

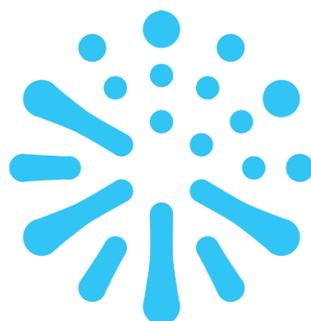


Analyse des générateurs de coûts dans les régimes privés d'assurance médicaments au Canada 2012-2016



Joe Farago¹; Sarah Lussier Hoskyn¹; Suzanne Lepage²

**INNOVATIVE
MEDICINES
CANADA**



**MÉDICAMENTS
NOVATEURS
CANADA**



Notes méthodologiques

1. L'analyse s'appuie sur la base de données de réclamations dans les régimes privés d'assurance médicaments au Canada d'IQVIA.

- La plus grande base de données nationale sur les réclamations traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, qui comprend neuf des dix plus grandes sociétés fournissant la couverture d'assurance médicaments aux régimes privés, de tiers administrateurs et de gestionnaires de régimes.
- Représente environ 70 % du total des réclamations de médicaments dans les régimes privés au Canada. (Les chiffres dans ce rapport n'ont pas été rajustés pour représenter 100 % du marché).
- Capture les données de plus de 12 millions de réclamants actifs avec plus de 129 millions de réclamations de médicaments.
- Représente uniquement les membres ayant fait une réclamation et non l'ensemble des membres couverts par un régime privé. Les données de TELUS Santé indiquent que 63 % des bénéficiaires sont des réclamants.

2. Les coûts liés aux réclamations sont basés sur le montant soumis y compris les parties payées par le régime et les parties payées par les patients, et représentent les coûts des ingrédients pharmaceutiques et les majorations des pharmacies et des grossistes (frais d'exécution d'ordonnance non compris sauf au Québec).

3. La croissance est mesurée à l'aide du taux de croissance annuel composé (TCAC). Étant donné que la croissance réelle peut varier d'une année à l'autre, le TCAC représente le taux moyen de croissance annuelle tenant compte de la volatilité et la composition d'une année à l'autre.

INTRODUCTION

En 2016, Médicaments novateurs Canada (MNC) a confié à IQVIA la création et révision annuelle d'une **Prévision des coûts de médicaments dans les régimes privés d'assurance médicaments** qui comprend une analyse de base permettant d'établir des projections en utilisant les coûts réels des médicaments des régimes privés d'assurance-médicaments. Une prévision actualisée sera publiée plus tard en 2018.

Cette analyse examine de plus près les données sur les réclamations traitées dans les régimes privé afin de mettre en évidence les principaux générateurs de la croissance des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments pour la période 2012-2016. Souvent, la croissance globale dans les régimes privés d'assurances-médicaments est rapportée sans que soient précisés les facteurs dans le comportement des réclamants qui ont une influence sur les coûts totaux du régime. Des rapports antérieurs ont constaté une croissance significative due à une plus grande utilisation des médicaments, mais sans fournir d'explication par rapport à la croissance de l'utilisation. Ce rapport clarifiera les agents contributeurs à la croissance des coûts, tel l'utilisation, dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada.



Il est important de noter que le coût d'un régime d'assurance-médicaments pour un promoteur comprend bien plus que le coût des réclamations de médicaments. La [section 2](#) renferme une analyse de certains autres coûts ayant une influence sur le coût d'un régime d'assurance-médicaments.



Résumé

75 % de la croissance des réclamations de médicaments des régimes privés sont dues à une utilisation accrue et 25 % sont attribuables au coût des médicaments.

Le nombre total de réclamations de médicaments dans les régimes privés a augmenté de 4,7 % TCAC entre 2012 et 2016, et le nombre de réclamants (2,1 % du TCAC) et le coût par réclamant (2,6 % du TCAC) ont augmenté à un rythme similaire. Le coût par réclamant a été déterminé à la fois par la croissance du nombre de réclamations par réclamant (1,4 % du TCAC) et par le coût par réclamation (1,2 % du TCAC).

3,5 % de la croissance de 4,7 % est attribuable à une utilisation accrue (nombre de réclamants, 2,1 % et de réclamations par réclamant, 1,4 %), alors que seulement 1,2 % est attribuable à l'augmentation du coût des médicaments (coût par réclamation), souvent appelé l'offre de médicaments.

FIGURE 1

Générateurs de coûts dans les régimes privés, 2012-2016

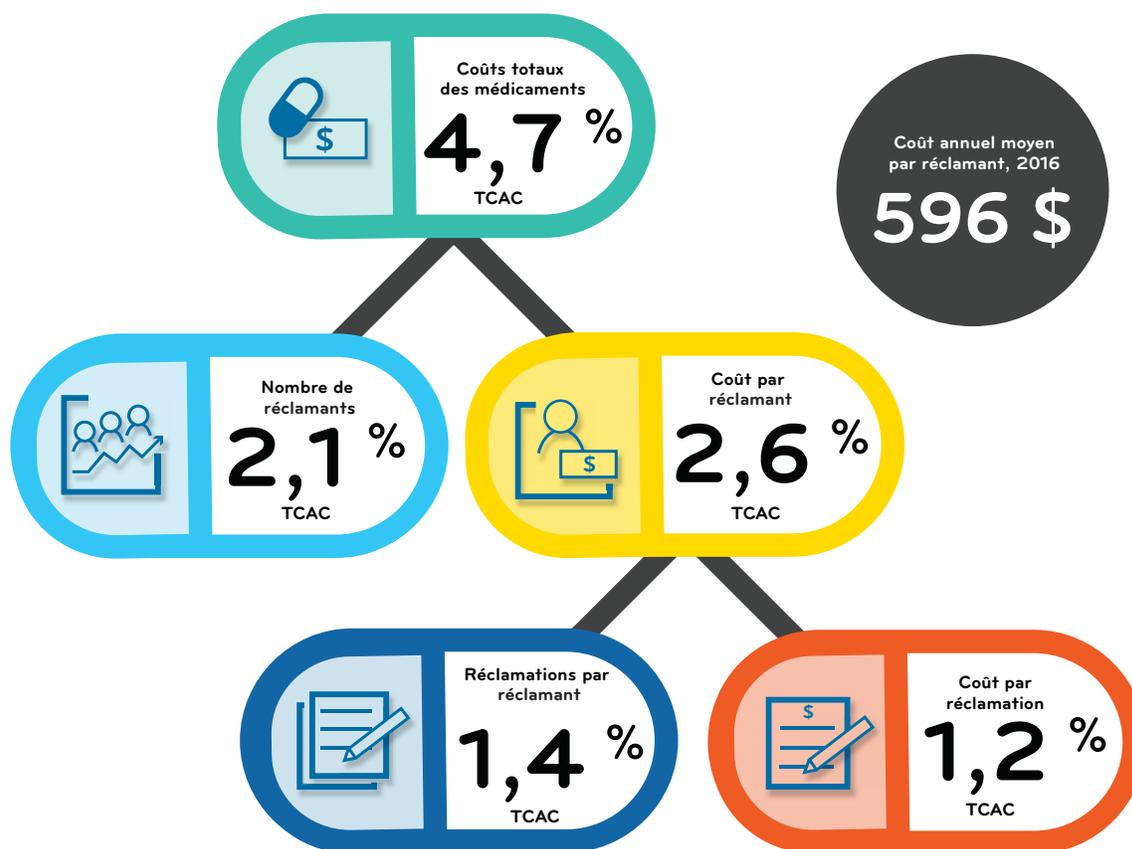


Figure 1. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.



SECTION 1

Analyse des générateurs de coûts

Contexte

Méthodologie

La croissance du marché des régimes privés d'assurance-médicaments (RPAM) a été examinée en isolant les effets de croissance en trois générateurs indépendants: l'effet des réclamants, l'effet du nombre de réclamations par réclamant, et l'effet du coût par réclamation :

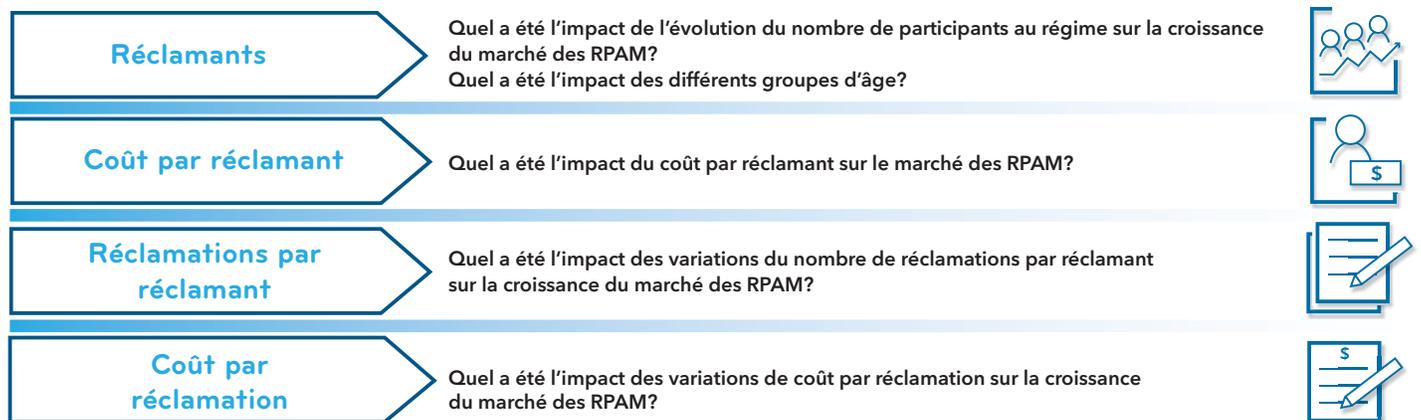
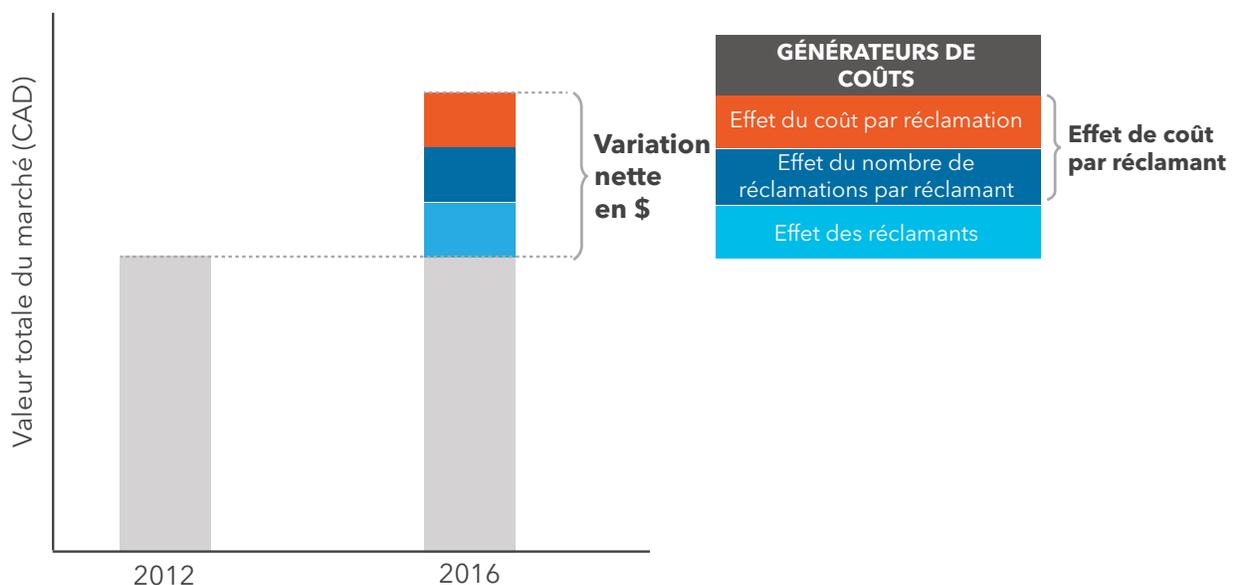


FIGURE 2



NOTE: non à l'échelle, uniquement à des fins d'illustration



Croissance globale des coûts, 2012-2016

De 2012 à 2016, le coût total des médicaments dans les régimes privés a augmenté à un TCAC de 4,7 % (figure 3). À noter que l'augmentation observée en 2014 et en 2015 peut être largement attribuée à l'introduction de nouveaux traitements contre l'hépatite C et à l'effet d'accumulation observé chez les patients qui attendaient des traitements plus efficaces. En 2016, les coûts de ces médicaments avaient chuté au niveau de 2013 dans les régimes privés.

FIGURE 3

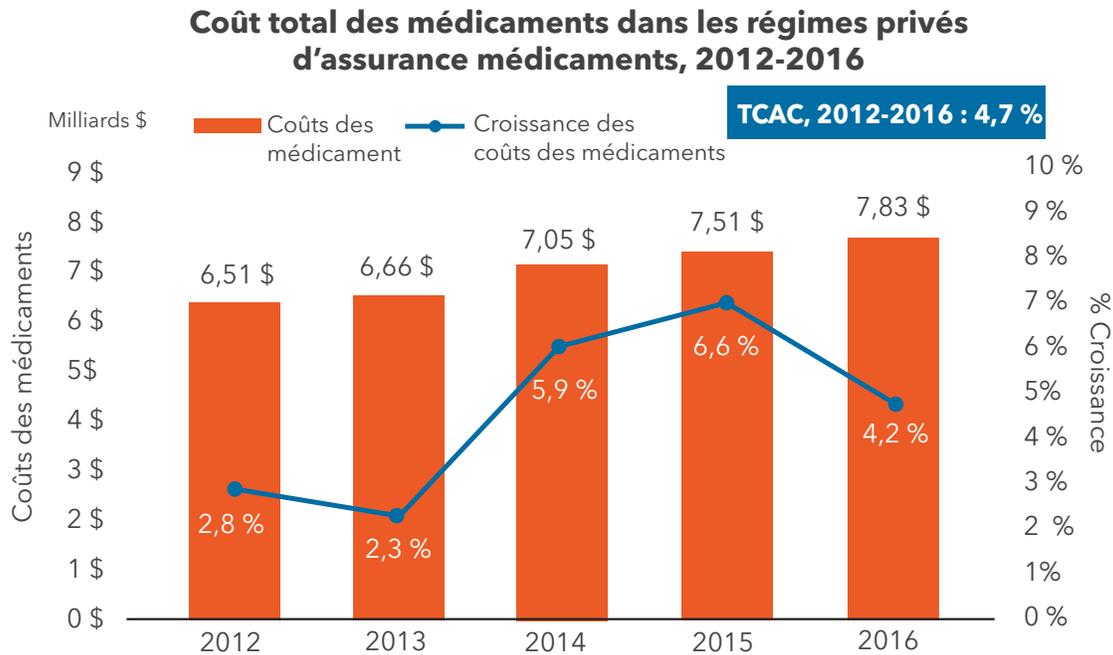


Figure 3. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA. Les coûts totaux des médicaments n'ont pas été extrapolés pour représenter l'ensemble de la population bénéficiaire nationale.

Générateurs de coûts, 2012-2016

Les trois générateurs de coût ont eu un impact différent sur la croissance globale, mais l'effet des réclamants a le plus contribué à la croissance globale, suivi par l'effet du nombre de réclamations par réclamant et l'effet du coût par réclamation.

FIGURE 4

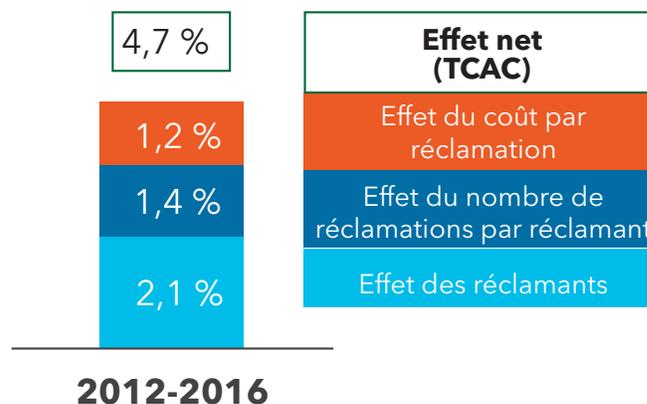


Figure 4. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.



Réclamants



Le principal moteur de la croissance du marché (45 % de la croissance) peut être attribué à l'augmentation observée entre 2012 et 2016 du nombre de bénéficiaires des régimes privés ayant fait des réclamations, et qui représente un TCAC de 2,1 % (figure 5). Le nombre de réclamants a considérablement augmenté entre 2014 et 2016, après une légère baisse nette en 2013 du nombre de réclamants.

FIGURE 5

Nombre total de réclamants des régimes privés d'assurance médicaments, 2012-2016

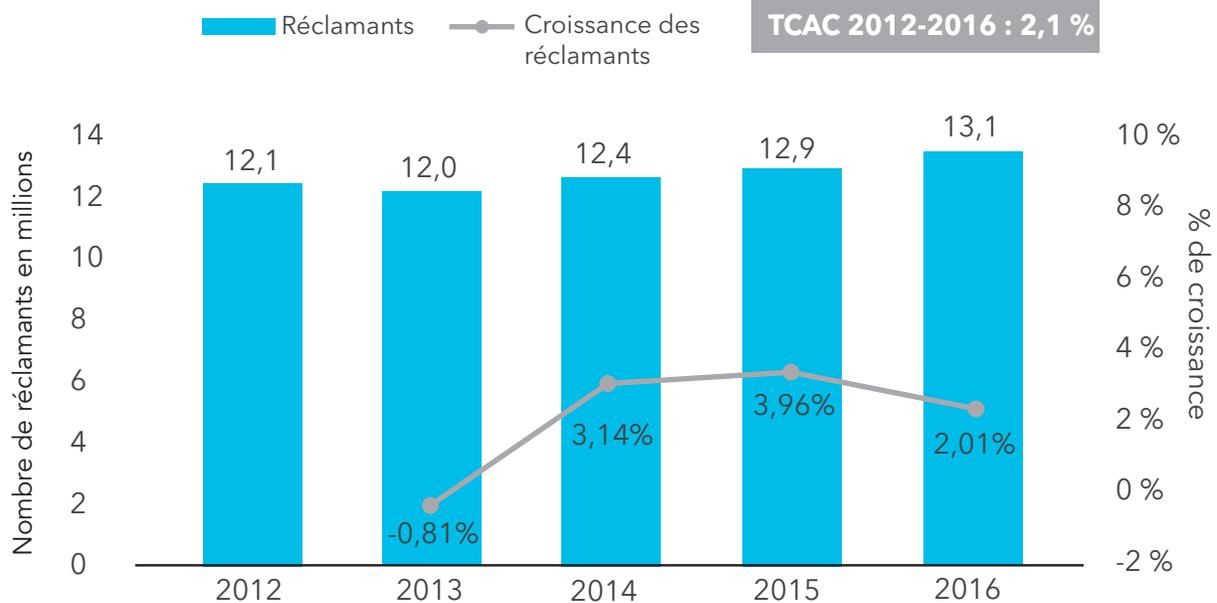


Figure 5. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA. Le nombre de réclamants n'a pas été extrapolé pour représenter l'ensemble de la population bénéficiaire nationale.

Coûts par réclamant



Le coût par réclamant est l'autre ingrédient à l'origine de la croissance globale du marché. On lui confère deux composantes distinctes : les réclamations par réclamant et le coût par réclamation.

Le nombre de réclamations par réclamant a augmenté à un TCAC de 1,4 % et le coût par réclamation a augmenté à un TCAC de 1,2 %, ce qui représente respectivement 30 % et 25 % de la croissance des coûts totaux du TCAC (figure 6). L'addition de ces deux effets individuels a contribué à la croissance des coûts du TCAC par réclamant de 2,6 % (sur une croissance totale du TCAC de 4,7 %). Le coût moyen par réclamant est passé de 538 \$ en 2012 à 596 \$ en 2016 (figure 7).



FIGURE 6

Composantes du coût par réclamation (moyenne des réclamations par réclamation et du coût par réclamation)

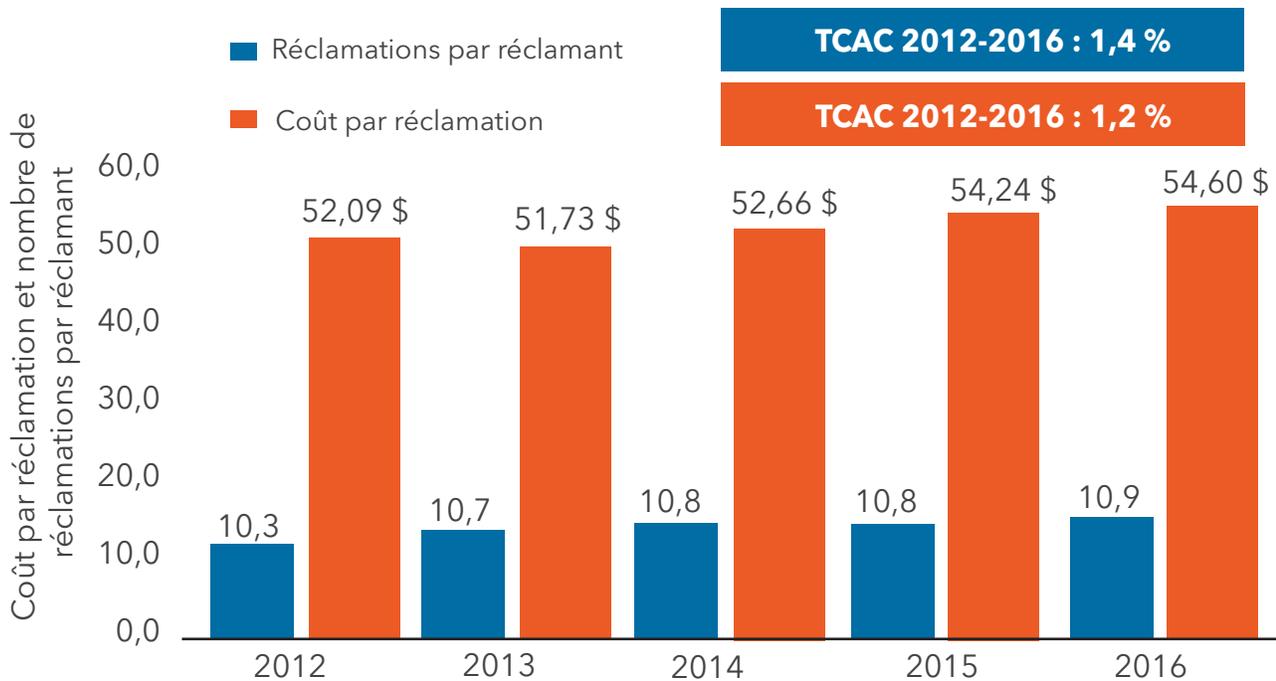


Figure 6. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.

FIGURE 7

Coût par réclamation

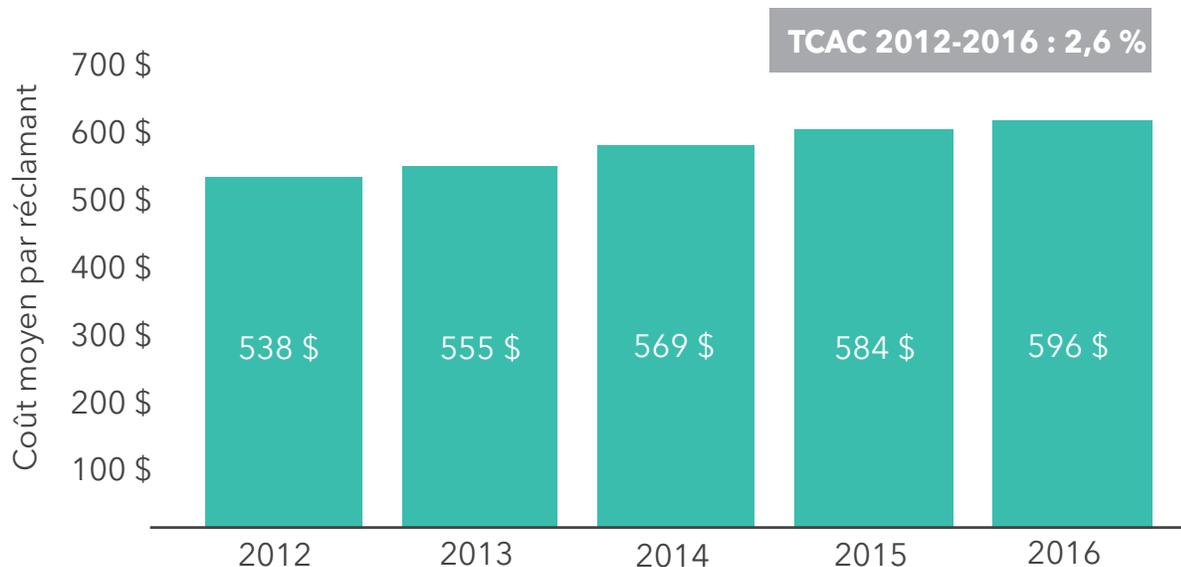


Figure 7. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA. (Ces chiffres sont arrondis et peuvent différer de la multiplication du nombre de réclamations avec le coût par réclamation à la figure 6).

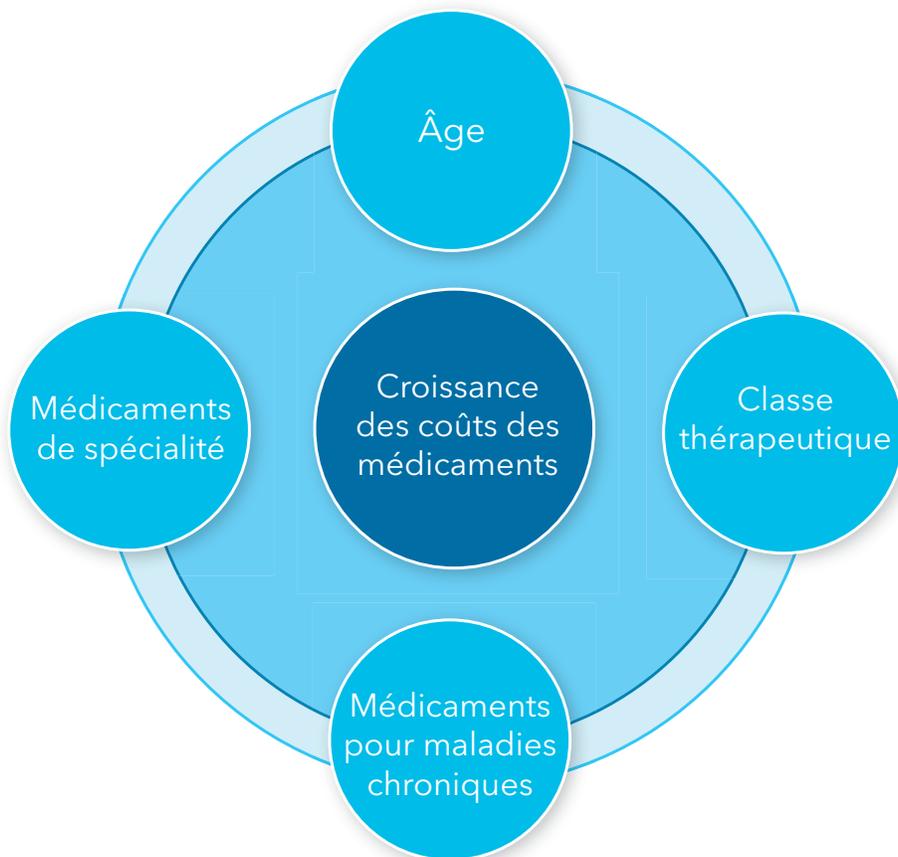


Tendances de croissance - effets démographiques et thérapeutiques

Ayant compris que la croissance des coûts des médicaments est principalement liée à l'utilisation, notamment en raison du nombre grandissant de réclamants et de réclamations par réclamant, notre analyse a cherché à identifier le type de patient, le profil de la maladie et le type de médicaments en croissance. Nous avons examiné plusieurs facteurs, notamment l'âge, la classe thérapeutique, le profil du médicament pour maladies chroniques et de spécialité afin de comprendre où a lieu la plus forte croissance (figure 8).

FIGURE 8

Autres agents contributeurs à la croissance



1. Effets de l'âge

De l'augmentation de 4,7 % des coûts des médicaments, le groupe des 25 à 54 ans représentait 2,0 % et le groupe des 55 à 64 ans, 1,4 % de la croissance totale (figure 6).

Les populations plus âgées ont tendance à connaître des coûts plus élevés par réclamant (figure 7) et, bien qu'ils représentent une plus petite proportion du nombre total de prestataires (le groupe des 55 à 64 ans représente moins de 20 % des réclamants de la population de prestataires du régime) ils représentent une part proportionnelle plus grande des coûts et contribuent donc ainsi à une plus grande croissance des coûts.



Bien que le groupe d'âge de 25 à 54 ans ait connu la plus faible croissance du TCAC (3,8 %, figure 9), il a le plus contribué à la croissance des coûts en raison de sa plus grande part de la population de réclamants (~50 %, figure 10A). En revanche, les groupes d'âge de 0 à 24 ans et de 65 ans et plus ont eu les TCAC les plus élevés (6,5 % et 8,3 % respectivement, figure 9), mais ont le moins contribué à la croissance globale des coûts totaux, car ils représentent une faible part de la population totale et/ou ont un coût moyen relativement inférieur par réclamant (figures 10A et 10B)¹.

Le groupe d'âge des 55 à 64 ans a connu une croissance supérieure à la population des 25 à 54 ans (4,8 %, figure 9) et présente le coût moyen par demande de règlement le plus élevé (992 \$, figure 10B). Sa contribution à la croissance des coûts a donc été relativement élevée (1,4 %, figure 9).

FIGURE 9

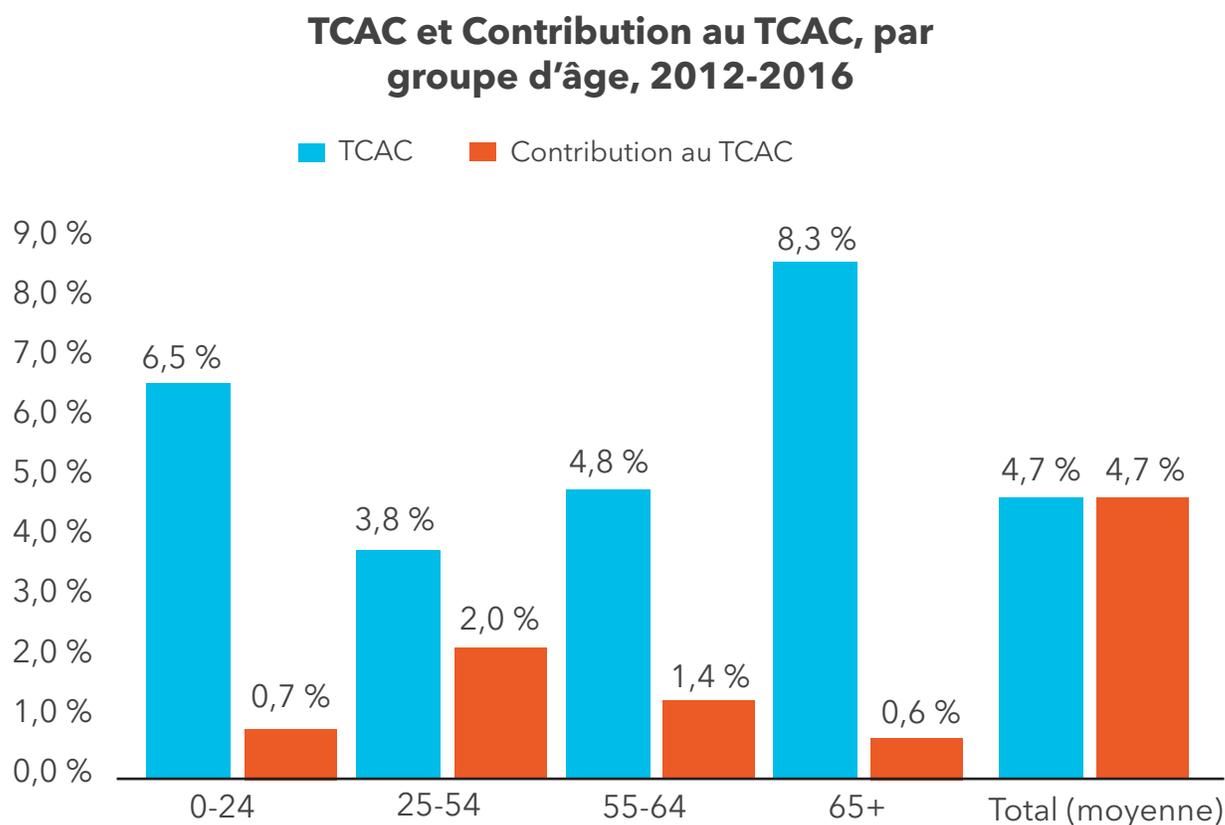


Figure 9. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.

¹ En réalité, la population de 65 ans et plus affiche le coût le plus élevé par réclamant, mais la plupart de ces coûts sont payés par les régimes publics d'assurance-médicaments en raison des critères d'admissibilité et les règles de partage des coûts, laissant une proportion relativement faible des coûts dans les régimes privés pour cette population.



FIGURE 10

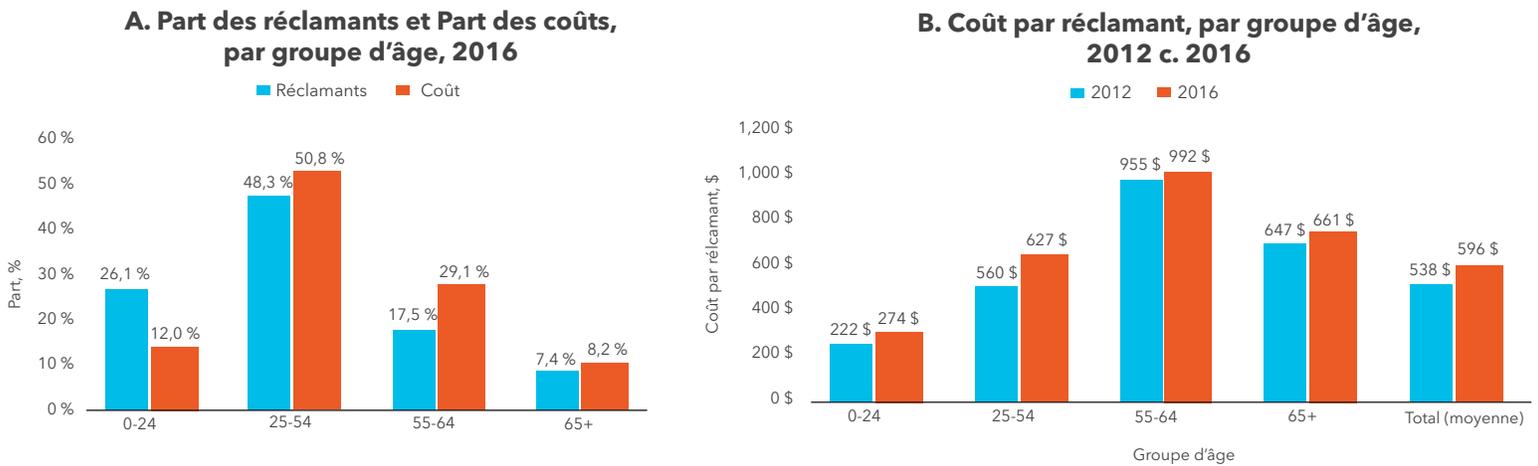


Figure 10. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.

Les générateurs de croissance diffèrent également dans chaque groupe d'âge (figure 11). Dans la tranche d'âge la plus jeune (0 à 24 ans), la croissance d'utilisation des réclamants et des réclamations a eu moins d'impact que le coût par réclamation; alors que dans les groupes plus âgés (de 55 à 64 ans et de 65 ans et plus), l'essentiel de la croissance est imputable à la croissance d'utilisation des réclamants et des réclamations, alors que le coût par réclamation a un impact minimal ou négatif. Le groupe d'âge le plus grand, quand à lui, celui des 25 à 54 ans, a été plus uniformément touché par les trois facteurs.

FIGURE 11

Générateurs de coûts par groupe d'âge, 2012-2016

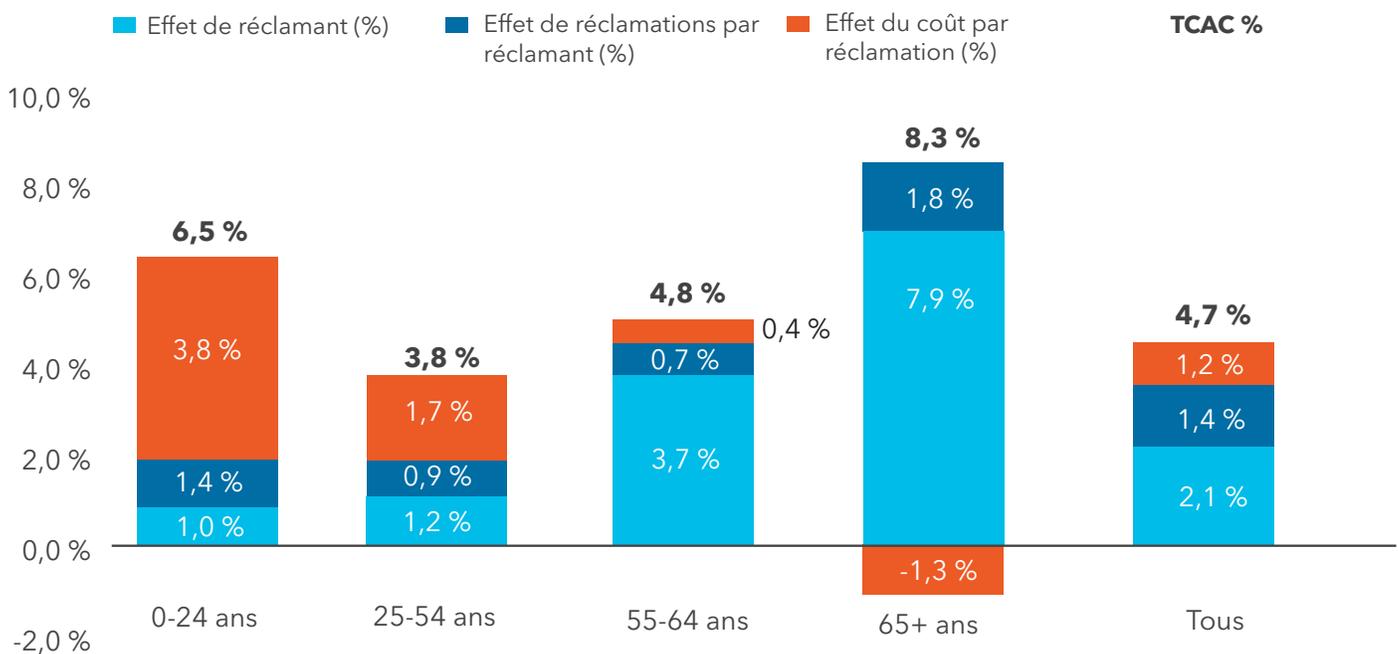


Figure 11. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA. Les facteurs individuels ajoutés ensemble peuvent ne pas correspondre à l'effet net total dû à l'impact d'effets duplicatifs, ce qui est minime et n'est pas rapporté ci-haut.



2. Effets des médicaments pour les maladies chroniques

L'analyse a examiné de plus près l'impact sur la croissance des médicaments qui traitent les maladies chroniques par rapport aux maladies non chroniques. Les médicaments ont été regroupés par classe thérapeutique comme étant chroniques ou non chroniques par la caractéristique de la maladie qu'ils traitent (annexe A). Les médicaments oncologiques (antinéoplasiques) ont été conservés dans une catégorie distincte et non classés comme chroniques ou non chroniques.

Médicaments contre les maladies chroniques :

- ont représenté 63 à 64 % du coût total des médicaments des régimes privés (figure 12)
- les coûts ont augmenté à un TCAC de 5 % entre 2012 et 2016 (figure 13)
- ont contribué à l'essentiel de la croissance (3,1 % sur 4,7 %) (figure 13)

En revanche, les coûts des médicaments qui traitent les affections aiguës ou non chroniques ont augmenté de 3,9 % TCAC entre 2012 et 2016 (figure 13) et leur part dans les coûts totaux du marché est passée de 33 à 34 % (figure 12). Fait à noter, cela couvre la période de forte croissance soudaine due aux médicaments contre l'hépatite C chronique, qui sont des thérapies non chroniques. Les médicaments non chroniques ont contribué à 1,3 % du TCAC de 4,7 % (figure 13).

Les coûts des médicaments oncologiques (antinéoplasiques) ont représenté une faible proportion du coût total des médicaments (2,8 à 3,2 %) (figure 12) et, bien qu'ils aient augmenté de 8,8 % TCAC entre 2012 et 2016 (figure 13), ils ont contribué le moins à la croissance du marché total (0,26 % sur 4,7 %) (figure 13).

FIGURE 12

Part du marché total par type de médicament

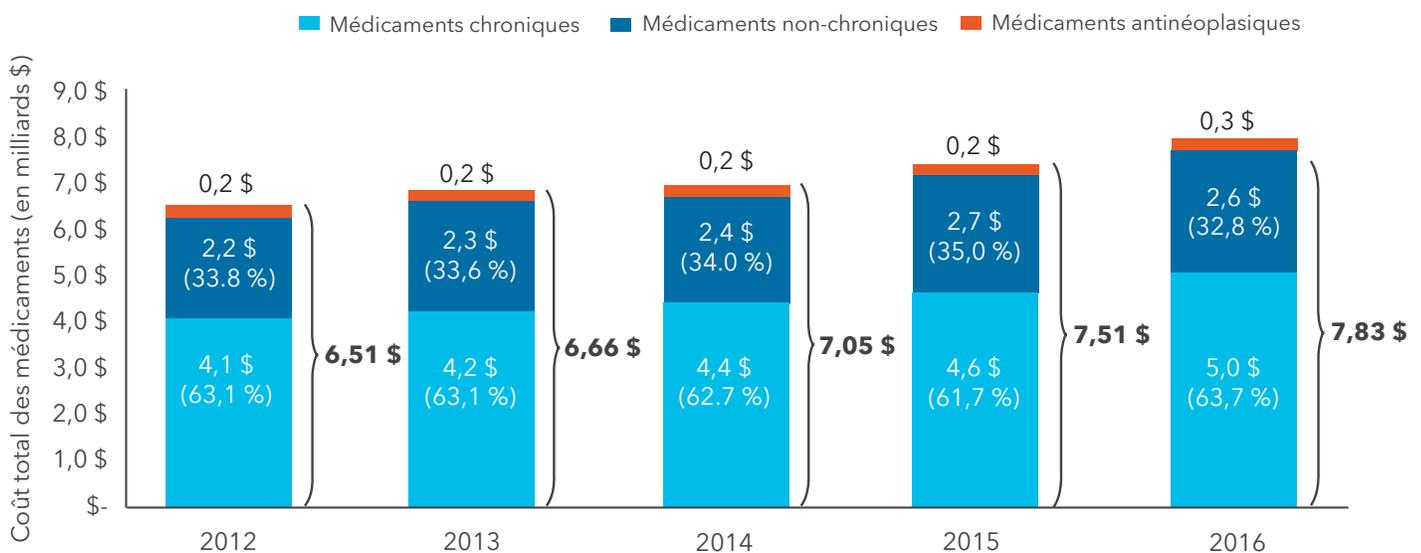


Figure 12. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA. Les coûts totaux n'ont pas été extrapolés pour représenter l'ensemble de la population bénéficiaire nationale.

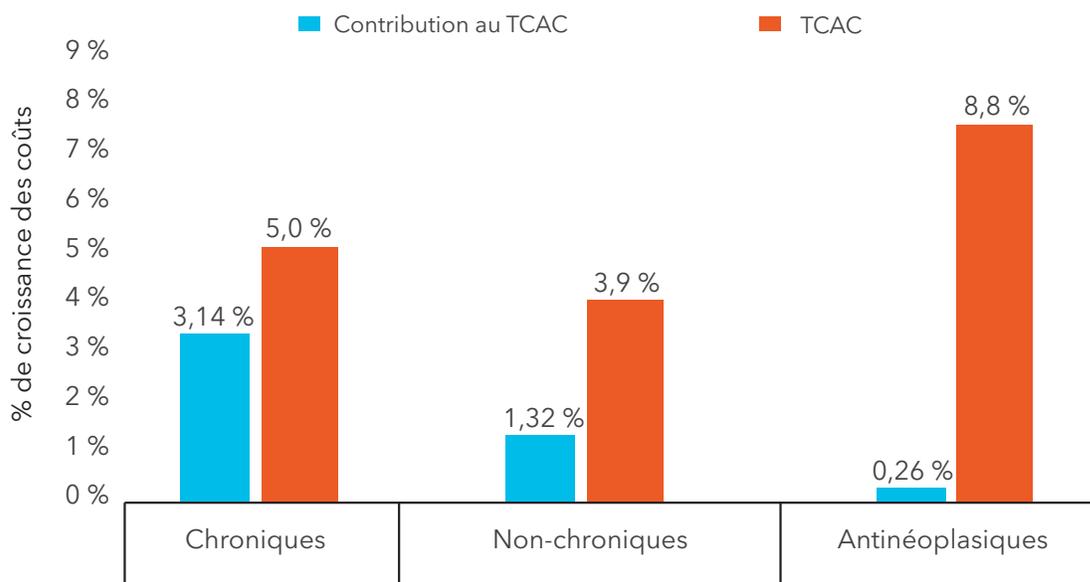
FIGURE 13
TCAC et Contribution au TCAC 2012-2016, par thérapies chroniques c. non-chroniques


Figure 13. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.

3. Effets des classes thérapeutiques

Les principales classes thérapeutiques en termes de coûts en 2012 ont été comparées à celles de 2016. Les 10 principales classes thérapeutiques en 2016 étaient les mêmes qu'en 2012 et représentaient entre 82 et 83 % du total des coûts des médicaments des régimes privés tout au long de la période (figure 14).

La plupart des principales classes thérapeutiques représentent en grande partie des thérapies contre les maladies chroniques (à quelques exceptions près dans les classes d'agents anti-infectieux, les autres domaines thérapeutiques et d'agents gastro-intestinaux, classées comme étant « non chroniques », leurs coûts respectifs étant principalement des médicaments non chroniques, bien qu'ils représentent une combinaison de médicaments non chroniques et chroniques).

Les classes suivantes ont **BAISSÉ** de rang et/ou ont eu une contribution négative à la croissance des coûts des médicaments, ayant vu l'entrée massive de génériques sur le marché et/ou les réductions de prix pour les médicaments génériques les plus souvent prescrits entre 2012-2016² (figures 14 et 15) :

- **Les médicaments cardiovasculaires** ont diminué de -5,2 % et ont contribué à -0,63 % de la croissance de 4,7 %, ce qui a plus que compensé la croissance de la classe des autres agents immunomodulateurs/immunosuppresseurs. Ils sont passés du rang supérieur en 2012 au 4^e rang en 2016.
- **Les médicaments gastro-intestinaux** ont diminué de -0,9 % et ont contribué à -0,06 % de la croissance de 4,7 %. Ils sont passés du 5^e rang en 2012 au 10^e rang en 2016.
- **Les antidépresseurs et les antipsychotiques** ont progressé de 3,4 % et ont contribué à 0,37 % de la croissance de 4,7 %, mais ils sont passés du 2^e au 3^e rang entre 2012 et 2016.
- **Les hormones et les substituts synthétiques** ont progressé de 3,5 % et ont contribué à 0,21 % de la croissance de 4,7 %, mais ils sont passés du 7^e au 9^e rang entre 2012 et 2016.

² Initiative de tarification de valeur générique de l'APP : <http://www.pmprovincesterritoires.ca/alliance-pancanadienne-pharmaceutique-app/>



Malgré les reculs enregistrés dans leur classement, **les médicaments cardiovasculaires, les antidépresseurs et les antipsychotiques** figuraient toujours parmi les 4 principales classes thérapeutiques en 2016.

Les quatre classes suivantes ont chacune connu la croissance la plus forte et ont le plus contribué à la croissance des coûts des médicaments. Ensemble, ces quatre catégories ont représenté 37,5 % des coûts totaux des médicaments des régimes privés en 2016 et ont contribué à 3,7 % de la croissance de 4,7 % du TCAC (figures 14-15).

- **Les modificateurs de maladies biologiques** ont augmenté de 12,5 % et ont contribué à 1,36 % de la croissance de 4,7 %. Ce sont des médicaments biologiques qui traitent la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis, l'arthrite psoriasique, la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse et d'autres maladies auto-immunes. Les modificateurs de maladies biologiques sont passés du 4^e rang en 2012 au 1^{er} rang en 2016.
- **Les autres domaines thérapeutiques** ont augmenté de 7,5 % et ont contribué à 0,80 % de la croissance de 4,7 %. Cette classe combine des médicaments, notamment des médicaments contre les allergies, des bandelettes diagnostiques pour les diabétiques, des médicaments contre le dysfonctionnement sexuel et, en 2016, un médicament biologique contre la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Cette classe est passée du 3^e au 2^e rang entre 2012 et 2016.
- **Les antidiabétiques** ont augmenté de 12,4 % et ont contribué à 0,71 % de la croissance de 4,7 %. Les antidiabétiques sont passés du 9^e rang pour se hisser au 6^e rang entre 2012 et 2016.
- **Les autres agents immunomodulateurs/immunosuppresseurs** ont augmenté de 10,8 % et ont contribué à 0,60 % de la croissance de 4,7 %. Ceux-ci comprennent des médicaments qui traitent d'autres maladies auto-immunes, dont la sclérose en plaques et le rejet d'organes. Cette classe est passée du 10^e au 7^e rang en 2016 par rapport à 2012.

FIGURE 14

Rang	2012		2016			
	Principales classes thérapeutique en 2012	Coût RPAP, 2012	Principales classes thérapeutique en 2016	Coût RPAP, 2016	Changement de rang par rapport à 2012	TCAC 2012-2016
1	Cardiovasculaires	915,3 M\$	Modificateurs de maladies biologiques	1,02 G\$	▲	12,5 %
2	Antidépresseurs et antipsychotiques	719,8 M\$	Autres domaines thérapeutiques*	884, M\$	▲	7,5 %
3	Autres domaines thérapeutiques*	661,3 M\$	Antidépresseurs et antipsychotiques	823,7 M\$	▼	3,4 %
4	Modificateurs de maladies biologiques	638,5 M\$	Cardiovasculaires	740,0 M\$	▼	-5,2 %
5	Médicaments gastro-intestinaux	482,0 M\$	Agents anti-infectieux	565,8 M\$	▲	6,2 %
6	Agents anti-infectieux	445,6 M\$	Antidiabétiques	534,1 M\$	▲	12,4 %
7	Hormones et substituts synthétiques	407,4 M\$	Autres agents immunomodulateurs/immunosuppresseurs	498,1 M\$	▲	10,8 %
8	Thérapies broncho-pulmonaires	351,2 M\$	Thérapies broncho-pulmonaires	471,7 M\$	↔	7,7 %
9	Antidiabétiques	335,1 M\$	Hormones et substituts synthétiques	467,4 M\$	▼	3,5 %
10	Autres agents immunomodulateurs/immunosuppresseurs	331,0 M\$	Médicaments gastro-intestinaux	465,7 M\$	▼	-0,9 %
	Total des 10 principales classes (% du marché total)	5,3 G\$ (82 %)	Total des 10 principales classes (% du marché total)	6,5 G\$ (83 %)		

▲ Rang en hausse depuis 2012 ▼ Rang en baisse depuis 2012 ↔ Même rang depuis 2012 ■ Classes avec >50 % des coûts des médicaments à coût élevé >10 K\$ par patient et par année

*Autres domaines thérapeutiques 2012 : Nasonex, One Touch Ultra, Ascensia Microfill, Cialis; *Autres domaines thérapeutiques 2016 : Contour Next, Lucentis, One Touch Ultra, Cialis

Figure 14. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.



FIGURE 15

TCAC et Contribution au TCAC due aux 10 principales classes thérapeutiques, 2012-2016 (83 % du coût total des médicaments)

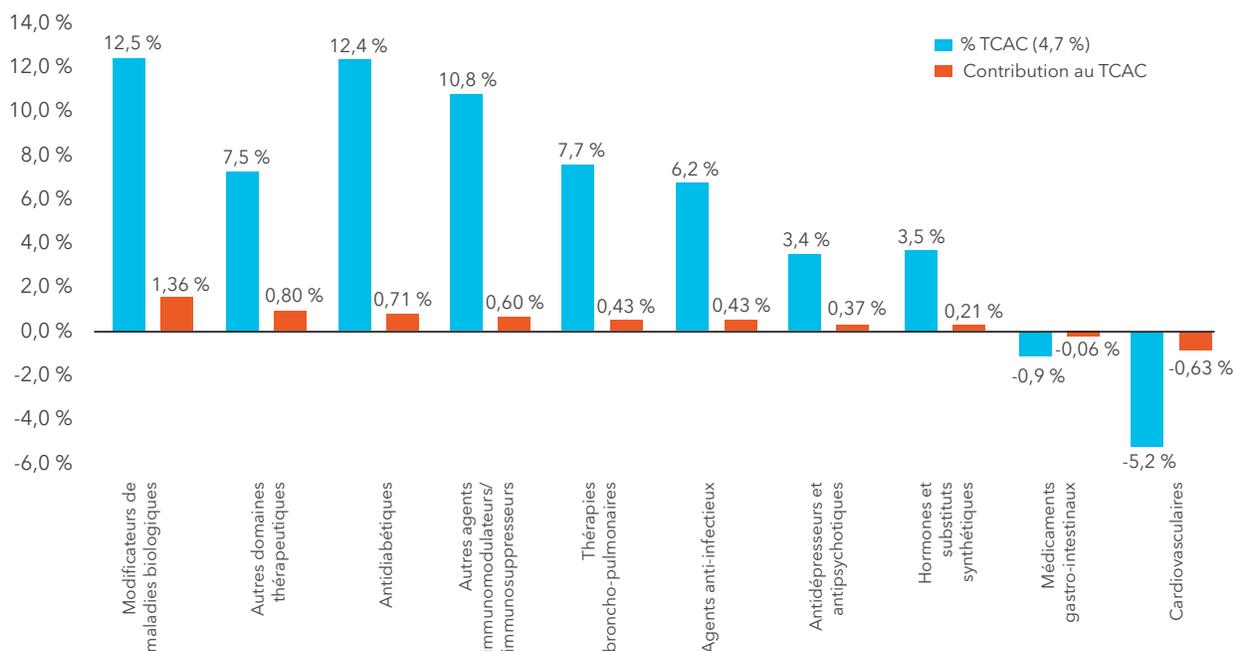


Figure 15. Source: Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.

Il convient de noter que malgré le volume et les coûts croissants des médicaments de spécialité³, deux des quatre principales classes et plus de la moitié des 10 principales classes restent des catégories de médicaments communs et largement génériques utilisés pour traiter des maladies chroniques (figure 14). De manière générale, les médicaments dont le coût est inférieur à 10000 \$ par patient et par année ont compté pour 75 % du coût total des médicaments des régimes privés en 2016 (figure 16). Ils ont augmenté de 2,3 % et ont contribué à 1,8 % du TCAC total de 4,7 %. Une fois l'impact de la perte des brevets et des réductions de prix des génériques découlant de l'APP atténué, la croissance devrait reprendre dans ces classes de médicaments non spécialisés, car ces maladies chroniques continuent de toucher un segment grandissant de la population.

FIGURE 16

Part des médicaments non-spécialisés, 2016 par rapport à 2012

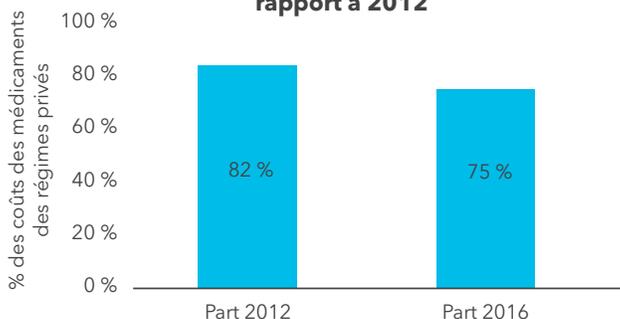


Figure 16. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.

Le coût des médicaments de spécialité a augmenté de 14 % et leur part des coûts de médicaments dans les régimes privés est passé de 18 à 25 % et a contribué à 2,9 % de la croissance de 4,7 % du TCAC. Cela est cohérent avec d'autres données rapportées par les assureurs et les gestionnaires des régimes d'assurance-médicaments. La croissance des coûts des médicaments de spécialité est principalement attribuable à la croissance des réclaments, qui ont augmenté de 8,2 % TCAC.

³ Dans ce rapport, les médicaments de spécialité sont définis comme des médicaments dont le coût dépasse 10 000 \$ par patient et par année apparaissant dans la base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.



Deux des 10 principales classes thérapeutiques et des 4 principales classes en croissance, les modificateurs des maladies biologiques et les autres agents immunomodulateurs/immunosuppresseurs, se caractérisent par des médicaments de spécialité utilisés pour les maladies auto-immunes chroniques. Cette donnée est révélatrice d'une part grandissante de la population active touchée par des maladies chroniques invalidantes qui nécessitent de traitements hautement efficaces pour gérer leurs symptômes et continuer de travailler.

Résumé des générateurs de coûts et des effets, 2012-2016 :

- Le rapport indique que 75 % de la croissance totale était attribuable à des facteurs d'utilisation accrue : du TCAC total de 4,7 % entre 2012 et 2016, 2,1 % étaient attribuables à la croissance des réclamants et 1,4 % aux réclamations par réclamant.

FIGURE 17

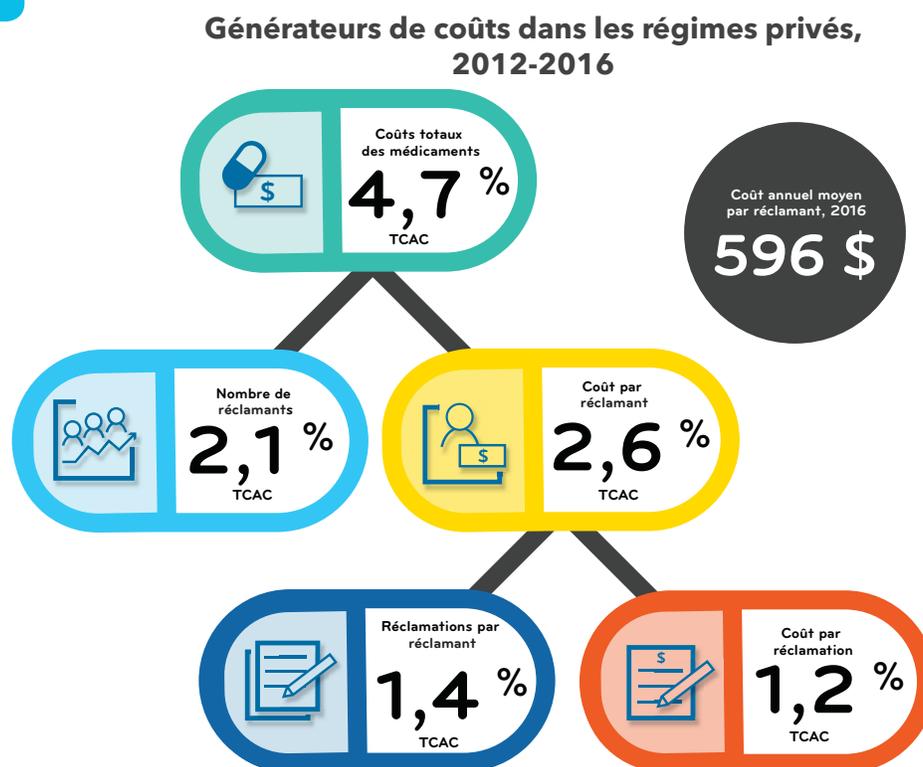


Figure 17. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.

- Les groupes d'âge de 25 à 54 ans et de 55 à 64 ans ont été les principaux contributeurs à la croissance observée. Le groupe d'âge de 55 à 64 ans en particulier devrait faire l'objet d'une attention plus soutenue en raison de la croissance rapide du nombre de réclamants, de l'utilisation plus élevée et du coût moyen des médicaments.
- La majeure partie de la croissance est survenue dans la catégorie des maladies chroniques. Les catégories thérapeutiques qui ont le plus contribué à la croissance ont été le diabète et les maladies auto-immunes.



Même si une croissance accrue se produit parmi et en raison d'une plus grande utilisation de médicaments coûteux découlant de l'incidence accrue des maladies chroniques chez les travailleurs vieillissants, les payeurs doivent tenir compte du fait que bon nombre de ces maladies peuvent être évitées ou même réversibles dans certains cas en apportant des modifications au mode de vie. Les régimes d'avantages sociaux des employés devraient envisager d'investir dans des programmes de bien-être et de prévention encourageant les bonnes habitudes en matière de nutrition, de sommeil, d'exercice et de stress en milieu de travail afin d'empêcher la prochaine vague de « baby-boomers » (les personnes entrant dans le groupe d'âge des 55 à 64 ans dont le coût par réclamant est le plus élevé) d'ajouter aux coûts des budgets des régimes d'assurance-médicaments.

FIGURE 18

Résumé des générateurs de coûts

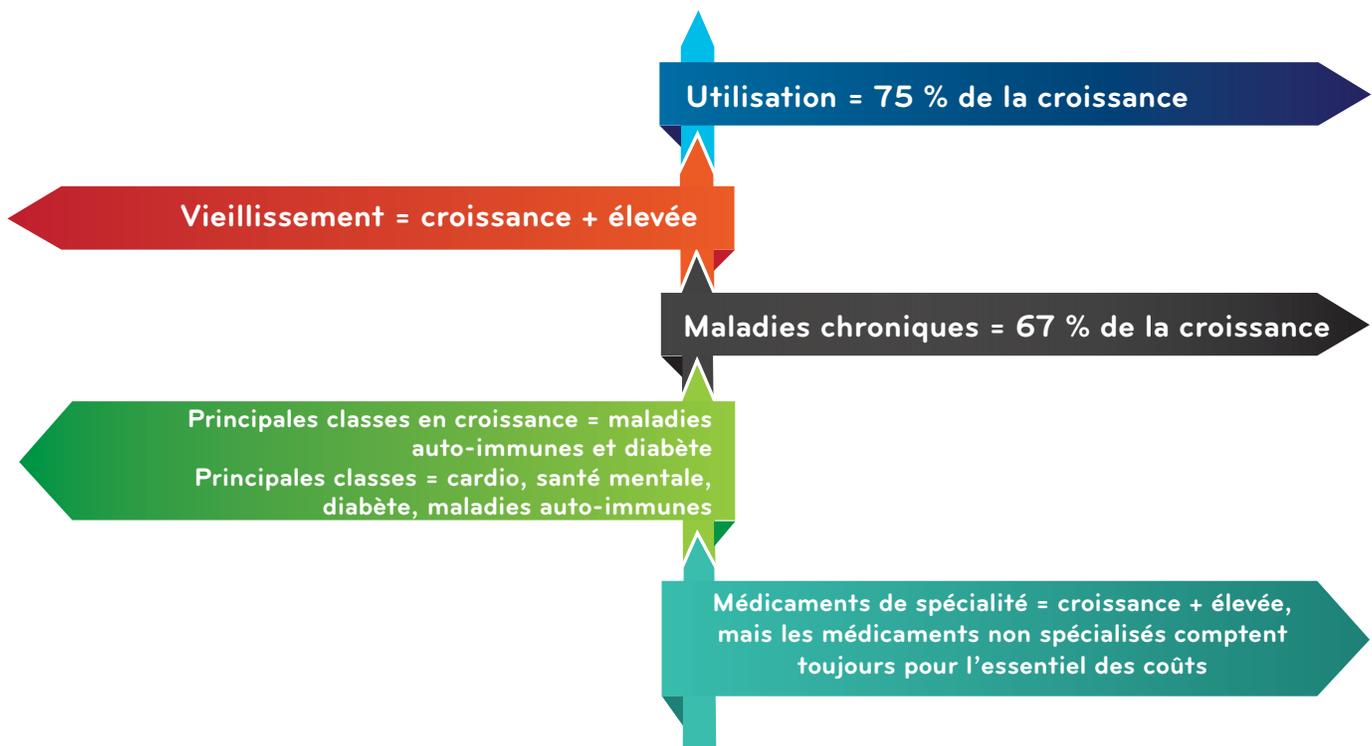


Figure 18. Source : Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.



SECTION 2

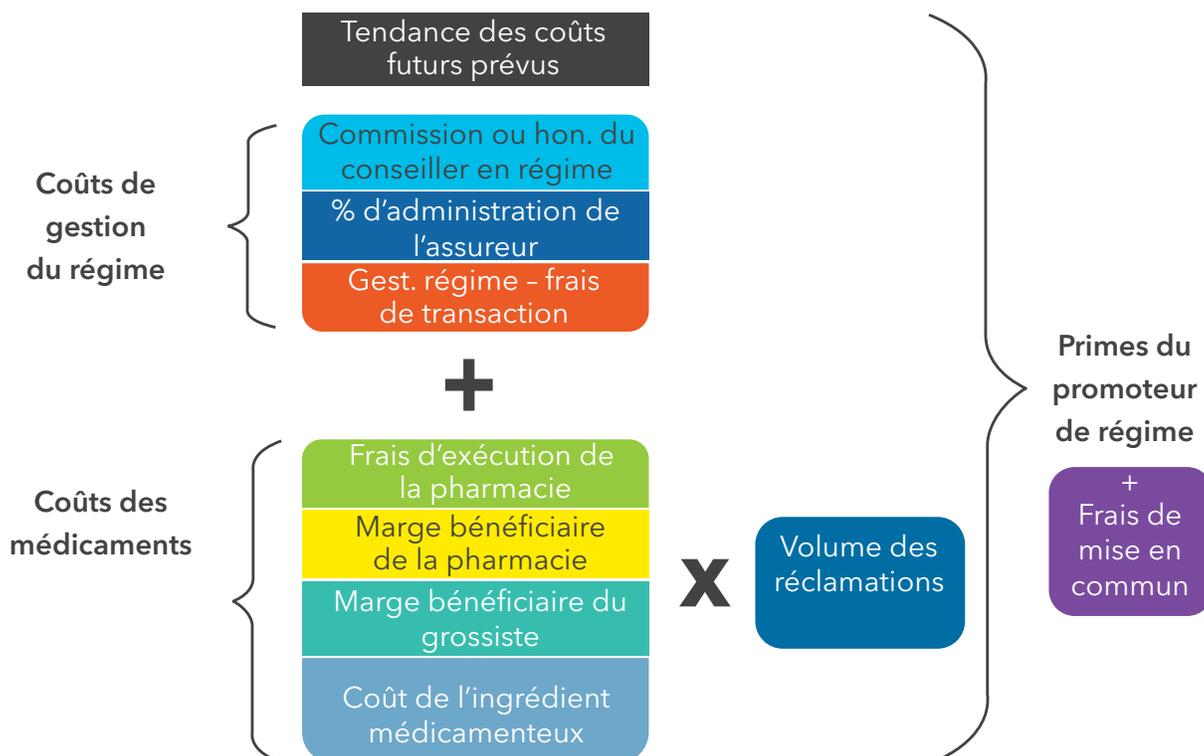
Autres facteurs influant sur les coûts des régimes privés d'assurance-médicaments

Primes dans les régimes de santé privés

Lorsque les promoteurs de régime pensent aux « coûts des médicaments », ils pensent plutôt aux coûts de leur régime – c'est à dire, les primes qu'ils paient pour une couverture en santé étendue, qui comprend la couverture de médicaments.

Les primes des promoteurs de régime sont directement affectés par les caractéristiques uniques de leur régime et de la composition de la population. En plus de l'utilisation de médicaments dans leur régime (expérience des réclamations), le calcul des primes comprend les coûts suivants : les frais administratifs de l'assureur, les commissions du conseiller en avantages sociaux et le facteur de tendance – c'est à dire, une prévision actuarielle sur ce que pourraient être les réclamations dans le futur. Bien que la plupart d'entre elles soient motivées par des considérations liées à l'expérience en matière de réclamations, elles devraient être considérées comme un facteur de coût supplémentaire par rapport aux coûts des réclamations de médicaments.

FIGURE 19





Dans le cas des régimes privés, il ne suffit pas de tenir compte simplement du prix et du coût des médicaments et de l'expérience des réclamations, car ils ne comprennent pas les facteurs permettant d'évaluer le risque possible d'une réclamation d'un médicament quelconque pour un promoteur de régime.

Plusieurs analyses de régimes privés d'assurance-médicaments, comme celle-ci, examinent l'historique des réclamations, parce que les primes facturées pour la couverture en santé sont adaptées au régime individuel suite à une négociation confidentielle entre l'assureur et le promoteur (l'employeur). Il n'existe aucune documentation dans le domaine public démontrant l'évolution des primes pour couverture de santé au cours des années.

Les régimes individuels doivent adopter une perspective complète des coûts de leur régime et les comparer à l'ensemble du marché. L'expérience des réclamations d'un régime individuel ou le risque que le régime ait des réclamations récurrentes à coût élevé pourrait avoir une incidence importante sur les primes à venir.

Coûts des médicaments

Le prix de l'ingrédient médicamenteux correspond au prix vendu par un fabricant de produits pharmaceutiques innovateurs aux grossistes ou aux pharmacies au Canada. Au Canada, le prix plafond d'un médicament innovateur est réglementé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), dont le mandat garantit que le prix auquel un fabricant pharmaceutique vend ses médicaments brevetés au Canada n'est pas excessif. En plus de réglementer le prix d'introduction au Canada, la réglementation du CEPMB garantit également que le prix d'un médicament ne peut augmenter au-delà de l'indice des prix à la consommation (IPC). Sur les 2014 DIN introduits entre 1993 et 2016, le taux de conformité à la réglementation du CEPMB a été de 93 % et les augmentations de prix sont nettement inférieures à l'inflation depuis 1988⁴.

Bien que le prix des médicaments soit réglementé, les marges bénéficiaires et les frais d'exécution d'ordonnance des grossistes et des pharmacies ne sont généralement pas réglementés dans les régimes privés d'assurance-médicaments. Ceux-ci sont négociés et gérés au moyen d'ententes entre les pharmacies et les assureurs ou les gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments qui traitent directement les réclamations de médicaments. Le montant que les pharmacies facturent aux régimes privés pour ces coûts peut varier grandement en raison des nombreux types d'ententes existant sur le marché. Certains régimes privés ont tenté de réduire le coût des médicaments de spécialité en mettant en place des réseaux de pharmacies préférentielles (RPP), qui comprennent une marge bénéficiaire inférieure ou plafonnée pour les pharmacies en échange pour un plus grand nombre de réclamants dans le réseau.

Facteur de tendance dans les régimes de santé privés

Pour établir les primes d'un régime de santé, un assureur examinera l'expérience de l'exercice précédent, mais appliquera également un « facteur de tendance », qui est un facteur d'inflation annuel utilisé pour calculer les coûts associés aux réclamations en santé pour l'année à venir. Le facteur tient

⁴ Rapport annuel 2016 du CEPMB et Nouveaux médicaments brevetés déclarés au CEPMB.



compte de l'augmentation prévue des réclamations par l'assureur résultant de l'inflation des coûts, de l'utilisation accrue, du vieillissement, des nouveaux produits et services, des modifications législatives, de la combinaison de produits ou de services utilisés ou des coûts transférés du secteur public au secteur privé.

Le facteur de tendance de l'assureur fait partie du calcul de renouvellement confidentiel d'un régime individuel et n'est généralement vu que par le promoteur du régime et son conseiller en avantages sociaux. Il peut être remis en question ou rajusté dans le cadre de la négociation de la prime de renouvellement du régime.

Cependant, certains conseillers en avantages sociaux effectuent des sondages auprès des assureurs et font rapport sur les facteurs de tendance annuels utilisés. L'un de ces rapports, publié depuis de nombreuses années, est le Conduent Canadian Health Care Trend Survey (Sondage Conduent sur les tendances dans les régimes de santé canadiens)⁵.

Les régimes d'assurance-médicaments sont inclus dans les taux de primes des régimes de santé. Par conséquent, un facteur de tendance pour la couverture en santé tiendra compte des changements prévus dans les réclamations de médicaments. Selon le sondage Conduent 2016⁶, le facteur de tendance moyen des assureurs pour les renouvellements de régimes de santé était une croissance prévue de 11,81 %. Lorsque le facteur de tendance était divisé en ses composantes individuelles, les facteurs d'inflation pour les médicaments d'ordonnance étaient de 12,09 % en 2016.

En comparant la tendance prévue de l'assureur pour les médicaments d'ordonnance à l'augmentation réelle du coût des réclamations, on constate un écart important entre la croissance projetée et la croissance réelle, et on ne peut qu'espérer un ajustement de l'expérience du régime, une tarification rétrospective, et/ou une réduction dans les primes futures pour les promoteurs de régimes individuels (figure 20). Cependant, il n'y a aucune obligation ou garantie que ce soit le cas. Les promoteurs de régimes doivent être vigilants et remettre en question leurs augmentations de primes au moment du renouvellement.

⁵ Anciennement connu sous le nom de Buck, puis de Xerox

https://www.xerox.com/downloads/can/en/buck/reports/hrc_pub_hct_survey_CA.pdf?

⁶ Aucun rapport n'a été publié en 2017. Un nouveau rapport est attendu en 2018.



FIGURE 20

Facteur de tendance des primes de l'assureur, médicaments d'ordonnance, c. Augmentations réelles du coût des médicaments, 2012-2016

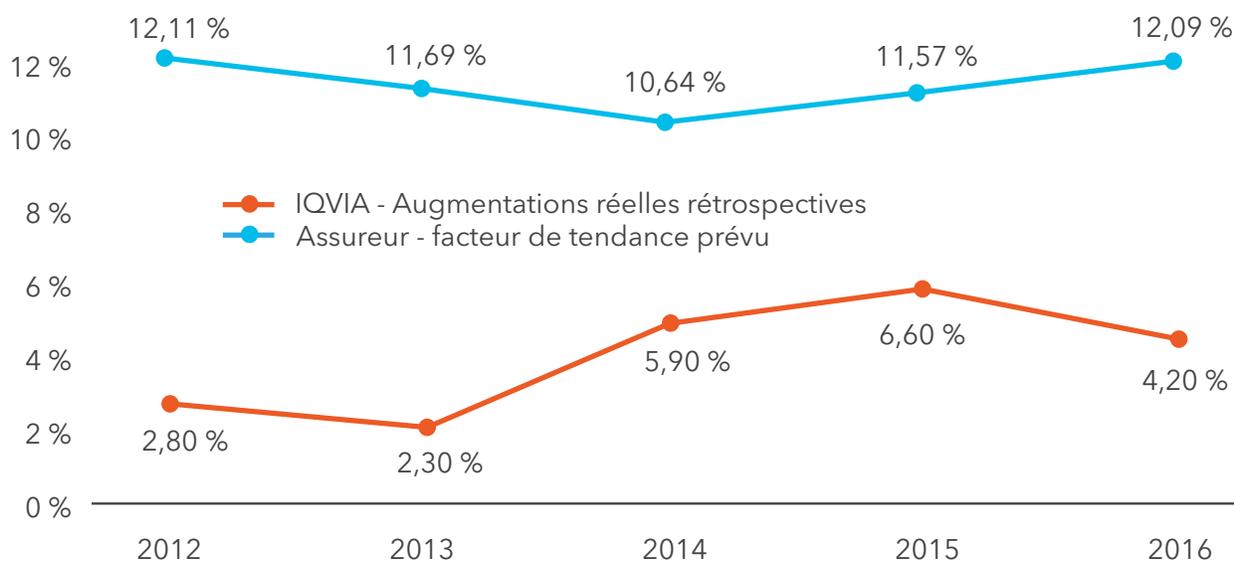


Figure 20. Source : Conduent Canadian Health Care Trend Survey (Sondage Conduent sur les tendances dans les régimes de santé canadiens) (anciennement connu sous le nom de Buck, puis de Xerox); Base de données des réclamations de médicaments traitées dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada d'IQVIA.

Commissions des conseillers en régime

Les conseillers en régime sont rémunérés soit par commission, soit par frais de service. Traditionnellement, les conseillers rémunérés sont des cabinets-conseils qui traitent avec de grands employeurs et facturent des honoraires à taux horaire pour leurs services. La majorité des conseillers sont payés à commission, l'assureur leur versant un pourcentage des primes et les commissions sont intégrées aux coûts des primes d'un client. À l'heure actuelle, certains conseillers divulguent leurs taux de commission à leurs clients, tandis que d'autres choisissent de ne pas le faire. Selon des sources de l'industrie, les taux de commission des conseillers en régimes varient de 1 à 15 % des primes.

L'ACCAP a proposé récemment la ligne directrice 19 qui traite de la communication de la rémunération liée aux régimes collectifs de prestations de santé à compter de janvier 2020⁷, à laquelle s'opposent, dans leur forme actuelle, de nombreux conseillers en régimes d'avantages sociaux⁸.

Frais de mise en commun des régimes de santé privés

En plus des primes, certains régimes paient pour la mise en commun des frais de gestion, calculés différemment et facturés séparément.

Dans le cadre des régimes d'assurance collective d'un assureur, la protection de la mise en commun est offerte lorsque les réclamations d'un certificat individuel (employé et membres de sa famille) dépassent un certain seuil. Lorsque ce seuil (p. ex. 10 000 \$) est atteint, les coûts des demandes supérieures à ce montant sont supprimés de l'expérience des réclamations du régime utilisée

⁷ https://www.clhia.ca/web/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/page/011F4F6ECC98F59F8525829D00642444!OpenDocument

⁸ <http://www.benefitscanada.com/news/new-group-formed-to-oppose-guideline-on-advisor-compensation-disclosure-111012>



pour calculer les primes futures et transférées à la mise en commun de la compagnie d'assurance. Le coût des réclamations au-delà de ce seuil est partagé entre tous les régimes dans la mise en commun, qui, en retour, verse à leur assureur des « frais de mise en commun » supplémentaires pour cette protection additionnelle.

Bien que la mise en commun des médicaments offre une protection supplémentaire contre l'incidence des médicaments à coût élevé, les conseillers en avantages sociaux et les promoteurs de régimes ont indiqué que les frais de mise en commun pour cette protection augmentent beaucoup plus rapidement que leurs primes.

Le défi repose dans le manque de transparence des assureurs dans leurs calculs des frais de mise en commun. Lorsqu'un assureur présente à un promoteur de régime son plan de renouvellement de régime, il fournit des informations complémentaires, comme l'expérience des réclamations pour justifier les primes proposées. Le conseiller en régime du promoteur analysera les documents justificatifs et les primes recommandées pour déterminer si les chiffres sont raisonnables et concurrentiels. Étant donné que les frais de mise en commun sont déterminés au moyen d'une analyse des créances regroupées de tous les régimes des assureurs, les assureurs sont tenus de respecter les restrictions de confidentialité et ne sont pas en mesure de fournir de nombreuses informations justifiant leurs frais. Par conséquent, les conseillers en régimes ne peuvent déterminer si les frais supplémentaires sont justifiés. Les options offertes aux promoteurs de régimes sont soit d'accepter l'augmentation des frais de mise en commun afin de les protéger de l'impact des réclamations à coût élevé, soit de réduire ou de limiter leur couverture santé, ou soit d'augmenter le seuil de mise en commun et prendre charge d'un plus grand risque. Une autre solution bien sur consiste à magasiner le marché pour trouver un meilleur taux auprès d'un autre assureur.





COMMENTAIRES

L'objectif du présent rapport est de quantifier et d'identifier les principaux générateurs de coûts dans les régimes privés d'assurance médicaments au Canada entre 2012 et 2016.

Les prestations d'assurance-médicaments sont l'une des plus importantes composantes des régimes d'avantages sociaux offerts aux employés, comme le montre le Sondage Sanofi Canada sur les soins de santé, Édition 2016⁹. Le coût total des régimes privés d'assurance-médicaments au Canada a augmenté de 4,7 % TCAC entre 2012 et 2016. Le rapport indique que la majeure partie de la croissance des coûts des médicaments est attribuable à l'augmentation du nombre de réclamants et à l'augmentation du nombre de réclamations par réclamant. Bien que les médicaments de spécialité de plus de 10 000 \$ par année augmentent plus rapidement, les médicaments non spécialisés représentent encore 75 % des dépenses totales en médicaments. Dans la plupart des cas, ils sont utilisés pour traiter des maladies chroniques souvent évitables. Au cours des dernières années, les investissements dans des programmes de mieux-être se sont déplacés vers des programmes d'amélioration des maladies chroniques, ce qui a eu des effets positifs sur la santé. C'est la meilleure circonstance opportune pour les employeurs d'investir dans des programmes propres à améliorer la santé des employés au travail et de réduire le fardeau des maladies chroniques, ce qui conduit à des économies sur le plan des prestations de santé.

De plus, la couverture de médicaments constitue un élément unique des avantages pour la santé des employés et peuvent aider les patients à rester au travail et à être plus productifs tout en réduisant l'absentéisme. Les primes ont augmenté, tout comme le coût des médicaments, mais les primes semblent avoir augmenté davantage que le coût des médicaments.

Les promoteurs de régimes devraient exiger une plus grande transparence de la part de leurs assureurs par l'intermédiaire de leurs conseillers ou courtiers en avantages sociaux pour connaître les raisons qui justifient les augmentations de primes et de mises en commun par rapport aux augmentations de coûts de leurs propres régimes.

⁹ <http://www.sanofi.ca//ca/fr/download.jsp?file=30910535-3C5B-4C94-99F3-3891AD72CB19.pdf>



RÉFÉRENCES

- Alliance pancanadienne pharmaceutique. Conseil de la fédération. Disponible à : <http://www.pmprovincesterritoires.ca/alliance-pancanadienne-pharmaceutique-app/>
- Rapport annuel 2016. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Disponible à : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=1334>
- Nouveaux médicaments brevetés déclarés au CEPMB. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Disponible à : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/pmpmedicines.asp?x=1>
- Conduent Canadian Health Care Trend Survey (Sondage Conduent sur les tendances dans les régimes de santé canadiens). Xerox. Résultats de 2016. Disponible à : https://www.xerox.com/downloads/can/en/buck/reports/hrc_pub_hct_survey_CA.pdf? (en anglais seulement)
- L'ACCAP répond aux préoccupations des conseillers relatives à la communication de la rémunération (nouvelle ligne directrice LD19). Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Communiqué de presse du 31 mai 2018. Disponible à : https://www.clhia.ca/web/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/page/CCCFF92A2C68E6B28525829D00648F87!OpenDocument
- Ryan Murphy. New group formed to oppose guideline on advisor compensation disclosure. Benefits Canada, 21 février 2018. Disponible à : <http://www.benefitscanada.com/news/new-group-formed-to-oppose-guideline-on-advisor-compensation-disclosure-111012> (en anglais seulement)
- Introspection : Évaluer le soutien en milieu de travail en matière de gestion de la santé. Sondage Sanofi Canada sur les soins de santé, Édition 2016. Disponible à : <http://www.sanofi.ca/l/ca/fr/download.jsp?file=338E9B86-C629-4B4B-B931-C561F67CD492.pdf>

Remerciements :

Les auteurs souhaitent remercier le personnel d'IQVIA pour leur collecte de données et leur analyse : Brad Millson, Sarah Iqbal-Khan, Callahan LaForty et Dorian Murariu.

Avis de non-responsabilité :

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et non d'IQVIA.

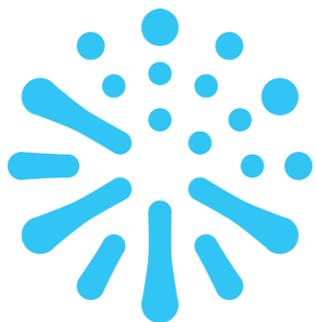


FIGURE 21

Annexe A : Méthodologie de classification des médicaments chroniques par rapport aux médicaments non-chroniques adoptée par IQVIA

Classes thérapeutiques par état chronique		
Analgésiques Non chronique	Agents du système nerveux autonome Chronique	Hormones et substituts synthétiques Chronique
Anticonvulsifs Chronique	Modificateurs de maladies biologiques pour PAR/PSO/MII Chronique	Autres SNC* Chronique
Antidépresseurs et antipsychotiques Chronique	Formation et coagulation sanguine Non chronique	Autres agents immunomodulateurs/ immunosuppresseurs Chronique
Antidiabétiques Chronique	Thérapies broncho-pulmonaires Chronique	Autres domaines thérapeutiques** Non chronique
Agents anti-infectieux Non chronique	Cardiovasculaires Chronique	Préparations pour peau et muqueuses Non chronique
Antinéoplasiques Oncologie	Médicaments gastro-intestinaux Non chronique	Produits naturels Non chronique

Figure 21. Source: IQVIA.



**MÉDICAMENTS
NOVATEURS
CANADA**