

MARTA MAKOWSKA*

Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

MICHAŁ NOWAKOWSKI**

Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej

<https://doi.org/10.26485/PS/2018/67.4/5>

SOCJOLOGIA FARMACEUTYKÓW JAKO „SUBPOLE” SOCJOLOGII MEDYCyny

Streszczenie

Celem artykułu jest nakreślenie obszaru badawczego w ramach socjologii medycyny, który socjologowie brytyjscy nazwali socjologią farmaceutyków. Zawierają się w niej: 1) procesy medykalizacji i farmaceutyzacji, 2) społeczny kontekst tworzenia regulacji dotyczących leków, 3) praktyki marketingowe przemysłu farmaceutycznego, 4) oczekiwania społeczne dotyczące innowacji farmaceutycznych, 5) konsumpcja leków. W artykule omówiono powstanie i rozwój socjologii farmaceutyków oraz dokonano przeglądu badań mieszczących się w tym obszarze. Przedstawiono także argumenty dowodzące użyteczności terminu „socjologia farmaceutyków” w badaniach nad społecznymi konsekwencjami korzystania z leków oraz procesem farmaceutyzacji.

Słowa kluczowe: socjologia farmaceutyków, medykalizacja, farmaceutyzacja, prawo farmaceutyczne, marketing farmaceutyczny, konsumpcja leków

WPROWADZENIE

Leki pełnią ważne funkcje społeczne – pozwalają wielu ludziom wrócić do zdrowia, osobom cierpiącym na choroby chroniczne umożliwiają normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Chociażby z tego względu powinny być przedmiotem

* Dr, Wydział Nauk Społecznych, Katedra Socjologii; e-mail: marta_makowska@sggw.pl

** Dr, Wydział Filozofii i Socjologii, Instytut Socjologii, Zakład Socjologii Zdrowia, Medycyny i Rodziny; e-mail: m.nowakowski@umcs.pl

zainteresowania socjologów. Jednak dopiero w późnych latach 80. XX wieku obok badań dotyczących konsumpcji leków (ile, jakie, kto i w jakim celu) ważne stały się również kwestie związane z rozwojem nowych leków, regulacjami dotyczącymi branży farmaceutycznej oraz jej promocją i marketingiem [Abraham 2011: 726]. Ta zmiana podejścia wynikała z faktu, że od początku lat 80. obserwuje się rosnącą rolę firm farmaceutycznych w oddziaływaniu na systemy ochrony zdrowia i medycynę. Świadczą o tym dwa fakty: 1) stały wzrost wartości rynku farmaceutycznego oraz 2) liczba wypisywanych recept [Busfield 2010: 934].

Globalne dochody branży farmaceutycznej cały czas wzrastają. W 2001 roku wyniosły 390 miliardów USD, w 2011 – 963 miliardy USD, zaś w 2014 po raz pierwszy przekroczyły bilion USD [Statista.com 2018]. Szacuje się, że w 2021 roku światowe wydatki na leki osiągną prawie 1,5 biliona USD [Quintile-SIMS Institute 2016: 2]. Za wzrost spożycia leków odpowiadają po części: postęp medycyny (odkrywanie nowych schorzeń i leków mających z nimi walczyć), starzenie się populacji i związane z tym obciążenie chorobami cywilizacyjnymi, ale również działalność marketingowa firm farmaceutycznych i przemiany kulturowe oddziałujące na zachowania pacjentów.

Branża farmaceutyczna umie rozpalać wyobraźnię, dzięki agresywnym akcjom marketingowym pozwala ludziom wierzyć, że leki mogą rozwiązać niemal każdą dolegliwość, że są „cudownymi pigułkami” usuwającymi codzienne problemy [Fox, Ward 2008: 856], np. poprawiają potencję seksualną, pozwalają sprawnie funkcjonować bez snu. Rodzi to również oczekiwania społeczne wobec innowacji farmaceutycznych, które są „w zasięgu ręki”. Obecnie takie nadzieje budzi spersonalizowana terapia farmakologiczna dostosowana do indywidualnego profilu genetycznego pacjenta.

Spółeczny wymiar leków jest widoczny, gdy rozważymy, w jaki sposób kreuje się potrzebę ich zażywania (m.in. dzięki reklamom telewizyjnym czy kampaniom społecznym), dlaczego pacjenci podporządkowują się lub nie zaleceniom związanym z przyjmowaniem farmaceutyków, jakie konsekwencje mają zmiany w regulacjach prawnych związanych z lekami, albo jakie znaczenie ma zwiększenie dostępu pacjentów do informacji o ich powstaniu, badaniach i skutkach stosowania farmaceutyków (m.in. za sprawą rozwoju Internetu). Leki stały się zatem ważnym elementem kulturowego, ekonomicznego, a nawet politycznego krajobrazu współczesnych społeczeństw i z tego powodu część socjologów zaczęła używać terminu „socjologia farmaceutyków” dla podkreślenia wagi tego „subpola socjologii medycyny”¹.

¹ O tym, że jest to „subpole” socjologii medycyny świadczy chociażby fakt, że co roku na kongresie British Medical Sociology organizowana jest sesja poświęcona „socjologii farmaceutyków”.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie zarysu problematyki socjologii farmaceutyków. Najpierw skupimy się na opisie powstania i rozwoju tego „subpola”, a następnie omówimy główne obszary jego zainteresowań. Naszą uwagę poświęcimy rozdzieleniu pojęć medykalizacji i farmaceutyzacji. Wyjaśnimy, dlaczego regulacje dotyczące leków i sposoby promocji medykamentów są ważne z punktu widzenia socjologów. Wskażemy na społeczne znaczenie oczekiwań ludzi związanych z innowacyjnością przemysłu farmaceutycznego, omówimy również problematykę konsumpcji leków.

POWSTANIE I ROZWÓJ SOCJOLOGII FARMACEUTYKÓW

Jeszcze do niedawna farmaceutyki zajmowały socjologów w bardzo małym stopniu [Gabe, Williams, Martin, Coveney 2015: 193]. Nieliczne prace na ten temat poświęcone były tylko konkretnym lekom [Abraham, Sheppard 1999; Carpiano 2001] lub grupom leków [Gabe, Lipshitz-Phillips 1982]. Dodatkowo niewiele z tych analiz podnosiło kwestie typowe dla socjologii, takie jak kontrola społeczna czy medykalizacja [Gabe, Williams, Martin, Coveney 2015: 193].

Na potrzebę rozwoju socjologii farmaceutyków jako „subpola” socjologii medycyny już w 2001 roku wskazywał Richard Carpiano, który w artykule dotyczącym zmiany postrzegania zaburzeń erekcji przez Amerykanów za sprawą leku Viagra twierdził, że mamy do czynienia z nową erą rozwoju farmaceutyków i w związku z tym socjologowie muszą śledzić problemy, takie jak: powstawanie leków, ich marketing, popularność, przepisywanie recept, użytkowanie oraz regulacje z nimi powiązane [Carpiano 2001: 449]. Jednak większy rozgłos zyskały prace Johna Abrahama z Wielkiej Brytanii. W 2007 roku w artykule napisanym z Courtney Davis posłużył się on terminem „interpelacyjna socjologia farmaceutyków” (*interpellative sociology of pharmaceuticals*); jej przedmiotem miała być ocena regulacji obowiązujących biznes farmaceutyczny pod kątem realizacji jego głównego celu – tworzenia innowacji poprawiających zdrowie populacji [2007: 388–389]. W tym samym roku Abraham wprowadził do socjologii termin „farmaceutyzacja” [za: Gabe, Williams, Martin, Coveney 2015: 193], który wydaje się być kluczowy dla obszaru badań socjologii farmaceutyków.

Na podstawie prac Abrahama [2007, 2010] oraz Simona Williama, Jonathana Gabe’a i Petera Davisa [2008] wyróżnić można pięć zachodzących na siebie obszarów zainteresowania socjologii farmaceutyków:

- 1) medykalizacja i farmaceutyzacja,
- 2) regulacje dotyczące leków,

- 3) marketing farmaceutyczny,
- 4) oczekiwania społeczne dotyczące innowacji farmaceutycznych,
- 5) konsumpcja leków.

FARMACEUTYKALIZACJA A MEDYKALIZACJA

Głównym powodem zainteresowania lekami jest w przypadku socjologów sam proces farmaceutyzacji². Ten z kolei jest bardzo bliski dobrze znanemu i opisanemu terminowi „medykalizacja” (zob. w całości poświęcony medykalizacji „Przegląd Socjologiczny” z 2017 roku, tom 66, zeszyt 1). Farmaceutyzacja jest terminem młodszym i obejmuje węższy wachlarz zjawisk, przez co wydaje się, że stanowi jedynie część procesu medykalizacji. Są jednak badacze, którzy nie zgadzają się z takim podejściem i traktują farmaceutyzację jako odrębny proces.

Termin „farmaceutyzacja” po raz pierwszy został użyty w 1989 roku w antropologii przez Marka Nichtera, natomiast do socjologii trafił, jak już wspomniano, w 2007 roku za sprawą Abrahama [Gabe, Williams, Martin, Coveney 2015: 193]. Badacz ten określił go jako „proces, w którym kondycja społeczna, behawioralna lub fizyczna człowieka jest traktowana przez lekarzy i pacjentów jako wymagająca terapii przy pomocy farmaceutyków” [Abraham 2010a: 604]. Kształtuje go pięć czynników: biomedycyzm (teza, że rosnąca konsumpcja leków związana jest z postępem nauk biomedycznych), medykalizacja, promocja leków i marketing farmaceutyczny, konsumeryzm oraz ideologia i polityka instytucji regulujących³ [Abraham 2010a: 606].

Williams i współpracownicy proponują inną definicję farmaceutyzacji. Ich zdaniem „jest to przeformułowanie lub przekształcanie kondycji, możliwości i zdolności człowieka tak, by stały się one okazją do farmaceutycznej interwencji. Te procesy potencjalnie wykraczają daleko poza strefę medyczną czy zmedy-

² W języku polskim termin *pharmaceuticalization* bywa tłumaczony dwojako – jako farmakologizacja (co jest prostsze w wymowie) i farmaceutyzacja. Farmakologia to nauka o działaniu leków. Farmaceutyka to dział gospodarki, który zajmuje się lekami. Termin „farmaceutyzacja” pełniej oddaje zatem znaczenie anglojęzycznego terminu, bowiem sugeruje nawiązanie do różnych aspektów związanych ze stosowaniem i sprzedażą leków, a nie rozważania na temat ich fizjologicznego wpływu na organizm, co zdaje się sugerować termin „farmakologizacja”.

³ To jak wygląda sprzedaż, konsumpcja leków i sam rynek farmaceutyczny w dużej mierze zależy od tego, jak skonstruowane jest prawo w danym kraju oraz jakich międzynarodowych regulacji dane państwo musi przestrzegać. Mają na to wpływ również regulacje tworzone przez różnego rodzaju stowarzyszenia (np. producentów leków), które w różny sposób (np. za pomocą dobrowolnych kodeksów etycznych) mogą oddziaływać na posunięcia producentów leków na danym rynku.

kalizowaną [...] obejmując inne, niemedyczne zastosowania leków związane ze stylem życia, w celu poprawy lub polepszenia funkcjonalności⁴ swojego organizmu (przez «zdrowych ludzi»)» [Williams, Gabe, Richter 2011: 711]. Według tych badaczy leki można zażywać w celach całkowicie „pozamedycznych”, a zatem farmaceutyzacja może istnieć bez nawet odrobiny medykalizacji [Gabe, Williams, Martin, Coveney 2015: 193].

Między twórcami dwóch definicji farmaceutyzacji wywiązała się dyskusja publikowana na łamach „Sociology of Health and Illness”. Abraham zarzucił Williamsowi i współautorom, że zgodnie z ich definicją za farmaceutyzację uznać można stosowanie narkotyków lub ich przedawkowywanie w celu popełnienia samobójstwa. Zadał im następujące pytanie: „Czy zatem «polepszenie funkcjonalności» obejmuje zażywanie narkotyków, w celu natychmiastowego «ulepszenia» stanu swojego umysłu? Czy to «polepszenie funkcjonalności» jest definiowane przez użytkownika, czy ma jakiś obiektywny wymiar?» [Abraham 2011: 726].

Williams i współpracownicy tłumaczyli, że ich definicja nie obejmuje użycia nielegalnych substancji, gdyż nie są one produkowane przez przemysł farmaceutyczny. Zaś „polepszanie funkcjonalności” nie jest terminem definiowanym całkowicie przez użytkownika, ponieważ to „[...] zmienna i kontekstualnie zależna koncepcja, która jest związana ze zmieniającymi się definicjami normalności i nienormalności, choroby i zaburzenia, zdrowia i choroby” [Williams, Martin, Gabe 2011b: 729].

Oprócz rozważania samego rozumienia farmaceutyzacji warto także zastanowić się, czy pojęcie to jest w ogóle potrzebne. Teoretyczne rozgraniczenie farmaceutyzacji i medykalizacji sugeruje, że procesy te zbiegają w innych kierunkach. Abraham uważa, że teoretycy medykalizacji ekspansję leków rozpatrują jedynie jako narzędzie służące do rozciągnięcia jurysdykcji medycyny na kolejne aspekty życia, podkreśla także, że farmaceutyzacja jest procesem/zjawiskiem autonomicznym. Na potwierdzenie tej tezy przytacza przykład Ritalinu stosowanego do leczenia ADHD. Zdaniem Abrahama rosnące spożycie tego leku jest oczywiście efektem medykalizacji, czyli procesu rozprzestrzeniania się przekonania, że kłopotliwe zachowania i brak koncentracji u dzieci są rodzajem zaburzenia psychicznego. Jednak nie można zapominać, że wpływ na wzrost sprzedaży tego farmaceutyku miały także indywidualne decyzje rodziców i lekarzy, by leczyć raczej z wykorzystaniem leków, a nie psychoterapii. Innymi

⁴ Autorzy używają angielskiego terminu *enhancement*, który można w tym kontekście przetłumaczyć jako poprawienie funkcjonalności organizmu/udoskonalanie swoich możliwości.

słowy, mamy tu do czynienia z farmaceutyzacją terapii ADHD. Również rozprzestrzenianie się przekonania, że otyłość jest stanem, który należy leczyć, jest dla Abrahama przejawem medykalizacji, natomiast fakt, że kiedyś zalecano, by ludzie schudli, stosując dietę lub poddając się operacji, a teraz do tych terapii dołączane są także farmaceutyki, świadczy o farmaceutyzacji. Jak pisze, „[...] farmaceutyzacja może postępować bez ekspansji medykalizacji, ponieważ pewne leki są coraz częściej używane w leczeniu ugruntowanego już medycznego stanu, co nie pociąga za sobą transformacji problemu niemedycego w stan medyczny” [Abraham 2010a: 605].

Powyższa argumentacja opiera się na założeniu, że medykalizacja to proces, który kończy się w momencie, w którym dany ludzki stan lub problem zostanie uznany za chorobę, zaburzenie czy czynnik ryzyka i wejdzie w orbitę zainteresowań lekarzy. Dlatego też farmaceutyzacja otyłości i ADHD jest dla Abrahama oddzielnym procesem. Nie wszyscy się z tym poglądem zgodzą, bowiem, jeżeli przyjmujemy, że określony stan, zachowanie czy problem może być zmedykalizowany w różnym stopniu, to farmaceutyzacja ADHD może być uznana za następny poziom medykalizacji.

Kolejnym uzasadnieniem istnienia farmaceutyzacji jako autonomicznego procesu, zdaniem Abrahama, jest fakt, że konsumpcja leków w coraz większym stopniu zależy od samych pacjentów. Jest to szczególnie widoczne na rynku tzw. *lifestyle drugs* oraz leków dostępnych bez recepty. Dla przykładu pokazuje on, jak tylko jedna decyzja agencji regulacyjnych, dotycząca zmiany statusu leku z RX (*prescription only*, na receptę) na OTC (*over the counter*, wydawane bez przepisu lekarza), zwiększa jego użycie, w ten sposób zwiększając farmaceutyzację i jednocześnie zmniejszając medykację [Abraham 2010a: 605]. Pogląd Abrahama, że wzrost spożycia leku, za który odpowiadają pacjenci, a nie lekarze, może być traktowany jako przejaw demedykacji, jest skutkiem przyjęcia przez niego wąskiego rozumienia terminu „medykacja”. Dla wielu badaczy zajmujących się medykacją jest to jednak pogląd błędny, ponieważ to właśnie rosnąca rola laików i firm farmaceutycznych przede wszystkim odpowiada obecnie za akcelerację procesu medykacji: wyzwolonej z ograniczeń wynikających z medycyny rozumianej jako dyscyplina naukowa oparta na rzetelnych dowodach. Peter Conrad, dostrzegając obecną złożoność procesu medykacji, uważa jednocześnie, że lekarze nie są w nim już najważniejszymi aktorami – nawet nie muszą w nim uczestniczyć [Conrad 1992: 211], a rolę tę przejęły firmy farmaceutyczne [2007]. Te ostatnie, posiadając ogromne środki finansowe, mogą wpływać na: 1) regulacje dotyczące farmaceutyków poprzez lobbowanie w organach regulacyjnych poszczególnych państw, 2) lekarzy – za

pomocą marketingu bezpośredniego, 3) wiedzę medyczną – przy wykorzystaniu odpowiednio przygotowanych artykułów w naukowych czasopismach i 4) opinię publiczną poprzez reklamy i kampanie uświadamiające o chorobach. Uwzględniając dominację firm farmaceutycznych/koncernów medycznych, Conrad uważa, że koncept medykalizacji jest na tyle pojemny, że może uwzględnić te zmiany, jednak zwolennicy farmaceutyzacji twierdzą, że zasadne jest korzystanie z tego terminu, „by uchwycić wzrastające znaczenie farmaceutyków jako specyficznej formy medycyny, w/lub poza medykalizacją” [Gabe, Williams, Martin, Coveney 2015: 193].

REGULACJE DOTYCZĄCE LEKÓW: IDEOLOGIA I POLITYKA INSTYTUCJI REGULUJĄCYCH

„Interpelacyjna socjologia farmaceutyków” według Abrahama i Davis powinna analizować regulacje obowiązujące przemysł farmaceutyczny pod kątem ich oddziaływania na realizację podstawowego celu istnienia tej branży, tj. polepszenia stanu zdrowia populacji przez tworzenie innowacji farmaceutycznych. Oczywiście przemysł farmaceutyczny musi brać pod uwagę inne społeczno-ekonomiczne cele, takie jak zyski i zatrudnienie, ale sens jego istnienia w obecnym kształcie, zdaniem Abrahama i Davis, uzasadnia jedynie powyżej przedstawiony cel podstawowy. W związku z tym, że firmy farmaceutyczne ponoszą dużą odpowiedzialność, ale i cieszą się licznymi przywilejami, od przemysłu farmaceutycznego należy wymagać jego realizacji, używając w tym celu, jako środków nadzoru, odpowiednich regulacji i instytucji kontrolnych [Abraham, Davis 2007: 387–388].

Abraham i Davis uważają, że zadaniem socjologii farmaceutyków jest empiryczne sprawdzanie, czy przemysł realizuje ów podstawowy cel⁵ [Abraham, Davis 2007: 388–389]. Na podstawie analizy aktów prawnych i artykułów naukowych Abraham i Davis stwierdzili, że: 1) brakuje lepszych regulacji prawnych,

⁵ Socjologia według autorów pełni więc społecznie użyteczną (służebną) rolę polegającą na monitorowaniu przebiegu procesów społecznych w tym obszarze. Z tego powodu konieczne jest wyjście poza podejście społeczno konstruktywizmu, ograniczające się do opisanego, w jaki sposób aktorzy tworzą swoje przekonania, sieci relacji i cele. Abraham i Davis przyjmują za to podejście obiektywistycznego realizmu, w którym działania, przekonania i sieci agentów mogą być umiejscowione w obrębie wspólnej ramy rzeczywistości. W przypadku socjologii uprawianej przez Abrahama i Davis tą wspólną ramą jest założenie, że fundamentalnym celem istnienia leków powinna być poprawa zdrowia. Wszystkie odpowiednie podmioty, w tym firmy farmaceutyczne, rządy, osoby wykonujące zawody medyczne, grupy pacjenckie oraz organizacje konsumenckie, zgadzają się z tym założeniem. Istnienie tych ram stanowi obiektywną podstawę oceny praktyk aktorów i konstrukcji społecznych [Abraham, Davis 2007: 388].

umożliwiających powstawanie większej liczby innowacyjnych leków, o większej wartości terapeutycznej od obecnie dostępnych na rynku produktów; 2) agencje regulacyjne potrzebują większej niezależności od firm farmaceutycznych; 3) od lat 90. XX wieku następuje erozja standardów bezpieczeństwa; 4) przyspieszone zatwierdzenie leków na podstawie surogatów⁶, a nie na podstawie punktów końcowych procesu klinicznego wymaga większej krytycznej uwagi; 5) potrzebna jest także większa jawność procesów podejmowania decyzji przez agencje regulacyjne [Abraham, Davis 2007: 387].

Abraham [2008] wyjaśniał również, w jaki sposób komercyjne interesy firm farmaceutycznych doprowadziły do nieprawidłowości w testowaniu leków i dotyczących tych testów regulacji (zjawisko to nazywa „neoliberalnym skrzywieniem komercyjnym”; *neo-liberal corporate bias*). Badacz wykazał empirycznie, że niektóre państwa mają mniej problemów z bezpieczeństwem leków niż inne, co ma świadczyć o tym, że działania niepożądane nie są nieodłącznym efektem postępu farmakologii. Według niego obniżenie standardów naukowo-technicznych w zakresie bezpieczeństwa leków nie jest nieuniknioną ceną szybszego rozwoju innowacyjnych leków, a raczej efektem wpływów firm farmaceutycznych [Abraham 2008: 870].

Na bezpieczeństwo pacjentów wpływ ma również prawo dotyczące zasad marketingu leków. Badania na ten temat przeprowadził Sergio Sismondo [2013], zajmując się przypadkiem wprowadzonej w USA regulacji (*Sunshine Act*), której celem było zwiększenie transparentności relacji firma farmaceutyczna–lekarz w związku z obowiązkiem ujawniania przez producentów leków wszelkich podarunków dla medyków, których jednorazowa wartość przekracza 10 USD, a roczna 100 USD. Dzięki ustawie uzyskano wiedzę o tym, iż niektórzy lekarze otrzymują duże transfery pieniężne (więcej niż 100 000 USD rocznie). Takie pieniądze trudno traktować jako wynagrodzenie za wypisywanie odpowiednich recept. Sismondo uważa, że pieniądze te są przekazywane liderom opinii (*key opinion leaders*) za wpływanie na innych lekarzy. Jego zdaniem więc „*Sunshine Act* [...] nieintencjonalnie pokazał jaki jest wpływ przemysłu na dystrybucję wiedzy medycznej” [Sismondo 2013: 636]. To prawne rozwiązanie nie pozwala ocenić, na ile wartościowa jest wiedza przekazywana przez przemysł, jednak dla Sismondo oczywiste pozostaje, że przemysł farmaceutyczny ma nieproporcjonal-

⁶ Inaczej „zastępcze punkty końcowe”, definiowane jako zmiana poziomu parametrów laboratoryjnych, czy też bezobjawowe stany kliniczne, pozostające bez wpływu na samopoczucie pacjenta [Władysiuk, Szmurło, Wojciechowski 2014: 139]. Innymi słowy, są to alternatywne dla twardych punktów końcowych (np. śmiertelności) wskaźniki mierzące efektywność i bezpieczeństwo terapii (np. poziom cholesterolu lub ciśnienie tętnicze).

nie duży wpływ na informacje przekazywane medykom, i że stanowi to groźne zjawisko [Sismondo 2013: 636].

Przywołany temat podejmowany jest również w Polsce: Marta Makowska i Łukasz Jasiński porównują *Sunshine Act* do stworzonego w naszym kraju w 2016 roku przez INFARME (stowarzyszenie producentów leków) „Kodeksu Przejrzystości”. Dobrowolnie przyjmowany kodeks ustanowił regułę ujawniania finansowych relacji między firmami i lekarzami lub organizacjami służby zdrowia, przez co miał wpłynąć na zwiększenie transparentności. Autorzy zauważyli, że tylko częściowo spełnił swoją rolę, i stawiają tezę, że taka inicjatywa służyła firmom farmaceutycznym jako argument przeciwko wprowadzeniu w Polsce podobnej do *Sunshine Act* prawnej interwencji [Makowska, Jasiński 2017].

Innym przykładem polskich publikacji na ten temat jest artykuł Makowskiej [2012] dotyczący śledztw dziennikarskich o nieetycznej współpracy lekarzy z producentami leków. Autorka zestawia „największe polskie skandale”, które pociągnęły za sobą dochodzenia prokuratorskie, ze zmianami w legislacji państwowej i w samoregulacjach przemysłu, i wyciąga wniosek, że istnieje zależność przyczynowo-skutkowa między śledztwami dziennikarskimi a zaostrzeniem polskich regulacji prawnych w 2007 roku w kwestii marketingu farmaceutycznego.

Specyfiką branży farmaceutycznej jest jej mocna pozycja: dominują w niej bogate, globalne firmy, mające duże możliwości uchylania się od, ich zdaniem, zbyt krępujących regulacji. W tym kontekście interesującym dla socjologów wątkiem jest praktyka przenoszenia badań klinicznych przez duże firmy do krajów rozwijających się, gdzie standardy regulacyjne są niższe [Williams, Gabe, Davis 2008: 817]. Inny problem stanowią niesprawiedliwość i nierówności w dostępie do leków – zwłaszcza tych innowacyjnych [Williams, Gabe, Davis 2008: 817]. Powszechnie znany jest przypadek Brazylii, która łamiąc prawa patentowe, zdecydowała się na produkowanie leku na AIDS (*Generic Drug Act* w 1999 roku [da Fonseca 2014: 66]). Dzięki naruszeniu międzynarodowych regulacji udało się zapewnić 150 tysiącom pacjentów darmową kurację antyretrowirusową lekami, które zostały wyprodukowane w kraju [Wiśniewski 2008].

MARKETING LEKÓW

Z reguły leki bez recepty (OTC) można reklamować bezpośrednio konsumentom bez większych ograniczeń (reklamy te nazywa się DTCA – *Direct to Consumer Advertising* [Mogull 2008: 106]), natomiast te sprzedawane tylko na receptę (RX) mogą być promowane w ten sposób tylko w USA i Nowej Zelandii. DTCA jest praktyką budzącą kontrowersje, bowiem reklamowanie leków na receptę

bezpośrednio do konsumentów ma negatywne skutki: 1) powoduje wzrost cen leków; 2) służy kreowaniu nowych chorób; 3) wyolbrzymia korzyści związane z zażywaniem leków; 4) prowadzi do nieprawidłowego przepisywania medykamentów (pacjenci wymuszają farmaceutyki na lekarzach); 5) stanowi zagrożenie dla relacji lekarz–pacjent (spada zaufanie do lekarza, który nie chce przepisać im konkretnego specyfiku); 6) sprawia, że lekarze marnują czas, tłumacząc pacjentom, dlaczego dany lek nie jest dla nich. Jednak ma także zalety, takie jak: 1) edukacja pacjentów; 2) ułatwienie chorym dyskusji z personelem medycznym; 3) zachęcenie ich do kontaktu z lekarzem; 4) podnoszenie prawdopodobieństwa, że pacjent zażyje lek; 5) przeciwdziałanie stygmatyzacji osób cierpiących na pewne choroby [Makowska 2016: 144–145]. Czasami za sprawą reklam DTCA, a także lokowania produktów w programach telewizyjnych czy filmach i serialach, farmaceutyk może osiągnąć rodzaj „quasi-mistycznego lub celebryckiego statusu”, co oznacza, że zaczyna się mu przypisywać pewne quasi-mistyczne właściwości [Williams, Gabe, Davis 2008: 815]. Badania pokazują, że firmy potrafią sprytnie obchodzić zakazy reklamy, np. prowadząc akcje edukacyjne czy kampanie społeczne. Polskim przykładem może być kampania GSK dotycząca zapobiegania rakowi szyjki macicy. Szczepionka firmy nie była reklamowana wprost. Podczas akcji zainteresowane pacjentki odsyłano do lekarzy, którzy zachęcali je do stosowania preparatu GSK (oni byli adresatami jawnej, legalnej kampanii reklamowej) [Makowska 2010].

Kolejnym sposobem na zwiększenie sprzedaży leków jest kreowanie chorób⁷ (*disease mongering*). Zdaniem Lynn Payer granice terminu „choroba” są płynne i istnieje wiele grup interesów, które chcą, by były one jak najszersze [Payer 1992: 3–18]. Dla Raya Moynihana, Ilony Heath i Davida Henry’ego kreowanie chorób może przyjmować formę: 1) zamiany zwyczajnych dolegliwości w problemy o charakterze medycznym; 2) prezentowania łagodnych symptomów jako objawów groźnych chorób; 3) przedstawienia osobistych i społecznych problemów w kategoriach medycznych; 4) postrzegania czynników ryzyka jako choroby; 5) manipulowania wynikami częstości występowania danej przypadłości [Moynihan, Heath, Henry 2002: 886].

Najprościej jest zmienić definicje chorób lub zaburzeń stanów emocjonalnych i zachowań, dlatego właśnie kreowanie chorób najprężniej rozwija się w tym właśnie obszarze. Farmakoterapii poddawanych jest coraz więcej osób doświadczających smutku, wahań nastroju lub lęku, nieśmiałych, nadpobudliwych czy

⁷ W języku polskim sformułowanie *disease mongering* tłumaczone bywa jako: kreowanie chorób, chorobotwórstwo, chorobotwórstwo komercyjne czy podżeganie chorobowe.

z problemami seksualnymi. Przemysł farmaceutyczny wypromował jako choroby również syndrom niespokojnych nóg czy zespół jelita wrażliwego. Pewne fizyczne stany, takie jak wysoki poziom cholesterolu, wysokie ciśnienie krwi, tzw. syndrom metaboliczny, osteoporoza, to czynniki ryzyka wystąpienia chorób, które same zostają przekształcone w choroby [zob. Nowakowski 2015: 79–85].

Kreowanie chorób powoduje zawiązywanie nieformalnych sojuszy firm farmaceutycznych z grupami konsumenckimi/stowarzyszeniami pacjentów, które otrzymują środki na podnoszenie świadomości występowania tych problemów. Badania dotyczące funkcjonowania stowarzyszeń pacjentów wskazują na „(...) powszechność więzów łączących organizacje pacjentów i przemysł” [Polak 2011: 193].

Peri Ballantyne [2016] uważa organizacje konsumentów za „agentów” przemysłu farmaceutycznego, którzy działają na rzecz zwielokrotnienia i podniesienia jego zysków ze sprzedaży. Oprócz nich „agentami” przemysłu farmaceutycznego są również: lekarze, aptekarze, rządowe regulacje, organizacje firm farmaceutycznych oraz media. Wielu socjologów analizuje kontakty między przemysłem farmaceutycznym a „agentami”, wskazując na problem korupcji [Light, Lexchin, Darrow 2013; Polak 2011]. Niektórzy badacze z kolei [Makowska 2016] skupiają się na pokazaniu, że marketing farmaceutyczny jest tak skuteczny, iż niektórzy lekarze zupełnie „nieświadomie” wpadają w niechciane sieci relacji.

Mimo że producenci leków mogą jawnie informować lekarzy w czasopismach medycznych o sposobach zastosowania wytwarzanych środków (co również rodzi kontrowersje [Fugh-Berman, Alladin, Chow 2006; Villanueva, Peiró, Librero, Pereiró 2003]), próbują na nich wpływać także w ukryty sposób: medyczny *ghostwriting* [Lacasse, Leo 2010: 1] to praktyka polegająca na umieszczaniu w czasopismach medycznych, pisanych przez zatrudnionych przez firmy farmaceutyczne badaczy lub marketingowców, artykułów dotyczących zastosowań leków, pod którymi podpisują się znani naukowcy.

Formą wpływania na lekarzy są bezpośrednie kontakty nawiązywane przez przedstawicieli medycznych. Wiele firm wciąż zaopatruje reprezentantów w drobne gadzety dla medyków, próbki leków, które mają pomóc w zdobyciu przychylności lekarzy. By skłonić ich do przepisywania leków, przedstawiciele, oprócz reguły wzajemności, którą uruchamiać mają podarunki, korzystają z całej gamy innych skutecznych technik wywierania wpływu [Makowska 2010; Sah, Fugh-Berman 2013]. Z badań wynika, że takie spotkania wpływają na zachowania preskrypcyjne lekarzy [Orlowski, Wateska 1992: 271; Zipkin, Steinman 2005: 777]: częściej przepisują oni droższe leki innowacyjne niż tańsze generycz-

ne – nawet gdy nie udowodniono naukowo przewagi tych pierwszych [Wazana 2000: 375; Austad, Avorn, Kesselheim 2011: 2].

Firmy farmaceutyczne zwiększają także liczbę sprzedawanych leków, propagując używanie leków na dolegliwości, do leczenia których nie zostały zarejestrowane (*off-label use*). Nie istnieją więc potwierdzone medyczne dowody na ich działanie bądź badania na ten temat jeszcze się nie zakończyły. Aaron Kesselheim i współpracownicy wyróżnili trzy typy strategii ekspansji leków poprzez *off-label use*. Są to: 1) promocja leku jako odpowiedniego do zastosowania w schorzeniach, na które nie został zarejestrowany; 2) promocja farmaceutyku w niezatwierdzonych przejawach choroby, np. sugerowanie, że lek można stosować w łagodnych przypadkach danego schorzenia, mimo że zatwierdzony został do stosowania tylko w przypadku poważnych objawów, lub promowanie farmakoterapii w niezatwierdzonych podgrupach pacjentów; 3) promocja innych niż zaaprobowane strategii dawkowania [Kesselheim, Mello, Studdert 2011: 3–4].

OCZEKIWANIA SPOŁECZNE DOTYCZĄCE INNOWACJI FARMACEUTYCZNYCH

Teoria medykalizacji powstała, gdy nie dokonano jeszcze przełomowych odkryć z zakresu genetyki czy neurofizjologii. Badania neurofizjologiczne, neuroanatomiczne, rozwój neuroobrazowania oraz badań z zakresu biologii molekularnej przyczyniły się do odkrycia nowych etiologii znanych już chorób oraz wyodrębnienia dotąd nieznanymi. To przekłada się na powstawanie nowych farmakoterapii [Wróblewski 2013: 68]. Media co jakiś czas obwieszczają „nowe ery”, „przełomy”, „rewolucje” w pracach nad nowymi terapiami. Również firmy badawcze nie stronią od takiej retoryki [np. QuintilesIMS Institute 2016: 2]. Medialne wypowiedzi przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego wywołują wrażenie, że za rosnącą konsumpcją leków stoją innowacje farmaceutyczne. Według Abrahama [2010b] pogląd ten (nazywany przez niego „tezą biomedyczną”) jest błędny, gdyż za wzrost konsumpcji odpowiadają również procesy medykalizacji i farmaceutyzacji [Abraham 2010b: 304]. Za przykład takiego przedwczesnego optymizmu można uznać, spowodowane sukcesem Viagry, rozbudzone przekonanie (wśród dziennikarzy i opinii publicznej), że odkrycie „różowej Viagry”, leczącej problemy seksualne kobiet, jest kwestią najbliższego czasu [Nowakowski 2013: 119]. Tymczasem od rejestracji w USA „niebieskiej tabletki” (1998) do rejestracji „różowej” dla kobiet minęło aż siedemnaście lat (2015); dodatkowo decyzja o dopuszczeniu tego leku do sprzedaży jest krytykowana ze względu na wątpliwe korzyści terapeutyczne [Woloshin, Schwartz 2016].

Jednym z kluczowych obszarów zainteresowania socjologów medycyny są właśnie obietnice składane przez przemysł farmaceutyczny oraz ich skutki. Ważne wydają się tutaj zwłaszcza analizy związane ze spersonalizowaną medycyną. Ma ona związek z rozwojem farmakogenetyki i farmakogenomiki. Za „szyciem leków na miarę” kryje się obietnica braku efektów ubocznych i niepowodzeń terapeutycznych, które są obecnie codziennością [Williams, Gabe, Davis 2008: 820]. Między innymi dzięki badaniom socjologów dowiadujemy się, że nadzieje związane z rozwojem farmakogenomiki były zbyt duże [zob. Tutton 2014; Barr, Rose 2008; Brown, de Graaf, Hillen, Smets, Laarhoven 2015].

Wysoki poziom oczekiwań dotyczących powstania nowych leków przyciąga inwestorów, budzi nadzieje pacjentów, wpływa na planowanie polityki zdrowotnej, tworzenie scenariuszy rozwoju systemu zdrowia. Powoduje, że rozwój branży farmaceutycznej jest oceniany mocno na wyrost: w rzeczywistości od lat 70. jej innowacyjność nie zwiększa się, wręcz przeciwnie – zmniejsza (mierzona jest za pomocą liczby nowych jednostek chemicznych zatwierdzonych w danym roku lub liczby nowych opatentowanych związków leków wprowadzanych na światowy rynek) [Williams, Martin, Gabe 2008: 719–721]. Można jednak przypuszczać, że zindywidualizowana farmakoterapia w przyszłości przyczyni się do lepszej efektywności systemu zdrowia. Te osiągnięcia nie są jednak wolne od kontrowersji. Po pierwsze, testy genetyczne mogą prowadzić do etykietowania ludzi, np. jako nosicieli jakiejś groźnej choroby genetycznej. Po drugie, koncerny mogą unikać opracowywania nieopłacalnych leków dla małych, „sierocych”, genetycznie wyróżnionych subpopulacji, przyczyniając się do pogłębiania nierówności zdrowotnych. Po trzecie, może to rozpocząć również pewnego rodzaju dyskryminację genetyczną [Smart, Martin, Parker 2004: 322]. Po czwarte, wiedza na temat nieprawidłowości genetycznych pacjenta może też mieć wpływ na wysokość ubezpieczenia, gdyż zapewne leki spersonalizowane będą droższe niż normalne [Wieczorkowska 2012: 32]. Podsumowując – „farmakogenetyka może prowadzić do nowych, genetycznych stratyfikacji, podziałów i nowych form niesprawiedliwości opartych na tych różnicach” [Smart, Martin, Parker 2004: 322].

KONSUMPCJA LEKÓW

Pierwsze socjologiczne badania dotyczące konsumpcji leków były próbą opisaną, w jaki sposób ludzie stosują przepisane medykamenty [Dunnell, Cartwright 1972 za: Williams, Gabe, Davis 2008: 818]. Później zaczęto zastanawiać się nad społecznym znaczeniem leków [Morgan 1996, za: Williams, Gabe, Davis 2008: 818] i nad zależnościami pomiędzy zażywaniem farmaceutyków a płcią

czy pochodzeniem etnicznym [Cooperstock, Lennard 1979; Gabe, Thorogood 1986; Ettorre, Riska 1995, za: Williams, Gabe, Davis 2008: 818].

Wraz z rozwojem rynku leków socjologowie zainteresowali się ich spożyciem jako formą konsumeryzmu. Jak wspomniano wcześniej, od lat światowy rynek farmaceutyczny rozwija się dynamicznie [Statista.com 2018]. Szacuje się, że do roku 2021 co roku spożycie leków na świecie będzie wzrastać o 3%, natomiast wydatki na leki o 4–7%, i wyniosą prawie 1,5 biliona USD [QuintilesIMS Institute 2016: 1–2]. Również w Polsce branża farmaceutyczna notuje coraz wyższe przychody. W 2017 roku wartość polskiego rynku wyniosła 38 miliardów PLN, tj. prawie o 10 miliardów więcej niż w roku 2012 [IQIVA 2018: 2]. Badania CBOS wskazują na wzrost stosowania przez Polaków leków OTC i suplementów diety. W 2010 zażyło je 80%, a w 2016 już 89% respondentów. W tym czasie konsumpcja leków na receptę wzrosła jedynie bardzo nieznacznie [CBOS 2016: 7].

Zwiększenie się sprzedaży farmaceutyków na świecie wynika z: 1) transformacji w leczeniu chorób – rozwoju medycyny; 2) starzenia się społeczeństw niektórych krajów; 3) mutowania niektórych chorób i ich odporności na stosowane dotąd leki, 4) przyrostu zachorowań na choroby cywilizacyjne; 5) działań marketingowych firm farmaceutycznych. W Polsce do tego wzrostu przyczynia się także coraz lepsza sytuacja materialna obywateli oraz coraz większa świadomość zdrowotna [Makowska 2016: 64–70]. Pomijając wymienione przyczyny medyczno-demograficzne, zwiększające się spożycie leków jest z jednej strony wynikiem działań poszukujących większych zysków firm farmaceutycznych, a z drugiej, efektem zmiany funkcjonowania samych pacjentów, którzy z biernych wykonawców poleceń lekarza stają się „pacjentami-ekspertami” aktywnie poszukującymi najlepszych dla siebie terapii [Bell, Figert 2012: 779]. Socjologowie zauważyli, że za wzrost sprzedaży odpowiada także fakt, iż leki zaczęły być przyjmowane z powodów niemedycznych [Fox, Ward 2008: 857; Williams, Martin, Gabe 2011a: 711].

Uwaga socjologów zwrócona jest zatem na użytkowników leków jako „aktorów zorientowanych i refleksyjnych, szacujących ryzyko i korzyści oraz dokonujących świadomych wyborów w porozumieniu z profesjonalistami” [Williams, Gabe, Davis 2008: 818]. Tego typu konsumenci mogą mieć duży wpływ na to, w jaki sposób biznes farmaceutyczny będzie funkcjonował i reklamował swoje wytwory w przyszłości. Idee świadomego uczestniczenia pacjenta w wyborze terapii w roli partnera lekarza od wielu już lat podlegają dyskusji w różnych gremiach lokalnych i międzynarodowych [Stevenson, Leontowitsch, Duggan 2008: 913; Kravitz 2000: 221]. Potwierdzają to również prowadzone badania naukowe [Fox, Ward 2006; Stevenson, Leontowitsch, Duggan 2008: 926].

Naturalnym obiektem zainteresowania socjologów powinni być też konsumenci leków zorganizowani w grupy samopomocy, ruchy społeczne, organizacje pacjenckie. Można je analizować pod kątem ich stosunku do firm farmaceutycznych. Abraham wyróżnia dwa typy konsumentów leków. Są to: „przeciwnicy zorientowani na szkody wynikające z działań koncernów” (*in-injury oriented adversary*) oraz „współpracownicy przemysłu zorientowani na dostęp do leków” (*access oriented collaborator*) [2010b: 293–294].

Ważnym przedmiotem badań socjologicznych powinny być również okoliczności i przyczyny konsumpcji leków. Joel Lexchin zwraca uwagę, że nie tylko autentyczne potrzeby zdrowotne, ale również imperatywy hedonizmu i estetyki ciała oraz optymalizacji wydolności naszego organizmu wpływają w dzisiejszych czasach na konsumpcję leków, które mają zaspokajać tzw. *leki lifestyle* [2001]. W 2008 roku Nick Fox i Katie Ward na podstawie analizy literatury oraz własnych badań sformułowali dwa wnioski. Po pierwsze, ich zdaniem leki zostały „udomowione”, co oznacza, że ludzie mają do nich łatwy dostęp – zazwyczaj trzymają je w sypialni lub kuchni. Po drugie, mamy do czynienia z farmaceutyzacją życia codziennego: marketing leków skupia się wokół prywatnych spraw, dotyczących zwyczajnych, domowych aktywności, takich jak seks czy gotowanie [Fox, Ward 2008: 856].

ZAKOŃCZENIE

Przytoczona przez nas literatura jednoznacznie wskazuje na fakt, że socjologia farmaceutyków została wyodrębniona jako „subpole” z socjologii medycyny. Czy wyodrębnienie to jest słuszne? Czy socjologia medycyny nie może uchwycić wszystkiego, co „zawiera się” w socjologii farmaceutyków? Warto tutaj wrócić do oceny zasadności skonstruowania terminu „farmaceutyzacja”. Rozważania na temat relacji tego pojęcia do istniejącego dłużej i ugruntowanego w socjologii medycyny terminu „medykalizacja” są naszym zdaniem ważne, ale na pytanie, czy farmaceutyzacja jest procesem odrębnym wobec procesu medykalizacji (czy ta pierwsza może rozwijać się niezależnie lub nawet wbrew medykalizacji), każde z autorów tego artykułu odpowiada inaczej. Nie rozstrzygając, kto ma rację w tej kwestii, uznaliśmy, że termin „farmaceutyzacja” jest użyteczny w opisie obecnej rzeczywistości.

Socjologia farmaceutyków jako wyraźnie wyodrębniony obszar badań socjologicznych może pomóc w rozpropagowaniu badań dotyczących opisanych przez nas w artykule zagadnień. Jest ich ciągle mało – szczególnie w polskiej rzeczywistości. Korzystanie z terminu „socjologia farmaceutyków” może związk-

żyć rozpoznawalność dorobku socjologów w tej materii wśród przedstawicieli innych dyscyplin (lekarzy i farmaceutów, prawników, ekonomistów, filozofów, humanistów, a także specjalistów z zakresu zdrowia publicznego). Może to pomóc również w zacieśnianiu współpracy i wymianie wiedzy między socjologami, którzy zainteresowali się problemem jako przedstawiciele innych niż socjologia medycyny subdyscyplin socjologii, np. organizacji, prawa, kultury, wiedzy i nauki. W socjologię farmaceutyków zdaje się być bowiem wpisana interdyscyplinarność, a pełne i dokładne wyjaśnienie kwestii, którymi się zajmuje, będzie wymagało przekraczania granic socjologii jako dziedziny nauki.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham John.** 2008. "Sociology of pharmaceuticals development and regulation: A realist empirical research programme". *Sociology of Health & Illness* 30(6): 869–885.
- Abraham John.** 2010a. "Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and health dimensions". *Sociology* 4(44): 603–622.
- Abraham John.** 2010b. The sociological concomitants of the pharmaceutical industry and medications. W: *Handbook of medical sociology. Sixth edition*, C.E. Bird, P. Conrad, A.M. Fremont, S. Timmermans, 209–308. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Abraham John.** 2011. "Evolving sociological analyses of 'pharmaceuticalisation': A response to Williams, Martin and Gabe". *Sociology of Health & Illness* 33(5): 726–728.
- Abraham John, Courtney Davis.** 2007. "Interpellative sociology of pharmaceuticals: Problems and challenges for innovation and regulation in the 21st century". *Technology Analysis & Strategic Management* 3: 387–402.
- Abraham John, Julie Sheppard.** 1999. *The therapeutic nightmare. The battle over the world's most controversial sleeping pill*. London: Earthscan.
- Austad Kirsten E., Jerry Avorn, Aaron S. Kesselheim.** 2011. "Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: a systematic review". *PLoS Medicine* 8(5): 1–13.
- Ballantyne Peri J.** 2016. "Understanding users in the 'field of medications'". *Pharmacy* 4(2): 19.
- Barr Michael, Diana Rose D.** 2008. "The great ambivalence: factors likely to affect service user and public acceptability of the pharmacogenomics of antidepressant medication". *Sociology of Health & Illness* 30(6): 944–958.
- Bell Susan E., Anne E. Figert.** 2012. "Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward". *Social Science and Medicine*. 75(5): 775–783.
- Brown Patric, Sabine de Graaf, Marij Hillen, Ellen Smets, Hanneke Laarhoven.** 2015. "The interweaving of pharmaceutical and medical expectations as dynamics of micro-pharmaceuticalisation: Advanced-stage cancer patients' hope in medicines alongside trust in professionals". *Social Science & Medicine* 131: 313–321.
- Busfield Joan.** 2010. "A pill for every ill: Explaining the expansion in medicine use". *Social Science & Medicine* 70(6): 934–941.

- Carpiano Richard M.** 2001. "Passive medicalization: The case of viagra and erectile dysfunction". *Sociological Spectrum* 21(3): 441–450.
- CBOS.** 2016. *Leki dostępne bez recepty i suplementy diety*. Warszawa: CBOS.
- Conrad Peter.** 1992. "Medicalization and social control". *Annual Review of Sociology* 18: 209–232.
- Conrad Peter.** 2007. *The medicalization of the society*. Baltimore: The John Hopkins Press.
- da Fonseca Elise Massard.** 2014. "Reforming pharmaceutical regulation: A case study of generic drugs in Brazil". *Policy and Society* 33(1): 65–76.
- Fox Nick J., Katie J. Ward** 2006. "Health identities: from expert patient to resisting consumer". *Health* 10(4): 461–479.
- Fox Nick J., Katie J. Ward** 2008. "Pharma in the bedroom... and the kitchen.... The pharmaceuticalisation of daily life". *Sociology of Health & Illness* 30(6): 856–868.
- Fugh-Berman Adriane, Karen Alladin, Jarva Chow.** 2006. "Advertising in medical journals: should current practices change?". *PLoS Medicine* 3(6): e130.
- Gabe Jonathan, Susan Lipshitz-Phillips.** 1982. "Evil necessity? The meaning of benzodiazepine use for women patients from one general practice". *Sociology of Health & Illness* 4(2): 201–209.
- Gabe Jonathan, Simon J. Williams, Paul Martin, Catherine Coveney.** 2015. "Pharmaceuticals and society: Power, promises and prospects". *Social Science & Medicine* 131: 193–198.
- IQIVA.** 2018. Rynek farmaceutyczny w 2017 roku. http://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2018/01/IQIVA_Rynek_farmaceutyczny_2017_RAPORT.pdf [dostęp: 25.06.2018].
- Kesselheim Aaron S., Michelle M. Mello, David M. Studdert.** 2011. "Strategies and practices in off-label marketing of pharmaceuticals: a retrospective analysis of whistleblower complaints". *PLoS Medicine* 8(4): e1000431.
- Kravitz Robert L.** 2000. "Direct-to-consumer advertising of prescription drugs". *The Western Journal of Medicine* 173(4): 221.
- Lacasse Jeffrey R., Jonathan Leo.** 2010. "Ghostwriting at elite academic medical centers in the United States". *PLoS Medicine* 7(2): e1000230.
- Lexchin Joel.** 2001. "Lifestyle drugs: Issues for debate". *Canadian Medical Association Journal* 164(10): 1449–1451.
- Light Donald, Joel Lexchin, Jonathan J. Darrow.** 2013. "Institutional corruption of pharmaceuticals and the myth of safe and effective drugs". *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 14(3): 590–610.
- Makowska Marta.** 2010. *Etyczne standardy marketingu farmaceutycznego*. Warszawa: CeDeWu.
- Makowska Marta.** 2012. „Rola śledztw dziennikarskich w kreowaniu etycznych standardów marketingu farmaceutycznego”. *Prakseologia* 152: 125–144.
- Makowska Marta.** 2016. *Etyczne wyzwania relacji studentów medycyny z przemysłem farmaceutycznym. Studium porównawcze sytuacji w Polsce i w USA*. Warszawa: SGGW.
- Makowska Marta, Łukasz Jasiński.** 2017. „Znaczenie «przejrzystości» w relacjach lekarzy z firmami farmaceutycznymi”. *Annales. Etyka w życiu gospodarczym* 20: 95–109.
- Mogull Scott A.** 2008. "Chronology of direct-to-consumer advertising regulation in the United States". *American Medical Writers Association Journal* 23(3): 106–109.
- Moynihan Ray, Ilona Heath, David Henry.** 2002. „Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering”. *BMJ: British Medical Journal* 324(7342): 886–891.

- Nowakowski Michał.** 2013. Medykalizacja seksualności człowieka – konstruowanie zaburzeń w nadziei na zysk. W: *Zdrowie i choroba w badaniach socjologicznych prowadzonych na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie 1995–2013*, W. Piątkowski (red.), 105–122. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.
- Nowakowski Michał.** 2015. *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*. Lublin: UMCS.
- Orlowski James P., Leon Wateska.** 1992. „The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There’s no such thing as a free lunch”. *Chest* 102(1): 270–273.
- Payer Lynn.** 1992. *Disease-mongers. How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. USA: John Wiley and Sons Inc.
- Polak Paulina.** 2011. *Nowe formy korupcji. Analiza socjologiczna sektora farmaceutycznego w Polsce*. Kraków: Nomos.
- QuintilesIMS Institute.** 2016. Outlook for global medicines through 2021 http://static.correo-farmaceutico.com/docs/2016/12/12/qihi_outlook_for_global_medicines_through_2021.pdf [dostęp: 25.06.2018].
- Sah Sunita, Adriane Fugh-Berman.** 2013. “Physicians under the influence: Social psychology and industry marketing strategies”. *The Journal of Law, Medicine & Ethic.* 41(3): 665–672.
- Sismondo Sergio.** 2013. “Key opinion leaders and the corruption of medical knowledge: What the Sunshine Act will and won’t cast light on”. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 41(3): 635–643.
- Statista.pl.** 2018. Revenue of the worldwide pharmaceutical market from 2001 to 2015 (in billion U.S. <https://www.statista.com/statistics/263102/pharmaceutical-market-worldwide-revenue-since-2001/> [dostęp: 25.06.2018].
- Smart Andrew, Paul Martin, Michael Parker.** 2004. “Tailored medicine: Whom will it fit? The ethics of patient and disease stratification”. *Bioethics* 18(4): 322–343.
- Stevenson Fiona A., Miranda Leontowitsch, Catherine Duggan.** 2008. “Over-the-counter medicines: Professional expertise and consumer discourses”. *Sociology of Health & Illness* 30(6): 913–928.
- Tutton Richard.** 2014. “Pharmacogenomic biomarkers in drug labels: What do they tell us?”. *Pharmacogenomics* 15(3): 297–304.
- Villanueva Pillar, Salvador Peiró, Julian Librero, Inmaculada Pereiró.** 2003. “Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals”. *The Lancet* 361(9351): 27–32.
- Wazana Ashley.** 2000. “Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift?”. *Journal of American Medical Association* 283(3): 373–380.
- Wieczorkowska Magdalena.** 2012. Farmaceutyzacja społeczeństwa – między konsumpcjonizmem a kulturą lęku. W: *Spoleczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego, Spoleczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*, M. Gałuszka, M. Wieczorkowska (red.), 17–37. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.
- Williams Simon J., Jonathan Gabe, Peter Davis.** 2008. “The sociology of pharmaceuticals: Progress and prospects”. *Sociology of Health & Illness* 30(6): 813–824.
- Williams Simon. J., Paul Martin, Jonathan Gabe.** 2011a. “The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis”. *Sociology of Health & Illness* 33(5): 710–725.
- Williams Simon. J., Paul Martin, Jonathan Gabe.** 2011b. “Evolving sociological analyses of ‘pharmaceuticalisation’: A reply to Abraham”. *Sociology of Health & Illness* 33(5): 729–773.

- Wiśniewski Jakub.** 2008. „Leki dla biednych”. *Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Puls* 1: 34.
- Władysiuk Magdalena, Daria Szmurło, Piotr Wojciechowski.** 2014. Rola surogatów w ocenie skuteczności i bezpieczeństwa technologii medycznych w onkologii – analiza rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych w Polsce. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 10(3): 138–145.
- Woloshin Steven, Lisa M. Schwartz.** 2016. US Food and Drug Administration approval of Flibanserin. Even the score does not add up. *JAMA Intern Med.* 176(4): 439–442.
- Wróblewski Michał.** 2013. „Wyzwanie biomedycyzacji. Socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby «podszyte» teorią aktora-sieci”. *Przegląd Kulturoznawczy* 1(15): 67.
- Zipkin Daniella A., Michael A. Steinman.** 2005. “Interactions between pharmaceutical representatives and doctors in training”. *Journal of General Internal Medicine* 20(8): 777–786.

Marta Makowska
Michał Nowakowski

THE SOCIOLOGY OF PHARMACEUTICALS AS A “SUBFIELD” WITHIN THE SOCIOLOGY OF MEDICINE

Summary

The aim of the article is to outline the subfield within the sociology of medicine which British sociologists called the sociology of pharmaceuticals. It contains: 1) the processes of medication and pharmaceuticalisation, 2) the social context of drug regulation, 3) marketing practices of the pharmaceutical industry, 4) social expectations regarding pharmaceutical innovations, and 5) drug consumption. The article will discuss the emergence and development of the sociology of pharmaceuticals, and a review of research in this area will be made. Finally, arguments will be presented showing the usefulness of the term sociology of pharmaceuticals in research on the social consequences of drug use and the process of pharmaceuticalisation.

Keywords: sociology of pharmaceuticals, medicalisation, pharmaceuticalisation, pharmaceutical law, pharmaceutical marketing, drug consumption