

—THE— DIGGER

Inclisiran: Jak NHS stała się narzędziem polityki przemysłowej

Mapa zniekształceń II

[Phil Harper](#) 23 czerwca 2026 r.

Chcę wam pokazać *jeden węzeł* w projekcie, który buduję, o nazwie Mapa Zniekształceń. To baza danych, która śledzi dochody z branży farmaceutycznej w przemyśle medycznym.

Kwestia pieniędzy w medycynie jest ważna, ale złożona i trudna do zrozumienia intuicyjnie. Aby zgłębić ten problem, pokażę Ci drogę jednego leku, od jego odkrycia aż po dostarczenie do szpitala. W ten sposób zobaczysz, jak każdy węzeł, przez który przechodzi, *zniekształca rzeczywistość*, zanim ostatecznie trafi na Twoją receptę.



Lek, który omówimy, to lek obniżający poziom cholesterolu o nazwie inclisiran. Aby go w pełni zrozumieć, musimy najpierw zrozumieć *rynek*, na który jest skierowany; rynek statyn w Wielkiej Brytanii, Europie i USA jest ogromny, a ten gigantyczny rynek został stworzony niemal w całości przez sam przemysł farmaceutyczny. To, co zaczęło się jako lek ukierunkowany na pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym, zostało agresywnie zmodyfikowane w „obowiązkową miętę” dla milionów całkowicie zdrowych dorosłych. Musimy więc pamiętać, że nasz lek „inclisiran” jest dziełem przemysłu farmaceutycznego i ma na celu obsługę ogromnego rynku *stworzonego* przez przemysł farmaceutyczny.

Jak dokładnie „tworzy się” rynek dla leku? Spędza się dekady, lobbując za systematycznym obniżeniem progów klinicznych dla „wysokiego” cholesterolu do tak niskiego poziomu, że miliony zdrowych ludzi „chorują” zgodnie z nowymi kryteriami. Właśnie tak. Krytycy będą twierdzić, że to cyniczne podejście, ale zastanów się: jeśli jesteś mężczyzną po 45. roku życia, w Ameryce *automatycznie* uznaje się cię za osobę wysokiego ryzyka. W przypadku kobiet grupa wysokiego ryzyka to osoby po 55. roku życia. Mówimy o około 40% całej populacji USA, która kwalifikuje się do tego leku.

W Wielkiej Brytanii, jeśli w wieku 45 lat wykonasz badanie poziomu cholesterolu, istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, że zalecą ci statyny. Nic innego w twoim stylu życia ani zdrowiu nie ma znaczenia według tych wytycznych. Z finansowego punktu widzenia stworzenie tak dużego rynku to niezwykle osiągnięcie, więc jak im się to udało?

Systematyczne obniżanie progów leczenia klinicznego rozpoczęło się (jak to często bywa) w Stanach Zjednoczonych. Wytyczne Narodowego Programu Edukacji Cholesterolowej (NCEP) z 2004 roku dotyczące Panelu Leczenia Dorosłych III (ATP III) stały się podstawą do rozszerzenia rynku statyn. Wytyczne te obniżyły zalecane docelowe poziomy cholesterolu LDL w szeregu kategorii wysokiego ryzyka, co natychmiast zaklasyfikowało miliony zdrowych osób jako osoby „wysokiego ryzyka”, a zatem kwalifikujące je do terapii statynami. W mgnieniu oka rynek gwałtownie wzrósł.

Czy zatem proces, w wyniku którego do tego doszło, był sprawiedliwy? Otóż [ośmiu z dziewięciu członków](#) panelu NCEP ATP III miało bezpośrednie, osobiste powiązania finansowe z producentami statyn. Co więcej, pięć [głównych badań klinicznych, które](#) uzasadniały nowe wytyczne, zostało *w całości sfinansowanych* przez firmy farmaceutyczne, które je wyprodukowały. Większość głównych badaczy biorących udział w tych badaniach otrzymała znaczne wynagrodzenie od sponsorów w formie konsultacji, honorariów za wykłady lub bezpośredniego zatrudnienia.

Ten sam schemat powtórzył się w 2013 roku. Tym razem wytyczne pochodziły od American Heart Association i American College of Cardiology i jeszcze bardziej poszerzyły populację kwalifikującą się do leczenia – zalecając statyny około 31 milionom Amerykanów, oprócz 25 milionów, którzy już je przyjmowali. A kiedy „British Medical Journal” przyjrzał się autorom tych wytycznych, ponownie znalazł te same odciski palców. Ośmiu z piętnastu członków komisji miało powiązania finansowe z przemysłem, a sam przewodniczący, profesor Neil Stone, otrzymywał wynagrodzenie od sześciu różnych producentów statyn w latach poprzedzających objęcie stanowiska:

„Stone (członek komisji) przyznał dla BMJ, że przed powołaniem do komisji miał w wywiadzie finansowe powiązania z **firmami Abbott, AstraZeneca, Merck, Pfizer, Sanofi-Aventis i Schering-Plough**, a także był, konsultantem, firm **Abbott, AstraZeneca, Merck, Pfizer, Reliant, Schering-Plough i Sonaste**. Wszystkie sześć korporacji z którymi Stone miał finansowe powiązania produkuje leki na hiperlipidemię ...

Sześciu spośród pozostałych członków panelu ujawniło również, że w trakcie pełnienia funkcji w panelu utrzymywali stałe powiązania finansowe z producentami leków.

[Brytyjskie czasopismo medyczne](#), 2013

Te wytyczne, w dużej mierze pod wpływem pieniędzy z przemysłu, zapoczątkowały trend, zgodnie z którym *do określania czynników ryzyka sercowo-naczyniowego można wykorzystać dane demograficzne*. Rezultat? Mężczyźni w wieku 45 lat i starsi automatycznie stali się grupą wysokiego ryzyka. Ten pojedynczy krok skutecznie przekształcił zdrowych, starzejących się mężczyzn w stałą bazę konsumentów.

Step 3

Determine presence of major risk factors (other than LDL):

Major Risk Factors (Exclusive of LDL Cholesterol) That Modify LDL Goals

Cigarette smoking

Hypertension (BP \geq 140/90 mmHg or on antihypertensive medication)

Low HDL cholesterol (<40 mg/dL)*

Family history of premature CHD (CHD in male first degree relative <55 years; CHD in female first degree relative <65 years)

Age (men >45 years; women >55 years)

!!!

* HDL cholesterol \geq 60 mg/dL counts as a "negative" risk factor; its presence removes one risk factor from the total count.

Wytyczne ATP III oznaczają, że każdy mężczyzna po 45. roku życia jest narażony na wysokie ryzyko chorób układu krążenia

Trend dociera do Wielkiej Brytanii

Podążając za światowym precedensem ustanowionym przez wytyczne USA, Wielka Brytania poszła w jego ślady i rozszerzyła swój rynek. Branża chciała, *aby więcej osób kwalifikowało się do otrzymywania recept na statyny*, więc to właśnie otrzymaliśmy.

Krajowy Instytut Doskonałości w Zdrowiu i Opiece (NICE) zalecał rozpoczęcie terapii statynami wyłącznie u osób, u których 10-letnie ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych przekraczało 20%. W lipcu 2014 roku NICE opublikował Wytyczne Kliniczne nr 181, w których próg ten obniżono o połowę do poziomu 10-letniego ryzyka przekraczającego 10%. Widać tu pewną prawidłowość, która stanie się oczywista... W składzie panelu formułującego te zalecenia 8 z 12 członków miało powiązania finansowe z firmami farmaceutycznymi produkującymi statyny. Zgodnie z moją własną „Mapą zniekształceń” odkryłem, że trzech z tych członków kieruje obecnie firmami konsultingowymi zajmującymi się farmaceutykami, podczas gdy kolejnych trzech deklaruje otrzymywanie wynagrodzeń od gigantów farmaceutycznych.

Ta zmiana wytycznych wywołała szerokie kontrowersje w brytyjskim środowisku medycznym. Badanie przeprowadzone przez *Pulse* wykazało, że 57% lekarzy rodzinnych nie poparło projektu wytycznych, a 55% stwierdziło, że odmówiłoby samodzielnego przyjmowania statyny lub zalecenie jej członkowi rodziny przy 10% progu ryzyka. Pomimo sprzeciwu ze strony specjalistów, wytyczne zostały wdrożone, dzięki czemu ponad 80% mężczyzn po 50. roku życia i połowa kobiet po 60. roku życia kwalifikuje się do terapii statynami.

Sztuczki rozdmuchały ten globalny rynek do gigantycznej wartości 17,1 miliarda dolarów, opartej na ponad 200 milionach recept realizowanych rocznie w samych Stanach

Zjednoczonych. W Stanach Zjednoczonych mieszka zaledwie 342 miliony ludzi, więc liczba recept jest *niewiarygodnie wysoka* . To właśnie na tym rynku, sztucznie rozdmuchanym i horrendalnie lukratywnym, debiutuje lek, który teraz będziemy śledzić – inclisiran.

Narodziny naszego leku

W przeciwieństwie do codziennej formy statyn w tabletkach, Inclisiran to zastrzyk podawany dwa razy w roku, którego celem jest obniżenie poziomu cholesterolu. Dlaczego firma miałaby preferować tę formę zastrzyków? Cóż, statyny jako „typ” leków stają się nieaktualne, ponieważ pod względem finansowym – jako kategoria – statyny zostały już znacznie ulepszone. Przed wygaśnięciem patentu w 2012 roku Lipitor (statyna) stał się lekiem o najwyższych przychodach w historii, przynosząc [co najmniej 130 miliardów dolarów w ciągu swojego istnienia](#) . Ale wszystko, co dobre, kiedyś się kończy, ponieważ w 2012 roku wygasł patent na ten lek. Brytyjscy lekarze mogą i przepisują generyczne wersje leku za jedyne [9 pensów za tabletkę](#).

Czyli zadanie wykonane poprawnie? *Może* cholesterol jest przyczyną chorób serca i w razie potrzeby możemy obniżyć jego poziom tanio i skutecznie za pomocą leków generycznych opartych na Lipitorze, które zostały już opatentowane?

Cóż... i tak, i nie, bo przemysł farmaceutyczny *nienawidzi* wygasania patentów. Ciężko pracując nad stworzeniem rynku (poprzez obniżenie progu „wysokiego” cholesterolu), nie mogą pozwolić, by ich dojna krowa zginęła z powodu wygaśnięcia patentów. Przemysł ma sprawdzone rozwiązanie tego irytującego problemu. Wymyślają *zupełnie nowe* sposoby na obniżenie poziomu cholesterolu, a następnie lobbują i sprzedają swoje nowe (dostępne) wersje systemom opieki zdrowotnej na całym świecie. Po co wydawać grosze na leczenie, skoro *lepsze (i droższe) leczenie* na rynku już jest?

W *tym* duchu powstaje pomysł podawania Inclisiranu dwa razy w roku. Przejdźmy do końca tej historii, dobrze? Do 2021 roku NHS zgodził się udostępnić go nawet **300 000 osobom** w ramach jednej z największych umów w historii firmy. Co ciekawe, uczynił to *przed* opublikowaniem wyników badania klinicznego, mającego na celu sprawdzenie, czy Inclisiran rzeczywiście zapobiega zawałom serca, udarom mózgu lub zgonom. W chwili pisania tego tekstu badanie to wciąż nie zostało opublikowane.

Jak więc do cholery to wszystko się dzieje?

Zaczyna się, jak wiele tego typu przypadków, od nauki publicznej.

Inclisiran opiera się na nagrodzonej Noblem biologii – interferencji RNA, czyli metodzie wyłączania przekazu informacji w genach. Badania te prowadzono w latach 1998–2006 w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Niemczech. Większość tych prac, o ile mi wiadomo, była finansowana z grantów Narodowego Instytutu Zdrowia (NIH), kanadyjskiego CIHR i Instytutu Maxa Plancka. Naukowcy odkryli, że technologia RNAi może zmniejszyć produkcję białek PCSK9 w organizmie, co ostatecznie obniża poziom cholesterolu.

Cały ten proces został przekształcony w platformę lekową przez firmę biotechnologiczną **Alnylam** . Od tego momentu moderacja genu „obniżającego poziom cholesterolu” została nazwana „inclisiran” i licencjonowana przez firmę **The Medicines Company** , która zapłaciła

za przeprowadzenie badań klinicznych tego nowego leku. Wstępne wyniki [opublikowano w 2019 roku](#), a nieco ponad osiem dni później (zanim pierwsze badanie zostało poddane recenzji naukowej) [Novartis kupił firmę za około 9,7 miliarda dolarów](#). Najwyraźniej musieli uważnie śledzić ten lek, ponieważ przy tej cenie wyraźnie wierzyli, że może okazać się hitem.

Pierwsze badanie (Orion-10) zostało *opublikowane* w New England Journal of Medicine kilka miesięcy później, [w 2020 roku](#). Można sprawdzić deklarowane interesy w badaniu i jest to niesamowity dowód na to, jak bardzo konflikt interesów może być w rzeczywistości związany z pieniędzmi z branży farmaceutycznej. W [sekcji poświęconej deklarowanym interesom](#) trudno znaleźć autora bez znaczących, a momentami wręcz śmiesznych, powiązań z branżą.

To badanie zostało *sfinansowane* przez Medicines Company, firmę będącą właścicielem leku. Spośród 11 autorów badania, *każdy z nich* miał bezpośrednie, płatne powiązania z tą firmą. W niektórych przypadkach chętnie deklarowali „zatrudnienie, udziały i opcje na akcje” w *samym produkcie, który badali*. Jeszcze bardziej dziwna jest [skala](#), na jaką niektórzy z tych ludzi pobierają osobiste honoraria od branży. Najbardziej osobliwy element? To całkowicie normalne. Tak właśnie uprawia się medycynę; w szybkowarze korporacyjnych pieniędzy, interesów partykularnych i sprzecznego finansowania. Biorąc pod uwagę, że *każda osoba* biorąca udział w badaniu mogła skorzystać na pozytywnym wyniku, jaki Twoim zdaniem wynik wyłonił się z badania?

Dr Ray informuje o otrzymaniu honorariów za wykłady od firm Aegerion Pharmaceuticals, Kowa, Cipla, Algorithm i Zuelling Pharma, dotacji wypłacanych jego instytucji, honorariów za wykłady i honorariów za członkostwo w radach doradczych od firm Amgen, Regeneron Pharmaceuticals/Sanofi i Pfizer, honorariów za wykłady i honorariów za udział w komitetach sterujących badaniami klinicznymi od firm AstraZeneca i Eli Lilly, honorariów za udział w komitetach sterujących badaniami klinicznymi od firm Cerenis Therapeutics, the Medicines Company i Esperion, honorariów za udział w radach doradczych od firm Akcea Therapeutics, Novartis, Silence Therapeutics, Bayer i Daiichi Sankyo, honorariów za wykłady i honorariów za udział w radach doradczych od firm Takeda, Boehringer Ingelheim,

Laboratoria Dr. Reddy'ego, wsparcie finansowe i opłaty za członkostwo w radzie doradczej od Merck Sharp & Dohme, opłaty za zasiadanie w komitecie ds. oceny zdarzeń klinicznych od AbbVie oraz opłaty za pełnienie funkcji głównego badacza w badaniu klinicznym od Resverlogix;

Dr Wright otrzymuje wynagrodzenie za zasiadanie w radzie doradczej od firm Sanofi i Regeneron Pharmaceuticals, wynagrodzenie za konsultacje od firmy Gilead Sciences oraz wynagrodzenie za zasiadanie w komitecie sterującym od firmy AstraZeneca;

Dr Kallend, zatrudniony i posiadający opcje na akcje w Medicines Company; Dr Koenig, otrzymujący honoraria za konsultacje i wykłady od AstraZeneca, honoraria za konsultacje od Novartis, Pfizer, Medicines Company, DalCor Pharmaceuticals, Kowa, Amgen, Corvidia Therapeutics i Daiichi Sankyo, honoraria za wykłady od Berlin-Chemie i Sanofi, a także wsparcie w postaci grantów i dostarczanie odczynników od Singulex, Abbott, Roche Diagnostics i Dr. Beckmann Pharma;

Dr Leiter, otrzymując wsparcie grantowe, zapłacił swojej instytucji opłaty za członkostwo w radzie doradczej oraz opłaty za CME od firm Amgen, Eli Lilly i Regeneron Pharmaceuticals/Sanofi, opłaty za udział w komitecie sterującym od firmy Esperion, wsparcie grantowe, wypłacone swojej instytucji, oraz opłaty za udział w komitecie sterującym od firm Kowa i Medicines Company, opłaty za udział w radzie doradczej oraz opłaty za CME od firmy Merck oraz opłaty za udział w radzie doradczej od firmy HLS Therapeutics;

Dr Raal otrzymuje wynagrodzenie za członkostwo w radzie doradczej i wykłady od firm Amgen, Sanofi-Aventis, Regeneron Pharmaceuticals i Medicines Company;

Pani Bisch i pani Richardson są zatrudnione w spółce Medicines Company i posiadają akcje i opcje na akcje tej spółki;

Dr Jaros otrzymuje wynagrodzenie za dostarczanie analiz statystycznych dla badań klinicznych od firmy farmaceutycznej;

Dr Wijngaard, zatrudniony w firmie produkującej leki oraz posiadający akcje i opcje na akcje tej firmy;

Dr Kastelein otrzymuje honoraria za konsultacje od firm Akcea Therapeutics, AstraZeneca, CiVi Biopharma, Corvidia Therapeutics, CSL Behring, Daiichi Sankyo, Draupnir Bio, Esperion, Gemphire Therapeutics, Madrigal Pharmaceuticals, Matinas BioPharma, NorthSea Therapeutics, Novo Nordisk, Novartis, Regeneron Pharmaceuticals, REGENXBIO, Staten Biotechnology i 89bio. Nie zgłoszono żadnych innych potencjalnych konfliktów interesów istotnych dla niniejszego artykułu.

Badanie, które naprawdę ma znaczenie, ORION-4, to badanie sprawdzające, czy inclisiran faktycznie zapobiega zawałom serca i udarom mózgu. Jest prowadzone przez jednostkę Clinical Trial Service Unit w Oksfordzie i jest [współfinansowane przez Uniwersytet Oksfordzki i samą firmę Novartis](#). Warto się nad tym zastanowić; rzekomo niezależne badanie, które powie nam, czy ten lek ratuje jedno życie, jest również współfinansowane przez firmę, która go sprzedaje. A uniwersytet, który prowadzi badanie, według wstępnych danych w Map of Distortion, **otrzymał 16 milionów funtów pieniędzy od firm farmaceutycznych w latach 2019-2024**. Według Map of Distortion, największym pojedynczym sponsorem firm farmaceutycznych w Oksfordzie jest Novartis, z kwotą około 9 milionów funtów.

A więc... mimo że wyniki badań są w ogromnym stopniu zakłócone przez fundusze od firm, które miały na tym zyskać, obecnie istnieje kilka badań wskazujących, że lek ten może obniżać poziom cholesterolu. Czy nawet bez danych potwierdzających rzeczywiste korzyści kliniczne dla zdrowia możliwe jest wprowadzenie tego preparatu na rynek? Oczywiście, że tak. Oto jak to zrobić.

Na rynku z niekompletnymi danymi

Aby wprowadzić lek na rynek brytyjski, należy zgłosić sprawę do MHRA, czyli brytyjskiego organu regulacyjnego ds. leków. Doświadczeni czytelnicy The Digger wiedzą, że MHRA *nie jest finansowana z pieniędzy podatników*. Jeśli nie jest finansowana z pieniędzy podatników, to kogo chroni?

Jeśli możesz w to uwierzyć, MHRA jest [finansowana głównie przez ten sam przemysł, który ma regulować](#). To tak, jakby mafia płaciła za policję miejską, a handlarze bronią finansowali trybunał ds. zbrodni wojennych. Zadaniem MHRA jest udzielanie licencji na produkty farmaceutyczne do użytku w Wielkiej Brytanii, a 86% finansowania pochodzi od tego samego przemysłu, który chce, aby każdy jego produkt był dostępny na rynku. Śledztwo przeprowadzone w 2022 roku w „BMJ” [jasno to ujmuje](#), cytując socjologa Donalda Lighta: regulatorzy rynku leków stali się „doskonałym przykładem korupcji instytucjonalnej”.

Zgodziłbym się z tym – ale myślę, że jest jeszcze gorzej. Prawie niemożliwe jest ustalenie, jak lek został faktycznie oceniony. Szukałem brytyjskiej oceny inclisiranu – kto przeanalizował dane, kto uznał, że jest bezpieczny dla rynku brytyjskiego, co oświadczyli – i po stronie brytyjskiej nie mogłem jej znaleźć. MHRA opierała się na Europejskiej Agencji Leków (EMA) w ocenie takich leków, a [wniosek o udostępnienie informacji publicznej](#) po prostu odsyła do Europy.

Co godne uwagi, MHRA stwierdza, że treść jej własnych raportów na temat inclisiranu „jest poufna, ponieważ składa się z informacji przekazanych poufnie w formie europejskich raportów oceniających, które nie są dostępne publicznie”.

Warto się nad tym zatrzymać, ponieważ europejski regulator publikuje publiczny raport oceniający inclisiran – pobrałem go, [w całości liczący 143 strony](#). Pełniejsza wersja, z

pominięciem poufnych szczegółów handlowych, jest objęta klauzulą poufności i to właśnie może być celem MHRA. Jednak sam publiczny raport jest wymowny – a brytyjski regulator całkowicie odwraca uwagę od własnego rozumowania, sugerując zapoznanie się z europejskim.

A [do jakich wniosków](#) doszedł właściwie europejski organ regulacyjny? W swoim raporcie z oceny zatwierdził inclisiran, przyznając jednocześnie czarno na białym, że „ograniczeniem dokumentacji jest brak danych dotyczących wyników sercowo-naczyniowych” — że spadek poziomu cholesterolu jest „jedynie... wskaźnikiem zastępczym”, a „korzystny wpływ na wyniki sercowo-naczyniowe nie został jeszcze potwierdzony”. Innymi słowy: nie dysponujemy danymi pozwalającymi stwierdzić, że lek ten zapobiega choćby jednemu zawałowi serca lub udarowi mózgu – ale i tak dopuszczamy go do obrotu.

Skoro więc nie znamy uzasadnienia MHRA, co możemy zrobić? MHRA korzysta z opinii ekspertów zasiadających w stałym gremium zwanym Komisją ds. Leków Stosowanych u Ludzi, a lek taki jak inclisiran wchodziłby w zakres jej kompetencji. Nie jestem w stanie udowodnić, które konkretnie osoby oceniały ten konkretny lek – i właśnie w tym tkwi problem – ale mogę powiedzieć, kto zasiadał w tej Komisji w roku, w którym inclisiran został zatwierdzony, oraz, w pewnym stopniu, jakie oświadczenia złożyli. Spośród czternastu członków dziewięciu zadeklarowało powiązania finansowe z branżą farmaceutyczną. Dwóch z nich, w tym sam przewodniczący Komisji, profesor Sir Munir Pirmohamed, [zadeklarowało powiązania z firmą Novartis](#), producentem leku, który został dopuszczony do obrotu.

Podsumujmy? Badania były finansowane ze środków publicznych, a zyski były prywatne. Lek trafił do The Medicines Company, która przeprowadziła badania z badaczami opłacanymi z własnej kieszeni i opublikowała jedynie wstępne dane zastępcze – spadek poziomu cholesterolu, bez dowodów na to, że zapobiega on pojedynczemu zawałowi serca – a Novartis i tak kupił całą firmę. Jedyne badanie mające na celu znalezienie prawdziwej odpowiedzi klinicznej jest prowadzone przez sponsorowany przez Novartis Uniwersytet Oksfordzki i nie będzie raportowane przez lata. Lek został następnie przekazany brytyjskiemu regulatorowi, który czerpie 86% finansowania z kontrolowanej przez siebie branży, gdzie ocena znika w szarej skrzynce, której audyt jest praktycznie niemożliwy – nadzorowanej przez komitet ekspertów, którego znaczna część członków ma poważne powiązania z tą samą branżą.

Robi się głupio, ale to jeszcze nie koniec. Wejście na rynek to tylko jedna bitwa. Aby trafić do łóżka pacjenta, potrzebujesz rekomendacji – i w Wielkiej Brytanii właśnie tu wkracza NICE.

Eksperci, którzy poręczyli za tę technologię, zostali opłaceni przez firmę, która ją produkuje.

Jak wyjaśniłem ostatnio, NICE przeprowadza „oceny technologii” dla nowych leków, mając nadzieję na uzyskanie rekomendacji na poziomie NHS. Kiedy NICE oceniał inclisiran, zaprosił doradców ekspertów i opublikował ich oświadczenia. Głównym ekspertem klinicznym [był profesor Kausik Ray](#) z Imperial College London – który jest również głównym badaczem w badaniach ORION Inclisiran i, jak sam oświadcza, [„konsultantem firmy Novartis”](#).

Sprawdziłem jego nazwisko w brytyjskiej bazie danych płatności przemysłu farmaceutycznego, aby to potwierdzić. Rejestruje ona [setki tysięcy funtów płatności](#) wypłaconych profesorowi Rayowi przez firmę Novartis – producenta leku, którego doradzał. W bazie danych „The Map of Distortion”, która gromadzi dane niepublikowane już przez Disclosure UK, widzimy, że profesor Ray otrzymał od firm farmaceutycznych ponad 570 000 funtów w ciągu sześciu lat gromadzenia danych.

Podkreślę, profesor Ray nie zrobił tu nic nielegalnego ani niewłaściwego. Zgłosił swoje powiązania finansowe, NICE to odnotowało i stwierdził, że jego powiązania „nie przeszkadzają profesorowi Rayowi w udzielaniu komisji porad eksperckich”.

W spotkaniu uczestniczył również dr Alan Jones, główny badacz w badaniu inclisiranu na Uniwersytecie Oksfordzkim. Jest on lokalnym głównym badaczem w finansowanym przez Novartis badaniu inclisiranu – prowadzonym w jego szpitalu – i doradza NICE w sprawie tego, czy NHS powinien finansować ten sam lek. Jaki jest wniosek NICE w sprawie tego konfliktu interesów? „Nie uniemożliwiłoby to dr. Jonesowi udziału w dyskusjach na temat tej oceny”.

W Komitecie zasiadał również ekspert ds. pacjentów z [HEART UK](#), organizacji charytatywnej zajmującej się cholesterolem. Heart UK właśnie rozpoczęło współpracę z firmą Novartis i niedawno zorganizowało konferencję, którą Novartis sponsorował. Według serwisu The Map of Distortion, w roku, w którym dokonano wyceny inclisiranu, HEART UK [zebrało prawie 59 000 funtów](#) darowizn od Novartis. Jaki był tego rezultat? Deklaracja nie uniemożliwi tej osobie „udzielania porad eksperckich komitetowi”.

Jeśli zaczyna to być męczące, proszę o cierpliwość, bo to jeszcze nie koniec. Inclisiran został oceniony przez niemal stały Komitet C NICE. Obecny przewodniczący tego komitetu, dr James Fotheringham, zadeklarował otrzymanie wynagrodzenia od firmy Novartis za doradztwo i wystąpienia (TA723, TA751, TA853), a zgodnie z inną deklaracją jego pracodawca (Uniwersytet w Sheffield) również otrzymał fundusze od firmy Novartis (TA706). Zgodnie z moimi własnymi (wstępnymi) wynikami zawartymi w „The Map of Distortion”, Fotheringham otrzymał od firmy Novartis 3 433 funtów w latach 2020 i 2021, a uniwersytet, na którym pracuje, miał dobry rok 2020, otrzymując od firmy Novartis 51 532 funtów.

W skład tej komisji [wchodzi również dr Richard Nicholas](#). Pełni on zresztą funkcję wiceprzewodniczącego komisji. Zgłasza on, że zasiada w płatnych radach doradczych firm Novartis i Roche w ramach ponad 20 innych ocen technicznych. Serwis Disclosure UK [potwierdza tę informację](#), podając kwotę wynagrodzenia w wysokości 4 452 funtów brytyjskich za rok 2022.

A więc... Jak myślisz, jaki był wynik tej oceny?

[Oczywiście, że go polecali!](#) W październiku 2021 roku NICE zatwierdziło inclisiran dla NHS – przepuszczono go ze względu na to, jak bardzo obniża poziom cholesterolu, co było jedynie liczbą na wykresie, podczas gdy badanie ORION-4, które prowadził dr Jones, miało dopiero kilka lat do ogłoszenia, czy lek zapobiega choćby pojedynczemu zawałowi serca lub udarowi. Pięć lat później badanie to nadal nie przedstawiło tych danych. Spodziewamy się, że być może usłyszymy coś w lipcu.

Zatem badacze prowadzący badania nad lekiem, przynajmniej jeden z nich z pewnością opłacany przez Novartis, wypowiedzieli się na jego korzyść; głos pacjentów był finansowany przez Novartis; komisji, która go oceniała, przewodniczyli i wiceprzewodniczyli ludzie czerpiący zyski z Novartisu – i każdy z nich to zadeklarował. Nikt niczego nie ukrywał. Nikt nie złamał zasad. A lek i tak przeszedł. Konflikty interesów nie zakłóciły procesu, wszystko zostało po prostu przepuszczone, ponieważ to całkowicie normalne. Konflikty interesów są częścią procesu.

W końcu...

Teraz już widać, jak to wygląda, więc streszczę się. NICE powiedziało „tak”, a NHS England podpisało „pierwszą na świecie” umowę z Novartis na udostępnienie inclisiranu dla 300 000 osób – jedną z [największych umów dotyczących leków w historii firmy](#). Niektóre z warunków są nam ukrywane z „wrażliwych powodów handlowych”, jak nam powiedziano. Co wiemy: generyczna statyna kosztuje NHS grosze za tabletkę, podczas gdy cena katalogowa inclisiranu wynosi [1900 funtów za dawkę](#).

Profesor ekonomii zdrowia, analizując przebieg zawarcia tej umowy, [stwierdził, że NHS został](#) „przekształcony w narzędzie polityki przemysłowej”. Poszedłbym jeszcze dalej. Biorąc pod uwagę wszystko, co właśnie omówiliśmy – prywatyzację nauki publicznej, lek zakupiony na podstawie wyników badania poziomu cholesterolu, opłacanych badaczy potwierdzających jego skuteczność, komitety z konfliktem interesów, które go zatwierdziły, oraz organ regulacyjny, który nie ujawnia swoich działań – trudno nie podejrzewać, że jest to właśnie to, na co wygląda: niezwykle skuteczny sposób na wyciągnięcie publicznych pieniędzy z krajowej służby zdrowia, kosztem rzetelnych dowodów naukowych i zdrowia ludzi. Jest to przeciwieństwo tego, jak powinna funkcjonować nauka medyczna.

To tylko jeden węzeł na Mapie Zniekształceń. Istnieją tysiące innych. Pokażę wam następny.