

Jestem zwolennikiem teorii prostego rzemiosła

Z dr. n. farm. Leszkiem Borkowskim, ekspertem ds. farmakologii klinicznej, rozmawia Tomasz Michałek



Dr n. farm. Leszek Borkowski

Fot. Materiały dra Leszka Borkowskiego

W ostatnich miesiącach często słyszymy ostrzeżenia ekspertów o rosnącym długu zdrowotnym. Pan również należy do grona osób, które przed tym ostrzegają. Czego zatem konkretnie powinniśmy się obawiać?

Rozumiem dług zdrowotny dwojako. Z jednej strony, to finanse publiczne, które są zobowiązane pokrywać koszty leczenia obywateli płacących daninę dla państwa. Z drugiej strony, dług zdrowotny postrzegam jako pewien obowiązek moralny wszystkich elit politycznych, które są, były lub będą u władzy, aby rozwiązać problem nierozwiązany od zmian ustrojowych w Polsce. Zmiany te niosły w sobie element nadziei dla wszystkich Polaków, że opieka zdrowotna będzie porównywalna z opieką w krajach o wyższym poziomie rozwoju. Niestety, tak się nie stało. Na pewno szpitale są czystsze i bardziej zadbane, korytarze szpitalne stały się bardziej kolorowe, lekarze i pielęgniarki są ubrani trochę lepiej, ale patrząc na umieralność Polaków, a to jest jeden z ważniejszych wyznaczników opieki zdrowotnej, to jest ona ciągle duża i niestety odstajemy pod tym względem od innych kra-

jów. Oczywiście, z różnych przyczyn. Wydaje mi się, że należałoby zastanowić się, co z tym zrobić. Jestem jednak przeciwnikiem machania flagami i trąbienia na fanfarach różnych genialnych pomysłów. U nas w polityce jest tak, że polityk coś wymyśli i już to sprzedaje jako efekt. Myślę, że trzeba zacząć rozliczać polityków z efektywności tego, co robią. Tu nie ma „świętych krów”.

A które grupy osób w naszym kraju są Pana zdaniem najbardziej narażone na skutki długu zdrowotnego?

Myślę, że wszyscy Polacy. Bo każda grupa społeczna w różnym okresie swojego życia czy też rozwoju chorób, jest beneficjentem ochrony zdrowia. I każda grupa powinna być należycie chroniona w oparciu o współczesną wiedzę medyczną. Dla mnie nie ma żadnej różnicy, czy chora jest roczna dziewczynka, czy 15-letni chłopiec. Jeżeli teraz na to nałożymy chorych rodziców czy chorych dziadków, to patrząc populacyjnie na ten problem powiedziałbym, że dług zdrowotny niespłacony zagraża wszystkim, czyli zagraża całej naszej populacji.

Spróbujmy poszukać jakichś pozytywów w tym wszystkim. Być może zapowiadany właśnie Polski Ład, który powinien przynieść dodatkowe środki finansowe dla ochrony zdrowia, mógłby być takim antidotum na wspomniane problemy.

Z dużym zainteresowaniem słucham informacji medialnych o Polskim Ładzie. Potem obserwuję, co dzieje się w szpitalu, w przychodni, w aptece i jestem zagubiony. Bo to, co słyszę i to, co widzę ma się nijak do obietnic, ale rozumiem, że trzeba być cierpliwym. Każdy projekt wymaga punktów kontrolnych, w związku z tym chciałbym usłyszeć konkretnie, poza oczywiście hasłami populistycznymi, co będzie robione i w jaki sposób będzie kontrolowana realizacja tego, co ma być zrobione. Bez tego nie posuniemy się do przodu.

A co Pan sądzi o projekcie tzw. dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej? Może zawarte w niej rozwiązania pozwolą nam przynajmniej złagodzić część negatywnych skutków pandemii, w tym właśnie wspomnianego już długu zdrowotnego?

Ustawa refundacyjna jest pochodną filozofii opieki zdrowotnej i w mojej opinii należałoby najpierw zmienić filozofię opieki zdrowotnej, a potem „majstrować” przy aktach prawnych, takich jak ustawa refundacyjna. Filozofia opieki zdrowotnej jest niezwykle populistyczna i zakłada realizację tejże opieki przy znikomych środkach, w związku z tym, czy ta ustawa refundacyjna będzie miała nowelizację „a”, czy nowelizację „b”, „c” i „d”, to i tak one wszystkie będą zmierzały do dostosowania się do obowiązującej doktryny opieki zdrowotnej. Dotychczas ustawa refundacyjna nie obniżyła znacząco cen leków dla pacjentów, natomiast znacząco obniżyła koszty dla płatnika państwowego (NFZ). Dlatego te dyskusje wokół ustawy refundacyjnej, czasami bardzo emocjonujące dla jej uczestników, to trochę „bicie piany”, bo problem leży w doktrynie. Czy dbamy o zdrowie i życie obywatela, czy bardziej dbamy o Ministerstwo Finansów?

Pozwoli Pan, że moje kolejne pytanie będzie stricte związane właśnie z najnowszym projektem nowelizacji ustawy refundacyjnej. Chciałbym poruszyć kwestię wyrobów medycznych. Czytelnikom przypomnę, że pełnił Pan funkcję prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, gdzie nadzorował Pan proces rejestracji

zarówno leków, jak i wyrobów. Miał Pan okazję przyrzeć się bliżej tym dwóm rodzajom produktów, które są ważnym elementem systemu ochrony zdrowia. W projekcie ustawy refundacyjnej widać trend do wprowadzenia dla wyrobów medycznych podobnych zasad refundacji, jakie obowiązują dla leków. A pamiętajmy, że w wyrobach medycznych mamy kilkaset tysięcy zarejestrowanych produktów, co roku na rynek jest wprowadzana cała masa nowych, bo innowacyjność akurat w tym sektorze jest bardzo, bardzo wysoka. Posłużę się przykładem, który jest bliski naszemu Czytelnikowi – środków absorpcyjnych. Tylko czterech największych producentów, jak policzyliśmy, ma w ofercie ponad 200 różnych rodzajów produktów z tej grupy. Na dodatek są one cały czas ulepszone. Dlatego zastanawiam się, czy jest to na pewno dobry kierunek i czy nie zaszkodzi dostępności tego typu produktów w refundacji, jeżeli teraz poddamy to takiemu procesowi refundacji, jakiemu podlegają leki?

Odpowiadając na to pytanie, pozwolę sobie powrócić do mojego założenia, że ważna jest koncepcja, doktryna. Wyroby medyczne są niezwykle istotne w procesie

ochrony zdrowia, ponieważ pozwalają nam zdiagnozować pacjenta, leczyć go i rehabilitować, podczas gdy w przypadku produktów leczniczych mamy do czynienia tylko z elementem leczenia pacjenta. Wracając do postawionego pytania, doktryna powinna być taka, aby polski pacjent miał dostęp do

”

Z dużym zainteresowaniem słucham informacji medialnych o Polskim Ładzie. Potem obserwuję, co dzieje się w szpitalu, w przychodni, w aptece i jestem zagubiony. Bo to, co słyszę i to, co widzę ma się nijak do obietnic, ale rozumiem, że trzeba być cierpliwym.

sprawdzonych nowych produktów, które wnoszą postęp w opiece zdrowotnej. W czasie, kiedy pracowałam w Urzędzie Rejestracji, wszystkie produkty lecznicze dzieliłem nieformalnie na dwie grupy. Jedne były istotne dla strategii podnoszenia poziomu opieki zdrowotnej, drugie odgrywały też ważną rolę, ale inną – były produktami wspomagającymi. Ten podział nikomu w niczym nie uwłaczał, bo swoją rolę w poruszaniu się grają i nogi, i ręce ludzkie. Jedne i drugie są potrzebne. W związku z tym myślę, że trzeba by dokonać oceny istotności produktów leczniczych i w zależności od tego, w jakiej grupie się znajdują, w zależności od środków finansowych, jakie możemy na nie przeznaczyć, przeprowadzić wyroby medyczne w kierunku ustawy refundacyjnej, ale zrobionej dla nich oddzielnie.

W czerwcu tego roku, podczas Światowego Tygodnia Kontynencji, miałem okazję gościć Pana na jednej z sesji prowadzonych online. Tematem była uroonkologia

i programy lekowe, za pomocą których Ministerstwo Zdrowia finansuje większość terapii onkologicznych w Polsce. Stwierdził Pan wtedy, że programy lekowe stały się, tutaj cytuję, „wydmuszką spokojnego sumienia”. Jak mamy to rozumieć?

Programy lekowe nie spełniają dzisiaj swojej funkcji, ponieważ nie są nośnikiem nowości terapeutycznych sprawdzanych na wyselekcjonowanej grupie pacjentów. Dzisiaj są one standardową procedurą leczenia chorych ludzi, która może być bardzo łatwo ograniczona dla osób, które nie przechodzą kwalifikacji do nich. W mojej opinii, być może niesprawiedliwej, dzisiaj program lekowy jest metodą leczenia tradycyjnego z dużym naciskiem na łatwość ograniczenia liczby pacjentów, którym się pomaga.

Patrząc na efekty programu lekowego w terapii raka gruczołu krokowego, trudno się z Panem nie zgodzić. Polska niechlubnie wyróżnia się na tle innych krajów europejskich ponadprzeciętną śmiertelnością w tej grupie osób. Czy my zbyt późno diagnozujemy tę chorobę, czy może zbyt ograniczamy chorym dostęp do nowoczesnych leków?

W mojej opinii zbyt ograniczamy dostęp do nowoczesnych leków. Mam skromne doświadczenia, jestem prostym człowiekiem, który może powiedzieć, jak funkcjonuje służba zdrowia we Francji czy w Niemczech, a poza tym nie wiem, jak jest gdzie indziej, ale pacjent wszędzie jest taki sam. Człowiek, zanim stanie się pacjentem, odsuwa od siebie moment przejścia z półki „zdrowy człowiek” na półkę „chory człowiek”, czyli pacjent. To normalne. Programy przesiewowe - lepsze, czy gorsze - są w każdym kraju Unii Europejskiej, i Polska jakoś tutaj specjalnie nie odstaje, mimo że istnieje pogląd, że u nas wszystko jest najgorsze. Nie, wszędzie jest tak samo, bo ludzie są tacy sami. Natomiast my wysiadamy w tym wyścigu już w momencie „przyjazdu pociągu na stację opieka nad pacjentem z rakiem stercza”. Mamy pacjenta zdefiniowanego, znalezione, którego trzeba leczyć. I tutaj przegrywamy, bo leczymy metodami, które są akceptowane, jak najbardziej, ale nie stanowią postępu terapeutycznego. Przykład: mój kolega, który jest leczony dzisiaj na raka prostaty, jest tak samo leczony jak mój inny kolega, który był leczony 15 lat temu. Porównując te dwa fakty i znając epikryzę jednego i drugiego, mogę powiedzieć, że zastanawia mnie to, iż przez 15

lat system, bo nie lekarze tylko system, nie nauczył się reagować adekwatnie do wiedzy medycznej.

Podczas wspomnianej już sesji Światowego Tygodnia Kontynencji poruszyliśmy również temat ratunkowego dostępu do technologii lekowych - RDTL. Pan wtedy stwierdził, że w uroonkologii, i tu znowu pozwolę sobie Pana zacytować, RDTL „sprawdza się kiepsko”. Co zatem należy z nim zrobić: zlikwidować czy może poprawić? Nie bez przyczyny o to pytam, bo mamy jeszcze kolejne źródło finansowania drogich terapii, jakim jest powołany niecały rok temu Fundusz Medyczny.

Polska ochrona zdrowia jest miejscem politycznych bajerów i fajerwerków. Co jakiś czas bardzo zdolni pijarowcy wymyślają coś nowego, za czym idą media i politycy, a nikt nie zastanawia się, że to coś nowego to jest tak naprawdę coś starego. Wystarczy przyjrzeć się temu, jak funkcjonuje stare i poprawić je, a nie tworzyć nowe. Bo nowe kosztuje. To są tzw. pieniądze na rozwój. Uważam, że głównym powodem zatrzymania tych fajerwerków pijarowskich, tych nazw, koncepcji, z których nic nie wynika, jest po prostu sprawdzanie tych pomysłów. Nie

wiem, kto powinien to robić, ale myślę, że administracja państwowa jest mądra i sobie z tym poradzi. Powinien być ktoś, kto to sprawdza. Mówi: tak, sprawdzam. Pięć lat działalności, koszty takie i takie, rezultaty? Jakież? Zero - trzeba coś z tym zrobić. Dobrze - kontynuujemy. Prosta zasada.

”

Programy lekowe nie spełniają dzisiaj swojej funkcji, ponieważ nie są nośnikiem nowości terapeutycznych sprawdzanych na wyselekcjonowanej grupie pacjentów. Dzisiaj są one standardową procedurą leczenia chorych ludzi, która może być bardzo łatwo ograniczona dla osób, które nie przechodzą kwalifikacji do nich.

Podsumowując naszą

rozmowę: co Pana zdaniem należy zrobić, aby pacjenci onkologiczni mogli żyć dłużej i w możliwie jak najlepszej kondycji w Polsce?

Leczyć ich tak jak są leczeni w innych krajach. Po prostu.

Czyli nie wymyślamy, nie odkrywamy Ameryki, tylko czerpmy z najlepszych wzorców?

Tak, to, co jest sprawdzone. W medycynie i farmacji są dwie koncepcje. Jedna mówi, że to jest sztuka niebiańska, a druga, że to jest rzemiosło oparte na faktach. Jako prosty człowiek jestem zwolennikiem teorii prostego rzemiosła opartego na faktach, bo statystyka i wieloletnie sprawdzenie czegoś, daje nam siłę w postępowaniu z kolejnym nowym pacjentem.

Natomiast eksperymenty nieoparte rzetelną wiedzą są fajne, ale najbardziej je lubię przy picciu porannej kawy na siedząco lub eksperymentalnie na stojąco.