

Fundusz Walki z Rakiem w Polsce

# Wspólnymi siłami



Fot. iStockphoto 2x

Czy wzorem Wielkiej Brytanii powinniśmy stworzyć Fundusz Walki z Rakiem? Argumentów za jest więcej niż przeciw. Jak się do tego zabrać? Przedstawiamy analizę Pauliny Rolskiej i Krzysztofa Łandy z Fundacji Watch Health Care.

Utworzenie Funduszu Walki z Rakiem ma na celu poprawę dostępu pacjentów onkologicznych do innowacyjnych metod profilaktycznych, diagnostycznych, technologii lekowych, a także innowacyjnych wyrobów medycznych i nielekowych technologii terapeutycznych w Polsce. Stosowanie nowoczesnych technologii medycznych u dużej grupy pacjentów wymaga znacznych funduszy, których w polskim systemie ochrony zdrowia brakuje. Fundusz Walki z Rakiem (FWR):

- pozwala na realizację tego celu bez sięgania po pieniądze publiczne, czyli bez udziału funduszy np. z budżetu państwa,
- opiera się na zasadzie solidaryzmu – część pieniędzy z działalności komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych zostaje przeznaczona na finansowanie FWR, a z FWR finansowane są innowacyjne technologie stosowane w onkologii dla wszystkich Polaków,
- zapewnia dostęp nie tylko do nowoczesnych leków, lecz także nielekowych technologii diagnostycznych i terapeutycznych,
- opiera się na przejrzystych zasadach *Evidence Based Health Care* (EBHC),
- wprowadza regułę precedensu, zapewniającą chorym równy dostęp do świadczeń FWR,

– obejmuje mechanizmy zachęcające firmy do wnioskowania o przeniesienie innowacyjnych technologii z FWR do koszyka świadczeń gwarantowanych, a tym samym na stałe zapewnia wysoki poziom innowacyjności technologii finansowanych z FWR.

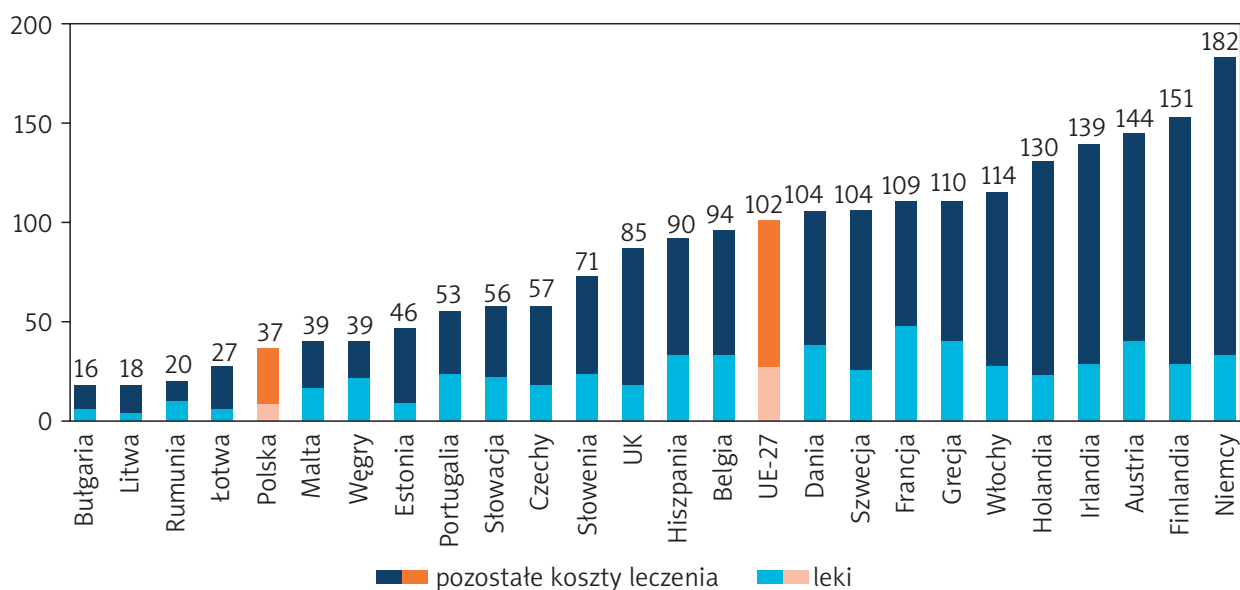
### Brytyjski wzorzec

W Wielkiej Brytanii wyrazem oczekiwań społecznych dotyczących leczenia chorób nowotworowych oraz rozwoju nowych, skuteczniejszych metod walki z rakiem jest *Cancer Drugs Fund* (CDF). Z wydzielonych pieniędzy budżetowych finansowane są innowacyjne technologie lekowe, zbyt kosztowne, by je opłacać z pieniędzy publicznych w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych. *Cancer Drugs Fund* jest krytykowany za odstąpienie od zasad HTA (*Health Technology Assessment*) przy podejmowaniu decyzji o finansowaniu nowoczesnych leków przeciwnowotworowych z tegoż funduszu, ale przede wszystkim za to, że pieniądze na jego realizację pochodzą z budżetu państwa. Oczekiwania społeczne w Polsce nie różnią się od brytyjskich. Polacy również pragną dostępu do najlepszego leczenia przeciwnowotworowego, jakie medycyna może zaoferować, oraz rozwoju nowych metod walki z rakiem. Biorąc pod uwagę doświadczenia brytyjskie, z pewnością można uniknąć słabości podejmowania decyzji o przyznaniu finansowania terapii w ramach funduszu, ale także zaproponować finansowanie Funduszu Walki z Rakiem ze źródeł pozabudżetowych. W Polsce FWR powinien obejmować wiele innowacyjnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych, lekowych i nielekowych.

„Stosowanie nowoczesnych technologii medycznych w dużej grupie pacjentów z chorobami nowotworowymi wymaga znacznych funduszy, których w polskim systemie ochrony zdrowia brakuje”

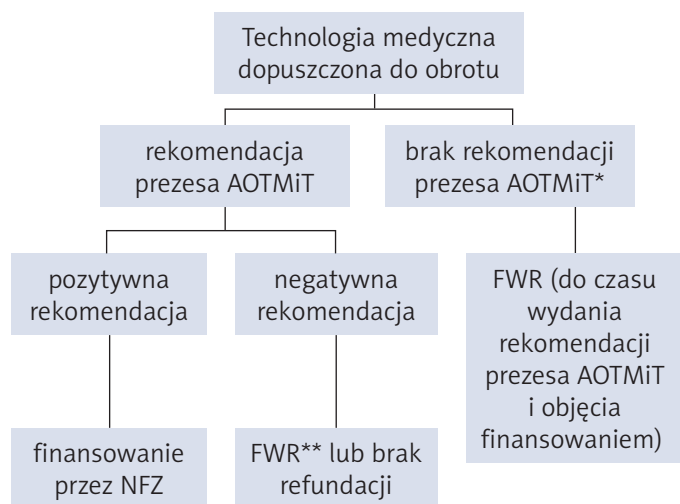
### Polska rzeczywistość

W 2009 r. na leczenie onkologiczne wydano w Polsce 6 mld zł, co stanowiło 6 proc. wydatków na opiekę zdrowotną. Jedynie w Estonii i Rumunii zaobserwowano podobne udziały wydatków na onkologię wśród wydatków na ochronę zdrowia. W pozostałych krajach są one procentowo niższe. Dane te potwierdzają, że opieka onkologiczna jest jednym z priorytetów w naszym kraju, ale też świadczą o tym, że relatywnie wydajemy bardzo mało na ochronę zdrowia w ogóle. W Polsce wydatki związane z onkologią *per capita* w 2009 r. oszacowano na 160 zł. To prawie 3 razy mniej niż wynosi średnia w UE-27 – 441 zł. Tylko w Bułgarii, na Litwie, w Rumunii i na Łotwie wydatki na osobę były niższe (od 69 zł do 117 zł). Wydatki na mieszkańca w Słowacji i Czechach były o 55 proc. wyższe niż w Polsce (ryc. 1.)<sup>1</sup>.



Rycina 1. Wydatki na leczenie onkologiczne *per capita*

Źródło: Na podstawie Luengo-Fernandez 2013, wielkość populacji na podstawie danych Banku Światowego



\*proces oceny technologii medycznej nie został jeszcze zakończony (decyzja nie została jeszcze wydana) lub też proces ten nie został jeszcze rozpoczęty

\*\*jeżeli negatywna decyzja wynikała z braku efektywności kosztowej lub też wskazanie refundacyjne zostało zawężone do populacji węższej niż wynikająca z rejestracji

**Rycina 2.** Uproszczony proponowany schemat funkcjonowania projektu

Wydatki na leczenie onkologiczne są tylko wierzchołkiem góry lodowej, gdyż szacunkowa utrata produktywności w Polsce w 2009 r. wyniosła 7,4 mld zł (straty z powodu chorób i zgonów). Na każdą złotówkę przeznaczoną na leczenie onkologiczne przypada 5,2 zł kosztów pośrednich związanych z utratą produktywności. W UE-27 jako całości na złotówkę wydatków bezpośrednich przypadała złotówka utraty produktywności.

### Poza koszykiem w Polsce

Z mapowania przeprowadzonego przez Fundację Watch Health Care, firmę Meritum L.A. sp. z o.o. i MedInvest Scanner sp. z o.o. w latach 2012, 2014 i 2015 wynika, że poza koszykiem świadczeń gwarantowanych w Polsce pozostaje ponad 250 innowacyjnych technologii lekowych i ok. 1000 innowacyjnych technologii nielekowych (wyrobów, materiałów i sprzętu medycznego). Koszyk staje się coraz bardziej zamknięty na innowacje – coraz więcej nowoczesnych technologii medycznych pozostaje i prawdopodobnie będzie pozostawać poza zakresem finansowanym z pieniędzy publicznych. Podobnie dzieje się w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej oraz w krajach średnio zamożnych na całym świecie. Główną barierą jest niższy PKB na osobę niż w krajach bogatych i zwykle mniejszy odsetek produktu krajowego brutto wydawany na ochronę zdrowia. W świetle wymagań prawnych dotyczących analiz ekonomicznych (CMA, CUA, CEA), które opierają się na wysokiej wycenie innowacji (dokonywanej na największych i najzamożniejszych rynkach na świecie) bariera często okazuje się nie do przejścia.

W wielu wypadkach dochodzi do kilkuletniego opóźnienia objęcia innowacyjnego leku refundacją, aż jego cena zostanie obniżona – Polacy chorzy na nowotwory nie mają w tym czasie dostępu do technologii medycznych, które są zdobyczami współczesnej medycyny i mogłyby im pomóc.

Na podstawie danych z aktualnego obwieszczenia ministra zdrowia w sprawie listy leków refundowanych (chemioterapia, programy lekowe, wykaz otwarty) sprawdzono, które leki zarejestrowane przez EMA są refundowane w Polsce (co najmniej w jednym wskazaniu, jeżeli mają ich wiele). Zidentyfikowano takich leków 55, natomiast 59 pozostałych nie jest refundowanych (w żadnym wskazaniu). Część z tych leków była przedmiotem postępowania refundacyjnego w Polsce z negatywnym wynikiem, a część producentów nigdy do tej pory nie ubiegała się o uzyskanie refundacji w Polsce<sup>2</sup>.

Na rycinie 2. zaprezentowano proponowane zasady funkcjonowania FWR nieujęte wcześniej oraz procedurę dostępu chorych do leczenia w ramach FWR. Należy wyszczególnić dwie ścieżki postępowania w zależności od tego, czy dla leku w danym wskazaniu wydana została rekomendacja prezesa AOTMiT, czy też jeszcze nie została ona opublikowana.

Poniżej wypunktowano najważniejsze proponowane zasady funkcjonowania projektu.

- Fundusz Walki z Rakiem ma być rozwiązaniem umożliwiającym chorym szybki dostęp do nowoczesnego i nier refundowanego z budżetu płatnika publicznego leczenia onkologicznego. Rozwiązanie to nie może być traktowane jako furtka dla przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego pozwalająca na refundację technologii bez formalnego procesu ich oceny.
- Budżet na refundacje FWR jest ograniczony – konieczne jest zatem racjonalne podejmowanie decyzji o finansowaniu leczenia z uwzględnieniem skuteczności, kosztów terapii i wiarygodności danych klinicznych (parametry ujęte w systemie rankingowym).
- Sugeruje się, aby finansowanie leczenia w ramach Funduszu Walki z Rakiem mogło się odbywać pod warunkiem jednoczesnego uruchomienia rejestru oceniającego skuteczność praktyczną podjętego leczenia. Producent technologii medycznej, którego spodziewany udział w wydatkach FWR w roku finansowym może przekroczyć ustalony poziom, powinien zostać zobowiązany do dostarczenia danych z rejestru i przedstawienia na ich podstawie wyniku opłacalności w określonym czasie.
- Technologie bez rekomendacji – bez uruchomionego procesu ubiegania się o refundację w ramach NFZ i w trakcie tego procesu – powinny zostać potraktowane odrębnie, ponieważ dla nich może zostać wydana pozytywna decyzja refundacyjna. Do rozważenia



pozostaje kwestia, kto wówczas miałby weryfikować dane z rejestru (FWR czy płatnik publiczny) i kto zajmowałby się nadzorowaniem częstości aktualizacji danych dostarczanych z rejestru i ich konsekwencjami (np. jeśli dane z rejestru dostarczone po objęciu refundacją technologii medycznej w NFZ będą wskazywać dużo gorsze wyniki niż dostępne dotychczas wyniki badań klinicznych, należy ustalić, co w tej sytuacji będzie mógł zrobić płatnik publiczny).

- Warto dążyć do tego, aby rejestry były tworzone w ramach FWR, nie zaś realizowane przez producentów technologii medycznych. Koszty finansowania rejestrów mogą być finansowane z uwzględnieniem kwot zwrotu płaconych do FWR przez producentów technologii medycznych.
- Jeżeli do FWR wpłynęło co najmniej 20 wniosków o finansowanie konkretnej technologii medycznej, powinno się rozważyć możliwość tworzenia standardów postępowania w zakresie charakterystyki chorych mogących otrzymać refundowane leczenie (doprecyzowanie wskazania). Postępowanie to miało by na celu zapewnienie zasad transparentności i jednolitego oraz równego postępowania dla wszystkich chorych znajdujących się w danym stanie klinicznym (równe traktowanie wszystkich chorych, przejrzyste zasady przyznawania chorym leczenia, jednolite dla każdego pacjenta). Dodatkowo procedury takie wpłynęłyby na przyspieszenie podejmowania decyzji w wypadku kolejnych chorych, ponieważ chory spełniający wyznaczone kryteria w trybie natychmiastowym otrzymałby zgodę na finansowanie terapii. Należy zaznaczyć, że podobne podejście próbowano

„ W Wielkiej Brytanii z wydzielonych funduszy budżetowych finansowane są technologie lekowe zbyt kosztowne, by znalazły się w koszyku świadczeń gwarantowanych ”

- realizować już w Polsce w 2007 r., kiedy opracowano projekt SOW-a. Projekt ten nie został jednak nigdy zrealizowany.
- Oprócz technologii medycznych, dla których zaleca się utworzenie standardów postępowania (opisane powyżej), wydaje się, że w zakresie FWR powinny być finansowane technologie medyczne na podstawie indywidualnych zgód.
- Fundusz Walki z Rakiem będzie dysponował ograniczonymi środkami, zatem decyzje o finansowaniu leczenia w ramach FWR powinny być zawsze podejmowane z uwzględnieniem czynnika finansowego.
- Sugeruje się, aby FWR pokrywał całkowity koszt leku (lub też nielekowej technologii medycznej) – uwzględniając odpowiednie marże i VAT, jeżeli takie są konieczne. Koszty świadczeń związanych z podaniem leków (w tym premedykacji oraz zastosowania nielekowej technologii medycznej i leczenia powikłań) powinny być pokrywane z budżetu NFZ.

- Oprócz samej technologii medycznej FWR powinien finansować również testy diagnostyczne (np. badania na obecność określonej mutacji) konieczne do zastosowania tej technologii u chorych, o ile nie zostały one przeprowadzone na wcześniejszym etapie leczenia. Ma to na celu wyodrębnienie populacji chorych mogących odnieść największe korzyści z leczenia. W takich wypadkach FWR powinien pokrywać również koszt testów negatywnych.
- Jeśli technologia została oceniona przez AOTMiT (w innym wskazaniu) lub też jest w danym wskazaniu w trakcie procesu oceny, jednak we wniosku został zaproponowany RSS (*risk sharing scheme*) lub już obowiązuje, np. gdy finansowanie technologii dotyczy innego wskazania, oczekuje się, że RSS ten będzie funkcjonował w ramach finansowania tej technologii w FWR. W przeciwnym wypadku FWR powinien odmówić finansowania.
- Decyzje o finansowaniu leczenia z FWR chory powinien uzyskać przed rozpoczęciem terapii. Wnioski o refundację wsteczną nie powinny być uwzględniane.
- Można rozważyć finansowanie z FWR procedur diagnostycznych. W takim wypadku konieczne byłoby jednak precyzyjne zdefiniowanie grup ryzyka kwalifikujących się do zastosowania danej procedury (np. chorobowość w rodzinie na dany rodzaj nowotworu złośliwego).
- Wnioski o finansowanie terapii z FWR powinny być składane wyłącznie przez lekarza specjalizującego się w leczeniu chorób nowotworowych (onkologa, hemat-onkologa).
- Czas oczekiwania na decyzję o finansowaniu lub niefinansowaniu leczenia nie powinien przekraczać 5 dni roboczych.
- Decyzje o finansowaniu lub niefinansowaniu leczenia w FWR nie powinny być podejmowane na podstawie współczynników efektywności kosztowej, lecz w trosce o dobro pacjentów, na zasadzie udostępniania im jedynej możliwej opcji terapeutycznej – z wykorzystaniem systemu rankingowego.

### Próg opłacalności

Z FWR miałyby być finansowane technologie medyczne, których współczynnik efektywności kosztów przekracza obowiązujący w Polsce próg opłacalności. Proponuje się finansowanie z FWR technologii medycznych przekraczających obowiązujący próg opłacalności, ale poniżej  $7 \times \text{PKB/osobę/QALY}$  w wypadku technologii stosowanych w chorobach powszechnych (chorobowość z danym wskazaniem powyżej 7000) i podejście egalitarne w wypadku pierwszych technologii o udowodnionej efektywności klinicznej stosowanych we wskazaniach ultraradkich (chorobowość nie większa niż  $1 : 50\,000$ )<sup>3</sup>. Podejście mieszane stosuje się przy chorobowości pomiędzy 750 a 7000. „Chorobowość”

oznacza w tym wypadku łączną liczbę chorych spełniających kryteria włączenia do terapii w jednym lub większej liczbie wskazań, w których interwencja jest stosowana – chodzi o łączną liczebność populacji, z której pochodzi zwrot z inwestycji (*return on investment* – ROI). Dla technologii stosowanych w chorobach ultraradkich (w tym dla technologii sierocych) zaleca się podejście egalitarne i odstąpienie od klasycznej analizy ekonomicznej na rzecz uzasadnienia ceny.

Podniesienie progu opłacalności w wypadku wskazań o wysokiej chorobowości do  $7 \times \text{PKB/osobę/QALY}$  w stosunku do obowiązującego w ustawie refundacyjnej progu  $3 \times \text{PKB/osobę/QALY}$  podyktowane jest następującymi czynnikami:

- 1) preferencje społeczne względem leczenia onkologicznego – onkologia jako priorytet polityczny i społeczny;
- 2) ograniczenia pomiaru QALY dla technologii stosowanych w terminalnej fazie choroby (*end-of-life treatment*);
- 3) w wypadku chorób rzadkich i ultraradkich – zwrot z inwestycji z niewielkiej populacji.

### Współczynnik ICUR

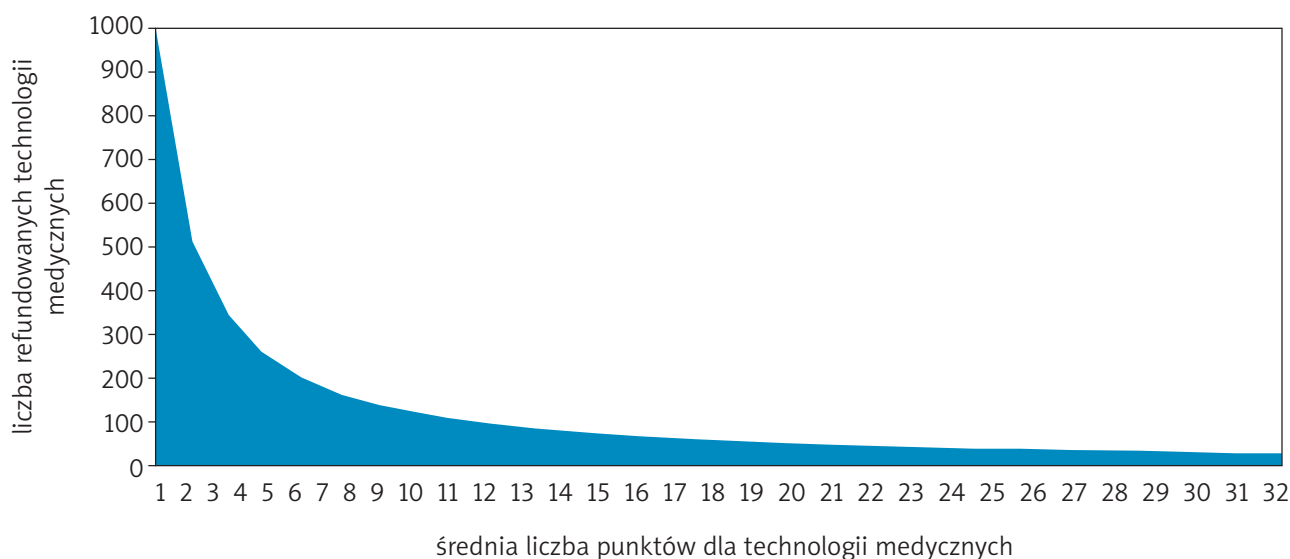
Podobnie jak w CDF, również w Polsce sugeruje się przyznawanie punktów na podstawie współczynnika ICUR – z wyłączeniem pierwszych technologii o udowodnionej efektywności klinicznej stosowanych w chorobach ultraradkich, których ocena powinna przebiegać w podejściu egalitarnym, poza rankingiem. Proponuje się też branie pod uwagę jakości dowodów naukowych w ocenie technologii medycznych finansowanych z FWR. W systemie rankingowym warto rozważyć uwzględnienie wielkości populacji chorych oraz wartości dodanej oferowanej przez technologię medyczną.

Na rycinie 3. przedstawiono wykres możliwych realizacji budżetu FWR w zależności od liczby punktów przypisywanych poszczególnym technologiom medycznym, zakładając pewien budżet FWR, np. miliard złotych, oraz przyjmując, że każdy punkt można wycenić na milion złotych.

Wykres na rycinie 3. wskazuje warunki brzegowe możliwości finansowych FWR przy pewnych określonych danych odnośnie do wyceny punktu i planowanego budżetu. Przy określonych powyżej założeniach w ramach FWR można finansować 1000 technologii medycznych ocenionych na 1 punkt, 500 technologii medycznych ocenionych na 2 punkty itd. oraz 31 technologii medycznych ocenionych na 32 punkty (maksymalna liczba punktów do przyznania dla EOLT).

### Skąd pieniądze

Zgodnie z założeniem projektu głównym źródłem finansowania FWR będzie nadwyżka finansowa wygenerowana z dodatkowych, komplementarnych ubez-

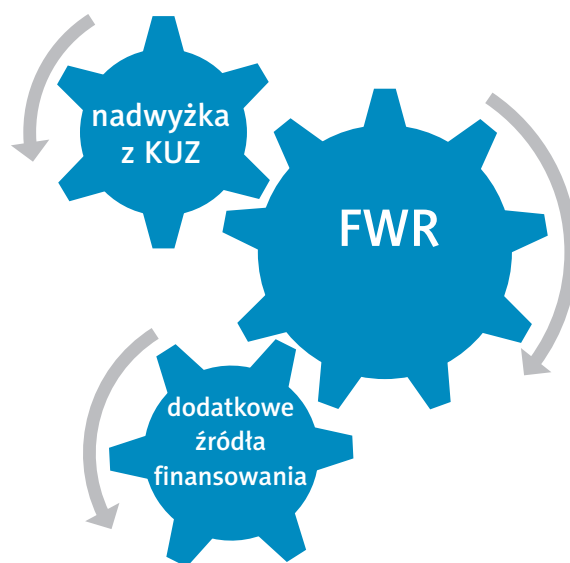


**Rycina 3.** Przykład możliwości realizacji budżetu FWR w zależności od liczby punktów przypisywanych poszczególnym technologiom medycznym

pieczeń zdrowotnych (KUZ) (ryc. 4.). Skumulowana nadwyżka pieniędzy pochodzących ze składek zdrowotnych opłacanych przez osoby ubezpieczone (potencjalna populacja osób ubezpieczonych, dla której przeprowadzono obliczenia, wynosiła 7 mln, co jest zgodne z wynikami badań społecznych w Polsce dotyczących potencjalnego rozpowszechnienia ubezpieczeń dodatkowych) po 5 latach może wynieść niemal 20 mld zł. Uzyskane fundusze mogą istotnie zwiększyć dostępność innowacyjnych technologii medycznych pozostających poza koszykiem świadczeń gwarantowanych oraz ewentualnie deficytowych technologii finansowanych z pieniędzy publicznych, do których odnotowuje się największe kolejki pacjentów onkologicznych w Polsce.

W ramach projektu rozważono również dodatkowe źródła finansowania FWR (ryc. 5.):

- wprowadzenie dodatkowego podatku od dochodu (rozwiązanie stosowane w Australii) – zmiana polityki fiskalnej może być nie tylko źródłem dodatkowych pieniędzy na finansowanie FWR, lecz także zachętą do wykupienia polisy ubezpieczenia komplementarnego, osoby nieposiadające prywatnego ubezpieczenia, których roczny dochód przekroczyłby ustalony przez rząd próg dochodowy, byłyby zobowiązane do odprowadzania dodatkowego podatku dochodowego na rzecz FWR lub wykupienia ubezpieczenia komplementarnego (np. w minimalnym zakresie ustalonym odgórnie dla wszystkich towarzystw ubezpieczeniowych);
- partycypacja finansowa producentów:
  - porozumienia podziału ryzyka zawierane pomiędzy producentem a FWR, preferowana forma RSS – PbR;
  - kwoty zwrotu do FWR – konieczne wydaje się wprowadzenie mechanizmów regulujących zasady

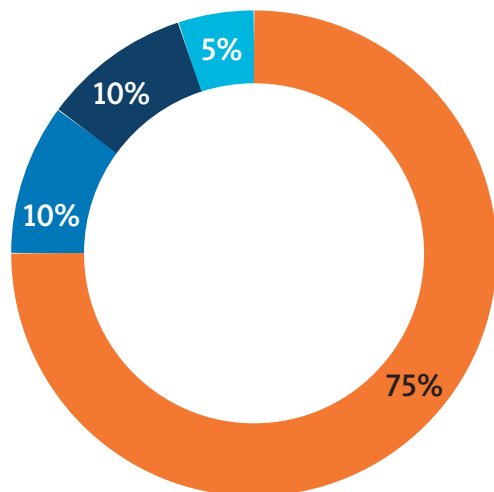


**Rycina 4.** Możliwe źródła finansowania FWR

pozostawania technologii medycznych w zakresie finansowania z FWR. Należy zatem wprowadzić mechanizmy ograniczające ryzyko nadużyć po stronie producentów oraz wdrożyć działania ukierunkowane na maksymalne skrócenie czasu pozostawania na liście FWR.

### Solidne podstawy

Już dziś są solidne podstawy prawne rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, które będą zapewniać dostęp do najnowocześniejszych leków, metod diagnostycznych i leczniczych znajdujących się poza koszykiem gwarantowanym, a więc niefinansowanych z pieniędzy publicznych w Polsce. Przeprowadzono symulacje, które miały na celu obliczenie wysokości



- nadwyżka z KUZ
- partycypacja finansowa producentów – RSS
- partycypacja finansowa producentów – zwroty
- dodatkowy podatek dochodowy

**Rycina 5.** Możliwe źródła finansowania FWR – udział procentowy

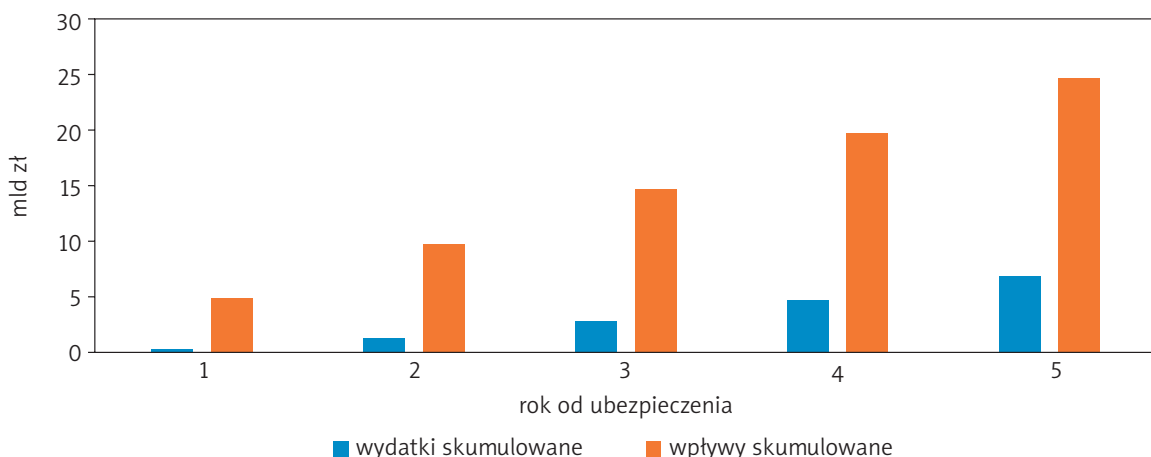
składki opłacanej przez ubezpieczonego, która gwarantowałaby mu dostęp do wybranych technologii medycznych spoza koszyka. Składka na taką polisę, obejmującą ok. 70 innowacyjnych technologii medycznych, może wynosić od 40 do 90 zł na osobę miesięcznie. Wielkość składki zmieniałaby się w zależności od wieku: 18-latek płaciłby 55 zł miesięcznie, 35-latek – 60 zł, a 65-latek – 74 zł, przy założeniach konserwatywnych. Obliczenia aktuarialne dla pozostałych nowoczesnych technologii przeciwnowotworowych znajdujących się poza koszykiem gwarantowanym w Polsce, a więc niedostępnych dla polskich pacjentów z chorobami nowotworowymi w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ, wymagają dalszych prac aktuarialnych, wykraczających poza możliwości czasowe i finansowe projektu FWR.

Obliczono również przychody i wydatki towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych (TUZ), które by taką polisę oferowało. Ocenę aktuarialną przeprowadzono dla 7 mln osób (18 proc. społeczeństwa polskiego – tyle, ile deklaruje możliwość płacenia na ubezpieczenie uzupełniające) objętych ubezpieczeniem indywidualnym w horyzoncie czasowym 5 lat. W tym okresie wydatki wyniosłyby 7 mld zł, wpływy 24,5 mld zł, nadwyżka, czyli dochód ubezpieczyciela przed opodatkowaniem, wyniosłaby 17,5 mld zł. Na przykład skumulowane wpływy i wydatki TUZ z ubezpieczenia indywidualnego dla osoby ubezpieczonej w wieku 18 lat przedstawia rycina 6.

Postuluje się, by w ramach solidaryzmu społecznego cała nadwyżka lub jej część została przeznaczona na FWR, a więc na zapewnienie Polakom dostępu do innowacyjnych technologii medycznych spoza koszyka (od decyzji politycznej zależy objęcie także niektórych świadczeń z koszyka gwarantowanego finansowaniem z FWR). W celu zapewnienia równego dostępu do leczenia w ramach FWR przyznawanie prawa do terapii czy diagnostyki odbywałoby się na zasadach precedensu. Jeśli jedna osoba o danej charakterystyce i postaci choroby otrzymałaby leczenie, to każda kolejna w tej samej sytuacji demograficzno-klinicznej otrzymałaby to leczenie niejako automatycznie.

### Dwie sporne sprawy

Ustanawiając reguły funkcjonowania rynku ubezpieczeń komplementarnych w Polsce, należy rozważyć dwie kwestie. Po pierwsze, należy określić, jaki odsetek pieniędzy zbieranych w ramach podatku od przychodów firmy ubezpieczeniowe musiałyby przekazać FWR. Po drugie, zaleca się wprowadzenie ograniczeń w zakresie dysponowania przez ubezpieczycieli wpłaconą składką na określone cele, które nie są bezpośrednio związane z zapewnieniem świadczeń objętych polisą. Jest to podyktowane doświadczeniami ze Stanów Zjednoczonych, gdzie wydatki na cele marketingowe oraz



**Rycina 6.** Przychody (przypis składki) i wydatki (szkodowość) TUZ w okresie 5 lat

administrację pochłaniają często połowę przychodów ze składek. Dlatego też autorzy raportu proponują wprowadzenie maksymalnego progu wydatków na marketing oraz administrację dla ubezpieczycieli oferujących KUZ.

### Uregulowania prawne

Fundusz Walki z Rakiem może zostać wyodrębniony organizacyjno-prawnie jako jednostka posiadająca osobowość prawną, tj. taka, która może być podmiotem praw i obowiązków oraz może być stroną czynności prawnych. Fundusz może również przyjąć formę wyodrębnionej masy majątkowej na rachunku bankowym zarządzanym przez określony organ administracji publicznej. Ponadto z formalnego punktu widzenia funkcje i zadania FWR mogłyby spełniać podmioty, których podstawową działalnością będzie oferowanie KUZ. W tym ostatnim wypadku ubezpieczyciel mógłby się wywodzić zarówno z sektora prywatnego, jak i być własnością Skarbu Państwa.

Niezależnie od wyboru formy prawnej, w której będzie funkcjonował FWR, aby w pełni ucieleścić ideę zaproponowaną w niniejszym raporcie, niezbędne będzie wprowadzenie zmian ustawodawczych.

W opinii autorów dokumentu optymalną formą prawną powołania FWR wydaje się fundusz celowy. W celu sprawnego funkcjonowania FWR rekomendowane jest rozwinięcie rynku ubezpieczeń komplementarnych w Polsce (można rozważyć m.in. utworzenie czasowego monopolu na ich oferowanie), aby zapewnić źródło finansowania FWR i aby rynek ten stanowił uzupełnienie systemu opieki zdrowotnej finansowanej z pieniędzy publicznych.

Można zaproponować, by jednoznacznie odeprzeć zarzuty krytyków OFE, by państwo stało się monopolistą na rynku ubezpieczeń komplementarnych na okres 3–5 lat. Wówczas korzyści państwa polskiego nie będą związane tylko ze zwiększeniem dostępności nowoczesnego leczenia przeciwnowotworowego, lecz także z późniejszą sprzedażą akcji państwowego monopolu. Utworzenie czasowego monopolu mogłoby zostać uzasadnione koniecznością rozwinięcia KUZ jako nowego sektora gospodarki i zapewnieniem ogółowi społeczeństwa dostępu do najwyższej jakości świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. Przyjęto też założenie, by wszyscy obywatele uzyskali możliwość objęcia ich ubezpieczeniem komplementarnym, bez względu na wiek oraz sytuację zdrowotną.

Założenia autorów raportu opierają się na tym, że zarówno świadczenia oferowane w ramach ubezpieczeń komplementarnych, jak i w ramach FWR będą polega-

” Fundusz Walki z Rakiem może zostać wyodrębniony organizacyjno-prawnie jako jednostka posiadająca osobowość prawną ”

ły na umożliwieniu pacjentom skorzystania z najnowszych technologii medycznych w dokładnie określonych wskazaniach, nieobjętych koszykiem świadczeń gwarantowanych. Zgodnie z powyższym w ramach proponowanych systemów pacjentowi ma zostać zapewniony dostęp do opieki medycznej, a nie zwrot poniesionych kosztów leczenia lub też zapłata określonej kwoty pieniężnej – chodzi więc o rzeczowe produkty ubezpieczeniowe, bynajmniej nie o finansowe. Przyjęto tym samym, że produkt oferowany w ramach ubezpieczeń komplementarnych oraz FWR będzie się opierać na bezpośredniej dystrybucji świadczenia do pacjenta.

Należy podkreślić, że co do zasady nie ma przeszkód, by towarzystwo ubezpieczeń komplementarnych i FWR dostarczały świadczenia spoza koszyka gwarantowanego za pośrednictwem wszystkich publicznych i prywatnych podmiotów działających na rynku, zwłaszcza tych, które mają wolne moce przerobowe. Jest to zgodne z konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej, rozsądne i pożądane.

Widząc podstawowe trendy zmian w systemach opieki zdrowotnej na świecie (starzenie się społeczeństw, rozwój medycyny i coraz liczniejsze nowe technologie medyczne, ograniczone fundusze ze składki podstawowej i kryzys ekonomiczny na świecie, wzrost oczekiwań społecznych względem możliwości leczniczych itd.), można stwierdzić, że deficyt w systemach ochrony zdrowia jest już w wielu krajach boleśnie odczuwalny i z pewnością będzie się dalej pogłębiać w najbliższych latach. Fundusz Walki z Rakiem nie tylko poprawi dostęp do najnowocześniejszego leczenia onkologicznego w Polsce, i to bez sięgania po pieniądze z obciążonego budżetu państwa – osoby uzyskujące dostęp do leczenia w ramach FWR nie korzystają z opcjonalnych, ale mniej skutecznych metod finansowanych przez NFZ, co odciąża system publiczny i redukuje kolejki do podstawowych świadczeń zdrowotnych.

Paulina Rolska, Krzysztof Łanda  
Fundacja Watch Health Care

<sup>1</sup> Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A i in. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. The Lancet Oncology 2013.

<sup>2</sup> www.ema.eu

<sup>3</sup> <http://www.rzadkiechoroby.pl/materialy/Stanowisko%20Zespolow%20Parlamentarnych%20QUALY.pdf>