



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

*Rapport du groupe de travail
«Protection des données et
liste des analyses / assurance-
maladie»*

Rapport de recherche n° 2/96

ASPECTS DE LA SECURITE SOCIALE

Renseignements: Claude Voegeli
Président du groupe de travail
Office fédéral des assurances sociales
Effingerstrasse 33
3003 Berne
tél. 031 / 322 91 44

Diffusion: Office fédéral des assurances sociales
Service d'information
Effingerstrasse 31
3003 Berne

Copyright: Office fédéral des assurances sociales
CH-3003 Berne
Reproduction d'extraits autorisés – excepté à des fins
commerciales – avec mention de la source; copie à
l'Office fédéral des assurances sociales.

Numéro de commande: 96.568

OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES

**Rapport du groupe de travail
"Protection des données et liste des analyses /
assurance-maladie"**

Berne, juillet 1996

Table des matières

1	Introduction	2
11	Point de départ	2
12	Institution et mandat du groupe de travail	2
13	Délibérations du groupe de travail en général	3
2	Modification de la liste des analyses	4
21	Problème	4
22	Examen	4
23	Décision	6
3	Protection des données et assurance-maladie en général	7
31	Délai maximal pour la conservation des pièces et les demandes de renseignements complémentaires	8
32	Rôle du médecin-conseil	11
33	Délégation de tâches à l'employeur et assurance collective	14
34	Caisses-maladie d'entreprise	18
35	Information sur la protection des données dans l'assurance-maladie	19
36	Prédisposition à une maladie	20
37	Etanchéité entre les branches d'assurance	22
4	Proposition	24

AVERTISSEMENT

Le rapport qui suit est le fruit de discussions qui ont eu lieu au sein d'un groupe de travail avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie et avant l'adoption de son ordonnance principale d'application. Mais il se réfère déjà aux dispositions de la nouvelle loi et garde ainsi toute son actualité.

Ce rapport aborde la question de la protection des données dans l'assurance-maladie essentiellement sous l'angle des risques de discrimination des patients.

Sauf en ce qui concerne la liste des analyses, le rapport se limite à formuler des thèses et ne se veut pas exhaustif. Il est donc conçu comme une base de discussion. Dans sa conclusion, il propose qu'une commission d'experts soit chargée d'approfondir la question et de présenter des propositions concrètes. La mise sur pied d'une telle commission est en préparation.

Le rapport a été rédigé en français et traduit en allemand.

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL "PROTECTION DES DONNES ET LISTE DES ANALYSES / ASSURANCE-MALADIE"

1 Introduction

11 Point de départ

Après plusieurs années de travail, auquel ont participé tous les milieux intéressés, une liste des analyses entièrement révisée a été soumise au Département fédéral de l'intérieur pour être édictée avec effet le 1er janvier 1994. Fin décembre 1993 cependant, la Fédération des médecins suisses (FMH) a demandé au Préposé à la protection des données de faire surseoir à la mise en vigueur de cette liste en arguant du fait qu'elle n'était pas en tous points conforme aux exigences de la protection des données. Après entente avec le Préposé à la protection des données, le Département fédéral de l'intérieur a décidé de ne pas surseoir à la mise en vigueur de la nouvelle liste des analyses, mais de faire examiner la question de la protection des données par un groupe de travail réunissant des représentants des milieux intéressés.

C'est du groupe de travail susmentionné qu'émane le présent rapport.

12 Institution et mandat du groupe de travail

Le groupe de travail a été institué par décision du Département fédéral de l'intérieur du 25 avril 1994. Son mandat et sa composition sont fixés dans ce document, annexé au présent rapport. Le mandat peut être résumé ainsi:

Point 1: Modifier la liste des analyses au plus tard pour son édition du 15 mars 1995, afin qu'elle soit mieux adaptée aux exigences de la protection des données.

Point 2: Etudier les moyens de mieux tenir compte de la protection des données dans l'assurance-maladie en général.

13 Délibérations du groupe de travail en général

Le groupe de travail a tenu quatre séances d'une demi-journée en 1994. Après quoi l'Office fédéral des assurances sociales a élaboré un projet de rapport, qui a été soumis aux membres du groupe de travail en mars 1995 et approuvé lors d'une séance tenue le 31 mai 1995 (présent rapport).

Lors de sa séance du 26 août 1994 déjà, le groupe de travail avait approuvé la modification apportée à la liste des analyses en vue de son édition du 15 mars 1995 et exécuté ainsi le point 1 du mandat.

Tout au long des séances, les débats ont été dominés par le conflit d'intérêts entre la protection de la personnalité des assurés et le besoin d'informations des assureurs. Les informations relatives à la santé des personnes étant des données sensibles au sens de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (voir son art. 3, let. c, ch. 2), il convient d'en limiter l'accès afin de protéger la sphère privée des intéressés, cela d'autant plus que leur divulgation peut avoir des conséquences préjudiciables dans le domaine social et professionnel. Certaines maladies ou risques de maladies peuvent en effet entraîner une sorte de condamnation sociale (p. ex. les maladies vénériennes ou héréditaires) ou éveiller, à tort ou à raison, des craintes de contagion (p. ex. le SIDA) ou encore engendrer des discriminations sur le marché du travail par crainte de leurs conséquences économiques (p. ex. des maladies cancéreuses et, à nouveau, le SIDA). D'un autre côté, les assureurs, notamment dans l'assurance-maladie sociale, sont tenus de vérifier le bien-fondé des demandes de prestations. Ils doivent en particulier veiller à ce que la prestation corresponde au prix facturé et qu'elle soit efficace, appropriée et économique, au sens de l'article 32 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). Ce contrôle porte aussi sur la qualité des prestations. A cela s'ajoute que l'article 42 LAMal exige en principe la transparence des factures établies par les fournisseurs de prestations. Dans l'assurance-indemnités journalières, où des réserves peuvent être imposées pour des maladies existantes ou récurrentes, le candidat à l'assurance est généralement tenu de remplir une formule d'adhésion où il doit donner toutes informations sur les mala-

dies existantes ou passées. De même, il doit remplir un tel questionnaire lors de l'adhésion à une assurance complémentaire, l'assureur pouvant librement lui refuser cette adhésion ou lui imposer une réserve. Face à ces intérêts divergents, le groupe de travail ne pouvait que suivre des voies pragmatiques, tout en ne s'interdisant pas d'envisager certaines solutions qui exigeraient des modifications législatives.

Il a également été relevé que les listes en tant que telles (p. ex. la liste des analyses) sont problématiques du point de vue de la protection des données.

2 Modification de la liste des analyses

21 Problème

La transmission d'informations sur l'exécution de certaines analyses, et à plus forte raison sur leur résultat, peut être préjudiciable à l'assuré, dans la mesure où la connaissance de ces faits par des tiers est susceptible d'entraîner des effets stigmatisants ou discriminatoires. La seule connaissance du fait qu'une personne a dû se soumettre à certaines analyses peut déjà susciter de telles réactions. Par ailleurs, l'assureur a besoin des informations en question, comme on l'a vu sous chiffre 13. Il s'agissait donc de trouver une solution qui tienne compte des impératifs en présence.

22 Examen

Le groupe de travail a abordé le point 1 du mandat qui lui était confié en se limitant à ce qu'il est possible d'envisager dans le cadre de la liste des analyses et du cadre juridique tracé par la LAMal. Les problèmes qui concernent d'autres prestations que les analyses et appellent éventuellement des mesures sur le plan législatif ont été traités dans le cadre du point 2 du mandat (voir ch. 3 du présent rapport).

La difficulté essentielle que suscite la liste des analyses réside dans le fait que les analyses effectuées doivent être clairement désignées par le labo-

ratoire, afin que l'assureur puisse vérifier la conformité des factures à la liste des analyses. Cela s'avère d'autant plus délicat que certaines positions de cette liste permettent de connaître le résultat de l'analyse, par exemple lorsqu'un premier test positif a dû être confirmé par un second. Certes, l'article 83 LAMal impose le secret de fonction. Mais il est généralement reconnu, y compris au sein du groupe de travail, que cette protection est en réalité insuffisante. Aussi a-t-il été proposé de rendre anonymes certaines positions de la liste des analyses et de faire intervenir le médecin-conseil de l'assureur dès qu'une telle position figure sur la facture du laboratoire.

Cette proposition a été longuement discutée. Il était clair qu'en fait, il s'agissait en premier lieu de protéger les personnes ayant subi un test HIV. Toutefois, l'anonymisation de ces seuls tests aurait eu un effet contraire au but visé, car il aurait alors été facile de les détecter. Mais d'autres tests méritaient également d'être anonymisés, du fait qu'ils concernent des affections susceptibles d'engendrer, sur les plans social et professionnel, des inconvénients semblables à ceux de la séroposivité HIV (p. ex. les maladies vénériennes et certains cancers). En outre, il fallait éviter qu'à un nombre de points placé au regard d'une position anonyme ne corresponde qu'une seule analyse, ce qui permettrait de l'identifier facilement. C'est sur la base de ces principes que le Professeur Riesen, membre du groupe de travail, a établi une liste de positions anonymes, qui a été approuvée par le groupe de travail et la Commission fédérale des médicaments.

Etant donné qu'il ne saurait être question que les assureurs acquittent sans autre examen les factures de laboratoire, il fallait leur donner la possibilité de faire vérifier celles-ci par le médecin-conseil lorsqu'elles comportent des positions anonymes. C'est à la suite de cet examen que le médecin-conseil donne un avis positif ou négatif à l'administration de l'assureur.

23 Décision

Vu ce qui précède, le groupe de travail a adopté les modifications suivantes de la liste des analyses valable dès le 15 mars 1995 (en annexe) et approuvée par le Département fédéral de l'intérieur.

Au chiffre I/3 des Remarques préliminaires, il a été ajouté l'alinéa suivant: "Pour les analyses munies d'un astérisque (), le laboratoire n'indiquera sur la facture que les numéros de position anonymes (cf. chapitre 8.2 Positions anonymes), sans nommer l'analyse. La caisse-maladie ne peut obtenir le libellé de l'analyse que par son médecin-conseil. De son côté, le laboratoire ne doit communiquer ce libellé qu'au médecin-conseil".*

Au chiffre II/8 des Remarques préliminaires, il est ajouté l'alinéa suivant: "Si la facture du laboratoire contient une position anonyme (cf. art. I/3, ch. 2), la caisse-maladie ne peut demander l'ordonnance médicale que par son médecin-conseil. Le laboratoire ne doit fournir l'ordonnance médicale qu'au médecin-conseil".

Dans toute la liste des analyses, les analyses ne pouvant être indiquées sur la facture que par une position anonyme sont marquées d'un astérisque.

Le chapitre 8 de la liste des analyses, intitulé "Autres", est complétée par un chiffre 8.1 Positions anonymes, qui comporte la liste de ces positions. Chaque position anonyme (colonne de droite) correspond à un nombre de points du tarif. Afin de faciliter le travail des laboratoires, toutes les analyses marquées d'un astérisque dans le corps de la liste des analyses sont à nouveau énumérées ici, avec en regard la position anonyme qui leur correspond.

Diverses autres modifications de forme, rendues nécessaires par ces changements, ont aussi été apportées.

3 Protection des données et assurance-maladie en général

De par sa composition et compte tenu du délai qui lui était imparti, le groupe de travail a dû se rendre à l'évidence qu'il n'était pas possible de traiter le point 2 du mandat en présentant d'ores et déjà des propositions fermes et concrètes, par exemple sous forme de dispositions légales. Par contre, il s'est efforcé d'indiquer des pistes à explorer de manière plus approfondie, en vue d'éventuelles propositions de ce genre. C'est pourquoi il a présenté ses conclusions sous la forme provisoire et non impérative de thèses, qui sont exposées ci-après.

Ce faisant, le groupe de travail s'est concentré sur sept thèmes, qui lui paraissent les plus importants. Il ne prétend donc pas avoir été exhaustif.

Le groupe de travail s'est en principe limité à l'assurance-maladie *sociale*. Mais il est d'avis que les assurances purement privées qui remplissent une fonction sociale devraient, d'une manière générale, obéir aux mêmes règles de protection de la personnalité que les assurances sociales. Tel est le cas de l'assurance-indemnités journalières non régie par la LAMal, puisque l'assurance-indemnités journalières n'est pas obligatoire en Suisse. Cela dit, les mesures à prendre dans le domaine de l'assurance privée (assurance-indemnités journalières non régie par la LAMal, assurances complémentaires et "autres branches d'assurance" au sens de l'art. 12, 2e al. *in fine*, LAMal) devraient être étudiées par l'Office fédéral des assurances privées et le Préposé à la protection des données.

Bien entendu, les considérations qui suivent se rapportent au nouveau droit de l'assurance-maladie, qui entrera en vigueur le 1er janvier 1996.

31 Délai maximal pour la conservation des pièces et les demandes de renseignements complémentaires

311 *Problème*

L'assureur est en mesure de se fonder sur d'anciennes pièces, notamment des factures, ou de demander au médecin traitant des renseignements sur d'anciens cas de maladie dans le but de se prévaloir d'une réticence de la part de l'assuré, et donc d'imposer une réserve rétroactive. Il peut aussi se servir de telles informations pour refuser de conclure ou d'augmenter une assurance complémentaire ou pour imposer une réserve dans l'assurance-indemnités journalières selon la LAMal. Afin d'atténuer les effets – jugés discriminatoires par certains membres du groupe de travail – de ses incursions dans la sphère privée des assurés, il a été proposé de fixer un délai maximal pour la consultation des pièces et le droit de demander des renseignements complémentaires au médecin traitant.

312 *Examen*

Selon le code des obligations, les créances se prescrivent par cinq ans. Cela signifie que les pièces y relatives, en particulier les factures, doivent être conservées pendant cinq ans et que des renseignements complémentaires concernant ces créances doivent pouvoir être demandés pendant cette durée. Ce délai minimal n'a pas été remis en question par le groupe de travail. Par contre, celui-ci a estimé qu'un éventuel délai maximal ne devrait pas non plus dépasser cinq ans.

Il peut arriver que le fournisseur de prestations établisse sa facture bien après la fin du traitement ou que l'assuré – dans le système du tiers garant – attende assez longtemps avant de l'envoyer à l'assureur. Pour tenir compte de ces situations, le groupe de travail propose que le délai maximal parte du moment où l'assureur a reçu la facture.

L'assureur peut aussi être amené à consulter des factures ou à demander des renseignements complémentaires dans le cadre d'un litige au sujet du

caractère économique d'un traitement. Une telle procédure pouvant durer plus de cinq ans, il conviendrait de prévoir une exception pour ces cas.

Le fait qu'un délai maximal rendrait plus difficile l'imposition d'une réserve rétroactive ne constitue guère un problème, puisque dans l'assurance-indemnités journalières régie par la LAMal (voir art. 69, 2e al.), les réserves ne sont valables que cinq ans (la question ne se pose plus dans l'assurance obligatoire des soins, qui ne connaît plus les réserves).

Du point de vue de la protection des données, la possibilité de demander des renseignements complémentaires au médecin traitant soulève deux questions:

- a) l'assuré doit-il en être informé ?
- b) a-t-il le droit de s'y opposer ?

Ad a): L'assuré doit être informé de toute communication de données délicates. Les modalités d'application de ce principe doivent être réglées par les partenaires conventionnels (assureurs, fournisseurs de prestations). Chaque patient doit en tout cas être informé de son droit d'exiger que les indications d'ordre médical ne soient fournies qu'au médecin-conseil (art. 42, 5e al., LAMal). S'il a fait usage de ce droit, le patient doit être informé de toute communication de telles indications.

Ad b): Il ne semble pas que l'assuré puisse s'opposer à ce que l'assureur demande des renseignements complémentaires au médecin traitant, dans la mesure où l'assureur a besoin de ces informations pour la pratique de l'assurance. Mais il devrait être admis que, s'il a exigé que les données médicales ne soient communiquées qu'au médecin-conseil, cela implique que l'assureur ne peut demander des renseignements complémentaires au médecin traitant que par l'entremise du médecin-conseil et que seul ce dernier est habilité à recevoir ces renseignements.

313 *Thèses*

a) Les assureurs doivent détruire les factures cinq ans après les avoir reçues et ne peuvent demander des renseignements complémentaires au médecin traitant après l'expiration de ce délai. Les éventuelles pièces relatives à ces factures et renseignements (notes internes, correspondance, etc.) suivent le même sort, quel que soit le moment où l'assureur les a reçues ou établies.

b) Lorsqu'une procédure de règlement d'un litige a été engagée avant l'expiration du délai fixé sous a), celui-ci est prolongé jusqu'à l'entrée en force de la décision définitive sur le litige.

c) L'assuré doit être informé de toute communication de données particulièrement sensibles. Les modalités d'application de ce principe doivent être réglées par les partenaires conventionnels. Chaque patient doit en tout cas être informé de son droit d'exiger que les indications d'ordre médical ne soient fournies qu'au médecin-conseil.

d) Les assurés ayant exigé la communication au médecin-conseil doivent être informés de tout échange d'indications d'ordre médical entre le médecin traitant et le médecin-conseil, à moins qu'ils aient expressément renoncé à cette information.

32 Rôle du médecin-conseil

321 *Problèmes*

Lorsque l'assureur refuse une prestation, il doit exposer les motifs de ce refus. Dans les cas où seul le médecin-conseil est en possession des données fournies par le médecin traitant, l'assureur ne peut motiver son refus que si le médecin-conseil lui transmet ces informations. Comment éviter que le rôle de filtre protecteur du médecin-conseil ne soit réduit à néant dans une telle situation?

D'autre part, l'indépendance des médecins-conseils n'est pas encore suffisamment garantie.

322 *Examen*

Si l'assureur entend refuser une prestation, il en fait d'abord part à l'assuré de manière informelle, par une lettre qui n'a pas besoin d'être motivée. Si l'assuré n'est pas d'accord, il peut demander une décision formelle, qui doit être motivée. Mais dans la plupart des cas, ce désaccord est aplani au stade informel, par un contact direct entre l'assuré et son assureur. Si l'assuré exige une décision formelle, il devrait logiquement libérer le médecin-conseil du secret médical à l'égard de l'assureur, afin que celui-ci puisse motiver le refus. Il semble toutefois possible, à première vue, qu'au cas où le médecin-conseil n'a pas été libéré du secret médical, l'assureur oblige le médecin-conseil à communiquer par écrit à l'assuré qui le demande les motifs d'ordre médical qui justifient le refus de prestations. Un tel procédé n'est toutefois guère souhaitable si l'on songe qu'une décision formelle est souvent suivie d'une opposition et, si elle est confirmée, d'un recours au tribunal compétent. L'assuré doit être conscient de ce qu'au plus tard lors du procès, certains faits devront être révélés et que l'affaire pourrait alors être renvoyée à l'assureur pour nouvel examen, sur la base de ces faits. Il est d'ailleurs permis de se demander si et à partir de quand l'assuré n'est pas *tenu* de collaborer à l'établissement des faits, c'est-à-dire de libérer le médecin-conseil du secret médical.

Bien entendu l'assureur qui refuserait des prestations dans le seul but de provoquer la levée du secret médical commettrait un abus de droit qui aboutirait à vider l'article 42, 5e alinéa, LAMal de sa substance. Dans de tels cas, l'autorité de surveillance devrait intervenir.

Quant à son statut par rapport à l'assureur, le médecin-conseil doit, selon la loi, être autonome dans l'exercice de sa fonction (art. 57, 5e al., LAMal). Le groupe de travail tient cependant à souligner que la collision entre l'indépendance de décision du médecin-conseil et sa dépendance économique à l'égard de l'assureur (qu'il soit salarié ou mandaté) pose de sérieux problèmes. Cette question mérite d'être étudiée plus avant. Pour l'heure, le groupe de travail s'est borné à proposer que le médecin cantonal (organe neutre) soit également consulté lors du choix d'un médecin-conseil.

Par rapport à l'employeur de l'assuré, le médecin-conseil ne saurait être la même personne que le médecin d'entreprise ou le médecin du travail. En d'autres termes, il ne peut être question qu'il procède pour cet employeur à des examens d'embauche étrangers à l'assurance-maladie (p. ex. en vue de déterminer l'aptitude à l'emploi offert) ou qu'il veille à la sécurité et à l'hygiène dans l'entreprise considérée.

Les assureurs devront faire connaître clairement aux assurés et aux médecins traitants le nom et l'adresse des médecins-conseil. Tout courrier adressé à un médecin-conseil doit être ouvert par lui (ou ses assistants), même lorsqu'il est un employé de l'assureur.

323 *Thèses*

a) Le médecin-conseil ne peut communiquer à l'assureur les données qui lui ont été confiées au sujet d'un assuré, à moins que celui-ci l'ait libéré par écrit du secret médical. Tant que le médecin-conseil n'a pas été libéré du secret médical, l'assureur qui refuse une prestation au moyen d'une décision ou qui confirme celle-ci après opposition doit enjoindre au médecin-conseil d'exposer à l'assuré, sur sa demande, les motifs d'ordre médical qui justifient le refus de prestations.

b) Le médecin-conseil donne des avis d'ordre médical (art. 57, 4e al., LAMal). Il exerce sa fonction en toute indépendance (art. 57, 5e al., LAMal), même s'il est un employé de l'assureur; toutefois, le problème soulevé par la dépendance économique du médecin-conseil (salarie ou mandaté) doit encore être étudié. Le médecin cantonal doit également être consulté lors du choix du médecin-conseil. Lorsqu'il communique des informations d'ordre médical à l'assureur, le médecin-conseil doit se limiter au nécessaire et respecter la sphère privée de l'assuré (art. 57, 7e al., LAMal); le courrier qui lui est adressé ne peut être ouvert que par lui (ou ses assistants), même lorsqu'il est un employé de l'assureur.

c) Le médecin-conseil doit se désister au profit d'un autre médecin lorsqu'il fonctionne comme médecin d'entreprise ou médecin du travail pour l'employeur de l'assuré considéré.

d) Les assureurs sont tenus de faire connaître le nom et l'adresse de leurs médecins-conseil aux assurés et aux médecins traitants. Plusieurs assureurs peuvent avoir le même médecin-conseil ou faire appel à un groupe de médecins-conseil.

33 Délégation de tâches à l'employeur et assurance collective

331 *Problème*

L'article 63 LAMal permet aux assureurs de déléguer certaines de leurs tâches aux employeurs. Cela se pratique notamment dans le cadre de l'assurance collective, qui demeure possible dans l'assurance-indemnités journalières régie par la LAMal et dans les assurances complémentaires. Suivant les accords entre assureur et employeur, celui-ci peut avoir un accès plus ou moins large à des données personnelles relevant de l'assurance-maladie, qu'il sera tenté d'utiliser lors de l'embauche et pendant la durée de l'emploi d'un travailleur. La délégation de tâches à l'employeur, notamment dans le cadre de l'assurance collective, peut donc être à l'origine de discriminations dans l'emploi.

332 *Examen*

La délégation de tâches à l'employeur et l'assurance collective présentent certains avantages, surtout d'ordre administratif (réception des avis de maladie, versement des indemnités journalières, etc.). Mais de tels avantages ne sauraient faire passer au second plan la protection de la vie privée des candidats à l'emploi et des travailleurs. C'est pourquoi l'employeur ne devrait pas avoir accès aux données d'ordre médical. C'est ainsi qu'en cas de maladie, il ne devrait être informé que sur la durée d'un empêchement de travailler. Il ne devrait en tout cas pas être chargé de rembourser les prestations de soins. De même, il ne devrait pas être mis au courant des raisons qui ont justifié une réserve ou un refus d'assurance. Lorsque la nature de l'emploi ou des raisons d'hygiène et de sécurité au travail requièrent des examens médicaux, l'employeur devrait y faire procéder par des canaux indépendants de l'assurance-maladie.

Etant donné que l'assureur ne connaît généralement pas chacune des personnes assurées dans le cadre d'un contrat collectif, il a été suggéré que l'employeur à qui un travailleur annonce une maladie remette à celui-ci une formule lui permettant de s'adresser directement à l'assureur.

Le seul fait d'imposer une réserve ne devrait pas non plus être communiqué à l'employeur, car cette information peut porter préjudice au salarié dans sa vie professionnelle, notamment lors de l'embauche. En concluant un contrat d'assurance collective pour son personnel, l'employeur sait qu'il peut tout de même être appelé à verser un salaire, conformément à l'article 324a du code des obligations, dans les cas où la cause d'un empêchement de travailler est une maladie sous réserve. La prime est d'ailleurs calculée en conséquence. Aussi n'y a-t-il guère de raisons de lui révéler d'emblée l'existence d'une réserve frappant tel ou tel travailleur; cela d'autant moins que celui-ci peut éventuellement ne jamais s'absenter à cause de la maladie en question ou ne plus subir de rechutes.

Par contre, il est inévitable que l'employeur apprenne l'existence d'une réserve au moment où il doit verser le salaire en lieu et place des indemnités journalières de l'assureur. Au moins n'aura-t-elle pas joué de rôle lors de l'embauche. Mais il est vrai que cette révélation peut être préjudiciable au travailleur. Ainsi l'employeur, craignant par exemple de nombreuses rechutes, peut congédier le travailleur après la période de protection contre le licenciement fixée à l'article 336c, 1er alinéa, lettre b, du code des obligations. Ce risque est inhérent à l'institution de la réserve, telle que nous la connaissons dans l'assurance-indemnités journalières régie par la LAMal et dans les assurances complémentaires. Ce problème pourrait être résolu dans l'assurance-indemnités journalières si elle était obligatoire.

Etant donné que l'assurance collective est étroitement liée aux rapports de travail – ce qui conduit à des discriminations dans l'emploi –, le groupe de travail est d'avis que l'interdiction de toute mesure de sélection des risques dans l'assurance collective se justifierait, comme le recommande le Conseil de l'Europe. La possibilité d'une telle interdiction devrait, à tout le moins, être sérieusement examinée. Elle peut l'être indépendamment de la question de l'obligation d'assurance.

Quant au problème du refus de conclure une nouvelle assurance ou d'augmenter une assurance existante, il ne se pose qu'en assurance complémentaire (dans l'assurance-indemnités journalières régie par la LAMal, tous les candidats doivent être admis, conformément au principe de l'égalité). Il appartient donc à l'Office fédéral des assurances privées et au Préposé à la protection des données d'étudier si des raisonnements analogues à ceux qui viennent d'être développés au sujet des réserves dans l'assurance sociale peuvent également s'appliquer dans l'assurance privée. A cet égard, il y aurait lieu d'examiner si les assurances d'indemnités journalières régies par le droit privé ne devraient pas être également intégrées dans le champ d'application de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales.

Il faut cependant rappeler que l'employeur a toujours la possibilité de faire procéder à des examens médicaux en dehors du domaine de l'assurance-maladie, par exemple pour déterminer l'aptitude à un emploi ou pour répondre à des exigences d'hygiène et de sécurité au travail. Il serait donc souhaitable d'examiner également dans quelle mesure ces autres examens peuvent être soumis à des limites protectrices de la personnalité. Une telle étude touche autant le droit public et privé du travail (Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, Office fédéral de la justice) que la protection des données (Préposé).

333 *Thèses*

a) L'assureur ne peut communiquer à l'employeur (ou à ses représentants) des informations relevant de la sphère privée des travailleurs employés par

celui-ci, ni lui confier des tâches qui lui permettraient d'accéder à de telles informations. Cela vaut en tous cas pour les données d'ordre médical.

b) L'employeur ne peut être chargé d'examiner les factures des fournisseurs de prestations, ni de verser pour le compte de l'assureur les remboursements de prestations de soins.

c) L'assureur ne peut révéler à l'employeur les raisons pour lesquelles il a imposé une réserve ou refusé de conclure une nouvelle assurance ou d'augmenter une assurance existante.

d) Lorsque l'employeur a été chargé, sur la base de l'article 63 LAMal, de recevoir les avis de maladie, il doit faire en sorte que l'assuré entre directement en rapport avec l'assureur (remise d'une formule à cet effet).

e) L'assureur ne peut confier à l'employeur le soin de recevoir des avis de maladie qui n'entraînent pas un empêchement de travailler. Le contrat d'assurance collective doit comporter l'obligation pour l'employeur ou l'assureur d'informer clairement les travailleurs qu'ils peuvent annoncer ces cas directement à l'assureur. Si l'assuré s'adresse tout de même à l'employeur, celui-ci doit procéder comme sous d).

f) L'assureur ne peut révéler à l'employeur l'existence d'une réserve qu'au moment où celui-ci doit, du fait de cette réserve, verser le salaire en lieu et place des indemnités journalières assurées.

g) Toute mesure de sélection des risques est interdite dans l'assurance collective.

h) Il y a lieu d'étudier les rapports entre la faculté pour un assureur de refuser une assurance ou une augmentation d'assurance et les impératifs de la protection de la personnalité.

i) Il y a lieu d'étudier les rapports entre la faculté ou l'obligation pour l'employeur de faire procéder à des examens médicaux sans relation avec l'assurance-maladie et les impératifs de la protection de la personnalité.

34 Caisses-maladie d'entreprise

341 *Problème*

Les caisses-maladie d'entreprise posent un problème crucial de protection des données. Très proches de la direction de l'entreprise ou même confondues avec elle, ces caisses comportent des risques d'indiscrétions et de discriminations qui peuvent difficilement être écartés par les moyens envisagés ci-dessus pour les assurances collectives.

342 *Examen*

Certes, les caisses d'entreprise pourraient disparaître à plus ou moins long terme, puisque la nouvelle loi sur l'assurance-maladie les oblige à s'ouvrir aux assurés qui ne sont pas membres du personnel de l'entreprise. Mais cela ne se fera pas du jour au lendemain. D'autre part, les caisses d'entreprise pourront subsister pour l'assurance-indemnités journalières (art. 68, 2e al., LAMal).

Le groupe de travail ne propose pas l'interdiction des caisses d'entreprise. Mais l'idée a été avancée d'interdire qu'elles soient gérées par l'employeur ou ses représentants (chef du personnel, etc.). En d'autres termes, la caisse-maladie devrait être gérée par des personnes qui n'ont aucun autre lien avec l'entreprise. Une forme atténuée pourrait être d'exiger que ces personnes ne travaillent pas simultanément dans les organes dirigeants de l'entreprise ou n'aient rien à faire avec la gestion du personnel. Le groupe de travail est conscient que de telles exigences marqueraient sans doute la fin des petites caisses d'entreprise. Mais le risque de discriminations dans l'emploi par le biais des caisses d'entreprise revêt une telle importance qu'on peut se demander si, en l'occurrence, la protection de la personnalité ne doit pas avoir le pas sur d'autres considérations.

343 *Thèse*

Les caisses d'entreprise ne sont reconnues que si elles sont gérées par des personnes qui ne travaillent pas simultanément pour l'entreprise ou du moins pas pour son service du personnel ou ses organes dirigeants.

35 Information sur la protection des données dans l'assurance-maladie351 *Problème*

Il existe un déficit d'information sur la protection des données en matière d'assurance-maladie, cela chez tous les partenaires: patients, assureurs, fournisseurs de prestations, etc. Si chacun était bien informé, il y aurait moins d'insécurité, de malentendus et de litiges.

352 *Examen*

L'opinion dominante au sein du groupe de travail était que tous les partenaires en cause se réunissent pour discuter de la question. Ensuite, les différentes organisations informeraient les intéressés dans leur domaine respectif.

353 *Thèses*

a) Après en avoir débattu ensemble, les assureurs, les fournisseurs de prestations, les organisations de défense des patients et les autres partenaires de la santé veillent, dans leurs domaines respectifs, à l'information des intéressés sur leurs droits et obligations au regard de la protection de la personnalité.

b) L'accent sera mis sur le devoir des assureurs et des fournisseurs de prestations d'informer les assurés sur leurs droits dans ce domaine.

c) Les autorités fédérales de surveillance édicteront, en étroite collaboration avec le Préposé à la protection des données et après consultation des milieux intéressés, des directives aux assureurs sur leurs droits et obligations dans ce domaine, en particulier sur leur devoir d'informer et de conseiller les assurés (art.16 LAMal) et d'observer le secret de fonction (art. 83 LAMal).

36 Prédileposition à une maladie

361 *Problème*

Certaines constatations médicales permettent de conclure à la certitude ou du moins à la forte probabilité qu'une maladie va se déclarer à plus ou moins long terme chez une personne à naître ou déjà en vie. De telles constatations, qui jusqu'à présent se fondaient essentiellement sur l'hérédité et l'anamnèse familiale (plus récemment sur des tests de séropositivité, tels que le test HIV), prennent de nos jours un essor particulier grâce à la génétique (tests prédictifs). Cette évolution pose avec acuité la question de savoir si une maladie qui ne s'est pas encore déclarée ou n'a pas encore conduit à une incapacité de travail peut faire l'objet d'une réserve ou justifier un refus d'assurance ou d'augmentation d'assurance.

362 *Examen*

Le groupe de travail a été unanimement d'avis que ce problème revêt une portée et une complexité qui dépassent ses possibilités. C'est pourquoi il s'est borné, dans sa thèse, à faire état de la nécessité d'un examen plus approfondi. Il a toutefois débattu de la question.

Il a d'abord été rappelé que, dans un arrêt concernant le SIDA, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le fait d'être séropositif constitue déjà une maladie, même si les affections liées au SIDA ne se sont pas encore déclarées. La prédisposition certaine semble donc suffire. Que le mal

(séropositivité) entraîne un traitement ou non serait indifférent; le seul fait qu'il appelle un traitement serait déterminant, même s'il n'existe pas (encore) de traitement.

L'avenir dira si cette jurisprudence s'applique également à des tests prédictifs ou à des actes analogues, en particulier lorsqu'ils ne font que révéler une forte probabilité, et non une certitude. Aussi faut-il se garder d'en tirer des conclusions hâtives. La prudence semble d'ailleurs être aussi de mise dans d'autres pays, comme la France, où les assureurs ont accepté un moratoire, c'est-à-dire de ne pas tenir compte pour le moment des tests prédictifs. Le groupe de travail estime qu'un moratoire serait également souhaitable en Suisse, mais que, tôt ou tard, des mesures législatives seront nécessaires. L'idée de préciser dans la loi qu'une prédisposition ne répond pas à la notion de maladie a été évoquée. Mais elle se heurte à plusieurs difficultés notamment au fait que la constatation d'une prédisposition peut déjà entraîner un traitement, destiné par exemple à retarder ou même à empêcher la survenance de la maladie proprement dite. Une solution pourrait consister à interdire simplement d'imposer une réserve ou de refuser une assurance ou une augmentation d'assurance à la suite d'un test prédictif. Mais il y aurait distorsion entre les maladies détectées mais non déclarées et les maladies "ordinaires". Le caractère particulier des tests prédictifs justifierait-il une telle différence de traitement? Sans se prononcer définitivement, le groupe de travail est plutôt d'avis que les assouplissements valables pour les maladies congénitales devraient aussi l'être pour les maladies acquises.

Les tests prédictifs ne soulèvent pas de difficultés dans l'assurance obligatoire des soins (pas de réserves), mais dans l'assurance-indemnités journalières régie par la LAMal (réserves) et dans les assurances complémentaires (réserves et refus d'affiliation ou d'augmentation). S'agissant des assurances complémentaires, il conviendrait que l'Office fédéral des assurances privées et le Préposé à la protection des données se penchent sur la question.

363 *Thèse*

Les problèmes soulevés dans l'assurance-maladie par la détection de maladies non encore déclarées, notamment au moyen de tests génétiques, doivent être examinés de manière approfondie.

37 **Etanchéité entre les branches d'assurance**371 *Problème*

En Suisse, les assureurs-maladie peuvent pratiquer sous le même toit l'assurance obligatoire des soins, l'assurance-indemnités journalières selon la LAMal et les assurances complémentaires. Si bien que les informations recueillies dans une branche peuvent être utilisées dans une autre, notamment pour imposer des réserves (assurance-indemnités journalières et assurances complémentaires) ou refuser de conclure une nouvelle assurance ou d'augmenter une assurance existante (assurances complémentaires). De plus, les assureurs ont entre eux la possibilité de se communiquer des informations sur les assurés ou candidats à l'assurance. Cette situation a été critiquée, notamment parce qu'elle permet indirectement d'opérer des discriminations dans le domaine de l'emploi.

372 *Examen*

L'article 83 LAMal dispose que les personnes chargées de gérer l'assurance-maladie sociale doivent garder le secret à l'égard de tiers sur les faits dont elles ont connaissance dans l'exercice de cette activité. Il résulte cependant de la nature des choses que les factures et autres pièces concernant un cas d'assurance forment généralement un tout qui englobe les différentes assurances que l'assuré peut avoir conclues auprès de l'assureur. A cela s'ajoute que c'est le plus souvent la même personne qui s'occupe de l'ensemble du cas. C'est pourquoi le groupe de travail, tout en souhaitant plus l'étanchéité à l'intérieur d'une même compagnie d'assurance, est conscient qu'elle n'est pas toujours possible à réaliser. Il est par exemple compréhensible que l'assurance de base et l'assurance complémentaire relatives au même assuré fassent l'objet d'un seul dossier.

Bien entendu, il est inadmissible d'utiliser ou de communiquer des données à des fins étrangères à l'assurance.

Par contre, le flux d'informations d'un assureur à l'autre devrait être réduit au strict nécessaire, aussi bien dans les cas où l'assuré est couvert par plusieurs assureurs pour différentes branches d'assurance que dans ceux où il change d'assureur. C'est ainsi que, lors d'un changement d'assureur, l'ancien assureur ne devrait communiquer l'existence d'une réserve au nouvel assureur que dans le cadre de l'article 70, 2^e alinéa, LAMal, c'est-à-dire uniquement pour ce qui concerne l'assurance-indemnités journalières régie par la LAMal.

Il convient toutefois de rappeler que les réserves dans l'assurance-indemnités journalières et les assurances complémentaires, de même que la liberté de ne pas conclure une assurance complémentaire sont parfaitement légales. Si bien que les candidats à l'assurance et les assurés sont tenus de remplir les questionnaires d'adhésion à une branche d'assurance conformément à la vérité, c'est-à-dire d'indiquer, le cas échéant, des faits qui n'étaient connus jusqu'alors que dans le cadre d'une autre branche d'assurance. A noter que, là encore, le problème ne se poserait pas dans l'assurance-indemnités journalières si elle était obligatoire.

373 *Thèse*

Les informations qui ont été recueillies par un assureur ne peuvent être transmises à un autre assureur sans le consentement de l'assuré que dans la mesure où elles sont nécessaires à l'application des dispositions légales sur le passage d'un assureur à l'autre.

4 Proposition

- 41 Le groupe de travail propose au Département fédéral de l'intérieur que l'examen des questions de protection des données dans l'assurance-maladie soit poursuivi et approfondi, en vue de la présentation de propositions concrètes, notamment sur le plan législatif.
- 42 Cette tâche pourrait être confiée à une commission d'experts, où seraient représentés les milieux intéressés et qui serait présidée par une personnalité n'appartenant pas à l'administration, par exemple un professeur d'université.
- 43 Devraient en particulier être étudiées les implications dans les législations – en cours d'élaboration – sur la partie générale du droit des assurances sociales et sur la mise en oeuvre de l'article 29novies de la constitution, dans le droit des assurances privées, ainsi que dans le droit du travail.
- 44 Le groupe de travail souhaite que le département décide le plus tôt possible de rendre accessible le présent rapport, afin qu'il puisse notamment être utilisé dans les discussions au sein des organisations intéressées.

Berne, juin 1995

Le président du groupe de travail

Claude Voegeli

Annexe: – Décision d'instituer le groupe de travail



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO

EINSETZUNGSVERFÜGUNG

Gestützt auf die Richtlinien des Bundesrates vom 3. Juli 1974 für die Bestellung, Arbeitsweise und Kontrolle von ausserparlamentarischen Kommissionen und auf einen Antrag des Bundesamtes für Sozialversicherung wird hiermit eine

Arbeitsgruppe Datenschutz und Analysenliste/Krankenversicherung (ADAK)

als nichtständige Kommission für die Erfüllung der nachstehend umschriebenen Aufgabe eingesetzt.

Ziel

Verbesserung des Persönlichkeitsschutzes und Verringerung des Gefährdungspotentials bei der Weitergabe von Medizinaldaten an Dritte (insbesondere Krankenversicherungen).

Auftrag

1. Prüfung von Möglichkeiten, den Umgang mit der Liste der Analysen mit Tarif, AL, (Art. 1 der Verordnung VIII des Bundesrates vom 30. Oktober 1968 über die Krankenversicherung betreffend die Auswahl von Arzneimitteln und Analysen, SR 832.141.2) in der zum Zeitpunkt dieser Einsetzungsverfügung geltenden Fassung aus Sicht des Bundesgesetzes über den Datenschutz so zu gestalten, daß dabei

- einerseits im Interesse des Datenschutzes weder Anlaß noch Durchführung und Ergebnis der Laboranalyse allgemein erkennbar werden,
- andererseits die jeweilige Krankenkasse sich im Interesse der übrigen Versicherten sowie öffentlich-rechtlicher Kostenträger vor Begleichung der Laborrechnung überzeugen kann, daß die vorgenommene Laboranalyse dem in Rechnung gestellten Taxpunktwert gemäss AL entspricht.

Nicht zu prüfen sind die periodischen AL-Revisionsvorlagen. Sie werden von der Arbeitsgruppe "Permanente Revision der Analysenliste" (PRAL) erstellt und im ordentlichen Verfahren (Aemterkonsultation) dem Eidg. Datenschutzbeauftragten unterbreitet.

2. Ausarbeitung weiterreichender Vorschläge (Sicherungen, Beschränkungen im Datenverkehr unter bestmöglicher Wahrung der öffentlichen Interessen an einer transparenten Kontrolle der Arztrechnung).

Zusammensetzung

Vorsitz

Voegeli, Claude, lic.iur., Chef
Abteilung Krankenversicherung im BSV
031 / 322 91 44

Aerzteschaft

Kuhn, Hanspeter, Fürsprecher
GS FMH,
Elfenstr.18, 3006 Bern;
031 / 351 55 43

Laboratorien (Stellvertr. des Vorsitzenden)	Riesen , Walter F., Prof. Dr.phil.nat. Präsident der PRAL Kantonsspital, Frobergstr. 3, 9000 St.Gallen; 071 / 26 26 01
Krankenkassen	Wyler , Daniel, lic.iur., KSK, Römerstr. 20, 4500 Solothurn 065 / 204 204
Patientenorganisationen	Schmucki , Peter, Dr.iur., Rechtsanwalt SPO (Stiftung Schweiz. Patienten- Organisationen) Marktgasse 3, Postfach 9004 St.Gallen 071 / 22 44 04
AIDS-Hilfe Schweiz	Charbonney , Roger Chemin du Foron 13 1226 Thonex GE 022/ 342 16 16
Kantone	Amiet , Marianne, lic.iur. (Schweiz.Sanitätsdirektorenkonferenz) Terrassenweg 18, 3012 Bern 031 / 301 21 52
MTK (Medizinaltarif-Kommission UVG)	Huwiler , Beat ZMT (Zentralstelle Medizinaltarife) Chef Sektion Tarifgrundlagen Fluhmattstr.1, 6002 Luzern 041 / 21 51 11
Eidg. Datenschutzbeauftragter	Grand , Carmen, lic.iur. Wiss. Adjunktin im Sekretariat des DSB; 031 / 322 47 52
Bundesamt für Sozialversicherung	Koch , Pedro, Dr.med., Chef Sektion Medizin; 031 / 322 91 25; Kämpf , Reinhard, Dr.pharm., Chef Sektion Pharma; 031 / 322 90 75 (mit beratender Stimme)
Bundesamt für Justiz	Stegmann , Andrea, Fürsprecherin Wiss. Adjunktin in der Abt. I für Rechtsetzung; 031 / 322 47 77
Bundesamt für Gesundheitswesen	Stutz Steiger , Therese, Dr.med. Leiterin Abt. Gesundheitsförderung Postfach, 3097 Liebefeld 031 / 970 87 28

Arbeitsweise

Die ADAK sucht bei ihren Beratungen einstimmige Beschlüsse zu erzielen. Gegebenenfalls stellt sie Minderheitsstandpunkte dar. Bei Bedarf sind Hearings mit betroffenen Kreisen möglich.

Allfällige Vorschläge sind in ausformulierte Texte, (Gesetzes-, Verordnungsstufe, Weisungen) mit Begründung zu kleiden, die insbesondere die genaue Rechtsgrundlage enthält, auf die sich der Vorschlag stützt. Vorschläge im Bereich AL stimmt die ADAK fachtechnisch mit der PRAL ab, bevor sie sie dem BSV unterbreitet. Dieses besorgt ihre Ueberleitung in das ordentliche Verfahren für die AL.

Für das Sekretariat steht das BSV zur Verfügung.

Fristen

Die ADAK übermittelt dem BSV das Ergebnis ihrer Beratungen wie folgt :

Ziffer 1 des Auftrages

1.1 bis spätestens 20. Mai 1994 für die allfällige Berücksichtigung in der ersten AL- Revision auf den 15. September 1994 (Aemterkonsultation der Revisionsvorlage vom 11.- 31.5.94);

1.2 bis spätestens 7. Oktober 1994 für die allfällige Berücksichtigung in der zweiten AL-Revision auf den 15. März 1995 (Plenum der EAK am 2.11.94).

Ziffer 2 des Auftrages (Bericht mit weiterreichenden Vorschlägen) **bis Ende 1994.**

Auftragsdauer

Der Auftrag endet am 31. Dezember 1994.

Verschwiegenheit

Die Verhandlungen, Unterlagen, Protokolle und Vorschläge der ADAK sind vertraulich. Das Departement entscheidet über die Veröffentlichung des Berichtes der ADAK.

Entschädigung

Die Mitglieder, ausgenommen Bedienstete des Bundes, erhalten die gleiche Entschädigung wie die Mitglieder der EAK. Sie richtet sich nach der Verordnung über die Entschädigung für Kommissionsmitglieder, Experten und Beauftragte vom 1. Oktober 1973.

Bern, den 25. April 1994

EIDGENOESSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN



Ruth Dreifuss

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

	Source N° de commande
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f/i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique).	OCFIM* 318.012.1/96 f
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne