

Sarah Lussier Hoskyn Médicaments novateurs Canada Joe Farago Médicaments novateurs <u>Canada</u> Suzanne Lepage
Suzanne Lepage Consulting Inc.



Table des matières

Résumé3
1. Introduction
2. Croissance globale du coût des médicaments des régimes privés,
2016-2018
2.1 Croissance du nombre de réclamants10
2.2 Croissance des coûts par réclamant11
3. Principales tendances contribuant à la croissance13
3.1 Utilisation
3.2 Maladies chroniques12
3.3 Effets de l'âge16
3.4 Effets liés aux classes thérapeutiques18
3.5 Impacts des coûts de traitement par médicament20
3.6 Impacts régionaux de croissance22
4. Générateurs détaillés des domaines principaux de croissance24
4.1 Générateurs de croissance du coût des médicaments contre les
maladies chronique24
4.2 Générateurs de croissance par classe thérapeutique25
4.3 Générateurs de croissance par catégorie de coûts de traitement par
médicament29
4.4 Générateurs de croissance par région31
4.5 Générateurs de croissance par groupe d'âge33
5. Contribution de l'industrie d'avantages sociaux aux coûts des régimes privés
d'assurance-médicaments34
6. Discussion et implications38
Annexe A : Définitions des classes thérapeutiques et des
maladies chroniques40
Annexe B : Initiatives clés en matière de politique pharmaceutique ayant influé sur la
croissance des coûts de 2016-201843
Annexe C : Comparaison de la structure des régimes publics provinciaux d'assurance
médicaments47
Annexe D : Analyse régionale approfondie 48

Résumé

En comprenant la source de la croissance des coûts dans leurs régimes d'assurance-médicaments, les employeurs peuvent déployer plus efficacement leurs efforts et leurs ressources pour gérer leurs coûts pour les médicaments et autres avantages pour la santé. Ce rapport examine les générateurs de la croissance des coûts des réclamations de médicaments dans les régimes privés entre 2016 et 2018, et compare cette croissance aux augmentations survenues entre 2012 et 2016.

Les coûts des réclamations de médicaments dans les régimes privés ont augmenté à un rythme modérément faible entre 2016 et 2018, principalement en raison de l'utilisation de médicaments pour les maladies chroniques. Les coûts ont augmenté à un taux de croissance annuel composé (TCAC) de 3,5 % en 2016-2018, en baisse par rapport à 4,7 % en 2012-2016 en raison de l'impact de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario. Cependant, la croissance de 2016-2018 peut être surestimée, car elle ne comprend pas les ententes d'inscription de produits entre les assureurs et les fabricants, ni ne comprend l'aide financière des fabricants aux patients. La croissance en 2019 et 2020 devrait rebondir quelque peu en raison de changements à la politique de l'Assurance-santé Plus en avril 2019, bien que cela ne changera pas les moteurs sous-jacents de la tendance à la croissance des coûts.

Alors que les coûts des médicaments augmentent à un taux faible à modéré pour les payeurs privés à l'échelle nationale, les facteurs de tendance des assureurs (les facteurs d'inflation du marché qui font partie du calcul de renouvellement confidentiel des régimes collectifs) continuent d'être considérablement plus élevés, bien qu'en 2018 le facteur de tendance des assureurs ait vu une légère réduction pour la première fois. Cependant, il n'est pas certain que les promoteurs de régimes aient par conséquent enregistré une croissance plus faible de leurs taux de prime et de mise en commun.

Comprendre leurs propres générateurs de la croissance des coûts des régimes d'avantages sociaux peut permettre aux employeurs de travailler pour assurer la viabilité des coûts de leur régime d'assurance-médicaments. Les programmes de mieux-être et de traitement holistique de maladies sont un moyen efficace d'encourager un mode de vie sain. Les changements qui entraînent une baisse de l'utilisation des services mènent à des employés en meilleure santé et plus productifs et, ultimement, réduisent le fardeau des maladies chroniques en milieu de travail et améliorent les résultats financiers des employeurs.

Les employeurs devraient continuer de travailler avec leur assureur et leur consultant en avantages sociaux pour obtenir la valeur dont ils ont besoin. Cela veut dire remettre en question la croissance de leurs taux de prime et de mise en commun pour mieux refléter leur expérience réelle en matière de réclamations. Il est aussi encore plus important de demander des solutions novatrices afin d'appuyer leurs investissements et promotion du bien-être des employés et de leur utilisation optimale des services d'avantages.

Faits saillants du rapport

Croissance globale des coûts :

 La croissance des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments à l'échelle nationale a été relativement faible en 2016-2018 en raison de l'impact temporaire et unique de l'Assurancesanté Plus de l'Ontario et des réductions de prix des médicaments génériques en 2018. Un rebond est prévu en 2019 et 2020 en raison de changements à la politique de l'Assurancesanté Plus.

- L'utilisation (le nombre de réclamants combiné au nombre de réclamations par réclamant) est demeurée le principal générateur de croissance, représentant 88 % de la croissance à l'extérieur de l'Ontario et 65 % en Ontario. Cela est conforme aux données de 2012-2016, selon lesquelles l'utilisation représentait 75 % de la croissance globale.
- L'effet net de la variation du nombre de réclamants était presque nul, car la diminution du nombre de réclamants en Ontario en 2018, lors de l'introduction de l'Assurance-santé Plus, a presque entièrement neutralisé l'augmentation dans le reste du Canada.

Effets de l'âge:

- La moitié de la croissance des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments est attribuable aux personnes âgées de 45 à 64 ans, même si elles représentent moins de la moitié des réclamants. Les personnes dans ce groupe d'âge utilisent davantage de médicaments et font plus de réclamations que les personnes dans les autres groupes d'âge.
- Les personnes âgées de 45 à 64 ans pourraient donc être un public cible pour les programmes de gestion des maladies chroniques. Les groupes d'âge plus jeunes pourraient être la cible de programmes de bien-être pour prévenir de futures maladies chroniques.

Effets liés aux classes thérapeutiques :

- Les médicaments contre les maladies chroniques représentaient 67 % des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments en 2018 et ont contribué à plus de 86 % de la croissance des coûts des médicaments à l'échelle nationale. La plupart des médicaments des classes supérieures en termes de coûts totaux étaient destinés à des affections liées au mode de vie.
- Trois des quatre classes thérapeutiques à coûts supérieurs sont toujours des médicaments contre les maladies chroniques à faible coût et à volume élevé pour traiter les troubles de santé mentale, le diabète et les troubles respiratoires. La classe numéro un demeure les traitements biologiques pour les maladies auto-immunes.
- Les classes les plus en croissance de 2016 à 2018 étaient les médicaments pour les maladies auto-immunes (médicaments biologiques et non biologiques), le diabète et le cancer. L'augmentation des coûts pour les classes auto-immunes peut être attribuée principalement à la croissance des réclamants, tandis que les autres classes ont vu le coût par réclamation jouer un rôle plus important, principalement en raison des innovations dans ces domaines thérapeutiques.

Impact des coûts de traitement par médicament :

- Les médicaments à faible coût représentent toujours la majeure partie des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments, et leur emploi continue d'augmenter en raison de leur utilisation (principalement pour les maladies chroniques). Mais leur contribution à la croissance s'est modérée en raison des baisses de prix des médicaments génériques en 2018.
- Par conséquent, les médicaments qui coûtent entre 10 000 \$ et 25 000 \$ par patient par année ont le plus contribué à la croissance (ce qui représente environ 50 % de la croissance), principalement en raison de la croissance du nombre de réclamants. Ces médicaments comprennent plusieurs produits biologiques pour des conditions auto-immunes.

Impacts régionaux :

- Parmi les provinces, le Québec représente la plus grande proportion de croissance à l'échelle nationale. Bien que l'Ontario ait la plus grande population, sa part a été atténuée par la baisse des coûts résultant de l'Assurance-santé Plus. La croissance du coût des médicaments était généralement comparable d'une province à l'autre, avec un TCAC variant entre 3,6 % et 5,6 %. Les deux valeurs aberrantes étaient la Colombie-Britannique, avec un TCAC de 13,6 %, et l'Ontario, avec un TCAC de 1,3 %.
- Les régimes privés dans les quatre provinces de l'Ouest (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan et Manitoba) payaient moins par réclamant, et l'essentiel de la croissance des coûts des régimes provenait de médicaments qui coûtaient moins de 10 000 \$ par année. Ici, l'intégration des régimes privés aux régimes publics d'assurance-médicaments protège les régimes privés d'une grande partie des médicaments plus onéreux. Par conséquent, les maladies chroniques courantes, comme les troubles de santé mentale, le diabète et les maladies respiratoires ont entraîné l'essentiel de la croissance des coûts des médicaments dans ces provinces.
- En revanche, les régimes privés en Ontario, au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, qui ont un coût par réclamant plus élevé, ont vu la plus grande croissance provenir de médicaments qui coûtent entre 10 000 et 25 000 \$ par patient par année. Ces provinces sont moins intégrées aux régimes publics d'assurance-médicaments et les régimes privés soutiennent donc une part plus importante de la facture de médicaments plus onéreux que les régimes privés des provinces de l'Ouest.

Contribution de l'industrie d'avantages sociaux aux coûts des régimes privés d'assurancemédicaments :

- Les facteurs de tendance des assureurs étaient constamment supérieurs aux augmentations réelles du coût des médicaments en 2015-2018, bien que le taux en 2018 ait connu une baisse.
- Les réclamations récurrentes et prévisibles sur la mise en commun des risques remettent désormais en question le concept fondamental initial de gestion des événements catastrophiques uniques. La mise en commun est un bon concept, mais son application dans le contexte du système de santé actuel du Canada est inefficace.

INTRODUCTION

La viabilité des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments est une préoccupation constante sur le marché des prestations privées. Pour répondre à cette préoccupation, il est important de bien comprendre les moteurs sous-jacents de la croissance des coûts. Ce rapport met en lumière les principaux éléments comportementaux, démographiques, liés aux maladies et aux coûts de traitement par médicament qui stimulent la croissance.

Médicaments novateurs Canada, l'association de l'industrie représentant la majorité des compagnies pharmaceutiques innovatrices au Canada, a travaillé en étroite collaboration avec IQVIA, un chef de file mondial de la connaissance du marché des soins de santé, pour examiner les moteurs de la croissance des coûts des réclamations dans les régimes privés d'assurance-médicaments entre 2016 et 2018.

Ce rapport s'appuie sur l'Analyse des générateurs de coûts dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2016, publié en 2018.¹ Le rapport de cette année approfondit les données sur les réclamations du marché privé pour mettre en évidence les principaux moteurs de la croissance des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments entre 2016 et 2018, à l'échelle nationale et, pour la première fois, à l'échelle régionale également.

La croissance du marché des régimes privés d'assurance-médicaments est souvent rapportée sans aucun détail sur les facteurs qui influencent le coût total des régimes. Le rapport sur les générateurs de coûts 2012-2016 a identifié une croissance importante due à une utilisation accrue des médicaments, principalement pour les maladies chroniques. Cette utilisation est essentiellement définie comme un plus grand nombre de réclamants faisant un plus grand nombre de réclamations. Ce rapport fournit des analyses et des perspectives mises à jour sur les facteurs spécifiques influençant la croissance des régimes privés d'assurance-médicaments parrainés par les employeurs au Canada entre 2016 et 2018. L'objectif est de permettre aux employeurs/promoteurs de régimes de mieux gérer leurs régimes d'assurance-médicaments et d'assurer la santé et la productivité des employés dans le futur.

La croissance du coût des médicaments peut être attribuée à trois générateurs principaux : l'augmentation du nombre de réclamations que font ces réclamants et l'augmentation des coûts par réclamation en raison de l'adoption de nouvelles innovations ou de facteurs comme les frais d'exécution d'ordonnance et la fréquence d'exécution. Les deux premiers d'entre eux - nombre de réclamants et réclamations par réclamant - se combinent pour représenter l'utilisation (figure 1).

FIGURE 1

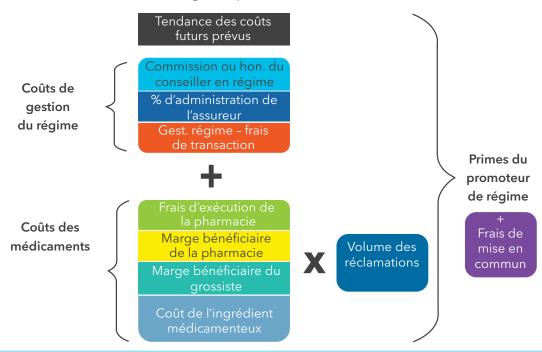
Facteurs de croissance du coût des médicaments en raison de trois effets principaux

Effet de réclamant	Croissance du nombre de réclamants)	
Effet de réclamations par réclamant	Croissance du nombre de réclamations par réclamant	,	Utilisation
Effet de coût par réclamation	Croissance du coût par réclamation		

En plus des coûts des médicaments, des coûts supplémentaires du régime pour le promoteur sont ajoutés par les assureurs, les administrateurs tiers, les consultants en prestations, etc. (figure 2). Certains de ces coûts supplémentaires sont examinés en détail à la section 5 : Contribution de l'industrie d'avantages sociaux aux coûts des régimes privés d'assurance-médicaments.

FIGURE 2

Sources des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments



Sources de données, méthodologie et définitions

- 1. L'analyse présentée dans ce rapport est fondée sur les réclamations de médicaments dans les régimes privés d'assurance-médicaments d'IQVIA, la plus grande base de données nationale sur les réclamations dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada :
 - Comprend 9 des 10 principaux assureurs privés, administrateurs tiers et gestionnaires de régimes d'avantages sociaux.
 - Représente 82 % des réclamations directes de médicaments dans les régimes privés à l'échelle nationale. (Les chiffres dans ce rapport n'ont pas été ajustés pour représenter 100 % du marché.)
 - Saisit plus de 13 millions de réclamants actifs avec plus de 130 millions de réclamations de médicaments.
 - Représente uniquement les membres ayant réclamé et non l'ensemble des membres couverts.
- 2. Les coûts des réclamations sont basés sur le montant admissible, y compris les portions payées par le régime et les patients, et comprennent les coûts des ingrédients des médicaments et les marges bénéficiaires des pharmacies et des grossistes (les frais d'exécution d'ordonnance ne sont pas inclus sauf au Québec).
- 3. Les coûts n'incluent pas les ententes d'inscription de produits avec les payeurs privés, les autres programmes de rabais et d'aide financière des fabricants aux patients.
- 4. 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 définit le taux de croissance annuel moyen pour toute la période et ajuste la volatilité et la composition.

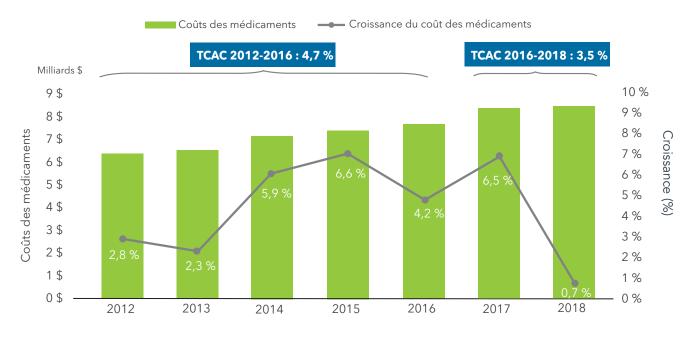
2. Croissance globale du coût des médicaments des régimes privés, 2016-2018

Les coûts des réclamations de médicaments dans les régimes privés ont augmenté à un taux de croissance annuel composé à un chiffre à faible progression en 2016-2018, conformément aux taux historiques. La croissance a été inférieure à celle de 2012-2016, principalement en raison de l'impact de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario.

Le TCAC global était de 3,5 % pour 2016 à 2018, contre 4,7 % entre 2012 et 2016 (figure 3). Cette diminution est attribuable en partie à un TCAC inhabituellement bas de 1,3 % en Ontario à la suite de l'introduction de l'Assurance-santé Plus qui offrait des médicaments gratuits à tous les Ontariens de moins de 25 ans (voir l'annexe B pour plus de détails). En comparaison, le TCAC de l'Ontario se situait à 4,3 % en 2012-2016. Dans le reste du Canada, les coûts ont augmenté à un TCAC de 5,1 % en 2016-2018, ce qui correspond à la croissance de 2012-2016 (figure 4).

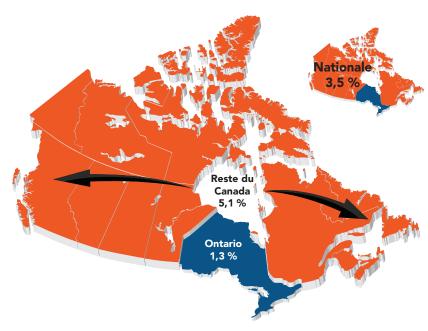
FIGURE 3: La croissance a culminé en 2014-2015 et ralenti en 2018

Coût total des médicaments des régimes privés d'assurance médicaments, 2012-2018



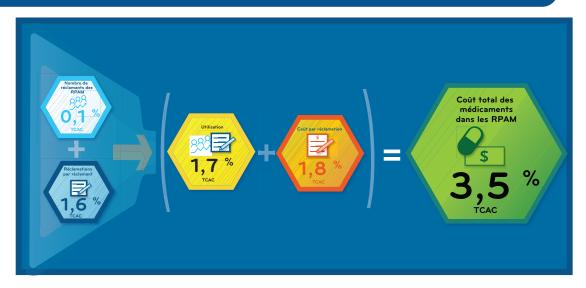
Sources : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018 ; et Médicaments novateurs Canada, Analyse des générateurs de coûts dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2016

FIGURE 4 : La croissance ralentit en Ontario, réduisant la croissance



Source : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

FIGURE 5 : Générateurs de coût des régimes privés d'assurancemédicaments, 2016–2018



Source : IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

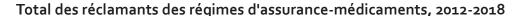
2.1 Croissance du nombre de réclamants

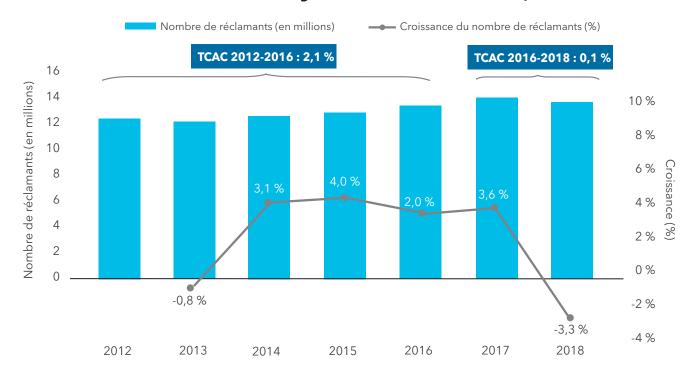
La croissance du nombre de réclamants a été presque nulle en raison d'un choc négatif ponctuel (baisse du nombre de réclamants en Ontario) qui a contrebalancé la croissance historique continue du nombre de réclamants.

Le nouveau nombre net de réclamants a contribué à une croissance des coûts de seulement 0,1 % du TCAC en 2016-2018. Il s'agit d'une baisse considérable par rapport à la croissance d'un TCAC des réclamants de 2,1 % en 2012-2016. Dans l'ensemble, de 2012 à 2018, le nombre de réclamants a augmenté chaque année, sauf en 2018, lorsque la couverture de l'Assurance-santé Plus pour les jeunes a été introduite en Ontario (figure 6). En effet, la croissance des réclamants en 2017 était conforme aux années précédentes, à 3,6 %.

Avec l'introduction de l'Assurance-santé Plus, le nombre de réclamants a diminué d'un TCAC de 4,2 % en Ontario au cours de la période 2016-2018, alors que dans le reste du Canada, la croissance du nombre de réclamants se situait à un TCAC de 3,2 % (figure 11). À l'échelle nationale, cela s'est traduit par une croissance négative du nombre de réclamants en 2018 (-3,3 %) et une croissance presque nette nulle sur la période de deux ans (figure 6).

FIGURE 6 : Le nombre de réclamants a grandi chaque année sauf en 2018





Remarque : Nombre de réclamants non extrapolé pour représenter l'ensemble de la population nationale bénéficiaire.

Sources : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018 ; et Médicaments novateurs Canada, Analyse des générateurs de coûts dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2016.

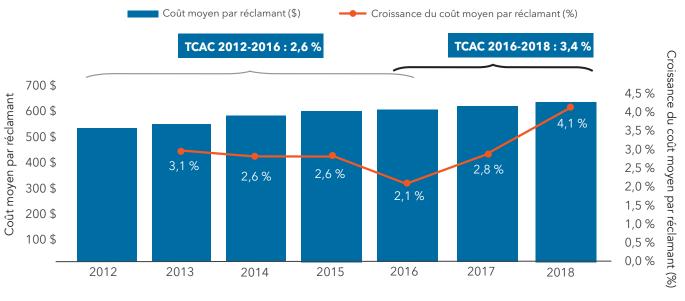
2.2 Croissance des coûts par réclamant

La croissance des coûts par réclamant a été plus élevée en 2016-2018 qu'en 2012-2016 en raison des coûts plus élevés par réclamation et de l'augmentation du nombre de réclamations par réclamant.

Le coût total par réclamant a contribué à la croissance du coût des médicaments d'un TCAC de 3,4 % en 2016-2018, contre une croissance de TCAC de 2,6 % en 2012-2016 (figure 7).

FIGURE 7 : Coût moyen par réclamant plus élevé que dans l'analyse précédente



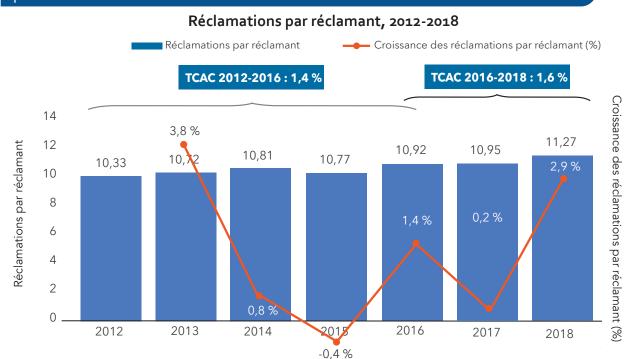


Sources : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018 ; et Médicaments novateurs Canada, Analyse des générateurs de coûts dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2016.

Le coût par réclamant repose sur deux composantes : les réclamations par réclamant et le coût par réclamation. Les coûts des deux composantes ont augmenté à des taux comparables en 2012-2016 c. 2016-2018. Néanmoins, l'augmentation du coût par réclamant a été légèrement plus élevée en 2016-2018 qu'en 2012-2016, principalement en raison d'une augmentation plus élevée du nombre de réclamations par réclamant en 2018 (figure 8), combinée à une augmentation plus élevée du coût par réclamation en 2017 (figure 9).

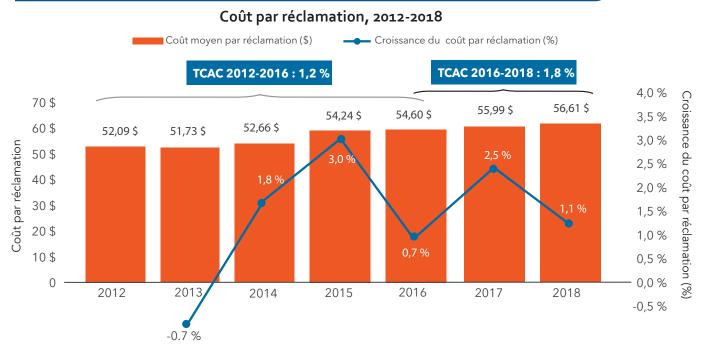
Les réclamations par réclamant ont augmenté à un TCAC de 1,6 % entre 2016 et 2018, en hausse par rapport à 1,4 % en 2012-2016 (figure 8). Parallèlement, le coût par réclamation a augmenté à un TCAC de 1,8 % entre 2016 et 2018, contre 1,2 % en 2012-2016 (figure 9).

FIGURE 8 : Le nombre de réclamations par réclamant - une composante de l'utilisation – était comparable à celui de la période précédente



Source : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018 et Médicaments novateurs Canada, Analyse des générateurs de coûts dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2016.

FIGURE 9 : Le coût par réclamation etait comparable à celui de la période précédente



Sources : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018 ; et Médicaments novateurs Canada, Analyse des générateurs de coûts dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2016.

3. Principales tendances contribuant à la croissance

Cette section met en évidence des domaines importants où a lieu la croissance des coûts dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada. Les trois moteurs de la croissance – l'effet de réclamant, l'effet de réclamations par réclamant et l'effet de coût par réclamation – sous-tendant chacun de ces domaines de croissance sont examinés à la section 4.

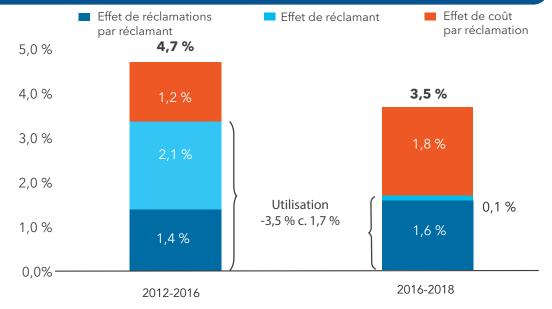
3.1 L'utilisation

L'utilisation est le principal moteur de la croissance des coûts des médicaments dans les régimes privés d'assurance-médicaments.

L'utilisation comprend le nombre de réclamants en plus des réclamations par réclamant. De 2016 à 2018, l'utilisation a été responsable de près de la moitié (1,7 %) de la croissance nette nationale de 3,5 %, contre près de 75 % de la croissance nationale nette globale de 4,7 % entre 2012 à 2016 (figure 10). La réduction de l'impact de l'utilisation est principalement attribuable à la réduction des réclamants en Ontario en 2018 suivant l'introduction de l'Assurance-santé Plus.

L'impact de l'Assurance-santé Plus peut être mieux isolé en examinant l'Ontario séparément du reste du pays. En Ontario, l'utilisation a diminué d'un TCAC de 2,1 % alors que les réclamants et leurs réclamations ont été acheminés vers l'Assurance-santé Plus. En regardant la valeur absolue de la réduction du nombre de réclamants (TCAC de -4,2 %) par rapport aux autres générateurs principaux individuels, il est évident que l'utilisation a contribué à 65 % de la croissance absolue totale en Ontario. Dans le reste du Canada, la croissance de l'utilisation a représenté 88 % (TCAC de 4,5 %) du TCAC total net de 5,1 % (figure 11). (Voir l'annexe B pour plus d'informations sur l'Assurance-santé Plus de l'Ontario.)

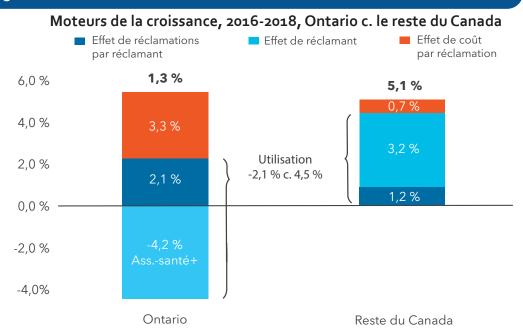
FIGURE 10 : La croissance de l'utilisation nette est plus faible en 2016-2018 qu'en 2012-2016 en raison de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario



Remarque: Les effets des facteurs individuels peuvent ne pas correspondre au TCAC total en raison des effets duplicatifs. Ceux-ci sont minimes et non illustrés.

Sources : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018 ; et Médicaments novateurs Canada, Analyse des générateurs de coûts dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2016.

FIGURE 11 : L'utilisation reste un moteur clé de la croissance en 2016-2018 même en tenant compte de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario



Remarque: Les effets des facteurs individuels peuvent ne pas correspondre au TCAC total ayant été arrondis. Source : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

3.2 Maladies chroniques

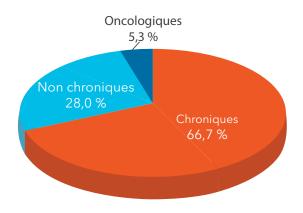
Les réclamations pour les médicaments contre les maladies chroniques ont contribué à 86 % de la croissance nette des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments à l'échelle nationale

Pour comprendre l'impact des réclamations isolées par rapport aux réclamations courantes, cette analyse a comparé les médicaments qui traitent les maladies chroniques et les médicaments qui traitent les affections non chroniques. Les médicaments ont été classés par classe thérapeutique comme chroniques ou non chroniques en fonction des caractéristiques de la maladie qu'ils traitent (voir l'annexe A pour plus d'informations). Les médicaments pour les maladies chroniques et non chroniques peuvent également inclure des médicaments spécialisés, qui sont définis ici comme des médicaments qui coûtent plus de 10 000 \$ par patient dans une année. Les médicaments oncologiques (antinéoplasiques) ont été classés dans une catégorie distincte.

Les médicaments contre les maladies chroniques représentaient 67 % du coût total des régimes privés d'assurance-médicaments en 2018 (figure 12). Ils ont contribué à 86 % de la croissance des régimes privés d'assurance-médicaments à l'échelle nationale de 2016 à 2018, c'est-à-dire qu'ils ont représenté 3,0 % de la croissance totale des coûts du TCAC de 3,5 % (figure 13). En Ontario, les médicaments contre les maladies chroniques représentaient 1,3 % de la croissance TCAC nette des coûts de 1,3 %, tandis que dans le reste du Canada, ils représentaient 4,1 % de la croissance nette TCAC des coûts de 5,1 %.

FIGURE 12 : Les médicaments contre les maladies chroniques constituent l'essentiel des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments

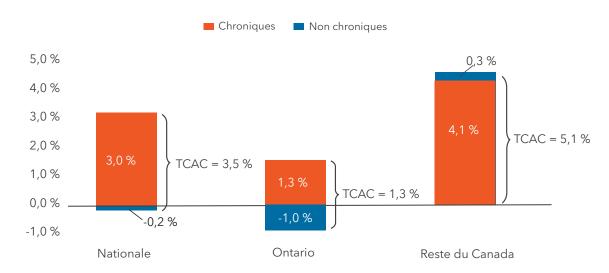
Part en % des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments, 2018



Source: IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

FIGURE 13 : Les médicaments contre les maladies chroniques contribuent le plus à la croissance des coûts des médicaments à l'échelle nationale

Contribution au TCAC 2016-2018, maladies chroniques et non chroniques



Source : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

Note: Les composantes individuelles peuvent ne pas correspondre au TCAC total en raison de l'effet des oncologiques, qui a été mesuré séparément, mais n'est pas présenté ici en raison de son impact relativement faible.

La contribution à la croissance des médicaments contre les maladies chroniques (médicaments chroniques) a été plus élevée en 2016-2018 qu'en 2012-2016, alors que les médicaments chroniques représentaient 67 % de la croissance. Cela est en partie dû à l'impact relativement plus important en 2012-2016 des médicaments contre l'hépatite C non chronique, qui ont désormais un impact négligeable sur le marché privé. (Voir « Impact des traitements contre l'hépatite C sur les régimes privés d'assurance-médicaments », page 28).

En Ontario, la croissance du coût des médicaments chroniques dans les régimes privés d'assurance-médicaments a été presque entièrement contrebalancé par une baisse du coût des médicaments non chroniques. Cela était dû à l'impact du passage des jeunes à l'Assurance-santé Plus en 2018, car les enfants et les jeunes sont plus susceptibles de se voir prescrire des médicaments pour des maladies non chroniques. Par conséquent, la contribution à la croissance absolue des médicaments contre les maladies chroniques a été plus faible en Ontario que dans le reste du Canada, où les médicaments chroniques ont entraîné 80 % de la croissance (figure 13).

3.3 Effets de l'âge

Les réclamants de 45 à 64 ans ont été les principaux contributeurs à la croissance des coûts des médicaments dans les régimes privés d'assurance-médicaments.

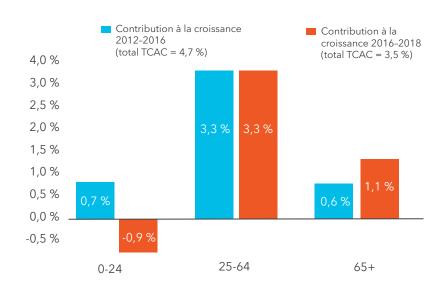
Lorsqu'on examine les générateurs de coûts par groupe d'âge, la population en âge de travailler, représentée par les 25 à 64 ans, est de loin le plus grand contributeur à la croissance. Ils représentaient 94 % (3,3 % du TCAC total de 3,5 %) de la croissance des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments en 2016-2018 (figure 14).

Dans cette grande tranche d'âge, la plus grande part de la croissance des coûts a été imputable aux personnes âgées de 45 à 64 ans (54 % de la croissance des coûts, ou 1,9 % de contribution au TCAC). Les personnes âgées de 25 à 44 ans représentaient 40 % de la croissance, soit 1,4 % de la contribution au TCAC (figure 15). Le groupe d'âge de 45 à 64 ans a la part la plus élevée de réclamants (38,5 % en 2018) — suivie de près par le groupe de 25 à 44 ans (31 % en 2018) — et un coût moyen par réclamant plus élevé, expliquant ainsi sa contribution relativement plus grande à la croissance des coûts.

La tranche d'âge des moins de 25 ans a vu sa contribution à la croissance diminuer manifestement, à -0,9 %, en raison de l'impact de l'Assurance-santé Plus, comparativement à 0,7 % de la croissance en 2012-2016. (Voir l'annexe B pour plus de détails sur l'Assurance-santé Plus de l'Ontario.)

FIGURE 14 : La population des employés est toujours le principal contributeur à la croissance des coûts

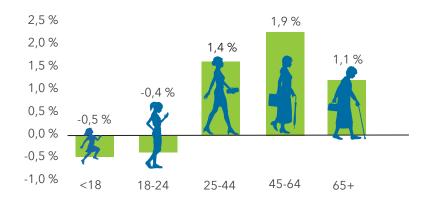
Contribution au TCAC, 2012-2018, par principale catégorie d'âge



Sources: IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018; et Médicaments novateurs Canada, Analyse des générateurs de coûts dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2016.

FIGURE 15 : Le groupe des 45 à 64 ans contribue davantage à la croissance des coûts

Contribution au TCAC, 2016-2018



Source : IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

3.4 Effets liés aux classes thérapeutiques

- Les maladies auto-immunes et les médicaments contre le diabète étaient les principales classes en termes de coûts en 2018 et de croissance des coûts des médicaments en 2016-2018.
- Les médicaments pour la santé mentale et les troubles respiratoires représentaient toujours la plus grande partie des coûts des médicaments en 2018 (comme en 2016), mais n'étaient pas les principaux contributeurs à la croissance.
- Bien que le cancer ne soit pas une maladie de premier plan en termes de coût total des médicaments en 2018, il a fortement contribué à la croissance des coûts.

Les classes thérapeutiques responsables de la majeure partie des coûts des médicaments dans les régimes privés d'assurance-médicaments étaient des produits biologiques pour les maladies auto-immunes (polyarthrite rhumatoïde, psoriasis, intestin irritable et maladie de Crohn et dégénérescence maculaire liée à l'âge), les médicaments pour la santé mentale (antidépresseurs, antipsychotiques et médicaments contre le déficit de l'attention et l'hyperactivité), les médicaments contre le diabète (y compris les glucomètres et les bandelettes de test pour le diabète soumis en tant que réclamations et remboursés) et les médicaments pour les voies respiratoires (y compris les médicaments contre les allergies, l'asthme, la MPOC et la mucoviscidose) (figure 16). (Voir l'annexe A pour des exemples de listes de médicaments dans ces classes.)

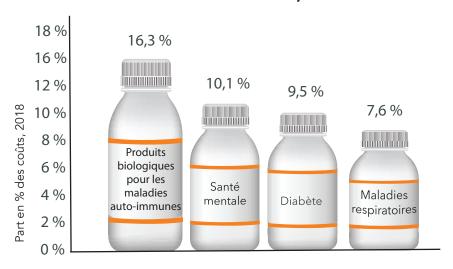
Les quatre classes thérapeutiques ayant connu la croissance la plus rapide en 2016-2018 étaient des produits biologiques pour les maladies auto-immunes, les médicaments contre le diabète, les médicaments anticancéreux (oncologiques) et d'autres médicaments à fonction immunitaire (généralement, les médicaments non biologiques pour d'autres maladies auto-immunes, comme la sclérose en plaques, le rejet d'organe, le lupus, la sclérose latérale amyotrophique, etc.) (figure 17). En 2016-2018, deux classes à la croissance la plus élevée figuraient également dans le top des classes en termes de coûts en 2018 : les produits biologiques pour les maladies auto-immunes et les médicaments contre le diabète.

Les changements notables survenus dans les principales classes entre 2016 et 2018 étaient que les médicaments respiratoires sont montés en classement au quatrième rang en 2018 en termes de coût (par rapport au sixième rang en 2016) et les médicaments cardiovasculaires sont descendus au cinquième rang (par rapport au troisième rang en 2016) en raison de baisses de prix génériques qui ont affecté cette classe plus que les autres. (Voir également la section 4.2, Générateurs des effets liés aux classes thérapeutiques.)

Fait intéressant, les médicaments respiratoires arrivent également en cinquième position en termes de croissance des coûts, même si l'Assurance-santé Plus a eu le plus grand impact négatif sur cette classe de médicaments en 2018. (Voir l'annexe B pour plus d'informations sur l'Assurance-santé Plus de l'Ontario.)

FIGURE 16 : Les médicaments contre les maladies auto-immunes, la santé mentale et le diabète en tête du peloton en 2018

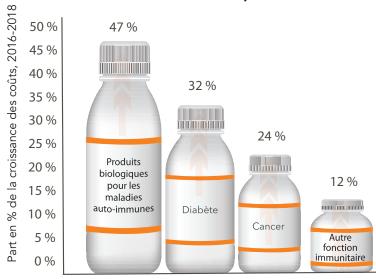
Les quatre principales classes de coûts des régimes privés d'assurance-médicaments, 2018



Remarque: La part de la croissance peut atteindre plus de 100 %, car certaines classes contribuent à une croissance négative. Lors de l'addition des classes de croissance positive et négative, les parts atteignent 100 %. Source: IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

FIGURE 17 : Les médicaments pour les maladies auto-immunes, le diabète et le cancer en tête de la croissance

Les quatre principales classes de croissance de coûts des régimes privés d'assurance- médicaments, 2016-2018

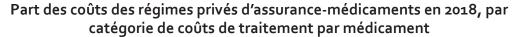


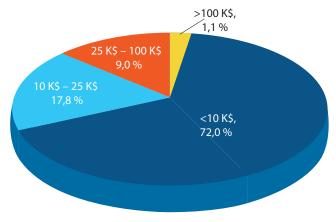
Remarque: La part de la croissance peut atteindre plus de 100 %, car certaines classes contribuent à une croissance négative. Lors de l'addition des classes de croissance positive et négative, les parts atteignent 100%. Source: IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

3.5 Impacts des coûts de traitement par médicament

- •Les médicaments non spécialisés représentaient la majeure partie des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments, à 72 %, en 2018.
- Les médicaments non spécialisés ont contribué le plus à la croissance en 2017, mais en raison des baisses pontuelles de prix des génériques en 2018, leur impact net a été inférieur à celui des médicaments spécialisés sur la période 2016-2018.
- Les médicaments spécialisés coûtant entre 10 000 \$ et 25 000 \$ ont contribué le plus à la croissance de 2016-2018, tirés par une utilisation accrue.

FIGURE 18 : Les médicaments non spécialisés représentent la majeure partie des coûts des régimes d'assurance-médicaments





Source : IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

Lorsque la croissance est stratifiée par les coûts annuels de traitement par médicament, la catégorie de coûts qui croît le plus rapidement est celle des médicaments spécialisés coûtant entre 10000 \$ et 25000 \$ par année par patient*, ce qui représente 54 % de la croissance totale (1,9 % sur 3,5 % de la croissance totale) (figure 19). Une grande partie de la croissance dans cette catégorie de médicaments est attribuable aux nouveaux réclamants. (Voir la section 4.3, Générateurs de la croissance par catégorie de coûts de traitement par médicament.)

Toutefois, il est important d'examiner les résultats annuels séparément pour comprendre l'impact des événements isolés par opposition aux tendances courantes.

^{*}Des exemples de médicaments qui coûtent entre 10 000 \$ et 25 000 \$ par année incluent Humira, Stelara, Enbrel, Xolair, Simponi et Gilenya. †Des exemples de médicaments qui coûtent entre 25 000 \$ et 100 000 \$ par année incluent Harvoni, Epclusa, Revlimid, Ibrance, Tysabri et Imbruvica. Des exemples de médicaments qui coûtent plus de 100 000 \$ par année incluent Soliris, Orkambi, Vimizim, Kalydeco, Revestive et Myozyme.

En 2017, les traitements non spécialisés (c'est-à-dire les médicaments coûtant moins de 10 000 \$ par année) ont contribué le plus à la croissance, représentant 60 % de la croissance (3,9 % sur 6,5 % en 2017). En 2018, cependant, les baisses de prix génériques ont entraîné une baisse des coûts des médicaments de cette catégorie (figure 20). En conséquence, leur contribution sur l'ensemble de la période a été modérée, à 23 % de la croissance totale (0,8 % sur le TCAC de 3,5 %).

Les médicaments spécialisés qui coûtent plus de 25 000 \$ par année par patient† ont eu une contribution négligeable à la croissance (figure 19) et ont moins contribué à la croissance en 2018 qu'en 2017 (figure 20).

FIGURE 19 : Médicaments spécialisés de 10 000 à 25 000 \$ étaient le plus grand contributeur net à la croissance en raison de l'impact des réductions de prix génériques

Contribution au TCAC, 2016-2018 (TCAC total = 3,5 %)

1,9 %

1,9 %

0,8 %

0,8 %

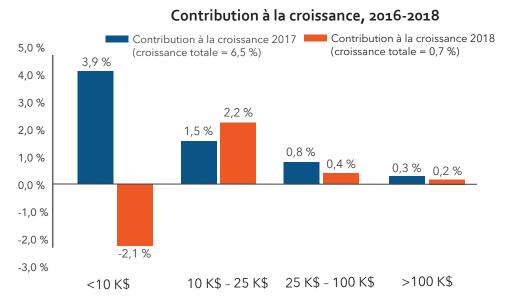
0,6 %

0,3 %

10 K\$ 10 K\$ - 25 K\$ 25 K\$ - 100 K\$ >100 K\$

Source : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

FIGURE 20 : Les coûts des médicaments non spécialisés ont chuté en 2018 en raison de réductions de prix génériques



Source : IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

3.6 Impacts régionaux de croissance

- Le Québec a remplacé l'Ontario comme principal contributeur à la croissance des coûts des régimes d'assurance-médicaments au pays en raison de l'impact de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario.
- Dans toutes les régions, sauf le Québec, la croissance a été plus faible en 2018 qu'en 2017 en raison de l'impact des baisses de prix des génériques.

Pour faire progresser l'analyse sur les générateurs de coûts présentée dans le rapport 2012-2016, ce rapport comprend une analyse de la croissance des coûts des médicaments par région. L'Ontario et le Québec ont les plus grandes parts de marché et ont donc normalement le plus grand impact à l'échelle nationale. Cependant, en raison de l'introduction de l'Assurance-santé Plus en 2018, l'impact de l'Ontario sur la croissance nationale a été plus faible que d'habitude pour 2016-2018 (figure 21), résultat d'une croissance de 2,6 % en 2017, contrebalancé par une baisse de 1,3 % en 2018 (figure 22). Le Québec a le plus contribué à la croissance nationale. La Colombie-Britannique a eu la deuxième plus importante contribution à la croissance, malgré sa deuxième plus petite part de marché régionale au pays. (Voir l'annexe D pour une analyse régionale approfondie.)

FIGURE 21 : Le Québec a dépassé l'Ontario comme premier contributeur à la croissance nationale

Contribution au TCAC 2016-2018 (TCAC total = 3,5 %)

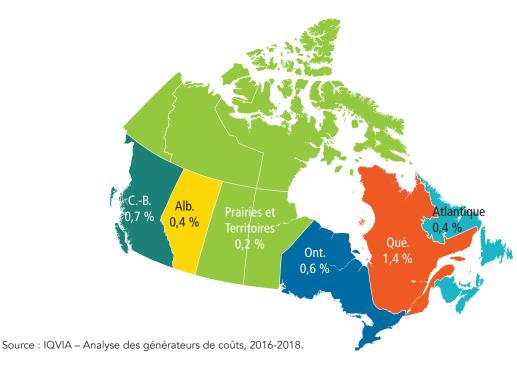
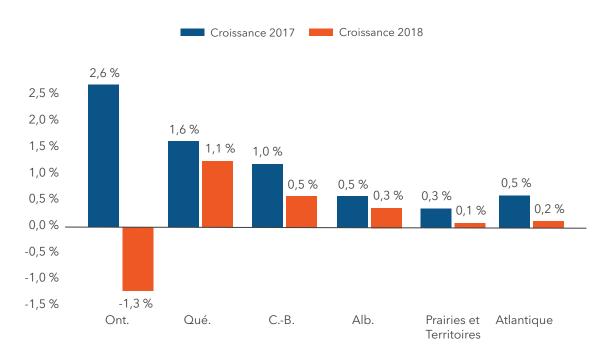


FIGURE 22 : Croissance plus faible en 2018 en raison des baisses de prix des génériques et de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario

Croissance 2017-2018



Source : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

4. Générateurs détaillés des domaines principaux de croissance

S'appuyant sur l'analyse de la section précédente sur les principaux domaines où a lieu la croissance globale du coût des médicaments, cette section explore les trois générateurs de coûts (réclamants, réclamations par réclamant et coût par réclamation) qui sous-tendent chacun de ces domaines.

4.1 Générateurs de croissance du coût des médicaments contre les maladies chroniques

- La croissance du coût des médicaments contre les maladies chroniques est principalement attribuable à l'utilisation.
- L'impact du coût par réclamation est probablement exagéré en raison de l'impact de la diminution du nombre de réclamants suivant l'Assurance-santé Plus de l'Ontario.
- La baisse globale des coûts des médicaments pour les maladies non-chroniques est principalement attribuable à l'Assurance-santé Plus, aux réductions de prix des médicaments génériques et à la baisse des coûts des médicaments contre l'hépatite C dans les régimes privés.

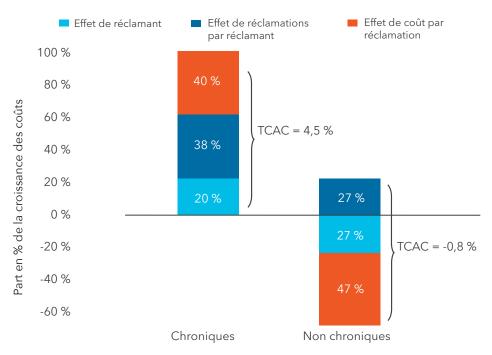
Comme discuté à la section 3.2, la croissance des coûts a été significativement plus élevée pour les médicaments chroniques (TCAC de 4,5 %) que pour les médicaments pour les maladies non chroniques (TCAC de -0,8 %) en 2016-2018, contribuant à 86 % de la croissance des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments.

Malgré la réduction du nombre de réclamants en Ontario en raison de l'introduction de l'Assurancesanté Plus, une plus grande partie de la croissance des coûts des médicaments pour traiter les maladies chroniques provenait de l'utilisation (représentant 58 % de la croissance) que du coût par réclamation (40 % de la croissance) (figure 23). (Voir l'annexe A pour une liste des médicaments pour les maladies chroniques et non chroniques.) Par conséquent, l'impact relatif du coût par réclamation sur la croissance du coût des médicaments pour les maladies chroniques a été exagéré.

Pour les médicaments qui traitent des affections non-chroniques, les effets absolus de l'utilisation (54 % de la croissance) et du coût par réclamation (47 % de la croissance) se contrebalancent presque complètement, ce qui donne un TCAC net de -0,8 % (figure 23). Cela a probablement été fortement influencé par l'Assurance-santé Plus, ce qui a entraîné une baisse des coûts des régimes privés pour les médicaments non chroniques qui sont principalement utilisés par la population plus jeune, ainsi que des réductions de prix des génériques et la baisse des coûts des médicaments contre l'hépatite C, qui ont maintenant un impact insignifiant sur le marché des payeurs privés. (Voir la page 28 pour plus d'informations sur les médicaments contre l'hépatite C.)

FIGURE 23 : L'utilisation est le principal facteur de la croissance des coûts des médicaments contre les maladies chroniques

Générateurs de coûts, 2016—2018, Médicaments pour traiter les maladies chroniques c. non chroniques



Source : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

4.2 Générateurs de croissance par classe thérapeutique

- La croissance du nombre de réclamants a été le principal générateur de coûts pour la classe thérapeutique qui mène la croissance la plus rapide, soit les produits biologiques pour les maladies auto-immunes, et pour d'autres médicaments à fonction immunitaire.
- Le coût par réclamation a eu un impact plus important que la croissance des réclamants sur le diabète et les médicaments contre le cancer.
- Les réclamations par réclamant ont eu un effet limité ou à la baisse sur les coûts pour toutes les classes thérapeutiques.

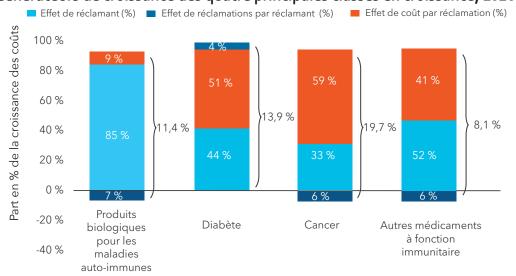
La croissance des coûts des produits biologiques pour les maladies auto-immunes, qui a mené la croissance, a été tirée par un nombre accru de réclamants, représentant 85 % de la croissance (figure 24). En revanche, le coût par réclamation a été le principal moteur pour les médicaments contre le cancer (59 % de la croissance). Pour les antidiabétiques et les autres médicaments à fonction immunitaire, une augmentation du nombre de réclamants et du coût par réclamation a eu un impact comparable.

Une baisse du coût par réclamation — probablement en raison de la baisse des prix des médicaments génériques — a été le principal moteur de la baisse des coûts dans quatre des cinq classes affichant les baisses de coûts les plus importantes (figure 25). L'exception était les agents anti-infectieux, qui ont vu le déclin du nombre de réclamants comme le principal contributeur à la croissance négative — probablement en raison d'un transfert des coûts des antibiotiques des régimes privés vers l'Assurance-santé Plus en 2018, ainsi que la réduction du nombre de réclamations dans les régimes privés pour les médicaments contre l'hépatite C en raison d'un remboursement accru par les régimes publics. (Voir page 28 pour plus d'informations sur les médicaments contre l'hépatite C.)

Dans le cas des antidouleurs (analgésiques), les trois effets étaient négatifs nets, peut-être en raison des changements de politique concernant la consommation d'opioïdes (figure 25). Bien que les anticonvulsifs et les médicaments pour la santé mentale aient connu une augmentation du nombre de réclamants, cette croissance a été significativement plus faible en 2018 qu'en 2017, probablement en raison de l'Assurance-santé Plus. Étant donné que ces deux classes de médicaments sont couramment utilisées dans les groupes d'âge plus jeunes, leur nombre de réclamants dans les régimes privés a diminué en Ontario, tout en augmentant dans le reste du Canada. En Ontario, le nombre de réclamants a diminué de 3,8 % en 2018 pour les anticonvulsifs et de 6,7 % pour les antidépresseurs, les antipsychotiques et le TDAH, tandis que dans le reste du Canada, le nombre de réclamants a augmenté de 2,7 % et 6,4 % respectivement. Il serait prudent de supposer qu'après la prise en compte de l'impact de l'Assurance-santé Plus et des réductions de prix des médicaments génériques, ces classes à haut volume et à faible coût reprendront leur croissance normale en raison de l'impact de l'utilisation des médicaments contre les maladies chroniques. (Voir l'annexe B pour plus d'informations sur l'Assurance-santé Plus de l'Ontario.)

FIGURE 24 : L'utilisation est le principal facteur de croissance pour les médicaments traitant les maladies auto-immunes, le coût par réclamation est le principal moteur pour les médicaments contre le diabète et le cancer

Générateurs de croissance des quatre principales classes en croissance, 2016-2018

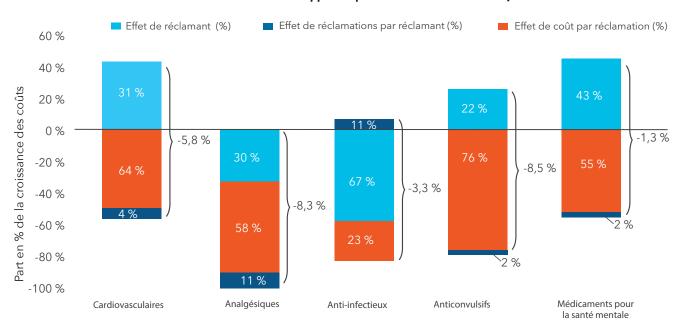


Remarque: Les effets des facteurs individuels peuvent ne pas correspondre au TCAC total en raison des effets duplicatifs. Ceux-ci sont minimes et non illustrés.

Source: IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

FIGURE 25 : Le coût par réclamation est le principal facteur des classes de médicaments en déclin

Générateurs de croissance des cinq principales classes en déclin, 2016-2018



Remarque: Les effets des facteurs individuels peuvent ne pas correspondre au TCAC total en raison des effets duplicatifs. Ceux-ci sont minimes et non illustrés.

Source : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018



L'impact des traitements contre l'hépatite C sur les régimes privés d'assurance-médicaments

En 2014, le lancement d'antiviraux à action directe (AAD) pour les infections par le virus de l'hépatite C était un remède attendu depuis longtemps pour les patients. Avant leur lancement, de nombreux patients atteints d'hépatite C avaient abandonné les traitements existants, car ils trouvaient intolérables leurs faibles taux de réussite et leurs effets secondaires importants. Les nouveaux traitements ont permis de guérir la plupart des patients après un cycle de traitement de 12 à 24 semaines. Sachant que ces traitements étaient en préparation, les médecins et les patients ont commencé à différer le traitement, en attendant le lancement de ces nouveaux médicaments très efficaces.² Ce « report » a contribué à un pic de nouvelles réclamations de payeurs privés en 2015, lorsque les nouveaux médicaments contre l'hépatite C ont été lancés et couverts par certains régimes privés d'assurance-médicaments.

En 2015, les médicaments contre l'hépatite C ont été signalés comme ayant l'un des impacts les plus forts sur les régimes privés. Toutefois, ils ne sont pas restés longtemps au sommet, car les patients existants ont terminé leur traitement curatif payable une seule fois et les régimes publics ont commencé à couvrir ces médicaments entre le milieu et la fin de 2015. Notamment, le coût de pointe des régimes privés pour les médicaments contre l'hépatite C en 2015 n'était que d'un tiers de celui des régimes publics, selon les données Pharmastat d'IQVIA.

En 2017, la couverture publique a augmenté lorsque les critères cliniques d'accès ont été élargis pour inclure davantage de génotypes ou de sévérités de l'hépatite C, avec pour effet net de réduire davantage les coûts des médicaments contre l'hépatite C dans les régimes privés. Au début de 2019, les coûts des régimes privés étaient revenus à ce qu'ils étaient en 2013, avant le lancement du premier médicament curatif contre l'hépatite C en 2014. Cependant, à partir de 2015, en raison de l'expérience de l'hépatite C, de nombreux assureurs ont ajouté des processus d'examen supplémentaires qui ont entraîné des retards potentiellement importants dans l'accès aux nouveaux traitements novateurs.

4.3 Générateurs de croissance par catégorie de coûts de traitement par médicament

- Pour les médicaments non spécialisés, les réclamations par réclamant a entraîné l'essentiel de la croissance des coûts, tandis que le coût par réclamation a contrebalancé la croissance en raison de réductions de prix des génériques.
- Pour les médicaments spécialisés, l'essentiel de la croissance des coûts est attribuable à la croissance du nombre de réclamants.

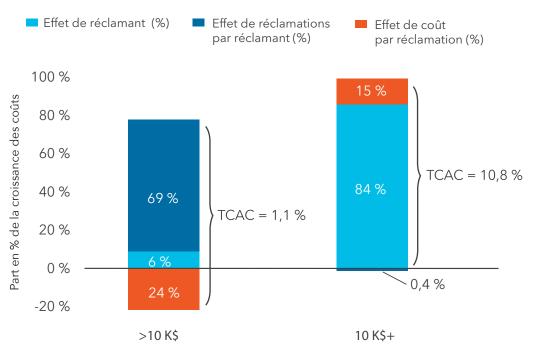
Les médicaments non spécialisés — c'est-à-dire les médicaments dont le coût annuel est inférieur à 10 000 \$ par patient — représentaient 72 % des coûts des réclamations dans les régimes privés d'assurance-médicaments en 2016-2018. La croissance dans cette catégorie a été tirée en grande partie par une utilisation accrue en raison de l'effet des réclamations par réclamant (un plus grand nombre de réclamations par réclamant). L'augmentation relativement faible du nombre de réclamants (effet de réclamant) était attribuable à l'incidence de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario, tandis que la diminution de l'effet du coût par réclamation était principalement attribuable aux réductions du prix des médicaments génériques (figure 26). Après ces effets isolés, ces médicaments moins chers reprendront probablement leur évolution en raison de la croissance continue de leur utilisation.

La majeure partie de la croissance des coûts des médicaments, dont le coût annuel dépasse 10 000 \$ est attribuable à une augmentation de l'utilisation découlant d'une augmentation du nombre de réclamants. Pour ces médicaments de spécialité, il y a eu un impact minime de l'augmentation des coûts par réclamation et pratiquement aucun impact de l'augmentation des réclamations par réclamant (figure 26). C'était également le cas pour les médicaments dont le seuil de coût était le plus élevé (100 000 \$ et plus), tandis que l'impact était réparti également pour les médicaments compris entre 25 000 \$ et 100 000 \$ (non illustré).



FIGURE 26 : Le nombre accru de réclamants est le principal générateur de la croissance des médicaments de spécialité

Générateur de la croissance 2016-2018, par catégorie de coûts de traitement par médicament



Remarque: Les effets des facteurs individuels peuvent ne pas correspondre au TCAC total en raison des effets duplicatifs. Ceux-ci sont minimes et non illustrés

Source : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

4.4 Générateurs de croissance par région

- L'utilisation a généralement eu le plus grand impact sur la croissance des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments au pays, bien qu'elle ait contribué à une grande diminution des coûts en Ontario et à une grande augmentation des coûts dans le reste du Canada.
- Les différences entre province déterminant le principal moteur de croissance (c.-à-d. les réclamants ou le coût par réclamation) dépendent de la structure du régime public de la province et la part du fardeau des coûts que supportent les régimes privés.

On observe des différences notables entre les régions en termes de principaux moteurs de croissance. L'effet de réclamant a eu le plus grand impact sur la croissance des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments dans la plupart des régions, c.-à-d. la Colombie-Britannique, le Québec et les Prairies et les Territoires. Dans toutes les provinces sauf l'Ontario, une augmentation du nombre de réclamants a contribué à une augmentation des coûts (figure 27). En Ontario, la diminution du nombre de réclamants en raison de l'Assurance-santé Plus a contribué à une diminution des coûts.

Le coût par réclamation a été le principal moteur de croissance en Alberta, alors qu'il n'a eu pratiquement aucun impact en Colombie-Britannique et dans les Prairies et les Territoires. Une utilisation accrue sous forme de réclamations par réclamant a plutôt stimulé la croissance dans ces deux régions. On peut attribuer ces dissemblances à des différences dans la structure des régimes publics d'assurance-médicaments. (Voir l'annexe C pour une comparaison de la structure des régimes publics provinciaux d'assurance-médicaments.)

Voir l'annexe D pour une analyse régionale plus approfondie.

FIGURE 27 : L'utilisation est le principal moteur de croissance dans la plupart des provinces

Générateurs de croissance par région, 2016-2018



Remarque: Les effets des facteurs individuels peuvent ne pas correspondre au TCAC total en raison des effets duplicatifs. Ceux-ci sont minimes et non illustrés.

Source : IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

.

4.5 Générateurs de croissance par groupe d'âge

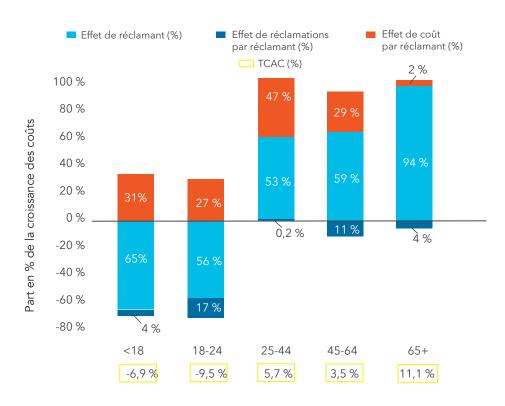
L'utilisation a eu le plus d'impact relatif sur la croissance des coûts des médicaments des régimes privés dans tous les groupes d'âge, principalement en raison des changements dans le nombre de réclamants.

Dans les groupes d'âge plus jeunes, une diminution globale du nombre de réclamants en raison de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario a entraîné une diminution nette des coûts. Dans les groupes plus âgés, une augmentation du nombre de réclamants a entraîné une augmentation des coûts nets (figure 28).

Dans le groupe d'âge des 25 à 44 ans, le coût par réclamation a eu l'impact le plus fort relatif aux autres groupes d'âge, bien que cet effet demeure inférieur à celui de l'utilisation.

FIGURE 28 : L'effet de réclamant est le principal facteur de croissance pour tous les groupes d'âge

Générateurs de croissance par groupe d'âge, 2016-2018



Remarque: Les effets des facteurs individuels peuvent ne pas correspondre au TCAC total en raison des effets duplicatifs. Ceux-ci sont minimes et non illustrés. Source : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

5. Contribution de l'industrie d'avantages sociaux aux coûts des régimes privés d'assurance-médicaments

Le rapport précédent, Analyse des générateurs de coûts des régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2016, expliquait comment les primes, les frais de mise en commun et les autres frais d'assurance et d'administration contribuent au coût total des régimes d'assurance-médicaments pour les employeurs et les promoteurs de régimes. Comme mentionné dans ce rapport, la transparence demeure limitée en termes de fixation des primes — et encore moins pour les frais de mise en commun.

Pour fixer les primes de santé d'un régime d'avantages sociaux, un assureur tiendra compte de l'expérience des réclamations du régime de l'année précédente (c.-à-d., la croissance des réclamations d'une année à l'autre), mais appliquera également un « facteur de tendance » ou un « facteur d'inflation du marché » dans le calcul d'une prime de santé pour anticiper les coûts des réclamations de santé pour l'année à venir. Le facteur tient compte des augmentations prévues de l'assureur en matière de réclamations résultant de l'inflation, de l'augmentation de l'utilisation, du vieillissement de la population, des nouveaux services et produits, des changements législatifs, des changements dans la combinaison de produits ou de services utilisés, et de transfert de coûts du secteur public au privé.

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

Cependant, certains conseillers en régimes d'avantages sociaux enquêtent auprès des assureurs et rendent publics les facteurs de tendance annuels utilisés. L'un de ces rapports, publié depuis de nombreuses années, est un sondage effectué sur les tendances canadiennes en matière de soins de santé par la firme Buck Canada HR Services Limited (Buck).³

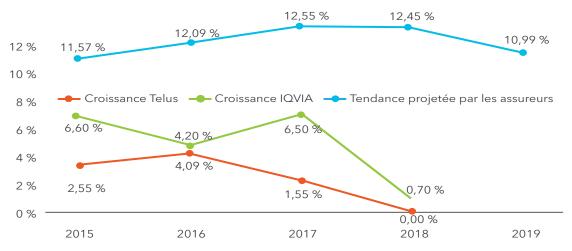
Les régimes d'assurance-médicaments sont inclus dans les taux de prime de santé. C'est ainsi qu'un facteur de tendance pour les prestations de santé comprend toutes les composantes de la couverture médicale, comme les médicaments, l'hôpital, les paramédicaux. Selon l'enquête Buck de 2019, le facteur de tendance moyen des assureurs pour les renouvellements était une croissance attendue de 11,43 %, en légère baisse par rapport à 11,92 % en 2018. Au niveau des prestations individuelles, le facteur de tendance moyen pour les médicaments d'ordonnance à lui seul était de 10,99 % pour 2019, en baisse par rapport à 12,45 % en 2018.

Selon Buck, pendant cette période, si les régimes étaient renouvelés sur la base de leur expérience réelle en matière de réclamations, la plupart s'aligneraient sur le taux de croissance de 3,5 % comme démontré dans cette analyse :

Il est important de comprendre que, sur la base de l'expérience des réclamations uniquement, dans un régime de soins de santé correctement évalué, la plupart des promoteurs de régimes constateraient une variation d'environ 3 % à 5 %, d'une année à l'autre, des primes, reflétant leur propre tendance. C'est le facteur supplémentaire « d'inflation du marché » qui fait augmenter les primes.⁴

Figure 29 : Un écart important subsiste entre la tendance projetée du coût des médicaments par les assureurs et la tendance du coût réel des médicaments

Taux d'augmentation réel des coûts des médicaments par rapport à la tendance projetée par les assureurs en matière de médicaments



Sources : Buck Canada HR Services Limited ; IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018 ; et Médicaments novateurs Canada, Analyse des générateurs de coûts dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2016.

Buck a comparé la tendance projetée par l'assureur pour les médicaments d'ordonnance depuis 2015 à l'augmentation réelle du coût des réclamations de médicaments déclarées chaque année par TELUS Santé, qui représente plus de 50 % du total des assurés privés au Canada et règle les réclamations de médicaments payées directement pour plusieurs des plus grands assureurs au Canada. Le taux de croissance de l'analyse des générateurs de coûts d'IQVIA présenté dans les sections précédentes de ce rapport, qui saisit la majorité des Canadiens couverts par des régimes privés, quel que soit l'assureur, s'aligne étroitement sur le taux de croissance de TELUS (figure 29).

Comme le montre la figure 29, il y a un écart important entre la tendance projetée par les assureurs et la croissance réelle des coûts des médicaments. Les promoteurs de régimes devraient travailler avec leur conseiller en régimes d'avantages sociaux pour examiner attentivement les augmentations de primes proposées au moment du renouvellement.

En particulier, il est difficile d'évaluer si et de quelle manière les facteurs de tendance des assureurs affectent les primes et leurs ententes de mise en commun. La mise en commun, également connue sous le nom « d'assurance en excédent de pertes », est achetée par les employeurs pour gérer l'impact d'une réclamation à coût élevé en rendant la compagnie d'assurance responsable des pertes qui dépassent certaines limites, souvent désignée comme une « limite de mise en commun. » La limite est exprimée en dollars par employé et par année, ou par employé et personnes à charge par année, et couvre généralement toutes les dépenses de santé (p. ex., les médicaments, les soins infirmiers privés et l'équipement durable), mais peut être limitée à des catégories spécifiques uniquement (p. ex., les médicaments). Les réclamations admissibles qui dépassent la limite de mise en commun sont supprimées de l'expérience des réclamations de l'employeur, transférant ainsi le risque à l'assureur.

Généralement, les limites de mise en commun sont fixées par l'assureur pour les régimes de santé des employeurs de petite et moyenne taille, mais par le promoteur du régime pour les régimes de plus grande taille. La limite de mise en commun peut refléter de nombreux facteurs, y compris les arrangements financiers de souscription, la tolérance au risque, la structure du régime, etc.

Bien que les promoteurs de régimes soient conscients de leur limite de mise en commun, la façon dont les frais de mise en commun sont calculés demeure inconnue, car les calculs ne sont pas divulgués dans les renouvellements d'avantages collectifs.

En 2012, la Société canadienne de mutualisation en assurance-médicaments (SCMAM) a été créée pour aider à répartir le risque de réclamations récurrentes et coûteuses de médicaments entre les assureurs. Essentiellement, la SCMAM est une forme de réassurance; cependant, son cadre de mise en commun s'applique uniquement aux régimes d'assurance-médicaments entièrement assurés et se limite aux réclamations d'assurance-médicaments dépassant les seuils préétablis par l'industrie pendant au moins deux ans.

L'entente de mise en commun de la SCMAM fonctionne à deux niveaux. Le mécanisme de mise en commun EP3 (Extended Healthcare Policy Protection Plan) permet aux employeurs de partager les coûts des réclamations au-dessus du seuil déterminé par l'assureur (chaque assureur peut fixer son propre seuil au niveau de son choix). Ensuite, une fois qu'une réclamation dépasse le seuil de l'industrie de 65 000 \$ (en 2019) pendant deux années consécutives, l'assureur peut alors partager ce risque avec d'autres assureurs du bassin d'assureur de la SCMAM.⁵

Avec la SCMAM, le coût des réclamations de médicaments admissibles est partagé par tous les assureurs participants et est basé sur leur part du total des réclamations de médicaments annuelles payées. La mise en commun de l'industrie intervient si une réclamation de médicament dépasse le seuil initial de 65 000 \$ (en 2019) pendant deux ans. À ce moment-là, l'industrie regroupe 85 % des réclamations de médicaments payées par le participant au régime jusqu'à concurrence de 500 000 \$ (en 2019). Au cours de la troisième année et des années subséquentes, une réclamation sera admissible à la mise en commun de l'industrie si elle est supérieure au nouveau seuil courant de 32 500 \$ (en 2019).6

Le Québec a sa propre organisation de mise en commun sans but lucratif appelée la Société de compensation en assurance-médicaments du Québec (SCAMQ). Cette société supervise le cadre de partage des risques tel que décrit dans la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec. Contrairement à la SCMAM, la SCAMQ offre une protection contre les risques à tous les types d'arrangements de financement des régimes d'avantages sociaux (entièrement assurés, services administratifs uniquement et avec remboursement) pour les promoteurs de régimes comptant jusqu'à 3999 vies. Le marché libre s'applique aux promoteurs de régimes comptant 4000 vies ou plus. En 2019, la SCAMQ a réduit les primes de mise en commun entre 2 % et 12 % selon la taille du groupe. La seule exception concernait les groupes de 25 à 49 vies, où la SCAMQ a choisi de baisser le seuil de mise en commun de 18000 \$ à 16500 \$ mais de maintenir les taux de prime actuels.⁷

La réduction des frais de mise en commun reflète la diminution des réclamations de médicaments contre l'hépatite C qui ont principalement été transférés aux régimes publics d'assurance-médicaments.

Le moment de repenser la mise en commun est-il venu?

Malgré la croissance annuelle récente des coûts des médicaments à bas chiffre, les assureurs sont devenus plus réticents au risque, si on se fie sur les tendances d'augmentation des seuils de mise en commun⁸, transférant davantage de risques et de coûts aux employeurs. Historiquement, les mécanismes de mise en commun ont été conçus par les assureurs pour atténuer le risque associé aux réclamations catastrophiques de faible fréquence et plus coûteuses, comme les voyages à l'étranger. Cependant, avec l'avènement de la médecine personnalisée et des technologies innovatrices en matière de santé et de médicaments, les mécanismes de mise en commun ne reflètent plus la réalité actuelle des soins de santé au Canada.

La mise en commun a été conçue pour gérer les risques imprévus non récurrents.⁹ Étant donné que la nature de l'innovation en matière de soins de santé a changé, les réclamations mises en commun sont récurrentes et souvent prévisibles aujourd'hui. Ces réclamations remettent désormais en question le concept fondamental original de traiter des événements catastrophiques uniques. Ce changement en a emmené plusieurs à penser que les assureurs considèrent l'expérience des réclamations mise en commun des promoteurs de régimes dans leur tarification¹⁰, ce qui contrevient au principe sous-jacent et fondamental de la mise en commun — c.-à-d., répartir les risques dans un grand groupe, de sorte que les participants ayant des réclamations importantes ne supportent pas la totalité du fardeau de la réclamation et qu'aucun participant à la mise en commun n'est désavantagé. Des centaines ou des milliers de promoteurs de régimes collectivement peuvent gérer le risque associé aux réclamations à coût élevé, mais à lui seul, un promoteur de régime ne le peut pas.



La mise en commun est un bon concept, mais de nombreux intervenants estiment que son application dans le contexte du système de santé actuel du Canada doit être améliorée :

Les coûts de mise en commun sont un peu comme une boîte noire. ... Je plaiderais certainement pour une plus grande transparence concernant les coûts de mise en commun. ~ Brian Lindenberg, Mercer Canada.¹¹

Le raisonnement derrière EP3 était peut-être solide, mais le résultat final n'a pas été à la hauteur des intentions.

~ Gordon Hart, Selectpath Benefits and Financial Inc. 12

Une seule réclamation peut menacer la viabilité d'un régime... La mise en commun pourrait certainement être une solution plus efficace et viable si certaines améliorations fondamentales étaient apportées. ~ Jonathan Bohm, Normandin Beaudry¹³

Des améliorations au système de mise en commun pourraient mieux refléter la réalité actuelle des soins de santé, à savoir des réclamations récurrentes qui maintiennent de nombreux employés en santé, productifs et au travail. Pour réaliser la réforme, les intervenants doivent collaborer pour trouver des solutions mutuelles à un problème qui les touche tous.

6. Discussion et implications

La croissance des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments au Canada a été plus faible en 2016-2018 que les années précédentes en raison de l'impact ponctuel de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario. Cependant, les promoteurs de régimes doivent demeurer vigilants à gérer les coûts de leur régime d'assurance-médicaments, puisque les facteurs sous-jacents de la croissance des coûts et les principaux contributeurs à celle-ci restent les mêmes : l'utilisation des médicaments, les maladies chroniques, en particulier celles liées au mode de vie (troubles de santé mentale, diabète et maladies respiratoires) et les maladies auto-immunes complexes. Les promoteurs de régimes doivent également porter attention à leur propre expérience de réclamations pour mieux comprendre les générateurs de coûts de médicaments dans leur régime, et pour s'assurer qu'ils obtiennent de la valeur des augmentations annuelles de leurs primes et de leurs frais de mise en commun.

L'utilisation demeure le principal moteur de la croissance en raison d'un plus grand nombre de Canadiens sur le marché du travail et de leurs personnes à charge développant des maladies chroniques et ayant recours aux services d'avantages sociaux. L'impact des maladies chroniques en tant que facteur de coût ne doit pas être sous-estimé, car leur prévalence continue d'augmenter. De même, on peut constater la valeur persistante des produits biologiques et d'autres traitements spécialisés en voyant leur emploi continuellement croissant pour les patients qui souffrent de maladies complexes. Le diagnostic inattendu et le stress, sans compter les coûts, liés à ces maladies complexes (p.ex., auto-immunes), peuvent être difficiles à gérer pour les participants au régime, ainsi que pour les promoteurs de petits régimes qui peuvent subir des augmentations importantes de primes et/ou à de fortes augmentations brusques des frais de mise en commun. 15

Les régimes privés peuvent et doivent trouver de la place pour fournir ces traitements en s'adressant à la prévention et la gestion des maladies par le biais de meilleure couverture de médicaments et d'autres avantages pour la santé étendus ciblant des interventions de mode de vie afin de changer les comportements liés aux principales maladies chroniques, tels les troubles de santé mentale, le diabète et les maladies cardiovasculaires et respiratoires. Cela, à son tour, soutiendra l'accès futur aux traitements spécialisés novateurs et révolutionnaires qui guérissent, traitent ou aident à gérer les symptômes pour des conditions complexes dont la modification du mode de vie et du comportement ne peut pas, à elle seule, nécessairement prévenir ou traiter.

Les programmes de mieux-être au travail, p.ex. ceux qui visent à prévenir certaines maladies chroniques, peuvent avoir un impact positif et réduire les coûts globaux.

Il est absolument nécessaire que les assureurs et les gestionnaires de prestations pharmaceutiques (GPP) offrent davantage d'innovation dans ce domaine et que les fournisseurs d'avantages sociaux apportent une valeur supplémentaire aux employeurs et à leurs employés. Les employeurs et les promoteurs de régimes recherchent de plus en plus des solutions prêtes à l'emploi de la part de leurs fournisseurs pour les appuyer dans leur quête de meilleure santé et productivité au travail et de gestion des coûts de prestations de santé. Il est essentiel que les employeurs comprennent le lien entre leurs réclamations réelles, et leurs primes et taux de mise en commun, afin d'évaluer la valeur des services qu'ils obtiennent de leur fournisseur, par rapport aux autres options. Cela met en évidence la nécessité de transparence et de rendre disponibles les données de réclamations pour le promoteur du régime. Une compréhension approfondie pour l'employeur est essentielle dans la lutte contre les maladies chroniques et afin d'assurer un retour sur investissement positif pour les employeurs et pour l'économie canadienne.



Annexe A : Définitions des classes thérapeutiques et des médicaments contre les maladies chroniques

Dans cette analyse, les classes thérapeutiques sont basées sur un système de classification thérapeutique et sous-thérapeutique interne d'IQVIA selon lequel les produits chimiques sont regroupés en 17 principales classes de médicaments thérapeutiques (antidiabétique, cardiovasculaire, autre système nerveux central, etc.) représentant la majorité des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments, le reste étant saisi sous « autres domaines thérapeutiques. »

Pour cette édition du rapport, un examen approfondi des classes thérapeutiques a été effectué, entraînant quelques changements dans les classifications pour rendre les classes davantage axées sur les maladies. Les principales classes touchées sont les suivantes :

- Les médicaments contre le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH) de diverses classes ont été regroupés et combinés avec les antidépresseurs et les antipsychotiques pour créer une classe de santé mentale.
- Les médicaments de thérapie broncho-pulmonaire comprennent maintenant des médicaments qui couvrent une plus grande variété de conditions respiratoires, y compris les allergies, l'asthme et la MPOC, ainsi que la fibrose kystique, et renommées « maladie respiratoires. »
- Les traitements immunosuppresseurs ou modulateurs ont été combinés, puis séparés en traitements biologiques et non biologiques pour créer deux classes distinctes : les produits biologiques pour les maladies auto-immunes et les autres traitements de la fonction immunitaire respectivement. Le premier comprend les produits biologiques modificateurs de la maladie pour la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis, le rhumatisme psoriasique, la maladie de Crohn et l'intestin irritable, etc., mais inclut désormais également la dégénérescence maculaire liée à l'âge, car la pathogenèse de cette maladie partage de nombreux attributs avec les troubles de l'auto-immunité. Le sautres traitements de la fonction immunitaire » comprennent les traitements pour la sclérose en plaques, ainsi que les médicaments contre le rejet d'organe.
- Les traitements contre le cancer ont été combinés sous antinéoplasiques, même si certains peuvent avoir été répertoriés dans d'autres classes, comme les thérapies immunomodulatrices, etc.
- Beaucoup de médicaments de la catégorie « autres » ont été déplacés vers des catégories existantes qui partagent des systèmes corporels affectés communs, notamment plusieurs médicaments contre les maladies rares.

Catégorisation des classes thérapeutiques et exemples de médicaments						
Classes thérapeutiques	Exemples de médicaments					
Analgésiques	TYLENOL / CODÉINE (ACÉTAMINOPHÈNE ET PSEUDOÉPHÉDRINE HCL)	TEVA-MORPHINE SR (SULFATE DE MORPHINE)	CAMBIA (POTASSIUM DE DICLOFÉNAC)			
Anticonvulsifs	LYRICA / RIVA-PREGABALIN (PREGABALIN)	BRIVLERA (BRIVARACETAM)	TOPAMAX/AURO-TOPIRAMATE (TOPIRAMATE)			
Antidépresseurs, antipsychotiques et TDAH	CYMBALTA (DULOXÉTINE)	ABILIFY (ARIPIPRAZOLE)	VYVANSE (LISDEXAMFÉTAMINE DIMESYLATE)			
Antidiabétiques	LEVEMIR (INSULINE DETEMIR)	SOLUTION DE CONTRÔLE ACCUTREND (AGENT DIAGNOSTIQUE - DIABÈTE)	TEVA-METFORMINE (METFORMINE HCL)			
Agents anti-infectieux	SHINGRIX (VACCIN CONTRE LE ZONA)	JAMP-AMOXICILLINE (AMOXICILLINE TRIHYDRATE)	EPCLUSA (SOFOSBUVIR ET VELPATASVIR)			
Antinéoplasiques	IBRANCE (PALBOCICLIB)	ZYTIGA (ACÉTATE D'ABIRATÉRONE)	GLEEVEC (IMATINIB)			
Agents autonomes	NEUPRO (ROTIGOTINE)	MYLAN-PRAMIPEXOLE (PRAMIPEXOLE HCL)	MYLAN-BACLOFEN (BACLOFEN)			
Modificateurs de maladies biologiques	REMICADE / INFLECTRA (INFLIXIMAB)	ENTYVIO (VEDOLIZUMAB)	EYLEA (AFLIBERCEPT)			
Formation et coagulation du sang	APO-WARFARIN (WARFARIN)	XARELTO (RIVAROXABAN)	NEUPOGEN (FILGRASTIM)			
Thérapie broncho- pulmonaire	EPIPEN (ÉPINÉPHRINE)	SYMBICORT (FORMOTEROL ET BUDESONIDE)	ORKAMBI (IVACAFTOR ET LUMACAFTOR)			
Cardiovasculaires	LIPITOR (BROMURE DE TIOTROPIUM)	VASOTEC (ENALAPRIL SODIUM)	ENTRESTO (SACUBITRIL ET VALSARTAN)			
Médicaments gastro- intestinaux	NEXIUM (ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM)	FLORAZOLE ER (METRONIDAZOLE)	ACIDOPHILUS PROBIOTIC (BIFIDOBACTERIUM BIFIDUM ET LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS)			
Hormones et substituts synthétiques	SANDOZ ALENDRONATE (ALENDRONATE)	MIRENA (LEVONORGESTREL)	CYTOMEL (LIOTHYRONINE SODIUM)			
Produits nutritionnels	MULTI (VITAMINE - MULTI ET MINÉRAL) COMPLÈTE	B12 (VITAMINE B12)	TOLEREX (NUTRIMENTS ET SUPPLÉMENTS)			
Autres médicaments du système nerveux central (SNC)	XYREM (4-HYDROXYBUTYRIC ACID SODIUM)	THRIVE (NICOTINE)	SUMATRYX (GLANDE THYROÏDE)			
Autres agents immunomodulateurs/ immunosuppresseurs	COPAXONE / GLATECT (ACÉTATE DE GLATIRAMÈRE)	GILENYA (FINGOLIMOD)	ADVAGRAF (TACROLIMUS)			
Préparations pour la peau et les muqueuses	NOVO-HYDROCORT (HYDROCORTISONE)	LUXIQ (BETAMETHASONE VALERATE)	PICATO (INGENOL MEBUTATE)			
Autres domaines thérapeutiques	VIAGRA/TEVA-TADALAFIL (TADALAFIL)	SAXENDA (LIRAGLUTIDE)	SPINRAZA (NUSINERSEN)			

Catégorisation des médicaments contre les maladies chroniques					
Classes thérapeutiques	Antinéoplasiques	Chroniques	Non chroniques		
Analgésiques			✓		
Anticonvulsifs		√			
Antidépresseurs, antipsychotiques et TDAH		✓			
Antidiabétiques		✓			
Agents anti-infectieux			✓		
Antinéoplasiques	✓				
Agents autonomes		✓			
Modificateurs de maladies biologiques pour la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis, la maladie de l'intestin irritable, la dégénérescence maculaire liée à l'âge		V			
Formation et coagulation du sang			\checkmark		
Thérapie broncho-pulmonaire		✓			
Cardiovasculaires		√			
Médicaments gastro-intestinaux			✓		
Hormones et substituts synthétiques		√			
Produits nutritionnels			✓		
Autres médicaments du système nerveux central (SNC)		√			
Autres agents immunomodulateurs / immunosuppresseurs		√			
Préparations pour la peau et les muqueuses			\checkmark		
Autres domaines thérapeutiques			✓		

Annexe B : Initiatives clés en matière de politique pharmaceutique ayant influé sur la croissance des coûts de 2016-2018

B1 – Contexte de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario et des réductions de prix des médicaments génériques

Assurance-santé Plus de l'Ontario

Le gouvernement provincial de l'Ontario a lancé un programme d'assurance-médicaments appelé Assurance-santé Plus de l'Ontario le 1^{er} janvier 2018. Il offrait des médicaments gratuits à tous les Ontariens de moins de 25 ans, peu importe le revenu familial ou l'accès aux prestations d'assurance privée. L'inscription était automatique.

Par conséquent, les réclamations pour les médicaments admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) pour les participants de moins de 25 ans ont été transférées des régimes privés d'assurance-médicaments au régime provincial d'assurance-médicaments de l'Ontario.

Après l'élection provinciale de juin 2018, le nouveau gouvernement de l'Ontario a mis en œuvre des changements qui ont fait en sorte que les jeunes bénéficiant d'une assurance-médicaments privée n'étaient plus admissibles à l'Assurance-santé Plus à compter du 1^{er} avril 2019. Il en est résulté que les réclamations des participants admissibles qui avaient été transférés au régime provincial d'assurance-médicaments de l'Ontario du 1^{er} janvier 2018 au 31 mars 2019, ont de nouveau été transférées aux régimes privés d'assurance-médicaments après le 1^{er} avril 2019.

L'impact du changement de 2019 n'est pas inclus dans cette analyse. Mais l'effet net sur cette analyse des générateurs de coûts pour 2016-2018 a été une forte réduction du nombre de réclamants dans les régimes privés dans le groupe d'âge des 25 ans et moins dont les demandes ont été entièrement transférées au régime provincial d'assurance-médicaments de l'Ontario pour les 12 mois entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2018. L'impact devrait s'inverser – c'est-à-dire qu'il y aura une augmentation importante du nombre de réclamants dans les régimes privés d'assurance-médicaments en Ontario – du 1^{er} avril au 31 décembre 2019.

Réductions du prix des médicaments génériques

L'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) et l'Association canadienne du médicament générique (ACMG) ont négocié une entente de cinq ans à compter du 1er avril 2018 pour réduire de 25 à 40 % le prix de près de 70 des médicaments les plus couramment prescrits au Canada pour les régimes publics et privés d'assurance-médicaments participants. Les 18 produits génériques dont les prix avaient été négociés à la baisse de 18 % ou de 15 % du prix de la marque depuis 2013 ont été abaissés (avec deux molécules supplémentaires) à 10 %, et 48 autres produits génériques ont été réduits à 18 % du prix de la marque 18. Une annonce a estimé les économies de « 385 millions \$ la première année et jusqu'à 3 milliards \$ au cours des cinq prochaines années grâce à une combinaison de réductions de prix et du lancement de nouveaux médicaments génériques 19. »

L'impact net de ces réductions de prix des médicaments génériques a été une réduction du coût moyen par réclamation dans toutes les provinces participantes (toutes les provinces sauf le Québec). Avec une augmentation continue de l'utilisation prévue, la croissance devrait revenir à ses niveaux historiques en 2019 et au-delà. Le Québec a conclu sa propre entente avec l'ACMG, mais les détails ne sont pas transparents.

B2 – Impact de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario et des réductions de prix des médicaments génériques sur la croissance globale des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments

L'Assurance-santé Plus de l'Ontario et les réductions de prix des médicaments génériques en 2018 ont eu un impact négatif spectaculaire sur la croissance des coûts des médicaments, mais cet impact sera temporaire.

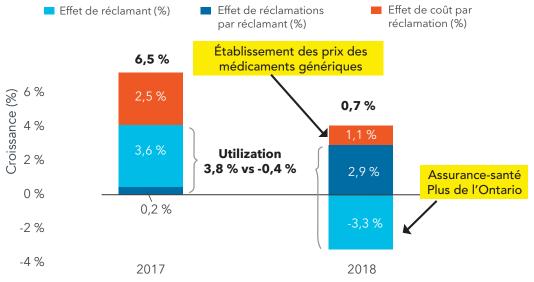
L'impact de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario et des réductions de prix des médicaments génériques peut être évalué en comparant les données de 2018 et 2017. La croissance globale des coûts des médicaments des régimes privés n'était que de 0,7 % en 2018, contre 6,5 % en 2017.

La baisse du nombre de réclamants en 2018 a réduit la croissance de 3,3 %, principalement en raison du transfert des réclamants au régime public ontarien en raison de l'Assurance-santé Plus. L'ampleur de cet impact devient plus claire par rapport à une croissance positive des réclamants de 3,6 % en 2017 (figure 30).

La réforme des prix des médicaments génériques en 2018 a également eu un impact important, bien que moindre que l'Assurance-santé Plus. Le coût par réclamation a augmenté de 1,1 % en 2018, contre 2,5 % en 2017 (figure 30).

FIGURE 30 : L'Assurance-santé Plus de l'Ontario et l'établissement des prix des médicaments génériques ont touché le nombre de réclamants et la croissance du coût par réclamation en 2018

L'impact de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario et de l'établissement des prix des médicaments génériques sur les facteurs de coûts, par année



Remarque: Les effets des facteurs individuels peuvent ne pas correspondre au TCAC total en raison des effets duplicatifs. Ceux-ci sont minimes et non illustrés.

Source: IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

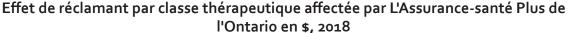
B3 - Impact détaillé

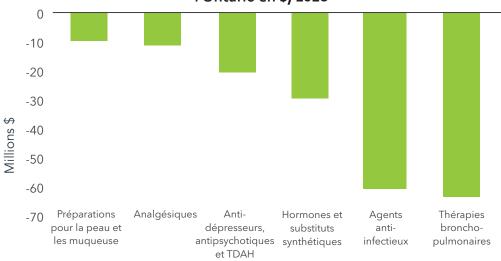
Assurance-santé Plus de l'Ontario (effet de réclamant)

Comme mentionné précédemment, l'Assurance-santé Plus a eu un impact important sur les régimes privés d'assurance-médicaments en Ontario en réduisant spécifiquement le nombre de réclamants dans le groupe des moins de 25 ans. Cela a affecté certaines classes thérapeutiques plus que d'autres. Par exemple, les médicaments respiratoires (broncho-pulmonaires) et les agents anti-infectieux ont vu le plus d'impact sur le plan de la réduction des coûts absolus directement en raison d'une baisse du nombre de réclamants.

Les hormones et les substituts synthétiques et les médicaments pour la santé mentale ont également connu une légère baisse. Compte tenu des tendances des médicaments pour les patients de moins de 25 ans en général, l'impact dû aux réclamants dans ces classes spécifiques est réputé être dû aux inhalateurs de médicaments contre l'asthme (thérapie broncho-pulmonaire) et aux médicaments contre les allergies (p. ex., EpiPen), aux antibiotiques, aux contraceptifs et aux médicaments pour le TDAH (figure 31). La situation devrait s'inverser en raison des modifications apportées à l'Assurance-santé Plus de l'Ontario en 2019.

FIGURE 31 : Les maladies respiratoires et les anti-infectieux ont davantage été touchés par l'Assurance-santé Plus de l'Ontario





Source : IQVIA – Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

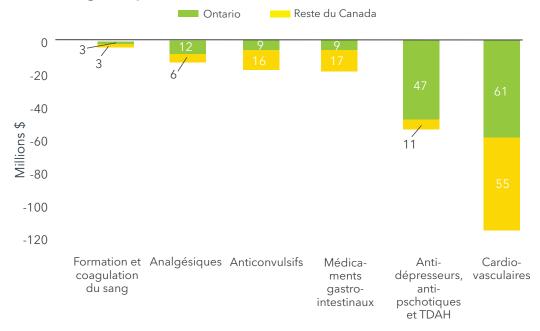
Réductions de prix des médicaments génériques (effet de coût par réclamation)

Comme mentionné précédemment, les réductions de prix des médicaments génériques ont également eu un impact à la baisse sur la croissance du coût total des médicaments des régimes privés d'assurance-médicaments en abaissant le coût par réclamation pour les médicaments touchés. Mais comme dans le cas de l'Assurance-santé Plus, cela a affecté certaines classes de médicaments plus que d'autres — c'est-à-dire des classes de médicaments qui étaient déjà largement « généricisés », comme les médicaments cardiovasculaires (p. ex., la simvastatine), les médicaments pour la santé mentale (p. ex., la quétiapine), et les médicaments gastro-intestinaux (p. ex., l'oméprazole). Pour isoler les effets combinés potentiels de l'Assurance-santé Plus et des réductions de prix des médicaments génériques en Ontario, en raison de sa grande taille et de sa domination du marché, l'analyse pancanadienne est séparée entre l'Ontario et le reste du Canada.

Plus particulièrement, les médicaments cardiovasculaires étaient de loin les plus touchés sur le plan du coût absolu en raison de la réduction du coût par réclamation. L'Ontario était responsable d'un peu plus de la moitié de cet impact à l'échelle nationale. Les médicaments pour la santé mentale ont eu le deuxième impact le plus important, l'Ontario étant le principal contributeur. D'autres classes de médicaments, comme les médicaments gastro-intestinaux, les anticonvulsifs, les analgésiques et les médicaments pour la formation et la coagulation du sang, ont eu un impact relatif plus égal en Ontario et dans le reste du Canada (figure 32).

FIGURE 32 : Réductions de prix des médicaments génériques ont affecté le plus les coûts des médicaments cardiovasculaires et de santé mentale (2018)

Effet de coût par réclamation, par classe thérapeutique affectée par réduction de prix génériques, Ontario c. Reste du Canada en \$, 2018



Source: IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

Annexe C : Comparaison de la structure des régimes publics provinciaux d'assurance-médicaments

Type de régimes publics d'assurance-médicaments	Provinces
 Provinces offrant une assurance-médicaments universelle Tout le monde a le droit d'être couvert, mais la couverture est facultative. Le patient doit payer une franchise en fonction du revenu, une prime, une franchise et/ou payer directement la prime avant le versement des prestations de la couverture publique. La couverture privée se limite généralement à payer (en totalité ou en partie) les dépenses directes de la franchise, du copaiement ou de la prime du régime public. La couverture passe du privé au public une fois que la limite des dépenses directes a été atteinte. 	CB., Alb., Sask., Man.
 Provinces offrant une assurance-médicaments limitée Seuls certains groupes sont couverts (p. ex., les bénéficiaires de l'aide sociale, les personnes âgées, les enfants, les personnes sans assurance privée). Les prestations de la couverture publique versées varient largement — allant d'un petit paiement direct exigé en Ontario à un copaiement élevé au Canada Atlantique. Une couverture publique est également disponible pour les non-bénéficiaires dont les frais directs sont élevés, sur la base d'une franchise ou d'un copaiement en fonction du revenu. La limite des menues dépenses varie également largement. 	Ont., NB, NÉ., TNL., ÎPÉ.
 Québec La couverture est obligatoire, publique ou privée. Les employeurs doivent offrir une couverture privée au moins équivalente à la couverture publique. Les personnes sans couverture privée sont automatiquement inscrites à la couverture publique. Les primes des régimes publics s'appliquent, ainsi que les franchises et les copaiements (jusqu'à une limite) en fonction du revenu. 	Qué.

Annexe D : Analyse régionale approfondie

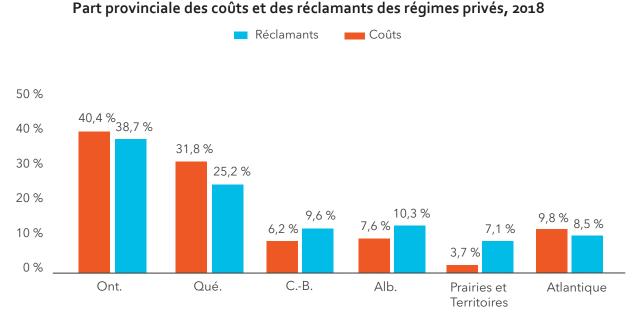
Cette édition de l'analyse des générateurs de coûts des régimes privés d'assurancemédicaments au Canada comprend pour la première fois une analyse régionale. Tous les détails ne sont pas inclus dans le corps principal du rapport pour des raisons d'espace et de pertinence. Cette section donne des informations de référence supplémentaires ventilées par région, comme les parts des coûts des régimes d'assurance-médicaments et des réclamants, le coût moyen par réclamant, la croissance des coûts et les caractéristiques des moteurs de la croissance lorsqu'ils diffèrent des moteurs nationaux de la croissance.

D1 – Croissance du TCAC pour chaque région

Les régimes privés de l'Ontario représentent la plus grande part des coûts et des réclamants de toutes les provinces et les territoires (malgré l'Assurance-santé Plus) (figure 33), mais pas le coût le plus élevé par réclamant (figure 34). Le Québec et les provinces de l'Atlantique ont le coût moyen par réclamant le plus élevé. Les coûts au Québec peuvent être surestimés parce que les frais d'exécution sont inclus dans cet ensemble de données pour le Québec, mais pas pour les autres provinces (où les coûts comprennent les marges bénéficiaires, mais pas les frais d'exécution). De plus, les patients québécois sont plus susceptibles de recevoir une ordonnance d'approvisionnement de 30 jours qu'une ordonnance de 90 jours, et donc une exécution plus fréquente augmente également les coûts du Québec en proportion du coût total des réclamations.

La Colombie-Britannique, l'Alberta et les Prairies et Territoires ont un coût moyen par réclamant beaucoup moins élevé que le reste du pays. En conséquence, leur part des coûts nationaux est inférieure à leur part proportionnelle des réclamants.

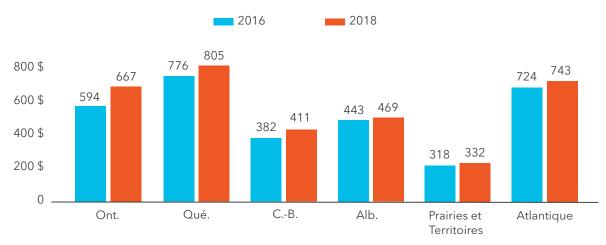
Figure 33 : Part proportionnelle inégale des coûts par rapport aux réclamants par province



Source: IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

FIGURE 34 : Le coût moyen par réclamant en Ontario, au Québec et dans le Canada Atlantique est plus élevé qu'en Colombie-Britannique, en Alberta, dans les Prairies et les Territoires

Coût moyen par réclamant des régimes privés d'assurance médicaments, par province, 2016 c. 2018



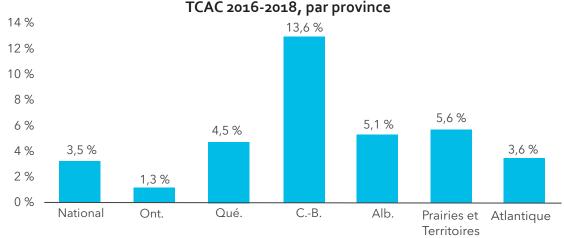
Source : IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

D2 – Croissance du TCAC pour chaque région

Le taux de croissance annuel composé (TCAC) des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments à l'échelle du pays était similaire au Québec, en Alberta, dans les Prairies et Territoires et dans les provinces de l'Atlantique (figure 35). L'Ontario, à 1,3 % (en raison de l'Assurance-santé Plus), et la Colombie-Britannique, à 13,6 % (en raison d'une forte augmentation ponctuelle du nombre de réclamants âgés de 65+ 2017), étaient des valeurs aberrantes.

Dans la plupart des provinces, la croissance de l'utilisation (augmentation du nombre de réclamants et du nombre de réclamations par réclamant) a contribué à l'essentiel de la croissance des coûts des médicaments des régimes privés (figure 36).

FIGURE 35 : La C.-B. affichait le TCAC le plus élévé, l'Ontario le plus bas



Source : IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

FIGURE 36 : L'utilisation (effet de réclamant + effet de réclamations par réclamant) a contribué à l'essentiel de la croissance dans la plupart des provinces

TCAC 2016-2018, par province par générateur de croissance ■ Effet de réclamations ■ Effect de coût Effet de réclamant (%) par réclamation (%) par réclamant (%) 13,6 % 15 % 1,3 % 3,9 % 0,28 % 10 % 2,1 % 5,6 % 4,5 % 0,25 % 5,1 % 9.49 3.6 % 3,5 % 5 % 2,6 % 3.0% 2,1 % 1,6 % 3.3 % 3,3 % 0 % 0.11% -0,26 % -0.68 % -5 % Atlantique C.-B. National Ont. Qué. Alb. Prairies et

Source : IQVIA - Analyse des générateurs de coûts, 2016-2018.

D3 – Caractéristiques régionales de la croissance

Lorsque les différents générateurs de coûts sont comparés par région, certaines variations intéressantes se produisent, probablement en raison de la structure des régimes et des différents niveaux d'intégration avec les régimes publics d'assurance-médicaments à travers le pays. (Voir l'annexe C : Comparaison de la structure des régimes publics provinciaux d'assurance-médicaments pour obtenir de plus amples informations.)

Territoires

Croissance des principales classes thérapeutiques par région

- Les modificateurs de maladies biologiques figuraient dans les deux principales classes de médicaments contribuant à la croissance dans toutes les régions, sauf en Colombie-Britannique, où ils se classaient au quatrième rang.
- Les médicaments antidiabétiques figuraient parmi les deux principaux facteurs de croissance dans toutes les régions.
- Les médicaments anticancéreux figuraient parmi les quatre principaux contributeurs à la croissance dans toutes les régions, sauf dans les Prairies et les Territoires, où ils se classaient au cinquième rang.
- Les autres médicaments du système nerveux central (SNC) occupaient le quatrième rang en termes de contribution à la croissance en Ontario, mais moins dans les autres provinces. Cette classe comprend des médicaments pour traiter la dépendance au tabac et aux opioïdes, comme Nicoderm, Champix, Suboxone et Butrans, ainsi que des médicaments pour traiter les migraines, comme Relpax et Zomig.
- Les médicaments cardiovasculaires se classaient au quatrième rang des contributions à la croissance au Québec, alors que dans les autres provinces, ils ont contribué à une réduction de la croissance des coûts. Cela est probablement dû au manque de transparence des prix des médicaments génériques au Québec par rapport à l'accord dans le reste du Canada. (Voir l'annexe B pour plus de détails sur les réductions de prix des médicaments génériques.)

Âge par région

- Dans les Prairies et Territoires, les provinces de l'Atlantique et la Colombie-Britannique, les personnes âgées (65 ans et plus) ont le plus contribué à la croissance des coûts en 2016-2018. Il convient de noter qu'en Colombie-Britannique, les personnes âgées représentaient la moitié de la croissance des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments. Il s'agissait très probablement d'un effet ponctuel en raison d'un changement environnemental qui a poussé davantage de personnes âgées à continuer de bénéficier de leur protection privée.
- Le groupe d'âge des 25 à 64 ans a été le plus grand contributeur à la croissance dans les autres provinces (Ontario, Québec et Alberta).

Coûts de traitement par médicament par région

- En Ontario, au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, les médicaments qui coûtent entre 10000 \$ et 25000 \$ annuellement par patient ont le plus contribué à la croissance des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments.
- En revanche, en Alberta, en Colombie-Britannique et dans les Prairies et Territoires, les médicaments qui coûtent moins de 10000 \$ par année ont le plus contribué à la croissance. Cela n'est pas surprenant étant donné leur structure d'intégration avec les régimes publics dans les provinces de l'Ouest qui protège généralement les régimes privés de l'impact des coûts élevés des médicaments. (Voir l'annexe C : Comparaison de la structure des régimes publics d'assurance-médicaments provinciaux pour plus d'informations.)

Remerciements et avis de non-responsabilité

Les auteurs tiennent à remercier les personnes suivantes d'IQVIA pour leur soutien dans l'analyse et la révision de ce rapport : Sarah Iqbal-Khan, Brad Millson, Callahan LaForty et Ali Tehrani. Les auteurs souhaitent également souligner la contribution de Viktoria Roman (Médicaments novateurs Canada) et Regina Lisi (Médicaments novateurs Canada). Merci également à notre éditrice, Stephanie Small, et à notre designer, Debra Workman chez Infocraft.

Les déclarations, constatations, conclusions, points de vue et opinions contenus et exprimés dans cette publication sont basés en partie sur des données obtenues avec l'autorisation d'IQVIA Solutions Canada Inc. Tous droits réservés. Les déclarations, constatations, conclusions, points de vue et opinions contenus et exprimés dans le présent document ne sont pas nécessairement ceux d'IQVIA Solutions Canada Inc. ou de l'une de ses filiales ou sociétés affiliées.

Références

- Joe Farago, Sarah Lussier Hoskyn, Suzanne Lepage « Analyse des générateurs de coûts dans les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2016. » Médicaments novateurs Canada, août 2018. Disponible à : http://innovativemedicines.ca/wp-content/uploads/2018/11/20180175 Cost-Drivers-Analysis-Report FR FINAL.pdf.
- 2 PMLiVE, « Warehousing of HCV patients reaches new high », 19 décembre 2013. http://www.pmlive.com/pmhub/healthcare_market_research/109066 the research partnership/white papers and resources/warehousing of hcv patients reaches new high.³ Référence en matière de générateurs de coûts, 2012-2016.
- 3 Buck Canada HR Services Limited, « 2019 Canadian Healthcare Trend Survey Results. » https://content.buck.com/hubfs/buck_pub_krc_nhct2019_report_CA%20(1).pdf?utm_campaign=US%20%7C%20Q32019%20%7C%20Healthcare%20Trends%20Survey%20.
- 4 Ibid.
- 5 Société canadienne de mutualisation en assurance-médicaments, « How CDPIC Pooling Works », consulté le 20 novembre 2019. http://cdipc-scmam.ca/how-cdipc-pooling-works-advisor2/.
- 6 Ibid.
- 7 Société de compensation en assurance-médicaments du Québec, « Les modalités de la mutualisation 2020 », consulté le 30 septembre 2019. https://mutualisation.ca/mutualisation/modalites/.
- 8 RBC Assurances, « CDPIC Drug Insurance Pooling: We'll help you get a better 2018» présentation, nd. http://johnballem.ca/files/CDIPC pooling.pdf.
- 9 Jonathan Bohm, « Un remède aux régimes privés d'assurance-médicaments », https://www.normandin-beaudry.ca/wp-content/uploads/2018/12/Le-Livre-blanc-Un-remede-aux-regimes-prives-d-assurance-medicaments-septembre-2013-FR.pdf.

- 10 Brian Lindenberg, « Health Pooling: Is There a Better Way? » Mercer, 2 juin 2015, https://www.mercer.ca/en/our-thinking/health-pooling-is-there-a-better-way.html; Canadian Leadership Council on Drug Plan Partnerships 2019, « Partnering for Drug Plan Sustainability, » Benefits Canada, juillet/août 2019, https://www.benefitscanada.com/microsite/canadian-leadershipcouncil-2019-drug-plan-sustainability/; Gordon Hart, « Great CLIHA Initiative EP3 almost 6 years later not! » LinkedIn, 6 mars 2016, https://www.linkedin.com/pulse/great-cliha-initiative-ep3-almost-6-years-later-gordon/.
- 11 Brian Lindenberg, « Health Pooling: Is There a Better Way? » Mercer, 2 juin 2015, https://www.mercer.ca/en/our-thinking/health-pooling-is-there-a-better-way.html.
- 12 Gordon Hart, « Great CLIHA Initiative EP3 almost 6 years later not! » LinkedIn, 6 mars 2016, https://www.linkedin.com/pulse/great-cliha-initiative-ep3-almost-6-years-later-gordon/.
- 13 Jonathan Bohm, « Un remède aux régimes privés d'assurance-médicaments », https://www.normandin-beaudry.ca/wp-content/uploads/2018/12/Le-Livre-blanc-Un-remede-aux-regimes-prives-d-assurance-medicaments-septembre-2013-FR.pdf.
- 14 Agence de la santé publique du Canada, « Aperçu Quel est l'état de santé des Canadiens? Brève mise à jour » 2016. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-38-no-10-2018/apercu-sante-canadiens.html.
- 15 Sanofi, « Le sondage Sanofi Canada sur les soins de santé » 2018, <a href="https://www.sanofi.ca/-/media/Project/One-Sanofi-Web/Websites/North-America/Sanofi-CA/Home/fr/10_Nous-connaitre/12_Le-Sondage-Sanofi-Canada/sondage-des-soins-de-sante-sanofi-canada-2018-document-complet.pdf?la=fr&hash=B6EF83F008A49EE50DE4A8E7A6E7541E9AE5306E.
- 16 Soeren Mattke, Hangsheng Lui, John Caoloyeras, et coll., « Workplace Wellness Programs Study », Rand Health Quarterly, été 2013, 3(2): 7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4945172/.
- 17 Serge Camelo, « Potential Sources and Roles of Adaptive Immunity in Age-Related Macular Degeneration: Shall We Rename AMD into Autoimmune Macular Disease? » Autoimmune Diseases, volume 2014, article ID 32487, 30 avril 2014. dx.doi. org/10.1155/2014/532487.
- 18 Conseil de la fédération. « Alliance pancanadienne pharmaceutique. » Disponible à : http://www.pmprovincesterritoires.ca/alliance-pancanadienne-pharmaceutique-app/.
- 19 Alliance pancanadienne pharmaceutique et Association canadienne du médicament générique, « Déclaration commune de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique et de l'Association canadienne du médicament générique », communiqué de presse, 29 janvier 2018. https://generiquescanadiens.ca/wp-content/uploads//01.29.18-pCPA-Generics-2.0-Media-Statement_FRE_FINAL.pdf.

