

Private Drug Plans in Canada: High-Cost Drugs and Beneficiaries, 2005 to 2017

The increased availability and use of drugs with treatment costs in excess of \$10,000 per year has been fueling the growth in drug expenditures in Canada and raising concerns over the sustainability of private drug plans. This analysis updates previous PMPRB findings, focusing on the increasing impact of high-cost beneficiaries and drugs on private plan expenditures from 2005 to 2017. Results are based on data from the IQVIA™ Private Drug Plan Database.

Canadian private drug plans are the second largest market for prescribed drugs in Canada, accounting for approximately one-third of all prescribed drug spending. The PMPRB has been reporting on this major market to identify the sources of cost pressure and recent trends in price, utilization and costs. The results of this analysis, as well as an examination of other major cost drivers, will be further detailed in upcoming published reports as part of the PMPRB private drug plan series.

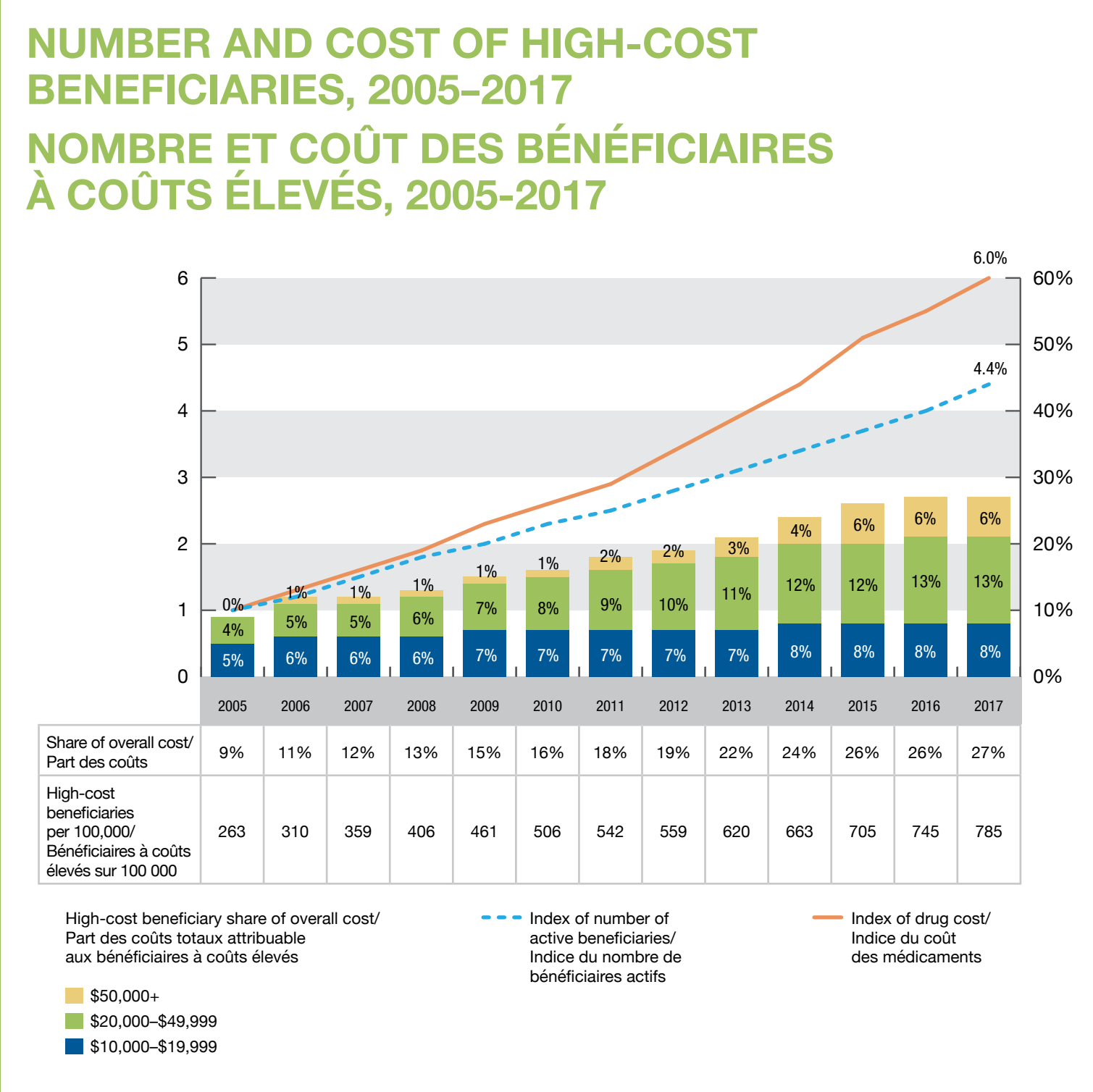
Régimes privés d'assurance-médicaments au Canada : médicaments et bénéficiaires à coût élevé, 2005 à 2017

La disponibilité et l'utilisation accrues de médicaments dont les coûts de traitement sont supérieurs à 10 000 dollars par an ont alimenté la hausse des dépenses en médicaments au Canada, ce qui a engendré des préoccupations quant à la viabilité des régimes privés d'assurance-médicaments. Cette analyse met à jour les constatations antérieures du CEPMB, en mettant l'accent sur l'incidence croissante des bénéficiaires et médicaments à coûts élevés sur les dépenses des régimes privés de 2005 à 2017. Les résultats sont fondés sur les données de la base de données sur les régimes privés d'assurance-médicaments d'IQVIA™.

Les régimes privés d'assurance-médicaments du Canada sont le deuxième plus important marché de médicaments d'ordonnance au Canada, représentant environ le tiers de toutes les dépenses en médicaments d'ordonnance. Le CEPMB a fait rapport sur ce marché important afin de déterminer les sources des pressions exercées sur les coûts et les tendances récentes des prix, de l'utilisation et des coûts. Les résultats de cette analyse ainsi qu'un examen des autres principaux facteurs de coût seront détaillés dans les prochains rapports publiés dans le cadre de la série sur les régimes d'assurance-médicaments privés du CEPMB.

A1. High-cost beneficiaries increased more than fourfold since 2005

Private drug plans have experienced a marked rise in the number of beneficiaries with annual drug costs greater than \$10,000. For an average private drug plan of 100,000 active beneficiaries, the number of high-cost beneficiaries increased from 263 in 2005 to 785 in 2017, with the greatest rate of increase for those with annual drug costs over \$20,000. By 2017, high-cost beneficiaries accounted for over one quarter of all private plan drug costs.

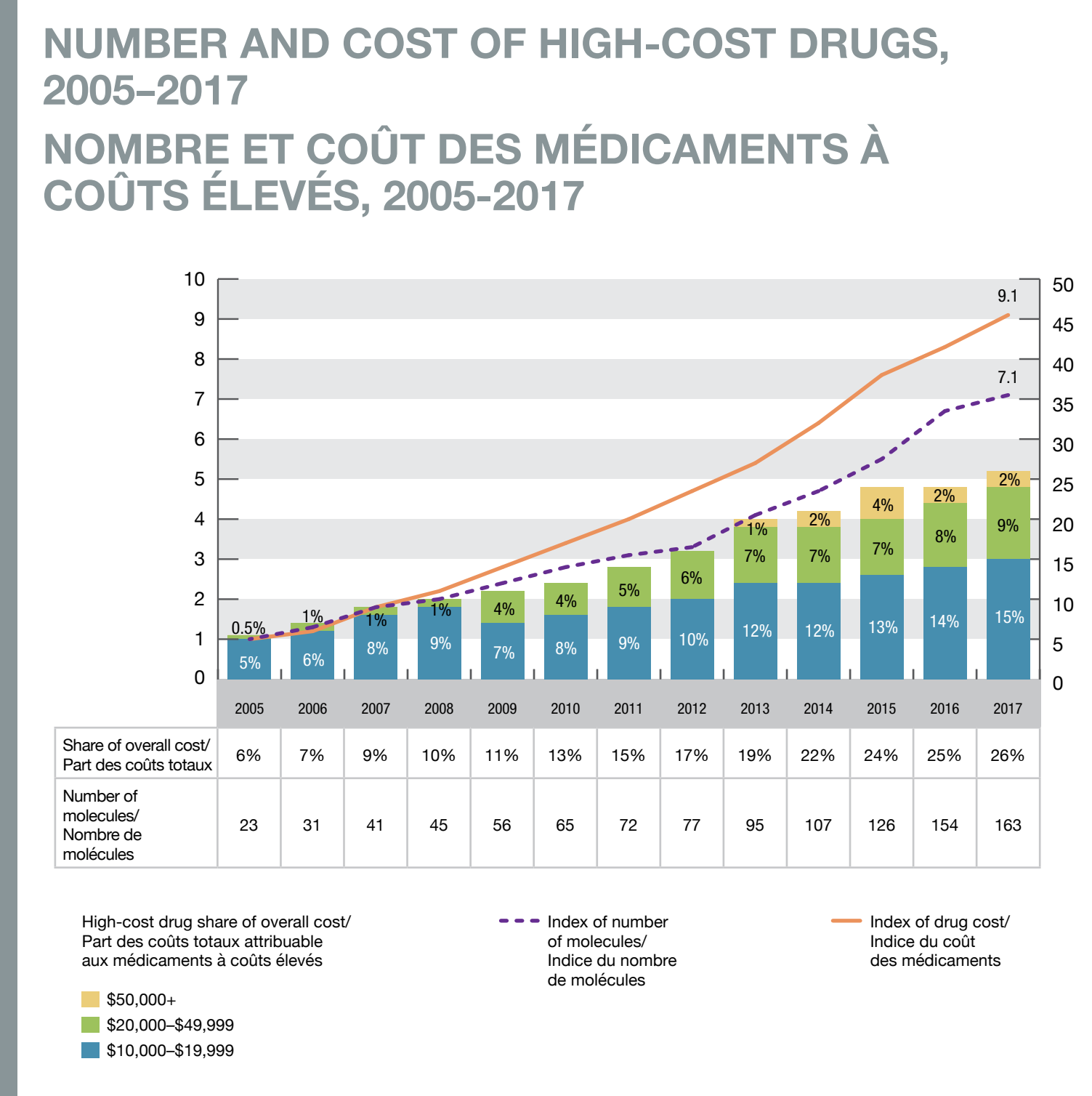


A1. Les bénéficiaires à coûts élevés ont plus que quadruplé depuis 2005

Les régimes privés d'assurance-médicaments ont connu une augmentation marquée du nombre de bénéficiaires dont le coût annuel des médicaments dépasse 10 000 dollars. Pour un régime d'assurance-médicaments privé moyen de 100 000 bénéficiaires actifs, le nombre de bénéficiaires à coûts élevés est passé de 263 en 2005 à 785 en 2017, le taux d'augmentation étant le plus élevé pour les personnes dont le coût annuel des médicaments est supérieur à 20 000 dollars. En 2017, les bénéficiaires à coûts élevés représentaient plus du quart de tous les coûts des médicaments des régimes privés.

B1. High-cost drugs represented over 25% of private drug plan costs in 2017

In 2005, there were 23 drugs reimbursed by private plans with an annual average cost per active beneficiary of \$10,000 or more, representing approximately 6% of the total private drug plan costs. By 2017, the number of drugs surpassing this threshold grew seven times to 163, representing over one-quarter of the private drug plan costs. While drugs costing over \$20,000 per year were an insignificant proportion of private drug plan costs a decade ago, they now represent over one-tenth of expenditures.



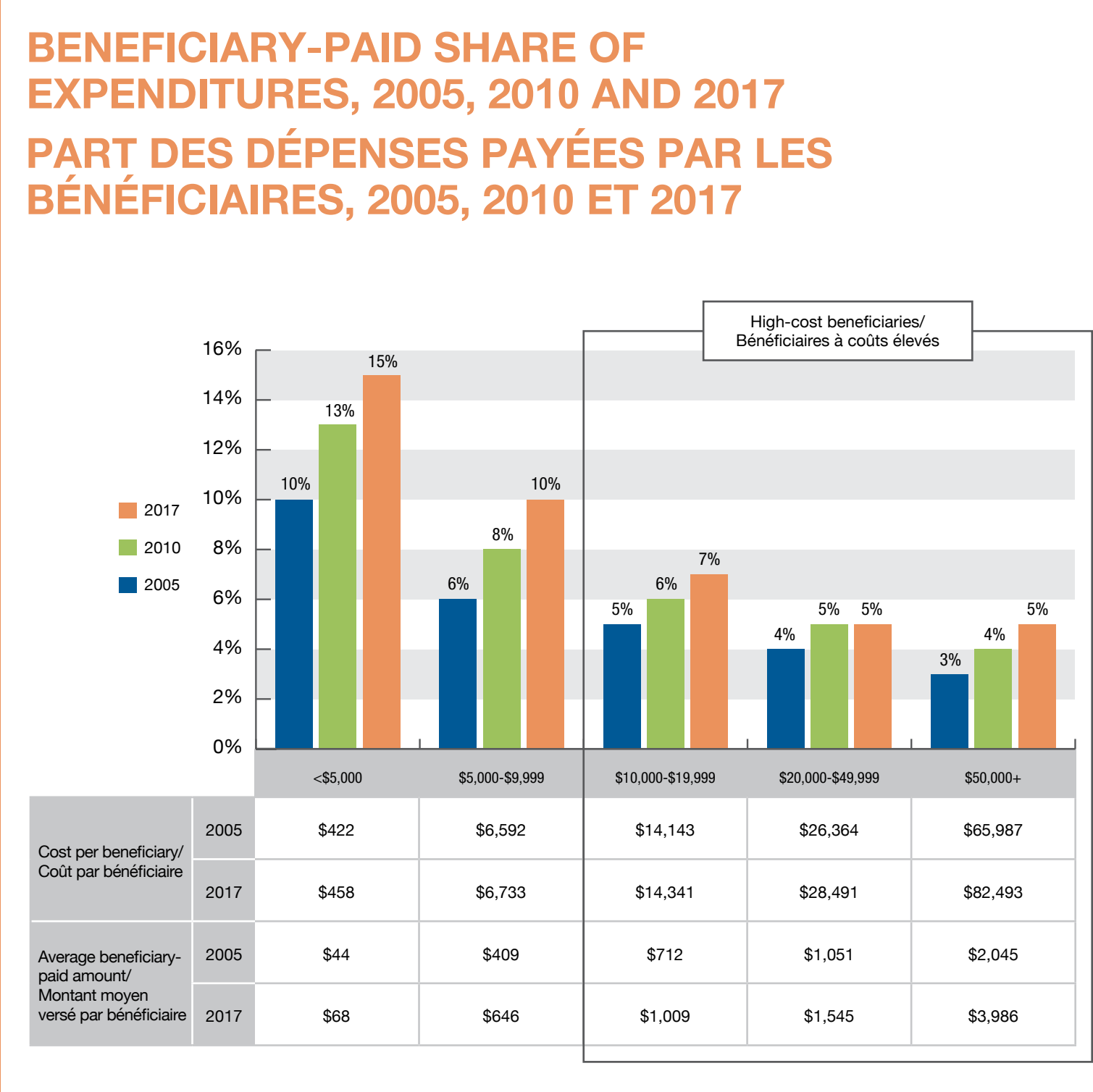
B1. Les médicaments à coût élevé représentaient plus de 25 % des coûts des régimes d'assurance-médicaments privés en 2017

En 2005, on comptait 23 médicaments sur le marché dont le coût moyen annuel par bénéficiaire actif était de 10 000 dollars ou plus, ce qui représentait environ 6 % des coûts totaux des régimes privés d'assurance-médicaments. En 2017, ce nombre avait été multiplié par 7 pour atteindre 163 médicaments, soit plus du quart des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments. Si les médicaments coûtant plus de 20 000 dollars par année représentaient une proportion négligeable des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments il y a dix ans, ils s'élevaient maintenant à plus d'un dixième des dépenses.

A2. Patients are paying a higher share of their expenditures

An average high-cost beneficiary paid \$1,427 towards their drug expenditure in 2017, up from \$817 in 2005. This is due to both an increase in average drug costs and changes in the cost sharing structures of the plans. The average beneficiary-paid share of expenditures, which includes deductibles, copayments, co-insurances and/or maximums, has increased across all cost bands.

Although high-cost beneficiaries pay for a smaller percentage of their drug costs, they pay more in absolute terms. For example, in 2017, beneficiaries with less than \$5,000 in annual costs paid 15% or \$68 on average, while beneficiaries with over \$50,000 in costs paid 5%, but averaged \$3,986 in actual dollar amounts.



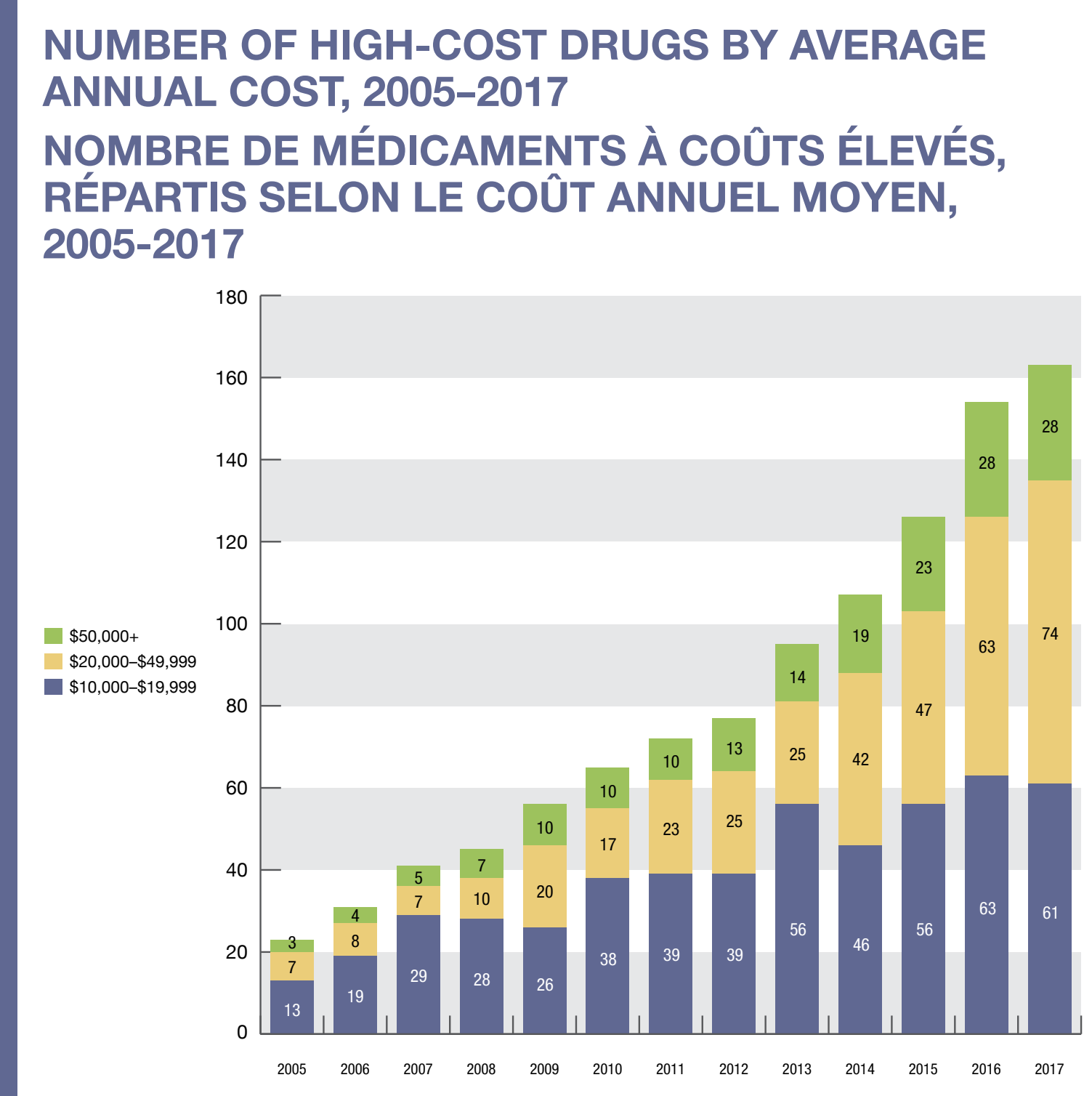
A2. Les patients paient une plus grande part de leurs dépenses

Un bénéficiaire moyen à coûts élevés a versé 1 427 dollars pour ses dépenses en médicaments en 2017, comparativement à 817 dollars en 2005. Cela est dû à l'augmentation du coût moyen des médicaments et aux changements dans les structures de partage des coûts des régimes. La part moyenne des dépenses payées par les bénéficiaires, y compris les franchises, les quotes-parts, les coassurances et/ou les contributions maximales, a augmenté dans toutes les tranches de coûts.

Bien que les bénéficiaires à coûts élevés assument un pourcentage plus faible du coût de leurs médicaments, ils paient davantage en termes absolus. Par exemple, en 2017, les bénéficiaires dont les coûts annuels étaient inférieurs à 5 000 dollars ont payé en moyenne 15 % ou 68 dollars, tandis que les bénéficiaires dont les coûts sont supérieurs à 50 000 dollars ont payé 5 %, mais en moyenne 3 986 dollars en montants réels.

B2. Private drug plans reimbursed 28 drugs costing over 50K in 2017

There has been a sizable increase in the number of high-cost drugs across all cost bands. The number of drugs with an annual cost of more than \$50,000, which are generally used to treat rare conditions and impact a small number of patients, has grown from 3 in 2005 to 28 in 2017.

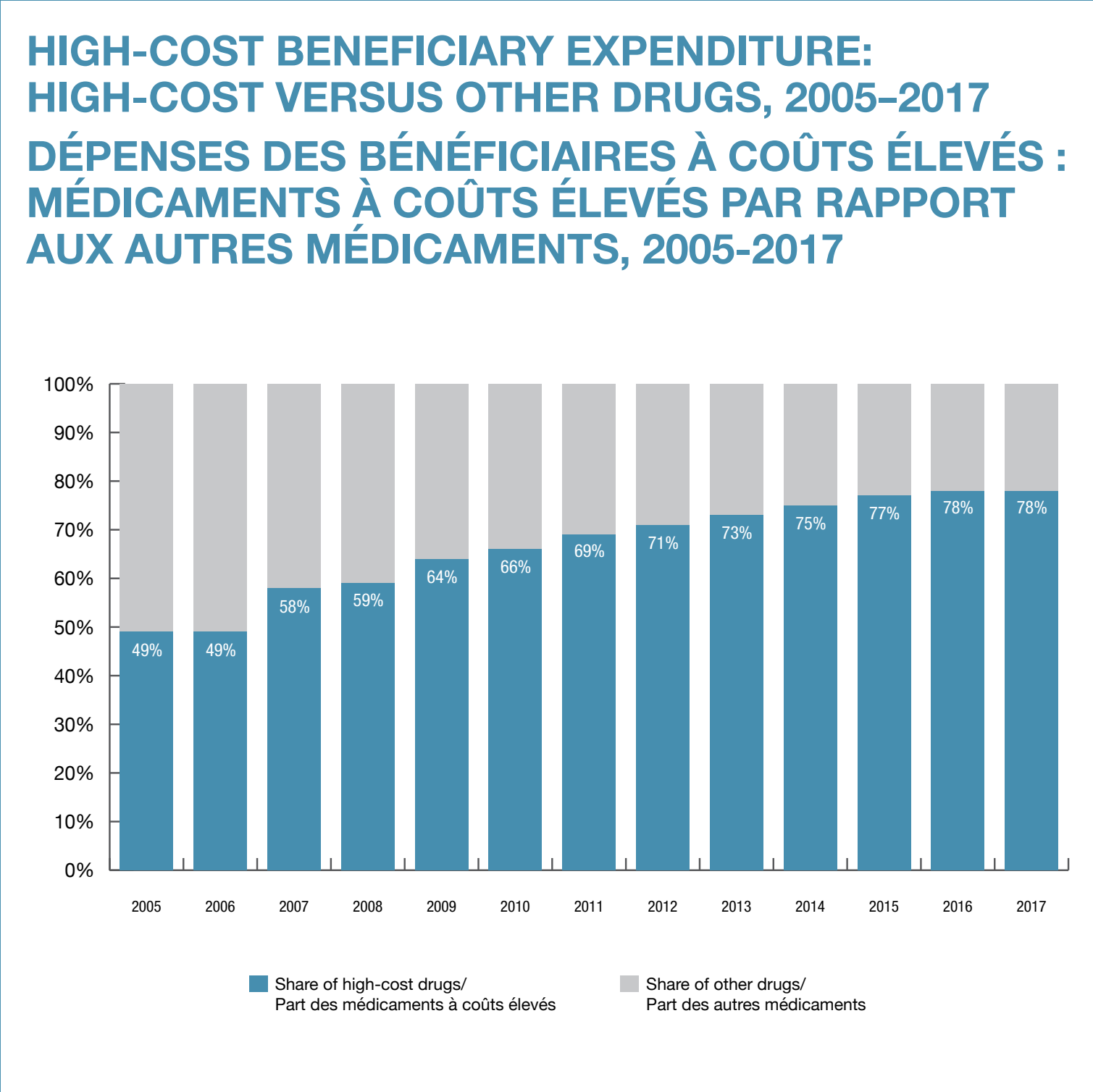


B2. Les régimes privés d'assurance-médicaments ont remboursé 28 médicaments dont le coût était supérieur à 50 000 dollars en 2017

Le nombre de médicaments à coûts élevés a connu une augmentation considérable dans toutes les catégories de coûts. Celui des médicaments dont le coût annuel est supérieur à 50 000 dollars, qui sont généralement utilisés pour traiter des maladies rares et qui touchent un petit nombre de patients, est passé de 3 en 2005 à 28 en 2017.

A3. High-cost drugs account for 78% of expenditures for high-cost beneficiaries

A beneficiary may reach cost levels of over \$10,000 in any given year either because they use high-cost drugs or multiple lower-cost drugs. In 2005, high-cost beneficiaries were a more balanced blend of these two groups, as half their expenditures were for more commonly used drugs, such as statins, antidepressants, drugs for acid-related disorders, antihypertensives, etc. The balance has progressively shifted, resulting in a 20% – 80% split by 2017. This trend is due to both generic drug entries and price reductions, which have lowered prices for more commonly used drugs, as well as a steady increase in the number, use and expenditure of high-cost drugs.



A3. Les médicaments à coûts élevés représentent 78 % des dépenses des bénéficiaires à coût élevé

Un bénéficiaire peut atteindre des niveaux de coûts de plus de 10 000 dollars chaque année parce qu'il utilise des médicaments à coûts élevés ou plusieurs médicaments à coûts moindres. En 2005, les bénéficiaires à coûts élevés étaient répartis de manière plus équilibrée entre ces deux groupes, la moitié de leurs dépenses étant consacrée à des médicaments plus couramment utilisés, comme les statines, les antidépresseurs, les médicaments pour les troubles liés à l'acide, les antihypertenseurs, etc. L'équilibre s'est progressivement rompu, aboutissant à une répartition 20 % – 80 % en 2017. Cette tendance est attribuable à la fois aux arrivées de médicaments génériques et aux réductions de prix, qui ont réduit les prix des médicaments plus couramment utilisés, ainsi qu'à une augmentation constante du nombre, de l'utilisation et des dépenses de médicaments à coût élevé.

B3. The 10 top-selling high-cost drugs account for 15% of private drug plan costs

Over half (6) of the top-selling high-cost drugs are immunosuppressants, while the rest fall into four other categories: other systemic drugs for obstructive airway diseases; antivirals for systemic use; intestinal antiinflammatory agents; and parasymphomimetics, which are used in the treatment of multiple sclerosis. With the exception of Gilenya, Eplclusa and Tecfidera, all of these drugs are biologics. Remicade, which tops the list of high-cost drugs, has one of the highest average costs per active beneficiary in 2017: \$28,804.

TEN TOP-SELLING HIGH-COST DRUGS, 2017
DIX MÉDICAMENTS À COÛTS ÉLEVÉS LES PLUS VENDUS, 2017

Molécule (trade name)/ Molecule (non commercial)	ATC/ Classe de l'ATC	Percentage of total drug cost/ Pourcentage du coût global des médicaments	Average cost per active beneficiary/ Coût moyen par bénéficiaire actif
Infliximab (Remicade)	L04A	4.7%	\$28,804
Adalimumab (Humira)	L04A	4.2%	\$16,107
Etanercept/Etanercept (Enbrel)	L04A	1.4%	\$13,654
Ustekinumab/Ustekinumab (Stelara)	L04A	1.4%	\$19,071
Ormazumab (Stelara)	R03D	1.0%	\$16,282
Gedizumab (Simpson)	L04A	0.7%	\$14,273
Fingolimod (Gilenya)	L04A	0.7%	\$23,494
Sofosbuvir + velpatasvir (Eplclusa)	J05D	0.6%	\$42,884
Vedolizumab (Entyvio)	A07E	0.6%	\$18,033
Dimethyl fumarate (Tecfidera)	N07A	0.5%	\$16,203

B3. Les dix médicaments à coûts élevés les plus vendus totalisent 15 % des coûts des régimes privés d'assurance-médicaments

Plus de la moitié (6) des médicaments à coûts élevés les plus vendus sont des immunosuppresseurs, et les autres appartiennent à quatre autres catégories : les autres médicaments systémiques contre les maladies obstructives des voies respiratoires; les médicaments antiviraux pour usage systémique; les agents anti-inflammatoires intestinaux; et les parasymphomimétiques, lesquels sont utilisés dans le traitement de la sclérose en plaques. À l'exception de Gilenya, d'Eplclusa et de Tecfidera, tous ces médicaments sont biologiques. Remicade, qui figure en tête de liste des médicaments à coûts élevés, a l'un des coûts moyens les plus élevés par bénéficiaire actif en 2017 : 28 804 dollars.

Data Source: IQVIA™ Private Pay Direct Drug Plan Database.

Limitation: The average annual cost per active beneficiary at drug level based on private drug plan data may be underestimated, as some beneficiaries may only use the drug during part of the calendar year analyzed.

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

Sources des données : Base de données sur les régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA™.

Limites : Le coût annuel moyen des médicaments par bénéficiaire actif, établi d'après les données des régimes privés d'assurance-médicaments, peut être sous-estimé, du fait que certains bénéficiaires n'utilisent peut-être le médicament que pendant une partie de l'année civile visée par l'analyse.

Avis de non-responsabilité : Bien qu'ils s'appuient sur les données autorisées provenant de la base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA, les déclarations, les résultats, les conclusions, les opinions et les avis exprimés dans ce rapport sont exclusivement ceux du CEPMB et ne peuvent être attribués à IQVIA.



Patented
Medicine Prices
Review Board

Conseil d'examen
du prix des médicaments
brevetés

NPDUIS is a research initiative that operates independently of the regulatory activities of the PMPRB.

Le SNIUMP est une initiative de recherche qui fonctionne indépendamment des activités de réglementation du CEPMB.

