# DOSSIER DE CANDIDATURE

# Expérimentation nationale pour l’incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires, lorsqu’ils sont délivrés en ville

Dossier de candidature à compléter et à renvoyer avant le 15 septembre 2018 à l’adresse de votre Agence régionale de santé (figurant en annexe II), avec copie à l’adresse suivante : [dss-sd1c@sante.gouv.fr](mailto:dss-sd1c@sante.gouv.fr)

|  |
| --- |
| **Éléments relatifs à l’établissement candidat** |
| Nom de l’établissement :  Numéro FINESS[[1]](#footnote-1) :  Adresse :  Région :  Type d’établissement (CHU, CH, …) : |
| **Personne(s) désignée(s) comme « référent » de l’expérimentation au sein de l’établissement** |
| * Nom et prénom : * Profession : * Numéro de téléphone : * Adresse mail : * Nom et Prénom : * Profession : * Numéro de téléphone : * Adresse mail : |

|  |
| --- |
| **Liste du ou des services (ou des pôles) de l’établissement qui seront impliqués dans l’expérimentation** |
|  |

|  |
| --- |
| **Estimation du nombre de patients actuellement suivis par l’établissement et traités par un médicament de l’un des deux groupes faisant l’objet de la rémunération expérimentale[[2]](#footnote-2)** |
| Nombre de patients pour le groupe etanercept :  Nombre de patients pour le groupe insuline glargine : |

|  |
| --- |
| **Attentes envers cette expérimentation justifiant le souhait de participer** |
|  |

|  |
| --- |
| **Quelles mesures concrètes l’établissement et les services concernés souhaitent-t-ils mettre (ou ont-ils déjà mis) en œuvre pour favoriser le recours aux médicaments biosimilaires ?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Dans le cadre de l’expérimentation, quel schéma de rémunération incitative l’établissement et les services souhaitent-ils mettre en place ?** |
| *Le schéma décrit doit être précis. Il peut par exemple indiquer quelle proportion de l’intéressement est reversée à chaque service concerné (par exemple, 30% pour le service d’endocrinologie, 20% pour le service de pharmacie, etc.). L’intéressement peut également prendre la forme de l’achat de matériel, participation à des frais de conférences, à des activités de recherche, etc.*  *Dans le cadre de l’expérimentation, s’ils sont sélectionnés, l’établissement et les services s’engagent à respecter le schéma incitatif proposé ci-dessous.* |

|  |
| --- |
| **Dans le cadre de l’expérimentation, quel objectif de recours aux médicaments biosimilaires (exprimé en taux de patients ayant recours au médicament biosimilaire, par rapport aux patients recevant un médicament du groupe de référence) l’établissement souhaite-t-il atteindre au bout d’un an de participation à l’expérimentation[[3]](#footnote-3) ?**  **Comment l’établissement qualifie-t-il la cible qu’il se fixe (crédible, facile, ambitieuse…) ?** |
| 1. Pour les nouveaux patients (initiation de traitement) ?   Groupe etanercept :  Groupe insuline glargine :   1. Pour les patients actuellement traités (modification en cours de traitement) ?   Groupe etanercept :  Groupe insuline glargine :  *Exemple de réponse : objectif de taux de recours à un biosimilaire du groupe etanercept pour les patients actuellement traités, un an après le démarrage de l’expérimentation : X % (taux qualifié de « cible crédible » par l’établissement).* |

|  |
| --- |
| **Commentaires libres** |
|  |

**À travers ce document de candidature, si sa candidature est retenue, l’établissement et les services retenus s’engagent à mettre en œuvre et respecter les dispositions du cahier des charges de l’expérimentation.**

Date et signature du directeur de l’établissement, ou de son représentant :

Date et signature d’au moins l’un des chefs de service ou de pôle souhaitant participer à l’expérimentation :

1. Le numéro FINESS juridique est utilisé pour les hôpitaux publics, sauf pour l’AP-HP, les HCL et l’AP-HM. Le numéro FINESS géographique est utilisé pour tous les autres établissements. [↑](#footnote-ref-1)
2. Merci de compléter le nombre de patients uniquement pour le ou les groupe(s) pour lequel l’établissement souhaite participer à l’expérimentation [↑](#footnote-ref-2)
3. Merci de compléter les objectifs de recours aux médicaments biosimilaires uniquement pour le ou les groupe(s) pour lequel l’établissement souhaite participer à l’expérimentation [↑](#footnote-ref-3)