

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, September 18, 2024

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met with videoconference this day at 4:15 p.m. [ET] to study Bill C-64, An Act respecting pharmacare.

Senator Ratna Omidvar (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Good afternoon, honourable senators. My name is Ratna Omidvar, I am a senator from Ontario and the chair of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

Before we begin, I would like to ask all senators and other in-person participants to consult the cards on the table for guidelines to prevent audio feedback incidents. Please make sure to keep your earpiece away from all microphones at all times. When you're not using your earpiece, please put it face down on the sticker placed on the table for this purpose. Thank you for your cooperation.

Today, we begin our study of Bill C-64, An Act respecting pharmacare. Before we begin, I would like to do a quick introduction of the senators in the room, starting with the deputy chair of the committee.

Senator Cordy: Welcome to the committee and to the Senate. I'm Jane Cordy, a senator from Nova Scotia.

Senator Kingston: Joan Kingston, New Brunswick.

Senator Moodie: Rosemary Moodie, Ontario.

[*Translation*]

Senator Cormier: René Cormier from New Brunswick.

[*English*]

Senator Bernard: Wanda Thomas Bernard, Nova Scotia.

Senator Burey: Sharon Burey, Ontario.

Senator Osler: Flordeliz Gigi Osler, Manitoba.

Senator Cardozo: Andrew Cardozo, Ontario.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 18 septembre 2024

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 15 (HE), avec vidéoconférence, pour étudier le projet de loi C-64, Loi concernant l'assurance médicaments.

La sénatrice Ratna Omidvar (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

La présidente : Bon après-midi, mesdames et messieurs les sénateurs. Je m'appelle Ratna Omidvar, je suis une sénatrice de l'Ontario et je suis présidente du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Avant de commencer, je demanderai à tous les sénateurs et aux autres participants présents dans la salle de consulter les fiches sur la table qui expliquent comment éviter des effets Larsen. Veuillez à tout le temps tenir vos oreillettes éloignées de tous les microphones. Lorsque vous n'utilisez pas votre oreillette, posez-la face vers le bas sur l'autocollant placé sur la table à cet effet. Merci de votre collaboration.

Nous entamons aujourd'hui notre étude du projet de loi C-64, Loi concernant l'assurance médicaments. Avant de commencer, j'inviterai les sénateurs présents dans la salle à se présenter brièvement, en commençant par la vice-présidente du comité.

La sénatrice Cordy : Soyez les bienvenus au comité et au Sénat. Je m'appelle Jane Cordy et je suis sénatrice de la Nouvelle-Écosse.

La sénatrice Kingston : Joan Kingston, du Nouveau-Brunswick.

La sénatrice Moodie : Rosemary Moodie, de l'Ontario.

[*Français*]

Le sénateur Cormier : René Cormier, du Nouveau-Brunswick.

[*Traduction*]

La sénatrice Bernard : Wanda Thomas Bernard, de la Nouvelle-Écosse.

La sénatrice Burey : Sharon Burey, de l'Ontario.

La sénatrice Osler : Flordeliz Gigi Osler, du Manitoba.

Le sénateur Cardozo : Andrew Cardozo, de l'Ontario.

[Translation]

Senator Petitclerc: Chantal Petitclerc from Quebec.

Senator Brazeau: Patrick Brazeau from Quebec.

[English]

Senator Senior: Paulette Senior, Ontario.

Senator Seidman: Judith Seidman, Montreal, Quebec.

Senator Dasko: Donna Dasko, Ontario.

[Translation]

Senator Mégie: Marie-Françoise Mégie from Quebec.

[English]

The Chair: Minister, as you can see, there's a lot of interest in this bill. Thank you for joining us today and for making the time to do so. We welcome, of course, the Honourable Mark Holland, Minister of Health, and officials from Health Canada: Michelle Boudreau, Associate Assistant Deputy Minister, Health Policy Branch; and Daniel MacDonald, Director General, Office of Pharmaceuticals Management Strategies, Health Policy Branch. Thank you all for joining us today.

Minister, we'll begin with your opening remarks of five minutes, and then my colleagues will be able to ask you questions. Thank you.

[Translation]

Honourable Mark Holland, P.C., MP, Minister of Health: Thank you, Madam Chair. I am pleased to join you and my colleagues in this crucial discussion regarding a bill that is essential for our country. The topic is thorny and complex, without a doubt. However, it is now time to greatly improve the quality of health care across the country.

[English]

It's a part of many efforts — I only have five minutes, so I won't talk about those much, but I think it's an important context. Before the pandemic, we recognized that there were a lot of stresses and strains within our health system, and we did not examine many of those as deeply as we needed to as a society. But like all nations, when we went through the pandemic, it became very clear that there were many issues within our health system that were unaddressed and problems that allow it to now be — with burnout and folks coming out of the pandemic and backlogs — in a state of crisis. We need to move from being in a system that's dealing with crisis — waiting

[Français]

La sénatrice Petitclerc : Chantal Petitclerc, du Québec.

Le sénateur Brazeau : Patrick Brazeau, du Québec.

[Traduction]

La sénatrice Senior : Paulette Senior, de l'Ontario.

La sénatrice Seidman : Judith Seidman, de Montréal, au Québec.

La sénatrice Dasko : Donna Dasko, de l'Ontario.

[Français]

La sénatrice Mégie : Marie-Françoise Mégie, du Québec.

[Traduction]

La présidente : Monsieur le ministre, comme vous le voyez, ce projet de loi suscite beaucoup d'intérêt. Je vous remercie de votre présence aujourd'hui et du temps que vous nous consacrez. Nous accueillons, évidemment, l'honorable Mark Holland, ministre de la Santé, et des représentants de Santé Canada; à savoir : Michelle Boudreau, sous-ministre adjointe déléguée, Direction de la politique de la santé; et Daniel MacDonald, directeur général, Bureau des stratégies de gestion des produits pharmaceutiques, Direction de la politique de la santé. Je vous remercie tous d'être des nôtres aujourd'hui.

Monsieur le ministre, nous commencerons par vos observations préliminaires, pour lesquelles vous disposerez de cinq minutes, puis mes collègues vous poseront des questions. Je vous remercie.

[Français]

L'honorable Mark Holland, c.p., député, ministre de la Santé : Merci beaucoup, madame la présidente. C'est un grand plaisir d'être ici avec vous et mes collègues au sujet d'un projet de loi essentiel pour notre pays. C'est un sujet assurément compliqué et délicat. Cependant, il est temps de faire une grande amélioration de la qualité des soins de santé partout au pays.

[Traduction]

Il s'inscrit dans une série d'initiatives — sur lesquelles je ne m'attarderai pas, n'ayant que cinq minutes, mais je pense qu'il est important de le resituer. Nous étions conscients avant la pandémie que notre système de santé était soumis à rude épreuve, mais nous n'avons pas examiné nombre des tensions qu'il subissait de façon aussi approfondie que nous l'aurions dû en tant que société. Comme tous les pays, quand nous avons été aux prises avec la pandémie, il est devenu très évident que notre système de santé présentait beaucoup de problèmes auxquels il n'était pas apporté de solution et qui font qu'il est à présent en crise, avec l'épuisement professionnel, les lendemains de

for people to get sick and dealing with it on the back end — to being in a system based on prevention, care and avoidance of illness.

We know that 70% of chronic disease and illness is preventable, and much of what fills our hospitals and waiting rooms shouldn't be there in the first place, which is critically important not only as a matter of cost but also as a matter of equity. We need to make sure that we arrive at a place where it's not only equitable access to care but also more equitable outcomes.

There are many things we're doing on that front. We've signed agreements with every province and territory on working together and aging with dignity. This is part of the \$200-billion investment in health care, which the federal government is putting in over the next 10 years. We are doing what we're doing in dental care, which is fundamentally not just about overall health, but it is a primary care play. People say, "We have a crisis in primary care. Why are you worried about dental care?" Because it's a very important aspect of that. We've now seen 650,000 Canadians everywhere in the country receiving service. Now over 80% of oral health professionals are participating.

We have really critical work in the House — which I hope is coming to you soon — on interoperability and data. We know that data saves lives — being able to share that information, simplifying processes and making sure that professionals aren't working with antiquated systems is critical.

We're also doing really important work in the area of foreign credentials and many other areas, but I'm here today to talk about pharmacare. Oftentimes, folks are either despairing — it's too much; you can't take it on; stay away from it — or let's jump to a perfect state where we're exactly where we want to be and everything is fixed. Regarding health care in this country, we know that our progress is iterative. As a government, we've already done a lot. I think about the pan-Canadian Pharmaceutical Alliance as an example. We've saved over \$4 billion a year in drug costs by being able to coordinate our drug purchasing. There's a lot more to be done in bulk purchasing.

But this legislation is critical to really take an essential step to demonstrate what is possible when we have universal, single-payer access available for a certain number of drugs.

pandémie et les listes d'attente. Nous devons passer d'un système qui réagit aux situations de crise — qui attend que les personnes soient malades pour les prendre en charge — à un système qui repose sur la prévention, les soins et des mesures pour éviter des maladies.

Nous savons que 70 % des maladies chroniques sont évitables, et que la majeure partie de patients qui remplissent nos hôpitaux et nos salles d'attente ne devraient pas s'y trouver pour commencer, ce qui est d'une importance cruciale non seulement du point de vue des coûts, mais aussi du point de vue de l'équité. Nous devons faire en sorte d'arriver à ce qu'il y ait non seulement un accès équitable aux soins, mais aussi des résultats plus équitables.

Nous faisons beaucoup de choses sur ce front. Nous avons signé des accords avec toutes les provinces et tous les territoires pour travailler de concert et vieillir dans la dignité. Cela fait partie de l'investissement de 200 milliards de dollars dans les soins de santé que le gouvernement fédéral consent sur les 10 prochaines années. Nous faisons ce que nous faisons dans les soins dentaires, et il ne s'agit pas seulement, au fond, de santé générale, mais aussi de santé primaire. Quand j'entends dire que nous avons une crise des soins primaires, alors pourquoi s'inquiéter des soins dentaires, je réponds que c'est parce que c'est un élément très important de ces soins. Plus de 650 000 Canadiens dans le pays bénéficient de ce service. Aujourd'hui, plus de 80 % des professionnels de la santé buccodentaire participent au programme.

Nous menons des travaux tout à fait essentiels à la Chambre — et j'espère que le texte vous sera bientôt transmis — sur l'interopérabilité et les données. Nous savons que les données sauvent des vies — il est essentiel de pouvoir partager l'information, de simplifier les processus et de faire en sorte que les professionnels ne travaillent pas avec des systèmes obsolètes.

Nous faisons également un travail très important en ce qui concerne les titres de compétence étrangers, notamment, mais je suis ici aujourd'hui pour parler de l'assurance médicaments. Souvent, les gens se découragent — c'est trop; la tâche est impossible; ne touchez pas à ce dossier — ou ils disent de se lancer pour arriver à une situation parfaite où nous sommes exactement là où nous voulons être et où tous les problèmes sont réglés. En ce qui concerne les soins de santé dans ce pays, nous savons que nos progrès sont itératifs. Nous avons déjà beaucoup fait en tant que gouvernement. Je pense à l'Alliance pharmaceutique pancanadienne, par exemple. En coordonnant nos achats de médicaments, nous économisons plus de 4 milliards de dollars par an. Il reste beaucoup à faire en matière d'achats groupés.

Cependant, ce projet de loi est essentiel pour vraiment franchir une étape critique afin de montrer ce qu'il est possible de faire en ayant un accès universel à payeur unique pour un certain nombre de médicaments.

We've been talking a lot in hypotheticals — what if this, or what if that — and about a lot of theoretical models. This is not theoretical; it's real. Senators, one of the reasons I thought having a memorandum of understanding with British Columbia was so important was to help the Senate — because I know there were a lot of questions — and show what this would look like. One of the things I explained was that diabetes medications and contraceptives — and the formulary you see is an addendum to this legislation — are the floor, not the ceiling. For the memorandum of understanding with British Columbia, as an example, you see that they're adding — in the announcement we made at the B.C. Women's Hospital & Health Centre — menopausal hormone therapy and drugs related to that. You also see the British Columbia government saying they're very open to expanding the formulary beyond what is here.

This bill allows the flexibility to go make those deals with the provinces and use this as the floor to do more.

Maybe I'll end on this, Madam Chair, because I'm cognizant of time: We have to put this out in the world to show that it works and makes a difference. Just take diabetes as an example. It costs this country about \$30 billion a year. There are so many doctors who tell me, "I've got patients in front of me, and I tell them the medication they've got to take, but they can't take it. Then, they come back much worse and much more ill, costing the system much more money."

Putting this in the world, building evaluation and building data takes a lot of the fear away and demonstrates what is possible when we give people the medication they need. It is a concrete step in the direction we have to go as a country to make sure people can afford the medication they require.

Madam Chair, thank you for the time. I look forward to questions from colleagues.

The Chair: Thank you, minister. Lots of questions are rolling in.

Let me take the opportunity to welcome Senator Boudreau from New Brunswick to our committee.

You will have four minutes for every question and answer, colleagues.

Senator Cordy: I figured it would be a little amount of time when I looked around the table. Thank you, minister, for being here.

Nous parlons beaucoup à partir d'hypothèses — et si ceci ou si cela — et nous parlons de beaucoup de modèles théoriques. Ce projet n'est pas théorique. Il est bien réel. Mesdames et messieurs, si j'ai pensé qu'il était si important d'avoir un protocole d'entente avec la Colombie-Britannique, c'était notamment pour aider le Sénat — parce que je sais qu'il y avait beaucoup de questions — et pour montrer à quoi cela ressemblerait. J'ai entre autres expliqué que les médicaments contre le diabète et les contraceptifs — et la liste de médicaments que vous voyez est un addenda à ce projet de loi — sont un début, pas une fin, autrement dit un plancher, pas un plafond. Dans le cas du protocole d'entente avec la Colombie-Britannique, par exemple, vous voyez que l'on ajoute — dans l'annonce que nous avons faite au B.C. Women's Hospital & Health Centre — l'hormonothérapie de la ménopause et les médicaments qui s'y rapportent. De plus, le gouvernement de la Colombie-Britannique se déclare tout à fait ouvert à élargir la liste de médicaments au-delà de ce qu'elle contient actuellement.

Le projet de loi donne la latitude de conclure ces ententes avec les provinces et de s'en servir comme point de départ pour faire plus.

J'en resterai peut-être là, madame la présidente, car j'ai conscience que le temps passe. Nous devons mettre en place ce régime pour montrer qu'il fonctionne et qu'il améliore les choses. Prenons, par exemple, le diabète. Il coûte au pays environ 30 milliards de dollars par an. Il y a tellement de médecins qui me disent qu'ils prescrivent un médicament à leurs patients, mais qu'ils n'ont pas les moyens de l'acheter, et quand ils reviennent en consultation, leur état s'est nettement dégradé et ils sont bien plus malades, ce qui coûte beaucoup plus cher au système.

En instaurant ce régime, en l'évaluant et en recueillant des données, on dissipera en grande partie les craintes et on montrera ce qu'il est possible de faire quand les patients obtiennent les médicaments dont ils ont besoin. C'est une étape concrète dans la direction dans laquelle nous devons aller en tant que pays pour faire en sorte que les Canadiens puissent se procurer les médicaments dont ils ont besoin.

Madame la présidente, je vous remercie de ce temps de parole. Je répondrai volontiers aux questions des sénateurs.

La présidente : Je vous remercie, monsieur le ministre. Les questions ne manquent pas, loin de là.

Permettez-moi de saisir l'occasion pour accueillir au comité le sénateur Boudreau du Nouveau-Brunswick.

Chers collègues, vous disposerez de quatre minutes par question et réponse.

La sénatrice Cordy : J'ai pensé, en regardant autour de la table, que nous disposerions de peu de temps. Je vous remercie, monsieur le ministre, de votre présence.

You talked about the dental program, so I'm just going to take a couple of seconds of my time to tell you that I have received significant feedback from people in Nova Scotia about the dental plan. I know it was initially stated that the uptake wasn't that great; now it's up to 80%, which is phenomenal for any federal program or any program of any kind. The feedback has been so positive, so thank you very much for your work in that area.

My question related to Bill C-64 concerns the committee of experts and the membership on that. In an opinion piece, Matthew Herder, a professor of law and medicine at Dalhousie University in Halifax — and he will be appearing before this committee tomorrow — argued that the government must put in place a firewall between the pharmaceutical industry interests and the expert committee proposed in Bill C-64. That concern was also echoed by the Canadian Federation of Nurses Unions.

How do you perceive or see the handling of the conflicts of interest among the membership? You want a board that is knowledgeable, but, on the other hand, there cannot be any perceived feelings by the public that there are conflicts of interest with board members.

Mr. Holland: Thank you, senator.

In the first order, I agree with you on dental care. This is kind of the way it's going to go with everything. There's a reason things were not done before, and it's because they're hard. You take a look at dental: Yes, a lot of people were saying we wouldn't get more than 20% of dentists signing on. It was a lot of conversations and building of trust to reach the point where we're now at 80%. Similarly, this will be an iterative process as we deal with pharmacare.

On the committee of experts, they're going to be jointly named, as you're aware, by two political parties — putting both of those names in. The chair will be equally agreed upon. I am absolutely committed to making sure the committee has no concerns around the idea of conflict of interest. It's so critical that people see this as a group of experts who are squarely and entirely focused on ensuring we have medicine for folks in the most efficacious way that represents the interests of Canadians.

We've had very good and easy conversations on that with the NDP, who, in this instance, would be the ones we would be selecting that committee with. Therefore, I don't believe there's going to be a problem in terms of a conflict of interest. It's not what we're looking for.

Senator Cordy: Can you also ensure, minister, there's proper representation from across the country? Being from Nova Scotia, I often find that when you're looking at national committees,

Vous avez parlé du programme de soins dentaires. Je prendrai donc quelques instants pour vous dire que j'ai reçu beaucoup de commentaires de Néo-Écossais à son sujet. Je sais qu'il a d'abord été dit que la participation n'était pas extraordinaire, mais à présent, elle est de 80 %, ce qui est phénoménal pour un programme fédéral ou pour n'importe quel programme. Les commentaires sont très positifs. Un grand merci, donc, pour votre travail dans ce domaine.

Ma question au sujet du projet de loi C-64 concerne le comité d'experts et sa composition. Dans un article d'opinion, Matthew Herder, qui est professeur de droit et de médecine à l'Université Dalhousie à Halifax — et qui comparait demain devant le comité — explique que le gouvernement doit séparer nettement les intérêts de l'industrie pharmaceutique et le comité d'experts proposé dans le projet de loi C-64. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers a exprimé la même préoccupation.

Comment pensez-vous que l'on gèrera les conflits d'intérêts des membres? Le comité doit être compétent, mais le public ne doit pas avoir l'impression que ses membres ont des conflits d'intérêts.

M. Holland : Je vous remercie, sénatrice.

Premièrement, je suis d'accord avec vous en ce qui concerne les soins dentaires. Il en ira plus ou moins de même avec tout. Si des choses n'ont pas été faites avant, c'est parce qu'elles sont difficiles à mettre en place. En effet, beaucoup de gens disaient que pas plus de 20 % des dentistes adhèreraient au programme. Il a fallu beaucoup de conversations et il a fallu instaurer la confiance pour arriver à 80 % de participation. Le processus sera également itératif avec l'assurance médicaments.

En ce qui concerne le comité d'experts, ses membres seront, comme vous le savez, nommés conjointement par deux partis politiques — qui proposeront tous deux des noms. Ils devront aussi s'entendre sur le choix du président. J'entends bien faire en sorte qu'il n'y ait pas l'ombre de conflits d'intérêts au comité d'experts. Il est essentiel que nos concitoyens le voient comme un groupe d'experts dont la seule et unique préoccupation est de faire en sorte que nous ayons des médicaments pour la population de la manière la plus efficace qui soit et dans l'intérêt des Canadiens.

Nous avons eu de très bonnes conversations à ce sujet avec le NPD, qui, dans ce cas, sera le parti avec lequel nous sélectionnerons les membres de ce comité. Par conséquent, je ne pense pas qu'il y ait de problème de conflit d'intérêts. Ce n'est pas ce que nous cherchons.

La sénatrice Cordy : Monsieur le ministre, pouvez-vous aussi garantir une représentation équitable de l'ensemble du pays? Je viens de la Nouvelle-Écosse et je constate souvent que

they tend to be Ontario-centric and Quebec-centric. Will you ensure there's representation from across the country?

Mr. Holland: Absolutely, senator, yes.

Senator Cordy: Thank you.

The Chair: Senator Seidman, the critic of the bill, will ask her questions next.

Senator Seidman: Thank you for being with us, minister.

Bill C-64 states it will create a universal, single-payer, first-dollar system for products, yet you have stated that you don't expect this coverage to displace Canadians' private insurance coverage. However, by any other standards or convention, that's not what those terms mean.

For example, the 2019 Hoskins report, commissioned by your government, employed those terms to describe a system whereby private insurance would be phased out over time. While there are lots of disagreements among both supporters and critics of this approach, it seems the one thing everyone can agree upon is the unnecessary confusion that the use of this terminology has created.

Minister, if you don't intend to create a fully public, single-payer system, will you commit to amending this legislation to accurately reflect your public statements to create a fill-in-the-gaps program, which is the pilot project in Prince Edward Island?

Mr. Holland: Thank you for the question, senator.

What we're doing here isn't covering all pharmaceuticals; it's covering a narrow range. What we've said is important because there's much more that insurance covers than we're able to cover in the first days of this — folks will have a choice between using private insurance or using a universal, single-payer model. I would imagine for folks who have a significant copay, as an example, or even a 10% or 15% copay, they might well make the choice to go use the universal, single-payer model.

On the idea that people would lose coverage, I don't see that. People have a choice. They can use the existing insurance that they will have and need, because they will need much more than what is covered under this bill, or they can turn to — if you want to take a look at what it would look like, you can see what the memorandum of understanding in B.C. shows, which is that the patient doesn't pay. In terms of the patient experience, a copay can be a significant barrier. We have a lot of people for whom a copay on their diabetes medication makes the difference between —

les comités nationaux ont tendance à être centrés sur l'Ontario et le Québec. Veillerez-vous à ce que tout le pays soit représenté?

M. Holland : Certainement, sénatrice.

La sénatrice Cordy : Je vous remercie.

La présidente : La sénatrice Seidman, porte-parole de l'opposition pour le projet de loi, vous posera maintenant ses questions.

La sénatrice Seidman : Monsieur le ministre, je vous remercie de votre présence.

Le projet de loi C-64 déclare qu'il créera un régime public d'assurance médicaments universel à payeur unique offrant une couverture au premier dollar qui remplacera la couverture de l'assurance privée des Canadiens. Cependant, quels que soient les critères ou la convention, ce n'est pas ce que ces termes veulent dire.

Par exemple, le rapport Hoskins de 2019, commandé par le gouvernement libéral, emploie ces termes pour décrire un régime dans lequel les régimes d'assurance privés disparaîtraient progressivement. Les désaccords sont nombreux parmi les tenants et les détracteurs de cette approche, mais il semble que tout le monde s'entende sur le fait que l'utilisation de cette terminologie crée une confusion inutile.

Monsieur le ministre, si vous ne comptez pas créer un régime à payeur unique entièrement public, vous engagez-vous à modifier ce projet de loi afin qu'il reflète fidèlement vos déclarations publiques concernant la création d'un programme qui comble les lacunes, ce qui est le cas du projet pilote à l'Île-du-Prince-Édouard?

M. Holland : Je vous remercie de la question, sénatrice.

Nous ne couvrons pas tous les produits pharmaceutiques, mais une gamme réduite. Ce que nous avons dit est important, car les assurances sont en mesure de couvrir beaucoup plus que nous dans les premiers temps de ce régime — les Canadiens pourront choisir une assurance privée ou un modèle universel à payeur unique. J'imagine que les personnes dont la quote-part est élevée, par exemple, ou même de 10 ou 15 %, choisiront probablement d'utiliser le modèle universel à payeur unique.

Quant à l'idée que des personnes ne seraient plus couvertes, je ne pense pas que ce sera le cas. Les Canadiens ont un choix. Ils peuvent utiliser leur régime d'assurance existant dont ils ont besoin, parce qu'ils auront besoin de bien plus que ce qui est couvert dans le cadre de ce projet de loi, ou ils peuvent opter pour — si vous voulez avoir une idée de ce à quoi le système ressemblera, voyez ce qui ressort du protocole d'entente en Colombie-Britannique, c'est-à-dire que le patient ne paie pas. Pour ce qui est de l'expérience du patient, une quote-part peut constituer un obstacle important. Pour beaucoup de gens, une

Senator Seidman: I don't mean to interrupt you or be rude, but I only have four minutes.

Do you really expect that private insurers would continue their private insurance for the 97% of Canadians who have private insurance when the federal government is offering to pay fully for diabetes medications and contraception? Do you really believe private insurers will continue to cover us — 97% of Canadians?

Mr. Holland: What I was saying, senator, is that in the example where somebody is making the choice to use their insurance or not, the insurance covers much more than what we cover. From the perspective of somebody making this choice, do they use their insurer or do they use the universal, single-payer model? It doesn't much matter because they wind up in the same place —

Senator Seidman: I don't want to be rude again, but they might not have a choice because their private insurer might say, "Sorry, we don't cover it any longer. Go to the province or the feds and get covered."

That is the point. You're saying that I, as an individual — for example, I have private insurance — have the choice to stay with my private insurer or go to the public insurer, meaning the federal government and the provincial arrangement. However, my private insurer might no longer cover me. In fact, it might start to be a gradual process of loss of private insurance.

Mr. Holland: The point here is to make sure that if somebody, for example, needs metformin, the following is possible: Of the hundreds of plans that are out there, if one of the plans says they aren't covering metformin of this type because it's available under the public plan, then the person would continue to have coverage under the public plan. They would continue to have coverage, which I think is the point. In the existing paradigm today, about one quarter of diabetes patients are citing cost as a significant barrier to them being able to have access to the medication they need. That means we have about a quarter of a million people who are not necessarily getting the medication they need because of affordability. This is going to end that. That's a good thing. Whether they're covered —

The Chair: Colleagues, I'm sure we're going to return to this question. We must move on.

Senator Osler: Thank you, minister, for being here. I have two questions.

quote-part sur les médicaments contre le diabète fait la différence entre...

La sénatrice Seidman : Je ne voudrais pas vous interrompre ou me montrer impolie, mais je ne dispose que de quatre minutes.

Pensez-vous vraiment que les assureurs privés maintiendront leurs régimes privés pour les 97 % de Canadiens qui ont une assurance privée si le gouvernement fédéral offre de payer entièrement les médicaments contre le diabète et les contraceptifs? Croyez-vous vraiment que les assureurs privés continueront de nous couvrir — je parle de 97 % des Canadiens?

M. Holland : Ce que je dis, sénatrice, c'est que dans l'exemple où quelqu'un choisit d'utiliser son assurance ou pas, l'assurance couvre beaucoup plus que ce que nous couvrons. Quelqu'un qui fait ce choix utilisera-t-il son assureur ou le modèle universel à payeur unique? Cela n'a pas beaucoup d'importance, car le résultat sera le même pour cette personne...

La sénatrice Seidman : Encore une fois, je ne voudrais pas me montrer impolie, mais il se peut que cette personne n'ait pas le choix parce que son assureur lui dira peut-être qu'il ne peut plus l'assurer et lui conseillera de s'adresser à la province ou au gouvernement fédéral.

Voilà le problème. Vous dites que j'ai, personnellement, par exemple, une assurance privée et que j'ai le choix de rester avec mon assureur privé ou de passer à l'assureur public, autrement dit au gouvernement fédéral et à l'arrangement provincial. Cependant, il se peut que l'assureur privé ne veuille plus me couvrir. En fait, l'assurance-médicaments risque de déclencher un processus de perte progressive de l'assurance privée.

M. Holland : L'idée, en l'occurrence, est de faire en sorte que si quelqu'un a besoin, par exemple, de metformine, ce qui suit est possible : un des régimes parmi les centaines qui existent dit qu'il ne couvre pas la metformine de ce type parce qu'elle fait partie du régime public, la personne continuera d'être couverte par le régime public. La personne restera assurée, ce qui est, selon moi, l'idée. Dans le paradigme actuel, environ un quart des patients diabétiques mentionnent le coût comme obstacle important les empêchant d'avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin. Autrement dit, nous avons environ 250 000 personnes qui ne se procurent pas nécessairement les médicaments dont elles ont besoin parce que leur prix est inabordable pour elles. L'assurance-médicaments mettra fin à ce problème. C'est une bonne chose. Qu'elles soient couvertes ou pas...

La présidente : Chers collègues, je suis certaine que nous reviendrons à cette question. Nous devons poursuivre.

La sénatrice Osler : Monsieur le ministre, je vous remercie de votre présence. J'ai deux questions.

The Hoskins Advisory Council on the Implementation of National Pharmacare recommended following the model of the Canada Health Act, yet there's nothing specified in Bill C-64 to ensure that the bilateral agreements between the Government of Canada and provinces and territories will be consistent across all jurisdictions and will harmonize national pharmacare.

First, why did the government decide not to include clear standards in Bill C-64, such as the program criteria around universality, accessibility and public administration, which are contained in the Canada Health Act?

Second, does the government intend to apply a most-favoured-nation policy to any future purchases of medicines covered as part of national pharmacare? As you know, that's a policy approach such that private drug plans would receive the same discounts as those negotiated by public plans. If the answer is "yes," how will a most-favoured-nation policy avoid increasing prices across both private and public plans, because that is what happened when Quebec tried this: Prices in Quebec didn't go down, and prices elsewhere went up.

Mr. Holland: Thank you very much, senator.

In the first order, we absolutely need to work with the private sector. When I talk to the pharmaceutical industry or insurers, there's a great deal of both in this: participating in bulk purchasing and finding ways to work together to bring down costs. We would look at any model that does that and not the counter.

I think there are a lot of opportunities through collaborating, bulk purchasing and working together to drive those costs down, not up.

In respect to — sorry, what was your first question?

Senator Osler: Criteria in Bill C-64 similar to the Canada Health Act around public administration and universality.

Mr. Holland: It's extremely important — and I've said this from the beginning — that this is something we're putting in the world to demonstrate how it's going to function and how it's going to work. We have a committee of experts that's being struck, and that's going to be populated, to look at what the cost implications are, and how this would be brought in on a universal, single-payer model going forward — and I think we have to be very careful to say we're going in stages and gauge. We're doing this, building evaluation and seeing how it works. You have my commitment — in fact, you have it in

Dans son rapport, le rapport Hoskins, le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments recommande de suivre le modèle de la Loi canadienne sur la santé, mais rien n'est précisé dans le projet de loi C-64 pour garantir que les ententes bilatérales entre le gouvernement du Canada et les provinces et territoires seront uniformes et qu'il y aura une harmonisation du régime national d'assurance-médicaments.

Premièrement, pourquoi le gouvernement a-t-il décidé de ne pas inclure de critères clairs dans le projet de loi C-64, comme les critères de programme sur l'universalité, l'accessibilité et l'administration publique, qui figurent dans la Loi canadienne sur la santé?

Deuxièmement, le gouvernement compte-t-il appliquer une politique de la nation la plus favorisée à tout achat futur de médicaments couverts dans le cadre d'un régime national d'assurance-médicaments? Comme vous le savez, dans ce type d'approche, les régimes d'assurance-médicaments privés bénéficieraient des mêmes rabais que les régimes publics. Si la réponse est oui, comment une politique de la nation la plus favorisée évitera-t-elle une augmentation des prix dans les régimes publics et privés, car c'est ce qui est arrivé quand le Québec a essayé cette méthode. Les prix n'ont pas baissé dans cette province et ils ont augmenté ailleurs.

M. Holland : Je vous remercie, sénatrice.

Premièrement, nous devons absolument travailler avec le secteur privé. Quand je parle avec l'industrie pharmaceutique ou les assureurs, il est beaucoup question de participation aux achats groupés et de trouver des moyens de travailler ensemble pour faire baisser les coûts. Nous sommes prêts à examiner tout modèle qui va dans ce sens et pas le contraire.

La collaboration, les achats groupés et travailler ensemble ouvrent, à mon avis, quantité de possibilités de faire baisser les coûts et pas le contraire.

En ce qui concerne — je suis désolé, quelle était votre première question?

La sénatrice Osler : Des critères dans le projet de loi C-64 semblables à ceux de la Loi canadienne sur la santé en ce qui a trait à l'administration publique et à l'universalité.

M. Holland : Il est très important — et je le dis depuis le début — de souligner qu'il s'agit de quelque chose que proposons pour montrer comment ce régime fonctionnera. Nous constituons un comité d'experts, dont les membres vont être nommés, qui examinera les répercussions financières et réfléchira à la façon d'en tenir ensuite compte dans un modèle universel à payeur unique — et je crois que nous devons bien veiller à dire que nous procédons par étapes et évaluons les résultats. C'est ce que nous faisons, évaluer et voir comment cela fonctionne. Je vous promets — en fait, le protocole d'entente

demonstrated print in the memorandum of understanding with British Columbia — that we're seeking a universal, single-payer model for this agreement.

Then, in terms of the future state, one of the things we have to demonstrate — before we broadcast into the market what the federal government is going to do — is we have to understand how it's going to function, how it's paid for and how you will deal with the existing model; this committee and its work is very much centred on that.

It isn't to be exclusionary; it's to recognize that this is an iterative process.

Senator Osler: To use your analogy of a floor, Bill C-64 is building that floor. My concern is that floors will be uneven across provinces and territories. There might be holes in the floor because each province and territory will have a different agreement. At least in the Canada Health Act, we have those principles enshrined in federal law.

What I'm hearing from you regarding the most-favoured-nation policy — maybe, yes or no?

Mr. Holland: I wouldn't want to opine on that.

I will say that, again, we are looking very carefully at evaluations, data and other experiences from other jurisdictions on what actions we can take that will reduce drug costs and not increase them. Certainly, collaborating and doing things like bulk purchasing make a lot of sense. I'm not going to talk about anything outside of that other than to say we're not going to engage in something that's been demonstrated through data to not be effective.

I don't like uneven floors — they're unsafe — but one of the things I will say about this floor is it establishes that we should not go below this point. What you've seen in British Columbia is it means that more can be done. I think that's a good thing, and I think we would agree that's a good thing. I was ecstatic. In fact, I was there at the B.C. Women's Hospital & Health Centre talking with physicians about how important menopausal hormone therapy is, as is access to those drugs, and what that means for —

The Chair: Sorry, I need to be fair to my colleagues, so I must interrupt.

Mr. Holland: That's your job, and I respect that.

Senator Moodie: Thank you for being here, minister. You mentioned the memorandum of understanding with British Columbia and pharmacare in anticipation of this bill passing. What are the implications of this agreement, especially for the other provinces and territories that will now come in line to form

avec la Colombie-Britannique en ait la preuve écrite — que nous cherchons un modèle universel à payeur unique pour cet accord.

Ensuite, pour ce qui est de la situation future, il nous faut notamment démontrer — avant d'annoncer au marché ce que le gouvernement fédéral va faire — que nous savons comment le régime fonctionnera, comment il sera financé et ce qu'il adviendra du modèle existant. Le comité est d'ailleurs très centré sur cet aspect dans ses travaux.

Il ne s'agit pas d'être restrictif, mais de reconnaître que ce processus est itératif.

La sénatrice Osler : Pour reprendre votre analogie, le projet de loi C-64 bâtit un plancher. Je crains, toutefois, que le plancher soit inégal entre les provinces et les territoires. Il se peut qu'il y ait des trous dedans parce que chaque province et chaque territoire aura sa propre entente. Au moins, avec la Loi canadienne sur la santé, ces principes sont inscrits dans le droit fédéral.

Que me répondez-vous au sujet de la politique de la nation la plus favorisée — peut-être oui ou non?

M. Holland : Je ne me prononcerai pas à ce sujet.

Je dirai, une fois de plus, que nous examinons très soigneusement les évaluations, les données et l'expérience d'autres endroits en ce qui concerne les mesures que nous pouvons prendre pour réduire le coût des médicaments et ne pas l'augmenter. Il est certain qu'il est très logique de collaborer et de faire, par exemple, des achats groupés. Je ne parlerai de rien d'autre en dehors de cela, si ce n'est pour dire que nous n'allons pas nous lancer dans quelque chose dont les données montrent que ce sera inefficace.

Je n'aime pas les planchers inégaux — ils ne sont pas sûrs —, mais je dirai notamment à propos de ce plancher-ci qu'il établit que nous ne devons pas aller en deçà de ce point. Ce que nous constatons en Colombie-Britannique montre qu'il est possible de faire plus. Je pense que c'est une bonne chose et il me semble que nous sommes d'accord à cet égard. J'étais ravi. En fait, je parlais avec des médecins à la B.C. Women's Hospital & Health Centre de l'importance de l'hormonothérapie de la ménopause, tout comme de l'accès à ces médicaments, et de ce que cela veut dire pour...

La présidente : Je suis désolée, mais je dois être juste avec mes collègues. Je dois donc vous interrompre.

M. Holland : C'est votre rôle et je le respecte.

La sénatrice Moodie : Monsieur le ministre, je vous remercie de votre présence. Vous avez mentionné le protocole d'entente avec la Colombie-Britannique et l'assurance-médicaments en prévision de l'adoption de ce projet de loi. Quelles sont les conséquences de cette entente, en particulier pour les autres

agreements? What have you learned from this process, moving forward, that you think may change what it looks like or can be added on to?

Mr. Holland: Thank you, senator. It's a great question.

In the first order, it demonstrates we can do more. Also, we're not going to punish leaders. There are certain provinces that are already acting in these spaces, so this money that we're putting in, as a federal government, is creating a displacement of dollars. We're not going to punish that. We're going to work together in an aligned way to do more and to expand.

I thought that for B.C. — and it was B.C.'s decision to do it — to move in the direction of menopausal hormone therapy was really appropriate, because it's dealing with women's health, which is absolutely at the centre of what we're doing in contraceptives and very symbiotic with that.

What lesson is there for other provinces? This is an opportunity to do more and show more ambition. That's the first thing. The second thing is that it also gave us an opportunity to demonstrate in the diabetes formulary and the formulary on contraceptives that there is openness to do more. Just because this is the list we have doesn't mean it's what we're going to do, but it ensures that we established a base and a floor from which we can build and do more. Certain provinces may have different needs and may need to dial that based upon the profile of drug use in their jurisdictions.

In the third order, it frankly shows it's possible. Putting this out in the world demonstrates that it's not — one of the criticisms you hear is that this is just talk and isn't really going to happen, or we're not really going to do this. We heard that with dental. You have to show people tangible things in the world. This is why nothing has happened with pharmacare before: You have to start somewhere. Everyone is saying they can start here or there.

I'm not saying it's perfect, but it gives us a foothold; it's a step up the mountain to where we need to go. If we don't start walking up this mountain, we're never going to get there.

Senator Moodie: Academics and experts have suggested amendments to this bill to most of us here, I think. Why should we not amend this bill?

Mr. Holland: I'm deeply respectful of your chamber, and you have such an important role to play in reviewing legislation and suggesting amendments. This is a bit different in that it was balanced on a pinhead. This is, by far — and I've been involved

provinces et les territoires qui vont maintenant s'aligner pour conclure des ententes? Quels enseignements avez-vous tirés de ce processus, pour la suite, qui pourrait changer, selon vous, à quoi ressemblera le régime, ou pourrait amener à ajouter des éléments?

M. Holland : Je vous remercie, sénatrice. C'est une excellente question.

Premièrement, ce processus montre que nous pouvons faire plus. En outre, nous n'allons pas punir les dirigeants. Certaines provinces agissent déjà dans ces domaines et l'argent investi par le gouvernement fédéral crée un transfert de fonds. Nous n'allons pas prendre de sanctions. Nous allons travailler ensemble, en harmonie, pour faire plus et aller plus loin.

J'ai pensé qu'il était très approprié que la Colombie-Britannique — et c'était sa décision — choisisse l'hormonothérapie de la ménopause parce que cela concerne la santé des femmes qui est au cœur de ce que nous faisons en matière de contraceptifs et qui est très symbiotique, cela dit.

Quels enseignements peut-on en tirer pour les autres provinces? C'est une occasion de faire plus et de se montrer plus ambitieux. C'est la première chose. Ensuite, c'est aussi pour nous l'occasion de montrer dans la liste des médicaments contre le diabète et la liste des contraceptifs qu'il est possible de faire plus. Ce n'est pas parce que nous avons cette liste que nous nous en tiendrons là, mais elle garantit que nous établissons une base, un plancher à partir duquel bâtir et faire plus. Il se peut que certaines provinces aient d'autres besoins et qu'il faille en tenir compte en se fondant sur leur profil d'utilisation des médicaments.

Enfin, ce protocole d'entente montre vraiment que c'est possible. Proposer ce projet de loi montre que ce n'est pas — on entend dire, entre autres critiques, que ce ne sont que des paroles et qu'il ne se passera rien en réalité ou que nous n'allons pas concrétiser ce projet. On nous disait cela au sujet des soins dentaires. Il faut montrer des choses concrètes aux gens. C'est pourquoi il ne s'est rien passé avant en ce qui concerne l'assurance-médicaments, car il faut commencer quelque part. Tout le monde dit qu'il commencera ici ou là.

Je ne dis pas que c'est parfait, mais cela nous donne un point de départ pour gravir la montagne qui nous attend. Si nous ne commençons pas à gravir cette montagne, nous n'atteindrons jamais le sommet.

La sénatrice Moodie : Des chercheurs et des experts ont proposé à la plupart d'entre nous, je crois, des modifications à ce projet de loi. Pourquoi devrions-nous modifier ce projet de loi?

M. Holland : Je respecte infiniment votre chambre, et vous avez un rôle très important à jouer dans l'examen des projets de loi et la proposition d'amendements. C'est un peu différent avec ce texte, car son équilibre est millimétré. Il s'agit, de loin — et

in a lot of complex things — the most difficult bit of business I've ever been in. Every syllable and word in this bill was debated and argued over. It is the result of really important collaboration. It was not one political party but two, with two very different views, finding a way to find common ground.

I freely acknowledge that it's imperfect, but, in this instance, we have to be very careful of not allowing perfection to be the enemy of progress. We don't have a lot of time. The reality is that opponents will criticize this as just being fantasy, so if we spend a long time wordsmithing and trying to make the legislation perfect, then the criticism that it's not real starts to feel real for people because they don't get drugs and an improvement in their life.

I'll finish here, chair, because I know I'm being long-winded, but I do fear that people will look at this, and how difficult it was to negotiate and how difficult it was just to get to where we are, and somebody is going to say that they won't touch that again. I think we have a window of opportunity.

[Translation]

Senator Mégie: Thank you for being here, minister. I will ask two questions that I hope will be brief.

From what I understand, Bill C-64 will be implemented approximately 18 months after the vote. Is it true that if it is adopted, it will be implemented in approximately 18 months?

Mr. Holland: Yes.

Senator Mégie: Quebec worked on the public pharmacare plan that was adopted in June 1996, and the first medications were delivered to people on January 1, 1997. That was about six months later. Is there any way to shorten the time lag so that Canadians can start benefiting from it sooner?

Mr. Holland: I am not sure I understand the question, but I will try to answer.

An agreement can be signed with each province and territory almost immediately after the bill is adopted by the Senate.

After an agreement is signed, Quebec and the other provinces may start distributing medications. There is no issue there. However, it is clearly not easy to negotiate an agreement with Quebec due to its existing system. We really need to work with the province of Quebec and stay within jurisdictions. The issue of drug availability is not a problem.

j'ai pris part à quantité de tâches complexes — de la tâche la plus difficile à laquelle j'ai jamais participé. Chaque syllabe et chaque mot de ce projet de loi ont été débattus et discutés. C'est le résultat d'une très importante collaboration. Ce n'est pas un parti, mais deux, aux points de vue très différents, qui ont réussi à trouver un terrain d'entente.

Je reconnais volontiers que le texte est imparfait, mais en l'occurrence, nous devons faire très attention à ne pas laisser le mieux être l'ennemi du bien. Nous n'avons pas beaucoup de temps. En réalité, ses détracteurs reprocheront au projet de loi de n'être qu'élucubrations. Par conséquent, si nous passons beaucoup de temps à reformuler pour essayer d'arriver à un texte parfait, les Canadiens auront l'impression que le reproche selon lequel ce ne sont qu'élucubrations est fondé parce qu'ils n'obtiendront pas de médicaments et ne verront pas d'amélioration à leur vie.

Je m'arrêterai là, madame la présidente, car je sais que j'ai tendance à beaucoup parler, mais je crains que l'on regarde ce projet de loi, que l'on voie combien il a été difficile à négocier et combien il a été difficile ne serait-ce que d'arriver là où nous sommes, et que quelqu'un dise que l'on ne retouchera plus à ce dossier. J'estime que nous avons l'occasion d'agir.

[Français]

La sénatrice Mégie : Merci d'être avec nous, monsieur le ministre. Je vais poser deux questions qui, je crois, sont brèves.

J'ai compris que la mise en place du projet de loi C-64 devrait se faire environ 18 mois après le vote. Est-ce exact? S'il est adopté, la mise en place se fera dans 18 mois environ?

M. Holland : Oui.

La sénatrice Mégie : Le Québec a travaillé sur le régime public d'assurance médicaments qui a été adopté en juin 1996, et le premier médicament a été livré aux gens le 1^{er} janvier 1997. On parle donc d'environ six mois. De plus, le régime couvrait 8 000 médicaments. N'y aurait-il pas moyen de travailler à raccourcir le délai, afin que les Canadiens puissent commencer à en bénéficier plus tôt?

M. Holland : Je ne suis pas sûr de comprendre la question, mais je peux essayer d'y répondre.

Il est possible de signer une entente avec chaque province et territoire presque immédiatement après l'adoption du projet de loi par le Sénat.

Il est possible pour le Québec et les autres provinces, après qu'une entente a été signée, de commencer la distribution des médicaments. Il n'y a aucun problème avec cela. Cependant, ce n'est pas facile de négocier une entente avec le Québec; c'est clair. Il y a un système qui existe. Il est important de travailler avec la province de Québec et de respecter ses compétences. La

Senator Mégie: Thank you. My second question is the following: Did Bill C-64 undergo a Gender-based Analysis Plus?

Mr. Holland: Yes, it did.

Senator Mégie: Did we receive it? Okay.

[English]

Senator Brazeau: Minister, as you know, the federal government has a fiduciary obligation to provide non-insured health benefits to First Nations people. Could you expand upon or talk about how this piece of legislation may hinder, may complement or may not affect non-insured health benefits for First Nations people?

Mr. Holland: Thank you, senator. It is an incredibly important question.

Let me say that with respect to non-insured health benefits, there will never be an instance in this government where we would allow a service that would be available to the rest of the public to exceed that which would be available to First Nations people. I can absolutely affirm our commitment to maintain, at a minimum, the standard already there.

For example, the drugs that are covered under the Non-Insured Health Benefits program are obviously larger and broader than what's being contemplated in this plan. We would never contemplate a situation where there would be an erosion of that as a result of this.

In fact, I would say that in the instance of dental care, because we have worked hard to create a better administration and smoother work with providers, that is having a positive impact on what is available for First Nations under the Non-Insured Health Benefits program. It's quite the opposite; I see this as an opportunity to make care better.

Senator Brazeau: You do not see any potential issues where First Nations people may fall in between the cracks in terms of health? The federal government has jurisdiction over Indians and lands reserved for Indians. When it comes to health care, that is provincial jurisdiction. Do you foresee any situations in which First Nations people may fall in between the cracks with respect to this legislation?

Mr. Holland: Not with respect to this legislation.

Let me acknowledge that there are many barriers to First Nations people getting the medicine that they need, even with the Non-Insured Health Benefits program in place, and those are gaps that we must continue to work on.

question de la disponibilité des médicaments n'est pas un problème.

La sénatrice Mégie : Merci. Ma deuxième question est la suivante : le projet de loi C-64 a-t-il fait l'objet d'une analyse comparative entre les sexes plus?

M. Holland : Oui, c'est le cas.

La sénatrice Mégie : L'a-t-on reçue? D'accord.

[Traduction]

Le sénateur Brazeau : Monsieur le ministre, comme vous le savez, le gouvernement fédéral a une obligation fiduciaire de fournir aux Premières Nations des services de santé non assurés. Pouvez-vous expliquer plus en détail en quoi ce projet de loi peut entraver lesdits services de santé non assurés, les compléter ou n'avoir aucun effet sur eux?

M. Holland : Merci, sénateur. C'est une question très importante.

Concernant les services de santé non assurés, je vous donne ma parole que jamais ce gouvernement ne permettra que les autres Canadiens aient accès à un service qui n'est pas offert aux Premières Nations. Je peux vous affirmer que nous sommes déterminés à maintenir à tout le moins les normes existantes.

Par exemple, les médicaments couverts par le Programme des services de santé non assurés sont plus diversifiés et plus nombreux que ceux qui le seraient par le régime proposé. Il ne nous viendrait jamais à l'idée de proposer une mesure qui aurait pour effet de restreindre cette couverture.

En fait, je dirais même que pour les soins dentaires, les efforts que nous avons déployés pour améliorer l'administration et faciliter les relations avec les fournisseurs ont permis d'élargir l'offre de services aux Premières Nations dans le cadre du Programme des services de santé non assurés. C'est donc tout le contraire... J'y vois une occasion d'améliorer les soins.

Le sénateur Brazeau : Selon vous, il n'existe aucun risque que les membres des Premières Nations soient assis entre deux chaises en matière de santé. Les Indiens et les terres qui leur sont réservées sont de compétence fédérale. Les soins de santé sont de compétence provinciale. Ne pensez-vous pas qu'il existe un risque que ce projet de loi place les Premières Nations entre deux chaises?

M. Holland : Non, pas ce projet de loi.

Je suis conscient des obstacles qui empêchent les membres des Premières Nations d'obtenir les médicaments dont ils ont besoin, malgré la mise en place du Programme des services de santé non assurés, et nous devons poursuivre notre travail pour corriger les lacunes.

One of the things that I have been doing is participating in an enormous number of trilateral meetings across the country — nation to nation — and having these conversations about how we fill those gaps.

Even though Indigenous Services Canada is delivering these services — or in some instances, the provincial government — as a federal health minister, I have to be at that table and understand how we close those gaps and bring them closer together.

There is nothing in this legislation that would reduce coverage for First Nations people. In fact, the learning and lessons by expanding public programs could be something that could benefit the Non-Insured Health Benefits program.

[*Translation*]

Senator Cormier: Welcome, minister. My questions concern the agreements with the provinces, given the differing jurisdictions. You mentioned flexibility, giving the example of British Columbia. What happens if a province decides not to take part in the plan? Will it receive full compensation? What conditions will be attached to the financial compensation? There is nothing in the bill that indicates the flexibility you are talking about. I would like to better understand the element of flexibility when it comes to a province opting out of the plan.

Mr. Holland: Thank you. That is a good point. A province may say no, thank you and decline to take part in the plan. I have had conversations with all of my provincial and territorial counterparts, and there is clearly a lot of interest. There are issues regarding jurisdiction.

However, some of the conditions in the bill are universal: it is single-payer, people do not pay for medications, and diabetes drugs and contraception are made available to start with. Beyond that, there is flexibility. There is a good spirit of cooperation.

Senator Cormier: If I understand correctly, you mentioned a floor when it comes to the list of medications. Will medications be added to the list?

Mr. Holland: Yes.

Senator Cormier: Does that flexibility mean that a province could choose not to include the much-vaunted medications that you will add to the list?

Entre autres choses, j'ai participé à un nombre incalculable de rencontres trilatérales de nation à nation un peu partout au pays, et j'ai eu des discussions concernant les solutions à ces lacunes.

Ces services sont fournis par Services aux Autochtones Canada — ou par le gouvernement provincial dans certains cas —, mais, à titre de ministre fédéral de la Santé, je dois participer à ces discussions pour comprendre comment nous pouvons collaborer pour apporter les meilleures solutions à ces lacunes.

Rien dans ce projet de loi n'a pour effet de réduire la couverture offerte aux membres des Premières Nations. En fait, les enseignements et les leçons que nous tirerons en élargissant les programmes publics pourraient avoir un impact positif sur le Programme des services de santé non assurés.

[*Français*]

Le sénateur Cormier : Bienvenue, monsieur le ministre. Mes questions concernent les ententes avec les provinces, considérant les champs de compétence de l'un et de l'autre. Vous avez parlé de flexibilité en donnant l'exemple de la Colombie-Britannique. Qu'arrive-t-il si une province décide de ne pas participer à ce programme? Une pleine compensation financière lui sera-t-elle versée? Quelles sont les conditions qui seraient rattachées à cette compensation financière? Dans le projet de loi, rien ne montre la flexibilité dont vous parlez. J'aimerais mieux comprendre quelle est la part de flexibilité qui existe sur la question de la non-adhésion à ce programme pour une province.

M. Holland : Merci beaucoup. C'est un bon point. Il est possible qu'une province dise non, merci, et évite de participer à ce programme. J'ai eu des conversations avec tous mes homologues provinciaux et territoriaux, et il est évident qu'il y a beaucoup d'intérêt. Il y a des questions qui se posent concernant les compétences.

Cependant, il est évident que dans le projet de loi les conditions sont universelles : que ce soit un payeur unique, que les personnes ne paient pas pour les médicaments et qu'il y ait un minimum de médicaments disponibles pour le diabète et des contraceptifs. À l'extérieur de cela, il y a des flexibilités. Il y a un bon esprit de collaboration.

Le sénateur Cormier : Si je comprends bien, par rapport à la liste des médicaments, vous avez parlé d'un plancher. Il y a des médicaments qui vont s'ajouter à cette liste?

M. Holland : Oui.

Le sénateur Cormier : Est-ce que cette flexibilité pourrait signifier qu'une province pourra omettre d'inclure les fameux médicaments que vous allez ajouter à la liste?

Mr. Holland: Yes, absolutely. The list can be added to, and that is clear from British Columbia. I hope that will be the case. I am not sure whether the same medications will be available in every province, for example, hormone therapy for menopause. I hope this medication will be available across the country, but that is not part of the bill. It is a very important medication, but a province may prioritize adding a different one.

Senator Cormier: You are trying to set something up that is uniform across the provinces by targeting the two medications, but at the same time you are providing wide flexibility for them to omit the medications?

Mr. Holland: Absolutely. There is a balance and the same minimum coverage for diabetes medication and contraception. Beyond that, things may be added. A province may take action to improve the quality of available services, not only for medications. Take women's health, for example. It is not necessarily about adding to the number of medications. A province may want to add other actions, but diabetes medications and contraceptives are the minimum. That forms the basis for the provinces and territories.

Senator Cormier: Thank you.

Senator Petitclerc: Thank you for being with us today to help us study a bill that we all know is very important.

My question is about the process.

I have had conversations with medical professionals I know, including doctors. Many of them asked me why we were starting with diabetes and contraception and what the process was. A basis has been established, and I understand we are going step by step at the national level, but also by province.

First, what were the guidelines or criteria for deciding to start with contraception and diabetes?

Second, do the provinces have criteria? I will give you an example. Someone asked me whether the chosen medications are ones that cover diseases that affect a large number of Canadians or ones that treat rare diseases. These are very, very expensive, which means that people find themselves in a highly vulnerable situation.

I am trying to understand the process.

Mr. Holland: That is a good question.

M. Holland : Oui, absolument; il est possible d'ajouter à la liste, et c'est évident en Colombie-Britannique. J'espère que ce sera le cas. Je ne suis pas certain que le même médicament sera disponible dans chaque province, par exemple l'hormonothérapie pour la ménopause. J'espère que le médicament sera disponible partout au pays, mais cela ne figure pas dans le projet de loi. C'est un médicament vraiment important, mais peut-être qu'une autre province jugera prioritaire d'en ajouter un autre.

Le sénateur Cormier : Vous essayez de créer quelque chose d'uniforme à l'échelle des provinces en ciblant ces deux médicaments, mais vous offrez en même temps une immense flexibilité qui fait qu'elles peuvent omettre ces médicaments?

M. Holland : Absolument. Il y a un équilibre et il y a une même couverture minimum des médicaments pour le diabète et pour les contraceptifs. À l'extérieur de cela, il y a une possibilité d'ajouter des choses. Il est possible pour une province de poser des gestes afin d'améliorer la qualité des services disponibles, non pas uniquement avec les médicaments. Prenons l'exemple de la santé des femmes. Ce n'est pas nécessairement une augmentation du nombre de médicaments. Il est possible qu'une province veuille ajouter d'autres actions, mais il y a un minimum pour les médicaments pour le diabète et pour les contraceptifs. C'est la base pour les provinces et les territoires.

Le sénateur Cormier : Merci.

La sénatrice Petitclerc : Merci d'être avec nous aujourd'hui pour nous aider à procéder à l'étude de ce projet de loi qui, on le sait, est très important.

Ma question porte sur le processus.

J'ai eu l'occasion d'avoir des conversations sur cette question dans mon entourage avec des gens du milieu médical, comme des médecins. On m'a beaucoup demandé pourquoi on commençait par le diabète et la contraception et quel a été le processus. On est parvenu à choisir une base, donc je comprends qu'on y va par étape et que ces étapes se feront à l'échelle nationale, mais aussi par provinces.

Premièrement, quels ont été les lignes directrices ou les critères pour décider de commencer par ces deux-là, la contraception et le diabète?

Deuxièmement, est-ce que les provinces ont des critères? Je vais vous donner un exemple. Quelqu'un me demandait, par exemple : est-ce qu'on choisit des médicaments qui vont couvrir des maladies qui touchent un grand nombre de Canadiens, ou est-ce qu'on va y aller avec des médicaments permettant de soigner des maladies rares, qui sont très, très chers, ce qui fait que les personnes se retrouvent dans une situation de très grande vulnérabilité?

J'essaie de comprendre le processus.

M. Holland : C'est une bonne question.

First of all, we needed to start somewhere and make a choice, which was very difficult. I feel that diabetes is a something that is related to many other types of disease. If someone does not manage their condition, there will be consequences that lead to other diseases. That is the first point.

Then there is the absolutely eye-watering cost of treating diabetes across the country. Every year, it goes up by a lot. The ability to effectively manage diabetes is really an indicator of health outcomes across the country.

I have talked a lot about the matter of contraception, because we need to have a conversation about gender in general. Many mental health problems can arise when people avoid these awkward conversations. It is completely unacceptable to me for people not to have liberty over their own bodies.

[English]

It is a statement about the kind of country we are — that a woman can make a choice about when, if or how she has a child, and that somebody who is impoverished can have the same liberty over their own body as somebody with money. That is extremely important, and the conversation about sexual health is as well.

[Translation]

Afterward, I think we could add other elements, perhaps more essential medications. I feel that this is a good opportunity to have a specific conversation on certain issues, get a lot done and improve the quality of information and knowledge about a number of topics.

[English]

Senator Bernard: Thank you, minister, for being here.

For the record, I would like to ask what the government's analysis was regarding which population groups are most impacted by the lack of access to prescription drugs. I would like to have that on the record.

Then, given that, and your decision — in terms of these two groups of prescription drugs — what is the expected impact on those population groups?

Mr. Holland: That is a great question.

This builds on the answer that I was giving on diabetes. We know that, disproportionately, some populations vulnerable in Canada are affected by diabetes and have higher rates of diabetes. Diabetes is often made worse by a lack of access to

D'abord, il était important de commencer à un endroit et de faire un choix et cela, c'était vraiment difficile. Pour moi, le diabète, c'est quelque chose qui touche beaucoup d'autres types de maladies. Si quelqu'un ne gère pas sa condition, il y aura des conséquences qui entraîneront d'autres maladies. C'est le premier point.

Ensuite, les coûts pour traiter le diabète partout au pays sont absolument extraordinaires. Chaque année, cela augmente beaucoup. C'est vraiment un indicateur des conditions de santé partout au pays, la capacité à gérer efficacement le diabète.

Enfin, sur la question de la contraception, j'ai beaucoup parlé de cela, car on a besoin d'avoir une conversation sur le sexe en général. Cela crée beaucoup de problèmes sur le plan de la santé mentale pour les personnes qui évitent ces conversations parce qu'elles sont difficiles. Ce n'est pas acceptable pour moi qu'une personne n'ait pas la liberté sur son corps; pas du tout.

[Traduction]

C'est une déclaration sur le genre de pays que nous sommes. Dans notre pays, une femme peut choisir quand, si et comment elle va mettre un enfant au monde, et une personne défavorisée dispose de la même liberté de choix pour son propre corps qu'une autre qui a de l'argent. C'est extrêmement important, au même titre que le dialogue sur la santé sexuelle.

[Français]

Après cela, je crois qu'on peut ajouter d'autres éléments, peut-être plus de médicaments essentiels. À mon avis, c'est une bonne occasion d'avoir une conversation particulière dans certains domaines, de poser beaucoup d'actions et d'augmenter la qualité de l'information et des connaissances sur certains sujets.

[Traduction]

La sénatrice Bernard : Merci de votre présence, monsieur le ministre.

Aux fins du compte rendu, j'aimerais que vous nous expliquiez l'analyse qu'a faite le gouvernement pour déterminer quels groupes de population sont les plus pénalisés par le manque d'accès aux médicaments sur ordonnance. J'aimerais que ce soit consigné au compte rendu.

Ensuite, compte tenu de cela et de votre décision — au sujet de ces deux groupes de médicaments sur ordonnance —, quelles sont les retombées attendues pour ces groupes de population?

M. Holland : C'est une excellente question.

Je vais renchéris sur la réponse que j'ai donnée au sujet du diabète. Nous savons qu'au Canada, les taux de diabète sont démesurément élevés dans certains groupes de population vulnérables. Les impacts du diabète sont souvent aggravés par le

food and resources. It tends to be made worse by other socio-economic conditions. It is an injustice on top of an injustice that somebody who doesn't have access to quality food or regular primary care could contract diabetes and not have access to medication.

Senator Bernard: Which groups did the government identify?

Mr. Holland: To be specific, we know that the rate of diabetes is higher for South Asian and Black Canadians as well as for Indigenous people. Those populations are disproportionately affected by diabetes.

The comment I made about socio-economic status also disproportionately affects these groups, and that is the case with contraceptives as well. Oral contraceptives are ineffective compared to an IUD, and often someone who does not have resources is forced to make an inferior choice about their birth control, resulting in an unintended pregnancy because they did not have the money or freedom to do what they wanted to do.

The second part of your question is an important one. What impact is it going to have? I used to be the executive director of the Heart and Stroke Foundation. If you make the right investments in prevention, it will result in a better and healthier society. How fast and exactly when is unknown. But not giving people access to the medication they need makes them sick and costs us an egregious amount of money.

Improving an invisible thing — although we do know when they get medication — will enable us to demonstrate exactly how much is saved when this is out in the world.

A quick example is as follows: Birth control is already in B.C. — because they were out there and already did contraceptives — and they were already saving within the first year more money than it cost them to run the program. I am expecting that is what is going to be proven. We actually have to do it to prove it.

Many opponents do not want it to be proven because they are afraid of what this might mean. None of us should be afraid of people getting the medicine that they need and being in a society where everyone receives the care that they require.

Senator Dasko: Welcome, minister. Nice to see you.

manque d'accès à la nourriture et aux ressources, et d'autres facteurs socioéconomiques peuvent empirer la situation. Une injustice s'ajoute à une autre quand une personne qui n'a pas accès à de la nourriture de qualité ou à des soins de première ligne réguliers développe un diabète et ne peut pas obtenir de médicaments.

La sénatrice Bernard : Quels sont les groupes identifiés par le gouvernement?

M. Holland : Nous savons que les taux de diabète sont particulièrement élevés parmi les Canadiens d'origine sud-asiatique, les Canadiens noirs et les Autochtones. Ces groupes sont touchés de manière disproportionnée par le diabète.

Le statut socioéconomique que j'ai évoqué a aussi un impact démesuré dans ces groupes, et c'est aussi le cas pour les contraceptifs. Les contraceptifs oraux sont moins efficaces que le stérilet. Souvent, une personne démunie n'a pas le choix de recourir à une solution moins efficace de contrôle des naissances, ce qui peut conduire à une grossesse non désirée. C'est le risque quand une personne n'a pas les moyens ou la liberté de choisir ce qu'elle veut faire.

Le deuxième volet de votre question est très important. Quelles seront les retombées? J'ai été chef de la direction de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Investir de façon judicieuse dans la prévention contribue à une société meilleure et plus en santé. On ne peut pas savoir dans combien de temps et quand exactement. Mais si les gens n'ont pas accès aux médicaments dont ils ont besoin, ils sont encore plus malades et cela nous coûte très, très cher.

L'amélioration de quelque chose qui est intangible — même si nous le savons quand ils obtiennent leurs médicaments — va nous permettre de donner une preuve précise des économies réalisées. Nous aurons ces chiffres après la mise en œuvre.

Je vais donner un exemple rapide. Le volet de la contraception est déjà offert en Colombie-Britannique. Les contraceptifs étaient déjà couverts dans cette province et, après une année seulement, les économies réalisées avaient dépassé les coûts d'administration du programme. Je m'attends à ce que nous obtenions les mêmes résultats, mais pour le prouver, il faut aller de l'avant.

Beaucoup d'opposants ne veulent pas que ce soit prouvé parce qu'ils ont peur de ce que cela signifierait. Personne ne devrait avoir peur que des gens obtiennent les médicaments dont ils ont besoin et vivent dans une société où tout le monde reçoit des soins adéquats.

La sénatrice Dasko : Bienvenue, monsieur le ministre. Je suis heureuse de vous voir.

I would like to return to the topic that came up earlier: a single-payer versus multi-payer system.

You used the terminology “single-payer,” yet you also acknowledge that it is not a single payer. The government is not paying for all of the medications in each of these two areas. The private insurers are paying. I know this sounds like a simplistic question, but what is it? Is it a combination? You are using this terminology, but it’s a multi-payer plan.

Mr. Holland: In the 1960s, when we started the public health care system in this country, it would have been nice if medicine had been included. It wasn’t. We built up all kinds of infrastructures around it. In order to move from where we are to potentially where we’re going to go, it will have to be iterative. There will need to be a number of conversations. There will be a number of elections. People will be weighing in on this.

The question now is about the universal, single-payer model. To be direct, that is somebody who goes in, as an example, and obtains their contraceptives or diabetes medication. They do not fill out forms or pay any money. They come in, and they get it. That is what we’re offering. Then we’ll build evaluation on it while, at the same time, private insurance exists as well as the mixed model that was referenced in P.E.I. A committee will be looking at the future of the universal, single-payer model. But there is no teleportation here and no light speed. You have to move from where we are to a different state.

Senator Dasko: But there are cost implications to the different systems.

Mr. Holland: Oh, absolutely.

Senator Dasko: The costs of your plan are based on a mixed model. For example, private insurers are paying 80% of this one set of medications, and you are going to pay 20%. That’s correct, right?

Mr. Holland: No. It is important to say this: In looking at the costing of these bills, we were anticipating displacement on those drugs. That is built into the costing. The costing would have been less if we had not built that in. The costing that we built in is anticipating that there is going to be that, for the reasons that I just said. You will still have access to your insurance. However, if you are, for example, looking to obtain metformin and you have a 20% copay on it, you will now have no copay, and people will probably go to the public plan.

J’aimerais revenir à la question soulevée précédemment sur la différence entre un régime à payeur unique et un autre à payeurs multiples.

Vous utilisez le terme « à payeur unique », mais vous reconnaissez en même temps que ce n’est pas vraiment le cas. Le gouvernement ne paie pas la totalité des médicaments des deux groupes visés. Les assureurs privés en paient une partie. Je sais que la question peut paraître simpliste, mais qu’en est-il au juste? Est-ce que c’est une combinaison des deux? Vous parlez de payeur unique, mais il s’agit plutôt d’un régime à payeurs multiples.

M. Holland : Dans les années 1960, quand le système de santé publique a vu le jour au Canada, il aurait fallu y inclure les médicaments. Ce n’est pas le cas. Toutes sortes d’infrastructures connexes ont été mises en place. Pour faire le pont entre ce qui existe actuellement et ce qui est projeté, il faudra procéder par itérations. Beaucoup de discussions vont être nécessaires. Il va y avoir plusieurs élections. Les gens vont mettre leur grain de sel.

La question porte sur le modèle universel à payeur unique. En termes simples, c’est un modèle qui permet à quelqu’un de se présenter à un endroit pour se procurer des contraceptifs ou des médicaments contre le diabète sans avoir à remplir de formulaire ou à déboursier quoi que ce soit. Il lui suffit de se présenter quelque part pour obtenir le médicament. C’est ce que nous proposons. Il y aura une période d’évaluation. Des régimes privés d’assurance vont exister en parallèle, de même que le modèle mixte de l’Île-du-Prince-Édouard dont nous avons parlé. Un comité va se pencher sur l’avenir du modèle universel à payeur unique. Pour l’instant, nous ne pouvons pas nous téléporter et voyager à la vitesse de la lumière. Nous devons partir de la situation actuelle pour aller vers quelque chose de différent.

La sénatrice Dasko : D’accord, mais chaque système a des conséquences sur le plan des coûts.

M. Holland : Effectivement.

La sénatrice Dasko : Les coûts de votre régime sont ceux d’un modèle mixte. Par exemple, les assureurs privés vont payer 80 % des coûts des médicaments visés, et vous allez payer les 20 % restants. Est-ce que c’est exact?

M. Holland : Non. Je dois faire une précision importante. Quand nous avons établi les coûts des projets de loi, nous avons prévu un transfert pour ces médicaments. Nous en avons tenu compte dans l’établissement des coûts. Ils auraient été moindres si ce paramètre n’avait pas été pris en compte. Les coûts ont été établis en tenant compte de cette possibilité, pour les motifs que je viens d’énoncer. Une personne pourra toujours souscrire une assurance, mais dans ce cas, elle n’aurait plus à payer la quote-part de 20 % pour un médicament comme la metformine. Pour cette raison, les gens vont probablement opter pour le régime public.

We're anticipating that there are people who will make those kinds of choices in the costing of that.

Senator Dasko: But you were anticipating fall-off in terms of coverage by private insurers. Your model assumes that X per cent of the costs now being paid by insurers will slip away from the system.

Mr. Holland: There will be some dispersement there because people will make a choice to use the public plan versus the insurance they'll continue to enjoy. The point I'm making, which is an important one, is that people will continue to have a choice between those two things.

Senator Dasko: No, but I'm talking about the money.

Mr. Holland: Yes, we have budgeted that.

Senator Dasko: So you've costed it on a certain basis, and then you've also costed it assuming displacement — assuming private insurers will exit the field to some extent.

Mr. Holland: Not exit the field, but people will potentially use their private insurance differently, given the fact they'll have more of a choice. That would require displacement to occur, and we've modelled that. By the way, so did the Parliamentary Budget Officer, or PBO, who looked at and came up with figures fairly similar on that basis.

We didn't cost this on the basis of what we're doing in P.E.I., for example; it would have been a lot less money. This was contemplating that there are a lot of people for whom a copay is a big deal, and we're going to build evaluation around a genuine model that is based upon a universal, single-payer model.

Senator Burey: Thank you for being here, minister. This subject is a topic that Canadians have been wanting: a universal health care system. I applaud the work in taking the steps toward paying for essential drugs. I do have some questions, though, following what Senator Dasko asked about committing to ensure that if people choose to use the public system, they will not be automatically disqualified from using their own insurance.

As a physician, I've had a lot of experience with this in Ontario with our OHIP+ system. Will you commit to making sure that insurers don't throw people off their plan? You might just want diabetes drugs from the public plan, but you have a whole suite of other things in another — maybe it's mental health medications, for example. Will they have to choose

Nous avons tenu compte de la possibilité que les gens fassent ces choix dans l'établissement des coûts.

La sénatrice Dasko : Oui, mais vous avez prévu une réduction de la couverture offerte par les assureurs privés. Dans votre modèle, vous supposez qu'une partie des coûts qui sont actuellement payés par les assureurs ne sera plus couverte par le système.

M. Holland : Il y aura une répartition des coûts parce que des gens vont choisir le régime public plutôt que le régime d'assurance qui continuera de leur être accessible. Ce que j'essaie d'expliquer, et c'est fondamental, c'est que les gens vont continuer d'avoir le choix entre ces deux possibilités.

La sénatrice Dasko : C'est d'argent dont je vous parle.

M. Holland : Oui, et nous en avons tenu compte dans le budget.

La sénatrice Dasko : Vous avez établi les coûts sur une certaine base, et vous les avez aussi établis en prévoyant un transfert — en supposant que les assureurs privés vont se retirer dans une certaine mesure de ce secteur.

M. Holland : Je ne dirais pas qu'ils vont se retirer du secteur, mais plutôt que les gens vont possiblement se prévaloir différemment de leur régime d'assurance privé étant donné qu'ils auront plus de choix. Il y aura par conséquent un transfert, et nous en avons tenu compte dans la modélisation. Je souligne au passage que le directeur parlementaire du budget est arrivé à peu près aux mêmes chiffres en se fondant sur les mêmes bases.

Les coûts n'ont pas été établis en fonction de ce que nous avons mis en place à l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple. On parle de beaucoup moins d'argent. Nous avons tenu compte du fait que pour beaucoup de gens, la quote-part représente un fardeau énorme et que l'évaluation doit porter sur un modèle authentique, qui est universel et à payeur unique.

La sénatrice Burey : Merci d'être des nôtres, monsieur le ministre. Nous discutons aujourd'hui de quelque chose que les Canadiens attendent depuis longtemps : un système de soins de santé universel. Je salue le travail accompli pour mettre en place un programme de remboursement des médicaments essentiels. J'ai toutefois certaines questions dans la foulée de celles que vous a posées la sénatrice Dasko concernant votre engagement à garantir que les gens qui opteront pour le système public ne perdront pas automatiquement leur admissibilité à leur propre régime d'assurance.

En tant que médecin, je peux dire que j'ai une vaste expérience de ces questions, et particulièrement du régime ontarien de l'Assurance-santé Plus. Vous engagez-vous à prendre des mesures pour empêcher les assureurs de cesser la couverture de leurs assurés? Une personne peut opter pour le régime public pour ses médicaments contre le diabète, mais un

between taking the diabetes medication with no copay and coming off all of that and not having access to their mental health or psychiatric medication?

Mr. Holland: No. Here is the thing: This is a very limited set of drugs. For most people, when they have a drug plan, it covers much more. The idea that an insurance company would turn around and say they're not going to give coverage because someone has a couple of drugs that are covered is, frankly, unrealistic for a couple of reasons.

The insurance industry has made no secret of the fact that they want a mixed-payer model. They want what you see in P.E.I. There will be an argument on that. It's no secret that we have elections in this country, and the Conservatives have a different opinion. These things will be adjudicated.

If the insurance companies start going in and cutting insurance for people, then they're not exactly making a very good case for a mixed system where they work in collaboration with government to get people covered. That's the first point.

Senator Burey: Minister, are you committing to have these discussions with insurance companies to make that plain?

Mr. Holland: Absolutely, senator. I want to make it very clear here today: This is about expanding coverage, this is about more people being covered and this is about more people having access to the medication they need, not less. That is 100% what we're going to make sure happens here.

Senator Burey: Thank you.

The Chair: Minister, I will ask you a brief question. So much of what you have said hinges on cooperation and collaboration with the provinces. To me, it feels a bit like *Groundhog Day* because we've had these conversations with you and with other ministers on the dental benefit plan, the disability bill and, of course, the child care bill.

How confident are you, at this time, that all provinces will sign on? Some have said they will not.

Mr. Holland: I'm very confident. I've had very good conversations with all my provincial and territorial counterparts.

I go back to the Working Together bilateral agreements and the Aging with Dignity agreements. Madam Chair, you will recall that there were people who said we would never get a deal with Alberta, Saskatchewan or Quebec. It's true that we weren't

autre régime peut lui offrir une couverture pour des médicaments contre les troubles de santé mentale et bien d'autres. Est-ce que cette personne sera forcée de choisir entre un médicament contre le diabète pour lequel il n'y a pas de quote-part ou un autre médicament pour le traitement des troubles de santé mentale ou psychiatrique?

M. Holland : Non. En réalité, les médicaments couverts sont très limités. Pour la plupart des gens qui ont déjà une assurance-médicaments, la couverture est beaucoup plus large. L'idée qu'un assureur refuse une couverture à une personne qui a déjà accès à une couverture pour d'autres médicaments est franchement irréaliste, pour plusieurs raisons.

Le secteur de l'assurance n'a jamais caché sa préférence pour un modèle mixte, comme celui de l'Île-du-Prince-Édouard. Il va y avoir un débat à ce sujet. Nous savons tous qu'il va y avoir des élections dans notre pays et que les conservateurs ont une opinion différente. Cette question va devoir être tranchée.

Si les assureurs se mettaient à refuser d'assurer des gens, ce ne serait pas vraiment bon pour la cause d'un système mixte dans lequel ils doivent collaborer avec le gouvernement pour offrir une couverture à ces gens. C'est le premier point.

La sénatrice Burey : Monsieur le ministre, vous engagez-vous à discuter avec les assureurs pour mettre les choses au clair?

M. Holland : Oui, sans hésitation, sénatrice. Je tiens à ce que ce soit très clair : nous travaillons à élargir la couverture, à ce qu'un plus grand nombre de personnes soient couvertes et aient accès aux médicaments dont elles ont besoin, et pas le contraire. Nous allons tout mettre en œuvre pour y parvenir.

La sénatrice Burey : Merci.

La présidente : Monsieur le ministre, j'ai une petite question pour vous. Une très grande partie de ce que vous proposez repose sur la coopération et la collaboration avec les provinces. Cela ressemble un peu au *Jour de la marmotte*. Nous avons eu les mêmes discussions avec vous et avec d'autres ministres au sujet du régime de soins dentaires, du projet de loi sur les prestations pour les personnes handicapées et, bien entendu, du projet de loi sur les services de garde.

Dans quelle mesure avez-vous confiance que les provinces vont adhérer au régime? Certaines ont déjà annoncé qu'elles n'y adhèreraient pas.

M. Holland : J'ai pleinement confiance. J'ai eu de très bons échanges avec tous mes homologues des provinces et des territoires.

Je vais vous ramener aux accords bilatéraux pour travailler ensemble et aux accords Vieillir dans la dignité. Madame la présidente, vous vous souviendrez des doutes exprimés quant à notre capacité de nous entendre avec l'Alberta, la Saskatchewan

first in those jurisdictions, but we got a deal in every single one of those jurisdictions. They were good deals with things that make a lot of sense and focus on common ground. Writ large, but especially with health, that is what Canadians want. They're not interested in what we disagree on; they want to see us get things done and work together to find common ground.

The spirit I've seen among health ministers at the meeting we had in Charlottetown and the upcoming meeting in Halifax is really centred on that spirit of cooperation.

I believe in the same way — and people said I was crazy to say we were going to get all those agreements done when we were talking about working together and aging with dignity. Now we're getting them done, by the way, on drugs for rare diseases and PSWs. We signed our first ones in British Columbia. There was a great conversation. We see a lot more of those in places you don't expect.

So give me a shot, and I'll go make it happen.

The Chair: Thank you, minister. Colleagues, we have a bit of a challenge: We have visiting senators, and second round questions are lined up. I propose that in the remaining time, we take all your questions and ask the minister to get back to us in writing.

Senator Cardozo: Thank you. I'll be brief.

It's the issue of which pharmaceutical. Clause 4(d) of the bill says it will “. . . provide universal coverage of pharmaceutical products across Canada.” So that's all, but it seems to me that at the end of clause 6(1), it reads, “. . . for specific prescription drugs and related products intended for contraception or the treatment of diabetes.” It's just the two very specifically.

Which one takes precedence? Is it all of them? Why did you, in a sense, bother to name two when it seems like you could have left it at clause 4(d)?

Senator Senior: My question is regarding the committee of experts that you'll put together. This builds off of Senator Bernard's question in terms of the groups you identified as well as Indigenous folks across the country, and the access and

ou le Québec. C'est un fait que nous n'avions pas la cote dans ces provinces, mais nous avons conclu un accord avec chacune d'elles. Il s'agit de bons accords, qui comportent des éléments très raisonnables et qui sont centrés sur un terrain d'entente. De façon générale, c'est ce que les Canadiens souhaitent, particulièrement dans le domaine de la santé. Nos divergences ne les intéressent pas du tout. Ce qu'ils nous demandent, c'est de faire avancer les choses et de collaborer pour trouver un terrain d'entente.

C'est dans cet esprit que les ministres de la Santé ont travaillé à la réunion de Charlottetown. Et je peux affirmer que c'est également dans cet esprit de coopération que se déroulera la réunion de Halifax.

Je suis aussi convaincu... On pensait que j'étais fou quand j'affirmais que j'allais réussir à conclure tous ces accords durant les discussions sur l'idée de travailler ensemble et de vieillir dans la dignité. Je mentionne en passant que nous avons commencé à signer des accords sur les médicaments pour le traitement des maladies rares et les préposés aux services de soutien à la personne. Les premiers accords ont été signés avec la Colombie-Britannique. Il y a eu de très bonnes discussions. Nous avons signé beaucoup plus d'accords que prévu à des endroits inattendus.

Si vous m'en donnez la chance, je vous garantis que je vais tout mettre en œuvre pour réussir.

La présidente : Merci, monsieur le ministre. Distingués collègues, nous avons un petit défi. Nous avons des sénateurs invités et des questions ont été préparées pour le second tour. Je vous propose de prendre le temps restant pour présenter vos questions en rafale et de demander au ministre de nous transmettre ses réponses par écrit.

Le sénateur Cardozo : Merci. Ma question sera brève.

Elle porte sur le choix des produits pharmaceutiques. L'alinéa 4d) du projet de loi prévoit une « couverture universelle des produits pharmaceutiques à l'échelle du Canada ». Si je comprends bien, cela signifie que tous les produits seraient couverts. En revanche, à la fin du paragraphe 6(1), on précise « en ce qui concerne des médicaments sur ordonnance et des produits connexes destinés à la contraception ou au traitement du diabète ». Ce sont deux produits très précis.

Quelle disposition l'emporte? Est-ce que tous les produits seront couverts? Pourquoi avoir pris la peine de désigner deux produits au lieu de vous en tenir à l'alinéa 4d)?

La sénatrice Senior : Ma question porte sur le comité d'experts que vous allez former. Elle fait suite à la question de la sénatrice Bernard concernant les groupes que vous avez identifiés, les Autochtones à l'échelle du pays, l'accès et le fait

knowing that every legislation we have actually leaves certain people out. I'd love to see this be transformational.

I'd like to know that the committee of experts will actually take that into consideration in terms of who is at the table to make those decisions about accessibility and to make sure this actually reaches the populations you intend, knowing what the conditions are currently.

The Chair: Thank you, Senator Senior.

Minister, I know it's really hard not to answer the questions once they've been asked, but we really have to do this.

Senator Osler: Minister, will national pharmacare be publicly administered?

The Chair: I would like to know the answer to that right away, but I'm going to hold off.

Senator Moodie: I am thankfully supportive of the creation of a universal pharmacare system. I believe this bill is a good start, but it doesn't create the kind of system envisaged by the Hoskins report.

Recognizing that this is the first step, what is the end goal, and what are the next steps? You make reference to climbing a hill. What kind of system are we trying to build? In the end, is the end goal like what has been envisaged by the Hoskins report, or are we aiming for something closer to the Quebec model?

Senator Seidman: Minister, when the proposal to create a national pharmacare program was announced in February 2024, you also made another very important announcement about the creation of a federal diabetes devices and supplies fund. We know diabetes devices like insulin pumps are the biggest expense for most Canadians with diabetes who use them, and they have the biggest barriers to access, yet no further details on the program have been forthcoming. My question is this: How much money have you committed to the diabetes device fund, and when will it be announced? Thank you.

Senator Kingston: Thank you for being here, minister. My first question is this: What elements are included in the evaluation that they're doing in B.C. regarding publicly funded contraception? What are they evaluating exactly? What other factors caused B.C. to be the first to sign, other than the fact that they already had some kind of contraceptive system? What were their incentives?

que des personnes sont exclues de l'application de toutes les mesures en vigueur. Je serai ravie si ce projet de loi apporte un réel changement.

J'aimerais savoir si le comité d'experts va en tenir compte quand il réfléchira à la question de savoir qui devrait prendre part au processus décisionnel sur l'accessibilité et veiller à ce que tous les groupes de population identifiés soient inclus compte tenu des conditions actuelles.

La présidente : Merci, sénatrice Senior.

Monsieur le ministre, je sais à quel point c'est difficile de ne pas répondre aux questions une fois qu'elles ont été posées, mais nous n'avons pas le choix.

La sénatrice Osler : Monsieur le ministre, est-ce que l'administration du régime national d'assurance-médicaments sera publique?

La présidente : J'aimerais entendre la réponse maintenant, mais je vais patienter.

La sénatrice Moodie : J'appuie sans réserve la mise en place d'un régime universel d'assurance-médicaments. Je crois que le projet de loi offre un bon point de départ, mais il ne propose pas le genre de système préconisé dans le rapport Hoskins.

Comme c'est une première étape, quel est l'objectif ultime, et quelles seront les étapes suivantes? Vous avez parlé de grimper une colline. Quel genre de système voulons-nous établir? Est-ce que ce qui est visé s'apparente à ce qui est envisagé dans le rapport Hoskins ou est-ce plus proche du modèle québécois?

La sénatrice Seidman : Monsieur le ministre, lors de l'annonce de la création d'un programme national d'assurance-médicaments en février 2024, vous avez fait une autre annonce de grande importance au sujet de la création d'un fonds fédéral pour les dispositifs et les fournitures pour le traitement du diabète. Nous savons que les dispositifs pour le traitement du diabète comme les pompes à insuline représentent la principale dépense pour la plupart des Canadiens diabétiques qui les utilisent et que l'accès est particulièrement difficile pour eux. Depuis cette annonce, aucune autre information ne nous a été transmise sur ce programme. Ma question est la suivante : quelles sommes ont été engagées pour le fonds des dispositifs pour le traitement du diabète et quand allez-vous nous en faire l'annonce? Merci.

La sénatrice Kingston : Merci de votre présence, monsieur le ministre. Ma première question concerne les éléments pris en compte dans l'évaluation du programme de contraception financé par les fonds publics en Colombie-Britannique. Qu'est-ce qui est évalué exactement? Quels autres facteurs ont amené la Colombie-Britannique à signer le premier accord, outre le fait qu'elle avait déjà un système en matière de contraception? Quels ont été les éléments incitatifs pour cette province?

The Chair: We have three and a half minutes. Minister, take your pick. Answer a question.

Mr. Holland: I'll work in reverse order and see how far I get. Why did B.C. sign first? Because they're leaders. Adrian Dix and I had many conversations about diabetes and contraceptives, and we talked about the effectiveness of the pilot project in B.C. in terms of changing people's health and how much money it was saving. We talked a lot about diabetes. I have to thank Don Davies who was instrumental in working on this bill. Adrian Dix was also instrumental in having a vision on this, and I want to thank him. With respect to diabetes devices, yes, absolutely, that's contemplated within this. There's a significant fund allocated for diabetes devices in order to work with the provinces and make sure that people who don't have the money for the devices, syringes and strips be included. I'm not intending to be silent on that at all; it's extremely important.

In terms of the question on the end state, that's what this committee is about. We have to be careful. This committee is taking a look at the how, the how much and the practical elements of it so that we can have that laid out in front of us and have an informed conversation. By that point, we will have deals signed with different provinces, and drugs will be flowing, so we'll have a much greater ability to answer that question in a meaningful way, including having a debate through an electoral process on that. But you're right; we need to obtain that data set so that we can answer that question.

In terms of who is at the table, I completely agree with those comments and acknowledge them. Why specifically these drugs? When you're working with another parliamentary partner, it's difficult to take that on trust, so it's present in the bill not as a limiting factor, but as a proof point that we're actually going to do those things. I think that's fair. This is unprecedented in terms of the level of collaboration between two different political parties who must set aside their differences and all the lack of trust we have for each other. For Mr. Davies and I to go into that room and find a way to arrive at a point of trust where we have something in which we both feel we're being level and straight, that's a peculiarity that arises from that.

The Chair: I'm curious about your answer to Senator Osler's question.

Mr. Holland: I'll come back to that. I'm ambivalent about that. That's not going to get anyone excited; when somebody goes to a counter to receive their medication, they're interested in the fact that they're receiving their medication, not the jurisdiction. The provinces are focused on the fact that they're

La présidente : Il reste trois minutes et demie. Monsieur le ministre, vous pouvez choisir une question et y répondre.

M. Holland : Je vais procéder dans l'ordre inverse et nous verrons jusqu'où je vais me rendre. Pourquoi la Colombie-Britannique a-t-elle été la première à signer? J'ai eu de nombreuses discussions avec Adrian Dix sur le diabète et les contraceptifs, notamment sur l'efficacité du projet pilote en Colombie-Britannique quant aux changements individuels en matière de santé et aux économies réalisées. Nous avons beaucoup parlé de diabète. Je dois remercier Don Davies pour sa contribution essentielle au projet de loi. Adrian Dix a aussi joué un rôle déterminant dans la mise au point d'une vision à ce sujet, et je tiens à le remercier. Pour ce qui concerne les dispositifs pour le traitement du diabète, c'est effectivement un aspect qui fait partie du projet. Un fonds important a été réservé à ce volet afin de soutenir la collaboration avec les provinces et assurer l'accès à ces dispositions, aux seringues et aux bandelettes pour les personnes démunies. Je n'ai pas du tout l'intention de passer sous silence cette initiative d'une très grande importance.

Quant à la question sur l'objectif ultime, c'est la raison d'être de ce comité. Nous devons faire preuve de prudence. Le comité va réfléchir au processus, au financement et aux aspects pratiques afin que nous ayons en main l'information qui nous permettra d'avoir une discussion éclairée. À ce moment, nous aurons des accords signés avec différentes provinces et les médicaments seront accessibles. Nous serons donc beaucoup mieux en mesure de donner une réponse avertie à cette question, y compris en en faisant un enjeu électoral. Cela dit, vous avez raison de dire qu'il faut recueillir les données qui nous permettront de répondre à cette question.

Concernant les participants aux discussions, je suis totalement d'accord avec ce qui a été énoncé et j'en prends acte. Pourquoi avoir choisi ces médicaments en particulier? Quand on collabore avec un autre partenaire parlementaire, c'est difficile d'avoir une confiance aveugle. Ce qui figure au projet de loi ne vise pas à en limiter la portée, mais plutôt à donner une preuve que nous allons agir. Je crois que c'est juste. Un tel degré de collaboration entre deux partis politiques qui doivent mettre leurs divergences de côté et le manque de confiance mutuelle, c'est du jamais-vu. M. Davies et moi nous sommes retrouvés dans la même pièce pour réfléchir à une façon de nous faire suffisamment confiance. Nous sommes parvenus à un sentiment mutuel d'honnêteté et de loyauté, et croyez-moi, c'est quelque chose qui rend ce processus très unique.

La présidente : Je suis curieuse d'entendre votre réponse à la question de la sénatrice Osler.

M. Holland : Je vais y revenir. Je dois dire que je suis assez ambivalent. Ce ne sera pas très excitant. Quand une personne se présente au comptoir pour obtenir un médicament, c'est tout ce qui lui importe. Elle se moque bien des questions de compétence. Les provinces sont focalisées sur le fait qu'elles vont devoir

the ones who are going to manage this. I think we have an opportunity as partners to say, “If you’re going to manage it, here are the conditions on what that must look like and how we have to work together to make that happen.” I don’t think that’s violating jurisdiction; I think that’s good cooperation and sharing priorities. But unlike dental care, which we’re administering — senator, you and I are going to have more conversations on this. This is an opinion; it’s not a settled matter. We’re at the beginning of this, and these conversations are important on an ongoing basis. Senator, I can see from your reaction that we are going to have a good conversation on this topic.

The Chair: Thank you, minister. You’ve been generous with your time and also with your flexibility in answering the flow of questions. Thank you, minister and officials.

Mr. Holland: Thank you.

The Chair: For our next panel, we welcome the following witnesses who are joining us in person: From Canada’s Drug Agency, we welcome Suzanne McGurn, President and Chief Executive Officer. And from the Office of the Parliamentary Budget Officer, we welcome Yves Giroux, Parliamentary Budget Officer; and Diarra Sourang, Director, Economic Analysis. Joining us by video conference is the following witness: From the pan-Canadian Pharmaceutical Alliance, we welcome Dominic Tan, Acting Chief Executive Officer.

I understand that Ms. McGurn, Mr. Tan and Mr. Giroux have opening remarks. We will proceed in that order — five minutes or less each, please. Thank you. Ms. McGurn, the floor is yours.

Suzanne McGurn, President and Chief Executive Officer, Canada’s Drug Agency: Thank you for the opportunity to appear. I’ll speak about our organization and highlight how we support health systems, particularly the pharmaceutical ecosystem in Canada. We are one of the pan-Canadian health organizations — an arm’s-length agency from the federal government. Canada’s Drug Agency, although a new name, was established 35 years ago under the name CCOHTA and was more recently known as CADTH. Our mandate is to ensure that the people of Canada are benefiting from advances being made in health technologies, including pharmaceuticals, by providing senior health care leaders with the critical appraisal of evidence they need to make decisions.

administrer ce régime. Je crois que c’est l’occasion pour nous, à titre de partenaires, de leur dire que si elles veulent administrer le régime, elles devront respecter telle et telle condition et nous devons collaborer de telle et telle manière pour y arriver. Je ne crois pas que nous empiétons sur les compétences en faisant cela. C’est une question de bonne collaboration et d’entente sur les priorités. Toutefois, contrairement au régime de soins dentaires, que nous administrons... Sénatrice, nous devons poursuivre la discussion à ce sujet. C’est une opinion, pas une affaire réglée. Nous entamons le processus, et c’est primordial de poursuivre les discussions sur une base continue. Sénatrice, votre réaction me dit que nous allons certainement avoir une bonne discussion à ce propos.

La présidente : Merci, monsieur le ministre. Vous avez été généreux de votre temps et vous avez fait preuve de beaucoup de souplesse dans vos réponses. Merci, monsieur le ministre, et merci à vos collaborateurs.

M. Holland : Je vous en prie.

La présidente : Nous allons passer au groupe de témoins suivant. Tout d’abord, nous accueillons Mme Suzanne McGurn, présidente-directrice générale de l’Agence des médicaments du Canada, qui est présente dans la salle. M. Yves Giroux, le directeur parlementaire du budget, ainsi que Mme Diarra Sourang, directrice, Analyse économique, au sein du Bureau du directeur parlementaire du budget, témoigneront également en personne. Enfin, M. Dominic Tan, chef de la direction par intérim à l’Alliance pharmaceutique pancanadienne, nous joindra par vidéoconférence.

Je crois comprendre que Mme McGurn, M. Tan et M. Giroux vont présenter une déclaration liminaire. Nous allons les entendre dans cet ordre. Vous disposez de cinq minutes chacun. Je vous remercie. Madame McGurn, vous avez la parole.

Suzanne McGurn, présidente-directrice générale, Agence des médicaments du Canada : Je vous remercie de me donner l’occasion de m’adresser au comité. Je vais parler de notre organisation et des façons dont nous appuyons les systèmes de santé, en particulier l’écosystème pharmaceutique, au Canada. L’agence est une organisation pancanadienne de la santé indépendante du gouvernement fédéral. Bien qu’elle porte un nouveau nom, l’Agence des médicaments du Canada a été créée il y a 35 ans, sous le nom d’Office canadien de coordination de l’évaluation des technologies de la santé, puis s’est appelée jusqu’à récemment l’Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, ou ACMTS. Nous avons pour mandat de veiller à ce que la population du Canada profite des progrès réalisés dans les technologies de la santé, notamment celles qui touchent les produits pharmaceutiques, en fournissant aux principaux dirigeants du secteur de la santé les évaluations critiques de données probantes utiles à leurs décisions.

Specifically, our mandate is to coordinate, perform and facilitate the collection, analysis, creation and dissemination of information about the effectiveness and cost of drugs and other technologies, their impact on health and the appropriateness of their use. Our work is carried out in alignment with priorities set out by the Conference of Federal, Provincial and Territorial Deputy Ministers of Health.

We are governed by a 13-member board of directors that reports to the Council of Deputy Ministers of Health. Our board members include a non-jurisdictional chair, seven provincial and territorial representatives and five members who collectively represent health systems, academics, the public and, with a recent addition, patients, as well as an observer appointed by Quebec. I would like to underscore that we are not a decision-making body and that the recent change to become Canada's Drug Agency doesn't change the nature of our arm's-length governance or the type of expert, evidence-based agency that we are.

The federal government provides 75% of our funding, the provinces and territories provide 11% and industry provides approximately 11%. We are a 280-person organization, and we anticipate a modest increase of another 15 additional positions to deliver the new Canada's Drug Agency work.

Our role is to conduct what are called "health technology assessments" for drugs approved by Health Canada that are being submitted to public drug programs. We appraise the drug's effectiveness against other treatment options using evidence such as clinical and economic data, and using other inputs such as patient perspectives, societal values, health system implications and other ethical and equity considerations.

Based on the evidence, we produce a recommendation for consideration by the decision makers of the public drug plan, and it informs the work of the pan-Canadian Pharmaceutical Alliance, or pCPA. Some think about this work as similar to the intent of a consumer report: to compare products to one another.

Additionally, our post-market drug evaluation answers questions from Health Canada and the provinces and territories about drug safety and effectiveness after a product launches in order to inform future policies and decisions. To do our work, we collaborate with federal, provincial and territorial governments; the pCPA; patients and communities; clinicians; industry; First Nations, Inuit and Métis people and organizations; other health organizations; and international partners.

Plus précisément, notre mandat consiste à coordonner, à exécuter et à faciliter la collecte, l'analyse, la création et la diffusion de données sur l'efficacité et le coût des médicaments et des technologies, leur incidence sur la santé et la pertinence de leur utilisation. Notre travail s'accorde aux priorités établies par la Conférence des sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

L'Agence des médicaments du Canada est régie par un conseil d'administration composé de 13 membres et qui relève du Conseil des sous-ministres de la Santé. Notre conseil d'administration comprend un président non gouvernemental, sept membres représentant les gouvernements des provinces et des territoires, cinq membres représentant les systèmes de santé, le milieu universitaire, le public et, depuis peu, les patients, ainsi qu'un observateur nommé par la province de Québec. Je tiens à souligner que nous n'avons pas de pouvoir décisionnel et que, malgré le récent changement pour devenir l'Agence des médicaments du Canada, notre organisation maintient sa gouvernance indépendante et continue de fournir une expertise fondée sur des données probantes.

Le gouvernement fédéral fournit 75 % de notre financement, les gouvernements des provinces et des territoires en fournissent environ 11 %, et le secteur privé, environ 11 % également. Notre organisation compte 280 employés et nous prévoyons un modeste ajout qui ira jusqu'à 15 postes pour réaliser le nouveau travail de l'Agence des médicaments du Canada.

Notre rôle consiste à effectuer ce qu'on appelle des « évaluations des technologies de la santé » pour les médicaments approuvés par Santé Canada qui sont soumis aux programmes publics. Nous évaluons l'efficacité des médicaments comparativement à d'autres traitements à l'aide de données probantes, comme des données cliniques et économiques, et d'autres éléments, comme les points de vue des patients, les valeurs sociétales, l'incidence sur les systèmes de santé et d'autres considérations en matière d'éthique et d'équité.

Sur la base des données, nous formulons une recommandation à l'intention des décideurs du régime public d'assurance-médicaments. Cette recommandation guide les travaux de l'Alliance pharmaceutique pancanadienne, l'APP. Certains estiment que ce travail s'apparente à l'objectif d'une enquête de consommation, soit de comparer des produits entre eux.

En outre, notre évaluation des médicaments après leur lancement répond aux questions de Santé Canada et des provinces et territoires sur leur innocuité et leur efficacité afin d'influer sur les politiques et les décisions futures. Pour accomplir notre travail, nous collaborons avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des patients et des communautés, des cliniciens, l'industrie, des membres et des organisations des Premières Nations, Inuits et Métis, d'autres organismes du secteur de la santé et des partenaires internationaux.

We are recognized for our ability to convene diverse groups in order to bring people and organizations together to address common challenges in the pharmaceutical ecosystem through relationships, processes and effective use of evidence.

In December, the Government of Canada announced that Canada's Drug Agency would be built out of CADTH. This change built on the strengths of our organization with three new work streams: establish a pan-Canadian appropriate use and prescribing program, enhance data collection and analytics, and improve system coordination and alignment. We would also have new work under Bill C-64, should it receive Royal Assent, which we are ready and well suited to deliver by working with our federal, provincial and territorial governments and the many interested parties. When undertaking the national formulary work, we'll be able to build off our previous work, including our most recent work in 2022 when we convened interested parties to develop a potential approach to a pan-Canadian formulary. We will use our relationships with partners — particularly the pCPA — to identify opportunities for Canada to further harness its collective purchasing power, and we will deliver a pan-Canadian strategy about appropriate use to improve appropriate prescribing in the use of medications, which builds on the work that was announced last December.

I'd be pleased to provide the committee with any further information it needs as it considers this bill. Thank you.

The Chair: Thank you, Ms. McGurn.

Mr. Tan, the floor is yours.

Dominic Tan, Acting Chief Executive Officer, pan-Canadian Pharmaceutical Alliance: Good afternoon. Thanks for having me. I appreciate the opportunity to take part in this important Senate committee hearing.

The pan-Canadian Pharmaceutical Alliance, or pCPA, is a true pan-Canadian success story. We negotiate on behalf of all Canadian public drug plans, combining their negotiating power to get good prices on pharmaceuticals. We don't assess drugs. That's the work of Canada's Drug Agency and the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, or INESSS. We don't purchase drugs either. That lives with the jurisdictions.

Nous sommes reconnus pour notre capacité à mobiliser des groupes diversifiés afin de rassembler des personnes et des organisations pour relever des défis communs dans l'écosystème pharmaceutique grâce à des relations, des processus et l'utilisation efficace de données probantes.

En décembre, le gouvernement du Canada a annoncé son intention de créer l'Agence des médicaments du Canada à partir de l'ACMTS. Ce changement s'appuie sur les forces de notre organisation en mettant l'accent sur trois nouveaux volets d'intervention : établir un programme pancanadien d'utilisation et de prescription appropriées, améliorer la collecte et l'analyse de données et améliorer la coordination et l'harmonisation du système. Si le projet de loi C-64 reçoit la sanction royale, de nouvelles missions nous seront confiées et nous sommes prêts à les mener à bien en collaboration avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec les nombreuses parties prenantes. Lorsque nous amorcerons les travaux sur la liste nationale des médicaments, nous pourrons nous appuyer sur nos travaux antérieurs, y compris nos travaux les plus récents en 2022, lorsque nous avons réuni les parties prenantes pour définir l'approche qui permettrait d'établir une liste pancanadienne de médicaments. Nous utiliserons nos relations avec nos partenaires, en particulier l'APP, pour cerner les possibilités qui s'offrent au Canada d'exploiter davantage son pouvoir d'achat collectif et nous produirons une stratégie pancanadienne sur l'utilisation appropriée afin d'améliorer la prescription appropriée pour l'utilisation de médicaments qui s'appuie sur les travaux annoncés en décembre dernier.

Je me ferai un plaisir de vous fournir tout complément d'information dont vous auriez besoin dans le cadre de l'examen de ce projet de loi. Je vous remercie de votre attention.

La présidente : Merci, madame McGurn.

Monsieur Tan, vous avez la parole.

Dominic Tan, chef de la direction par intérim, Alliance pharmaceutique pancanadienne : Bonjour. Merci de m'accueillir. Je suis heureux de pouvoir participer à cette importante audience du comité sénatorial.

L'Alliance pharmaceutique pancanadienne, l'APP, est une véritable réussite pancanadienne. Nous négocions au nom de tous les régimes publics d'assurance-médicaments canadiens, en combinant leur pouvoir de négociation pour obtenir des produits pharmaceutiques à bon prix. Nous n'évaluons pas les médicaments. C'est le travail de l'Agence des médicaments du Canada et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, l'INESSS. Nous n'achetons pas non plus de médicaments. Cela relève de la compétence des provinces et des territoires.

What we do is we negotiate for better drug prices, and we do it well. We've signed more than 600 agreements with drug manufacturers so far. The pCPA allows all jurisdictions — big or small — to sign agreements at the same lower price.

What does this mean? Well, in the last fiscal year alone, we saved public drug plans an estimated \$4.6 billion, and, since our inception, we've saved an estimated \$24 billion. That's money that can be reinvested to support Canadians.

The pCPA is the only body responsible for negotiating drug prices for all 14 provincial, territorial and federal governments, so we welcome this opportunity to discuss Bill C-64 and the key role we must play in leading the negotiations that pertain to national pharmacare.

Sustainability will be key. Drugs are getting more sophisticated and a lot more expensive than ever before. This already impacts the public drug plans, and it will have a significant impact on the affordability of national pharmacare. The pCPA savings can range from between 0% to about 90%. Why 0%? Well, that means the manufacturers actually listened and priced their medicines really well. By coming to the negotiation table with a fair price, drug manufacturers can speed up the negotiations. When drugs are priced very high compared to the evidence, negotiations often take more time.

The first phase of national pharmacare will focus on diabetes medications and contraceptives. Past pCPA negotiations have led to important savings for these types of drugs, and we're excited to put this expertise to good use so that governments can support more Canadians.

Our expertise will also be needed as other drugs are added. For example, if you think about new cancer therapies or drugs for rare diseases, these drugs can be very expensive. Sometimes we're talking about millions of dollars for one patient. The job we're doing is critical to ensure that national pharmacare is both affordable and sustainable.

As the formulary expands, Health Canada and Canada's Drug Agency will have to be careful to ensure that only good drugs that are clinically relevant and cost-effective are added. There

Par contre, nous négocions de meilleurs prix pour les médicaments, et nous le faisons bien. Jusqu'à présent, nous avons conclu plus de 600 accords avec des fabricants de médicaments. L'APP permet à toutes les administrations publiques, grandes ou petites, de conclure des accords au même prix inférieur.

Qu'est-ce que cela signifie? Rien qu'au cours du dernier exercice, nous avons permis aux régimes publics d'assurance-médicaments d'économiser environ 4,6 milliards de dollars et, depuis notre création, on estime que nous avons économisé 24 milliards de dollars. Cet argent peut être réinvesti pour aider les Canadiens.

L'APP est le seul organisme responsable de la négociation des prix des médicaments pour les 14 gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral. Nous sommes donc heureux d'avoir la possibilité de discuter du projet de loi C-64 et du rôle clé que nous devons jouer dans la conduite des négociations relatives au régime national d'assurance-médicaments.

La durabilité sera essentielle. Les médicaments sont de plus en plus sophistiqués et de plus en plus chers, ce qui a déjà des répercussions sur les régimes publics d'assurance-médicaments. Cela aura un impact considérable sur l'abordabilité du régime national d'assurance-médicaments. Les économies réalisées grâce à l'APP peuvent aller de 0 à environ 90 %. Pourquoi 0 %? Eh bien, cela signifie que les fabricants ont écouté et qu'ils ont fixé le prix de leurs médicaments à un niveau très juste. En se présentant à la table des négociations avec un prix équitable, les fabricants de médicaments peuvent accélérer les négociations. Lorsque le prix des médicaments est très élevé par rapport aux données disponibles, les négociations traînent souvent en longueur.

La première phase de la mise en œuvre du régime national d'assurance-médicaments se concentrera sur les médicaments contre le diabète et les contraceptifs. Les négociations antérieures de l'APP ont permis de réaliser d'importantes économies pour ces catégories de médicaments et nous sommes ravis de mettre ce savoir-faire à profit pour que les gouvernements puissent aider un plus grand nombre de Canadiens.

Notre savoir-faire sera également nécessaire à mesure que d'autres médicaments seront ajoutés. Par exemple, les nouveaux traitements contre le cancer ou les médicaments pour les maladies rares peuvent être très coûteux. On parle parfois de millions de dollars pour un seul patient. Notre travail est essentiel pour garantir que le régime national d'assurance-médicaments soit à la fois abordable et viable.

À mesure que la liste des médicaments s'allongera, Santé Canada et l'Agence des médicaments du Canada devront veiller à n'y ajouter que de bons médicaments, cliniquement utiles et

are a lot of new therapies, but new doesn't always mean better. Not all new therapies work, or they don't work better than previous or, oftentimes, more affordable drugs.

We also need to think about generic drugs. These drugs are essential to an affordable pharmacare program. Thanks to our work, many can be obtained at 25% of the brand name drug; that's 75% off. Again, these are big savings, and that's going to allow governments to do more with the budgets they have.

In a nutshell, we have the expertise and the experience to negotiate drug prices for all Canadians through national pharmacare. This would be an expansion of our already successful system. What we do works.

Innovative Medicines Canada, RAREi and the Canadian Generic Pharmaceutical Association — three associations that represent drug manufacturers — recommended to the House of Commons Standing Committee on Health to avoid duplication and leverage existing efforts. All three mentioned the important work of the pCPA.

We are looking forward to continuing to support all public drug plans and to support national pharmacare.

I'm happy to answer any questions you may have.

The Chair: We have a lot of questions for you.

Mr. Giroux, the floor is yours.

Yves Giroux, Parliamentary Budget Officer, Office of the Parliamentary Budget Officer: Honourable senators, thank you for the invitation to appear before you today. We're pleased to be here to discuss our analysis of Bill C-64, An Act respecting pharmacare. With me today, I have Diarra Sourang, Director, Economic Analysis.

Consistent with the Parliamentary Budget Officer's mandate to provide independent, non-partisan analysis to Parliament, in September 2017, my office published an estimate of the federal cost of a national pharmacare program in response to a request from the House of Commons Standing Committee on Health.

Following additional requests from parliamentarians, my office released an updated cost estimate of a single-payer, universal drug plan in October 2023.

d'un bon rapport coût-efficacité. Il y a beaucoup de nouvelles thérapies, mais la nouveauté n'est pas toujours synonyme d'amélioration. Les nouvelles thérapies ne sont pas toutes efficaces ou ne le sont pas plus que des médicaments existants ou, souvent, plus abordables.

Nous devons également penser aux médicaments génériques. Ces médicaments sont essentiels à un régime d'assurance-médicaments abordable. Grâce à notre travail, il est possible de se procurer nombre d'entre eux à 25 % du prix du médicament de marque, soit une réduction de 75 %. Là encore, il s'agit d'économies importantes, qui permettront aux gouvernements de faire plus avec les budgets dont ils disposent.

En bref, nous possédons le savoir-faire et l'expérience nécessaires pour négocier le prix des médicaments pour tous les Canadiens dans le cadre d'un régime national d'assurance-médicaments. Il s'agirait d'une extension de notre système déjà performant. Nos interventions portent leurs fruits.

Innovative Medicines Canada, le Forum canadien des innovateurs spécialisés dans les maladies rares, ou RAREi, et l'Association canadienne du médicament générique — trois associations qui représentent les fabricants de médicaments — ont recommandé au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes d'éviter les doubles emplois et de tirer parti des efforts existants. Toutes trois ont mentionné l'important travail de l'APP.

Nous sommes impatients de continuer à soutenir tous les régimes publics d'assurance-médicaments et l'assurance nationale d'assurance-médicaments.

Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

La présidente : Nous avons beaucoup de questions à vous poser.

Monsieur Giroux, vous avez la parole.

Yves Giroux, directeur parlementaire du budget, Bureau du directeur parlementaire du budget : Honorables sénateurs et sénatrices, je vous remercie de l'invitation à comparaître devant vous. Nous sommes heureux d'être ici pour discuter de notre analyse du projet de loi C-64, Loi concernant l'assurance médicaments. Diarra Sourang, directrice de l'Analyse économique, m'accompagne aujourd'hui.

Conformément au mandat du directeur parlementaire du budget de fournir une analyse indépendante et non partisane au Parlement, en septembre 2017, mon bureau a publié une estimation du coût fédéral d'un régime national d'assurance-médicaments en réponse à une demande du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Par suite d'autres demandes parlementaires, mon bureau a publié une estimation actualisée des coûts d'un régime universel d'assurance-médicaments à payeur unique en octobre 2023.

[*Translation*]

As you know, Bill C-64 proposes, in the context of the first phase of a national universal pharmacare plan, to provide universal first-dollar, single-payer coverage of a range of contraceptives and diabetes medications. The program's objective is to expand and improve rather than replace the existing provincial and territorial coverage.

I estimate that, if implemented, Bill C-64 will increase federal government expenditures by \$1.9 billion over five years. This estimate assumes that all medications currently covered by the provincial and territorial governments, as well as private insurers, will have the same conditions.

Diarra and I will be pleased to answer any questions you may have concerning our analysis of Bill C-64 or any other work by my office.

Thank you.

[*English*]

The Chair: Thank you, Mr. Giroux.

We will turn to honourable senators for questions, with the first coming from the deputy chair, Senator Cordy. You will have four minutes for your question and the answer.

Senator Cordy: Thank you to all of you for being here today.

We are fortunate; when you work for the government, you have a good pharmaceutical plan. Not all Canadians are that lucky.

Ms. McGurn, do you know how many Canadians do not have any pharmacare coverage at all, and how many have what I would call "inadequate coverage," where they have a copay, which means that they do not always have medications accessible to them?

Ms. McGurn: With apologies, we have not done that work. We are aware of the various pieces of research that have been published, whether by the private insurers, Innovative Medicines Canada or others. That is not work that has been undertaken by us as an organization, nor has it been historically.

Regarding the split between private insurers and public payers, out of 100% of spending, a little over 40% is funded by private insurers and about 38% is funded by public payers, and the remainder is a burden on individuals. Certainly, it depends on how you ask that question. I would not want to reflect on others' specific research on that topic.

[*Français*]

Comme vous le savez, le projet de loi C-64 propose, dans le cadre de la première phase d'un régime national universel d'assurance médicaments, d'offrir une couverture universelle au premier dollar et à payeur unique pour une gamme de contraceptifs et de médicaments contre le diabète. L'objectif du programme est d'élargir et d'améliorer, plutôt que de remplacer, la couverture provinciale et territoriale existante.

J'estime que, s'il est mis en œuvre, le projet de loi C-64 fera augmenter les dépenses du gouvernement fédéral de 1,9 milliard de dollars sur cinq ans. Cette estimation sous-entend que tous les médicaments actuellement couverts par les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que par les assureurs privés le resteront aux mêmes conditions.

Diarra et moi serons heureux de répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir concernant notre analyse du projet de loi C-64 ou d'autres travaux de mon bureau.

Merci.

[*Traduction*]

La présidente : Merci, monsieur Giroux.

Nous allons passer aux questions des sénateurs, la première venant de la vice-présidente, la sénatrice Cordy. Vous disposerez de quatre minutes pour poser votre question et obtenir la réponse.

La sénatrice Cordy : Je vous remercie tous d'être ici.

Nous avons de la chance; lorsqu'on travaille pour le gouvernement, on bénéficie d'un bon régime d'assurance-médicaments. Les Canadiens n'ont pas tous cette chance.

Madame McGurn, savez-vous combien de Canadiens n'ont aucune assurance-médicaments et combien disposent de ce que j'appellerais une « couverture insuffisante », c'est-à-dire qu'ils doivent payer une quote-part, ce qui signifie qu'ils n'ont pas toujours accès aux médicaments?

Mme McGurn : Je suis désolée, nous n'avons pas fait ce travail. Nous savons que différents travaux de recherche ont été publiés, que ce soit par les assureurs privés, Innovative Medicines Canada ou d'autres. Ce n'est pas un travail que nous avons entrepris en tant qu'organisation, pas plus qu'il ne l'a été dans le passé.

En ce qui concerne la répartition entre les assureurs privés et les payeurs publics, sur 100 % des dépenses, un peu plus de 40 % sont financées par les assureurs privés et environ 38 % par les payeurs publics, le reste étant à la charge des consommateurs. Bien sûr, tout dépend de la manière dont on pose la question. Je ne voudrais pas me prononcer sur les recherches précises que d'autres ont menées sur ce sujet.

Senator Cordy: I looked at the title; it was officials from health care. I thought somebody would be able to do that. I'm sure that we will have witnesses who can.

I also wonder about the implementation of the pharmacare program. Ms. McGurn and Mr. Giroux, you touched on the medications that would be covered. Could you be more specific when it refers to "related products" — we all know there is a birth control pill, but there are also related. What related products would be covered under this legislation?

Mr. Giroux: Based on what was made available to us, there is the medication for diabetes. When it comes to contraceptives, there are the oral contraceptives as well as the intrauterine devices. There is a list that was provided too in the backgrounder. I can go through the list. I am not very knowledgeable on these.

Senator Cordy: Thank you. The Hoskins report spoke about the incremental process for implementation of Bill C-64. Whose responsibility will it be to follow along to see that? I understand the need for it to be incremental. You cannot go into something like this with everything in the first year or first while, I will say. Who is going to be overseeing that? Will it be the department overseeing it to ensure that it is, in fact, moving along in an incremental way?

Ms. McGurn: Canada's Drug Agency, as I said, is an arm's-length organization. We are not a decision-making body. Our work is done at the request of governments.

As an example to your previous question about which products might be covered, we would assess products that are being considered. For example, in the diabetes space, organizations like ours would assess products like FreeStyle Libre and make recommendations. We do not make the decision on whether they are funded.

Again, in the role of Canada's Drug Agency as it is contemplated in the bill, our job is to provide specific pieces of evidence-based work to inform the future. Beyond that, we don't have any ongoing responsibilities spelled out in the bill.

Mr. Giroux: I will add that the legislation as drafted is fairly vague. It provides powers to the minister, but it does not include much about accountability and reporting on the progress made. That would be up to the minister through various departmental vehicles and, presumably, committees — such as this committee — to ensure the government is held to account on the implementation of its commitments.

La sénatrice Cordy : J'ai regardé le titre; il s'agissait de responsables du secteur des soins de santé. J'ai pensé que quelqu'un serait en mesure de le faire. Je suis sûre que des témoins pourront nous en parler.

Je m'interroge également sur la mise en œuvre du régime d'assurance-médicaments. Madame McGurn et monsieur Giroux, vous avez parlé des médicaments qui seraient couverts. Pourriez-vous être plus précis en ce qui concerne les « produits connexes » : nous savons tous qu'il existe une pilule contraceptive, mais aussi des produits connexes. Quels produits connexes seraient couverts par ce projet de loi?

M. Giroux : D'après ce qui nous a été communiqué, il y a les médicaments pour le diabète. En ce qui concerne les contraceptifs, il y a les contraceptifs oraux et les dispositifs intra-utérins. Une liste a également été fournie dans le document d'information. Je peux la passer en revue. Je ne suis pas très au fait des éléments qu'elle renferme.

La sénatrice Cordy : Je vous remercie. Le rapport Hoskins parlait du processus progressif de mise en œuvre du projet de loi C-64. Qui sera chargé de suivre ce processus? Je comprends la nécessité d'une mise en œuvre progressive. On ne peut pas tout mettre en œuvre dès la première année ou d'un seul coup, j'en conviens. Qui sera chargé de superviser le processus? Est-ce que le ministère assurera la supervision pour garantir que le processus se déroule effectivement de manière progressive?

Mme McGurn : Comme je l'ai dit, l'Agence des médicaments du Canada est une organisation indépendante. Nous ne sommes pas un organe décisionnel. Nous travaillons à la demande des gouvernements.

Pour répondre à votre question précédente sur les produits susceptibles d'être couverts, nous évaluerions les produits envisagés. Par exemple, en ce qui concerne le diabète, des organisations comme la nôtre évalueraient des produits comme FreeStyle Libre et feraient des recommandations. Nous ne prenons pas la décision de les financer ou non.

Je le répète, dans le rôle que le projet de loi envisage de confier à l'Agence des médicaments du Canada, notre tâche consiste à fournir des éléments précis d'information fondés sur des données probantes pour guider l'avenir. En dehors de cela, le projet de loi ne prévoit pas pour nous de responsabilités permanentes.

M. Giroux : J'ajouterais que le projet de loi, dans son libellé actuel, est assez vague. Il confère des pouvoirs au ministre, mais ne prévoit pas grand-chose en matière de reddition de comptes et d'établissement de rapports sur les progrès réalisés. Il appartiendrait au ministre, au moyen de divers véhicules ministériels et, vraisemblablement, de comités — tels que le présent comité — de veiller à ce que le gouvernement soit tenu de rendre compte de la mise en œuvre de ses engagements.

Senator Cordy: Thank you.

The Chair: Ms. McGurn, your agency — if I misunderstood, please correct me — is responsible for the national bulk purchasing strategy. Can you speak to that?

Ms. McGurn: The language of the legislation, as you are aware, is to bring forward that the minister must request recommendations on a bulk purchasing strategy. Without having had the direction, it would be fair to say that work would be accomplished the way we accomplish other pieces of work, which is by pulling together the best evidence possible.

It would be expected that we would look at what else is being done. Are there different models of securing products at better prices that perhaps Canada hasn't used?

When you think about our population, which is about 2% of the world's population, although we have a robust market — usually sitting in the top 10 — we actually divide our purchasing power, as Mr. Tan spoke about. The purchasing for the public drug plans is done separately from hospitals, which is done separately from many others.

I would anticipate our role is to look at the evidence and various other mechanisms that may be available that could be considered in Canada. There is nothing that would suggest that we would be responsible for bulk purchasing, as I read the legislation.

The Chair: Thank you for that clarification.

Senator Seidman: Thank you to all of the witnesses for being here today.

I have a question to ask Mr. Giroux, please.

I am looking at your legislative costing note that was published on May 15, 2024 — the five-year cost. You say this estimate assumes that any medications that are currently covered by provincial and territorial governments, as well as private insurance providers, will remain covered on the same terms.

My question for you is this: Can you explain why you chose to cost the program in the manner you did, assuming absolutely zero shifts in private insurance coverage? What information informed that decision?

Do you believe there is a market-based incentive for private insurers to reduce or eliminate their coverage for drugs that would be covered under a universal public plan? Why or why not? Thank you.

La sénatrice Cordy : Merci.

La présidente : Madame McGurn, votre agence — si je me trompe, veuillez me corriger — est chargée de la stratégie nationale d'achat en gros. Pouvez-vous nous en parler?

Mme McGurn : Comme vous le savez, le projet de loi prévoit que le ministre doit demander des recommandations sur une stratégie d'achat en gros. Sans avoir reçu d'instructions, il serait juste de dire que ce travail serait accompli de la même manière que d'autres travaux, c'est-à-dire en rassemblant les meilleures données disponibles.

On pourrait s'attendre à ce que nous examinions ce qui se fait ailleurs. Existe-t-il d'autres modèles permettant d'obtenir des produits à de meilleurs prix que le Canada n'a peut-être pas utilisés?

Si nous prenons notre population, qui représente environ 2 % de la population mondiale, bien que notre marché soit robuste, se classant généralement dans les 10 premiers, nous divisons en fait notre pouvoir d'achat, comme M. Tan l'a dit. Les achats des régimes publics d'assurance-médicaments sont effectués séparément de ceux des hôpitaux, qui sont effectués séparément de beaucoup d'autres.

Je m'attendrais à ce que nous ayons pour rôle d'examiner les données probantes et les divers autres mécanismes qui pourraient être envisagés au Canada. Rien ne laisse supposer que nous serions responsables des achats en gros, d'après ma lecture du projet de loi.

La présidente : Merci pour cette précision.

La sénatrice Seidman : Je remercie tous les témoins de leur présence.

J'ai une question à poser à M. Giroux, si vous le permettez.

J'examine votre note sur l'évaluation du coût d'une mesure législative qui a été publiée le 15 mai 2024, le coût sur cinq ans. Vous dites que cette estimation suppose que tous les médicaments actuellement couverts par les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que par les fournisseurs d'assurance privée, le seront toujours aux mêmes conditions.

Ma question est la suivante : pouvez-vous expliquer pourquoi vous avez choisi d'évaluer le coût du programme comme vous l'avez fait, en supposant qu'absolument rien ne changera dans la couverture offerte par les assureurs privés? Quels renseignements ont guidé cette décision?

Pensez-vous que le marché inciterait les assureurs privés à réduire ou à supprimer la couverture des médicaments qui seraient couverts par un régime public universel? Pourquoi ou pourquoi pas?

Mr. Giroux: A very good question, senator.

The reason we didn't include any shift is that there could be agreements put in place with the provinces that would preclude them from off-loading these specific prescription drugs to the federal program. There could also be regulations made subsequently to prevent private insurers from doing that. There could be parameters included in the agreements — maybe not, but it could be done. It has been done before in Quebec, where if you can be covered, you have to be covered. There is no guarantee it will happen. I am totally in agreement with that.

If we were to include a shift, or factor in a potential shift, from private insurers or currently existing public plans to the federal regime, it would have been difficult to determine what portion, because there is not much evidence for these two types of drugs. But there is certainly an incentive for that to happen. In fact, without appropriate legislative safeguards, I do not see why that would not happen over time.

Senator Seidman: So you are saying that there should be some kind of safeguard to ensure this doesn't happen?

I live in Quebec, so I know that we must use our private plans if we have them.

Mr. Giroux: Yes.

Senator Seidman: This piece of legislation does not include anything of that nature, and the way things will be shared between the provinces and the federal government is not really specified either. There is a concern that there will be drift, and there isn't a built-in allowance for that. Now you are saying there is a market-based incentive, in fact, for private insurers to discontinue their coverage.

Mr. Giroux: Absolutely. If the government is providing a regime that covers 100% of prescription drugs for diabetes and contraceptives, whereas private plans have to incur these costs, there is obviously an incentive for them to say that they're removing it through collective bargaining, for example, and to tell employees to go to the federal government to get the 20% that is not covered; you might as well go for 100%. You are kept whole as an individual. That is such an incentive that I am talking about and that you are referring to in your question, probably.

Senator Seidman: Exactly.

Your estimates are based upon fill-in, which is what is, in fact, the pilot project in P.E.I. right now. It is a fill-in-the-gaps pilot

M. Giroux : C'est une très bonne question, madame la sénatrice.

La raison pour laquelle nous n'avons inclus aucun changement est que des ententes conclues avec les provinces pourraient les empêcher de se décharger de ces médicaments d'ordonnance particuliers sur le programme fédéral. Des règlements pourraient également être adoptés pour empêcher les assureurs privés d'agir de la sorte. Des paramètres pourraient être inclus dans les accords, ou non, mais la possibilité existe. Cela s'est vu au Québec, où si vous pouvez être couvert, vous devez l'être. Il n'y a aucune garantie que cela se produise, j'en conviens parfaitement.

Si nous devons inclure un changement, ou tenir compte d'un mouvement potentiel des assureurs privés ou des régimes publics existants vers le régime fédéral, il aurait été difficile de déterminer quelle partie serait touchée, parce qu'il n'y a pas beaucoup de données pour ces deux catégories de médicaments. Par contre, il est certain qu'il y a un encouragement à un tel mouvement. En fait, sans garanties législatives appropriées, je ne vois pas pourquoi cela ne se produirait pas avec le temps.

La sénatrice Seidman : Vous dites donc qu'il faudrait prévoir certaines garanties pour éviter que cela ne se produise?

Je vis au Québec, alors je sais que nous devons utiliser nos régimes privés si cette possibilité s'offre à nous.

M. Giroux : Oui.

La sénatrice Seidman : Ce projet de loi ne prévoit rien de tel, et la façon dont le partage se fera entre les provinces et le gouvernement fédéral n'est pas vraiment précisée non plus. On craint des dérives, mais rien n'est prévu à cet effet. Vous dites maintenant que le marché incite en réalité les assureurs privés à mettre fin à leur couverture.

M. Giroux : Tout à fait. Si le gouvernement offre un régime qui couvre 100 % des médicaments d'ordonnance pour le diabète et les contraceptifs, alors que les régimes privés doivent supporter ces coûts, il est évident qu'ils seront tentés de dire qu'ils suppriment cette couverture dans le cadre de négociations collectives, par exemple, et de dire aux employés de s'adresser au gouvernement fédéral pour obtenir les 20 % qui ne sont pas couverts; on pourrait tout aussi bien se rendre à 100 %. Vous êtes entièrement indemnisés à titre individuel. C'est l'incitation dont je parle et à laquelle vous faites probablement référence dans votre question.

La sénatrice Seidman : Exactement.

Vos estimations sont fondées sur le comblement de lacunes, l'objet même du projet pilote en cours dans l'Île-du-Prince-

project, which is supposed to be a demonstration project for how this is going to work. Your estimates are based upon that.

What we heard earlier from the minister was that there was this: Okay, if we have a private plan, we could choose to keep our private plan, but then there would be some miraculous copy that would be paid, somehow.

So I am trying to understand how all these pieces are going to fit together. What are you saying about that?

Mr. Giroux: I am saying —

The Chair: Mr. Giroux, Senator Seidman's time has expired. It is an important question. We want clarification. I hope others can pick up this line of inquiry as well.

Senator Osler: I have two questions — one for the pan-Canadian Pharmaceutical Alliance and one for Canada's Drug Agency — if there is time.

I will start with the pan-Canadian Pharmaceutical Alliance. This goes back to the question I asked our Health Canada experts. Pharmacare experts have cautioned that a most-favoured-nation policy approach to future purchases of medicines covered as part of national pharmacare could increase prices across both private and public plans. Could you comment on that opinion?

Mr. Tan: Thank you for that question, senator.

In response to your question, I want to provide the clarity that for the pan-Canadian Pharmaceutical Alliance, right now, our mandate is to negotiate drug prices for public drug plans. It currently does not include the mandate to also negotiate for the private industry. There is a difference there. Unfortunately, I will not be able to comment more on that.

Senator Osler: I understand your role, but I wondered if you had an opinion or clarification on it. Thank you.

For Canada's Drug Agency, you indicated that industry provides 11% of your funding. Bill C-64 does not establish Canada's Drug Agency by law nor does the bill define its powers, functions or governance structure. Lacking that, how will Canada's Drug Agency demonstrate transparency in decision making, guard against corporate interference and ensure accountability to Canadians?

Édouard. Il s'agit d'un projet pilote de comblement des lacunes, qui est censé être un projet de démonstration du fonctionnement éventuel. Vos estimations sont fondées sur ce mécanisme.

Le ministre nous a décrit tout à l'heure la situation suivante : très bien, si nous avons un régime privé, nous pourrions choisir de conserver notre régime privé, mais il y aurait alors une miraculeuse quote-part qui serait payée, d'une manière ou d'une autre.

J'essaie donc de comprendre comment tous ces éléments vont s'imbriquer. Qu'en dites-vous?

M. Giroux : Je dis...

La présidente : Monsieur Giroux, le temps de parole de Mme Seidman est écoulé. La question est importante. Nous voulons des précisions. J'espère que d'autres intervenants pourront reprendre eux aussi cette question.

La sénatrice Osler : J'ai deux questions, l'une pour l'Alliance pancanadienne pharmaceutique et l'autre pour l'Agence des médicaments du Canada, s'il reste du temps.

Je vais commencer par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Cela nous ramène à la question que j'ai posée à nos experts de Santé Canada. Les experts en matière d'assurance médicaments nous ont prévenus qu'une approche stratégique de la nation la plus favorisée pour les achats futurs de médicaments couverts dans le cadre du régime national d'assurance médicaments pourrait entraîner une augmentation des prix dans les régimes privés et publics. Pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez?

M. Tan : Merci pour cette question, madame la sénatrice.

En réponse à votre question, je tiens à préciser que, pour l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, à l'heure actuelle, notre mandat consiste à négocier les prix des médicaments pour les régimes publics d'assurance médicaments. Il n'inclut pas le mandat de négocier également pour le secteur privé. Il faut faire la distinction. Malheureusement, je ne pourrai pas en dire plus à ce sujet.

La sénatrice Osler : Je comprends votre rôle, mais je me demandais si vous aviez une opinion ou une précision à ce sujet. Je vous remercie.

Pour l'Agence des médicaments du Canada, vous avez dit que l'industrie fournit 11 % de votre financement. Le projet de loi C-64 ne crée pas l'Agence des médicaments du Canada par une loi et ne définit pas non plus ses pouvoirs, ses fonctions ou sa structure de gouvernance. Sans cela, comment l'Agence des médicaments du Canada pourra-t-elle faire preuve de transparence dans son processus décisionnel, se prémunir contre l'ingérence des entreprises et rendre des comptes aux Canadiens?

Ms. McGurn: Thank you for your question, senator.

To make a reflection on your question to the pan-Canadian Pharmaceutical Alliance, I did make a note about your earlier question about a most-favoured-nation policy, and that would be the type of research we would anticipate having looked into as we develop what would be recommendations to come forward to improve our purchasing power. I appreciated that question being raised earlier.

Senator Osler: Thank you.

Ms. McGurn: Perhaps, to start off by clarifying what the industry contributes to our organization and why, for each new product that is considered for a public drug program, it is only considered at the request of industry so that we receive a portfolio file on a particular product for it to go through the health technology assessment.

When it was determined that this was a significant commitment to the provinces, territories, federal government and industry, it was originally established that there would be a 60-40 split in funding between the government officials and the industry. As we have continued to evolve that work over time, we are now at a 50-50 cost-sharing agreement with the industry, where they contribute up to 50% of the funds for cost recovery on the work we do to have their products considered for public listing. The federal government, provinces and territories make up the remainder.

As to how the agency will provide transparency, ensure corporate interests, et cetera, we do have a responsible board that is made up of federal and provincial representatives at the senior level — usually assistant deputy ministers or deputies. On top of that, we do have participants across a range of the health system who certainly provide guidance and oversight, including fiduciary.

As part of our funding responsibility for the federal government, which I indicated provides over 70% of our funding, we do have a contribution agreement with them that provides very specific and detailed accountability provisions that we must provide to them on a regular basis throughout the year to justify the spending and where those funds have been.

It should be noted that all of the money that we receive is not just for pharmaceuticals; a significant portion of our work is non-pharmaceutical work as well.

The Chair: We will have to stop there. I am sure we can return to this clarification.

Mme McGurn : Merci pour votre question, madame la sénatrice.

Pour revenir à la question que vous avez posée à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, j'ai noté que vous avez évoqué dans votre question précédente la politique de la nation la plus favorisée, et ce serait le type de recherches dont nous prendrions probablement connaissance dans le cadre de l'élaboration de nos recommandations pour améliorer notre pouvoir d'achat. J'étais heureuse que cette question ait été soulevée plus tôt.

La sénatrice Osler : Je vous remercie.

Mme McGurn : Peut-être faudrait-il d'abord en dire plus sur la contribution de l'industrie à notre organisation et pourquoi, pour chaque nouveau produit envisagé dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments, ce n'est qu'à la demande de l'industrie que nous recevons un dossier sur un produit donné pour qu'il soit soumis à l'évaluation des technologies de la santé.

Lorsqu'il a été déterminé qu'il s'agissait d'un engagement important pour les provinces, les territoires, le gouvernement fédéral et l'industrie, il a été décidé à l'origine que le financement serait réparti à raison de 60-40 entre le gouvernement et l'industrie. Au fil de l'évolution de nos travaux, nous en sommes maintenant à un accord de partage des coûts en parts égales avec l'industrie, où elle verse jusqu'à 50 % des fonds aux fins du recouvrement des coûts des travaux que nous accomplissons pour envisager l'inscription de leurs produits sur la liste des médicaments assurés. Le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires couvrent le reste.

Pour ce qui est de la manière dont l'Agence assurera sa transparence et tiendra compte des intérêts des entreprises, entre autres, notre conseil d'administration responsable est composé de fonctionnaires fédéraux et provinciaux de haut niveau, généralement des sous-ministres adjoints ou des sous-ministres. En outre, nous avons des participants issus de divers secteurs du système de santé qui fournissent des conseils et assurent une surveillance, y compris d'ordre fiduciaire.

Dans le cadre de notre responsabilité financière vis-à-vis du gouvernement fédéral qui, comme je l'ai dit, assure plus de 70 % de notre financement, nous avons conclu avec lui un accord de contribution qui renferme des dispositions très claires et détaillées en matière de reddition des comptes que nous devons remplir régulièrement tout au long de l'année afin de justifier les dépenses et l'utilisation de ces fonds.

Il convient de souligner que les fonds que nous recevons ne sont pas tous exclusivement destinés aux produits pharmaceutiques; une grande partie de notre travail est également d'ordre non pharmaceutique.

La présidente : Nous allons devoir nous arrêter là. Je suis sûre que nous pourrions revenir sur cette précision.

[Translation]

Senator Petitclerc: My first question is for Mr. Giroux.

I would like to get some details about the figure of \$1.9 billion over five years. We have read that, since we are going to buy in bulk or are thinking of it, there will be some potential savings. The Hoskins report mentions approximately 20%.

Was that taken into account in the estimate?

Diarra Sourang, Director, Economic Analysis, Parliamentary Budget Office: Thank you for your question. I would say yes and no. Yes, in the sense that we took it into account, and no, because either the provinces negotiate and obtain discounts themselves or the federal government negotiates and gets similar discounts. Therefore, the discount that is currently granted to the provinces will be potentially granted to the federal government if the provinces agree to have the federal government take their place in the negotiations and obtain the discount. It amounts to six of one, half a dozen of the other.

Senator Petitclerc: Are you able to say that there will be savings, or will you only find out later on?

Ms. Sourang: We would have to determine who would be the single payer. If it remains the provinces, as it currently stands, the federal government would make a transfer payment, so there would not be any savings. If the provinces agree to transfer their responsibilities, the federal government would get the discount instead.

Senator Petitclerc: I understand. Thank you, that is very helpful.

I would like to come back to Senator Osler's question, since you mentioned that the industry would provide 11%.

I think I understand the answer, but have you made absolutely sure that the people who draw up the lists are independent? I would like to make sure that there will be independence and distance.

You also talked about who will be at the table when the choices are made and lists compiled. You may have already mentioned this, but will the clients and everyone involved in one way or another be represented?

[Français]

La sénatrice Petitclerc : Ma première question s'adressera à M. Giroux.

J'aimerais avoir des détails concernant le montant de 1,9 milliard de dollars sur cinq ans. On a pu lire que, puisqu'on va faire les achats en gros ou qu'on pense le faire, il y aura des économies qui seront potentiellement réalisées. Le rapport Hoskins parle d'environ 20 %.

Est-ce que tout cela a été pris en considération dans cette estimation?

Diarra Sourang, directrice, Analyse économique, Bureau du directeur parlementaire du budget : Je vous remercie pour votre question. Je répondrais oui et non. Oui, dans la mesure où on l'a considéré, mais non, parce que c'est soit les provinces qui négocient et qui obtiennent les rabais elles-mêmes, soit le gouvernement fédéral qui négocierait et aurait un rabais d'une mesure semblable. Donc, c'est vraiment le rabais qui est actuellement accordé aux provinces qui serait potentiellement accordé au gouvernement fédéral, à condition que les provinces acceptent que le gouvernement fédéral se substitue à elles dans ces négociations et obtienne ce rabais. Donc, c'est vraiment perdre d'une main et récupérer de l'autre.

La sénatrice Petitclerc : Est-ce qu'on est en mesure de dire s'il y aura des économies qui seront réalisées, ou est-ce qu'on le saura dans l'avenir?

Mme Sourang : Il faudrait d'abord déterminer qui serait le payeur unique. Si ce sont toujours les provinces, comme c'est le cas actuellement, le gouvernement fédéral leur ferait un transfert, donc il n'y aurait pas d'économie en ce sens. Si les provinces acceptent de transférer ces responsabilités, le gouvernement fédéral aura ces rabais à leur place.

La sénatrice Petitclerc : Je comprends; merci, cela m'aide beaucoup.

J'aimerais revenir sur la question de la sénatrice Osler, parce que vous avez mentionné le chiffre de 11 % de l'industrie qui est représentée.

Je crois que j'ai compris la réponse, mais est-ce qu'on s'est bien assuré de l'autonomie et de l'indépendance des intervenants lorsqu'il s'agira de dresser ces listes? J'aimerais m'assurer que cette indépendance et cette distance vont exister.

Vous avez également parlé de ceux qui seront à la table lorsqu'il s'agira de faire ces choix et ces listes. Vous l'avez peut-être déjà dit, mais est-ce que les clients ou les personnes concernées, d'une manière ou d'une autre, sont représentés?

[English]

Ms. McGurn: Thank you for the question. I apologize that I cannot respond in French.

Senator Petitclerc: It is okay.

Ms. McGurn: I will give two examples of how we do our work, and then I will come back to the financial question —

The Chair: You have to do that in less than 30 seconds.

Ms. McGurn: The first thing I would say is all of our work is done — it's not just employees of our organization whom our committees represent. When they make decisions and when we have brought people together in the past, it includes Indigenous individuals, patients, clinicians and an ethicist. Our work is done in a multifactorial way. It is them who make recommendations, and those are the recommendations that we put forward to government decision makers.

The Chair: Thank you. We will leave it at that.

Senator Moodie: My question is to you, Ms. McGurn.

I am puzzled by the way you frame your expectation about how you will engage in the activity where this legislation suggests that you are going to be asked to engage. Under clause 8(1) entitled “National formulary,” and under clause 9 entitled “National bulk purchasing strategy,” both refer to the fact that — yes, I agree — the minister will ask you. But you are expecting this within a year of Royal Assent. You must be planning for this.

How is the agency getting ready to do this role — to create a national formulary — which you are being asked to do? You know it is coming, and you are being asked to provide.

The second part is a strategy for bulk buying. You are not at all passive in this. You are going to be leading this process, as I read this. To mention, as I understood it, Budget 2019 provided \$35 million over four years for this organization to be formed, created and prepared to get the right kind of internal culture, innovative ability and guts to drive this process. Are you there?

Ms. McGurn: Thank you for the question. I will do this one in reverse order. For clarity, the \$35 million announced in Budget 2019 was not for our organization; it was for the Canadian Drug Agency Transition Office which we are not. We are Canada's Drug Agency. The funding that we will receive was part of the announcement from December of this past year which

[Traduction]

Mme McGurn : Merci pour cette question. Je suis désolée de ne pas pouvoir répondre en français.

La sénatrice Petitclerc : Ce n'est pas grave.

Mme McGurn : Je vais donner deux exemples de la façon dont nous faisons notre travail, puis je reviendrai à la question financière...

La présidente : Vous devez le faire en moins de 30 secondes.

Mme McGurn : La première chose que je dirais, c'est que tout notre travail est accompli — ce ne sont pas seulement les employés de notre organisation que nos comités représentent. Lorsqu'ils prennent des décisions et lorsque nous avons réuni des gens dans le passé, il s'agissait d'Autochtones, de patients, de cliniciens et d'un éthicien. Notre travail est multifactoriel. Ce sont eux qui formulent des recommandations et ce sont ces recommandations que nous soumettons aux décideurs gouvernementaux.

La présidente : Merci. Nous en resterons là.

La sénatrice Moodie : Ma question s'adresse à vous, madame McGurn.

La façon dont vous formulez vos attentes sur la manière dont vous vous livrez à l'activité à laquelle ce projet de loi laisse croire qu'on vous demandera de vous livrer me rend perplexe. Le paragraphe 8(1), intitulé « Liste nationale des médicaments », et l'article 9, intitulé « Stratégie nationale d'achat en gros » font tous deux référence au fait que — oui, j'en conviens — le ministre vous le demandera, mais vous attendez que la demande viendra dans l'année qui suivra la sanction royale. Vous devez être en train de planifier en conséquence.

Comment l'Agence se prépare-t-elle à jouer ce rôle, à créer une liste nationale, ce qu'on vous demande de faire? Vous savez que cela va arriver, et on vous demande de la fournir.

La deuxième partie concerne une stratégie d'achat en gros. Vous n'êtes pas du tout passifs dans ce domaine. Vous allez piloter ce processus, si j'ai bien compris. Pour rappel, si j'ai bien compris, le budget de 2019 prévoyait 35 millions de dollars sur quatre ans pour que cette organisation soit établie, créée et préparée afin d'avoir le bon type de culture interne, la capacité d'innovation et le cran pour mener à bien ce processus. En êtes-vous là?

Mme McGurn : Merci pour cette question. Je vais y répondre dans l'ordre inverse. Pour préciser, les 35 millions de dollars annoncés dans le budget de 2019 n'étaient pas destinés à notre organisation, mais au Bureau de transition vers une Agence canadienne des médicaments, ce que nous ne sommes pas. Nous sommes l'Agence des médicaments du Canada. Notre

announced \$89 million for our organization, which translates into just over \$12 million for this year.

I will answer your other questions: Are we very aware that we have to deliver this work under extraordinarily tight timelines? Yes, we are. However, it would not be prudent for us to commence the work without being asked. But that does mean it has given us the opportunity to be prepared for the work. As an example, we have done work on formularies three times previously. We have been able to look at all of that work, the lessons learned and the key learnings from that. We have also been able to interview organizations, such as the World Health Organization on their WHO Model List of Essential Medicines, to be able to provide a foundation to kick off the work.

Similarly, with bulk purchasing, we are doing our homework on the various ways on which products are purchased in Canada already, and we are looking at best practices internationally. The way in which we do our work, though, is through deliberative committees that are made up of multi-stakeholders. We have not put those committees together yet, though we certainly have worked to develop what type of structures we would look at. And I would say it's highly likely based on previous work — most recently on the 2022 formulary — where we look for a representative makeup across the country, various participants and interested parties, such as patients, clinicians, ethicists and representation from different communities. We are in the getting ready stage, but we would not commence the work until Royal Assent, and we would have a plan to move forward on it. Obviously, we need to tweak or adjust based upon the requests.

Senator Moodie: I would like to add a question here. I have been in touch with the folks in the transition office. I understand that protocols have been made and passed over. So there is already a flow and an exchange of information guiding the direction in which you should be moving.

Can you help us understand where that is at?

Ms. McGurn: It is important to recognize that what was announced in December from the Canadian Drug Agency Transition Office were three pieces of work that are not the same — one of them is — as what's in the bill. What was announced in December for the \$89.5 million were three streams of work related to improving data and analytics, developing an appropriate use strategy and improving system alignment.

financement faisait partie de l'annonce de décembre dernier qui annonçait 89 millions de dollars pour notre organisation, ce qui se traduit par un peu plus de 12 millions de dollars pour cette année.

Je vais répondre à vos autres questions : sommes-nous bien conscients que nous devons accomplir ce travail dans des délais extraordinairement serrés? Oui, nous en sommes conscients. Toutefois, il ne serait pas prudent de notre part d'entreprendre les travaux sans y avoir été invités, mais cela signifie que nous avons eu la chance de nous préparer à le faire. Par exemple, nous avons déjà travaillé trois fois sur des listes de médicaments. Nous avons pu examiner ces travaux dans leur ensemble, les leçons à retenir et les principaux enseignements à en tirer. Nous avons également pu interroger les représentants d'organisations, telles que l'Organisation mondiale de la santé, sur sa liste modèle des médicaments essentiels, afin de nous fournir une base pour lancer le travail.

De même, en ce qui concerne les achats en gros, nous nous renseignons sur les différentes façons dont les produits sont achetés actuellement au Canada, et nous étudions les pratiques exemplaires à l'échelle internationale. Cependant, notre travail s'effectue par l'entremise de comités délibératifs composés de nombreuses parties prenantes. Nous n'avons pas encore formé ces comités, mais nous avons certainement travaillé à l'élaboration du type de structures que nous envisageons. Sur la base de travaux antérieurs, plus récemment sur la liste des médicaments de 2022, je dirais qu'il est très probable que nous recherchions une composition représentative de l'ensemble du pays, en mobilisant différents participants et parties prenantes, notamment des patients, des cliniciens, des éthiciens et des représentants de différentes communautés. Nous en sommes au stade des préparatifs, mais nous ne commencerons pas le travail avant l'octroi de la sanction royale, et nous aurons un plan pour nous mettre en branle. Il est évident que nous devons faire des ajustements en fonction des demandes.

La sénatrice Moodie : J'aimerais ajouter une question. J'ai communiqué avec le personnel du bureau de transition. Je crois savoir que des protocoles ont été élaborés et transmis. Il y a donc déjà un flux et un échange d'information qui guident la direction que vous devriez prendre.

Pouvez-vous nous aider à comprendre où vous en êtes?

Mme McGurn : Il est important de reconnaître que le Bureau de transition de l'Agence canadienne des médicaments a annoncé en décembre trois volets de travail qui diffèrent, sauf un, du contenu du projet de loi. L'annonce de décembre concernant les 89,5 millions de dollars portait sur trois volets de travail liés à l'amélioration des données et des analyses, l'élaboration d'une stratégie d'utilisation appropriée et l'amélioration de l'harmonisation des systèmes.

We certainly have all of the work that they have transitioned over to us — where they were with that work — and have been able to initiate moving all of that work forward.

The Chair: Thank you, Ms. McGurn. I am sorry; I seem to cut you off all the time. I apologize.

Ms. McGurn: I don't mind.

[*Translation*]

Senator Mégie: My question is for Mr. Giroux.

In terms of the study you did proving that implementing the plan will cost the federal government \$1.9 billion, did you get a chance to look at the direct and indirect savings from preventing complications? For example, a diabetic person's foot is extremely expensive for the health care system. Do you have data that take that into account to see if there are savings to be made by being proactive?

Mr. Giroux: That is a question I am often asked about other programs or cost estimates. Unfortunately, we have not done a cost-benefit analysis. We analyze costs, but are rarely given a mandate to estimate benefits, which could be difficult in some cases. The short answer is no.

However, we know that approximately 14% of costs are related to unfilled prescriptions, probably due to cost. That includes additional prescriptions that would be filled, since the medications would be provided or paid for by the federal government.

Senator Mégie: Great, thank you.

[*English*]

Senator Burey: Thank you for being here, Mr. Giroux.

To follow up on Senator Mégie's question regarding a cost-benefit analysis, you say that is something that you normally do not do. I heard the minister say that the diabetes medication alone would have a saving of \$30 billion in health costs. Okay. I wonder if this is something that your office should be looking at because of the cost-benefit. That is the first question. I will ask that question to you.

Mr. Tan, on the bulk purchasing strategy, what type of savings do you think that we could realize as a country if we had bulk purchasing across the board? That is for you, but I will start with you, Mr. Giroux.

Il est certain que nous disposons de tous les travaux qu'ils nous ont transférés, là où ils en étaient, et nous avons été en mesure de commencer à poursuivre tous ces travaux.

La présidente : Merci, madame McGurn. Je suis désolée, j'ai l'impression de vous couper sans cesse la parole. Je vous prie de m'excuser.

Mme McGurn : Je ne vous en tiens pas rigueur.

[*Français*]

La sénatrice Mégie : Ma question s'adresse à M. Giroux.

Concernant l'étude que vous avez faite et qui prouve que la mise sur pied de ce régime coûtera 1,9 milliard de dollars au gouvernement fédéral, avez-vous eu l'occasion de regarder les économies directes et indirectes associées à la prévention des complications? Par exemple, le pied d'une personne diabétique coûte extrêmement cher au système de santé. Avez-vous des données qui pourraient vous permettre de tenir compte de cela pour voir si on a des économies à faire en prenant les devants?

M. Giroux : C'est une question qui m'est posée assez souvent sur d'autres programmes ou estimations de coûts. Malheureusement, on ne fait pas d'évaluation coût-bénéfice. On fait l'analyse des coûts, mais on a rarement le mandat d'estimer les bénéfices, ce qui pourrait être difficile dans certains cas. La réponse courte est non.

Par contre, on sait qu'il y a environ 14 % des coûts qui sont liés à de nouvelles ordonnances qui ne sont pas remplies, probablement en raison des coûts. Cela inclut ces ordonnances additionnelles qui seraient remplies puisque les médicaments seraient fournis ou payés par le gouvernement fédéral.

La sénatrice Mégie : Parfait. Merci beaucoup.

[*Traduction*]

La sénatrice Burey : Merci d'être ici, monsieur Giroux.

Pour faire suite à la question de la sénatrice Mégie concernant l'analyse coûts-avantages, vous dites que ce n'est pas ce que vous faites normalement. J'ai entendu le ministre dire que les médicaments contre le diabète permettraient à eux seuls d'économiser 30 milliards de dollars en coûts de santé. Très bien. Je me demande si votre bureau devrait se pencher sur ce dossier en raison du rapport coût-bénéfice. C'est la première question que je vous poserais.

Monsieur Tan, en ce qui concerne la stratégie d'achats en gros, quel type d'économies pensez-vous que nous pourrions réaliser à l'échelle nationale si nous généralisions les achats en gros? Cette question s'adresse à vous, mais je vais commencer par vous, monsieur Giroux.

Mr. Giroux: Thank you, senator. It is something that we could do if requested to do so by a committee.

Senator Burey: Okay.

Mr. Giroux: Our resources are limited. Doing a cost-benefit analysis requires making a series of assumptions and looking at many variables. It is quite intensive in terms of resources. If there is a committee in the House or Senate that requests us to do so, that goes much higher on the list of priorities for our work plan.

Senator Burey: Before that, since I have more time, would you make any specific recommendations?

You spoke with Senator Seidman about how important it is in the regulations to make sure that if you have private insurance, you keep it.

After all, we want the people who don't have insurance to access it, which will lead to cost savings for the health system. Do you have any recommendations for that?

Mr. Giroux: First of all, we don't make recommendations, generally speaking.

Senator Burey: Okay, I don't want to put any words in your mouth.

Mr. Giroux: To respond to your question, currently we estimate about half of the costs that we estimated would go to people who already have coverage. On the \$1.9 billion we estimated, about half would go to people who already have coverage for public or private plans.

If the government wanted to limit the potential to off-load costs, it could draft regulations very tightly to say, "If you have private insurance, go there first and we cover the remainder. If you have a provincial public plan, you go there first; we cover what's not covered, and that's it."

Senator Burey: Thank you.

Mr. Tan, please share your response.

Mr. Tan: Thank you for your question, senator.

In terms of your question with respect to bulk purchasing, first I want to say that the pCPA does not purchase. We negotiate prices for reimbursement by the jurisdictions and drug plans.

Our mandate is to negotiate drug prices on behalf of the public drug plans for the entire country. What that means is our mandate is actually provided by our members as well. That being

M. Giroux : Merci, madame la sénatrice. C'est quelque chose que nous pourrions faire si un comité nous le demandait.

La sénatrice Burey : Très bien.

M. Giroux : Nos ressources sont limitées. Pour effectuer une analyse coûts-avantages, il faut formuler une série d'hypothèses et examiner de nombreuses variables. C'est un travail qui nécessite beaucoup de ressources. Si un comité de la Chambre ou du Sénat nous demande de le faire, cela s'inscrit beaucoup plus haut sur la liste des priorités de notre plan de travail.

La sénatrice Burey : Au préalable, puisqu'il me reste plus de temps, pourriez-vous faire des recommandations précises?

Vous avez parlé avec la sénatrice Seidman de l'importance, dans les règlements, de veiller à ce que les personnes qui ont une assurance privée la conservent.

Après tout, nous voulons que les personnes qui n'ont pas d'assurance y aient accès, ce qui permettra au système de santé de faire des économies. Avez-vous des recommandations à formuler à cet égard?

M. Giroux : Tout d'abord, nous ne faisons pas de recommandations, en règle générale.

La sénatrice Burey : Très bien, je ne voudrais pas vous mettre des mots dans la bouche.

M. Giroux : Pour répondre à votre question, nous estimons actuellement qu'environ la moitié des coûts que nous avons estimés iront aux personnes qui ont déjà une couverture. Sur les 1,9 milliard de dollars que nous avons estimés, environ la moitié ira à des personnes déjà couvertes par des régimes publics ou privés.

Si le gouvernement souhaitait limiter le risque de délestage des coûts, il pourrait rédiger une réglementation très stricte disant : « Si vous avez une assurance privée, adressez-vous d'abord à elle et nous couvrirons le reste. Si vous avez un régime public provincial, adressez-vous d'abord à lui et nous couvrons ce qui n'est pas couvert, et c'est tout. »

La sénatrice Burey : Je vous remercie.

Monsieur Tan, veuillez nous faire part de votre réponse.

M. Tan : Merci pour votre question, madame la sénatrice.

En ce qui concerne votre question sur l'achat en gros, je tiens tout d'abord à préciser que l'APP ne fait pas d'achats. Nous négocions les prix en vue de leur remboursement par les administrations publiques et les régimes d'assurance médicaments.

Notre mandat consiste à négocier les prix des médicaments pour le compte des régimes publics d'assurance médicaments pour l'ensemble du pays. Cela signifie que notre mandat nous est

said, certainly we are eager to learn more about what bulk purchasing means because we certainly welcome efforts to collaborate with our partners. At the end of the day, we want to help improve the health of Canadians.

Senator Burey: I won't go further. I am good.

Senator Bernard: I have one question for Mr. Tan, then I'm going to cede the rest of my time to Senator Seidman. I was intrigued by the question you asked earlier that wasn't finished. Let me ask my question, then you can pick up where you left off.

Mr. Tan, there's often a perception in the community — I often hear this — that the generic drugs are not as good as the labelled prescription drugs. Are you able to comment on that?

I know that in your opening remarks you referenced how much of a saving it was to purchase generic drugs.

Mr. Tan: Thank you for that question, senator.

With respect to generic drugs, our role as the pCPA is to negotiate prices for the drug plans so that we can provide the opportunity for better coverage.

There are differences between the brand name drugs and generic drugs. The pCPA does not get into those differences. In fact, these drugs get approved by the regulators, Health Canada. In fact, that question would probably be better answered by our colleagues from Health Canada.

Senator Seidman: Thank you. I'm going to try to go back. I thank my colleague Senator Bernard for allowing me to go back to the conversation we were having about the costing, and specifically the issues about how this is all going to be integrated when you have private insurance, provincial programs and coverage and now additional federal coverage.

In your costing, you have said to us there's an incentive for private insurers to eliminate their coverage. You said to us that half the costs would go to people who already have plans, so you encourage regulation.

I am trying to understand all these pieces: private insurance, provincial coverage and plans and now the federal plan. How do you envisage that in the most cost-effective way of operating, with all those given pieces? As Senator Burey and Senator Bernard said, we want this coverage to go to people who aren't covered. Why should half the costs go to people who already have plans?

également conféré par nos membres. Cela dit, il est certain que nous sommes impatients d'en savoir plus sur ce que représente l'achat en gros, car nous sommes certainement heureux de collaborer avec nos partenaires. En fin de compte, nous voulons contribuer à améliorer la santé des Canadiens.

La sénatrice Burey : Je m'en tiendrai là. C'est bien.

La sénatrice Bernard : J'ai une question pour M. Tan, puis je céderai le reste de mon temps à la sénatrice Seidman. J'ai été intriguée par la question que vous avez posée tout à l'heure et qui est restée en plan. Permettez-moi de poser ma question, puis vous pourrez reprendre là où vous vous êtes arrêtée.

Monsieur Tan, les gens ont souvent l'impression — je l'entends souvent — que les médicaments génériques ne sont pas aussi bons que les médicaments d'ordonnance de marque. Pouvez-vous nous dire ce que vous en pensez?

Je sais que dans votre déclaration liminaire, vous avez évoqué l'économie que représentait l'achat de médicaments génériques.

M. Tan : Merci pour cette question, madame la sénatrice.

En ce qui concerne les médicaments génériques, notre rôle à l'APP est de négocier les prix pour les régimes d'assurance médicaments afin que nous puissions offrir la possibilité d'une meilleure couverture.

Il existe des différences entre les médicaments de marque et les médicaments génériques. L'APP ne prend pas en compte ces différences. En fait, ces médicaments sont homologués par les autorités de réglementation, Santé Canada. En fait, nos collègues de Santé Canada seraient probablement mieux placés pour répondre à cette question.

La sénatrice Seidman : Merci. J'essaierai d'y revenir. Je remercie ma collègue, la sénatrice Bernard, de me permettre de revenir sur la conversation que nous avons eue au sujet de l'établissement des coûts, et plus particulièrement sur la façon dont tout cela sera intégré lorsqu'il y aura une assurance privée, une couverture et des régimes et, maintenant, une couverture fédérale supplémentaire.

Dans votre évaluation des coûts, vous nous avez dit qu'il est tentant pour les assureurs privés de supprimer leur couverture. Vous nous avez dit que la moitié des coûts iraient à des personnes qui ont déjà un régime, et vous êtes donc favorable à une réglementation.

J'essaie de comprendre tous ces éléments : l'assurance privée, la couverture et les régimes provinciaux et maintenant, le régime fédéral. Comment envisagez-vous la manière la plus rentable possible de fonctionner, avec tous ces éléments? Comme les sénatrices Burey et Bernard l'ont dit, nous voulons que cette couverture profite aux personnes qui n'ont pas d'assurance. Pourquoi la moitié des coûts devraient-ils profiter à des gens qui ont déjà un régime d'assurance?

Mr. Giroux: It's by design. The legislation states it will provide full coverage. If you have a plan based on your work — like people in this room — it rarely covers 100%. If you go buy diabetes drugs, you are usually reimbursed for 80%. For the 20% difference, or the copay, you have to pay that out of your own pocket. Half of the cost goes to people who need the last 20% to be recovered.

If you want to limit the potential for private plans and public plans to off-load that to the provinces, legislation or regulations have to be drafted so that you have to go to your private provider or your province first. Then the feds cover only the remainder.

From what I've seen so far, there's no such provision. There is that potential — at least based on the legislation so far — for a clever insurance company to say, "Look, there's a payer with deep pockets." Then they discreetly remove some of the coverage for diabetes and contraceptives, not — bang — the day of legislative Royal Assent, but over time progressively. It's quite possible. Legislation or regulations have to be drafted carefully to protect that from happening.

Senator Seidman: Does the Quebec plan do that?

Mr. Giroux: I don't know if it protects the slipping away or erosion of private drug plans. It prevents any individual who has access to a private plan through their employer, or other means, from opting out and going for the public plan.

The Chair: I have a quick question, Mr. Giroux. The way you've explained it does not seem to me that the federal government is the first payer. Am I right in understanding this? If the government comes in at the end to pay the part that fills in the gap, then it's not the first payer.

Mr. Giroux: It's probably a matter of terminology.

The Chair: Thank you.

Senator Cormier: This is quite complex to understand.

[Translation]

I am going to ask a very simple question that I should have asked the government. According to the information I have, 97.2% of Canadians have access to some form of drug insurance. Only 2.8% of Canadians are ineligible for any drug insurance. The federal government is proposing to radically transform drug insurance to give everyone access to these two medications.

M. Giroux : C'est une question de conception. Le projet de loi prévoit qu'il assurera une couverture complète. Si vous avez un régime en raison de votre travail — comme les personnes ici présentes —, il est rare qu'il couvre 100 %. Si vous achetez des médicaments contre le diabète, vous êtes généralement remboursé à 80 %. La différence de 20 %, la quote-part, est à votre charge. La moitié du coût va aux personnes qui ont besoin de récupérer les 20 % restants.

Si l'on veut limiter la possibilité pour les régimes privés et les régimes publics de se délester de ces coûts sur le dos des provinces, il faut rédiger un projet de loi ou un règlement qui oblige à s'adresser d'abord à son assureur privé ou à sa province. Les autorités fédérales ne couvriraient alors que le reste.

D'après ce que j'ai vu jusqu'à présent, il n'existe aucune disposition à cet effet. Il est possible — du moins d'après le libellé actuel du projet de loi — qu'une compagnie d'assurance astucieuse se dise : « Écoutez, il y a un payeur aux poches pleines. » Puis elle supprime discrètement une partie de la couverture pour le diabète et les contraceptifs, non pas — et vlan! — le jour même de la sanction royale du projet de loi, mais progressivement au fil du temps. C'est tout à fait possible. Les projets de loi ou les règlements doivent être rédigés avec soin pour se prémunir contre cette éventualité.

La sénatrice Seidman : Le régime du Québec le prévoit-il?

M. Giroux : Je ne sais pas s'il prévient la disparition graduelle ou l'érosion des régimes privés d'assurance médicaments. Il empêche toute personne qui a accès à un régime privé par l'entremise de son employeur, ou autrement, de se retirer et d'opter pour le régime public.

La présidente : J'ai une brève question, monsieur Giroux. D'après vos explications, il ne me semble pas que le gouvernement fédéral soit le premier payeur. Ai-je bien compris? Si le gouvernement intervient à la fin pour payer la partie qui comble l'écart, alors il n'est pas le premier payeur.

M. Giroux : C'est probablement une question de terminologie.

La présidente : Je vous remercie.

Le sénateur Cormier : C'est assez complexe à comprendre.

[Français]

Je vais poser une question très simple que j'aurais peut-être dû poser au gouvernement. Selon les informations que j'ai en main, 97,2 % des Canadiens ont accès à une forme d'assurance médicaments. Seulement 2,8 % des Canadiens ne sont admissibles à aucune assurance médicaments. Le gouvernement fédéral propose de transformer en profondeur l'assurance médicaments pour donner accès à tout le monde à ces deux médicaments.

In financial terms, would it not be in the federal government's interest to target the part of the population that does not have access to these medications? In other words, is there a financial analysis that would help us assess the costs to public funds if the program had targeted only the 2.8% of Canadians who do not have access to drug insurance? My question might be overly simplistic, but there you have it.

Mr. Giroux: The simplest questions are often the ones that best hit the mark. To partially answer your question, we estimate that around 75,000 Canadians are not covered for diabetes but would be under Bill C-64. Therefore, 60,000 Canadians with no coverage would be covered, and 530,000 Canadians who probably have no drug insurance for contraceptives would be covered under Bill C-64. I do not know if the proportions are the same, but our estimates are based on the data available to us. A bill could be drafted that would limit coverage to people who have no coverage and avoid reimbursing people who are already reimbursed at 80% or who already benefit from coverage under a provincial plan.

However, provincial plans often tend to be very stingy in their coverage. They cover a small part of the medication's actual cost. They have a ceiling. For instance, in the case of some contraceptives, Diarra told me that some provinces reimburse a maximum of 30 or 40 cents per pill for oral contraceptives, while the costs are much higher.

Senator Cormier: Thank you.

[English]

The Chair: Would that go against the principle of universality?

Mr. Giroux: That's a good question. It depends on how you define universality. Is it free for everybody or coverage for everybody?

Senator Dasko: Thank you for being here. My first question is to Mr. Giroux. You costed Bill C-64 at \$1.9 billion over five years with the status quo arrangements — private, provincial and so on. Have you costed a fully single-payer system with these medications? What would that cost? Are you aware of the costing if the government were to pay the full cost of the medication?

Mr. Giroux: We ran a simulation in which the federal government would pay for diabetes medication and contraceptives without any private sector coverage and without

Est-ce que, sur le plan financier, le gouvernement fédéral n'aurait pas eu intérêt à cibler la portion de la population qui n'a pas accès à des médicaments? En d'autres mots, est-ce qu'il y a une évaluation financière qui nous permettrait d'évaluer quels auraient été les coûts pour les fonds publics si le régime avait ciblé strictement les 2,8 % des Canadiens qui n'ont pas accès à une assurance médicaments? C'est peut-être trop simpliste comme question, mais je la pose.

M. Giroux : Les questions les plus simples sont souvent celles qui vont le plus au fond des choses. Pour répondre partiellement à votre question, on estime qu'environ 75 000 Canadiens n'ont pas de couverture et seraient couverts pour le diabète en vertu du projet de loi C-64. Donc, 60 000 Canadiens auraient une couverture alors qu'ils n'en ont aucune et 530 000 Canadiennes qui n'ont probablement pas d'assurance médicaments pour les contraceptifs seraient couvertes avec le projet de loi C-64. Je ne sais pas si les proportions sont les mêmes, mais ce sont nos estimations basées sur les données auxquelles nous avons eu accès. Il serait possible de rédiger un projet de loi qui limiterait la couverture à ceux et celles qui n'ont aucune couverture et éviter de rembourser ceux qui sont déjà remboursés à 80 % ou qui bénéficient déjà d'une couverture auprès d'un régime provincial.

Par contre, les régimes provinciaux ont souvent tendance à être très chiches dans leur couverture. Ils couvrent une faible partie du coût réel du médicament. Ils plafonnent. Par exemple, dans le cas de certains contraceptifs, Diarra me disait que certaines provinces remboursent un maximum de 0,30 \$ ou 0,40 \$ par comprimé pour les contraceptifs oraux, alors que les coûts sont beaucoup plus élevés.

Le sénateur Cormier : Merci.

[Traduction]

La présidente : Est-ce que cela irait à l'encontre du principe d'universalité?

M. Giroux : C'est une bonne question. Cela dépend de votre définition de l'universalité. Parlons-nous de gratuité pour tout le monde ou de couverture pour tout le monde?

La sénatrice Dasko : Je vous remercie de votre présence. Ma première question s'adresse à M. Giroux. Vous avez évalué le coût du projet de loi C-64 à 1,9 milliard de dollars sur cinq ans en supposant le maintien du statu quo entre les assureurs privés, les régimes provinciaux et ainsi de suite. Avez-vous calculé le coût d'un système à payeur unique pour ces médicaments? Quel en serait le coût? Savez-vous quel serait le coût si le gouvernement payait la totalité du coût des médicaments?

M. Giroux : Nous avons effectué une simulation dans laquelle le gouvernement fédéral paierait les médicaments contre le diabète et les contraceptifs sans aucune couverture du secteur

any provincial or territorial coverage, and it would cost from \$1.9 billion to \$5.7 billion.

Senator Dasko: It's \$5.7 billion; that's great. I want to go back to Mr. Tan and pursue the questions that Senator Burey was raising earlier in terms of the savings anticipated in the agreements that might be negotiated with respect to the provisions of the bill. Do you have any sense of what the savings might actually be, given the work that you would bring to this file? Do you have any sense of the savings you might be able to achieve? You said that you negotiate agreements, but you did talk about making savings in the work that you do. Can you dig deeper on that?

Mr. Tan: Sure, senator. I did mention that the pCPA currently negotiates drug prices for jurisdictions, and we have significant savings in the billions of dollars. These are related to the negotiations that we have done for many years. That's where the savings are accumulated, and these are based on both brand name and generic negotiations.

We are not yet clear on the details of bulk purchasing as stated within the bill currently. That's what we need to better understand and collaborate with our partners on in order to understand whether or not this can be carried out.

Senator Dasko: Is it the case that you've not yet been able to calculate any potential savings for these medications?

Mr. Tan: That's correct; no savings have been calculated because we don't know what it entails. We have not been provided with the information, or the information is not yet available.

Senator Dasko: But the savings you've been able to achieve in the past are \$4.6 billion. When you talk about those savings, what is your comparator price? Are you calculating savings on the basis of American pricing for these medications? Is that where the savings come in when you're actually calculating that?

Mr. Tan: Good question. The savings are relative to the public list price or the pricing set by the manufacturer. The savings are the difference between the public price set by manufacturers and the price that we — at the pCPA — negotiate.

Senator Dasko: Is that the price for the American market as well as the Canadian market, or is there a difference?

privé ni aucune couverture provinciale ou territoriale, et le coût passerait de 1,9 à 5,7 milliards de dollars.

La sénatrice Dasko : C'est 5,7 milliards de dollars; très bien. J'aimerais revenir à M. Tan et poursuivre la discussion sur les points que la sénatrice Burey a soulevés plus tôt au sujet des économies prévues dans les ententes susceptibles d'être négociées en fonction des dispositions du projet de loi. Avez-vous une idée des économies éventuelles, compte tenu des travaux que vous accompliriez dans ce dossier? Avez-vous une idée des économies que vous pourriez obtenir? Vous avez dit que vous négociez des accords, mais vous avez parlé de réaliser des économies dans le cadre de votre travail. Pouvez-vous approfondir ce point?

M. Tan : Bien sûr. J'ai dit que l'APP négocie actuellement les prix des médicaments pour les administrations publiques et que nous avons obtenu des économies considérables qui se chiffrent en milliards de dollars. Ces économies sont liées aux négociations que nous menons depuis de nombreuses années. C'est là que les économies s'accumulent, et elles sont basées sur des négociations portant à la fois sur les médicaments de marque et les médicaments génériques.

Nous ne connaissons pas encore tous les détails des achats en gros tels qu'ils sont décrits dans le projet de loi actuel. C'est ce que nous devons mieux comprendre et ce sur quoi nous devons collaborer avec nos partenaires afin de savoir si le mandat peut être exécuté ou non.

La sénatrice Dasko : Est-il vrai que vous n'avez pas encore été en mesure de calculer les économies potentielles pour ces médicaments?

M. Tan : C'est exact; aucune économie n'a été calculée parce que nous ne savons pas ce que cela implique. On ne nous a pas communiqué l'information, ou l'information n'est pas encore disponible.

La sénatrice Dasko : Cependant, les économies que vous avez pu réaliser dans le passé s'élèvent à 4,6 milliards de dollars. Lorsque vous parlez de ces économies, quel est votre prix de comparaison? Calculez-vous les économies sur la base des prix américains pour ces médicaments? Est-ce que c'est là que se situent les économies que vous calculez?

M. Tan : Bonne question. Les économies sont liées au prix de la liste publique ou au prix fixé par le fabricant. Les économies sont la différence entre le prix public fixé par les fabricants et le prix que nous négocions, à l'APP.

La sénatrice Dasko : S'agit-il du prix pour le marché américain et pour le marché canadien, ou y a-t-il une différence?

Mr. Tan: We only negotiate for Canada and Canadian drug programs, and the prices that we negotiate are confidential prices, so it would only apply to Canadian jurisdictions.

The Chair: Thank you, Mr. Tan. The time for this part of our study is unfortunately over. If senators have questions, I'm sure the panellists would be happy to answer them in writing. Colleagues, we will resume our study of Bill C-64 tomorrow morning at 11:30 a.m. I look forward to seeing you there.

To our witnesses, thank you so much, and I apologize again, Ms. McGurn, for cutting you off so often.

(The committee adjourned.)

M. Tan : Nous ne négocions que pour le Canada et les programmes d'assurance médicaments canadiens, et les prix que nous négocions sont des prix confidentiels, de sorte qu'ils ne s'appliquent qu'aux administrations publiques canadiennes.

La présidente : Merci, monsieur Tan. Le temps alloué à cette partie de notre étude est malheureusement écoulé. Si les sénateurs ont d'autres questions, je suis sûre que les témoins seront heureux d'y répondre par écrit. Chers collègues, nous reprendrons notre étude du projet de loi C-64 demain matin à 11 h 30. Je suis impatiente de vous y voir.

Je remercie nos témoins et je vous prie encore une fois de m'excuser, madame McGurn, de vous avoir interrompue si souvent.

(La séance est levée.)
