



Pressures behind the rising costs in Canadian private drug plans, 2018

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

The results are based on an analysis of 2009 to 2018 data from the IQVIA Private Drug Plan Database, with a focus on the change in private drug plan expenditures from 2017 to 2018. This study is part of a broader PMPRB reporting on private drug plans and complements the PMPRB's annual *CompassRx* report on public drug plan expenditures.

Pressions à l'origine de la hausse des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2018

Les régimes privés d'assurance-médicaments sont le deuxième plus important payeur pour le remboursement des médicaments d'ordonnance au Canada, finançant plus du tiers de toutes les dépenses en médicaments d'ordonnance. Cette étude analyse les pressions en constante évolution exercées sur les coûts qui entraînent des modifications dans les dépenses liées aux régimes privés d'assurance-médicaments. Il s'agit notamment des changements dans la population de bénéficiaires (effet « démographie »), des augmentations ou des diminutions de la quantité de médicaments consommés (effet « volume »), des différences de prix entre les médicaments abordables et chers (effet « combinaison de médicaments ») et des changements de prix des médicaments ainsi que du 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 sont fondés sur une analyse des données de 2009 à 2018 tirées de la base de données du régime d'assurance-médicaments privé IQVIA, en mettant l'accent sur l'évolution des dépenses en médicaments des régimes privés de 2017 à 2018. Cette étude fait partie d'un rapport plus vaste du CEPMB sur les régimes privés d'assurance-médicaments et complète le rapport annuel *CompassRx* du CEPMB sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments.

Increased cost pressure from higher-cost drugs in 2018 muted by the introduction of OHIP+ and a drop in generic prices

In 2018, the increasing upward push from higher-cost drugs was offset by significant one-time cost reductions, as private coverage for Ontario residents age 24 and younger shifted to the public plan (OHIP+ program) and a widespread generic pricing policy introduced in April 2018 drove prices down. This resulted in a temporary drop in the overall drug cost growth, with private plan expenditures increasing by only 0.6% in 2018, much less than the consistent annual average growth of close to 6% over the previous 5-year period (CAGR of 5.7%).

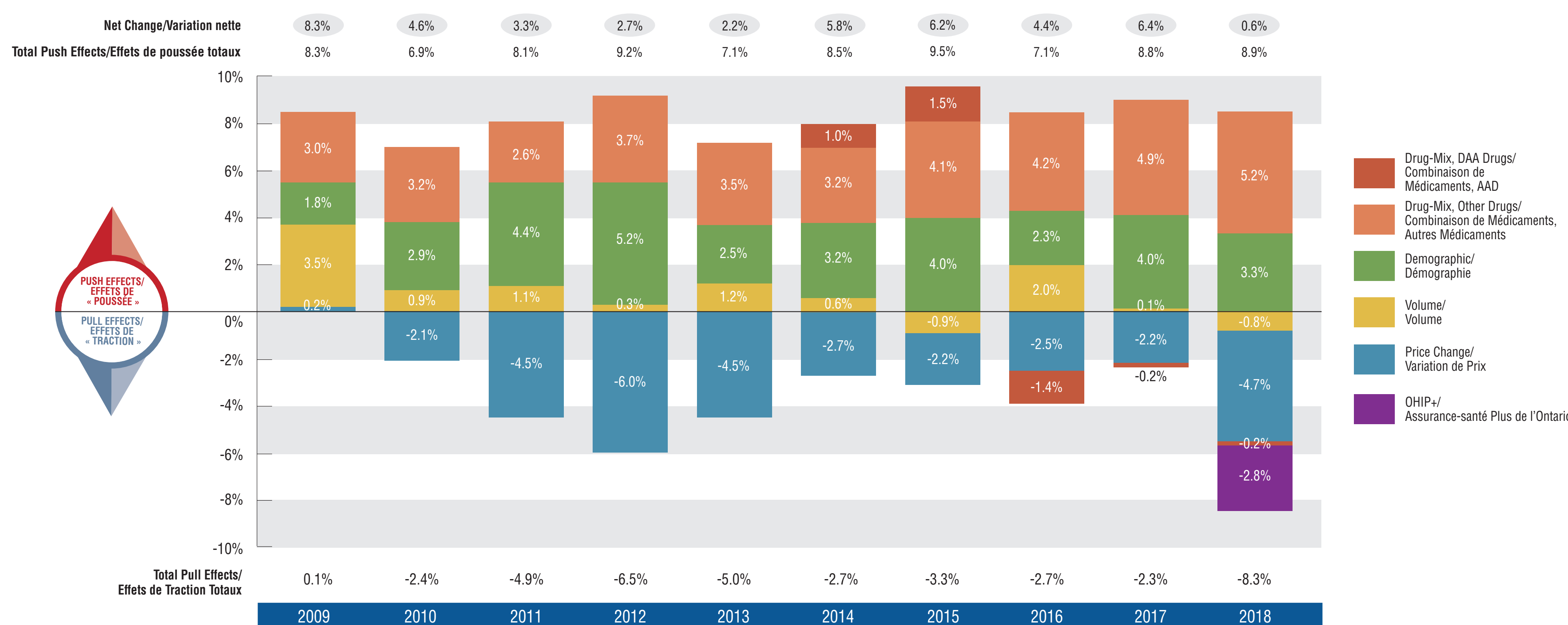
The use of higher-cost drugs (drug-mix effect) has become an increasingly important cost driver for private plans. Its upward pressure on expenditures has gradually increased over the last decade, from 3% in 2009 to a high of 5.2% in 2018. The pressure from direct-acting antiviral (DAA) drugs for hepatitis C, which was a notable cost driver in previous years, only had a minimal impact on the growth in private drug plan expenditures in 2017 and 2018.

The combined pressure of an increase in the number of active beneficiaries and the volume of drugs used generally pushes drug costs upward by 3–4% each year. In 2018, the introduction of OHIP+ coverage in Ontario pulled drug costs down by 2.8% nationally and by 6.6% in Ontario. While drug costs related to beneficiaries aged 24 and younger accounted for over one tenth of private plan costs in Ontario in 2017, this share dropped by half in 2018.

Cost savings from generic and biosimilar substitution (-2.3%), as well as price reductions (-2.5%), pulled costs down by a marked 4.7% in 2018, a significant change from the 2–3% downward pressure in previous years.

Drug cost drivers, 2009 to 2018

Facteurs de coût des médicaments, de 2009 à 2018



La pression accrue sur les coûts exercée par les médicaments plus chers en 2018 a été atténuée par le lancement de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario et une baisse des prix des médicaments génériques

En 2018, la poussée à la hausse croissante des médicaments plus chers a été compensée par d'importantes réductions de coûts ponctuelles. Celles-ci découlent notamment du transfert de la couverture privée des résidents ontariens âgés de 24 ans et moins au régime public (Assurance-santé Plus) et de la baisse des prix entraînée par l'introduction d'une politique générale d'établissement des prix des médicaments génériques en avril 2018. Il en a résulté une baisse temporaire de la croissance globale des coûts des médicaments, les dépenses des régimes privés n'ayant augmenté que de 0,6 % en 2018, ce qui est bien inférieur à la croissance annuelle moyenne constante de près de 6 % observée au cours des cinq années précédentes (TCAC de 5,7 %).

L'utilisation de médicaments plus chers (effet « combinaison de médicaments ») est devenue un facteur de coût de plus en plus important pour les régimes privés. La pression croissante qu'elle exerce sur les dépenses s'est progressivement accrue au cours de la dernière décennie, passant de 3 % en 2009 à un sommet de 5,2 % en 2018. La pression exercée par les médicaments antiviraux à action directe (AAD) contre l'hépatite C, qui était un facteur de coût important au cours des années précédentes, n'a eu qu'une incidence minime sur la croissance des dépenses des régimes privés d'assurance-médicaments en 2017 et en 2018.

La pression combinée de l'augmentation du nombre de bénéficiaires actifs et du volume de médicaments consommés fait généralement grimper le coût des médicaments de 3 % chaque année. En 2018, l'introduction de la couverture Assurance-santé Plus en Ontario a réduit les coûts des médicaments de 2,8 % à l'échelle nationale et de 6,6 % en Ontario. Alors que les coûts des médicaments liés aux bénéficiaires âgés de 24 ans et moins représentaient plus du dixième des coûts des régimes privés en Ontario en 2017, cette part a diminué de moitié en 2018.

Les économies réalisées par la substitution des médicaments génériques et des biosimilaires (-2,3 %), ainsi que les réductions de prix (-2,5 %) ont entraîné une baisse marquée des coûts de 4,7 % en 2018, ce qui représente un changement important par rapport aux pressions à la baisse de 2 à 3 % des années précédentes.

High-cost drugs are top contributors to the drug-mix effect

The shift in use from lower- to higher-cost drugs pushed drug costs up by 5.2% in 2018. More than half of this impact (2.8%) came from drugs with annual costs per active beneficiary of \$10,000 or more. For instance, eight of the drugs with the greatest impact were high-cost drugs. These included five immunosuppressive agents, one oncology drug, one anti-asthmatic drug, and a new DAA drug for hepatitis C. The remaining two top contributors were high-use drugs with a relatively low annual treatment costs.

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

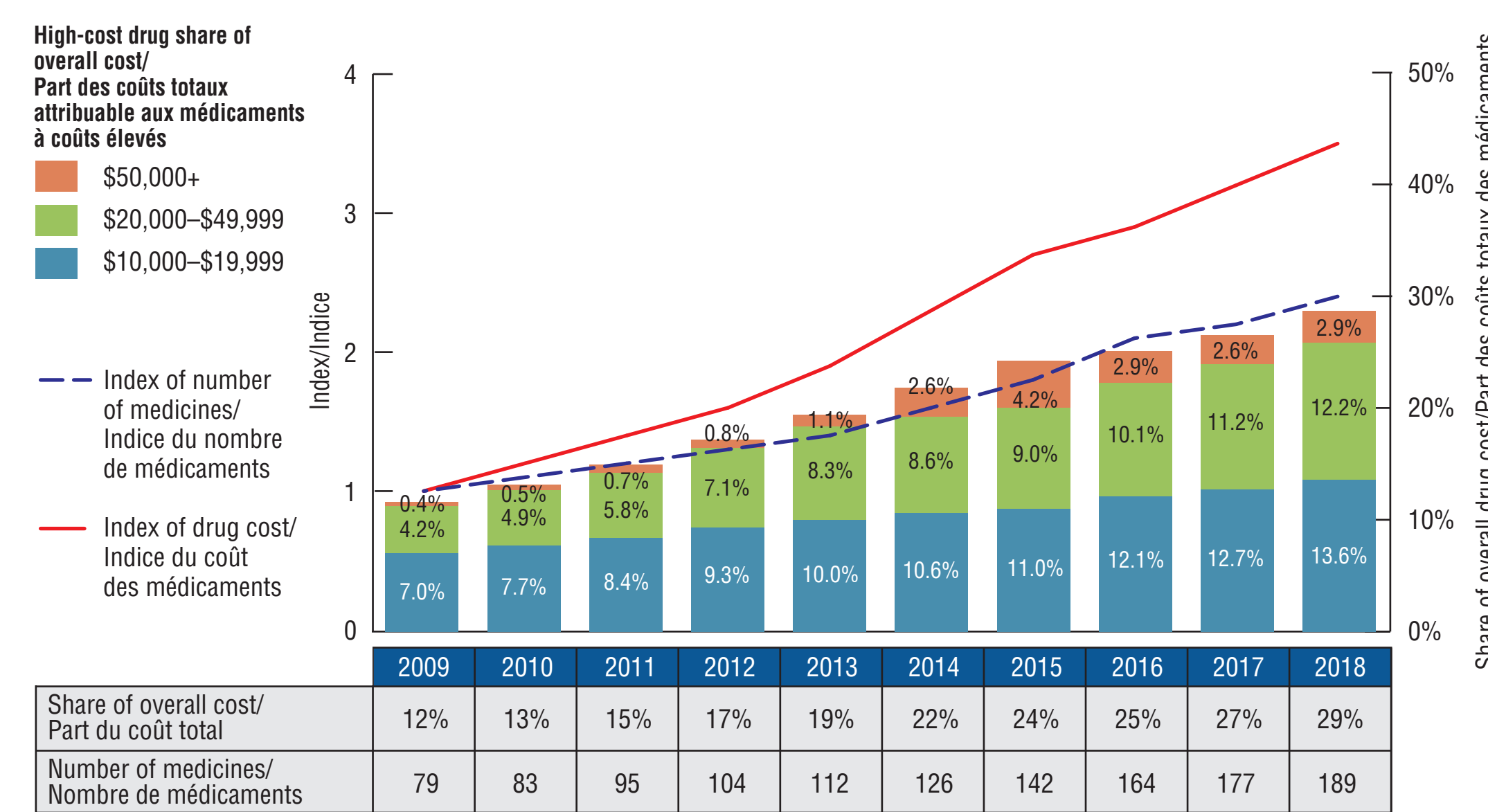
La tendance à l'utilisation de médicaments plus coûteux plutôt que de médicaments moins coûteux a fait augmenter de 5,2 % sur le coût des médicaments en 2018. Plus de la moitié de cet effet (2,8 %) était attribuable aux médicaments onéreux, dont les coûts annuels par bénéficiaire actif se chiffraient à 10 000 \$ ou plus. Par exemple, huit des médicaments ayant eu la plus grande incidence étaient des médicaments à coût élevé, soit cinq immunosuppresseurs, un médicament oncologique, un antiasthmatique et un nouveau médicament AAD contre l'hépatite C. Les deux autres médicaments ayant eu la plus forte incidence sur le coût des médicaments étaient associés à des coûts annuels de traitement relativement faibles, mais à une utilisation fréquente.

Spending on high-cost drugs has more than tripled since 2009

In 2009, private plans reimbursed 79 drugs with an annual average cost per active beneficiary of \$10,000 or more, representing approximately 12% of the total private drug plan costs. By 2018, the number of high-cost drugs more than doubled to 189, representing 29% of the drug costs. This is a high-growth market segment, demonstrated by the 3.5-fold increase in related costs over the last decade.

Trends in the number and cost of high-cost drugs

Tendances relatives au nombre et au coût des médicaments à coût élevé



Les dépenses en médicaments à coût élevé ont plus que triplé depuis 2009

En 2009, les régimes privés ont remboursé les frais associés à 79 médicaments, dont le coût annuel moyen par bénéficiaire actif s'élevait à 10 000 \$ ou plus, ce qui représentait environ 12 % des coûts totaux des régimes privés d'assurance-médicaments. En 2018, le nombre de médicaments à coût élevé a plus que doublé pour atteindre 189, ce qui représente 29 % des coûts associés aux médicaments. Il s'agit d'un segment de marché en forte croissance, comme en témoigne l'augmentation de près de 3,5 fois des coûts connexes au cours de la dernière décennie.

Top 10 drugs contributing to the drug-mix effect, 2018

Dix principaux médicaments contribuant à l'effet « combinaison de médicaments », 2018

Average cost per active beneficiary / Coût moyen par bénéficiaire actif*	Use per 1,000 total active beneficiaries/ Utilisation par tranche de 1 000 bénéficiaires actifs totaux	Drug cost, \$M (% share)/ Coût du médicament, M\$ (part en %)	Therapeutic class/ Catégorie thérapeutique	Trade name (medicinal ingredient)/ Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Contribution to the drug-mix effect/ Contribution à l'effet combinaison de médicaments
\$20.8K	0.54	\$147.5 (1.8%)	Immunosuppressive agents/ Agents immunosuppresseurs	Stelara (ustekinumab)	0.40%
\$0.7K	5.91	\$51.2 (0.6%)	Drugs used in diabetes/ Médicaments utilisés dans le traitement du diabète	Jardiance (empagliflozin)	0.28%
\$40.5K	0.08	\$41 (0.5%)	Antineoplastic agents/ Agents antinéoplasiques	Ibrance (palbociclib)	0.22%
\$14.9K	0.42	\$82.4 (1%)	Anti-asthmatics/ Médicaments contre l'asthme	Xolair (omalizumab)	0.19%
\$15.9K	1.71	\$359.4 (4.3%)	Immunosuppressive agents/ Agents immunosuppresseurs	Humira (adalimumab)	0.19%
\$13.6K	0.25	\$45.4 (0.5%)	Immunosuppressive agents/ Agents immunosuppresseurs	Cosentyx (secukinumab)	0.18%
\$20.7K	0.05	\$14.3 (0.2%)	Immunosuppressive agents/ Agents immunosuppresseurs	Ocrevus (ocrelizumab)	0.16%
\$0.8K	9.29	\$102.6 (1.2%)	Drugs used in diabetes/ Médicaments utilisés dans le traitement du diabète	Janumet (sitagliptin/metformin)	0.15%
\$29.1K	0.03	\$12.6 (0.1%)	DAA drugs for hepatitis C/ Médicaments antiviraux à action directe contre l'hépatite C	Maviret (glecaprevir/pibrentasvir)	0.14%
\$11K	0.08	\$11.6 (0.1%)	Immunosuppressive agents/ Agents immunosuppresseurs	Tremfya (guselkumab)	0.14%

* Based on the total drug cost divided by the number of active beneficiaries in a given year. Note that the resulting cost per beneficiary may be underestimated, as some beneficiaries may have only used the drug for part of the year. * D'après le coût total des médicaments divisé par le nombre de bénéficiaires actifs au cours d'une année donnée. Il est à noter que le coût par bénéficiaire qui en résulte peut être sous-estimé, car certains bénéficiaires peuvent n'avoir utilisé le médicament que pendant une partie de l'année.

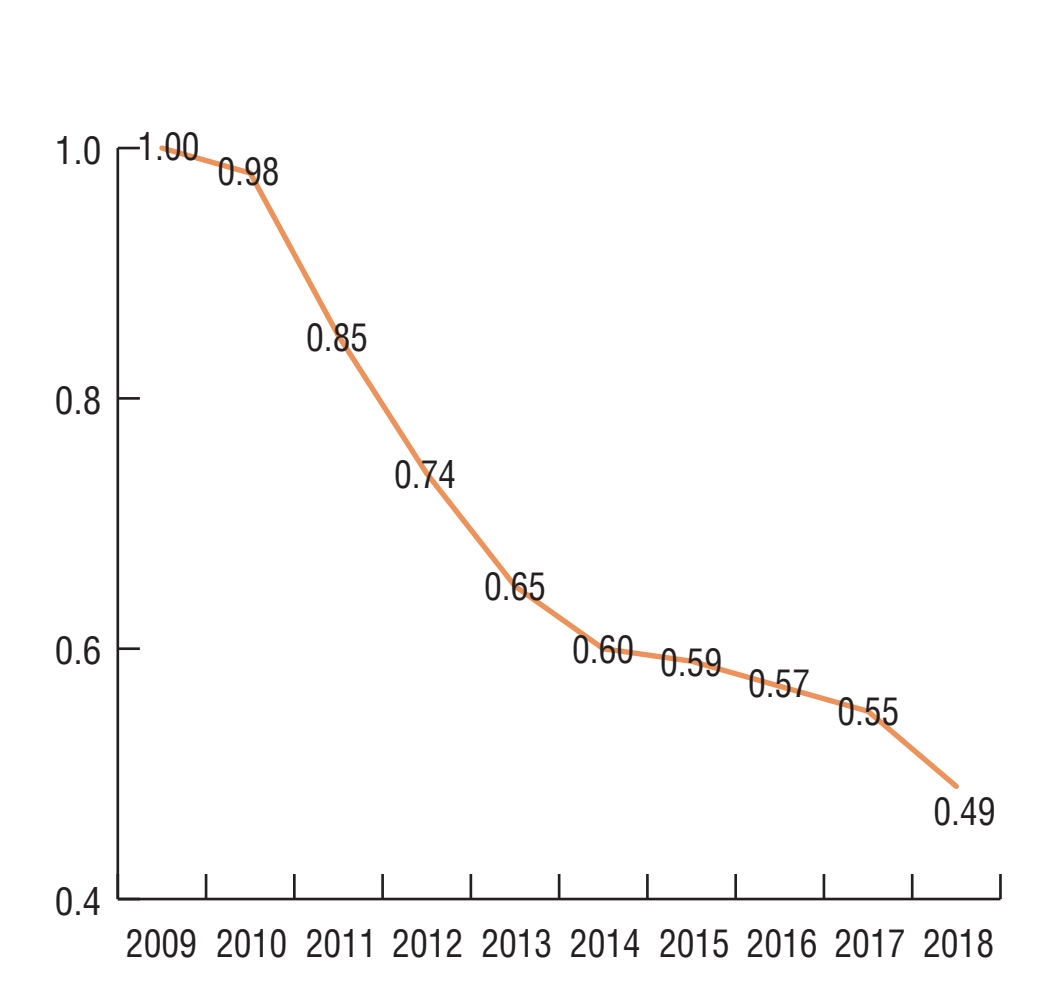
Generic pricing policies contributed to a relatively strong downward pressure on private drug plan costs

The generic pricing policy that came into effect in April 2018 reduced the prices of nearly 70 generic drugs to as little as 10% of their brand reference price. This had a significant impact on private drug plan costs, further driving the average generic unit cost down to half of what it was in 2009, with an 11% average decline between 2017 and 2018. This decrease reduced the overall drug costs by 2.5% in private plans in 2018.

The downward pressure from both brand-to-generic and biologic-to-biosimilar substitution was 2.3%. Perindopril, indapamide/perindopril, and aripiprazole accounted for nearly half of the savings. Biosimilar substitution only contributed a small but measurable (0.2%) reduction to overall drug costs.

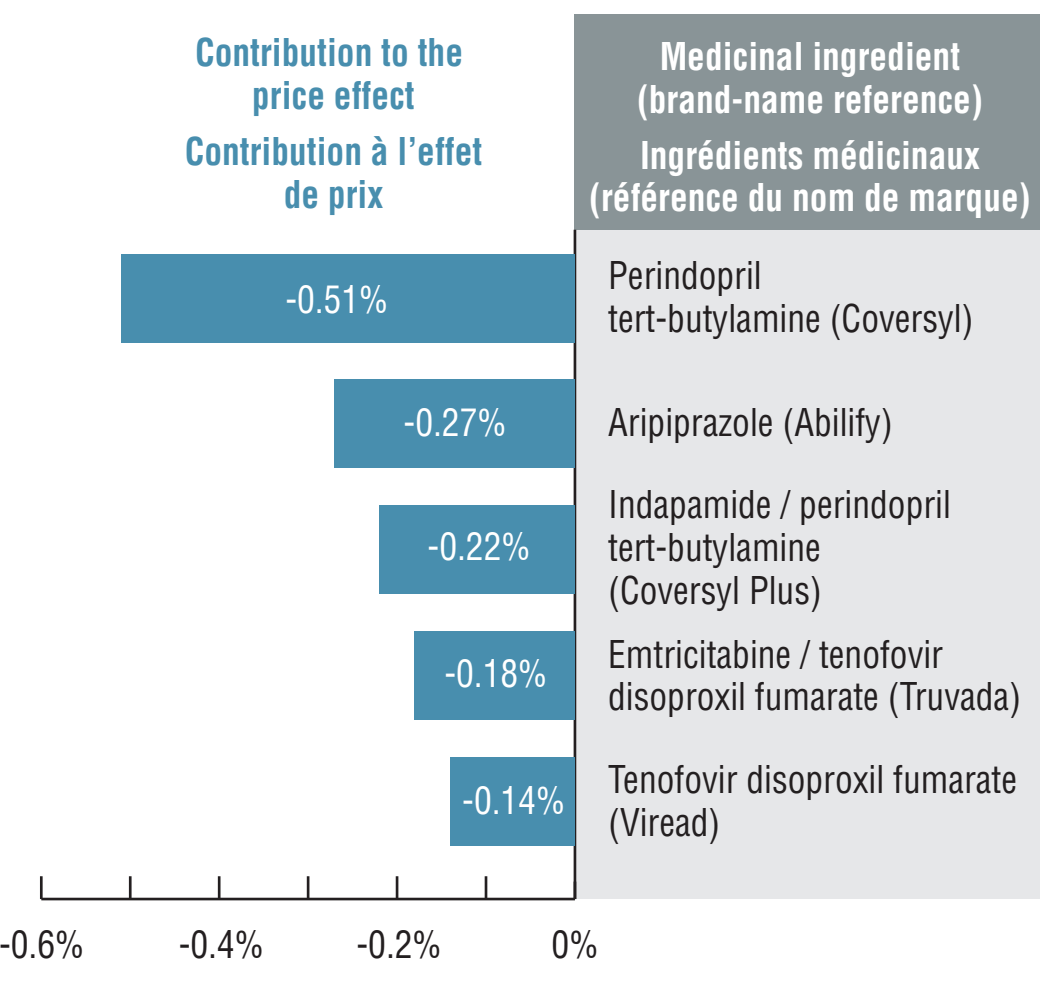
Per unit cost index, generic drugs*, 2009 to 2018

Indice de coût par unité, médicaments génériques*, de 2009 à 2018



Top generic substitutions contributing to the price effect, 2018

Principales substitutions génériques contribuant à l'effet « prix »



Les politiques relatives à l'établissement du prix des médicaments génériques ont contribué à exercer une pression à la baisse relativement forte sur les coûts associés aux régimes privés d'assurance-médicaments

La politique relative à l'établissement du prix des médicaments génériques entrée en vigueur en avril 2018 a ramené le prix de près de 70 médicaments génériques à seulement 10 % du prix des produits de marque de référence. Cela a eu une incidence importante sur les coûts associés aux régimes privés d'assurance-médicaments et a fait baisser de moitié le coût unitaire moyen des médicaments génériques par rapport à ce qu'il était en 2009, pour une baisse moyenne de 11 % entre 2017 et 2018. Cette diminution a réduit le coût global des médicaments de 2,5 % dans les régimes privés en 2018.

La pression à la baisse découlant de la substitution des médicaments de marque par des médicaments génériques et des médicaments biologiques par des produits biosimilaires était de 2,3 %. Près de la moitié des économies était attribuable au perindopril, à l'indapamide/perindopril et à l'aripiprazole. En revanche, la substitution par des produits biosimilaires n'a contribué qu'à une réduction modeste, quoique mesurable (0,2 %), des coûts totaux associés aux médicaments.

Method: This study uses a cost-driver model to disaggregate and measure the impact of a number of effects. For a detailed description of the approach, see the PMPRB report *The Drivers of Prescription Drug Expenditures: A Methodological Report, 2013*.

Data source: IQVIA Private Pay Direct Drug Plan (PDP) Database. Capture rate: 85.7%.

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

Disclaimer: Although this information is based in part on data obtained 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.

Méthode: Cette étude utilise un modèle de facteur de coût pour désagréger et mesurer l'incidence d'un certain nombre d'effets. Pour obtenir une description détaillée de cette approche, consulter le rapport du CEPMB intitulé *Les facteurs de coûts associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance : Un rapport méthodologique, 2013*.

Source des données : 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.

