

L'Observatoire du LIR : comprendre d'où vient la croissance du marché du médicament *Synthèse*

1. Principaux éléments d'analyse

Dans les dépenses d'assurance-maladie, le médicament tient une place à part : il est invariablement montré du doigt quand ces dépenses dérapent, même si, comme en 2007, il a progressé plutôt moins vite (+ 4,6%) que la moyenne des autres postes de soins (+ 5,5%) et avait de loin la plus faible progression de tous les postes en 2006 (+ 1,2% contre + 5,1% pour l'ensemble des autres postes, hors arrêts de travail).

Le médicament représente 17% des dépenses totales d'assurance-maladie (médicament hospitalier inclus) et a apporté la majorité des économies directes du plan 2005-2007. Sans même compter ici la taxation spécifique qui prélève des montants très élevés et croissants.

Parallèlement à son coût évident pour les comptes publics, il est tout aussi indiscutablement créateur de richesses :

- implantations industrielles (la France est encore le 1^{er} producteur européen) ;
- fort excédent commercial (à l'inverse du solde très déficitaire de notre balance globale) ;
- dynamisme de la recherche ;
- augmentation régulière des emplois du secteur (jusqu'à présent, car une étude vient de prédire un déclin côté industriel) ;
- ... et - on allait presque l'oublier - contribution majeure à la santé publique !

Depuis 3 ans, le LIR, avec son Observatoire, met en lumière les composantes de la croissance du marché pharmaceutique de ville. En utilisant une méthode fine par classes homogènes de médicaments, il démontre que **80% de la croissance des remboursements de médicaments est associé aux pathologies lourdes et que :**

- 1) La simple augmentation quantitative du nombre de traitements pour les pathologies lourdes et chroniques** [complètement corroborée par les chiffres de l'assurance-maladie sur la hausse continue des patients en affections de longue durée - ALD] **entraîne « mécaniquement », à elle seule, une hausse de 3,5 points du marché.**
- 2) L'augmentation qualitative, résultat du progrès thérapeutique,** contribue également à la hausse du marché remboursable, à hauteur de 2,5 à 3 points par an en moyenne (incluant la substitution générique).

Le rôle majeur de l'augmentation du nombre de traitements est donc bien établi à la fois par cette méthode et par les chiffres sur les ALD.

Ceci posé, il n'en est pas moins évident que **des gisements d'économies existent** : plusieurs exemples récents montrent que des actions fortes et bien menées peuvent produire des résultats remarquables et rapides : antibiotiques, génériques, engagements des médecins sur des classes « cibles » de médicaments (ou dans un autre domaine : économies massives sur les arrêts de travail). Le poste médicaments augmente tendanciellement d'abord à cause des nombreux facteurs objectifs de la demande (tableau infra), parmi lesquels l'innovation qui est spécifique à ce poste. L'enjeu d'une régulation médicalisée efficace est donc que la croissance du marché corresponde à des innovations et des quantités médicalement justifiées.

Les évolutions de l'ensemble de ces dernières années (2000-2007) sur chacun des postes de prescription autres que le médicament et sur les honoraires libres des professionnels montrent aussi qu'il serait illusoire de croire que le médicament est le seul responsable de la dérive des dépenses... Elle est également due à différentes caractéristiques de notre système (rémunération à l'acte, faible responsabilisation financière des patients), le tout dans le contexte d'une forte demande de santé, soutenue par des facteurs puissants et durables (tableau).

Contribution des principaux facteurs de la demande de santé

| Facteurs de la demande de santé | Période passée | Période actuelle et à venir |
|---|----------------|---|
| Progrès médical, pharmaceutique et technique (l'innovation) | +++ | +++ |
| Accroissement + vieillissement de la population | ++ | ++ |
| Augmentation de nombreuses pathologies (incidence + dépistage + prise en charge médicale) | + | ++ à +++ |
| Comportement de consommation (dont effet génération) | 0 | + |
| Effet revenu | + | + |
| Prise en charge financière par le système (complémentaire, tiers payant, CMU) | ++ | facteur quasi-saturé (et effet négatif si transferts sur ménages) |
| Evolution de l'offre de soins (nombre de médecins, ...) | ++ | faible voire 0 (parcours de soins) |

Source : BIPE

Il en découle aussi qu'un autre enjeu sanitaire majeur (et produisant des économies très importantes à long terme) se situe sur le terrain **des comportements quotidiens** (alimentation, exercice physique, tabac, alcool...). Par exemple, le régime fait partie des conditions pour un traitement médicamenteux contre le cholestérol. Oui, il est difficile de « forcer » à des comportements d'hygiène de vie pourtant co-traitants. Mais il y a des progrès en cours (tabac, accidents de la route,...) et d'autres actions sur les comportements et sur l'environnement sont urgentes et prioritaires (progression de l'obésité et des cancers).

2. Pourquoi la méthode utilisée dans l'Observatoire est-elle plus précise ?

Dans la méthode « globale » qui était utilisée auparavant, le taux de croissance était décomposé ainsi : l'effet « prix », mesurant l'impact de l'évolution des prix sur le marché, l'effet « boîtes » correspondant à l'évolution du nombre total de boîtes et l'effet « structure », égal à la part restante du taux de croissance une fois défalqués les deux autres effets.

L'inconvénient majeur de cette analyse est qu'elle s'applique unilatéralement au marché global et **suppose donc implicitement que tous les médicaments du marché sont substituables entre eux**. L'effet « boîtes » mélange des classes thérapeutiques aussi diverses que les antidiabétiques, les anticancéreux, les antalgiques ou les sédatifs. Et ne tient pas compte des différences de prix de la boîte entre ces classes, qui peuvent être dans un rapport de 1 à 100. Aujourd'hui les limites de l'analyse globale sont d'autant plus nettes que la variabilité inter-classes est devenue très grande en ville (niveau de prix comparé des classes, nombreux médicaments hospitaliers coûteux passés en ville, évolution du nombre de traitements de certaines pathologies, impact très différent de la régulation selon les classes).

Pour remédier à cette mauvaise utilisation des effets boîtes et structure, le LIR, sous la conduite de Pierre Chahwakilian – directeur des études de marché chez GSK et membre du LIR – propose depuis 2005 **une nouvelle méthodologie dans laquelle le marché est divisé en 40 classes homogènes**. Il distingue :

- **un effet dit « qualité de traitement »** correspondant à l'effet structure intra-classe (modification du poids des médicaments au sein d'un même groupe thérapeutique) qui intègre donc l'effet médicaments nouveaux.
- **Un effet dit « quantité de traitements »** intégrant le nombre de traitements contenus dans une boîte et le prix moyen du traitement de chaque thérapeutique. L'effet mesuré correspond alors à l'évolution du nombre de traitements pondéré par le coût de la pathologie.
- **Un effet prix** calculé comme d'habitude (évolution des prix des produits).

Le travail du LIR confirme le rôle majeur de l'augmentation du nombre de pathologies traitées, souvent graves et coûteuses. La mise sous traitement des personnes atteintes de ces pathologies change la structure du marché et explique « quantitativement » une bonne partie de sa croissance. Cela permet de relativiser le véritable effet structure et du même coup cela montre l'exagération des arguments faisant de l'influence de l'industrie sur les médecins le principal facteur explicatif de la croissance des dépenses !

3. Note méthodologique comparée

De nombreux acteurs ont réalisé des analyses de la croissance des dépenses de médicaments, notamment institutionnels (CEPS, CNAMTS, DSS...). La méthode classique qu'ils ont utilisé distingue un effet prix, un effet boîtes et un effet structure sur l'ensemble du marché : nous l'appellerons **la méthode globale**. Depuis 2005 (données 2004), les Laboratoires Internationaux de Recherche (LIR) ont mené ce même type d'analyse, en enrichissant la méthodologie d'un nouvel élément : la prise en compte des différences de prix des traitements entre les différentes pathologies. Nous l'appellerons **la méthode par Classes Homogènes de Médicaments (CHM)**.

Comme nous le verrons par la suite, choisir entre ces deux méthodologies revient à se demander laquelle permet le mieux de mesurer les indicateurs suivants :

- **un effet quantité**, à prix et produits constants, qui rend compte de l'augmentation des besoins de santé et de leur prise en charge.

- **un effet structure**, à prix et quantités constants, qui mesure l'impact du remplacement d'un médicament par un autre : innovation, impact du marketing industriel et des référentiels de bon usage, substitution générique...

Le BIPE a réalisé l'analyse de la croissance des dépenses de médicaments avec les deux méthodes à partir des données de l'assurance maladie, de 2000 à 2006. Les résultats sont les suivants :

Analyse de la croissance des montants présentés au remboursement (données Medicam 2000-2006)

| Moyenne annuelle 2000-2006 | Croissance des montants présentés au remboursement | | | |
|----------------------------|--|----------------|-----------------|-------|
| | Effet Prix | Effet Quantité | Effet Structure | Total |
| Méthode globale | -1.6% | 0.9% | 5.7% | 5.1% |
| Méthode par CHM | -1.6% | 3.0% | 3.6% | 5.1% |

Ces résultats obtenus avec les données Medicam (base de données de remboursement de la Cnamts, produit par produit, accessible en ligne) sont conformes aux résultats mis en avant par l'Observatoire du LIR : l'effet quantité est plus important quand il est pondéré par le prix moyen des Classes Homogènes de Médicaments, et l'effet structure au sein de ces classes est plus faible que l'effet structure mesuré sur l'ensemble des dépenses de médicaments par la méthode globale. Autrement dit, on observe que - en tendance - **l'augmentation des besoins de santé est responsable en moyenne d'environ 3 points de croissance à elle seule.**

Le but de cette note est de fournir les principaux éléments permettant d'appréhender chaque méthodologie, afin de savoir comprendre et interpréter leurs résultats respectifs. Elle présente également la conclusion du BIPE, qui est que **la méthode par CHM permet de mieux rendre compte des tendances de fond concernant l'évolution des dépenses de médicaments.**

a. Présentation des deux méthodologies

Les deux méthodologies utilisées sont basés sur le même raisonnement et ne doivent pas être opposées. L'analyse globale, qui raisonne comme si tous les médicaments du marché étaient substituables entre eux, est en fait un cas particulier de l'analyse par CHM : celui où il n'y a qu'une seule CHM. L'analyse par CHM est à cet égard plus fine que l'analyse globale.

Le principe de la méthode par CHM est de découper le marché en plusieurs «classes de médicaments homogènes», c'est-à-dire dont la fonction est essentiellement la même, ces classes de médicaments homogènes ne pouvant concourir entre elles : par exemple antibiotiques, antiacides-antiulcéreux, antirétroviraux, anticancéreux, antihypertenseurs, antalgiques... Un criblage précis de toutes les classes de médicaments constituant le marché pharmaceutique a conduit à retenir 41 « CHM ».

Dans les deux méthodologies la mesure de l'effet prix est la même. La croissance des dépenses à prix constant va en revanche se répartir de manière différente selon la méthodologie employée entre l'effet quantité et l'effet structure. Les points communs et différences entre les deux approches sont résumés dans le tableau ci-dessous.

| Composantes | Méthode Classique ou Globale | Méthode par CHM (Classes Homogènes de Médicaments) |
|--|---|--|
| Effet Prix = impact de l'évolution du prix de chaque médicament | Valorisation des baisses (ou des hausses) sur le marché total | Idem |
| Effet Quantité = impact de l'évolution des nombres de traitements, à prix constants | Evolution du nombre de boîtes sur l'ensemble du marché = effet boîtes | Evolution du nombre de boîtes, pondéré en fonction du prix moyen de la CHM |
| Effet Structure = impact du remplacement d'un médicament par un autre, à prix et quantité constants | Evolution du prix moyen de la boîte sur l'ensemble du marché | Evolution du prix moyen de la boîte au sein des CHM |
| Somme des effets | Taux de croissance des dépenses de médicaments | Idem |

Pour mieux comprendre les points communs et les différences entre ces deux méthodologies, nous allons nous appuyer sur l'analyse de la croissance des dépenses de médicaments réalisée par le BIPE sur les données Medicam de l'assurance maladie. Cette analyse porte sur les montants présentés au remboursement, appelés « Bases de remboursement » dans Medicam, qui sont les montants des ventes de médicament prescrits et remboursables, effectivement portés au remboursement.

b. Les différences concernant l'effet quantité

Dans la méthode globale, l'effet quantité calculé est un effet « boîtes » : il revient à considérer que tous les médicaments étant substituables entre eux, toutes les boîtes sont valorisées dans l'effet quantité au prix moyen du marché. Pour un médicament ou une classe de médicaments, l'effet boîtes est l'évolution du nombre de boîtes divisé par le nombre total de boîtes du marché de l'année précédente.

Dans la méthode par CHM, l'effet quantité prend en compte que le prix des médicaments est très différent d'une pathologie à l'autre. Cet effet est calculé en multipliant l'évolution du nombre de boîtes par le prix moyen de sa CHM pour chaque médicament. Puis ce résultat est divisé par le montant du marché l'année précédente pour obtenir un résultat en points de croissance. **On peut remarquer que l'effet boîtes de la méthode globale est identique à l'effet quantité de la méthode par CHM qui prendrait le marché comme un seul CHM.**

La différence entre les deux effets quantité vient ainsi tout simplement de la différence de valorisation de la boîte entre les deux méthodologies, comme le montrent les résultats suivants obtenus à partir des données Medicam :

Année 2004-2005, Montants présentés au remboursement¹, données Medicam

| CHM | Effet boîtes | Prix moyen de la boîte / global | Prix moyen de la boîte / CHM | Effet Quantité / CHM |
|-----------------------|--------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------|
| Anti-retroviraux | 0.01% | 9.22 € | 283.25 € | 0.30% |
| Anti-Alzheimer | 0.02% | 9.22 € | 91.18 € | 0.15% |
| Hypolipémiant | 0.15% | 9.22 € | 22.79 € | 0.36% |
| Antidiabétiques oraux | 0.13% | 9.22 € | 9.16 € | 0.13% |
| Antalgiques | 1.46% | 9.22 € | 3.02 € | 0.48% |

Ainsi, l'effet quantité par CHM correspond à l'effet boîtes pondéré par le prix relatif de la CHM par rapport à la moyenne du marché :

- quand le prix moyen de la CHM est supérieur au prix moyen global, le calcul de l'effet quantité/CHM amplifie l'effet boîtes global. Ex : anti-rétroviraux, anti-Alzheimer, hypolipémiants.
- quand le prix moyen de la CHM est inférieur au prix moyen global, le calcul de l'effet quantité/CHM atténue l'effet boîtes global. Ex : antalgiques.
- quand le prix moyen de la CHM est équivalent au prix moyen global, l'effet quantité/CHM est très proche de l'effet boîtes global. Ex : antidiabétiques oraux.

Alors que l'effet boîtes mesure la variation des conditionnements quelle que soit la pathologie concernée (antidiabétiques, antitussifs...), l'effet quantité par CHM prend en compte les différences de prix entre les différentes pathologies. **Contrairement à l'effet boîtes, l'effet quantité par CHM est un indicateur économique qui rend compte de l'impact de l'évolution de la structure des pathologies.**

c. Les différences concernant l'effet structure

De manière complémentaire à l'effet quantité, l'effet structure rend compte de **la variation du mix-produits à prix et quantités constants²** :

- dans l'analyse globale, l'effet structure mesure l'impact de la variation du prix moyen de la boîte de l'ensemble des médicaments.
- dans l'analyse par CHM, il mesure l'impact de la variation du prix moyen de la boîte de médicament au sein du CHM.

La différence entre les deux effets est complémentaire de celle des effets quantité, comme le montre le tableau suivant :

¹ Les montants présentés au remboursement, appelés « Bases de remboursement » dans Medicam, sont les montants des ventes de médicaments prescrits et remboursables effectivement portées au remboursement.

² C'est-à-dire après déduction de l'effet prix et de l'effet quantité.

Année 2004-2005, montants présentés au remboursement, données Medicam

| CHM | Effet boîtes | Effet structure Global | Croissance en volume | Effet Quantité par CHM | Effet structure intra-CHM |
|-----------------------|--------------|------------------------|----------------------|------------------------|---------------------------|
| Anti-rétroviraux | 0.01% | 0.42% | 0.43% | 0.31% | 0.12% |
| Anti-Alzheimer | 0.02% | 0.14% | 0.16% | 0.15% | 0.01% |
| Hypolipémiant | 0.15% | 0.38% | 0.53% | 0.36% | 0.17% |
| Antidiabétiques oraux | 0.13% | 0.09% | 0.22% | 0.13% | 0.09% |
| Antalgiques | 1.46% | - 1.08% | 0.38% | 0.48% | - 0.10% |

La valeur de l'effet structure dépend de l'effet boîtes et du prix moyen auquel un médicament se compare, celui de la CHM ou de l'ensemble du marché.

Ainsi dans la méthode globale, les produits anti-Alzheimer ont un fort effet structure car ils tirent le prix moyen global de la boîte vers le haut, ces médicaments étant plus chers en moyenne que ceux des autres pathologies. Une fois mesuré au sein de la seule CHM anti-Alzheimer, cet effet structure devient plus faible : à prix constant le coût moyen de la boîte de médicament « Alzheimer » a très peu augmenté et ne contribue qu'à hauteur de 0.01 point à la croissance des montants présentés au remboursement.

Le phénomène inverse est à l'œuvre sur les antalgiques : dans la méthode globale leur forte progression en boîtes augmente la part des médicaments à faible prix sur l'ensemble du marché, ce qui entraîne une forte baisse de l'effet structure. Au sein de leur CHM, la baisse du prix moyen de la boîte subsiste (liée à la croissance des ventes de paracétamol moins cher) mais est beaucoup plus faible (l'effet structure intra-CHM n'est plus que de -0,10 point).

Conclusion : l'analyse par CHM rend mieux compte des évolutions

L'évolution du nombre de boîtes n'est jamais homogène sur les différents segments du marché : certaines classes sont sur une tendance à la hausse (anti-diabétiques, anti-hypertenseurs, anti-asthmatiques, antalgiques...), d'autres à la baisse (antibiotiques, vasodilatateurs,...). Certains dépendent aussi des variations des pathologies saisonnières (antalgiques, antibiotiques, ...).

Dans la méthode d'analyse globale, l'effet boîtes s'applique de manière non homogène sur des classes de médicaments à des prix très différents, ce qui modifie le prix moyen de la boîte sur l'ensemble du marché et donc l'effet structure global. Nous pouvons citer le CEPS en guise de conclusion sur les difficultés de la méthode globale, et son effet structure : « *L'effet structure, enfin, calculé comme un solde et donc très dépendant d'éléments contingents, tels les déremboursements ou la conjoncture épidémique, ne se prête guère à un commentaire direct.* »

En utilisant cette méthode globale, les acteurs institutionnels peuvent observer que la croissance du marché remboursable est due essentiellement à l'effet structure. C'est vrai. Mais il en est souvent conclu - alors que le nombre de boîtes augmente peu - que c'est l'effort marketing de l'industrie qui est responsable de la hausse des dépenses, en organisant le transfert de prescription des médecins vers des produits plus chers. Or, s'il y a bien un report au sein des classes vers des spécialités innovantes et plus chères (qu'il soit toujours justifié ou pas est du ressort de la régulation), il n'est de toute façon pas le seul à expliquer la croissance de l'effet structure qui, comme nous venons de le voir, fait la synthèse de tous les événements qui modifient le prix moyen de la boîte sur le marché total.

Et surtout, le nombre croissant de patients traités pour des pathologies majeures entraîne mécaniquement la hausse du prix moyen du marché et participe donc naturellement beaucoup à la hausse de l'effet structure global.

Nous choisissons donc d'utiliser l'analyse par CHM, qui nous permet :

- avec son effet quantité : une approximation de l'impact économique de l'évolution des quantités de traitements en prenant en compte les évolutions non homogènes des pathologies.
- Avec son effet structure intra-CHM : une mesure de l'impact de la modification des prescriptions vers des médicaments plus chers, à même visée thérapeutique, ainsi que l'effet structure de la substitution générique par rapports aux traitements de la même CHM.
- La capacité d'agréger très facilement ces résultats par type de médicaments, pour mener des analyses transversales sur certains thèmes : génériques, déremboursements, sorties de la réserve hospitalière...

Les classes qui contribuent à la croissance des ventes de médicaments remboursables en 2007

| 40 CHM / ppublics (€ mio's) / SDM (traitements) (*) | | | | |
|--|------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| | Effet total | Effet quantité (*) | Effet qualité | Effet prix |
| TOTAL évolution ventes | + 3,9 | + 3,4 | + 2,5 | - 2,0 |
| dont : | | | | |
| 1 anticancéreux | + 0,8 | + 0,1 | + 0,7 | - 0,1 |
| 2 antiasthmatiques | + 0,5 | + 0,2 | + 0,4 | - 0,1 |
| 3 vaccins | + 0,3 | + 0,1 | + 0,3 | - 0,0 |
| 4 antirétroviraux | + 0,3 | + 0,3 | + 0,0 | - 0,0 |
| 5 antihypertenseurs | + 0,3 | + 0,3 | + 0,2 | - 0,2 |
| 6 ophtalmologie | + 0,3 | + 0,1 | + 0,2 | - 0,0 |
| 7 polyarthrite rhumatoïde | + 0,2 | + 0,1 | + 0,2 | - 0,0 |
| 8 antalgiques | + 0,2 | + 0,1 | + 0,1 | - 0,0 |
| 9 antiépileptiques / antiparkisoniens | + 0,2 | + 0,1 | + 0,1 | - 0,0 |
| 10 immunostimulants | + 0,2 | + 0,2 | - 0,0 | - 0,0 |
| 11 antidiabétiques oraux | + 0,2 | + 0,2 | + 0,0 | - 0,0 |
| 12 antiostéoporotiques | + 0,2 | + 0,2 | + 0,1 | - 0,1 |
| 13 antipsychotiques | + 0,2 | + 0,0 | + 0,2 | - 0,0 |
| 14 insulines | + 0,2 | + 0,1 | + 0,1 | + 0,0 |
| 15 epo | + 0,2 | + 0,2 | + 0,0 | - 0,0 |
| 36 autres antiinfectieux | - 0,1 | - 0,0 | - 0,0 | - 0,0 |
| 37 antitussifs | - 0,1 | - 0,1 | + 0,0 | - 0,0 |
| 38 antiacides / antiulcéreux | - 0,1 | + 0,2 | + 0,0 | - 0,3 |
| 39 hypolipémiants | - 0,3 | + 0,4 | - 0,3 | - 0,4 |
| 40 vasodilatateurs / veinotoniques | - 0,4 | - 0,3 | - 0,0 | - 0,1 |

(*) quantité = traitements

| 40 CHM / pfht (€ mio's) / SDM (boîtes) (*) | | | | |
|---|--------------------|---------------------------|----------------------|-------------------|
| | Effet total | Effet quantité (*) | Effet qualité | Effet prix |
| TOTAL évolution ventes | + 4,4 | + 3,2 | + 3,3 | - 2,1 |
| dont : | | | | |
| 1 anticancéreux | + 1,0 | + 0,1 | + 1,0 | - 0,1 |
| 2 antiasthmatiques | + 0,5 | + 0,1 | + 0,5 | - 0,1 |
| 3 antirétroviraux | + 0,4 | + 0,3 | + 0,1 | - 0,0 |
| 4 vaccins | + 0,4 | + 0,1 | + 0,3 | - 0,0 |
| 5 antihypertenseurs | + 0,3 | + 0,3 | + 0,3 | - 0,2 |
| 6 polyarthrite rhumatoïde | + 0,3 | + 0,2 | + 0,1 | - 0,0 |
| 7 ophtalmologie | + 0,3 | + 0,1 | + 0,3 | - 0,0 |
| 8 immunostimulants | + 0,3 | + 0,5 | - 0,2 | - 0,0 |
| 9 antiépileptiques / antiparkisoniens | + 0,2 | + 0,1 | + 0,2 | - 0,0 |
| 10 antiostéoporotiques | + 0,2 | + 0,2 | + 0,1 | - 0,1 |
| 11 antidiabétiques oraux | + 0,2 | + 0,1 | + 0,1 | - 0,0 |
| 12 antipsychotiques | + 0,2 | + 0,0 | + 0,2 | - 0,0 |
| 13 antalgiques | + 0,2 | + 0,2 | - 0,0 | - 0,0 |
| 14 epo | + 0,2 | + 0,2 | - 0,0 | - 0,0 |
| 15 insulines | + 0,2 | + 0,1 | + 0,1 | + 0,0 |
| 36 antitussifs | - 0,1 | - 0,1 | + 0,0 | - 0,0 |
| 37 autres antiinfectieux | - 0,1 | - 0,0 | - 0,0 | - 0,1 |
| 38 antiacides / antiulcéreux | - 0,2 | + 0,2 | - 0,0 | - 0,4 |
| 39 vasodilatateurs / veinotoniques | - 0,3 | - 0,4 | + 0,1 | - 0,0 |
| 40 hypolipémiants | - 0,4 | + 0,3 | - 0,3 | - 0,4 |

(*) quantité = boîtes

| 40 CHM / pfht (€ mio's) / GERS (boîtes) (*) | | | | |
|--|--------------------|---------------------------|----------------------|-------------------|
| | Effet total | Effet quantité (*) | Effet qualité | Effet prix |
| TOTAL évolution ventes | + 3,8 | + 2,5 | + 3,5 | - 2,2 |
| dont : | | | | |
| 1 anticancéreux | + 0,9 | + 0,1 | + 0,9 | - 0,1 |
| 2 antiasthmatiques | + 0,5 | + 0,1 | + 0,5 | - 0,1 |
| 3 vaccins | + 0,4 | + 0,0 | + 0,3 | - 0,0 |
| 4 antirétroviraux | + 0,4 | + 0,3 | + 0,1 | - 0,0 |
| 5 polyarthrite rhumatoïde | + 0,3 | + 0,2 | + 0,1 | - 0,0 |
| 6 ophtalmologie | + 0,3 | + 0,0 | + 0,3 | - 0,0 |
| 7 immunostimulants | + 0,3 | + 0,4 | - 0,2 | - 0,0 |
| 8 antihypertenseurs | + 0,3 | + 0,1 | + 0,3 | - 0,2 |
| 9 antiépileptique / antiparkisoniens | + 0,2 | + 0,1 | + 0,2 | - 0,1 |
| 10 antidiabétiques oraux | + 0,2 | + 0,1 | + 0,1 | - 0,0 |
| 11 antipsychotiques | + 0,2 | + 0,0 | + 0,2 | - 0,0 |
| 12 antiostéoporotiques | + 0,2 | + 0,2 | + 0,1 | - 0,1 |
| 13 antalgiques | + 0,2 | + 0,2 | - 0,0 | - 0,0 |
| 14 epo | + 0,2 | + 0,2 | - 0,0 | - 0,0 |
| 15 insulines | + 0,2 | + 0,1 | + 0,1 | + 0,0 |
| 36 psychotropes | - 0,1 | - 0,1 | - 0,0 | - 0,0 |
| 37 HBP | - 0,1 | + 0,0 | - 0,1 | - 0,0 |
| 38 antiacides / antiulcéreux | - 0,2 | + 0,2 | - 0,0 | - 0,4 |
| 39 vasodilatateurs / veinotoniques | - 0,3 | - 0,4 | + 0,1 | - 0,1 |
| 40 hypolipémiants | - 0,6 | + 0,0 | - 0,2 | - 0,4 |

(*) quantité = boîtes