



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Projet de loi n^o 33

(1996, chapitre 32)

Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives

Présenté le 15 mai 1996
Principe adopté le 12 juin 1996
Adopté le 19 juin 1996
Sanctionné le 20 juin 1996

Éditeur officiel du Québec
1996

NOTES EXPLICATIVES

Ce projet institue un régime général d'assurance-médicaments ayant pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes.

Le régime accorde à toute personne résidant au Québec et qui est inscrite à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, une protection de base à l'égard du coût de services pharmaceutiques et de médicaments. Les garanties qu'il prévoit seront assumées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour les personnes couvertes par le programme actuel relatif aux services pharmaceutiques qu'elle administre, ainsi que pour les personnes qui ne se qualifient pas pour faire partie d'un groupe auquel s'applique un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux. Les garanties seront assumées par les assureurs en assurance collective et les régimes d'avantages sociaux du secteur privé pour toutes les autres personnes admissibles.

Le projet prévoit la participation des personnes couvertes au financement du régime général. À cette fin, il dispose que peut être maintenu à leur charge, à titre de coassurance, une part d'au plus 25 % des coûts des services pharmaceutiques et des médicaments couverts qui leur sont fournis, jusqu'à concurrence d'une contribution maximale de 750 \$ pour une période de référence d'un an.

Le projet rend obligatoire la couverture du régime général. Il impose à toute personne qualifiée pour faire partie d'un groupe auquel s'applique un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux comportant les garanties du régime général, l'obligation d'adhérer à ce groupe et de faire bénéficier de cette couverture son conjoint, son enfant et, dans certains cas, une personne handicapée domiciliée chez elle. Il interdit, par ailleurs, à quiconque de conclure un contrat d'assurance collective ou d'établir un régime d'avantages sociaux en matière d'accident, de maladie ou

d'invalidité qui ne comporterait pas des garanties au moins égales à celles du régime général.

Pour la couverture assumée par la Régie, le projet fixe également le montant de la prime et celui de la franchise applicables et prévoit des réductions de prime, de franchise et de contribution maximale pour les familles à faible revenu. Il habilite le gouvernement à modifier annuellement la prime et la franchise.

En ce qui concerne, par ailleurs, des personnes couvertes par un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux, la prime ou la cotisation continuera d'être déterminée, le cas échéant, par les parties. Le projet comporte aussi des dispositions qui assurent la continuité de la couverture de ces personnes.

Le projet exige en outre la mutualisation des risques assumés par les contrats d'assurance collective et les régimes d'avantages sociaux, selon des modalités qui devront être établies par les intéressés et communiquées au ministre. À défaut, elles seront déterminées par le gouvernement.

Le projet prévoit, par ailleurs, l'élaboration par le ministre de la Santé et des Services sociaux d'une politique en matière de médicaments, en énonce les principaux objectifs et autorise le ministre à constituer un groupe de concertation relativement à cette politique.

De plus, le projet reprend, avec certaines modifications, des dispositions de la Loi sur l'assurance-maladie relatives à la liste de médicaments. Cette liste servira dorénavant de référence tant pour les médicaments couverts par la Régie que ceux couverts par des contrats d'assurance collective et des régimes d'avantages sociaux; les prix qui y sont indiqués ne lieront toutefois que la Régie. Les dispositions relatives au Conseil consultatif de pharmacologie sont également reprises. Sa composition est toutefois modifiée pour prévoir la nomination parmi ses membres, d'un expert en pharmacoéconomie et d'un représentant du ministre.

Un comité de revue sur l'utilisation des médicaments est institué, avec fonction de favoriser l'utilisation adéquate des médicaments. Composé de représentants des divers milieux de la médecine, de la pharmacie et de l'université, ce comité assurera notamment l'évaluation du programme de revue de l'utilisation des médicaments.

Le projet oblige également le ministre à faire au gouvernement, dans les trois ans de son entrée en vigueur, un rapport sur la mise en oeuvre de la présente loi. Ce rapport sera déposé devant l'Assemblée nationale et examiné par la commission parlementaire compétente.

Le projet ajoute, en outre, dans la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec des dispositions visant à permettre la perception de la prime prévue pour la couverture de la Régie ainsi que la gestion des réductions applicables. Ces dispositions seront appliquées par le ministre du Revenu.

Il modifie également cette loi pour créer le «Fonds de l'assurance-médicaments» où seront versées les sommes remises au ministre du Revenu ou recouvrées par la Régie relativement au régime d'assurance-médicaments et où seront prélevées, notamment, les sommes requises pour assumer le coût de services et de médicaments couverts par la Régie à l'égard de sa nouvelle clientèle et des frais d'administration et d'intérêt.

Le projet prévoit enfin des dispositions de concordance et des dispositions pénales.

LOIS MODIFIÉES PAR CE PROJET:

- Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., chapitre A-29);
- Loi sur la Commission des affaires sociales (L.R.Q., chapitre C-34);
- Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., chapitre S-5);
- Loi modifiant la Loi sur l'assurance-maladie (1992, chapitre 19).

Projet de loi n^o 33

Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives

LE PARLEMENT DU QUÉBEC DÉCRÈTE CE QUI SUIT:

CHAPITRE I

INSTITUTION ET OBJET

1. Est institué un régime général d'assurance-médicaments.

2. Le régime général a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes.

À cette fin, il prévoit une protection de base à l'égard du coût de services pharmaceutiques et de médicaments et exige des personnes ou des familles qui en bénéficient une participation financière tenant compte notamment de leur situation économique.

3. La protection prévue par le régime général est assumée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, ci-après appelée «la Régie», ou par les assureurs en assurance collective ou les administrateurs des régimes d'avantages sociaux du secteur privé, selon ce que prévoit la présente loi.

4. On entend par «assureur», une personne morale titulaire d'un permis délivré par l'inspecteur général des institutions financières qui l'autorise à pratiquer l'assurance de personnes au Québec.

On entend par «régime d'avantages sociaux», un régime d'avantages sociaux non assurés, doté ou non d'un fonds, et qui accorde à l'égard d'un risque une protection qui pourrait être autrement obtenue en souscrivant une assurance de personnes.

CHAPITRE II

PROTECTION DU RÉGIME GÉNÉRAL

SECTION I

ADMISSIBILITÉ

5. Sont admissibles au régime général les personnes qui résident au Québec au sens de la Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., chapitre A-29) et qui sont dûment inscrites à la Régie suivant cette loi.

6. Ne sont pas couvertes par le régime général les catégories de personnes déterminées par règlement du gouvernement, qui bénéficient par ailleurs d'une couverture en vertu d'une autre loi du Québec, d'une loi du Parlement du Canada, d'une autre province du Canada ou d'un autre pays ou d'un programme administré par un gouvernement, un ministère ou un organisme d'un gouvernement et dont la couverture est identifiée par règlement du gouvernement comme au moins équivalente à la protection du régime général.

SECTION II

LES GARANTIES

7. Le régime général garantit à toute personne admissible, dans la mesure prévue par la présente loi, le paiement du coût de services pharmaceutiques et de médicaments qui lui sont fournis au Québec, sans égard au risque relié à son état de santé.

8. Les garanties du régime général couvrent, dans la mesure prévue par la présente loi, le service d'exécution d'une ordonnance ou de son renouvellement et les médicaments inscrits à la liste des médicaments dressée par le ministre en vertu de l'article 60, fournis au Québec par un pharmacien sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste. Certains de ces médicaments que le gouvernement indique par règlement ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par ce règlement.

La même couverture s'applique dans le cas où une personne obtient des médicaments dans une pharmacie à l'extérieur du Québec d'une personne légalement autorisée à y exercer la profession de pharmacien et avec qui la Régie a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

Les garanties couvrent également, dans les cas, aux conditions et pour les catégories de personnes déterminés par règlement du gouvernement, les médicaments indiqués par ce règlement qui sont fournis dans le cadre des activités d'un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., chapitre S-5) ou, le cas échéant, d'un établissement reconnu à cette fin par le ministre et situé à l'extérieur du Québec dans une région limitrophe.

9. Les garanties ne couvrent pas le coût des services pharmaceutiques et des médicaments qu'une personne admissible peut obtenir et auxquels elle a droit, par ailleurs, en vertu d'une autre loi du Québec, d'une loi du Parlement du Canada, d'une loi d'une autre province du Canada ou d'un autre pays ou en vertu d'un programme administré par un gouvernement, un ministère ou un organisme d'un gouvernement.

SECTION III

PARTICIPATION FINANCIÈRE

10. Sauf exonération prévue par la loi, une personne admissible doit verser la prime ou la cotisation annuelle applicable, s'il en est.

11. Il peut être exigé d'une personne une contribution au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qui lui sont fournis lors de chaque exécution d'une ordonnance ou de son renouvellement, jusqu'à concurrence d'une contribution maximale par période de référence. Cette contribution peut consister en une franchise et en une part de coassurance.

La franchise est la part du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qu'une personne couverte par le régime conserve entièrement à sa charge pendant la période de référence.

La coassurance est la proportion du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qui demeure à la charge de la personne couverte jusqu'à concurrence de la contribution maximale.

La contribution maximale est le montant total assumé par une personne couverte, au delà duquel le coût des services pharmaceutiques et des médicaments est assumé entièrement par la Régie, l'assureur ou le régime d'avantages sociaux, selon le cas.

12. La proportion de coassurance que doit assumer une personne admissible est d'au plus 25 % du coût des services pharmaceutiques et des médicaments.

13. La contribution maximale pour une période de référence d'un an est d'au plus 750 \$ par personne adulte ; ce montant comprend les sommes que cette personne paie à titre de franchise et de coassurance, le cas échéant, pour son enfant ou pour une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez elle.

14. En cas de changement dans la situation d'une personne admissible, la contribution que celle-ci doit payer est celle applicable à sa nouvelle situation au moment où elle obtient un service pharmaceutique ou un médicament.

CHAPITRE III

MODALITÉS D'APPLICATION DU RÉGIME GÉNÉRAL

SECTION I

CARACTÈRE OBLIGATOIRE DU RÉGIME

15. La Régie assume la couverture des personnes admissibles suivantes :

1° une personne âgée de 65 ans ou plus qui n'adhère pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle et comportant les garanties prévues par le régime général, ou qui n'est pas bénéficiaire d'un tel contrat ou régime ;

2° une personne ou une famille qui reçoit des prestations en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu (L.R.Q., chapitre S-3.1.1) ou qui est bénéficiaire d'une allocation versée suivant le deuxième alinéa de l'article 67 de la Loi de l'aide sociale (1969, chapitre 63) et qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré par le ministre de la Sécurité du revenu suivant l'article 70 de la Loi sur l'assurance-maladie ;

3° une personne âgée d'au moins 60 ans et de moins de 65 ans qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré par le ministre de la Sécurité du revenu suivant l'article 71 de la Loi sur l'assurance-maladie ;

4° toute autre personne admissible qui n'est pas tenue d'adhérer à un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire des garanties prévues par un tel contrat ou régime suivant l'article 18.

16. Toute personne admissible autre que celles visées aux paragraphes 1° à 3° de l'article 15 et qui, en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, de sa profession ou de toute autre occupation habituelle, a les qualités requises pour faire partie d'un groupe auquel s'applique un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux comportant des garanties de paiement du coût de services pharmaceutiques et de médicaments, doit adhérer à ce groupe au moins pour les garanties prévues par le régime général.

L'obligation d'adhésion ne s'applique pas à une personne qui est déjà bénéficiaire, à titre de conjoint, d'enfant ou de personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, des garanties de paiement du coût de services pharmaceutiques et de médicaments prévues par un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux visé au premier alinéa.

17. Pour l'application de la présente loi:

1° on entend par:

« enfant »:

1° une personne admissible qui est âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle une personne exerce l'autorité parentale;

2° une personne admissible, sans conjoint, qui est âgée de 25 ans ou moins, qui fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle une personne exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;

« personne atteinte d'une déficience fonctionnelle », une personne admissible majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement, survenue avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 18 ans, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu, domiciliée chez une personne qui exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;

«établissement d'enseignement», une personne morale ou un organisme dispensant un enseignement de l'ordre secondaire, collégial ou universitaire;

2° le terme « conjoint » doit être interprété suivant l'article 2.2.1 de la Loi sur les impôts (L.R.Q., chapitre I-3).

18. Toute personne admissible autre que celle visée à l'article 15 doit pourvoir, dans la même mesure, à la couverture, comme bénéficiaire du contrat d'assurance collective ou du régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle auquel elle adhère, des personnes suivantes:

1° son enfant;

2° une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez elle.

Elle doit également, et dans la même mesure, pourvoir à la couverture de son conjoint, à moins que celui-ci ne bénéficie déjà d'un contrat d'assurance collective ou d'un régime d'avantages sociaux visé au premier alinéa.

Il en est de même de la personne âgée de 65 ans ou plus qui adhère à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux visé au paragraphe 1° de l'article 15.

SECTION II

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX PERSONES COUVERTES PAR LA RÉGIE

§ 1. — *Inscription*

19. Une personne visée au paragraphe 4° de l'article 15 doit s'inscrire auprès de la Régie, conformément aux conditions et aux modalités prévues par règlement du gouvernement.

Une telle personne à qui il est fourni des services pharmaceutiques ou des médicaments alors qu'elle n'est pas dûment inscrite à la Régie peut exiger de celle-ci le remboursement du coût de ces services et médicaments, de la manière prévue à l'article 33, pourvu qu'elle s'inscrive à la Régie et que les services et médicaments aient été fournis dans les trois mois précédant son inscription.

20. Une personne visée aux paragraphes 1^o, 3^o et 4^o de l'article 15 doit inscrire auprès de la Régie son enfant ainsi que la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez elle, à moins qu'une autre personne ne soit tenue de pourvoir à leur couverture comme personnes bénéficiaires de son contrat d'assurance collective ou de son régime d'avantages sociaux.

21. Une personne doit aviser la Régie de tout changement relatif aux renseignements transmis au soutien de son inscription, de celle de son enfant ou de la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez elle, dans les 30 jours de la date d'un tel changement.

§ 2. — *Garanties*

22. La Régie assume le paiement du coût, outre celui du service d'exécution d'une ordonnance ou de son renouvellement, des services pharmaceutiques déterminés par règlement du gouvernement, selon le tarif prévu à une entente visée à l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie.

Elle assume aussi le paiement du coût des médicaments, selon le prix qui est indiqué à la liste des médicaments dressée par le ministre en vertu de l'article 60 et, dans le cas des médicaments fournis dans le cadre des activités d'un établissement, selon le prix établi à cette liste.

§ 3. — *Prime et contribution*

23. Le montant de la prime annuelle, à l'égard des personnes dont la Régie assume la couverture, est déterminé conformément à l'article 37.6 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Il est d'au plus 175 \$ par personne admissible.

Ce montant de 175 \$ peut être modifié annuellement par règlement du gouvernement.

24. Sont exonérés du paiement de la prime à l'égard d'un mois donné :

1^o un enfant à l'égard duquel, pendant ce mois, une personne visée aux paragraphes 1^o, 3^o et 4^o de l'article 15 exerce l'autorité parentale ou l'exercerait si cette personne était mineure ;

2^o une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui, pendant ce mois, est domiciliée chez une personne visée à l'article 15 ;

3^o les personnes visées aux paragraphes 2^o et 3^o de l'article 15.

25. Est exonérée du paiement de la prime pour une année civile, dans les cas et aux conditions prévus par règlement du gouvernement, une personne admissible qui séjourne hors du Québec pendant toute cette année et qui conserve sa qualité de personne qui réside au Québec suivant la Loi sur l'assurance-maladie, malgré son absence du Québec.

26. Le montant de la franchise est de 100 \$ par année, réparti en parts égales par trimestre. Ce montant peut être modifié annuellement par règlement du gouvernement.

27. La proportion de coassurance est de 25 %.

28. La contribution maximale est de 200 \$ par année répartie en parts égales par trimestre, dans le cas des personnes suivantes :

1^o une personne âgée de 65 ans ou plus qui reçoit le montant maximum du supplément de revenu mensuel garanti en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse (S.R.C. 1985, chapitre 0-9);

2^o une personne visée au paragraphe 2^o ou 3^o de l'article 15.

Elle est de 500 \$ par année répartie en parts égales par trimestre, dans le cas d'une personne âgée de 65 ans ou plus qui reçoit une fraction du montant maximum du supplément de revenu mensuel garanti en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse.

Dans le cas de toute autre personne, la contribution maximale est de 750 \$ par année et est répartie en parts égales par trimestre.

29. Un enfant ainsi qu'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle sont exonérés du paiement de toute contribution.

30. Une personne visée à l'article 15, à moins d'en être exonérée, contribue au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qui lui sont fournis, de la façon suivante :

1^o en versant la totalité ou une partie, selon les modalités prévues par règlement du gouvernement, du coût des services pharmaceutiques, lors de l'exécution d'une ordonnance et de son renouvellement, et des médicaments obtenus, jusqu'à ce que le montant de la franchise qui lui est applicable soit atteint pour le trimestre;

2° par la suite, en ne versant que la proportion du coût dont elle conserve la charge sous forme de coassurance à l'égard de ces services pharmaceutiques et de ces médicaments, jusqu'à concurrence de la contribution maximale fixée pour le trimestre.

31. Quiconque fournit des services pharmaceutiques et des médicaments couverts par le régime général à une personne visée à l'article 15 doit percevoir de cette dernière la contribution qui lui est applicable, le cas échéant.

32. Lorsque la contribution maximale pour un trimestre à laquelle est tenue une personne est entièrement payée, celle-ci est exonérée, pour le reste du trimestre, de tout paiement au pharmacien ou, selon le cas, à l'établissement, à l'égard des services pharmaceutiques et des médicaments couverts par le régime général, à moins que la contribution maximale qui lui est applicable au moment où elle obtient des services pharmaceutiques et des médicaments soit plus élevée que celle qu'elle a déjà payée, en raison d'un changement survenu depuis dans sa situation.

33. Lorsqu'une personne visée à l'article 15 exige de la Régie suivant l'article 12 de la Loi sur l'assurance-maladie le paiement du coût de services pharmaceutiques et de médicaments couverts fournis par un pharmacien non participant visé à l'article 30 de cette loi, ou le remboursement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments obtenus sans avoir présenté sa carte d'assurance-maladie ou son carnet de réclamation suivant l'article 13.1 de cette loi, la Régie :

1° applique, à ce paiement ou à ce remboursement, le montant de la franchise applicable à ce bénéficiaire ;

2° déduit, de ce paiement ou de ce remboursement, la proportion des coûts, sous forme de coassurance, que ce bénéficiaire conserve à sa charge à l'égard de ces services et de ces médicaments, jusqu'à concurrence de la contribution maximale fixée pour le trimestre.

SECTION III

PERSONNES COUVERTES PAR LE SECTEUR PRIVÉ

§ 1. — *Application*

34. La présente section s'applique à toute personne admissible au régime général qui n'est pas visée par l'article 15. Elle s'applique aussi aux assureurs en assurance collective et aux administrateurs d'un régime d'avantages sociaux.

§ 2. — *Obligations relatives à la couverture*

35. Malgré toute stipulation à l'effet contraire, un contrat d'assurance collective de personnes ou un régime d'avantages sociaux qui accorde des garanties de paiement du coût de services pharmaceutiques et de médicaments en cas de maladie, d'accident ou d'invalidité est réputé comporter la protection prévue par le régime général.

36. Malgré toute stipulation à l'effet contraire, un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux comportant une partie relative au régime général est divisible pour cette partie de la couverture.

37. Nul ne peut, pour la partie relative au régime général, refuser l'adhésion d'une personne admissible à une assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux en raison du risque particulier qu'elle, son conjoint, son enfant ou une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle domiciliée chez elle représente notamment, à cause de son âge, de son sexe ou de son état de santé.

38. Un assureur, en assurance de personnes, ne peut conclure ni maintenir en existence à l'égard d'un groupe de personnes visées à l'article 16 un contrat d'assurance collective comportant des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité, à moins que, pendant la durée du contrat, des garanties au moins égales à celles du régime général ne s'appliquent à ce groupe en vertu de stipulations prévues:

1° dans le même contrat;

2° dans un contrat d'assurance collective liant le preneur par ailleurs; ou

3° dans un régime d'avantages sociaux administré par le preneur ou pour son compte.

De plus, un tel assureur doit accepter, eu égard au régime général, l'adhésion de toute personne admissible âgée de 65 ans ou plus qui en fait la demande ou de toute personne admissible tenue d'adhérer à un tel contrat, suivant l'article 16, moyennant le versement de la prime applicable.

Un tel assureur doit en outre assumer la couverture des personnes qu'une personne admissible visée au deuxième alinéa est tenue de couvrir conformément à l'article 18.

39. Nul ne peut établir ou maintenir en existence à l'égard d'un groupe de personnes visées à l'article 16 un régime d'avantages sociaux comportant des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité, à moins que des garanties au moins égales à celles du régime général ne s'appliquent à ce groupe pendant la période d'application du régime d'avantages sociaux en vertu de stipulations prévues :

1° dans le même régime d'avantages sociaux ;

2° dans un régime d'avantages sociaux liant par ailleurs l'administrateur de ce régime ; ou

3° dans un contrat d'assurance collective liant l'administrateur de ce régime.

De plus, il doit accepter, eu égard au régime général, l'adhésion de toute personne admissible âgée de 65 ans ou plus qui en fait la demande ou de toute personne admissible tenue d'adhérer à un tel régime, suivant l'article 16, moyennant le versement de la cotisation applicable.

Un tel administrateur doit en outre assumer la couverture des personnes qu'une personne admissible visée au deuxième alinéa est tenue de couvrir conformément à l'article 18.

40. L'assureur doit communiquer à la Régie, par voie télématique ou sur support informatique, conformément à l'article 16.1 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, les renseignements nécessaires à l'application de la présente loi relativement à l'adhésion d'une personne à un contrat d'assurance collective et qui sont prévus par règlement du gouvernement, selon les modalités que ce règlement détermine.

Le présent article s'applique à l'administrateur d'un régime d'avantages sociaux, compte tenu des adaptations nécessaires.

41. Pour l'application du régime général, nul ne peut, en assurance collective ou dans un régime d'avantages sociaux, déterminer un groupe en utilisant le critère de l'âge, du sexe ou de l'état de santé des adhérents ou des participants.

42. Lorsqu'un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux comporte des garanties de paiement du coût de services pharmaceutiques et de médicaments pour le bénéfice d'un groupe de personnes déterminé selon un lien d'emploi ancien ou

actuel, une profession ou une occupation habituelle, l'assureur ou l'administrateur du régime doit assumer la couverture de toutes les personnes visées par le lien d'emploi, la profession ou l'occupation habituelle.

En ce cas, il doit en outre assumer la couverture des personnes que les membres du groupe sont tenues de couvrir.

Le présent article ne s'applique pas à une personne de 65 ans ou plus qui a choisi de ne pas adhérer à un tel contrat.

§ 3. — *Mutualisation des risques*

43. Tous les assureurs en assurance collective et tous les administrateurs d'un régime d'avantages sociaux qui offrent des garanties de paiement du coût de services pharmaceutiques et de médicaments doivent mettre en commun les risques découlant de l'application du régime général qu'ils assument, selon les modalités convenues entre eux.

Ces modalités doivent être communiquées au ministre par les représentants des assureurs et des administrateurs de régime d'avantages sociaux, par écrit, au plus tard le 1^{er} novembre de chaque année. À défaut, elles sont déterminées par règlement du gouvernement, pour la période qu'il indique.

§ 4. — *Prime ou cotisation*

44. La prime ou la cotisation afférente aux garanties du régime général qui est stipulée dans un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux est négociée ou agréée entre les parties.

Il en est de même de la contribution sous forme de franchise ou de coassurance, s'il en est, sous réserve des articles 12 et 13.

§ 5. — *Continuité de la couverture*

45. À l'égard des garanties du régime général, le contrat d'assurance collective est renouvelé de plein droit à chaque échéance du contrat, pour la prime ou la cotisation fixée suivant la sous-section 4, à moins d'un avis contraire émanant de l'assureur, du preneur ou de l'adhérent. Lorsqu'il émane de l'assureur, l'avis de non-renouvellement ou de modification de la prime ou de la cotisation doit être adressé à l'adhérent, à sa dernière adresse connue, au plus tard le trentième jour précédant le jour de l'échéance.

46. Un assureur ne peut, pour la partie de sa couverture représentant le régime général, invoquer contre le preneur, un bénéficiaire ou un adhérent, des dispositions de son contrat ou du Code civil lui permettant normalement de nier sa couverture ou de réduire sa garantie.

47. Un assureur ne peut résilier le contrat à l'égard des garanties prévues par le régime général que si le preneur ou l'adhérent est en défaut de payer la prime ou la cotisation. En ce cas, la résiliation ne peut être faite avant l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la transmission par l'assureur d'un avis d'intention à la dernière adresse connue du preneur ou de l'adhérent.

48. L'administrateur d'un régime d'avantages sociaux ne peut mettre fin aux garanties de paiement des services pharmaceutiques et de médicaments couverts par le régime général avant l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la transmission par lui d'un avis d'intention à la dernière adresse connue de tous les adhérents.

49. En cas de lock-out, de grève ou de toute autre cessation concertée de travail de personnes qui adhèrent à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux comportant les garanties du régime général, l'assureur ou l'administrateur du régime doit maintenir la couverture en vigueur pendant une période d'au moins 30 jours à compter du déclenchement du lock-out, de la grève ou de la cessation concertée.

50. En cas de changement d'adresse, une personne admissible doit aviser l'assureur ou l'administrateur du régime d'avantages sociaux, selon le cas, de ce changement, dans les meilleurs délais. À défaut de réception d'un tel avis, la dernière adresse indiquée par l'adhérent à l'assureur ou à l'administrateur du régime d'avantages sociaux est présumée exacte.

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

SECTION I

POLITIQUE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS

51. Le ministre de la Santé et des Services sociaux élabore une politique en matière de médicaments.

Cette politique vise à favoriser l'intégration de l'utilisation des médicaments dans l'ensemble des actions qui sont destinées à améliorer la santé et le bien-être de la population, notamment au moyen d'un régime général d'assurance-médicaments, et, compte tenu des ressources financières disponibles, à atteindre les principaux objectifs suivants :

1° l'accessibilité équitable et raisonnable aux médicaments requis par l'état des personnes ;

2° l'utilisation adéquate des médicaments ;

3° le renforcement des activités d'information et de formation auprès de la population et des professionnels de la santé ;

4° l'efficacité et l'efficience des stratégies et des actions mises en place dans le cadre de cette politique.

52. Pour le conseiller relativement à cette politique, le ministre peut constituer un groupe de concertation et en désigner les membres.

SECTION II

CONSEIL CONSULTATIF DE PHARMACOLOGIE

53. Est constitué le Conseil consultatif de pharmacologie.

Le Conseil se compose d'un président et de six autres membres, dont quatre qui doivent être des experts en pharmacologie, un qui doit être un expert en pharmacoéconomie et un qui représente le ministre.

Le président doit être un médecin membre du Collège des médecins du Québec ou un pharmacien membre de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

54. Les membres du Conseil sont nommés par le gouvernement pour un mandat n'excédant pas trois ans et ils demeurent en fonction, malgré l'expiration de leur mandat, jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés.

55. Les honoraires, allocations ou traitements ou, suivant le cas, le traitement additionnel des membres du Conseil sont fixés par le gouvernement. Il en est de même des honoraires des consultants et experts que le Conseil consulte.

56. Le ministre adjoint à ce Conseil un secrétaire ainsi que les autres fonctionnaires et employés nécessaires à ses travaux; ils sont pris à même les fonctionnaires et les employés du ministère de la Santé et des Services sociaux.

57. Le Conseil a pour fonction d'assister le ministre dans la mise à jour de la liste visée dans l'article 60 et, à cette fin, de lui donner son avis sur la valeur thérapeutique de chaque médicament et la justesse des prix exigés.

Il a en outre pour fonction de faire au ministre des recommandations sur l'utilisation des médicaments et l'évolution des prix ainsi que sur toute autre question que celui-ci lui soumet dans le domaine de la pharmacologie.

58. Dans l'exercice de ses fonctions, le Conseil peut requérir des fabricants et des grossistes reconnus, ou qui demandent de l'être, tout renseignement d'ordre pharmacothérapeutique concernant un médicament ou tout renseignement concernant le prix des médicaments qu'ils offrent en vente.

59. Le Conseil a droit d'accès aux renseignements que la Régie a obtenus en application de l'article 20 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec et qui sont nécessaires au Conseil pour l'application des articles 63 et 65. De tels renseignements ne doivent pas permettre d'identifier une personne admissible.

SECTION III

LISTE DE MÉDICAMENTS

§ 1. — *Établissement et mise à jour de la liste*

60. Le ministre dresse la liste des médicaments dont le coût est garanti par le régime général. Cette liste peut également comporter certaines fournitures que le ministre juge essentielles à l'administration de médicaments d'ordonnance.

Le ministre ne peut prendre en considération pour inscription à la liste qu'un médicament dont il a reconnu le fabricant. Toutefois, le ministre peut inscrire à la liste un médicament dont il n'a pas reconnu le fabricant, si ce médicament est unique et essentiel.

La liste indique notamment, à l'égard de chaque médicament dont le paiement est couvert par le régime général, les dénominations communes, les marques de commerce, les noms des fabricants, les

conditions des approvisionnements auprès d'un fabricant ou d'un grossiste reconnu par le ministre ainsi que la méthode d'établissement du prix de chaque médicament fourni dans le cadre des activités d'un établissement suivant le troisième alinéa de l'article 8.

La liste indique également, lorsque les médicaments sont fournis par un pharmacien et que la couverture est assumée par la Régie, le prix des médicaments vendus par un fabricant ou un grossiste reconnu par le ministre et la méthode d'établissement du prix de chaque médicament et le montant maximum, le cas échéant, dont le paiement est couvert, dans les cas et aux conditions que le ministre détermine.

La liste présente également des médicaments d'exception indiqués par un règlement du gouvernement et dont le coût est couvert par le régime général dans les cas et aux conditions prévus par ce règlement, notamment en ce qui concerne les indications thérapeutiques.

61. Cette liste est mise à jour périodiquement après consultation du Conseil consultatif de pharmacologie.

La liste et chacune de ses mises à jour sont publiées par la Régie, de la manière qu'elle juge appropriée. Elles entrent en vigueur à la date de leur publication par la Régie.

§ 2. — *Reconnaissance d'un grossiste ou d'un fabricant*

62. Le ministre peut, aux fins de l'inscription sur la liste de médicaments, reconnaître un grossiste ou un fabricant d'après les conditions qu'il détermine par règlement.

63. Le ministre peut, sur rapport du Conseil consultatif de pharmacologie, retirer temporairement sa reconnaissance à un fabricant ou à un grossiste en médicaments, si celui-ci ne respecte pas les conditions ou les engagements prévus par règlement du ministre.

Dans le cas d'un fabricant, ce retrait a pour effet d'exclure de la liste, pour une période de trois mois, tous les médicaments que produit le fabricant.

Dans le cas d'un grossiste, la Régie, l'assureur ou l'administrateur du régime d'avantages sociaux cesse d'assumer, pour une période de trois mois, le paiement de tous les médicaments que vend le grossiste.

Si le fabricant ou le grossiste a fait l'objet, au cours des cinq dernières années, d'un retrait temporaire, la période visée au deuxième ou au troisième alinéa est portée à six mois lors d'un nouveau retrait temporaire.

64. Le fabricant ou le grossiste visé à l'article 63 doit rembourser à la Régie, durant la période de retrait temporaire, les coûts suivants:

1° dans le cas du fabricant, la différence du prix assumé par la Régie par rapport au prix que le fabricant s'était engagé à respecter;

2° dans le cas du grossiste, la différence entre le prix assumé par la Régie et le prix correspondant à l'engagement du grossiste prévu par règlement du ministre;

3° dans l'un ou l'autre cas, les frais encourus pour aviser les professionnels de la santé du retrait temporaire de la reconnaissance du fabricant ou du grossiste.

Le défaut de se conformer au premier alinéa est réputé constituer le non-respect d'un engagement de la part du fabricant ou du grossiste.

65. Le ministre peut également, sur rapport du Conseil consultatif de pharmacologie, retirer définitivement sa reconnaissance à un fabricant ou à un grossiste, si celui-ci a déjà fait l'objet, au cours des cinq dernières années, de deux retraits temporaires et qu'il est à nouveau en défaut de respecter les conditions ou les engagements prévus par règlement du ministre.

66. Le fabricant ou le grossiste qui s'est vu retirer sa reconnaissance de façon définitive peut présenter une nouvelle demande de reconnaissance. Toutefois, outre les conditions prescrites par règlement du ministre, le fabricant ou le grossiste doit rembourser à la Régie, avant d'être reconnu de nouveau, les coûts suivants:

1° dans le cas du fabricant, la différence du prix assumé par la Régie par rapport au prix que le fabricant s'était engagé à respecter;

2° dans le cas du grossiste, la différence entre le prix assumé par la Régie et le prix correspondant à l'engagement du grossiste prévu par règlement du ministre;

3° dans l'un ou l'autre cas, les frais encourus pour aviser les professionnels de la santé du retrait définitif de la reconnaissance du fabricant ou du grossiste.

67. Avant de décider de retirer sa reconnaissance à un fabricant ou à un grossiste, le ministre lui transmet un préavis d'au moins 30 jours, indiquant les actes qui lui sont reprochés.

Le grossiste ou le fabricant peut, avant l'expiration de ce délai, présenter ses observations.

68. Le fabricant ou le grossiste qui fait l'objet d'une décision rendue en application des articles 63 ou 65 peut en appeler à la Commission des affaires sociales, dans les 30 jours de la notification qui lui en a été faite.

69. La décision du ministre de retirer sa reconnaissance prend effet le jour de la publication à la *Gazette officielle du Québec* d'un avis à cet effet et la période de trois ou six mois d'un retrait temporaire se calcule à compter de ce jour.

70. Le ministre ne peut publier l'avis prévu à l'article 69 avant que le délai d'appel prévu à l'article 68 ne soit expiré ou, s'il y a appel, avant que la Commission n'ait rendu sa décision.

SECTION IV

COMITÉ DE REVUE DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

71. Est constitué le Comité de revue de l'utilisation des médicaments.

Le Comité se compose d'un président, d'un vice-président et d'au plus sept autres membres.

Les membres sont nommés par le gouvernement de la manière suivante :

1° trois membres sont des médecins ayant une pratique clinique dont un est désigné par le Collège des médecins du Québec, un par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le troisième par la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Ces personnes ne doivent pas occuper une charge à plein temps au sein de ces organismes ;

2° deux membres sont des pharmaciens ayant une pratique clinique dont un est désigné par l'Ordre des pharmaciens du Québec et l'autre par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Ces personnes ne doivent pas occuper une charge à plein temps au sein de ces organismes;

3° un membre est désigné par les doyens des facultés de médecine du Québec;

4° un membre est désigné par les directeurs et les doyens des écoles et des facultés de pharmacie du Québec;

5° un membre est un pharmacien désigné par le Réseau de revue d'utilisation des médicaments en établissement.

Fait également partie du Comité, sans droit de vote, un membre de l'Ordre des pharmaciens du Québec désigné par la Régie.

Le président et le vice-président doivent être, soit le médecin désigné par le Collège des médecins du Québec, soit le pharmacien désigné par l'Ordre des pharmaciens du Québec.

72. Le Comité a pour fonction de favoriser l'utilisation adéquate des médicaments. À cette fin, il peut notamment :

1° effectuer des activités de revue d'utilisation des médicaments ;

2° proposer des stratégies de formation, d'information et de sensibilisation susceptibles d'améliorer la prescription et la dispensation des médicaments en collaboration et avec la participation des divers intervenants impliqués, notamment des ordres professionnels et du Conseil consultatif de pharmacologie ;

3° formuler aux intervenants impliqués des recommandations susceptibles d'améliorer l'usage des médicaments, dans le respect de leurs responsabilités respectives.

Le Comité doit s'assurer de l'évaluation des activités de revue de l'utilisation des médicaments par une personne ou un organisme externe, en tenant compte des résultats attendus, des mesures d'efficacité et d'efficacités et des impacts économiques et sanitaires de ces activités.

73. Les membres du Comité sont nommés pour un mandat n'excédant pas quatre ans.

Le mandat d'un membre ne peut être renouvelé consécutivement que deux fois.

À la fin de leur mandat, les membres du Comité demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils aient été nommés de nouveau ou remplacés.

74. Le quorum du Comité est de cinq membres dont le président ou le vice-président. En cas d'égalité des voix, le président ou le vice-président a un vote prépondérant.

75. Les honoraires, allocations ou traitements ou, suivant le cas, le traitement additionnel des membres sont fixés par le gouvernement. Il en est de même pour les honoraires des consultants et experts que le Comité consulte.

76. La Régie assume le paiement des honoraires, allocations ou traitements visés à l'article 75. Elle assume également, compte tenu de ses ressources, le support administratif et le traitement des données nécessaires à l'exécution des travaux du Comité.

77. Le Comité fournit au ministre tout renseignement qu'il requiert sur ses opérations.

Le Comité soumet au ministre son plan annuel d'activités et doit, au plus tard le 31 mars de chaque année, remettre au ministre un rapport ainsi qu'une évaluation de ses activités pour l'année se terminant le 31 décembre précédent.

SECTION V

RÉGLEMENTATION

78. Le gouvernement peut, après consultation de la Régie, en outre des autres pouvoirs de réglementation qui lui sont conférés par la présente loi, prendre des règlements pour :

1^o déterminer, aux fins de l'article 6, les catégories de personnes qui bénéficient par ailleurs d'une couverture équivalente à la protection du régime général;

2^o déterminer, aux fins de l'article 22, les services requis au point de vue pharmaceutique et fournis par un pharmacien qui font l'objet de la couverture du régime général d'assurance-médicaments assumée par la Régie et prescrire la fréquence à laquelle certains de ces services doivent être rendus pour demeurer des services faisant l'objet de cette couverture; cette fréquence peut varier selon les cas et les conditions qu'il indique;

3° déterminer les cas, les conditions et les indications thérapeutiques selon lesquels le coût de certains médicaments de la liste dressée par le ministre conformément à l'article 60 est assumé par le régime général; ces conditions peuvent varier selon qu'il s'agit de la couverture assumée par la Régie ou de la couverture assumée en vertu d'une assurance collective ou d'un régime d'avantages sociaux;

4° déterminer les cas et les conditions permettant la couverture de médicaments qu'il détermine et qui sont fournis dans le cadre des activités d'un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris ou, le cas échéant, d'un établissement reconnu à cette fin par le ministre et situé à l'extérieur du Québec dans une région limitrophe, pour les catégories de personnes qu'il détermine;

5° prévoir les cas et les conditions où une personne admissible peut être exonérée du paiement de la prime pour une année civile lorsqu'elle séjourne hors du Québec et qu'elle conserve sa qualité de personne qui réside au Québec suivant la Loi sur l'assurance-maladie, malgré son absence du Québec;

6° énumérer, aux fins de l'article 17, les déficiences fonctionnelles dont une personne admissible peut être atteinte;

7° modifier le montant de la prime annuelle prévu à l'article 23;

8° modifier le montant de la franchise prévue à l'article 26;

9° prévoir, aux fins de l'article 40, les renseignements que la Régie peut exiger d'un assureur en assurance collective ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux et prescrire les modalités de communication de tels renseignements;

10° déterminer, aux fins de l'article 43, les modalités selon lesquelles doivent être mis en commun les risques découlant de l'application du régime général ainsi que la période d'application de telles modalités;

11° déterminer les dispositions d'un règlement dont la violation constitue une infraction.

Un règlement pris en vertu du présent article a effet, à l'égard des professionnels de la santé liés par une entente en cours de validité et malgré toute stipulation de celle-ci, à la date ou aux dates fixées dans ce règlement.

79. Un règlement pris en vertu du paragraphe 3^o du premier alinéa de l'article 78 n'est pas soumis à l'obligation de publication et au délai d'entrée en vigueur prévus aux articles 8 et 17 de la Loi sur les règlements (L.R.Q., chapitre R-18.1).

80. Le ministre peut, après consultation du Conseil consultatif de pharmacologie, faire des règlements pour :

1^o déterminer les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments ou d'un grossiste qui distribue des médicaments ;

2^o déterminer le contenu de l'engagement qu'un fabricant ou un grossiste doit signer pour être reconnu ;

3^o déterminer, à l'égard des fabricants et des grossistes reconnus, les conditions d'exercice de leurs activités relatives aux prix des médicaments.

CHAPITRE V

DISPOSITIONS PÉNALES

81. Commet une infraction et est passible d'une amende d'au moins 100 \$ et d'au plus 1 000 \$ toute personne qui fait une déclaration alors qu'elle sait ou aurait dû savoir qu'elle est incomplète ou qu'elle contient un renseignement faux ou trompeur ou qui transmet un document incomplet ou contenant un tel renseignement en vue :

1^o d'obtenir un service pharmaceutique ou un médicament auquel elle n'a pas droit ;

2^o de recevoir un paiement ou un remboursement qui ne peut pas lui être accordé ou qui est supérieur à celui qui peut lui être accordé.

82. Commet une infraction quiconque aide ou, par un encouragement, un conseil, un consentement, une autorisation ou un ordre, amène une autre personne à commettre une infraction visée à l'article 81.

Une personne déclarée coupable en vertu du présent article est passible de la même peine que celle prévue à l'article 81.

83. Quiconque contrevient à une disposition des articles 37 à 42 commet une infraction et est passible d'une amende d'au moins 500 \$ et d'au plus 5 000 \$.

84. Tout assureur ou toute personne qui administre un régime d'avantages sociaux qui, en contravention de l'article 43, omet ou néglige de mettre en commun les risques que représentent ses adhérents, commet une infraction et est passible d'une amende d'au moins 1 000 \$ et d'au plus 10 000 \$.

85. Quiconque contrevient à une disposition d'un règlement dont la violation constitue une infraction est passible d'une amende d'au moins 100 \$ et d'au plus 1 000 \$.

CHAPITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

86. Le ministre doit, au plus tard le (*indiquer ici la date qui suit de trois ans celle de l'entrée en vigueur du présent article*) faire au gouvernement un rapport sur la mise en oeuvre de la présente loi et sur l'opportunité de la modifier.

Ce rapport est déposé dans les 15 jours suivants à l'Assemblée nationale ou, si elle ne siège pas, dans les 15 jours de la reprise de ses travaux. La commission compétente de l'Assemblée nationale examine ce rapport.

87. Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'application de la présente loi.

CHAPITRE VII

DISPOSITIONS MODIFICATIVES

LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE

88. L'article 1 de la Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., chapitre A-29) est modifié par la suppression, à la première ligne du paragraphe *k*, de « 69.1, ».

89. L'article 3 de cette loi est modifié :

1^o par le remplacement du troisième alinéa par le suivant :

« La Régie assume aussi, conformément aux dispositions de la présente loi et des règlements et sous réserve de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32), le coût des services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue pharmaceutique et qui

sont fournis par les pharmaciens, le coût des médicaments que fournissent les pharmaciens sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste ainsi que, le cas échéant, le coût de médicaments fournis dans le cadre des activités d'un établissement suivant le troisième alinéa de l'article 8 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives, pour le compte de tout bénéficiaire qui est une personne admissible au sens de cette loi et qui :

a) est âgée de 65 ans ou plus et n'adhère pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle et comportant les garanties prévues par le régime général, ou qui n'est pas bénéficiaire d'un tel régime ;

b) détient un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70 ; ou

c) n'est pas tenue d'adhérer à un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux visé au paragraphe a) ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire des garanties prévues par un tel contrat ou régime suivant l'article 18 de cette loi. » ;

2° par le remplacement du quatrième alinéa par le suivant :

« La Régie assume aussi, conformément aux dispositions de la présente loi et des règlements et sous réserve de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives, le coût des services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue pharmaceutique et qui sont fournis par les pharmaciens, le coût des médicaments que fournissent les pharmaciens sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste, ainsi que, le cas échéant, le coût de médicaments fournis dans le cadre des activités d'un établissement suivant le troisième alinéa de l'article 8 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives, à tout bénéficiaire qui est une personne admissible au sens de cette loi et qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 71. » ;

3° par le remplacement, aux quatrième et cinquième lignes du onzième alinéa, des mots « et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28) » par les mots « , de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28) et de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives ».

90. Les articles 4 à 4.10 de cette loi sont abrogés.

91. L'article 10 de cette loi est modifié :

1^o par l'insertion, dans la troisième ligne du premier alinéa, après le mot « santé » de ce qui suit : « , à l'exception des services pharmaceutiques et des médicaments visés aux troisième et quatrième alinéas de l'article 3, » ;

2^o par l'insertion, après le premier alinéa, des suivants :

« Malgré le premier alinéa, le coût de l'exécution d'une ordonnance ou de son renouvellement et de médicaments fournis à une personne admissible au sens de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives, à l'extérieur du Québec, par une personne légalement autorisée à y exercer la profession de pharmacien et avec qui la Régie a conclu une entente particulière à cette fin, peut faire l'objet d'un remboursement, s'ils sont fournis dans une pharmacie située dans une région limitrophe au Québec lorsque, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

Il en est de même du coût de médicaments fournis à une personne admissible au sens de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives, à l'extérieur du Québec, dans le cadre des activités d'un établissement suivant le troisième alinéa de l'article 8 de cette loi. » ;

3^o par le remplacement, dans la première ligne du troisième alinéa, du mot « deuxième » par le mot « quatrième ».

92. La section II.0.1 de cette loi comprenant les articles 14.3 à 14.8 est abrogée.

93. L'article 15 de cette loi est modifié par le remplacement, à la cinquième ligne du cinquième alinéa, des mots « l'article 14.3 » par les mots « la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives ».

94. Cette loi est modifiée par le remplacement de l'article 22.0.2 par le suivant :

« **22.0.2** Le montant que le pharmacien est tenu de percevoir suivant l'article 31 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives est réputé l'être à titre de

rémunération. La Régie déduit ce montant de la rémunération payable en vertu d'une entente visée à l'article 19. ».

95. Cette loi est modifiée par le remplacement de l'article 22.1.0.1 par le suivant :

« **22.1.0.1** Pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, un pharmacien ou, le cas échéant, un établissement, doit indiquer à la Régie, sur son relevé d'honoraires ou sa demande de paiement, qu'il a perçu la contribution visée à l'article 31 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives.

Un pharmacien ou, le cas échéant, un établissement, doit soumettre à la Régie son relevé d'honoraires ou sa demande de paiement même s'il réclame d'un bénéficiaire, par application de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives, la totalité du coût des services assurés qu'il lui a fournis.

Toutefois, avant de fournir à un bénéficiaire un service assuré, un pharmacien ou, le cas échéant, un établissement doit, pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, obtenir de celle-ci une autorisation préalable de paiement en lui transmettant au moyen d'un support informatique en mode interactif son relevé d'honoraires ou sa demande de paiement, conformément aux conditions prévues par un règlement adopté en vertu de l'article 16.1 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec (chapitre R-5). ».

96. L'article 22.2 de cette loi est modifié par l'addition, après le cinquième alinéa, du suivant :

« Pour l'application de la présente loi dans le cadre du régime général d'assurance-médicaments, les deuxième, troisième, quatrième et cinquième alinéas s'appliquent à un établissement en y faisant les adaptations nécessaires. ».

97. L'article 37 de cette loi est modifié par l'insertion, à la première ligne, après les mots « sous réserve » de « des troisième et quatrième alinéas de l'article 3 et ».

98. La section IV de cette loi, comprenant les articles 39 et 40, est abrogée.

99. L'article 66.0.1 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, à la première ligne, des mots « de l'article 40 » par ce qui suit: « des articles 57 et 58 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives »;

2° par le remplacement, aux deuxième et troisième lignes, des mots « au troisième alinéa de cet article » par les mots « à l'article 59 de cette loi ».

100. L'article 67 de cette loi est modifié par l'insertion, après le premier alinéa, du suivant:

« Nul ne peut utiliser, à des fins autres que celles prévues par la présente loi, un renseignement obtenu par la Régie. ».

101. L'article 69 de cette loi est modifié:

1° par le remplacement, à la deuxième ligne du paragraphe *f* du premier alinéa, de « 4 » par ce qui suit: « 60 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives »;

2° par la suppression du paragraphe *m.2* du premier alinéa;

3° par la suppression du paragraphe *u* du premier alinéa;

4° par le remplacement, à la première ligne du troisième alinéa, de « , *i.1* ou *u* » par « ou *i.1* ».

102. L'article 69.0.2 de cette loi est modifié par la suppression, à la première ligne, de « *u*, ».

103. L'article 69.1 de cette loi est abrogé.

LOI SUR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

104. L'article 21 de la Loi sur la Commission des affaires sociales (L.R.Q., chapitre C-34) est modifié par le remplacement, dans la deuxième ligne du paragraphe *k.1*, des mots « 4.8 de la Loi sur l'assurance-maladie » par les mots « 68 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32) ».

LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC

105. L'article 20 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5) est modifié par le remplacement, aux septième et huitième lignes du premier alinéa, des mots « 69.1 de

la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29) » par les mots « 80 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives ».

106. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 37, de ce qui suit :

« SECTION I.1

« ASSURANCE-MÉDICAMENTS

« § 1. — *Interprétation*

« **37.1** Dans la présente section et dans les règlements, à moins que le contexte n'indique un sens différent, l'expression :

« année » signifie l'année civile ;

« bénéficiaire » signifie un particulier visé à l'article 5 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32) ;

« date d'exigibilité » applicable à un particulier pour une année, s'entend des dates suivantes :

a) si le particulier est décédé après le 31 octobre de l'année et avant le 1^{er} mai de l'année suivante, le jour qui survient six mois après son décès ;

b) dans les autres cas, le 30 avril de l'année suivante ;

« enfant à charge » d'un particulier pour une année, signifie une personne à l'égard de laquelle le particulier déduit pour l'année, conformément aux articles 752.0.1 à 752.0.7 de la Loi sur les impôts (chapitre I-3), un montant en vertu de l'article 752.0.1 de cette loi, par suite de l'application du paragraphe *b* de cet article 752.0.1, ou pourrait déduire un tel montant s'il résidait au Québec, pour l'application de cette loi, le 31 décembre de cette année ;

« ministre » s'entend du ministre du Revenu ;

« mois » signifie un mois de calendrier, soit la période s'échelonnant du premier au dernier jour d'un mois ;

« particulier » s'entend d'un particulier au sens de la partie I de la Loi sur les impôts, autre qu'une fiducie au sens de l'article 1 de cette loi ;

«règlement» s'entend d'un règlement adopté par le gouvernement en vertu de la présente section;

«revenu familial» d'un particulier pour une année, désigne l'excédent, sur le montant déterminé à l'article 37.4 à l'égard du particulier pour l'année, de l'ensemble des montants suivants:

a) le revenu total du particulier pour l'année;

b) le revenu total, pour l'année, de son conjoint pendant l'année ou si, à la fin de l'année, le particulier vit séparé de son conjoint en raison de l'échec de leur mariage, le revenu total de ce conjoint pour l'année pendant le mariage alors qu'il ne vivait pas ainsi séparé;

«revenu global» d'un particulier pour une année, désigne l'excédent du revenu familial du particulier, pour l'année, sur l'ensemble de 3 450 \$ ou, le cas échéant, tout autre montant prescrit pour l'année et de:

a) soit 1 650 \$ ou, le cas échéant, tout autre montant prescrit pour l'année si le particulier a un conjoint pendant l'année;

b) soit 2 600 \$ ou, le cas échéant, tout autre montant prescrit pour l'année si le particulier n'a pas de conjoint pendant l'année mais a un seul enfant à sa charge pour l'année;

c) soit 2 800 \$ ou, le cas échéant, tout autre montant prescrit pour l'année si le particulier n'a pas de conjoint pendant l'année mais a plusieurs enfants à sa charge pour l'année;

«revenu total» d'un particulier pour une année, désigne son revenu total, pour l'année, déterminé conformément au paragraphe c du premier alinéa de l'article 776.29 de la Loi sur les impôts.

«**37.2** Les règles prévues à l'article 2.2.1 de la Loi sur les impôts s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, à la présente section et aux règlements.

«**37.3** Aux fins de la présente section, à l'exception de l'article 37.7, lorsqu'un particulier a plus d'un conjoint pendant une année, les règles suivantes s'appliquent:

a) le particulier est réputé n'avoir qu'un seul conjoint pendant l'année;

b) la personne qui est le conjoint du particulier le dernier jour de l'année ou, s'il n'a pas de conjoint à ce moment, la dernière personne en date qui, pendant l'année, a été son conjoint, est réputée être le conjoint du particulier pendant l'année ;

c) le particulier est réputé ne pas être le conjoint pendant l'année d'une personne autre que celle visée au paragraphe b.

«**37.4** Le montant auquel réfère la définition de l'expression «revenu familial» prévue à l'article 37.1 à l'égard d'un particulier pour une année est égal à cinq fois le total des montants que le particulier et, le cas échéant, son conjoint pendant l'année déduisent en vertu des articles 752.0.1 à 752.0.7 de la Loi sur les impôts pour cette année, à l'exception des montants déduits en vertu de l'article 752.0.1 de cette loi, par suite de l'application de l'un des paragraphes *i* et *j* de cet article, pour cette année, et à l'exception des montants déduits par ce conjoint pour cette année en vertu de l'article 752.0.1 de cette loi, par suite de l'application du paragraphe *a* de cet article, et en vertu de la première partie de la partie de cet article qui précède ce paragraphe.

Pour l'application du premier alinéa, le montant que le particulier déduit pour l'année en vertu de l'article 752.0.1 de la Loi sur les impôts, par suite de l'application du paragraphe *a* de cet article, est réputé égal au montant que ce particulier pourrait déduire en vertu de ce paragraphe pour cette année si son conjoint pendant l'année n'avait aucun revenu pour l'année.

«**37.5** Pour l'application de l'article 37.4, lorsqu'un particulier ne réside pas au Québec le 31 décembre d'une année pour l'application de la Loi sur les impôts, une référence à un montant déduit par ce particulier pour l'année s'entend d'un montant qui pourrait être ainsi déduit pour l'année par ce particulier s'il résidait au Québec le 31 décembre de cette année.

« § 2. — *Montant payable par un particulier*

«**37.6** Un particulier doit payer pour une année, à la date d'exigibilité, un montant égal au moins élevé :

a) de l'ensemble, pour chaque mois de l'année pendant lequel il est un bénéficiaire, autre qu'un bénéficiaire visé à l'article 37.7, de 1/12 d'un montant de 175 \$ ou, le cas échéant, du montant déterminé pour l'année par règlement du gouvernement en vertu du deuxième alinéa de l'article 23 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives ;

b) du montant déterminé à son égard pour l'année selon la formule suivante :

$$A (B \times C).$$

Aux fins de la formule visée au paragraphe *b* du premier alinéa :

a) la lettre A représente :

- i. soit 2 %, si le particulier a un conjoint pendant l'année ;
- ii. soit 4 %, dans les autres cas ;

b) la lettre B représente le revenu global du particulier pour l'année ;

c) la lettre C représente le quotient obtenu en divisant par 12 le nombre de mois visé au paragraphe *a* du premier alinéa.

« **37.7** Le bénéficiaire auquel le paragraphe *a* du premier alinéa de l'article 37.6 réfère est un particulier qui :

a) bénéficie des garanties prévues par le régime général d'assurance-médicaments institué par la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives, en vertu d'une assurance collective ou d'un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi actuel ou ancien, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle ;

b) est une personne visée aux articles 6 ou 25 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives ;

c) est un enfant au sens du paragraphe 1^o de l'article 17 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives ;

d) est une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle au sens du paragraphe 1^o de l'article 17 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives ;

e) reçoit des prestations d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu (chapitre S-3.1.1) ou bénéficie d'une allocation versée suivant le deuxième alinéa de l'article 67 de la Loi de l'aide sociale (1969, chapitre 63) et détient un

carnet de réclamation en vigueur délivré par le ministre de la Sécurité du revenu suivant l'article 70 de la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29);

f) est âgé d'au moins 60 ans et de moins de 65 ans et détient un carnet de réclamation en vigueur délivré par le ministre de la Sécurité du revenu suivant l'article 71 de la Loi sur l'assurance-maladie.

«**37.8** Un particulier qui en fait le choix, au moyen du formulaire prescrit contenant les renseignements prescrits, doit payer pour une année, à la date d'exigibilité, le montant que son conjoint pendant l'année devrait, en l'absence du présent article, payer pour l'année en vertu de l'article 37.6.

Lorsqu'un particulier fait le choix visé au premier alinéa, son conjoint pendant l'année est réputé n'avoir aucun montant à payer, pour l'année, en vertu de cet article 37.6.

« § 3. — *Dispositions diverses*

«**37.9** Un particulier tenu de payer un montant en vertu des articles 37.6 ou 37.8 doit produire au ministre un formulaire prescrit contenant les renseignements prescrits, au plus tard à la date où il doit produire, en vertu de l'article 1000 de la Loi sur les impôts, une déclaration fiscale pour l'année ou devrait la produire s'il avait un impôt à payer pour cette année en vertu de la partie I de cette loi.

«**37.10** Sauf disposition inconciliable de la présente section, les articles 1004 à 1014, 1025 à 1026.0.1, 1026.2 et 1037 à 1079 de la Loi sur les impôts s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, à la présente section.

Malgré le premier alinéa, les articles 1025 à 1026.0.1 de la Loi sur les impôts ne s'appliquent pas à l'article 37.8.

«**37.11** Un particulier qui n'est pas tenu, en vertu de la partie I de la Loi sur les impôts, de faire des versements en acompte sur son impôt à payer en vertu de cette partie pour une année, n'est pas tenu non plus d'en faire sur le montant qu'il doit payer pour l'année en vertu de l'article 37.6.

«**37.12** Le ministre peut obliger un organisme public ou une personne appartenant à l'une des catégories de personnes qu'il détermine à lui transmettre les renseignements qu'il prescrit, autres que des renseignements nominatifs de nature médicale, par voie télématique ou sur support informatique selon les modalités qu'il détermine.

Pour l'application de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives, la Régie a droit de prendre connaissance des renseignements obtenus par le ministre, à l'égard de la protection accordée à un particulier en vertu d'une assurance collective ou d'un régime d'avantages sociaux qui comporte les garanties prévues par le régime général d'assurance-médicaments, de toute personne qui offre la protection prévue par ce régime.

«**37.13** Le gouvernement peut faire des règlements pour :

a) déterminer un montant qui peut être prescrit pour l'application d'une disposition de la présente section;

b) obliger toute personne faisant partie de l'une des catégories de personnes qu'il détermine à produire les déclarations qu'il prescrit relativement à tout renseignement nécessaire à l'établissement d'une cotisation prévue par la présente section et à transmettre, le cas échéant, copie d'une telle déclaration ou d'un extrait de celle-ci à toute personne qu'elle concerne et qu'il indique au règlement;

c) généralement prescrire les mesures requises pour l'application de la présente section.

«**37.14** Un règlement adopté en vertu de la présente section entre en vigueur à la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec* et, s'il en dispose ainsi, peut prendre effet à une date ultérieure ou antérieure à sa publication; dans ce dernier cas, toutefois, la date ne peut être antérieure au (*indiquer ici la date d'entrée en vigueur du présent article*).

«**37.15** La présente section constitue une loi fiscale au sens de la Loi sur le ministère du Revenu. ».

107. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 40, de ce qui suit :

«SECTION II.1

«FONDS DE L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

«**40.1** Est institué le Fonds de l'assurance-médicaments où sont versés :

a) les sommes remises par le ministre du Revenu en vertu des articles 37.6 et 37.8;

b) les sommes recouvrées par la Régie à l'égard de services pharmaceutiques et de médicaments fournis à une personne visée au paragraphe 4^o de l'article 15 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives;

c) les sommes versées par le ministre des Finances en vertu de l'article 40.5;

d) les montants d'intérêts produits par les sommes visées aux paragraphes a, b et c.

«**40.2** Sont pris sur ce fonds :

a) les sommes nécessaires pour assumer le coût des services pharmaceutiques et des médicaments fournis à une personne visée au paragraphe 4^o de l'article 15 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives;

b) le montant payable au ministre du Revenu et à la Régie pour les frais d'administration découlant des prévisions budgétaires approuvées par le gouvernement conformément à l'article 40.4;

c) le paiement des intérêts et le remboursement des avances et des prêts effectués en vertu de l'article 40.5.

«**40.3** L'ensemble des sommes versées au fonds conformément à l'article 40.1 doit permettre à long terme le paiement des obligations prévues à l'article 40.2.

«**40.4** Le gouvernement approuve annuellement les prévisions budgétaires du Fonds de l'assurance-médicaments déposées par la Régie auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux au plus tard le 1^{er} décembre précédant le début de l'année financière sur laquelle portent les prévisions. Ce budget doit notamment comprendre les montants mentionnés aux articles 40.1 et 40.2.

«**40.5** Le ministre des Finances peut avancer au fonds, sur autorisation du gouvernement et aux conditions que celui-ci détermine, les sommes prélevées sur le fonds consolidé du revenu.

En outre des pouvoirs d'emprunt prévus à la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, la Régie peut, à titre de gestionnaire du fonds, emprunter auprès du ministre des Finances des sommes prises sur le Fonds de financement du ministère des Finances.

«**40.6** La gestion des sommes constituant le fonds est confiée à la Régie.

«**40.7** L'exercice financier du fonds se termine le 31 mars.

«**40.8** Les sommes visées à l'article 40.1 sont déposées au fur et à mesure de leur perception, dans une ou plusieurs banques au sens de la Loi sur les banques (Lois révisées du Canada (1985), chapitre B-1) ou de la Loi sur les banques d'épargne du Québec (Statuts révisés du Canada (1970), chapitre B-4) ou dans une caisse d'épargne et de crédit régie par la Loi sur les caisses d'épargne et de crédit (chapitre C-4.1).

«**40.9** La Régie doit, au plus tard le 31 juillet de chaque année, faire au ministre de la Santé et des Services sociaux un rapport financier sur les opérations du fonds pour l'année financière précédente. Ce rapport est déposé devant l'Assemblée nationale dans les trente jours suivants, ou, si elle ne siège pas, dans les trente jours de la reprise de ses travaux. ».

108. L'article 42 de cette loi est remplacé par le suivant :

«**42.** Le ministre de la Santé et des Services sociaux est chargé de l'application de la présente loi à l'exception des sections I et I.1 du chapitre IV dont l'application relève du ministre du Revenu et des sections II et III de ce chapitre dont l'application relève du ministre des Finances. ».

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

109. L'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) est modifié par le remplacement, dans les cinquième et sixième lignes du premier alinéa, de « 39 de la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29) » par ce qui suit : « 53 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32) ».

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX POUR LES AUTOCHTONES CRIS

110. L'article 150 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., chapitre S-5) est modifié par le remplacement, dans les troisième et quatrième lignes du premier alinéa, de « 39 de la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29) » par ce qui suit : « 53 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32) ».

LOI MODIFIANT LA LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE

111. Les articles 9, 10 et 11 de la Loi modifiant la Loi sur l'assurance-maladie (1992, chapitre 19) sont abrogés.

CHAPITRE VIII

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

112. Le gouvernement peut prendre, au plus tard le 31 décembre 1996, un règlement en vertu de l'article 78 ou de l'article 113, même si ce règlement n'a pas fait l'objet de la publication prévue à l'article 8 de la Loi sur les règlements (L.R.Q., chapitre R-18.1). Un tel règlement entre en vigueur, malgré l'article 17 de cette loi, à la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec* ou à toute autre date ultérieure qui y est fixée. Un tel règlement peut, s'il en dispose ainsi, s'appliquer à une catégorie de personnes admissibles qu'il indique et à compter de toute date non antérieure au 20 juin 1996.

113. Le gouvernement peut adopter toutes dispositions transitoires afin de prévoir, à l'égard des personnes ou d'une catégorie de personnes visées à la section I du chapitre III de la présente loi, pour la période de référence qu'il détermine :

1° ce qui échoit des contributions visées à l'article 14.3 de la Loi sur l'assurance-maladie, tel qu'il se lisait avant d'être abrogé par l'article 92 de la présente loi, et payées par un bénéficiaire à compter d'une date que ce règlement détermine ;

2° la date à laquelle les preuves d'exemption émises par la Régie conformément aux articles 14.7 et 14.8 de la Loi sur l'assurance-maladie, tels qu'ils se lisaient avant d'être abrogés par l'article 92 de la présente loi, au cours d'une période que ce règlement détermine, deviennent caduques ;

3° les cas dans lesquels la Régie émet une preuve d'exemption et la durée de validité de cette preuve ;

4° le montant et les cas dans lesquels la Régie rembourse une personne admissible visée à l'article 15 ;

5° les conditions que doit remplir un pharmacien pour avoir le droit d'être rémunéré par la Régie pour les services pharmaceutiques et les médicaments visés à l'article 8 qu'il fournit ;

6° fixer le montant de la proportion du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qui demeure à la charge d'une personne admissible ainsi que le montant de la contribution maximale qu'elle doit ainsi assumer et prévoir les cas d'exonération, avec ou sans condition; la proportion de coassurance et la contribution maximale par période de référence peuvent varier selon les catégories de personnes ainsi qu'à l'intérieur d'une même catégorie de personnes.

114. Les dispositions des règlements pris par le gouvernement ou par le ministre en vertu du troisième alinéa de l'article 39, des paragraphes *f* et *u* du premier alinéa de l'article 69 et de l'article 69.1 de la Loi sur l'assurance-maladie qui sont abrogées par la présente loi continuent d'avoir effet jusqu'à ce qu'elles soient modifiées, remplacées ou abrogées suivant la présente loi.

La liste des médicaments dressée par le ministre avant le (*indiquer ici la date d'entrée en vigueur de l'article 60*) demeure valide jusqu'à ce qu'elle soit remplacée suivant la présente loi.

115. Le Conseil consultatif de pharmacologie constitué en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie continue son existence et ses membres demeurent en fonction jusqu'à ce que les membres du nouveau conseil constitué en vertu de l'article 53 de la présente loi soient nommés.

116. Le gouvernement peut, par règlement, prendre, avant le (*indiquer ici la date qui suit d'un an celle de l'entrée en vigueur du présent article*), toutes autres dispositions transitoires permettant de suppléer à toute omission pour assurer l'application du régime général d'assurance-médicaments le plus tôt possible après son institution par l'effet de la présente loi.

Tout règlement pris en vertu du présent article n'est pas soumis à l'obligation de publication prévue à l'article 8 de la Loi sur les règlements. Il entre en vigueur à la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec* ou à toute date ultérieure qui y est fixée, malgré l'article 17 de cette loi. Un règlement peut toutefois, une fois publié et s'il en dispose ainsi, s'appliquer à compter de toute date non antérieure à celle de l'entrée en vigueur du présent article.

117. Lorsque, en raison du premier alinéa de l'article 37.10 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, que l'article 106 édicte :

1^o l'article 1025 de la Loi sur les impôts s'applique, pour l'année 1997, aux fins de calculer les versements qu'un particulier visé à l'article 37.6 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, que l'article 106 édicte, doit faire pour l'année, la section I.1 du chapitre IV de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, que l'article 106 édicte, est réputée, pour l'application de cet article 1025, avoir été en vigueur à compter du 1^{er} janvier de l'année qui précède l'année de l'entrée en vigueur de l'article 106 de la présente loi;

2^o l'article 1026 de la Loi sur les impôts s'applique, pour les années 1997 et 1998, aux fins de calculer les versements qu'un particulier visé à l'article 37.6 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, que l'article 106 édicte, doit faire pour l'année, la section I.1 du chapitre IV de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, que l'article 106 édicte, est réputée, pour l'application de cet article 1026:

a) à l'année 1997, avoir été en vigueur à compter du 1^{er} janvier de la deuxième année qui précède l'année de l'entrée en vigueur de l'article 106 de la présente loi;

b) à l'année 1998, avoir été en vigueur à compter du 1^{er} janvier de l'année qui précède l'année de l'entrée en vigueur de l'article 106 de la présente loi.

118. Lorsqu'il décrète l'entrée en vigueur d'une disposition de la présente loi, le gouvernement peut indiquer à quelles dates cette disposition prend effet, selon les catégories de personnes qu'il détermine.

119. Les dispositions de la présente loi entreront en vigueur à la date ou aux dates fixées par le gouvernement.