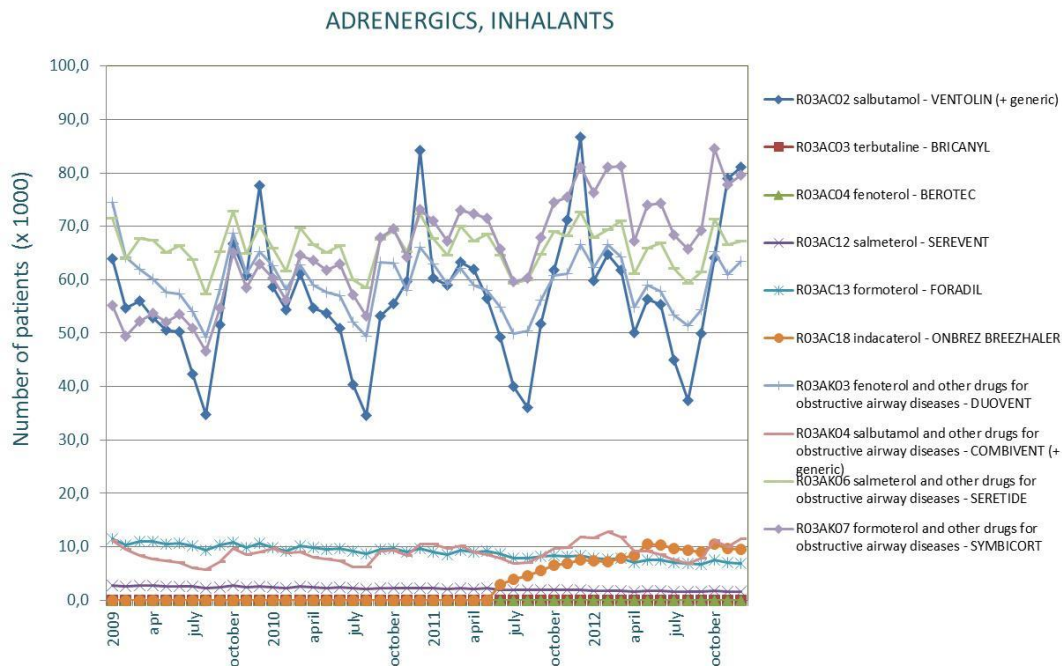
Er dient echter benadrukt te worden dat de uitgaven van Pulmicort® suspensie voor inhalatie die stabiel waren tot in juli 2008, vervolgens een piek kenden na de overdracht van dit geneesmiddel van hoofdstuk IV (a priori controle) naar hoofdstuk II (a posteriori controle). Van een uitgave in 2008 van 3,9 miljoen euro, is dit bedrag in 2009 gestegen tot meer dan 6 miljoen in 2010 en in 2011 tot bijna 11 miljoen. In 2012 is het bedrag opnieuw gedaald tot 8,6 miljoen euro.

INHALATIE SYMPATICOMIMETICA

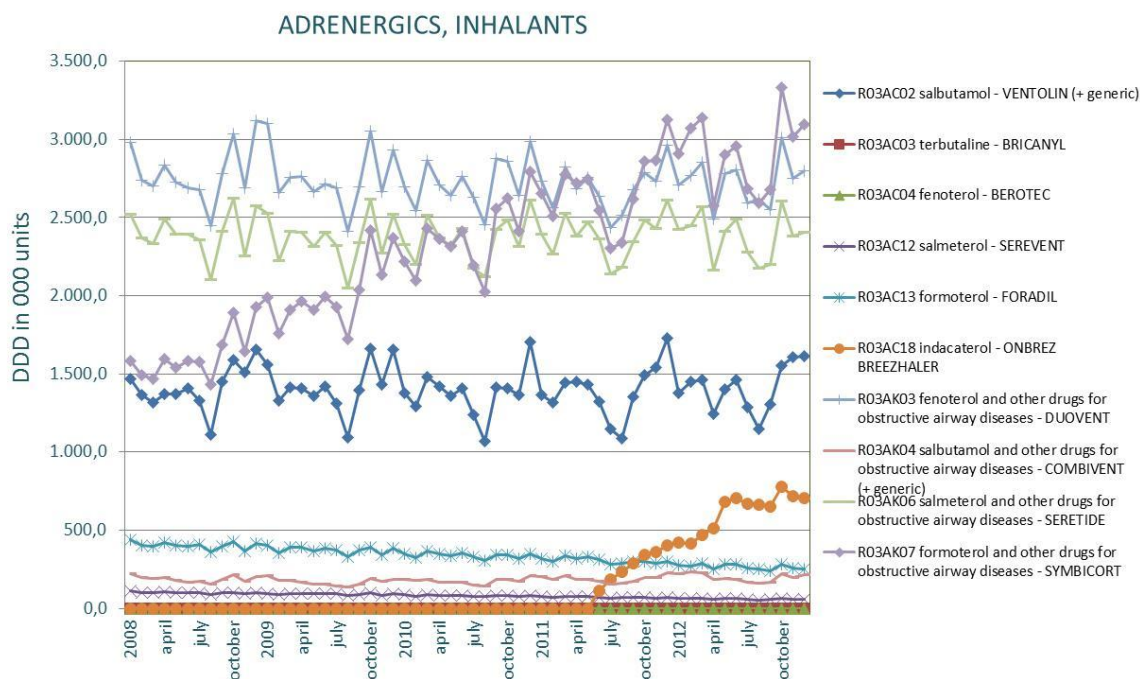
Figuur 104: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse R03A Inhalatie Sympaticomimetica



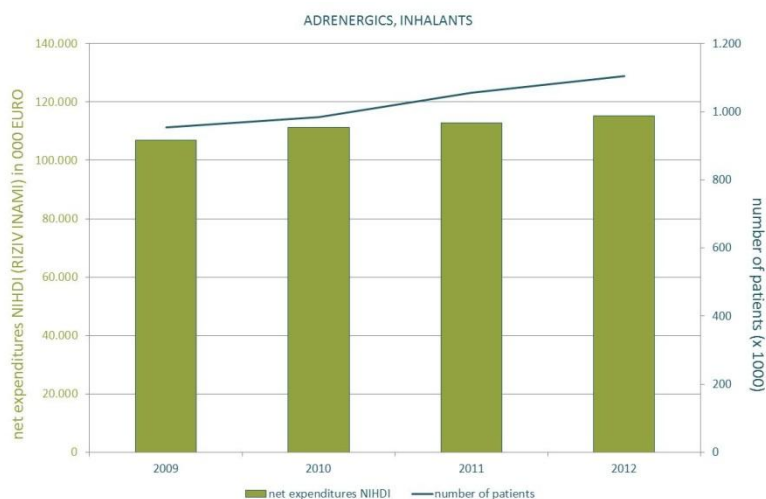
Figuur 105: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse R03A Inhalatie Sympaticomimetica



Figuur 106: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse R03A Inhalatie Sympaticomimetica

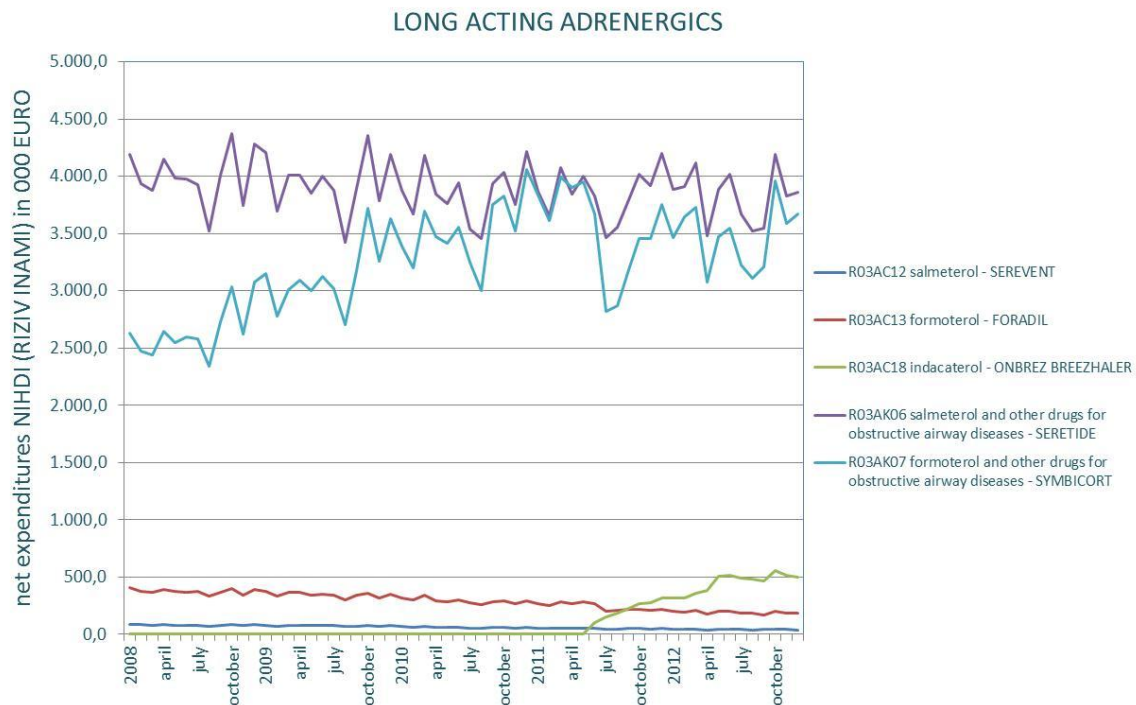


Figuur 107: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse R03A Inhalatie Sympaticomimetica

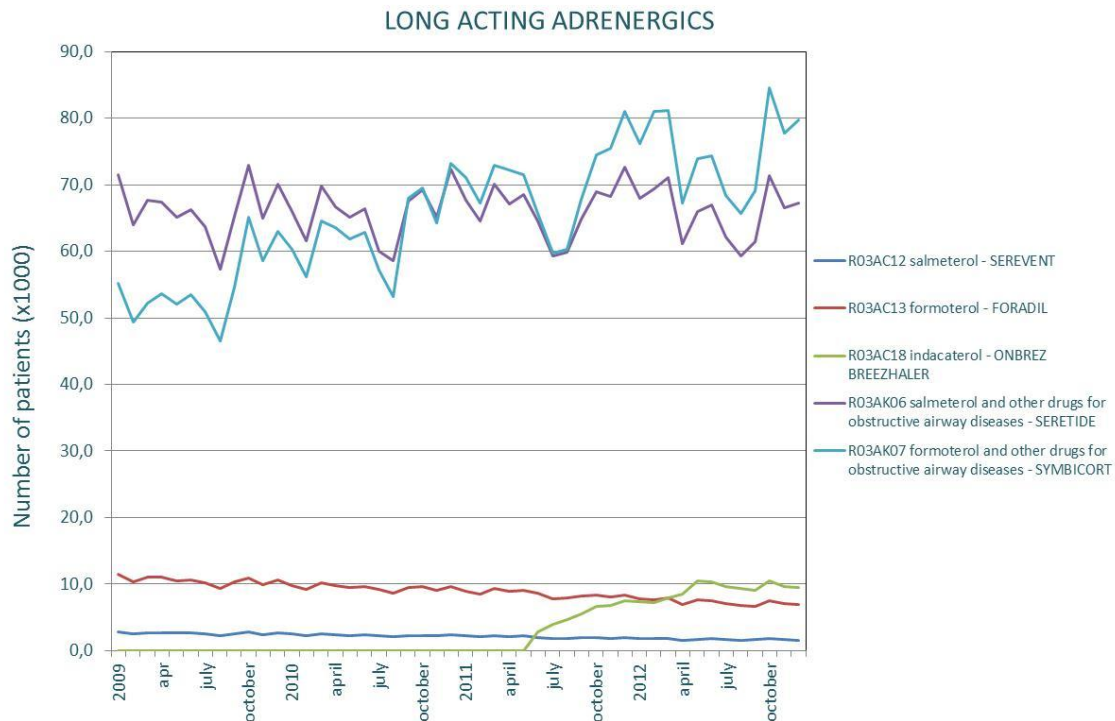


LANGWERKENDE SYMPATICOMIMETICA

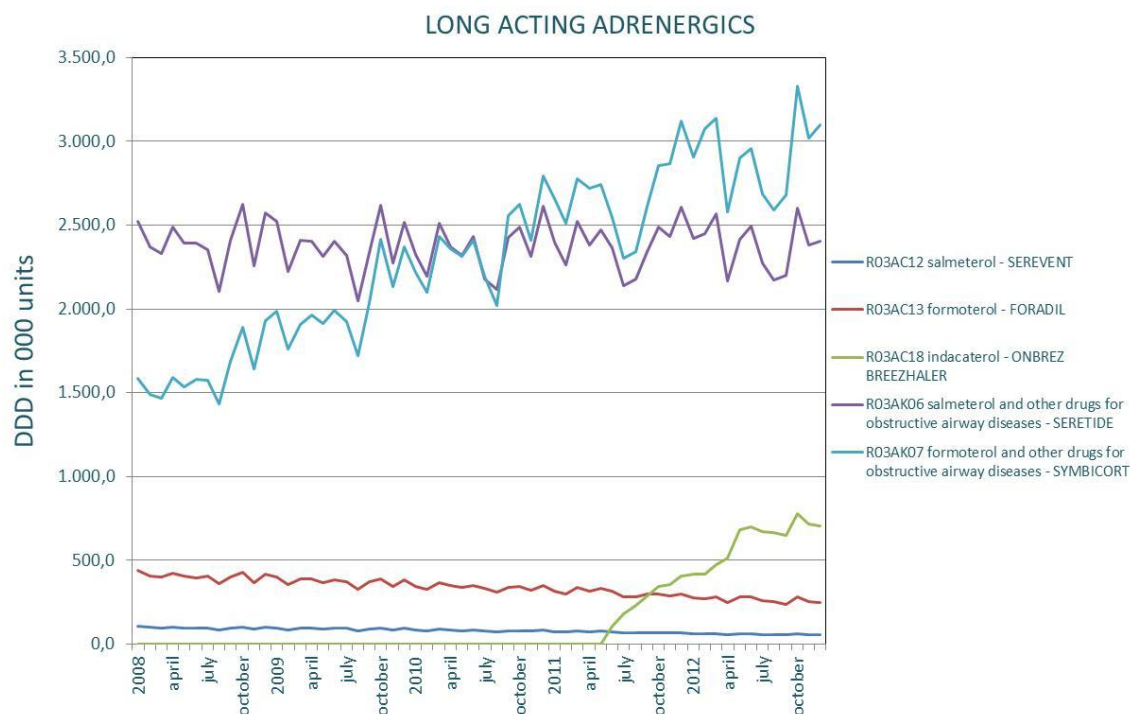
Figuur 108: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse R03A Langwerkende sympaticomimetica



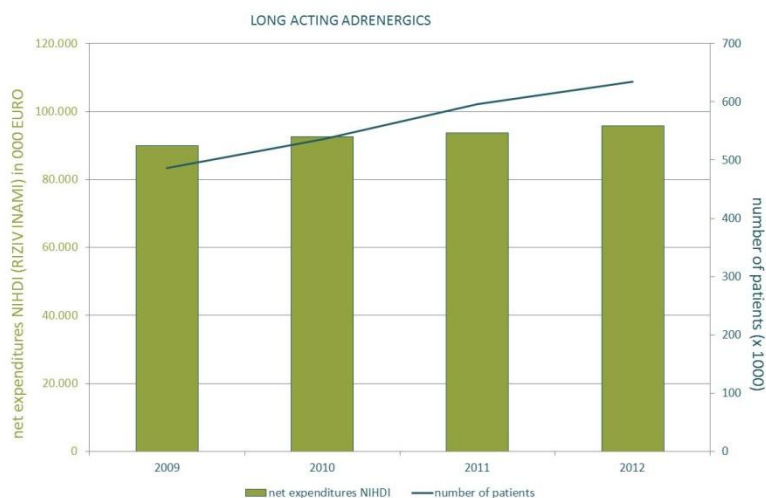
Figuur 109: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse R03A Langwerkende sympaticomimetica



Figuur 110: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse R03A Langwerkende sympaticomimetica

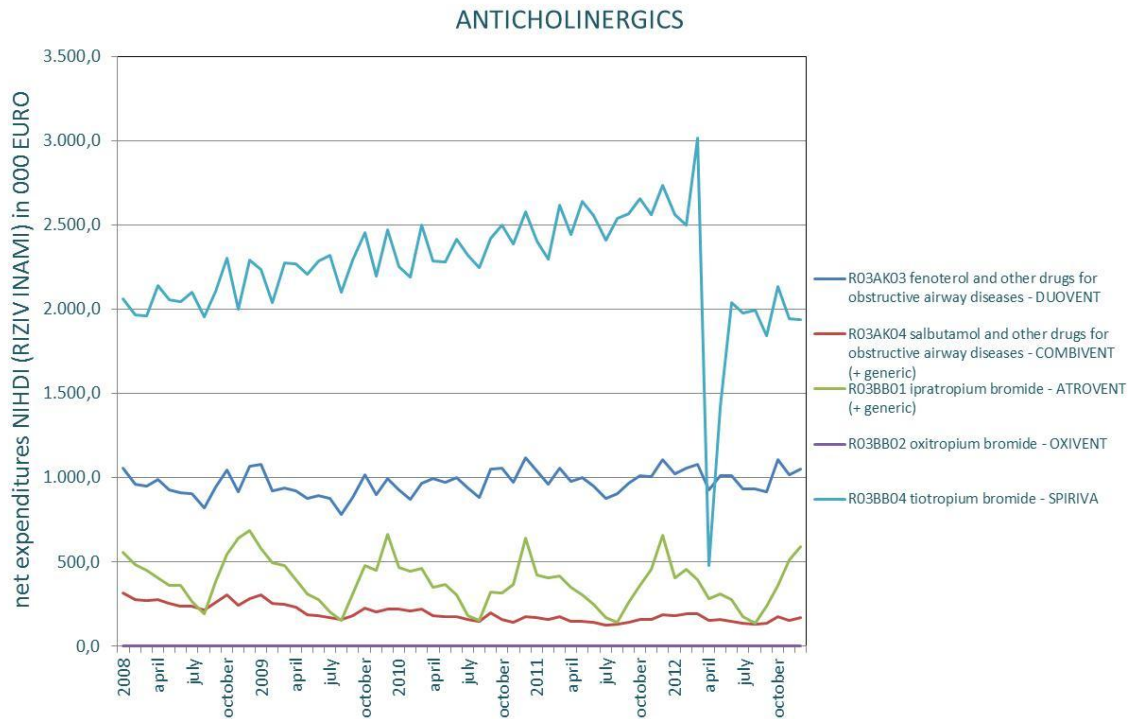


Figuur 111: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse R03A Langwerkende sympaticomimetica

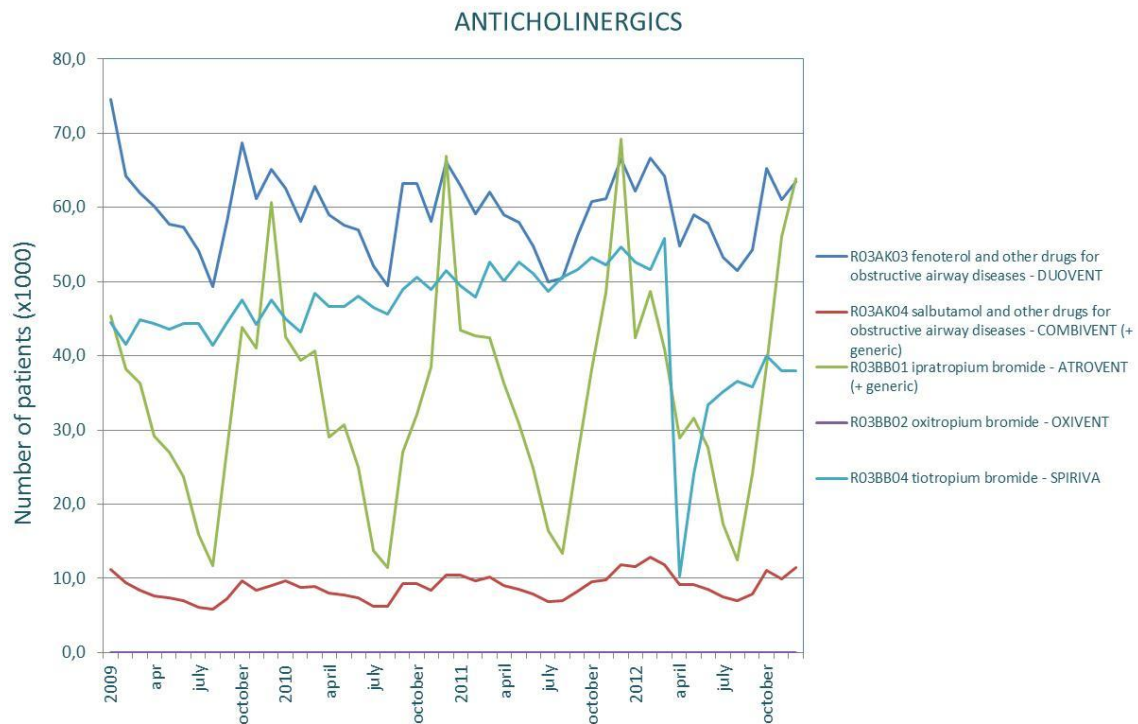


ANTICHOLINERGICA

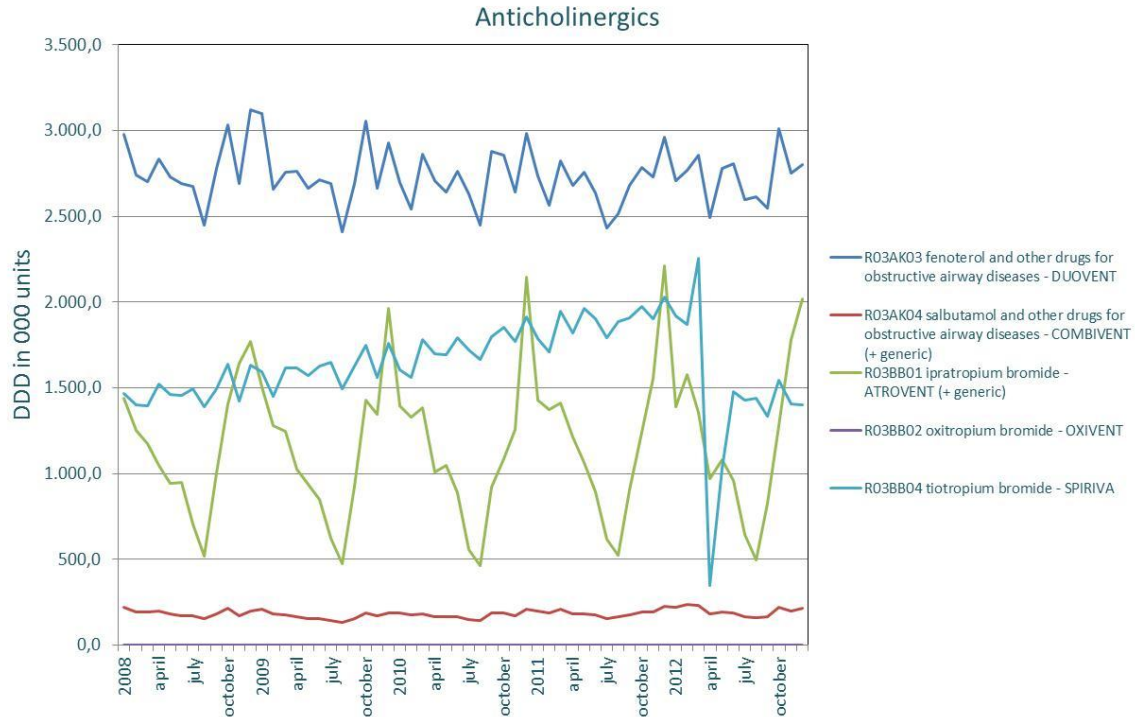
Figuur 112: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse R03B Anticholinergica



Figuur 113: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse R03B Anticholinergica

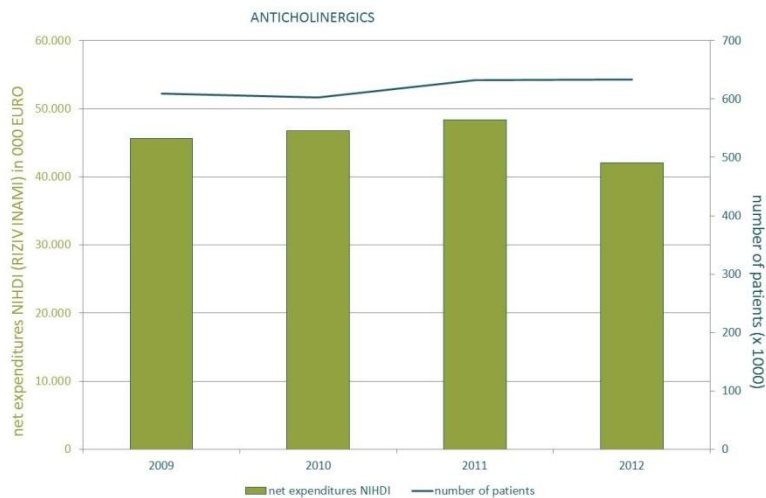


Figuur 114: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse R03B Anticholinergica



De uitgaven van de klasse R03B (glucocorticoïden en anticholinergica), voornamelijk gedragen door Spiriva®, zijn gedaald in 2012 in vergelijking met 2011, door de wijzigingen in de terugbetalingsvoorwaarden van Spiriva® sinds april 2012. De IMS-gegevens over de 7 eerste maanden van 2013 tonen verkoopcijfers voor Spiriva® die hoger liggen dan die van de 7 laatste maanden van 2012.

Figuur 115: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse R03A Anticholinergica



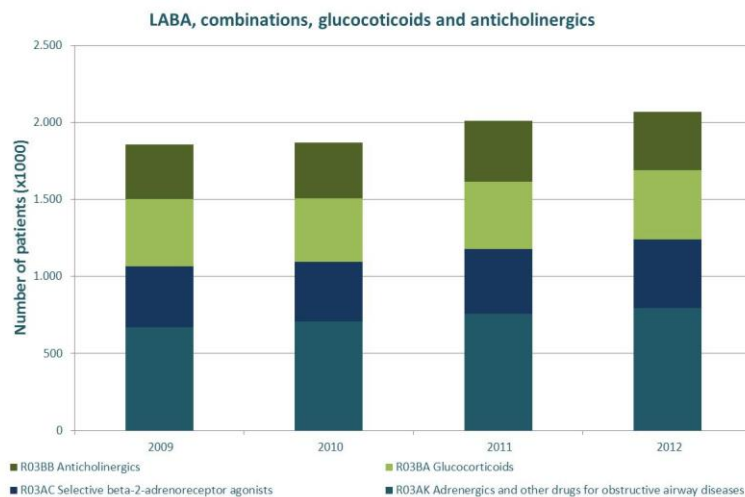
GENEESMIDDELEN GEBRUIKT BIJ DE BEHANDELING VAN ASTMA EN COPD, TOTAAL

Tabel 7: aantal patiënten behandeld met sympaticomimetica (R03A), anticholinergica en inhalatiecorticosteroiden (R03B) (open officina 2008 – 2012)

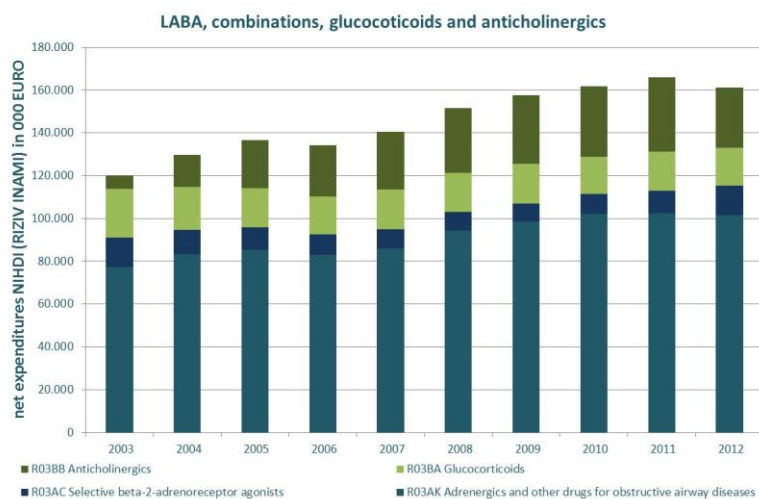
	2008	2009	2010	2011	2012
R03AC LABA + SABA	381.580	393.041	388.808	420.946	446.866
R03AK LABA + corticoïd	615.943	670.849	705.839	757.685	795.126
R03BA Glucocorticoïd	416.860	436.830	410.571	437.534	448.593
R03BB anticholinergicum	342.652	355.717	362.959	394.493	375.971

In 2012 hebben 99.755 patiënten een terugbetaling gekregen voor Spiriva en hebben 80.048 patiënten (ofwel 80% van deze patiënten) ook een terugbetaling gekregen voor een vaste associatie inhalatiecorticosteroid + LABA.

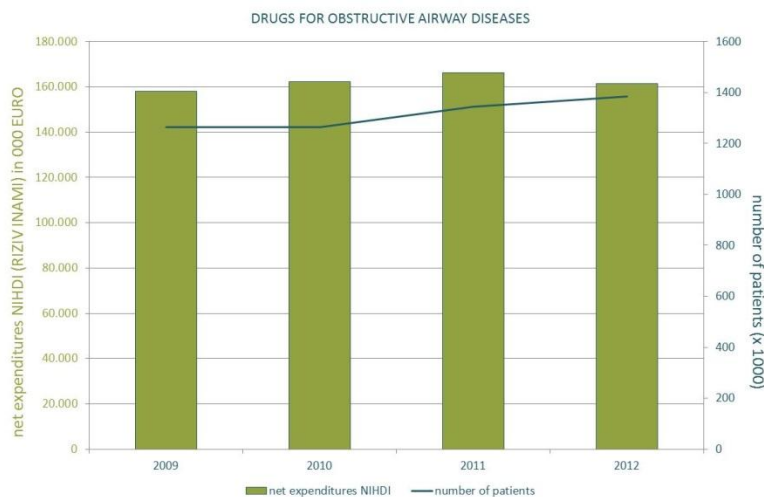
Figuur 116: Evolutie van het aantal behandelde patiënten met LABA (R03AC), LABA + corticoiden (R03AK), Glucocorticoiden (R03BA) en Anticholinergica (R03BB) (open officina 2009 – 2012)



Figuur 117: Evolutie van de uitgaven voor LABA (R03AC), LABA + corticoïden (R03AK), Glucocorticoïden(R03BA) en Anticholinergica (R03BB) (open officina 2003 – 2012)

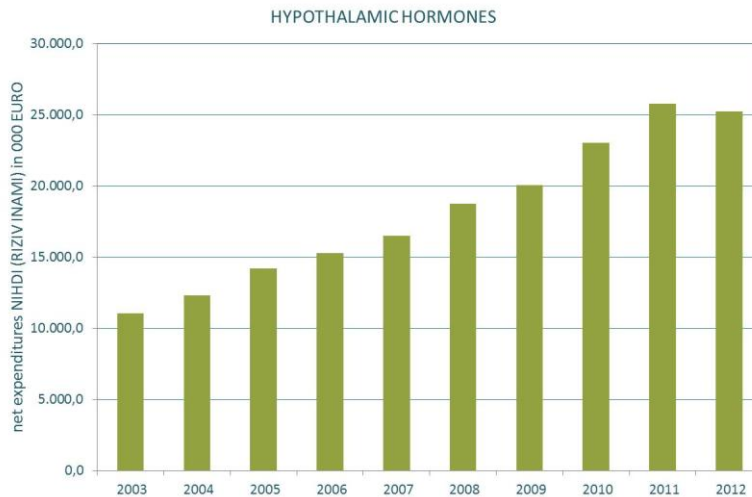


Figuur 118: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse R03A EN R03B geneesmiddelen gebruikt bij de behandeling van astma en COPD

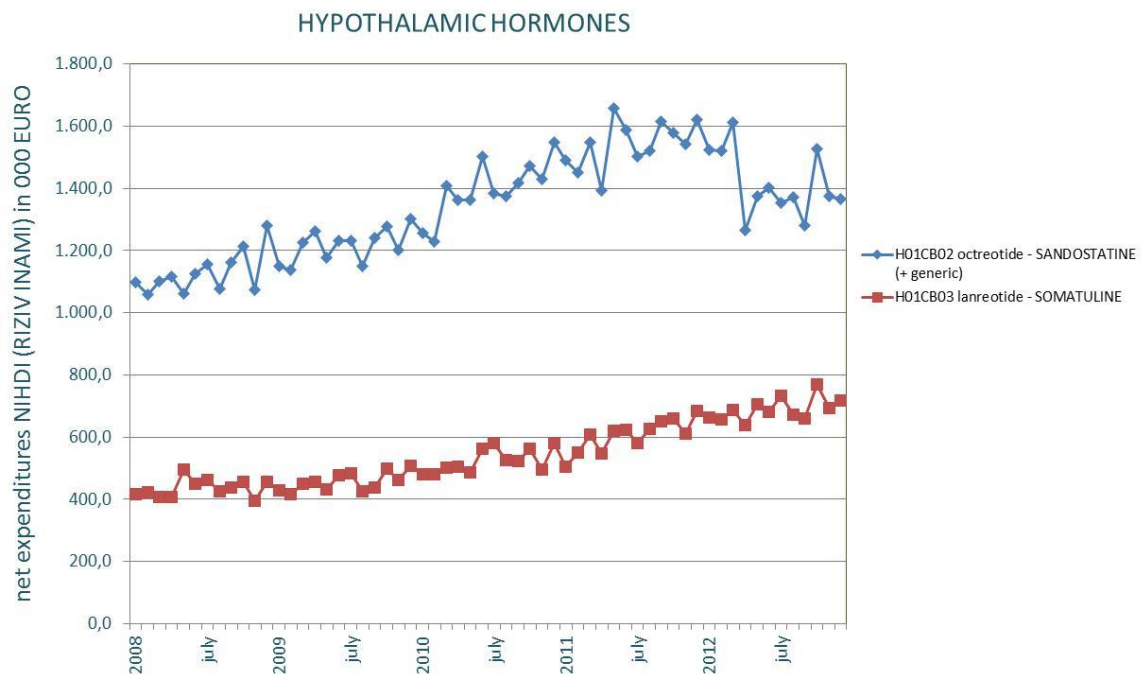


GONADOTROPINE RELEASING HORMONEN - ANTIGROEIHORMONEN - ANTI GONADOTROPINE RELEASING HORMONEN

Figuur 119: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse H01C Hypothalamus hormonen



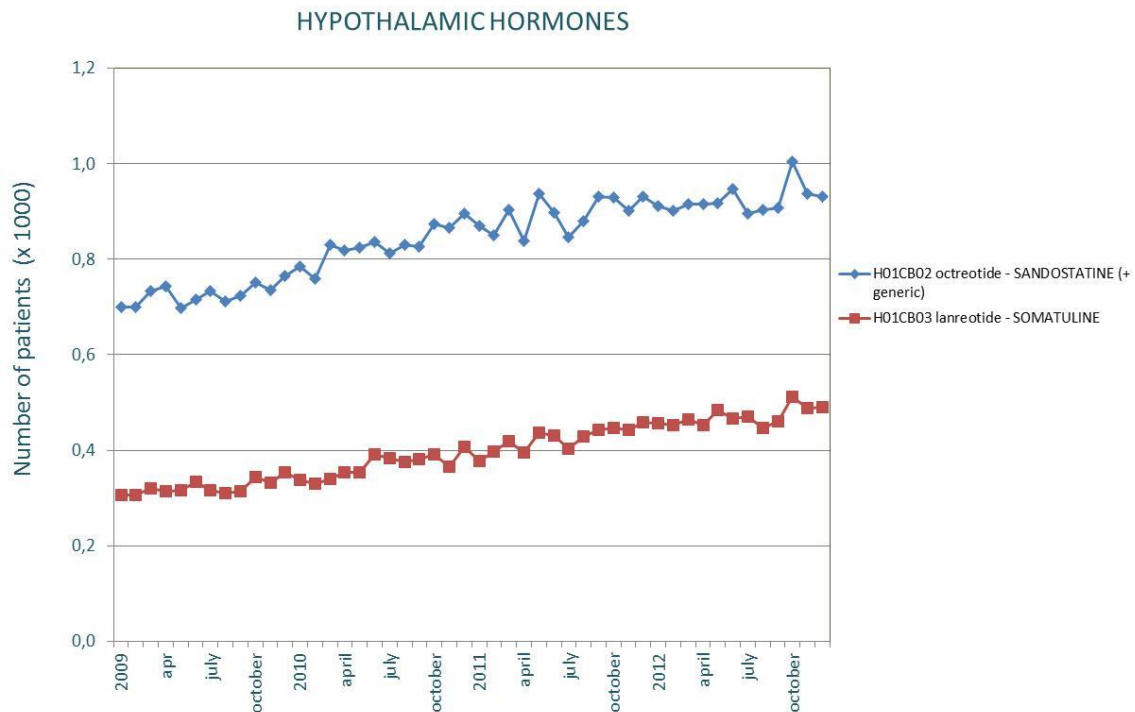
Figuur 120: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse H01C Hypothalamus hormonen



Octreotide :

De uitgaven voor de ATC klasse H01C daalden in vergelijking met 2011. Dit is voornamelijk te wijten aan een daling van de prijs en vergoedingsbasis van de specialiteiten op basis van octreotide: de plotse daling van de netto RIZIV uitgaven in april 2012 wordt veroorzaakt door het in werking treden van het referentierugbetalingssysteem voor Sandostatine® LAR. Sandostatine® klassiek werd opgenomen in het referentierugbetalingssysteem in oktober 2009, maar dat had totaal geen invloed op de uitgaven aangezien deze vorm slechts een gering percentage uitmaakt van de totale uitgaven voor dit geneesmiddel (4 % in 2012).

Figuur 121: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse H01C Hypothalamus hormonen

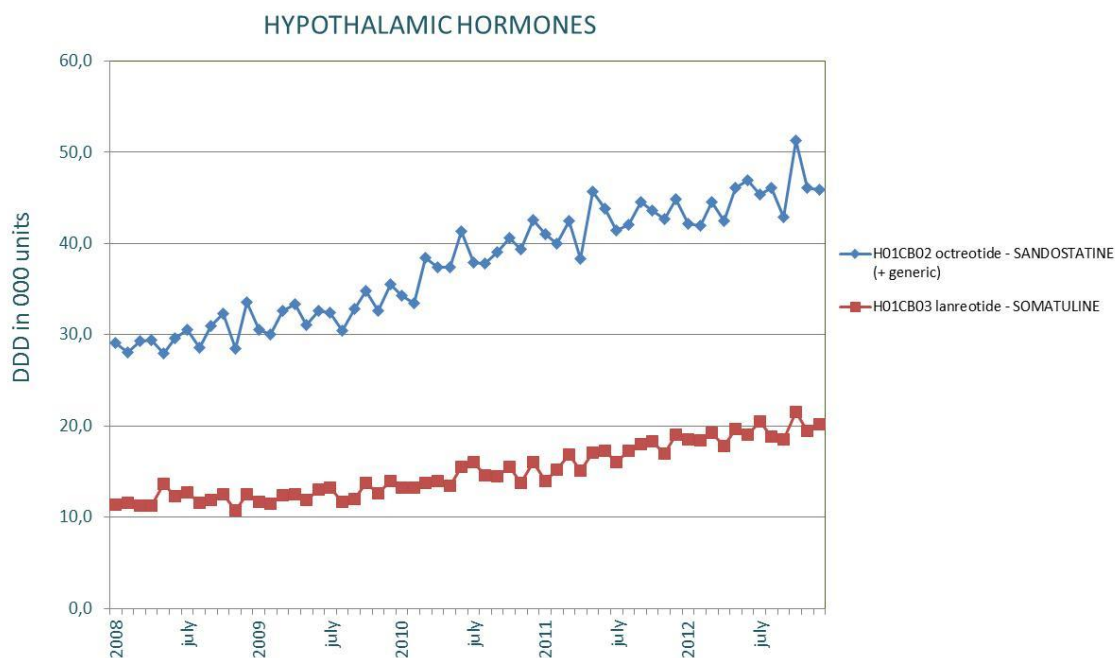


Het aantal DDD per maand volgt grosso modo het aantal patiënten, met een min of meer grillige evolutie die waarschijnlijk kan worden verklaard door de variaties van intra- en interindividuele doses, onder meer in functie van de indicatie waarvoor het geneesmiddel wordt toegediend.

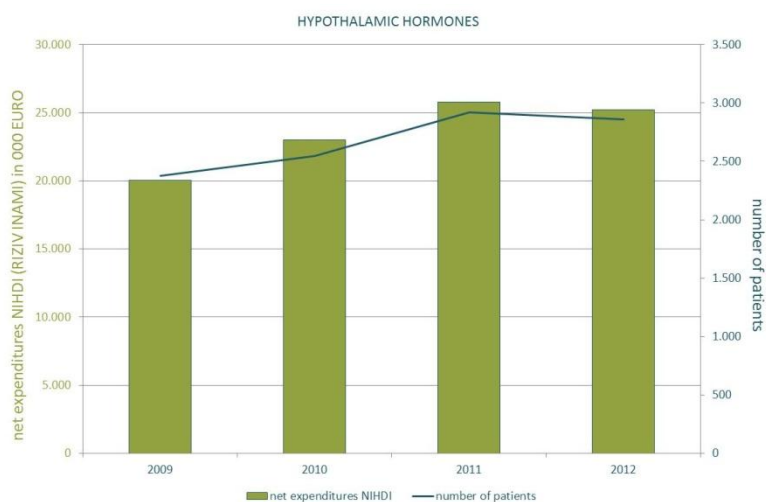
Lanreotide :

De uitgaven (evenals het aantal patiënten en DDD) blijven langzaam vooruitgaan.

Figuur 122: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse H01C Hypothalamus hormonen



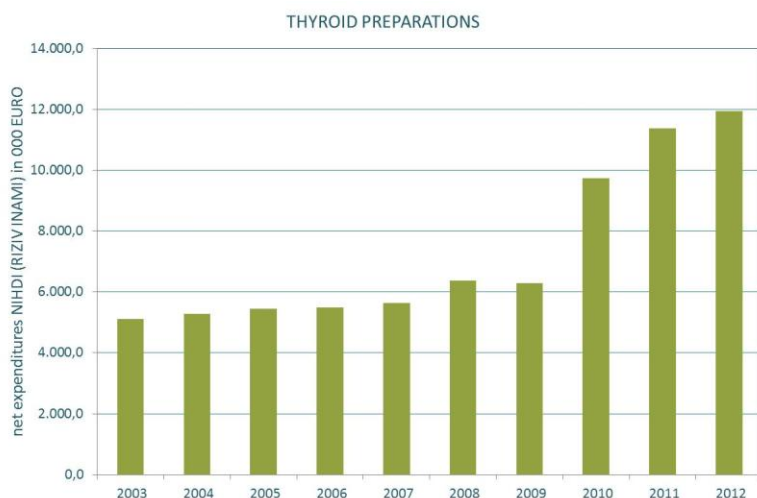
Figuur 123: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse H01C Hypothalamus hormonen



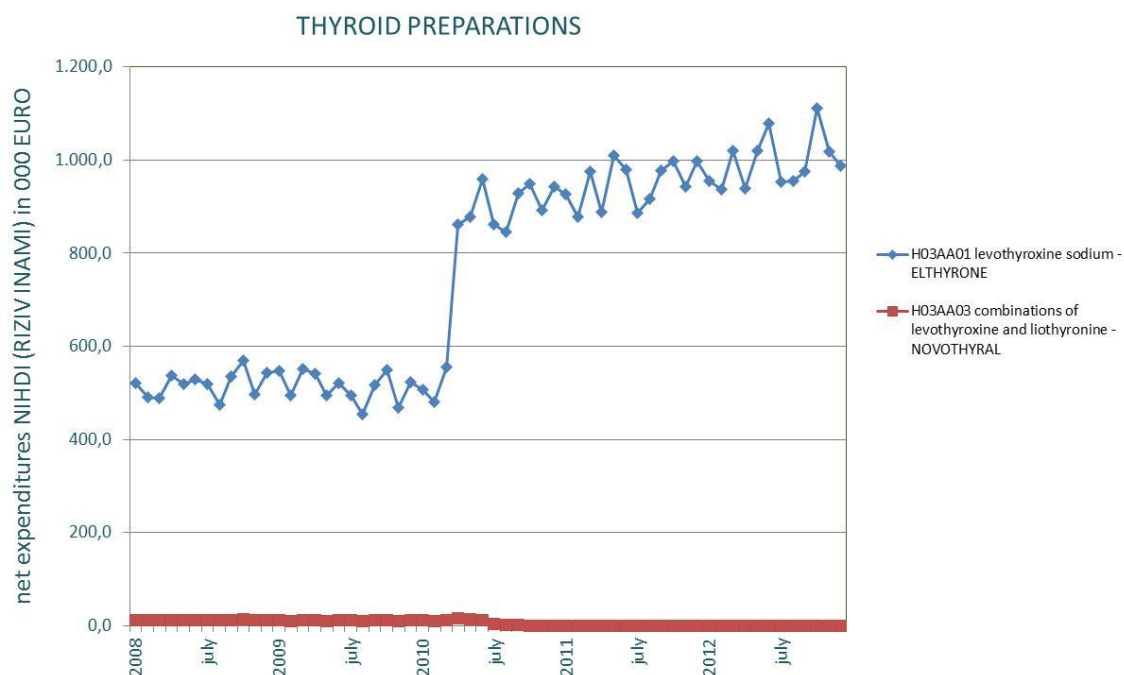
De betrokken specialiteiten zijn vergoedbaar in categorie A en ingeschreven in hoofdstuk IV (a priori controle) voor de behandeling van acromegalie en voor de behandeling van diarree die niet reageert op een klassieke antibiotische en antiperistaltische behandeling bij patiënten die lijden aan het 'acquired immunodeficiency'-syndroom. De specialiteit is ook vergoedbaar in categorie B, in hoofdstuk I, voor de behandeling van patiënten die lijden aan symptomen geassocieerd met functionele gastro-entero-pancreatische tumoren. De terugbetaling in categorie B is altijd grotendeels majoritair, met 81% van de terugbetalingen.

SCHILDKLIERHORMONEN

Figuur 124: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina 2003 - 2012) voor ATC klasse H03A Schildklierhormonen



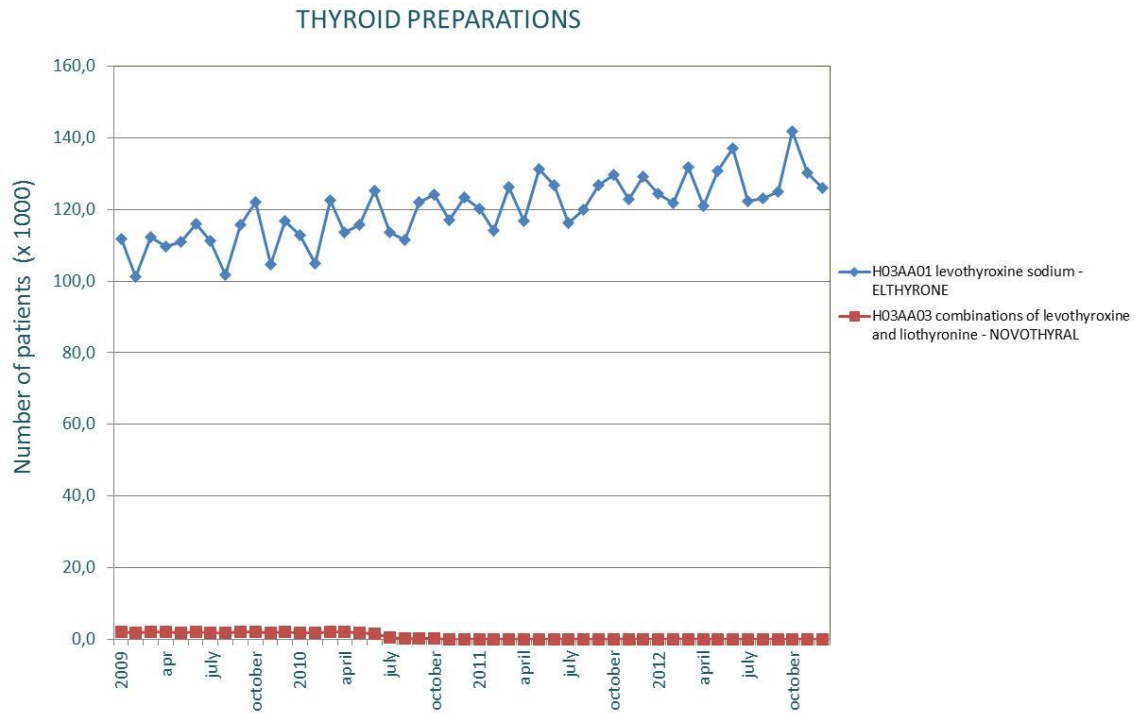
Figuur 125: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse H03A Schildklierhormonen



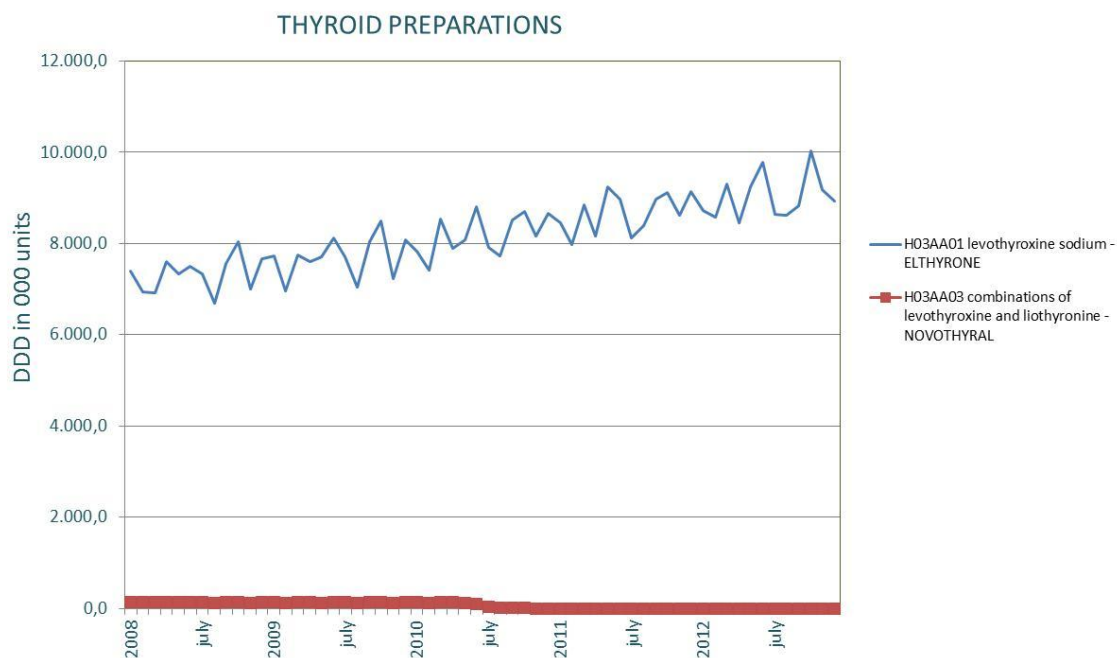
De plotse stijging van de RIZIV uitgaven begin 2010 wordt verklaard door de hervorming van de vergoeding van de officina-apothekers en de invoering van een gedeeltelijk vast honorarium (het 'basishonorarium'), hetgeen leidde tot een sterke stijging van de publieksprijzen van geneesmiddelen waarvan de buiten bedrijf prijs bijzonder laag is en waarvan de preparaten op basis van levothyroxine deel uitmaken. Het persoonlijk aandeel voor de patiënt werd echter niet beïnvloed door deze hervorming.

Vervolgens kwam de evolutie van de netto-uitgaven in deze klasse opnieuw op kruissnelheid, ook al ziet men een meer uitgesproken tendens tot stijging dan voorheen.

Figuur 126: evolutie van het aantal patiënten per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse H03A Schildklierhormonen

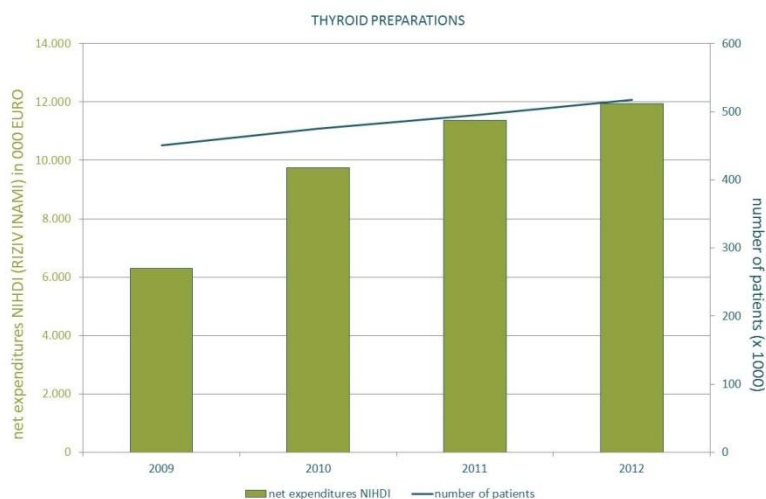


Figuur 127: evolutie van het aantal DDD per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse H03A Schildklierhormonen



Het stopzetten van de commercialisering van Novothyral® (in oktober 2010) heeft geen invloed gehad op de uitgaven per patiënt gerelateerd aan specialiteiten op basis van levothyroxine alleen, die relatief stabiel bleven tussen april 2010 en oktober 2012.

Figuur 128: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven ten opzichte van het aantal patiënten (open officina 2009 – 2012) voor ATC klasse H03A Schildklierhormonen

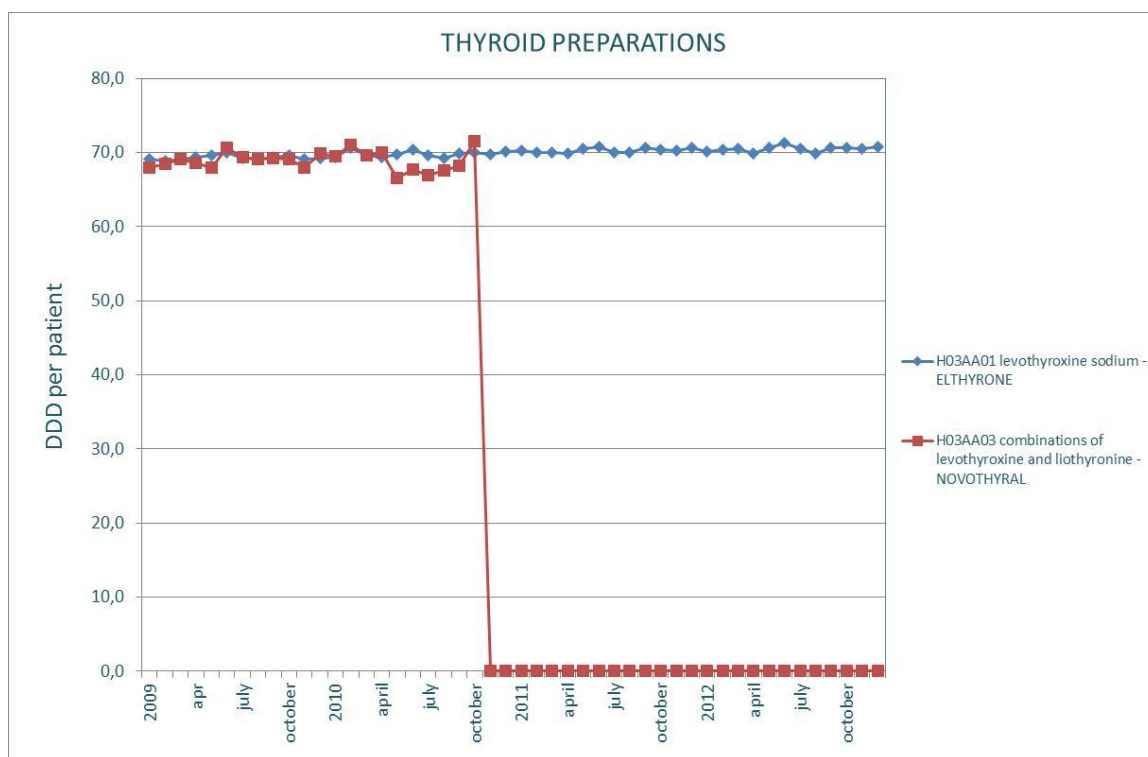


Tabel 8 : evolutie van het aantal patiënten behandeld met schildklierhormoon (ATC H03A) (open officina 2007 – 2012)

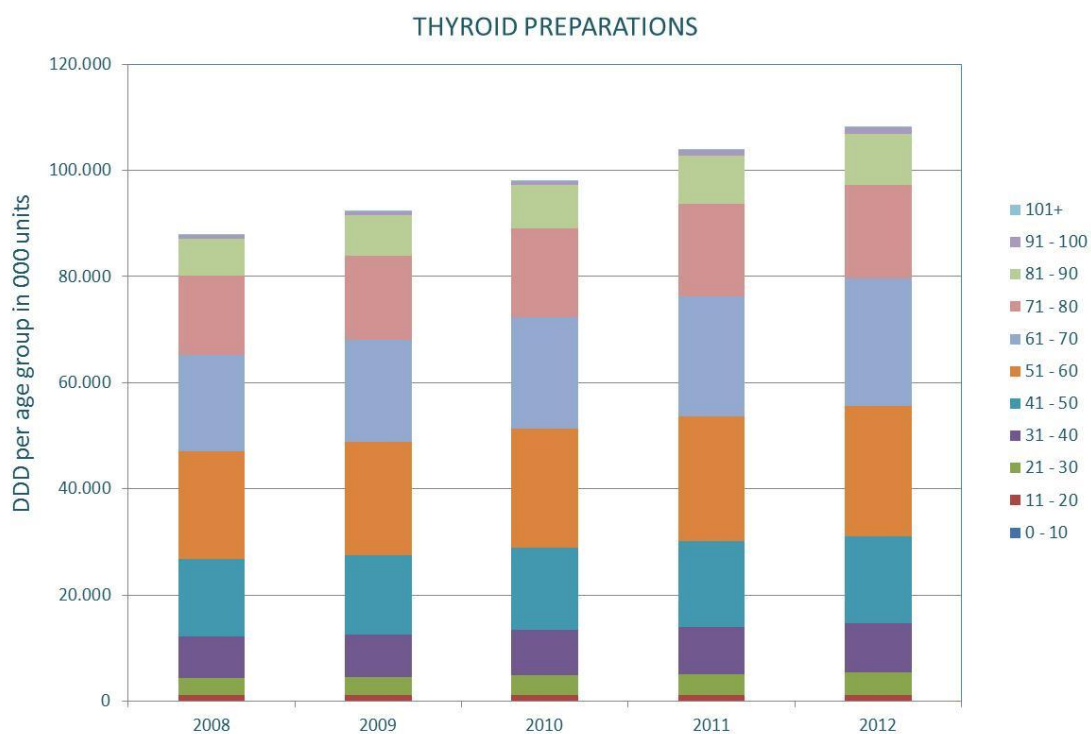
Aantal patiënten in 2007	Aantal patiënten in 2008	Aantal patiënten in 2009	Aantal patiënten in 2010	Aantal patiënten in 2011	Aantal patiënten in 2012
384.545	428.623	450.660	474.766	494.705	517.710

De toename van het aantal DDD verloopt parallel met die van het aantal patiënten dat regelmatig stijgt (+ 34 % tussen 2007 en 2012). Dit verklaart de evolutie van de RIZIV uitgaven aangezien het aantal DDD per patiënt stabiel is gebleven over dezelfde periode. De toename van het aantal patiënten is verdeeld over alle leeftijdsgroepen, voornamelijk bij de volwassenen.

Figuur 129: evolutie van het aantal DDD per patiënt per maand (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse H03A Schildklierhormonen



Figuur 130: evolutie van het aantal DDD per leeftijdsgroep per jaar (open officina 2008 - 2012) voor ATC klasse H03AA01 - Elthyron



UITGAVEN VOOR FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN IN ZIEKENHUIZEN

Algemeen

Tabel 9: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven voor geneesmiddelen (ziekenhuizen 2005 – 2012)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012(*)
Uitgaven netto RIZIV 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
		2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008	2008- 2009	2009- 2010	2010- 2011	2011- 2012
groei %		4,7	8,6	10,4	3,2	6,2	3,3	6,1

(*) extrapolatie van beschikbare doc PH gegevens voor het jaar 2012

Bron: doc PH

Tabel 10: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven voor geneesmiddelen - top 80% (ziekenhuizen)

Ranking			Forfait	ATC 3		groei (%)	groei (%)	totaal in mio EURO
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	M05 B	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
----	----	----	-----	------	----------------	-----	-------	------

(*) uitgaven berekend uitgaande van:

doc PH gegevens (gegevens RIZIV); voor 2012 zijn de data geëxtraheerd uit de geboekte gegevens van eerste en tweede semester 2012

[de geboekte gegevens van het eerste semester 2013, waaruit de uitgaven voor specialiteiten afgeleverd in 2012 eveneens geëxtraheerd zouden moeten worden, zijn nog niet beschikbaar; de gegevens 2012 werden hiervoor gecorrigeerd (extrapolatie van beschikbare gegevens)]

waarbij de totale uitgaven = uitgaven ambulant (A) + uitgaven geboekt aan 100% (buiten forfait) (B) + uitgaven geboekt aan 25% (in forfait) (C) + een theoretisch berekende som uitgaande van C (D)

omwille van de toevoeging van het bedrag D, gaat het niet om absolute uitgaven maar om virtuele uitgaven die toelaten een ranking te maken.

Het overzicht van de (virtuele) uitgaven en de vastgestelde groei per ATC3-klasse toont dat 19 van de 166 klassen verantwoordelijk zijn voor 80% van de uitgaven in ziekenhuismilieu.

De 3 ATC-3 klassen die in dit overzicht het hoogst gerangschikt staan, de klassen L01X, L04A en B03X vertegenwoordigen meer dan één derde van de uitgaven in ziekenhuizen. Deze 3 ATC-3 klassen samen zijn in 2012 verantwoordelijk voor 38,8% van de uitgaven in ziekenhuizen. In 2011 en 2010 bedroegen deze percentages respectievelijk 36,5 % en 35,2%. Tot 1/7/2012 ging het om 3 klassen waarvan alle molecules buiten het geneesmiddelenforfait vielen. Sedert 1/7/2012 werden de erythropoïetines (B03X) geïnccludeerd binnen het geneesmiddelenforfait. De evolutie van de uitgaven voor de klasse L01 en B03X worden verder in dit rapport meer in detail besproken.

Uitgaven voor geneesmiddelen in ziekenhuizen: uitsplitsing uitgaven per type patiënt

BASIS

We maken gebruik van docPH gegevens: geconsolideerde facturatiegegevens (netto uitgaven RIZIV), met differentiatie per specialiteitsverpakking en per type patiënt (gehospitaliseerd – ambulant).

Daarnaast maken we ook gebruik van docN gegevens.

Daarbij merken we op dat bij doc N data de facturatiegegevens voor een bepaalde periode verwijzen naar de periode dat betaling voor de geneesmiddelen geboekt werd. Bij doc PH data verwijzen de facturatiegegevens voor een bepaalde periode naar de periode dat de geneesmiddelen afgeleverd werden. Doc PH data zijn steeds op een later tijdstip beschikbaar gezien de gegevens voor een afleveringsjaar geselecteerd worden uit de geboekte gegevens van een periode van 18 maanden (het welbepaald jaar en het semester dat op dat jaar volgt). De bedragen 'docPH' voor het jaar 2012 betreffen hier geëxtrapoleerde gegevens, geselecteerd uit de geboekte gegevens van een periode van 12 maanden (eerste semester 2012 en tweede semester 2012). De geboekte gegevens in het eerste semester 2013 bevatten echter eveneens nog bedragen voor specialiteiten afgeleverd in 2012. De actueel beschikbare docPH gegevens werden hiervoor gecorrigeerd (extrapolatie op basis van historische gegevens).

ALGEMEEN: GENEESMIDDELENFORFAIT

Sedert 1 juli 2006 werd in de acute ziekenhuizen, voor gehospitaliseerde patiënten het geneesmiddelenforfait ingevoerd. Voor deze patiënten geldt dat in principe alle geneesmiddelen vallen onder een forfaitair vergoedingssysteem.

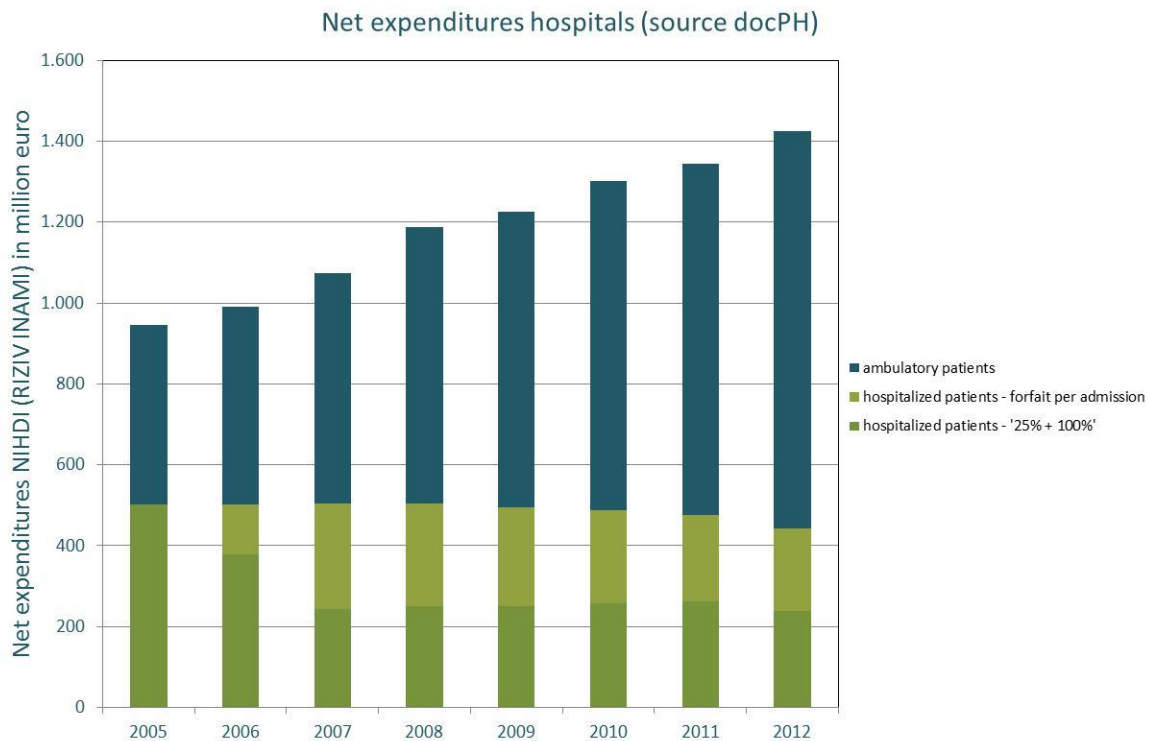
Er is echter een lijst van uitzonderingen voorzien (gebaseerd op de ATC5 code).

Geneesmiddelen worden van rechtswege uitgesloten (zoals de weesgeneesmiddelen, cytostatica, ... - cfr artikel 95 §3 b) 3de alinea van het K.B. van 21.12.2001) of op voorstel van de "permanente werkgroep voor de forfaitarisering" (indien enerzijds het werkzaam bestanddeel van groot belang is in de medische praktijk en indien anderzijds de kostprijs ervan het gebruik sterk kan afremmen in geval van forfaitarisering).

De reglementering voorziet dat voor de specialiteiten die onder het forfait vallen, nog 25% van de vergoedingsbasis gefactureerd wordt per specialiteit. Het overige deel wordt gedekt door een forfait per opname.

Door de partiële forfaitarisering (25% van de vergoedingsbasis wordt nog gefactureerd volgens de klassieke methode, met name facturatie per verbruikte eenheid) kan men het werkelijke geneesmiddelengebruik nog volgen zonder dat het verdwijnt in een forfait geneesmiddelen gebaseerd op APRDRG (All Patients Refined Diagnosis Related Groups).

Figuur 131: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (ziekenhuizen 2005 - 2012)



Bron: doc PH (de gegevens voor 2012 zijn geëxtrapoleerde gegevens)

Het uitzetten van de jaarcijfers per type patiënt geeft bovenstaande grafiek.

De uitgaven voor gehospitaliseerde patiënten, vertonen een licht dalende trend. In 2012 zet deze dalende trend zich verder en versterkt deze nog (min 7% ten opzichte van 2011).

De uitgaven voor de ambulante patiënten blijven echter stijgen. De sterkere groei van de uitgaven voor ambulante patiënten die optrad in 2007 en 2008 (respectievelijk een groei van 17,2 % en van 19,4% ten opzichte van het jaar voordien), temperde sterk in 2009 (groei van 7,3% versus 2008) en flakkerde met een groei van 11,3% weer op in 2010. In 2011 bedroeg de groei 6,5% en in 2012 zien we opnieuw een sterkere groei van de uitgaven met 13,3%.

Ook de totale uitgaven in ziekenhuizen blijven stijgen. De evolutie van de uitgaven voor alle patiënten in het ziekenhuismilieu vertonen een gelijkaardig patroon (met weliswaar afgezwakte groeipercentages) als de uitgaven voor ambulante patiënten: een sterke groei in 2007 en 2008, afgezwakt in 2009, opflakking in 2010. In 2011 bedroeg de groei 3,3% en in 2012 zien we opnieuw een sterkere groei van de uitgaven met 6,1%. Het is de stijging van de uitgaven voor de ambulante patiënten die verantwoordelijk is voor de groei van de ziekenhuisuitgaven.

De totale uitgaven in de ziekenhuizen blijven verder stijgen, weliswaar gematigder dan de sterke groei in 2007 en 2008.

Tabel 11 toont aan dat het aandeel uitgaven voor ambulante patiënten ten opzichte van de totale uitgaven voor farmaceutische specialiteiten in ziekenhuismilieu blijft stijgen. In 2006 bedroeg dit aandeel nog net geen 50%. In 2012 is meer dan tweederde van de uitgaven voor geneesmiddelen in ziekenhuismilieu voor ambulante patiënten.

Tabel 11: aandeel uitgaven voor ambulante patiënten ten opzichte van de totale uitgaven voor farmaceutische specialiteiten in ziekenhuismilieu (ziekenhuizen 2005 - 2012)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aandeel uitgaven ambulant/totale uitgaven ziekenhuis (in %)	46,9	49,2	53,1	57,4	59,7	62,6	64,5	68,9

Bron: doc PH

Het globaal budget 'forfait per opname' vermindert jaar na jaar.

Het nationaal budget van de forfaitarisering (facturatie via bedrag per opname) wordt jaarlijks vastgelegd door de Algemene Raad. Het betreft hier open enveloppes. Het individueel ziekenhuis ontvangt afhankelijk van de gerapporteerde casemix (op basis van MKG), per opname een forfaitair bedrag.

Tabel 12: vastgelegde bedragen nationaal budget voor forfait per opname voor de periode juli 2006 tot en met juni 2013 (bron, permanente audit, mei 2013)

Periode	Vastgelegd nationaal budget (in mio euro)
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

Op jaarbasis bekomen we volgende bedragen (Tabel 13) voor de verschillende types uitgaven:

Tabel 13: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (ziekenhuizen 2005 - 2012) (in mio EURO) - uitsplitsing uitgaven ziekenhuizen

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ambulante patiënten ¹	443,4	487,2	571	681,6	731,4	814,1	867,2	982,7
Gehospitaliseerde patiënten totaal	501,8	502,8	503,8	505,1	493,6	486,9	476,6	443,3
-gehospitaliseerde patiënten – 25% + 100% ²⁺³	501,8	377,3	243,0	249,5	250,6	257,5	263,3	239,5
-forfait per opname ⁴		125,4	260,7	255,6	243,0	229,4	213,3	203,7
Totaal ziekenhuis	945,2	990,0	1.074,8	1.186,7	1.225,0	1.301,0	1.343,8	1.426,0

Bron: doc PH

¹ Ambulante patiënten	Aflevering aan ambulante patiënten in het ziekenhuis, steeds buiten forfait (vergoedingsbasis 100%, tegemoetkoming volgens vergoedingscategorie)
² Gehospitaliseerde patiënten – 100% (NON forfait)	Aflevering aan gehospitaliseerde patiënten waarbij de vergoedbaarheid niet onder het forfait valt omdat - het gaat om een geneesmiddel dat niet onder het forfait valt (opgenomen op de lijst van uitzonderingen) - het gaat om een geneesmiddel dat afgeleverd werd aan een patiënt: - opgenomen vóór 1.07.2006 (inwerkingtreding geneesmiddelenforfait) - opgenomen in een niet acuut ziekenhuis (vergoedingsbasis 100%, tegemoetkoming volgens vergoedingscategorie)
³ Gehospitaliseerde patiënten – forfait 25 %	Aflevering aan gehospitaliseerde patiënten in een acuut ziekenhuis (opnamedatum na 1.07.2006) van een geneesmiddel dat onder het forfait valt (tegemoetkoming = 25% van de vergoedingsbasis; afschaffing tegemoetkoming volgens vergoedingscategorie)
⁴ Forfait per opname	Forfaitair bedrag dat het ziekenhuis ontvangt per opname. Dit bedrag wordt jaarlijks herzien en is afhankelijk van de door het ziekenhuis gerapporteerde casemix (MKG).

Tabel 14 geeft de evolutie van de uitgaven weer op basis van de geboekte gegevens (doc N). Hier zijn de gegevens volledig beschikbaar voor het jaar 2012. Op te merken valt dat bij de uitgaven voor gehospitaliseerde patiënten, naast de daling van de uitgaven voor het forfait per opname en de uitgaven voor de geforfaitariseerde geneesmiddelen eveneens de uitgaven voor de niet geforfaitariseerde geneesmiddelen daalt (min 2,4% in 2012 ten opzichte van 2011). Na de weliswaar zwakke jaarlijkse groei van de uitgaven van deze groep van geneesmiddelen, zien we voor het eerst sedert de invoering van de geneesmiddelenforfait medio 2006, een daling van de uitgaven voor de geneesmiddelen die niet onder het ziekenhuisforfait vallen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de erythropoëties en de albumines die van rechtswege werden uitgesloten van het ziekenhuisforfait, sinds 1 juli 2012 binnen het ziekenhuisforfait vallen.

Tabel 14: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (ziekenhuizen 2007 - 2012)¹ (in mio EURO) - uitsplitsing uitgaven ziekenhuizen²

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ziekenhuizen - ambulante patiënten	570.011	671.790	736.346	814.063	889.391	947.736
ziekenhuizen - gehosp buiten forfait (100%)	166.484	167.840	174.018	181.382	191.725	187.167
ziekenhuizen - gehosp forfait (25%)	77.301	79.109	77.129	72.056	70.159	66.893
ziekenhuizen - forfait per opname	258.549	263.208	246.272	230.944	217.654	198.707
ziekenhuizen – gehospitaliseerde patiënten (totaal)	502.334	510.157	497.419	484.382	479.538	452.767
totaal ziekenhuizen	1.072.345	1.181.947	1.233.765	1.298.445	1.368.929	1.400.503

evolutie in %

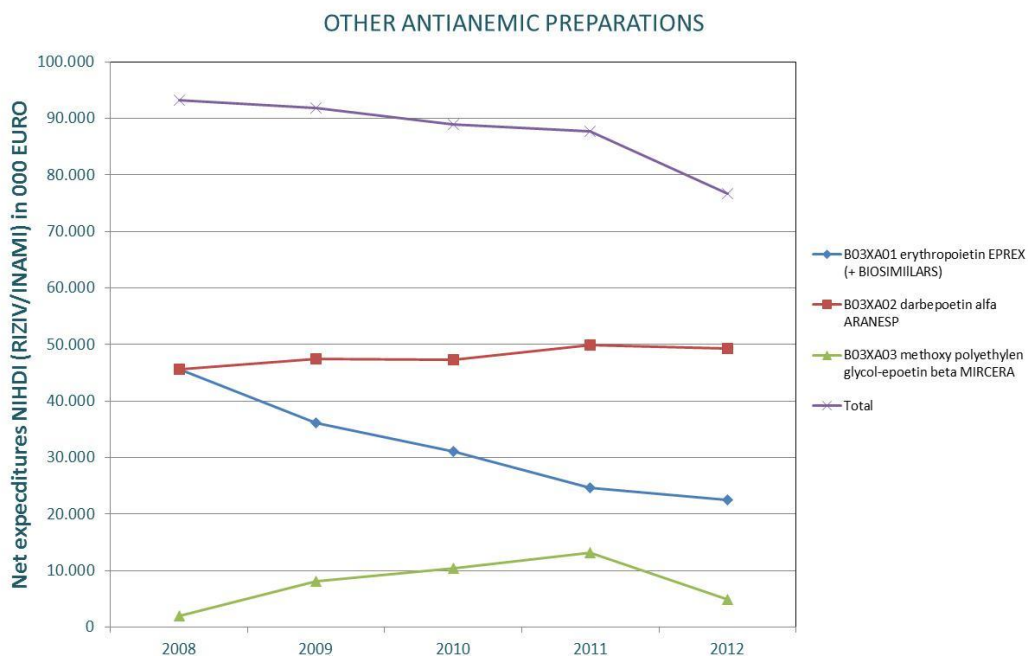
ziekenhuizen - ambulante patiënten		17,9	9,6	10,6	9,3	6,6
ziekenhuizen - gehosp buiten forfait (100%)		0,8	3,7	4,2	5,7	-2,4
ziekenhuizen - gehosp forfait (25%)		2,3	-2,5	-6,6	-2,6	-4,7
ziekenhuizen - forfait per opname		1,8	-6,4	-6,2	-5,8	-8,7
ziekenhuizen – gehospitaliseerde patiënten (totaal)		1,6	-2,5	-2,6	-1,0	-5,6
totaal ziekenhuizen		10,2	4,4	5,2	5,4	2,3

Bron : ¹ doc N en ² permanente audit, mei 2013, kerntabel 3.1.1. en 3.1.5.2.

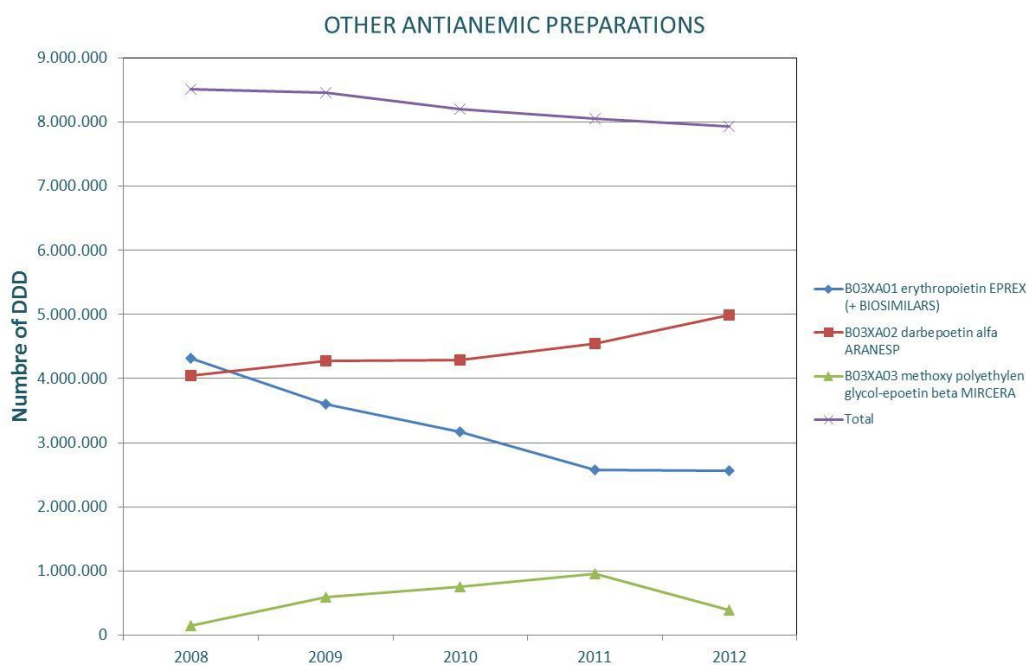
Analyse

B03X OVERIGE MIDDELEN BIJ ANEMIE

Figuur 132: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per jaar (ziekenhuizen – alle patiënten 2008 - 2012) voor ATC klasse B03X Overige middelen bij Anemie



Figuur 133: evolutie van het verbruik in DDD per jaar (ziekenhuizen – alle patiënten 2008 - 2012) voor ATC klasse B03X Overige middelen bij Anemie



Voor de klasse B03XA (overige middelen bij anemie) werden er recent een aantal belangrijke wijzigingen toegepast.

Sedert 1 juli 2012 zijn de specialiteiten behorend tot deze klasse geïncorporeerd in het ziekenhuisforfait. Het globale budget voor de ziekenhuisforfait werd ter compensatie verhoogd met 7,5 miljoen euro.

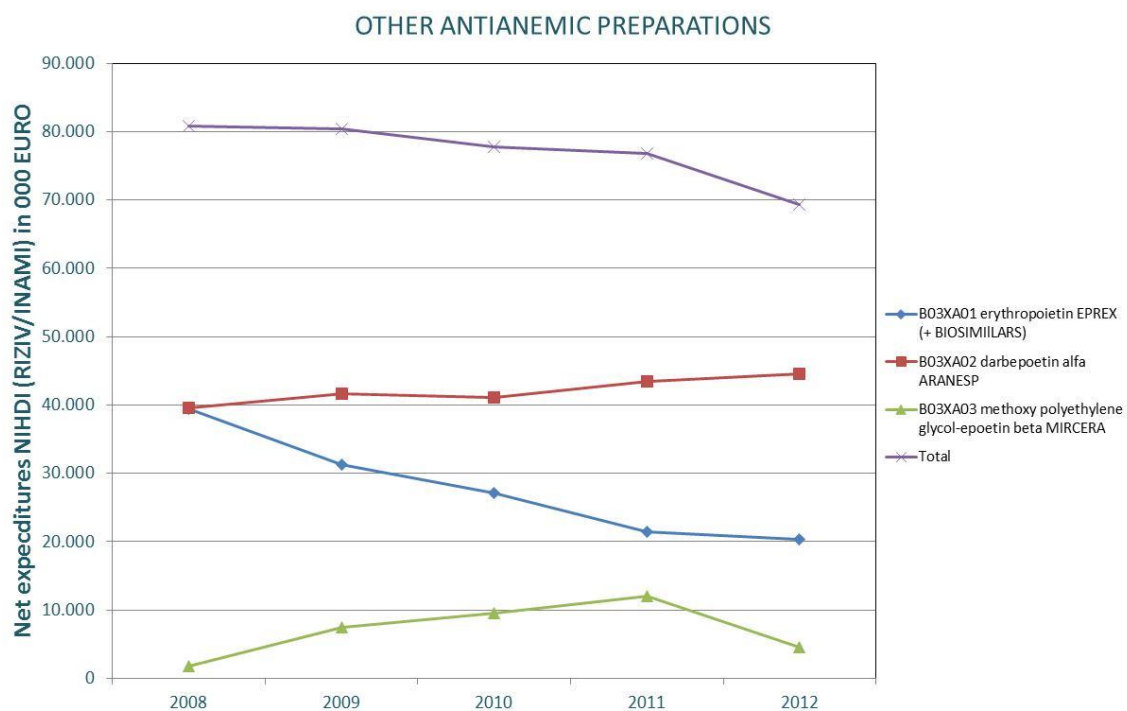
Op 1 september 2012 werd een nieuwe vergoedingscategorie Fa ingesteld voor de B03XA klasse. Deze vergoedingscategorie voorziet de toekenning van een vergoedingsbasis gebaseerd op een vast bedrag (met een eventuele deconnectie van de prijs en vergoedingsbasis tot gevolg; het verschil kan echter nooit ten laste van de patiënt gelegd worden). Voor de B03XA klasse werd een vast bedrag per behandeling vastgelegd op 8,1344 euro (prijs buiten bedrijf) per 1.000 IU equivalent erythropoïetine. Hierdoor werd de vergoedingsbasis voor alle specialiteiten binnen de B03XA klasse genivelleerd op niveau van de goedkoopste originele erythropoëetine waarvoor een biosimilaire alternatief beschikbaar is op de Belgische markt, met belangrijke dalingen van de unitaire RIZIV-kost bij anemie van renale oorsprong (geschat op min 35% voor Aranesp, min 34% voor Mircera) en bij chemotherapie tot gevolg (geschat op min 26% voor Aranesp, Mircera is niet geïndiceerd in deze toepassing).

Tegelijk werden op 1 september 2012 de vergoedingsvoorwaarden geactualiseerd met ondermeer het uitsluiten van hoge doelwaarden van hemoglobine.

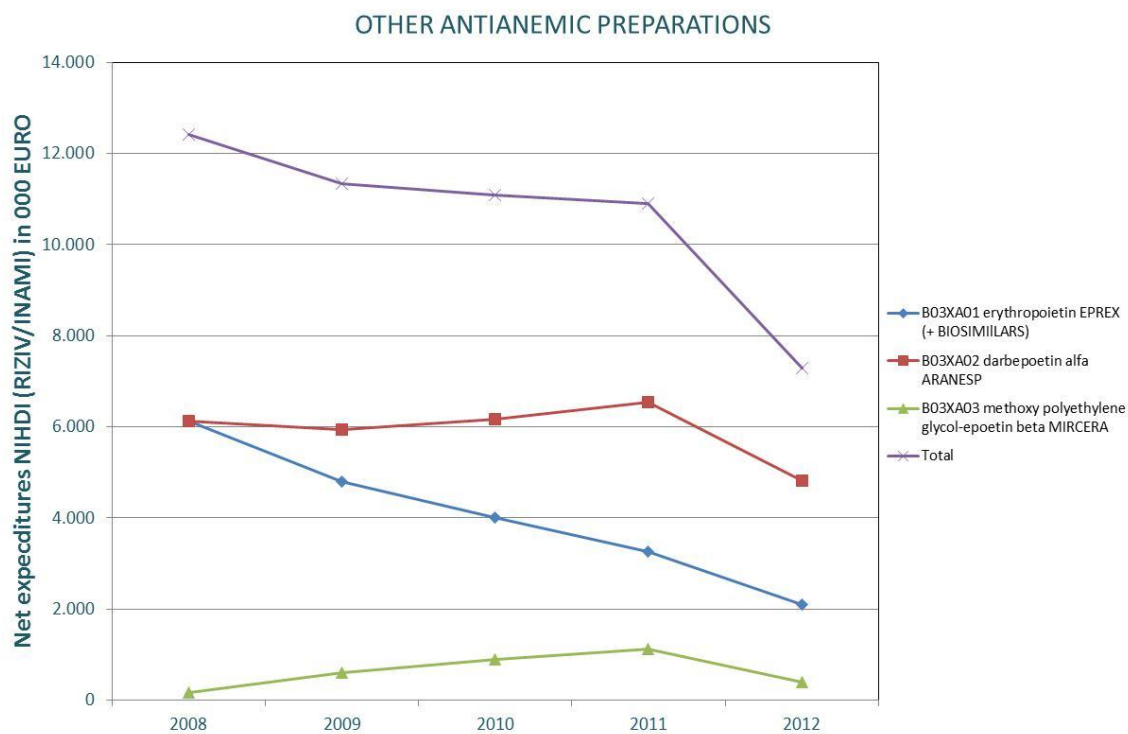
Figuur 132 toont aan dat de netto uitgaven voor de B03XA klasse in ziekenhuismilieu sedert 2008 een dalende trend vertonen met trendbreuk, namelijk een veel sterkere daling, voor het jaar 2012. De netto uitgaven dalen in 2012 met 12,60 % ten opzichte van het jaar 2011. Het aantal DDD vertoonde gedurende de periode 2008-2011 eveneens een dalende trend. Het totaal verbruik in het ziekenhuis (ambulante en gehospitaliseerde patiënten) blijft daarentegen dezelfde trend (lichte daling) volgen zoals de voorbije jaren. Voor 2012 zien we ten opzichte van 2011 een daling van 1,52% van het verbruikt aantal DDD.

De specialiteiten behorend tot de B03XA klasse worden voornamelijk gebruikt bij ambulante patiënten. Het aandeel in verbruik van de ambulante patiënten bedroeg 91% voor het jaar 2012 en is hiermee nog lichtjes toegenomen ten opzichte van de voorbije jaren (telkens een aandeel van 87% voor de jaren 2009, 2010 en 2011).

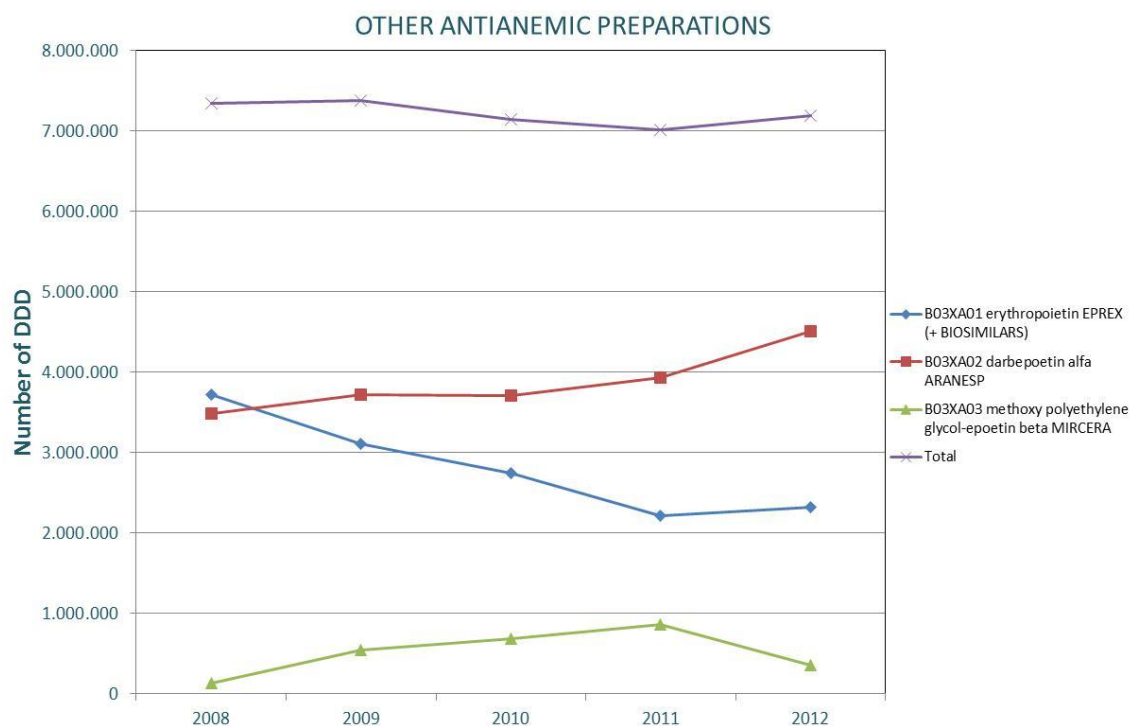
Figuur 134: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per jaar (ziekenhuizen – ambulante patiënten 2008 - 2012) voor ATC klasse B03X Overige middelen bij Anemie



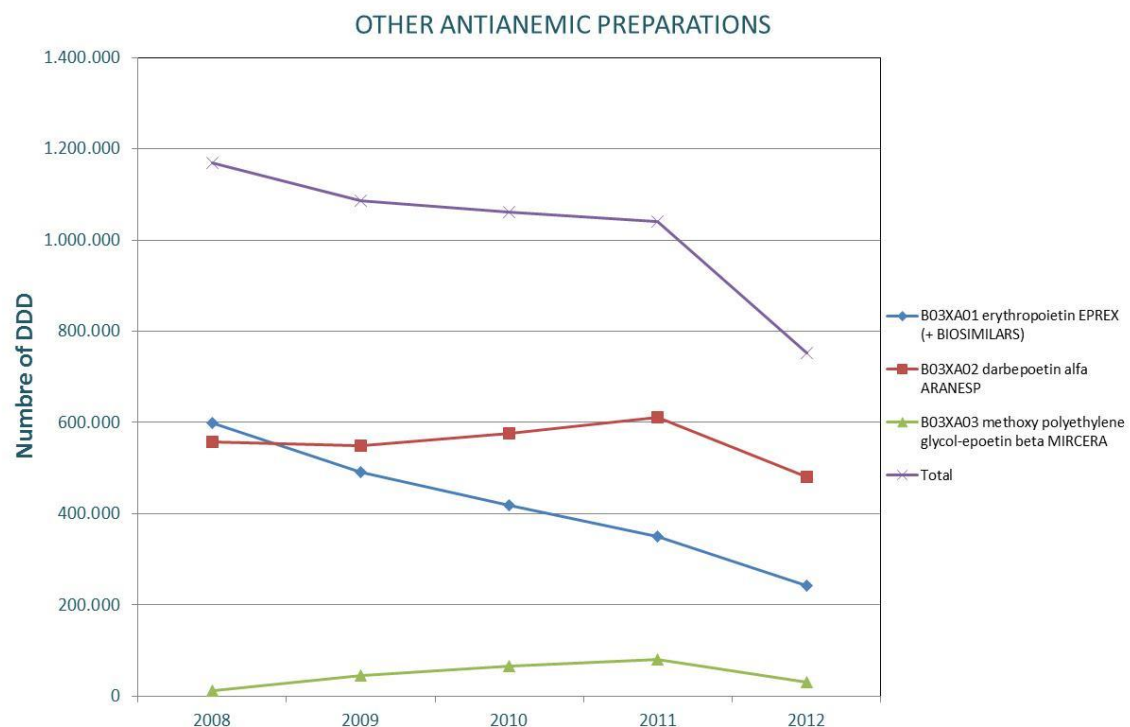
Figuur 135: evolutie van de netto RIZIV uitgaven per jaar (ziekenhuizen – gehospitaliseerde patiënten 2008 - 2012) voor ATC klasse B03X Overige middelen bij Anemie



Figuur 136: evolutie van het verbruik in DDD per jaar (ziekenhuizen – ambulante patiënten 2008 - 2012) voor ATC klasse B03X Overige middelen bij Anemie



Figuur 137: evolutie van het verbruik in DDD per jaar (ziekenhuizen – gehospitaliseerde patiënten 2008 - 2012) voor ATC klasse B03X Overige middelen bij Anemie



Het verbruik in 2012 bij ambulante patiënten vertoont een lichte stijging (2,37 %) ten opzichte van het verbruik in 2011 (zie figuur 136), terwijl dit verbruik voor dezelfde periode voor gehospitaliseerde patiënten (figuur 137) sterk daalt (min 27,77%). Gedurende het tweede semester 2012 werd de nieuwe vergoedingscategorie Fa ingevoerd en werden de vergoedingsmodaliteiten geactualiseerd. Beide maatregelen zijn van toepassing voor zowel de ambulante als gehospitaliseerde patiënten. Daarnaast werd tijdens die periode de klasse B03XA opgenomen in het ziekenhuisforfait, hetgeen enkel van toepassing is op de gehospitaliseerde patiënten.

In een volgende rapport is het aangewezen de evolutie van de uitgaven en het verbruik opnieuw te evalueren. Immers, enerzijds zijn de cijfers van 2012 geëxtrapoleerde gegevens en zijn de hierboven beschreven maatregelen nog maar sedert een beperkte duur van kracht, anderzijds nam de Minister van Sociale Zaken recent een nieuwe maatregel voor de geneesmiddelen behorend tot de B03XA klasse, die een extra besparing van 10 miljoen met zich mee zou brengen. Op 18 oktober 2013 besliste de Minister van Sociale Zaken het vast bedrag per behandeling te verlagen tot 5,70 euro (prijs buiten bedrijf) per 1.000 IU equivalent erythropoïetine. Deze maatregel treedt in werking op 1 januari 2014.

L01 – ONCOLYTICA IN ZIEKENHUIZEN

Een overzicht van alle nieuwe oncolytica, ingeschreven in de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, en van alle oncolytica waarvoor de vergoedingsmodaliteiten in de loop van 2012 werden gewijzigd, zijn aan dit rapport toegevoegd als bijlage 3.

Bij de analyse van de top 80 % van de uitgaven voor farmaceutische specialiteiten in ziekenhuizen (tabel 10) moet worden vastgesteld dat de ATC klasse L01 (cytostatica) verantwoordelijk is voor een bijzonder groot aandeel in de uitgaven (tabel 15).

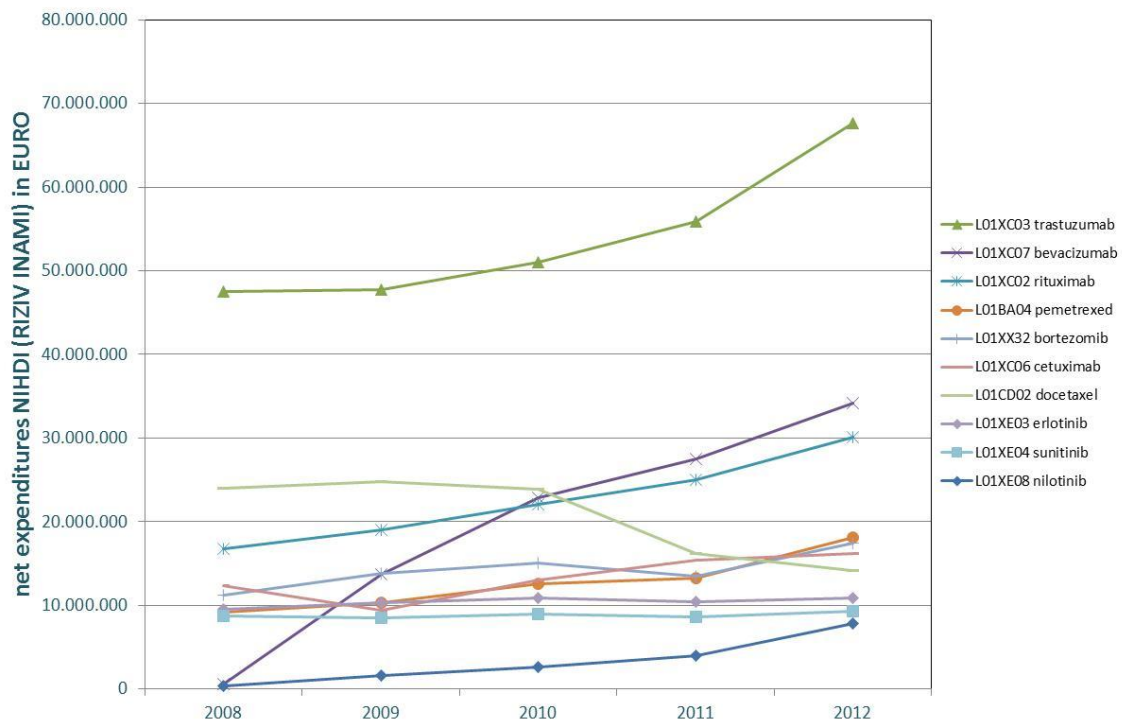
Het gaat bovendien om ATC klassen waarvan de uitgaven een snelle groei kenden of kennen.

Tabel 15: evolutie van de uitgaven voor oncolytica in ziekenhuizen

ATC-3	groei 2010 tov 2009	groei 2011 tov 2010	groei 2012 tov 2011	totaal 2012 in mio EURO
L01X OVERIGE CYTOSTATICA	12,9 %	7,9 %	17,4 %	283,3
L01B ANTIMETABOLIETEN	17,5 %	9,1 %	16,0 %	44,8
L01C ALKALOÏDEN EN OVERIGE NATUURLIJKE PRODUCTEN	-3,0 %	-22,3 %	0,0 %	30,0
L01D CYTOTOXISCHE ANTIBIOTICA EN AANVERWANTEN	1,4 %	-14,3 %	6,7 %	6,9
L01A ALKYLERENDE MIDDELEN	8,5 %	-33,3 %		6,4

Een gedetailleerder analyse laat zien dat de stijging van de uitgaven in belangrijke mate te wijten is aan een beperkt aantal moleculen.

Figuur 138: evolutie van de jaarlijkse uitgaven voor oncolytica in ziekenhuizen (ambulante patiënten 2008 - 2012) - in mio EURO



Voor de L01 klasse situeren de uitgaven zich hoofdzakelijk bij de niet gehospitaliseerde patiënten (90% voor de niet-gehospitaliseerde patiënten versus 10% voor de gehospitaliseerden).

De molecule die de grootste kost vertegenwoordigt is trastuzumab (HERCEPTIN®) (20% van de ATC klasse L01 in ambulante setting). De uitgaven voor deze molecule stijgen doordat de terugbetaling van Herceptin® werd uitgebreid vanaf 1 oktober 2010 voor de eerstelijnsbehandeling van patiënten met een gemetastaseerd adenocarcinoom van de maag of de gastro-oesofageale overgang met een amplificatie van het gen van de Humane Epidermale groeifactor Receptor-2 (HER-2 of Human Epidermal growth factor Receptor-2). Daarnaast werd de inclusie van patiënten in een grote studie voor de adjuvante behandeling van borstkanker, opgezet door de firma, afgesloten begin 2010, waardoor er meer patiënten in de terugbetaling opgenomen werden.

Ook voor bevacizumab (AVASTIN®) zijn de uitgaven gestegen. Dit ten gevolge de uitbreiding van de vergoedingsvoorwaarden:

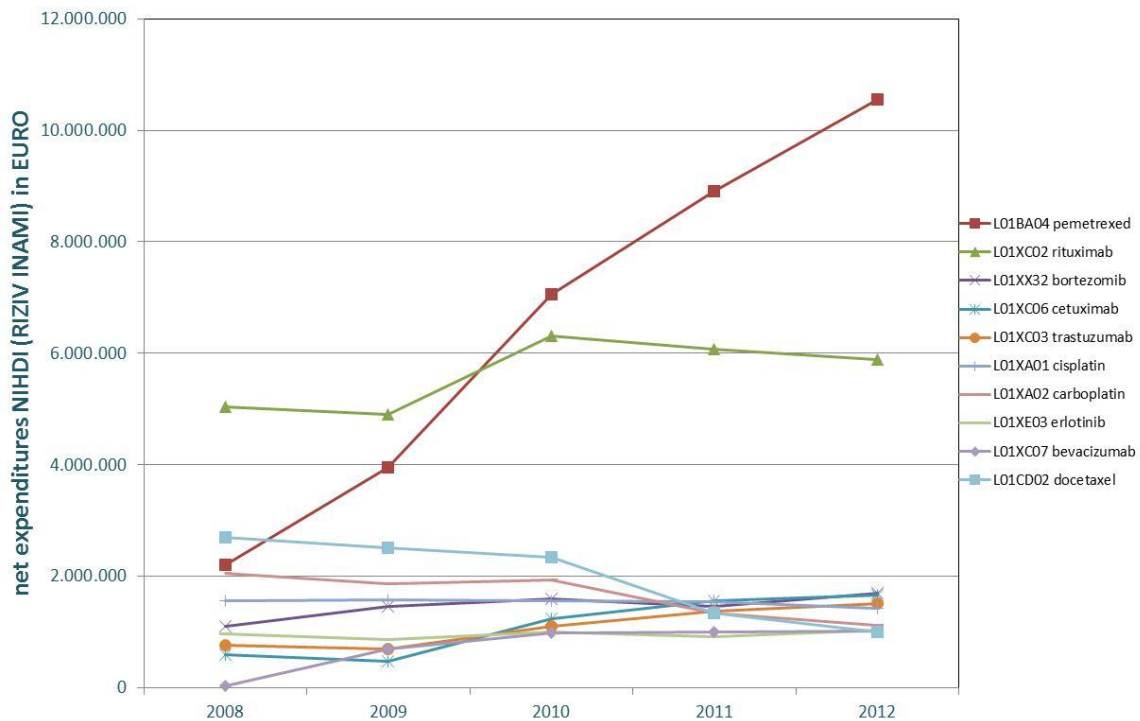
Datum	Indicatie
01.01.2010	eerstelijnsbehandeling van patiënten met gemetastaseerd colon- of rectumcarcinoom
01.02.2010	eerstelijnsbehandeling van patiënten met gemetastaseerde triple negatieve borstkanker (ER-negatief, PR-negatief en HER-2-negatief)
01.05.2010	eerstelijnsbehandeling van patiënten met gevorderde en/of gemetastaseerde niercelkanker

Een derde molecule waarvoor de uitgaven stijgen vanaf 2010 betreft rituximab (MABTHERA®) gezien in de loop van 2010 ook hier de vergoedingsvoorwaarden uitgebreid werden.

Sinds juni 2010 wordt Mabthera vergoed voor de behandeling van een patiënt met niet eerder behandelde B-cel chronische lymfatische leukemie, hetzij in combinatie met cyclofosfamide en fludarabine voor de behandeling van een patiënt met een recidiverende of refractaire B-cel chronische lymfatische leukemie.

Voor docetaxel (TAXOTERE®) daarentegen kan men zien dat de uitgaven vanaf 2010 dalen. Dit is te wijten aan de opening van de toepassing van het referentietrugbetalingssysteem voor deze molecule.

Figuur 139: evolutie van de jaarlijkse uitgaven voor oncolytica in ziekenhuizen (gehospitaliseerde patiënten 2008 - 2012) - in mio EURO



De molecule die in ziekenhuismilieu (gehospitaliseerde patiënten) de grootste kost vertegenwoordigt is pemetrexed (ALIMTA®) (27% van de ATC klasse L01 in hospitaalsetting). Dit kan verklaard worden door het feit dat Alimta® als onderhoudsbehandeling toegediend wordt in de ziekenhuizen. Sinds 1 mei 2009 wordt Alimta® terugbetaald in associatie met cisplatine voor de behandeling van chemotherapie-naïeve patiënten die lijden aan een lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig bronchuscarcinoom. Dit verklaart de fors gestegen uitgaven van deze molecule sinds medio 2009.

Gezien de vergoedingsvoorwaarden voor de molecule rituximab (MABTHERA®) uitgebreid werden op 1 mei 2010, nl. voor de behandeling van patiënten die lijden aan een Non Hodgkin Lymfoom, kan men zien dat de uitgaven lichtjes stijgen.

Ook in de gehospitaliseerde sector kan men een daling van de uitgaven optekenen voor de molecule docetaxel (TAXOTERE®) dankzij het in werking treden van het referentietrugbetalingssysteem en de simultane toepassing van de maatregel "oude geneesmiddelen" (de prijsdaling voor de werkzame bestanddelen die sinds meer dan 12 of 15 jaar vergoedbaar zijn) voor deze molecule sinds 1 april 2011.

Weesgeneesmiddelen

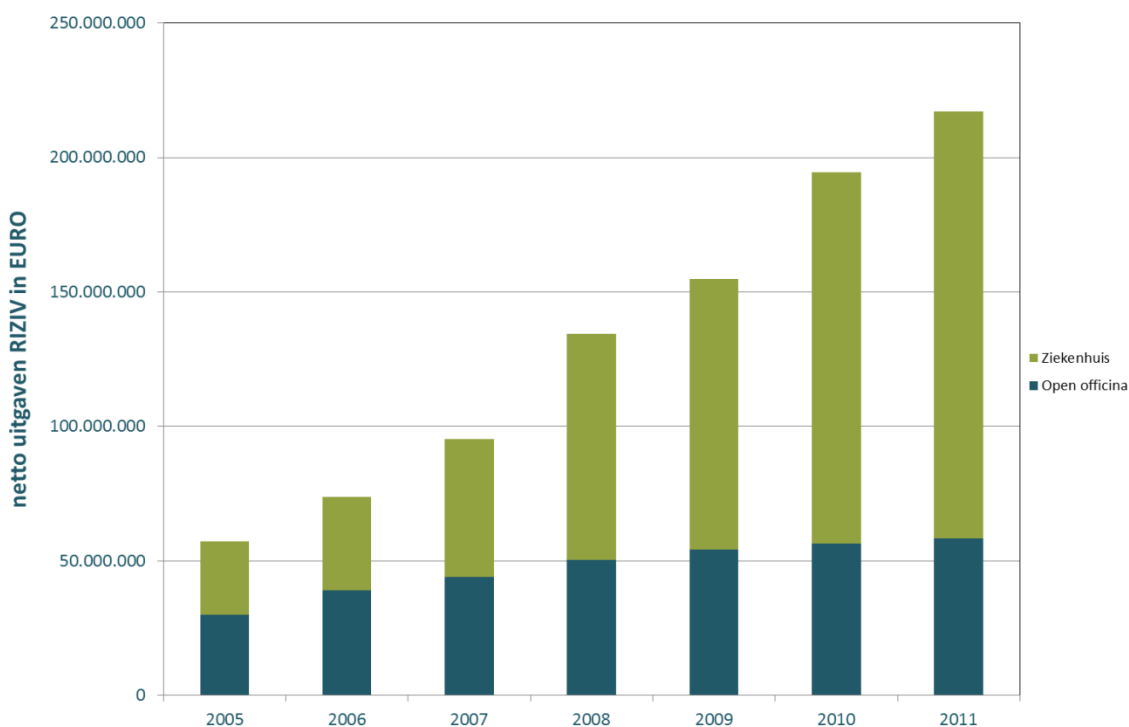
Op het einde van het jaar 2012 waren er 59 vergoedbare weesgeneesmiddelen.

Het aantal patiënten kan niet worden geraamd op basis van de ziekenhuiskosten, echter, via de Colleges van Geneesheren voor de Weesgeneesmiddelen, die betrekking hebben op 30 producten, wordt het aantal patiënten op bijna 3.000 geschat.

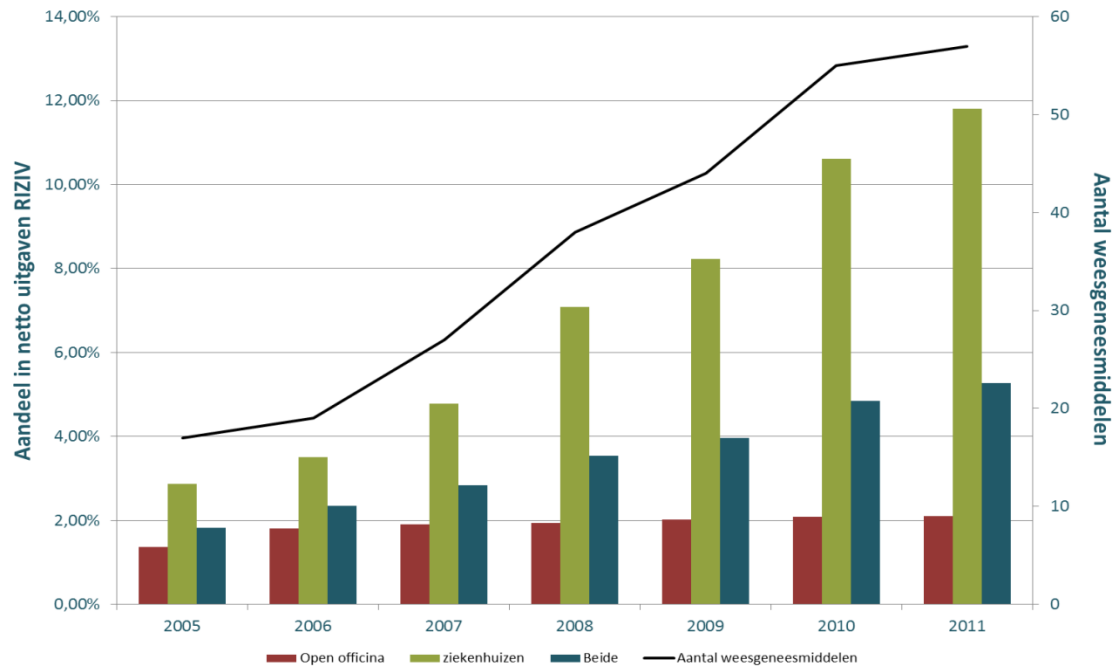
De meeste weesgeneesmiddelen worden alleen terugbetaald in een ziekenhuismilieu, wat hun belang binnen deze uitgaven verklaart. Bovendien zijn ze praktisch allemaal ingeschreven in categorie A (met uitzondering van één geneesmiddel).

De twee figuren (140 en 141) hieronder tonen enerzijds de intrinsieke evolutie van de RIZIV uitgaven die gewijd zijn aan weesgeneesmiddelen en anderzijds, hun verhouding binnen de totale uitgaven gewijd aan vergoedbare geneesmiddelen.

Figuur 140: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina en ziekenhuizen 2005 -2011) voor weesgeneesmiddelen



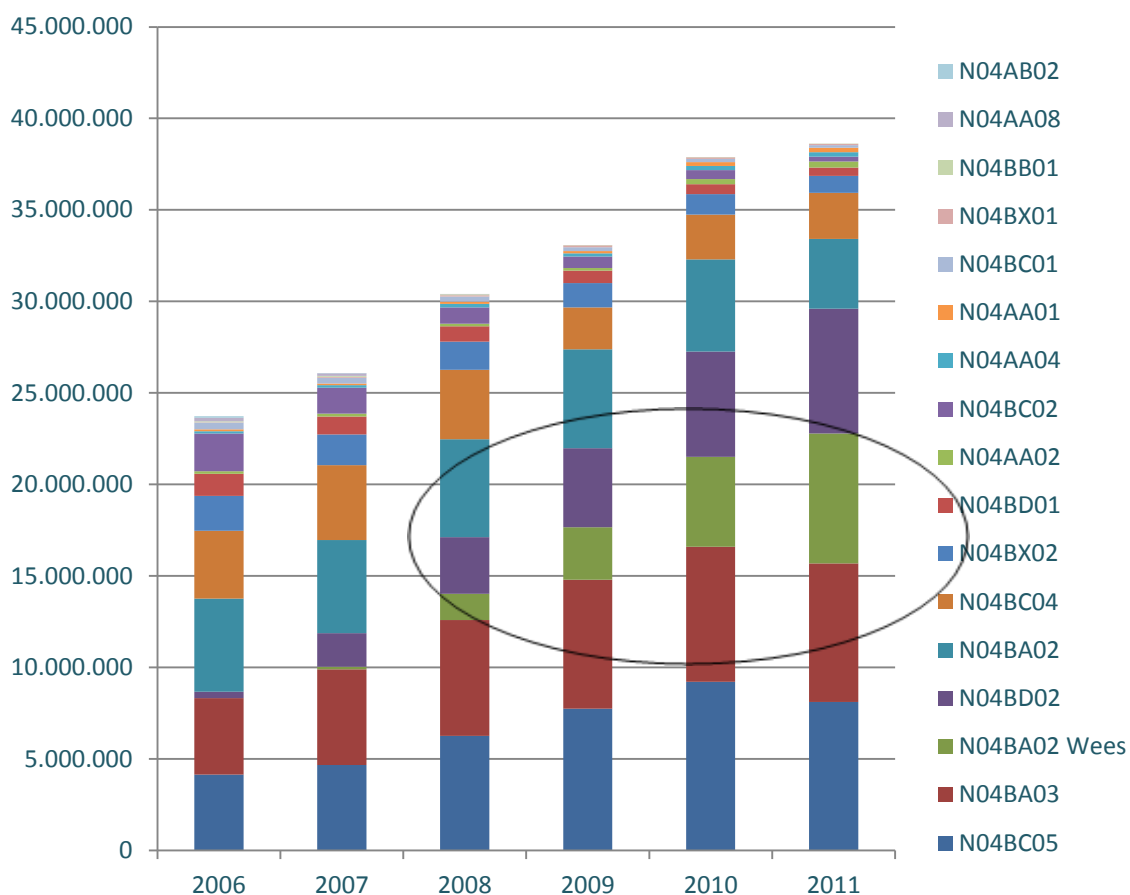
Figuur 141: aandeel van de weesgeneesmiddelen in de totale netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina en ziekenhuizen 2005 -2011)



Weesgeneesmiddelen worden gebruikt op tal van medische domeinen en hieronder volgen enkele voorbeelden.

ZIEKTE VAN PARKINSON

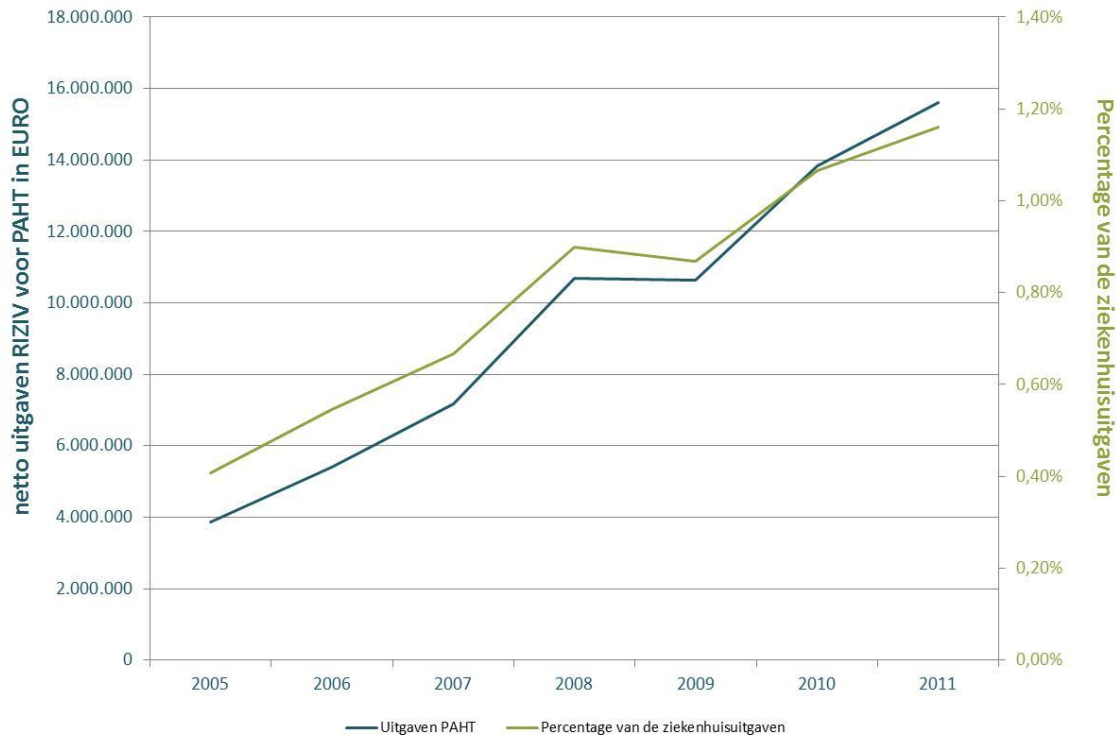
Figuur 142: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven (open officina en ziekenhuizen 2006 - 2011) voor ATC klasse N04 Parkinsonmiddelen



De groene zone geeft de uitgaven weer die worden gegenereerd door de weesgeneesmiddelen gebruikt voor het behandelen van de ziekte van Parkinson.

PULMONALE ARTERIELE HYPERTENSIE (PAH)

Figuur 143: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven voor PAH – zeldzame ziekte (ziekenhuizen 2005 - 2011)

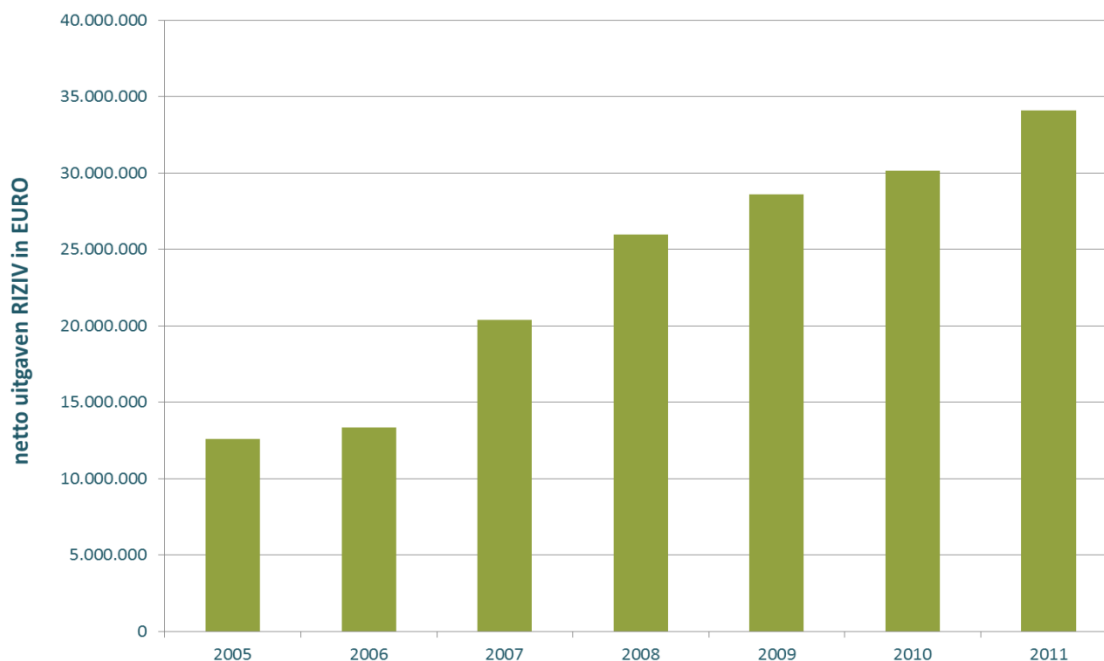


Figuur 143 toont de evolutie van de netto-uitgaven gegeneerd voor pulmonale arteriële hypertensie (PAH).

Van de 7 geneesmiddelen die betrokken zijn bij deze analyse, heeft er één nochtans niet het statuut van weesgeneesmiddel. De stijging van de uitgaven in de loop van het jaar wordt verklaard door twee factoren: enerzijds het toenemende aantal patiënten en anderzijds de geleidelijke overstap van mono- naar poly medicatie die inherent is aan deze indicatie. Op basis van de gegevens van de bestaande Colleges voor bepaalde van deze geneesmiddelen is het aantal patiënten zo geëvolueerd van 100 tot 300 tussen 2005 en 2011 en de jaarlijkse kosten van combinaties of therapeutische associaties van deze producten per patiënt is geëvolueerd van 39.000€ naar 52.000 euro.

STOFWISSELINGSZIEKTEN

Figuur 144: evolutie van de netto jaarlijkse RIZIV uitgaven voor weesgeneesmiddelen voor stofwisselingsziekten (ziekenhuizen 2005 - 2011)



Door vergelijking van de voorziene budgetten en de gegevens van de betrokken Colleges wordt de jaarlijkse kost per patiënt per weesgeneesmiddel gebruikt voor een stofwisselingsziekte zo geraamd op 200.000 euro.

Dossier – “Artikel 81” overeenkomsten

Wettelijke basis:

Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 - art. 35bis, § 7

Koninklijk besluit van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - artikelen 81 t.e.m. 85

De procedure bestaat sinds 28.02.2010.

Principe:

Indien de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen de door de aanvrager voorgestelde basis van tegemoetkoming niet in verhouding acht met de evaluatie van de criteria bedoeld in § 2, of, indien ze van mening is dat de inschrijving op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten onzekerheden bevat op budgettair vlak, kan de aanvrager aan de Minister voorstellen een procedure voor het afsluiten van een overeenkomst met het Instituut op te starten, die compensatieregels voorziet voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Dergelijke procedure kan worden opgestart in het kader van een aanvraag tot vergoedbaarheid van een geneesmiddel dat door de aanvrager als klasse 1 gerangschikt wordt of een weesgeneesmiddel of een aanvraag tot wijziging van de vergoedbaarheid voor een indicatie waarvoor een therapeutische of sociale nood bestaat, na een negatief definitief voorstel van de CTG of indien de CTG er niet in slaagt met een 2/3 meerderheid een definitief voorstel te formuleren.

Procedure: Clock-stop, 120 dagen waarbinnen een werkgroep wordt samengebracht op het RIZIV voor onderhandelingen tussen de aanvrager, de verzekeringsinstellingen, het RIZIV, de Minister van Sociale Zaken en de Minister van Begroting.

De overeenkomst wordt ondertekend tussen het RIZIV en de aanvrager met de goedkeuring van de Minister van Sociale zaken en de Minister van Budget en houdt in dat de specialiteit tijdelijk wordt ingeschreven op de lijst (max. 3 jaar). Gedurende deze periode verzamelt de aanvrager bijkomende informatie die de hoge kostprijs voor de geleverde meerwaarde rechtvaardigt.

DE COMMISSIE TEGEMOETKOMING GENEESMIDDELEN

Algemeen

De huidige analyse evalueert twee van de variabelen die op een objectieve manier kunnen worden gemeten en die bepalend blijken te zijn voor de toegang tot, al dan niet innoverende, nieuwe geneesmiddelen, in België : het aantal aanvragen voor terugbetaling dat wordt ingediend (dossiers) en de voorstellen door de Commissie en de beslissingen van de Minister voor de nieuwe geneesmiddelen waarvoor een aanvraag werd ingediend.

Bij de evaluatie en de interpretatie van de gegevens moeten een reeks belangrijke elementen in overweging worden genomen:

1. Algemene elementen

- De terugbetaling van geneesmiddelen in België is aanbod-gestuurd, hetgeen betekent dat de terugbetaling functie is van de vragen tot terugbetaling die worden ingediend door de farmaceutische bedrijven. Het betreft hier een factor die absoluut bepalend is voor het geheel van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en belangrijk voor de snelheid van de terugbetaling van, al dan niet innoverende, nieuwe geneesmiddelen.
- Voor de weesgeneesmiddelen en de aanvragen van klasse 1 kan de aanvraag al worden ingediend vanaf het ogenblik dat de aanvrager over een gunstig advies beschikt van het Comité voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik (CHMP) van het EMA (European Medicines Agency).

Deze twee laatste mogelijkheden zijn tot op heden nog maar weinig gebruikt.

2. Specifieke elementen voor deze analyse

- De gegevens die werden behandeld, zijn afkomstig van de administratieve gegevensbank gebruikt door het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen voor de permanente monitoring van de procedures en de doorlooptijden. Voor de analyse van het aantal dossiers worden alle gegevens van de dossiers die werden ingediend tussen 1 januari 2003 en 1 januari 2013 in aanmerking genomen.
- Voor deze analyse komen alleen unieke dossiers in aanmerking. Dit betekent dat, in geval van gelijktijdige aanvragen voor verschillende doseringen/verpakkingen van specialiteiten, de dossiers “gepoold” worden indien het verantwoordelijk bedrijf, het type dossier, de dag « 0 » (de dag van de aanvraag), het werkzaam bestanddeel, het voorstel van de Commissie en de beslissing van de Minister identiek zijn.
- De analyse maakt geen onderscheid tussen de eerste aanvragen en de hernieuwde aanvragen (beperkt aantal). Met andere woorden, elk “uniek” dossier wordt beschouwd als een “nieuw dossier”. Men kan inderdaad geen objectief onderscheid maken tussen de hernieuwde aanvraagdossiers ingevolge een negatieve beslissing van de Minister en de hernieuwde

aanvraagdossiers na terugtrekking van het dossier op initiatief van het bedrijf, aangezien de reden voor dit initiatief niet bekend is (bijvoorbeeld het “vermijden” van een negatieve notificatie omwille van het risico van een aantasting van de reputatie).

- De analyses houden geen rekening met dossiers die worden behandeld op administratief niveau, dit wil zeggen zonder tussenkomst van de Commissie, waarvoor de procedure beperkt is tot 60 dagen.

Aantal dossiers

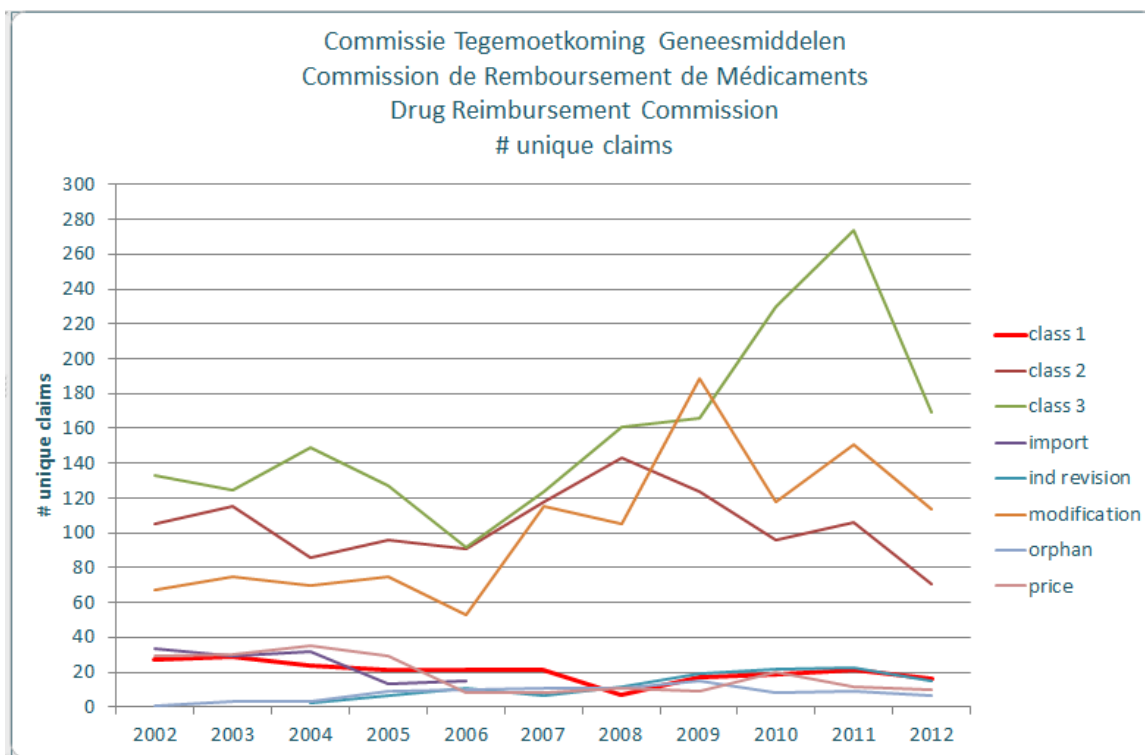
Het aantal dossiers dat werd ingediend in 2011 via de CTG-procedure (koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten) ligt veel hoger dan het gemiddelde aantal dossiers dat per jaar werd ingediende tijdens de laatste tien jaar, met grote verschillen in functie van het type aanvraag (zie figuur 145). In 2012 stellen we een algemene daling vast van het aantal ingediende dossiers, van welk type aanvraag ook, en het aantal dossiers ingediend in 2012 via de CTG-procedure is lichtjes lager dan het gemiddelde aantal dossiers ingediend per jaar tijdens de laatste 10 jaar.

Op te merken valt dat:

- Het aantal aanvragen van klasse 1 (gemiddeld ongeveer 25 per jaar tot in 2006) lichtjes lijkt te dalen sinds het 1^{ste} semester van 2006 en het laagste niveau heeft bereikt in 2008 (7 aanvragen). Tussen 2009 en 2012 is deze tendens tot daling (relatief) hersteld : 17 aanvragen in 2009, 19 aanvragen in 2010, 21 aanvragen in 2011 en 16 aanvragen in 2012.
- Het aantal aanvragen voor weesgeneesmiddelen bedroeg 9 in 2011 en 7 in 2012.
- De dalende tendens van de aanvragen voor klasse 2 en 3 is gestopt in 2006 en sindsdien is opnieuw een stijging vast te stellen (op te volgen voor klasse 3).
- Het hoge aantal aanvragen voor wijziging van de vergoedingsmodaliteiten is opvallend ; op te merken valt dat deze aanvragen zowel uitbreidingen van indicaties omvatten als meer technische correcties te realiseren in het kader van het artikel 38. Opgelet dus : de cijfers van het laatste semester 2007 omvatten alle wijzigingen van simvastatine van categorie C naar categorie B. Dit geldt ook voor 2009 waar er voor een groot aantal dossiers sprake was van wijzigingen van de tarifiering (contrastmiddelen), administratieve vereenvoudigingen (overdracht naar hoofdstuk I voor de sartanen en de ACE-remmers – herformulering van de vergoedingsmodaliteiten met het oog op een betere coherentie ervan voor de EPOs).

Aan deze gegevens worden NIET toegevoegd : voor 2010, 228 afgewerkte dossiers « klasse 3 – administratieve procedure » noch 898 procedures « artikel 97 – administratieve wijzigingen/correcties aan de lijst »; voor 2011, 231 afgewerkte dossiers « klasse 3 – administratieve procedure » noch 201 « procedures artikel 97 – administratieve voorstellen van wijzigingen/correcties aan de lijst »; voor 2012, 214 afgewerkte dossiers terminés « klasse 3 – administratieve procedure » noch 114 « procedures artikel 97 – administratieve voorstellen voor wijzigingen/correcties aan de lijst ».

Figuur 145: aantal aanvragen per jaar (unieke dossiers – hierbij inbegrepen, de afgewerkte procedures, geannuleerde aanvragen en lopende procedures) (2002 – 2012)



Voorstellen van de Commissie en Beslissingen van de Minister

Het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, stipuleert dat de beslissingen van de Minister met betrekking tot de aanvraag tot terugbetaling van nieuwe farmaceutische specialiteiten aan de aanvragers moeten worden genotificeerd binnen een termijn van 180 dagen te rekenen vanaf de datum van ontvangst van de aanvraag (dag "0"), zonder rekening te houden met eventuele schorsingen van de procedures.

De Minister neemt deze beslissing op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, die ertoe gehouden is dit voorstel te formuleren binnen de 150 dagen na de aanvraag.

De Minister kan niet afwijken van dit voorstel van de Commissie, tenzij omwille van budgettaire of sociale redenen, en kan deze beslissing alleen nemen indien de Commissie geen enkel voorstel formuleert binnen de 150 voorziene dagen (het bedrijf kan een schorsing van de procedure vragen in twee verschillende fasen : de evaluatie en het voorstel).

De voorstellen van de Commissie (zowel positief als negatief) worden aanvaard met een tweederde meerderheid van stemmen – zonder rekening te houden met de onthoudingen tijdens de stemming. Met andere woorden, indien men onder de stemgerechtigde leden die zich NIET onthouden tijdens de stemming, geen tweederde meerderheid bereikt, noch voor een voorstel tot inschrijving op de lijst van een (nieuw) geneesmiddel, noch om het NIET in te schrijven, dan gaat men er van uit dat de Commissie GEEN voorstel formuleert.

Tabel 16 geeft de frequentie weer waarmee, voor de periode 2008-2012, een negatief of positief voorstel werd geformuleerd door de Commissie, voor de verschillende aanvraagtypes, en de mate waarin men geen tweederde meerderheid van stemmen bereikte om een dergelijk voorstel te formuleren. De bijlagen bij dit rapport bevatten gedetailleerde gegevens voor de verschillende jaren.

Men merkt duidelijk dat voor de dossiers die als « moeilijk » of « duur » worden beschouwd, de geneesmiddelen van klasse 1 en de weesgeneesmiddelen, het bereiken van een tweederde meerderheid van de stemmen voor het formuleren van een voorstel grotere problemen met zich meebrengt (respectievelijk voor 36% en 18% geen voorstel), en dat vaker wordt voorgesteld om deze geneesmiddelen niet terug te betalen (respectievelijk 27% en 20%).

Tabel 16: aantal unieke aanvragen voor inschrijving op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten versus voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (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

Tabel 17 geeft voor de periode 2008-2012 de mate waarin een positief of negatief voorstel geformuleerd door de Commissie, voor de verschillende types aanvragen, worden gevolgd door de Minister. Voor de dossiers waarvoor de Commissie geen enkel voorstel heeft geformuleerd, onderzoekt men in welke mate de Minister een positieve of negatieve beslissing heeft genomen. De bijlagen bij dit rapport bevatten eveneens de gedetailleerde gegevens voor de verschillende jaren.

Tabel 17: beslissingen van de Minister met betrekking tot het voorstel van de CTG (unieke dossiers 2008 - 2012)

2008 – 2012											
	positive decision Min		negative decision Min		no decision Min (pos)		no data (in procedure, suspended,...)		withdrawn (company)		total
CTG CRM proposal	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#
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

Uit deze tabel blijkt dat de Minister zich, in de meeste gevallen, aansluit bij de voorstellen van de Commissie.

Wanneer de Commissie geen enkel voorstel formuleert, neemt de Minister, in iets meer dan 50% van de gevallen, een positieve beslissing.

BIJLAGE 1

WERKING VAN DE CTG

Overzicht van de resultaten van de procedures (KB 21 12 2001)
voor de aanvragen tot wijziging van de lijst met vergoedbare
farmaceutische specialiteiten 2010-2012

VOORSTELLEN VAN DE CTG in functie van het TYPE AANVRAAG

Tabel 18: aantal unieke aanvragen voor inschrijving in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten versus voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (2010)

2010							
	positive		negative		no proposition		total
	number	%	number	%	number	%	number
class 1	6	55 %	4	36 %	1	9 %	11
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

Tabel 19: aantal unieke aanvragen voor inschrijving in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten versus voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (2011)

2011							
	positive		negative		no proposition		total
	number	%	number	%	number	%	number
class 1	4	21 %	7	37 %	8	42 %	19
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

Tabel 20: aantal unieke aanvragen voor inschrijving in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten versus voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (2012)

2012							
	positive		negative		no proposition		total
	number	%	number	%	number	%	number
class 1	1	9 %	4	36 %	6	55 %	11
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

BESLISSING VAN DE MINISTER in functie van HET VOORSTEL VAN DE CTG

Tabel 21: beslissingen van de Minister in functie van het voorstel van de CTG (unieke dossiers 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

Tabel 22: beslissingen van de Minister in functie van het voorstel van de CTG (unieke dossiers 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

Tabel 23 : beslissingen van de Minister in functie van het voorstel van de CTG (unieke dossiers 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

BIJLAGE 2

OVERZICHT BESPARINGSMAATREGELEN 2011 - 2012

2011

Besparingsmaatregelen
Verdieping van het referentierugbetalingssysteem: Het referentierugbetalingssysteem ondergaat een uitdieping: - tot -31% bij de initiële clusteropening (in plaats van -30%) - tot -6% 2 jaar na de initiële clusteropening (in plaats van -4%) - tot -5,5% 4 jaar na de initiële clusteropening (in plaats van -3,5%) (Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 april 2011)
Verdieping van de maatregel “oude geneesmiddelen”: De prijsdaling voor “oude geneesmiddelen” ondergaat een uitdieping: - tot -17% na 12 jaar (in plaats van -15%) - tot -19% na 15 jaar (in plaats van -17%) (Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 april 2011)

2012

Besparingsmaatregelen
Verplichte aflevering van de “goedkoopste” geneesmiddelen bij voorschrijven op stofnaam (Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 april 2012)
Verplichte aflevering van de “goedkoopste” geneesmiddelen van bepaalde geneesmiddelenklassen (moleculen waarvan het patent vervallen is) – automatisch voorschrijven op stofnaam van antimycotica en antibiotica voor acute behandelingen (Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 mei 2012)
Recuperatie in de ambulante sector van de kortingen op de geneesmiddelen voorgeschreven op stofnaam (politiek van de generieken) (Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 juli 2012)
Bepaling van een uniforme vergoedingsbasis voor de PPI's. Bovendien wordt er per verpakking voor elke molecule binnen de klasse van de PPI's, een maximum vergoedingsbasis vastgesteld. (Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 juni 2012)

Vermindering van het onterechte volume in hoofdstuk IV via een versterkte controle door verzekeringsinstellingen

(Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 januari 2012)

Referentietrugbetalingssysteem:

Vermindering met de helft van de uitzondering voor de verschillende vormen van de moleculen buiten patent:

De uitzonderingen op de toepassing van het referentietrugbetalingssysteem, namelijk de injecteerbare vormen, de galenische vormen met een erkende therapeutische meerwaarde en de isomeren, zouten en esters van de originele specialiteit, worden vervangen door een vermindering met de helft van het verminderingspercentage in het kader van het referentietrugbetalingssysteem.

(Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 april 2012)

Gerichte verdieping van het referentietrugbetalingssysteem: Categorie A

Het referentietrugbetalingssysteem voor de geneesmiddelen met een verzekeringstegemoetkoming van 100% (categorie A) ondergaat een uitdieping (tot -41% bij de initiële clusteropening in plaats van -31% en met bijkomend -7% in plaats van -5,5% 4 jaar na de initiële clusteropening).

Omwille van het vitale karakter voor de patiënt, worden de geneesmiddelen vergoed in categorie A, vrijgesteld van het aandeel van de patiënt.

Hun opname in het referentietrugbetalingssysteem zorgt voor geen enkele concurrentie qua prijzen.

Deze maatregel zorgt ervoor dat de dynamiek van de prijsverlagingen gestimuleerd worden in de post-patent sector.

(Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 april 2012)

Moduleerbare prijsdaling met 1,95%:

De prijs en vergoedingsbasis van alle op 01.01.2012 vergoedbare farmaceutische specialiteiten wordt op 1 april 2012 verminderd met 1,95%. De bedrijven krijgen echter de kans deze daling aan te passen en de prijs en vergoedingsbasis van bepaalde producten significanter te laten dalen opdat sommige andere specialiteiten van de verlaging zouden zijn vrijgesteld.

Om een eventueel pervers effect voor de aan concurrentie onderhevige moleculen te vermijden, worden de verminderingen tot een maximumpercentage beperkt.

(Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 april 2012)

Indexering van de remgeldplafonds

(Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 januari 2012)

Besparingsmaatregel geneesmiddelen op het budget van de ziekenhuizen – recuperatie van een deel van de kortingen die de farmaceutische bedrijven aan de ziekenhuizen bieden:

De compensatie van de kortingen die de farmaceutische bedrijven aan de ziekenhuizen bieden en de medische hulpmiddelen door de ziekteverzekering, wordt uitgevoerd via het jaarlijks recupereren van 15 miljoen euro vanaf de enveloppe 2012/2013 van de geforfaitariseerde geneesmiddelen in ziekenhuizen.

(Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 juli 2012)

Globaal zuurstoftherapiebeleid:

Verschillende bepalingen leiden tot een daling van de kosten voor zuurstof: de beperking van de vergoedbare indicaties, de verbetering van de controle op het respecteren van het voorschrijven, de vermindering van het ziekenhuisforfait en van het honorarium van de open officina apotheker.

(Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 juli 2012)

Opname van de erythropoëties in het geneesmiddelen ziekenhuisforfait en het dialyseforfait:

Verschillende geneesmiddelenklassen die van rechtswege buiten het forfait vallen, worden geschrapt op deze lijst van geneesmiddelen die van rechtswege buiten het forfait vallen, om de werkgroep “forfaitarisering van geneesmiddelen in het ziekenhuis” (werkgroep in de schoot van de CTG) de mogelijkheid te bieden deze geneesmiddelen op te nemen in het ziekenhuisforfait.

Deze opname in het ziekenhuisforfait wordt vergezeld van een aanpassing van het forfaitbedrag. Het bijkomende bedrag dat de opname van de erythropoëties in het forfait vertegenwoordigt, wordt berekend rekening houdend met de op de Belgische markt beschikbare biosimilars en wordt geraamd op 6,372 miljoen euro (75% van 8,496 miljoen euro).

De lijst met de geneesmiddelen die niet in het forfait opgenomen zijn, wordt in maart 2012 aangepast (via een ministerieel besluit na beslissing van de Minister) zodat het bedrag van het forfait op 1 juli 2012 aangepast wordt.

De geneesmiddelen opgenomen op de lijst van de kosten verbonden aan een dialyse die door de ziekteverzekering vergoed worden, worden duidelijker gedefinieerd.

De opname van de erythropoëties in het dialyseforfait, wordt vergezeld van een aanpassing van het bedrag van het dialyseforfait.

Het bijkomende bedrag dat de opname van de erythropoëties in het dialyseforfait vertegenwoordigt, wordt berekend rekening houdend met de op de Belgische markt beschikbare biosimilars.

(Deze maatregel is van toepassing vanaf 1 juli 2012)

BIJLAGE 3

ONCOLYTICA

Overzicht van de wijzigingen aan de lijst van de vergoedbare
farmaceutische specialiteiten (bijlage KB 21 12 2001)
[nieuwe inschrijvingen en wijzigingen van de vergoedingsmodaliteiten
(nieuwe vergoedbare indicaties)]

METHOTREXATE SANDOZ 100 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 injectieflacon 1 x 5 ml 1 injectieflacon 1 x 10 ml 1 injectieflacon 1 x 50 ml → aanvraag terugbetaling klasse 3	Behandeling van verschillende maligne aandoeningen zoals acute lymfatische leukemie (ALL), borstkanker en osteosarcoom	01-10-2012
SPRYCEL filmomhulde tabletten 60 x 20 mg filmomhulde tabletten 60 x 50 mg filmomhulde tabletten 60 x 70 mg filmomhulde tabletten 30 x 100 mg → wijziging van de vergoedings- modaliteiten	Behandeling van chronische myeloïde leukemie met aanwezigheid van het Philadelphia chromosoom (aanwezigheid van het Bcr/Abl of Breakpoint cluster region/Abelson gen) aangetoond door middel van cytogenetische analyse en/of door middel van PCR (polymerase chain reaction) in geval van resistentie aan een voorafgaandelijke behandeling met inbegrip van een andere tyrosinekinaseinhibitor of in geval van intolerantie die, volgens het klinische oordeel van de geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepsbekwaamheid in de hematologie, het stopzetten van een behandeling met deze andere tyrosinekinaseinhibitor wettigt, bij een rechthebbende van 18 jaar of ouder en bij wie de chronische myeloïde leukemie zich in chronische fase, bevindt. De behandeling van chronische myeloïde leukemie met aanwezigheid van het Philadelphia chromosoom (aanwezigheid van het Bcr/Abl of Breakpoint cluster region/Abelson gen) aangetoond door middel van cytogenetische analyse en/of door middel van PCR (polymerase chain reaction) in geval van resistentie aan een voorafgaandelijke behandeling met inbegrip van een andere tyrosinekinaseinhibitor of in geval van intolerantie die, volgens het klinische oordeel van de geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepsbekwaamheid in de hematologie, het stopzetten van een behandeling met deze andere tyrosinekinaseinhibitor wettigt, bij een rechthebbende van 18 jaar of ouder en bij wie de chronische myeloïde leukemie zich in geaccelereerde fase of blastencrisis bevindt. De behandeling van een acute lymphoblasten leukemie met aanwezigheid van het Philadelphia chromosoom (aangetoond door cytogenetische analyse en/of PCR [polymerase chain reaction]) in geval van resistentie aan een voorafgaandelijke behandeling of in geval van intolerantie, die volgens het klinisch oordeel van de specialist het stopzetten van een voorafgaandelijke behandeling wettigt, bij een rechthebbende van 18 jaar of ouder.	01-10-2012

BIJLAGE 4

OVERZICHT VAN DE FIGUREN

FIGUUR 1: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKSE RIZIV UITGAVEN VOOR VERGOEDBARE FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN (OPEN OFFICINA EN ZIEKENHUIZEN)(2005 – 2012)	5
FIGUUR 2: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKSE RIZIV UITGAVEN IN OPEN OFFICINA VERSUS AANTAL BEHANDELDE (UNIEKE) PATIËNTEN (2009 – 2012)	9
FIGUUR 3: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKSE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE A02B GENEESMIDDELEN VOOR MAAGZUUR- EN OESOFAGEALE REFLUXZIEKTE	11
FIGUUR 4: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE A02B GENEESMIDDELEN VOOR MAAGZUUR EN OESOFAGEALE REFLUXZIEKTE	11
FIGUUR 5: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE A02B GENEESMIDDELEN VOOR MAAGZUUR- EN OESOFAGEALE REFLUX-ZIEKTE.....	12
FIGUUR 6: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE A02B GENEESMIDDELEN VOOR MAAGZUUR EN OESOFAGEALE REFLUXZIEKTE	13
FIGUUR 7: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKSE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE A02B GENEESMIDDELEN VOOR MAAGZUUR EN OESOFAGEALE REFLUXZIEKTE	14
FIGUUR 8: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKSE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE A10 ANTIDIABETISCHE MIDDELEN.....	15
FIGUUR 9: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKSE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE A10 ANTIDIABETISCHE MIDDELEN.....	15
FIGUUR 10: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKSE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE A10A INSULINES EN ANALOGEN	16
FIGUUR 11: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE A10A INSULINES EN ANALOGEN	16
FIGUUR 12: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE A10A INSULINES EN ANALOGEN	17
FIGUUR 13: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE A10A INSULINES EN ANALOGEN.....	18
FIGUUR 14: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKSE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE A10A INSULINES EN ANALOGEN	18
FIGUUR 15: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKSE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE A10B BLOED GLUCOSE VERMINDERENDE GENEESMIDDELEN, MET UITZONDERING VAN INSULINES	19
FIGUUR 16: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE A10B BLOED GLUCOSE VERMINDERENDE GENEESMIDDELEN, MET UITZONDERING VAN INSULINES	19
FIGUUR 17: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE A10B BLOED GLUCOSE VERMINDERENDE GENEESMIDDELEN, MET UITZONDERING VAN INSULINES	21
FIGUUR 18: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE A10B BLOED GLUCOSE VERMINDERENDE GENEESMIDDELEN, MET UITZONDERING VAN INSULINES EN METFORMINE	21
FIGUUR 19: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE A10B BLOED GLUCOSE VERMINDERENDE GENEESMIDDELEN, MET UITZONDERING VAN INSULINES.....	22
FIGUUR 20: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKSE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE A10B BLOED GLUCOSE VERMINDERENDE GENEESMIDDELEN, MET UITZONDERING VAN INSULINES.....	22
FIGUUR 21: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKSE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE B01A ANTITHROMBOTICA.....	23
FIGUUR 22: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE B01A ANTITHROMBOTICA.....	23
FIGUUR 23: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE B01A ANTITHROMBOTICA.....	24

FIGUUR 24: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE B01A ANTITHROMBOTICA.....	24
FIGUUR 25: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE B01A ANTITHROMBOTICA.....	26
FIGUUR 26: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09 MIDDELEN AANGRIJPEND OP HET RENINE-ANGIOTENSINESYSTEEM	27
FIGUUR 27: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE C09 MIDDELEN AANGRIJPEND OP HET RENINE-ANGIOTENSINESYSTEEM	27
FIGUUR 28: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09A ACE INHIBITOREN	28
FIGUUR 29: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09A ACE INHIBITOREN	28
FIGUUR 30: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09A ACE INHIBITOREN	29
FIGUUR 31: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09A ACE INHIBITOREN	30
FIGUUR 32: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE C09A ACE INHIBITOREN	30
FIGUUR 33: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09B ACE INHIBITOREN, COMBINATIEPREPARATEN.....	31
FIGUUR 34: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09B ACE INHIBITOREN, COMBINATIEPREPARATEN.....	31
FIGUUR 35: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09B ACE INHIBITOREN, COMBINATIEPREPARATEN.....	32
FIGUUR 36: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09B ACE INHIBITOREN, COMBINATIEPREPARATEN.....	33
FIGUUR 37: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE C09B ACE INHIBITOREN, COMBINATIEPREPARATEN.....	33
FIGUUR 38: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09A EN C09B ACE INHIBITOREN EN COMBINATIEPREPARATEN	34
FIGUUR 39: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09A EN C09B ACE INHIBITOREN	35
FIGUUR 40: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE C09A EN C09B ACE INHIBITOREN.....	35
FIGUUR 41: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09C SARTANEN	36
FIGUUR 42: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09D SARTANEN – COMBINATIEPREPARATEN.....	36
FIGUUR 43: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09C SARTANEN	36
FIGUUR 44: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09C SARTANEN	37
FIGUUR 45: EVOLUTIE HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09C SARTANEN ...	38
FIGUUR 46: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE C09C SARTANEN	38
FIGUUR 47: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09D SARTANEN – COMBINATIEPREPARATEN.....	39
FIGUUR 48: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09D SARTANEN - COMBINATIEPREPARATEN	40
FIGUUR 49: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09D SARTANEN - COMBINATIEPREPARATEN	41
FIGUUR 50: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE C09D SARTANEN - COMBINATIEPREPARATEN	41

FIGUUR 51: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE C09C EN C09 ANGIOTENSINE II ANTAGONISTEN	42
FIGUUR 52: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE C09C EN C09 ANGIOTENSINE II ANTAGONISTEN.....	42
FIGUUR 53: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE C10A LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN	43
FIGUUR 54: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C10A LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN	43
FIGUUR 55: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C10A LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN	44
FIGUUR 56: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C10A LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN	45
FIGUUR 57: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE C10A LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN.....	45
FIGUUR 58: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE C10B LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN, COMBINATIEPREPARATEN	46
FIGUUR 59: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE C10B LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN, COMBINATIEPREPARATEN	46
FIGUUR 60: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C10B LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN, COMBINATIEPREPARATEN	47
FIGUUR 61: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE C10B LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN, COMBINATIEPREPARATEN	47
FIGUUR 62: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE C10B LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN, COMBINATIEPREPARATEN	48
FIGUUR 63: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE C10 LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN	49
FIGUUR 64: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE C10 LIPIDENVERLAGENDE MIDDELEN	49
FIGUUR 65: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE J05A DIRECT WERKENDE ANTIVIRALE MIDDELEN.....	50
FIGUUR 66: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ANTIVIRALE MIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN HERPES.....	50
FIGUUR 67: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ANTIVIRALE MIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN HERPES	51
FIGUUR 68: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ANTIVIRALE MIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN HERPES.....	51
FIGUUR 69: EVOLUTIE HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ANTIVIRALE MIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN HERPES	52
FIGUUR 70: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ANTIVIRALE MIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN HERPES	52
FIGUUR 71: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR DE ANTIVIRALE MIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN HIV	53
FIGUUR 72: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ANTIVIRALE MIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN HIV	53
FIGUUR 73: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ANTIVIRALE MIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN HIV	54
FIGUUR 74: EVOLUTIE HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ANTIVIRALE MIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN HIV.....	54
FIGUUR 76: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE L04A IMMUNOSUPPRESSIVA	56
FIGUUR 77: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE L04A IMMUNOSUPPRESSIVA	56

FIGUUR 78: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE L04A IMMUNOSUPPRESSIVA	57
FIGUUR 79: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE L04A IMMUNOSUPPRESSIVA	58
FIGUUR 80: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE L04A IMMUNOSUPPRESSIVA.....	59
FIGUUR 81: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE M05B GENEESMIDDELEN INWERKEND OP DE BOTSTRUCTUUR EN DE MINERALISATIE	60
FIGUUR 82: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE M05B GENEESMIDDELEN INWERKEND OP DE BOTSTRUCTUUR EN DE MINERALISATIE	60
FIGUUR 83: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE M05B GENEESMIDDELEN INWERKEND OP DE BOTSTRUCTUUR EN DE MINERALISATIE	61
FIGUUR 84: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE M05B GENEESMIDDELEN INWERKEND OP DE BOTSTRUCTUUR EN DE MINERALISATIE	62
FIGUUR 85: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE M05B GENEESMIDDELEN INWERKEND OP DE BOTSTRUCTUUR EN DE MINERALISATIE	62
FIGUUR 86: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE N03A ANTI EPILEPTICA	63
FIGUUR 87: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE N03A ANTI EPILEPTICA	63
FIGUUR 88: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE N03A ANTI EPILEPTICA.....	64
FIGUUR 89: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE N03A ANTI EPILEPTICA.....	65
FIGUUR 90: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE N03A ANTI EPILEPTICA.....	65
FIGUUR 91: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE N06A ANTIDEPRESSIVA.....	66
FIGUUR 92: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE N05A ANTIPSYCHOTICA	66
FIGUUR 93: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE N06A ANTIDEPRESSIVA.....	66
FIGUUR 94: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE N06A ANTIDEPRESSIVA.....	67
FIGUUR 95: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE N06A ANTIDEPRESSIVA.....	68
FIGUUR 96: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE N06A ANTIDEPRESSIVA	69
FIGUUR 97: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE N05A ANTIPSYCHOTICA.....	70
FIGUUR 98: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE N05A ANTIPSYCHOTICA	71
FIGUUR 99: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE N05A ANTIPSYCHOTICA	72
FIGUUR 100: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE N05AX13 PALIPERIDONE	73
FIGUUR 101: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 – 2012) VOOR ATC KLASSE N05A ANTIPSYCHOTICA.....	74
FIGUUR 102: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03A INHALATIE SYMPATICOMIMETICA	75
FIGUUR 103: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03B ANDERE INHALATIE PREPARATEN.....	75

FIGUUR 104: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03A INHALATIE SYMPATICOMIMETICA	77
FIGUUR 105: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03A INHALATIE SYMPATICOMIMETICA	77
FIGUUR 106: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03A INHALATIE SYMPATICOMIMETICA	78
FIGUUR 107: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03A INHALATIE SYMPATICOMIMETICA	78
FIGUUR 108: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03A LANGWERKENDE SYMPATICOMIMETICA	79
FIGUUR 109: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03A LANGWERKENDE SYMPATICOMIMETICA	79
FIGUUR 110: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03A LANGWERKENDE SYMPATICOMIMETICA	80
FIGUUR 111: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03A LANGWERKENDE SYMPATICOMIMETICA	80
FIGUUR 112: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03B ANTICHOLINERGICA	81
FIGUUR 113: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03B ANTICHOLINERGICA	81
FIGUUR 114: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03B ANTICHOLINERGICA	82
FIGUUR 115: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03A ANTICHOLINERGICA	82
FIGUUR 116: EVOLUTIE VAN HET AANTAL BEHANDELDE PATIËNTEN MET LABA (R03AC), LABA + CORTICOÏDEN (R03AK), GLUCOCORTICOÏDEN(R03BA) EN ANTICHOLINERGICA (R03BB) (OPEN OFFICINA 2009 - 2012)	83
FIGUUR 117: EVOLUTIE VAN DE UITGAVEN VOOR LABA (R03AC), LABA + CORTICOÏDEN (R03AK), GLUCOCORTICOÏDEN(R03BA) EN ANTICHOLINERGICA (R03BB) (OPEN OFFICINA 2003 - 2012)	84
FIGUUR 118: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 - 2012) VOOR ATC KLASSE R03A EN R03B GENEESMIDDELEN GEBRUIKT BIJ DE BEHANDELING VAN ASTMA EN COPD	84
FIGUUR 119: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE H01C HYPOTHALAMUS HORMONEN	85
FIGUUR 120: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE H01C HYPOTHALAMUS HORMONEN	85
FIGUUR 121: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE H01C HYPOTHALAMUS HORMONEN	86
FIGUUR 122: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE H01C HYPOTHALAMUS HORMONEN	87
FIGUUR 123: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 - 2012) VOOR ATC KLASSE H01C HYPOTHALAMUS HORMONEN	87
FIGUUR 124: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA 2003 - 2012) VOOR ATC KLASSE H03A SCHILDKLIJERHORMONEN	89
FIGUUR 125: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE H03A SCHILDKLIJERHORMONEN	89
FIGUUR 126: EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE H03A SCHILDKLIJERHORMONEN	90
FIGUUR 127: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE H03A SCHILDKLIJERHORMONEN	91
FIGUUR 128: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL PATIËNTEN (OPEN OFFICINA 2009 - 2012) VOOR ATC KLASSE H03A SCHILDKLIJERHORMONEN	91
FIGUUR 129: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER PATIËNT PER MAAND (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE H03A SCHILDKLIJERHORMONEN	93

FIGUUR 130: EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD PER LEEFTIJDGROEP PER JAAR (OPEN OFFICINA 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE H03AA01 - ELTHYRONE	93
FIGUUR 131: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (ZIEKENHUIZEN 2005 - 2012)	97
FIGUUR 132: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER JAAR (ZIEKENHUIZEN – ALLE PATIËNTEN 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE B03X OVERIGE MIDDELEN BIJ ANEMIE	101
FIGUUR 133: EVOLUTIE VAN HET VERBRUIK IN DDD PER JAAR (ZIEKENHUIZEN – ALLE PATIËNTEN 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE B03X OVERIGE MIDDELEN BIJ ANEMIE	101
FIGUUR 134: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER JAAR (ZIEKENHUIZEN – AMBULANTE PATIËNTEN 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE B03X OVERIGE MIDDELEN BIJ ANEMIE	103
FIGUUR 135: EVOLUTIE VAN DE NETTO RIZIV UITGAVEN PER JAAR (ZIEKENHUIZEN – GEHOSPITALISEERDE PATIËNTEN 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE B03X OVERIGE MIDDELEN BIJ ANEMIE	103
FIGUUR 136: EVOLUTIE VAN HET VERBRUIK IN DDD PER JAAR (ZIEKENHUIZEN – AMBULANTE PATIËNTEN 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE B03X OVERIGE MIDDELEN BIJ ANEMIE	104
FIGUUR 137: EVOLUTIE VAN HET VERBRUIK IN DDD PER JAAR (ZIEKENHUIZEN – GEHOSPITALISEERDE PATIËNTEN 2008 - 2012) VOOR ATC KLASSE B03X OVERIGE MIDDELEN BIJ ANEMIE	104
FIGUUR 138: EVOLUTIE VAN DE JAARLIJKE UITGAVEN VOOR ONCOLYTICA IN ZIEKENHUIZEN (AMBULANTE PATIËNTEN 2008 - 2012) - IN MIO EURO	106
FIGUUR 139: EVOLUTIE VAN DE JAARLIJKE UITGAVEN VOOR ONCOLYTICA IN ZIEKENHUIZEN (GEHOSPITALISEERDE PATIËNTEN 2008 - 2012) - IN MIO EURO	108
FIGUUR 140: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA EN ZIEKENHUIZEN 2005 -2011) VOOR WEESGENEESMIDDELEN	109
FIGUUR 141: AANDEEL VAN DE WEESGENEESMIDDELEN IN DE TOTALE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA EN ZIEKENHUIZEN 2005 -2011)	110
FIGUUR 142: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (OPEN OFFICINA EN ZIEKENHUIZEN 2006 - 2011) VOOR ATC KLASSE N04 PARKINSONMIDDELEN	111
FIGUUR 143: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN VOOR PAH – ZELDZAME ZIEKTE (ZIEKENHUIZEN 2005 - 2011)	112
FIGUUR 144: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN VOOR WEESGENEESMIDDELEN VOOR STOFWISSELINGSZIEKTEN (ZIEKENHUIZEN 2005 - 2011)	113

OVERZICHT VAN DE TABELLEN

TABEL 1: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN VOOR GENEESMIDDELEN (OPEN OFFICINA EN ZIEKENHUIZEN) (2005 – 2012)	5
TABEL 2: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN VOOR GENEESMIDDELEN (OPEN OFFICINA 2005 – 2012)	7
TABEL 3: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN VOOR GENEESMIDDELEN - TOP 80% (OPEN OFFICINA)	7
TABEL 4: EVOLUTIE VAN HET AANTAL (UNIEKE) BEHANDELDE PATIËNTEN IN OPEN OFFICINA (IN 000) PER ACT3-KLASSE	9
TABEL 5 : VERGOEDBARE INDICATIES (PLUS PARAGRAAF EN DATUM VAN IN WERKING TREDEN) VAN DE VERSCHILLENDE TNF- REMMERS (L04AB + STELARA), VERGOEDBAAR IN OPEN OFFICINA	59
TABEL 6 : EVOLUTIE VAN HET AANTAL DDD VOOR ATC N05AX13	73
TABEL 7: AANTAL PATIËNTEN BEHANDELD MET SYMPATICOMIMETICA (R03A), ANTICHOLINERGICA EN INHALATIECORTICOSTEROÏDEN (R03B) (OPEN OFFICINA 2008 – 2012)	83
TABEL 8 : EVOLUTIE VAN HET AANTAL PATIËNTEN BEHANDELD MET SCHILDKLIJERHORMOON (ATC H03A) (OPEN OFFICINA 2007 – 2012)	92
TABEL 9: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN VOOR GENEESMIDDELEN (ZIEKENHUIZEN 2005 – 2012)	94
TABEL 10: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN VOOR GENEESMIDDELEN - TOP 80% (ZIEKENHUIZEN)	94
TABEL 11: AANDEEL UITGAVEN VOOR AMBULANTE PATIËNTEN TEN OPZICHTE VAN DE TOTALE UITGAVEN VOOR FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN IN ZIEKENHUISMILIEU (ZIEKENHUIZEN 2005 - 2012)	98

TABEL 12: VASTGELEGDE BEDRAGEN NATIONAAL BUDGET VOOR FORFAIT PER OPNAME VOOR DE PERIODE JULI 2006 TOT EN MET JUNI 2013 (BRON, PERMANENTE AUDIT, MEI 2013).....	98
TABEL 13: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (ZIEKENHUIZEN 2005 - 2012) (IN MIO EURO) - UITSPLITSING UITGAVEN ZIEKENHUIZEN	99
TABEL 14: EVOLUTIE VAN DE NETTO JAARLIJKE RIZIV UITGAVEN (ZIEKENHUIZEN 2007 - 2012) ¹ (IN MIO EURO) - UITSPLITSING UITGAVEN ZIEKENHUIZEN	100
TABEL 15: EVOLUTIE VAN DE UITGAVEN VOOR ONCOLYTICA IN ZIEKENHUIZEN	106
TABEL 16: AANTAL UNIEKE AANVRAGEN VOOR INSCHRIJVING OP DE LIJST VAN DE VERGOEDBARE FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN VERSUS VOORSTEL VAN DE COMMISSIE TEGEMOETKOMING GENEESMIDDELEN (2008 - 2012)	118
TABEL 17: BESLISSINGEN VAN DE MINISTER MET BETREKKING TOT HET VOORSTEL VAN DE CTG (UNIEKE DOSSIERS 2008 - 2012)	119
TABEL 18: AANTAL UNIEKE AANVRAGEN VOOR INSCHRIJVING IN DE LIJST VAN DE VERGOEDBARE FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN VERSUS VOORSTEL VAN DE COMMISSIE TEGEMOETKOMING GENEESMIDDELEN (2010)	121
TABEL 19: AANTAL UNIEKE AANVRAGEN VOOR INSCHRIJVING IN DE LIJST VAN DE VERGOEDBARE FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN VERSUS VOORSTEL VAN DE COMMISSIE TEGEMOETKOMING GENEESMIDDELEN (2011)	121
TABEL 20: AANTAL UNIEKE AANVRAGEN VOOR INSCHRIJVING IN DE LIJST VAN DE VERGOEDBARE FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN VERSUS VOORSTEL VAN DE COMMISSIE TEGEMOETKOMING GENEESMIDDELEN (2012)	121
TABEL 21: BESLISSINGEN VAN DE MINISTER IN FUNCTIE VAN HET VOORSTEL VAN DE CTG (UNIEKE DOSSIERS 2010)	122
TABEL 22: BESLISSINGEN VAN DE MINISTER IN FUNCTIE VAN HET VOORSTEL VAN DE CTG (UNIEKE DOSSIERS 2011)	123
TABEL 23 : BESLISSINGEN VAN DE MINISTER IN FUNCTIE VAN HET VOORSTEL VAN DE CTG (UNIEKE DOSSIERS 2012)	124