Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique OFSP

Unité de direction Assurance maladie et accidents

Données individuelles anonymisées de l'assurance-maladie (EFIND)

Formulaire de demande d'utilisation des données EFIND et de livraison de données individuelles

Auteur/autrice de la demande	
Nom et adresse de l'institution	
Nom, fonction, tél., adresse électronique de la personne responsable et de son/sa suppléant(e)	
Nom des collaborateurs-trices qui vont avoir accès à ces données. Merci de préciser également le nom de l'institution s'il est différent de celui qui effectue la demande	
Nom, prénom, fonction de la/des personne(s) autorisée(s) à signer le contrat	
Description du projet	
Nom du projet	
Brève description du projet (résumé, 1-2 phrases). Une description détaillée du projet couvrant les points suivants est à joindre à cette demande : 1) Situation initiale, objet, pertinence et questions/objectifs du projet de recherche 2) Démarche scientifique / Méthodes / Données souhaitées 3) Publications / présentations escomptées, 4) Calendrier / jalons Mandat (mandataire et personne(s) de contact) ou organisme de financement. Si existant, le plan de recherche ou contrat est à joindre à cette demande	
Sécurité des données	
Description des mesures techniques actuellement en place dans le cadre du projet de recherche	
ormulaire de demande des données FFIND v2022 04	Section Cestion des données et statistique

Description des mesures organisationnelles actuellement en place dans le cadre du projet de recherche	
Lieu d'exploitation et de stockage des données	
Données EFIND	
Variables requises Cocher (X) les variables nécessaires au projet de recherche décrit ci-dessus	Données sociodémographiques ☐ Âge ☐ Groupes d'âge (adultes, jeunes adultes, enfants) ☐ Catégories d'âge par tranches de 5 ans (0-5, 6-10, 11-15, etc) ☐ Sexe ☐ Canton de résidence ☐ Région Medstat ☐ Informations relatives à la compensation des risques Préciser :
3 Turn da mina angli mata ang mata (OU an EU)	Données de la couverture d'assurance
³ Type de prime appliquée aux assurés (CH ou EU)	☐ Région d'activité³ ☐ Primes CH ☐ Primes EU
⁴ Base, HAM_RDS, HMO, DIV ⁵ Base, Bonus, HAM_RDS_A, HMO_A, HMO_B, HDIV_A, HDIV_B, AND	 ☐ Modèle d'assurance ☐ Type de tarif⁴ ☐ Type de modèle⁵
	□ Couverture accident
	☐ Région de prime
	☐ Franchise
⁶ Prime basée sur les tarifs de l'approbation des primes	☐ Prime approuvée ⁶
⁷ Total des primes selon l'approbation des primes	☐ Prime brute ⁷
⁸ Total des primes nettes de la contribution cantonale (les escomptes ne sont pas pris en compte)	☐ Prime nette ⁸
⁹ Codification selon les barèmes de primes tels qu'énoncés dans l'Art, 98 alinéa 3 OAMal	☐ Barème de prime pour les primes BONUS ⁹

	☐ Durée de la couverture d'assurance	
	☐ Informations relatives au statut de l'assuré au début et/ou à la fin de sa couverture d'assurance Préciser :	
¹⁰ Coûts selon la date de traitement, avec date de référence au 30.04 de l'année suivante	Données sur les coûts¹º relatifs à l'assurance-maladie obligatoire ☐ Coûts bruts	
¹¹ Il n'est possible de fournir une série temporelle que sur les cinq dernières années d'exercice disponibles	☐ Participation aux coûts	
	☐ Coûts nets	
	Années d'exercice requises ☐ 2019	
	□ 2020	
	□ 2021	
	□ 2022	
	□ 2023	
	Série temporelle¹¹ □ Oui	
	□ Non	
	Les données demandées peuvent être agrégées avant transmission Oui, un format agrégé est suffisant pour les analyses envisagées Non, les enregistrements individuels sont nécessaires Préciser:	
Délais		
Début du projet Livraison des données souhaitées Fin du projet		
Date :		
Nom, prénom et fonction de la personne responsable de l'institution :		
Nom, prénom de la personne responsable :		

À renvoyer par courriel à KUV-DMS@bag.admin.ch