



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN RAPPORT 58

58

Influence des génériques sur le marché des médicaments

Sacha Roth, Anne Decollogny, Sonia Pellegrini

L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Paraissent dans la **série «Obsan Rapport»** des rapports et des analyses consacrés au domaine de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Une commission de révision contrôle la qualité des rapports. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les rapports de l'Obsan sont généralement publiés sous forme imprimée.

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

- Sacha Roth, Obsan
- Anne Decollogny, Institut d'Economie et Management de la Santé
- Sonia Pellegrini, Obsan

Reviewboard

- Monika Diebold, Directrice de l'Obsan
- Andrea Frey, Office fédéral de la santé publique
- Luca Crivelli, Université de la Suisse italienne
- Oliver Grolimund, SASIS SA
- Jean-Blaise Montandon, Pharmacien cantonal, Neuchâtel

Série et numéro

Obsan Rapport 58

Référence bibliographique

Roth, S., Decollogny, A. & Pellegrini, S. (2013). *Influence des génériques sur le marché des médicaments* (Obsan Rapport 58). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 45
E-mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Langue du texte original

Français

Traduction

Services linguistiques de l'OFS

Graphisme et mise en page

DIAM, Prepress/Print, OFS

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Commande

Tél. 032 713 60 60
Fax 032 713 60 61
E-mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande

874-1302

Prix

11 francs (TVA excl.)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications

ISBN

978-2-940502-13-4

© Obsan 2013

Table des matières

Résumé	3	5	Répartition des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et le statut de génériques	23
Zusammenfassung	7	5.1	Répartition des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et le statut de génériques, ensemble des fournisseurs	23
1 Introduction	12	5.2	Répartition des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et le statut de génériques, par fournisseur	25
1.1 Cadre politique et légal	13	5.3	Répartition des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et le statut de génériques, selon le groupe anatomique principal	26
1.2 Objectifs	13	6	Évolution de la part de marché des génériques	28
2 Survol de la littérature	14	6.1	Méthodologie	28
3 Méthode	16	6.2	Evolution de la part de marché des génériques, ensemble des fournisseurs	29
3.1 Données	16	6.3	Evolution de la part de marché des génériques par fournisseur	31
3.2 Extrapolation des données	17	6.4	Evolution de la part de marché des génériques par groupe anatomique principal	32
3.3 Limites	17			
3.4 Démarche d'analyse	18			
4 Evolution des coûts et des quantités des médicaments AOS	20			
4.1 Evolution des coûts et des quantités des médicaments AOS, ensemble des fournisseurs	20			
4.2 Evolution des coûts et des quantités des médicaments AOS par fournisseur	21			

7	Economies résiduelles des génériques lors d'une substitution plus étendue	34
7.1	Création des groupes de substitution	34
7.2	Scénarios	35
7.3	Méthodologie	36
7.4	Résultats	37
8	Évolution des prix des médicaments ouverts aux génériques	39
9	Synthèse et discussion	45
	Glossaire	50
	Bibliographie	52
	Annexes	55

Résumé

Les génériques une solution pour modérer la croissance des coûts du système de santé

Dans un contexte où les coûts du système de santé augmentent depuis plusieurs décennies, la maîtrise de leur croissance constitue un enjeu majeur des politiques de santé. En Suisse, les médicaments sont la troisième composante des coûts de l'assurance obligatoire des soins (environ 22% des coûts). A l'instar de la plupart des pays de l'OCDE, certains volets des politiques de santé suisses visant à maîtriser l'augmentation des coûts du système de santé se sont donc focalisés sur les médicaments. Les médicaments génériques, dont les prix sont sensiblement plus bas que ceux des médicaments originaux, sont aussi reconnus comme une solution pour modérer la croissance des coûts du système de santé.

Ce rapport se concentre sur le rôle des génériques dans le marché des médicaments remboursés par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il analyse l'évolution du marché des médicaments AOS entre 2006 et 2011, en termes de coûts et de quantités, avec une attention particulière sur les génériques. Cette recherche étudie aussi les économies résiduelles pour l'AOS qui découleraient d'une substitution plus étendue. Enfin, il présente, au travers de cinq exemples, l'évolution des prix publics de certains médicaments ouverts aux génériques. Nous avons utilisé trois sources de données. Le pool tarifaire de SASIS SA pour les coûts et les quantités de médicaments, la Liste des spécialités de l'Office fédéral de la santé publique pour les informations sur les médicaments (substance active, dosage, dénomination entre générique et original substituable, etc.) et des données de IMS Health concernant la répartition des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et la présence ou non de génériques.

Les quantités des médicaments AOS augmentent plus fortement que les coûts

Pour l'ensemble des trois fournisseurs de médicaments¹ (cabinet privé, pharmacie et hôpital ambulatoire), les coûts des médicaments AOS, à prix constants (base 2006), ont évolué de 4,4 milliards de francs en 2006 à 5,1 milliards de francs en 2011, soit une augmentation annuelle moyenne de 3,1%. Alors que pendant la même période, les quantités d'emballages des médicaments AOS ont augmenté en moyenne annuelle de 4,2% passant de 96,3 à 118,5 millions d'emballages.

En moyenne annuelle, les coûts des médicaments AOS ont augmenté de 2,3% pour les cabinets privés et de 1,8% pour les pharmacies. Alors que les quantités d'emballages ont augmenté de 2,7% pour chacun de ces deux fournisseurs. Par contre, dans l'hôpital ambulatoire les coûts des médicaments AOS (+13,9% en moyenne annuelle) augmentent plus vite que les quantités d'emballages (+11,8% en moyenne annuelle).

Corollaire de ces constats, le coût unitaire des médicaments AOS (coûts divisés par nombre d'emballages) a tendance à diminuer pour les pharmacies et les cabinets privés, alors qu'il augmente pour l'hôpital ambulatoire. Cependant, pour ce dernier, en 2011, il reste inférieur à celui des deux autres fournisseurs: Fr. 26.– par rapport à Fr. 52.– dans les pharmacies (rémunération basée sur les prestations comprise) et à Fr. 41.80 dans les cabinets privés.

¹ Par fournisseur de médicaments, nous entendons le prestataire de soins qui délivre le médicament au patient.

Le marché des génériques représente moins d'un cinquième des quantités d'emballages des médicaments AOS

La classification des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et la présence ou non de génériques permet de répartir les quantités d'emballages des médicaments AOS selon cinq catégories de médicaments:

- Les originaux brevetés qui sont des médicaments protégés par un ou plusieurs brevet(s).
- Les génériques (voir glossaire)
- Les originaux substituables qui sont des médicaments originaux tombés dans le domaine public, c'est-à-dire des originaux qui ont perdu leur(s) brevet(s) et pour lesquels il existe au moins un générique. Les génériques et les originaux substituables pris ensemble sont considérés comme les médicaments ouverts aux génériques.
- Les originaux sans générique qui sont des médicaments hors brevets dont il n'existe pas de génériques².
- Les médicaments non-identifiés qui sont des médicaments qui ne sont pas répertoriés dans la base de données de IMS Health, mais qui apparaissent dans le pool tarifaire.

En 2011, pour l'ensemble des fournisseurs, le marché des génériques est relativement restreint. Il représente 12,2% des coûts et 18,8% des quantités d'emballages des médicaments AOS. Le potentiel de développement des génériques à court terme, représenté par les originaux substituables, vaut 13,2% des coûts et 17,1% des quantités de médicaments AOS. En termes de coûts, la catégorie la plus importante est celle des originaux brevetés (46,8%), alors qu'en termes de quantités (à l'exception de la catégorie des médicaments non-identifiés) c'est celle des originaux sans générique (23,6%).

Par fournisseur, la répartition varie notamment entre l'hôpital ambulatoire et les deux autres fournisseurs. Par rapport aux cabinets privés et aux pharmacies, l'hôpital ambulatoire délivre plus d'originaux brevetés et moins de génériques et d'originaux sans générique. Ces différences de répartition des quantités reflètent des spécificités dans le type de médicaments délivrés pour répondre aux besoins cliniques. Pour l'hôpital ambulatoire cela confirme que le coût unitaire des médicaments AOS plus bas que celui des pharmacies et des cabinets privés ne

provient pas d'une remise plus fréquente de médicaments moins chers comme les génériques ou les originaux sans générique.

Du point de vue des groupes anatomiques principaux³, la part des génériques varie fortement en termes de quantités. Ils représentent la catégorie la plus importante pour les anti-infectieux systémiques, pour les médicaments de l'appareil locomoteur et pour ceux du système nerveux. La catégorie des originaux brevetés, qui contient notamment les médicaments innovants, est bien représentée dans les antinéoplasiques-immunomodulateurs et dans les médicaments de l'appareil respiratoire.

La part de marché des génériques augmente dans le marché des médicaments ouverts aux génériques

Le marché des médicaments ouverts aux génériques comprend les génériques et les originaux substituables. Pour cadrer ce marché, nous avons utilisé les informations de la Liste des spécialités (LS) édictée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

En termes de quantités, la part de marché des génériques dans le marché des médicaments ouverts aux génériques augmente de 47,4% en 2006 à 59,5% en 2011, soit une augmentation annuelle moyenne de 4,7%. Corollaire de cette augmentation, le potentiel de développement des génériques à court terme, défini comme la part de marché des originaux substituables, diminue de 52,6% à 40,5% du marché des médicaments ouverts aux génériques.

L'augmentation de la part de marché des génériques est principalement due à l'accroissement du nombre d'emballages de génériques de 14,8 millions à 22,8 millions entre 2006 et 2011, et non à une diminution marquée du nombre d'emballages d'originaux substituables. En effet, durant cette même période, le nombre d'emballages d'originaux substituables diminue légèrement de 16,4 millions à 15,5 millions.

Pour les trois fournisseurs pris séparément, la part de marché des génériques dans le marché des médicaments ouverts aux génériques augmente entre 2006 et 2011. Elle est la plus élevée pour les cabinets privés, passant de 57,7% à 67,9%. Pour les pharmacies, elle augmente de 45,5% à 55,3% et de 29,7% à 56,2% pour l'hôpital ambulatoire. Il est à relever que la part de marché des génériques augmente de manière linéaire pour les cabinets privés et les pharmacies, alors qu'elle évolue avec

² Les médicaments hors-brevets sont des médicaments dont le(s) brevet(s) est arrivé à échéance.

³ Premier niveau de la classification ATC qui compte 14 groupes regroupant les médicaments selon l'organe ou le système organique sur lequel ils agissent.

plus de variabilité pour l'hôpital ambulatoire. Ces variations sont principalement liées aux quantités d'emballages (de génériques et d'originaux substituables) des médicaments anticancéreux (antinéoplasiques et immunomodulateurs).

Du point de vue des groupes anatomiques principaux les parts de marché des génériques et leur évolution sont très variées. Cette hétérogénéité montre que les spécificités des médicaments (traitements chroniques, traitements aigus, prévention, grands risques si échec thérapeutique, marge thérapeutique étroite, etc.) jouent un rôle important dans la substitution et donc influencent fortement la part de marché des génériques.

Une substitution plus étendue détient un potentiel d'économie limité

Dans un premier temps, nous avons sélectionné et regroupé dans des groupes de substitution les génériques et les originaux substituables de la Liste des spécialités. Chaque groupe doit contenir au moins un générique et un original substituable dont leur(s) substance(s) active(s), leur dosage et leur forme galénique sont identiques et la taille de leur emballage comparable.

Nous avons ensuite estimé les économies résiduelles des génériques, en 2011, selon trois scénarios. Ces trois scénarios sont à considérer lorsqu'une substitution d'un original substituable par un générique est possible:

1. Substitution systématique. La part de marché des génériques est équivalente à 100% des médicaments ouverts aux génériques. Pour calculer les économies résiduelles, les quantités d'emballages d'originaux substituables sont réparties selon la part de marché des génériques pour chaque groupe de substitution.
2. Remboursement du générique le moins cher. Lorsqu'un générique est remis, seul le montant du générique le moins cher, en termes de coûts unitaires, est remboursé. Les originaux substituables sont remboursés.
3. Le montant du générique le moins cher, en termes de coût unitaire, est remboursé. Ce scénario peut être assimilé à un système de prix de référence où le prix de référence est fixé au coût unitaire du générique le moins cher en termes de coût unitaire.

Malgré des scénarios contraignants, les économies résiduelles des génériques sont relativement limitées par rapport aux coûts des médicaments AOS (0,8% pour le scénario 1, 2,2% pour le scénario 2 et 4,9% pour le dernier scénario).

Ces économies résiduelles sont en fait péjorées par l'hôpital ambulatoire. En excluant ce fournisseur, les économies résiduelles du premier scénario et du dernier augmenteraient fortement et se situeraient respectivement à 2,5% et à 6,0% des coûts des médicaments AOS.

Ce constat s'explique par un coût unitaire moyen des génériques plus élevé que celui des originaux substituables dans l'hôpital ambulatoire. Cette différence du coût unitaire moyen des génériques est d'autant plus grande que les quantités d'emballages d'originaux substituables sont importantes. Il est probable que cette différence de coût unitaire provienne de stratégies marketing qui tendent à promouvoir, par une politique de prix avantageuse, certains originaux substituables dans les hôpitaux. Cela a pour conséquence qu'une substitution d'un original substituable par un générique provoque en moyenne une augmentation des coûts des médicaments dans l'hôpital ambulatoire.

En outre, les économies résiduelles relativement restreintes par rapport aux coûts des médicaments AOS proviennent aussi du fait que les médicaments ouverts aux génériques considérés dans les groupes de substitution représentent seulement 26,3% des médicaments AOS.

Les prix des médicaments ouverts aux génériques ont tendance à baisser

Nous avons montré l'évolution du prix public des médicaments de cinq groupes de substitution dans le but de donner une vue préliminaire de l'influence globale sur le prix des médicaments de l'entrée des génériques et des différentes mesures prises par les autorités fédérales pour réduire les coûts des médicaments. Ces mesures sont relativement fréquentes, de nature variable et elles touchent parfois tous les médicaments parfois partiellement certaines catégories de médicaments ou elles concernent plus particulièrement les génériques.

De manière générale entre 2003 et 2012, la baisse des prix publics des originaux substituables est manifeste, et varie selon les exemples entre 12,0% et 68,8%. La majorité des génériques ont aussi connu des baisses de prix public pouvant aller jusqu'à 50,5%. Ceux dont le prix n'a pas évolué sont des génériques arrivés récemment sur le marché et dont le prix public est déjà bas comparé aux médicaments du même groupe.

Ces baisses successives de prix public ont pour conséquence de faire converger les prix publics des originaux substituables et des génériques. Le prix public de l'original substituable converge vers le prix des génériques dans trois exemples sur cinq. Les prix publics des génériques convergent également entre eux dans l'échantillon utilisé.

L'analyse graphique ne permet pas de séparer clairement les effets sur le prix des originaux substituables dus à l'influence des génériques de ceux engendrés par les mesures des autorités fédérales. En outre, il est difficile de parler de concurrence entre les génériques. Cette dernière peut s'installer au niveau des rabais et conditions d'achats avantageuses accordés par les fabricants de médicaments.

Discussion

Cette étude montre des différences entre les trois fournisseurs (cabinet privé, pharmacie et hôpital ambulatoire) dans les médicaments délivrés. Ces différences sont présentes notamment dans la répartition entre les catégories de médicaments (génériques, originaux substituables, originaux sans générique et originaux brevetés) et dans la part de marché des génériques dans le marché des médicaments ouverts aux génériques.

L'âge et les pathologies des patients jouent certainement un rôle dans la faible utilisation des génériques dans l'hôpital ambulatoire, la substitution étant plus délicate lors de traitements complexes.

Le fait que le coût unitaire moyen des génériques soit plus élevé que celui des originaux substituables dans l'hôpital ambulatoire est certainement aussi une des raisons pour laquelle la part de marché des génériques y est plus faible par rapport à celle des deux autres fournisseurs. A priori, d'un point de vue économique, ce constat est plutôt bénéfique, puisque les coûts des médicaments sont moindres. Cependant, le fait de délivrer plus d'originaux substituables engendre deux conséquences qui favorisent l'augmentation des coûts des médicaments. Premièrement, elle se manifeste dans les habitudes de prescription des médecins qui les conservent, du moins en partie, quand ils sortent de l'hôpital pour s'installer en cabinet privé. Deuxièmement, le patient sortant de l'hôpital avec une ordonnance mentionnant des originaux substituables et ayant consommé un ou des originaux substituables dans son traitement en ambulatoire à l'hôpital pourrait avoir une incitation plus grande à consommer à l'avenir un original substituable.

Les génériques ont permis de réaliser des économies, grâce à la substitution d'originaux substituables plus chers et grâce à la pression qu'ils instaurent, conjointement avec les mesures des autorités fédérales dans le domaine des médicaments, sur les prix des médicaments ouverts aux génériques. Ces économies justifient déjà leur présence et leur utilisation, en ce sens il est important de continuer à les promouvoir.

Nous montrons que des mesures visant à promouvoir la substitution n'ont à court terme qu'un impact limité sur les coûts des médicaments AOS (diminution de 0,8%). Deux raisons principales peuvent expliquer le niveau de ces économies résiduelles :

- le coût unitaire moyen des génériques est plus élevé que celui des originaux substituables dans l'hôpital ambulatoire
- la part de marché des médicaments ouverts aux génériques est relativement faible

De plus, il existe un certain nombre de freins à la substitution (âge des patients, polymorbidité, maladies chroniques complexes, marge thérapeutique étroite, etc.) qui rendent peu applicable l'exigence d'une substitution systématique. Par contre, l'introduction d'un prix de référence équivalant au coût unitaire du générique le moins cher (en termes de coût unitaire) pourrait apporter des économies substantielles pour l'année 2011 (4,9% des coûts des médicaments AOS).

La réalisation de l'un des scénarios précités engendrerait certainement des économies supplémentaires pour les années suivantes, notamment au travers de la pression sur les prix des médicaments et de l'arrivée à échéance de médicaments brevetés.

D'autres pistes pourraient amener des économies substantielles:

- Une pression accrue sur les prix des génériques qui restent chers en comparaison internationale, aurait pour conséquence de faire baisser le prix des génériques et, comme nous l'avons montré lors de l'analyse de l'évolution des prix, il s'ensuivrait certainement une diminution du prix des originaux substituables.
- Une attention particulière devrait être portée sur les stratégies développées par les firmes qui commercialisent de nouvelles formulations d'un original arrivé à l'échéance du brevet (originaux brevetés) et qui tendent à retarder l'arrivée de nouveaux génériques ou à concurrencer les génériques existants correspondant à l'ancienne formulation. Cela favoriserait l'entrée de nouveaux génériques (de nouveaux principes actifs) et augmenterait la part de marché des génériques par rapport aux médicaments AOS et ainsi engendrerait de nouvelles économies.

Zusammenfassung

Generika als Lösung zur Eindämmung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen

Angesichts der seit Jahrzehnten steigenden Kosten im Gesundheitswesen gehört es zu einem Hauptanliegen der Gesundheitspolitik, diese Kosten einzudämmen. In der Schweiz machen die Medikamente den drittgrössten Anteil der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aus (rund 22% der Kosten). Wie in den meisten Ländern der OECD haben sich einige Kreise der Schweizer Gesundheitspolitik, die die Kosten des Gesundheitswesens eindämmen wollen, auf die Medikamente fokussiert. Die Generika, die bedeutend günstiger sind als Originalpräparate, sind ebenfalls als Lösung zur Eindämmung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen anerkannt.

Dieser Bericht konzentriert sich auf die Rolle der Generika auf dem Markt der Medikamente, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung rückerstattet werden. Er analysiert die Entwicklung des Marktes kassenpflichtiger Medikamente zwischen 2006 und 2011 in Bezug auf Kosten und Menge, mit einem besonderen Augenmerk auf die Generika. Zudem wird auch das Einsparpotenzial für die OKP untersucht, das mit einer erweiterten Substitution möglich wäre. Schliesslich stellt der Bericht anhand von fünf Beispielen die Entwicklung der Publikumspreise bestimmter generikafähiger Medikamente dar. Dabei wurden drei Datenquellen verwendet: der Tarifpool der SASIS AG für die Kosten und die Menge der Medikamente, die Spezialitätenliste des Bundesamtes für Gesundheit für die Informationen über die Medikamente (Wirkstoff, Dosierung, Namensgebung zwischen Generika und substituierbaren Originalpräparaten usw.) sowie die Daten der IMS Health zur Aufteilung der kassenpflichtigen Medikamente nach Patentablauf und Existenz bzw. Fehlen von Generika.

Die Medikamentenmengen zulasten der OKP steigen stärker an als die Kosten

Bei allen drei Medikamentenabgabestellen⁴ (Arztpraxis, Apotheke und ambulantes Spital) zusammen stiegen die Kosten der kassenpflichtigen Medikamente (zu konstanten Preisen mit Basis 2006) von 4,4 Milliarden Franken im Jahr 2006 auf 5,1 Milliarden Franken im Jahr 2011. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 3,1%. Im selben Zeitraum nahm die Anzahl Packungen von kassenpflichtigen Medikamenten pro Jahr durchschnittlich um 4,2% zu (von 96,3 auf 118,5 Millionen Packungen).

Die Kosten für kassenpflichtige Medikamente haben bei den Arztpraxen pro Jahr durchschnittlich um 2,3% und bei den Apotheken um 1,8% zugenommen. Die Anzahl Packungen erhöhte sich bei diesen beiden Abgabestellen um je 2,7%. Im ambulanten Spitalbereich hingegen stiegen die Kosten der kassenpflichtigen Medikamente schneller an als die Anzahl Packungen (+13,9% gegenüber +11,8% im Jahresmittel).

Diese Befunde lassen darauf schliessen, dass der Einheitspreis der kassenpflichtigen Medikamente (Kosten dividiert durch die Anzahl Packungen) bei den Apotheken und den Arztpraxen tendenziell sinkt, während er beim ambulanten Bereich der Spitäler steigt. Dennoch liegt der Einheitspreis hier im Jahr 2011 unterhalb des Preises der beiden anderen Abgabestellen: Fr. 26.– gegenüber Fr. 52.– in den Apotheken (einschliesslich leistungsorientierte Abgeltung) und Fr. 41.80 in den Arztpraxen.

⁴ Unter Medikamentenabgabestelle verstehen wir den Leistungserbringer, der das Medikament der Patientin oder dem Patienten abgibt.

Der Generikamarkt macht weniger als ein Fünftel der Anzahl Packungen kassenpflichtiger Medikamente aus

Anhand der Aufteilung der kassenpflichtigen Medikamente nach Patentablauf und Existenz bzw. Fehlen von Generika können die Anzahl Packungen kassenpflichtiger Medikamente fünf Medikamentenkategorien zugeordnet werden:

- Patentierte Originalpräparate, d.h. durch ein oder mehrere Patent(e) geschützte Medikamente.
- Generika (siehe Glossar).
- Substituierbare Originalpräparate, d.h. Originalmedikamente nach Ablauf der Schutzfrist (Originale, die ihr(e) Patent(e) verloren haben), für die es mindestens ein Generikum gibt. Die Generika und die substituierbaren Originalpräparate zusammen werden als generikafähige Medikamente betrachtet.
- Originalpräparate ohne Generika, d.h. Originalmedikamente nach Ablauf der Schutzfrist, für die es kein Generikum gibt.
- Nicht identifizierte Medikamente, d.h. Medikamente, die in der IMS-Health-Datenbank nicht registriert sind, die aber im Tarifpool erscheinen.

Im Jahr 2011 ist der Marktanteil der Generika für alle Abgabestellen relativ klein. Er beträgt 12,2% der Kosten und 18,8% der Anzahl Packungen der kassenpflichtigen Medikamente. Das kurzfristige – von den substituierbaren Originalpräparaten repräsentierte – Entwicklungspotenzial von Generika beträgt 13,2% der Kosten und 17,1% der Anzahl kassenpflichtiger Medikamente. In Bezug auf die Kosten sind die patentierten Originalpräparate die grösste Kategorie (46,8%) und in Bezug auf die Quantität (die Kategorie der nicht identifizierten Medikamente ausgenommen) jene der Originalpräparate ohne Generika (23,6%).

Nach Abgabestelle betrachtet unterscheidet sich die Aufteilung insbesondere zwischen dem ambulanten Bereich der Spitäler und den beiden anderen Abgabestellen. Im Gegensatz zu den Arztpraxen und den Apotheken geben die Spitäler mehr patentierte Originalpräparate und weniger Generika und Originalpräparate ohne Generika ab. Die Unterschiede der Mengenverteilung reflektieren die Art der abgegebenen kassenpflichtigen Medikamente, die dem unterschiedlichen medizinischen Bedarf entsprechen. Sichtbar wird dies an den tieferen Einheitskosten beim spitalambulanten Bereich als bei den Apotheken und den Arztpraxen. Es zeigt sich, dass diese nicht auf eine

häufigere Abgabe von günstigeren Medikamenten wie Generika oder Originalpräparate ohne Generika zurückzuführen sind.

Aus Sicht der anatomischen Hauptgruppen⁵ unterscheidet sich der Anteil Generika stark in Bezug auf die Quantität. Bei den systemischen Antiinfektiva, den Medikamenten für den Bewegungsapparat sowie bei den Medikamenten für das Nervensystem machen die Generika den grössten Anteil aus. Die Kategorie der patentierten Originalpräparate, die hauptsächlich die innovativen Medikamente enthält, ist bei den antineoplastischen Immunmodulatoren und bei den Medikamenten für den Respirationstrakt gut vertreten.

Der Generikaanteil auf dem Markt der generikafähigen Medikamenten nimmt zu

Der Markt der generikafähigen Medikamente umfasst die Generika und die substituierbaren Originalpräparate. Um diesen Markt einzugrenzen, wurden die Informationen der Spezialitätenliste des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) beigezogen.

Der mengenmässige Anteil der Generika auf dem Markt der generikafähigen Medikamente erhöhte sich von 47,4% im Jahr 2006 auf 59,5% im Jahr 2011. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 4,7%. Diese Erhöhung hat zur Folge, dass das kurzfristige Entwicklungspotenzial von Generika, definiert als Marktanteil der substituierbaren Originalpräparate, von 52,6% auf 40,5% des Marktes der generikafähigen Medikamente sinkt.

Die Zunahme des Marktanteils der Generika zwischen 2006 und 2011 ist hauptsächlich auf die Erhöhung der Anzahl Packungen von Generika von 14,8 Millionen auf 22,8 Millionen zurückzuführen und nicht auf einen markanten Rückgang der Anzahl Packungen von substituierbaren Originalpräparaten. Während dieses Zeitraums ist die Anzahl Packungen von substituierbaren Originalpräparaten lediglich von 16,4 Millionen auf 15,5 Millionen zurückgegangen.

Betrachtet man die drei Abgabestellen separat, erhöht sich der Marktanteil der Generika auf dem Markt der generikafähigen Medikamente zwischen 2006 und 2011. Bei den Arztpraxen ist er am höchsten und nahm von 57,7% auf 67,9% zu. Bei den Apotheken stieg er von 45,5% auf 55,3% und beim ambulanten Bereich der Spitäler von 29,7% auf 56,2%. Zu beachten ist, dass der

⁵ Erste Ebene der ATC-Klassifikation mit 14 Gruppen, die sich nach dem Organ oder dem Organsystem richten, auf die das Medikament seine Hauptwirkung entfaltet.

Marktanteil der Generika bei den Arztpraxen und den Apotheken linear ansteigt, während er sich beim ambulanten Bereich der Spitäler mit grösserer Variabilität entwickelt. Diese Veränderungen stehen hauptsächlich in Zusammenhang mit der Anzahl Packungen (Generika und substituierbare Originalpräparate) der Krebsmedikamente (antineoplastische Substanzen und Immunmodulatoren).

Bei den anatomischen Hauptgruppen sind der Marktanteil von Generika und dessen Entwicklung sehr unterschiedlich. Diese Heterogenität zeigt, dass die Spezifitäten der Medikamente (chronische Behandlung, akute Behandlung, Prävention, grosses Risiko bei Therapie-misserfolg, enge therapeutische Breite usw.) bei der Substitution eine wichtige Rolle spielen und den Marktanteil von Generika deshalb stark beeinflussen.

Eine umfassendere Substitution birgt nur ein beschränktes Sparpotenzial

Für diese Berechnungen wurden in einer ersten Phase die Generika und die substituierbaren Originalpräparate der Spezialitätenliste ausgewählt und in Substitutionsgruppen eingeteilt. Jede Gruppe musste mindestens ein Generikum und ein substituierbares Original enthalten, deren Wirkstoffe, Dosierung und Darreichungsform identisch sind und deren Packungsgrösse vergleichbar ist.

Anschliessend wurde das Einsparpotenzial der Generika im Jahr 2011 gemäss drei Szenarien geschätzt. Diese drei Szenarien wurden für jede mögliche Substitution eines Originalpräparates durch ein Generikum berücksichtigt:

1. Systematische Substitution. Der Marktanteil der Generika entspricht 100% der generikafähigen Medikamente. Für die Berechnung des Sparpotenzials wird die Anzahl Packungen der substituierbaren Originalpräparate für jede Substitutionsgruppe gemäss dem Marktanteil der Generika verteilt.
2. Rückerstattung des kostengünstigsten Generikums. Wenn ein Generikum verschrieben wird, wird nur der Betrag des Günstigsten (in Bezug auf die Einheitskosten) zurückerstattet. Die substituierbaren Originalpräparate werden zurückerstattet.
3. Der Betrag des günstigsten Generikums wird vergütet. Dieses Szenario kann mit einem Referenzpreissystem verglichen werden, bei dem der Referenzpreis dem Einheitspreis des günstigsten Generikums (in Bezug auf die Einheitskosten) entspricht.

Für diese drei Szenarien sind die Einsparpotenziale der Generika im Vergleich mit den OKP-Kosten für Medikamente relativ gering (0,8% für Szenario 1, 2,2% für Szenario 2 und 4,9% für Szenario 3).

Dieses Sparpotenzial wird vom ambulanten Bereich der Spitäler beeinträchtigt. Würde man diese Abgabestelle ausschliessen, stiegen die potenziellen Einsparungen des ersten und letzten Szenarios stark an – auf 2,5% bzw. 6,0% der Kosten der kassenpflichtigen Medikamente.

Dieser Befund erklärt sich dadurch, dass im ambulanten Spitalbereich die durchschnittlichen Einheitskosten von Generika höher sind als jene des substituierbaren Originalpräparates. Dieser Unterschied der durchschnittlichen Einheitskosten der Generika verstärkt sich, je mehr Packungen von substituierbaren Originalen verkauft werden. Es ist möglich, dass der Grund für diese unterschiedlichen Einheitskosten in den Marketingstrategien liegt, die durch eine Politik der vorteilhaften Preise gewisse substituierbare Originalpräparate in den Spitälern fördern. Dies hat zur Folge, dass eine Substitution eines substituierbaren Originalpräparates durch ein Generikum durchschnittlich zu einer Erhöhung der Medikamentenkosten im ambulanten Spitalbereich führt.

Darüber hinaus liegt der Grund für das im Vergleich zu den Kosten der kassenpflichtigen Medikamente relativ limitierte Einsparpotenzial in der Tatsache, dass die generikafähigen Medikamente in den Substitutionsgruppen lediglich 26,3% der kassenpflichtigen Medikamente entsprechen.

Die Preise der generikafähigen Medikamente sinken tendenziell

In der Studie wurde die Entwicklung des Publikumspreises von Medikamenten aus fünf Substitutionsgruppen aufgezeigt. Dies mit dem Ziel, einen Eindruck des Einflusses der Einführung von Generika auf den Medikamentenpreis und der verschiedenen von den Bundesbehörden ergriffenen Massnahmen zur Reduktion der Medikamentenkosten zu erhalten. Diese Massnahmen sind relativ häufig, ganz unterschiedlicher Art und betreffen manchmal alle Medikamente, manchmal bestimmte Medikamentenkategorien oder speziell die Generika.

Grundsätzlich ist die Senkung der Publikumspreise der substituierbaren Originalpräparate zwischen 2003 und 2012 offensichtlich und variiert je nach Beispiel zwischen 12,0% und 68,8%. Auch die Mehrheit der Generika erfuhr einen Rückgang des Publikumspreises von bis zu 50,5%. Bei den erst kürzlich auf dem Markt erschienenen Generika, deren Publikumspreis im Vergleich zu den Medikamenten derselben Gruppe bereits tief ist, blieb der Preis unverändert.

Diese sukzessiven Senkungen der Publikumspreise haben zur Folge, dass sich die Publikumspreise der substituierbaren Originalpräparate und der Generika annähern. Der Publikumspreis eines substituierbaren Originalpräparates nähert sich in drei der fünf Beispiele dem Preis der Generika an. Die Publikumspreise der Generika nähern sich ebenfalls in allen Fällen untereinander an.

Anhand der grafischen Analyse kann nicht klar unterschieden werden, ob die Auswirkungen auf die Preise der substituierbaren Originalpräparate auf den Einfluss der Generika oder auf die von den Bundesbehörden getroffenen Massnahmen zurückzuführen sind. Zudem ist es schwierig, von einem Wettbewerb unter den Generika zu sprechen. Dieser kann sich jedoch ergeben, wenn von den Medikamentenherstellern Rabatte und vorteilhafte Kaufbedingungen gewährt werden.

Diskussion

Vorliegende Studie zeigt Unterschiede in der Medikamentenabgabe von drei Abgabestellen (Arztpraxis, Apotheke und ambulanter Bereich des Spitals) auf. Diese Unterschiede bestehen insbesondere bei der Aufteilung zwischen den Medikamentenkategorien (Generika, substituierbare Originalpräparate, Originalpräparate ohne Generika und patentierte Originalpräparate) sowie beim Marktanteil der Generika auf dem Markt der generikafähigen Medikamente.

Das Alter und die Krankheitslast der Patientinnen und Patienten spielen bei der geringen Verwendung von Generika im ambulanten Bereich der Spitäler bestimmt eine Rolle, da die Substitution bei komplexen Behandlungen heikler ist.

Die Tatsache, dass der Einheitspreis der Generika im ambulanten Bereich der Spitäler höher ist als jener der substituierbaren Originalpräparate, ist sicherlich auch einer der Gründe, weshalb der Marktanteil der Generika hier geringer ist als bei den beiden anderen Abgabestellen. Auf den ersten Blick ist diese Feststellung aus wirtschaftlicher Sicht eher vorteilhaft, da die Medikamentenkosten tiefer sind. Die vermehrte Abgabe von substituierbaren Originalpräparaten hat jedoch auch zur Folge, dass die Erhöhung der

Medikamentenkosten begünstigt wird. Die Erhöhung zeigt sich einerseits in den Verschreibungsgewohnheiten der Ärztinnen und Ärzte, die diese Gewohnheiten beim Wechsel von einem Spital in eine private Arztpraxis teilweise beibehalten. Andererseits könnten Patientinnen und Patienten, die das Spital mit einem Rezept für ein substituierbares Originalpräparat verlassen und während der ambulanten Behandlung im Spital ein oder mehrere substituierbare Originalpräparate eingenommen haben, eher dazu neigen, auch in Zukunft ein substituierbares Originalpräparat einzunehmen.

Generika haben Einsparungen ermöglicht dank dem Ersatz teurerer substituierbarer Originalpräparate und dank des Drucks, den sie gemeinsam mit den Massnahmen des Bundes auf die Preise generikafähiger Medikamente ausüben. Diese Einsparungen rechtfertigen den Einsatz von Generika, der in diesem Sinne weiter zu fördern ist.

Der Bericht zeigt ebenfalls auf, dass Massnahmen zur Förderung der Substitution kurzfristig nur einen beschränkten Einfluss auf die Kosten der kassenpflichtigen Medikamente haben (Abnahme um 0,8%). Zwei Hauptgründe können das geringe Sparpotenzial erklären:

- Im ambulanten Spitalbereich sind die durchschnittlichen Einheitskosten von Generika höher als jene des substituierbaren Originalpräparates.
- Der Marktanteil der generikafähigen Medikamente ist relativ gering.

Darüber hinaus existieren einige Hindernisse für eine Substitution (Alter der Patientinnen / der Patienten, Multimorbidität, chronische Krankheiten, enge therapeutische Breite usw.), welche die Anwendung einer systematischen Substitution einschränken. Mit der Einführung eines Referenzpreissystems, bei dem der Referenzpreis dem Einheitspreis des günstigsten Generikums entspricht, hätten für das Jahr 2011 jedoch Einsparungen von 4,9% der kassenpflichtigen Medikamentenkosten erzielt werden können.

Die Umsetzung eines der oben genannten Szenarien würde für die kommenden Jahre sicherlich weitere Einsparungen ermöglichen, insbesondere mittels Druck auf die Medikamentenpreise und durch Ablauf der Schutzfrist.

Andere Lösungsansätze könnten substanzielle Einsparungen bringen:

- Ein erhöhter Druck auf die Preise von Generika, die im internationalen Vergleich in der Schweiz weiterhin teuer sind, könnte die Generikapreise sinken lassen, und – wie bei der Analyse der Preisentwicklung aufgezeigt – daraus würde bestimmt ein Rückgang der Preise der substituierbaren Originalpräparaten hervorgehen.
- Ein besonderes Augenmerk müsste auf die Strategien der Unternehmen gerichtet werden, die neue Formulierungen für Originale kurz vor dem Ablauf von Patenten (patentierbare Originalpräparate) auf den Markt bringen und den Zugang von neuen Generika verzögern oder (bestehende) Generika der alten Formulierung konkurrenzieren. Dadurch würde der Marktzugang von neuen Generika (neue Wirkstoffe) begünstigt und der Marktanteil der Generika gegenüber den kassenpflichtigen Medikamenten erhöht werden, was wiederum neue Einsparungen mit sich brächte.

1 Introduction

Cela fait seulement un siècle que la pharmacologie s'est largement développée en proposant des centaines de molécules chimiques pour le traitement de nombreuses maladies. Dès lors, le médicament est devenu un produit central de la vie des sociétés modernes et notamment des systèmes de santé.

Dans un contexte où la part des coûts du système de santé suisse par rapport au produit intérieur brut tend à augmenter depuis plusieurs années⁶, la maîtrise de la croissance des coûts du système de santé constitue un enjeu majeur des politiques de santé.

En Suisse, les médicaments et matériel⁷ représentent 22,6% des coûts nets de l'assurance obligatoire des soins (AOS) en 2010, soit la 3^e composante après les soins en ambulatoire (35,7%) et les soins en hôpital intra-muros (33,5%)⁸ (Roth et Roth 2012). Comparée à la moyenne des pays de l'OCDE, la part des coûts des médicaments dans les coûts totaux (AOS, assurances complémentaires, autres assurances sociales, Etat, fondations de droit privé, paiements directs des ménages) du système de santé reste faible (en 2004 10,4% pour la Suisse contre 17,6% pour l'OCDE) (Paris et Docteur 2007).

A l'instar de la plupart des pays de l'OCDE, certains volets des politiques de santé visant à maîtriser l'augmentation des coûts du système de santé se sont naturellement focalisés sur les médicaments. En Suisse, diverses mesures ont été mises sur pied pour diminuer le prix des médicaments:

- Une évaluation du caractère économique à l'admission du produit dans la Liste des spécialités (LS), sur la base d'une comparaison avec d'autres médicaments et avec les prix pratiqués à l'étranger. La comparaison est établie avec l'Allemagne, le Danemark, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, la France et l'Autriche.
- Un réexamen des conditions d'admission tous les trois ans incluant le caractère économique.
- Un réexamen des conditions d'admission à l'expiration du brevet incluant le caractère économique.
- Un réexamen extraordinaire avec baisses du prix fabrique de nombreux médicaments et diminution de la marge de distribution.

Les médicaments génériques, dont les prix sont sensiblement plus bas que ceux des médicaments originaux, sont aussi reconnus comme une solution pour modérer la croissance des coûts du système de santé.

Les médicaments génériques sont définis comme «tout médicament autorisé par Swissmedic, qui pour l'essentiel est semblable à une préparation originale et qui est interchangeable avec celle-ci parce qu'il possède une substance active, une forme galénique et un dosage identiques»⁹. Le critère essentiel pour déterminer un médicament générique est l'interchangeabilité. En d'autres termes, le principe actif et le dosage doivent être identiques et la forme galénique doit être la même, c'est-à-dire que les modalités d'administration doivent être semblables et si un comprimé peut remplacer une capsule, alors un sirop ne peut pas remplacer une capsule. De même un comprimé standard ne peut pas remplacer un comprimé dispersible ou une forme sublinguale¹⁰. Peuvent être autorisés comme génériques les médicaments qui contiennent un principe actif ou une combinaison de principes actifs

⁶ Site de l'office fédéral de la statistique, www.bfs.admin.ch → Thèmes → Santé → Coût, financement → Données, indicateurs → Part du PIB, consulté le 26.07.2013

⁷ Il s'agit du matériel inscrit sur la Liste des moyens et appareils.

⁸ Les coûts nets de l'AOS pour l'hôpital intra-muros contiennent les coûts des médicaments.

⁹ Art. 64a alinéa 2 OAMaI, modification du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

¹⁰ Swissmedic Ordonnance administrative, Instructions et Demandes d'autorisation de génériques 29.08.2012, www.swissmedic.ch → Autorisations de mise sur le marché → Médicaments à usage humain → Informations → Instructions pour ... → Downloads → ZL000_00_002f_VV Instructions Demandes d'autorisation de génériques

se trouvant dans un médicament original déjà enregistré dans le marché suisse au moment du dépôt de la demande d'autorisation du générique. Les génériques ne sont pas protégés par un brevet d'invention mais ils peuvent être protégés par une marque. La différence entre un générique et un original réside dans la dénomination et dans la présentation. Cependant les excipients, colorants, aromatisants, conservateurs, peuvent aussi être modifiés. C'est de là que des différences d'action peuvent survenir et le fabricant du générique doit prouver la bioéquivalence de son produit par rapport à l'original pour démontrer que les différences dans les excipients et dans les procédés de production n'affectent pas la sécurité et l'efficacité de la substance active (Junod 2006).

1.1 Cadre politique et légal

Pour inciter le pharmacien à remettre un générique lorsque le médecin a prescrit un original substituable, la substitution faite par le pharmacien est considérée comme un acte spécifique et est rémunérée par le forfait de substitution générique.

Les modalités de substitution sont régies par l'article 52a LAMal avec effet au 1^{er} janvier 2001. Elles donnent le droit aux pharmaciens de substituer des médicaments génériques aux préparations originales. Ils peuvent substituer un générique à un original pour autant que le patient soit d'accord et que le médecin traitant ne s'y oppose pas formellement.

Pour encourager les patients à recourir à des médicaments génériques, une augmentation de la quote-part à 20% au lieu de 10% a été appliquée, depuis 2006 pour les médicaments originaux ayant un générique dans la Liste des spécialités à un prix au moins 20% inférieur (art 38a OPAS). Depuis 2011 et pour mettre toutes les préparations sur un pied d'égalité, la quote-part s'élève à 20% pour tous les médicaments dont le prix dépasse de plus de 20% la moyenne des prix du tiers le plus avantageux de tous les médicaments contenant la même substance active et figurant dans la Liste des spécialités. Cette règle s'applique de la même manière à l'ensemble des médicaments inscrits dans la Liste des spécialités, préparations originales, médicaments en co-marketing et génériques.

Depuis la parution de la 1^{re} liste des génériques en 1991, les exigences en matière de prix ont été revues à plusieurs reprises par l'OFSP et selon l'article 65 et 65c OAMal.

Pour agir sur les prix des médicaments, les autorités fédérales ont instauré certains critères. Une différence de prix de 25% a d'abord été introduite (1992) puis suspendue (2002). Ensuite un taux minimum de 30% entre le prix fabriqué du médicament original et celui du générique a été réintroduit en 2004 puis amené à 40% en 2008. Finalement dès 2009, l'écart de prix public entre les génériques et le médicament original est fixé selon plusieurs paliers en fonction du volume du marché de la préparation originale avant l'échéance du brevet (pour plus de détail voir tableau 8.1).

1.2 Objectifs

L'objectif de cette étude est d'analyser le rôle des génériques dans le marché des médicaments suisses. Nous abordons le rôle des génériques sous plusieurs angles. Premièrement, nous analysons l'évolution du marché des médicaments, en termes de coûts et de quantités, avec une attention particulière sur la part de marché des génériques. Deuxièmement, nous estimons les économies résiduelles pour le système de santé suisse qui découlerait d'une substitution plus étendue (toutes choses étant égales par ailleurs). Enfin, nous présentons l'évolution des prix publics des génériques et des originaux substituables au moyen de quelques exemples.

2 Survol de la littérature

La part de marché des génériques en Europe

La taille du marché des génériques est variable selon les pays (OECD 2008). Dans les 22 pays présentés, 9 pays ont une part de marché des génériques en dessous de 20% en termes de volume. Les 13 autres pays se situent entre 20% et 87%. Dans certains pays comme les États-Unis, le Danemark, la Suède, le Canada, les Pays-Bas, l'Allemagne et le Royaume-Uni la part de marché des génériques est beaucoup plus élevée en termes de volume qu'en termes de valeur. Ce qui reflète des prix des génériques bas par rapport aux autres pays. Les comparaisons entre les pays doivent toutefois être interprétées avec prudence, car il existe des particularités entre les systèmes d'assurance maladie et des spécificités dans les marchés nationaux des médicaments.

Ces comparaisons ne reflètent pas seulement l'attrait pour les génériques dans ces pays. Elles rendent aussi compte de la part plus ou moins importante des nouveaux médicaments commercialisés et au bénéfice d'un brevet par rapport au nombre de médicaments représentant le marché ouvert aux génériques.

L'écart de prix entre les originaux et les génériques est un élément généralement mentionné pour instaurer une concurrence par les prix dès lors que les médicaments ne sont plus protégés par des brevets (OECD 2008).

Facteurs influençant l'usage des génériques

Le prix des génériques, qui ne reflète pas seulement le coût de production et de commercialisation mais aussi les réglementations nationales, n'est pas le seul facteur qui peut influencer l'usage des génériques. Une revue de littérature a permis d'inventorier les principaux facteurs. Ils sont répartis en deux catégories selon qu'ils concernent l'offre ou la demande de génériques.

Du point de vue de l'offre, ce sont aussi les caractéristiques et les attributs des produits pharmaceutiques qui jouent un rôle. Les stratégies de l'industrie ont ainsi une incidence sur la dynamique du marché et sur l'évolution

de l'usage de générique. Plusieurs stratégies sont identifiées de la part des firmes qui commercialisent les originaux (Decollogny et Ruggli 2006).

- La production d'un médicament analogue avant la fin du brevet, par exemple un isomère protégé par un nouveau brevet.
- La commercialisation de nouveaux dosages.
- Des produits avec association d'un composant encore sous brevet.
- La firme produit sa propre gamme de génériques.
- Le fabricant diminue le prix de l'original pour arriver à un montant comparable à celui des génériques, ce qui pousse les producteurs de génériques à encore baisser leur prix et à la longue leur poser des problèmes économiques.
- Le dépôt de plusieurs brevets pour le médicament original et dans plusieurs pays ce qui retarde l'entrée des génériques sur le marché (Communauté Européenne 2008).

Du point de vue de la demande, ce sont les comportements, les habitudes et les préférences des médecins, des pharmaciens et des patients, qui ont un impact sur la substitution générique. Par ailleurs, les incitations financières et les réglementations influencent aussi le marché ouvert aux génériques.

De façon générale, les médecins pensent que la substitution générique est une bonne mesure pour diminuer les dépenses en médicaments tout en répondant aux besoins thérapeutiques des patients (Bovier, Martin et al. 2005). Le manque de connaissance sur les prix des médicaments peut restreindre l'impact de leur intention et la satisfaction des besoins du patient motive le choix du médecin pour un médicament original dont les effets sont bien documentés (Zweifel et Crivelli 1996; Silcock, Ryan et al. 1997; Allan, Lexchin et al. 2007).

Du côté des patients, des études en Europe et en Asie montrent que le prix et la recommandation du générique par le médecin ou le pharmacien jouent un rôle déterminant dans l'acceptation d'une substitution générique (Heikkila, Mantyselka et al. 2007; Hassali, Shafie et al. 2009). Par ailleurs, les patients sont plus motivés à substituer si cela leur permet de payer une participation plus basse et ceci d'autant plus si la différence de prix entre l'original et les génériques est élevée (Andersson, Soneson et al. 2005; Shrank, Hoang et al. 2006).

Cependant, il existe certains freins à la substitution, comme l'âge du patient, le type de pathologies, l'adhérence au traitement et l'indication thérapeutique du médicament.

Les patients âgés semblent moins enclins à accepter une substitution générique, toutefois ce constat n'est pas toujours confirmé (Kjoenniksen, Lindbaek et al. 2006; Pechlivanoglou, van der Veen et al. 2011). Himmel (2005) rapporte que chez les patients chroniques la substitution est aussi plus difficilement acceptée.

Hakonsen (2009) relève que la substitution peut altérer l'adhérence au traitement et un changement de produit peut mettre le patient dans l'incertitude. De plus, des confusions entre les noms du médicament original et des médicaments génériques peuvent péjorer la qualité du traitement (Heikkila, Mantyselka et al. 2007).

Certains groupes thérapeutiques sont moins substitués, par exemple les antidépresseurs et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), que d'autres groupes. La connaissance par le patient de l'indication thérapeutique du médicament peut influencer la substitution générique (Pechlivanoglou, van der Veen et al. 2011).

L'indication thérapeutique du médicament rencontre parfois le scepticisme des professionnels de la santé qui relèvent les problèmes rencontrés avec les médicaments qui ont une marge thérapeutique étroite. Des remarques similaires sont exprimées pour des médicaments dont les indications sont majeures et pour lesquels un échec thérapeutique peut avoir des conséquences très graves pour le patient, notamment les antiépileptiques (Kramer et Zimmerman 2007; Duh, Cahill et al. 2009; Yamada et Welty 2011).

Quelques études suisses

La Suisse dispose de quelques études concernant le marché des génériques. L'enquête sur l'opinion d'environ 1200 citoyens suisses «Moniteur de la santé» de 2010, conclut que les génériques sont acceptés par près des trois quarts des personnes interrogées avec une approbation plus faible en Suisse romande. Ces conclusions ne permettent pas d'évaluer les différents facteurs qui déterminent l'acceptation ou le refus des génériques. L'analyse des prescriptions facturées en 2003, dans trois cantons (AG, TI et VD) et concernant une caisse maladie (environ 10% des assurés) a montré que les patients plus âgés et avec des traitements complexes ont tendance à recevoir plus de médicaments originaux substituables que les patients jeunes. Les prescriptions établies par des médecins pratiquant dans des hôpitaux aboutissent moins souvent à la remise de médicaments génériques. La proportion des génériques augmente dans les groupes thérapeutiques ayant plusieurs génériques et lorsque les différences de prix avec l'original sont relativement importantes (Decollogny, Eggli et al. 2011).

La quote-part a un effet sur le choix entre un médicament générique et un médicament original et la probabilité de recevoir un générique augmente pour les patients qui ont une franchise élevée et/ou un revenu faible (Rischatsch, Trottmann et al. 2013). Une obligation de recourir aux génériques lorsqu'ils existent semble être une restriction peu contraignante et qui, selon des assurés interviewés, ne requiert pas d'être compensée par une diminution des primes d'assurance (Zweifel, Telser et al. 2006).

L'impact économique des stratégies des firmes pour maintenir la part du marché des médicaments originaux, soit en améliorant la présentation du produit soit en commercialisant l'isomère a été étudié à Genève. L'inscription de ces originaux dans la liste positive d'un hôpital peut influencer leur dispensation en ambulatoire (Vernaz, Haller et al. 2013).

3 Méthode

3.1 Données

Trois sources de données ont été utilisées. La première provient du pool tarifaire de SASIS SA, appelée pool tarifaire dans la suite du document. Il regroupe toutes les factures saisies par les assureurs participant à la statistique (en 2011, 31 assureurs, 61,9% des assurés). Il contient uniquement les factures envoyées par les assurés à l'assurance-maladie, ou facturées directement à l'assureur par le fournisseur de soins. Les factures conservées par les assurés ainsi que les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances-maladie dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ne sont pas saisies dans le pool tarifaire. Le montant des factures comprend la participation aux coûts des personnes assurées (franchise et quote-part). Nous disposons des informations sur les quantités d'emballages et les coûts¹¹ des médicaments remboursés par l'AOS entre 2006 et 2011. Les médicaments sont identifiés par leur pharmacode. Un pharmacode détermine spécifiquement un médicament en tenant compte de tous ses attributs: le(s) principe(s) actif(s), la forme galénique, le dosage, la taille de l'emballage, le mode d'administration et le nom de marque. La base de données répertorie trois fournisseurs¹²: les cabinets privés (médecins), les pharmacies et les hôpitaux ambulatoires. Cela ne correspond pas à l'ensemble des fournisseurs délivrant des médicaments remboursés par l'AOS, il manque: l'hôpital intra-muros, Spitex et les EMS¹³. Les données sont agrégées par groupes d'assurés (canton de domicile, classe d'âge et sexe), par groupes de fournisseurs (médecin selon le titre FMH, pharmacie et hôpital ambulatoire). Le pool tarifaire ne contient pas de données individuelles sur les assurés et les fournisseurs. De ce fait, il n'est pas possible d'effectuer un suivi de cas ou de traitements particuliers. En outre, les données sont

produites annuellement selon la date de comptabilisation des prestations par les assurances-maladie. Les données ne correspondent donc pas à la date de la remise des médicaments aux patients (date de traitement).

La deuxième source d'informations provient de la Liste des spécialités (LS) de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Cette liste est mise à jour mensuellement. Nous avons utilisé la liste édictée en décembre 2011, car les versions antérieures ne contiennent pas toutes les informations nécessaires à nos analyses. Nous avons repris les informations concernant les originaux substituables et les génériques, telles que la classification anatomique, thérapeutique et chimique des médicaments (annexe 1) du dosage, de la forme galénique, de la taille de l'emballage, du prix public et de la date d'introduction du médicament.

La troisième source d'informations provient de IMS Health. Elle indique si le médicament est au bénéfice d'un brevet (originaux brevetés), si son brevet est échu et s'il a un générique sur le marché suisse (originaux substituables) ou non (originaux sans génériques) ou s'il s'agit d'un générique au 31 décembre 2011 pour l'année 2011. Nous n'avons pas à disposition les données de marché de IMS Health. Nous avons utilisé seulement les informations de IMS Health pour compléter celles du pool tarifaire pour les chapitres dédiés à la répartition des médicaments selon l'échéance du brevet et la présence de génériques (chapitres 5.2, 6.2 et 7.1). Tous les autres résultats et notamment l'estimation de la part de marché des génériques utilisent les données de la Liste des spécialités et du pool tarifaire. Notons encore que la classification des génériques et des originaux substituables de IMS Health diverge pour 92 médicaments, 1,4% des cas, par rapport à la classification de la Liste des spécialités, et que certains médicaments de cette liste ne sont pas répertoriés dans la classification de IMS Health.

¹¹ Pour les pharmacies, la rémunération basée sur les prestations (RBP) est incluse dans les coûts.

¹² Par fournisseur, nous entendons le prestataire de soins qui délivre le médicament au patient.

¹³ Ces fournisseurs ne sont pas relevés dans la base de données du tarif pool.

3.2 Extrapolation des données

Le pool tarifaire n'est pas une base de données exhaustive, car seule une partie des assureurs y contribuent. En 2011, il couvre 61,9% des assurés¹⁴. Cette couverture varie dans le temps, entre les cantons, entre les trois fournisseurs (cabinet privé, pharmacie et hôpital ambulatoire) et entre le sexe et l'âge des patients. Pour interpréter correctement les résultats selon l'une ou l'autre de ces dimensions, une extrapolation des données est nécessaire. Cette extrapolation s'effectue en deux étapes (annexe 3).

Dans un premier temps, nous considérons les coûts des médicaments contenus dans la base de données du pool de données¹⁵ comme le 100% des coûts des médicaments. Pour chaque «entité» nous estimons un facteur d'extrapolation qui correspond au rapport entre les coûts du pool tarifaire et ceux du pool de données. Une «entité» est définie comme une année donnée, un canton, un fournisseur, le genre et la classe d'âge de l'assuré. Nous avons 23'400 «entités» correspondant à six années, 26 cantons, trois fournisseurs, deux genres et 25 classes d'âge. Les facteurs d'extrapolation ainsi calculés permettent d'extrapoler les coûts du pool tarifaire au niveau de ceux du pool de données.

Dans un deuxième temps, les coûts ainsi extrapolés sont à nouveau extrapolés par rapport à l'effectif des assurés de la compensation des risques¹⁶, soit l'ensemble des assurés.

Ces deux extrapolations permettent d'évaluer les coûts qui seraient encourus si tous les assureurs-maladie étaient affiliés au pool tarifaire.

Cette technique d'extrapolation en deux temps, par rapport aux coûts puis par rapport aux assurés de la compensation des risques, est utilisée dans toutes les exploitations du pool tarifaire effectuées par l'Obsan. Elle donne de meilleurs résultats qu'une extrapolation directe par rapport à l'ensemble des assurés, sans extrapoler dans un premier temps par les coûts du pool de données.

¹⁴ Les taux de couverture des assurés, ainsi que le nombre d'assurés sont présentés à l'annexe 2.

¹⁵ Le pool de données est une base statistique produite par SASIS SA. Elle a un meilleur taux de couverture des assurés. Entre 2006 et 2011, il a évolué de 97,7% à 100%. Par contre, elle possède moins de détails sur les médicaments que le pool tarifaire.

¹⁶ Depuis le 1^{er} janvier 2007, l'effectif de la compensation des risques ne comprend plus les requérants d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour, mais qui séjournent en Suisse et qui bénéficient de l'aide sociale (processus d'asile). Cependant, ces personnes sont encore saisies dans le pool de données de SASIS SA. Pour corriger cette différence, le taux de couverture est calculé à l'aide de l'effectif de la compensation des risques, auquel s'ajoutent les personnes en «processus d'asile»

3.3 Limites

Les données utilisées comprennent uniquement les médicaments remboursés par l'AOS. Nous ne disposons d'aucune information concernant les médicaments hors liste (non remboursés par l'AOS). De plus, les factures non envoyées aux assurances¹⁷ ne sont pas prises en compte. Dans le sens, où le comportement du patient vis-à-vis des médicaments (préférence pour les médicaments moins chers) peut changer une fois la franchise atteinte, les factures non envoyées aux assurances à cause de la franchise non atteinte peuvent engendrer un léger biais.

Les résultats proviennent de données extrapolées. Une extrapolation comporte le risque d'introduire des approximations dans les données. Ce risque a été limité au maximum en appliquant une méthode d'extrapolation en deux temps (annexe 3) qui tient compte de nombreux facteurs: année, canton, fournisseur, sexe et âge du patient (point 3.2). Différentes analyses menées par l'Obsan ont montré que cette méthode est fiable et qu'elle permet d'approcher la réalité des faits de manière à pouvoir interpréter correctement les résultats.

Les comparaisons des coûts des médicaments entre les différents fournisseurs sont délicates, puisque la rémunération basée sur les prestations des pharmaciens (RBP) est incluse dans les coûts du canal de la pharmacie. Cependant, la RBP n'affecte pas la validité des résultats contenu du fait que c'est l'évolution des coûts des médicaments délivrés par les pharmacies qui est investiguée (chapitre 4.2). Dans la suite du rapport, nous mentionnons, le cas échéant, quand la RBP est susceptible d'expliquer certains résultats.

Les économies résiduelles des génériques sont estimées à court terme (pour l'année 2011) et de manière statique. C'est-à-dire que nous ne considérons pas la dynamique du marché telle que l'effet des génériques sur le prix des originaux substituables à moyen et long termes et l'échéance des brevets qui vont survenir dans les prochaines années.

L'évolution des prix des médicaments ouverts aux génériques est présentée graphiquement. Notre analyse préliminaire ne permet donc pas de séparer clairement les effets des génériques sur le prix des originaux substituables (effet de la concurrence) des effets des mesures des autorités fédérales.

¹⁷ Les raisons peuvent être diverses: franchise non atteinte, oubli, perte de documents.

3.4 Démarche d'analyse

Pour couvrir l'objectif de cette étude (analyser le rôle des génériques dans le marché des médicaments, voir chapitre 1.2), nous étudions le marché des médicaments remboursés par l'assurance obligatoire des soins (désigné par la suite médicaments AOS) et dans la Liste des spécialités. Ces derniers regroupent les médicaments dits Rx (listes A et B de Swissmedic et délivrés uniquement sur ordonnance) et certains médicaments dits OTC (Over The Counter, listes C et D de Swissmedic et pouvant être délivrés sans ordonnance). Le rôle des génériques est analysé sous cinq angles:

- **L'évolution des coûts et des quantités des médicaments AOS (chapitre 4):**

Dans un premier temps et en guise d'introduction, nous décrivons l'évolution des coûts et des quantités d'emballages de médicaments AOS entre 2006 et 2011 (rectangle pointillé de la figure 3.1). Il s'agit dans ce chapitre de montrer dans quel environnement évoluent les génériques.

- **La répartition des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et la présence de génériques (chapitre 5):**

Dans un deuxième temps, d'après les données établies par IMS Health pour 2011, nous montrons la répartition des coûts et des quantités de médicaments AOS selon l'échéance du brevet et la présence de génériques entre quatre catégories de médicaments: les originaux brevetés, les originaux sans générique, les originaux substituables, les génériques (rectangles de couleurs de la figure 3.1). Nous abordons principalement les relations entre ces catégories de médicaments et les différences de répartition entre les fournisseurs et entre les groupes de la classification ATC de niveau 1.

- **L'évolution de la part de marché des génériques dans le marché des médicaments ouverts aux génériques (chapitre 6):**

Pour les troisième angle d'analyses, nous nous concentrons sur les médicaments ouverts aux génériques (deux dernières lignes de la figure 3.1). Ces médicaments regroupent les génériques et les originaux substituables. Nous discutons de l'évolution de la part des génériques, en termes de quantités d'emballages, dans le marché des médicaments ouverts aux génériques.

- **Les économies résiduelles dans l'hypothèse d'une substitution plus étendue selon trois scénarios (chapitre 7):**

En se focalisant toujours sur les médicaments ouverts aux génériques, nous définissons des critères de substituable (même substance active, forme galénique, dosage et taille d'emballage) et sélectionnons uniquement les originaux substituables et les génériques qui répondent à ces critères. A partir de cette sélection, nous évaluons les économies résiduelles des génériques pour l'année 2011. Ces économies sont estimées selon trois scénarios dans l'hypothèse d'une substitution plus étendue et de manière statique. C'est-à-dire que nous ne considérons pas la dynamique du marché telle que l'effet des génériques sur le prix des originaux substituables à moyen et long termes et l'échéance des brevets qui vont survenir dans les prochaines années.

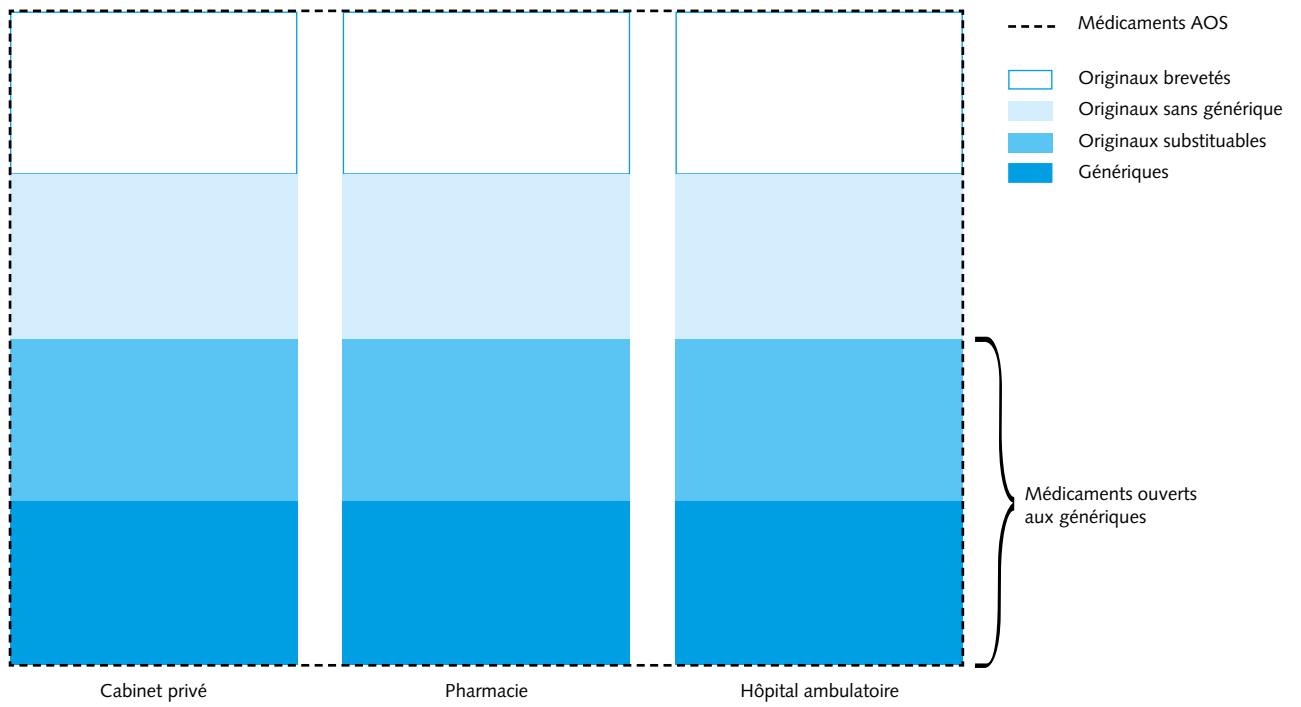
- **L'évolution des prix des médicaments ouverts aux génériques (chapitre 8):**

Enfin dans la dernière partie, nous présentons au travers de cinq exemples l'évolution du prix public de quelques médicaments ouverts aux génériques.

A chaque fois, les résultats sont présentés pour l'ensemble des fournisseurs puis selon les trois fournisseurs (cabinet privé, pharmacie, hôpital ambulatoire). Un fournisseur est défini comme le prestataire de soins qui délivre le médicament au patient. Les résultats concernant la répartition des médicaments selon l'échéance du brevet et la présence de génériques (chapitre 5.3) et ceux de l'évolution de la part de marché des génériques (chapitre 6.4) sont aussi présentés selon le groupe anatomique principal de la codification ATC. Un groupe anatomique principal correspond au niveau 1 de la codification ATC. Le niveau 1 compte 14 groupes définis par la première lettre du code ATC et regroupe les médicaments selon l'organe ou le système organique (dispositif) sur lequel ils agissent (annexe 1).

Schéma du marché des médicaments AOS

Fig. 3.1



Source: exploitation propre

© Obsan

4 Evolution des coûts et des quantités des médicaments AOS

Ce chapitre est consacré à l'évolution des coûts et des quantités d'emballages des médicaments AOS entre 2006 et 2011. Il s'agit de montrer dans quel environnement les génériques évoluent et de présenter dans quelles mesures l'évolution des coûts et des quantités d'emballages des médicaments AOS varie selon les trois fournisseurs. Dans ce chapitre, nous utilisons les données du pool tarifaire.

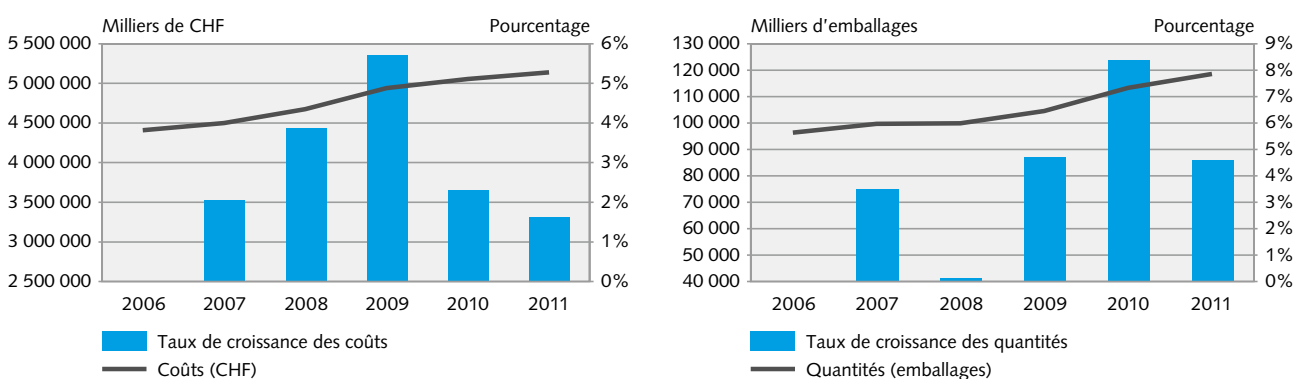
Dans la première partie, l'évolution des coûts et des quantités d'emballages des médicaments AOS est présentée pour l'ensemble des trois fournisseurs (cabinets privés, pharmacies et hôpitaux ambulatoires). La seconde partie présente les différences entre les trois fournisseurs.

4.1 Evolution des coûts et des quantités des médicaments AOS, ensemble des fournisseurs

Entre 2006 et 2011, les coûts des médicaments AOS, à prix constants (base 2006)¹⁸, ont évolué de 4,4 à 5,1 milliards de francs, soit une augmentation annuelle moyenne de 3,1%¹⁹ (figure 4.1, graphique de gauche). L'augmentation des coûts la plus marquée (+5,7%) se situe entre 2008 et 2009 (figure 4.1, graphique de gauche). Entre 2006 et 2011, plusieurs mesures ont été prises par les autorités fédérales pour limiter les coûts des médicaments²⁰. Certaines de ces mesures concernaient spécifiquement les génériques. Bien que le marché des génériques (en termes de prix fabrique) a progressé plus

Evolution des coûts (CHF) et des quantités (d'emballages) des médicaments AOS en milliers d'unités et taux de croissance (%), 2006 à 2011, prix constants (base 2006)

Fig. 4.1



Source: Pool tarifaire SASIS SA / Analyse Obsan

© Obsan

¹⁸ Pour déflater les coûts des médicaments AOS, nous avons utilisé l'indice des prix à la consommation (annexe 4).

¹⁹ L'augmentation annuelle moyenne est obtenue selon la formule du taux de croissance annuel moyen (TCAM) pour n année.

$$TCAM = \left(\sqrt[n]{\frac{\text{valeur finale}}{\text{valeur initiale}}} - 1 \right) \times 100$$

Dans la suite du rapport, cette formule est toujours appliquée pour le calcul de l'augmentation annuelle moyenne.

²⁰ source: <http://www.bag.admin.ch> → Thèmes → Assurance-maladie → Révisions de l'assurance-maladie → Révisions terminées → Médicaments → Médicaments, consulté le 08.08.2013

fortement que le marché des médicaments AOS (Interpharma 2012), les génériques n'ont pas pour autant compensé la progression des coûts des médicaments AOS. Ils ont tout au plus contribué à contenir une partie de l'augmentation de ces derniers.

Les quantités d'emballages des médicaments AOS ont augmenté, entre 2006 et 2011, de 96,3 à 118,5 millions d'emballages (figure 4.1, graphique de droite), soit une augmentation annuelle moyenne de 4,2%. L'augmentation des quantités est légèrement plus soutenue que celle des coûts.

Ces valeurs ne prennent pas en compte les variations et les évolutions possibles du nombre de doses dans les emballages délivrés. Seule une analyse basée sur les doses journalières²¹, malheureusement pas envisageable dans le cadre de cette étude, pourrait permettre d'affirmer cette évolution. Cependant, le coût unitaire à prix constants d'un emballage (coûts divisés par nombre d'emballages) a tendance à baisser entre 2006 et 2011. Il est probable que ce constat reflète les mesures prises par les autorités fédérales visant à baisser le prix des médicaments. Nous reviendrons sur ces mesures et leurs impacts lors de la présentation de l'évolution des prix des médicaments (chapitre 8).

4.2 Evolution des coûts et des quantités des médicaments AOS par fournisseur

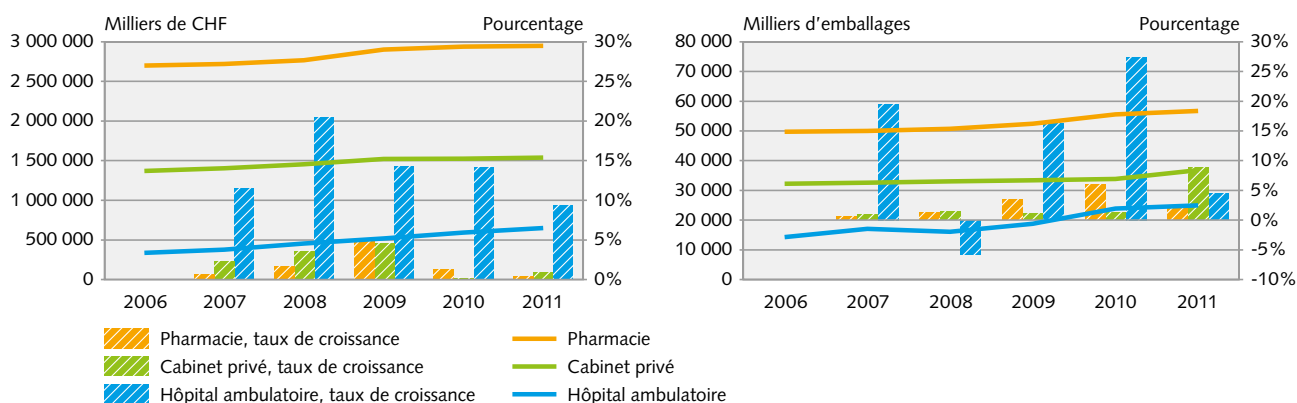
Au chapitre 4.1, nous avons montré que les coûts et les quantités d'emballages des médicaments AOS ont augmenté, en moyenne annuelle, de respectivement 3,1% et 4,2% entre 2006 et 2011 pour l'ensemble des trois fournisseurs.

Pendant cette même période, les coûts des médicaments AOS augmentent dans des proportions différentes (figure 4.2, graphique de gauche) selon le fournisseur. En moyenne annuelle, les coûts de l'hôpital ambulatoire (+13,9%) ont augmenté plus fortement que ceux de l'ensemble des fournisseurs (+ 3,1%)²². Comparés à ces derniers, les coûts des cabinets privés et des pharmacies ont augmenté moins fortement, avec une croissance annuelle moyenne de respectivement 2,3% et 1,8%.

Les quantités d'emballages des médicaments AOS augmentent aussi de manière différenciée entre les trois fournisseurs (figure 4.2, graphique de droite). En moyenne annuelle, les quantités ont augmenté de 11,8% pour l'hôpital ambulatoire et de 2,7% pour les cabinets privés et les pharmacies. A l'instar de l'évolution des coûts, l'hôpital ambulatoire a un taux de croissance des quantités d'emballages supérieur à l'ensemble des fournisseurs (+4,2%), alors qu'il est inférieur à cette moyenne pour les deux autres fournisseurs.

Evolution des coûts (CHF) et des quantités (emballages) des médicaments AOS en milliers d'unités, par fournisseur, 2006 à 2011, prix constant (base 2006)

Fig. 4.2



²¹ Telles que les DDD (Defined Daily Dose) définies par l'OMS

²² La forte augmentation des coûts dans l'hôpital ambulatoire ne concerne pas uniquement les médicaments, les autres prestations connaissent aussi une forte augmentation (Roth et Roth, 2012).

Durant toute la période analysée, tant du point de vue des coûts que des quantités d'emballages, les pharmacies délivrent le plus grand nombre de médicaments, suivies par les cabinets privés et l'hôpital ambulatoire. Pendant cette période, les quantités délivrées par les pharmacies en termes de coûts passent de 2,7 milliards à 2,9 milliards de francs, ceux des cabinets privés et de l'hôpital ambulatoire de respectivement de 1,4 à 1,5 milliards de francs et de 0,3 à 0,6 milliards de francs. Du point de vue des quantités, les pharmacies ont délivré 49,7 millions d'emballages en 2006 et 56,7 millions en 2011, les cabinets privés sont passés de 32,2 millions à 36,8 millions d'emballages et l'hôpital ambulatoire de 14,3 à 24,9 millions.

Le coût unitaire des médicaments AOS (coûts divisés par nombre d'emballages) a tendance à diminuer pour les pharmacies et les cabinets privés, alors qu'il augmente pour l'hôpital ambulatoire. Cependant, pour ce dernier, en 2011, il reste inférieur à celui des deux autres fournisseurs: Fr. 26.– par rapport à Fr. 52.– dans les pharmacies (RBP comprise) et à Fr. 41.80 dans les cabinets privés. Il est probable que le faible coût unitaire de l'hôpital ambulatoire par rapport aux deux autres fournisseurs provienne, en partie, des conditions avantageuses attribuées par les grossistes et les firmes pharmaceutiques aux hôpitaux (Swissmedic 2012) et par la remise et la facturation d'emballages fractionnés compte tenu de la durée limitée d'un séjour dans l'hôpital ambulatoire. La différence de coût unitaire entre les pharmacies et les cabinets privés peut s'expliquer en partie par la RBP. D'autres hypothèses peuvent être avancées: la taille des emballages plus grande en pharmacie ou la spécificité des médicaments délivrés en pharmacie. En introduction, nous avons mentionné que les génériques sont moins chers que les autres médicaments. Il est donc utile d'analyser la répartition des médicaments AOS selon les données établies par IMS Health concernant l'échéance du brevet et la présence ou non de génériques pour apporter, entre autres, des précisions par rapport aux différences de coût unitaire entre les trois fournisseurs (chapitre 5).

5 Répartition des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et le statut de génériques

Ce chapitre expose la répartition des coûts et des quantités d'emballages des médicaments AOS en 2011 selon l'échéance du brevet et la présence ou non de génériques.

- La première catégorie est constituée de médicaments protégés par un brevet, nommés dans la suite du rapport «originaux brevetés» ou «OB».
- La deuxième représente des médicaments génériques (voir glossaire), appelés par la suite «génériques» ou «G».
- La troisième regroupe les médicaments originaux tombés dans le domaine public, c'est-à-dire les originaux qui ont perdu leur(s) brevet(s) et pour lesquels il existe un générique. Dans la suite du rapport, ils sont qualifiés d'«originaux substituables» ou simplement d'«OS». Les génériques et les originaux substituables pris ensemble sont considérés comme les médicaments ouverts aux génériques.
- La quatrième catégorie comprend les médicaments originaux tombés dans le domaine public dont il n'existe pas de génériques, ils sont nommés «originaux sans génériques» ou «OsG».
- La dernière catégorie regroupe les médicaments qui ne sont pas répertoriés dans la base de données de IMS Health, mais qui apparaissent dans le pool tarifaire. Nous nommons cette catégorie «Non identifiés».

Le but de ce chapitre est de montrer l'importance des génériques dans le marché des médicaments AOS et de discuter des interactions entre les quatre premières catégories de médicaments.

La répartition des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et la présence ou non de génériques provient de IMS Health. Les quantités d'emballages et les coûts des médicaments AOS proviennent des données du pool tarifaire. La jointure de ces informations permet de présenter les cinq catégories de médicaments citées ci-dessus. Nous utilisons les informations de IMS Health, car celles contenues dans la Liste des spécialités ne permettent pas de différencier les originaux sans générique des originaux brevetés. La Liste des spécialités distingue uniquement les génériques et les originaux substituables.

Dans la première partie, la répartition des médicaments AOS entre les cinq catégories est présentée pour l'ensemble des trois fournisseurs. Dans la deuxième partie, cette répartition est discutée pour les trois fournisseurs séparément. La dernière partie montre la répartition des médicaments AOS selon la codification ATC de niveau 1, c'est-à-dire selon le groupe anatomique principal.

5.1 Répartition des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et le statut de génériques, ensemble des fournisseurs

Le tableau 5.1 montre l'importance des génériques dans le marché des médicaments AOS de 2011. Ces derniers représentent 18,8% des quantités (nombre d'emballages) et 12,2% des coûts (CHF) des médicaments AOS.

Tab. 5.1 Répartition des quantités (emballages) et des coûts (CHF) des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et le statut de génériques, ensemble des fournisseurs, 2011^a

Catégorie de médicaments	Quantités (emballages)	%	Coûts (CHF)	%
Originaux brevetés (OB)	17 489 849	14,8	2 493 240 727	46,8
Génériques (G)	22 264 167	18,8	652 146 279	12,2
Originaux substituables (OS)	20 317 450	17,1	702 771 985	13,2
Originaux sans générique (OsG)	28 034 432	23,6	629 472 996	11,8
Non identifiés	30 435 734	25,7	847 193 677	15,9
Total des médicaments AOS	118 541 631	100	5 324 825 664	100

Sources: Pool tarifaire SASIS SA et IMS health/Analyse Obsan

© Obsan

Notes: La catégorie Non identifiés représente les médicaments AOS du pool tarifaire qui n'ont pas pu être identifiés avec la base de données de IMS Health.

Les coûts sont estimés au prix courant.

^a Les résultats du tableau 5.1, du point de vue des quantités, ne sont pas identiques aux résultats donnés par IMS Health (IMS Health 2011).

Ceci provient probablement du fait que les bases de données concernant les coûts et les quantités ne sont pas les mêmes. Dans notre étude, nous utilisons les données du pool tarifaire et IMS utilise ces propres données de marché.

La part des originaux substituables en termes de quantités peut être interprétée comme le potentiel de développement à court terme des génériques. Dans le sens où par définition les génériques peuvent prendre des parts de marché uniquement aux originaux substituables. Le potentiel de développement se monte à 17,1% des quantités des médicaments AOS, représentant 13,2% des coûts des médicaments AOS. Ainsi, si le potentiel de développement des génériques était complètement utilisé, c'est-à-dire si tous les originaux substituables étaient substitués par un générique, la part de marché des génériques s'élèverait à 35,9% des quantités des médicaments AOS. Cette part équivaut au marché des médicaments ouverts aux génériques, soit la part des génériques et celle des originaux substituables. Il est à relever que toutes choses étant égales par ailleurs, agir sur les génériques revient donc à influencer au maximum sur 35,9% des quantités des médicaments AOS. Nous reviendrons plus en détail sur la part des médicaments ouverts aux génériques au chapitre 6.2.

La notion de potentiel de développement à court terme des génériques est importante, car elle apporte une limite à l'impact des mesures visant à promouvoir les génériques. L'accroissement du potentiel de développement des génériques (part des originaux substituables en termes de quantités) dépend du nombre d'originaux brevetés arrivant à échéance. Ces derniers ne représentent que 14,8% des quantités des médicaments AOS, alors qu'ils sont la catégorie représentant la majorité des coûts (46,8%).

A contrario, les originaux sans générique représentent une catégorie importante en termes de quantités (23,6%) mais la catégorie la moins importante en termes de coûts (11,8%). Ces médicaments peuvent être considérés

comme un marché non exploité par les fabricants de génériques. L'une des raisons de l'absence de génériques dans cette catégorie est que leur prix est déjà si bas qu'ils ne présentent pas un intérêt économique suffisant pour l'industrie des génériques (Interpharma 2011). A partir du tableau 5.1, il est possible d'estimer le coût unitaire moyen (coûts divisés par nombre d'emballages) des différentes catégories de médicaments. Celui des originaux sans générique (Fr. 22.40) est le plus bas. Il est inférieur à celui des génériques (Fr. 29.30), à celui des originaux substituables (Fr. 34.60) et à celui des originaux brevetés (Fr. 142.50). Il est aussi probable que certains originaux sans générique représentent une faible part de marché ce qui n'incite pas les fabricants à développer et commercialiser des génériques. Pour confirmer cette hypothèse, nous pouvons utiliser comme indicateur de l'importance du marché potentiel en francs, le rapport entre les coûts et le nombre de substances actives par catégorie de médicaments (données non présentées). Le marché potentiel en francs d'une substance active de la catégorie des originaux sans générique est 6,7 fois inférieur à celui des originaux brevetés, 2,4 fois inférieur à celui des génériques et 2,5 fois inférieur à celui des originaux substituables.

La catégorie «non identifiés» représente les médicaments AOS du pool tarifaire qui n'ont pas pu être identifiés avec la base de données de IMS Health. Il peut s'agir des médicaments considérés par IMS comme Out of Market ou des médicaments du pool tarifaire dont une liaison avec les informations de IMS Health n'a pas été possible. Les deux chapitres suivants apportent des précisions par rapport à cette catégorie. Toutefois, nous ne nous attarderons pas outre mesure sur cette catégorie qui ne revêt pas un intérêt majeur pour ce rapport.

5.2 Répartition des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et le statut de génériques, par fournisseur

La répartition des coûts et des quantités d'emballages des médicaments AOS en 2011 selon l'échéance du brevet et la présence ou non de génériques, diffère fortement entre les fournisseurs, surtout entre l'ambulatoire hospitalier et les deux autres fournisseurs (figure 5.1).

En excluant la catégorie des médicaments non identifiés, pour l'ambulatoire hospitalier, les originaux brevetés représentent la catégorie la plus importante avec 22,1% des quantités de médicaments AOS (figure 5.1, figure de droite), alors qu'ils sont la catégorie la moins importante pour les deux autres fournisseurs, soit 13,7% pour les pharmacies et 11,3% pour les cabinets privés. A l'inverse, les originaux sans générique sont la plus petite catégorie pour l'ambulatoire hospitalier (13,2%), mais la catégorie la plus importante pour les pharmacies (26,5%) et pour les cabinets privés (26,3%).

La répartition des coûts est sensiblement la même entre les pharmacies et les cabinets privés (figure 5.1, figure de gauche). La catégorie la plus importante est celle des originaux brevetés (46,0% et 39,9%). Pour la pharmacie la catégorie la moins importante est celle des génériques (12,4%), alors que pour les cabinets privés il s'agit des originaux substituables (11,7%). Pour l'hôpital ambulatoire, la forte majorité des coûts (67,0%) provient des originaux brevetés.

Ces différences de répartition des quantités reflètent des spécificités dans le type de médicaments délivrés pour répondre aux besoins cliniques. Les types de

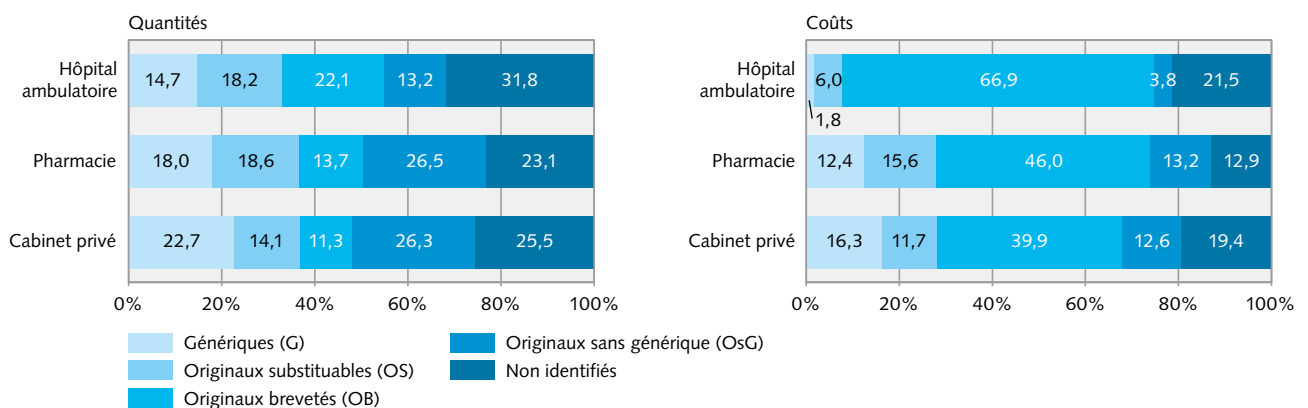
pathologie des patients qui consultent à l'hôpital ambulatoire, plus lourds qu'en cabinet privé et nécessitant des traitements médicamenteux spécifiques, jouent certainement un rôle dans cette répartition²³.

Au chapitre 4.2, il a été mentionné que le coût unitaire des médicaments AOS est inférieur dans l'hôpital ambulatoire (Fr. 26.–) par rapport à celui des pharmacies (Fr. 52.–) et à celui des cabinets privés (Fr. 41.80). D'après la répartition des quantités (figure 5.1, figure de droite), il apparaît que la remise plus fréquente de la part de l'hôpital ambulatoire de médicaments moins chers comme les originaux sans générique ou les génériques n'est pas la raison d'un coût unitaire des médicaments inférieur aux deux autres fournisseurs. L'hypothèse de conditions avantageuses attribuées par les grossistes et les firmes pharmaceutiques aux hôpitaux (Swissmedic 2012) semble, de ce point de vue, non rejetée. Par contre, il est possible que la répartition des quantités de médicaments entre les différentes catégories puisse expliquer en partie la différence de coût unitaire entre les pharmacies et les cabinets privés. En effet la part des génériques est plus importante pour les cabinets privés et celles des originaux substituables et des originaux brevetés le sont moins.

La part de marché des médicaments ouverts aux génériques, en termes de quantités, varie peu entre les trois fournisseurs. Elle se situe à 32,9% pour l'hôpital ambulatoire, à 36,6% pour les pharmacies et à 36,8% pour les cabinets privés. Nous discuterons plus en détail de la part de marché des médicaments ouverts aux génériques au chapitre 6.

Répartition des quantités (emballages) et des coûts (CHF) des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et le statut de génériques, par fournisseur, 2011

Fig 5.1



Source: Pool tarifaire SASIS AG, IMS health / Analyse Obsan

© Obsan

²³ Nous ne disposons pas de données pour vérifier cette hypothèse.

5.3 Répartition des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et le statut de génériques, selon le groupe anatomique principal

Au chapitre précédent, nous avons vu que la répartition selon l'échéance du brevet et le statut de génériques diffère fortement selon le fournisseur. Pour nuancer le potentiel des génériques dans le marché des médicaments, il est intéressant de l'étudier sous l'angle des groupes anatomiques principaux. Le but de ce chapitre n'est pas de commenter la répartition des quantités de médicaments AOS pour chacun des groupes anatomiques principaux, mais plutôt de montrer l'hétérogénéité de la répartition des quantités de médicaments AOS selon le groupe anatomique principal de façon à mieux appréhender le potentiel des génériques.

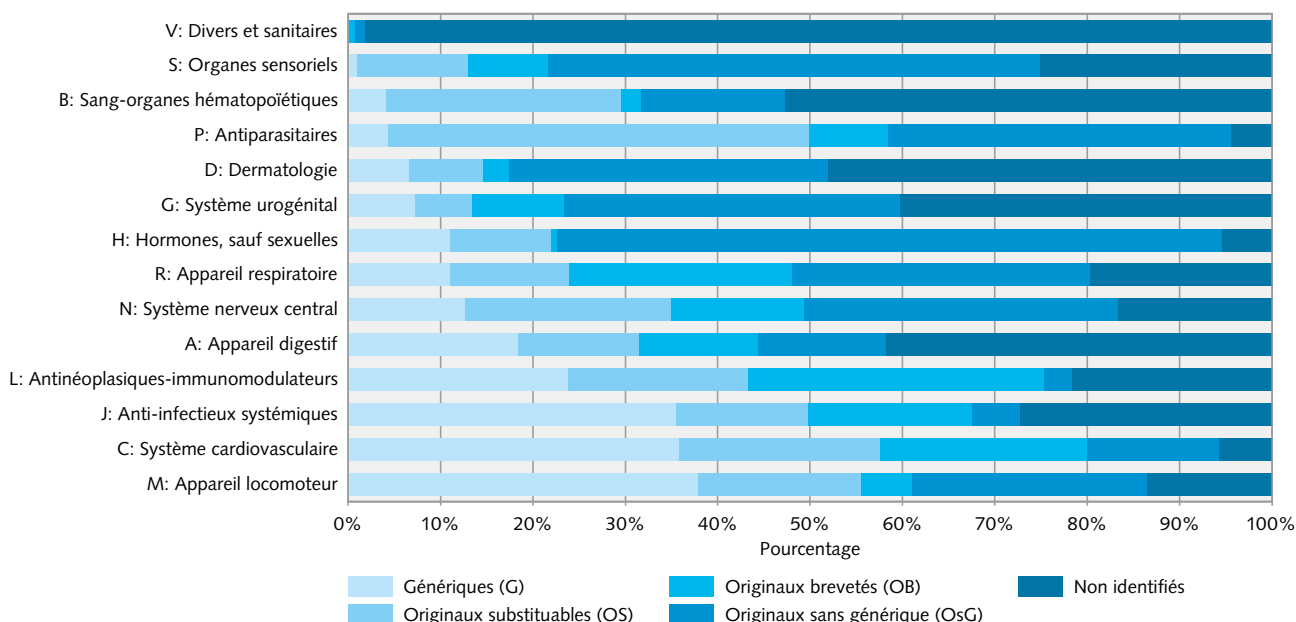
La répartition des quantités d'emballages de médicaments AOS en 2011, selon l'échéance du brevet et le statut de génériques, diffère fortement entre les groupes anatomiques principaux (figure 5.2).

Le marché ouvert aux génériques varie selon les groupes anatomiques principaux. Les groupes des anti-parasitaires (P), des anti-infectieux systémiques (J), du système cardiovasculaire (C) et de l'appareil locomoteur (M) ont le marché ouvert aux génériques le plus important (50% et plus), alors que pour les groupes des organes sensoriels (S), de la dermatologie (D) et du système urogénital (G) il représente moins de 15%.

L'importance relative des génériques varie de 0,0% pour le groupe des divers et sanitaires (V) à 37,9% pour le groupe de l'appareil locomoteur (M). Pour les groupes des anti-infectieux systémiques (J), de l'appareil locomoteur (M) et du système cardiovasculaire (C) les génériques sont les médicaments les plus délivrés. Nous reviendrons plus en détail sur la part de marché des génériques au chapitre 6.4.

Répartition des quantités (emballages) des médicaments AOS selon l'échéance du brevet et le statut de génériques, par groupe anatomique principal, 2011

Fig. 5.2



Source: Pool tarifaire SASIS AG, IMS health / Analyse Obsan

© Obsan

La catégorie des originaux brevetés contient notamment les médicaments innovants. Ces nouveautés sont bien représentées dans les groupes anatomiques des antinéoplasiques-immunomodulateurs (L), de l'appareil respiratoire (R) et du système cardiovasculaire (C). Il n'est pas surprenant que le groupe L qui comprend notamment les traitements oncologiques présente une part importante d'originaux brevetés. Il est à relever que le potentiel de développement des génériques dans ces groupes sera important lorsque ces médicaments perdront leurs brevets. A ce titre, il serait intéressant d'étudier l'évolution de la part du marché ouvert aux génériques par rapport aux originaux brevetés dans ces groupes thérapeutiques.

A contrario, dans les groupes des hormones (sauf sexuelles) (H) et des organes sensoriels (S) la part des originaux sans générique est très importante et celle des originaux brevetés relativement petite.

Les médicaments non identifiés concerne 98,1% des produits pharmaceutiques en termes de quantités du groupe divers et sanitaires (V), 52,7% du groupe Sang-organes hématopoïétiques (B) et 48,0% du groupe dermatologie (D). Pour le groupe V, il s'agit probablement de médicaments de la médecine complémentaire, de produits pour le diagnostic, et d'accessoires pour incontinence et pour stomies. Pour le groupe B il peut s'agir de substituts sanguins et de solutions pour perfusion et pour le groupe D de pansements médicamenteux et de préparations magistrales.

6 Evolution de la part de marché des génériques

Ce chapitre montre l'évolution de la part de marché des génériques, en termes de quantités, par rapport au marché des médicaments ouverts aux génériques (génériques et originaux substituables) entre 2006 et 2011. Pour cadrer ce marché, nous avons utilisé les codes G pour génériques et O pour originaux substituables tels qu'indiqués dans la Liste des spécialités. Cette source de données comprend les informations « officielles » édictées par l'OFSP nécessaires aux analyses et elles sont disponibles pour toutes les années de 2006 à 2011.

Dans la première partie, nous présentons la méthode utilisée pour reprendre et exploiter les informations de la Liste des spécialités. La deuxième partie montre l'évolution de la part de marché des génériques par rapport au marché des médicaments ouverts aux génériques, en termes de quantités, pour l'ensemble des trois fournisseurs. La troisième partie présente cette évolution pour chacun des trois fournisseurs et la dernière partie montre cette évolution selon le groupe anatomique principal.

6.1 Méthodologie

Pour estimer la part de marché des génériques par rapport au marché des médicaments ouverts aux génériques, nous considérons les 4434 médicaments ouverts aux génériques inscrits dans la Liste des spécialités (LS) de décembre 2011²⁴. Cette publication de la LS répertorie toutes les informations nécessaires aux analyses (le pharmacode, la substance active (au travers de son code ATC), le dosage, la taille de l'emballage, la forme galénique, la date d'introduction du médicament et le prix public). Les Listes des spécialités antérieures à celle de décembre 2011 sont insuffisantes pour les besoins de l'étude, car elles ne disposent pas de toutes ces informations. Le problème, engendré par l'utilisation de la LS de décembre 2011, est qu'il manque tous les médicaments ouverts aux génériques retirés de la LS pendant la période

d'analyse (2006 à 2011). Pour pallier à ce problème, nous complétons la LS de décembre 2011 avec les médicaments figurant dans la LS de janvier 2006, et ne figurant plus dans celle de décembre 2011. Ils représentent 665 médicaments. Ce nombre relativement important de médicaments reflète la dynamique du marché des génériques.

Ensuite, nous recherchons les informations nécessaires à notre étude pour ces 665 médicaments et nous complétons les informations manquantes pour les médicaments de la LS de décembre 2011.

Pour obtenir les informations sur les quantités d'emballages de ces médicaments ouverts aux génériques, nous les joignons avec la base de données du pool tarifaire. La jointure est effectuée d'après le pharmacode des médicaments. Après cette jointure, nous disposons d'une liste de 4955 génériques et originaux substituables qui représentent le marché ouvert aux génériques.

Pour une année donnée et en termes de quantités, la part de marché des génériques par rapport au marché des médicaments ouverts aux génériques est définie comme le nombre d'emballages de génériques pendant cette année divisé par la somme du nombre d'emballages de génériques et d'originaux substituables pendant cette même année.

²⁴ Nous considérons ici les pharmacodes. La LS de décembre 2011 contient 9319 pharmacodes différents pour 2788 préparations.

6.2 Evolution de la part de marché des génériques, ensemble des fournisseurs

La figure 6.1 présente, en termes de quantités, la répartition du marché des médicaments ouverts aux génériques entre la part de marché des génériques et la part de marché des originaux substituables. Ces derniers représentent, comme défini au chapitre 5.1, le potentiel de développement des génériques à court terme.

En termes de quantités, la part de marché des génériques s'élève à 47,4% du marché des médicaments ouverts aux génériques en 2006 (figure 6.1). Elle augmente en moyenne annuelle de 4,7% pour atteindre 59,5% du marché des médicaments ouverts aux génériques en 2011. L'augmentation de la part de marché des génériques est principalement due à l'accroissement du nombre d'emballages de génériques de 14,8 millions à 22,8 millions entre 2006 et 2011, puisque, durant cette même période, le nombre d'emballages d'originaux substituables diminue légèrement de 16,4 millions à 15,5 millions (annexe 5).

L'augmentation de la part de marché des génériques est particulièrement marquée entre 2009 et 2010. Entre ces deux années, il y a une diminution du nombre d'emballages d'originaux substituables de 5,1% et une forte augmentation du nombre d'emballages de génériques (+19,3%) (annexe 5). Cette augmentation marquée est principalement due à l'augmentation du nombre d'emballages de la substance fluorouracile. Nous y reviendrons lors de l'analyse de la part des génériques pour le fournisseur hôpital ambulatoire (chapitre 6.3).

Le potentiel de développement des génériques, représenté par la part de marché des originaux substituables, évolue de manière inverse à la part de marché des génériques. Ainsi, entre 2006 et 2011, il passe de 52,6% à 40,5% du marché des médicaments ouverts aux génériques.

Notons encore que la proportion des médicaments ouverts aux génériques par rapport à la quantité d'emballages de médicaments AOS reste stable pendant la période, passant de 32,4% en 2006 à 32,3% en 2011. La proportion des génériques par rapport à la quantité d'emballages de médicaments AOS augmente de 15,4% à 19,2% pendant cette même période.

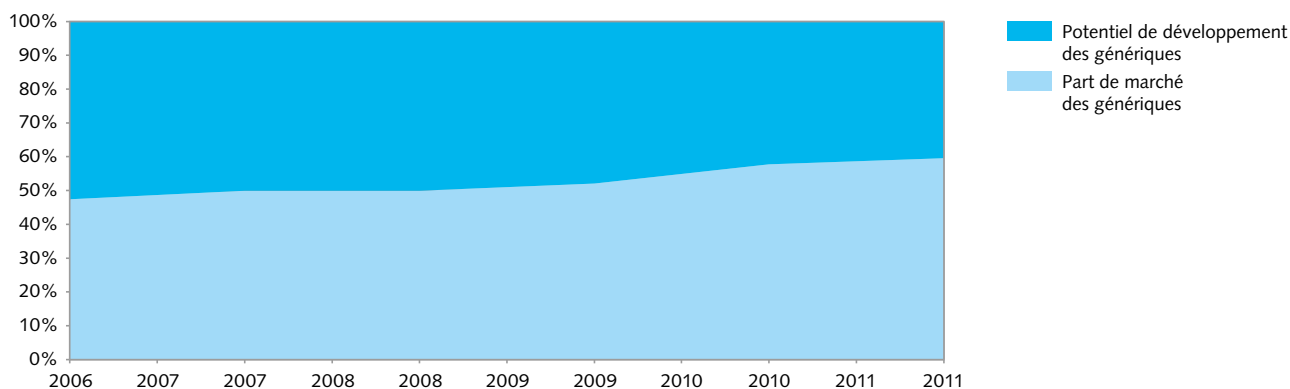
Le potentiel d'économie des génériques peut être séparé entre les économies réalisées et les économies résiduelles. Les économies effectivement réalisées grâce aux génériques correspondent aux coûts évités par l'utilisation des génériques présents sur le marché des médicaments. Les économies résiduelles correspondent aux économies supplémentaires si les génériques étaient systématiquement utilisés.

Economies résiduelles des génériques

Les économies résiduelles des génériques se trouvent dans le potentiel de développement des génériques. Ces économies sont estimées en faisant l'hypothèse que les génériques sont systématiquement utilisés, autrement dit, que la part de marché des génériques est de 100%, en termes de quantités, dans le marché des médicaments ouverts aux génériques.

Evolution de la part de marché et du potentiel de développement des génériques en termes de quantités dans le marché des médicaments ouverts aux génériques, 2006 à 2011

Fig. 6.1



Source: Pool tarifaire SASIS SA, Liste des spécialités OFSP (décembre 2011) / Analyse Obsan

© Obsan

Concrètement, nous estimons ces économies en multipliant le nombre d'emballages d'originaux substituables par le coût unitaire moyen des génériques²⁵. Entre 2006 et 2011, les économies résiduelles des génériques par rapport aux coûts des médicaments AOS tendent à diminuer, elles passent de 11,0% à 3,7% (figure 6.2).

Cette diminution est probablement la conséquence de plusieurs facteurs et de leurs interactions. Premièrement, l'augmentation de la part de marché des génériques engendre une réduction du potentiel de développement des génériques (figure 6.1), ce qui tend à diminuer les économies résiduelles. Deuxièmement, la différence du coût unitaire moyen entre les génériques et les originaux substituables se réduit en passant de 29,9 francs en 2006 à 12,7 francs en 2011. Au chapitre 8, ce constat est discuté par rapport aux prix publics. Cette réduction de la différence entre les coûts unitaires moyens tend aussi à diminuer les économies résiduelles. Enfin, la proportion des médicaments ouverts aux génériques par rapport aux médicaments AOS reste relativement stable pendant la période. Ce n'est donc pas un facteur conduisant à la diminution des économies résiduelles.

Cette estimation doit être interprétée avec prudence. En effet, elle considère que tous les originaux substituables peuvent être substitués par tous les génériques. Une analyse plus détaillée montre que ce n'est pas toujours le cas (chapitre 7) et que les économies résiduelles présentées à la figure 6.2 sont surestimées.

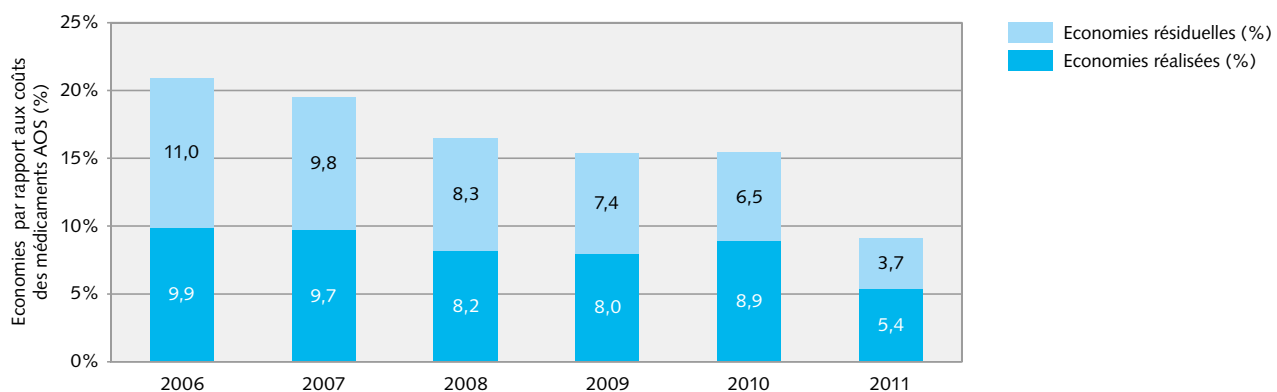
Economies réalisées grâce aux génériques

Il est aussi possible d'estimer les économies réalisées grâce aux génériques. Elles correspondent aux coûts supplémentaires encourus si les génériques n'étaient pas présents sur le marché des médicaments. Pour les estimer, nous multiplions les quantités d'emballages de génériques par le coût unitaire moyen des originaux substituables. Entre 2006 et 2011, les économies réalisées grâce aux génériques en pourcentage des coûts des médicaments AOS sont tendanciellement à la baisse (figure 6.2). En 2006, elles s'élevaient à 9,9% des coûts des médicaments AOS, alors qu'en 2011 elles s'élèvent à 5,4%. Néanmoins en 2010, les économies réalisées (en pourcentage) sont plus élevées que celles des années adjacentes. Cela tient probablement à la forte croissance du nombre d'emballages des génériques (annexe 5). Plus le nombre d'emballages de génériques est élevé, plus les économies réalisées grâce à ces derniers sont grandes.

La raison principale de cette tendance à la baisse réside certainement dans la différence du coût unitaire moyen entre les génériques et les originaux substituables qui tend à s'amenuiser au cours du temps. Compte tenu de la baisse des prix des originaux généralement observée à l'échéance des brevets et à l'entrée des génériques, les économies réalisées deviennent de plus en plus faibles. Les économies telles que nous les avons calculées ici ne permettent pas d'estimer ni l'impact des mesures

Evolution des économies résiduelles des génériques et des économies réalisées grâce aux génériques par rapport aux coûts des médicaments AOS, 2006 à 2011

Fig. 6.2



Source: Pool tarifaire SASIS SA, liste des spécialités OFSP (décembre 2011) / Analyse Obsan

© Obsan

²⁵ Nous utilisons le coût unitaire moyen et non le prix public pour être cohérent avec les analyses du chapitre 7.

fédérales pour baisser les prix des médicaments ni le rôle des génériques sur le prix des originaux substituables. Pour illustrer ces influences conjointes, quelques exemples d'évolution des prix de médicaments ouverts aux génériques sont présentés dans le chapitre 8.

6.3 Evolution de la part de marché des génériques par fournisseur

En termes de quantités et par type de fournisseurs, l'évolution de la part de marché des génériques dans le marché des médicaments ouverts aux génériques montre trois aspects importants (figure 6.3). Premièrement, pour les trois fournisseurs cette part a tendance à augmenter. Cependant, le niveau de la part des génériques diffère fortement entre les trois fournisseurs. Pour les cabinets privés, la part de marché des génériques se situe à environ 13 points de pourcentage en dessus de celle des pharmacies. Dans l'hôpital ambulatoire, la part de marché des génériques est la plus basse des trois fournisseurs jusqu'en 2009. Pour les deux dernières années, elle augmente et se situe au niveau de celle des pharmacies.

Ces constats se reflètent dans d'autres études (Shrank, Cox et al. 2009; Decollogny, Eggli et al. 2011): la lourdeur des pathologies des patients jouent certainement un rôle dans le faible taux de substitution de l'hôpital ambulatoire, la substitution étant plus délicate lors de traitements complexes. En ce qui concerne la dispensation de médicaments dans les cabinets médicaux, deux études (Liu, Yang et al. 2009; Rischatsch, Trottmann et al. 2013)

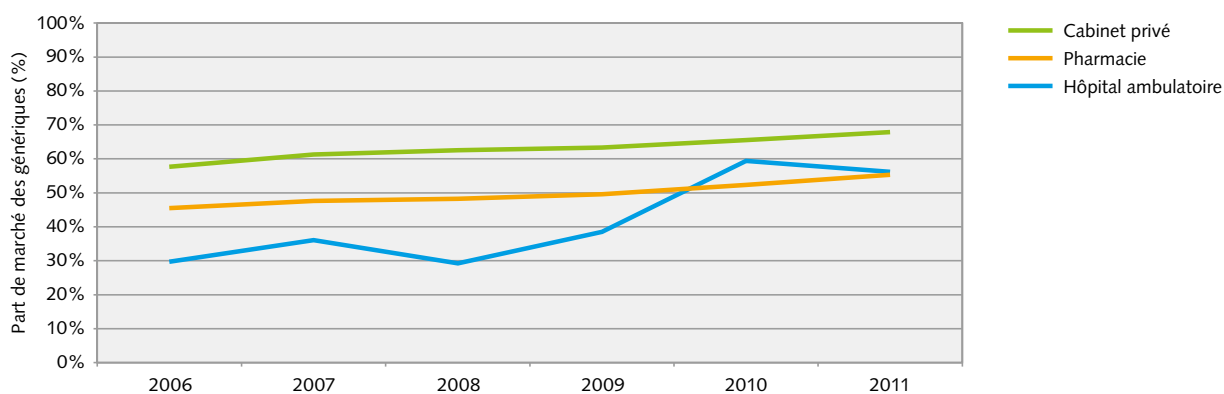
font l'hypothèse que le choix est en partie influencé par des incitations financières, ce qui tendrait à favoriser la prescription de génériques dans les cas où ces derniers rapportent des marges plus élevées que les produits originaux.

Le troisième aspect important est que la part de marché des génériques croît progressivement pour les cabinets privés et les pharmacies, alors que pour l'hôpital ambulatoire elle augmente à des taux variables. En effet, entre 2007 et 2008, elle diminue, alors qu'entre 2008 et 2010, elle augmente très fortement. Sur l'ensemble de la période, la part de marché des génériques augmente de 29,7% à 56,2% (augmentation annuelle moyenne de 13,6%).

Les variations, entre 2006 et 2011, de la part de marché des génériques dans l'hôpital ambulatoire semblent être principalement liées aux variations des quantités de génériques et d'originaux substituables appartenant au groupe anatomique principal antinéoplasiques et immunomodulateurs (L) qui regroupent principalement des anticancéreux. Les substances fluorouracile et gemcitabine jouent un rôle important dans l'augmentation de la part de marché des génériques entre 2008 et 2010 pour l'hôpital ambulatoire. Pour la première substance, le nombre d'emballages de génériques augmente significativement, alors que la variation du nombre d'emballages d'originaux substituables est faible. Pour la seconde substance, le nombre d'emballages de génériques varie peu, alors que le nombre d'emballages d'originaux substituables diminue significativement.

Evolution de la part de marché des génériques dans le marché des médicaments ouverts aux génériques, par fournisseur, 2006 à 2011

Fig. 6.3



Source: Pool tarifaire SASIS SA, Liste des spécialités OFSP (décembre 2011) / Analyse Obsan

© Obsan

6.4 Evolution de la part de marché des génériques par groupe anatomique principal

En termes de quantités, la part de marché des génériques dans le marché des médicaments ouverts aux génériques varie fortement entre les groupes anatomiques principaux (figure 6.4). Elle est en dessus de 50% pour les groupes des divers et sanitaires (V), de l'appareil locomoteur (M), des anti-infectieux systémiques (J), de l'appareil respiratoire (R), du système cardiovasculaire (C) et de la dermatologie (D). Par contre, elle est relativement faible pour les groupes du sang et des organes hématopoïétiques (B), des organes sensoriels (S), des antiparasitaires (P) et du système nerveux central (N). Il n'est pas étonnant de retrouver le groupe J, anti-infectieux systémiques, dans les groupes dont la part de marché des génériques est importante. Ce sont des médicaments qui sont généralement utilisés dans des cas aigus et rarement de façon chronique. Il est plus aisé de changer de médicaments avec des traitements de courtes durées, cas aigus, que lors de traitements de longues durées, maladies chroniques. Pour les nouveaux patients affectés par des maladies chroniques et si les possibilités thérapeutiques le permettent, il est possible d'instaurer dès le début un traitement avec des génériques ce qui permet d'autant plus d'économie pour ces traitements à long terme. Ainsi, le groupe C, système cardiovasculaire, possède déjà une part de marché des génériques relativement élevée et ce groupe comprend des médicaments à prendre de façon chronique, tels les antihypertenseurs. Le groupe N, système nerveux central, qui regroupe notamment des médicaments destinés à des traitements chroniques, tels les antiépileptiques et les neuroleptiques, a quant à lui une part de marché des génériques relativement restreinte. En ce sens, la durée des traitements n'explique pas complètement la faible part de marché des génériques. Pour les médicaments du groupe N, c'est la marge thérapeutique étroite ou le risque de perturber un patient stabilisé qui peuvent expliquer que des changements ne sont pas mis en œuvre (Kramer, Biraben et al. 2007; Yamada et Welty 2011).

L'évolution de la part de marché des génériques diffère également entre les groupes anatomiques principaux. Elle varie fortement entre les années pour les groupes des divers et sanitaires (V), des antinéoplasiques-immunomodulateurs (L), du système urogénital (G) et du sang et des organes hématopoïétiques (B). Alors que pour les autres groupes, elle a tendance à augmenter progressivement. A l'exception du groupe L, antinéoplasiques-immunomodulateurs, les groupes dont la variation est forte, ont des quantités d'emballages de médicaments ouverts aux génériques relativement petites (annexe 6). De ce fait, la part de marché des génériques est plus sensible aux changements de quantités.

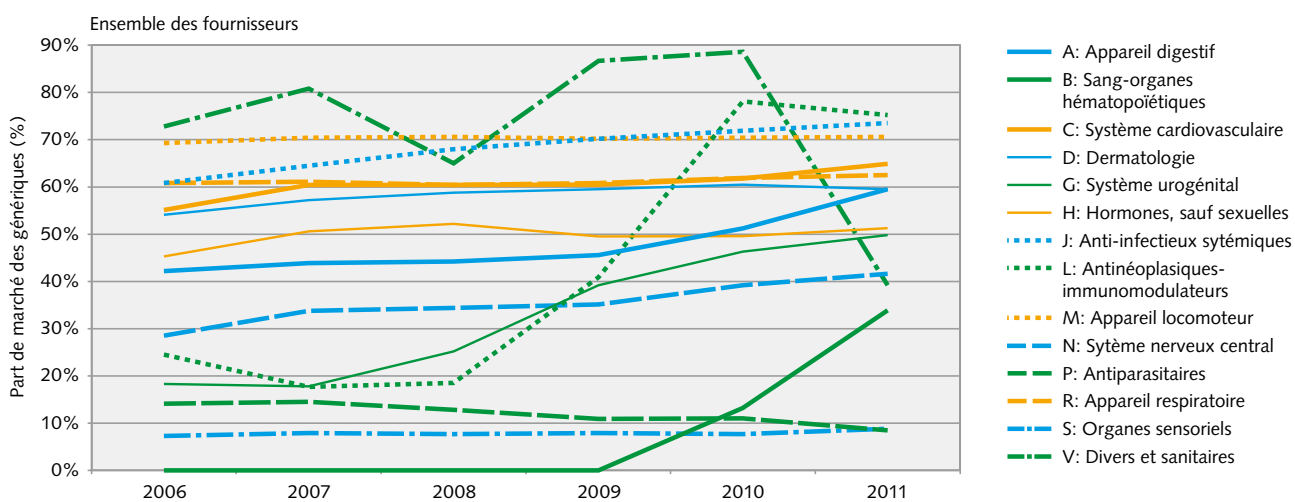
Le groupe anatomique principal B, sang et organes hématopoïétiques, a une part de marché des génériques nulle jusqu'en 2010. A cette date, une substance active (clopidogrel) est arrivée sur le marché des médicaments ouverts aux génériques et avec l'arrivée de ces génériques la part de marché a augmenté fortement à 33,9% en 2011. Les génériques ont rapidement été prescrits et pris des parts de marché aux originaux substituables. Dans d'autres groupes anatomiques, ce n'est pas toujours le cas.

La part de marché des génériques pour le groupe anatomique principal G, système urogénital, augmente plus fortement que celle de la plupart des autres groupes. Elle passe de 18,3% à 49,8% entre 2006 et 2011 et pendant cette période, beaucoup de génériques sont arrivés sur le marché, notamment la substance tamsulosine en 2008 et 2009.

La part de marché des génériques du groupe anatomique principal L, antinéoplasiques immunomodulateurs, qui regroupe notamment les anticancéreux varie fortement pendant la période étudiée. L'évolution de ce groupe reflète celle du fournisseur hôpital ambulatoire (voir figure 6.3). Entre 2006 et 2007, la part de marché des génériques baisse de 24,5% à 17,7%, puis elle augmente jusqu'à 75,2% en 2011. La forte augmentation entre 2008 et 2010 provient de l'augmentation du nombre d'emballages de deux génériques ayant comme substance le fluorouracile et d'une baisse de quantités d'emballages d'un original substituable ayant comme substance la gemcitabine.

Evolution de la part de marché des génériques dans le marché des médicaments ouverts aux génériques selon le groupe anatomique principal, 2006 à 2011

Fig. 6.4



Source: Pool tarifaire SASIS SA, Liste des spécialités OFSP (décembre 2011) / Analyse Obsan

© Obsan

Le part de marché des génériques du groupe V, divers et sanitaires, varie fortement entre les années. Comme les quantités d'emballages de médicaments ouverts aux génériques sont relativement limitées (annexe 6) dans ce groupe, une faible variation de quantités d'emballages d'un générique ou d'un original substituable peut avoir une influence importante sur la part de marché des génériques.

Les parts de marché de chaque groupe anatomique principal, de 2006 à 2011, dans le marché des médicaments ouverts aux génériques sont présentées à l'annexe 6. En termes de quantités d'emballages, les médicaments les plus souvent délivrés concernent les groupes du système nerveux (N), du système cardiovasculaire (C), de l'appareil digestif (A) et de l'appareil locomoteur (M). En 2011, ces quatre groupes représentent 69,7% du marché des médicaments ouverts aux génériques. Il est à relever la forte croissance de la part de marché du groupe des antinéoplasiques et immunomodulateurs (L) qui passe de 3,3% en 2006 à 10,3 en 2011.

La part de marché des génériques et son évolution sont très variées selon le groupe anatomique principal. Cette hétérogénéité suggère que les spécificités des médicaments reflétées dans les groupes anatomiques principaux (traitements chroniques, traitements aigus, prévention, grands risques si échec thérapeutique, marge thérapeutique étroite, etc.) jouent un rôle important dans la substitution et donc influencent fortement la part de marché des génériques.

7 Economies résiduelles des génériques lors d'une substitution plus étendue

Ce chapitre est consacré aux économies résiduelles des génériques. Précédemment, nous avons calculé les économies résiduelles des génériques (chapitre 6.2), en faisant l'hypothèse que n'importe quel original substituable peut être substitué par n'importe quel générique. Or certains médicaments du marché ouverts aux génériques inscrits dans la Liste des spécialités ne peuvent pas être pris en compte. En effet, il y a des originaux substituables qui n'ont pas d'équivalent dans les génériques et des génériques qui n'ont pas d'équivalent dans les originaux substituables (du point de vue des critères mentionnés ci-dessous). Il nous est paru important pour tenir compte de la faisabilité dans la pratique médicale d'identifier quels médicaments sont interchangeables pour calculer un potentiel d'économie résiduelle sous l'hypothèse d'une substitution plus étendue.

La première partie explique la démarche pour la sélection des médicaments ouverts aux génériques et pour la création des groupes de substitution. La deuxième partie expose les trois scénarios mis en place pour évaluer les économies résiduelles des génériques, la troisième partie présente la méthode pour estimer les coûts découlant des trois scénarios. La dernière partie montre et discute les résultats.

7.1 Création des groupes de substitution

Le but de cette démarche est donc d'identifier les médicaments qui peuvent effectivement être substitués selon des critères découlant de l'Ordonnance administrative édictée par Swissmedic²⁶. Nous considérons une substitution comme possible si: la substance active, le dosage, la taille de l'emballage et la forme galénique sont identiques. Ces critères pharmaceutiques ne tiennent pas compte de l'opportunité clinique d'une substitution dans la pratique médicale et des spécificités des patients.

A partir de la liste des 4955 médicaments ouverts aux génériques de janvier 2006 à décembre 2011 (présentée au chapitre 6.1), les médicaments qui sont substituables entre eux sont regroupés. Nous créons, à cet effet, des groupes de substitution d'après les critères de substituable énoncés ci-dessus. Dans les faits, un groupe de substitution doit comprendre au minimum un générique et un original substituable dont leur(s) substance(s) active(s) (identifiée(s) par son/leur code ATC), leur dosage et leur forme galénique sont identiques et leur taille d'emballage comparable. Une marge de 7% au maximum sur la taille des emballages est laissée. Ce choix volontairement restrictif touche quelques petits emballages pour lesquels les comprimés en surplus neutralisent la différence de prix. Par contre un original substituable de 28 pièces est considéré comme interchangeable avec un générique de 30 pièces et vice-versa, pour autant qu'il réponde aux autres critères. Pour valider l'interchangeabilité, nous tenons compte des formes galéniques et si un comprimé peut remplacer une capsule, un comprimé standard ne peut pas remplacer un comprimé dispersible ou une forme sublinguale.

Nous obtenons ainsi 720 groupes de substitution, comprenant 3913 médicaments ouverts aux génériques. Ces 720 groupes de substitution comprennent tous les médicaments ouverts aux génériques de la période entre 2006 et 2011, y compris ceux qui sont entrés dans la Liste des spécialités et ceux qui en sont sortis pendant cette période. Ainsi, pour une année donnée certains groupes violent le premier critère de substituable: avoir au minimum un générique et un original substituable.

Pour prendre en compte uniquement les groupes de substitution qui répondent aux critères susmentionnés à une année donnée, nous créons deux variables de contrôle. La première variable de contrôle est la date de création du groupe de substitution qui correspond à la date d'introduction du générique le plus ancien. Pour un groupe de substitution donné, avant la date de création, le groupe de substitution n'existait pas puisqu'il n'y avait pas de générique. La seconde variable de contrôle est la date de

²⁶ Swissmedic Ordonnance administrative / Instructions / Demandes d'autorisation de génériques 29.08.2012 www.swissmedic.ch

Tab. 7.1 Quantités (emballages) et coûts (CHF) des médicaments ouverts aux génériques contenus dans les groupes de substitution, 2006 à 2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Quantités de génériques	12 307 840	13 177 862	13 474 601	14 193 725	16 554 361	18 500 058
Quantités d'originaux substituables	13 763 492	13 737 890	13 882 423	13 937 105	13 240 247	12 722 913
Coûts des génériques	447 651 626	451 827 642	477 251 232	510 488 753	543 161 034	578 415 631
Coûts des originaux substituables	977 396 953	900 929 925	890 071 101	854 752 956	737 466 644	581 940 419

Sources: Pool tarifaire SASIS SA, Liste des spécialités OFSP (décembre 2011) / Analyse Obsan

© Obsan

fin du groupe de substitution qui correspond à l'année de retrait de la Liste des spécialités du dernier générique du groupe de substitution. Cette variable permet de ne pas tenir compte des groupes de substitution dont il n'existerait plus de générique dans la Liste des spécialités. Par exemple, pour 2006, seuls les groupes de substitution dont la date de création est antérieure au 1^{er} janvier 2007 et dont la date de retrait est postérieure au 31 décembre 2006 sont pris en considération.

Les quantités d'emballages et les coûts des médicaments ouverts aux génériques contenus dans les groupes de substitution sont présentés au tableau 7.1. L'application des critères de substituabilité engendre une diminution des quantités d'emballages de génériques d'environ 20% et des quantités d'emballages des originaux substituables d'environ 15% par rapport aux quantités du chapitre 6 (annexe 5) où l'ensemble des médicaments ouverts aux génériques sont pris en considération.

Les médicaments non considérés par les critères de substituabilité sont des originaux substituables qui n'ont pas de génériques, des génériques qui n'ont pas d'originaux substituables et des couples génériques-originaux substituables qui violent le critère du dosage, de la forme galénique ou de la taille de l'emballage.

7.2 Scénarios

Pour estimer les économies résiduelles des génériques, nous définissons trois scénarios à considérer lorsqu'une substitution est possible (selon les critères énumérés au chapitre 7.1). Le premier considère une substitution systématique. La part de marché des génériques est donc équivalente à 100% du marché des médicaments ouverts aux génériques. Dans le deuxième scénario, les originaux substituables sont remboursés par l'AOS et lorsqu'un générique est délivré, seul un montant équivalent au générique le moins cher (en termes de coût

unitaire) est remboursé par l'AOS. Le troisième scénario considère que le montant remboursé est équivalent au générique le moins cher, en termes de coût unitaire. Dans le choix du générique avec le coût unitaire le plus bas (scénarios 2 et 3), sont pris en considération uniquement les génériques qui ont été délivrés au moins une fois durant l'année étudiée. Cette condition s'applique aux trois fournisseurs séparément de façon à valider leur disponibilité sur le marché.

1. Substitution systématique. La part de marché des génériques est équivalente à 100% des médicaments ouverts aux génériques.
2. Remboursement du générique le moins cher: lorsqu'un générique est remis, seul le moins cher, en termes de coûts unitaires, est remboursé. Les originaux substituables sont remboursés.
3. Le montant du générique le moins cher, en termes de coût unitaire, est remboursé. Ce scénario peut être assimilé à un système de prix de référence où le prix de référence est fixé au coût unitaire du générique le moins cher en termes de coût unitaire.

Dans le premier scénario, deux facteurs influencent les économies résiduelles: la part de marché des génériques dans le marché des médicaments ouverts aux génériques et la différence, à l'intérieur d'un groupe de substitution, du coût unitaire entre les originaux substituables et les génériques. La part de marché des génériques est négativement corrélée avec les économies résiduelles, c'est-à-dire que toutes choses étant égales par ailleurs, plus elle sera élevée moins ces économies seront grandes (nous avons discuté de cette relation aux chapitres 5.1 et 6.2). La différence moyenne du coût unitaire entre les originaux substituables et les génériques, est quant à elle positivement corrélée avec les économies résiduelles. En effet, plus cette différence moyenne est grande, plus le fait de remettre un générique à la place d'un original

substituables engendrera des économies importantes (pour autant que le coût unitaire des génériques soit moins élevé que celui des originaux substituables).

Dans le deuxième scénario, deux facteurs influencent les économies résiduelles: la part de marché des génériques et la différence de coût unitaire entre le générique délivré et celui dont le coût unitaire est le plus bas, à l'intérieur d'un groupe de substitution. Dans ce cas, la part de marché des génériques est positivement corrélée avec les économies résiduelles. Toutes choses étant égales par ailleurs, plus le nombre de génériques délivrés est important, plus ces économies, en délivrant un générique ayant un coût unitaire plus bas, seront grandes. La différence, à l'intérieur d'un groupe de substitution, du coût unitaire entre le générique délivré et celui dont le coût unitaire est le plus bas est aussi positivement corrélé avec les économies résiduelles.

Dans le troisième scénario, la différence entre le coût unitaire du médicament délivré et le coût unitaire des médicaments dont le coût unitaire est le plus bas influence les économies résiduelles. Cette corrélation est positive.

7.3 Méthodologie

La première étape consiste à estimer les coûts des médicaments ouverts aux marchés des génériques faisant partie des groupes de substitution pour l'année 2011.

Ensuite, nous estimons les coûts encourus par la réalisation du premier scénario (part de marché des génériques égale à 100%). De manière succincte, les quantités d'emballages d'originaux substituables sont attribuées aux génériques. Puis, les nouvelles quantités de génériques sont multipliées par le coût unitaire²⁷ (coûts divisés par nombre d'emballages) des génériques.

Dans les détails, nous estimons les coûts encourus par la réalisation du premier scénario en deux étapes. Premièrement, pour chaque groupe de substitution, nous répartissons les quantités d'emballages d'originaux substituables entre les différents génériques du groupe de substitution. Nous utilisons comme clé de répartition la part de marché de chaque générique par rapport à l'ensemble des génériques du groupe de substitution. Ainsi après cette répartition, chaque groupe de substitution a une nouvelle quantité d'emballages de génériques et

une nouvelle quantité d'emballages d'originaux substituables qui est nulle. Partant, la part de marché des génériques est de 100% et la quantité d'emballages de médicaments ouverts aux génériques reste inchangée. Ensuite, le coût de chaque générique est estimé en multipliant sa nouvelle quantité d'emballages par son coût unitaire. La somme des coûts de chaque générique donne les coûts découlant du premier scénario.

Dans le cas du deuxième scénario, les quantités d'emballages et les coûts des originaux substituables restent inchangés. À l'intérieur d'un groupe de substitution, nous attribuons les quantités d'emballages de tous ses génériques au générique dont le coût unitaire est le plus bas. Ensuite, les quantités d'emballages de ce générique sont multipliées par son coût unitaire pour obtenir le coût des génériques d'un groupe de substitution. La somme des coûts des originaux substituables et des coûts des génériques de tous les groupes de substitution donne les coûts du deuxième scénario.

Dans le troisième scénario, seul le montant du générique le moins cher est remboursé. Par groupe de substitution, les quantités d'emballages de l'original substituable et des génériques sont attribuées au générique dont le coût unitaire est le plus faible. L'addition des coûts du générique dont le coût unitaire est le plus bas pour chaque groupe de substitution donne les coûts encourus lors de la réalisation du troisième scénario.

²⁷ Nous utilisons le coût unitaire et non le prix public. Cela permet de tenir compte des éventuels rabais, de la RBP et de pouvoir comparer les coûts avec ceux des chapitres précédents. Le coût unitaire d'un médicament peut être différent selon le fournisseur.

7.4 Résultats

Le tableau 7.2 présente l'impact en termes de coûts des trois différents scénarios décrits au chapitre 7.2. La première colonne contient les trois fournisseurs, l'ensemble des fournisseurs correspond à la somme des résultats des trois fournisseurs. La deuxième colonne présente les trois scénarios. La troisième colonne «Coûts observés» correspond aux coûts des médicaments ouverts aux génériques contenus dans les groupes de substitution en 2011. Pour l'ensemble des fournisseurs, ils s'élèvent à 1'160,3 millions de francs, soit environ 21,8% des coûts des médicaments AOS. La colonne «Coûts hypothétiques» représente les coûts des médicaments ouverts aux génériques contenus dans les groupes de substitution si l'un des scénarios se réalise. La 5^e colonne «Potentiel d'économie (CHF)» indique la différence, en francs, entre les coûts observés et les coûts hypothétiques. Cette différence représente les économies résiduelles. La dernière colonne correspond aux économies résiduelles (5^e colonne) en pourcent des coûts observés (3^e colonne).

- **Scénario 1: Substitution systématique: les génériques ont 100% de part de marché dans le marché des médicaments ouverts aux génériques**

Pour l'ensemble des fournisseurs, si la part de marché des génériques dans le marché des médicaments ouverts aux génériques était équivalente à 100%, les coûts de ces derniers s'élèveraient à 1115,4 millions de francs, soit des économies résiduelles de 44,9 millions de francs. Ces économies représentent 0,8% des coûts des médicaments AOS. Le fait qu'elle soient restreintes est plutôt étonnant, ce résultat mérite donc d'être analysé plus en détail, à la lumière des résultats par fournisseur.

Les économies résiduelles de l'ensemble des fournisseurs sont fortement péjorées par l'hôpital ambulatoire. En effet, pour ce fournisseur les économies résiduelles sont négatives (-88,7 millions de francs). Elles sont positives pour les deux autres fournisseurs (34,0 millions de francs pour les cabinets privés et 99,6 millions francs pour les pharmacies). Les économies résiduelles négatives de l'hôpital ambulatoire s'expliquent en partie par le fait que le coût unitaire des génériques est 11,3 francs plus élevé que celui des originaux substituables (annexe 7).

De plus, cette différence devient plus grande si pour chaque groupe de substitution la différence entre le coût unitaire des génériques et celui des originaux substituables est pondérée par la quantité d'emballages

d'originaux substituables. Cela veut dire que le coût unitaire des originaux substituables est plus faible que celui des génériques principalement pour les groupes de substitution où la quantité d'originaux substituables est grande. La corrélation entre la quantité d'emballages des originaux substituables et la différence de coût unitaire entre les originaux substituables et les génériques n'est pas significative pour les deux autres fournisseurs (annexe 9). Il est probable que ce constat provienne de stratégies marketing qui tendent à promouvoir, par une politique de prix avantageuse, certains originaux substituables dans les hôpitaux.

- **Scénario 2: Remboursement du générique le moins cher: lorsqu'un générique est remis, seul le montant équivalant au générique le moins cher, en termes de coûts unitaires, est remboursé**

Pour l'ensemble des fournisseurs, le deuxième scénario engendre des coûts des médicaments ouverts aux génériques de 1041,6 millions de francs et des économies résiduelles de 118,7 millions de francs (tableau 7.2). Ces économies représentent environ 2,2% des coûts des médicaments AOS.

Pour les trois fournisseurs les économies résiduelles sont positives. En francs, elles sont les plus importantes pour les pharmacies (59,3 millions de francs). Par contre, en pourcent des coûts observés de chaque fournisseur, elles sont plus importantes pour les cabinets privés (14,6%). Il est à relever que les économies résiduelles sont plus grandes pour les cabinets privés en délivrant le générique dont le coût unitaire est le plus faible plutôt qu'en délivrant plus de génériques. C'est le constat inverse dans les pharmacies.

- **Scénario 3: Système de prix de référence où le prix de référence est fixé au coût unitaire du générique le moins cher en termes de coût unitaire**

Pour l'ensemble des fournisseurs, les coûts encourus par la réalisation de ce scénario s'élèvent à 900,4 millions de francs. Les économies résiduelles sont de 259,9 millions francs, soit environ à 4,9% des coûts des médicaments remboursés par l'AOS.

A nouveau les économies résiduelles pour l'hôpital ambulatoire sont négatives. Les raisons évoquées au scénario 1 s'appliquent aussi ici.

Une certaine nuance doit être apportée aux résultats des scénarios deux et trois. Le choix du générique dont le coût unitaire est le plus bas peut s'avérer délicat. En effet, certains génériques ont une part de marché très petite à l'intérieur de leur groupe de substitution.

Il peut s'agir de génériques peu disponibles chez les grossistes de médicaments, ou de génériques qui pour une raison ou une autre sont dans la pratique difficilement prescrits. Dans le cas où c'est précisément ces génériques qui ont le coût unitaire le plus petit, une analyse détaillée devrait être menée pour justifier ou non ce choix comme prix de référence. Dans le cadre de notre étude, ce travail n'a pas été effectué.

En considérant les scénarios proposés les économies résiduelles des génériques, pour l'ensemble des fournisseurs, sont relativement faibles par rapport aux coûts des médicaments AOS (0,8% pour le scénario 1, 2,2% pour le scénario 2 et 4,9% pour le dernier scénario).

Les économies résiduelles pour l'ensemble des fournisseurs sont péjorées par l'hôpital ambulatoire. En excluant ce fournisseur, les économies résiduelles du premier scénario et celles du dernier augmenteraient fortement et se situeraient respectivement à 133,7 millions de francs et à 319,9 millions de francs.

A ce titre, au chapitre 6.2, les économies résiduelles des génériques (si ces derniers représentent 100% du marché des médicaments ouverts aux génériques) ont été évaluées en prenant en compte l'ensemble des médicaments ouverts aux génériques de la Liste des spécialités sans tenir compte des groupes de substitution. En 2011, ces économies pour l'ensemble des fournisseurs s'élevaient à 3,7% des coûts des médicaments

AOS (figure 6.2). En comparaison à notre méthode qui estime de manière plus précise les économies résiduelles des génériques (0,8%) ces économies sont largement surestimées.

En outre, les économies résiduelles relativement restreintes viennent aussi du fait que la part des médicaments ouverts aux génériques par rapport aux médicaments AOS est limitée. En effet, si on considère uniquement les médicaments ouverts aux génériques contenu dans les groupes de substitution (tableau 7.1), ils représentent, en termes de quantités d'emballages, 26,3% des médicaments AOS. En considérant, l'ensemble des médicaments ouverts aux génériques contenus dans la Liste des spécialités (chapitre 6.2 et annexe 5), ils représentent 32,3% des médicaments AOS.

Les faibles économies résiduelles des génériques en 2011 ne doivent pas pour autant remettre en question leur utilité dans la modération de l'augmentation des coûts des médicaments. Dans ce chapitre, nous n'avons pas abordé la thématique des économies réalisées grâce aux génériques. Nous nous sommes limités à traiter les économies résiduelles des génériques. Le chapitre 6.2 a présenté de manière simplifiée une estimation des économies réalisées grâce aux génériques. Ensuite, le chapitre 8 présente l'évolution des prix de certains médicaments ouverts aux génériques et met en lumière l'influence des génériques dans la baisse des prix des originaux substituables.

Tab.7.2 Economies résiduelles (CHF et %) des génériques, ensemble des fournisseurs et par fournisseur, 2011

Fournisseur	Scénario	Coûts observés	Coûts hypothétiques	Economies résiduelles (CHF)	Economies résiduelles (%)
Cabinet privé	Part de marché	391 228 568	357 211 987	34 016 581	8,7
	Coût unitaire	391 228 568	334 149 935	57 078 633	14,6
	Prix de référence	391 228 568	279 663 546	111 565 022	28,5
Pharmacie	Part de marché	725 513 179	625 826 415	99 686 764	13,7
	Coût unitaire	725 513 179	666 215 931	59 297 248	8,2
	Prix de référence	725 513 179	517 182 078	208 331 101	28,7
Hôpital ambulatoire	Part de marché	43 614 302	132 414 274	-88 799 972	-203,6
	Coût unitaire	43 614 302	41 287 087	2 327 216	5,3
	Prix de référence	43 614 302	103 609 215	-59 994 913	-137,6
Ensemble des fournisseurs	Part de marché	1 160 356 050	1 115 452 676	44 903 373	3,9
	Coût unitaire	1 160 356 050	1 041 652 953	118 703 097	10,2
	Prix de référence	1 160 356 050	900 454 840	259 901 210	22,4

Sources: Pool tarifaire SASIS SA, Liste des spécialités OFSP (décembre 2011)/Analyse Obsan

© Obsan

Notes: la 3^e colonne «coûts observés» correspond aux coûts des médicaments ouverts aux génériques compris dans les groupes de substitution; la 4^e colonne «coûts hypothétiques» correspond aux coûts des médicaments ouverts aux génériques compris dans les groupes de substitution lors de la réalisation du scénario; la 5^e correspond aux économies résiduelles des génériques (3^e colonne – 4^e colonne); la dernière colonne correspond aux économies résiduelles en pourcent des coûts observés.

8 Evolution des prix des médicaments ouverts aux génériques

Dans ce chapitre nous abordons l'évolution du prix de quelques médicaments ouverts aux génériques dans le but de donner une vue préliminaire de l'influence de l'entrée des génériques et des différentes mesures prises par les autorités fédérales pour réduire les coûts des médicaments. Il est difficile de séparer les effets de l'échéance du brevet et de l'entrée des génériques de l'impact des mesures de régulation. Toutefois, et même si le temps dédié à notre étude ne nous a pas permis d'estimer l'impact de la baisse des prix médicaments ouverts aux génériques sur les coûts des médicaments, il est intéressant de prendre connaissance de la diminution progressive des prix publics de quelques médicaments ouverts aux génériques souvent prescrits.

Les différentes mesures prises par les autorités fédérales pour diminuer les coûts des médicaments sont résumées dans le tableau 8.1. Ces mesures sont relativement fréquentes, de nature variable et elles touchent parfois tous les médicaments parfois partiellement certains groupes de médicaments ou elles concernent plus particulièrement les génériques²⁸.

L'impact des mesures mises en œuvre pour réduire les coûts des médicaments se reflète de différentes manières dans les exemples présentés ci-dessous. Nous avons choisi cinq originaux substituables ayant des génériques sur le marché suisse et dont les quantités prises en charge par l'AOS sont parmi les plus importantes dans les données analysées pour l'année 2011. Il s'agit de l'amoxicilline 875 mg associée à l'acide clavulanique 125 mg 12 pièces, appelés co-amoxicilline dans la suite du rapport (antibiotique, pénicilline avec inhibiteur des bêta-lactamases), du zolpidem 10 mg 30 comprimés (hypnotique, sédatif), du pantoprazole 40 mg 60 comprimés (antiulcéreux, inhibiteur de la pompe à protons (IPP)), du torasémide 10 mg 100 comprimés (diurétique) et du diclofenac rapide 50 mg 20 comprimés

(anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS))²⁹. Le choix de ces produits n'est donc pas représentatif du marché global et les baisses de prix public présentées ici ne doivent pas présumer de l'évolution des prix des produits innovants et de ceux encore au bénéfice d'un brevet.

Compte tenu que notre analyse a porté sur les coûts des médicaments AOS nous avons reporté l'évolution des prix publics. Ce choix implique de prendre en compte non seulement les mesures appliquées sur les prix de fabrique mais également de tenir compte des baisses dues à la diminution de la marge pour la distribution, c'est-à-dire d'une part la baisse concédée par les pharmaciens lors de l'introduction du nouveau système de rémunération (RBP) en 2001 et d'autre part la baisse de la marge relative au prix de fabrique appliquée dès le 1^{er} mars 2011.

Nous avons reporté les changements de prix depuis 2003, année depuis laquelle les publications de la LS sont disponibles et régulièrement archivées sur le site de l'OFSP. Si nécessaire des prix plus anciens ont été recherchés dans les anciennes listes imprimées.

Les évolutions observées par palier montrent les différentes interactions entre les mesures concernant alternativement les génériques et leurs originaux substituables ainsi que les stratégies des fabricants de médicaments.

Les effets des mesures de 2005–2006 et de 2009–2011 sont perceptibles dans les cinq exemples présentés. Les pressions sur le prix des génériques de 2005 et 2006 ont induit une baisse du prix public, au premier semestre 2006, de la majorité des originaux substituables ayant au moins un générique à cette période. La seule exception est l'original substituable (OS) contenant du diclofenac (figure 8.5) dont le prix public n'a pas varié au premier semestre 2006. Notons encore que dans l'exemple du torasémide le prix public des génériques a aussi baissé (figure 8.4) et que dans l'exemple de la co-amoxicilline le prix public du générique le plus cher baisse également (G2 de la figure 8.1).

²⁸ La liste des communiqués de l'OFSP peut être consultée sur le site: www.bag.admin.ch → Thèmes → Assurance-maladie

²⁹ Des informations supplémentaires concernant l'introduction dans la LS, l'échéance des brevets, le fabricant du médicament peuvent se trouver dans la LS, sur <http://www.pharmavista.net> et sur <https://www.swissreg.ch>

Tab. 8.1 Récapitulatif des mesures prises par les autorités fédérales dans le domaine des médicaments, 1992 à 2012

Communication, mise en œuvre	Mesures
1992	Prix d'un générique doit être inférieur d'au moins 25% à celui de l'original
1996	Comparaison des prix avec pays de référence (D, DK, NL)
2001	Introduction de la rémunération basée sur les prestations (RBP) entre les assureurs et les pharmaciens avec forte baisse de la marge pour les médicaments LS sur ordonnance.
2002	La Grande-Bretagne est ajoutée à la corbeille des pays de référence. France, Italie et Autriche ne sont admis qu'à titre de pays subsidiaires.
2004	Les génériques sont réputés économiques au moment de leur admission dans la LS s'ils sont 30% moins chers que l'original.
2005–2006	Mesures immédiates: Le prix des génériques correspondant aux originaux admis après 1990 doit être inférieur d'au moins 30% à celui des préparations originales. Le prix des génériques correspondant aux originaux admis avant 1990 doit être inférieur d'au moins 15%. Adaptation: le prix d'un générique doit être inférieur d'au moins 30% de celui de l'original au moment de l'expiration du brevet et encore inférieur de 15% 2 ans après l'échéance du brevet.
2006	Quote-part différenciée: la quote-part sur les médicaments ayant un générique passe de 10% à 20%. Cette réglementation s'applique lorsque le prix moyen des deux tiers des génériques est d'au moins 20% inférieur à celui de la préparation originale
2007–2008	Réexamen extraordinaire de tous les médicaments inscrits entre 1993 et 2002. Comparaison de prix effectuée avec D, DK, UK et NL. Les génériques qui seront nouvellement admis dans la LS doivent être au moins 40% meilleur marché que la préparation originale correspondante. Pour les génériques dont l'original n'a qu'une faible part du marché (soit CA annuel de 4 millions), l'écart de prix ne sera plus que de 20%.
2009–2010	Réexamen triennal: les médicaments admis en 2007 sont revus en 2010 et ainsi de suite. Élargissement du panel des pays référence: France, Autriche. L'écart du prix des génériques se fait selon trois paliers en fonction du volume du marché de la préparation originale. 20% d'écart pour un CA inférieur à 8 millions CHF 40% d'écart pour un CA entre 8 millions et 16 millions CHF 50% d'écart pour un CA supérieur à 16 millions CHF
2010	Le prix de fabrique des génériques doit être au moins 10% inférieur au prix moyen des originaux correspondants à l'étranger.
2010–2011	Réexamen extraordinaire de tous les médicaments inscrits entre 1955 et 2006. Le prix des originaux substituables baisse le 1 ^{er} mars 2010. Si la baisse de prix est supérieure à 15%, elle intervient au 1 ^{er} janvier 2011. Baisse de la marge bénéficiaire des distributeurs.
2011	Adaptation de la quote-part différenciée: la quote-part s'élève à 20% pour les médicaments dont le prix dépasse de plus de 20% la moyenne des prix du tiers le plus avantageux de tous les médicaments contenant la même substance active et figurant dans la LS. Cette règle s'applique de la même manière à l'ensemble des médicaments inscrits dans la LS, préparations originales, médicaments en co-marketing et génériques.
2011–2012	L'écart du prix des génériques se fait selon cinq paliers en fonction du volume du marché de la préparation originale au moment de l'expiration du brevet. 10% d'écart pour un CA inférieur à 4 millions CHF 20% d'écart pour un CA entre 4 et 8 millions CHF 40% d'écart pour un CA entre 8 et 16 millions CHF 50% d'écart pour un CA entre 16 et 25 millions CHF 60% d'écart pour un CA supérieur à 25 millions CHF
2012	Adaptation des mécanismes d'évaluation des prix en tenant compte des fluctuations des taux de change.

Sources: site internet de l'OFSP/Analyse Obsan

© Obsan

Le réexamen de tous les médicaments inscrits dans la LS entre 1955 et 2006 effectué entre 2010 et 2011, avec un panel élargi des pays de comparaison, ainsi que la révision du prix de fabrique des génériques en 2010 sont reflétés par les baisses successives des prix des originaux substituables et des génériques au début 2010. A l'exception d'un générique contenant du diclofenac (G1 de la figure 8.5), ces baisses sont perceptibles, dans des proportions diverses, dans tous les exemples présentés et pour l'ensemble des médicaments. Il peut s'agir de diminutions minimales, comme dans l'exemple du zolpidem (figure 8.2), ou de baisses plus prononcées dans l'exemple de la torasémide (figure 8.4).

De manière générale, entre 2003 et 2012, la baisse des prix publics des originaux substituables est manifeste. L'intensité de cette diminution varie fortement selon les exemples (de 12,0% à 68,8%) et reflète les dates d'échéances des brevets et d'autorisation de mise sur le marché. L'original substituable (OS) contenant du diclofenac passe de 16,7 francs à 14,7 francs, soit une baisse de 12,0% (figure 8.5). Dans les exemples de la co-amoxicilline (figure 8.1) et du zolpidem (figure 8.2) la baisse est de 26,4%, avec respectivement une baisse de prix de 58,5 à 43,1 francs et de 22,35 à 16,45 francs. Les exemples du torésamide (figure 8.4) et du pantoprazole (figure 8.3) connaissent les baisses de prix de l'original substituables les plus importantes passant respectivement de 114,2 francs à 41,3 francs et de 180 francs à 56,15 francs, soit moins 63,8% et moins 68,8%.

La majorité des génériques ont aussi connu une baisse de prix public pouvant aller jusqu'à 50,5% dans l'exemple du diclofenac (G2 de la figure 8.5). Dans les exemples du pantoprazole (figure 8.3) et de la co-amoxicilline (figure 8.1), certains génériques n'ont pas connu de baisse de prix public. Ce sont des génériques arrivés récemment sur le marché (à partir de juillet 2010) et dont le prix public est déjà bas comparativement aux médicaments du même groupe. Notons à ce sujet, que pour l'ensemble des exemples présentés, l'introduction d'un générique dans la LS s'effectue, généralement, à un prix public inférieur ou égal au prix public du générique le meilleur marché du groupe.

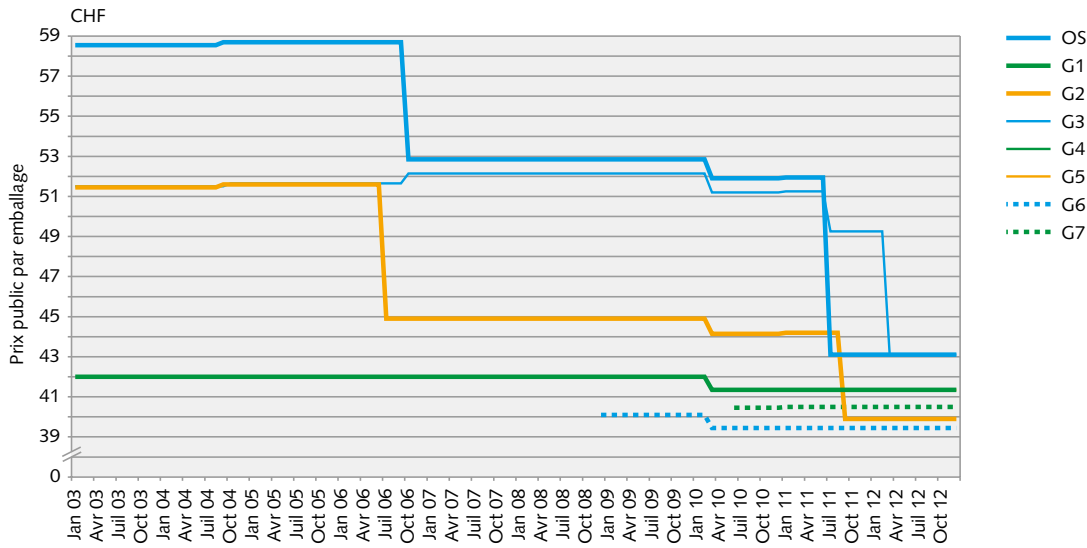
Dans les exemples du zolpidem (figure 8.2) et du pantoprazole (figure 8.3), le prix public de l'original substituable baisse avant l'arrivée du premier générique. Dans tous les exemples, à l'exception de l'exemple du diclofenac, l'arrivée du premier générique ou la diminution de son prix public engendre une diminution du prix de l'original substituable.

La convergence des prix publics est une question qui mérite d'être discutée. Elle peut prendre deux formes. La convergence du prix public de l'original substituable vers le prix public des génériques et la convergence des prix publics des génériques. La première est estimée comme la différence moyenne de prix public entre l'original substituable et les génériques. Elle est exprimée en pourcentage du prix public de l'original substituable. A l'exception des exemples du zolpidem et du diclofenac, le prix public de l'original substituable converge vers le prix public des génériques pour les trois autres exemples. Cette convergence s'effectue dans des proportions différentes. Pour l'exemple de la co-amoxicilline, la différence moyenne de prix public entre l'original substituable et les génériques passe de 17,5% du prix public de l'original substituable à 5,0% entre 2003 et 2012 (figure 8.1). Dans le cas du torésamide, cette différence passe de 40,9% à 14,3% (figure 8.4) et de 36,8% à 29,2% dans l'exemple du pantoprazole (figure 8.3). La convergence entre le prix public des originaux substituables et celui des génériques se retrouve dans les exemples où il y a beaucoup de génériques. La seconde forme de convergence entre les prix publics des génériques est présente dans les cinq exemples présentés.

Il est malaisé de discuter de la concurrence entre les génériques en termes prix public. La concurrence entre les génériques peut s'instaurer au niveau des rabais et conditions de ventes avantageuses. En outre, comme nous l'avons mentionné au chapitre 3.3, il est difficile de séparer les conséquences sur le prix des originaux substituables dues à l'influence des génériques de celles engendrées par les mesures des autorités fédérales.

Evolution des prix publics, co-amoxicilline 875 mg et acide clavulanique 125 mg 12 pièces

Fig. 8.1

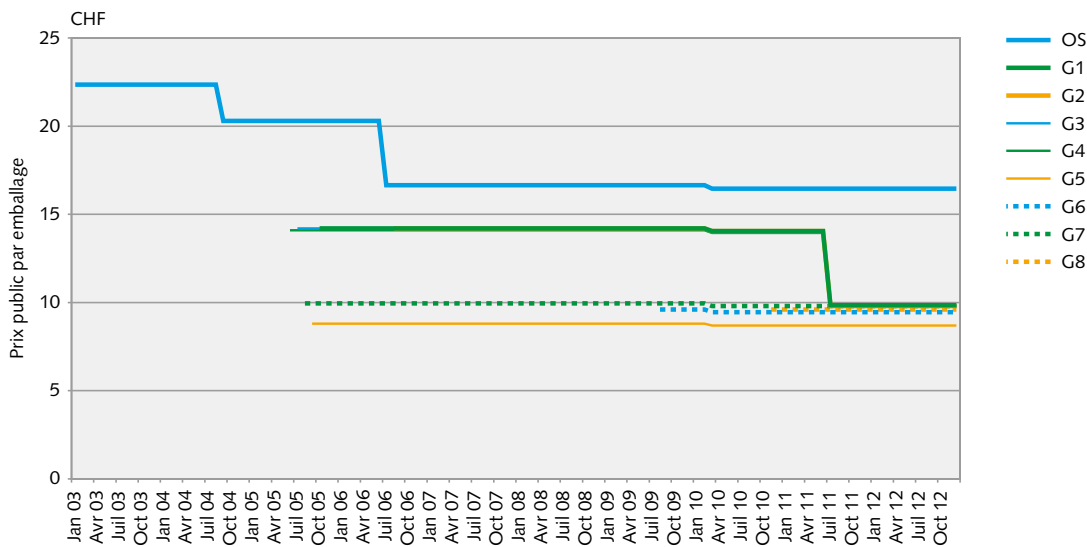


Source: Liste des spécialités OFSP (décembre 2011) / Analyse Obsan

© Obsan

Evolution des prix publics, zolpidem 10 mg 30 comprimés

Fig. 8.2

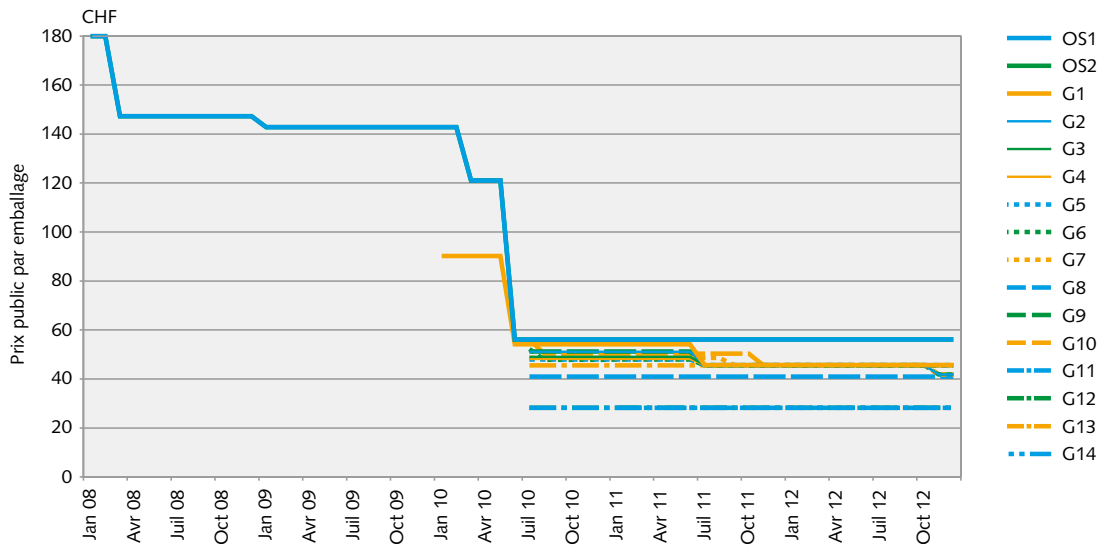


Source: Liste des spécialités OFSP (décembre 2011) / Analyse Obsan

© Obsan

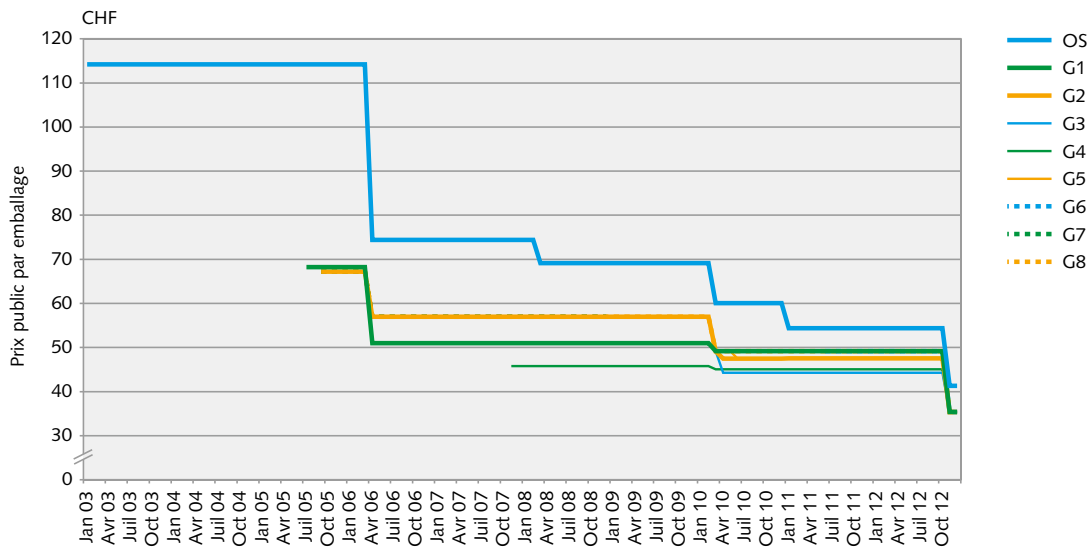
Evolution des prix publics, pantoprazole 40 mg 60 cpr

Fig. 8.3



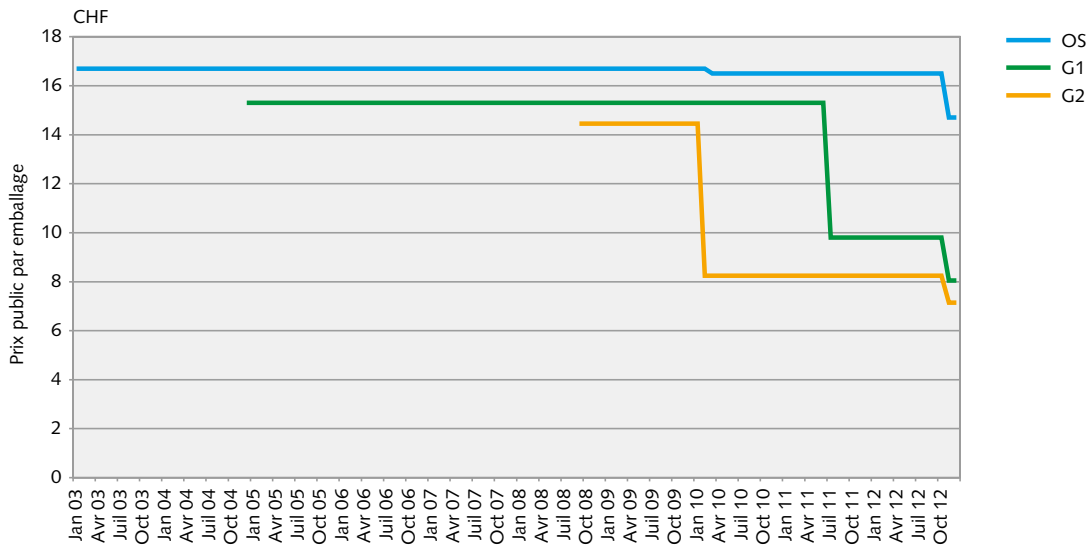
Evolution des prix publics, torasémide 10 mg 100 comprimés

Fig. 8.4



Evolution des prix publics, diclofenac rapide 50 mg 20 comprimés

Fig. 8.5



Source: Liste des spécialités OFSP (décembre 2011) / Analyse Obsan

© Obsan

9 Synthèse et discussion

Dans cette étude du rôle des génériques sur le marché des médicaments AOS, nous avons en premier lieu décrit l'évolution des coûts et des quantités d'emballages de l'ensemble du marché des médicaments AOS entre 2006 et 2011. Pour les fournisseurs pris dans leur ensemble (cabinet privé, pharmacie et hôpital ambulatoire), le nombre d'emballages augmentent à un rythme plus soutenu que les coûts, 4,2% contre 3,1%. De ce fait, le coût unitaire d'un emballage a tendance à diminuer pendant cette période. Ce constat reflète probablement les mesures prises par les autorités fédérales dans le domaine des médicaments entre 2005 et 2012. Un grand nombre de ces mesures concernaient directement le réexamen des prix des médicaments.

Les coûts et les quantités de médicaments AOS ont aussi augmenté pour les trois fournisseurs pris séparément, mais dans des proportions différentes. Les coûts inhérents à l'hôpital ambulatoire (+13,9% en moyenne annuelle) ont augmenté plus vite que ceux de l'ensemble des fournisseurs (+3,1%) et que ceux des cabinets privés (+2,3%) et des pharmacies (+1,8%). En termes de quantités, le même constat peut être fait. En moyenne annuelle, l'augmentation pour l'hôpital ambulatoire s'élève à 11,8% et à 2,7% pour les cabinets privés et les pharmacies. L'augmentation prononcée des coûts et des quantités d'emballages dans l'hôpital ambulatoire ne se limite pas uniquement aux médicaments AOS. Les autres prestations ont aussi fortement augmenté (Roth et Roth, 2012).

Pendant la période analysée, les pharmacies sont le fournisseur qui délivre le plus grand nombre d'emballages de médicaments AOS, suivies par les cabinets privés puis par l'hôpital ambulatoire. En termes de coûts, l'ordre est identique.

Le coût unitaire des médicaments diminue pour les cabinets privés et les pharmacies, alors qu'il augmente pour l'hôpital ambulatoire. Cependant, en 2011, il reste en dessous de celui des deux autres fournisseurs: Fr. 26.– contre Fr. 52.– dans les pharmacies (RBP comprise) et contre Fr. 41.80 dans les cabinets privés.

La différence importante du coût unitaire de l'hôpital ambulatoire par rapport aux deux autres fournisseurs peut s'expliquer, en partie, par les conditions avantageuses octroyées aux hôpitaux et par la remise et la facturation d'emballages fractionnés compte tenu des durées de traitement très courtes. La différence du coût unitaire entre les pharmacies et les cabinets privés peut s'expliquer en partie par la RBP. D'autres hypothèses peuvent être avancées comme la taille des emballages plus grande en pharmacie ainsi que la spécificité et la diversité des médicaments qui y sont délivrés.

Nous avons ensuite étudié la répartition, en 2011, des coûts et des quantités d'emballages de médicaments AOS entre cinq catégories de médicaments: les originaux brevetés, les originaux sans générique³⁰, les originaux substituables, les génériques et les médicaments non identifiés.

Le marché des génériques est relativement restreint. Il représente 12,2% des coûts et 18,8% des quantités d'emballages de médicaments AOS. Le potentiel de développement des génériques à court terme représenté par les originaux substituables représente 13,2% des coûts et 17,1% du nombre d'emballages de médicaments AOS. En termes de coûts la catégorie la plus importante est celle des originaux brevetés (46,8%), alors qu'en termes de quantités (à l'exception de la catégorie des médicaments non-identifiés) c'est celle des originaux sans générique (23,6%).

Par fournisseur la répartition varie notamment entre l'hôpital ambulatoire et les deux autres fournisseurs. Dans l'hôpital ambulatoire, la catégorie des originaux brevetés est la plus importante tant au niveau des coûts que des quantités. Ces différences de répartition des coûts et des quantités reflètent des spécificités dans le type de médicaments délivrés pour répondre aux besoins cliniques. Pour l'hôpital ambulatoire le coût unitaire plus

³⁰ Les originaux sans générique sont des médicaments hors brevets qui ne possèdent pas de génériques.

bas ne provient donc pas d'une remise plus fréquente de médicaments moins chers comme les génériques ou les originaux sans générique.

La répartition des médicaments entre les cinq catégories de médicaments (génériques, originaux substituables, originaux sans générique, originaux brevetés et médicaments non identifiés) varie fortement selon les groupes anatomiques principaux³¹ et donc selon leur indication thérapeutique. Les groupes possédant les principaux anticancéreux, les médicaments de l'appareil respiratoire et ceux du système cardiovasculaire ont une part d'originaux brevetés importante, cela reflète la présence de médicaments innovants dans ces groupes.

Ensuite, les analyses se sont focalisées sur le marché des médicaments ouverts aux génériques. C'est-à-dire les génériques et les originaux substituables. Nous avons tout d'abord estimé la part de marché des génériques dans le marché des médicaments ouverts aux génériques, puis les économies résiduelles des génériques dans l'hypothèse d'une substitution plus étendue.

La part de marché des génériques en termes de quantités d'emballages dans le marché médicaments ouverts aux génériques évolue de 47,4% en 2006 à 59,5% en 2011, soit une augmentation de 4,7% en moyenne annuelle.

Par fournisseur, la part de marché des génériques varie tant du point de vue de son évolution que de son niveau. Durant toute la période, la part de marché des génériques se situe à un niveau plus élevé pour les cabinets privés passant de 57,7% à 67,9%. Pour les pharmacies, elle passe de 45,5% à 55,3%. Pour l'hôpital ambulatoire, la part de marché des génériques varie entre 29,7% et 56,2%. Notons que les quantités d'emballages de génériques sont les plus importantes pour les pharmacies et les plus faibles pour l'hôpital ambulatoire.

La lourdeur des pathologies des patients joue certainement un rôle dans le faible taux de substitution à l'hôpital ambulatoire, la substitution étant plus délicate dans le cadre des traitements complexes qui y sont effectués.

En outre, il est malaisé d'expliquer pourquoi la part de marché des génériques est plus importante dans les cabinets privés que dans les pharmacies. Il est possible cependant d'émettre quelques hypothèses. Pour des raisons économiques un cabinet privé aura tendance à limiter la valeur de son stock de médicaments. Les génériques, moins chers que les originaux substituables, sont un bon moyen pour limiter la valeur du stock. De

ce fait, pour un cabinet privé, il serait plus avantageux de remettre des génériques aux patients. Le même raisonnement peut être tenu pour les pharmacies. Cependant, le rôle d'une pharmacie est de pouvoir répondre à tous les types de demande, même les prescriptions peu fréquentes, elle se doit donc d'avoir une large gamme de médicaments. Deux études (Liu, Yang et al. 2009; Rischatsch, Trottmann et al. 2013) montrent que la prescription de médicaments chez les médecins dispensant est, en partie, influencée par des incitations financières (marges sur les médicaments, coûts des stocks de médicaments) ce qui tendrait à favoriser la prescription de génériques dans les cas où ces derniers rapportent des marges plus élevées que les originaux.

Dans un deuxième temps, en se focalisant toujours sur le marché des médicaments ouverts aux génériques, nous avons estimé les économies résiduelles des génériques. Nous avons classé les originaux substituables et les génériques dans des groupes de substitution à l'intérieur desquels une substitution est possible. Les critères utilisés pour juger des possibilités de substitution sont d'avoir au minimum un original substituable et un générique dont le(s) principe(s) actif(s), le dosage et la forme galénique sont identiques et dont la taille de l'emballage est comparable.

Nous avons défini trois scénarios pour estimer les économies résiduelles pour l'année 2011 pouvant résulter d'une substitution plus étendue. Le premier scénario suppose une substitution systématique. Ainsi, la part de marché des génériques par rapport au marché des médicaments ouverts aux génériques est égale à 100%. Les coûts des médicaments ouverts aux génériques baisseraient de 44,9 millions de francs, soit une diminution de 0,8% des coûts des médicaments AOS.

Le deuxième scénario considère que les originaux substituables sont toujours remboursés mais que lorsqu'un générique est remis seul le montant du générique le moins cher, en termes de coût unitaire, est remboursé. Les économies résiduelles s'élèvent à 118,7 millions de francs, soit 2,2% des coûts des médicaments AOS. Ces économies sont positives pour les trois fournisseurs.

Dans le dernier scénario, seul le montant du générique le moins cher est remboursé par l'AOS. Ce scénario correspond à un système de prix de référence où le montant maximum pris en charge par l'AOS correspond au coût unitaire du générique le moins cher du groupe

³¹ Première classification des codes ATC qui regroupe les médicaments selon l'organe ou le dispositif sur lequel ils agissent (annexe 1).

de substitution. Les économies résiduelles s'élèvent à 259,9 millions de francs, soit 22,4% des coûts des médicaments ouverts aux génériques sélectionnés selon les critères énoncés ci-dessus (substance active, forme galénique, dosage et taille d'emballage identiques). Ces économies résiduelles correspondent à 4,9% des coûts des médicaments AOS. Dans un rapport publié par la Surveillance des prix (2013), les économies engendrées par l'introduction d'un système de prix de référence s'élève à 345 millions de francs pour l'année 2012 avec le modèle qui s'apparente le plus à notre troisième scénario. En pourcentage des médicaments ouverts aux génériques pris en considération, les économies sont très similaires 22,4% dans notre étude (tableau 7.2) et 22,6% dans celle de la Surveillance des prix.

Du point de vue des fournisseurs, les économies résiduelles du premier et du dernier scénario sont négatives pour l'hôpital ambulatoire alors qu'elles sont positives pour les deux autres fournisseurs. Cela provient du fait que dans le cas de l'hôpital ambulatoire, le coût unitaire moyen des génériques est plus grand que celui des originaux substituables. Cette différence est d'autant plus grande pour les groupes de substitution où la quantité d'emballages d'originaux substituables est grande.

Le fait que le coût unitaire moyen des génériques soit plus élevé que celui des originaux substituables dans l'hôpital ambulatoire provient probablement de conditions d'achat plus intéressantes pour les originaux substituables que pour les génériques. C'est certainement aussi l'une des raisons pour laquelle la part de marché des génériques y est plus faible par rapport à celui des deux autres fournisseurs. A priori, d'un point de vue purement économique, les conditions avantageuses accordées à l'hôpital ambulatoire pour les originaux substituables sont profitables pour le système de santé, puisque les coûts des médicaments sont moindres. Cette pratique peut toutefois amener des conséquences. Premièrement, elle se manifeste dans les habitudes de prescription des médecins qui les conservent, du moins en partie, quand ils sortent de l'hôpital pour s'installer en cabinet privé. Deuxièmement, le patient sortant de l'hôpital avec une ordonnance mentionnant des originaux substituables et ayant déjà commencé son traitement en ambulatoire à l'hôpital aura une incitation plus grande à poursuivre son traitement à domicile avec un original substituable. S'il est compréhensible que les hôpitaux se fournissent aux meilleures conditions possibles, une incitation pour une reconversion rapide pour un générique pourrait être promue lors de la remise d'une suite de traitement en pharmacie. Il serait intéressant dans une future étude d'esti-

mer le surcoût engendré par la prescription d'originaux substituables en hôpital ambulatoire (habitudes de prescriptions des médecins et ordonnance de sortie) par rapport aux économies réalisées grâce aux conditions avantageuses pour les originaux substituables.

Malgré des scénarios contraignants, les économies résiduelles sont relativement faibles par rapport aux coûts des médicaments AOS. Plusieurs raisons peuvent être évoquées. Premièrement, les médicaments ouverts aux génériques, sans tenir compte des critères de substituableté, ne représentent que 32,3% des médicaments AOS en 2011. Ceci limite déjà fortement les économies résiduelles par rapport aux médicaments AOS. En tenant compte des critères de substituableté, les médicaments ouverts aux génériques ne représentent plus que 26,3% des médicaments AOS. Il est normal que si nous prenons moins de médicaments en considération cela engendre moins de possibilités d'économie. Deuxièmement, le coût unitaire moyen des génériques plus élevé que celui des originaux substituables dans l'hôpital ambulatoire pèjore les économies résiduelles sous l'hypothèse d'une substitution plus étendue. Pour les autres fournisseurs, la différence limitée entre le coût unitaire moyen des génériques et celui des originaux substituables restreint aussi les économies résiduelles.

Les économies résiduelles limitées ne doivent pas pour autant remettre en question l'importance des génériques. En effet, notre étude a calculé les économies résiduelles pour l'année 2011. Elles sont estimées dans un environnement statique. La réalisation de l'un des scénarios précités engendrerait des économies supplémentaires pour les années suivantes, notamment avec l'arrivée à échéance du brevet de nouveaux originaux ainsi qu'au travers de la pression sur les prix des médicaments (Surveillance des prix, 2013).

Le dernier chapitre est consacré à l'évolution du prix public de cinq originaux substituables ayant des génériques et dont les quantités d'emballages prises en charge par l'AOS représentent des parts importantes dans nos données pour l'année 2011. L'évolution du prix public de ces médicaments n'est pas représentative du marché global des médicaments, cependant ces exemples présentent l'effet global de l'influence de l'arrivée des génériques en plus de l'impact des mesures prises par les autorités fédérales pour diminuer les prix des médicaments. En effet, les évolutions du prix public par paliers montrent les différentes interactions entre les mesures des autorités fédérales et les stratégies des fabricants de médicaments.

De manière générale entre 2003 et 2012 et pour les cinq exemples, le prix public des originaux substituables baisse. Cette diminution varie entre 12,0% et 68,8% selon les exemples. Ces variations sont au moins en partie attribuables aux comparaisons de prix avec l'étranger. La majorité des génériques ont aussi connu des baisses de prix public. Les génériques dont le prix n'a pas baissé sont des génériques arrivés récemment sur le marché (à partir de juillet 2010) et dont le prix public est déjà bas comparativement aux médicaments du même groupe. Des baisses de prix relativement importantes ont eu lieu au premier semestre 2006 et en janvier 2010. Ces baisses sont principalement la conséquence de mesures politiques.

Les baisses de prix public successives ont pour conséquence de faire converger les prix. Dans les exemples où il y a beaucoup de génériques le prix de l'original substituable a tendance à converger vers celui des génériques. Dans les cinq exemples présentés, les prix des génériques convergent entre eux. Il n'est pas possible de juger de la concurrence entre les génériques en analysant le prix public. La concurrence pourrait s'instaurer au niveau des rabais et des conditions de ventes avantageuses pour les fournisseurs.

Il ressort de ces différents résultats que les génériques ont permis de réaliser des économies substantielles, grâce à leur utilisation en lieu et place d'originaux substituables plus chers et grâce à la pression qu'ils instaurent, conjointement avec les mesures des autorités fédérales dans le domaine des médicaments, sur les prix des médicaments ouverts aux génériques. Ces économies justifient déjà leur présence et leur utilisation, en ce sens il est important de continuer à les promouvoir.

Cependant, comme nous l'avons montré, les économies résiduelles des génériques (toutes choses étant égales par ailleurs) sont d'une ampleur différente selon le scénario considéré. D'un point de vue de politique économique, ces résultats apportent des enseignements intéressants. Ainsi d'un côté, des mesures visant à promouvoir la substitution n'auront à court terme qu'un impact limité sur les coûts des médicaments AOS, une substitution systématique engendrant une diminution des coûts des médicaments AOS de 0,8% en 2011. Une telle mesure pourrait amener des économies supplémentaires en l'appliquant spécifiquement aux cabinets privés et aux pharmacies (2,5% des coûts des médicaments AOS). En outre, comme nous l'avons montré dans la revue de littérature, il existe un certain nombre de freins à la substitution et des raisons cliniques de ne pas substituer un patient stabilisé (âge des patients, polymorbidité, maladies chroniques complexes, marge

thérapeutique étroite, etc.) qui rendent peu applicable l'exigence d'une substitution systématique. D'un autre côté, d'autres mesures des autorités fédérales, comme l'introduction d'un système de prix de référence, pourraient apporter des économies substantielles. La prise en compte du coût unitaire du générique le moins cher comme prix de référence aurait, en effet, engendré une diminution des coûts des médicaments AOS de 4,9% en 2011 (appliqué spécifiquement aux cabinets privés et aux pharmacies, la diminution des coûts des médicaments AOS s'élèverait à 6,0%). A ce titre, il sera intéressant d'évaluer en termes d'économies la mesure introduite en 2011 qui établit le principe dit du rachat de la quote-part de 20% pour les préparations originales et la règle dite des deux tiers³². Cette mesure qui adapte en conséquence la quote-part différenciée, 20% pour tous les médicaments dont le prix dépasse de plus de 20% la moyenne des prix du tiers le plus avantageux de tous les médicaments contenant la même substance active, incite le patient à acheter les médicaments qui sont les moins chers. De ce point de vue, elle va dans le sens d'un prix de référence sans toutefois le figer.

D'autres pistes pourraient amener des économies substantielles. Du côté des patients, un suivi plus systématique de l'adhérence et de l'observance pourrait améliorer l'efficacité des traitements. Du côté des médecins et des pharmaciens, le renforcement des cercles de qualité pourrait soutenir des choix thérapeutiques efficaces.

Une pression accrue sur les prix des génériques, qui restent chers en comparaisons internationales (Surveillance des prix, 2013; IMS, 2012), aurait pour conséquence de faire baisser le prix des génériques et, comme présenté lors de l'analyse de l'évolution des prix, il s'ensuivrait certainement une diminution du prix des originaux substituables. Cependant, le retrait du marché de plusieurs médicaments qui ne sont plus suffisamment rentables pour le potentiel du marché suisse est déjà constaté. Cette pression devrait donc être mesurée, pour ne pas risquer la pénurie de médicaments importants sur le plan thérapeutique mais plus disponibles pour des raisons de non viabilité économique (Plagge, Desax et al. 2012). L'inscription dans la Liste des spécialités de nouveaux génériques (pour de nouveaux principes actifs dont le brevet va arriver à échéance

³² Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)
Modification du 2 février 2011
www.bag.admin.ch → Thèmes → Assurance-maladie → Révisions de l'assurance-maladie → Révisions terminées → Médicaments → Médicaments

ces prochaines années) devrait augmenter la part des génériques par rapport aux médicaments AOS et ainsi engendrer de nouvelles économies. Pour soutenir ce développement, une attention particulière devrait être portée sur les stratégies des firmes qui commercialisent des originaux nouvellement brevetés pour de légères améliorations, ce qui retarde l'arrivée de nouveaux génériques qui leur correspondent sur tous les points et concurrence les génériques existants qui ne peuvent se prévaloir que de la formulation de l'original précédent. Vernaz et al. (2013) ont estimé l'impact des stratégies dites «evergreening» des fabricants de médicaments pour concurrencer les génériques. Ils arrivent à la conclusion que ces stratégies ont réussi à maintenir les parts de marché des originaux brevetés et ainsi à contenir l'utilisation des génériques.

Glossaire

Coût unitaire:

Coûts totaux divisés par le nombre d'emballages

Fournisseur:

Le fournisseur est l'entité qui délivre le médicament. Nous distinguons trois fournisseurs: les cabinets privés, les pharmacies et l'hôpital ambulatoire.

Groupes de substitutions:

Nous définissons un groupe de substitution comme un groupe de médicaments interchangeables possédant au moins un original substituable et un générique dont la substance active, le dosage et la forme galénique sont identiques et la taille de l'emballage comparable.

Médicaments génériques (G):

«Les génériques sont des médicaments qui sont comparables du point de vue de la qualité pharmaceutique et bioéquivalents à un médicament déjà autorisé (préparation originale) et qui, en tant qu'imitations, s'appuient en grande partie sur la documentation de cette préparation originale. Les génériques se caractérisent par le fait qu'ils ont le(s) même(s) principe(s) actif(s), les mêmes indications (selon les principes d'examen des demandes), le même schéma posologique, les mêmes dosages et la même forme galénique que la préparation originale. Ils sont interchangeables avec la préparation originale» (Swissmedic, Ordonnance administrative, Instructions demandes d'autorisation de générique).

Médicaments ouverts aux génériques (G + OS):

Ils regroupent les génériques et les originaux substituables.

Originaux brevetés (OB):

Médicaments protégés par un ou plusieurs brevet(s)

Originaux sans générique (OsG):

Médicaments dont le(s) brevet(s) est (sont) arrivé(s) à échéance. Mais dont il n'existe pas de génériques.

Originaux substituables (OS):

Médicaments dont le(s) brevet(s) est (sont) arrivé(s) à échéance et dont il existe un générique.

Prix constants:

Les coûts sont mesurés en tenant compte de l'inflation.

Prix courants:

Les coûts sont mesurés sans tenir compte de l'inflation.

Part de marché des génériques:

Part de marché des génériques par rapport au marché des médicaments ouverts aux génériques: le nombre d'emballages de génériques divisé par la somme du nombre d'emballages de génériques et du nombre d'emballages d'originaux substituables.

Dispositif de classement anatomique, thérapeutique et chimique (ATC):

Dispositif utilisé pour classer les médicaments édicté depuis 1976 par le Collaborating Center for Drug Statistical Methodology de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les médicaments sont classés en groupe selon l'organe ou le dispositif sur lequel ils agissent, puis selon leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

Groupe anatomique principal:

Premier niveau de classification des médicaments selon leur code ATC. Ils sont groupés selon l'organe ou le dispositif sur lequel ils agissent.

IMS Health:

Entreprise privée fournisseur des services d'informations du secteur de la santé.

Liste des spécialités (LS):

«L'établissement de cette liste des médicaments remboursés par l'AOS relève de la compétence de l'OFSP. Il s'agit d'une liste positive exhaustive qui s'impose aux assureurs. L'OFSP, sur demande du titulaire de

l'autorisation, inscrit les médicaments en question sur la LS pour autant qu'ils soient dûment autorisés par Swissmedic et répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et de caractère économique requis pour un remboursement par l'AOS.» (instruction concernant la Liste des spécialités, 1^{er} septembre 2011)

Rémunération basée sur les prestations (RBP):

«La rémunération basée sur les prestations (RBP) est une convention signée par santésuisse et par Pharmasuisse, la Société des Pharmaciens. Elle permet de dissocier le revenu des pharmaciens du prix des médicaments.»
(www.pharmasuisse.org)

Dose définie journalière:

La dose définie journalière est définie par l'Organisation mondiale de la Santé comme la dose moyenne journalière de substance active dans son indication principale, pour un adulte de 70 kilogrammes.

Bibliographie

- Allan G. M., Lexchin J., et al. (2007). Physician awareness of drug cost: A systematic review. *Plos Medicine* 4(9): 1486–1496.
- Andersson K., Sonesson C., et al. (2005). What are the obstacles to generic substitution? An assessment of the behaviour of prescribers, patients and pharmacies during the first year of generic substitution in Sweden. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 14(5): 341–348.
- Bovier P., Martin D., et al. (2005). Cost-consciousness among Swiss doctors: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research* 5(1): 72.
- Communauté Européenne (2008). Enquête sectorielle dans le domaine pharmaceutique. Rapport préliminaire, synthèse novembre 2008, Communauté Européenne.
- Decollogny A., Eggli Y., et al. (2011). Determinants of generic drug substitution in Switzerland. *BMC Health Services Research* 11: 17.
- Decollogny A. et Ruggli M. (2006). Die Situation der Generika in der Schweiz. *Managed Care*: 23–26.
- Duh M. S., Cahill K. E., et al. (2009). The economic implications of generic substitution of antiepileptic drugs: a review of recent evidence. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 10(14): 2317–2328.
- Hakonsen H., Eilertsen M., et al. (2009). Generic substitution: additional challenge for adherence in hypertensive patients? *Current Medical Research and Opinion* 25(10): 2515–2521.
- Hassali M. A. A., Shafie A. A., et al. (2009). Consumers' views on generic medicines: A review of the literature. *International Journal of Pharmacy Practice* 17(2): 79–88.
- Heikkilä R., Mantyselkä P., et al. (2007). Customers' and physicians' opinions of and experiences with generic substitution during the first year in Finland. *Health Policy* 82(3): 366–374.
- Himmel W., Simmenroth-Nayda A., et al. (2005). What do primary care patients think about generic drugs? *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 43(10): 472–479.
- IMS Health (2011). *Medikamentenmarkt Schweiz 2011*.
- Interpharma (2011). *Le marché du médicament en Suisse*.
- Junod V. (2006). Les médicaments génériques au regard de la LAMal. *Pratique juridique actuelle (PJA)*: 396–406.
- Kjoenniksen I., Lindbaek M., et al. (2006). Patients' attitudes towards and experiences of generic drug substitution in Norway. *Pharmacy World & Science* 28(5): 284–289.
- Kramer A. A. et Zimmerman J. E. (2007). Assessing the calibration of mortality benchmarks in critical care: The Hosmer-Lemeshow test revisited. *Critical Care Medicine* 35(9): 2052–2056.
- Kramer G., Biraben A., et al. (2007). Current approaches to the use of generic antiepileptic drugs. *Epilepsy and Behavior* 11(1): 46–52.
- Liu Y.-M., Yang Y.-H. K., et al. (2009). Financial incentives and physicians' prescription decisions on the choice between brand-name and generic drugs: Evidence from Taiwan. *Journal of Health Economics* 28(2): 341–349.
- Meierhans S. et Binz T. (2013). *Schweizer Medikamentenmarkt im internationalen Vergleich – Handlungsbedarf im patentfreien Bereich, Surveillance des prix*.
- Moniteur de la santé 2010, Gfs Berne.
- OECD (2008). *Les prix des médicaments sur un marché global*, OECD Publishing.
- Paris V. et Docteur E. (2007). *Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Switzerland*. OECD health Working Papers.

- Pechlivanoglou P., van der Veen W., et al. (2011). Analyzing generic and branded substitution patterns in the Netherlands using prescription data. *BMC Health Services Research* 11(1): 1–9.
- Plagge H., Desax C., et al. (2012). Ruptures de stock de médicaments: un véritable défi pour le pharmacien d'hôpital. *pharmaJournal* 11.
- Rischatsch M., Trottmann M., et al. (2013). Generic substitution, financial interests, and imperfect agency. *International journal of health care finance and economics*: 1–24.
- Roth M. et Roth S. (2012). Evolution des dépenses de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2010 (Obsan Rapport 53). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Roth S. et Moreau-Gruet F. (2011). Consommation et coût des médicaments en Suisse: analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002 et 2007 et des données de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2009. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Shrank W. H., Cox E. R., et al. (2009). Patients' Perceptions Of Generic Medications. *Health Affairs* 28(2): 546–556.
- Shrank W. H., Hoang T. Y., et al. (2006). The implications of choice – Prescribing generic or preferred pharmaceuticals improves medication adherence for chronic conditions. *Archives of Internal Medicine* 166(3): 332–337.
- Silcock J., Ryan M., et al. (1997). The cost of medicines in the United Kingdom – A survey of general practitioners' opinions and knowledge. *Pharmacoeconomics* 11(1): 56–63.
- Swissmedic (2012). De l'admissibilité des rabais dans le cadre de l'article 33 alinéa 3 lettre b de la Loi sur les produits thérapeutiques. *Journal Swissmedic* 11: 1055.
- Vernaz N., Haller G., et al. (2013). Patented drug extension strategies on healthcare spending: a cost-evaluation analysis. *Plos Medicine* 10(6): e1001460.
- Yamada M. et Welty T. E. (2011). Generic substitution of antiepileptic drugs: a systematic review of prospective and retrospective studies. *The Annals of pharmacotherapy* 45(11): 1406–1415.
- Zweifel P. et Crivelli L. (1996). Price regulation of drugs: Lessons from Germany. *Journal of Regulatory Economics* 10(3): 257–273.
- Zweifel P., Telser H., et al. (2006). Consumer Resistance Against Regulation: The Case of Health Care. *Journal of Regulatory Economics* 29(3): 319–332.

Annexes

A.1 Codification selon le dispositif de classement anatomique, thérapeutique et chimique (ATC)³³

Ce système est élaboré de façon hiérarchique. Les médicaments sont classés selon l'organe ou le dispositif sur lequel ils agissent, leurs indications thérapeutiques, leurs effets pharmacologiques et leurs caractéristiques chimiques. Le système ATC comprend cinq niveaux, définis par sept signes alphanumériques :

- 1^{er} niveau: groupe anatomique principal
- 2^e niveau: groupe thérapeutique principal
- 3^e niveau: sous-groupe pharmacologique et thérapeutique
- 4^e niveau: sous-groupe pharmacologique, thérapeutique et chimique
- 5^e niveau: principe actif chimique

Exemple: le principe actif chimique «metformine» est codé A10BA02

- 1^{er} niveau: A Appareil digestif et métabolisme
- 2^e niveau: A10 Antidiabétiques
- 3^e niveau: A10B Antidiabétiques oraux, insulines exclues
- 4^e niveau: A10BA Biguanides
- 5^e niveau: A10BA02 Metformine

³³ L'explication de la codification ATC est tirée de Decollogny 2012.

Tab. A.2 Nombre d'assurés dans la compensation des risques (CR) et taux de couverture des assurés du pool tarifaire, Suisse, 2006–2011

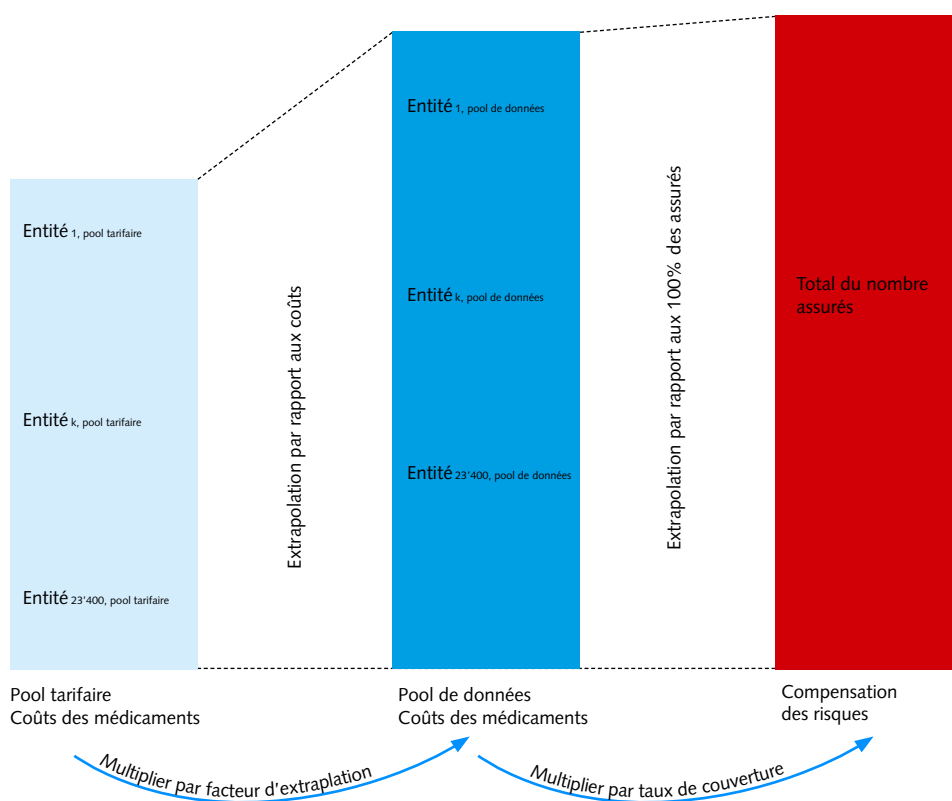
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre d'assurés d'après la CR	7 488 731	7 517 066	7 602 867	7 692 447	7 764 758	7 840 441
Taux de couverture des assurés du pool tarifaire	68,6%	66,7%	67,5%	67,6%	64,9%	61,9%

Sources: Pool tarifaire SASIS SA, Institution commune LAMal/Analyse Obsan

© Obsan

Schéma d'extrapolation des données

A.3



Source: exploitation propre

© Obsan

Le facteur d'extrapolation de chaque entité:

$$\text{Facteur d'extrapolation de l'entité}_k = \frac{\text{coûts des médicaments de l'entité}_k, \text{ pool de données}}{\text{coûts des médicaments de l'entité}_k, \text{ pool tarifaire}}$$

La taux de couverture:

$$\text{Taux de couverture} = \frac{\text{Total des assurés de la compensation des risques}}{\text{Assurés contenus dans le pool de données}}$$

Tab. A.4 Indice suisse des prix à la consommation (IPC)

Année	IPC
2006	100,0
2007	100,7
2008	103,1
2009	102,6
2010	103,3
2011	103,6

Source: OFS, IPC

Tab. A.5 Quantités (emballages) et coûts (CHF) des médicaments ouverts aux génériques, 2006 à 2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Génériques	Nombre d'emballages	14 820 786	16 309 407	16 539 349	18 101 452	21 602 179	22 779 455
	Coûts	509 390 191	518 941 465	551 336 164	593 517 639	631 708 202	669 318 774
Originaux substituables	Nombre d'emballages	16 426 376	16 363 691	16 578 721	16 662 678	15 818 613	15 481 502
	Coûts	1 050 278 510	962 853 085	950 725 833	919 395 022	801 901 999	652 009 333

Sources: Pool tarifaire SASIS SA, Liste des spécialités OFSP (décembre 2011)/Analyse Obsan

© Obsan

Tab. A.6 Répartition (%) des quantités (emballages) de génériques et d'originaux substituables selon le groupe anatomique principal

Groupes anatomiques principaux	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A: Appareil digestif et métabolisme	12,1	11,9	12,6	12,5	12,4	13,6
B: Sang-organes hématopoïétiques	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9
C: Système cardiovasculaire	21,3	20,1	20,3	19,9	19,0	19,6
D: Dermatologie	2,1	1,9	1,9	1,9	1,8	1,7
G: Système urogénital et hormones sexuelles	1,0	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1
H: Hormones sauf hormones sexuelles	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9
J: Anti-infectieux systémiques	10,0	9,6	9,7	9,7	9,3	9,3
L: Antinéoplasiques et immunomodulateurs	3,3	6,0	6,9	8,4	10,8	10,3
M: Appareil locomoteur	16,2	14,9	14,8	14,3	13,4	13,1
N: Système nerveux central	24,5	23,5	22,3	22,6	23,3	23,4
P: Antiparasitaires	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
R: Appareil respiratoire	4,7	4,5	4,4	4,4	4,0	4,1
S: Organes sensoriels	1,7	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2
V: Divers et sanitaires	1,0	2,7	2,2	1,4	1,2	0,2
Total (marché des médicaments ouverts aux génériques)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources: Pool tarifaire SASIS AG, Liste des spécialités OFSP (décembre 2011)/Analyse Obsan

© Obsan

Note: Les groupes anatomiques principaux en gras sont les plus importants en termes de quantités d'emballages.

Tab. A.7 La moyenne des différences entre le coût unitaire des originaux substituables et celui des génériques par groupe de substitution, 2011

	Différence (CHF)
Cabinet privé	9,9
Pharmacie	20,9
Hôpital ambulatoire	-11,3

Sources: Pool tarifaire SASIS AG, Liste des spécialités OFSP © Obsan (décembre 2011)/Analyse Obsan

Tab. A.8 La moyenne des différences du coût unitaire entre le générique délivré et celui dont le coût unitaire est le plus bas du groupe de substitution, 2011

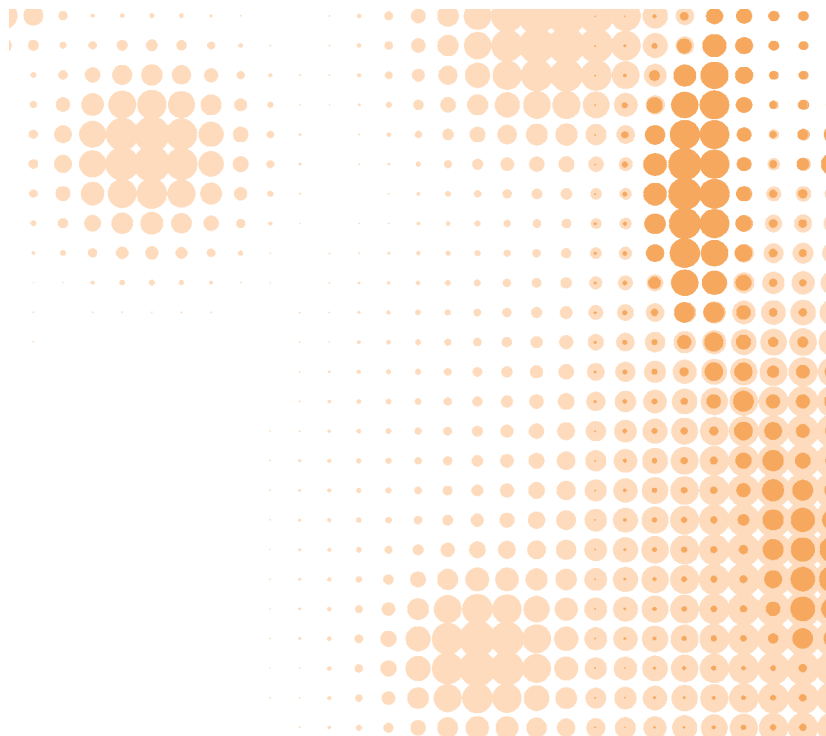
	Différence (CHF)
Cabinet privé	9,8
Pharmacie	25,3
Hôpital ambulatoire	14,8

Sources: Pool tarifaire SASIS AG, Liste des spécialités OFSP © Obsan (décembre 2011)/Analyse Obsan

Tab. A.9 Corrélation entre la quantité d'originaux substituables et la différence de coût unitaire entre les originaux substituables et les génériques par groupe de substitution, 2011

	Médecin	Pharmacie	Hôpital ambulatoire
Médecin	0,01		
	0,76		
Pharmacie		-0,04	
		0,38	
Hôpital ambulatoire			-0,38
			<,0001

Sources: Pool tarifaire SASIS AG, Liste des spécialités OFSP © Obsan (décembre 2011)/Analyse Obsan



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.