



Światowiec

Rozmowa z Włodzimierzem Kubiakiem,
Vice President, Worldwide Access Programs, Virology Pharmaceutical Group
Asia-Pacific, Latin America, New Europe and Africa

Przez lata pracował pan na stanowisku szefa firmy farmaceutycznej w Polsce, aż wyłądował pan jako wiceprezes w światowych strukturach koncernu. Czy zna pan inną osobę z Polski, która awansowała tak spektakularnie?

Nie znam, aczkolwiek nie wykluczam, że takie przypadki były, a na pewno będą się jeszcze zdarzać.

Współkieruje pan oddziałem Jansenn-Cilag zajmującym się dostępem do leków wirusologicznych w państwach rozwijających się. Jak koncern definiuje te kraje?

Tego jeszcze nie potrafię powiedzieć. Na pewno jednak w krajach rozwijających będzie on tańszy niż w pozostałych państwach naszego globu.

Czy musi pan odwiedzać wszystkie kraje objęte programem? Na czym polega praca koordynatora?

Sporo podróżuję, ale odwiedzenie wszystkich państw borykających się z problemem AIDS to zadanie niemożliwe do wykonania. Wirusem HIV zarażonych jest bowiem aż 40 mln ludzi, a w niektórych krajach choruje 27 proc. populacji! W państwach afrykańskich wielkim problemem stało się rozprzestrzenianie się HIV w siłach zbroj-

» Gdy weszliśmy na salę, gdzie leżeli pacjenci czekający na konsultacje, nasz przewodnik powiedział im, że reprezentujemy firmę wprowadzającą na rynek nowy lek na AIDS. Proszę sobie wyobrazić, że cała sala zaczęła klaskać »

Posługujemy się przede wszystkim używanym przez ONZ wskaźnikiem *Human Development Index*. Określa on poziom życia m.in. na podstawie takich parametrów, jak dochód narodowy *per capita*, długość życia oraz stopień analfabetyzmu. Do rozwijających się zaliczyliśmy kraje, których ocena wypada na niskim bądź średnim poziomie. Słabo rozwinięta jest praktycznie cała Afryka. Do krajów średnio rozwiniętych zaliczono Malezję, Tajlandię, Chiny i Rosję. Wszystkie państwa, które weszły do Unii Europejskiej, a nawet Bułgaria, mają ocenę wysoką. Podsumowanie indeksów wskazuje, że pomocy potrzebuje ponad 100 krajów.

Jakie zadania wyznaczono oddziałowi?

Musieliśmy opracować politykę dystrybucji leków, w głównej mierze przeznaczonych do leczenia AIDS. Po wstępnej analizie wiemy już, że krajów rozwijających się nie można traktować w sposób typowo komercyjny i ceny naszych preparatów muszą tam być niższe niż w państwach wysoko rozwiniętych. Na razie jednak co miesiąc prezentujemy kierownictwu firmy kolejne elementy strategii. Mamy nadzieję, że w czerwcu lub lipcu FDA zarejestruje nasz nowy lek na AIDS – oparty na inhibitorze proteazy. Mutagenność wirusa powoduje, że trzeba mieć wciąż nowe farmaceutyki. Nasz lek będzie podawany przede wszystkim tym pacjentom, którzy są już oporni na stosowane do tej pory preparaty.

Ile ten lek będzie kosztował?

nych (co ciekawe – im wyższe szarże, tym większy odsetek zarażonych). Ostatnio byłem, np. w Tanzanii. Wizytę zaczynam się od zapoznania ze stosowanymi w danym miejscu metodami leczenia AIDS. Nie siedzimy w hotelu, tylko odwiedzamy szpitale i domy chorych. Jest to o tyle konieczne, że z perspektywy polskiej, a dokładnie poznańskiej, bo w tym mieście urzęduję, można niewłaściwie oceniać sytuację. Przykładem jest właśnie Tanzania. Można by się spodziewać, że mieszkający w gettach Dar es Salam niesłychanie ubodzy ludzie nie mają szans na jakąkolwiek opiekę medyczną. Tymczasem dostęp do podstawowego leczenia jest zupełnie niezły, mimo że dziennie kosztuje ono ok. dolara (dla tamtejszej ludności byłaby ty kwota niesłychanie wysoka, gdyby nie fakt, że pieniądze na leczenie wykładają organizacje pozarządowe). Problemem jest natomiast tzw. *stygma* – niechęć zarażonych do przyznawania się do choroby oraz to, że nie mają oni pieniędzy na dojazd do centrów leczenia.

Czy ogrom problemów nie zniechęca do pracy?

Opowiem panu historię pewnego spotkania. Podczas pobytu w Republice Południowej Afryki odwiedziliśmy największy szpital w Johannesburgu. Gdy weszliśmy na salę, gdzie leżeli pacjenci czekający na konsultacje, nasz przewodnik powiedział im, że reprezentujemy firmę wprowadzającą na rynek nowy lek na AIDS. Proszę sobie wyobrazić, że cała sala zaczęła klaskać. Dla takich momentów warto pracować i jest to bardzo budują-



fol. (2x) Piotr Gilarski

ce. W Kijowie natomiast chorzy mówili nam, że się modlą za powodzenie naszej pracy i naszych naukowców, opracowujących nowe leki.

Czy w krajach, które odwiedzacie, możecie liczyć na podobną aprobatę członków rządów?

Wielokrotnie byliśmy zaskoczeni profesjonalnym przygotowaniem przedstawicieli rządów – np. podczas spotkania z dyrektorami departamentów resortów zdrowia w Chinach czy w Tajlandii. Te rozmowy były niesłychanie merytoryczne i rzeczywiście służyły rozwiązaniu problemów.

Czy będziecie się też zajmowali wdrażaniem tych programów?

Nie – tym zajmą się oddziały Janssen-Cilag na całym świecie i to one będą realizować programy. Należy jednak pamiętać, że nie uda nam się pomóc wszystkim potrzebującym. Dlatego właśnie na początku ustaliliśmy listę państw, w których będziemy działać niekomercyjnie. To było poważne wyzwanie, bo należy pamiętać, że na świecie funkcjonują różne modele opieki zdrowotnej (np. w Indiach rynek jest całkowicie prywatny i pacjenci za leczenie AIDS muszą płacić). Wiele koncernów skupia się wyłącznie na medycznym sektorze publicznym. My nie zamierzamy różnicować działalności w zależności od formy własności. Moim zadaniem jest przygotowanie strategii uwzględniającej specyfikę danego kraju. Będę przebywał również w Waszyngtonie w czasie rejestracji leków, by zadbać o to, żeby nasz farmaceutyk został uwzględniony w prezydenckim planie pomocy, na którą przeznaczono ponad 2 mld USD. Realizacja tego programu będzie jednak

„ W naszym kraju stygmatyzacja nie dotyczy pacjentów, ale firm farmaceutycznych. Ich negatywne postrzeganie nie jest spotykane w żadnym z państw na świecie ”

niesłychanie skomplikowana, choćby dlatego, że wiele leków należy przyjmować podczas posiłków. A jak w tej sytuacji pomóc chorym w krajach, w których panuje głód?

Wróćmy do Tanzanii. Mówił pan o stygmatyzacji oraz o kłopotach pacjentów z dotarciem do specjalistycznych ośrodków.

Tanzania jest reprezentatywna dla całej Afryki. Biorąc pod uwagę miejsce naszego nowego leku w terapii (lek *ostatniego rzutu*) doszliśmy do wniosku, iż nie ma sensu dystrybuować go w całym kraju. Dlatego chcemy wykorzystać jeden ośrodek lub dwa, w których będzie dostępny. Myślę jednak, że w Tanzanii najtrudniejszymi zadaniami, z jakimi przyjdzie nam się uporać, będzie proces rejestracji leku i korupcja. W ostatecznym rozrachunku, po pokonaniu tych barier, w Afryce będziemy korzystać z kilkunastu dobrze wyposażonych centrów leczenia AIDS. Będą w nich pracowali najlepsi specjaliści.

Czy podobną strategię firma chce przyjąć w innych krajach?

Zawsze staramy się dostosować do konkretnej sytuacji. W Brazylii np. system leczenia jest świetnie zorganizowany. Funkcjonuje tam ok. 500 specjalistycznych ośrodków, zatrudniających doskonale wykształconych lekarzy. Dlatego w tym kraju będziemy korzystać z krajowych kanałów dystrybucji. Jednocześnie w Brazylii prężnie działa oddział Janssen-Cilag (czego nie ma w Afryce). Dzięki temu mamy też własnych dystrybutorów, magazyny i skład celny.

Czy krajom objętych waszym programem oferujecie tylko czekający na rejestrację lek przeciw AIDS?

Pracujemy nad dwoma kolejnymi preparatami. Oprócz tego zajmują się lekiem na gruźlicę, który jednak może zostać zarejestrowany nie wcześniej niż w 2011 r.

Miał pan okazję się przyjrzeć, jak funkcjonują systemy opieki zdrowotnej w różnych krajach. Jak w porównaniu z nimi ocenia pan polską służbę zdrowia?

W krajach afrykańskich szerzy się korupcja, natomiast lekarze są wspaniali (problemem jest to, że wielu z nich emigruje). W Brazylii, Tajlandii czy w Chinach pracuje się bardzo dobrze. W Polsce mamy zaś do czynienia ze stygmatyzacją, ale nie pacjentów, lecz koncernów farmaceutycznych. W żadnym innym miejscu na świecie nie są one tak negatywnie postrzegane. Pamiętam takie zdarzenie z czasów, gdy byłem prezesem Stowarzyszenia Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce. Poszliśmy na spotkanie z prezesem NFZ. Wraz z nim przyszło kilku urzędników. Na stole położyliśmy nasze wizytówki. Gdy urzędnicy na nie zerknęli, oświadczyli, że od przedstawicieli firm farmaceutycznych nie wol-



fol. Archiwum

” W Afryce problemem jest niechęć zarażonych do przyznawania się do choroby oraz to, że nie mają oni pieniędzy na dojazd do centrów leczenia ”

no im brać wizytówek. To tylko jeden z przykładów świadczących o tym, do jakich absurdalnych sytuacji dochodzi w relacjach między koncernami a administracją państwową. Z powodu takiego paranoicznego nastawienia urzędników najbardziej tracą pacjenci, bo pozbawia się ich dostępu do nowoczesnych leków.

Swego czasu, jeszcze jako prezes Stowarzyszenia, lansował pan pogląd o konieczności wykorzystania szansy, jaką dla naszego kraju stwarza wejście właśnie firm farmaceutycznych. Czy obecnie, po zmianie perspektywy z krajowej na światową, podtrzymuje pan tę opinię?

Niestety, czas nie stoi w miejscu... Polityka, jaką zaczęto uprawiać za czasów premiera Leszka Mil-

lera skutecznie zniechęciła firmy do inwestowania. Rozpętano burzę w szklance wody, sugerując istnienie jakiejś afery marżowo-cenowej, potem okazało się, że żadnej afery nie ma, a działania firm były całkowicie zgodne z obowiązującym prawem. Niestety, negatywny osąd pozostał i jak dotąd nie widać jakiegokolwiek zmiany. Tymczasem kraje ościenne (np. Czechy i Rosja) starają się przyciągać przemysł farmaceutyczny. Ogromne ułatwienia, jakie zaoferowała Rosja powodują, że wiele firm chce tam inwestować. Koncerny budują także swoje struktury w Czechach. A Polska ma wspaniałych, dobrze wykształconych lekarzy, ma – co widać najlepiej z zagranicznej perspektywy – medycynę na wysokim poziomie, ale nie umie tego wykorzystać.

Rozmawiał Janusz Michalak

Włodzimierz Kubiak, od 1991 roku związany z międzynarodową firmą Johnson&Johnson. Ukończył Akademię Medyczną w Poznaniu. Uzyskał dyplom MBA na Uniwersytecie Warszawskim, współpracującym z *University of Illinois*. Jest absolwentem prestiżowej uczelni *Columbia Business School*. W 1996 r. objął stanowisko dyrektora generalnego firmy Janssen-Cilag. W ciągu 9 lat pracy na tym stanowisku wprowadził firmę Janssen-Cilag do czołówki firm farmaceutycznych w Polsce. W roku 2002 doprowadził do utworzenia oddzielnego podmiotu Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o. Od 2005 r. pełni w koncernie Johnson&Johnson funkcję Vice President, Worldwide Access Programs, Virology Pharmaceutical Group Asia-Pacific, Latin America, New Europe and Africa.