

Cost Drivers of Private Drug Plans in Canada, 2017

Private insurers are the second largest payer for prescription drugs in Canada, financing over one-third of all prescribed drug spending. This study identifies and analyzes the evolving pressures driving annual changes in private drug plan expenditures including changes in the beneficiary population (demographic effect); changes in the amount of drugs used (volume effect); shifts between lower- and higher-priced drugs (drug-mix effect); and changes in drug prices as well as shifts from brand-name drugs to generics or biosimilars (price effect). The overall growth in expenditures in any given year is the net result of these opposing "push" and "pull" effects.

Results for this study are based on 2008–2017 data from the IQVIA™ Private Drug Plan Database, with a focus on the change in drug expenditures from 2016 to 2017. This study complements other PMPRB reporting on private drug plans as well as the findings of the annual PMPRB CompassRx report, which provides a similar analysis of the public drug plan environment.

Facteurs de coût des régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2017

Les assureurs privés sont le deuxième plus important payeur de médicaments sur ordonnance au Canada et financent plus d'un tiers de toutes les dépenses en médicaments prescrits. Cette étude détermine et analyse les pressions en constante évolution qui entraînent des modifications annuelles dans les dépenses liées aux régimes d'assurance-médicaments privés, y compris les changements dans la population de bénéficiaires (effet « démographie »), dans la quantité de médicaments consommés (effet « volume »), dans les différences de prix entre les médicaments abordables et chers (effet « combinaison de médicaments »), dans le prix des médicaments et le passage des médicaments de marque aux médicaments

génériques ou biosimilaires (effet « prix »). La croissance globale des dépenses au cours d'une année donnée découle directement de ces effets contraires de « poussée » et de « traction ».

Les résultats de cette étude sont fondés sur les données de 2008 à 2017 de la base de données du régime d'assurance-médicaments privé IQVIA™, en mettant l'accent sur l'évolution des dépenses en médicaments entre 2016 et 2017. Cette étude complète d'autres rapports du CEPMB sur les régimes d'assurance-médicaments privés ainsi que les conclusions du rapport annuel CompassRx du CEPMB, qui présente une analyse semblable de l'environnement de ces régimes.

2017 marked the highest growth in drug costs since 2010

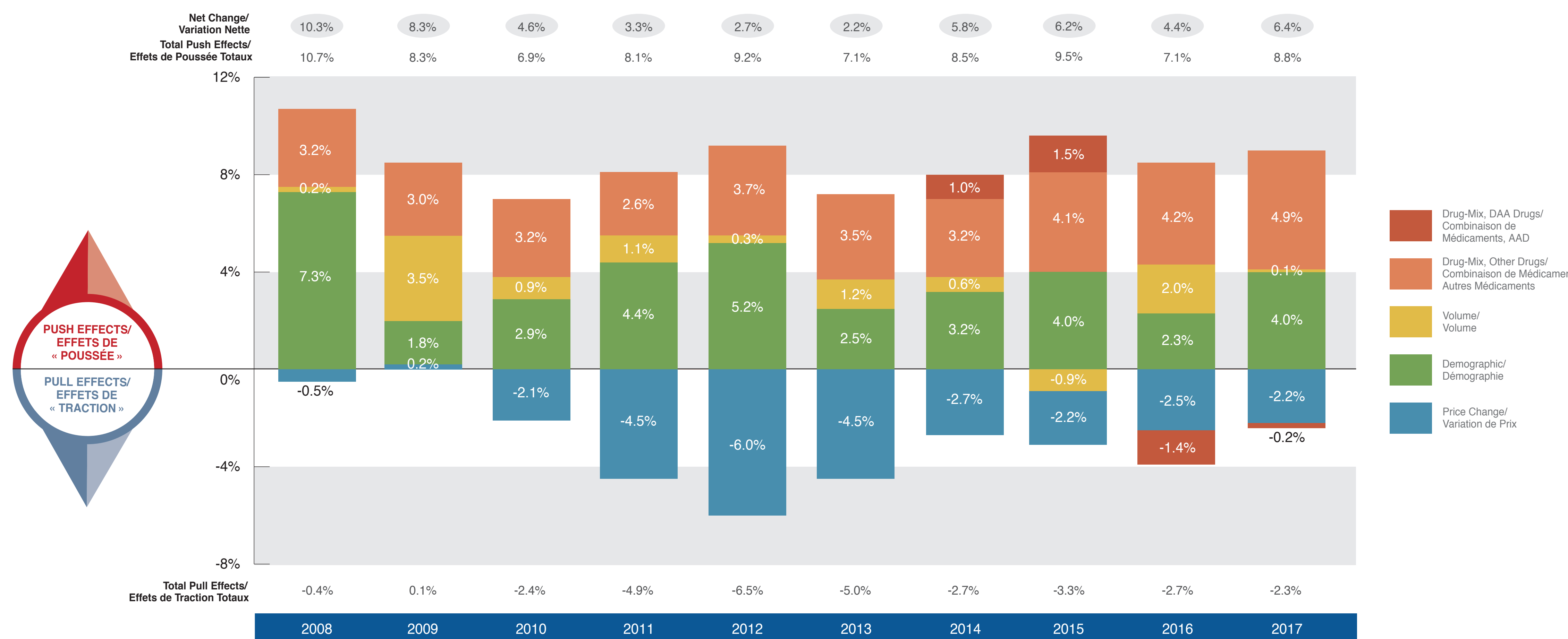
Driven by increasing pressure from higher-cost drugs and reduced generic savings, there has been a marked increase in drug costs in private plans over the last four years. This follows a period of low growth from 2010 to 2013 when upward cost pressures were kept in check by substantial savings from generic substitutions and price reductions. Overall drug costs increased by 6.4% in 2017, which was higher than the 10-year compound annual growth rate (CAGR) of 4.9%.

The use of higher-cost drugs (drug-mix effect) has become an increasingly important cost driver. Its upward pressure on expenditures, which ranged from 2.6% to 3.7% in the first part of the last decade, reached a high of 4.9% in 2017. This overall result does not include the slight downward pressure exerted by the direct-acting antiviral (DAA) drugs for hepatitis C in 2017. DAA drugs, which have had a significant but sometimes opposing impact on the growth of drug costs over the last few years, have been reported separately in this analysis.

Demographic change also contributed to the stronger than average push effect in 2017. This was due to an increase in the number of beneficiaries, as well as more active beneficiaries entering the higher-cost 55+ age bracket, among other factors. The volume effect, which has remained somewhat stable over the past few years, had an almost negligible upward push of 0.1% on drug costs in 2017.

Cost savings from generic and biosimilar substitution, as well as price reductions, have stabilized in recent years. Pulling costs down by only 2.2% in 2017, they were not able to offset the increasing cost pressures of the demographic and drug-mix effects.

DRUG COST DRIVERS, 2008 TO 2017 FACTEURS DE COÛT DES MÉDICAMENTS, DE 2008 À 2017



Depuis 2010, c'est en 2017 que le coût des médicaments a le plus augmenté

Sous l'effet des pressions croissantes exercées par les médicaments plus chers et la réduction des économies liées aux médicaments génériques, le coût des médicaments dans les régimes privés a augmenté de façon marquée au cours des quatre dernières années. Cette situation fait suite à une période de faible croissance de 2010 à 2013, où les pressions à la hausse sur les coûts ont été maîtrisées par des économies substantielles découlant des substitutions génériques et des réductions de prix. Dans l'ensemble, les coûts des médicaments ont augmenté de 6.4 % en 2017, ce qui est supérieur au taux de croissance annuel composé (TCAOC) de 4.9 % sur 10 ans.

L'utilisation de médicaments plus chers (effet « combinaison de médicaments ») est un facteur de coût à l'importance croissante. La pression croissante qu'elle exerce sur les dépenses, qui variait de 2.6 % à 3.7 % durant la première partie de la dernière décennie, a atteint un sommet de 4.9 % en 2017. Ce résultat global ne tient pas compte de la légère pression à la baisse exercée par les médicaments antiviraux à action directe (AAD) contre l'hépatite C en 2017. Les médicaments AAD, qui ont une incidence importante, mais parfois opposée, sur la croissance des coûts des médicaments au cours des dernières années, ont été déclarés séparément dans la présente analyse.

Le changement démographique a également contribué à l'effet de poussée plus élevé que la moyenne en 2017. Cela s'explique notamment par l'augmentation du nombre de bénéficiaires, ainsi que par le fait que des bénéficiaires actifs atteignent l'âge de 55 ans et plus, le groupe d'âge le plus cher. L'effet « volume », plutôt stable au cours des dernières années, a exercé une poussée à la hausse presque négligeable de 0,1 % sur les coûts des médicaments en 2017.

Les économies réalisées grâce à la substitution générique et biosimilaire, ainsi que les réductions de prix, se sont stabilisées au cours des dernières années. En réduisant les coûts de seulement 2,2 % en 2017, ils n'ont pas été en mesure de compenser les pressions croissantes des effets « démographie » et « combinaison de médicaments ».

High-cost drugs account for most of the drug-mix effect

Ten drugs contributed to over half of the upward 4.9% push from the drug-mix effect in 2017. Most had annual treatment costs exceeding \$10,000, including five immunosuppressants, one oncology drug and one drug for the treatment of cystic fibrosis. Other top contributors belonged to the anti-diabetic and psychoanalgesic classes; while these drugs have lower treatment costs, they are used by larger beneficiary populations to treat more common conditions.

Although Epclusa, used in the treatment of hepatitis C, was the top contributor to the drug-mix effect in 2017, pushing costs upward by 0.5%, other DAA drugs pulled costs down to give a net effect of -0.2%. This may reflect the overall market dynamics, such as new drug launches and evolving reimbursement policies, among other factors.

Les médicaments à coût élevé sont à l'origine de la plus grande part de l'effet « combinaison de médicaments »

Dix médicaments ont contribué à plus de la moitié de la poussée croissante de plus de 4,9 % de l'effet « combinaison de médicaments » en 2017. Le coût de traitement de la plupart était supérieur à 10 000 \$, dont cinq immunosuppresseurs, un médicament oncologique et un médicament pour le traitement de la fibrose kystique. Les autres principaux contributeurs appartenaient aux classes antidiabétique et psychoanalgesique. Bien que le coût de traitement de ces médicaments soit moins élevé, ils sont utilisés par de plus grandes populations de bénéficiaires pour traiter des maladies plus courantes.

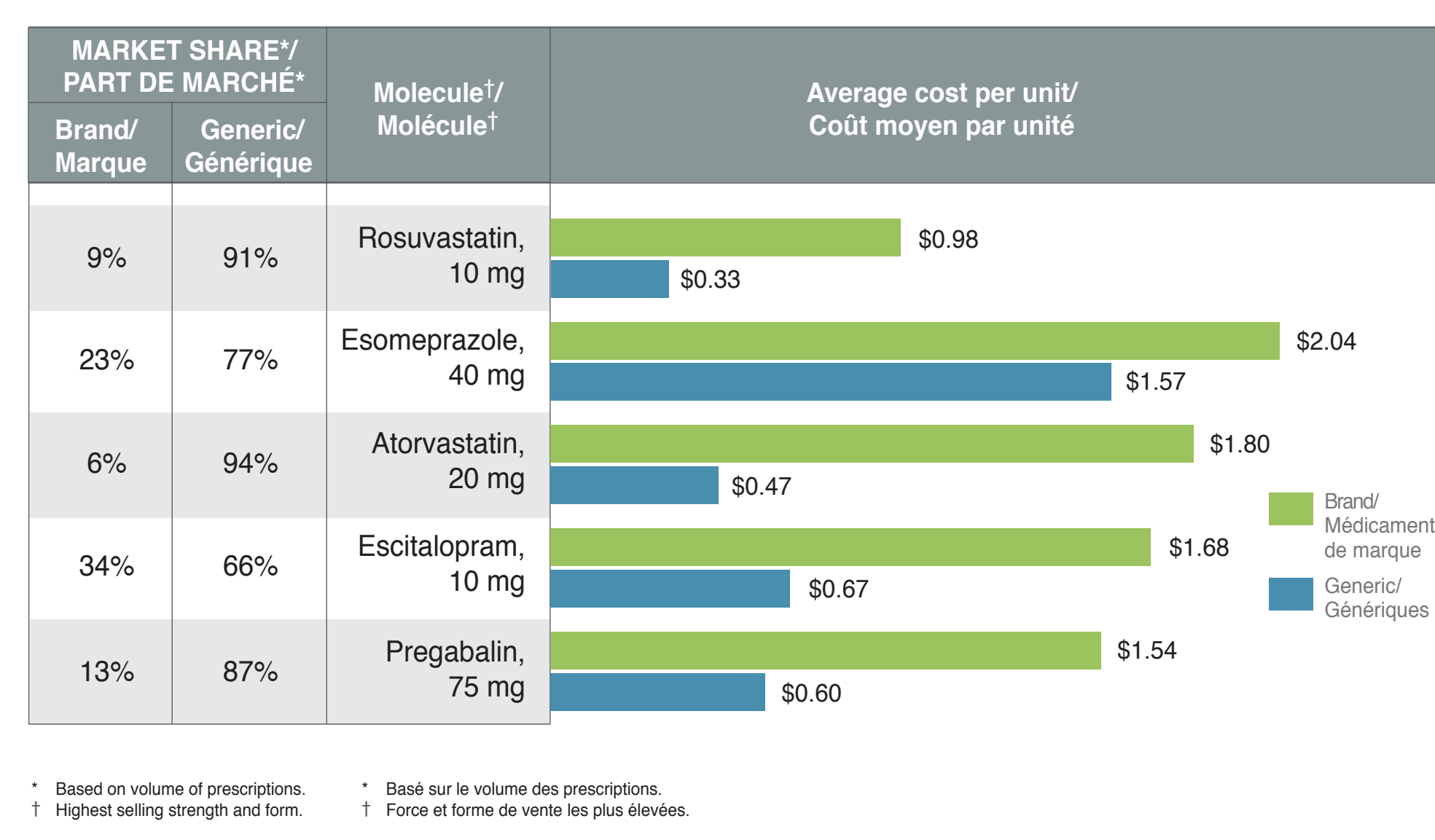
Même si l'Epclusa, utilisé dans le traitement de l'hépatite C, a été la principale cause de l'effet « combinaison de médicaments » en 2017, augmentant les coûts de 0,5 %, d'autres médicaments AAD ont fait baisser les coûts pour obtenir un effet net de -0,2 %. Cela peut refléter la dynamique globale du marché, telle que le lancement de nouveaux médicaments et l'évolution des politiques de remboursement, entre autres facteurs.

Reimbursing brand drugs at generic prices would increase savings for private plans

The cost-saving effects of generic substitutions (-1.2%) and price reductions (-0.9%) were nearly equal in magnitude in 2017. Although the lower generic pricing achieved through provincial policies benefited private plans, some of the top-selling generic drugs were not subject to the provincial pricing rules (e.g., esomeprazole) and had relatively high prices.

The results also suggest that for top-selling molecules with generic availability, private plans reimburse a sizable portion of brand use at unit costs that are much higher than the generic levels. Important cost savings could be realized through increased generic reimbursement and/or limiting the reimbursement of the brand product to the generic price.

TOP-SELLING GENERICS, 2017 MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES LES PLUS VENDUS, 2017



Le remboursement des médicaments de marque au prix des médicaments génériques augmenterait les économies pour les régimes privés

Les effets de réduction des coûts des substitutions génériques (-1,2 %) et des réductions de prix (-0,9 %) étaient presque identiques en 2017. Quoique la baisse des prix des médicaments génériques enregistrés grâce aux politiques provinciales ait profité aux régimes privés, certains des médicaments génériques les plus populaires, non visés par les règles provinciales d'établissement des prix (p. ex. l'esoméprazole), sont demeurés relativement dispendieux.

Les résultats suggèrent également que dans le cas des molécules les plus vendues qui sont disponibles en médicaments génériques, les régimes privés remboursent une partie importante de l'utilisation de la marque à des coûts unitaires beaucoup plus élevés que les coûts génériques. Des économies importantes pourraient être réalisées grâce à l'augmentation du remboursement des médicaments génériques ou à la limitation du remboursement du produit de marque au prix des médicaments génériques.

TOP DRUGS CONTRIBUTING TO THE DRUG-MIX EFFECT, 2017 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS CONTRIBUANT À L'EFFET « COMBINAISON DE MÉDICAMENTS », 2017

| Average cost per beneficiary/ Coût moyen par bénéficiaire* | Use per 1,000 active beneficiaries/ Utilisation par tranche de 1 000 bénéficiaires actifs | Drug cost, \$M (% share)/ Coût du médicament, MS (part en %) | Therapeutic class/ Classe thérapeutique | Trade name (molecule)/ Nom commercial (molécule) | Contribution to the drug-mix effect/ Contribution à l'effet combinaison de médicaments |
|---|--|---|--|---|---|
| Top 10 drugs (excluding DAAs) contributing to the drug-mix effect/ Dix principaux médicaments (à l'exclusion des AAD) contribuant à l'effet « combinaison de médicaments » | | | | | |
| \$16.1K | 1.58 | \$342.4 (4.1%) | | Humira (adalimumab) | 0.49% |
| \$19.1K | 0.45 | \$114.9 (1.4%) | Immunosuppressive agents/ Agents immunosuppresseurs | Stelara (ustekinumab) | 0.33% |
| \$18.0K | 0.20 | \$47.3 (0.6%) | | Entyvio (vedolizumab) | 0.29% |
| \$28.8K | 1.01 | \$387.4 (4.7%) | | Remicade, Inflectra (infliximab) | 0.28% |
| \$39.1K | 0.05 | \$25.1 (0.3%) | Antineoplastic agents/ Agents antineoplasiques | Ibrance (palbociclib) | 0.27% |
| \$1.8K | 3.82 | \$94.3 (1.1%) | Drugs used in diabetes/ Médicaments pour traiter le diabète | Victoza, Saxenda (liraglutide) | 0.23% |
| \$0.6K | 3.43 | \$27.7 (0.3%) | | Jardiance (empagliflozin) | 0.21% |
| \$0.7K | 9.86 | \$92.2 (1.1%) | Psychoanalgesics/ Psychoanalgesiques | Vyvanse (lisdexamfetamine dimesilate) | 0.20% |
| \$12.6K | 0.18 | \$30.9 (0.4%) | Immunosuppressive agents/ Agents immunosuppresseurs | Cosentyx (secukinumab) | 0.20% |
| \$126.7K | 0.01 | \$92.2 (1.1%) | Other respiratory system products/ Autres médicaments des voies respiratoires | Orkambi (ivacaftor & lumacaftor) | 0.17% |
| Top DAA drugs contributing to the drug-mix effect/ Principaux médicaments AAD contribuant à l'effet « combinaison de médicaments » | | | | | |
| \$42.9K | 0.08 | \$48 (0.6%) | | Epclusa (sofosbuvir & velpatasvir) | 0.52% |
| \$39.0K | 0.03 | \$14.6 (0.2%) | DAA drugs for hepatitis C/ Médicaments AAD contre l'hépatite C | Harvoni (ledipasvir & sofosbuvir) [†] | -0.45% |
| \$38.6K | <0.01 | \$1.4 (<0.1%) | | Sovaldi (sofosbuvir) [†] | -0.24% |

* Total drug cost divided by the number of beneficiaries in a given year, which may include beneficiaries with incomplete treatment costs.
† Incomplete utilization and cost data due to the coordination with publicly reimbursed benefits.
* Coût total des médicaments divisé par le nombre de bénéficiaires dans une année donnée, ce qui peut inclure les bénéficiaires dont les coûts de traitement sont incomplets.
† Utilisation et coût incomplets en raison de la coordination avec les prestations remboursées par le secteur public.

Biosimilars may offer future cost savings as the impact of generic price reductions declines

A number of biosimilar products have recently entered the Canadian market including some for top-selling drugs such as Remicade, Enbrel and Lantus. However, their initial uptake has been relatively slow, as these products are not considered interchangeable with the reference biologic and may not be approved for the same indications at introduction.

With the exception of filgrastim, biosimilars captured less than 3% of the volume of prescriptions for their respective molecules in 2017, resulting in minimal cost savings. Price discounts, which also impact the potential cost savings, varied considerably by product, ranging from 25% to 47%.

BIOSIMILAR AVAILABILITY, 2017 DISPONIBILITÉ DES BIOSIMILAIRES, 2017

| REFERENCE BIOLOGIC/ MÉDICAMENT BIOLOGIQUE DE RÉFÉRENCE | | | BIOSIMILAR/ PRODUIT BIOSIMILAIRE | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|---|--|---|
| Trade name (molecule)/ Nom commercial (molécule) | Average cost per beneficiary/ Coût moyen par bénéficiaire* | Share of total market/ Partie du marché total | Trade name/ Nom commercial | Market approval date/ Date de mise en marché | Price discount/ Rabais accordé [†] | Share of prescriptions/ Part des ordonnances |
| Remicade (infliximab) | \$28.8K | 4.7% | Inflectra | 2014-01-15 | 46.8% | 2.7% |
| Lantus (insulin glargine) | \$0.7K | 0.8% | Basaglar | 2015-09-01 | 25.0% | 2.3% |
| Neupogen (filgrastim) | \$5.0K | 0.3% | Grastofil | 2015-12-07 | 25.0% | 21.2% |
| Enbrel (etanercept) | \$13.7K | 1.4% | Brenzys | 2016-08-31 | 33.7% | 1.7% |
| | | | Erelzi | 2017-04-06 | 37.2% | <0.1% |

* Total drug cost divided by the number of beneficiaries in a given year, which may include beneficiaries with incomplete treatment costs.
† Based on the Ontario Drug Benefit Formulary.
* Coût total des médicaments divisé par le nombre de bénéficiaires dans une année donnée, ce qui peut inclure les bénéficiaires dont les coûts de traitement sont incomplets.
† Selon le Formulaire des médicaments de l'Ontario.

Les biosimilaires pourraient offrir des économies futures à mesure que l'incidence des réductions des prix des médicaments génériques diminue

Un certain nombre de produits biosimilaires ont récemment fait leur entrée sur le marché canadien, dont certains pour les médicaments les plus vendus, comme Remicade, Enbrel et Lantus. Toutefois, leur adoption initiale a été relativement lente, car ces produits ne sont pas considérés comme interchangeables avec le produit biologique de référence et pourraient ne pas être approuvés pour les mêmes indications au moment de leur introduction.

À l'exception du filgrastim, les biosimilaires ont compté pour moins de 3 % du volume d'ordonnances pour leurs molécules respectives en 2017, ce qui a entraîné des économies minimales. Les réductions de prix, qui ont également une incidence sur les économies potentielles de coûts, variaient considérablement selon le produit, allant de 25 % à 47 %.

Note: Values may not add to totals due to rounding and the cross effect.

Method: This study employs a cost driver model to disaggregate and measure the impact of a number of effects. The approach is detailed in the PMPRB report titled The Drivers of Prescription Drug Expenditures: A Methodological Report, 2013.

Source: IQVIA™ Private Pay Direct Drug Plan Database. Capture rate: 85.7%.

Limitation: Sales and unit prices available from the IQVIA™ PDP database do not reflect off-invoice price rebates.

Disclaimer: Although based in part on data provided under license by IQVIA™, the statements, findings, conclusions, views and opinions expressed in this report are exclusively those of the PMPRB and are not attributable to IQVIA™.

Remarque : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux en raison des arrondis et des effets croisés.

Méthode : Cette étude utilise un modèle de facteur de coût pour désagréger et mesurer l'incidence d'un certain nombre d'effets. Cette approche est décrite en détail dans le rapport du CEPMB intitulé Les facteurs de coûts associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance : Un rapport méthodologique, 2013.

Source : Base de données sur les régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA™. Taux de saisie : 85,7 %.

Limites : Les prix des ventes et les prix unitaires disponibles dans la base de données du régime privé d'assurance-médicaments IQVIA™ ne tiennent pas compte des remises de prix hors facture.

Avis de non-responsabilité : Bien qu'ils soient en partie fondés sur des données obtenues sous licence à partir d'IQVIA™, les énoncés, les résultats, les conclusions, les points de vue et les opinions présentés dans ce rapport sont exclusivement ceux du CEPMB et ne sont pas imputables à IQVIA™.

