

Prescription économique des médecins.

1/6/2005

1. Texte du Conseil des Ministres du 26/11/2004 :

Mesure : Dans le cadre de l'évaluation intermédiaire de la rupture de tendance par la Médicomut, il est apparu que les objectifs à atteindre pour les médecins manquaient de précision et qu'il fallait stimuler la prise d'engagements plus concrets. D'autre part, dans le cadre du budget 2005 j'ai demandé fin septembre à la Médico-mut d'élaborer pour le 30 juin 2005 au plus tard des propositions d'obligations de résultat par rapport à des objectifs de qualité à atteindre individuellement. Dans le cadre de cette demande, il est donc demandé à la Médico-mut d'élaborer pour la même date un mécanisme qui précise les objectifs au niveau individuel et qui clarifie les conséquences en cas de non-respect des objectifs fixés. Une proposition concrète donnant une économie dans le secteur des médicaments via une prescription des alternatives moins chères devra impérativement être formulée pour la même date. A défaut, cette incitation sera prévue via le mécanisme de l'accréditation.

Objectif financier :

2005 : 20,25 millions d'€.

2. Proposition du Ministre DEMOTTE (à défaut de proposition de la CNMM répondant aux objectifs) :

2.1. Objectif :

Il est demandé aux médecins de remplacer une partie des prescriptions de molécules chères par des molécules et des spécialités moins chères qui existent pour les mêmes classes et qui sont interchangeables pour la plupart des patients.

En 2004, sur le total des DDD prescrites par l'ensemble des médecins en Belgique, **20% des DDD sont des génériques ou des originaux hors brevet bon marché**, c'est-à-dire qui ont baissé leur prix au niveau de la base de remboursement du remboursement de référence.

La part des génériques est d'environ 12% des DDD et celles des originaux bon marché de 8%.

Comparaison internationale :

La Belgique a une attitude particulière par rapport aux médicaments moins chers. Dans de nombreux pays d'Europe (dont nos voisins du Nord), c'est le générique seul qui est poussé. En Belgique, le gouvernement a choisi d'encourager tant les génériques que les originaux bon marché. De cette manière l'industrie de la recherche n'est aucunement pénalisée.

La prescription du générique le moins cher reste néanmoins un plus, puisqu'elle permet de dégager des marges budgétaires pour des nouveaux médicaments innovants et coûte moins cher au patient.

On peut considérer que c'est donc la part de 20% de moins chers qui est à comparer aux parts de marché des génériques chez nos voisins les plus performants à ce niveau ; la Hollande et l'Allemagne sont aux alentours de 40%, le Royaume Uni atteint les 75% de part de volume en générique.

Par rapport à nos voisins, un taux de 27% semble des plus réalistes.

Comment atteindre 27% au global, selon quels critères ?

Pour passer de 20 à 27% de moins chers, il faut que la prescription des moins chers augmente d'un tiers (soit de 33%).

Par prescription de spécialités « moins chères », il faut entendre :

- les originaux dans le remboursement de référence qui ont diminué leur prix jusqu'à la base de remboursement ;
- les génériques et copies (« G » et « C » dans les listes Inami) ;
- toute prescription en DCI (que ce soit une prescription d'une molécule sous ou hors brevet)¹.

La prescription de moins chers par spécialité n'est pas uniforme. D'une part, pour certaines spécialités il existe peu de produits génériques (pneumologie, gynécologie, ...).

Pour tenir compte de ces différences et afin de fixer des objectifs raisonnables, il va être demandé à **chaque spécialité d'augmenter son propre taux de 33%**.

D'autre part, la prescription de moins chers est plus ou moins dans la mentalité de certaines spécialités. Il n'est pas logique de demander un effort moins grand aux spécialités les moins sensibles au facteur économique. Une spécialité qui prescrit peu de moins chers aujourd'hui devra donc ratraper partiellement son retard.

Un minimum de 20% pour toutes les spécialités sera donc demandé.

La répartition entre médecins d'une même spécialité est également très variable. Dans une même spécialité, il y a des médecins qui prescrivent moins de 5% de moins chers et des médecins qui prescrivent plus de 80% de moins chers.

Pour obtenir l'augmentation globale, un effort sera demandé aux seuls médecins qui prescrivent trop peu de moins chers par rapport à la moyenne de leur spécialité.

Pour chaque spécialité, on demandera donc aux médecins² :

- qui sont au-dessus de la moyenne augmentée de 33%, de maintenir leur taux (à 5% près) ;
- **qui sont en-dessous de la moyenne augmentée de 33%, d'atteindre la moyenne augmentée de 33%.**

¹ Si l'original est encore sous brevet, la spécialité délivrée sera le médicament sous brevet et donc ne sera pas un médicament moins cher. Néanmoins, le Ministre souhaite encourager la prescription sous le nom scientifique, car à terme (lorsque la molécule n'est plus sous brevet) elle entraîne la délivrance d'un médicament moins cher (original ayant baissé son prix ou générique) et est une prescription sur base purement scientifique.

² Pour le cas particulier des spécialités où le taux moyen augmenté de 33% est inférieur à 20%, tous les médecins devront atteindre 20% ou, si il est supérieur, leur taux de 2004 à 5% près.

Quelques exemples (accrédités) :

	Taux moyen de prescription de moins chers	
	Actuel	Augmenté de 33% (= objectif pour ceux qui en dessous)
- cardiologue	21%	28%
- généraliste	21%	28%
- dermatologue	19%	26%
- ophtalmologue	12%	20%
- pneumologue	7,5%	20%
- gynécologue	6%	20%

Il s'agit donc de % globaux de prescription de moins chers qui partent de la situation existante au niveau :

- de la disponibilité des produits moins chers,
- de la pratique actuelle des médecins de chaque spécialité.

On demande aux médecins qui prescrivent peu de « rattraper » la moyenne des médecins de leur spécialité.

Il n'y a pas de nouveau débat scientifique à mener puisque ce sont les médecins eux-même qui ont fixé le taux actuel en fonction des critères qu'ils ont jugé corrects.

On ne demande pas aux médecins de prescrire des génériques mais des moins chers, dont la moitié sont des originaux (et peut devenir 2/3 si les firmes décident de baisser les prix).

2.2. Lien avec l'accréditation :

Le respect de l'objectif individuel qui lui est fixé sera une des conditions de recevabilité pour le renouvellement de l'accréditation ou de l'obtention d'une première accréditation (à l'exception de la 1^{ère} année de pratique où la condition sera considérée comme remplie).

Information des médecins :

Les médecins devront recevoir dans le courant du mois de juillet leur niveau de prescription de moins chers en 2004 et leur objectif individuel pour la période juillet-décembre 2005.

Une information sur leur prescription depuis juillet 2005 devrait idéalement être disponible vers octobre 2005 pour indiquer aux médecins si ils vont dans la bonne direction.

Par la suite, tous les 6 mois, chaque médecin recevra son profil individuel en matière de prescription de moins chers.

La collaboration de l'IMA semble indispensable au niveau de l'information.

La fourniture d'un outil technique performant identifiant facilement les médicaments entrant en ligne de compte comme moins chers pourra être prévue.