

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, September 19, 2024

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met with videoconference this day at 11:30 a.m. [ET] to study Bill C-64, An Act respecting pharmacare.

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

[*English*]

The Chair: 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.

Today, we are continuing our study of Bill C-64, An Act respecting pharmacare.

Before we begin, I would like to go around the table and have senators introduce themselves, starting with the deputy chair of the committee, Senator Cordy.

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

Senator Moodie: Rosemary Moodie, Ontario.

Senator Senior: Good morning. Paulette Senior, Ontario.

Senator Burey: Sharon Burey, Ontario.

Senator Osler: Gigi Osler, Manitoba.

[*Translation*]

Senator Cormier: René Cormier from New Brunswick.

[*English*]

Senator Bernard: Wanda Thomas Bernard, Nova Scotia.

[*Translation*]

Senator Brazeau: Hello. Patrick Brazeau from Quebec.

Senator Seidman: Hello. Judith Seidman from Quebec.

[*English*]

Senator Dasko: Donna Dasko, senator from Ontario.

[*Translation*]

Senator Mégie: Marie-Françoise Mégie from Quebec.

Senator Boudreau: Hello. Victor Boudreau, a new senator from New Brunswick.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 19 septembre 2024

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 30 (HE), avec vidéoconférence, pour étudier le projet de loi C-64, Loi concernant l'assurance-médicaments.

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

[*Traduction*]

La présidente : Je m'appelle Ratna Omidvar, sénatrice de l'Ontario et présidente du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Nous poursuivons aujourd'hui notre étude du projet de loi C-64, Loi concernant l'assurance-médicaments.

Avant de commencer, je voudrais effectuer un tour de table pour que les sénateurs se présentent, en commençant par la vice-présidente du comité, la sénatrice Cordy.

La sénatrice Cordy : Bienvenue. Je m'appelle Jane Cordy, sénatrice de la Nouvelle-Écosse.

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

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

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

La sénatrice Osler : Gigi Osler, du Manitoba.

[*Français*]

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

[*Traduction*]

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

[*Français*]

Le sénateur Brazeau : Bonjour. Patrick Brazeau, du Québec.

La sénatrice Seidman : Bonjour. Judith Seidman, du Québec.

[*Traduction*]

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

[*Français*]

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

Le sénateur Boudreau : Bonjour. Victor Boudreau, nouveau sénateur du Nouveau-Brunswick.

[English]

The Chair: You won't remain new for long. It will change.

For our first panel, we welcome the following witness in person: Marc-André Gagnon, Associate Professor, School of Public Policy and Administration, Carleton University. By video conference, we welcome the following witnesses: Steven G. Morgan, Professor, School of Population and Public Health, University of British Columbia, as well as Matthew Herder, Professor of Law and Medicine; Director, Dalhousie Health Justice Institute, Dalhousie University. Thank you for joining us today.

We will begin with opening remarks from Professor Gagnon, followed by Professor Morgan and then Professor Herder.

You will have five minutes each for your opening statements, followed by questions. Professor Gagnon, the floor is yours.

[Translation]

Marc-André Gagnon, Associate Professor, School of Public Policy and Administration, Carleton University, as an individual: Hello, everyone. My name is Marc-André Gagnon and I am a professor of public policy at Carleton University. I would like to say hello to the students from my social policy class whose homework is to watch the Senate proceedings right now.

Over the past 15 years or more, I have written more than 150 articles, chapters or reports about pharmaceutical policy in Canada.

In order to better explain the discussions on pharmacare reform, I have provided the committee with a detailed policy statement outlining the structures and weaknesses of pharmacare in Canada right now, the issues involved in the various types of reforms proposed, as well as an analysis of Bill C-64, which I consider problematic.

I am sick of hearing people or think tanks with obvious conflicts of interest quoting each other and repeating each other's disinformation about the issues involved in pharmacare. The policy statement provides an objective review of the academic literature on the issues. I have no conflict of interest other than sometimes, as a patient, I am disheartened to see the inefficiency of our system, which too often rewards waste.

The data is clear. A universal, public pharmacare program, as recommended in the Hoskins report, would not only give all Canadians better access to prescription drugs, but would also

[Traduction]

La présidente : Vous ne resterez pas nouveau longtemps. Cela va changer.

Pour notre premier groupe de témoins, nous recevons Marc-André Gagnon, professeur agrégé à l'École de santé publique et des populations de l'Université de la Colombie-Britannique, qui témoigne en personne. Par vidéoconférence, nous entendrons Steven G. Morgan, professeur agrégé à l'École d'administration et de politique publique de l'Université Carleton, ainsi que Matthew Herder, professeur de droit et de médecine et directeur du Dalhousie Health Justice Institute de l'Université Dalhousie. Merci de vous joindre à nous aujourd'hui.

Nous entendrons d'abord la déclaration d'ouverture de M. Gagnon, puis celles de M. Morgan et de M. Herder.

Vous disposerez de cinq minutes chacun pour faire votre déclaration, après quoi nous vous poserons des questions. Monsieur Gagnon, la parole est à vous.

[Français]

Marc-André Gagnon, professeur agrégé, École d'administration et de politique publique, Université Carleton, à titre personnel : Bonjour à tous. Je m'appelle Marc-André Gagnon, professeur de politique publique à l'Université Carleton. J'en profite pour dire bonjour aux étudiants de mon cours de politique sociale, à qui j'ai donné comme devoir de regarder les débats du Sénat en ce moment.

Depuis plus de 15 ans, j'ai rédigé plus de 150 articles, chapitres ou rapports sur les enjeux de politiques pharmaceutiques au Canada.

Pour prendre le temps de bien expliquer les débats sur la réforme de l'assurance médicaments, j'ai soumis au comité un exposé de politique détaillé qui porte sur les structures et les défaillances actuelles de l'assurance médicaments au Canada, sur les enjeux quant aux différents types de réformes proposées, ainsi qu'une analyse du projet de loi C-64, que je considère comme problématique.

Je n'en peux plus d'entendre des gens ou des groupes de réflexion avec des conflits d'intérêts évidents se citer mutuellement pour radoter sur la désinformation quant aux enjeux liés à l'assurance médicaments. L'exposé de politique passe en revue de manière objective la littérature scientifique qui touche ces enjeux. Je n'ai aucun conflit d'intérêts si ce n'est que, parfois, en tant que patient, je suis désespéré de voir l'inefficacité de notre système, qui récompense trop souvent le gaspillage.

Les données probantes sont claires. Un régime d'assurance médicaments public universel, tel que le recommande le rapport Hoskins, permettrait non seulement d'offrir un meilleur accès

significantly reduce costs and promote the more appropriate use of those drugs. None of that can happen with a patchwork of public and private systems. We need a universal, public system, as recommended in the Hoskins report, and the Trudeau government has promised to follow those recommendations.

When Bill C-64 was introduced in February, I finally saw the first few steps toward implementing the Hoskins report recommendations. Finally, we would be laying the groundwork for a more rational system, even if it was a very modest start for contraceptives and diabetes products only.

I was disappointed though. The budget in March did not include sufficient funding for public coverage of the products mentioned, and the Parliamentary Budget Officer's analysis indicated that the system would cost just a fraction of the cost of those products because it assumed that private insurance plans would continue to cover the cost of those prescription drugs, which is highly unlikely. Let us be clear: If public coverage is offered, the private plans will transfer the costs to the public plan and will simply stop covering drugs that are already covered by the public plan, unless the private plans are forced to continue covering them.

In short, Bill C-64 no longer appeared to provide the framework for a universal public plan, but rather relied on the preservation if not the requirement to maintain the private plans. In a CPAC interview, Minister Holland even confirmed that Bill C-64 allowed for a province to take an approach to fill the gap rather than offering universal public coverage.

Bill C-64 is still unclear, causing a lot of confusion. It is based on the idea of national universal pharmacare and on the recommendations of the Hoskins report, but it opens the door to doing the opposite by delivering a public-private hybrid systems like the one in Quebec, where everyone is covered, primarily by private plans that are mandatory.

What really concerns me is the possibility that Bill C-64 is dishonest: Will it be used to establish the opposite system to what it claims to establish? It isn't clear. Unless this confusion can be cleared up in some other way, I propose two amendments to the bill, not to try to improve it, but rather to close a gap that would leave the door open to dishonesty.

Here is my first amendment. "Pharmacare" must be defined not as a prescription drug insurance plan, but rather as a public prescription drug insurance plan.

aux médicaments pour tous les Canadiens et Canadiennes, mais permettrait aussi de réduire significativement les coûts et de promouvoir une utilisation plus appropriée des médicaments. Rien de tout cela n'est possible avec un système morcelé entre régimes publics et régimes privés. Il nous faut un régime de couverture public et universel, comme le propose le rapport Hoskins, dont le gouvernement Trudeau s'était engagé à suivre les recommandations.

Lors de la présentation du projet de loi C-64 en février, je voyais enfin quelques premiers pas en vue de réaliser les recommandations du rapport Hoskins. Enfin, nous allions poser les jalons d'un régime plus rationnel, même si on commençait bien modestement en couvrant seulement les contraceptifs et les produits pour le diabète.

J'ai toutefois déchanté. Le budget de mars n'offrait pas les crédits suffisants pour une couverture publique des produits mentionnés, et l'analyse du directeur parlementaire du budget expliquait que le régime n'allait coûter qu'une fraction des coûts associés à ces produits, car l'on présumait que les régimes privés continueraient de couvrir lesdits médicaments, ce qui est très peu probable. On s'entend : si une couverture publique est offerte, les régimes privés vont transférer les coûts au régime public et vont simplement arrêter de couvrir des médicaments qui sont déjà couverts par le régime public, à moins qu'on force les régimes privés à continuer de les couvrir.

Bref, le projet de loi C-64 ne semblait plus poser les jalons d'un régime public universel, mais semblait plutôt reposer sur la préservation, voire l'obligation de maintenir les régimes privés. Le ministre Holland a même confirmé en entrevue sur la Chaîne d'affaires publiques par câble (CPAC) que le projet de loi C-64 permettait d'envisager qu'une province adopte une approche pour combler les trous, « fill the gap », comme on le dit en anglais, plutôt que d'offrir une couverture publique pour tous.

Le projet de loi C-64 n'est pas toujours clair, ce qui crée beaucoup de confusion. Il est construit sur l'idée d'un « régime public d'assurance médicaments universel » et sur les recommandations du rapport Hoskins, mais on ouvre la porte pour faire le contraire en concrétisant un régime hybride public-privé comme au Québec, où tout le monde est couvert, en priorité par des régimes privés qui sont obligatoires.

La question qui me hante est de savoir si le projet de loi C-64 est malhonnête; sera-t-il utilisé pour mettre en place le contraire de ce qu'il prétend mettre en place? Ce n'est pas clair. À moins qu'on puisse dissiper autrement cette confusion, je propose deux amendements au projet de loi, non pas pour tenter de l'améliorer, mais plutôt pour colmater une brèche qui pourrait permettre d'en faire un usage malhonnête.

Voici mon premier amendement : « Pharmacare » doit être défini non pas en tant que régime d'assurance médicaments, mais en tant que régime public d'assurance médicaments.

Here is my second amendment: There has to be a definition of the term “universal” that refers to the universality of social policy, meaning that 100% of Canadians are entitled to the services provided by the plan, on the same terms.

With the current form of Bill C-64, universal pharmacare could mean that everyone will be covered by a range of public or private plans, or even that private coverage could become mandatory where available. With the suggested amendments, universal pharmacare will mean a public pharmacare insurance plan available to everyone in Canada, as the Hoskins report provides. Then we can finally lay the groundwork for an effective and suitable plan, one that will provide good value for money.

I will be pleased to answer your questions.

[*English*]

The Chair: Thank you, Professor Gagnon. Colleagues, the brief is currently in translation and will be sent to you as soon as it is ready.

Professor Morgan, the floor is yours.

Steven G. Morgan, Professor, School of Population and Public Health, University of British Columbia, as an individual: Thank you, senators, for allowing me to present today.

As senators, you know this is not the time to be studying options for national pharmacare. This is the time for ensuring that legislation about the implementation of national pharmacare is clear, consistent with the program’s objectives and without substantial flaws — especially given that this is potentially landmark legislation.

I would argue that Bill C-64 is none of those things. It is notable that the preamble of Bill C-64 reiterates the current government’s repeated promise to implement the recommendations of the Hoskins advisory council and the many previous commissions and reports that have also recommended a national pharmacare program which is universal, evidence-based and, importantly, publicly administered, just like medicare. However, as written, the bill will not deliver on that promise.

You have all read Bill C-64 carefully, so you know it is surprisingly terse for a bill that is as important as this one is. For scale, Canadians already spend more than \$3 billion a year on diabetes treatments alone. A fulsome national pharmacare program could cost more than \$30 billion a year. That is not to say that Canada should not implement such a program because, if well designed, a national pharmacare program would save

Voici mon deuxième amendement : il faut inclure une définition du terme « universel » qui renvoie à la notion d’universalité en politique sociale, qui suppose que 100 % des citoyens ont droit aux services prévus par le programme, selon des modalités uniformes.

Actuellement, dans le projet de loi C-64, le régime d’assurance médicaments universel pourrait signifier que tout le monde sera couvert par un assortiment de couvertures publiques ou privées, et même que la couverture privée pourrait devenir obligatoire lorsqu’elle est disponible. Avec les amendements suggérés, un régime d’assurance médicaments universel signifiera un régime public d’assurance médicaments qui s’applique à tous sur le territoire, comme l’envisage le rapport Hoskins. Cela nous permettra finalement de poser les fondations d’un régime efficace et adapté, qui nous en donne pour notre argent.

Je suis à votre disposition pour répondre à vos questions.

[*Traduction*]

La présidente : Merci, monsieur Gagnon. Chers collègues, le mémoire est en cours de traduction et vous sera envoyé dès qu’il sera prêt.

Monsieur Morgan, vous avez la parole.

Steven G. Morgan, professeur, École de santé publique et des populations, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel : Merci, sénateurs, de me permettre à présenter mon point de vue aujourd’hui.

En qualité de sénateurs, vous savez que ce n’est pas le moment d’étudier les options pour un régime national d’assurance-médicaments. C’est le temps de s’assurer que le projet de loi de mise en œuvre du régime national d’assurance-médicaments est clair, conforme aux objectifs du programme et sans lacunes importantes — d’autant plus qu’il s’agit d’une loi qui pourrait marquer l’histoire.

J’estime que le projet de loi C-64 n’est rien de cela. Il est remarquable que son préambule réitère la promesse répétée du gouvernement actuel de mettre en œuvre les recommandations du conseil consultatif Hoskins et des nombreuses commissions et rapports précédents, qui ont également recommandé un programme national d’assurance-médicaments universel, fondé sur des données probantes et, surtout, administré publiquement, à l’instar du programme d’assurance-maladie. Toutefois, tel qu’il est rédigé, le projet de loi ne réalisera pas cette promesse.

Vous avez tous lu attentivement le projet de loi C-64; vous savez donc qu’il est étonnamment concis pour un projet de loi de cette importance. Pour mettre les choses en perspective, les Canadiens dépensent déjà plus de 3 milliards de dollars par année seulement pour le traitement du diabète. Un programme national d’assurance-médicaments complet pourrait coûter plus de 30 milliards de dollars par année. Cela ne signifie pas que le

Canadians more money than it costs governments to run while fulfilling our obligations as a nation to ensure that all Canadians have equitable access to appropriately prescribed essential medications without undue financial burdens on their households or workplaces.

You heard the minister testify yesterday that every word — indeed, as he said, every syllable — of Bill C-64 was contested and debated. That is, Bill C-64 was written under duress as the Liberals and the NDP attempted to salvage their supply and confidence agreement. The result is a bill that is dangerously ambiguous. You know, for example, Bill C-64 refers to “universal, single-payer, first-dollar coverage,” but it does not even attempt to define those terms.

You also know that Bill C-64 does not state that a national pharmacare program should be a public program. Indeed, just yesterday, we even heard the federal health minister refuse to commit to public administration, saying that he is “ambivalent” about whether national pharmacare should be publicly administered. He then went on to say that this is his opinion and that “. . . it’s not a settled matter.”

Ponder that for a moment as you reflect on the fact that Bill C-64 concerns what many believe will be the biggest health reform since the establishment of Canadian medicare in the 1950s and 1960s. As written, Bill C-64 leaves critically important decisions about program design to the discretion of the federal health minister. It allows the minister to exercise that discretion — however she or he wishes — in bilateral negotiations with provinces and territories, and it would permit different program structures across the country.

That kind of flexibility not only politicizes what should be evidence-based decisions about health care delivery for all Canadians, but it is also very dangerous in the context of pharmaceutical policy.

Canada needs a clear and coherent national framework for managing this extraordinarily important but complex component of Canadian health care — one that involves some of the world’s most powerful corporate stakeholders and very serious, truly global challenges regarding the reasonableness and transparency of pricing.

Bill C-64, therefore, needs amendments. It should be clear that the program to be created by Bill C-64 right from the outset, with the coverage of select contraceptives and diabetes

Canada ne devrait pas mettre en œuvre un tel programme, car si un programme national d’assurance-médicaments est bien conçu, il permettrait aux Canadiens d’économiser plus qu’il ne coûte aux gouvernements de l’offrir, tout en nous permettant d’honorer l’obligation qu’a notre pays de veiller à ce que tous les Canadiens aient un accès équitable à des médicaments essentiels convenablement prescrits sans fardeaux financiers excessifs pour leurs ménages ou leurs lieux de travail.

Vous avez entendu le ministre affirmer hier que chaque mot — en fait, comme il l’a dit, chaque syllabe — du projet de loi C-64 a été contesté et débattu. Le projet de loi C-64 a été rédigé sous la contrainte alors que les libéraux et les néo-démocrates tentaient de sauver leur accord de soutien et de confiance. Le résultat est un projet de loi dangereusement ambigu. Vous savez, par exemple, que le projet de loi C-64 parle de « couverture universelle au premier dollar à payeur unique », mais ne tente même pas de définir ces termes.

Vous savez aussi que le projet de loi C-64 ne précise pas qu’un programme national d’assurance-médicaments devrait être un programme public. De fait, pas plus tard qu’hier, nous avons même entendu le ministre fédéral de la Santé refuser d’engager l’administration publique, disant qu’il est « ambivalent » quant au fait que l’assurance-médicaments nationale devrait être administrée publiquement. Il a ensuite ajouté que c’était son opinion et que la question n’est pas réglée.

Réfléchissez un instant au fait que le projet de loi C-64 concerne ce que beaucoup croient être la plus grande réforme de la santé depuis l’établissement du régime canadien d’assurance-maladie dans les années 1950 et 1960. Or, dans sa forme actuelle, le projet de loi C-64 laisse à la discrétion du ou de la ministre fédéral de la Santé des décisions très importantes sur l’élaboration des programmes. Il lui permet d’exercer ce pouvoir discrétionnaire — comme il ou elle le souhaite — dans le cadre de négociations bilatérales avec les provinces et les territoires, permettant la mise en place de structures de programme différentes à l’échelle du pays.

Ce genre de souplesse non seulement politise ce qui devrait être des décisions fondées sur des données probantes au sujet de la prestation des soins de santé pour tous les Canadiens, mais elle est aussi très dangereuse dans le contexte de la politique pharmaceutique.

Le Canada a besoin d’un cadre national clair et cohérent pour gérer cette composante extraordinairement importante, mais complexe des soins de santé canadiens — une composante qui fait intervenir certains des acteurs les plus puissants du monde, en plus de présenter des défis très sérieux et véritablement mondiaux à propos du caractère raisonnable et la transparence des prix.

Le projet de loi C-64 a donc besoin d’amendements. Il devrait être clair que le programme qui sera établi en vertu du projet de loi C-64 au départ, avec la couverture de contraceptifs et de

treatments, will be a truly universal public program. It should be clear that the program to be created by Bill C-64 will not vary across this country at the whim of the federal health minister or at the behest of any particular province.

A universal and public pharmacare program with clear, meaningful national standards will prove Canadians are stronger together. That is what Canadian medicare does. That is what Canadians deserve from a national pharmacare program. As this bill is currently written, that is not what Bill C-64 will deliver. Thank you.

The Chair: Colleagues, Professor Herder's opening comments are being distributed to you.

Professor Herder, your five minutes, please.

Matthew Herder, Professor of Law and Medicine; Director, Dalhousie Health Justice Institute, Dalhousie University, as an individual: Thank you for the opportunity to appear before you today. I am a professor of law and medicine at Dalhousie University. All of my research concerns pharmaceutical law and policy and is geared toward one goal: improving access to essential medicines.

For that reason, I support the introduction of universal, single-payer, publicly funded and publicly administered pharmacare in Canada. I cannot imagine two more important classes of medicines than diabetes treatments and contraceptives around which to start building a system of national pharmacare.

As written, however, I cannot support Bill C-64. The proposed legislation is flawed in two fundamental ways. First, it does not include clear, consistent criteria or standards for implementing pharmacare. The closest the legislation comes is in clause 6 of Bill C-64 where the federal Minister of Health is empowered to:

. . . make payments to the province or territory . . . to provide universal, single-payer, first-dollar coverage — for specific prescription drugs and related products intended for contraception or the treatment of diabetes.

But those criteria are not defined within the four corners of the legislation; moreover, such coverage hangs on the minister having already entered into a separate agreement with the province or territory in question.

Bill C-64, as my colleague Dr. Morgan notes, sets up a series of bilateral agreements to be negotiated in the future between the Government of Canada and the provinces and territories, which

traitements du diabète sélectionnés, sera un programme public vraiment universel. Il devrait être clair que le programme qui sera établi en vertu du projet de loi C-64 ne variera pas à l'échelle du pays, selon les caprices du ministre fédéral de la Santé ou à la demande d'une province en particulier.

Un programme universel et public d'assurance-médicaments assorti de normes nationales claires et solides prouvera que les Canadiens sont plus forts ensemble. C'est ce que fait le régime canadien d'assurance-maladie. C'est ce que les Canadiens méritent dans le cadre d'un programme national d'assurance-médicaments. Mais dans sa forme actuelle, le projet de loi C-64 ne donnera pas ce résultat. Merci.

La présidente : Chers collègues, la déclaration de M. Herder vous est distribuée.

Monsieur Herder, vous disposez de cinq minutes.

Matthew Herder, professeur de droit et de médecine; directeur, Dalhousie Health Justice Institute, Université Dalhousie, à titre personnel : Merci de m'offrir l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui. Je suis professeur de droit et de médecine à l'Université Dalhousie. Toutes mes recherches portent sur le droit et la politique pharmaceutiques et visent un seul objectif : améliorer l'accès aux médicaments essentiels.

Voilà pourquoi j'appuie l'instauration d'un régime universel, à payeur unique, financé et administré par le secteur public au Canada. Je ne peux imaginer deux catégories de médicaments plus importantes que les traitements du diabète et les contraceptifs, autour desquels on commencerait à construire un système national d'assurance-médicaments.

Toutefois, je ne peux pas appuyer le projet de loi C-64 tel qu'il est rédigé. La mesure législative proposée présente deux lacunes fondamentales. Premièrement, elle ne comprend pas de critères ou de normes clairs et uniformes pour la mise en œuvre du régime d'assurance-médicaments. Là où il est le plus près de le faire, c'est à l'article 6, où il stipule que le ministre fédéral de la Santé :

... peut effectuer des paiements à une province ou à un territoire [...] dans le but [...] d'offrir une couverture universelle au premier dollar à payeur unique — en ce qui concerne des médicaments sur ordonnance et des produits connexes destinés à la contraception ou au traitement du diabète.

Mais ces critères ne sont pas définis où que ce soit dans le projet de loi. En outre, cette couverture dépend du fait que le ministre a déjà conclu un accord distinct avec la province ou le territoire en question.

Le projet de loi C-64, comme l'a souligné mon collègue, M. Morgan, fait en sorte qu'une série d'accords bilatéraux devront être négociés entre le gouvernement du Canada et les

is likely to lead to variations in — and not universal access to — essential medicines across the country.

That kind of uneven, fragmented system is not the kind of system envisioned by the government's own advisory council led by Dr. Eric Hoskins, nor is it a system that is capable of reducing expenditures on prescription drugs, which are the fastest growing and second-highest line item of provincial spending on health care in Canada.

Bill C-64's second fundamental flaw lies in its failure to articulate, within the four corners of the bill, the powers, functions and governance structure of Canada's Drug Agency, or CDA.

As drafted, the bill simply refers to the CDA as a body from which the federal Minister of Health may seek advice about, for example, the cost-effectiveness of drugs, and the minister is directed to request that the CDA help develop a national formulary and national bulk purchasing strategy. It does not give the CDA any real legal authority about which medicines to include in the formulary or to implement a national bulk purchasing strategy.

In short, under Bill C-64, all of the authority to create and implement pharmacare remains in the hands of the political actors, in particular the federal Minister of Health. Yet we know that decisions on which medicines should be a part of pharmacare must be informed by a careful and rigorous appraisal of the safety, effectiveness and relative value of prescription drugs to public health or unmet medical needs, including rare diseases. It is the CDA, not political actors, that is most equipped with the necessary expertise.

The absence of any details in Bill C-64 about the CDA's authorities and responsibilities — about how it is to be governed so as to ensure that it is both protected from undue influence by political and other powerful outside actors, yet transparent and accountable to Canadians who will depend on its decision making — is a troubling omission from the legislation.

In view of these two fundamental flaws in Bill C-64, I have drafted several amendments to the proposed legislation, which I have appended to my opening statement for your consideration.

At this stage in the legislative process, I suspect there is little appetite for entertaining such a sweeping set of amendments. My intention in sharing them, though, is to show what a serious piece of pharmacare legislation needs to encompass in order to

provinces et territoires; ainsi, les médicaments jugés essentiels différeront probablement d'une région à l'autre du pays, et l'accès ne sera pas universel.

Ce genre de régime disparate et fragmenté n'est pas celui qu'envisageait le propre conseil consultatif du gouvernement dirigé par M. Eric Hoskins, pas plus qu'il ne pourra réduire les dépenses relatives aux médicaments d'ordonnance, qui représentent le poste de dépenses en soins de santé qui connaît la croissance la plus rapide et le deuxième poste budgétaire le plus élevé au Canada.

La deuxième lacune fondamentale du projet de loi C-64 est son incapacité à préciser, où que ce soit dans le libellé, les pouvoirs, les fonctions et la structure de gouvernance de l'Agence canadienne des médicaments ou ACM.

Dans sa version actuelle, le projet de loi désigne simplement l'ACM comme étant un organisme auquel le ministre fédéral de la Santé peut demander des conseils sur, par exemple, le rapport coût-efficacité des médicaments, et oblige le ministre à demander à l'ACM de contribuer à l'élaboration d'une stratégie nationale d'achat en gros d'une liste nationale de médicaments. Il ne donne pas de véritable pouvoir juridique à l'ACM quant aux médicaments à inclure dans la liste ou pour mettre en œuvre une stratégie nationale d'achat en gros.

En bref, dans le projet de loi C-64, tout le pouvoir de créer et de mettre en œuvre un régime d'assurance-médicaments repose encore entre les mains des acteurs politiques, notamment celles du ministre fédéral de la Santé. Nous savons cependant que les décisions concernant les médicaments qui devraient faire partie du régime d'assurance-médicaments doivent reposer sur une évaluation soignée et rigoureuse de la sécurité, de l'efficacité et de la valeur relative des médicaments sur ordonnance pour la santé publique ou les besoins médicaux non satisfaits, y compris pour les maladies rares. C'est l'ACM, et non les acteurs politiques, qui possède l'expertise nécessaire.

L'absence de détails dans le projet de loi C-64 sur les pouvoirs et responsabilités de l'ACM — notamment sur la façon dont l'agence doit être gouvernée pour veiller à ce qu'elle soit protégée contre toute influence indue de la part d'acteurs politiques et d'autres acteurs puissants de l'extérieur, tout en étant transparente et en rendant des comptes aux Canadiens qui dépendront de ses prises de décisions, constitue une omission troublante dans le projet de loi.

Au vu de ces deux lacunes fondamentales dans le projet de loi C-64, j'ai rédigé plusieurs amendements à apporter à la mesure législative proposée, que j'ai annexés à ma déclaration préliminaire pour que vous puissiez les étudier.

À cette étape du processus législatif, je me doute qu'il y a peu d'intérêt à examiner une série aussi vaste d'amendements. En vous les communiquant, cependant, mon intention est de montrer ce qu'une loi sérieuse sur l'assurance-médicaments doit contenir

stand a chance of providing equitable and affordable access to essential medicines in Canada.

Further, in my view, it is open to this committee to conclude that Bill C-64 was passed by the House of Commons in error by virtue of the fact that its provisions do not actually support a system of pharmacare characterized, at bottom, by universal access to essential medicines. It's not too late. The committee can remedy this by integrating clear criteria directly into the bill about what pharmacare must look like in Canada and by removing language in Bill C-64 that puts pharmacare off to future negotiations.

I have highlighted these essential amendments to Bill C-64 in the appendix accompanying my statement. I urge the members of this committee to give them strong consideration. Thank you.

The Chair: Thank you very much, Professor Herder.

We will go to questions, colleagues. I suggest four minutes for the question and the answer. We will start with Senator Cordy, the deputy chair of the committee.

Senator Cordy: Thank you very much. This has been very interesting and helpful to all of us on the committee. My first question is to Professor Morgan.

You spoke about the necessity for the program to be clear and universal and that it not vary across the country. These were bilateral agreements between the federal government with each of the provinces, and health care is always challenging to administer from the federal government. The provinces and territories like to get the cheque, but don't want to be told how to spend it. Many years ago, significant amounts of money went to the provinces for purchasing medical equipment, and one hospital purchased a ride-on lawn mower, which was used for the hospital, but it certainly didn't fit my definition of medical equipment. That's what happens when you have this kind of relationship between the provinces and the federal government.

How do we make sure that despite agreements between the 10 provinces, three territories and the federal government, there are not differences with how the programs are run in the provinces and territories? You made a very noble comment.

Mr. Morgan: It's an excellent question, and I remember the days of the health accords of the early 2000s when they were delivering funding to the provinces that was spent on things that weren't necessarily health care.

As it relates to national pharmacare, we already have a clear blueprint for implementation, which is the Advisory Council on the Implementation of National Pharmacare's recommendations.

pour avoir une chance d'offrir un accès équitable et abordable aux médicaments essentiels au Canada.

De plus, selon moi, le comité peut arriver à la conclusion que le projet de loi C-64 a été adopté par la Chambre des communes par erreur parce que ses dispositions ne soutiennent pas réellement un régime d'assurance-médicaments permettant un accès universel aux médicaments essentiels. Il n'est pas trop tard. Le comité peut y remédier en intégrant directement dans le projet de loi des critères clairs sur ce à quoi doit ressembler l'assurance-médicaments au Canada et en supprimant le libellé du projet de loi C-64 qui renvoie l'assurance-médicaments à des négociations futures.

J'ai mis en évidence ces amendements essentiels au projet de loi C-64 dans l'annexe à la présente déclaration. J'invite les membres de ce comité à véritablement les prendre en considération. Je vous remercie de votre attention.

La présidente : Merci beaucoup, monsieur Herder.

Nous allons passer aux questions, chers collègues. Je propose d'accorder quatre minutes pour les questions et les réponses. Nous commencerons par la sénatrice Cordy, qui est la vice-présidente du comité.

La sénatrice Cordy : Merci beaucoup. C'était très intéressant et fort utile pour tous les membres du comité. Ma première question s'adresse à M. Morgan.

Vous avez parlé de la nécessité d'avoir un programme clair et universel sans variation d'une région à l'autre du pays. Il s'agissait d'accords bilatéraux entre le gouvernement fédéral et chacune des provinces, et les soins de santé sont toujours difficiles à administrer pour le fédéral. Les provinces et les territoires aiment recevoir le chèque, mais ne veulent pas qu'on leur dise comment le dépenser. Il y a de nombreuses années, des sommes importantes ont été versées aux provinces pour l'achat d'équipement médical. Or, un hôpital a acheté un tracteur à gazon, qui a été utilisé par l'hôpital, mais qui ne correspondait certainement pas à ma définition de l'équipement médical. C'est ce qui se passe avec ce type de relation entre les provinces et le fédéral.

Comment s'assurer que, malgré la conclusion d'accords entre les dix provinces, les trois territoires et le gouvernement fédéral, il n'y a pas de variation dans la gestion des programmes? Vous avez fait un commentaire très valable.

M. Morgan : C'est une excellente question. Je me souviens de l'époque des accords sur la santé, au début des années 2000, où les provinces recevaient des fonds qui étaient dépensés pour des choses qui n'étaient pas nécessairement des soins de santé.

En ce qui concerne le régime national d'assurance-médicaments, nous disposons déjà d'un plan détaillé de mise en œuvre avec les recommandations du Conseil consultatif sur la

They clearly specify that we should create a national formulary of medicines that would be co-funded by the federal government with any province that wishes to have financial assistance in providing universal public coverage of funding for those medicines.

The co-funding question is open to debate and discussion. To start the program with contraceptive drugs and the select diabetes treatments, perhaps the federal government would like to put all the money on the table, like it did with the COVID-19 vaccines and treatments like PAXLOVID. Having a dedicated national formulary of medicines that provinces can opt into as the minimum standard of coverage for their province — but with federal funding — is a way to make sure coverage actually exists and is constant across Canada.

Senator Cordy: Thank you very much. That sounds very simple.

Dr. Herder, you mentioned in an op-ed in *Policy Options* that the minister must ensure that the committee of experts must be free of any conflict of interest. I raised this with the minister yesterday who assured me that all would be well with the committee, but I share your concern that if the committee is not working then the whole program is not going to work well. How do you envision the committee of experts working?

Mr. Herder: That's a great question. I think a couple of things have to happen. I was pleased to hear the minister's comments that this was the goal: to prevent conflicts from complicating that process. In addition to existing protections like the federal Conflict of Interest Act, it should be written into the legislation that the committee should be constituted by folks who have relevant expertise, and that includes people who have lived experience as well, not just experts, because that is expertise too — their own living experience with a condition or disease. But they should be conflict-free. They must not have close relationships with parts of the pharmaceutical industry or insurance industry that stand to benefit from giving a particular form of feedback or advice to that committee. I think it is critical to build that into the bill to ensure there is an appropriate balance of expertise, both academic in relevant scientific disciplines and living experience as well.

Senator Seidman: Thanks for all your presentations today. My question is for Professor Morgan and Professor Herder. I understand that you are Canada's leading experts on pharmacare systems and have been engaged in this work for decades, including providing advice to Health Canada as part of the Advisory Council on the Implementation of National Pharmacare. Given your recent article in the *Canadian Medical Association Journal*, or *CMAJ*, entitled "Pharmacare Act does

mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. Elles précisent clairement que nous devrions créer une liste nationale des médicaments assurés qui seront financés conjointement par le gouvernement fédéral et toute province souhaitant bénéficier d'une aide financière pour offrir une couverture publique universelle de ces médicaments.

La question du financement conjoint peut faire l'objet d'un débat et d'une discussion. Pour lancer le programme avec les contraceptifs et certains traitements du diabète, le gouvernement fédéral souhaiterait peut-être mettre tout l'argent sur la table, comme il l'a fait pour les vaccins contre la COVID-19 et les traitements tels que le PAXLOVID. Le fait de disposer d'une liste nationale des médicaments assurés, que les provinces peuvent utiliser comme norme de protection — mais avec un financement fédéral — est un moyen de s'assurer qu'il y a véritablement une couverture et qu'elle est uniforme au pays.

La sénatrice Cordy : Merci beaucoup. Voilà qui semble très simple.

Monsieur Herder, vous avez mentionné dans un article d'opinion paru dans *Options politiques* que le ministre doit veiller à ce que le comité d'experts soit libre de tout conflit d'intérêts. J'en ai parlé hier au ministre, qui m'a assuré que tout irait bien pour le comité, mais je partage votre inquiétude. Si le comité ne fonctionne pas bien, c'est l'ensemble du programme qui s'en ressentira. Comment envisagez-vous les opérations du comité d'experts?

M. Herder : C'est une excellente question. Je pense que plusieurs choses doivent se produire. J'ai été heureux d'entendre le ministre dire que c'était justement l'objectif : éviter que des conflits ne viennent compliquer le processus. Outre les protections existantes comme celles de la Loi fédérale sur les conflits d'intérêts, il convient d'inscrire dans la législation que le comité doit être formé de personnes possédant une expertise pertinente, ce qui inclut les personnes ayant vécu la situation, et pas seulement des experts. Leur propre vie avec une condition ou une maladie constitue également une expertise. Mais ces personnes doivent être à l'abri de tout conflit. Elles ne doivent pas avoir de relations étroites avec des secteurs de l'industrie pharmaceutique ou des assurances qui pourraient tirer profit d'un retour d'information ou d'un conseil particulier à ce comité. Je pense qu'il est essentiel d'intégrer cet élément au projet de loi afin de garantir une expertise équilibrée, qui vient à la fois des disciplines scientifiques pertinentes et de l'expérience de la vie.

La sénatrice Seidman : Je vous remercie pour tous vos exposés d'aujourd'hui. Ma question s'adresse à MM. Morgan et Herder. Je crois savoir que vous êtes les principaux experts canadiens en matière de régimes d'assurance-médicaments et que vous travaillez dans ce domaine depuis des décennies, notamment en conseillant Santé Canada dans le cadre du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. Compte tenu de votre récent

not prescribe universal, public pharmacare,” and given your comments today, I hope you might respond to Minister Holland’s comments to this committee yesterday that the meaning of terms like “universal” and “single-payer” are open to interpretation. I would like to know how you would define the terms “universal” and “single-payer” as they relate to pharmacare. Do you believe these terms can accurately describe a mixed system?

The second part of my question is that Minister Holland told the committee yesterday that the bill represented a stage-gate, incremental approach to achieving universal, single-payer pharmacare, suggesting that passing this bill without amendment was the only way to achieve that objective.

Your recent presentation to us and your commentary in the *CMAJ* seems to suggest that the bill poses a risk to the establishment of a true universal, single-payer system by cementing a mixed model, patchwork system into law. Are you concerned that this bill could impede this objective in the long term? Thanks. Perhaps I’ll start with you, Professor Herder.

Mr. Herder: Thank you for the question. I’m very concerned. I think the core point that Dr. Morgan and I were trying to make in that article and in our testimony today is that the bill is fundamentally ambiguous. While I certainly support the goal of improving access to diabetes medications and contraceptives as soon as possible, my worry is that we’re setting this up to fail. Even if it starts to get off the ground, any failure to bring down drug prices would affect the program adversely because, unlike contraceptives, the cost of diabetes medications has been rising significantly, and many other essential medicines that we might add to a national formulary are as well. I worry that this would be used to point out why we can never try to do this again. I think the simple task before us is to build a starting point into the legislation so that things are not ambiguous.

The Hoskins report gave us clear advice about how to integrate and define terms like “universality” in the context of pharmacare. I’ve added those to the amendments that I proposed and prioritized in the appendix accompanying my remarks. I would like to direct you to section 6 in particular, for example, for how you could define each of those terms in the sections that follow.

I’ll defer to Dr. Morgan to provide more remarks.

Senator Seidman: Thank you. Dr. Morgan, please go ahead.

article paru dans le *Journal de l’Association médicale canadienne*, ou *JAMC*, qui s’intitule « Pharmacare Act does not prescribe universal, public pharmacare », et à la lumière de vos commentaires d’aujourd’hui, j’espère que vous pourrez répondre aux propos du ministre Holland devant notre comité hier. En effet, il affirme que la signification de termes tels que « universel » et « à payeur unique » est sujette à interprétation. J’aimerais savoir comment vous définiriez ces termes dans le contexte de l’assurance-médicaments. Pensez-vous qu’ils peuvent décrire avec précision un système mixte?

La deuxième partie de ma question est la suivante. Le ministre Holland a déclaré hier au comité que le projet de loi représentait un mécanisme d’évaluations graduelles, par étapes, pour parvenir à un régime d’assurance-médicaments universel et à payeur unique. Selon lui, l’adoption de ce projet de loi sans amendement était le seul moyen d’atteindre cet objectif.

Votre exposé et votre article dans le *JAMC* semblent suggérer que le projet de loi entrave la mise en place d’un véritable régime universel à payeur unique en enchâssant dans la loi un modèle mixte et fragmenté. Craignez-vous que ce projet de loi n’empêche l’atteinte de cet objectif à long terme? Je vous remercie. Je commencerai peut-être par vous, monsieur Herder.

M. Herder : Je vous remercie pour cette question. Je suis très inquiet. Je pense que le point essentiel que M. Morgan et moi-même avons essayé de faire valoir dans cet article et dans notre témoignage d’aujourd’hui est que le projet de loi est fondamentalement ambigu. Bien que je soutienne l’objectif d’améliorer l’accès aux médicaments contre le diabète et aux contraceptifs dès que possible, je crains que ce soit voué à l’échec. En effet, même si le régime se concrétise et qu’il n’arrive pas à faire baisser le coût des médicaments, cet échec sera défavorable au programme. Contrairement aux contraceptifs, le coût des médicaments contre le diabète a augmenté de manière significative, tout comme celui de nombreux autres médicaments essentiels que nous pourrions ajouter à une liste nationale des médicaments assurés. Je crains que cet échec ne soit utilisé pour expliquer pourquoi nous ne devrions plus jamais essayer de faire une telle chose. Je pense que nous devons simplement intégrer un point de départ à la loi pour éviter toute ambiguïté.

Le rapport Hoskins nous a donné des conseils clairs sur la manière d’intégrer et de définir des termes comme « universalité » dans le contexte de l’assurance-médicaments. Je les ai ajoutés dans les amendements que j’ai proposés et classés par ordre de priorité dans l’annexe qui accompagne mes remarques. Je vous invite plus particulièrement à regarder l’article 6, par exemple, pour savoir comment vous pourriez définir chacun de ces termes dans les articles qui suivent.

Je cède la parole à M. Morgan pour qu’il complète.

La sénatrice Seidman : Je vous remercie. Monsieur Morgan, allez-y, je vous prie.

Mr. Morgan: I'll respect the time of the committee and echo that I agree with Dr. Herder. This bill is dangerously ambiguous and could create a legal precedent that would be very difficult for Canada to undo. I would turn to the example in Quebec. Quebec's original plan in the 1990s was a universal public pharmacare program with a reasonably comprehensive formulary for the province. The Government of Quebec was encouraged to build a patchwork private-public system as an interim measure, but that interim measure is soon going to be 30 years old. That's the concern I have for Canada as it relates to a patchwork plan now.

Senator Osler: Thank you to all the witnesses for being here today. My question is for all three of you. You heard the Minister of Health yesterday who urged the Senate to pass Bill C-64 without delay or amendments, yet each of you have spoken about the fundamental flaws in Bill C-64 and about needed amendments.

Professor Herder, you submitted a suite of proposed amendments. Professor Gagnon, you proposed two.

My question to all three of you — starting with Professor Gagnon, then Professor Morgan and Professor Herder — is this: Are there amendments on which all three of you agree?

Mr. Gagnon: I'm proposing a minimal version if we cannot get rid of this confusion in the bill in a different way. If that's not the case, then I propose two minimal amendments which would redefine "pharmacare" as a public drug program and redefine "universal" as covering the whole population in the same way. I think everybody would agree on this.

Mr. Morgan: I think we all agree that the legislation needs a better revamp over time, and maybe that's what this expert committee will do. But the simple clarity right now about the program as it relates to contraception and diabetes medication should be universal, public and first-dollar, and having that language in this bill would help a lot.

Mr. Herder: I think there is consensus amongst us three about that point. I've gone further and tried to rewrite several other clauses of the bill, but I think it is absolutely crucial to make sure that the program is publicly administered — defining that or building that into the definition of "pharmacare," as Dr. Gagnon has proposed — and to import real definitions into "universality," making sure that means everyone in a given province or territory.

Senator Osler: Thank you.

M. Morgan : Par respect pour le temps du comité, je suis d'accord avec M. Herder. Ce projet de loi est dangereusement ambigu et pourrait créer un précédent juridique qu'il serait très difficile de renverser, pour le Canada. Je donnerai l'exemple du Québec. Le plan initial du Québec, dans les années 1990, prévoyait un régime public universel d'assurance-médicaments assorti d'une liste de médicaments raisonnablement complète. En attendant, le gouvernement du Québec a été encouragé à mettre en place un système privé-public disparate, mais cette mesure provisoire aura bientôt 30 ans. C'est ce qui me préoccupe si nous adoptons maintenant un régime canadien qui manque d'uniformité.

La sénatrice Osler : Je remercie tous les témoins de leur présence aujourd'hui. Ma question s'adresse à vous trois. Hier, le ministre de la Santé a exhorté le Sénat à adopter le projet de loi C-64 rapidement et sans amendements. Par contre, vous avez tous dit que ce projet de loi contient des lacunes fondamentales et qu'il est nécessaire d'y apporter des amendements.

Monsieur Herder, vous nous avez soumis une série d'amendements. Monsieur Gagnon, vous en avez proposé deux.

Y a-t-il des amendements au sujet desquels vous êtes tous d'accord? M. Gagnon peut répondre en premier, suivi de M. Morgan et enfin de M. Herder.

M. Gagnon : J'en propose peu. Si nous ne pouvons pas éliminer cette confusion dans le projet de loi d'une autre manière, je propose deux petits amendements pour y arriver. Le terme « assurance-médicaments » serait redéfini pour préciser qu'il s'agit d'un régime public d'assurance-médicaments et le terme « universel » serait redéfini pour préciser que l'on offre la même couverture à toute la population. Je pense que tout le monde serait d'accord avec cela.

M. Morgan : Je pense que nous sommes tous d'accord pour dire que ce projet de loi devra être amélioré au fil du temps, et c'est peut-être ce que fera ce comité d'experts. Ce qui ne fait aucun doute pour l'instant, c'est que la couverture devrait être universelle, publique et au premier dollar pour les médicaments destinés à la contraception et au traitement du diabète. Il serait très utile d'inclure ce libellé dans le projet de loi.

M. Herder : Je pense que nous sommes tous les trois d'accord sur ce point. Je suis allé plus loin et j'ai essayé de reformuler plusieurs autres articles du projet de loi. Je crois toutefois qu'il est absolument essentiel de veiller à ce que le programme soit administré par le secteur public — on peut le préciser ou inclure cela dans la définition d'« assurance-médicaments », comme l'a proposé M. Gagnon — et que le terme « universel » soit assorti de véritables définitions pour faire en sorte que tout le monde, peu importe la province ou le territoire, soit couvert.

La sénatrice Osler : Je vous remercie.

Chair, I'll cede the rest of my time to the committee.

The Chair: Mr. Gagnon, may I quickly ask you this: Did you appear at the House of Commons Standing Committee on Health?

Mr. Gagnon: Yes, I did, and also from 2016-18 when they were also discussing pharmacare.

[Translation]

Senator Cormier: My question is for the three witnesses and pertains to the concept of flexibility that the minister referred to yesterday. Having a quick look at the pharmacare program in my province of New Brunswick, for instance, it is clear that there are huge differences in the way pharmacare programs are delivered from province to province.

Considering that the federal government wants to put forward a universal system, how much flexibility is needed? What degree of flexibility seems reasonable to you in establishing the program, in light of the many disparities among the provinces and territories?

Mr. Gagnon: We are really at the first stages with contraceptives and diabetes products. There will be an official list of the prescription drugs covered in that way. Then coverage would be extended to a list of essential drugs. In terms of the list of essential drugs, it would be the same drugs in all provinces, which would be a minimum condition for everyone.

The idea is that if we take the following steps — what the Hoskins report proposes to do within five years — we will get to a more comprehensive list and then assess whether there are different needs among the various populations in the provinces. That could be for genetic or other reasons. At that point, the costs and therapeutic benefits could vary greatly from province to province. For those specific drugs then, the list of drugs covered, there would be differences that might be interesting and significant.

Senator Cormier: Do any of the other witnesses wish to say something? Mr. Morgan?

[English]

Mr. Morgan: Thank you. The idea of national pharmacare, as has been recommended by several commissions of inquiry over the last 30 years, is that the national system would establish the floor for minimum public coverage across the country. Provinces would have the flexibility to go beyond that, and, of course, private insurance companies have the flexibility to offer

Madame la présidente, je cède le temps qu'il me reste au comité.

La présidente : Monsieur Gagnon, j'aimerais vous poser une brève question. Avez-vous témoigné au comité de la santé de la Chambre des communes?

M. Gagnon : Oui. J'y ai aussi témoigné entre 2016 et 2018 lorsqu'il examinait l'assurance-médicaments.

[Français]

Le sénateur Cormier : Ma question s'adresse aux trois témoins et concerne la notion de flexibilité dont a parlé le ministre hier. Par exemple, en consultant un peu le programme de médicaments dans ma province, le Nouveau-Brunswick, on constate que, d'une province à l'autre, il y a d'énormes différences dans la façon dont les programmes de médicament sont livrés.

Tout en considérant que le gouvernement fédéral veut proposer un système universel, quelle est la marge de manœuvre en ce qui concerne la flexibilité? Qu'est-ce qui vous semble raisonnable comme flexibilité pour mettre en place ce programme, compte tenu des disparités entre les provinces et territoires?

M. Gagnon : On est vraiment au premier stade avec les contraceptifs et les produits pour le diabète. On arrive avec une liste formelle de médicaments qui seraient couverts de cette façon. Ensuite, on étendrait la couverture à une liste de médicaments essentiels. Si l'on parle de la liste des médicaments essentiels, ce sont les mêmes médicaments pour l'ensemble des provinces qui devraient être la condition minimale pour tous.

L'idée, c'est que si on fait les pas suivants — ce que proposait de faire le rapport Hoskins en cinq ans —, on se retrouve avec une liste plus globale de médicaments et là on voit que, parmi les différentes populations des différentes provinces, les besoins ne sont pas nécessairement les mêmes. Cela peut être pour des questions génétiques ou d'autres raisons. À partir de là, l'évaluation entre les coûts et les bénéfices thérapeutiques de certains médicaments peut être très différente d'une province à l'autre. Donc, pour ces médicaments spécifiques, pour ce qui est du panier de médicaments couverts, il y aurait des variations qui pourraient être intéressantes et importantes.

Le sénateur Cormier : Les autres témoins aimeraient-ils commenter? Monsieur Morgan?

[Traduction]

M. Morgan : Merci. L'idée d'un régime national d'assurance-médicaments, telle qu'elle a été recommandée par plusieurs commissions d'enquête au cours des 30 dernières années, est que le système national établirait le plancher d'une couverture publique minimale dans tout le pays. Les provinces auraient la souplesse d'aller au-delà et, bien sûr, les compagnies

extended health benefits beyond the minimum national pharmacare program.

There can be embedded in flexibility the idea that the federal government would start with really critical drug classes, like contraception and diabetes medication, and select medicines from those classes. That is a perfectly good place to start and then build toward essential medicines.

Over time, the provinces, territories and Canadian citizens would agree that a truly coherent, robust national framework for procuring medicines, getting better prices and getting assurances of quality and security of supply will prove the value proposition, and we will eventually have a truly comprehensive national program.

Senator Cormier: Thank you. Although I would like Mr. Herder to answer the question, I will ask a question of Mr. Morgan on behalf of the sponsor of the bill, Senator Kim Pate. It relates to the cost savings we can expect from building a universal, single-payer, public system. Some have suggested we already have bulk purchasing similar to a single-payer system in place through the pan-Canadian Pharmaceutical Alliance, or pCPA.

You have studied these issues, including as a member of the Hoskins advisory council. Can you clarify how bulk purchasing in a single-payer system would differ? Can we expect additional cost savings?

Mr. Morgan: Yes. The negotiating power of a single purchaser on behalf of 40 million Canadians is far greater than the negotiating power of the pan-Canadian Pharmaceutical Alliance, which essentially only serves public drug plans that are minority payers in their marketplaces.

I'll give a couple of examples. We know, for instance, the prices of generic drugs in Canada have come down as a consequence of essentially non-competitive agreements between the pCPA and generic drug manufacturers. Just last weekend, I analyzed the prices of the top 32 generic drugs sold in Canada and in New Zealand at the same time. I found those drug prices in Canada were, on average, nearly six times higher than the prices in New Zealand.

I can give you an idea of the potential savings there. Canadian public drug plans spend \$925 million a year on those 32 top-selling generic drugs. If we paid the same prices that New Zealand secures through its national, single-payer, public pharmacare program, we would save \$770 million a year just on those 32 medicines.

d'assurance privées auraient la souplesse d'offrir des prestations de santé élargies, dépassant le programme national minimum d'assurance-médicaments.

On peut inscrire dans la souplesse l'idée que le gouvernement fédéral commencerait par des catégories de médicaments essentiels, comme les médicaments destinés à la contraception et au traitement du diabète, et choisirait des médicaments dans ces catégories. C'est un très bon point de départ. On pourrait ensuite ajouter des médicaments essentiels.

Au fil du temps, les provinces, les territoires et les Canadiens conviendront qu'un cadre national cohérent et solide pour l'achat de médicaments, l'obtention de meilleurs prix et l'assurance de la qualité et de la sécurité de l'approvisionnement est bénéfique. Nous finirons par avoir un programme national réellement complet.

Le sénateur Cormier : Merci. Bien que j'aimerais que M. Herder réponde à la question, je vais poser une question à M. Morgan au nom de la marraine du projet de loi, la sénatrice Kim Pate. Elle porte sur les économies prévues avec la mise en place d'un système public universel à payeur unique. Certains ont suggéré que nous disposions déjà d'un système d'achat en gros semblable à un système à payeur unique par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, ou APP.

Vous avez examiné ces questions, notamment en tant que membre du conseil consultatif Hoskins. Pouvez-vous préciser en quoi l'achat en gros dans un système à payeur unique serait différent? Pouvons-nous nous attendre à des économies supplémentaires?

M. Morgan : Oui. Le pouvoir de négociation d'un acheteur unique au nom de 40 millions de Canadiens est bien plus grand que celui de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, qui ne dessert pratiquement que les régimes publics d'assurance-médicaments qui sont des payeurs minoritaires sur leur marché.

Je vais vous donner quelques exemples. Nous savons, par exemple, que les prix des médicaments génériques au Canada ont baissé à la suite d'accords non concurrentiels entre l'APP et les fabricants de médicaments génériques. La fin de semaine dernière, j'ai analysé les prix des 32 médicaments génériques les plus vendus au Canada et en Nouvelle-Zélande au même moment. J'ai constaté que les prix de ces médicaments au Canada étaient, en moyenne, près de six fois plus élevés que les prix en Nouvelle-Zélande.

Je peux vous donner une idée des économies potentielles. Les régimes publics d'assurance-médicaments canadiens dépensent 925 millions de dollars par année pour ces 32 médicaments génériques les plus vendus. Si nous payions les mêmes prix que paie la Nouvelle-Zélande grâce à son programme national d'assurance-médicaments à payeur unique, nous économiserions 770 millions de dollars par année, rien que pour ces 32 médicaments.

There's a lot of power in being a single payer. I say that to you from Norway, where I'm hosting an international conference of the managers of national pharmacare programs from about a dozen high-income countries around the world. I presented today to that group, and every one of them wished me well in the hope that Canada might actually get a truly universal public program to serve our country.

Senator Cormier: I don't have any more time. Sorry about that, Mr. Herder.

[Translation]

Senator Brazeau: I want to thank the three witnesses for being here this morning. My question is for Mr. Gagnon.

In your introductory remarks, you noted your concern relating to conflicts of interest. Can you elaborate on that concern? What could we do as a committee to minimize those conflicts?

Mr. Gagnon: When I started working on the issue of pharmacare in Canada about fifteen years ago, I co-authored a report entitled *The Economic Case for Universal Pharmacare*. It showed that such a plan would not only improve access, but could also yield up to \$10 billion in savings, depending on the type of pharmacare plan implemented. My thinking was that, with an evidence-based policy, we would be able to develop a program, save money, achieve better access for everyone, and that it would be readily approved by Parliament. I quickly learned that for every dollar saved, someone else loses a dollar of revenue, and they will do whatever they can not to lose those billions of dollars.

There are a lot of groups involved in pharmacare issues that are directly funded by the pharmaceutical industry, the insurance industry and pharmacy chains. You have to remember that, with the current distribution system, pharmacy chains are lining their pockets. For them, losing the current system and its inefficiencies would mean losing potential revenue.

Some of the groups funded by the industry will be appearing before the committee. I'm thinking of the Conference Board of Canada; some of my students worked there and stopped working on pharmacare because what was being done was unacceptable.

Le fait d'être un payeur unique donne un grand pouvoir. Je vous dis cela depuis la Norvège, où j'organise une conférence internationale des responsables des programmes nationaux d'assurance-médicaments d'une douzaine de pays à revenu élevé d'un peu partout dans le monde. J'ai donné une présentation aujourd'hui devant ce groupe, et tout le monde m'a souhaité bonne chance dans l'espoir que le Canada puisse enfin se doter d'un programme public véritablement universel pour répondre aux besoins des Canadiens.

Le sénateur Cormier : Mon temps est écoulé. Mes excuses, monsieur Herder.

[Français]

Le sénateur Brazeau : Je remercie nos trois témoins d'être parmi nous ce matin. Ma question s'adresse à M. Gagnon.

Vous avez mentionné, dans vos remarques préliminaires, votre préoccupation par rapport aux conflits d'intérêts. Pouvez-vous nous en dire davantage sur cette préoccupation que vous avez? Qu'est-ce qu'on pourrait faire en tant que comité pour s'assurer qu'on limite de telles situations?

M. Gagnon : En fait, lorsque j'ai commencé à travailler sur l'assurance médicaments au Canada, il y a une quinzaine d'années, j'ai participé à la rédaction de la publication intitulée *The Economic Case for Universal Pharmacare*. On y faisait la démonstration que non seulement on aurait un meilleur accès, mais qu'on pourrait en plus épargner jusqu'à 10 milliards de dollars, selon le modèle d'assurance médicaments qu'on mettrait en place. Je me disais que, avec une politique fondée sur des données probantes, on arriverait à développer un programme, on pourrait faire des économies, il y aurait un meilleur accès pour tous, et que normalement le projet passerait facilement au Parlement. J'ai vite compris que, pour chaque dollar économisé, c'est un dollar de revenu que quelqu'un d'autre perdra et qu'il va faire tout ce qu'il peut pour ne pas perdre ces milliards de dollars.

Il y a énormément de groupes associés aux enjeux de l'assurance médicaments qui sont directement financés par l'industrie pharmaceutique, l'industrie de l'assurance ainsi que les chaînes pharmaceutiques. Il ne faut pas oublier que, dans le système de distribution actuel, avec l'immense gaspillage qui est en place, les chaînes de pharmacie ont le beau jeu de s'en mettre plein les poches. Pour elles, perdre le système actuel et perdre les inefficacités du système actuel, c'est perdre des capacités de revenus.

Parmi les groupes financés par l'industrie, vous en recevrez certains au comité. Si l'on songe au Conference Board du Canada, j'avais moi-même des étudiants qui y travaillaient et qui avaient arrêté d'étudier l'assurance médicaments, parce que ce qui se faisait était inacceptable.

It is all dictated by politics. For a long time, the Montreal Economic Institute has been primarily funded by life insurance. Those organizations are extremely militant on these issues and we hear from them constantly.

When there are conflicts of interest, it is important to hear a diversity of voices. We have to recognize that certain voices receive financial support as spokespersons. We have to carefully balance the importance given to each of those voices.

[English]

Senator Moodie: I don't know where to start. I guess I will start with the fact that, yesterday, I had conversations and questions for the representative of Canada's Drug Agency, or CDA, who was here. I was puzzled, and I expressed that puzzlement to her. Because of the language in the bill, she was saying she can only respond on invitation to create a formulary and to look at the research behind bulk buying. It certainly seemed as if the organization did not see itself as the driver of maintaining the formulary, presenting the formulary and adjusting the formulary over time. That didn't seem to be how we heard her describe her role.

Similarly, across the witnesses yesterday, it wasn't clear to me who would be doing this bulk buying. In fact, it sounded like we would end up with the provinces buying individually again.

Can you comment on what you've heard and how the bill needs to change specifically to address some of the ambiguity that clearly is residing in this particular area? Also, the 11% contribution of industry to their funding is, I guess, another concern that's being talked about here already — the conflict of interest. Can you talk about that too, please? I'd like to hear from all three of you.

Mr. Gagnon: I can start by saying that a universal pharmacare regime does not have to be single-payer necessarily, but for universal public pharmacare, what you need to have is the institutional foundations for this. You need a drug agency that is arranging a national formulary to reimburse the medication in this formulary. Then the question is how you put the different drugs in that formulary. This is based on negotiations with drug companies in order to make sure we get value for money.

If we end up with drugs that are just way too expensive for the little therapeutic benefits they bring to the population, we need to have the capacity to say "no." This is the role of a drug agency. I'm not talking about Health Canada. Health Canada is for the approval of medication. We need an agency in charge of the

L'idée, c'est qu'on répond à des commandes politiques. Depuis longtemps, l'Institut économique de Montréal est financé d'abord et avant tout par l'assurance-vie. Ce sont des organisations qui sont ultramilitantes sur ces enjeux et on les entend constamment.

Lorsqu'il y a des conflits d'intérêts, c'est important d'entendre une diversité de voix. Il faut comprendre que certaines voix sont appuyées financièrement pour avoir des porte-voix. Il faut juste faire attention de mieux équilibrer le poids que devrait avoir chacune de ces voix.

[Traduction]

La sénatrice Moodie : Je ne sais pas par où commencer. Je pense que je commencerai par le fait qu'hier, j'ai discuté avec la représentante de l'Agence canadienne des médicaments, qui était ici, et je lui ai posé des questions. J'étais perplexe et je lui ai fait part de ma perplexité. En raison du libellé du projet de loi, elle a dit qu'elle ne pouvait que répondre à une invitation à créer une liste de médicaments et à examiner les recherches qui sous-tendent l'achat en gros. J'avais l'impression que l'organisme ne se considérait pas comme étant aux commandes de la mise à jour, de la présentation et de la modification de la liste de médicaments au fil du temps. Il me semble que ce n'est pas ainsi que la représentante de l'agence nous a décrit son rôle.

De même, parmi les témoins hier, je ne savais pas trop qui ferait les achats en gros. De fait, j'ai cru comprendre que les provinces finiraient par acheter les médicaments chacune de leur côté, encore une fois.

Pouvez-vous nous parler de ce que vous avez entendu et de la manière dont le projet de loi doit être modifié pour éliminer certaines ambiguïtés qui subsistent visiblement dans ce domaine? Par ailleurs, la contribution de 11 % de l'industrie à leur financement est, je suppose, une autre préoccupation dont on a déjà parlé. On a évoqué la question des conflits d'intérêts. Pouvez-vous en parler également, s'il vous plaît? J'aimerais vous entendre tous les trois.

M. Gagnon : Je peux commencer par dire qu'un régime universel d'assurance-médicaments ne doit pas nécessairement être à payeur unique, mais pour avoir un régime public universel d'assurance-médicaments, il est nécessaire de disposer de fondements institutionnels. Une agence des médicaments doit établir une liste nationale et rembourser les médicaments qui y figurent. La question est ensuite de savoir comment inclure les différents médicaments sur cette liste. Cela repose sur des négociations menées avec les entreprises pharmaceutiques afin de veiller à ce que nous en ayons pour notre argent.

Si nous nous retrouvons avec des médicaments beaucoup trop chers pour le peu de bienfaits thérapeutiques qu'ils apportent à la population, nous devons avoir la capacité de dire que nous n'en voulons pas. C'est le rôle d'une agence des médicaments. Je ne parle pas de Santé Canada. Santé Canada approuve les

reimbursement of these medications. This is the foundation of every pharmacare program that you find in every other country.

If the CDA is not sure in terms of the role it has to play, the bill basically states they are commissioning the CDA to put in place a national strategy for appropriate use, to develop the formulary and things like that. This is stuff they need to prepare and submit to the minister, and we just don't exactly know what will be done with this strategy for appropriate use or what will be done in this development of a national formulary.

Senator Moodie: I'll now ask Dr. Morgan and Dr. Herder.

Mr. Morgan: Just to quickly comment on the question, I think you've raised an important concern. As structured right now, individual provinces will still be in the position of negotiating the prices of the medicines that might be covered under this new program that's created on a bilateral basis with the federal government, but it could be even worse. If the Government of Canada is interested in trying to pursue an agenda wherein any negotiated price discounts by the public program must also be passed on to private insurers, even though the private insurers will fully claim that they'll reimburse any drug at any price, the effect of that — which is called a most-favoured-nation policy — will actually make it harder for the public program to negotiate competitive prices because, in effect, it has to give away the negotiated rebates to the private insurers. This kind of policy is a problem.

If you have Canada's Drug Agency doing the negotiation on behalf of a public program in every province and territory that signed on, then you would have a truly powerful negotiator which would be able to get the best prices. I want to be clear too: That negotiator can also ensure that the supply contracts with manufacturers include clauses that guarantee the security of the supply that Canadians need, which is an important element missing from the strategy that currently is under way at the pCPA.

Senator Moodie: Thank you.

Senator Dasko: Thanks to our witnesses. My question is as follows: Let us assume that there are no amendments to this bill, regrettably. Let's assume there are none. What are each of your priorities for going forward in that scenario? What are the most important things that must be done? I'd like to ask all witnesses that question. Professor Morgan, please go ahead.

Mr. Morgan: With the ambiguities in this piece of legislation, the emphasis would have to be on ensuring that the current health minister implements this legislation in a way

médicaments. Nous avons besoin d'une agence qui s'occupe du remboursement de ces médicaments. C'est le fondement de tous les programmes d'assurance-médicaments que l'on trouve dans tous les autres pays.

Si l'Agence canadienne des médicaments n'est pas sûre du rôle qu'elle doit jouer... Le projet de loi stipule, en gros, qu'on lui confie la mise en place d'une stratégie nationale pour l'utilisation appropriée des médicaments, l'élaboration de la liste, et cetera. Elle doit préparer ces choses et les soumettre au ministre. Nous ne savons pas exactement ce qu'il adviendra de cette stratégie pour une utilisation appropriée ou ce qui sera fait dans le cadre de l'élaboration d'une liste nationale.

La sénatrice Moodie : Je pose maintenant cette question à MM. Morgan et Herder.

M. Morgan : Je vais répondre brièvement à la question. Vous avez soulevé une préoccupation importante. Dans sa forme actuelle, le projet de loi fera en sorte que chaque province sera toujours en mesure de négocier les prix des médicaments qui pourraient être couverts par ce nouveau programme créé de façon bilatérale avec le gouvernement fédéral, mais la situation pourrait être encore pire. Si le gouvernement du Canada souhaite mettre de l'avant un programme où toutes les réductions de prix négociées dans le cadre du programme public doivent également être transmises aux assureurs privés, même s'ils affirment qu'ils rembourseront n'importe quel médicament à n'importe quel prix, cette politique — appelée politique de la nation la plus favorisée — fera en sorte qu'il sera plus difficile pour le programme public de négocier des prix concurrentiels, car, en pratique, il faut donner les rabais négociés aux assureurs privés. Ce genre de politique pose problème.

Si l'Agence canadienne des médicaments négociait au nom d'un programme public dans chaque province et territoire signataire, on aurait alors un négociateur avec un réel pouvoir, capable d'obtenir les meilleurs prix. Je tiens également à être clair : ce négociateur peut également veiller à ce que les contrats d'approvisionnement avec les fabricants comprennent des clauses qui garantissent la sécurité de l'approvisionnement dont les Canadiens ont besoin, ce qui est un élément important absent de la stratégie en cours à l'APP.

La sénatrice Moodie : Je vous remercie.

La sénatrice Dasko : Je remercie nos témoins. Ma question est la suivante. Imaginons que, par malheur, aucun amendement n'est apporté à ce projet de loi. Supposons qu'il n'y en ait pas. Quelles seraient vos priorités dans cette situation? Quelles seraient les mesures les plus importantes à mettre en place? Ma question s'adresse à tous les témoins. Monsieur Morgan, vous avez la parole.

M. Morgan : Compte tenu des ambiguïtés contenues dans ce projet de loi, il faudrait veiller à ce que l'actuel ministre de la Santé le mette en œuvre d'une manière qui soit conforme aux

that's consistent with the Hoskins recommendations, ensuring that every single bilateral deal with the provinces requires that it be universal, first-dollar, public coverage, and ensuring that Canada's Drug Agency is the agency that would be able to negotiate the supply contracts. It's essentially going from legislation into regulation. You would need to have absolute assurance that this isn't going to be the "let a thousand flowers bloom" version of a pharmacare program, which would actually undermine the broader objectives that have been long recommended here.

Senator Dasko: Okay, thank you. Professor Gagnon, please go ahead.

Mr. Gagnon: Basically, I would say to make sure that private drug coverage is not being made mandatory in order to ensure that private drug plans continue to pay a share of the drugs.

As an example of that, in Quebec, we can say we have universal pharmacare. Everybody has drug coverage of some sort, so it's universal; everybody's covered, and they have a drug regime, so it's fine. This is the thing about making this mandatory: I was working with consumer groups, for example, and we ended up with cases sometimes — I remember when a full-time student in Sherbrooke was working two weekends a month as a personal support worker. She was making \$540 a month, but because the employer was offering a drug plan, the drug plan was mandatory, and the premiums became mandatory for her — she did not have a choice. She had to pay \$190 a month for the premiums for the drug benefit.

When a person arrives at the pharmacy counter, it doesn't make a difference whether it's public or private coverage reimbursing this; they're getting the drug. Well, for a full-time student, it's a world of difference when being paid \$540 a month versus \$350 a month, basically.

Senator Dasko: Professor Herder, I don't know if there's time. What would be your priorities?

Mr. Herder: Well, I hope that's not the case, but if it's unamended, the committee of experts becomes an accountability structure. Making sure it has access to bilateral negotiations that follow through the federal Minister of Health's office and making sure there's transparency about the work of the committee becomes a way of trying to keep oversight on the implementation process. As I mentioned already, it's important to make sure that committee is comprised of experts and folks with lived expertise as well and that it is free of conflicts of interest. Disclosing them is not enough.

Senator Dasko: Thank you.

recommandations du rapport Hoskins, que chaque accord bilatéral avec les provinces exige une couverture universelle, publique et au premier dollar, et que l'Agence canadienne des médicaments soit l'agence qui puisse négocier les contrats d'approvisionnement. Il s'agit, en somme, de passer du projet de loi à la réglementation. Il faudrait avoir l'assurance absolue qu'il ne s'agira pas d'un programme d'assurance-médicaments où on laissera « mille fleurs s'épanouir », ce qui saperait les objectifs plus larges recommandés depuis longtemps.

La sénatrice Dasko : D'accord, je vous remercie. Monsieur Gagnon, vous avez la parole.

M. Gagnon : Essentiellement, je dirais qu'il faut s'assurer que l'assurance-médicaments privée n'est pas rendue obligatoire pour veiller à ce que les régimes d'assurance-médicaments privés continuent de payer une part des médicaments.

À titre d'exemple, au Québec, nous pouvons dire que nous avons un régime universel d'assurance-médicaments. Tout le monde bénéficie d'une assurance-médicaments quelconque. Le régime est donc universel; tout le monde est couvert et bénéficie d'un régime d'assurance-médicaments, c'est très bien. Pour ce qui est de rendre ce régime obligatoire... Je travaillais avec des groupes de consommateurs, et nous nous retrouvions parfois avec des cas... Je me souviens d'une étudiante à temps plein à Sherbrooke qui travaillait deux fins de semaine par mois comme préposée aux services de soutien à la personne. Elle gagnait 540 \$ par mois, mais puisque l'employeur offrait un régime d'assurance-médicaments, le régime d'assurance-médicaments était obligatoire et elle était obligée de payer les cotisations. Elle n'avait pas le choix. Elle devait payer 190 \$ par mois pour cotiser à ce régime d'assurance-médicaments.

Lorsqu'une personne se présente au comptoir de la pharmacie, peu importe que ce soit une couverture publique ou privée qui la rembourse, elle obtient le médicament. Par contre, pour un étudiant à temps plein, cela fait toute la différence de pouvoir garder dans ses poches 540 \$ plutôt que 350 \$ chaque mois.

La sénatrice Dasko : Monsieur Herder, je ne sais pas s'il reste du temps. Quelles seraient vos priorités?

M. Herder : Eh bien, j'espère que nous ne serons pas confrontés à cette situation, mais si le projet de loi n'est pas amendé, le comité d'experts deviendra une structure de reddition de comptes. On pourra assurer la surveillance du processus de mise en œuvre en lui donnant accès aux négociations bilatérales qui passent par le bureau du ministre de la Santé et en veillant à ce qu'il fasse preuve de transparence dans le cadre de ses travaux. Comme je l'ai dit, il est important de veiller à ce que ce comité soit composé d'experts et de gens ayant une expérience vécue et qu'il soit exempt de conflits d'intérêts. Il ne suffit pas de divulguer les conflits d'intérêts.

La sénatrice Dasko : Je vous remercie.

Senator Bernard: Thank you to all of the witnesses for being here and for sharing your expertise, and thank you for the work you do. Thank you for having students who may be our future decision makers monitoring what we're doing here.

I want to follow up on the question that Senator Dasko just asked. There's lots of discussion about insurance companies and changes that may happen. I keep thinking about this: Who is the real target here for this legislation? I'm thinking about those Canadians who have no coverage — those who have to make a choice every month about whether or not they pay for prescription medication or pay their rent or buy food or buy shoes for their children to wear to school. There's a lot of pressure to not make amendments.

But when you think about the poorest of the poor amongst us who have no pharmacare, what are your thoughts about this bill as it is or significant amendments? What's your recommendation to us in terms of how we should show up for those people who have no pharmacare and are waiting for us to make the right decision? What is the right decision?

Mr. Morgan: I will very quickly answer and then leave it to my peers to add to this.

One of the things we need to do is make sure we treat the poorest of the poor in this country in exactly the same way we treat the richest of the rich in terms of ensuring equitable access to carefully selected medicines based on safety, efficacy and value. All of the countries participating in the meetings that I'm hosting this week provide universal access to medicines across incomes, ages, occupations, et cetera, on equal terms and conditions. That ensures that the richest people in those countries make sure that those programs work very well for themselves and for the poor.

That's the mentality needed. Canadian medicare works for the poor in this country reasonably well anyhow, in part because it's the same system that serves the rich. I think we need to remember that as it relates to medicines policies.

Senator Bernard: Well, some might argue that our current system doesn't work so well for the poor.

Mr. Gagnon: Regarding the current system, what I think is fascinating is that we're massively subsidizing the current inefficient system but in a completely regressive way. Basically, we're not taxing premiums being paid for drug benefits.

La sénatrice Bernard : Merci à tous les témoins d'être ici et de partager leur expertise. Je vous remercie du travail que vous abattez. Merci aussi d'avoir invité des étudiants qui seront peut-être nos futurs décideurs à observer nos travaux.

Je voudrais revenir sur la question que vient de poser la sénatrice Dasko. On parle beaucoup des compagnies d'assurances et des changements qui pourraient s'opérer. Je me demande toujours à qui ce projet de loi est réellement destiné. Je pense aux Canadiens qui ne sont pas couverts — ceux qui doivent choisir chaque mois entre acheter ou non des médicaments sur ordonnance, payer leur loyer, ou acheter de la nourriture ou des chaussures que leurs enfants porteront à l'école. On exerce beaucoup de pression pour qu'il n'y ait pas d'amendements.

Lorsque vous pensez aux plus pauvres parmi nos concitoyens qui ne bénéficient pas de régime d'assurance-médicaments, qu'avez-vous à dire à propos de ce projet de loi dans sa forme actuelle ou des amendements importants qui pourraient y être apportés? Quelle est votre recommandation quant à la manière dont nous devrions défendre ces personnes qui ne jouissent pas d'un régime d'assurance-médicaments et qui attendent que nous prenions la bonne décision? Quelle est la bonne décision?

M. Morgan : Je vais répondre très rapidement, puis laisserai mes collègues ajouter leurs commentaires.

Nous devons notamment nous assurer que nous traitons les plus pauvres au pays exactement de la même manière que nous traitons les plus riches. Il faut garantir un accès équitable à des médicaments soigneusement sélectionnés en fonction de la sécurité, de l'efficacité et de la valeur. Tous les pays qui participent aux réunions que j'organise cette semaine offrent un accès universel aux médicaments, quels que soient les revenus, l'âge, la profession, et cetera. Les modalités d'accès sont uniformes. Cela fait en sorte que les personnes les plus riches de ces pays veillent à ce que ces programmes répondent très bien à leurs besoins et à ceux des plus pauvres.

Voilà la mentalité qu'il nous faut adopter. Quoiqu'il en soit, le régime d'assurance-maladie fonctionne assez bien pour les plus démunis au pays, en partie parce que c'est le même système qui répond aux besoins des riches. Il ne faut pas l'oublier lorsqu'il est question de politiques en matière de médicaments.

La sénatrice Bernard : Eh bien, certains pourraient soutenir que le système actuel n'est pas très efficace pour les plus démunis.

M. Gagnon : Ce que je trouve fascinant, c'est que nous subventionnons fortement le système inefficace actuel, mais d'une manière complètement régressive. En gros, nous n'imposons pas les cotisations payées pour l'assurance médicaments.

If I'm making \$200,000 a year and my marginal income tax rate is 50%, I'm getting a huge subsidy for my drug benefit. If I'm making \$20,000 a year and my marginal income tax rate is minimal, I'm receiving no subsidies for my drug benefit. That's the current system we have.

Yes, right now, we have a very vulnerable population that requires additional coverage; that's for sure. Regarding the example I was using about the full-time student in Quebec, for me, if we end up with the wrong system, we still put a much greater additional financial burden on the poorer, more vulnerable population as compared to a good universal system that covers everybody from the start.

Just another example —

The Chair: Professor Gagnon, I'm sorry. Colleagues, I have disappointed you and myself: There will be no time for a second round.

I have a question that I would like to put as well.

We are the house of sober second thought. We like to get things right. You have raised a lot of issues. Yet we do not exist in a political vacuum. From your point of view on this bill, warts and all, ambiguities and all, is it better than no bill at all?

Mr. Gagnon: Sadly, I don't know.

The Chair: You don't know. How about you, Professor Herder?

Mr. Herder: It's unclear. The prospect of access to contraceptives and diabetes medications seems promising, but, as I said, I think that will be a very short-lived victory. I worry we won't open up this question again unless it's a more fulsome piece of legislation. I think amendments can be made, and the House passed it in error; you can see that in almost every provision of the bill. The wording is ambiguous and poorly drafted. A little bit more time and some thoughtful, surgical, tactical amendments would be incredibly helpful.

The Chair: But those amendments were defeated in the House of Commons. As I said, we are not the House of Commons, but we don't exist in a vacuum.

How about you, Professor Morgan?

Par exemple, si je gagne 200 000 \$ par année et que mon taux marginal d'imposition du revenu est de 50 %, je reçois une énorme subvention pour mon assurance médicaments. Toutefois, si je gagne 20 000 \$ par année et que mon taux marginal d'imposition du revenu est minime, je ne reçois aucune subvention pour mon assurance médicaments. C'est la façon dont fonctionne le système actuel.

Oui, à l'heure actuelle, nous avons une population très vulnérable qui a certainement besoin d'une couverture supplémentaire. Comme dans l'exemple d'un étudiant à temps plein au Québec que j'ai utilisé plus tôt, je pense que si nous nous retrouvons avec le mauvais système au bout du compte, nous continuerons d'imposer un fardeau financier supplémentaire beaucoup plus important à la population plus pauvre et plus vulnérable, ce qui ne serait pas le cas si nous avions un bon système universel qui couvre tout le monde dès le départ.

Un autre exemple...

La présidente : Monsieur Gagnon, je suis désolée. Chers collègues, je suis déçue et je sais que vous l'êtes aussi, car il n'y aura pas suffisamment de temps pour une deuxième série de questions.

J'aimerais également poser une question.

Nous sommes l'endroit où se déroule un second examen objectif. Nous aimons faire les choses correctement. Vous avez soulevé de nombreuses questions. Toutefois, nous n'existons pas dans un vide politique. Selon vous, vaut-il mieux adopter ce projet de loi, avec toutes ses imperfections et ses ambiguïtés, que de se retrouver sans aucun projet de loi?

M. Gagnon : Malheureusement, je ne sais pas.

La présidente : Vous ne savez pas. Et vous, monsieur Herder?

M. Herder : Ce n'est pas évident. La possibilité de l'accès aux contraceptifs et aux médicaments contre le diabète semble prometteuse, mais comme je l'ai dit, je pense qu'il s'agira d'une victoire de très courte durée. Je crains que nous n'abordions pas cette question à nouveau à moins qu'il ne s'agisse d'un texte législatif plus complet. Je pense que des amendements peuvent y être apportés et que la Chambre l'a adopté par erreur, comme on peut le constater dans presque toutes les dispositions du projet de loi. Le libellé est ambigu et mal rédigé. Il serait extrêmement utile de prendre un peu plus de temps pour apporter des amendements réfléchis, ciblés et tactiques.

La présidente : Mais ces amendements ont été rejetés par la Chambre des communes. Comme je l'ai dit, nous ne sommes pas la Chambre des communes, mais nous n'existons pas dans un vide politique.

Qu'en pensez-vous, monsieur Morgan?

Mr. Morgan: As the legislation is currently written, I think no legislation is better than this legislation. I say that as someone who has spent 30 years working on this file in Canada.

The reason I say that is this: If the Government of Canada really wants contraception and diabetes treatments to be available to Canadians in bilateral agreements, there's nothing stopping it from doing so within the context of the current bilateral agreements it has for a variety of health care issues and the priorities that provinces might seek.

If this legislation creates a legal precedent, and if it opens the door to a patchwork of private and public plans, pharmacare — as it goes on for generations — could be one of the most costly pieces of legislation in Canadian history.

Senator Senior: I hate to say it, Madam Chair, but I think you asked my question.

However, I also want to try to understand something. Several times, Minister Holland mentioned that this legislation was really pieced together under pressure, as I think one of you said. It is that pressure point that I'm curious about; it's the source of the pressure or where the biggest pressure point would be in terms of understanding his notion that if we recommend — or pushing us to not have amendments on this. Do you get a sense of where the biggest pressure point is?

Mr. Gagnon: When it comes to different commercial insurers in particular, keep in mind that for private drug plans, it means insurance companies losing a market of around \$12 billion or \$13 billion every year. Insurers are part of the constituency as well.

I was a bit flabbergasted in terms of the corporate power of drug companies during the pandemic, in particular. Basically, the Canadian government was grovelling in front of the interests of drug companies in order to try to ensure the supply of vaccine doses. We did very well, by the way, in terms of vaccine nationalism; we performed very well. However, that was under the condition of just following the conditions imposed.

When it comes to pressure, like I said, there's a lot of money to be lost for different people, and they would like to preserve the current system. They will do everything they can for that. That's it.

Senator Senior: Do I still have a minute?

M. Morgan : Étant donné son libellé actuel, je pense qu'il serait préférable de n'avoir aucun projet de loi plutôt que d'adopter celui-ci. Je me fonde sur mon expérience de personne qui travaille sur ce dossier au Canada depuis 30 ans.

À mon avis, si le gouvernement du Canada souhaite réellement que les contraceptifs et les traitements contre le diabète soient accessibles aux Canadiens dans le cadre d'accords bilatéraux, rien ne l'empêche de le faire dans le contexte des accords bilatéraux actuels qu'il a conclus pour toute une série de questions liées à la santé et dans le cadre des priorités que les provinces pourraient souhaiter établir.

Si ce projet de loi crée un précédent juridique et qu'il ouvre la voie à un ensemble disparate de régimes privés et publics, le régime d'assurance médicaments pourrait devenir, au fil des générations, l'un des textes législatifs les plus coûteux de l'histoire du Canada.

La sénatrice Senior : Je déteste l'admettre, madame la présidente, mais je pense que vous avez posé la question que je voulais poser.

Cependant, j'aimerais également essayer de comprendre quelque chose. À plusieurs reprises, le ministre Holland a mentionné que ce projet de loi avait été élaboré sous la pression, comme l'a dit l'un d'entre vous, si je ne me trompe pas. J'aimerais en savoir plus au sujet de cette pression, c'est-à-dire que j'aimerais connaître la source de cette pression ou les pressions les plus importantes qui s'exercent lorsqu'il s'agit de comprendre son idée selon laquelle si nous recommandons... Ou si on nous pousse à ne pas adopter d'amendements à cet égard. Avez-vous une idée de la nature du point de pression le plus important à cet égard?

M. Gagnon : Il ne faut pas oublier qu'en ce qui concerne les régimes privés d'assurance médicaments, les sociétés d'assurances perdront une part de marché représentant de 12 à 13 milliards de dollars chaque année. Les assureurs font également partie de l'électorat.

J'ai été quelque peu sidéré par le pouvoir des sociétés pharmaceutiques pendant la pandémie. En effet, le gouvernement canadien s'est essentiellement prosterné devant les intérêts des sociétés pharmaceutiques pour tenter de garantir l'approvisionnement en doses de vaccin. Nous avons d'ailleurs obtenu d'excellents résultats en matière de nationalisme vaccinal, mais seulement si nous respectons les conditions imposées.

En ce qui concerne les pressions exercées, comme je l'ai dit, différents individus pourraient perdre beaucoup d'argent et c'est la raison pour laquelle ils aimeraient préserver le système actuel et font tout ce qu'ils peuvent en ce sens. C'est tout.

La sénatrice Senior : Me reste-t-il une minute?

The Chair: You have a minute.

Senator Senior: Are there any other thoughts on that?

Mr. Morgan: It's fair to say that the supply and confidence agreement was coming to an end; in fact, it had been extended during the negotiations last fall into the February-March window. Both parties wishing to extend the life of this current government came to a hastily agreed-upon final recommendation. As the minister testified, every word was argued over.

I think it's fairly clear, given the minister's comments, that he might have been one of the sticking points because he doesn't believe in the recommendation from the Hoskins advisory council of a publicly administered pharmacare program.

This is politically motivated in part because of the supply and confidence agreement. Frankly, I'll be clear: It can't be lost on Canadians or anyone who has a sense of politics in this country that getting contraceptive coverage is important. British Columbia had already done so, and Manitoba is now doing so. But it's also politically important to this government going into an election where the polls show them being so far behind. It would bring contraception and reproductive rights into the national discourse during this election.

I want to emphasize again that you don't need this bill for the government to do that. It could do that through bilateral agreements that are separate from a piece of pharmacare legislation.

The Chair: Thank you very much.

Colleagues, we have come to the end of this particular panel. Thank you so much, Professor Gagnon, Professor Herder and Professor Morgan, for your wisdom and insights. You have raised a lot of questions in our minds that we hope to further clarify as we continue our study of this bill.

For our second panel, joining us in person, from the Council of Canadians, we welcome Nikolas Barry-Shaw, Trade and Privatization Campaigner; and from The Conference Board of Canada, we welcome Eddy Nason, Director, Health. Joining us by video conference, from the Montreal Economic Institute, we welcome Emmanuelle B. Faubert, Economist; and Daniel Dufort, President and Chief Executive Officer. Thank you for joining us today.

La présidente : Il vous reste une minute.

La sénatrice Senior : Y a-t-il d'autres commentaires sur le sujet?

M. Morgan : Il faut admettre que l'entente de soutien et de confiance arrivait à son terme. En fait, après les négociations de l'automne dernier, elle avait été prolongée jusqu'en février et mars. Les deux partis souhaitant prolonger la durée de vie du gouvernement actuel se sont entendus sur une recommandation finale convenue à la hâte. Lorsque le ministre a témoigné, chaque mot a fait l'objet d'un débat.

Je pense que les commentaires du ministre indiquent qu'il est peut-être responsable de l'un des points de friction, car il ne croit pas à la recommandation du conseil consultatif Hoskins en faveur d'un programme d'assurance médicaments administré par l'État.

Il s'agit d'une motivation politique qui découle en partie de l'entente de soutien et de confiance. Bien honnêtement, les Canadiens et tous ceux qui comprennent un tant soit peu la politique dans notre pays savent bien qu'il est important d'assurer la couverture des contraceptifs. La Colombie-Britannique avait déjà commencé et le Manitoba s'en occupe maintenant. Mais c'est également important sur le plan politique pour le gouvernement actuel, à l'approche d'une élection où les sondages le montrent si loin derrière. Cela permettrait d'intégrer la contraception et les droits génésiques dans le discours national lors des prochaines élections.

Je tiens à souligner, encore une fois, que le gouvernement n'a pas besoin de ce projet de loi pour faire cela. Il pourrait y arriver par l'entremise d'accords bilatéraux distincts d'une loi sur l'assurance médicaments.

La présidente : Je vous remercie beaucoup.

Chers collègues, c'est ce qui met fin à la discussion avec ce groupe de témoins. Je vous remercie beaucoup, monsieur Gagnon, monsieur Herder et monsieur Morgan, de votre discernement et de vos réflexions. Vous avez soulevé de nombreuses questions que nous espérons pouvoir approfondir au fil de notre étude sur ce projet de loi.

Dans notre deuxième groupe de témoins, nous accueillons, en personne, Nikolas Barry-Shaw, responsable de campagnes (accords de libre-échange et privatisation) du Conseil des Canadiens, et Eddy Nason, directeur, Santé, du Conference Board du Canada. Par vidéoconférence, nous accueillons Emmanuelle B. Faubert, économiste, et Daniel Dufort, président-directeur général, tous deux de l'Institut économique de Montréal. Nous vous remercions tous d'être ici aujourd'hui.

We will begin with opening remarks from Mr. Barry-Shaw and Mr. Nason, followed by Mr. Dufort. You will each have five minutes for your opening statements.

Mr. Barry-Shaw, the floor is yours.

Nikolas Barry-Shaw, Trade and Privatization Campaigner, Council of Canadians: Thank you, Madam Chair.

For the last two years or so, I've been more or less a full-time pharmacare campaigner with the Council of Canadians. We're a grassroots, membership-based organization. We have 30 chapters across the country. We have over 150,000 supporters of our work.

Throughout the campaign for pharmacare, we have organized 18 town hall meetings on pharmacare in cities and towns across the country. We've collected over 10,000 signatures of people calling for a national pharmacare plan. We have placed more than 5,000 phone calls to MPs and cabinet ministers in favour of pharmacare.

What we have been demanding through this campaign is a national pharmacare program that is public, single-payer and universal. We are calling for the Senate to pass Bill C-64 without amendments because we believe this is a critical step toward that goal.

The need for such a program has never been clearer. I know we've had some discussion here about the extent of the problem. I want to underline this point: Access to medicines was already a crisis before the pandemic. Since the post-pandemic inflation, it has become even worse.

In the briefing you'll be receiving — I believe it's being translated — we show that, according to the most recent surveys, 22% of Canadian households report someone who is unable to afford their medication. They're skipping doses. They are cutting pills. They're not renewing their prescriptions. That's a huge number of households for whom the cost of medication is an enormous struggle.

We know that cost-related non-adherence is a bigger issue for people with diabetes, and cost is also one of the main barriers to women and gender-diverse people getting access to contraceptives. We think this is urgently needed. We don't want to see the bill delayed any further.

Nous entendrons d'abord une déclaration préliminaire de MM. Barry-Shaw et Nason, et nous entendrons ensuite M. Dufort. Vous avez chacun cinq minutes pour faire une déclaration préliminaire.

Monsieur Barry-Shaw, vous avez la parole.

Nikolas Barry-Shaw, responsable de campagnes (accords de libre-échange et privatisation), Conseil des Canadiens : Je vous remercie, madame la présidente.

Depuis environ deux ans, je suis plus ou moins responsable à temps plein des campagnes pour l'assurance médicaments au sein du Conseil des Canadiens. Nous sommes un organisme de citoyens qui s'appuie sur l'adhésion volontaire. Nous avons 30 sections à l'échelle du pays. Plus de 150 000 personnes soutiennent nos activités.

Tout au long de la campagne pour l'assurance médicaments, nous avons organisé 18 assemblées publiques sur l'assurance médicaments dans des villes et collectivités de partout au pays. Nous avons recueilli plus de 10 000 signatures de personnes réclamant un régime national d'assurance médicaments. Nous avons passé plus de 5 000 appels téléphoniques aux députés et aux ministres pour promouvoir l'assurance médicaments.

Dans le cadre de cette campagne, nous demandons la création d'un régime d'assurance médicaments universel, public et à payeur unique. Nous demandons au Sénat d'adopter le projet de loi C-64 sans amendements, car nous pensons qu'il s'agit d'une étape essentielle pour atteindre cet objectif.

La nécessité d'un tel programme n'a jamais été aussi évidente. Je sais que nous avons déjà discuté ici de l'ampleur du problème. Je tiens cependant à souligner que l'accès aux médicaments représentait déjà une situation de crise avant la pandémie. La situation s'est encore détériorée en raison de l'inflation postpandémique.

Dans le document que vous recevrez — je crois qu'il est en cours de traduction —, nous révélons que, selon les sondages les plus récents, 22 % des ménages canadiens déclarent qu'un de leurs membres n'a pas les moyens de payer ses médicaments. Ces personnes sautent des doses, coupent des pilules en plusieurs morceaux ou ne renouvellent plus leur ordonnance. Le coût des médicaments représente donc un énorme problème pour un nombre considérable de ménages.

Nous savons que le non-respect des prescriptions attribuable au coût est un problème plus important pour les personnes atteintes de diabète, et le coût est également l'un des principaux obstacles à l'accès aux contraceptifs pour les femmes et les personnes de diverses identités de genre. Nous pensons qu'il est urgent d'agir. Nous ne voulons pas que le projet de loi subisse d'autres retards.

I would also like to underline that this is not a problem that is only for those who are uninsured. Some of the debates have gotten mixed up with that. We heard the statistic cited of 97% of Canadians supposedly being eligible for some form of insurance.

In our campaigning, our discussions and the feedback we received from members and supporters about their struggles with the high cost of drugs and inadequate insurance, the problem is — more often than not — that the cost of drugs is so high that people cannot afford to access them, even with coverage. Because there are cost-sharing mechanisms in most public and private plans, this is a real problem even when people have coverage.

The Hoskins report showed that 6 out of 10 people reporting cost-related non-adherence are people who have coverage under an existing plan. Recent polling that has been done shows it is possibly 7 in 10 people who are reporting great difficulty in affording their medications are people who also have existing coverage. I wish to underline this point: the importance of this universal, first-dollar coverage starting for these two classes of medications. We are looking forward to seeing that same standard expanded to drugs as they are added to the formulary on the essential medicines list.

The discussion was rich before. I had some prepared remarks; however, I wanted to jump into the question of the ambiguities of the bill and briefly say we recognize them, but we feel they are less at the level. We think there are many strengths in the bill, particularly clause 6(1) which is pretty clear that the coverage will be universal, single-payer and first-dollar. The funding for that first phase of the program will be for public plans. That's one of the reasons we want it passed without amendment.

We think it's setting a precedent. There is a political opportunity here that we need to seize. It is also crucially important to safeguard the policy-making process from conflicts of interest and corporate actors who are trying to influence this process.

We've done a tremendous amount of reporting and research on lobbying of the minister and his top officials throughout the development of the pharmacare legislation. This is something we see continuing today.

We're very concerned that Canada's Drug Agency and the committee of experts be free of conflicts of interest. I would reiterate Matthew Herder's point that it is vitally important that

J'aimerais également souligner que ce problème ne concerne pas uniquement les personnes qui n'ont pas d'assurance. En effet, il y a eu des erreurs à cet égard au sein de certains débats, car on nous a cité la statistique selon laquelle 97 % des Canadiens sont censés être admissibles à une forme d'assurance.

Dans le cadre de notre campagne, de nos discussions et des commentaires que nous avons reçus de nos membres et sympathisants au sujet des difficultés créées par le coût élevé des médicaments et les polices d'assurance inadéquates, le problème le plus souvent cité est que le coût des médicaments est si élevé que les gens n'ont pas les moyens d'y avoir accès, même s'ils sont couverts par une assurance. Comme la plupart des régimes publics et privés prévoient des mécanismes de participation aux coûts, le problème est bien réel, même lorsque les personnes sont couvertes par une assurance.

Le rapport Hoskins a révélé que six personnes sur dix qui déclarent ne pas respecter leur prescription pour des raisons liées aux coûts sont des personnes qui bénéficient d'une couverture dans le cadre d'un régime existant. Des sondages récents révèlent qu'il est possible que sept personnes sur dix qui déclarent éprouver de grandes difficultés à payer leurs médicaments soient des personnes qui bénéficient également d'une couverture existante. Je tiens donc à souligner l'importance d'une couverture universelle au premier dollar pour ces deux catégories de médicaments. Nous avons très hâte que cette norme soit étendue aux médicaments à mesure qu'ils seront ajoutés au formulaire de la liste des médicaments essentiels.

La discussion était déjà enrichissante. J'avais préparé une déclaration préliminaire, mais je tiens à aborder la question des ambiguïtés du projet de loi et dire rapidement que nous reconnaissons ces ambiguïtés, mais que selon nous, elles sont moins importantes. En effet, nous pensons que le projet de loi présente de nombreux points forts, en particulier le paragraphe 6(1), qui stipule clairement qu'il s'agira d'une couverture universelle au premier dollar et à payeur unique. Le financement de la première étape du programme servira aux régimes publics. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous voulons que le projet de loi soit adopté sans amendements.

Nous sommes d'avis que cela crée un précédent. Il faut saisir cette occasion politique. Il est également essentiel de protéger le processus d'élaboration des politiques contre les conflits d'intérêts et les entreprises qui tentent d'influencer ce processus.

Nous avons réalisé un grand nombre de rapports et de recherches sur le lobbying exercé auprès du ministre et de ses hauts fonctionnaires tout au long de l'élaboration du projet de loi sur l'assurance médicaments. Nous pouvons voir que ce lobbying se poursuit aujourd'hui.

Nous tenons fermement à ce que l'Agence canadienne des médicaments et le comité d'experts soient exempts de conflits d'intérêts. Je tiens à réitérer le point de vue de M. Matthew

people on those committees not only disclose their conflicts of interest but also be excluded from them if they have any ties to the two industries that stand to lose the most from a public, single-payer system, namely pharmaceutical companies and the insurance industry.

The Chair: Mr. Nason, the floor is yours.

Eddy Nason, Director, Health, The Conference Board of Canada: Good afternoon, everybody. I am very happy to be here today to discuss our work on prescription drug coverage.

This dates back to July 2022 when The Conference Board of Canada published a report entitled *Understanding the Gap 2.0: A Pan-Canadian Analysis of Prescription Drug Insurance Coverage*. This was an update to a previous analysis entitled *Understanding the Gap* that was released in 2017.

In this study, which has been mentioned a couple of times, there was an estimate that it was only around 3% of Canadians who were not eligible for some form of prescription coverage either through their provincial public coverage or through private plans.

That was a drop in the gap when looking at the previous estimate in 2017 where it was around 5%. You can see that change was driven predominantly by the introduction of OHIP+ in Ontario, which provided prescription drug coverage to 1.3 million more children and youth. So that increased the numbers from 2016.

When we think about the uninsured population — that is, those who are not eligible — it represents two provinces: Ontario and Newfoundland and Labrador, which don't have either universal public drug coverage, a set of programs that are open to the whole population or enough programs to cover their full provincial population, or where their public plans cover those who do not have private coverage — so fill in the gap on private coverage.

Sometimes, in the case of high drug costs, those who are not insured in those provinces may still become eligible for catastrophic drug coverage that will be provided by their province.

However, even with eligibility for plans, 10% of the Canadian population in this study was not enrolled in a public or private plan. Again, that was down slightly from previous estimates in 2017.

Herder selon lequel il est essentiel que les membres de ces comités non seulement divulguent leurs conflits d'intérêts, mais qu'ils en soient également exclus s'ils ont des liens avec les deux industries qui ont le plus à perdre dans le système public à payeur unique, à savoir les sociétés pharmaceutiques et l'industrie de l'assurance.

La présidente : Monsieur Nason, vous avez la parole.

Eddy Nason, directeur, Santé, Le Conference Board du Canada : Bonjour tout le monde. Je suis très heureux d'être ici aujourd'hui pour parler de notre travail sur la couverture relative aux médicaments sur ordonnance.

Les renseignements suivants remontent à juillet 2022, lorsque Le Conference Board du Canada a publié un rapport intitulé *Comprendre l'écart 2.0: Une analyse pancanadienne des régimes d'assurance-médicaments sur ordonnance*. Il s'agissait d'une mise à jour d'une analyse précédente intitulée *Comprendre l'écart*, publiée en 2017.

Dans cette étude, qui a été mentionnée à quelques reprises, on estimait qu'environ 3 % seulement des Canadiens n'étaient pas admissibles à une forme quelconque de couverture relative aux médicaments sur ordonnance, que ce soit par l'entremise de leur régime public provincial ou de régimes privés.

Il s'agit d'une diminution de l'écart par rapport à l'estimation donnée dans la version précédente de 2017, qui était d'environ 5 %. Vous pouvez constater que ce changement est principalement attribuable à la mise en œuvre du RAMO en Ontario, qui a fourni une couverture relative aux médicaments sur ordonnance à 1,3 million d'enfants et de jeunes supplémentaires. Cela a donc permis d'augmenter ces chiffres par rapport à 2016.

Les gens qui n'ont pas d'assurance, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas admissibles, se trouvent dans deux provinces, soit l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador, qui n'offrent pas de régime public universel d'assurance médicaments, un ensemble de programmes ouverts à toute la population ou un nombre suffisant de programmes pour couvrir l'ensemble de la population provinciale, ou dans lesquelles les régimes publics couvrent les personnes qui n'ont pas de couverture privée, afin de combler les lacunes de la couverture privée.

Parfois, en cas de coût élevé des médicaments, les personnes qui ne sont pas assurées dans ces provinces peuvent être admissibles à une couverture de médicaments onéreux qui sera fournie par la province.

Cependant, même en cas d'admissibilité à un régime d'assurance, 10 % des Canadiens visés par l'étude n'étaient pas inscrits à un régime public ou privé. Là encore, il s'agit d'une légère diminution par rapport aux estimations de 2017.

In addition, even with the high enrollment in plans, we still see — as Mr. Barry-Shaw just mentioned — that many Canadians do not have sufficient access to medications that they need. This is caused by a variety of reasons. This analysis identified a few of them: an inability for lower-income households to cover out-of-pocket drug expenses; the differences between what medications are available between public and private plans or across provincial public plans; the time to access for newer therapies in public drug plans, which tends to be slower than private plans — those in private plans might get access before those in public plans; and plan coverage caps or spending limits, meaning that full courses of treatment might incur out-of-pocket costs for individuals.

These access issues align with social inequities in Canada, in particular with household income levels, with aging populations with multiple comorbidities requiring more medications, and with racial and ethnic backgrounds of individuals and families.

Thank you for the invitation to participate. I look forward to discussing the report further with the committee.

The Chair: Thank you very much, Mr. Nason.

Mr. Dufort, the floor is yours.

[*Translation*]

Daniel Dufort, President and Chief Executive Officer, Montreal Economic Institute: Thank you for inviting us to discuss such an important issue as pharmacare.

Bill C-64 raises major concerns as to its impact on the quality of coverage and access to prescription drugs for our fellow Canadians. In fact, it departs from an essential principle in public policy, which is that, above all, no harm should be done to anyone.

Currently, 24.6 million Canadians have private insurance coverage, roughly 65% of the population. Unfortunately, a universal plan would threaten the quality of coverage for at least 21.5 million Canadians. Private plans cover 51% more prescription drugs on average than public plans do. This reduction in the quality of coverage is simply not justifiable.

En outre, même si le taux d'inscription à un régime est élevé, nous constatons toujours — comme M. Barry-Shaw vient de le mentionner — que de nombreux Canadiens n'ont pas un accès suffisant aux médicaments dont ils ont besoin. Il y a de multiples raisons qui expliquent cette situation. Cette analyse en a cerné quelques-unes, dont l'incapacité des ménages à faible revenu de couvrir les frais liés aux médicaments, les différences entre les médicaments accessibles dans le cadre des régimes publics et privés ou dans les régimes publics provinciaux, les délais nécessaires pour avoir accès aux nouveaux traitements dans les régimes publics — ces délais tendent à être plus longs que dans les régimes privés, car les personnes inscrites à un régime privé peuvent parfois avoir accès à certains nouveaux traitements avant les gens inscrits à un régime public — et les plafonds de couverture ou les limites de dépenses des régimes, qui peuvent entraîner des frais à la charge des personnes pour certains traitements.

Ces problèmes d'accessibilité correspondent aux inégalités sociales au Canada et s'alignent sur les niveaux de revenus des ménages, sur les populations vieillissantes souffrant de comorbidités multiples et nécessitant davantage de médicaments et sur les origines raciales et ethniques des personnes et des familles.

Je vous remercie de m'avoir invité à participer à cette discussion. J'ai hâte de discuter plus en détail du rapport avec les membres du comité.

La présidente : Je vous remercie beaucoup, monsieur Nason.

Monsieur Dufort, vous avez la parole.

[*Français*]

Daniel Dufort, président-directeur général, Institut économique de Montréal : Je vous remercie de nous avoir invités pour discuter d'un enjeu très important qui est celui de l'assurance médicaments.

Le projet de loi C-64 soulève des préoccupations majeures quant à son impact sur la qualité de la couverture et sur l'accès aux médicaments pour nos concitoyens. En effet, il écarte un principe essentiel en politique publique, soit que l'on doit tout d'abord éviter de faire du tort à autrui.

Actuellement, 24,6 millions de Canadiens bénéficient d'une assurance privée, ce qui représente, grosso modo, 65 % de la population. Malheureusement, un régime universel menacerait la qualité de la couverture pour au moins 21,5 millions de Canadiens. En effet, les régimes privés couvrent en moyenne 51 % plus de médicaments que les régimes publics. Cette réduction de la qualité de la couverture n'est tout simplement pas justifiable.

Moreover, establishing a national pharmacare plan would be extremely costly. According to the Parliamentary Budget Officer, the total cost to the federal government would be close to \$39 billion by 2028, including \$13.4 billion federally. Those additional expenditures would place considerable pressure on our public finances, which are already weakened by a net debt of \$1.3 trillion and recurring deficits on the horizon.

Currently, it takes an average of 732 days for a new prescription drug to be approved under public plans, compared to just 226 days under private plans. In many cases, patients cannot afford to wait even longer for prescription drugs to be available.

Right now, there are 1.1 million Canadians who are not eligible for any prescription drug coverage. Measures must be taken to help them, but without hurting the rest of the population. Rather than establishing a national pharmacare plan that could disrupt current plans and reduce the variety and quality of drugs available, we should focus instead on expanding coverage for those who do not currently have any. With this bill, the government would essentially be taking away the prescription drug plans that Canadian workers work hard for and that their families depend on. It would replace those with significantly weaker plans.

As with any public insurance plan, costs will have to be contained. That would inevitably mean reducing availability: Fewer medications would be covered and wait times would be longer. That is not a flaw in the system, but rather one of its basic characteristics.

In conclusion, while a national pharmacare plan might seem attractive in theory, in practice there are many risks and drawbacks. We must and can ensure that all Canadians have access to the prescription drugs they need without compromising the quality of existing coverage. I encourage you to consider these aspects and to work together to find solutions that will improve the lives of all Canadians, instead of being detrimental to a significant majority of them. Thank you for your attention.

[English]

The Chair: Thank you very much, Mr. Dufort.

Senator Cordy: Mr. Nason, thank you very much. I've read many reports from The Conference Board of Canada. You do great work. You indicated that 3% of Canadians have no private insurance. Correct me if I'm wrong because I was writing quickly. Some provinces have catastrophic drug coverage. My province of Nova Scotia has drug coverage for seniors. You

De plus, la mise en place de ce régime national d'assurance médicaments sera extrêmement coûteuse. Selon le directeur parlementaire du budget, le coût total pour le gouvernement fédéral friserait les 39 milliards de dollars d'ici 2028, dont 13,4 milliards de dollars à l'échelle fédérale. Ces dépenses supplémentaires exerceraient une pression considérable sur nos finances publiques, qui sont déjà fragilisées par une dette nette de 1 300 milliards de dollars et des déficits récurrents à l'horizon.

Actuellement, l'approbation d'un nouveau médicament prend en moyenne 732 jours dans les régimes publics, contre seulement 226 jours dans les régimes privés. Les patients n'ont souvent pas le luxe de voir la mise en vente de médicaments encore plus retardée.

Aujourd'hui, on parle de 1,1 million de Canadiens qui ne sont admissibles à aucune assurance médicaments. Il est important de mettre en place des mesures qui vont les aider, sans toutefois nuire au reste de la population. Au lieu de mettre en place un régime national d'assurance médicaments qui pourrait perturber les régimes existants et réduire la variété et la qualité des médicaments disponibles, nous devrions nous concentrer sur l'élargissement de la couverture pour ceux qui n'y ont pas accès en ce moment. En effet, le gouvernement propose ici essentiellement d'arracher aux travailleurs canadiens les régimes d'assurance médicaments pour lesquels ils travaillent fort et leurs familles dépendent leurs familles. Il les remplacerait par des régimes nettement moindres.

Comme tout programme d'assurance publique quel qu'il soit, il faudra en contenir les coûts. Inévitablement, cela se fera en restreignant l'offre : moins de médicaments couverts et de plus longs délais d'attente. Ce n'est pas un défaut du système, mais bien une de ses caractéristiques essentielles.

En conclusion, bien qu'un régime national d'assurance médicaments puisse sembler attrayant en théorie, il présente en pratique de nombreux risques et inconvénients. Nous devons et pouvons veiller à ce que tous les Canadiens aient accès aux médicaments dont ils ont besoin sans compromettre la qualité de la couverture existante. Je vous encourage à considérer ces éléments et à travailler ensemble pour trouver des solutions qui vont améliorer la vie de l'ensemble des Canadiens, plutôt que de nuire à une nette majorité d'entre eux. Merci de nous avoir écoutés.

[Traduction]

La présidente : Je vous remercie beaucoup, monsieur Dufort.

La sénatrice Cordy : Monsieur Nason, merci beaucoup. J'ai lu de nombreux rapports du Conference Board du Canada. Vous faites de l'excellent travail. Vous avez indiqué que 3 % des Canadiens n'ont pas d'assurance privée. Corrigez-moi si je me trompe, car je l'ai pris en note rapidement. Certaines provinces offrent une couverture pour les médicaments onéreux. Dans ma

spoke about the percentages and different categories, but you didn't say whether or not you are in favour of this bill. Was that intentional? Could you tell us a bit about it?

Mr. Nason: Just to clarify, the 3% is the proportion of Canadians who are not eligible for any kind of coverage, whether they have private, public or any of the other systems that exist in Canada.

In terms of this bill, I am in favour of it conceptually, and, as was identified in the last session, there are some challenges with how it might be implemented.

Senator Cordy: That was very diplomatic.

Mr. Barry-Shaw, thank you also for the statistics and the information that you gave us. You said that there are ambiguities in the bill, but the premise of no cost is enough, and so many people whom you have spoken to have said that it is a necessity for them. Could you expand on what you've heard from people? What happens if we amend this bill?

Mr. Barry-Shaw: We've had the opportunity to meet many people over the past two years. I'm thinking of people like Rebecca Redmond, who is a descendant of Sir Frederick Banting who was the discoverer of insulin. She has Type 1 diabetes. She participated in one of our town hall meetings and said that dealing with diabetes is like having a second car payment. It's tremendously expensive for people. I think of people like the nurse from Saskatchewan who wrote to us. She was working full time. She had adult children at home who needed medications. She had some coverage with her work, but the medications were so expensive that the co-insurance payments were beyond her means. Her daughter wasn't going to university, and her son wasn't able to hold a job because he wasn't getting the medication he needed.

The fact that the program is universal and would include people like this nurse from Saskatchewan and people like Rebecca Redmond — and those who have some coverage but are still struggling with the high cost of drugs — is vitally important. These are all very important principles: We're making it a health care service like any other, it is recognized to be medically necessary, and we're not going to put a cost barrier between people accessing it. I hope it sets a precedent going forward.

Senator Cordy: I was shocked last week to pick up medication and have a co-pay of \$70 which, for me, didn't mean we wouldn't have groceries, so we were fortunate. But for some

province, la Nouvelle-Écosse, les médicaments des personnes âgées sont couverts. Vous avez parlé des pourcentages et des différentes catégories, mais vous n'avez pas dit si vous étiez ou non en faveur du projet de loi. Était-ce intentionnel? Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

M. Nason : Pour clarifier les choses, les 3 % représentent la proportion de Canadiens qui ne sont admissibles à aucune couverture, qu'il s'agisse d'un régime privé ou public ou de tout autre système en place au Canada.

En ce qui concerne le projet de loi, je suis en faveur de l'idée, mais, comme on l'a indiqué au cours de la dernière session, sa mise en œuvre pose certains problèmes.

La sénatrice Cordy : C'était une réponse très diplomatique.

Monsieur Barry-Shaw, je vous remercie également pour les statistiques et l'information que vous nous avez fournies. Vous avez dit que le projet de loi renferme des ambiguïtés, mais le principe de gratuité est suffisant. De plus, tant de personnes à qui vous avez parlé ont dit que c'était nécessaire pour elles. Pourriez-vous nous en dire plus sur ce que les gens vous ont dit? Que se passera-t-il si nous apportons des amendements au projet de loi?

M. Barry-Shaw : Nous avons eu l'occasion de rencontrer de nombreuses personnes ces deux dernières années. Je pense, entre autres, à Rebecca Redmond, une descendante de sir Frederick Banting, qui a découvert l'insuline. Elle est atteinte de diabète de type 1. Elle a participé à l'une de nos assemblées publiques et a déclaré qu'être atteint de diabète, c'est comme avoir un deuxième paiement de voiture à faire. Cela revient extrêmement cher pour les gens. Je pense à des personnes comme l'infirmière de la Saskatchewan qui nous a écrit. Elle travaillait à temps plein. Elle avait des enfants adultes à la maison qui avaient besoin de médicaments. Elle bénéficiait d'une certaine couverture à son travail, mais les médicaments étaient si chers que la partie du coût qu'elle devait assumer était au-dessus de ses moyens. Sa fille n'allait pas à l'université et son fils ne pouvait pas occuper un emploi parce qu'il ne recevait pas les médicaments dont il avait besoin.

Il est essentiel que le programme soit universel et qu'il soit offert à des personnes comme cette infirmière de la Saskatchewan et Rebecca Redmond — et à celles qui bénéficient d'une couverture, mais pour qui le coût des médicaments demeure élevé. Ce sont là des principes très importants : nous en faisons un service de santé comme les autres, il est reconnu comme étant nécessaire d'un point de vue médical et nous n'allons pas mettre d'obstacle financier pour les personnes qui y ont accès. J'espère que cela créera un précédent.

La sénatrice Cordy : La semaine dernière, j'ai été choquée de devoir payer de ma poche des frais de 70 \$ pour des médicaments. Pour moi, cela ne signifiait pas que nous n'aurions

people, it would mean having to make difficult choices. Is it important that this bill be passed as is?

Mr. Barry-Shaw: I think we have a window of opportunity to do it. I hate to echo the Minister of Health's points. We're often at odds with the government on a lot of issues, but, on this point, I think he is right. From what we've heard from our allies — we've spoken to members of Parliament — we're not sure if it would pass with amendments.

The Council of Canadians has been calling for pharmacare for about two decades, and we really do feel that it is time to get this started, set a precedent and, hopefully, build on that. I would say this is the way of proceeding, where there is going to be an expert committee that will look into it and decide if we do the PI model or a public, single-payer model. In my mind, there is no doubt.

We heard from Marc-André Gagnon, Steven Morgan and other experts who've been working on this. Every single independent expert panel that's looked into this has said we need to move toward a single-payer system to bring down drug costs and include everyone. If the government will listen to the expert advice —

The Chair: Thank you.

Senator Seidman: Thank you to all our witnesses for your presentations and for being here today. I think I might start with you, Mr. Nason.

Yesterday, the Parliamentary Budget Officer, or PBO, confirmed with the committee that the estimated program cost assumes that Canadians who already have workplace coverage for drugs covered under a national pharmacare program would be expected to continue to access those benefits through a workplace plan. That was the PBO and his estimates. So my question is this: How is this consistent with your understanding of the term "universal, single-payer pharmacare"?

The PBO also told the committee that private employers would have a clear market-based incentive to drop coverage for products captured by a national pharmacare program and would remove it through collective bargaining.

Are you concerned about the likelihood of a reduction in workplace coverage that the PBO confirmed on behalf of union members?

pas d'argent pour faire l'épicerie. Nous avons donc de la chance. Or, dans cette situation, certaines personnes auraient à faire des choix difficiles. Est-il important que le projet de loi soit adopté dans sa forme actuelle?

M. Barry-Shaw : Je pense que nous avons la possibilité de le faire. Je regrette de devoir reprendre les propos du ministre de la Santé. Nous sommes souvent en désaccord avec le gouvernement sur de nombreuses questions, mais sur ce point, je pense qu'il a raison. D'après ce que nous ont dit nos alliés — nous avons parlé à des députés —, nous ne sommes pas sûrs que le projet de loi serait adopté avec des amendements.

Le Conseil des Canadiens réclame l'assurance médicaments depuis environ 20 ans. Nous pensons vraiment qu'il est temps de commencer, de créer un précédent et, nous l'espérons, de poursuivre sur cette lancée. Je dirais que c'est la façon de procéder, c'est-à-dire qu'un comité d'experts va se pencher sur la question et décider pour quel modèle nous optons, pour un modèle public à payeur unique ou non. Pour moi, il n'y a aucun doute.

Nous avons entendu le point de vue de Marc-André Gagnon, de Steven Morgan et d'autres spécialistes qui ont examiné la question. Tous les groupes d'experts indépendants qui se sont penchés là-dessus ont déclaré que nous devons adopter un régime à payeur unique afin de réduire les coûts des médicaments et d'inclure tout le monde. Si le gouvernement écoute les conseils des experts...

La présidente : Merci.

La sénatrice Seidman : Je remercie tous nos témoins de leurs exposés et de leur présence ici aujourd'hui. Je pense que je vais commencer par vous, monsieur Nason.

Hier, le directeur parlementaire du budget a confirmé au comité que le coût estimé du programme suppose que les Canadiens qui bénéficient déjà d'un régime en milieu de travail pour des médicaments couverts par un programme national d'assurance médicaments devraient continuer d'avoir accès à ces avantages dans le cadre d'un régime en milieu de travail. Il s'agissait des estimations du directeur parlementaire du budget. Je vous pose donc ma question. En quoi cela correspond-il à votre interprétation du terme « régime universel d'assurance médicaments à payeur unique »?

Le directeur parlementaire du budget a également dit au comité que le marché inciterait clairement les employeurs privés à supprimer la couverture de produits couverts par un programme national d'assurance médicaments et qu'ils le feraient dans le cadre de négociations collectives.

Est-ce que la probabilité d'une réduction de la couverture par un régime en milieu de travail, que le directeur parlementaire du budget a confirmée au nom de membres des syndicats, vous préoccupe?

Mr. Nason: Yes, I think it's inherently an incentive. If you create a system where you are identifying that you are willing to pay for certain things, then other people will not be willing to pay for those things. It's going to create a challenge when you try to create a system that weaves together other systems, and you say, "We will just cover gaps within it" rather than, as Steven Morgan identified, creating the floor and then identifying how you build upon that floor with the things that would be incentivized for other payers to be implicated in paying for.

Senator Seidman: In fact, we heard from these Canadian experts — and they truly are experts — who testified before that passing this bill would be more dangerous to the potential of ever having a real universal system in this country. Do you believe that? Or do you agree with that? I'm sorry; I shouldn't be asking if you believe it.

Mr. Nason: I would certainly defer to their expertise on the ability to create a full working pharmacare system. That is not an area that I, or The Conference Board of Canada, have done massive amounts of work in, so their opinions are probably more valuable than mine.

Senator Seidman: Thank you. Mr. Dufort, you mentioned in your presentation that fewer drugs would be available and at a slower availability, or at least it would take far longer for a drug to be available in the public system. I think it's about a year longer than by a private insurer. I would like to ask specifically about the current list of diabetes products proposed by Health Canada. Have you had a look at it, and do you think it's sufficiently comprehensive compared to those currently available through workplace benefit plans that have been negotiated through collective bargaining?

[Translation]

Mr. Dufort: To be honest, we haven't analyzed diabetes medications. We focused on the actual principle of pharmacare and found that private plans cover 51% more prescription drugs than public plans. One can therefore imagine that, as the program is expanded and costs have to be contained, access to new drugs will of course have to be restricted. Moreover, wait times will be longer, as we have seen with the public health care system and with all other programs that are delivered exclusively by the public sector.

Senator Seidman: Thank you very much.

[English]

Senator Osler: Thank you to the witnesses for being here today.

M. Nason : Oui, je pense que c'est en soi un incitatif. Si l'on crée un système dans lequel on indique que l'on est prêt à payer pour certaines choses, alors d'autres ne seront pas prêts à payer pour ces mêmes choses. Il y aura des problèmes si l'on essaie de créer un système qui réunit d'autres systèmes et que l'on dit « nous allons simplement combler les lacunes » plutôt que, comme l'a indiqué Steven Morgan, d'établir le plancher et de déterminer ensuite comment aller plus loin avec ce qui serait encouragé pour que d'autres payeurs participent.

La sénatrice Seidman : En fait, nous avons entendu des experts canadiens — et ce sont vraiment des experts — qui ont dit que l'adoption du projet de loi compromettrait encore plus la possibilité qu'il y ait, un jour, un véritable système universel au pays. Le croyez-vous? Ou êtes-vous du même avis? Je suis désolée, je ne devrais pas vous demander si vous le croyez.

M. Nason : Je m'en remettrais certainement à leur expertise quant à la capacité de créer un système d'assurance médicaments complet. Ce n'est pas une question à laquelle moi ou le Conference Board du Canada avons consacré beaucoup de travaux. Leur opinion est donc probablement plus valable que la mienne.

La sénatrice Seidman : Merci. Monsieur Dufort, dans votre exposé, vous avez mentionné que moins de médicaments seraient accessibles et qu'ils le seraient moins rapidement, ou du moins qu'il faudrait beaucoup plus de temps pour qu'un médicament soit accessible dans le régime public. Je pense qu'il faut environ un an de plus que pour un assureur privé. J'aimerais poser une question sur la liste actuelle des produits de traitement du diabète proposée par Santé Canada. L'avez-vous examinée et pensez-vous qu'elle est assez exhaustive par rapport aux produits qui sont actuellement disponibles dans le cadre des régimes d'avantages sociaux en milieu de travail qui ont été négociés dans le cadre des négociations collectives?

[Français]

M. Dufort : Pour être honnête avec vous, nous n'avons pas analysé les médicaments contre le diabète; nous nous sommes concentrés sur le principe même de l'assurance médicaments et nous avons constaté que les régimes privés couvrent 51 % plus de médicaments que les régimes publics. On peut donc imaginer que, au fur et à mesure que ce programme s'élargira et que les coûts devront être contenus, il faudra évidemment restreindre davantage l'accès à de nouveaux médicaments. De plus, les délais s'allongeront, tout comme on le constate pour le système public de soins de santé ou pour tous les autres programmes où le public exerce un monopole.

La sénatrice Seidman : Merci beaucoup.

[Traduction]

La sénatrice Osler : Je remercie les témoins de leur présence.

My question is for Mr. Barry-Shaw from the Council of Canadians. You mentioned in your testimony that the council has been calling for national pharmacare for two decades. I believe the council has been calling for national pharmacare as envisioned in the Hoskins report.

You heard testimony from the pharmacare experts earlier today who said passing Bill C-64 as it is currently written would be a dangerous precedent to achieving universal, single-payer, first-dollar, public national pharmacare in the future. Given the testimony we've heard today, and given that you mentioned you've had conversations with the minister, I would appreciate hearing the council's view. How would Canadians react if that vision of national pharmacare did not come to fruition?

Mr. Barry-Shaw: I think I disagree with the premise of the question. We do think that this will set us on a path that can build toward a public, single-payer system.

We've had a lot of discussions about the idea of people moving from private coverage to this public — basically, it's creating a public lane. It's not quite single-payer, but it will create a public lane where there is a public program entirely funded by the federal and provincial governments. It's universal. It's first-dollar coverage. I think that will expand, and it will draw in the vast majority of Canadians because the vast majority of Canadians are covered by an existing plan that requires them to pay an out-of-pocket amount for those drugs. I think it has the potential to move us toward that.

I think if people see others are getting diabetes drugs and contraceptives through this program, they will be totally justified to ask, "Why not cancer medications? Why not blood pressure medications? Why aren't we covering this in the same way?" And I think one of the widely held beliefs of many Canadians is that health care should be a right and should be accessible to everybody based on their need and not on their income, so I think doing that for two classes of drugs will set a positive precedent going forward.

I hear the ambiguities and the concerns, but our assessment is that the danger exists much more at the level of political will. I think the pharmaceutical industry and the insurance industry have done a lot to try to sap that political will. There's this discussion about the idea that people are going to lose their existing private drug coverage because of the creation of this public lane. It is nowhere in the bill or the Hoskins report. The Hoskins report is explicit that there will be private supplemental health benefits that cover drugs not on the national formulary.

Ma question s'adresse à M. Barry-Shaw, du Conseil des Canadiens. Dans votre témoignage, vous avez mentionné que le conseil réclame un régime national d'assurance médicaments depuis deux décennies. Je crois qu'il réclame un régime tel qu'il est décrit dans le rapport Hoskins.

Plus tôt aujourd'hui, vous avez entendu le témoignage de spécialistes de l'assurance médicaments qui ont affirmé que l'adoption du projet de loi C-64 dans sa forme actuelle constituerait un dangereux précédent pour la mise en place d'un régime national d'assurance médicaments universel public à payeur unique offrant une couverture au premier dollar à l'avenir. Compte tenu des témoignages que nous avons entendus aujourd'hui et étant donné que vous avez mentionné avoir eu des conversations avec le ministre, j'aimerais connaître le point de vue du conseil. Comment les Canadiens réagiraient-ils si cette vision d'un régime national d'assurance médicaments ne se concrétisait pas?

M. Barry-Shaw : Je ne souscris pas à la prémisse de la question. Nous pensons que nous serons sur la bonne voie en vue d'établir un système public à payeur unique.

Nous avons eu beaucoup de discussions sur l'idée que les gens passent de la couverture privée à la couverture publique... En gros, on crée une voie publique. Ce n'est pas tout à fait un payeur unique, mais cela créera une voie publique et un programme entièrement financé par les gouvernements fédéral et provinciaux. C'est un système universel. Il s'agit d'une couverture au premier dollar. Je pense que le système va prendre de l'ampleur et qu'il va attirer la grande majorité des Canadiens, qui sont couverts par un régime qui exige qu'ils paient les médicaments de leur poche. Je pense que cela pourrait nous aider à atteindre notre objectif.

Je pense que si les gens voient que d'autres obtiennent des médicaments contre le diabète et des contraceptifs dans le cadre de ce programme, ils seront tout à fait justifiés de demander: « Pourquoi pas des médicaments contre le cancer? Pourquoi pas des médicaments contre la tension artérielle? Pourquoi ne couvre-t-on pas cela de la même façon? » Et je pense que l'une des croyances largement répandues chez de nombreux Canadiens est que les soins de santé devraient être un droit et devraient être accessibles à tous en fonction de leurs besoins et non de leur revenu, alors je pense qu'en le faisant pour deux catégories de médicaments, on créera un précédent positif.

Je comprends les ambiguïtés et les préoccupations de chacun, mais nous estimons que le danger se situe beaucoup plus sur le plan de la volonté politique. Je pense que l'industrie pharmaceutique et l'industrie de l'assurance ont fait beaucoup pour essayer d'asphyxier cette volonté politique. On a évoqué l'idée que les gens vont perdre leur assurance médicaments privée existante à cause de la création de cette voie publique. Cela ne figure nulle part dans le projet de loi ni dans le rapport Hoskins. Le rapport Hoskins indique explicitement qu'il y aura

I feel like we are often in a political environment where there is a lot of disinformation put out by corporate actors who have a very clear vested interest in opposing national pharmacare. That is the level the fight will continue at. It will also be fought out at the level of the provinces. We've seen a lot of registration of lobbyists from pharmaceutical companies and insurance companies at the provincial level. As soon as Bill C-64 was unveiled, they started reorganizing their efforts toward influencing provincial governments.

I agree with Steven Morgan's point that if this passes without amendments, which is what we would like, there is going to be a political struggle to be had at the level of the provinces to make sure that the standards and the shape of the programming that we want to see come to be is realized.

Senator Osler: I apologize; perhaps I phrased my question incorrectly. I wanted to gauge your reaction to the testimony.

[*Translation*]

Senator Mégie: I listened to the story that Mr. Barry-Shaw told earlier about the nurse in Saskatchewan. I also noted that the Conference Board of Canada published quite a comprehensive article on the complications of diabetic foot care.

Considering that nursing costs alone are \$54 million, would it not be reasonable to think that Bill C-64 would at some point become an investment for Canada rather than an expense? The big upfront cost.... It is \$1.9 billion, which is a lot. On the other hand, by preventing those extremely costly complications in diabetic patients, should we not instead see it as an investment?

What are your thoughts, Mr. Nason, since we are talking about the Conference Board?

[*English*]

Mr. Nason: I think I agree; any approach to national pharmacare is an investment. You acknowledge that there are upfront costs that lead to cost savings elsewhere in the system. That diabetic care study and report is a good example of this: When you potentially make new investments, you can reduce the costs associated as well as the health care outcomes and individual outcomes associated with those diabetic complications. I don't know if there's any argument that it's potentially a wise investment, but, as with most investments, it's

des prestations de santé supplémentaires privées qui couvriront les médicaments qui ne figurent pas sur la liste nationale des médicaments assurés.

J'ai l'impression que, dans notre environnement politique, il y a beaucoup de désinformation de la part d'acteurs du secteur privé qui ont un intérêt direct très clair à s'opposer à un régime national d'assurance médicaments. C'est à ce niveau que la lutte se poursuivra. La lutte se fera également au niveau des provinces. Nous avons vu beaucoup de lobbyistes de sociétés pharmaceutiques et de compagnies d'assurances se manifester à l'échelle provinciale. Dès le dépôt du projet de loi C-64, ils ont commencé à réorganiser leurs efforts pour influencer les gouvernements provinciaux.

Je suis d'accord avec Steven Morgan pour dire que si le projet de loi est adopté sans amendement, ce que nous aimerions, il y aura une lutte politique au niveau des provinces pour s'assurer que les normes et la forme des programmes que nous voulons voir mis en place se concrétisent.

La sénatrice Osler : Je suis désolée; j'ai peut-être mal formulé ma question. Je voulais savoir comment vous réagissiez au témoignage.

[*Français*]

La sénatrice Mégie : J'ai écouté l'histoire que M. Barry-Shaw a mentionnée plus tôt sur l'infirmière de la Saskatchewan. Justement, j'ai vu que le Conference Board du Canada a publié un article assez exhaustif sur les complications du pied diabétique.

En voyant ces coûts de 54 millions juste pour des soins infirmiers, est-ce qu'on ne pourrait pas penser que le projet de loi C-64, à un certain moment, deviendrait plutôt un investissement du Canada qu'une dépense? Comme la grosse dépense du début... On le voit, 1,9 milliard de dollars, c'est considérable. Par contre, en évitant que les patients diabétiques aient ces complications qui coûtent tellement cher, est-ce qu'on ne devrait pas plutôt considérer que c'est un investissement?

Qu'en pensez-vous, monsieur Nason, puisqu'on parle du Conference Board?

[*Traduction*]

M. Nason : Je suis du même avis : toute approche à l'égard d'un régime national d'assurance médicaments est un investissement. Vous reconnaissez qu'il y a des coûts initiaux qui entraînent des économies ailleurs dans le système. L'étude et le rapport sur les soins aux diabétiques en sont un bon exemple. Les nouveaux investissements peuvent permettre de réduire les coûts et les complications associés au diabète, ce qui a une incidence sur les résultats en matière de soins de santé et les résultats individuels. Je ne sais pas s'il y a un argument selon

how you make your investment that matters and how you monitor and support that investment through time.

I think the whole national pharmacare discussion is not just that it's a good idea — I think we generally acknowledge it has public good and potential investment good; it is a good one — but it's also how you make it work that has been mentioned, which I think will be the thing that decides whether it's a good investment or not.

[Translation]

Senator Mégie: Thank you. I have another question for the Montreal Economic Institute. In February 2024, you published an article on the dangers of a pharmacare program in Canada.

Did you share your concerns with the House of Commons Standing Committee on Health when it was considering the bill? Could Mr. Dufort answer please?

Mr. Dufort: I am not sure if some of my colleagues might have done that. I did not do so myself.

Senator Mégie: And you did not send them a brief on the topic?

Mr. Dufort: Not to my knowledge, but once again I do not know what every one of our employees might have done.

Senator Mégie: Okay. Thank you very much.

[English]

Senator Cormier: My first question goes to Mr. Barry-Shaw. It is on behalf of the sponsor of the bill, Senator Kim Pate. She wants to know the following:

We hear arguments that moving to a universal, single-payer, public system will disrupt coverage or even leave Canadians with less coverage than they currently have. Can you expand on how and why, in your view, single-payer coverage will make access to medicines better or worse? That's a question from Senator Pate.

Mr. Barry-Shaw: From what we've heard from the government and what this bill lays out, it's going to be levelling up the existing coverage for the first two classes of drugs in provincial plans. The federal government is providing transfers for provinces to level up their coverage to a standard that is first-dollar and universal. They would have to eliminate the existing co-payment structures or the existing restrictions on eligibility for public plans and make it truly universal.

lequel il pourrait s'agir d'un investissement judicieux, mais, comme pour la plupart des investissements, c'est la façon de réaliser, de surveiller et de soutenir les investissements au fil du temps qui compte.

Je pense que le débat sur le programme national d'assurance médicaments ne porte pas nécessairement sur l'idée en soi — je pense que nous reconnaissons généralement que c'est une bonne idée pour le bien public et un bon investissement potentiel —, mais surtout sur la façon de la faire fonctionner, comme on l'a dit plus tôt, et je pense que c'est ce qui déterminera s'il s'agit d'un bon investissement ou non.

[Français]

La sénatrice Mégie : Merci. J'ai une autre question pour l'Institut économique de Montréal. Vous avez publié en février 2024 un article sur les dangers d'un programme d'assurance médicaments au Canada.

Est-ce que vous aviez partagé vos préoccupations avec le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, quand il faisait son étude sur le projet de loi? Monsieur Dufort pourrait répondre à la question?

M. Dufort : Je ne saurais dire si certains de mes collègues l'ont fait. Pour ma part, je n'ai pas fait cela de mon propre chef.

La sénatrice Mégie : Il n'y a pas de mémoire qui leur a été envoyé non plus à ce sujet?

M. Dufort : Pas à ma connaissance, mais, encore une fois, je ne suis pas au courant de ce que chacun de nos employés a réalisé.

La sénatrice Mégie : D'accord. Merci beaucoup.

[Traduction]

Le sénateur Cormier : Ma première question s'adresse à M. Barry-Shaw. Je la pose au nom de la marraine du projet de loi, la sénatrice Kim Pate. Elle veut savoir ceci:

Certains font valoir qu'un système universel public à payeur unique nuira à la couverture des Canadiens ou fera même en sorte qu'elle sera inférieure à ce qu'ils ont déjà. Pouvez-vous nous expliquer comment et pourquoi, à votre avis, un système à payeur unique améliorera l'accès aux médicaments ou nuira à cet accès? C'est la question de la sénatrice Pate.

M. Barry-Shaw : D'après ce que nous avons entendu de la part du gouvernement et ce que prévoit le projet de loi, il permettra de niveler la couverture existante pour les deux premières catégories de médicaments dans les régimes provinciaux. Le gouvernement fédéral verse des transferts aux provinces afin qu'elles ajustent leur couverture en fonction d'une norme universelle, à partir du premier dollar. Il faudrait éliminer les quotes-parts ou les restrictions existantes sur l'admissibilité

That's how we understand the first phase of the bill functioning, and that doesn't do anything to people's private coverage. It may incite them to shift over. For me at my work, I have a workplace plan. If I had diabetes and I needed a medication that was on the national list, and I decided to use that system, the only thing that would happen — and I would hope it would happen — is that my employer would renegotiate lower premiums because they wouldn't need to cover me anymore. There would be fewer claims for diabetes drugs because now this national pharmacare plan would be covering a certain portion of them.

[Translation]

Senator Cormier: My next question is for all the witnesses.

Mr. Gagnon referred earlier to wastage of prescription drugs. We know that, in Canada, there are challenges relating to underconsumption and overconsumption of prescription drugs. Bill C-64 would require the minister to publish a pan-Canadian strategy on the appropriate use of prescription drugs and related products.

In your opinion, what should the key components of that strategy be? How could a national strategy on the safe and proper use of prescription drugs affect the underconsumption, overconsumption and misuse of prescription drugs in Canada? Who would like to answer? Mr. Dufort, would you like to answer?

Emmanuelle B. Faubert, Economist, Montreal Economic Institute: If I may, an interesting strategy would be to educate the public on the proper use of prescription drugs. That information could be helpful and influence people to use their prescription drugs correctly. It would not affect the quality of prescription drug coverage, which is also extremely important.

Senator Cormier: Does anyone else have anything to say?

[English]

Mr. Barry-Shaw: Just very briefly, for a strategy like that, one of the things it should probably do is investigate and require greater transparency in terms of payments that pharmaceutical companies make to doctors to try to influence their prescribing habits.

aux régimes publics et faire en sorte que ce soit réellement universel.

C'est ainsi que nous comprenons le fonctionnement de la première phase du projet de loi, qui ne changera rien à la couverture privée des gens. Cela pourrait les inciter à changer. À titre d'exemple, je bénéficie d'un régime en milieu de travail. Si j'étais atteint du diabète et que j'avais besoin d'un médicament qui était sur la liste nationale, et que je décidais d'utiliser ce système, la seule chose qui se produirait — et j'espère que c'est bel et bien ce qui se produirait —, c'est que mon employeur renégocierait des cotisations moins élevées parce qu'il n'aurait plus besoin de couvrir ces médicaments. Il y aurait moins de réclamations pour les médicaments contre le diabète parce que le régime national couvrirait maintenant une certaine partie d'entre eux.

[Français]

Le sénateur Cormier : Merci. Ma deuxième question s'adresse à tous les témoins.

M. Gagnon parlait plus tôt de gaspillage de médicaments. On sait qu'au Canada, il y a des défis de sous-consommation et de surconsommation de médicaments. Le projet de loi C-64 imposerait au ministre de publier une stratégie pancanadienne portant sur l'utilisation appropriée des médicaments sur ordonnance et des produits connexes.

À votre avis, quelles seraient les principales composantes de cette stratégie? Comment une stratégie nationale pour la consommation sûre et adéquate des médicaments pourrait-elle influencer la sous-consommation, la surconsommation ou le mauvais usage de médicaments sur ordonnance au Canada? Qui aimerait répondre? Monsieur Dufort, voulez-vous répondre à cette question?

Emmanuelle B. Faubert, économiste, Institut économique de Montréal : Si je peux me permettre, une stratégie qui pourrait être intéressante serait d'éduquer la population sur les façons de bien utiliser les médicaments. Cette information pourrait être bénéfique et pourrait influencer les gens à utiliser leurs médicaments correctement. Cela ne viendrait pas affecter la qualité de la couverture des médicaments, qui est aussi extrêmement importante.

Le sénateur Cormier : Quelqu'un d'autre veut-il commenter?

[Traduction]

M. Barry-Shaw : Je dirais, rapidement, qu'une telle stratégie devrait exiger une plus grande transparence en ce qui a trait aux paiements effectués par les sociétés pharmaceutiques aux médecins afin de tenter d'influer sur leurs habitudes d'ordonnance.

This isn't an area where I'm an expert, but I know Dr. Joel Lexchin has done a tremendous amount of research on this question and has said that Canada has very lax regulations around this aspect in particular. I think the problem in Canada is a classic problem of poverty amidst plenty. We have some people who have too many medications — I think the fentanyl and opioid crises are a very good example of this. On the other hand, we have a huge number of people in Canada who are struggling to afford medications that they truly do need and that would improve their health immensely.

Mr. Nason: Very quickly, while we have not done work on this, organizations like Choosing Wisely Canada have done great work on appropriate prescribing and appropriate use. I think they have set the precedent for how that might fit into an appropriate use strategy for the country, and then thinking about those knock-on effects: What does that mean in terms of what is prescribed and where you see substitutions of generics? Those sorts of things will become part of that appropriateness conversation. I see it becoming a good place where we have good Canadian background data for it.

Senator Cormier: Thank you.

Senator Moodie: Mr. Barry-Shaw, this question is for you. We've heard from academic experts that, should this bill pass with no amendments, certain things become more important and essential. One of them is that the committee of experts becomes the accountability arm of the future when it comes to understanding if pharmacare is working — if it is going to the right people, if they are getting what we promised, et cetera.

As written in the bill, do you think the language is firm enough, tight enough and explicit enough to give the committee of experts the power they need to manage data, get data, understand where things are trending in this country and have the power to influence future decisions? Do you think the language is tight enough? Are there changes there that you think we need to see?

Mr. Barry-Shaw: I'm going to have to plead ignorance on that particular point. I spend a lot of time considering other aspects of the bill, but I'm not sure I have a convincing answer for that.

Prior to the presentation, I corresponded with the experts who were presenting earlier, and we've had a lot of discussions about this bill.

A lot of their proposed amendments are positive and go in the same direction as the Council of Canadians and many other national organizations that support public, single-payer pharmacare.

Je ne suis pas un expert dans ce domaine, mais je sais que le Dr. Joel Lexchin a longuement étudié la question et qu'il a dit que le Canada n'avait pas une réglementation suffisante à cet égard. Je crois que nous sommes face au problème classique de la pauvreté dans un pays d'abondance. Certaines personnes prennent trop de médicaments... Je pense que la crise des opioïdes est un bon exemple en ce sens. Il y a toutefois aussi de nombreuses personnes qui n'ont pas les moyens de payer les médicaments dont ils ont vraiment besoin, et qui leur permettraient d'améliorer grandement leur santé.

M. Nason : Très rapidement, bien que nous n'ayons pas travaillé à ce dossier, certaines organisations comme Choisir avec soin ont fait un excellent travail sur la prescription et l'utilisation appropriées. Je crois qu'elles ont créé un précédent pour une stratégie sur l'utilisation appropriée au pays, et sur ses répercussions : quelles seront-elles sur les ordonnances et sur la substitution des produits génériques? Ces éléments feront partie de la discussion sur ce qui est approprié. Je crois que nous pourrions ainsi obtenir de bonnes données générales sur la situation au Canada.

Le sénateur Cormier : Merci.

La sénatrice Moodie : Monsieur Barry-Shaw, ma question s'adresse à vous. Des experts universitaires nous ont dit que, si ce projet de loi est adopté sans amendement, certaines choses deviendront plus importantes et essentielles. L'une d'elles est que le comité d'experts devienne l'organe de responsabilisation de l'avenir lorsqu'il s'agit de comprendre si l'assurance médicaments fonctionne : si elle va aux bonnes personnes, si elles obtiennent ce que nous avons promis, et ainsi de suite.

Selon vous, le libellé du projet de loi est-il assez ferme, assez précis et assez explicite pour donner au comité d'experts le pouvoir nécessaire pour obtenir et gérer les données, et pour comprendre où les choses s'en vont dans ce pays et avoir le pouvoir d'influencer les décisions futures? Pensez-vous que le libellé est suffisamment précis? Selon vous, y a-t-il des changements à apporter à cet égard?

M. Barry-Shaw : Je vais devoir plaider l'ignorance sur ce point particulier. Je passe beaucoup de temps à examiner d'autres aspects du projet de loi, mais je ne suis pas certain d'avoir une réponse convaincante à vous donner.

Avant ma comparution, j'ai échangé avec les experts qui ont témoigné plus tôt, et nous avons largement discuté du projet de loi.

Bon nombre des amendements qu'ils proposent sont positifs et vont dans le même sens que ce que proposent le Conseil des Canadiens et de nombreux autres organismes nationaux qui appuient un régime public d'assurance médicaments à payeur unique.

I'm just concerned about the cost-benefit and the risk we run of the bill getting bogged down and not passing, or taking a very long time to pass which will delay the rollout of the program. That is a much bigger risk than the gains we would receive from clarifying certain elements of it. It is a tough call. It is a tough political question with which we've been wrestling.

Senator Moodie: You recommend that we send a message to the government essentially, not an amendment? Are you confident that will achieve what you hope it will achieve?

Mr. Barry-Shaw: By itself, probably not. It is one way the Senate can contribute to pushing the government in that direction.

We will continue. We've talked a bit about the political pressures on the government. One of the reasons we have this bill is because of the counter-pressure.

Regarding the Council of Canadians, I've talked about our campaign. We did a tremendous amount of lobbying and urging the government to act on this thing, as did many unions and many health coalitions. We'll need to continue to do that. I wish I could just go home and relax and be confident that everything will work out, but, no, we'll have to be extremely vigilant going forward.

Senator Moodie: Thank you.

Senator Bernard: Thank you all for your testimony today. I appreciate it. I have a question based on a comment from one of you about the small number of Canadians who are not eligible for any current coverage. Who are they? Who is in that number? You could remind us of the percentage you talked about, but I'd like to know who they are and whether this bill, as currently presented, will address the problem.

Mr. Nason: This is from work done by The Conference Board of Canada in looking at data from 2021. Around 3% of Canadians were not eligible for any form of prescription drug insurance. The work was driven by two provinces — Ontario and Newfoundland and Labrador — where there is not full universal coverage nor, essentially, coverage existing for those who do not have private health insurance.

It tends to align with people who have lower socio-economic standing. It tends to align with younger people who don't have access to private health care and don't fit into the older age public drug systems.

Je suis simplement préoccupé par les coûts et les avantages et par le risque que nous courons de voir le projet de loi s'enliser et ne pas être adopté, ou de voir son adoption prendre beaucoup de temps, ce qui retardera la mise en œuvre du programme. C'est un risque beaucoup plus grand que les gains que nous obtiendrions en clarifiant certains éléments. C'est une décision difficile à prendre. C'est une question politique difficile avec laquelle nous sommes aux prises.

La sénatrice Moodie : Vous recommandez que nous transmettions un message au gouvernement, en gros, plutôt que de proposer un amendement? Êtes-vous certain que cela permettra d'atteindre l'objectif souhaité?

M. Barry-Shaw : En soi, probablement pas. C'est notamment de cette façon que le Sénat peut contribuer à inciter le gouvernement à emprunter cette voie.

Nous allons poursuivre notre travail. Nous avons évoqué les pressions politiques sur le gouvernement. Le projet de loi émane notamment de la contre-pression.

En ce qui a trait au Conseil des Canadiens, j'ai parlé de notre campagne. Nous avons fait beaucoup de lobbying et avons exhorté le gouvernement d'agir, tout comme l'ont fait bon nombre de syndicats et de coalitions pour la santé. Nous devons continuer de le faire. J'aimerais bien pouvoir relaxer à la maison en me disant que tout ira bien, mais non, nous devons faire preuve d'une grande vigilance.

La sénatrice Moodie : Merci.

La sénatrice Bernard : Je vous remercie pour vos témoignages; je vous en suis reconnaissante. Ma question se fonde sur un commentaire que vous avez fait au sujet d'un petit nombre de Canadiens qui ne sont pas admissibles à une couverture. Qui sont-ils? Vous pouvez nous rappeler quel est ce pourcentage, mais j'aimerais surtout savoir qui sont ces gens et si le projet de loi selon sa forme actuelle permettra de régler ce problème.

M. Nason : D'après le Conference Board du Canada, qui a examiné les données de 2021, environ 3 % des Canadiens n'étaient admissibles à aucune forme d'assurance médicaments. Le travail a été mené par deux provinces — l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador — où il n'y a pas de couverture universelle complète ni de couverture pour ceux qui n'ont pas d'assurance-maladie privée.

Ce sont habituellement des personnes qui ont un statut socioéconomique inférieur; des jeunes qui n'ont pas accès à des soins de santé privés et qui ne cadrent pas avec les systèmes publics de médicaments destinés aux personnes plus âgées.

I think it was Steven Morgan who described this bill as terse in the way it was written. It does not get into much detail on whether it would achieve coverage for this group of people.

Despite the number being 3% of Canadians with no ability to be insured, the aim of the pharmacare bill is to make sure people have access to the medications and not just to being insured. That number is far larger, and that's the issue that really needs to be addressed. As you have pointed out, there's a massive equity challenge in how that gets done.

Mr. Barry-Shaw: I'm glad we recognize that the problem is much bigger than the 3%. The trouble with the 97% statistic is that it's served as a pretext for minimizing the problem and for saying we don't need a universal, single-payer system. It has been used again and again in op-eds written against this bill — often written by think tanks funded by pharmaceutical companies and the insurance industry.

I don't know if it was disclosed in the materials provided to the committee, but this particular statistic is from a study funded by Innovative Medicines Canada, or IMC, which is the chief lobby group of the drug industry in Canada. It was based on data provided by the Canadian Life and Health Insurance Association, or CLHIA, which is the chief insurance industry lobby group. It was based on an original study from 2017 designed by two members of IMC and two members of CLHIA.

We kind of get bogged down in a lot of these discussions because these things have been thrust into the public sphere by commercial interests. It's slowing us down when the real issue is the far larger number of people who can't afford their medications, whether they're covered or not.

The Chair: My question will be for Mr. Barry-Shaw. As we cast our eyes beyond our border to other countries, other like-minded jurisdictions do have universal pharmacare. How does our model, as proposed, compare to others?

Mr. Barry-Shaw: It compares extremely poorly. I think it was the Hoskins report that found that levels of cost-related non-adherence in Canada were two to five times higher than in other countries — peer nations — that have universal drug insurance programs. We pay some of the highest drug costs per capita. The last annual report of the Patented Medicine Prices Review Board said we were second. We were third for a while, but now we are second in terms of drug prices, just behind the U.S. The U.S. is in a class of its own, as we understand.

Je crois que c'est Steven Morgan qui a qualifié ce projet de loi de laconique selon sa forme actuelle. Il ne donne pas beaucoup de détails sur la façon dont il assurerait la couverture de ce groupe de personnes.

Même si 3 % des Canadiens n'ont pas d'assurance, l'objectif du projet de loi sur l'assurance médicaments est de veiller à ce que les gens aient accès aux médicaments et pas seulement à ce qu'ils soient assurés. Ce chiffre est beaucoup plus élevé, et c'est le problème auquel il faut vraiment s'attaquer. Comme vous l'avez souligné, il y a un énorme défi en matière d'équité à l'heure actuelle.

M. Barry-Shaw : Je suis heureux que nous reconnaissons que le problème dépasse largement la question des 3 %. Le problème avec la statistique de 97 %, c'est qu'elle sert de prétexte pour minimiser le problème et pour faire valoir que nous n'avons pas besoin d'un système universel à payeur unique. Elle a été utilisée à maintes reprises dans des articles d'opinion contre ce projet de loi, souvent rédigés par des groupes de réflexion financés par des sociétés pharmaceutiques et l'industrie de l'assurance.

Je ne sais pas si l'on en fait mention dans les documents fournis au comité, mais cette statistique particulière provient d'une étude financée par Médicaments novateurs Canada, ou MNC, qui est le principal groupe de pression de l'industrie pharmaceutique au Canada. Elle était fondée sur des données fournies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, ou l'ACCAP, qui est le principal groupe de pression de l'industrie de l'assurance, et sur une étude de 2017 créée par deux membres de MNC et deux membres de l'ACCAP.

Nous sommes en quelque sorte embourbés dans plusieurs discussions parce que ces éléments ont été rendus publics par des intérêts commerciaux. Ces discussions nous ralentissent alors que le vrai problème, c'est le nombre beaucoup plus important de personnes qui n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments, qu'ils soient couverts ou non.

La présidente : Ma question s'adresse à M. Barry-Shaw. Nous savons que d'autres administrations aux vues similaires offrent un régime universel d'assurance médicaments. Comment notre modèle, tel qu'il est proposé, se compare-t-il à ces régimes?

M. Barry-Shaw : Il fait piètre figure à côté des autres régimes. Je crois que c'est dans le rapport Hoskins que l'on peut lire que le pourcentage de personnes qui ne suivent pas un traitement en raison de son coût est de deux à cinq fois plus élevé au Canada que dans d'autres pays — les nations semblables — qui ont un régime universel d'assurance médicaments. Le coût des médicaments par personne est l'un des plus élevés parmi ces pays. Selon le dernier rapport annuel du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, nous

This system costs a lot, and it leaves a lot of people still unable to afford their medication. It has a tremendous amount of administrative inefficiencies. That is something that Dr. Gagnon has spoken on and written about at length: Having hundreds of public plans and thousands of private plans creates a tremendous amount of administrative overhead that would not exist in a more streamlined public system.

The Chair: Thank you.

Senator Cardozo: I'm not a member of this committee, but I'm watching it very closely. I've been a long-time supporter of pharmacare. My view is certainly that when medicare started 67 years ago, this is the one piece that was missing. We're catching up to the missing parts of medicare. We're talking about dental care, mental health care and pharmacare. To me, this is very important — no question.

My question is whether this is the best way to go and whether this bill is the best way to approach that. I think we're the only country in the Organisation for Economic Co-operation and Development who have medicare but don't have pharmacare. There's no question we need to move in this direction.

Let me ask you about that. Is that a fair kind of philosophical approach? Do you agree with that? I think the answer is "yes," but if you can add to it, that helps.

If it's not 97% who are covered, what is the figure that you think is covered? I'd ask both Mr. Barry-Shaw and Mr. Nason to comment on that.

Mr. Barry-Shaw: The numbers I cite in my submitted brief in terms of cost-related non-adherence refer to the people who can't afford their medications. We're talking about 22% of households where there's someone who can't afford their medications. That's a huge number.

Some people say they're suffering financial distress. Some people say they're having difficulty affording their medications. Others are able to fill their prescriptions but are having to cut back on other things. Some surveys suggest the percentage of people who say they are having trouble is as high as 40%, so this is a huge number of Canadians.

For some people, the problem is more serious when they have absolutely no coverage in general. It's a problem for many different people, and it's not always obvious.

sommes le deuxième pays où les coûts sont les plus élevés. Nous étions au troisième rang pendant un moment, mais nous occupons maintenant la deuxième place, tout juste après les États-Unis, qui sont une classe à part, comme nous le savons.

Le système est très coûteux et malgré tout, bon nombre de personnes n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments. Il est très inefficace sur le plan administratif. M. Gagnon en a beaucoup parlé et a longuement écrit sur le sujet : la présence de centaines de régimes publics et de milliers de régimes privés entraîne d'importants coûts administratifs qui n'existeraient pas dans un système public simplifié.

La présidente : Merci.

Le sénateur Cardozo : Je ne suis pas membre de ce comité, mais je le surveille de très près. Je suis depuis longtemps en faveur de l'assurance médicaments. À mon avis, lorsque le régime d'assurance maladie a vu le jour, il y a 67 ans, c'était la pièce manquante. Nous rattrapons les lacunes du régime d'assurance maladie. On parle de soins dentaires, de soins de santé mentale et d'assurance médicaments. Pour moi, c'est très important, cela ne fait aucun doute.

Je me demande si c'est la meilleure façon de procéder et si ce projet de loi est la meilleure façon d'aborder la question. Je pense que nous sommes le seul pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques à avoir un régime d'assurance maladie, mais pas d'assurance médicaments. Il ne fait aucun doute que nous devons aller dans cette direction.

Permettez-moi de vous poser une question à ce sujet. Cette approche philosophique est-elle juste? Êtes-vous de cet avis? Je pense que la réponse est « oui », mais si vous pouviez ajouter quelque chose, cela nous serait utile.

Si ce ne sont pas 97 % des gens qui sont couverts, quel est le chiffre qui représente la réalité, selon vous? Je demanderais à M. Barry-Shaw et à M. Nason de répondre à cette question.

M. Barry-Shaw : Les chiffres que je cite dans mon mémoire sur le non-respect des ordonnances en raison des coûts concernent les personnes qui n'ont pas les moyens de se payer leurs médicaments. Dans 22 % des ménages, quelqu'un n'a pas les moyens de payer ses médicaments. C'est énorme.

Certaines personnes disent souffrir de détresse financière. D'autres disent qu'elles ont du mal à payer leurs médicaments. D'autres sont en mesure d'exécuter leurs ordonnances, mais doivent faire des économies ailleurs. Certaines enquêtes suggèrent que le pourcentage de personnes qui disent avoir des difficultés atteint 40 %, ce qui représente donc un nombre considérable de Canadiens.

Pour certains, le problème est plus grave s'ils n'ont absolument aucune couverture. C'est un problème qui concerne de nombreuses personnes et qui n'est pas toujours évident.

Our system ends up acting like a tax on the sick. You get an illness, and you suddenly discover that you have to pay a tremendous amount out of pocket in order to continue living. That's just an obvious injustice, and this program could change that.

Mr. Nason: In answer to your first question, yes, pharmacare is one of those key aspects that will add to the medicare conversation regarding what has not yet been addressed. Philosophically, I would agree with that. There's no disagreement in any of The Conference Board of Canada's work with what Mr. Barry-Shaw has just said.

We identified the 3% as those people who don't have eligibility for anything. That is not the number of people who cannot afford their medications. We go through some other percentages in our report to reach the idea that there are 10% or so who aren't enrolled even though they might be eligible. When you get past that 10%, you get to those people who aren't able to afford their medications, or who are able to afford them but then have to forego other things.

Those proportions that Mr. Barry-Shaw is identifying do not seem out of the ordinary in terms of the number of people who may actually benefit from having a pharmacare approach.

Senator Cardozo: I will go to a couple of details in the bill. Clause 4(d) refers to providing universal coverage of pharmaceutical products across Canada, so it's all. Then you go to clause 6(1), where they talk about specific prescription drugs and related products intended for contraception or the treatment of diabetes. It seems almost contradictory that clause 4(d) says "all," but clause 6(1) refers to two issues.

What the minister seemed to be saying — I don't want to put words in his mouth — was that clause 4(d) was what they were really talking about, and clause 6(1) came about as a result of negotiations between him and Don Davies. I can see how those things happen. What's your feeling about the difference between those two?

Mr. Barry-Shaw: My understanding — and this is also from communications we've had with Health Canada officials — is that clause 6 is about the first phase. It's a phased approach. The first phase is we're immediately going to provide coverage for these two classes of drugs — diabetes medication and contraceptives — and eventually, in a year's time, we're going to be working on essential medicines. I think clause 4 is talking in more general terms because it's leaving the scope there for covering a wider list of essential medicines. I think that's all.

Notre système finit en quelque sorte par imposer une taxe aux malades. On tombe malade et on se rend compte du jour au lendemain qu'on doit payer une somme exorbitante de sa poche pour continuer à vivre. C'est une injustice flagrante, et ce programme pourrait y remédier.

M. Nason : En réponse à votre première question, oui, l'assurance-médicaments est l'un des aspects clés qui viendront s'ajouter à la conversation sur l'assurance-maladie par rapport à ce qui n'a pas encore été abordé. D'un point de vue philosophique, je souscris à cette approche. Aucun des travaux du Conference Board du Canada ne contredit ce que M. Barry-Shaw vient de dire.

Les 3 % de personnes forment un groupe qui n'est admissible à rien. Ce n'est pas le nombre de personnes qui ne peuvent pas payer leurs médicaments. Dans notre rapport, nous passons en revue d'autres pourcentages et concluons qu'environ 10 % de personnes ne sont pas inscrites alors qu'elles pourraient être admissibles. Au-delà de ces 10 %, on trouve des personnes qui n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments, ou qui en ont les moyens, mais qui doivent alors renoncer à d'autres choses.

Les proportions recensées par M. Barry-Shaw semblent réalistes : cela doit bel et bien être le nombre de personnes susceptibles de bénéficier d'un régime d'assurance-médicaments.

Le sénateur Cardozo : Je vais aborder deux ou trois détails du projet de loi. L'alinéa 4d) porte sur l'offre d'une couverture universelle des produits pharmaceutiques à l'échelle du Canada, soit tous les médicaments. Puis, le paragraphe 6(1) porte sur les médicaments sur ordonnance et les produits connexes destinés à la contraception ou au traitement du diabète. Il semble presque contradictoire que l'alinéa 4d) englobe tous les médicaments, mais que le paragraphe 6(1) renvoie à deux catégories.

Ce que le ministre semblait dire — je ne veux pas lui faire dire ce qu'il n'a pas dit —, c'est que l'alinéa 4d) portait sur ce dont le gouvernement parlait vraiment, et que le paragraphe 6(1) est le résultat de négociations entre lui et Don Davies. Je peux comprendre comment ces choses se produisent. Que pensez-vous de la différence entre les dispositions?

M. Barry-Shaw : D'après ce que j'ai compris — et c'est également ce qui ressort des communications que nous avons eues avec les représentants de Santé Canada —, l'article 6 concerne la première phase. Il s'agit d'une approche graduelle. La première phase consiste à fournir immédiatement une couverture pour ces deux catégories de médicaments — les produits destinés à la contraception et les médicaments contre le diabète. Puis, plus tard, dans un an, les médicaments essentiels seront visés. Je pense que l'article 4 est plus général parce qu'on y laisse la possibilité d'englober une liste plus large de médicaments essentiels. Je pense que c'est tout.

Senator Cardozo: Do you want to add anything?

Mr. Nason: All I would say — I'm not a constitutional legislation expert — is this certainly speaks to the ambiguity that the experts mentioned in the first session.

Senator Cardozo: Thank you.

[Translation]

Senator Mégie: I don't have a question, but with your permission, I have a request for Mr. Nason of the Conference Board of Canada. Could you please provide the committee with the report entitled *Understanding the Gap 2.0: A Pan-Canadian Analysis of Prescription Drug Insurance Coverage*? That might be helpful to us.

Do we already have it? Even though the report goes back to August 2022.... Do you have it?

[English]

The Chair: Thank you, Senator Mégie, for the request. It is an important request and would help us a great deal. Unfortunately, if it's not already translated —

Mr. Nason: It should be available online in both official languages, I believe. I would have to look.

The Chair: Wonderful. Thank you.

Colleagues, I think that brings us to the end of our questions. I wish to thank our panellists very much for appearing in person and online. You have helped us understand the various contours of this legislation.

Colleagues, we will resume our study of Bill C-64 next Wednesday at 4:15 p.m.

(The committee adjourned.)

Le sénateur Cardozo : Voulez-vous renchéir sur cette réponse?

M. Nason : Je dirais seulement — et je ne suis pas expert en droit constitutionnel — que c'est un bon exemple de l'ambiguïté que les experts ont mentionnée lors de la première séance.

Le sénateur Cardozo : Merci.

[Français]

La sénatrice Mégie : Je n'ai pas de question, mais avec votre permission, j'ai une demande à faire à M. Nason, du Conference Board du Canada. Pourriez-vous déposer au comité le rapport qui s'intitule *Comprendre l'écart 2.0 : Une analyse pancanadienne des régimes d'assurance-médicaments sur ordonnance*? Cela pourrait nous aider.

Est-ce qu'on l'a déjà? Bien que le rapport date d'août 2022... Vous l'avez?

[Traduction]

La présidente : Merci, sénatrice Mégie, de cette demande. C'est une demande importante qui nous aiderait beaucoup. Malheureusement, si le rapport n'est pas déjà traduit...

M. Nason : Il devrait être accessible en ligne dans les deux langues officielles, je crois. Il faudrait que je vérifie.

La présidente : Merveilleux. Merci.

Chers collègues, je pense que nous arrivons au terme de nos questions. Je tiens à remercier chaleureusement nos témoins d'avoir comparu en personne et en ligne. Vous nous avez aidés à comprendre les différents éléments de ce projet de loi.

Honorables sénateurs, nous poursuivrons notre étude du projet de loi C-64 mercredi prochain à 16 h 15.

(La séance est levée.)