

MÉDICAMENTS
NOVATEURS
CANADA

20
22

ANALYSE
DES
GÉNÉRATEURS
DE COÛTS



DES RÉGIMES PRIVÉS
D'ASSURANCE
MÉDICAMENTS AU
CANADA

AUTEURS :

Viktoria Roman, Médicaments novateurs Canada
Joe Farago, Médicaments novateurs Canada
Alexandru Dobrescu, Médicaments novateurs Canada
Suzanne Lepage, Suzanne Lepage Consulting Inc.

CITATION SUGGÉRÉE :

Analyse des générateurs de coût des demandes de règlement de médicaments des régimes d'assurance privés au Canada 2022
Les lecteurs peuvent citer tout renseignement contenu dans ce rapport à condition d'en attribuer la provenance à Médicaments novateurs Canada.

Table des matières

Résumé	4
1. Introduction et contexte	9
2. Croissance globale des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments	12
3. Impact des maladies chroniques	15
4. Impact des coûts de traitement	17
5. Croissance en fonction de la classe thérapeutique	21
6. Impact de la limite de jours d'approvisionnement	24
7. Impact de l'âge	27
8. Résumé et implications	31
Sources de données et méthodologie	33



Résumé

Le taux de croissance global demeure stable

En 2021, le coût des demandes de remboursement de médicaments auprès des régimes privés a augmenté de 5,6 %, un taux conforme au taux de croissance annuel composé (TCAC) de 5,4 % sur cinq ans entre 2015 et 2020¹. L'utilisation demeure l'un des principaux facteurs de la croissance des coûts; on observe cependant quelques différences notables par rapport aux tendances des années précédentes.

La pandémie continue d'influencer les demandes de réclamation de médicaments auprès des régimes privés

La pandémie a continué à avoir des répercussions sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés. Ce peut être partiellement attribuable à la difficulté ou à la réticence persistante des patients à consulter un médecin.

1. Diminution des réclaments utilisant des médicaments à faible coût

Les médicaments non spécialisés, à faible coût et non destinés à traiter les maladies chroniques, qui coûtent moins de 10 000 \$ par patient par an, représentaient la plus grande partie du coût total des réclamations de médicaments auprès des régimes privés (65,2 %); toutefois, cette catégorie de coût comptait moins de réclamations. Cette catégorie de médicaments, qui sont généralement prescrits pour traiter des affections aiguës, a vu son nombre de réclaments diminuer de 1,3 %.

¹ Base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA. Pour de plus amples renseignements, voir la section « Sources de données et méthodologie » du présent rapport.

Parmi les explications possibles de cette diminution, on peut citer les retards de traitement dus à la réduction de l'accès aux soins pendant la pandémie. Il se peut également que le besoin de traitement pour des affections non chroniques ou non urgentes ait diminué en raison d'une moindre exposition aux maladies due à la distanciation sociale et au port du couvre-visage. Par exemple, il y a eu environ un demi-million de réclamants en moins pour les anti-infectieux et les antibiotiques. Le résultat net en a été une diminution du nombre de réclamations à faible coût, ce qui a entraîné une augmentation du coût moyen par réclamation.

2. Augmentation des réclamants utilisant des médicaments à coût élevé

L'utilisation a augmenté pour les médicaments dont le coût annuel par patient est supérieur à 10 000 \$ et pour les médicaments biologiques destinés aux maladies auto-immunes chroniques.

Dans l'ensemble, la croissance des coûts pour les médicaments revenant à plus de 10 000 \$ a été de 11,1 %, en raison d'une augmentation de 12,3 % de l'effet des réclamants, d'une réduction de 3 % des réclamations par réclamant et d'une augmentation de 1,8 % du coût par réclamation.

Selon ces données, les patients souffrant de problèmes de santé plus graves étaient plus susceptibles de recevoir des soins ou de poursuivre leur traitement que ceux souffrant d'affections aiguës, de courte durée ou moins graves. L'augmentation du nombre de réclamants ayant besoin de médicaments à coût élevé est un autre facteur qui explique l'augmentation du coût moyen par réclamation.

3. Passage d'un approvisionnement de 30 jours à un approvisionnement de 60 ou 90 jours pour les demandes de réclamation de médicament

En 2021, la tendance à réclamer un approvisionnement de 30 jours observée au début de la pandémie² est revenue à un approvisionnement plus traditionnel de 60 ou 90 jours. En 2021, 50,7 % des réclamations étaient pour une période de 30 jours ou moins, contre 57,8 % en 2020.

L'analyse de certains des médicaments sous forme solide administrés par voie orale à faible coût les plus courants qui sont utilisés pour traiter des maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète et la dépression, a démontré que le nombre de jours d'approvisionnement offre des possibilités d'économies pour les régimes³. Les frais d'exécution d'ordonnance pour un approvisionnement de 30 jours ou moins peuvent représenter 30,7 % du coût d'une réclamation, contre seulement 15,3 % pour les réclamations de plus de 90 jours. Par conséquent, l'augmentation du nombre

² Voir *Analyse des générateurs de coûts des régimes privés d'assurance médicaments au Canada 2021* pour de plus amples renseignements sur la tendance à réclamer un approvisionnement de 30 jours en cas de pandémie.

³ Pour de plus amples renseignements, voir la section « [Impact de la limite de jours d'approvisionnement](#) » du présent rapport.

de jours d'approvisionnement en médicaments à faible coût pour les maladies chroniques pourrait générer des économies importantes.

Les médicaments biosimilaires ont des répercussions sur les médicaments biologiques pour les maladies auto-immunes

En 2021, il y a eu une diminution de 9,4 % du coût par réclamant pour les médicaments biologiques pour les maladies auto-immunes, malgré une augmentation de l'utilisation (une augmentation de 23 % du nombre de réclamants et une augmentation de 16,1 % des réclamations). La cause la plus probable de cette baisse du coût par réclamant est l'utilisation accrue de médicaments biosimilaires moins coûteux.

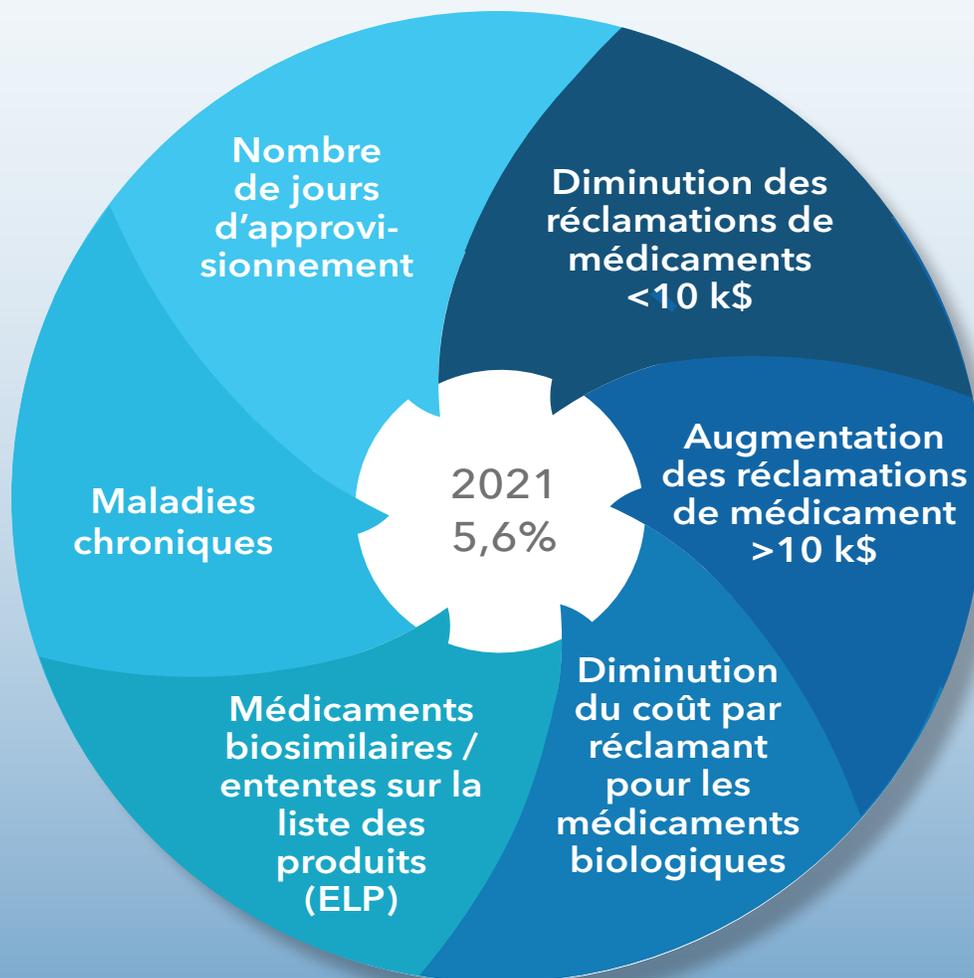
L'introduction des médicaments biosimilaires a généré des économies tant directes qu'indirectes. Les économies directes sont dues au fait que les réclamants utilisent des médicaments biosimilaires moins coûteux. Les économies indirectes résultent du fait que les fabricants de médicaments biologiques novateurs confrontés à la concurrence des médicaments biosimilaires concluent des ententes confidentielles sur la liste des produits avec les payeurs privés.

Les médicaments biologiques de la classe thérapeutique des maladies auto-immunes sont ceux qui ont le plus contribué à la croissance des coûts des réclamations au cours des dernières années, représentant 39,7 % de l'augmentation du coût total des réclamations de médicaments auprès des régimes privés en 2021. La concurrence accrue a créé des possibilités de réduire le coût global des réclamations.

Il est important de noter qu'en raison de la nature confidentielle des ententes sur la liste des produits entre les fabricants de produits pharmaceutiques et les payeurs privés, le coût réel des médicaments visés par ces ententes ne peut être pris en compte dans notre analyse; il est donc probable que le coût réel des médicaments biologiques soit inférieur à celui qui est indiqué, et que la croissance globale du marché soit également inférieure.

Figure 1

Résumé des inducteurs de coûts 2021



1. Introduction et contexte

Conformément au rapport de 2021, le rapport de cette année constate que les générateurs de coûts du marché canadien de l'assurance médicaments privée ont continué d'être grandement influencés par la pandémie de COVID-19. Les patients ont des difficultés à accéder à leurs médecins et aux soins hospitaliers, ce qui entraîne une modification des habitudes d'utilisation des médicaments. Bien que le taux de croissance global des coûts des régimes privés d'assurance médicaments pour 2021 (5,6 %) soit conforme au taux de croissance annuel cumulatif des cinq années précédentes (5,4 %), la pandémie de COVID-19 a continué d'avoir un impact important sur la composition des générateurs de coût. À mesure que d'autres vagues d'infections s'abattent sur le pays, d'autres changements pourraient avoir lieu dans les dépenses en médicaments. Il reste à voir si les tendances de ces deux dernières années se confirmeront à plus long terme ou si les réclamations reviendront aux schémas antérieurs à la pandémie.

Comme les années précédentes, l'utilisation est restée un facteur clé de la croissance du coût des médicaments pour les régimes privés en 2021, bien qu'il y ait quelques différences notables. Il semble que moins de patients ont consulté leur médecin de famille pour des affections aiguës, de courte durée ou moins graves, peut-être en raison de la pandémie en cours, ce qui a entraîné une diminution du nombre de réclamants de médicaments à action immédiate à faible coût. Cependant, les patients présentant des problèmes de santé plus graves étaient plus susceptibles de rechercher ou de poursuivre des soins, ce qui a entraîné un plus grand nombre de réclamations de médicaments à coût élevé. L'impact net de la diminution des réclamations à faible coût et de l'augmentation des réclamations à coût élevé a fait augmenter le coût moyen par réclamation et par réclamant.

Malgré l'augmentation du nombre de réclamants pour les médicaments à coût élevé, l'analyse montre une diminution du coût par réclamant pour les médicaments biologiques pour les maladies auto-immunes, ce qui semble indiquer que l'introduction des médicaments biosimilaires génère des économies. Les coûts de cette catégorie et les taux de croissance globaux sont probablement inférieurs à ceux indiqués, car les ententes sur la liste des produits (ELP) n'ont pas pu être incluses dans l'analyse en raison de leur nature confidentielle.

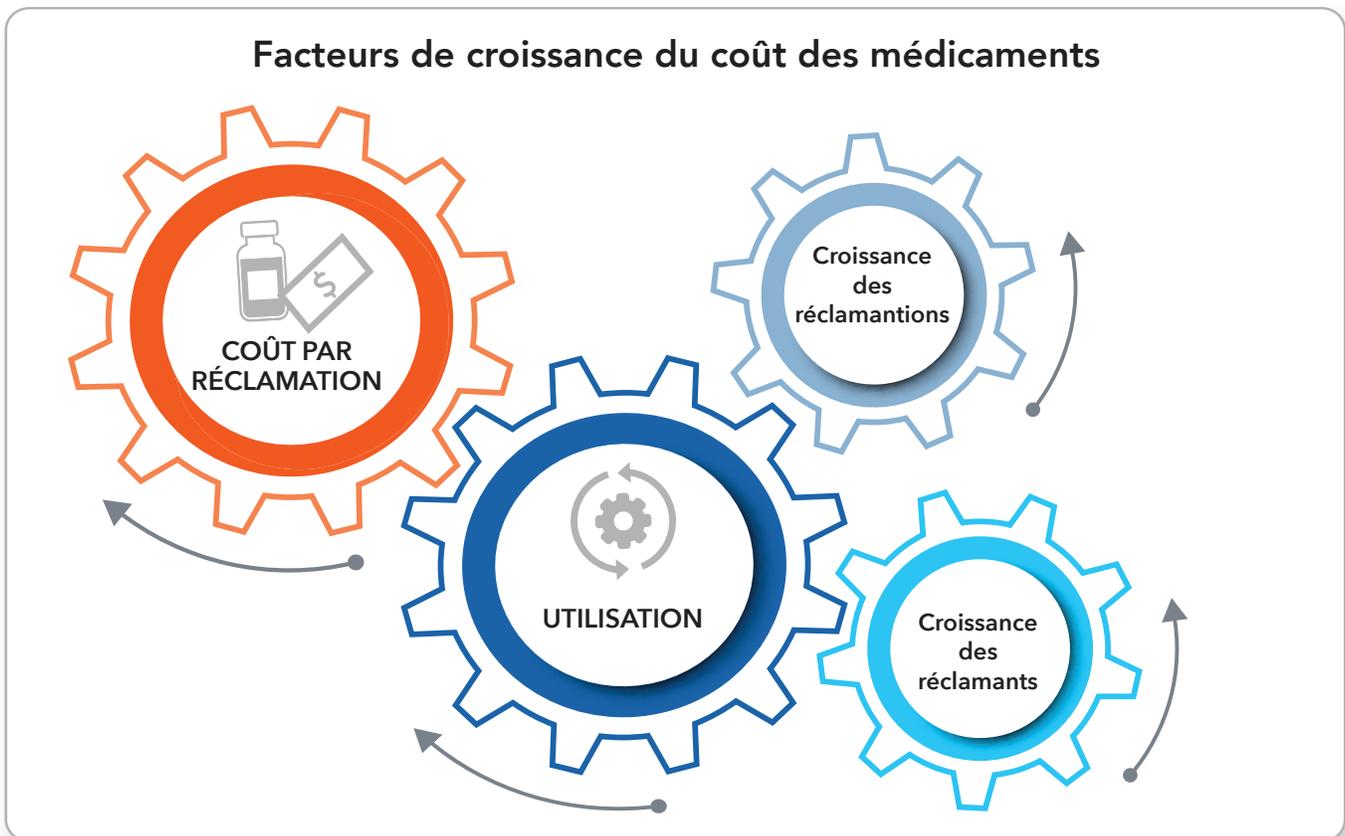
Le rapport de cette année comprend un examen approfondi des taux d'exécution d'ordonnance en jours d'approvisionnement et de la proportion des frais d'exécution d'ordonnance dans le coût total des médicaments. L'année 2021 a montré un retour à une proportion plus élevée d'ordonnances exécutées avec un approvisionnement de 60 ou 90 jours, mais une plus grande augmentation de cette durée d'approvisionnement pourrait générer des économies supplémentaires importantes.

Les réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments ont trois principaux générateurs de coûts

L'augmentation des coûts des réclamations effectuées auprès des régimes privés d'assurance médicaments au Canada peut être attribuée à trois principaux facteurs : l'augmentation du nombre de réclamants (plus de personnes font des réclamations), l'augmentation du nombre de réclamations effectuées par les réclamants (les personnes font plus de réclamations) et l'augmentation des coûts de chaque réclamation. Ce dernier peut être causé par l'adoption de nouveaux médicaments novateurs ou par certains facteurs comme les frais d'exécution d'ordonnance et la fréquence de délivrance. La combinaison des deux premiers facteurs – l'augmentation du nombre de réclamants et l'augmentation du nombre de réclamations – représente l'utilisation.



Figure 2

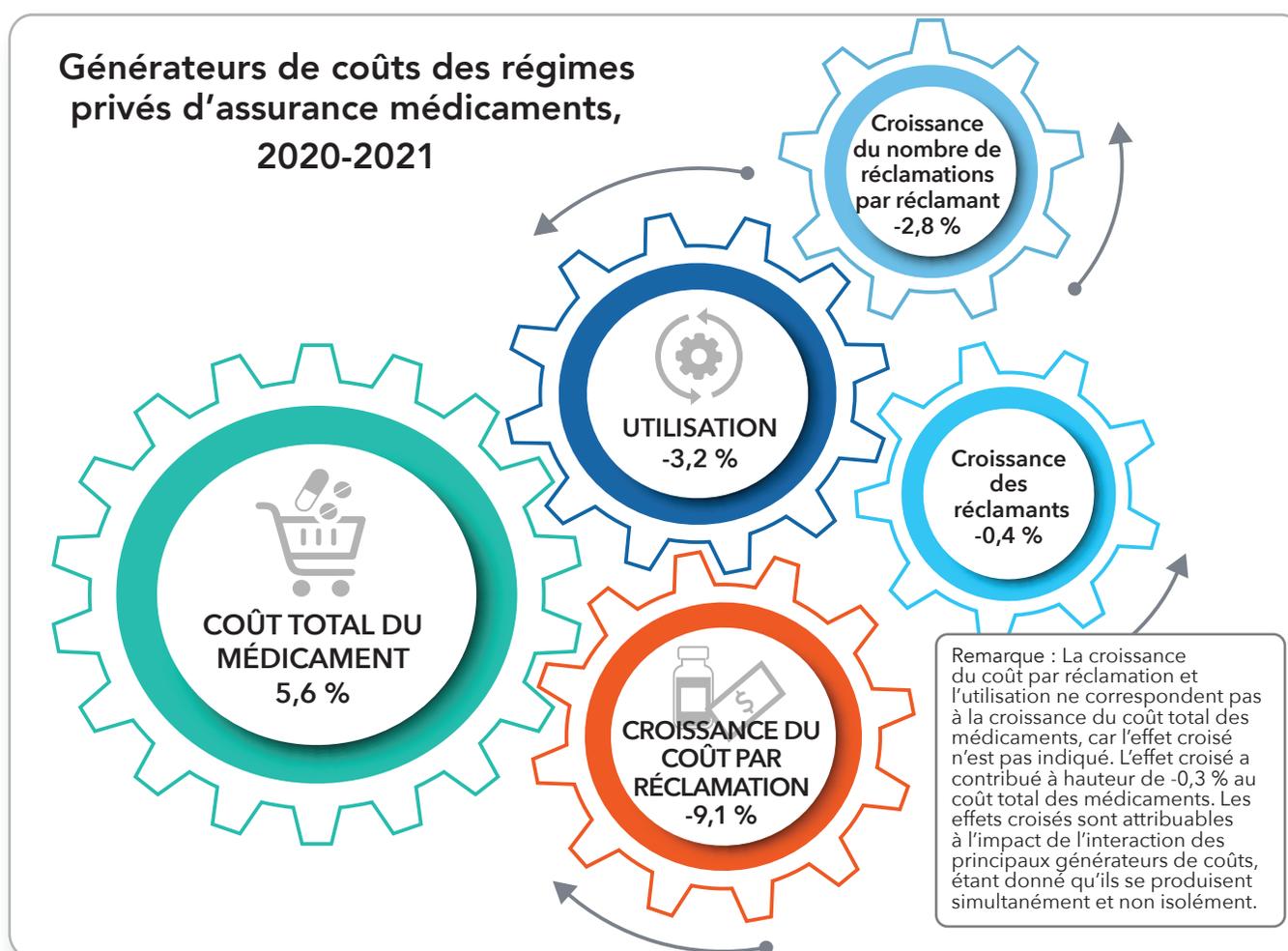


Le coût des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments ne représente qu'une composante du coût global de ces régimes. Des coûts supplémentaires sont ajoutés par les assureurs, les administrateurs tiers, les consultants en prestations, les grossistes et les pharmacies.

2. Croissance globale des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments

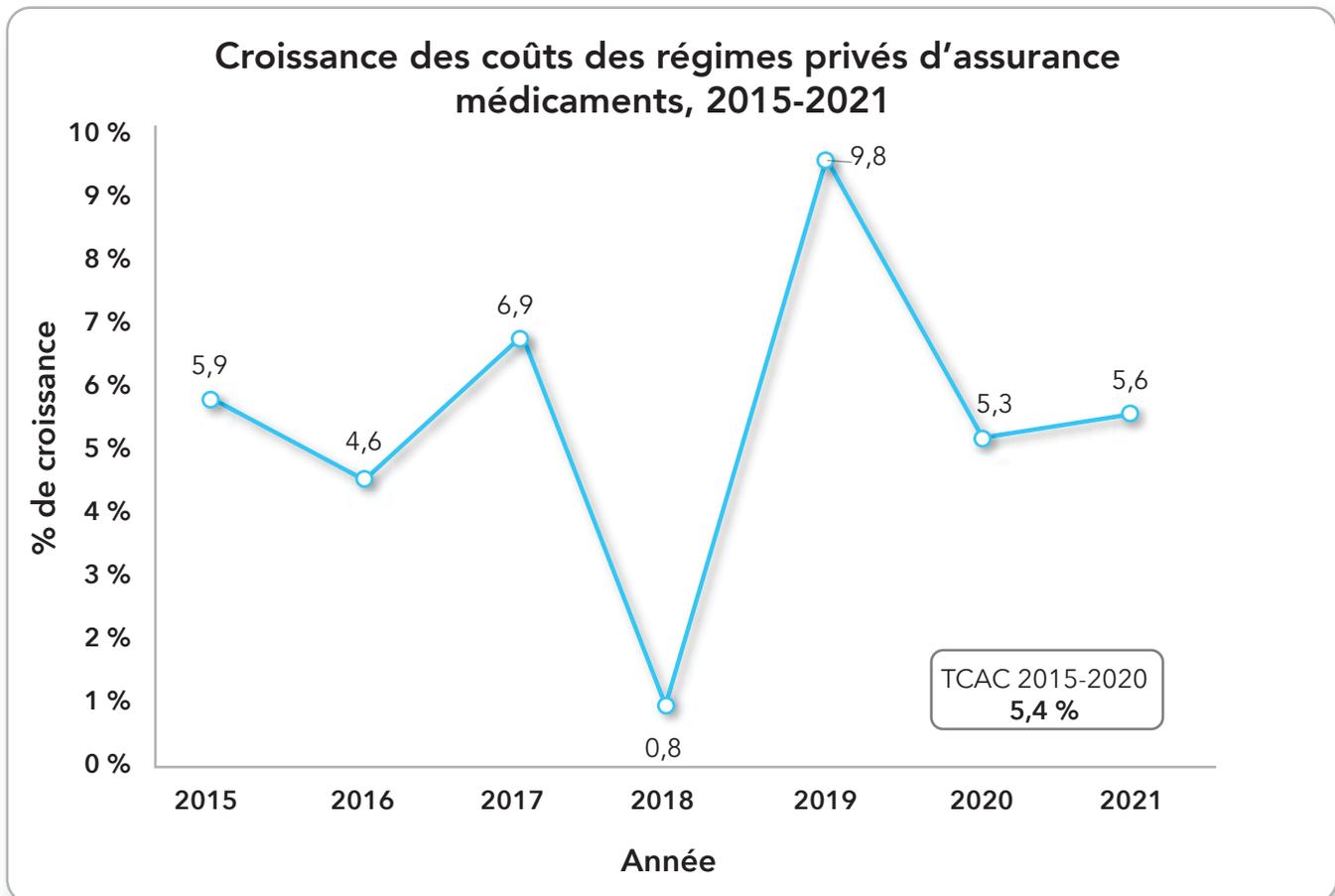
La croissance globale des coûts des régimes privés d'assurance médicaments était de 5,6 % en 2021. Ce taux est conforme au taux de croissance annuel composé (TCAC) de 5,4 % sur cinq ans de 2015 à 2020 (voir la figure 4). Ce taux de croissance global est généralement durable. Toutefois, en raison des mécanismes actuels de partage des risques, les réclamations à coût élevé peuvent entraîner des primes ou des frais de mise en commun inabordables, et les promoteurs de régimes d'assurance médicaments choisissent de restreindre la couverture pour réduire leurs coûts⁴.

Figure 3



⁴ Pour plus d'informations, voir la section « La gestion actuelle des risques par les assureurs ne répond pas aux besoins des régimes privés » du présent rapport.

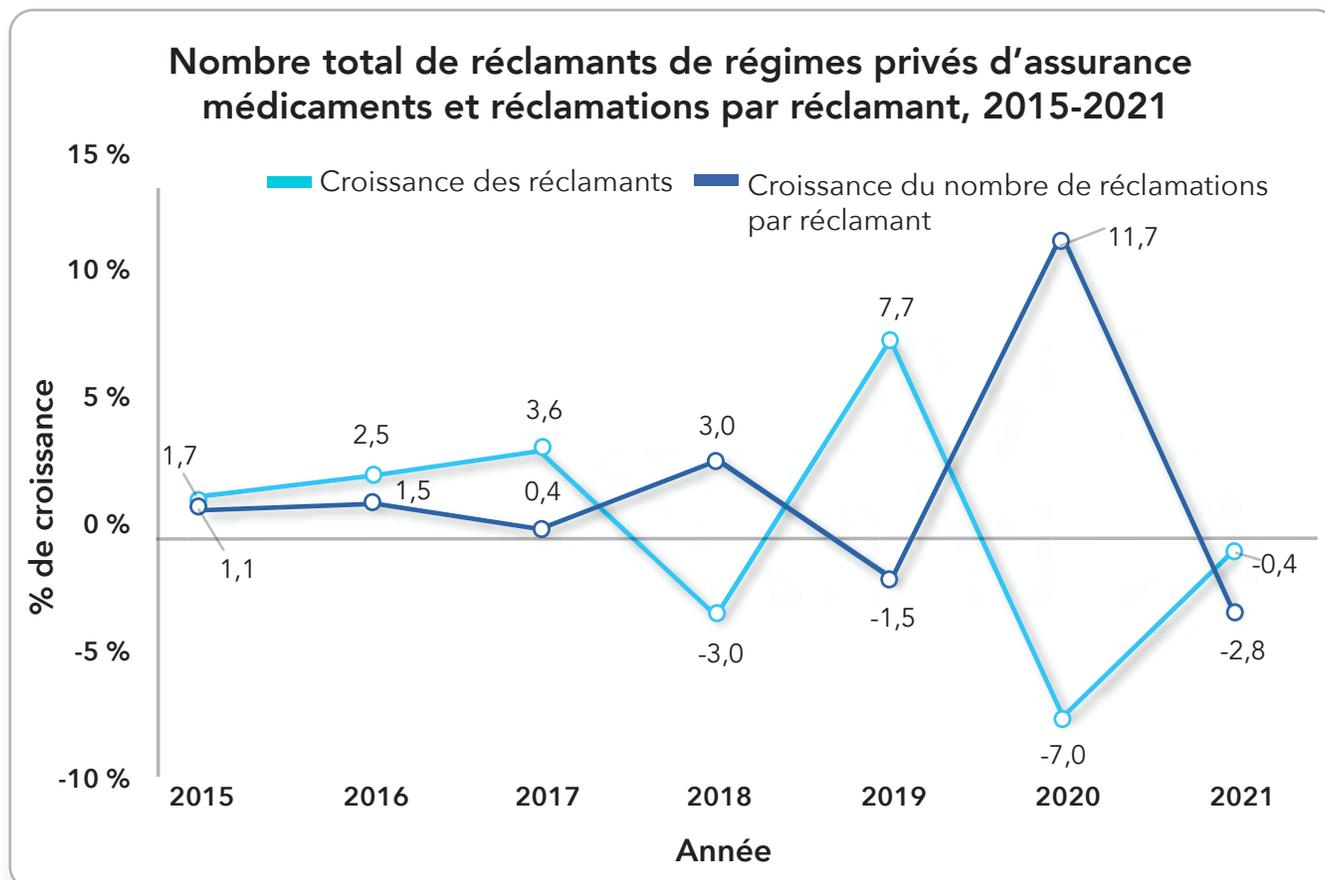
Figure 4



Le nombre de réclamants et le nombre de réclamations par réclamant ont connu une croissance relativement constante avant la pandémie. En 2018, la croissance des coûts a diminué en raison de l'introduction de l'Assurance-santé Plus, et en 2019, la croissance du nombre de réclamants s'est accentuée en raison des changements apportés à la mise en œuvre de l'Assurance-santé Plus⁵. Depuis le début de la pandémie de COVID-19 en 2020, on observe des changements importants dans les schémas d'utilisation par rapport aux tendances prépandémiques (voir la figure 5). Bien que les résultats globaux semblent indiquer que l'utilisation n'était pas un générateur de coûts important en 2021, une analyse détaillée fournit des informations supplémentaires.

⁵ L'Assurance-santé Plus a commencé à offrir des médicaments gratuits aux Ontariens de moins de 25 ans à partir du 1er janvier 2018, mais, le 31 mars 2019, a exigé que les personnes bénéficiant d'une assurance privée recommencent à envoyer les réclamations à leur régime privé.

Figure 5



En 2021, on a constaté que moins de réclamants utilisaient des médicaments à usage aigu moins coûteux et que plus de réclamants utilisaient des médicaments plus coûteux, ce qui a entraîné une augmentation du coût global par demande.

3. Impact des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont des maladies non transmissibles qui peuvent être traitées, mais non guéries, qui sont persistantes mais dont la progression est généralement lente. Les maladies non chroniques sont des maladies ponctuelles qui ont généralement une apparition subite et ne nécessitent qu'un traitement de courte durée. Cette section évalue l'impact des réclamations ponctuelles (maladies non chroniques) par rapport aux réclamations continues (maladies chroniques), ainsi que des thérapies anticancéreuses (cancer) en tant que catégories distinctes.

En 2021, les médicaments contre les maladies chroniques ont continué de représenter la majeure partie (69,3 %) des coûts des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments et ont contribué le plus à la croissance annuelle des coûts (84 % de la croissance totale) [voir les figures 6 et 7].

Figure 6

Répartition des coûts des régimes privés d'assurance médicaments en 2021 selon les traitements pour les maladies chroniques, les maladies non chroniques et le cancer

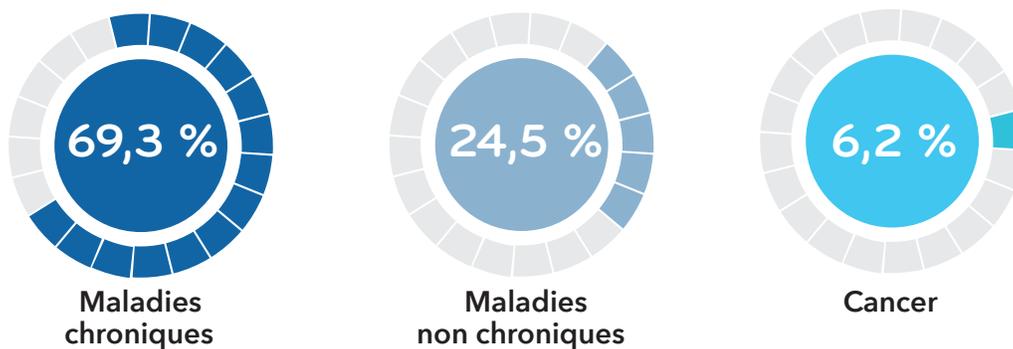
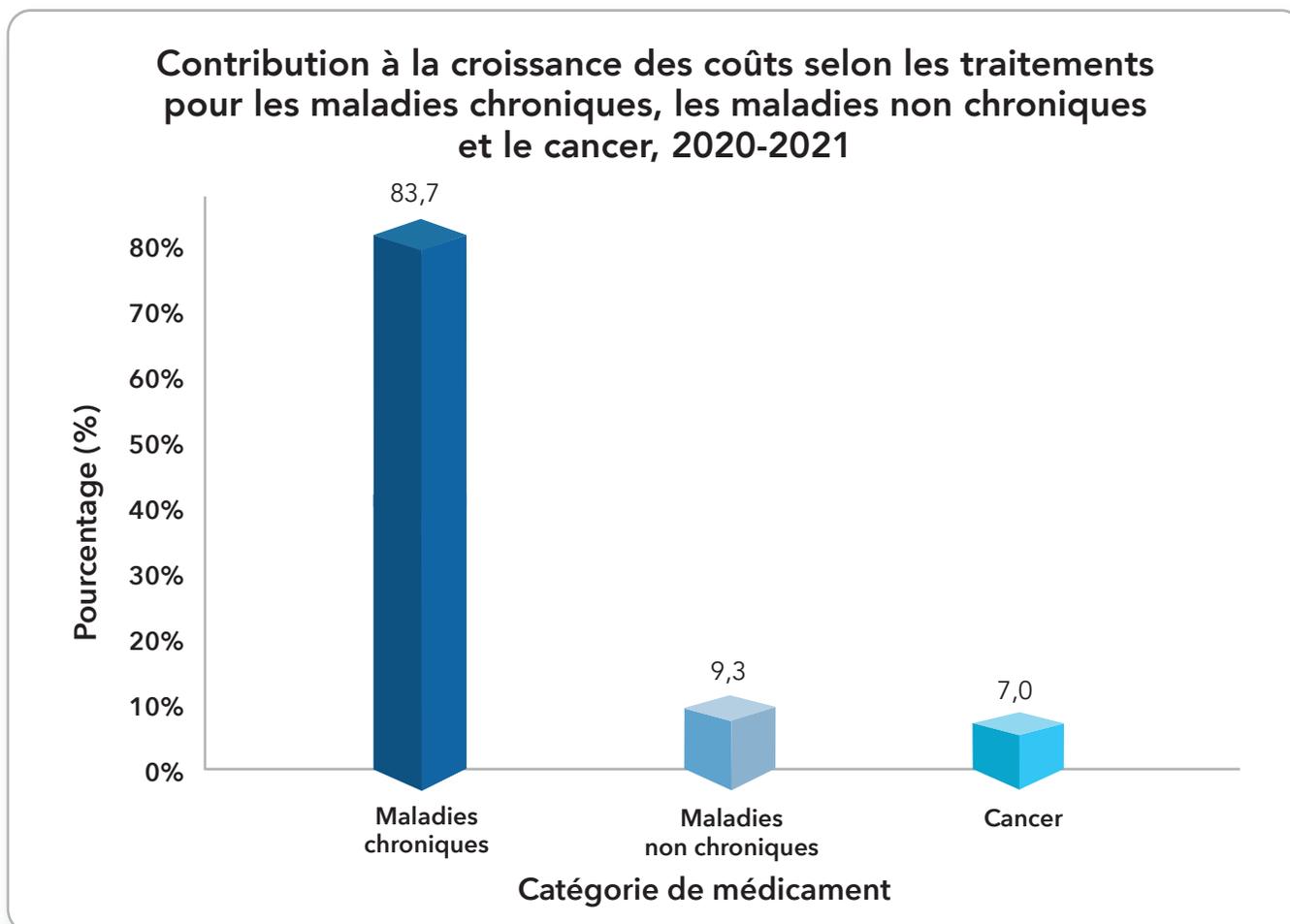


Figure 7



Il convient de noter que certaines maladies auto-immunes chroniques, comme la colite ulcéreuse et le psoriasis, sont inévitables et peuvent nécessiter des traitements avec des médicaments spécialisés ou biologiques plus coûteux.

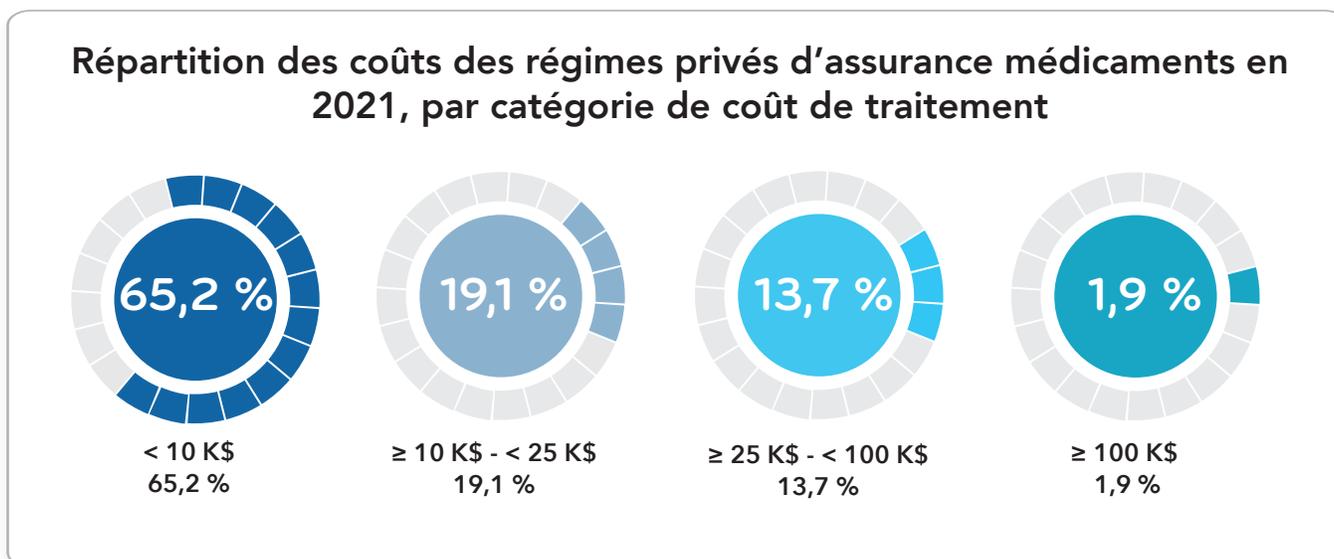
D'autre part, les dépenses en médicaments pour les maladies chroniques comprennent les traitements de nombreuses maladies modifiables, comme le diabète de type 2, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle. Ces types de maladies modifiables, dont les traitements sont inclus dans la catégorie des médicaments non spécialisés à faible coût abordée dans la section suivante, représentaient la plus grande proportion des dépenses en médicaments en 2021. Ces types de maladies chroniques peuvent être mieux gérés, voire prévenus, grâce à des programmes de modification du mode de vie et de prévention qui peuvent améliorer l'état de santé global des patients et potentiellement réduire les dépenses en médicaments.

4. Impact des coûts de traitement

L'analyse des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments par catégorie de coût de traitement révèle que les médicaments non spécialisés qui coûtent moins de 10 000 \$ par patient par an (à faible coût) représentaient la plus grande proportion des coûts (65,2 %) en 2021, et étaient suivis les médicaments coûtant entre 10 000 \$ et 25 000 \$ par patient par an (19,1 %).

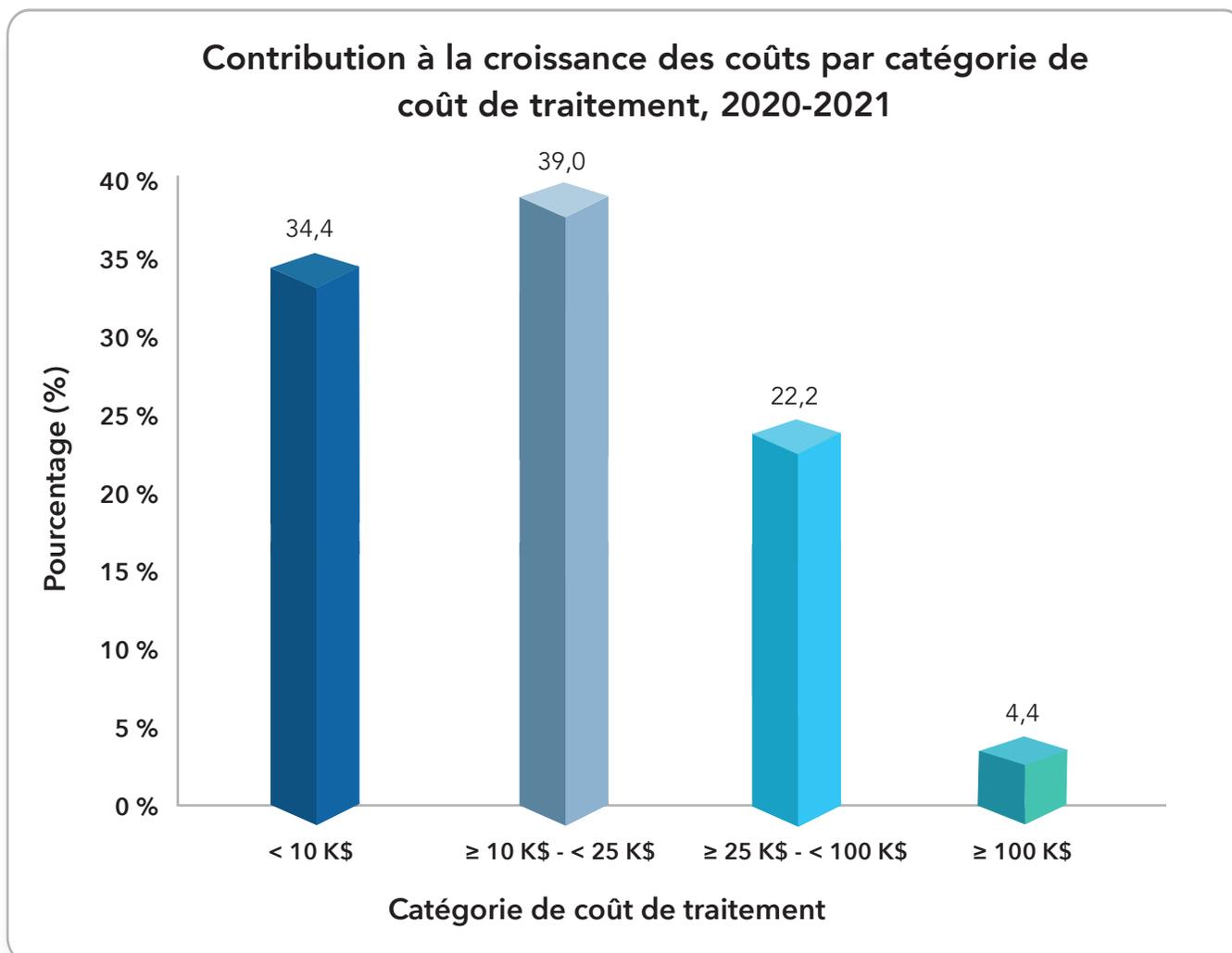
Les deux catégories de coûts les plus élevés représentaient la plus faible proportion des coûts des réclamations auprès des régimes privés. Les médicaments dont le coût est compris entre 25 000 \$ et 100 000 \$ par patient par an représentaient 13,7 % des coûts, et ceux dont le coût est supérieur à 100 000 \$ par patient par an représentaient 1,9 % (voir la figure 8).

Figure 8



Les médicaments qui coûtent entre 10 000 \$ et 25 000 \$ par patient par an ont contribué à 39 % de la croissance totale en 2021, tandis que les médicaments non spécialisés qui coûtent moins de 10 000 \$ par patient par an (à faible coût), qui suivaient de près, ont contribué à hauteur de 34 %. Ensemble, ces deux catégories ont contribué à 73 % de la croissance des coûts en 2021. Les médicaments qui coûtent plus de 100 000 \$ par an ont contribué à 4,4 % de la croissance totale (voir la figure 9).

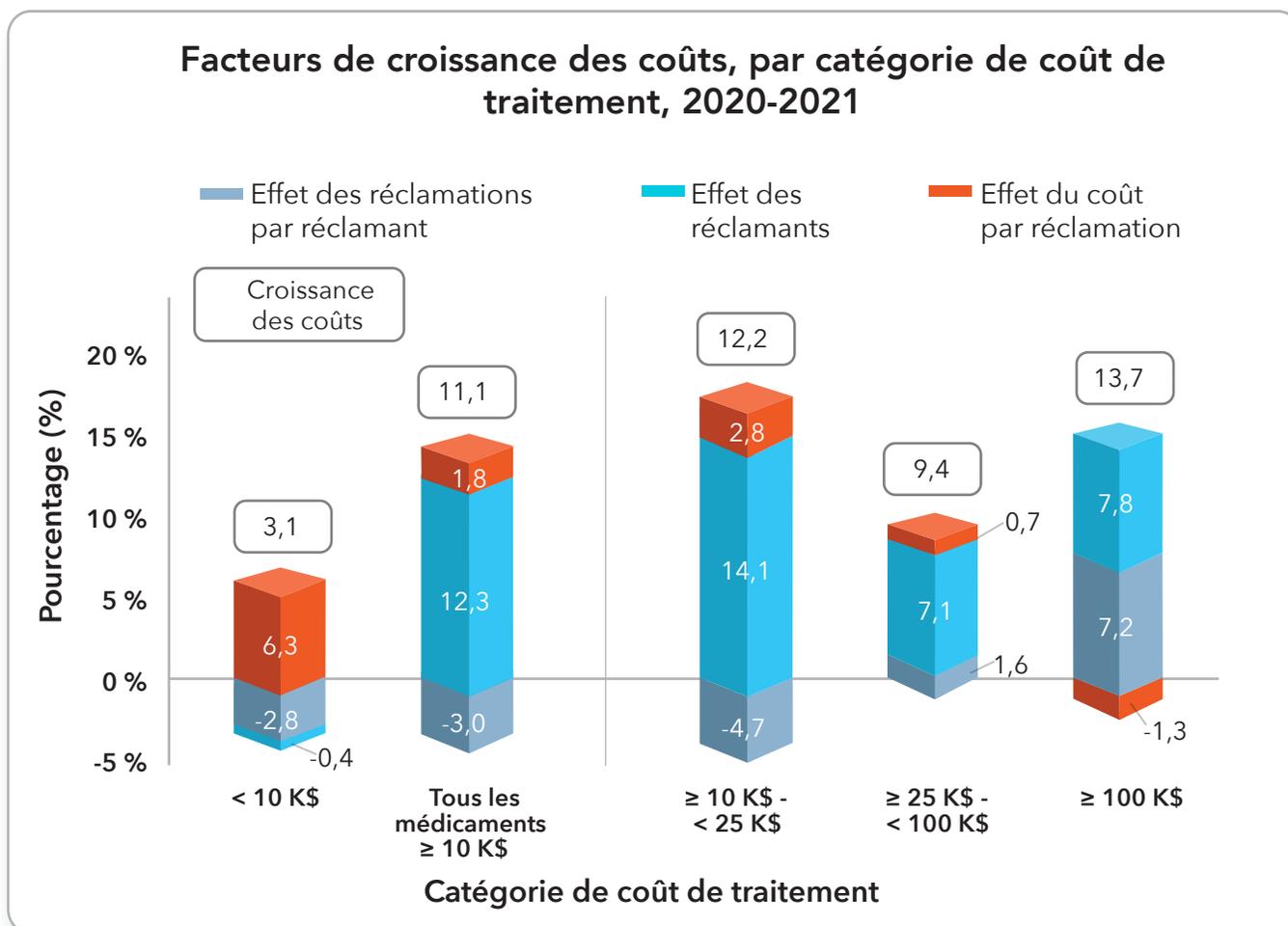
Figure 9



L'augmentation de l'utilisation (un nombre accru de réclamants présentant plus de réclamations) a été le principal générateur de croissance pour les médicaments dont le coût annuel par patient se situe entre 10 000 et 25 000 \$, en grande partie en raison d'une augmentation de 14,1 % du nombre de réclamants seulement (voir la figure 10).

À l'inverse, les données ont montré une diminution de l'utilisation des médicaments non spécialisés qui coûtent moins de 10 000 \$ par patient par an (à faible coût). Selon ces résultats, la pandémie a affecté l'utilisation et les dépenses par catégorie de coût de traitement.

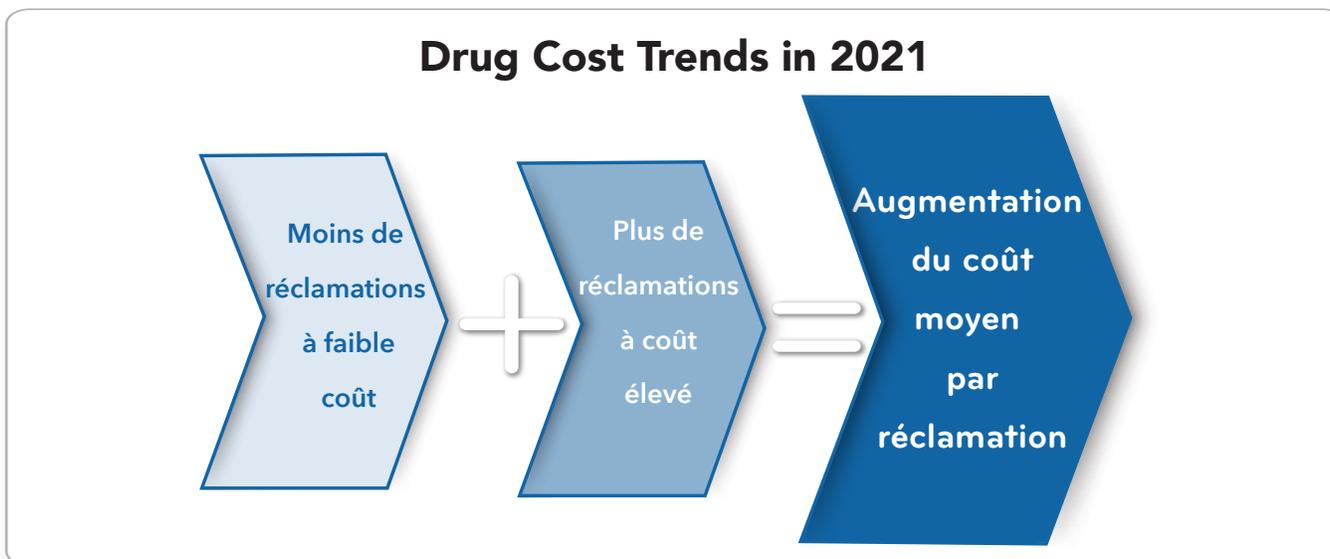
Figure 10



En 2021, il semblerait que les patients ont retardé le traitement d'affections aiguës, de courte durée et moins graves ou ont réduit leur besoin pour de tels traitements. Cela pourrait être le résultat d'une moindre exposition aux maladies due à la réduction des contacts sociaux et au port du masque, ou bien d'une réticence à accéder aux soins de santé ou de difficultés à le faire. Malgré la pandémie, les personnes souffrant de problèmes de santé graves et de maladies chroniques ont continué à consulter les professionnels de la santé pour obtenir un diagnostic et se faire soigner.

Par conséquent, ceux qui ont soumis des réclamations de médicaments pendant la pandémie ont eu tendance à réclamer des médicaments plus coûteux pour des maladies plus graves. L'impact net a été que la demande accrue de médicaments à coût élevé a fait augmenter le coût moyen par réclamation et par réclamant.

Figure 11



Une perspective différente sur les médicaments spécialisés

Parmi les préoccupations relatives à l'impact des coûts des médicaments spécialisés (ceux qui coûtent plus de 10 000 \$) sur les régimes privés d'assurance médicaments, certaines perspectives ne sont pas prises en compte.

Des thérapies plus récentes et potentiellement salvatrices ont été mises au point pour traiter des maladies pour lesquelles on ne disposait jusqu'alors d'aucune option de traitement efficace. Ces thérapies améliorent grandement la santé des patients, préviennent l'aggravation de leur handicap et leur permettent de mener une vie plus productive.

Malheureusement, certains de ces avantages ne sont pas pris en compte dans le coût des réclamations de médicaments, mais se traduisent plutôt par une amélioration de la productivité, une réduction de l'absentéisme, une diminution de l'invalidité de longue durée, la prévention des décès ou le recours à d'autres thérapies qui gèrent les symptômes mais ne sont pas curatives.

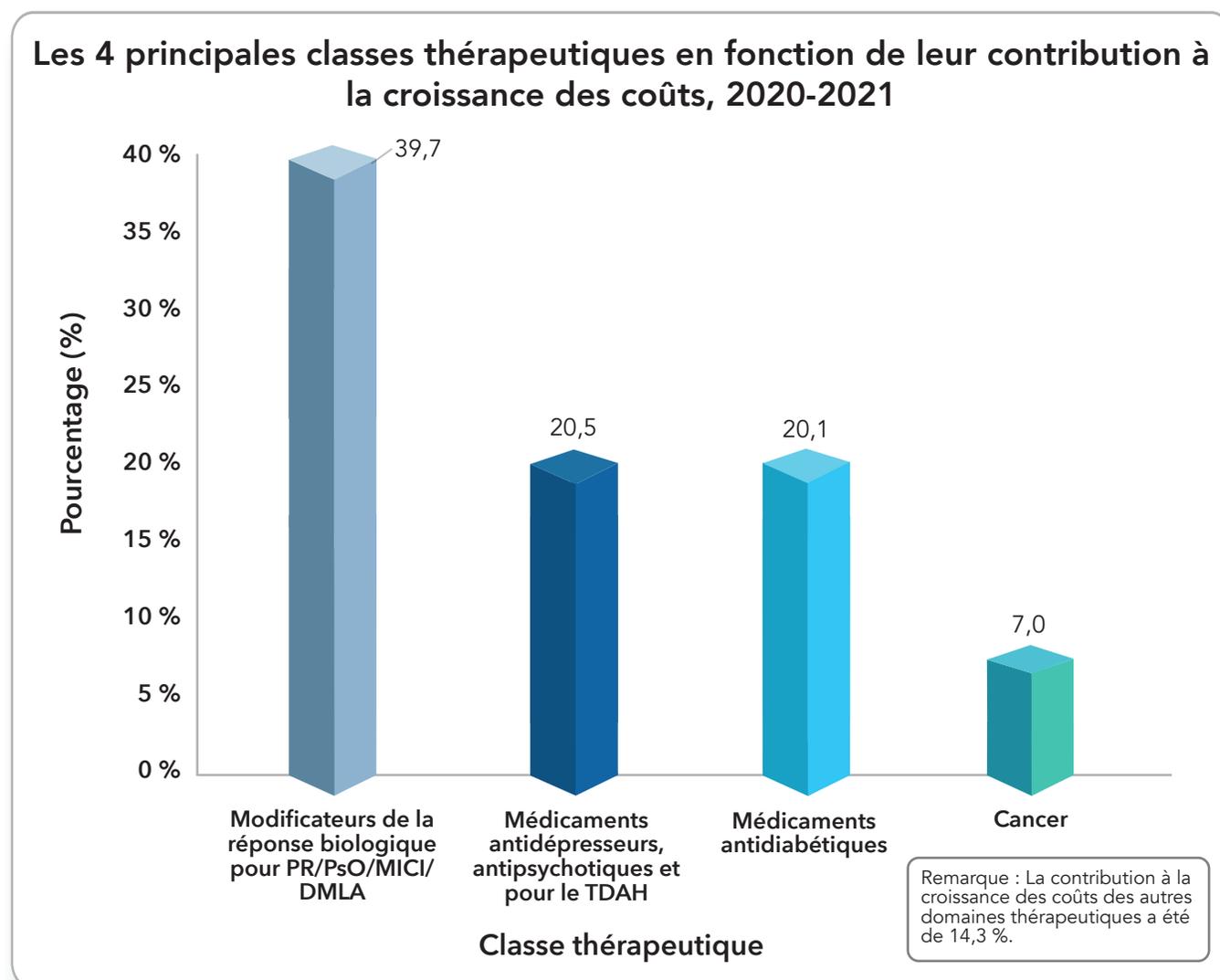
Certains laissent entendre que les médicaments à coût élevé rendent les régimes privés d'assurance médicaments inabordables et non viables. Bien que le nombre de traitements novateurs à coût élevé continue de croître, l'augmentation globale du coût des réclamations de médicaments auprès des régimes privés reste relativement stable, à environ 5,4 % par an.

Si ces coûts étaient répartis équitablement entre toutes les personnes couvertes par l'industrie canadienne des avantages sociaux, les régimes privés d'assurance médicaments pourraient être beaucoup plus abordables.

5. Croissance en fonction de la classe thérapeutique

Les médicaments biologiques pour les maladies auto-immunes⁶ ont contribué pour une part importante (39,7 %) à l'augmentation du coût des réclamations de médicaments en 2021. Les médicaments contre le diabète et la catégorie des médicaments antidépresseurs, antipsychotiques et pour le TDAH contribuent chacun pour environ 20 % à la croissance des coûts. Les médicaments anticancéreux étaient le troisième contributeur en importance en 2020 et sont passés au quatrième rang en 2021 (voir la figure 12).

Figure 12



⁶ Les maladies auto-immunes comprennent la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis, le syndrome du côlon irritable et la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Médicaments biologiques pour les maladies auto-immunes

Les médicaments biologiques pour les maladies auto-immunes représentaient 20 % des réclamations auprès des régimes privés en 2021 et 39,7 % de l'augmentation des coûts en 2021.

Bien que le nombre de réclamations ait augmenté de 16,1 % et que le nombre de réclamants ait augmenté de 23,0 %, le coût par réclamant a diminué de 9,4 %, très probablement en raison de la disponibilité accrue de nouveaux produits à faible coût comme les médicaments biosimilaires dans cette catégorie.

L'introduction des médicaments biosimilaires génère des économies de diverses manières. Les réclamants peuvent utiliser des médicaments biosimilaires moins coûteux, ou les fabricants de médicaments biologiques novateurs qui font face à la concurrence des médicaments biosimilaires peuvent soit baisser leur prix courant, soit conclure une entente sur la liste des produits (ELP) confidentielle avec les payeurs privés afin de réduire le coût du médicament pour calquer celui du médicament biosimilaire. Étant donné que les ELP ne peuvent pas être prises en compte dans notre analyse en raison de leur nature confidentielle, il est probable que le coût réel des médicaments biologiques soit nettement inférieur à celui qui est indiqué.

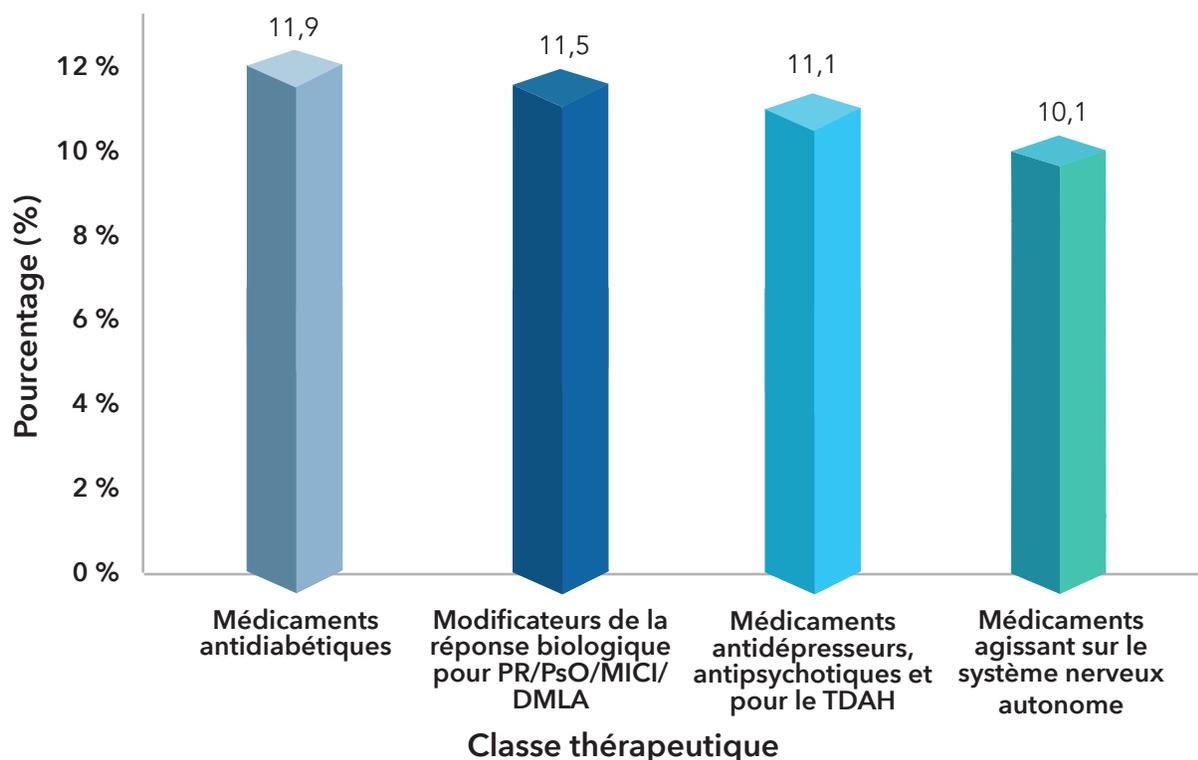
Les classes thérapeutiques qui ont connu la plus forte croissance en 2021 sont les médicaments contre le diabète (11,9 %), suivis de près par les médicaments biologiques pour les maladies auto-immunes (11,5 %), les médicaments antidépresseurs, antipsychotiques et pour le TDAH (11,1 %), ainsi que les médicaments agissant sur le système nerveux autonome (10,1 %) [voir la figure 13].

Les réclamations pour des produits antidiabétiques non médicamenteux, comme les bandelettes de test, les glucomètres, les pompes à insuline et les fournitures connexes qui sont souvent remboursés par les régimes privés, ont été exclues de cette analyse, ce qui a réduit ainsi la contribution du diabète à la croissance des coûts par rapport aux années précédentes.



Figure 13

Les 4 principales classes thérapeutiques selon la croissance, 2020-2021

**Produits antidiabétiques non médicamenteux**

De nombreux régimes privés ont simplifié le traitement des réclamations de certains produits non médicamenteux destinés au traitement du diabète, comme les bandelettes de test, les glucomètres, les pompes à insuline et les fournitures connexes, en permettant que les réclamations soient exécutées en pharmacie et que le traitement et le paiement soient effectués par l'intermédiaire de leur système de gestion des réclamations en pharmacie. Cette pratique entraîne l'inclusion des produits non médicamenteux dans les données relatives aux réclamations de médicaments.

Dans l'analyse pour ce rapport, on a exclu les réclamations de produits antidiabétiques non médicamenteux. L'inclusion des produits antidiabétiques non médicamenteux dans cette analyse aurait donné lieu à une croissance du coût total des réclamations de 5,8 %, comparativement à la croissance de 5,6 % calculée en excluant ces produits.

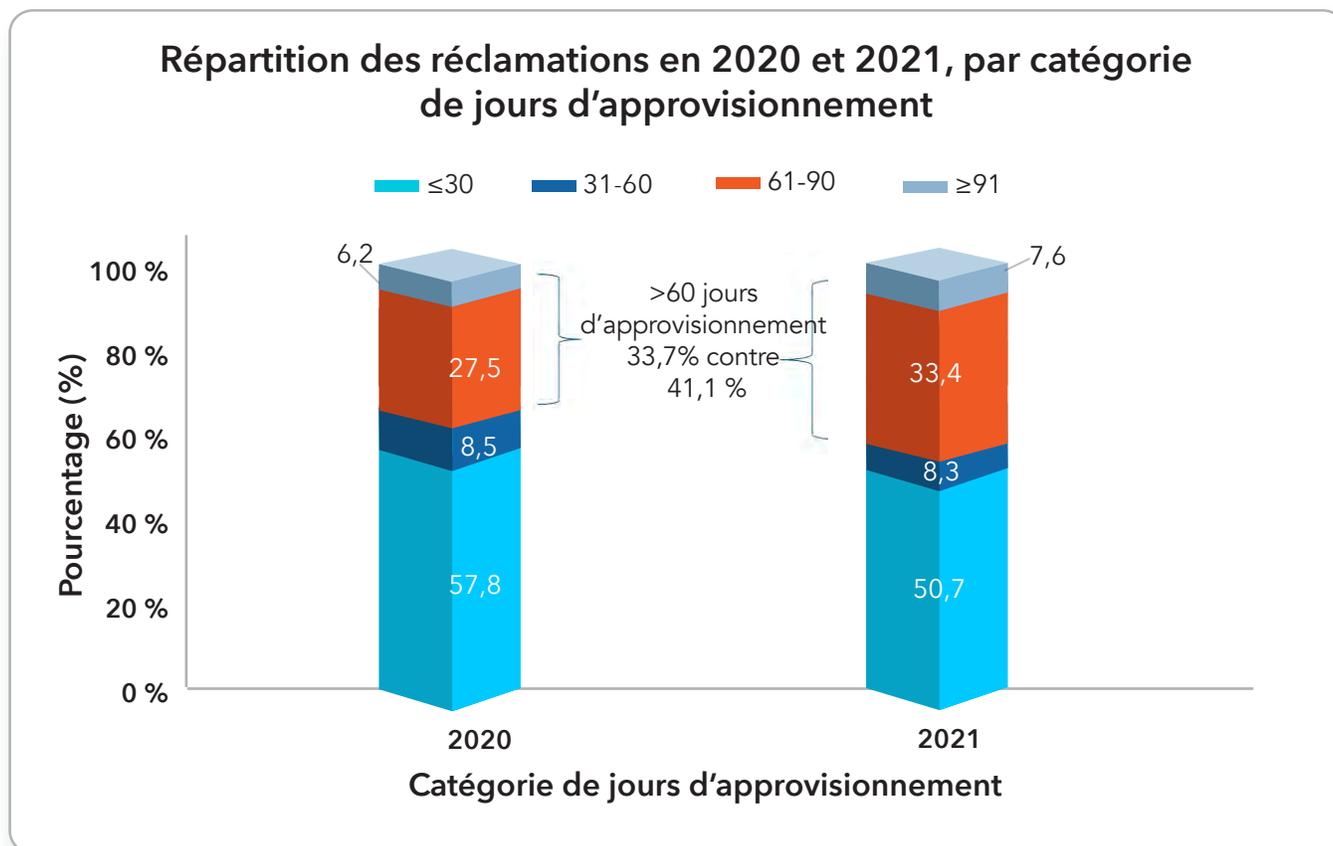
6. Impact de la limite de jours d'approvisionnement

Dans le rapport, on a examiné les frais et la durée d'ordonnance des médicaments administrés par voie orale à faible coût les plus courants pour les maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète et la dépression. Une fois que la dose d'un médicament administré par voie orale s'est stabilisée pour un patient, il est possible de réduire les frais d'ordonnance globaux si le médicament est fourni pour une période d'approvisionnement plus longue. Pour les maladies chroniques, certains assureurs privés exigent même que les patients reçoivent un approvisionnement de 90 jours en médicaments. Cependant, les réclamations pour un approvisionnement de 30 jours représentaient la majorité des réclamations et des coûts entre 2018 et 2020 et cette durée d'ordonnance est demeurée la plus fréquente pour ce type de médicaments.

En 2020, au début de la pandémie de COVID-19, certains gouvernements provinciaux s'inquiétaient des pénuries et du stockage de médicaments par les patients, et ont donc interdit aux pharmacies d'exécuter des ordonnances pour plus de 30 jours de médicaments. Ces politiques ont entraîné une augmentation de la proportion des réclamations avec 30 jours d'approvisionnement en 2020. Lorsque ces politiques ont été abandonnées dans la seconde moitié de 2020, les ordonnances avec un approvisionnement de plus de 60 jours ont augmenté, représentant 41,1 % des coûts des réclamations de médicaments en 2021, contre 33,7 % en 2020 (voir la figure 14).



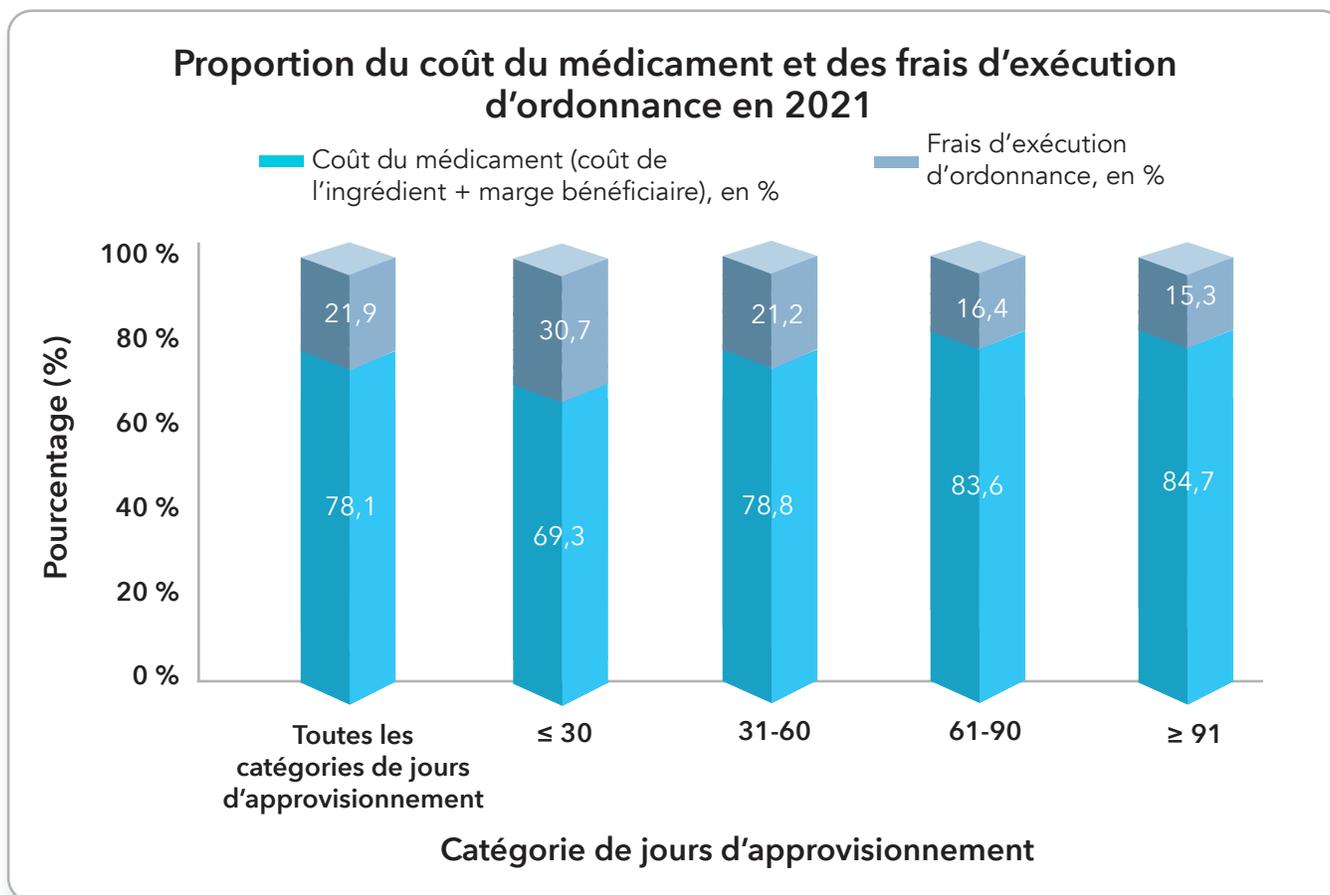
Figure 14



2021, la proportion de réclamations pour un approvisionnement pour 60 ou 90 jours a augmenté pour revenir aux niveaux pré-pandémiques. Cependant, il est encore possible d'augmenter cette part de réclamations pour générer des économies supplémentaires.

En moyenne, les frais d'exécution d'ordonnance représentaient 22 % du coût d'une ordonnance, toutes catégories d'approvisionnement confondues. Les frais d'exécution d'ordonnance pour 30 jours ou moins représentaient 30,7 % du coût total de l'ordonnance, alors qu'ils ne représentaient que 15,3 % du coût pour l'approvisionnement de plus de 90 jours (voir la figure 15). Par conséquent, l'augmentation du nombre de jours d'approvisionnement en médicaments à faible coût pour les maladies chroniques pourrait entraîner une baisse importante des frais d'ordonnance et générer des économies plus importantes sur le coût global des réclamations de médicaments.

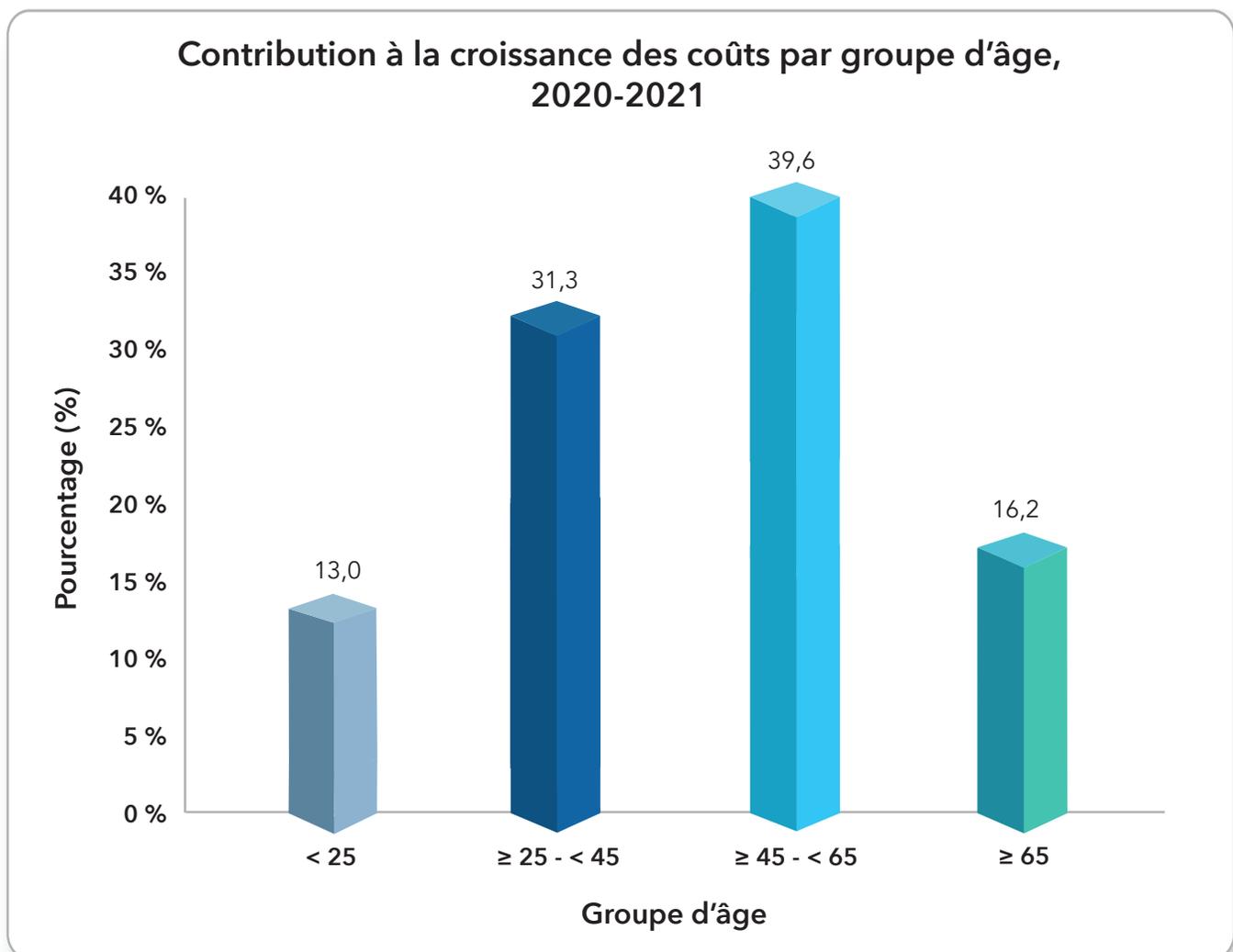
Figure 15



7. Impact de l'âge

Conformément aux rapports précédents, les groupes d'âge de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans sont ceux qui ont le plus contribué à la croissance du coût des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments de 2020 à 2021. Ensemble, ils ont représenté 71 % de la croissance totale des coûts. Cette contribution à la croissance est conforme à celle des années précédentes et n'est pas surprenante, étant donné que les personnes âgées de 25 à 64 ans représentent 68 % des réclamants et 75 % des réclamations aux régimes privés d'assurance médicaments.

Figure 16



Non-drug claims costs drive growth

Les coûts des réclamations non liés aux médicaments ont également une incidence sur les primes que paient les promoteurs de régime d'assurance médicaments.

- En moyenne, 27 % du prix d'achat d'une réclamation d'un médicament sur ordonnance est attribuable à la marge bénéficiaire du grossiste et de la pharmacie et aux frais d'exécution d'ordonnance, qui s'ajoutent au prix courant du médicament. En 2021, les frais d'exécution d'ordonnance représentaient en moyenne 22 % du coût d'une ordonnance pour les médicaments à faible coût pour maladies chroniques.
- Les réclamations de médicaments auprès des régimes privés incluent désormais les produits antidiabétiques non médicamenteux comme les bandelettes de test, les glucomètres, les pompes à insuline et les fournitures connexes. L'analyse indique qu'en 2021, les réclamations pour les produits antidiabétiques non médicamenteux ont augmenté de 11,8 % par rapport à 2020. Bien que de nombreux rapports sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés incluent des produits antidiabétiques non médicamenteux, cette analyse les a exclus.

Les réclamations de médicaments ne sont qu'un des facteurs qui influencent les primes des régimes d'assurance maladie

En plus des réclamations de médicaments, d'autres réclamations pour des soins de santé influent sur la facture finale des régimes d'assurance maladie. En 2020, les assureurs ont payé 26,6 milliards de dollars en frais de soins de santé complémentaires, dont 12,5 milliards pour les médicaments (de marque et génériques), 7,2 milliards pour les soins dentaires, 4,2 milliards pour les services paramédicaux et les soins de la vue, 1,8 milliard pour les frais hospitaliers et 0,9 milliard pour les frais de voyage⁷.

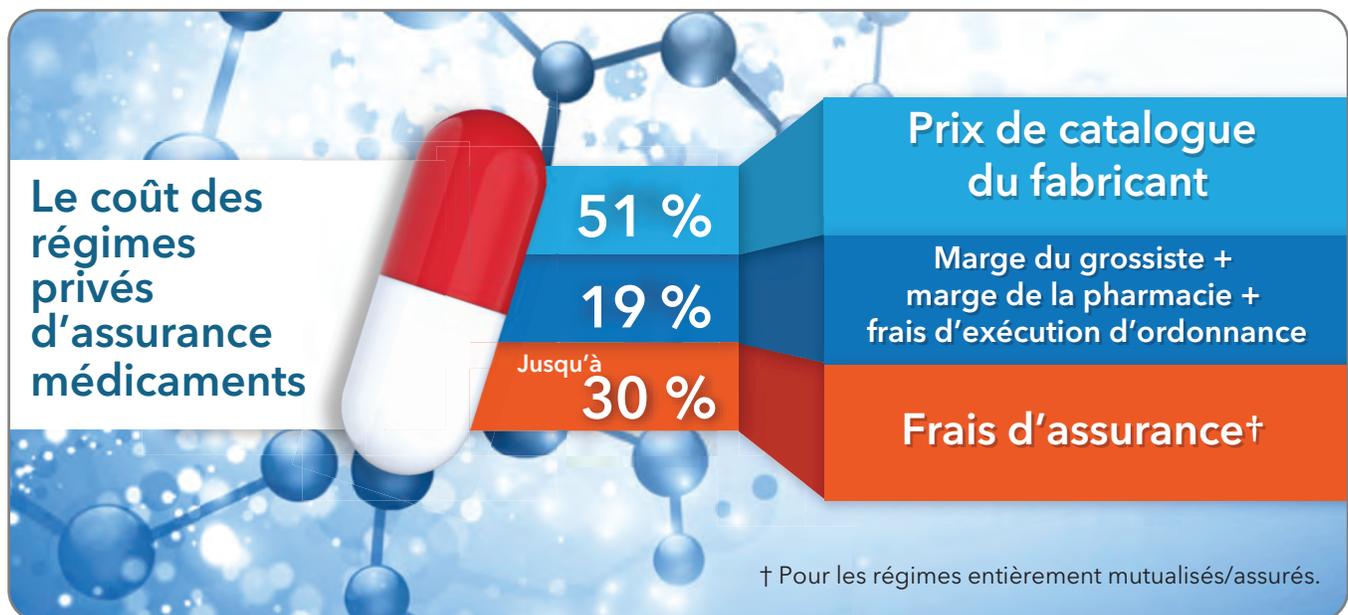
Un examen récent d'un régime d'assurance maladie typique a indiqué que, bien que les médicaments représentaient environ 45 % des coûts des réclamations de soins de santé, ces coûts ont diminué de 2019-2020 à 2020-2021. En revanche, les praticiens paramédicaux représentaient près de 36 % des coûts des réclamations de soins de santé, bien que les dépenses pour ces services aient augmenté de 26 % entre les exercices financiers 2019-2020 et 2020-2021⁸.

⁷ Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, *Faits sur les assurances de personnes au Canada : édition 2021*.

⁸ Présentation de Sarah Beech, présidente exécutive régionale, région centrale, Gallagher Insurance, lors du Sommet sur les politiques 2022 de Médicaments novateurs Canada (juin 2022).

Le coût global d'un régime d'assurance maladie est également beaucoup plus élevé que le coût des réclamations. Les réclamations servent de base au processus de gestion des risques des assureurs pour déterminer les primes et les frais de mise en commun que les promoteurs de régime paient pour leurs prestations. Les coûts supplémentaires de l'assureur, comme les réserves, les bénéfices, les commissions, l'inflation, la charge de risque et les frais d'administration, peuvent représenter jusqu'à 30 %⁹ du coût total des régimes d'assurance maladie entièrement assurés généralement utilisés par les petites et moyennes entreprises (voir la figure 17).

Figure 17



⁹ Benefits and Pensions Monitor, « [ASO Offers Cost Savings](#) », Industry News, 10 juin 2022.

La gestion actuelle des risques par les assureurs ne répond pas aux besoins des régimes privés

De nombreuses parties prenantes du secteur des avantages sociaux se demandent si les méthodes actuelles d'évaluation des risques et de détermination des primes offrent la protection d'assurance dont les promoteurs de régime ont besoin dans le marché actuel.

Le renouvellement des primes d'assurance maladie est relativement transparent. La méthodologie et les données utilisées pour déterminer une prime d'assurance maladie sont fournies au promoteur du régime et à son conseiller afin qu'ils puissent mieux comprendre les générateurs de coûts de leur régime et évaluer la prime proposée.

Cependant, étant donné que la méthode de mise en commun combine les réclamations de plusieurs promoteurs de régime, peu de données sont fournies pour clarifier comment les frais de mise en commun sont déterminés et s'ils sont raisonnables par rapport à la protection qu'ils offrent.

Étant donné que la tarification des régimes est fondée sur les résultats (c.-à-d. que les primes augmentent à la suite d'une année où les coûts de réclamations sont élevés), les promoteurs de régime croient qu'ils doivent acheter une protection de mise en commun malgré le manque de transparence. Malheureusement, il n'y a pas beaucoup d'options de mise en commun en dehors de leur assureur actuel de régime d'assurance maladie.

Si la mise en commun devient inabordable pour les promoteurs de régime, ils peuvent se tourner vers des régimes d'assurance médicaments restrictifs, comme des régimes avec des plafonds ou des formulaires à couverture limitée. Ils limitent l'accès des participants aux médicaments dont ils ont besoin pour rester en bonne santé et productifs, et ne règlent pas le problème clé de la gestion sous-optimale des risques.

En théorie, si les coûts globaux des régimes privés d'assurance médicaments augmentent de 5,6 % par année et que la méthode de tarification permettait de répartir ces coûts équitablement entre toutes les personnes couvertes par l'industrie canadienne des avantages sociaux, les régimes privés d'assurance médicaments pourraient être beaucoup plus abordables et offrir une couverture plus étendue aux promoteurs de régime. On pourrait supposer que cela se traduirait également par un accès plus rapide aux thérapies novatrices, car un meilleur modèle de risque éliminerait les examens approfondis qui retardent finalement l'accès. Malheureusement, la méthode actuelle de tarification selon les résultats et de mise en commun utilisée par les assureurs canadiens pour les régimes individuels menace leur viabilité.

8. Résumé et implications

Les coûts des réclamations de médicaments auprès des régimes privés ont augmenté à un rythme constant au cours des dernières années. L'utilisation a continué d'être le principal facteur de coût en 2021, mais il y a eu quelques différences notables par rapport aux tendances des années précédentes.

- La pandémie a continué à avoir un impact sur l'accès aux soins et la demande de médicaments. En 2021, moins de réclamants ont utilisé des médicaments à faible coût destinés aux soins aigus, et plus de réclamants ont utilisé des médicaments à coût élevé pour des maladies chroniques et à long terme, ce qui a fait augmenter le coût moyen par réclamation.
- Le coût par réclamation des médicaments biologiques pour les maladies auto-immunes a diminué, malgré une augmentation de l'utilisation, ce qui indique des économies de coûts probablement attribuables à l'introduction des médicaments biosimilaires.
- Les réclamations relatives aux maladies chroniques sont demeurées stables pendant la pandémie, représentant 69,3 % des coûts et 84 % de la croissance annuelle.
- L'année 2021 a vu un retour à la tendance de 60 ou 90 jours d'approvisionnement généralement observée avant la pandémie. Puisque les frais d'exécution d'ordonnance représentent une proportion plus importante des coûts globaux d'une ordonnance avec un approvisionnement de 30 jours que d'une ordonnance avec un approvisionnement de 60 ou 90 jours, il est possible de générer davantage d'économies en augmentant la proportion de réclamations dont la durée d'approvisionnement est plus longue.
- Les ELP sont de plus en plus courantes entre les assureurs et les fabricants, mais ne peuvent être intégrées à cette analyse en raison de leur caractère confidentiel. Par conséquent, le taux de croissance réel des réclamations est probablement inférieur à celui qui est indiqué.
- Les réclamations de médicaments ne sont qu'un des facteurs qui influencent les primes des régimes d'assurance maladie. Les coûts des autres réclamations d'assurance maladie et jusqu'à 30 % des coûts des assureurs sont également compris dans les primes que les assureurs facturent aux promoteurs de régime.

- Dans l'ensemble, le coût des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments augmente de manière régulière d'environ 5,4 % par an. Si les régimes d'assurance permettaient de répartir ces coûts équitablement entre toutes les personnes couvertes par l'industrie canadienne des avantages sociaux, les régimes privés d'assurance médicaments pourraient être plus abordables pour les promoteurs de régime.
- Les médicaments spécialisés devraient être évalués au-delà de leur simple coût pour le régime d'avantages sociaux. Certains avantages potentiels ne sont pas pris en compte dans les coûts des réclamations de médicaments et se traduisent plutôt par une amélioration de la productivité, une réduction de l'absentéisme, une diminution de l'invalidité de longue durée ou la prévention des décès.

Sources de données et méthodologie

1. L'analyse présentée dans ce rapport est fondée sur la base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, la plus importante base de données du genre à l'échelle canadienne, qui recueillent 80 % des réclamations directes de médicaments auprès des régimes privés à l'échelle nationale. La base de données comprend 9 des 10 principaux assureurs privés, administrateurs tiers et gestionnaires de régimes d'avantages sociaux, ce qui lui permet de recueillir les données de plus de 12 millions de réclamants actifs qui font au total plus de 129 millions de réclamations de médicaments. Les chiffres présentés dans ce rapport n'ont pas été ajustés pour représenter 100 % du marché.
2. Les réclamations de médicaments ne représentent qu'une composante du coût global d'un régime privé d'assurance médicaments. Le processus de gestion des risques, les processus d'établissement des primes et la méthode de mise en commun d'un assureur contribuent tous au coût réel d'un régime d'avantages sociaux payé par les promoteurs de régime.
3. Les coûts des réclamations sont basés sur le montant admissible, y compris la partie payée par le régime et celle payée par le patient, et comprennent le coût 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. L'exception à cette règle est la section 6, « Impact de la limite de jours d'approvisionnement », qui comprend les frais d'exécution d'ordonnance. Cependant, comme les données sur ces frais ne sont pas disponibles au Québec, elles sont exclues de cette section.
4. Dans le cadre de cette analyse, une réclamation est définie comme étant la remise d'une ordonnance pour un numéro d'identification du médicament (DIN) à un moment donné. Le coût peut varier d'une réclamation à l'autre, en fonction du nombre de jours d'approvisionnement fournis pour chaque réclamation.
5. Cette analyse ne comprend que les réclamations directes de médicaments traitées par des régimes privés d'assurance médicaments collectifs ou individuels et n'inclut pas les clients qui paient en espèces et qui ont une couverture privée.