

**1ère Conférence Nord Africaine
des Affaires Réglementaires et de Pharmaco-Économie
SAARPE : 9 février 2017 CIC d'Alger,**

**CONTRATS DE PERFORMANCE ET
L'INNOVATION PHARMACEUTIQUE**

Prof. Robert Launois

28, rue d'Assas
75006 Paris – France
Tel. 01 44 39 16 90 – Fax 01 44 39 16 92

E-mail : launois.reesfrance@wanadoo.fr – Web : www.rees-france.com





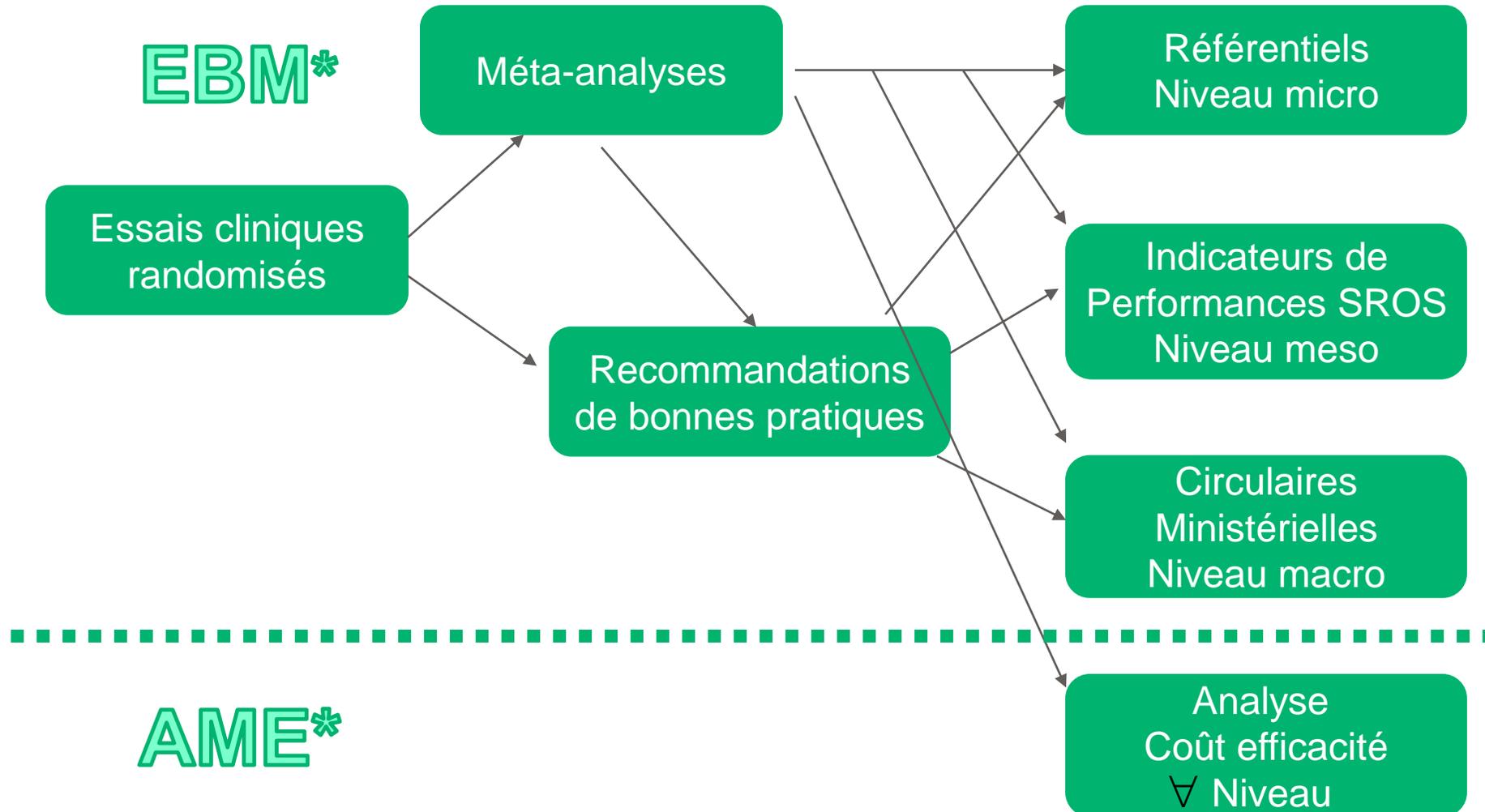
INTRODUCTION

« IL EST TOUJOURS TROP TÔT POUR ÉVALUER, JUSQU'À CE QUE,
SOUDAINEMENT, IL SOIT TROP TARD. »

Buxton 1987

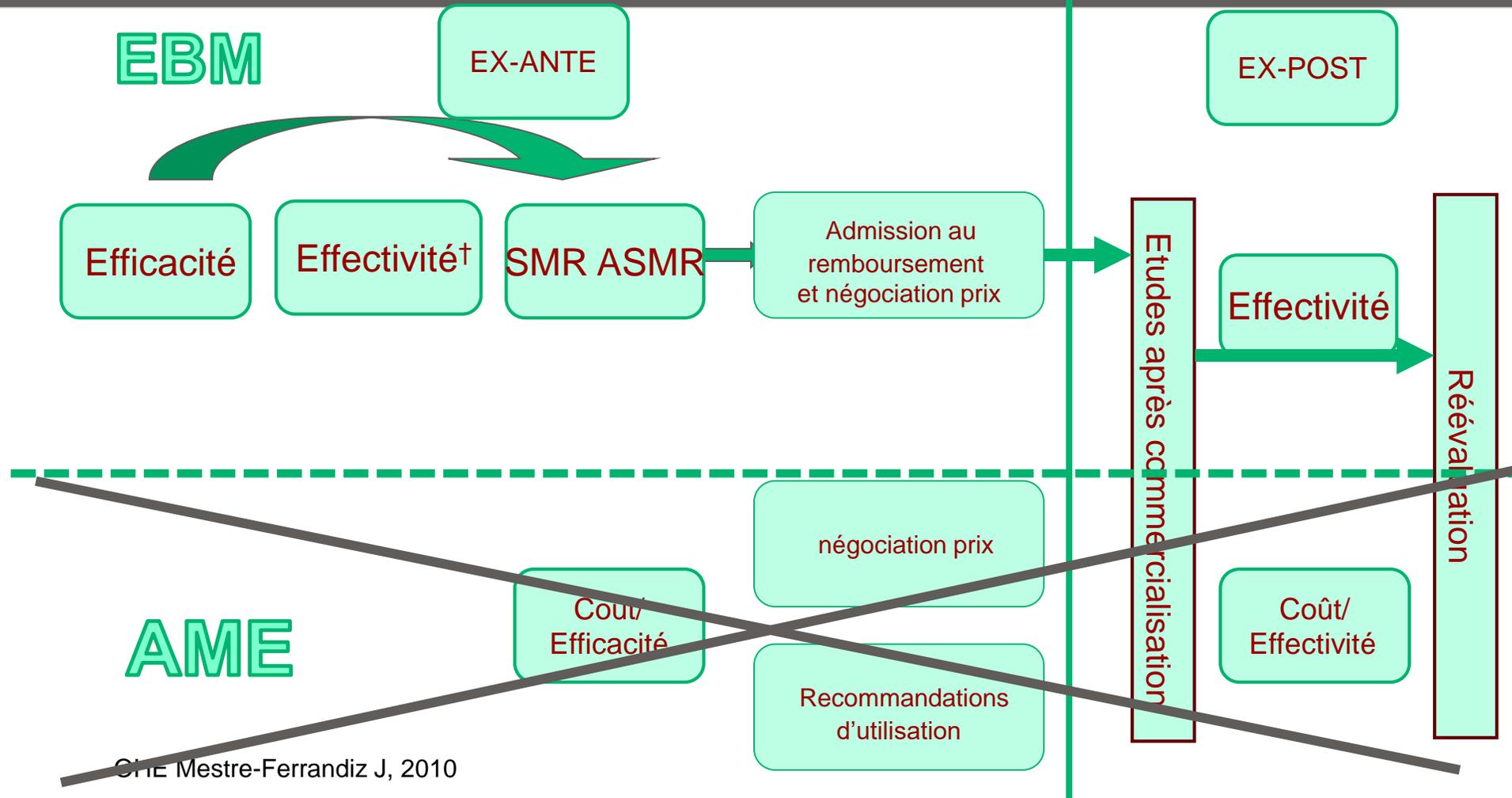
Buxton MJ. Problems in the economic appraisal of new health technology: the evaluation of heart transplants in the UK. In: Drummond MF. Economic appraisal of health technology in the European Community. Oxford Medical Publications, 1987:103-18

DE LA RECHERCHE CLINIQUE À LA POLITIQUE DE SANTÉ : EBM* VS AME*



* Médecine fondée sur les preuves * Analyse Médico-Economique

PROCÉDURES D'ACCÈS AU MARCHÉ DU MÉDICAMENT REMBOURSABLE EN FRANCE AVANT 2012



CHU Mestre-Ferrandiz J, 2010

† Effet attendu en situation réelle

LA FIN DE L'ERE « OBSCURANTISTE » LE DÉCRET DU 2 OCTOBRE 2012

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2012-1116 du 2 octobre 2012 relatif aux missions médico-économiques de la Haute Autorité de santé

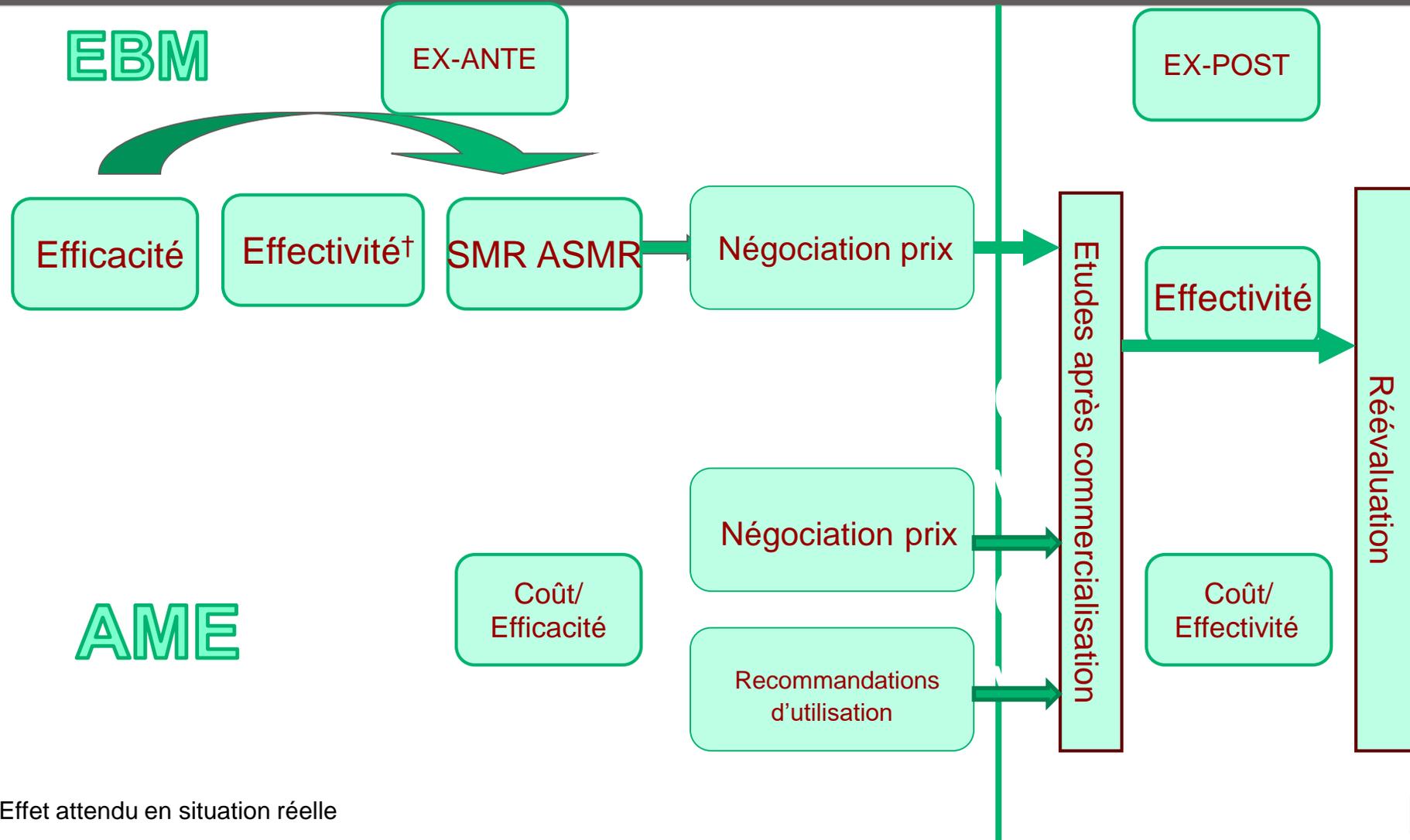
« Art. R. 161-71-1. – I. – Dans le cadre d'une procédure d'inscription ou de renouvellement d'inscription sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale et L. 5123-2 du code de la santé publique, une évaluation médico-économique est requise lorsque les deux conditions suivantes sont remplies :

« 1° La reconnaissance ou la confirmation d'une amélioration du service médical rendu ou du service attendu, majeure, importante ou modérée, au sens du 2° de l'article R. 163-18 et du 3° de l'article R. 165-11, est sollicitée par l'entreprise ;

« 2° Le produit ou la technologie a ou est susceptible d'avoir un impact significatif sur les dépenses de l'assurance maladie compte tenu de son incidence sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ou les conditions de prise en charge des malades et, le cas échéant, de son prix.

« Dans ce cas, l'entreprise soumet à la commission mentionnée au treizième alinéa de l'article L. 161-37, lors du dépôt de la demande d'inscription ou de renouvellement, toute étude médico-économique relative au produit ou à la technologie concernée dont elle dispose et lui transmet, par voie électronique, les modèles ou données médico-économiques nécessaires à l'évaluation mentionnée au premier alinéa ainsi que les éléments prévus, selon le cas, aux articles R. 163-8, R. 163-10, R. 165-7 ou R. 165-10. L'entreprise adresse, concomitamment, une copie de ces éléments et données, par voie électronique, au comité économique des produits de santé.

PROCÉDURES D'ACCÈS AU MARCHÉ DU MÉDICAMENT REMBOURSABLE EN FRANCE APRES 2012



† Effet attendu en situation réelle

LA REGLE D'OR EVALUER LE MÉDICAMENT TOUT AU LONG DE SON CYCLE DE VIE

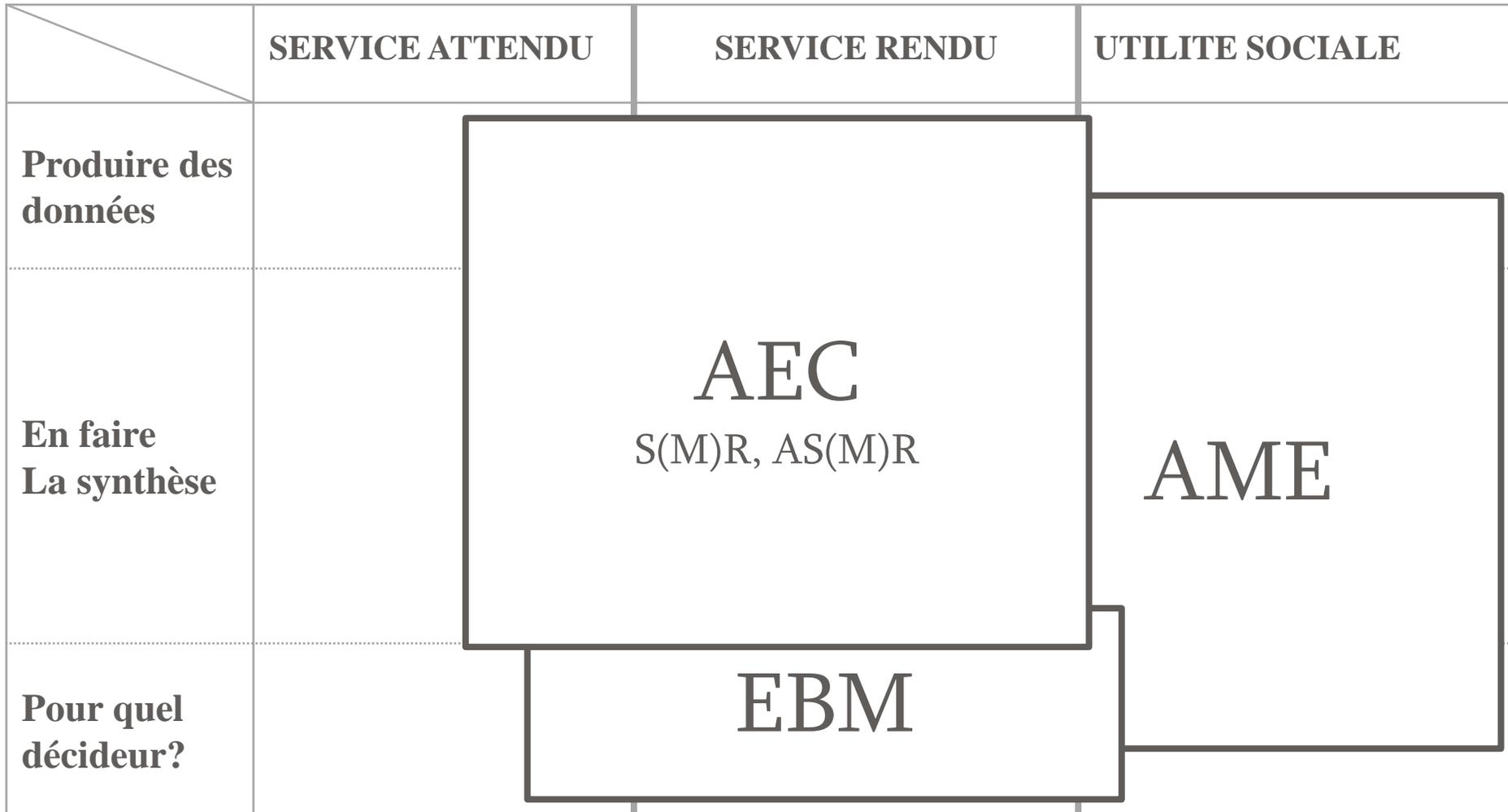
8

- ❖ **Evaluation « ex ante »** : Modèles de prévisions des effets du traitement sur les variables de résultats, réalisés avant l'admission au remboursement et avant la fixation du prix
- ❖ **Evaluation « ex post »** en vie réelle après commercialisation (post AMM)
 - Données expérimentales : *essais randomisés pragmatiques*
 - Données non expérimentales ou quasi expérimentales : avec comparateur mais sans randomisation
- ❖ **Audit encore appelé « Evaluation normative »** : visant à vérifier la réalisation des engagements pris dans le cadre du cahier des charges.

LES MODALITES POSSIBLES DE FIXATION DES PRIX DU MÉDICAMENT

- ❖ **Benchmarking international** : référence aux prix payés par d'autres pays
- ❖ Utilisation à l'entrée sur le marché de **références thérapeutiques internes fondées sur l'ASMR** et une comparaison / aux prix des produits existants
- ❖ Différenciation du prix en fonction de la **valeur médico économique** (ETS) utilisé de manière plus ou moins formelle dans la plupart des pays de l'OCDE
- ❖ Accord prix-volume, accord **de partage des risques**
- ❖ Contrôle indirect par le biais d'un taux de **Retour Sur Investissement (RSI)** à ne pas dépasser (GB jusqu'en 2014)

QUELLE(S) EVALUATION(S) : AEC, AME, EBM ?



❖ **AEC :Analyse de l'efficacité/de l'Effectivité Comparative.**

- **Éclairer les choix de toutes les parties prenantes sur la plus value thérapeutique des différents traitements les uns par rapport aux autres en situation expérimentale/ ou en condition réelle d'usage, abstraction faite de toute considération économique.**
- *Synonymes : comparative efficacy (CE) ; Service médical rendu (SMR) ; Comparative Effectiveness research (CER); Relative Effectiveness Assessment (REA) ; Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR)*

❖ **AME: Analyse médico économique.**

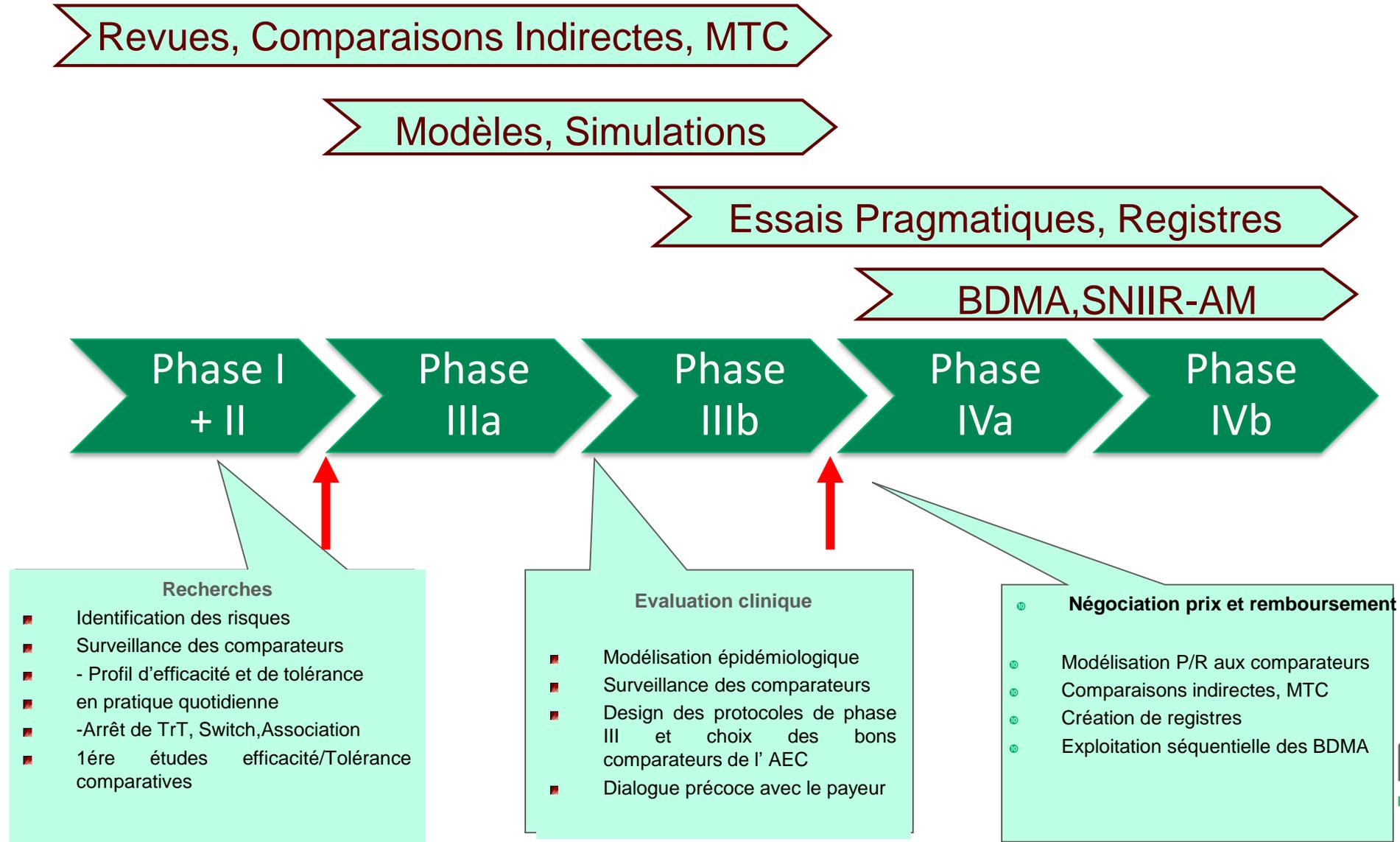
- **Éclairer les décisions publiques en matière d'admission au remboursement et de prix, en prenant en compte toutes leurs répercussions et notamment leurs répercussions économiques ».**
- *Synonymes: Analyse coût résultat (ACR) intègre explicitement la Qol; Évaluation des technologies de santé, (ETS); Health technologies Assessment (HTA) ,*

❖ **EBM : Médecine Fondée sur les Preuves.**

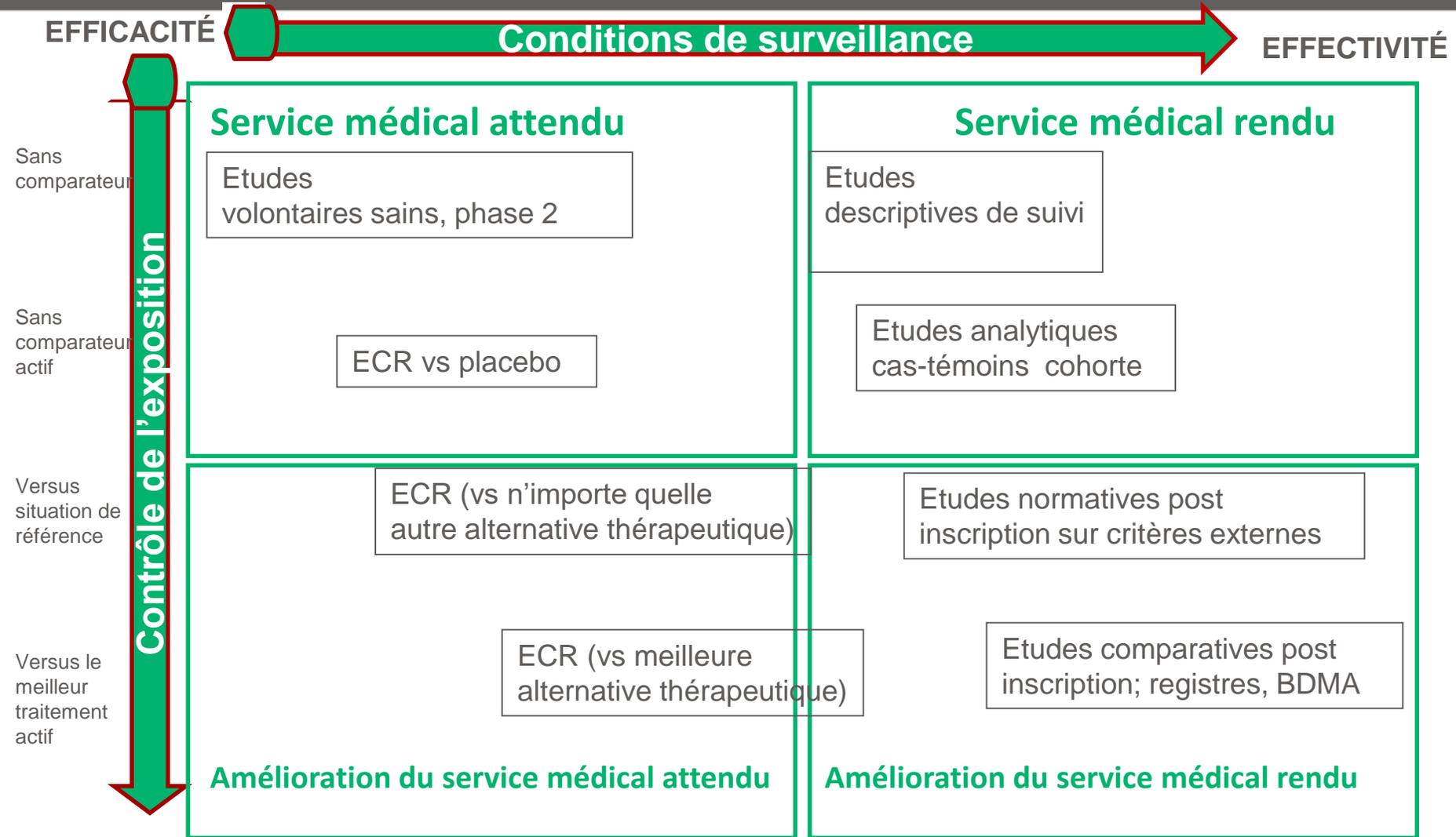
- **Éclairer les décisions thérapeutiques des cliniciens pour la prise en charge individuelle des patients en mobilisant les meilleurs preuves disponibles issues de la recherche médicale**

LA DÉMARCHE EVALUATIVE: UN PROCESSUS CONTINU

S.Schneeweiss Clinical Pharmacology & Therapeutic 2011



EFFICACITÉ VS EFFECTIVITÉ



Source: hight level pharmaceutical forum 2005-2008

LES RAISONS DU DÉCALAGE

Efficacité Expérimentale



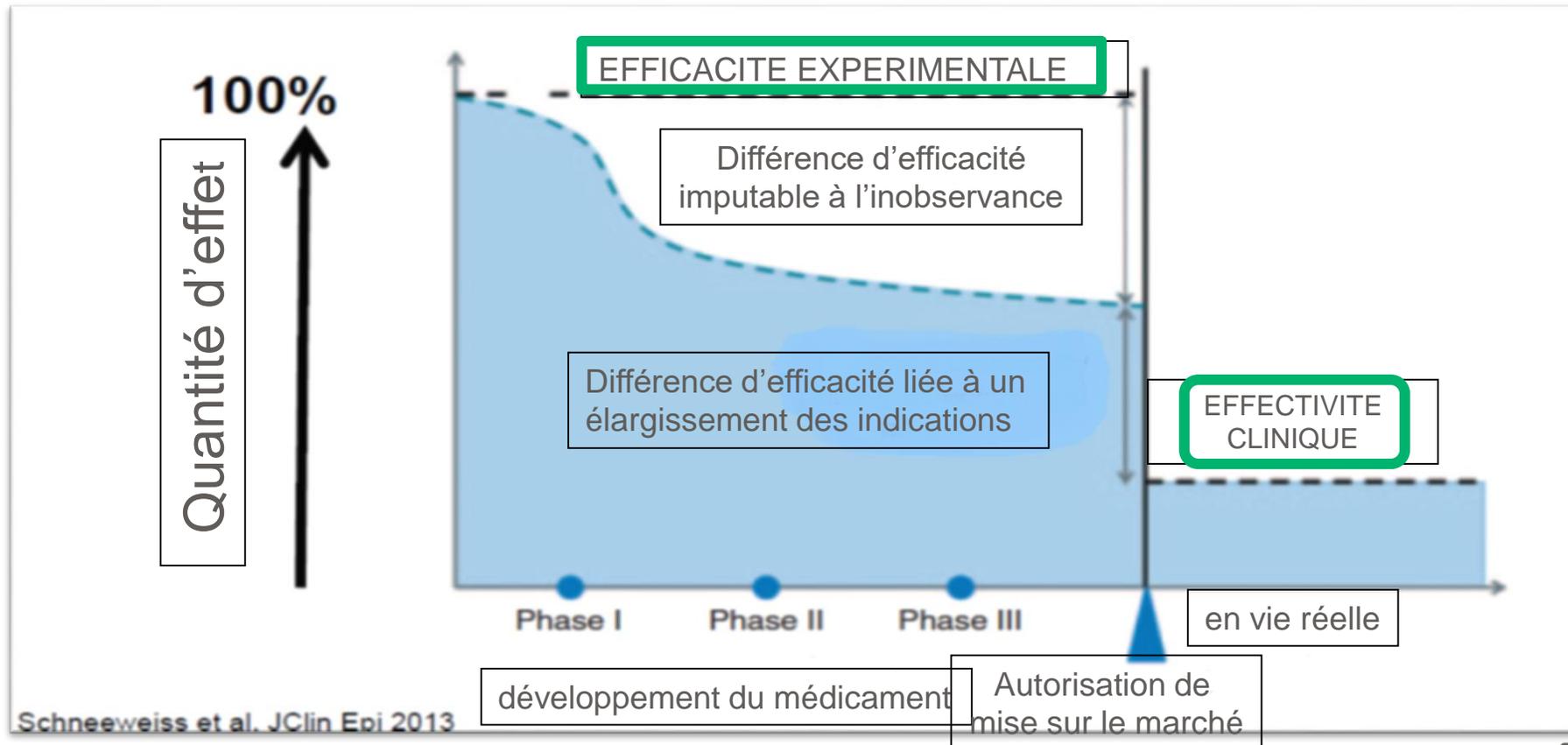
Observance



Analyse en sous groupes



Efficacité Observationnelle





Suivi en vie réelle

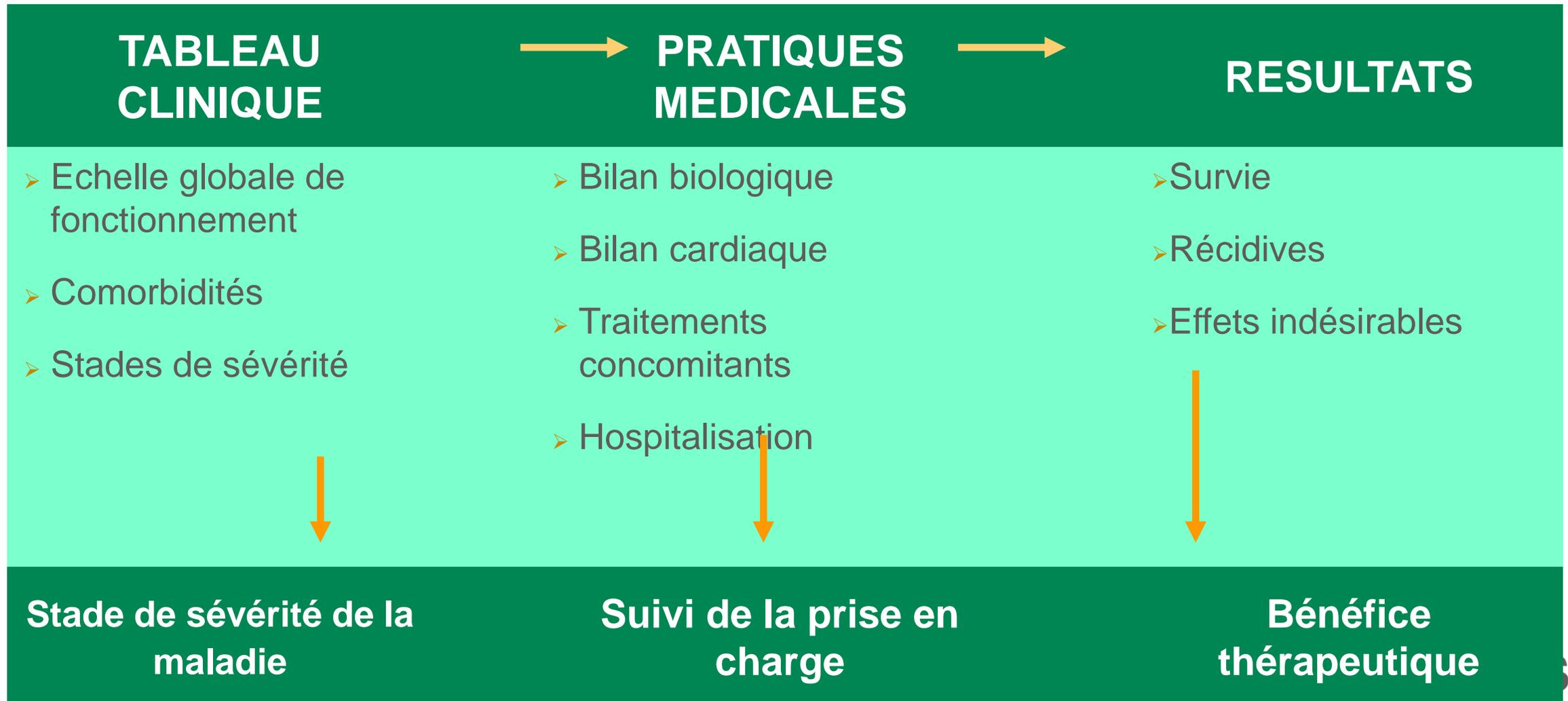
L'Analyse Économique

est une Discipline d'Aval de la Prise en Charge Médicale

16

- Elle prend les empreintes de la démarche clinique
- Elle en fait un moulage
- Elle y coule des Euros

LES DONNÉES CLINIQUES SONT DES DONNÉES INDIVIDUELLES ET ALÉATOIRES



LES TARIFS ET LES COÛTS SONT DES DONNÉES PUBLIQUES, EXOGÈNES ET DÉTERMINISTES



Ils sont disponibles sur les étagères
des bibliothèques administratives et
extérieures par nature à un CRF

CADRE ANALYTIQUE DE L'ACR

• Deux traitements (ttx) : un nouveau (A) vs. Un ancien (B)

• Coûts :

– Pts dans le groupe nouveau ttx : $C_{a1}, C_{a2}, \dots, C_{aK} \rightarrow$

– Pts dans le groupe ancien ttx : $C_{b1}, C_{b2}, \dots, C_{bJ} \rightarrow$

$$\begin{matrix} \overline{C}_A \\ \overline{C}_B \end{matrix}$$

• Efficacité :

– Exemples de mesures:

- Quality-adjusted life years (QALYs)
- Années de vie gagnées

– Pts dans le groupe nouveau ttx : $E_{a1}, E_{a2}, \dots, E_{aK} \rightarrow$

– Pts dans le groupe ancien ttx : $E_{b1}, E_{b2}, \dots, E_{bJ} \rightarrow$

$$\begin{matrix} \overline{E}_A \\ \overline{E}_B \end{matrix}$$

COLLECTE DE DONNÉES INDIVIDUELLES « BOTTOM UP » EN VOLUME,

	e-CRF	Valorisation	Source
Coûts directs	Soins ambulatoires : <ul style="list-style-type: none"> ■ Médecins ■ Auxiliaires médicaux ■ Analyses (biologie) 	Tarifs conventionnels	CCAM, NGAP, NABM (CNAMTS)
	Hospitalisations	Coût GHS	PMSI –GHS, PSY
	Médicaments	Prix public	Vidal
Coûts indirects	Arrêts de travail (et absences professionnelles)	Salaire brut moyen * Nombre de jours	INSEE

Quel Montant Doit-on Investir Pour Obtenir le Résultat Attendu ?

Le Rapport Investissement additionnel/Quantité d'Effets Induites:

21

Deux populations indépendantes appariées
par la méthode du score de propension

groupe avant (N=420)
moyennes : \bar{E}_{Avant} , \bar{C}_{Avant}

groupe après (N=420)
Moyennes : $\bar{E}_{Après}$, $\bar{C}_{Après}$

Ratio coût efficacité différentiel

$$RDCR = \frac{\Delta C}{\Delta E} = \frac{\bar{C}_{Après} - \bar{C}_{Avant}}{\bar{E}_{Après} - \bar{E}_{Avant}}$$

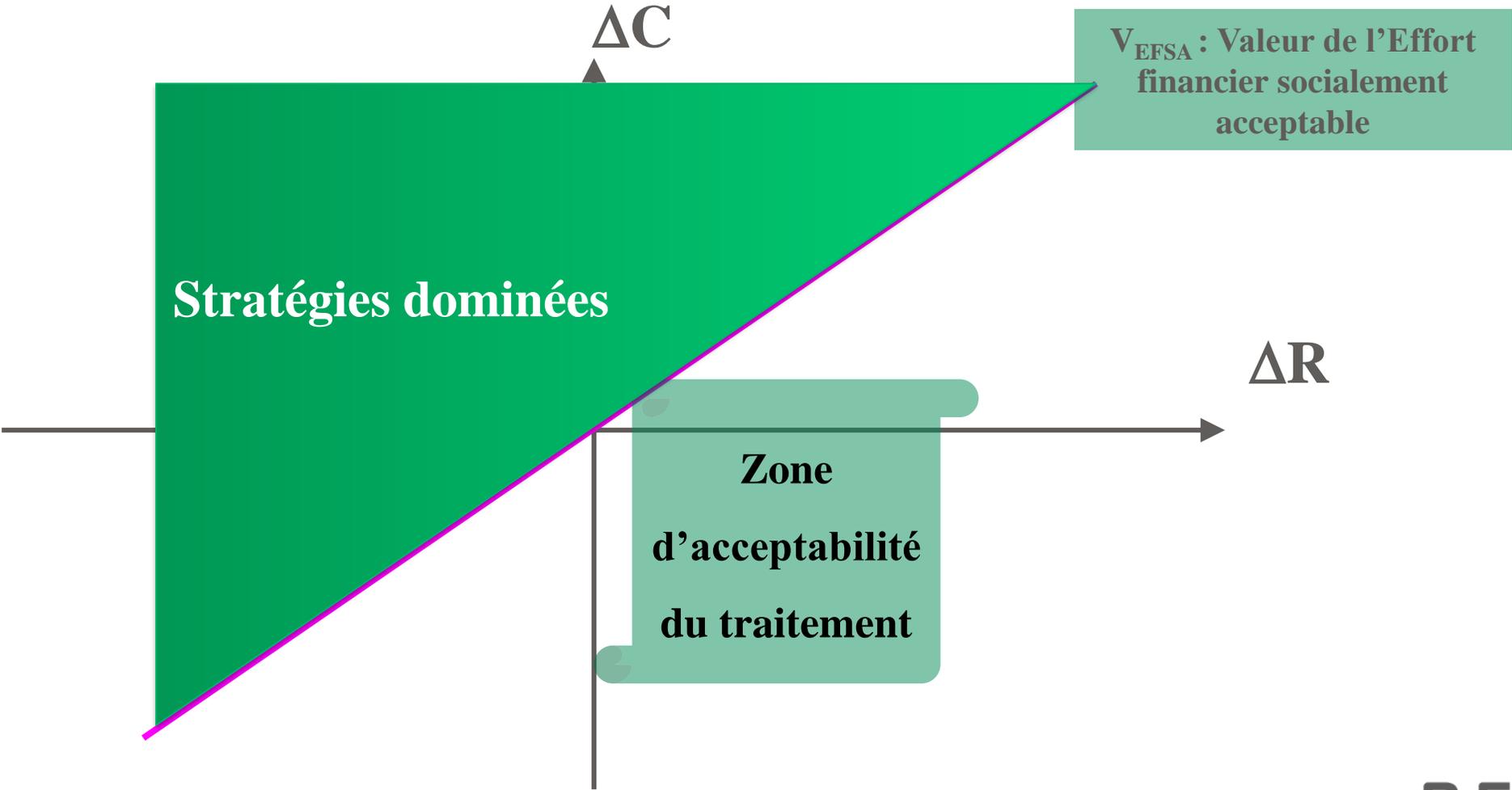
LE RATIO DIFFÉRENTIEL COÛT RÉSULTAT RDCR

$$RDCR = \frac{\mu_{CA} - \mu_{CB}}{\mu_{EA} - \mu_{EB}} = \frac{\mu_{\Delta C}}{\mu_{\Delta E}}$$

↑
Inférer sur la valeur vraie (mais inobservable) du ratio RDCR dans la population à partir de la valeur du ratio observé dans une simulation

$$RDCR = \frac{\overline{C_a} - \overline{C_b}}{\overline{E_a} - \overline{E_b}} = \frac{\Delta C}{\Delta E}$$

COMBIEN LES BIENS PORTANTS SONT-ILS PRÊTS À PAYER ?

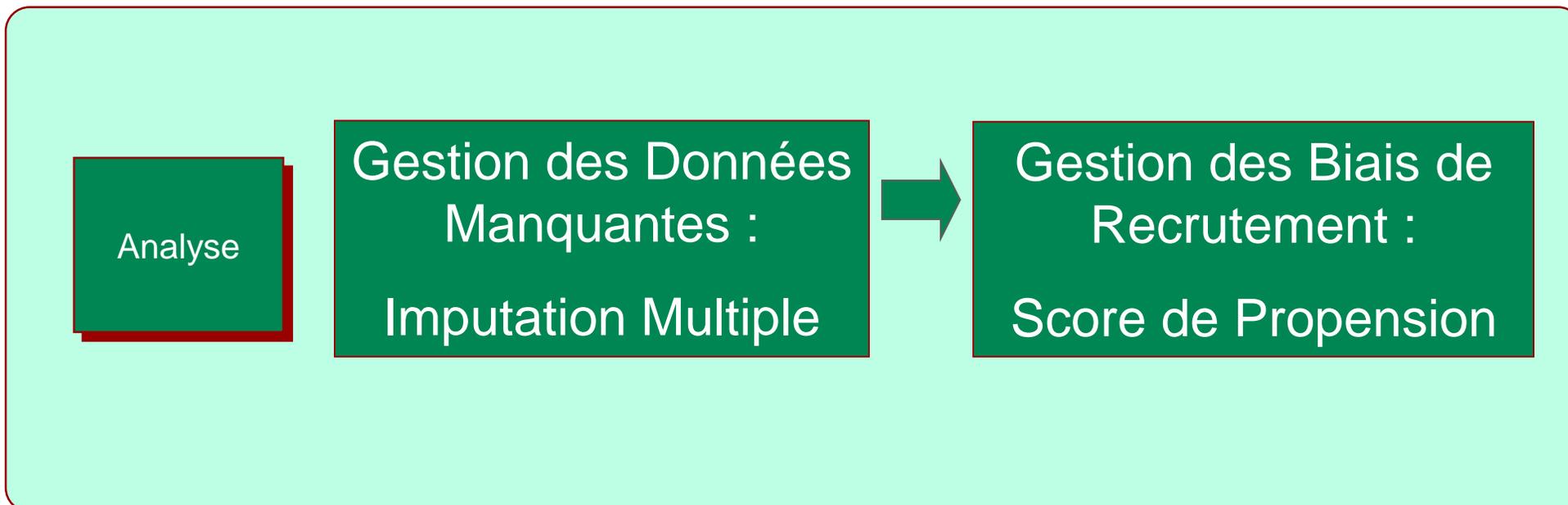
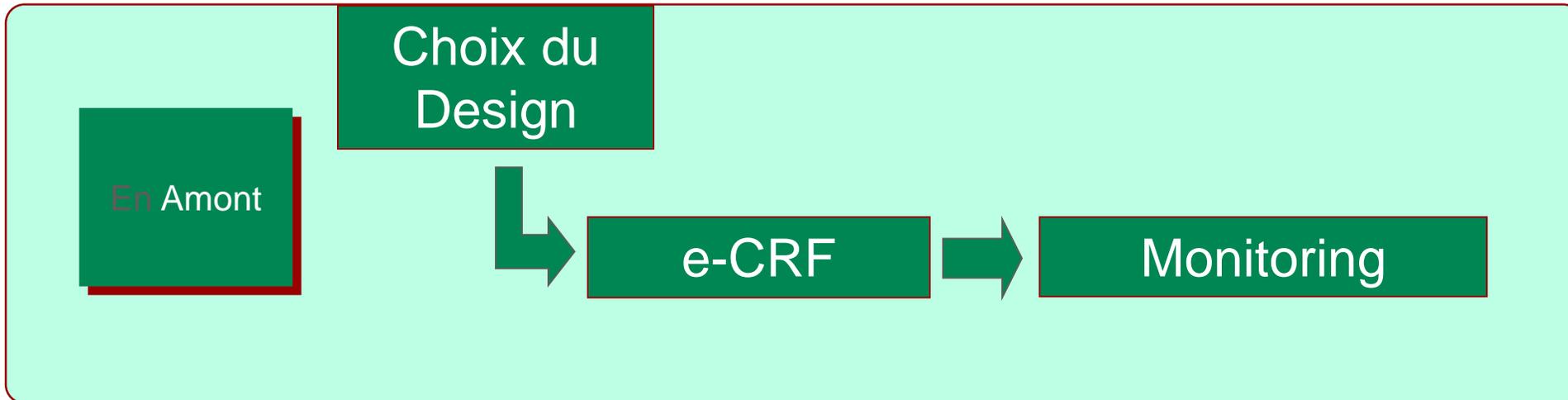




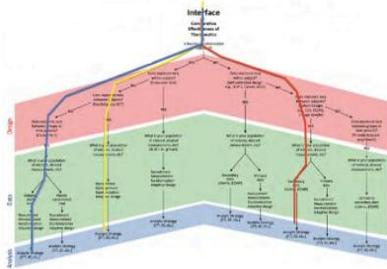
Choix d'un schéma d'étude



Études Observationnelles Prospectives



LE « FLOUTAGE » PROGRESSIF DES FRONTIÈRES ENTRE ETUDES DE PRÉ & DE POST COMMERCIALISATION



La boîte à outil pour faire remonter des données de terrain



Faut-il conseiller une randomisation?

OUI- Choisir la randomisation quand:

- le risque initial de biais est élevé
- Le financement est disponible
- Le temps dont on dispose est conséquent

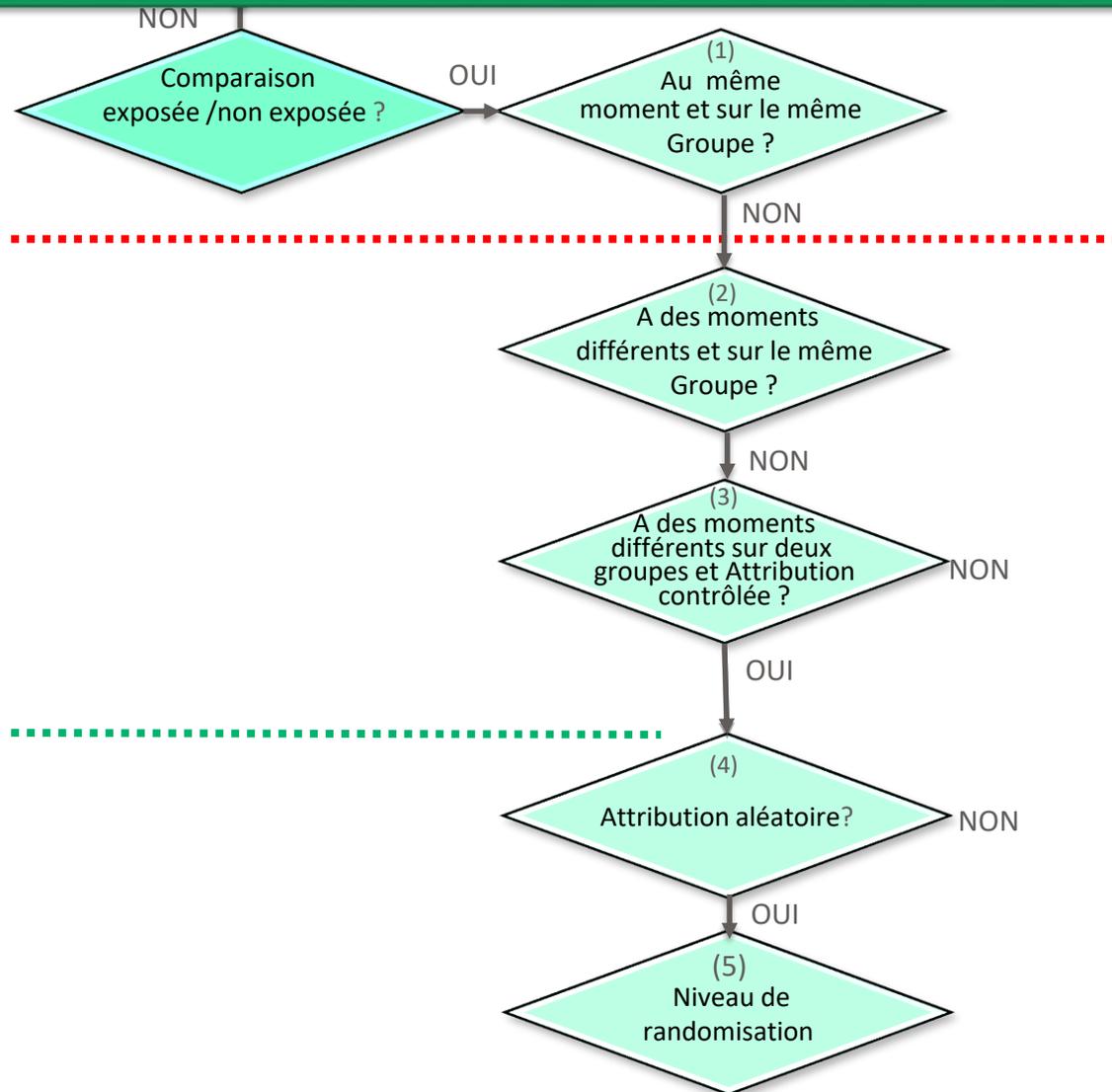
NON-Choisir une étude observationnelle quand:

- On recherche l'effectivité clinique en pratique médicale quotidienne
- Il existe de bonnes raisons de croire que les techniques statistiques mises en œuvre permettront de maîtriser les biais

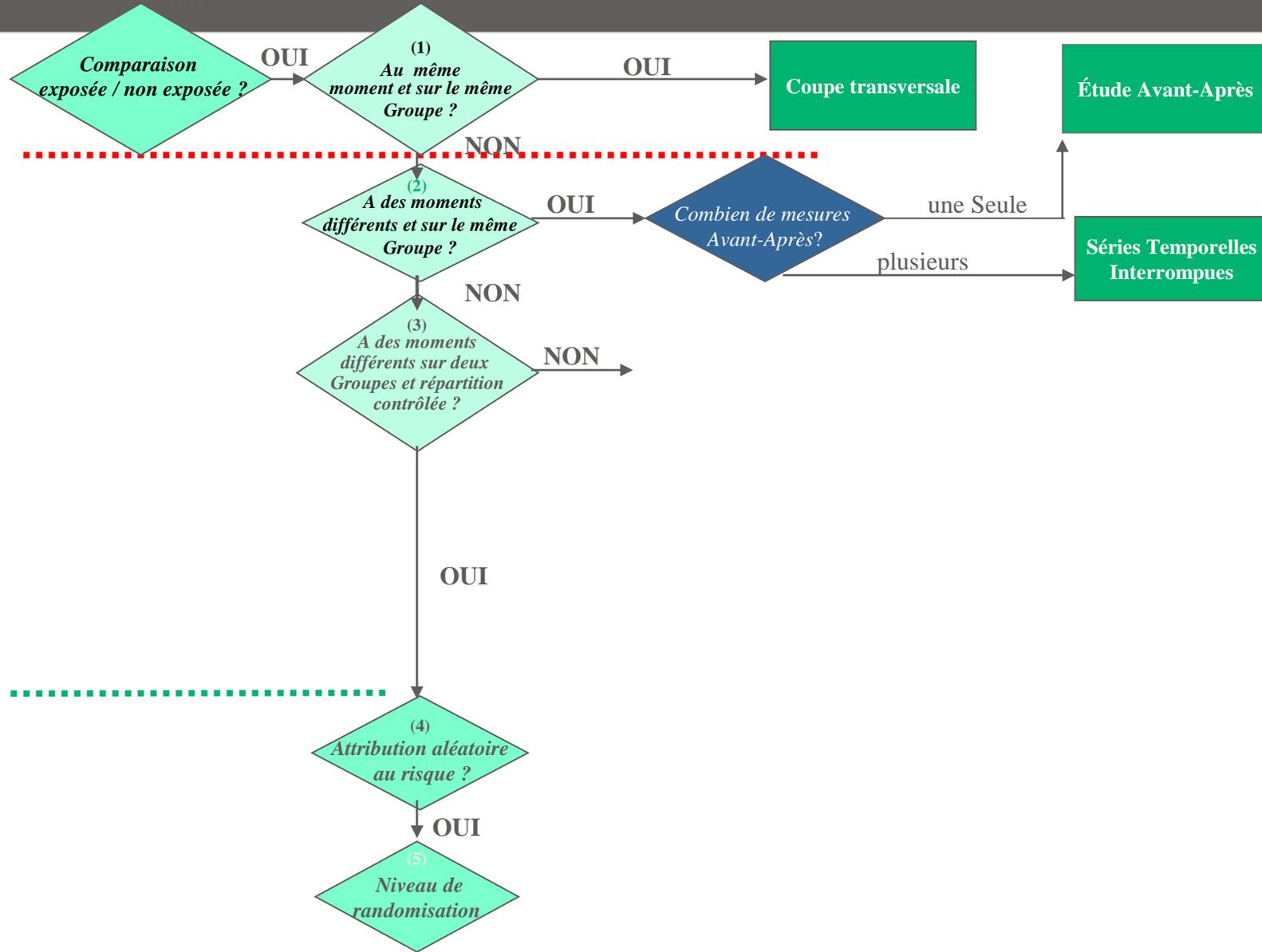
Le Choix d'un Design : Les Bonnes Questions

Étude descriptive – Étude normative

Absence de preuve

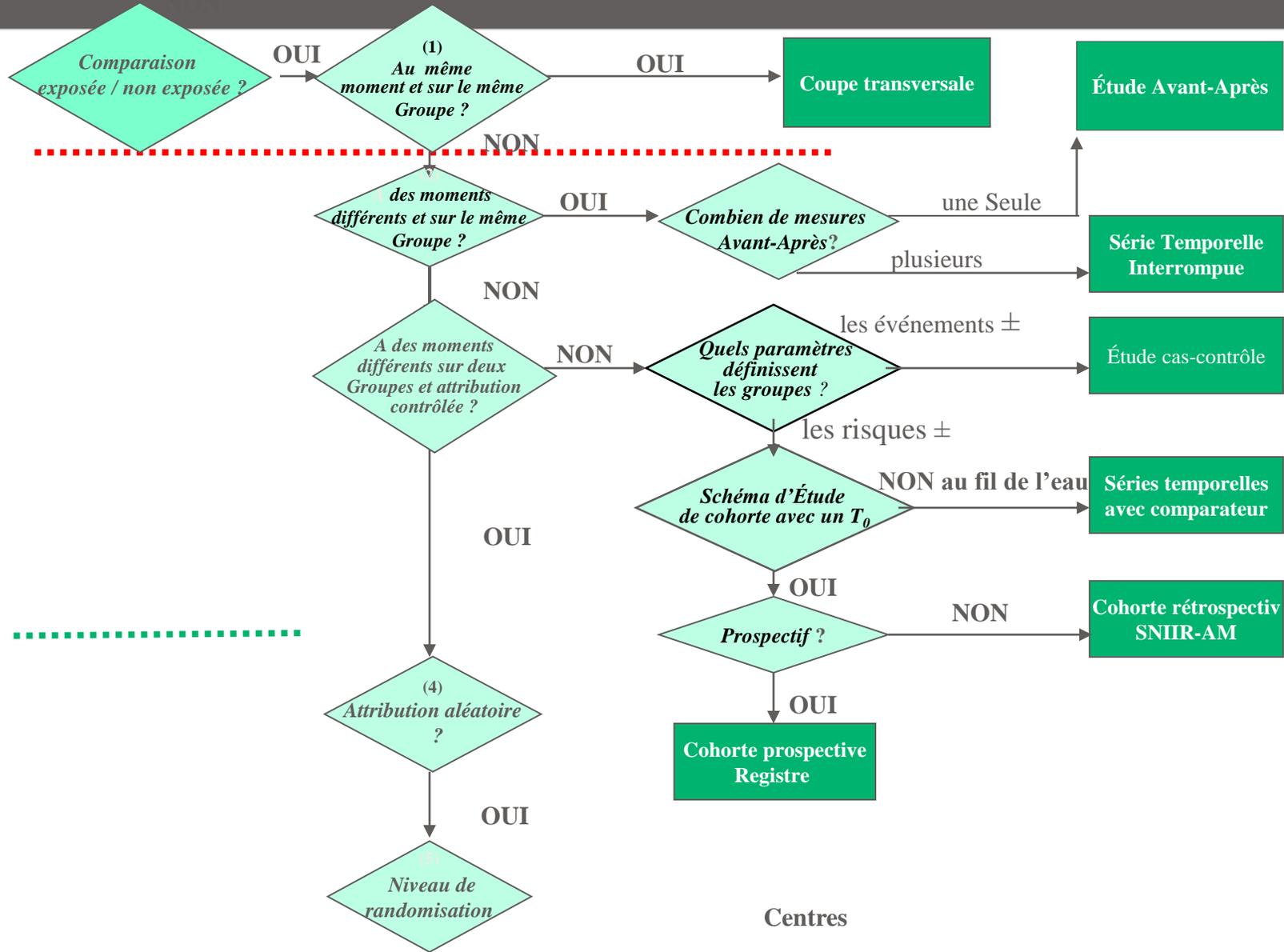


Algorithme de Classification des Etudes



Algorithme de Classification des Etudes

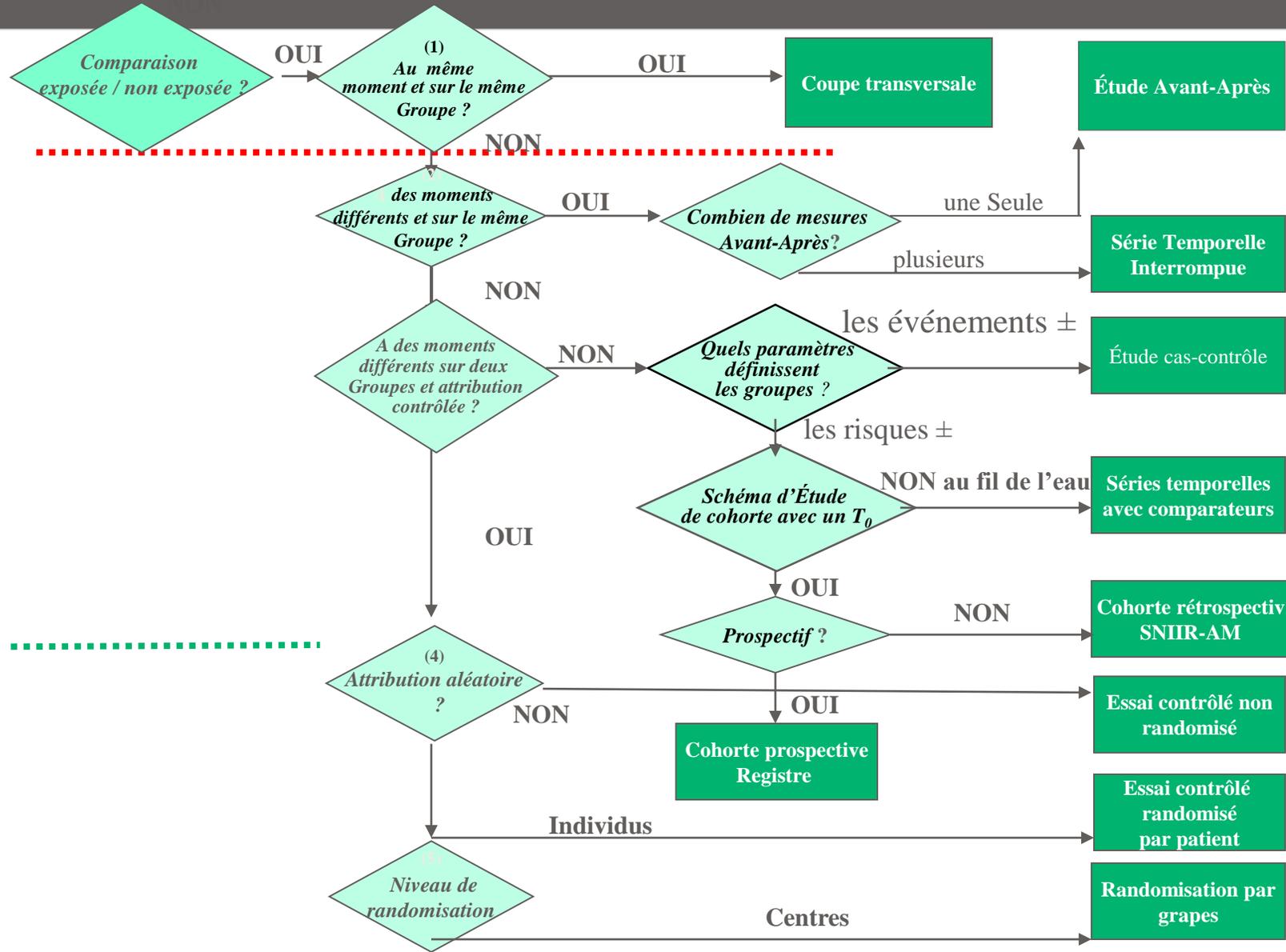
Étude descriptive–Étude normative



Algorithme de Classification des Etudes

Étude descriptive–Étude normative

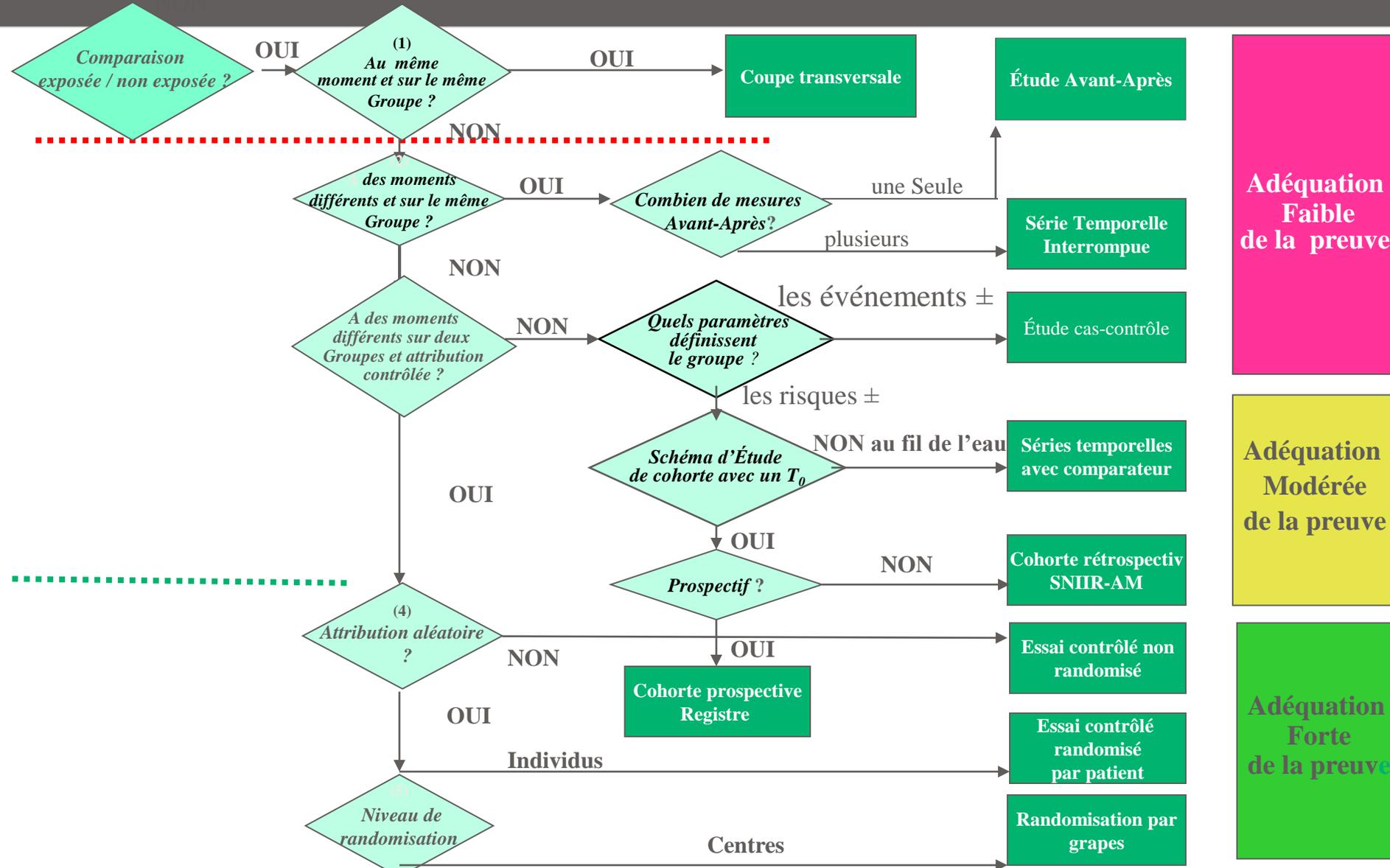
Absence de preuve



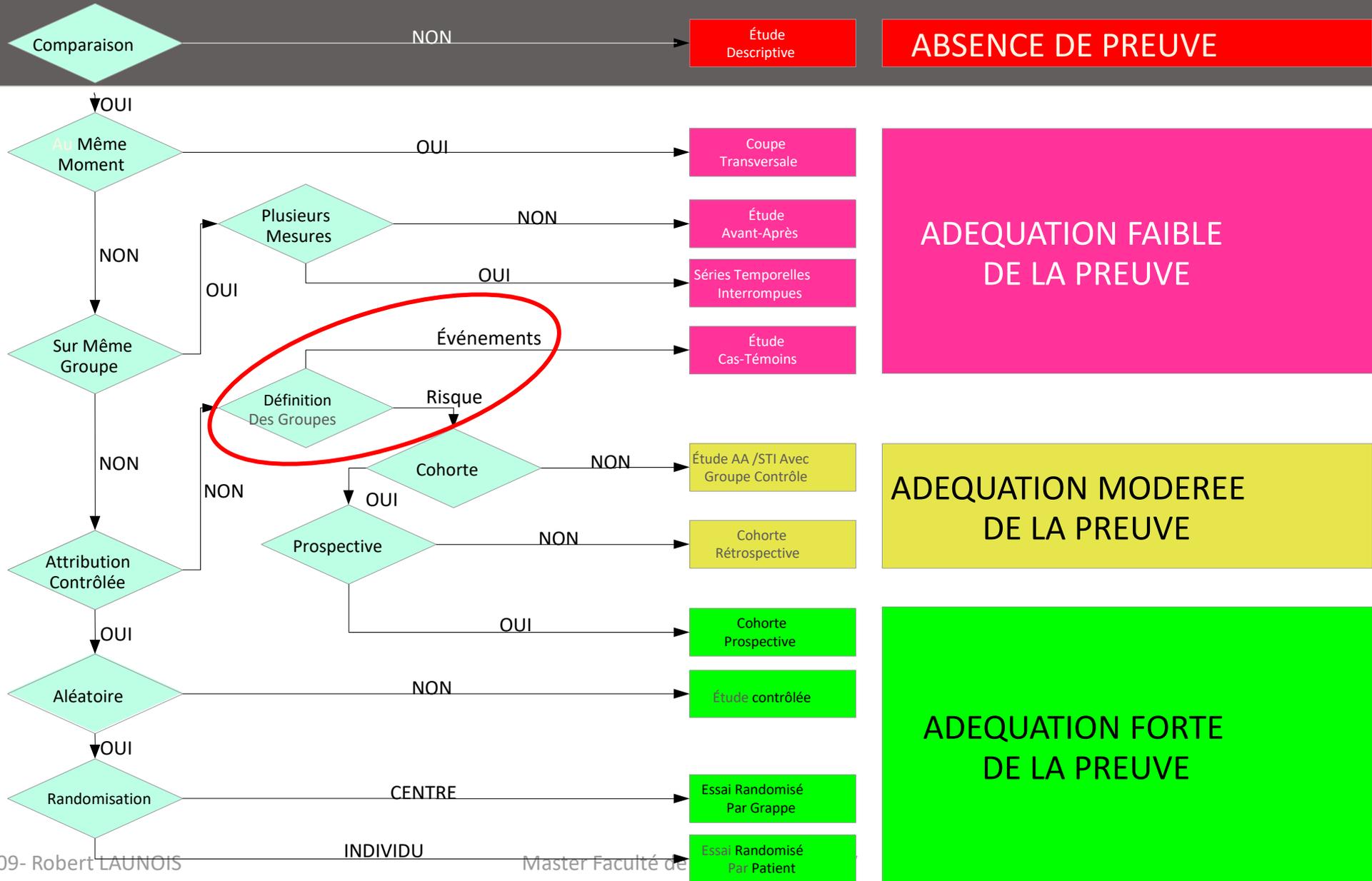
Algorithme de Classification des Etudes

Étude descriptive–Étude normative

Absence de preuve



Recap: Schémas d'Étude



ADEQUATION FAIBLE DE LA PREUVE

ADEQUATION MODEREE DE LA PREUVE

ADEQUATION FORTE DE LA PREUVE

www.rees-research.com

- **Outil interactif** permettant de colliger de façon décentralisée des informations médicales et économiques,
- Avec des « **contrôles** » sur un certain nombre de champs, immédiats lors de l'enregistrement des interfaces, et différés au fur et à mesure du remplissage de la base de données,
- **Sécurisé** : authentification de l'utilisateur, accès restreint à ses dossiers patients, données indirectement nominatives.

Recueil Online

CRFonLINE 5.5.40.5

CLINSIGHT

CONNECT...

Study :

Type : Investigator

Login :

Password :

[Forgot password?](#)

[SSL certificate](#)

© 2005 Clinsight All rights reserved.

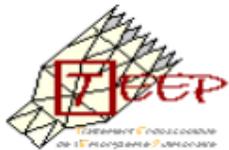
Connect

L'Étude TEEP

←

←

Patient 99002 -
Section Sélection - Page Examen Clinique

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Identifiant patient 99002DUPJE

Au vu des données saisies à la page précédente, ce patient reste éligible.

Examen clinique

Examen le jour de la visite

Si non : Date de l'examen (JJ/MM/AAAA)

Poids kg

Taille cm

Indice de masse corporelle (BMI) 29.33 kg/m²

Le patient reste éligible.

Pression artérielle Systolique mmHg
Diastolique mmHg

Pouls bpm

Fréquence respiratoire /min

Température °C

LIONEL FRANCA
CRF
Visites
Section
Sélection
Page
3 - Examen Clinique

 Save the page

 Print CRF

 Field format

 Run pre-tests

 History



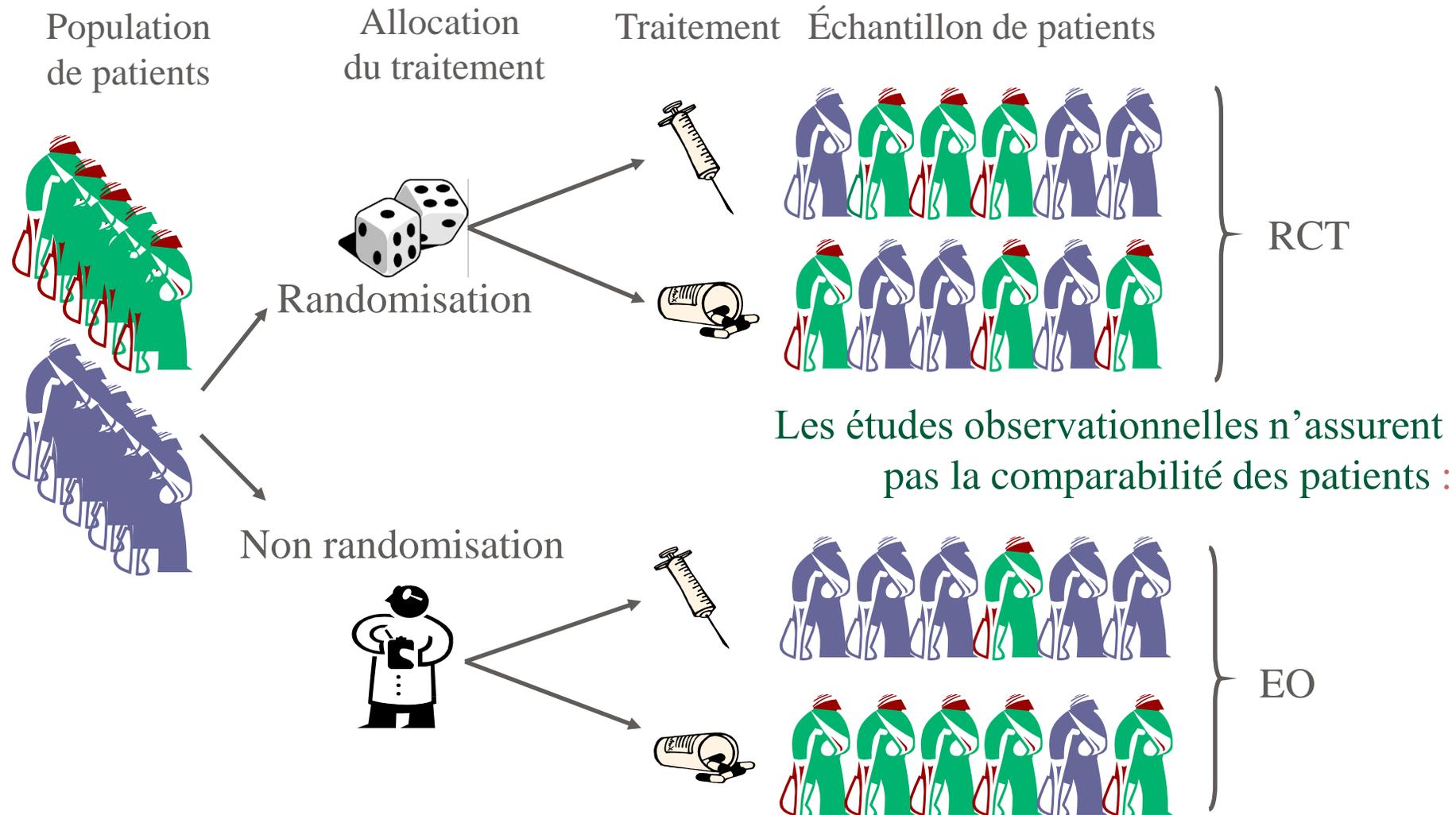
La neutralisation des biais



EVALUATIONS NON EXPÉRIMENTALES, BIAIS ET FACTEURS DE CONFUSION

- ***Un biais, c'est une erreur systématique*** qui introduit un **écart** entre la **valeur estimée** des variables d'intérêt et leur **valeur vraie**, ce qui entraîne une interprétation erronée du résultat.
- ***Un facteur de confusion est un mélange d'effets*** (facteur tiers et facteur d'exposition) qui biaise l'interprétation des résultats de l'étude, parce que *l'association simultanée du facteur tiers*
 - avec *l'exposition* (i.e le programme, le traitement)
 - et avec *la survenue de l'événement*fait croire faussement que le facteur d'exposition est le fait générateur de la survenue de l'événement. Ex cheveux gris /infarctus /age

LE BIAIS DE RECRUTEMENT



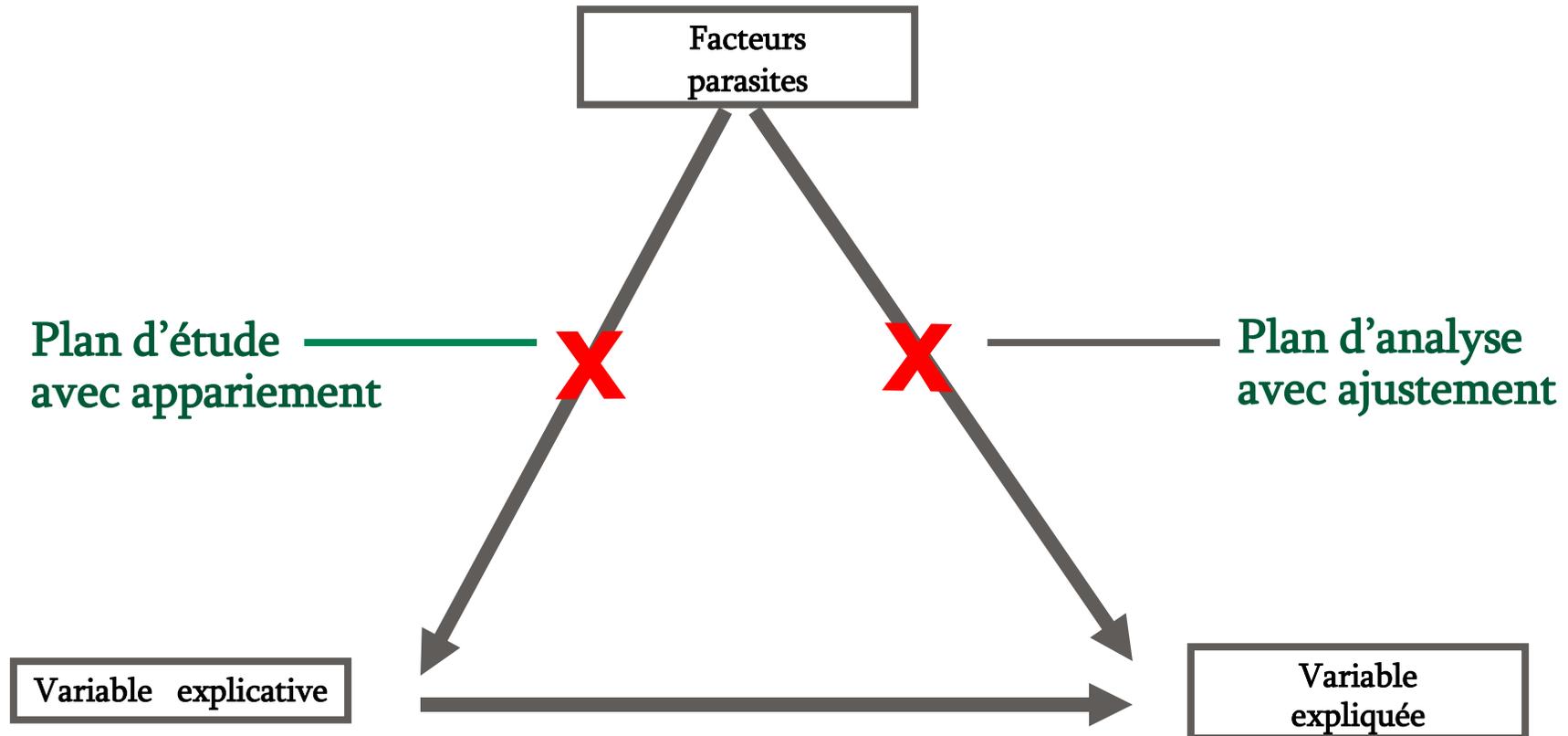
Biais de recrutement : les patients sont sélectionnés selon certaines caractéristiques corrélées à leur devenir. **REES** FRANCE

LE BIAIS D'INDICATION

40

- Les différences observées dans la survenue des événements peuvent ne pas être liées au choix thérapeutique mais **aux raisons pour lesquelles ce choix a été fait**
- Les traitements ne sont pas prescrits au hasard
 - l'indication du médecin
 - **est posée à partir des caractéristiques observables** cliniques, fonctionnelles ou comportementales des patients.
 - → ces paramètres sont autant de **facteurs pronostiques** de l'évolutivité de la maladie
 - l'indication est sélectionnée par le médecin sur la base de facteurs de risque subtils) i.e des **facteurs parasites inobservables**
 - il convient de distinguer et d'isoler l'effet des caractéristiques observables ou inobservables des sujets de l'effet du traitement sur le critère de jugement

APPARIEMENT A PRIORI OU AJUSTEMENT A POSTERIORI



COMMENT IDENTIFIER LES DÉSÉQUILIBRES INITIAUX ENTRE LES GROUPES

- → recours aux *différences standardisées*
- $|d| > 10\%$ → déséquilibre entre les deux bras

$$d = \frac{\left(\overline{x_{\text{traitement}}} - \overline{x_{\text{contrôle}}} \right)}{\sqrt{\frac{S_{\text{traitement}}^2 + S_{\text{contrôle}}^2}{2}}}$$

SPÉCIFICATION DU SCORE :

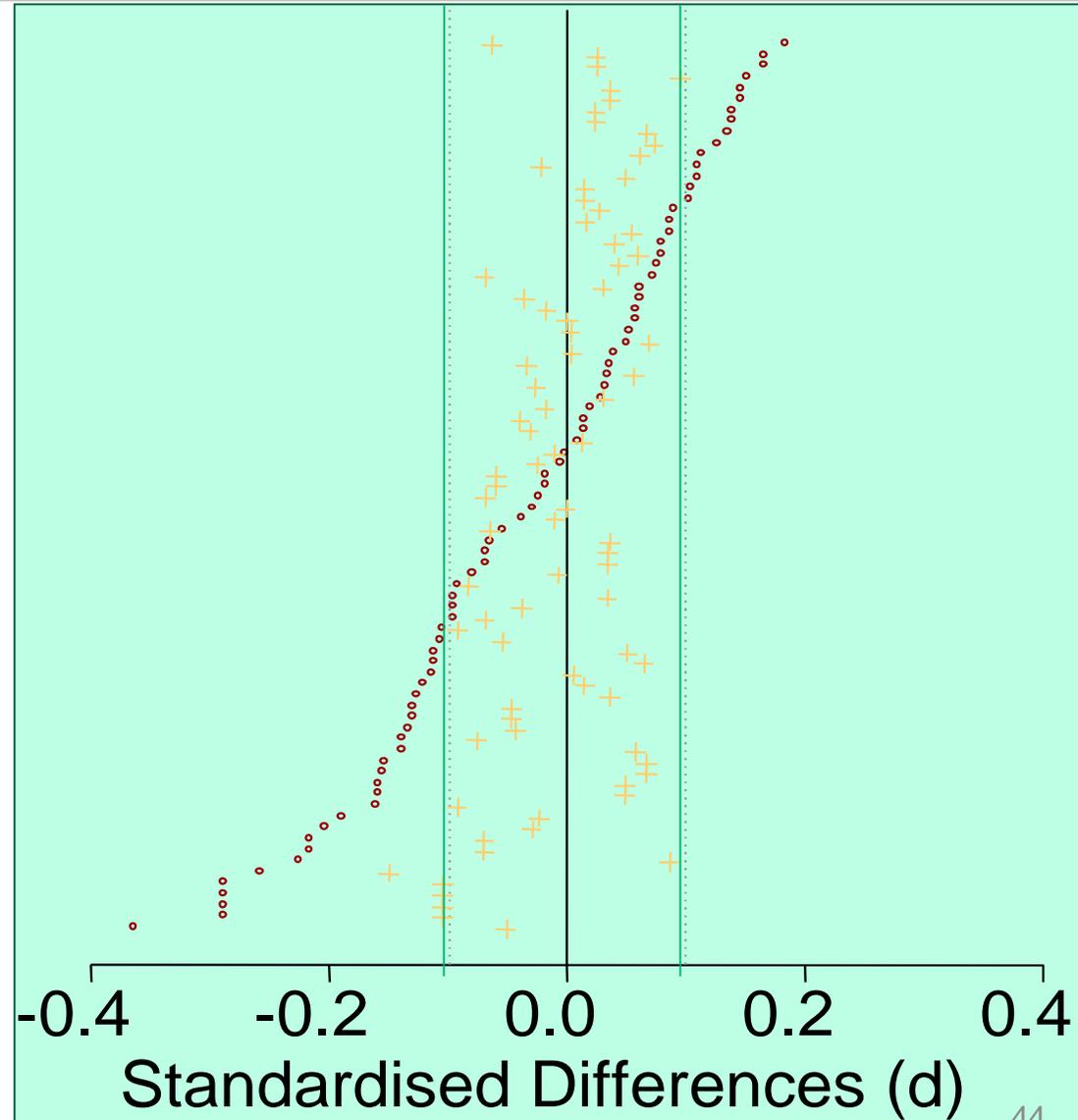
1. Rassembler le plus grand nombre d'informations possibles sur les **caractéristiques cliniques initiales** des patients;
2. **Modéliser la probabilité** que les malades soient amenés à recevoir le traitement en fonction des caractéristiques initiales qu'ils présentent à l'aide du Score de Propension (SP);
 - $SP = P(\text{Traitement} \mid \text{Caractéristiques initiales})$
 - **A l'aide d'une fonction logistique :**

$$\ln\left(\frac{PS}{1-PS}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$$

3. Les groupes de patients dont les scores de propension sont similaires sont considérés comparables.
- Le SP **simule un essai randomisé** en assurant la comparabilité des patients sur les variables **observées**.

L'APPARIEMENT SUR LE SP RÉDUIT LES BIAIS

○ Avant appariement
+ Après appariement



POUR CONCLURE, LE POINT DE VUE ICONOCLASTE DE SIR MICHAEL RAWLINS

*Les essais contrôlés randomisés (ECR), longtemps considérés comme le «gold standard» de la preuve, ont été mis sur un piédestal qui n'est pas mérité. **Leur place au sommet des «hiérarchies» de la preuve est inappropriée; et ces hiérarchies sont elles-mêmes illusives.** Les ECR devraient être replacés dans un cadre plus vaste où toutes les données probantes disponibles seraient exploitées.*

*Les études observationnelles - lorsque leurs résultats sont interprétés avec précaution - **sont à même d'être une source importante de preuves** quant aux avantages et aux inconvénients des interventions thérapeutiques*



La passation de contrat de partage de risque

L'ÉVALUATION MÉDICO-ECO AU CŒUR DE LA NÉGOCIATION AVEC LE CEPS

- Fin du référencement automatique aux prix européens
- Transmission des études médico-économiques initiées par les industriels à la CEESP pour validation
- Transmission des mêmes documents en parallèle au CEPS
- Transmission de :
 - L'avis de la CT au CEPS avec le niveau d'ASMR
 - L'avis de la CEESP au CEPS
- Arbitrage CEPS avis médico technique, médico économique → convention et contrat de partages de risques fondés sur les performances

CLASSIFICATION DES CONTRATS D'ACCES AU MARCHE SELON LEUR FINALITE

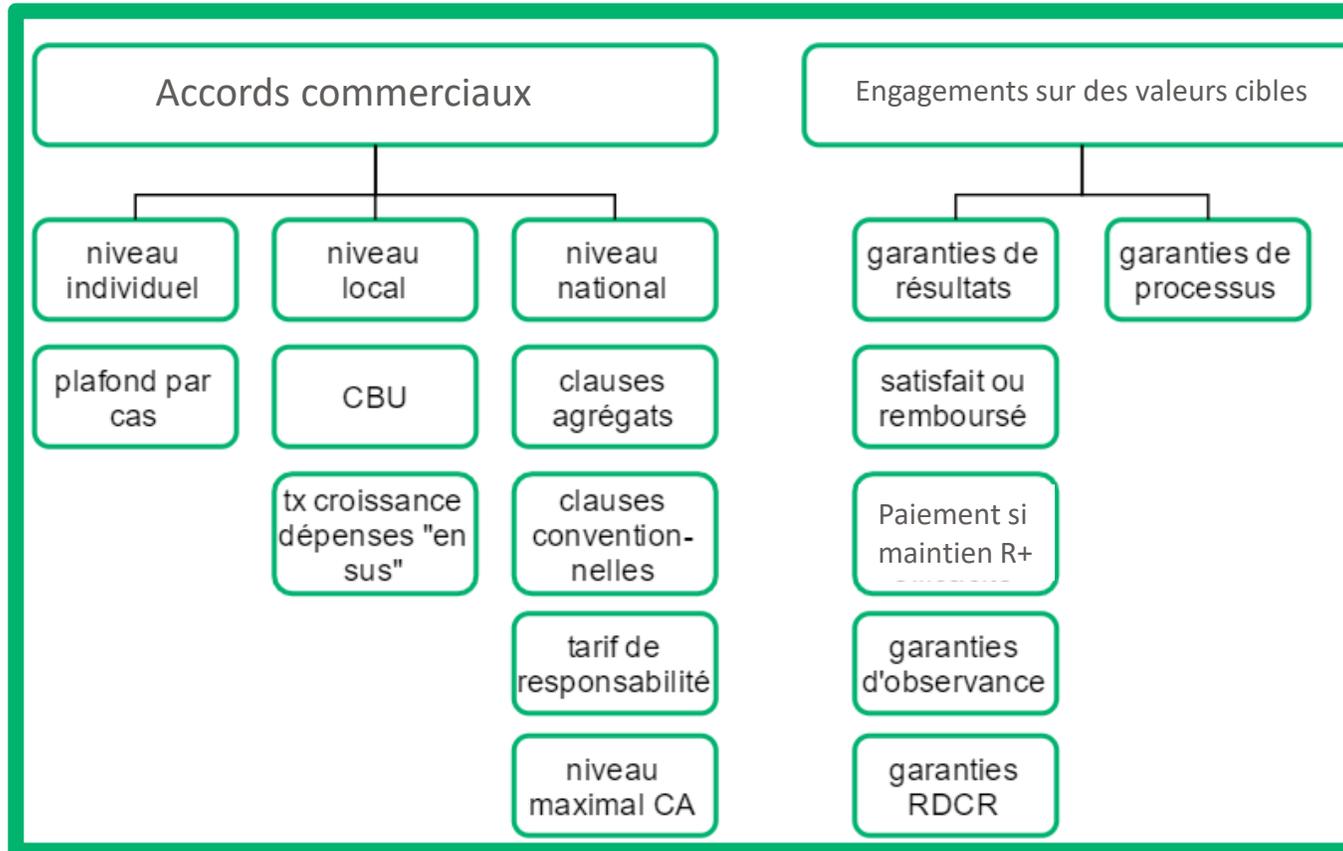
Les contrats d'accès au marché peuvent être regroupés en trois catégories : les **accords commerciaux**, les **accords axés sur les performances** et les **financements temporaires dédiés** à la collecte de nouvelles données (†)

- **Les accords commerciaux** sont des accords entre deux ou plusieurs parties qui portent sur les conditions d'acquisition de biens : accords prix-volume, rabais ou remises, plafonnement des coûts, coûts partagés. Ces accords sont indépendants de la performance. leurs objectifs est la maitrise des coûts
- **Les accords fondés sur les performances** font partie d'un mécanisme de garanties : le payeur accepte un prix, à la condition que le médicament produise les performances escomptées
- **Les accords fondés sur la collecte de nouvelles informations** qui conditionne l'octroi du prix à la levée des incertitudes qui entourent le produit

(†) Jaroslowski S Toumi M. Market Access Agreements for pharmaceuticals in Europe: diversity of approaches and underlying concepts. BMC health service research 2011

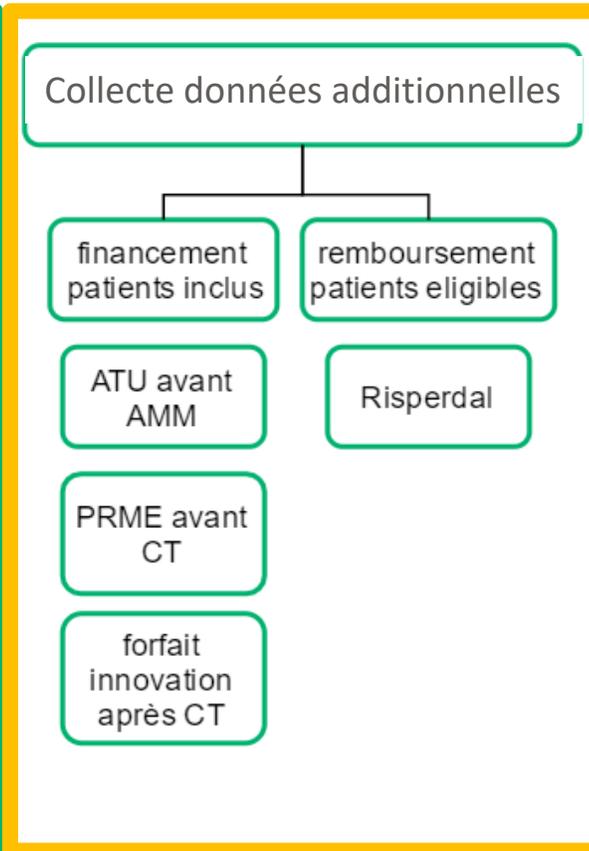
UN LARGE ÉVENTAIL DE CONTRACTUALISATIONS POSSIBLES

Contrats Financiers



Audit / Suivi

Paiements à la performance



Evaluation

CLASSIFICATION DES CONTRATS EN FONCTION DES SCHEMAS D'ETUDES A METTRE EN PLACE POUR EN ASSURER LE SUIVI

Trois types de contrats (†) axés sur des résultats de santé sont distingués en fonction des schémas d'étude exigés pour suivre leur mise en place :

- ❖ **réalisation d'études de terrain à vocation purement descriptive;** la prise en charge du produit est subordonnée à la démonstration *ex post* de son efficacité Cette démonstration repose sur le simple constat de ce qui s'est passé;
- ❖ **suivi des « performances » par rapport à des valeurs cibles contractuellement prédéfinis,**.. Dans ce cas il s'agit de simple *étude de suivi et de surveillance*.
- ❖ **réalisation d'études visant à mesurer en vie réelle l'effet causal du traitement.** dans le cadre d'une véritable *étude d'évaluation*

(†) Launois et al 2014 Paiement à la performance et fixation conditionnelle du prix du médicament
Revue française des affaires sociales n°4

LECTURE CROISEE DES CONTRATS SELON LEURS FINALITES ET LA NATURE DE LEUR SCHEMA D'ETUDE

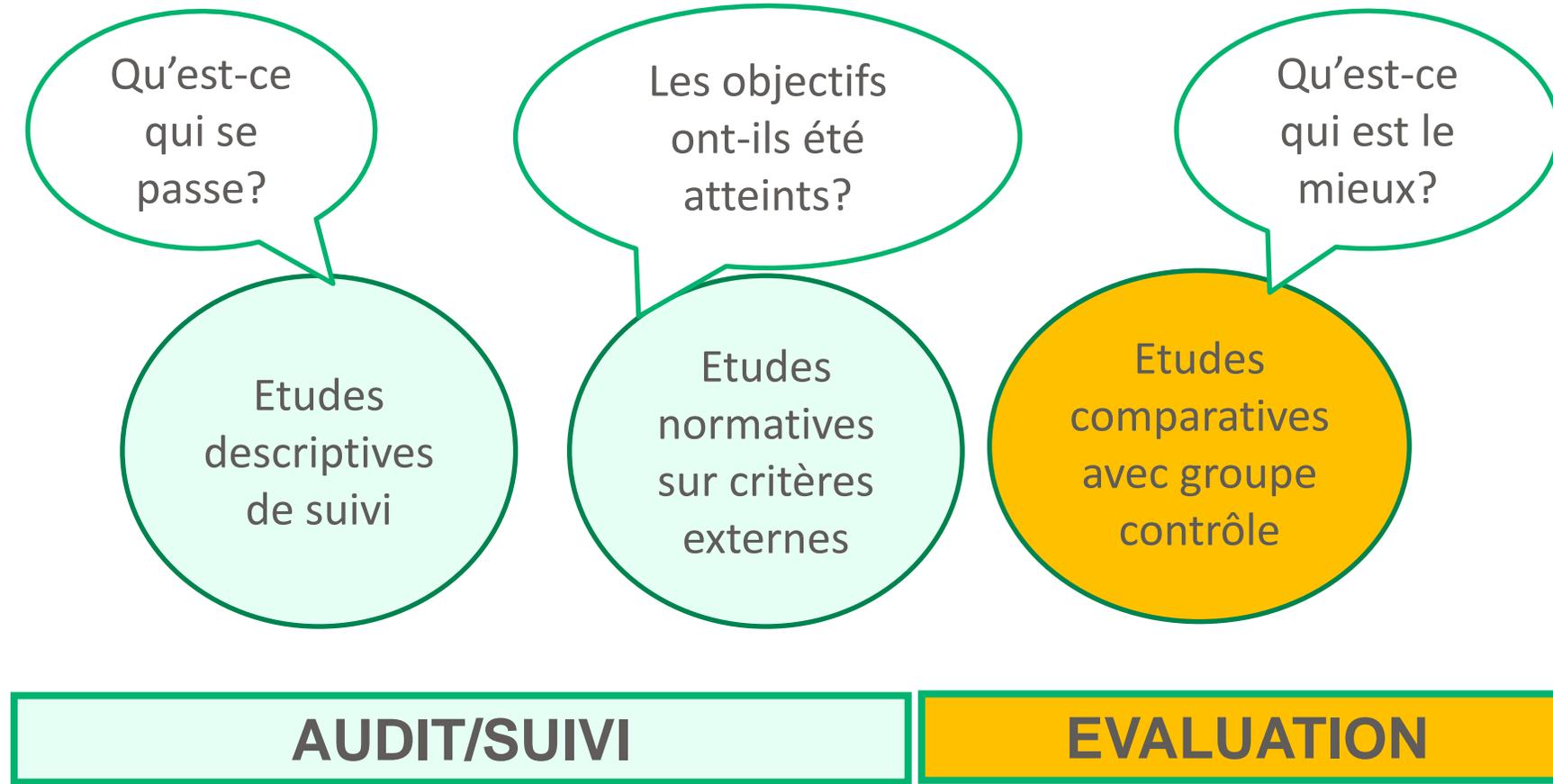


CONTENU DES ENGAGEMENTS	CONTRATS FINANCIERS	PAIEMENTS A LA PERFORMANCE	
Objectifs stratégiques	Maitriser des coûts	Subordonner le niveau de prix à l'atteinte de valeurs cibles	Collecter des données additionnelles
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrôle au niveau du dossier individuel ▪ Contrôle au niveau local ▪ Contrôle au niveau national 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garanties de résultat ▪ Garanties de processus ▪ Garanties d'observance ▪ Garanties d'efficience ▪ Financement sous conditions ▪ Satisfait ou remboursé 	Financements temporaires dédiés ATU, PRME, FORFAIT INNOVATION
Plans d'expérience	Etude ouverte avec engagement contractuel	Etude ouverte avec engagement contractuel	Étude contrôlée non randomisée
NATURE DES SCHEMAS ETUDES	AUDIT/SUIVI		EVALUATION

« PROMESSES TENUES VS RÉSULTATS OBTENUS »

Quels Critères de Jugement ds les Études Observationnelles?

52



ETUDES A UN BRAS ou ETUDES CONTRE TRAITEMENT ACTIF DE REFERENCE

CONTRATS DE PERFORMANCE

AUDIT PAR RAPPORT A UN REFERENTIEL EXTERNE

ETUDE COMPARATIVE EN VIE REELLE

Poursuite du txt sous réserve d'une R+ à court terme -

Défini en termes d'objectifs sanitaires et éco à atteindre

Défini en termes d'objectifs financiers à atteindre :

Collecte de Données Additionnelles sur financement temporaire

Etudes descriptives

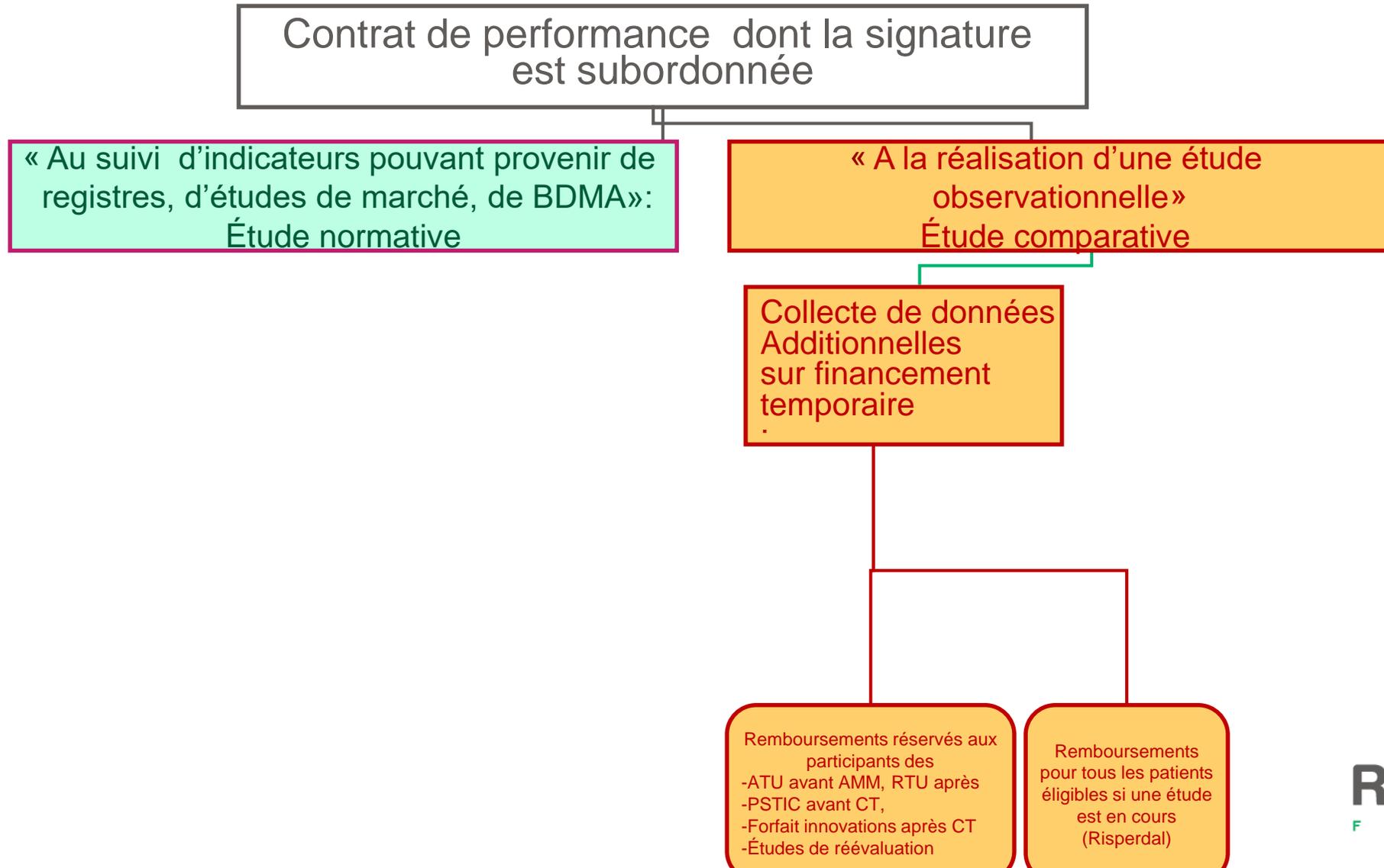
Etudes normatives

Etudes comparatives

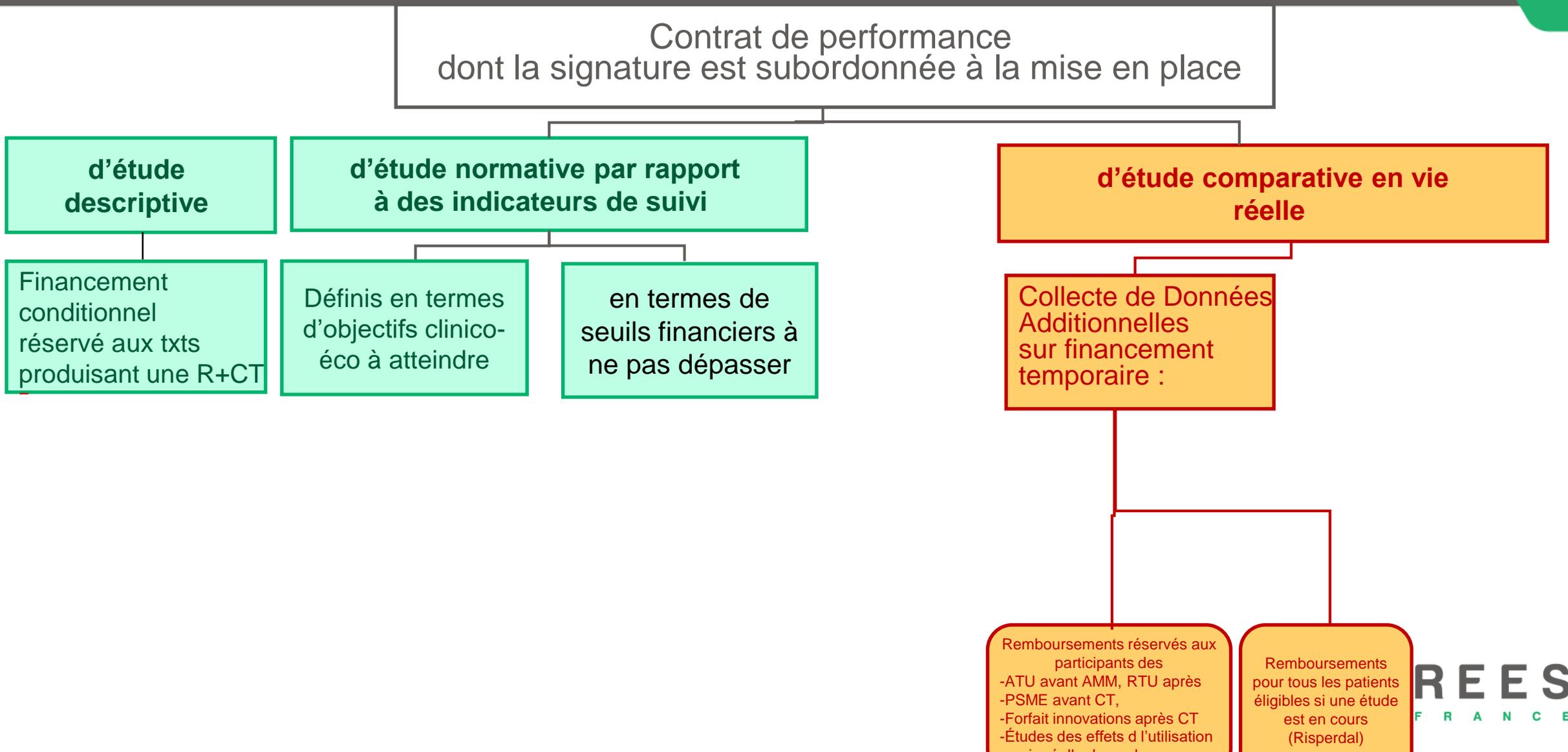
VOIR POUR PAYER

PAYER POUR VOIR

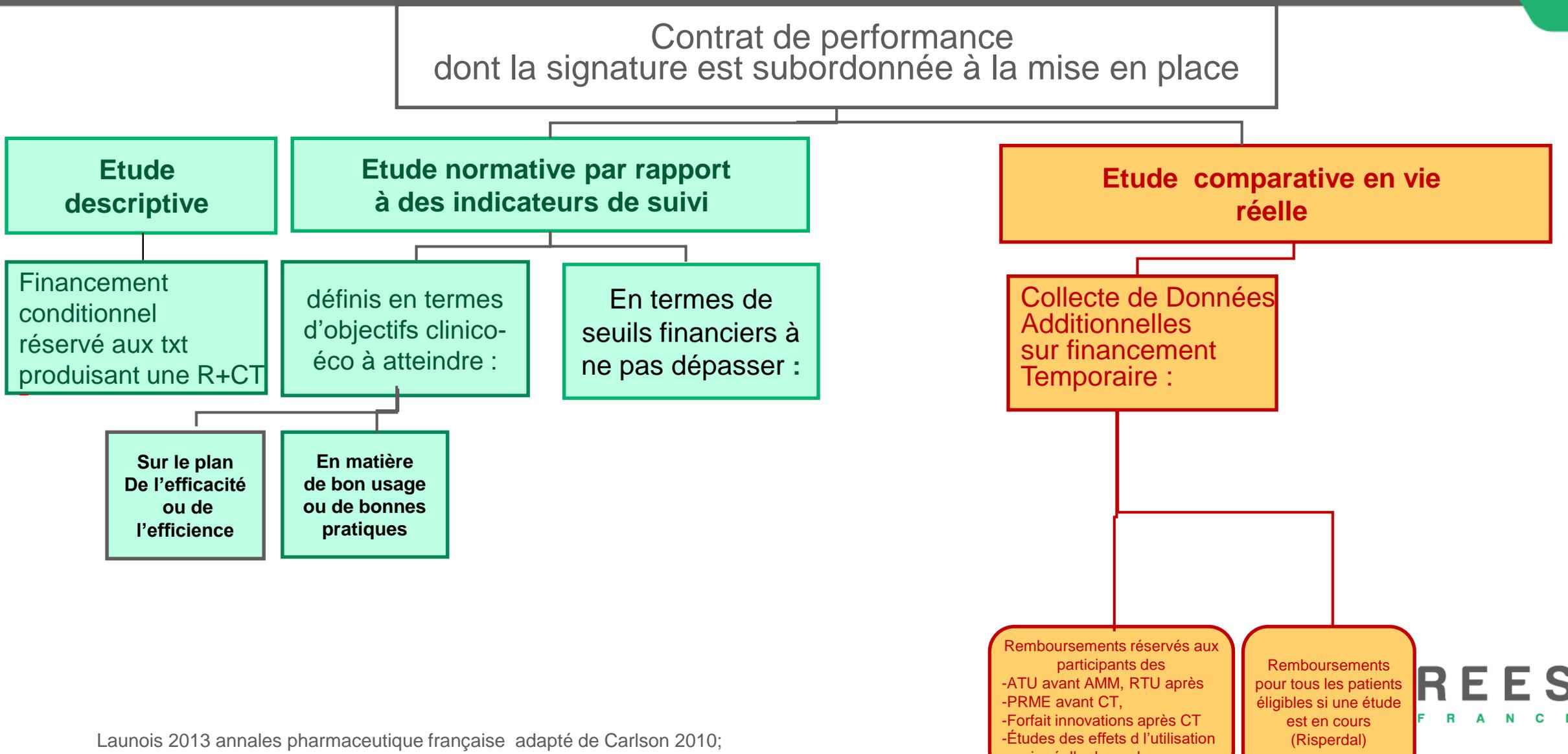
L'Accord Cadre du 31 Décembre 2015 Art 12 :



L'Accord Cadre du 31 Décembre 2015 Art 12 :



L'Accord Cadre du 31 Décembre 2015 Art 12 :



L'Accord Cadre du 31 Décembre 2015 Art 12

Contrat de performance
dont la signature est subordonnée à la mise en place

**d'étude
descriptive**

**étude normative par rapport
à des indicateurs de suivi**

**d'étude comparative en
vie réelle**

Financement
conditionnel
réservé aux txts
produisant une R+CT

définis en termes
d'objectifs clinico-
éco à atteindre :

En termes de
seuils financiers à
ne pas dépasser :

Sur le plan
De l'efficacité
ou de
l'efficience

En matière
de bon usage
ou de bonnes
pratiques

Contrôle au
niveau des
dossiers
patients

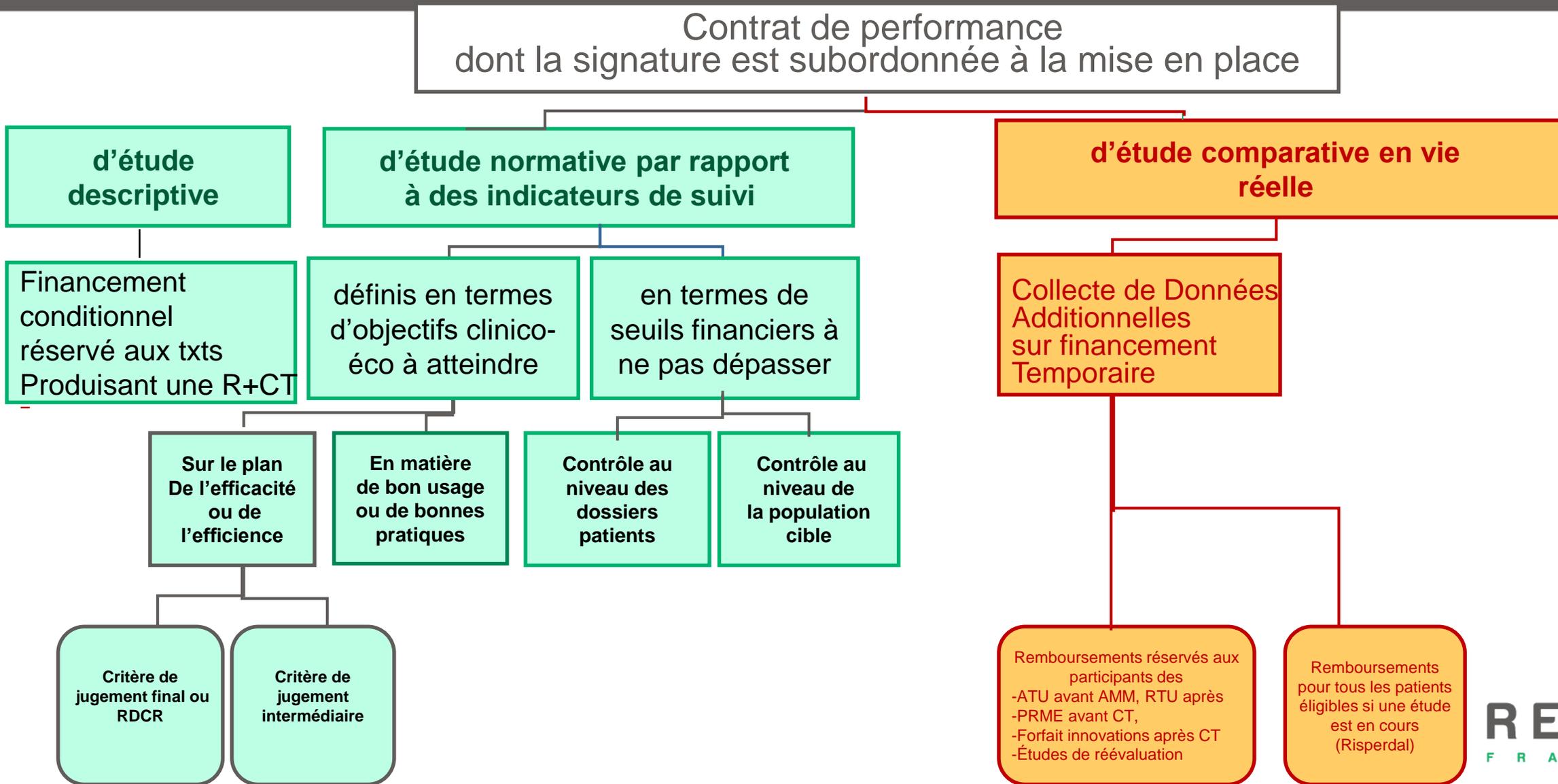
Contrôle au
niveau de
la population
cible

Collecte de Données
Additionnelles
sur financement
Temporaire :

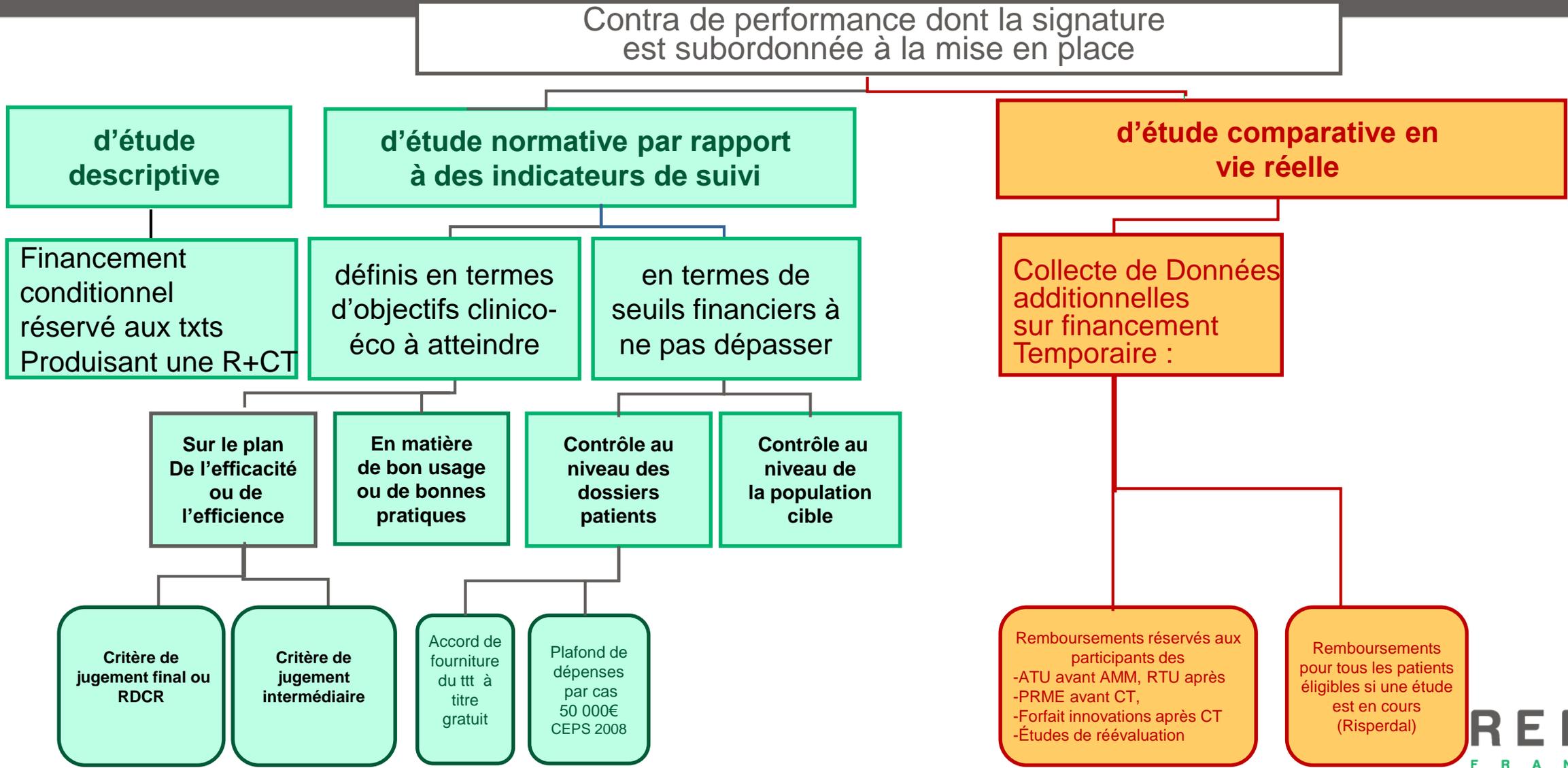
Remboursements réservés aux
participants des
-ATU avant AMM, RTU après
-PRME avant CT,
-Forfait innovations après CT
-Études de réévaluation

Remboursements
pour tous les
patients éligibles si
une étude est en
cours
(Risperdal)

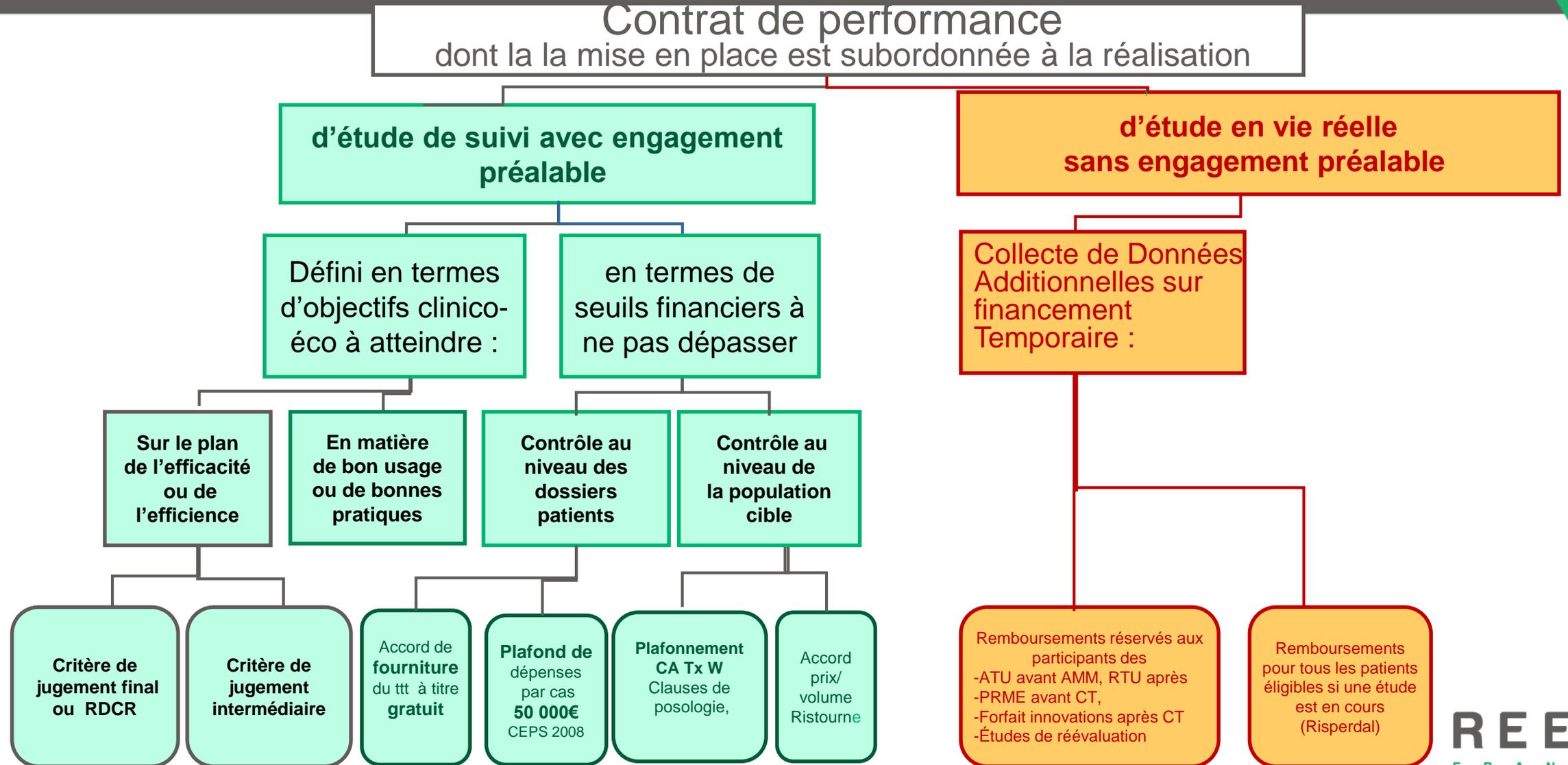
L'Accord Cadre du 31 Décembre 2015 Art 12 :



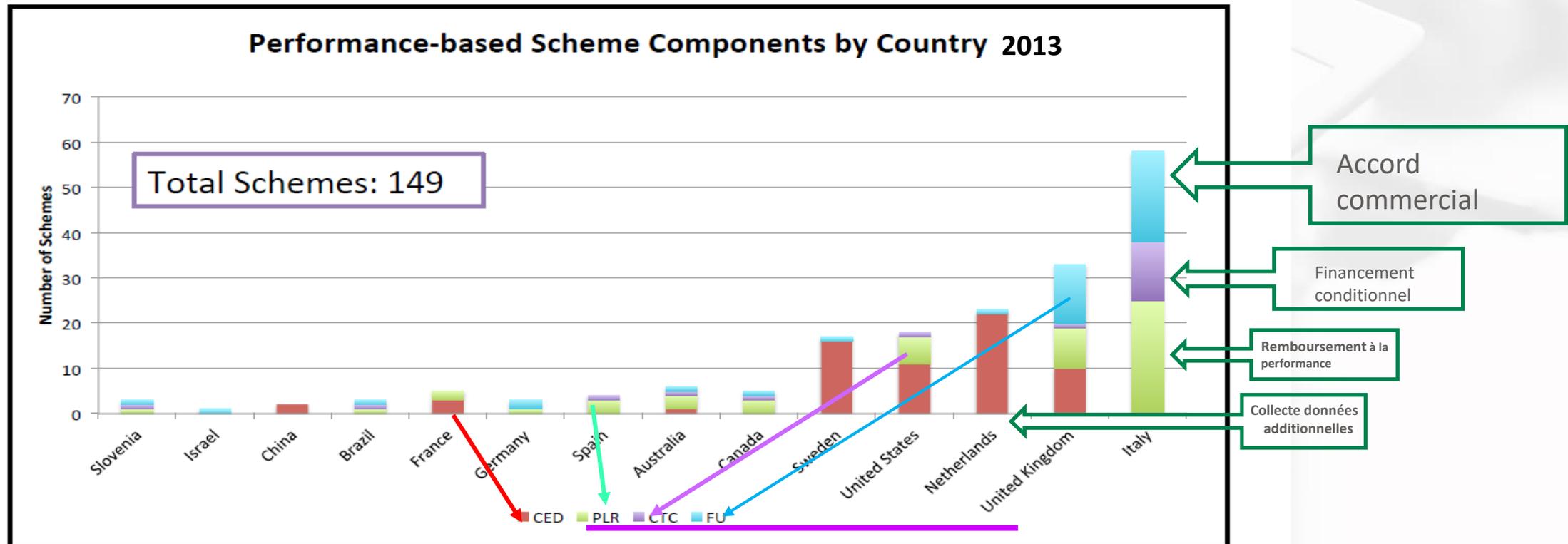
L'Accord Cadre du 31 Décembre 2015 Art 12 :



La classification de Garrison : Un Déplacement de Frontière qui entretient la confusion entre étude comparative et descriptive



Performance-based scheme types by country



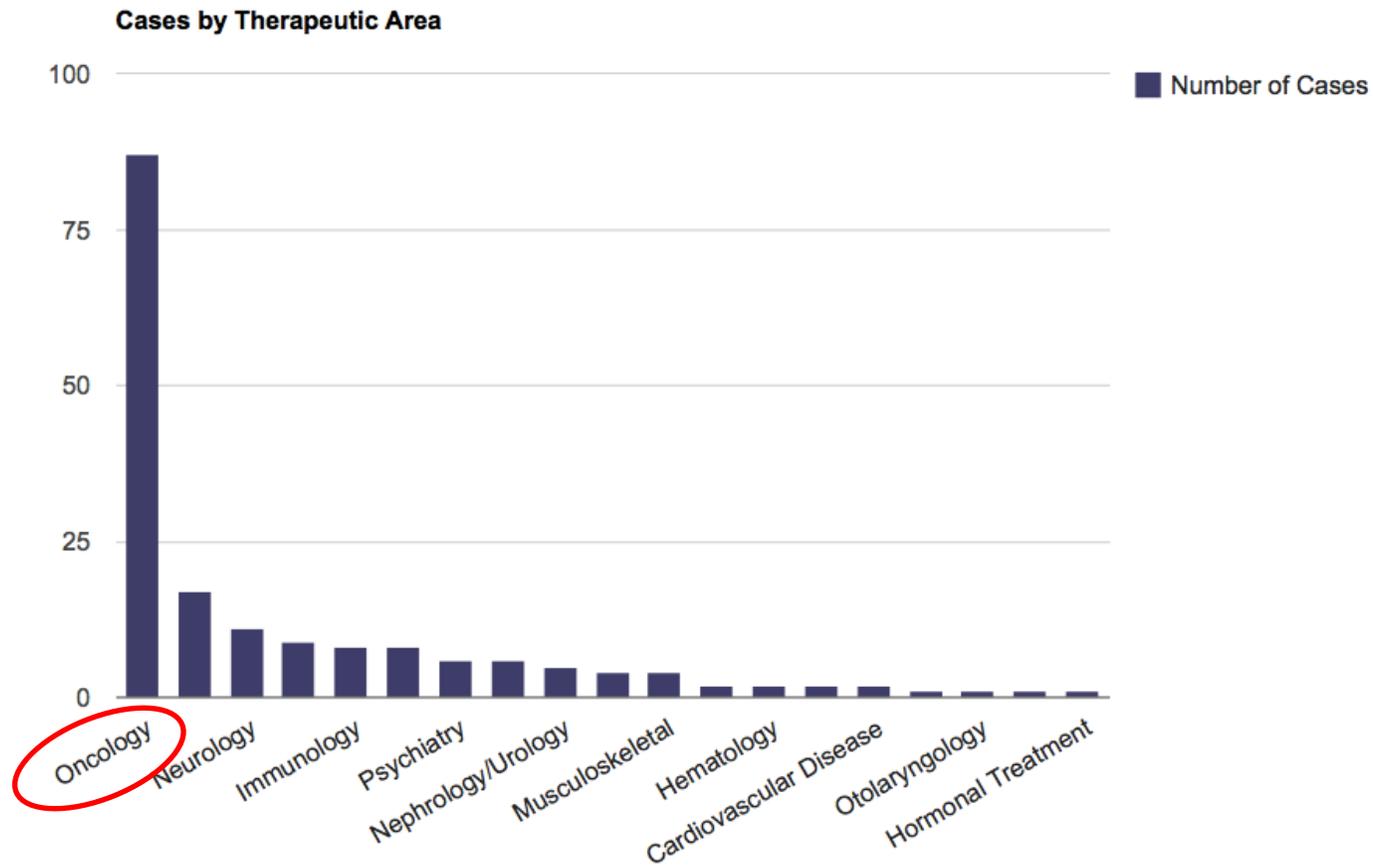
CED: Coverage with evidence development; CTC: Conditional treatment continuation; PLR: Performance linked reimbursement; FU: Financial or utilization based agreements

*Note: Multiple schemes had multiple performance-based components

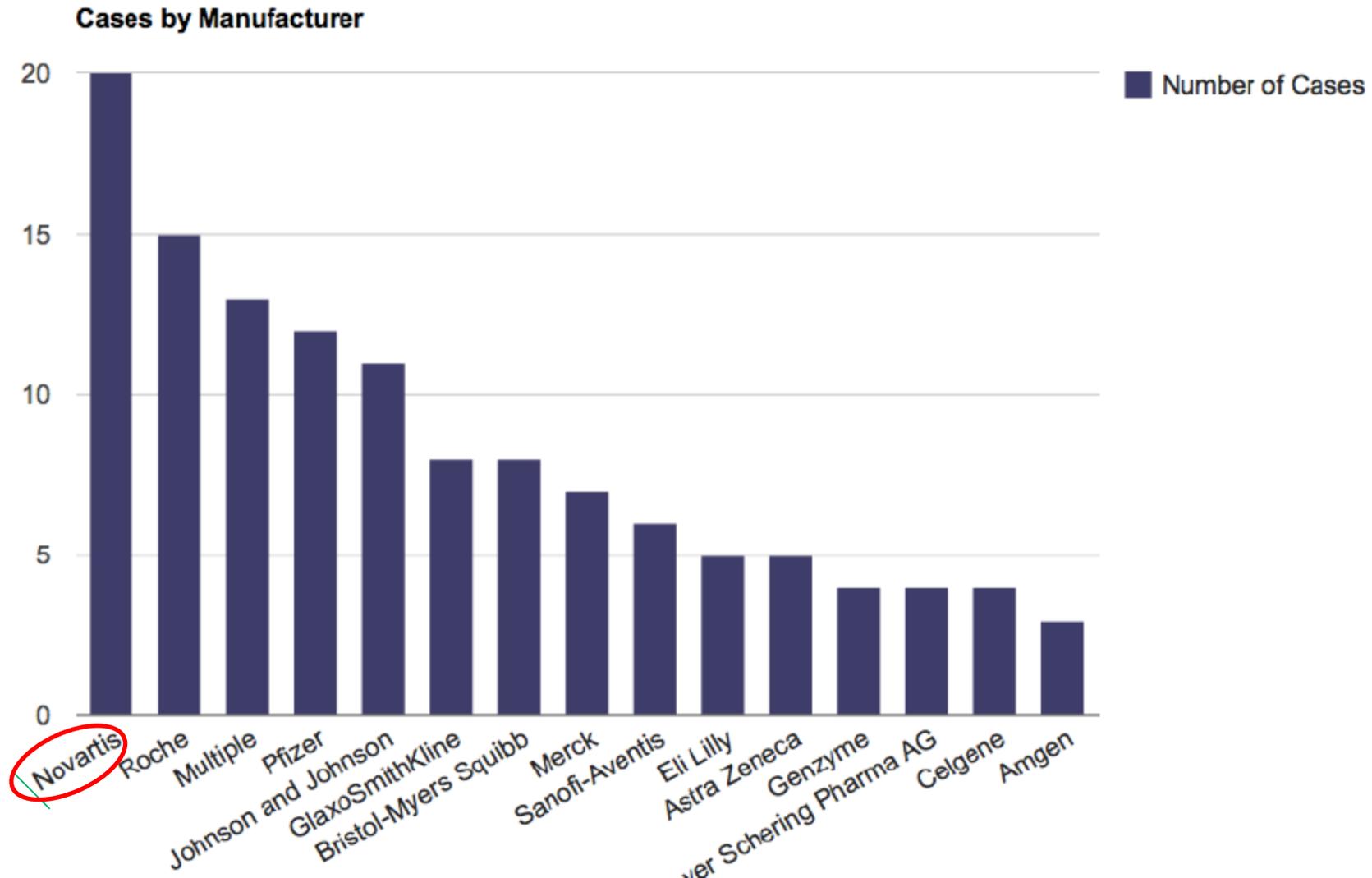


CED : collecte de données additionnelles sur financement temporaire
 PLR= Remboursement lié à la performance CTC =Financement sous

Cases by Therapeutic Area

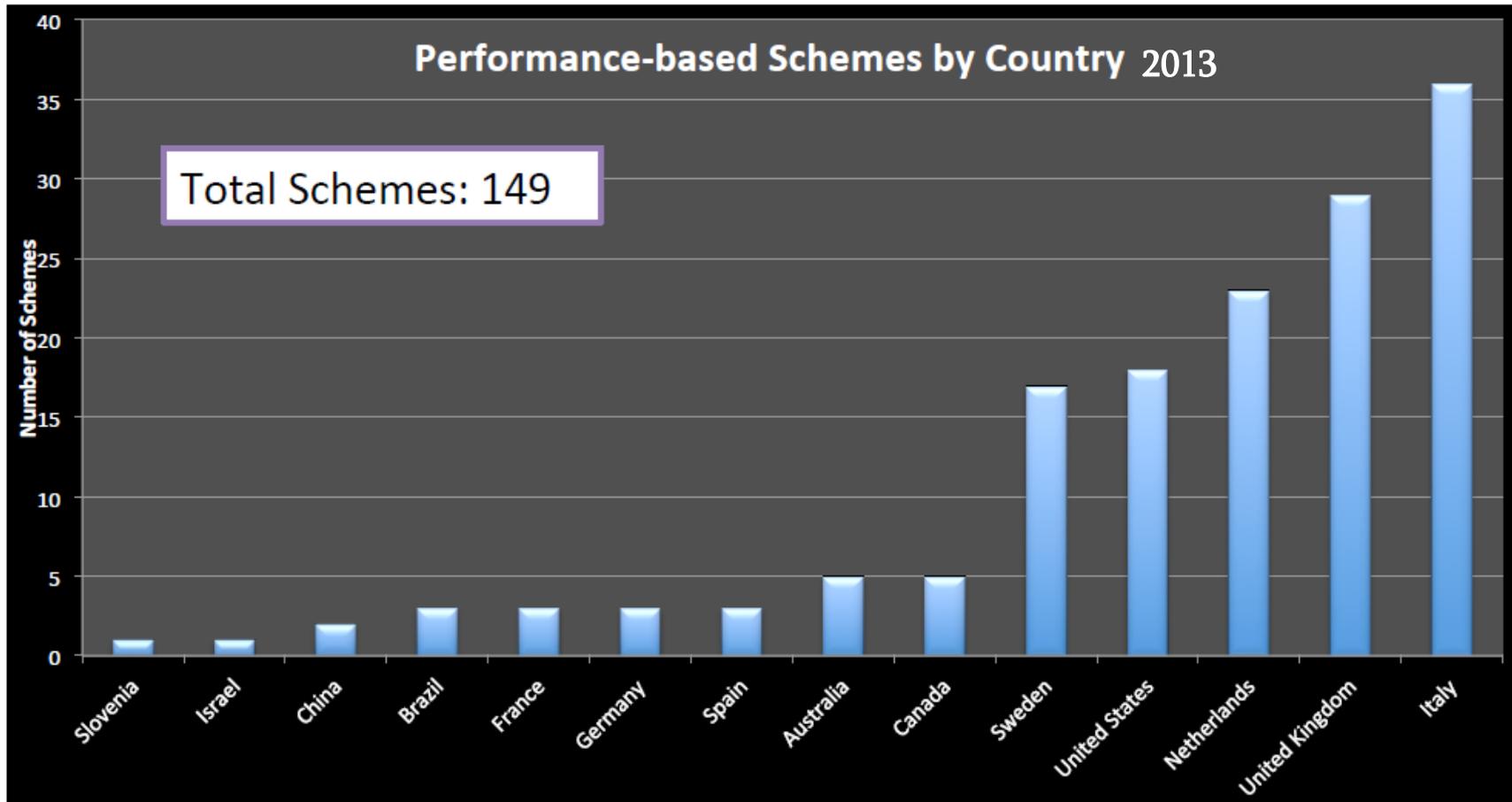


Cases by Manufacturer

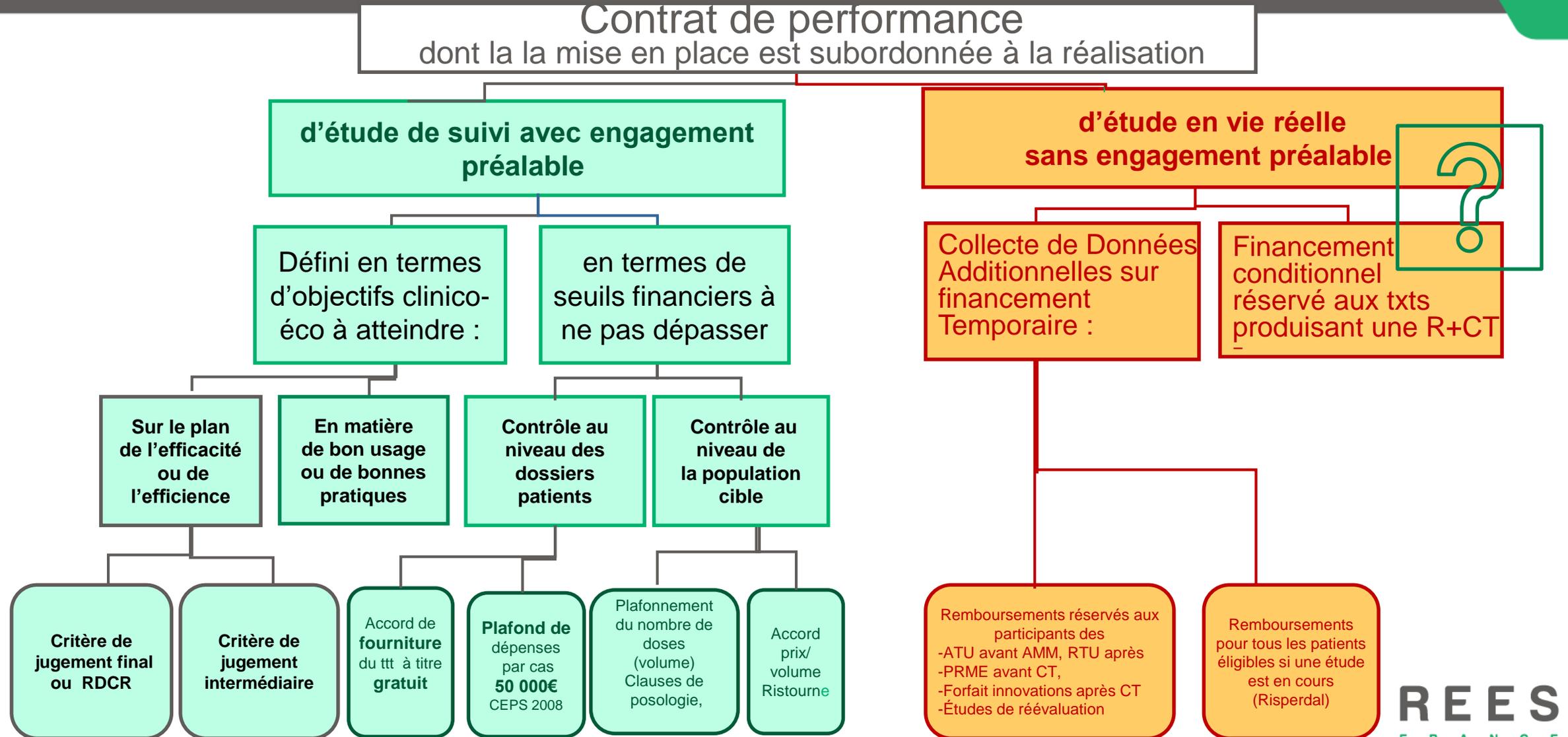




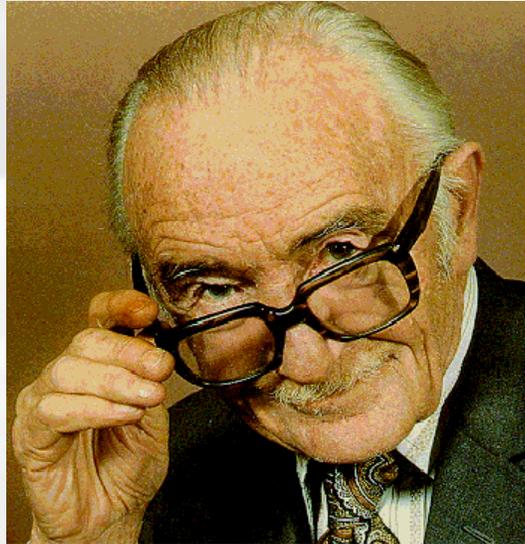
Performance-based schemes by country



La classification de Garrison : Un Déplacement de Frontière qui entretient la confusion entre étude comparative et descriptive



CONCLUSION



Archibald Cochrane

Exiger des moyens sur la base de données épidémiologiques ou de faits scientifiquement démontrés est indispensable mais ne suffit plus. Les conséquences médico-économiques de la décision sont désormais à prendre impérativement en compte

Prof. Robert Launois
REES France

❖ **Adresse:** REES France
28, rue d'Assas
75006 Paris, France

❖ **Téléphone:** +33 (0)1 44 39 16 90

❖ **Email:** launois.reesfrance@wanadoo.fr

❖ **Web:** www.rees-france.com

Réseau d'Evaluation en Economie
de la Santé



DIFFERENTS TYPES DE CONTRATS D'ACCES AU MARCHE EN EUROPE

Contrats d'accès au marché	FR	UK	DE	IT	ES	NL
Accords commerciaux						
Prix - volume	√		√	√		√
Plafonnement des prix	√	√				
Remises	√	√	√	√	√	√
Rabais	√	√	√	√	√	√
Coûts partagés		√	√	√		
Paiement à la performance individuelle						
Remboursement si non performance		√	√	√	√	
Paiement si performance		√		√	√	
Coverage with evidence development (CED)						
Efficacité en vie réelle	√	√	√			√
Efficacité sur sous-populations	√	√	√			√
Efficacité à long-terme	√	√	√			√
Dose réelle quotidienne	√		√			√
Amélioration de l'observance	√		√			
Réduction des ressources utilisées	√		√			
Essais cliniques comparatifs	√	√				

Algorithme de Classification des Etudes

Étude descriptive–Étude normative

Absence de preuve

69

