

La version française suit.

SUMMARY OF LEGAL OPINION ON BILL 11

There is a strong and compelling basis for concluding that Alberta's Bill 11, by authorizing physicians to provide medically necessary services through a dual-practice model (publicly insured or privately paid on a service-by-service basis), contravene the Canada Health Act's core prohibitions against extra-billing and user charges, and its requirements that a provincial health care system be comprehensive, universal and accessible.

What Bill 11 Does

Bill 11 creates the most extensive privatization of payment for medically required physician services since the Canada Health Act's enactment in 1984, enabling a new category of "flexibly participating" physicians to provide medically necessary services either through the publicly funded system or for private payment on a service-by-service basis.

That structure, in substance, permits queue-jumping and creates a parallel private pathway for the provisions of medically necessary care to insured residents of Alberta, contrary to the core objectives and provisions of the Canada Health Act, including universality, accessibility, comprehensiveness, and prohibitions on extra-billing/user charges.

Bill 11 Violates Canada Health Act Requirements

The CHA's purpose is to protect, promote, and restore health and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers. To that end, the CHA conditions federal transfer funding on provincial plans meeting five criteria: public administration, comprehensiveness, universality, portability, and accessibility. The CHA also prohibits extra-billing and user charges for insured services. The core principle animating the Act is straightforward: medically necessary care must be available on the basis of need, not ability to pay.

Universality criterion (s. 10): The universality criterion requires that 100 percent of insured residents have access to insured health services on uniform terms and conditions. However, Bill 11 undermines this by enabling a dual track of access: all Albertans remain technically insured, but those able to pay can purchase faster access to the very same medically required services from the same physicians, while others must wait in the public queue. Two patients with identical medical needs but different ability to pay will now face systematically different conditions of access—one has the option of more timely, privately delivered care, the other does not—so that access is no longer provided on uniform terms and conditions.

Accessibility criterion (s. 12): The accessibility criterion requires that insured persons have reasonable access to insured services without direct or indirect financial barriers. However, by authorizing physicians to sell privately paid, non-Plan versions of medically required services, Bill 11 erects a direct financial barrier to timely care for those who cannot pay. For many procedures, timely access will, as a practical matter, be available only to those who can afford private pay fees, while others are left with longer waits in the publicly funded system. At the same time, dual practice is expected to shift physician time and operating capacity toward the more lucrative private pay stream, thereby degrading capacity and

lengthening wait times in the publicly funded tier. Both the private pay charges (whether out-of-pocket or through private duplicative insurance) and the foreseeable resource shift constitute the very kind of direct and indirect barriers to reasonable access that the accessibility criterion is designed to prevent.

Comprehensiveness Criterion (s. 9): Under the comprehensiveness criterion, provincial plans must insure all medically required physician services. However, Bill 11 allows services that Alberta itself treats as medically required to be sold privately as

“non-Plan” services by flexibly participating physicians, rather than being uniformly covered by the public plan. In effect, some medically necessary services are removed from the scope of public insurance whenever a flexibly participating physician elects to bill privately, so the plan can no longer be said to comprehensively insure all medically required services provided by that physician.

Extra-billing and User-charges (s. 18, s. 19): Finally, the Canada Health Act’s prohibitions on extra-billing and user charges bar physicians from charging insured patients any amount in respect of an insured (medically necessary) service beyond what is paid by the public plan. Bill 11, however, permits flexibly participating physicians who remain enrolled in the public plan to charge patients privately for medically required services that are identical in substance to medically required publicly funded services. When a flexibly enrolled physician bills a patient instead of the public plan for a hip replacement, that payment functions either as extra-billing (where it is an amount in addition to what the plan would pay for that medically required service) or as a user charge (where the province authorizes or permits the patient to pay for a medically required service that would otherwise be covered by the plan). Allowing Alberta to re-label these insured, medically necessary, services as “non-Plan” services when provided by a flexibly participating physician does not change their status under the Canada Health Act as medically required services for which extra-billing or user fees are not permitted and, if accepted, would render the Act’s protections meaningless.

Federal Government CHA Interpretation Letters Supports Conclusion that Bill 11 Violates the Canada Health Act

Since 1985, federal Ministers of Health have repeatedly taken the position that point-of-service charges, private pay fees for medically required insured services, and dual practice are inconsistent with the Act’s objectives. This includes the 2005 interpretation letter addressing dual practice which stated that allowing physicians to practise in both the public pay and private pay systems creates a serious risk of undermining access, encourages queue-jumping, and is inconsistent with the accessibility criterion of the Act. Other subsequent interpretation letters reinforced the same principle by confirming that medically necessary services must remain insured even when delivered in privately owned settings, and that charges to patients for such services are not permitted. Notably, the courts have recognized that these federal government interpretation letters are relevant to the interpretation and application of the Canada Health Act.

Cambie Litigation Findings and Federal Government Position in Cambie Confirm Bill Violates CHA

In the B.C. litigation (*Cambie Surgeries Corporation v. British Columbia*), British Columbia courts reviewed extensive evidence showing that dual practice and duplicative private financing can worsen wait times, divert providers away from the publicly funded system, and create incentives for physicians to prioritize

private pay patients. These findings lend unequivocal support to the conclusion that, by its very design, Bill 11 will have significantly adverse consequences for equity, access, and the sustainability of the public system. In short, the findings in the Cambie litigation support the conclusion that, by normalizing a private-pay lane for otherwise publicly insured medically required care, Bill 11 encourages and permits queue-jumping, widens inequities between patients who can and cannot afford to pay, and weakens the publicly funded system by drawing resources into the private pay market.

Notably, the federal government actively intervened in the Cambie litigation to defend British Columbia's restrictions on dual practice, extra-billing, and private duplicative insurance, explicitly on the grounds that removing those restrictions would put the province off-side the CHA's extra-billing and user-charge provisions and threaten accessibility/universality. Indeed, when the BC Court of Appeal's decision was released, the Minister of Health released a public statement emphasizing that "the federal government joined the proceedings as a party to support BC in its defence of its legislation, a mirror of the fundamental principles of the CHA, which values equity and fairness over profit and preferential access to required care" and that "any Canadian who requires medically necessary care should be able to receive it based on medical need and not on the ability or willingness to pay. Patient charges—whether they take the form of charges at the point of service or payment for private insurance—undermine equity."

In addition, the Alberta Court of Appeal's 2015 decision in Allen also recognizing that dual practice and private insurance for medically required services is inconsistent with governing principles of the Canada Health Act.

Conclusion

By facilitating a two-tier public and private payment regime that permits physicians to provide the same medically required services through either public or private payment, and by introducing private payment for preferential access to physician services, Bill 11 contravenes the core principles and protections of the Canada Health Act. Indeed, based on its own public interpretations and commitments in the Ministerial "interpretation letters" and before the courts in Cambie, the federal government has already articulated precisely why Bill 11 contravenes the Canada Health Act. As the federal government argued in Cambie, "from a federal perspective, when enrolled physicians charge insured residents for insured services, this is in contravention of the extra-billing and user charge provisions of the Canada Health Act" and the "goal of equitable access" to medically necessary health services would be significantly compromised.

RÉSUMÉ DE L'AVIS JURIDIQUE SUR LE PROJET DE LOI 11

Il existe un fondement solide et convaincant pour conclure que le projet de loi 11 de l'Alberta, en autorisant les médecins à fournir des services médicalement nécessaires au moyen d'un modèle de double pratique (financé par l'État ou payé à titre privé selon chaque service offert), contrevient aux interdictions fondamentales de la Loi canadienne sur la santé concernant la facturation supplémentaire et les frais d'utilisation, et à ses exigences voulant qu'un système provincial de soins de santé soit intégral, universel et accessible.

Ce que fait le projet de loi 11

Le projet de loi 11 crée la privatisation la plus étendue du paiement des services requis par un médecin pour raison d'ordre médical depuis l'adoption de la Loi canadienne sur la santé en 1984, permettant à une nouvelle catégorie de médecins « participant de manière souple » de fournir des services médicalement nécessaires soit par l'entremise du système public, soit par paiement privé, selon chaque service offert.

Cette structure, en substance, permet de sauter les files d'attente et crée une voie privée parallèle pour la prestation de soins médicalement nécessaires aux résidents assurés de l'Alberta, contrairement aux objectifs et aux dispositions de base de Santé Canada, y compris l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et les interdictions de surfacturation et de frais d'utilisation.

Le projet de loi 11 viole les exigences de la Loi canadienne sur la santé

L'objectif de la Loi canadienne sur la santé est de protéger, de promouvoir et de rétablir la santé ainsi que de faciliter un accès raisonnable aux services de santé sans obstacle financier ou autres. À cette fin, la Loi canadienne sur la santé conditionne le financement des transferts fédéraux à des régimes provinciaux répondant à cinq critères : l'administration publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. La Loi canadienne sur la santé interdit également la facturation supplémentaire et les frais d'utilisation pour les services assurés. Le principe fondamental qui anime la Loi est simple : les soins médicalement nécessaires doivent être offerts en fonction du besoin et non de la capacité à payer.

Critère d'universalité (art. 10) : Le critère d'universalité exige que la totalité des résidents assurés ait accès à des services de santé assurés selon des modalités uniformes. Cependant, le projet de loi 11 mine cela en permettant une double voie d'accès : tous les Albertains demeurent techniquement assurés, mais ceux qui sont en mesure de payer peuvent acheter un accès plus rapide aux mêmes services médicalement nécessaires des mêmes médecins, tandis que d'autres doivent attendre dans la file d'attente publique. Deux patients ayant des besoins médicaux identiques, mais des capacités à payer différentes seront désormais confrontés à des conditions d'accès systématiquement différentes : l'un a la possibilité de recevoir des soins privés dans un temps plus opportun, l'autre non. Ainsi, l'accès n'est plus assuré selon des modalités uniformes.

Critère d'accessibilité (art. 12) : Le critère d'accessibilité exige que les personnes assurées aient un accès raisonnable aux services assurés sans obstacle financier direct ou indirect. Toutefois, en autorisant les médecins à vendre des versions privées et non liées au régime de services médicalement requis, le projet de loi 11 érige un obstacle financier direct aux soins en temps opportun pour les personnes qui ne

peuvent pas payer. Pour de nombreuses procédures, l'accès en temps opportun ne sera, en pratique, accessible qu'à ceux qui peuvent se permettre de payer des frais privés, tandis que les autres se retrouveront à devoir attendre plus longtemps dans le système financé par l'État. En même temps, la double pratique devrait déplacer le temps des médecins et la capacité opérationnelle vers le flux de paiement privé plus lucratif, dégradant ainsi la capacité et allongeant les temps d'attente dans le volet financé par l'État. Tant les frais privés (qu'ils soient payés de la poche du patient ou par le biais d'une assurance privée redondante) que le transfert prévisible de ressources constituent le type même d'obstacles directs et indirects à un accès raisonnable que le critère d'accessibilité vise à éviter.

Critère d'intégralité (art. 9) : En vertu du critère d'intégralité, les régimes provinciaux doivent assurer tous les services requis par un médecin pour raison d'ordre médical. Cependant, le projet de loi 11 permet que les services que l'Alberta elle-même considère comme médicalement nécessaires soient vendus à titre privé comme des services « non liés au régime » par des médecins participants de façon souple, plutôt que d'être couverts uniformément par le régime public. En fait, certains services médicalement nécessaires sont retirés du champ d'application de l'assurance publique chaque fois qu'un médecin participant de façon souple choisit de facturer à titre privé, de sorte que l'on ne peut plus dire que le régime assure l'intégralité des services médicalement nécessaires fournis par ce médecin.

Frais supplémentaires et frais d'utilisation (art. 18, art. 19) : Enfin, les interdictions de la Loi canadienne sur la santé concernant la facturation supplémentaire et les frais d'utilisation empêchent les médecins de facturer aux patients assurés tout montant à l'égard d'un service assuré (médicalement nécessaire) au-delà de ce qui est payé par le régime public. Le projet de loi 11, cependant, permet aux médecins participant de façon souple qui demeurent inscrits au régime public de facturer à titre privé aux patients des services médicalement nécessaires qui sont identiques en substance aux services médicalement nécessaires financés par l'État. Lorsqu'un médecin inscrit de façon souple facture une prothèse de hanche à un patient au lieu que cette dernière soit payée par le régime public, ce paiement fonctionne soit comme une facturation supplémentaire (lorsqu'il s'agit d'un montant en plus de ce que le régime paierait pour ce service médicalement nécessaire), soit comme des frais d'utilisation (lorsque la province autorise ou permet au patient de payer pour un service médicalement nécessaire qui serait autrement couvert par le régime). Permettre à l'Alberta de ré-étiqueter ces services assurés et médicalement nécessaires comme des services « non liés au régime » lorsqu'ils sont fournis par un médecin participant de manière souple ne change pas leur statut en vertu de la Loi canadienne sur la santé comme des services médicalement nécessaires pour lesquels la facturation supplémentaire ou les frais d'utilisation ne sont pas autorisés et, si elle est acceptée, rendrait les protections de la Loi inutiles.

Les lettres d'interprétation de la Loi canadienne sur la santé du gouvernement fédéral appuient la conclusion selon laquelle le projet de loi 11 viole la Loi canadienne sur la santé

Depuis 1985, les ministres fédéraux de la Santé ont adopté à maintes reprises la position selon laquelle les frais au point de service, les frais privés pour les services assurés médicalement nécessaires et la double pratique sont incompatibles avec les objectifs de la Loi. Cela comprend la lettre d'interprétation de 2005 traitant de la double pratique, qui indiquait que le fait de permettre aux médecins d'exercer à la fois dans le système public et dans le système privé crée un risque sérieux de compromettre l'accès, encourage la pratique du saut dans la file d'attente et est incompatible avec le critère d'accessibilité de la Loi. D'autres lettres d'interprétation ultérieures ont renforcé le même principe en confirmant que les services médicalement nécessaires doivent demeurer assurés même lorsqu'ils sont fournis dans des

établissements privés, et que les frais aux patients pour ces services ne sont pas autorisés. Notamment, les tribunaux ont reconnu que ces lettres d'interprétation du gouvernement fédéral sont pertinentes pour l'interprétation et l'application de la Loi canadienne sur la santé.

Les conclusions du litige dans l'affaire Cambie et la position du gouvernement fédéral dans l'affaire Cambie confirment que le projet de loi enfreint la Loi canadienne sur la santé

Dans le litige en Colombie-Britannique (Cambie Surgeries Corporation c. Colombie-Britannique), les tribunaux de la Colombie-Britannique ont examiné de nombreux éléments de preuve démontrant que la double pratique et le financement privé redondant peuvent aggraver les temps d'attente, détourner les fournisseurs du système financé par l'État et inciter les médecins à accorder la priorité aux patients payants au privé. Ces constatations appuient sans équivoque la conclusion selon laquelle, de par sa conception même, le projet de loi 11 aura des conséquences négatives importantes sur l'équité, l'accès et la viabilité du système public. En bref, les constatations du litige dans l'affaire Cambie appuient la conclusion qu'en normalisant une voie de paiement privé pour les soins médicalement nécessaires autrement assurés par l'État, le projet de loi 11 encourage et permet la pratique du saut dans la file d'attente, élargit les inégalités entre les patients qui peuvent payer et ceux qui ne peuvent pas payer et affaiblit le système financé par l'État en attirant des ressources dans le marché privé.

Notamment, le gouvernement fédéral est intervenu activement dans le litige de l'affaire Cambie pour défendre les restrictions imposées par la Colombie-Britannique à la double pratique, à la facturation supplémentaire et à l'assurance privée redondante, explicitement au motif que la suppression de ces restrictions mettrait la province à l'écart des dispositions de la Loi canadienne sur la santé en matière de facturation supplémentaire et de frais d'utilisateur et menacerait l'accessibilité et l'universalité. En effet, lorsque la décision de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a été rendue, le ministre de la Santé a publié une déclaration publique soulignant que « le gouvernement fédéral s'est joint à la procédure en tant que partie pour soutenir la Colombie-Britannique dans la défense de sa législation, reflétant les principes fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé, qui valorise l'équité et l'impartialité plutôt que le profit et l'accès préférentiel aux soins nécessaires » et que « tout Canadien qui a besoin de soins médicalement nécessaires devrait pouvoir les recevoir en fonction de ses besoins médicaux et non de sa capacité ou de sa volonté à payer. Les frais aux patients, qu'ils prennent la forme de frais au point de service ou de paiement pour une assurance privée, sapent l'équité. »

De plus, la décision de la Cour d'appel de l'Alberta rendue en 2015 dans l'affaire Allen reconnaît également que la double pratique et l'assurance privée pour des services médicalement nécessaires sont incompatibles avec les principes directeurs de la Loi canadienne sur la santé.

Conclusion

En facilitant un régime de paiement public et privé à deux vitesses qui permet aux médecins de fournir les mêmes services médicalement nécessaires au moyen d'un paiement public ou privé, et en introduisant un paiement privé pour l'accès préférentiel aux services médicaux, le projet de loi 11 contrevient aux principes fondamentaux et aux protections de la Loi canadienne sur la santé. En effet, en se fondant sur ses propres interprétations et engagements publics dans les « lettres d'interprétation » ministérielles et devant les tribunaux dans l'affaire Cambie, le gouvernement fédéral a déjà expliqué précisément pourquoi le projet de loi 11 contrevient à la Loi canadienne sur la santé. Comme le gouvernement fédéral l'a soutenu dans l'affaire Cambie, « d'un point de vue fédéral, lorsque les médecins

inscrits facturent des services assurés aux résidents assurés, cela contrevient aux dispositions de la Loi canadienne sur la santé relatives à la facturation supplémentaire et aux frais d'utilisation » et « l'objectif d'un accès équitable » aux services de santé médicalement nécessaires serait grandement compromis.