

Leki jako specyficzne dobro konsumpcyjne. Czynniki wpływające na wzrost konsumpcji farmaceutyków – perspektywa socjologiczna

Marta Makowska*

ORCID: 0000-0002-0785-6237

Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

Michał Nowakowski**

ORCID: 0000-0003-2539-6294

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

Streszczenie: Socjologowie jeszcze do niedawna nie interesowali się lekami i dopiero dynamiczny wzrost konsumpcji farmaceutyków na początku XXI wieku spowodował rozwój badań w tym obszarze. Skonceptualizowano wtedy takie pojęcia, jak: farmaceutyzacja i leki lifestylowe, co znacznie ułatwiło eksplorację związanych z tą problematyką zagadnień. W poniższym artykule, opartym na narracyjnym przeglądzie literatury, ukazujemy cechy wyróżniające, specyfikę towaru konsumpcyjnego, jakim jest lek. Prezentujemy czynniki przyczyniające się do wzrostu spożycia farmaceutyków, w tym szczególna uwaga jest poświęcona konsumeryzmowi i konsumpcjonizmowi, bowiem one mogą być wyjątkowo interesujące dla socjologów. Pokazujemy jak rozwija się konsumeryzm (rozumiany jako aktywność podejmowana na rzecz pacjentów, obrony ich interesów związanych z lekami). Wskazujemy także przejawy konsumpcjonizmu i antykonsumpcjonizmu w odniesieniu do farmaceutyków.

Słowa kluczowe: socjologia farmaceutyków, konsumeryzm, konsumpcjonizm, leki, farmaceutyzacja.

Czterdzieści lat temu Michel Foucault napisał: „Zdrowie staje się przedmiotem konsumpcyjnym, który może być wytwarzany przez laboratoria farmaceutyczne, lekarzy [...]. Jako takie uzyskało wartość gospodarczą i rynkową” (Foucault, 1976/2004, s. 16). Jego zdaniem przemysł farmaceutyczny zmienił zdrowie w przedmiot konsumpcji, bowiem czerpie z tego największe zyski (Foucault, 1976/2004, s. 18). O ile medycyna była niegdyś narzędziem służącym utrzymaniu w zdrowiu siły roboczej, o tyle obecnie jest zestawem dóbr mającym zaspokajać potrzeby zdrowotne konsumentów (Foucault, 1976/2004, s. 16).

* Instytut Nauk Socjologicznych i Pedagogiki; marta_makowska@sggw.pl

** Instytut Socjologii; m.nowakowski@poczta.umcs.lublin.pl

Ta obserwacja jest teraz bardziej aktualna niż kiedykolwiek, ponieważ w hierarchii wartości przeciętnego człowieka zdrowie stoi coraz wyżej, przez co jest on skłonny do większych inwestycji, by utrzymać je w jak najlepszej kondycji. Dynamicznie rozwija się zatem rynek usług zdrowotnych – profesjonalistów doradzających, jak być zdrowym, oraz leków i innych produktów leczniczych, które mają w tym pomóc (Crawford, 2006, s. 415).

W przypadku sprzedaży środków leczniczych mamy do czynienia ze specyficznym konfliktem, pomiędzy kapitalistyczną wizją biznesu, który ma maksymalizować zyski, a misją, którą powinny mieć firmy produkujące leki – tj. by ludzie mogli żyć w jak najlepszym zdrowiu. Termin „farmaceutyki”¹ jest w tekście rozumiany jako produkowane przez firmy farmaceutyczne środki lecznicze, które przed wprowadzeniem do obrotu, muszą zostać dopuszczone przez organy zatwierdzające bezpieczeństwo i skuteczność leków². armaceutyki są towarem, który jest zasadniczo różny od innych z co najmniej dwóch powodów. Ich podstawową odmiennością jest oddziaływanie na zdrowie, samopoczucie, funkcjonowanie organizmu, przez co są priorytetem w koszyku dóbr konsumpcyjnych (Szuba 2003, s. 289). Ponadto jedynie część leków konsument może nabyć sam (leki OTC – ang. *over the counter*). Natomiast dostęp do pozostałej części, tych najbardziej wpływających na zdrowie środków, jest zasadniczo ograniczony (leki na receptę: RX – ang. *prescription only*). Przeciętny człowiek nie może samodzielnie zdecydować o ich konsumpcji. Lekarz ustala, co pacjentowi wolno kupić, choć to pacjent ostatecznie decyduje, czy rzeczywiście to kupi. Za Mellorem i Greenem należałoby nazwać ten fenomen „rozdzielonym sposobem podejmowania decyzji” (ang. *distributed decision-making process*) (Mellor, Green, 2002, s. 451).

Leki i działalność przemysłu farmaceutycznego zaczęły budzić większe zainteresowanie socjologów dopiero na początku XXI wieku. W związku z tym zaczęto postulować wyodrębnienie w ramach socjologii medycyny – subpola – socjologii farmaceutyków (Carpiano, 2001, s. 449). Myśl ta została rozwinięta dopiero przez brytyjskich socjologów wraz ze zdefiniowaniem pojęcia farmaceutyzacji (Abraham, 2007; za: Gabe, Williams, Martin, Coveney, 2015, s. 193). Obecnie możemy wyłonić następujące obszary zainteresowania socjologii farmaceutyków: 1) procesy medykalizacji i farmaceutyzacji, 2) regulacje dotyczące leków,

¹ W manuskrypcie, by uniknąć powtórzeń, używamy też określeń synonimicznych dla farmaceutyku, tj. lek, środek leczniczy, preparat leczniczy.

² Suplementy diety, wyroby medyczne czy leki homeopatyczne nie wchodzą do tej kategorii, niemniej jednak ich popularność (szczególnie tych pierwszych) jest powiązana z procesem farmaceutyzacji, który jest ważnym tematem w ramach socjologicznych rozważań nad społecznymi aspektami konsumpcji farmaceutyków. Na najwyższym poziomie ogólności można postawić tezę, że za rosnącą skłonnością do zażywania leków i suplementów diety stoją te same zmiany, które można połączyć z szeroko rozumianą medykalizacją.

3) marketing farmaceutyczny, 4) oczekiwania społeczne dotyczące innowacji farmaceutycznych, 5) konsumpcja leków (Makowska, Nowakowski, 2018, s. 99–100). W artykule tym koncentrujemy się na ostatnim obszarze, chociaż pozostałe obszary również są w tekście poruszane. Oparty jest on na narracyjnym przeglądzie literatury, który pozwala zebrać i uporządkować informacje pozyskane w niesystematyczny sposób (szerzej: np. Booth, Sutton i Papaioannou, 2016). Taki typ przeglądu Cook, Mulrow i Haynes definiują jako „zestawienie badań, któremu brakuje jasno określonych opisów systematycznych metod” (Cook, Mulrow, Haynes, 1997, s. 375). Dobór artykułów do takiego przeglądu opiera się na celowych kryteriach włączania i wyłączenia. Sposoby poszukiwania danych, których użyli autorzy przeglądu narracyjnego, są zazwyczaj niesprecyzowane i niereplikowane (Mulrow, 1987, s. 487; Klassen, Jadad, Moher, 1998, s. 700).

Celem artykułu jest wskazanie czynników, które powodują, że od wielu lat stale obserwuje się wzrost sprzedaży leków. Pokazujemy, jakie znaczenie mają choroby cywilizacyjne, większa świadomość zdrowotna, postęp medycyny i innowacje farmaceutyczne, coraz łatwiejszy dostęp do leków (regulacje prawne, siła nabywczą konsumentów i państw, nowe kanały dystrybucji), marketing farmaceutyczny, konsumeryzm i konsumpcjonizm. Szczególną uwagę poświęcamy konsumeryzmowi w odniesieniu do leków, bowiem wydaje nam się on wyjątkowo interesujący dla socjologicznych analiz. Ponieważ nie znaleźliśmy wystarczająco dużo artykułów dotyczących przejawów konsumpcjonizmu i antykonsumpcjonizmu leków, na których moglibyśmy się oprzeć, pokusiliśmy się na samodzielną ich analizę w świetle teorii o medykalizacji.

Konsumpcja leków – perspektywa socjologiczna

W 2002 roku globalne dochody branży farmaceutycznej osiągnęły 427,6 mld USD, w 2010 było to już 888 mld USD (Statista, 2019), w 2018 zaś – 1,2 bln USD (IQIVA, 2019). Szacunki wskazują, że w 2023 roku będzie to 1,5 bln (IQIVA, 2019). Za ten wzrost odpowiada przede wszystkim zwiększona konsumpcja leków, a prognozy pokazują, że będzie ona nadal wzrastała. IMS Health wskazuje, że w 2020 roku ponad połowa populacji świata będzie dziennie spożywała więcej niż jedną standardową dawkę leku (Leoszkiewicz, 2016). W Polsce również rynek ten bardzo pręźnie się rozwija. W 2002 roku jego wartość wyniosła 16,2 mld złotych, w 2010 – 26,8 mld złotych (Pharmaexpert; za: Makowska, 2016, s. 65), w 2017 zaś – 38 mld złotych (IQIVA, 2018, s. 2).

Wzrost konsumpcji leków posiada złożone przyczyny, ale z perspektywy socjologii medycyny można je wszystkie umiejscowić w ramach szerokiego i wielowymiarowego procesu medykalizacji. Pojęcie to zostało wprowadzone w latach 70.

XX wieku jako termin służący głównie do krytycznego spojrzenia na coraz większe zaangażowanie się medycyny w codzienne życie ludzi (Zola, 1972, s. 500). Pierwsze prace na temat medykalizacji ujmowały ją jako proces rozszerzania się władzy profesji medycznej i medycyny na niezmedykalizowane wcześniej obszary życia. Między innymi badano, w jaki sposób używano medycznej diagnozy do medykalizacji dewiacji (zob. Zola, 1972; Conrad, 1975).

Na skutek obserwowanych w latach 80. i 90. XX wieku przemian społeczno-ekonomicznych (korporatyzacja, komercjalizacja systemów ochrony zdrowia, przekształcanie się pacjentów w konsumentów usług zdrowotnych i zwiększanie się ich podmiotowości, a także rozwój biotechnologii i genetyki oraz rosnący dostęp do informacji dzięki rozwojowi Internetu) (zob. Nowakowski, 2015, s. 47–139), pozycja lekarzy jako profesji oraz medycyny jako systemu wiedzy przestała być niepodważalna (zaobserwowano również coraz częstsze kwestionowanie autorytetu lekarzy) (Conrad, 2007, s. 16). Na skutek tych zmian medykaliczację zaczęli mieć większy wpływ nielekarze – menedżerowie zatrudniani w szpitalach, firmach ubezpieczeniowych czy korporacjach farmaceutycznych, których działania są podporządkowane optymalizacji kosztów i maksymalizacji zysków, z drugiej strony sami pacjenci (również ich stowarzyszenia) oraz z trzeciej uzdrowiciele, dietetycy, psychologowie czy promotorzy zdrowia.

W najszerszym sensie znaczenie lekarzy w procesie medykalizacji zmniejsza się z powodu komercjalizacji systemów zdrowia. Socjologowie i antropologowie medycyny od dawna przekonują (m.in. Conrad, Barker, 2010; Domaradzki, 2013; Freund, McGuire, Podhurst, 2003; Penkala-Gawęcka, 1994; Wróblewski, 2011), że czynniki społeczno-kulturowe mają duże znaczenie w definiowaniu chorób, szacowania ich wagi i przeznaczanych nakładów na walkę z nimi. Funkcjonowanie prywatnych podmiotów w systemach zdrowia wzmacnia ich wymiar ekonomiczny: w przeciwieństwie do publicznych instytucji zdrowia dla prywatnego podmiotu świadczącego usługi zdrowotne nowe choroby i większa liczba chorych to nie obciążenie, ale okazja do zysku. Bardzo duża część literatury dotyczącej procesu medykalizacji (Busfield, 2010; Moynihan Cassels, 2005; Padamsee, 2011; Simsondo, 2007) opisuje, w jaki sposób interesy firm farmaceutycznych przekładają się na sposób definiowania chorób oraz determinują sposoby ich leczenia. Najlepiej opisana jest ich rola w spektakularnej transformacji psychiatrii, która w krótkim czasie zostawiła kategorie psychodynamiczne, psychoanalizę i rozmowy na kozetce na rzecz rozbudowanych klasyfikacji zaburzeń psychicznych bazujących na objawach rozumianych jako podklasa chorób somatycznych, neuroobrazowania i farmakoterapii. Historię tej zmiany najlepiej prześledzić na przykładzie okoliczności przekształcenia fobii społecznej w zespół lęku społecznego, który opisał Christopher Lane (2007) (zob. też Nowakowski, 2015).

Również firmy oferujące ubezpieczenia zdrowotne obowiązujące w danym kraju mogą wpływać na procesy medykalizacji. Dobrym przykładem są zmiany dotyczące medycznego traktowania otyłości: mianowicie w czasach tzw. epidemii otyłości i uznaniu jej w amerykańskim systemie *Medicare* za chorobę (co umożliwiło przeznaczanie publicznych pieniędzy na jej leczenie), wszczepianie bajpasów żołądka stało się następną gałęzią zyskownego przemysłu medycznego (Conrad, 2007, s. 11; Carpiano, 2001, s. 446). Również polski NFZ własną polityką wyceny świadczeń medycznych może promować lub zniechęcać do wykonywania pewnych procedur. Smutnym przykładem były wysoce prawdopodobne podejrzenia, że część amputacji tzw. nogi cukrzycowej mogła być nieuzasadnione medycznie, ponieważ wycena leczenia była trzykrotnie zaniżona, natomiast amputacji o jedną piątą wyższa od kosztów, jakie ponosił szpital (Janczewska, 2008).

Komercjalizacja systemów ochrony zdrowia spowodowała również, że pacjenci stali się klientami, których trzeba przekonać do skorzystania z usługi/produktu medycznego, w tym farmaceutyku. W tym sensie pacjenci są ujmowani jako narzędzia nacisku na lekarzy, ponieważ są sterowani za pomocą reklam lub ukrytym marketingiem w Internecie, czy kampaniami zdrowotnymi organizowanymi przez firmy farmaceutyczne (zob. Nowakowski, 2015). Po drugie pacjenci korzystając z otwartego i dostępnego bez wysiłku zasobu wiedzy o chorobach i terapiach, stali się bardziej wymagającym partnerem dla lekarzy – efektem tego zjawiska jest upodmiotowienie pacjentów przejawiające się podpowiadaniem, wymuszaniem konkretnych terapii, kwestionowaniem decyzji terapeutycznych, a nawet kwestionowaniem oficjalnej wiedzy medycznej i wybieranie medycyny alternatywnej i komplementarnej (Gałuszka, 2012; Nowak, Arbiszewski, Wróblewski, 2016, s. 191–192).

Medycyna alternatywna i komplementarna również stawia się raczej w opozycji do medycyny „opartej na dowodach”. I chociaż nie kwestionuje kategorii medycznych (nie ma swojej alternatywnej klasyfikacji chorób), to jednak posługuje się inną etiologią, traktując choroby jako objaw braku równowagi w życiu człowieka. Holistyczność zdrowia w ujęciu medycyny alternatywnej i komplementarnej powoduje jednak dalszą medykalizację. Zaakceptowanie wzajemnych relacji pomiędzy fizycznym, umysłowym, emocjonalnym oraz duchowym wymiarem istoty ludzkiej wymusza uwzględnienie bardzo różnorodnych czynników mających wpływ na zdrowie pacjenta. Zatem za sprawą tego paradygmatu medyczna kontrola rozszerza się na styl życia, duchowość, pracę, rodzinę, przez co powiększa się ilość codziennych czynności definiowanych za pomocą medycznych metafor, ocenianych pod kątem ich wpływu na stan zdrowia. Takie pojęcia, jak stres, przyjaźń, wakacje, sen, typ osobowości, religijność stają się czynnikami wpływającymi na poziom zdrowia (zob. Nowakowski, 2015, s. 97–99).

Czynnikiem powodującym też osłabienie roli lekarzy i medycyny w procesach medykalizacji jest malejące zaufanie do nauki (w tym medycyny). Zapewne duże znaczenie w tym zjawisku ma nie tylko rozprzestrzenianie się wartości postmodernistycznych czy myślenia refleksyjnego (Giddens, 2010), ale również uwikłanie nauki (i medycyny) w trudne do przeświecenia relacje z biznesem. W tym można upatrywać zarówno części sukcesu medycyny alternatywnej i komplementarnej, jak i anty-medycznych postaw laików.

W tak szerokim ujęciu, po włączeniu nowych aktorów, medykalizacja jest rozumiana nie tylko jako obejmowanie kuratelą nowych problemów przez profesję medyczną, ale również: „[...] definiowanie problemu w terminologii medycznej, używanie medycznego języka do opisu problemu, adaptacja ram medycznych do jego zrozumienia lub korzystanie z medycznych interwencji w celu jego rozwiązania”. Wedle tego nowszego ujęcia jest to socjo-kulturowy proces, w którym uczestnictwo lekarzy nie jest konieczne (Conrad, 1992, s. 211).

We wczesnych badaniach dotyczących medykalizacji pojawiały się wątki dotyczące farmaceutyków – w latach 70. opisywano „społeczny audyt” korzystania z leków na receptę (Dunnell, Cartwright, 1972; za: Williams, Gabe, Davis, 2008, s. 818), w latach 80. i 90. rozważano społeczne znaczenie leków (Morgan, 1996; Helman, 1981; Gabe, Lipshitz-Phillips, 1982, 1984; Gabe, Thorogood, 1986; za: Williams i in., 2008, s. 818). Nie poruszono jednak wątków związanych z samym przemysłem farmaceutycznym. Do początku XXI wieku „pozostawał to temat wy-ciszony i zaniedbywany w literaturze dotyczącej medykalizacji” (Williams i in., 2008, s. 814). Dopiero wtedy naukowcy zaczęli oceniać wkład przemysłu w rozwój nowych leków, wpływ firm na wzrost zażywania środków leczniczych, na zawody medyczne, państwa i konsumentów (Bell, Figert, 2012, s. 779). Na przykład Busfield (2006, s. 310) wskazała, że przemysł „przyczynia się do rozszerzenia terytorium problemów medycznych i tendencji do reagowania na nie za pomocą pigułek, jakby można było je rozwiązać magią. Takie rozwiązanie problemów nie radzi sobie z ich źródłem”. Jej zdaniem egzemplifikacją tego fenomenu są leki na otyłość, bowiem jej przyczyny mogą być społeczne lub strukturalne i często należało- by ją leczyć zmianą stylu życia, a nie pigułkami.

W dyskusję nad tym, jak socjologia może przyczyniać się do zrozumienia działań, siły i znaczenia przemysłu farmaceutycznego publikowaną na łamach *Sociology* w 2007 roku, wdał się z Busfield – inny socjolog – Abraham (za: Bell, Figert, 2012, s. 779). Ten sam, który w 2007 roku wprowadził do socjologii termin „farmaceutykalizacja” (Gabe i in., 2015, s. 193). Definiuje go jako proces, w którym lekarze i pacjenci są skłonni do postrzegania kondycji społecznej, behawioralnej czy fizycznej człowieka jako takiej, która wymaga zażycia farmaceutyków (Abraham, 2010, s. 604). Szersze rozumienie tego zjawiska zaproponowali Williams, Martin, Gabe, wskazując, że nie jest to jedynie przekształcenie warunków,

by stały się okazją do zażycia leku, ale także są to procesy, które wykraczają poza medyczną i zmedykalizowaną sferę i obejmują zastosowanie leków w celu poprawy wydajności i sprawności funkcjonowania organizmu przez osoby zdrowe (2011, s. 711). Farmaceutyzacja obejmuje, w ich rozumieniu, również sytuacje, kiedy leki zażywa się w celach „pozamedycznych” (np. środki na porost włosów), gdzie nie mamy do czynienia w ogóle z medykacją (Gabe i in., 2015, s. 193). Choć sposób definiowania farmaceutyzacji i jej relacja do procesów medykacji są przedmiotem dyskusji, to jej znaczenie dla wzrostu konsumpcji leków jest oczywiste. Busfield uważa, że głównymi aktorami odpowiadającymi za farmaceutyzację są: firmy farmaceutyczne, lekarze, konsumenci, rządy i firmy ubezpieczeniowe (Busfield, 2010, s. 935).

Przez socjologów badane były dotąd różne aspekty konsumpcji leków. Można odnaleźć prace, które koncentrują się np. na poszukiwaniu związków między spożyciem leków a poprawą zdrowia (np. Miller, Frech, 2000), były także próby powiązania czynników społeczno-demograficznych z zażywaniem leków (np. Empeur, Baumann, Alla, Briancon, 2003), starano się ustalić wzorce zażywania farmaceutyków (np. Fox, Ward, 2008) czy podejmowano wątki dotyczące konsumeryzmu (Ozierański, McKee, King, 2012; O'Donovan, 2007; Abraham, 2010). Abraham uważa, że: „dyskusje o farmaceutyzacji (i powiązanej medykacji), w socjologicznej literaturze głównie odnosiły się do rozwoju sektora leków na receptę w krajach zachodnich w ostatnich 15–20 latach” (Abraham, 2010, s. 606).

Poniżej wyróżniliśmy i opisałiśmy, naszym zdaniem najważniejsze, czynniki wpływające na wzrost konsumpcji leków: 1) rozwój cywilizacyjny przejawiający się postępującą zamożnością społeczeństw, lepszymi systemami ochrony zdrowia, wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia i powiązanego z tym większego znaczenia chorób cywilizacyjnych; 2) coraz większą świadomością zdrowotną; 3) postęp medycyny i innowacje farmaceutyczne; 4) coraz łatwiejszy dostęp do leków (regulacje prawne, siła nabywcza konsumentów i państw, nowe kanały dystrybucji); 5) marketing firm farmaceutycznych; 6) konsumeryzm i konsumpcjonizm.

Rozwój ekonomiczno-społeczny

Wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia i rosnące znaczenie chorób cywilizacyjnych

Rozwój ekonomiczny i cywilizacyjny państw dawnego Drugiego i Trzeciego Świata wpłynął tam na zmiany w strukturach zachorowalności i umieralności. Zaczęło rosnąć znaczenie chorób cywilizacyjnych oraz degeneracyjnych, przy spadku zachorowalności z powodu chorób zakaźnych, niedoboru lub zatruc. W najzamożniejszych krajach przemiany epidemiologiczne zaszły nawet dalej: trwanie życia wzrosło na skutek zmniejszania się zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób degeneracyjnych (choroby układu krążenia i nowotwory) w średnim

wieku i wczesnej starości (szóstej i siódmej dekadzie życia) i *gros* umieralności jest realizowana w wieku sędziwym (Wróblewska, 2008). Na skutek takich zmian wzrost wydatków na leki potrzebne zarówno w opiece szpitalnej, jak i indywidualnym leczeniu jest zrozumiały. Koszty opieki zdrowotnej osób starszych (65 lat i więcej) są znaczne, a w 2025 roku aż 20% ludności Europy ma być w takim wieku (Petrovic i in., 2019, s. 237). Według hiszpańskich badań 17% osób starszych w tym kraju jest odpowiedzialna za 70% wydatków na leki (Patino i in.; za: Bernadàs i in., 2019, s. 107). Potwierdzają to badania ankietowe: np. w badaniach CBOS respondenci z grupy wiekowej 65+ deklarują największe wydatki na leki (jest to średnio 554 zł, przy czym najniższe wydatki deklarowały osoby w wieku 18–24: 323zł) (CBOS, 2017). Dzieje się tak, bowiem starsi ludzie częściej zapadają na rozmaite choroby, w tym chroniczne związane z długoterminową farmakoterapią. Z reguły też przyjmują więcej leków niż młodszy, często przyjmują na raz więcej niż jeden lek (polipragmazja ≥ 5 leków)³ (Petrovic i in., 2019).

Jednak nie tylko wzrost liczby osób starszych przyczynia się do wzrostu konsumpcji leków. Notuje się coraz większą zachorowalność na choroby cywilizacyjne wśród osób młodych, młodzieży, a nawet dzieci (Kowalczyk i in., 2017, s. 9). Procesy te, badane od lat w krajach rozwiniętych, stają się problemem również w krajach rozwijających (zob. Puvar, Saxena, Yasobant, Savaliya, 2018; Bhimma, Naicker, Gounden, Nandlal, Connolly, Hariparshad, 2018). Jest to problem o wymiarze globalnym (NCD Child, 2019).

Łatwiejszy dostęp do leków

Czynnikiem przyczyniającym się do globalnego wzrostu spożycia leków jest rosnący dobrobyt społeczny, który ułatwia dostęp do farmaceutyków. Poprawiająca się sytuacja w wielu krajach na świecie, np. Brazylii, Rosji, Indiach, Chinach, Indonezji, Meksyku, Południowej Korei, Południowej Afryce, Turcji i wzrastająca siła nabywczą mieszkających tam ludzi i samych państw przyczyniała się w tych krajach do bardzo gwałtownego wzrostu sprzedaży leków (Tannoury, Attieh, 2017, s. 19). Także w Polsce rozwój rynku farmaceutycznego jest wiązany z poprawiającą się sytuacją finansową obywateli (Makowska, 2016, s. 64–70).

Łatwy dostęp do leków zapewnia również fakt, że leki zostały „udomowione” (Fox, Ward, 2008). Zdaniem Fox i Ward stało się tak z trzech powodów: 1) rozwinął się Internet (wizytę lekarską można odbyć on-line, otrzymać e-receptę, kupić leki on-line); 2) konsumpcja środków leczniczych odbywa się w domu;

³ Są również bardziej narażeni na negatywne skutki uboczne farmaceutyków i rozmaite interakcje między lekami. Często gorzej też reagują na terapię (Petrovic i in., 2019).

3) marketing farmaceutyczny jest nakierowany na powiązanie zażywania leków z życiem domowym i domowymi aktywnościami (2008, s. 858–861). W Polsce to „udomowienie” jest nieco trudniejsze, gdyż prawo zabrania sprzedaży leków na receptę on-line (Dz.U. 2008 Nr 45, poz. 271, art. 63 ust. 3), można w ten sposób kupić jedynie leki OTC, suplementy diety i wyroby medyczne. Jednak ponieważ Internet oferuje dostęp do produktów z zagranicy, polscy konsumenci nie mają większego problemu, by nabyć za pośrednictwem sieci nawet groźne dla zdrowia środki, podróbki leków czy (para)farmaceutyki. Jaskrawym przykładem mogą być tabletki z jajami tasiemca na odchudzanie, które można zamówić z Meksyku (Miączyński, Kostrzewski, 2014, s. 21).

Istotnym elementem wpływającym na konsumpcję leków, przez ułatwienie lub utrudnienie dostępu do nich, są przepisy prawa. Firmy farmaceutyczne potrafią doskonale lobbować dobre dla nich rozwiązania prawne (szerzej: Ozierański, McKee, King, 2012). Abraham w swoim artykule wskazuje, że prosta zmiana rejestracji leku z RX na OTC zwiększa jego spożycie (Abraham, 2010, s. 605). Liczba substancji leczniczych, do których dostęp został w taki sposób zliberalizowany zdecydowanie przewyższa liczbę leków, których status zmienia się w drugą stronę (Nartowski, Wiela-Hojeńska, Łapiński, 2012, s. 169; FDA, 2020). Taka zmiana jest możliwa wtedy, gdy producent może udowodnić, że korzyści ze stosowania leku przez pacjentów, z pominięciem opinii lekarza, przewyższają ewentualne ryzyko jego zażycia. W Polsce w latach 2012–2017 trzydzieści substancji aktywnych uzyskało zmianę statusu z RX na OTC oraz jedna z OTC na RX (Jakubiak, 2017). Można zauważyć, że trend jest jednoznaczny i rozumiały: z ekonomicznego punktu widzenia dla firm farmaceutycznych korzystna jest likwidacja pośrednika w postaci lekarza. Lekami, które zmieniły się z leków RX na OTC w ostatnich latach w Polsce, są np.: Canasten, Alezaxin, Scopolan⁴. Jedyne przypadki ruchu w przeciwną stronę dotyczyły „pigułki dzień po”, a podłożem tej decyzji były względy ideologiczne, a nie medyczne (Ellaone – produkt antykoncepcyjny do stosowania w przypadkach nagłych w celu zapobiegania ciąży po odbyciu stosunku bez zabezpieczeń lub gdy stosowana metoda antykoncepcyjna zawiodła)⁵.

⁴ Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych Scanned Document (rx.edu.pl); KO_2078_2020-URPL-zmian.-kat.dost_.-z-RP-na-OTC-Alezaxin.pdf (rx.edu.pl), Zmiana-kategorii-dostepności-SCOPOLAN-firmy-Herbapol-S.A..pdf (oia.waw.pl)

⁵ <https://www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/quot-powrot-ellaone-na-recepte-to-decyzja-ideologiczna-quot,14041.html>

Wzrost świadomości zdrowotnej

Rosnące przeciętne dalsze trwanie życia wiąże się z coraz większą liczbą lat życia w starości i niepełnosprawności. Dostrzeganie tego trendu zapewne wpływa pozytywnie na świadomość zdrowotną, coraz wyższe pozycjonowanie zdrowia w hierarchii wartości, skłonności do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia (m.in. korzystania z profesjonalnych porad medycznych, także dotyczących profilaktyki). Za wzrost świadomości zdrowotnej, odpowiadają przede wszystkim zajmujące się tą problematyką *mass media* (Shrivastava, Shrivastava i Ramasamy, 2014), rosnący poziom wykształcenia (Baker i in., 2011) i dobrobytu ekonomicznego (Tannoury, Attieh, 2017, s. 19). Poza samymi pacjentami, beneficjentami tych przemian są również: państwo, instytucje opieki zdrowotnej i firmy ubezpieczeniowe. Na zmianach świadomości zdrowotnej korzystają również producenci leków. Starają się moderować ten proces poprzez angażowanie się w liczne kampanie promujące zdrowie, białe soboty i niedziele czy darmowe akcje diagnostyczne dla pacjentów (Makowska, 2010, s. 42–43). Część badaczy pewne przykłady owego zaangażowania interpretuje jako formy manipulacji w definiowaniu chorób, wyolbrzymiania ich skutków i zasięgu. Praktyki te określono mianem *disease mongering* (Moynihan, Heath, Henry, 2002).

Zmieniające się postawy wobec zdrowia są jednym z czynników powodujących wzrost konsumpcji leków, ale wysoce niewystarczające byłoby skwitowanie relacji pomiędzy rosnącą świadomością zdrowotną i wzrastającą konsumpcją leków jako zależności przyczynowo skutkowej, a nawet jako pozytywnej korelacji: np. mniejsza świadomość zdrowotna (*helath literacy*) może skutkować większą skłonnością do samoleczenia (Kamran, Sharifirad, Shafaei, Mohebi, 2015). Rosnąca pozycja zdrowia jako wartości w ludzkim życiu może przejawiać się różnymi zachowaniami (zależącymi od szerokiej gamy społecznych parametrów), której skutkiem może być zarówno duży stopień konsumpcji leków, jak i brak zaufania do tego typu terapii.

Postęp medycyny i innowacje farmaceutyczne

Czas podwojenia wiedzy medycznej był szacowany na 50 lat w 1950 roku, w 1980 na 7 lat, w 2010 na 3,5 roku, w 2020 zaś ma to być 73 dni (Densen, 2011, s. 48). Wiedza medyczna rośnie wykładniczo i coraz trudniej jest ją przyswoić. Obecny (w ostatnich dekadach XX i na początku XXI wieku) postęp medycyny jest efektem rozwoju technologicznego: technologii informatycznych i niemożliwych bez nich molekularyzacji i genetyzacji oraz nowoczesnych technologii medycznych.

Komputery i cyfrowe bazy danych stanowią również narzędzia do całkiem nowego sposobu uprawiania medycyny, tzw. medycyny nadzoru (ang. *surveillance medicine*), która obejmuje całe populacje opieką, bazując na danych populacyjnych

i czynnikach ryzyka (Armstrong, 1995). W odróżnieniu od medycyny szpitalnej (biomedycyny), która była nakierowana na leczenie chorego, „medycyna nadzoru” uzbrojona w komputery, coraz potężniejsze bazy danych i zaawansowane narzędzia statystyczne, stawia za cel opiekę nad całą populacją – w tym nad zdrowymi, skupiając się na poszukiwaniach rozmaitych czynników ryzyka zachorowania, swoistych „protochorobach” i „protochorych”. Dla przemysłu farmaceutycznego była to zmiana otwierająca możliwości znaczącego poszerzenia rynku zbytu na jego produkty. Po wielokrotnym obniżeniu dolnej granicy wartości liczbowych definiujących cukrzycę i nadciśnienie pojawiły się dwa najbardziej znane przykłady „protochorób”: przednadcisnienie tętnicze, które przed 2005 rokiem było nazywane „ciśnieniem tętniczym wysokim prawidłowym” oraz „stan przedcukrzycowy”. Jak zauważają Kreiner i Hunt, dolne granice obu stanów są bliskie średniej w populacji, przez co prawie połowa ludności wpada do grupy ryzyka i w orbitę zainteresowania medycyny (2014, s. 872).

W przypadku przednadcisnienia nowa nazwa wyraźnie wskazuje, że stan ten jest nieprawidłowością (ze względu na wyższe ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych), którą powinno się leczyć, lecz pożądanym sposobem obniżenia ciśnienia do wartości optymalnej jest zmiana stylu życia. Wyjątkiem jest farmakoterapia dla osób z cukrzycą i niewydolnością nerek. Mimo to część literatury medycznej wskazuje na pewne korzyści z farmakoterapii również dla pozostałych osób w grupie ryzyka (np. zob. Fuchs, 2010; Julius i in., 2006; Materson i in., 2017). Taka literatura może być z kolei wykorzystywana przez przedstawicieli medycznych jako argument dla lekarzy za stosowaniem sprzedawanych przez nich leków w celach niezatwierdzonych przez organy dopuszczające leki do obrotu (tzw. *off-label use*)⁶. Co więcej, wygląda również na to, że zmiana nazewnictwa i poszukiwanie związków o charakterze probabilistycznym pomiędzy przednadcisnieniem a wystąpieniem chorób układu krwionośnego skutkuje rozmywaniem się granic między normą a patologią: lekarze mogą mylić czynniki ryzyka z chorobami i traktować przednadcisnienie jako chorobę, a profilaktykę zastępować farmakoterapią (Kreiner, Hunt, 2014).

Podobne mechanizmy zostały zaobserwowane w przypadku stanu przedcukrzycowego, który mimo że nie wymaga farmakoterapii, szybko został wykorzystany przez firmę produkującą Rozyglitazon. Firma przeprowadziła badanie potwierdzające przydatność leku w zapobieganiu przekształceniu się stanu przedcukrzycowego do cukrzycy i wykorzystywała te wyniki do nakłaniania lekarzy do przepisywania ich leku ludziom z niezdiagnozowaną cukrzycą (Brody, Light, 2011, s. 402).

⁶ Są udokumentowane praktyki tego typu stosowane przez największe firmy farmaceutyczne (zob. Nowakowski, 2013).

Producenci przekonują, że za wzrastającą konsumpcją leków kryje się innowacyjność przemysłu farmaceutycznego. Wskazują, jak twórczą są branżą (np. Quintiles IMS Institute, 2016, s. 2). Jednak innowacyjność przemysłu zdaniem, niektórych badaczy problematyki, nie jest na takim poziomie jakiego należałoby oczekiwać (np. Angell, 2005, s. 7; Abraham 2010a, s. 304; Busfield, 2010, s. 935–936). Międzynarodowe korporacje raczej przejmują inne mniejsze firmy, w tym biotechnologiczne, które pracują nad nowymi potencjalnie dochodowymi lekami, niż same coś tworzą (Busfield, 2003; European Commission, 2009; za: Busfield, 2010, s. 936). Retoryka firm jest jednak skuteczna i powoduje, że przemysł postrzegany jest jako wysoce innowacyjny, to zaś skutkuje tym, że oczekiwania społeczne dotyczące nowych leków często są zbyt duże (szerzej: Makowska, Nowakowski, 2018, s. 108).

Marketing farmaceutyczny

Reklama skierowana do publicznej wiadomości

W Polsce, jak w większości państw, do publicznej wiadomości można kierować jedynie reklamy leków OTC. Tylko w dwóch krajach na świecie, tj. w USA i Nowej Zelandii, możliwe jest promowanie w ten sposób środków RX. Reklamy takie nazywa się DTCA (ang. *direct to customer advertising*).

W literaturze przedmiotu można znaleźć rozbieżne oceny ich wpływu na dobrostan pacjentów (szerzej np. Ventola, 2011, s. 672–673). Peter Conrad i Valerie Leiter (2008, s. 825) uważają, że DTCA (zwłaszcza reklamy leków RX) przywracają znaną z końca XIX wieku, bezpośrednią i nieregulowaną relację między producentami leków i konsumentami. Według tych autorów zachęca to do samodiagnozy i wymuszania od lekarzy konkretnych leków. Póki co Unia Europejska skutecznie opiera się lobbingowi przemysłu, by dopuścić na swoim terenie tego typu reklamę (Abraham, 2010, s. 298). Choć wydaje się, że prawo w Polsce zabraniając DTCA, skuteczniej broni konsumentów przed marketingiem firm farmaceutycznych niż Amerykanów, to warto zwrócić uwagę, że stosowane w Stanach Zjednoczonych lokowanie produktów przenika również do polskiej rzeczywistości. Widzowie amerykańskich filmów z całą pewnością kojarzą Viagrę, Vicodin czy OxyCortin. Również Internet jest pełen „ukrytych reklam” leków na receptę i stanowi doskonałą bazę informacji o nich. Można je uzyskać chociażby na forach internetowych dotyczących specyficznych chorób. Firmy farmaceutyczne zdają sobie sprawę z marketingowego oddziaływania informacji w Internecie, a zwłaszcza opinii zamieszczonych przez innych chorych. Jednym ze sposobów podniesienia sprzedaży jest wynajmowanie osób, które piszą na forach przychylnie komentarze o ich produktach. Mimo że w Polsce można reklamować jedynie leki OTC, to

kwoty wydawane na taką promocję przez firmy farmaceutyczne są olbrzymie. W 2018 roku w sumie na reklamę w telewizji, radio i prasie firmy przeznaczyły ponad 4,2 mld PLN, tj. najczęściej ze wszystkich branż (Instytut Monitorowania Mediów, 2019). Tak intensywna działalność promocyjna odnosi pożądany skutek, ponieważ „[...] w ostatnim okresie najszybciej rozwija się sprzedaż w kategoriach związanych z samoleczeniem i jakością życia, m.in. leków OTC, produktów dietetycznych i dermokosmetyków, które tworzą aż 40% wartości rynku farmaceutycznego” (Dryl, 2018, s. 134).

Marketing skierowany do lekarzy

W przypadku transakcji dotyczącej leków na receptę nie mamy do czynienia z tradycyjnym schematem: sprzedający – kupujący, bowiem pomiędzy sprzedającym a kupującym pojawia się pośrednik (w postaci lekarza), bez którego transakcja nie może dojść do skutku. Rozdzielony proces dokonywania decyzji o zakupie leków ma poważne konsekwencje. Teoretycznie oczekuje się, że lekarze przepisując racjonalnie recepty, są jednocześnie strażnikami (ang. *gatekeepers*) leków, a ich rolą jest zapobieganie nadużywaniu i niewłaściwemu zażywaniu medykamentów. Z drugiej strony już Foucault zauważył, że przemysł farmaceutyczny zrobił z lekarzy swoich pośredników między nimi a klientem, i w tej chwili zajmują się oni dystrybucją leków (Foucault, 1976/2004, s. 18). Lekarz nie tylko daje możliwość zakupu środka leczniczego choremu, ale musi go także przekonać, by rzeczywiście to zrobił. W ten sposób, chcąc nie chcąc, staje się „agentem” przemysłu (określenie za: Ballantyne, 2016).

Firmy stosują bardzo agresywny marketing skierowany do medyków (np. wysyłając przedstawicieli medycznych, ofiarowując prezenty, stawiając na utrzymanie relacji już od studiów (szerzej Makowska, 2010, s. 74–85; Makowska, 2016 s. 110–133). Działania marketingowe przemysłu stawiają lekarzy często w sytuacji konfliktu interesów. Etyczna strona takich relacji lekarzy z firmami farmaceutycznymi była już poddawana badaniom socjologicznym (np. Polak, 2011, Makowska, 2010). Niewłaściwy marketing farmaceutyczny może mieć olbrzymie konsekwencje społeczne, czego dowodem jest obecny kryzys opiatowy w Stanach Zjednoczonych. W 2016 roku więcej osób zmarło tam z przedawkowania opiatów niż w wypadkach samochodowych (Opioids.gov). Związki finansowe pomiędzy przemysłem farmaceutycznym a lekarzami są wskazywane jako jeden z czynników, który mógł do niego doprowadzić (Zezza i Bachhuber, 2018; Hadland, Rivera-Aguirre, Marshall, Cerdá, 2019). W latach 1999–2015 przepisywanie opiatów przez lekarzy potroiło się, wzrosło także ich używanie w celach niemedycznych. W 2015 roku 40% przedawkowań było spowodowanych opioidowymi lekami na receptę (Zezza, 2018).

Na lekarza czasami wpływ wywierają także sami pacjenci, którzy domagają się przepisania im jakiegoś konkretnego specyfiku (zwłaszcza w krajach, gdzie dopuszczalna jest reklama DTCA). Rola strażnika jest więc niezwykle trudna, bowiem lekarz musi się umieć oprzeć nie tylko naciskom producentów leków, ale i pacjentów.

Marketing skierowany do farmaceutów

Producenci leków oddziałują wieloma narzędziami marketingowymi na farmaceutów, by zwiększyć sprzedaż ich preparatów: wysyła się do nich przedstawicieli (używających równie skutecznych metod wywierania wpływu na lekarzy), drukuje gazetki promocyjne (w Polsce np. „Farmacja Praktyczna” wydawana przez Polpharmę), stosuje *merchandising*, programy lojalnościowe i kieruje się do nich reklamy (Waligórski, 2018). Działania marketingowe firm wobec aptekarzy z całą pewnością sprzyjają wzrostowi konsumpcji farmaceutyków wśród ludzi.

Farmaceuta to zawód zaufania publicznego. Zaufanie to może być skutecznie podważone przez pojawiające się w przestrzeni medialnej informacje o praktykach marketingowych skierowanych do farmaceutów i otrzymywanych przez nich profitów⁷ od firm za polecenie danego leku lub zamienienie przepisanej leku na inny⁸. W Polsce brakuje badań na ten temat, są jednak takie, które szczegółowo dotyczą tematu przy okazji prowadzenia innych analiz. Występowanie takich sytuacji potwierdzają także badania Makowskiej wśród przedstawicieli medycznych (Makowska, 2010, s. 129–130), choć miały one na celu zbadanie relacji reprezentantów z lekarzami. Pośrednio o możliwych nadużyciach mogą świadczyć zbadane przez Karola Żaka rozterki samych farmaceutów, którzy dostrzegają „dualizm celów i zadań może prowadzić do konfliktu wartości oraz stanowić źródło występowania zjawisk patologicznych na rynku” (2018, s. 124). Według jego badań (nie-reprezentatywnych) aż 78% farmaceutów stwierdziło, że „Nie można pogodzić wykonywania zawodu farmaceuty z realizacją celów komercyjnych apteki” i ponad 80%, że „Konflikt między realizacją celów komercyjnych i celów społecznych

⁷ Znane są przykłady zachęt w formie programu partnerskiego (zamiast nielegalnego programu lojalnościowego) <http://informatykawsluzbiezdrowia.blogspot.com/2013/06/lojalnosc-farmaceuty-czyli-programy.html>, <https://mgr.farm/opinie/programy-partnerskie-wobec-prawa-i-dostepnosci-lekow/>. Poniżej link do dawnej oferty (obecnie tego typu praktyki są zabronione) firmy: „na zlecenie firm farmaceutycznych organizuje programy lojalnościowe dla farmaceutów powiązane z akcjami rabatowymi dla aptek otwartych prywatnych i sieciowych...”. Po wejściu na tę stronę nawet można zobaczyć, jakie nagrody (np. czajnik, rower czy odkurzacz) mogli otrzymać farmaceuci w zależności od liczby zdobytych punktów <http://www.brass.com.pl/index-1b.html>.

⁸ Między innymi takie zarzuty można przeczytać w publikacji *Zjawiska patologiczne na rynku farmaceutycznym*. Prawo Karne i Kryminologia. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości (Młynarek, 2019, s. 40–41). Autorka nie podała jednak źródeł tych informacji.

na stałe wpisany jest w zawód farmaceuty” (s. 131). Nie da się jednak na podstawie tych badań przesądzić, czy na odczuwany przez farmaceutów konflikt składają się relacje z przedstawicielami handlowymi.

Konsumeryzm i konsumpcjonizm

Konsumeryzm

Termin „konsumeryzm”, choć często używany wymiennie z konsumpcjonizmem, nie jest z nim tożsamy. Iwasiński (2015, s. 83) proponuje, by „[...] mianem konsumpcjonizmu określić ideologię gloryfikującą konsumpcję, uznającą jej prymat nad innymi aspektami życia i ukształtowaną pod jej wpływem postawę, natomiast pojęcie konsumeryzmu zachować dla aktywności podejmowanej na rzecz konsumentów, obrony ich interesów”. Takim właśnie rozumieniem – odróżniającym oba terminy, posługiwać będziemy się w naszym artykule.

W anglojęzycznej literaturze znajdziemy pojęcie „konsumeryzm zdrowia” (*health consumerism*), które można zdefiniować jako domaganie się przez obywateli dostępności i wysokiej jakości produktów oraz usług związanych ze zdrowiem. W tym wzrastające oczekiwanie, by produkty te i usługi były w jak największym stopniu dostosowane do nich (Patient at home, 2018). Wśród tych produktów oczywiście ważne miejsce zajmują leki i aktywizm społeczny na rzecz ich dostępności i bezpieczeństwa.

Konsumeryzm zdrowia nie jest czymś nowym. Gina Felberg i Robert Vipond (1999, s. 54) uważają, że początek jego historii można datować na XIX wiek, ale forma, jaką znamy obecnie rozwinęła się w latach 60. w Stanach Zjednoczonych, gdy dostrzeżono, że rynek usług zdrowotnych jest jak każdy inny, bowiem dochodzi na nim do konkurencji zarówno dostawcy usług, jak i produktów. Konsumenci zaczęli domagać się sprawiedliwości na tym rynku, bronić się przed niebezpiecznymi produktami, wprowadzającymi w błąd informacjami i praktykami monopolistycznymi. Konsumeryzm doprowadził do upodmiotowienia pacjenta, dał mu większą władzę. Zaczął też być adaptowany do realiów innych krajów (Felberg, Vipond, 1999, s. 58). Również postępujący proces farmaceutyzacji społeczeństw prowadzi do rozwoju konsumeryzmu (Abraham, 2010a, s. 294). Abraham opisuje dwa jego typy. Pierwszy jednoczy wokół siebie pacjentów, którzy są „przeciwnikami zorientowanymi na szkody wynikające z działań koncernów” (*injury oriented adversary*). Drugi skupia ludzi, którzy są „współpracownikami przemysłu zorientowanymi na dostęp do leków” (*access oriented collaborator*).

Pierwszy typ angażuje pacjentów (lub ich bliskich), którzy są przekonani, że dany lek wyrządził im szkodę i którzy rozpoczynają kampanię przeciwko jakiemuś producentowi. Sprawy nagłaśniane bywają przez media i często kończą się

w sądzie. Ten typ konsumeryzmu jest bardziej rozpowszechniony w Stanach Zjednoczonych niż w Europie. Zasiewa ziarno niepewności co do bezpieczeństwa leków zarówno w głowach lekarzy, jak i pacjentów, a zatem może wpłynąć na zredukowanie liczby przepisywanych recept, przeciwdziała więc farmaceutyzacji (Abraham, 2010a, s. 293–294). Drugi typ angażuje pacjentów, często zjednoczonych w stowarzyszeniach, które z reguły współpracują z firmami farmaceutycznymi. Są to grupy, które szukają szybszego dostępu do nowoczesnych leków. W tym celu prowadzą kampanie społeczne i lobbują u rządu. Tego typu konsumeryzm jest rozpowszechniony zarówno w Europie, jak i w USA. Za jego sprawą farmaceutyzacja postępuje i zwiększa się konsumpcja leków (Abraham, 2010a, s. 295–297).

Grupy konsumenckie, które przeciwstawiają się przemysłowi farmaceutycznemu, nie są z góry skazane na niepowodzenie, jak to pokazują przypadki z USA, jednak oczywiste jest, że poparcie biznesu lekowego szanse na sukces zdecydowanie zwiększa (Abraham, 2010a, s. 297). Irlandzki socjolog O'Donovan przeprowadził sondaż w 112 organizacjach pacjentów z Irlandii, a następnie pogłębił go badaniem jakościowym. Jego analizy pokazały, że w grupach tych istnieje silna kulturowa tendencja do traktowania firm farmaceutycznych jako przyjaciół i sojuszników w zabiegach o lepsze zdrowie. Większość niż połowa zbadanych organizacji otrzymywała od przemysłu wsparcie finansowe. Powszechnym było przekonanie, że mimo przyjmowania pieniędzy od firm farmaceutycznych pozostają one bezstronne, a to poprzez właściwe zarządzanie relacjami z przemysłem i stosowanie się do kodeksów postępowania. O'Donovan porównuje to przekonanie do tego, które mają lekarze twierdzący, że prezenty przez nich przyjmowane od przemysłu nie mają wpływu na leki, które przepisują (O'Donovan, 2007, s. 728–729).

Relacje pomiędzy organizacjami pacjentów a firmami farmaceutycznymi w Polsce zostały opisane przez Piotra Ozierańskiego, Martina McKee i Lawrence Kinga (2012). Ich badania wskazują, że również w naszym kraju grupy pacjentów przyjmują finansowe wsparcie od firm farmaceutycznych. W badaniach Pauliny Polak trzy z czterdziestu losowo wybranych organizacji nie otrzymywały pieniędzy od firm farmaceutycznych (Polak, 2011, s. 200). Funduszy publicznych, które wspierałyby takie organizacje, jest mało, w związku z czym pomoc od biznesu lekowego jest przez nie bardzo pożądana. Zarówno grupy pacjentów, jak i przemysł mają często wspólne interesy w umieszczeniu danego leku na liście refundacyjnej. Co więcej, zdarza się, że stowarzyszenie pacjentów powołuje do życia firma farmaceutyczna, by lobbowało ono na rzecz jakiegoś farmaceutyku w gremiach politycznych. Zdarza się także, że stowarzyszenia pacjentów otrzymują od firm nieprawdziwe informacje o ich produkcie. Jedną z kilku strategii na zachowanie niezależności od biznesu lekowego, mimo przyjmowania pieniędzy, była w Polsce dywersyfikacja kooperacji (Ozierański, McKee, King, 2012, s. 184). Współpraca

między stowarzyszeniami pacjentów a firmami farmaceutycznymi w Polsce nie jest transparentna i trudno ją prześledzić. Wskazują na to analizy przeprowadzone przez Emilię Kaczmarek (2017). Zainteresowanych problematyką warto odsłać do książki Polak, która wymienia aż trzynaście form lobbowania stosowanych w kampaniach lekowych w Polsce (2011, s. 358–360) oraz do książki Kaczmarek, w której przedstawia ona interesującą analizę działań lobbujących przemysłu z punktu widzenia bioetyka (Kaczmarek, 2019, s. 103–125).

Konsumpcjonizm i antykonsumpcjonizm

Konsumpcjonizm oznacza, że to konsumpcja jest wyznacznikiem jakości ludzkiego życia, a człowiek odczuwa chęć posiadania coraz to nowszych produktów i usług (Mróz, 2009, s. 13). Specyfika produktów leczniczych polega na tym, że powinny być zażywane tylko w przypadku problemów ze zdrowiem, a dostęp do części z nich, jak już zostało wyżej napisane, kontrolują lekarze. Czy zatem w odniesieniu do leków, tego bardzo specyficznego typu produktów, również można mówić o występowaniu fenomenu konsumpcjonizmu i/lub antykonsumpcjonizmu? Poniżej wskazujemy na przejawy konsumpcjonizmu i antykonsumpcjonizmu w odniesieniu do leków i dyskutujemy je.

Z całą pewnością przemysł farmaceutyczny stara się kreować potrzeby konsumpcyjne i wykorzystywać dla swoich celów „słabości” społeczeństwa konsumpcyjnego. Zygmunt Bauman (2009) twierdzi, że w dzisiejszych czasach potrzeby konsumentów bardzo szybko się zmieniają, powodując stałą potrzebę zamiany produktów na nowe. Przemysł farmaceutyczny wykorzystuje ten mechanizm (oraz go wzmacnia), kreując swój wizerunek innowatora. Jak już jednak wcześniej wskazywaliśmy (podpunkt 5), przynajmniej część tej innowacyjności jest bardziej marketingiem niż realnym postępem w farmakologii (Angell, 2005, s. 7; Abraham, 2010a, s. 304; Busfield, 2010, s. 935–936).

Innowacyjne leki, ze względu na wysoką cenę, nie są dostępne dla wszystkich. Jean Baudrillard twierdzi, że konsumpcjonizm oparty jest na nierównościach i stale je pogłębia. „Konsumpcja jest instytucją klasową [...] – krótko mówiąc nie wszyscy posiadają te same przedmioty, tak jak nie wszyscy mają te same szanse edukacyjne” (Baudrillard, 2006, s. 61). W przypadku leków ma to dodatkowe znaczenie, bowiem osoby, które stać na leki, mają jednocześnie szanse na bycie zdrowymi, bądź zdrowszymi – czuć się lepiej niż ci, którzy nie mają zasobów. To przykład, którym można zilustrować nierówną dystrybucję prawa do zdrowia opisywaną przez Baudrillarda (2006, s. 59).

Bauman (2009, s. 157) z kolei pisze, że w gospodarce konsumpcyjnej najpierw pojawiają się produkty, a dopiero później kreuje się potrzeby, które mają one zaspokajać. Ta logika konsumpcyjnego kapitalizmu nie jest obca również firmom farmaceutycznym – producenci leków nie tylko produkują farmaceutyki na

istniejące choroby, ale by sprzedać jakiś środek „konstruując” nowe przypadłości (Fox, Ward, 2008, s. 858). W celu opisanego zjawiska Payer w 1992 roku stworzyła pojęcie „kreowanie chorób” (ang. *disease mongering*). Jej zdaniem w dzisiejszych czasach granice pojęcia terminu „choroba” są rozszerzane, bowiem jest wiele grup interesów, tj. przemysł farmaceutyczny, ubezpieczeniowy lekarze, szpitale, prawnicy, sądy, badacze medyczni, autorzy medyczni i promotorzy zdrowia, którzy na tym rozszerzeniu zyskują (Payer, 1992, s. 3–18). Zjawisko to zostało dobrze opisane także przez Raya Moynihan, Ionę Heath i Davida Henry (2002).

W rozważaniach na temat konsumpcjonizmu nie może zabraknąć specyficznej kategorii leków, które pojawiły się na rynku w latach 90. (Fox, Ward, 2008, s. 857) – tj. leków lifestylowych. W literaturze leki lifestylowe definiuje się na dwa sposoby: 1) środki, które są nastawione na rozwiązanie problemów na granicy medycyny i świata społecznego (np. leki na łysienie, na potencję seksualną); 2) farmaceutyki, które leczą choroby wynikające ze stylu życia danej osoby (np. leki ułatwiające rzucenie palenia) (Lexchin, 2001, s. 1449). Ludzie zażywają leki lifestylowe z chęci poprawienia, ulepszenia swojego życia, z tzw. powodów niemedyceńskich. Na przykład Viagra, która według profesjonalistów medycznych ma „przywrócić normalne funkcjonowanie”, przez pacjentów zażywających ją w celach lifestylowych jest traktowana jako pigułka, która „zrewolucjonizuje” ich możliwości seksualne (Fox, Ward, 2008, s. 862). Featherstone następująco pisał o seksualności i konsumpcjonizmie: „ciało jawi się jako wehikuł przyjemności: jest pożądane i pożądające, a im bardziej zbliżone do wyidealizowanych obrazów młodości, zdrowia, sprawności i urody, tym większa jego wartość wymienna” (Featherstone, 2008, s. 111). Leki lifestylowe są zatem często pożądanym dobrem konsumpcyjnym, bowiem „zwiększają wartość ciała”.

Ritzer (2001, s. 23) wprowadza pojęcie „świątyni konsumpcji”, określając tak grupę miejsc, które w dzisiejszych czasach przyciągają ludzi bardziej niż świątynie. Mogą ludziom zapewnić realizację społecznych potrzeb, takich jak bycie razem, wspólne spędzanie czasu, celebrowanie ważnych wydarzeń. Wśród takich miejsc wymienia m.in. bary szybkich dań, centra handlowe, sklepy dyskontowe, super-sklepy. Pewną odmianą opisywanego przez niego supersklepu (2001, s. 36–37) jest superapteka. W Stanach Zjednoczonych takie miejsca już istnieją (np. Rite Aid, CVS). Obok wielkiego wyboru farmaceutyków i możliwości zakupu ich w niskich cenach, można tam dodatkowo zrobić inne drobne zakupy (np. spożywcze). Z całą pewnością taka forma ich sprzedaży zachęca do większej konsumpcji. W Polsce wciąż prym wiodą apteki, gdzie dostęp do leków broni lada i farmaceuta, a w zwykłych supermarketach można kupić jedynie podstawowe farmaceutyki. Mimo to w prawie każdym polskim domu znajdują się leki kupione na zapas, w nadmiarze, na wszelki wypadek. Badanie CBOS z 2016 roku wskazuje, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających sondaż niemal dziewięciu na dziesięciu

dorostych Polaków (89%) zażywało jakieś leki OTC lub suplementy diety (CBOS, 2016, s. 1–2). Media nie przeoczyły faktu, że Polacy wydają na te środki coraz więcej pieniędzy i stały się one elementem ich codziennych list zakupów, takich jak chleb i woda, a polskie społeczeństwo nazywają lekomanami (np. Sudak, 2015, s. 1). To również pasuje do obrazu społeczeństwa konsumpcyjnego, bowiem jest oparte na nadmiarze i marnotrawieniu (Bauman, 2009, s. 157).

Ruchy antyszczepionkowy i antypsychiatryczny namawiają do zrezygnowania z konsumpcji pewnej kategorii farmaceutyków i można je potraktować jako przykład antykonsumpcjonizmu, jednak i to jest dyskusyjne. Antykonsumpcjonizm wynika z przekonania, że powstrzymanie się od pewnych zachowań konsumpcyjnych może przynieść zysk społeczeństwu, jednak jak dowodzi tego przykład osób odmawiających szczepionek, nie zawsze tak jest (Lee, Male, 2011). Badacze często przedstawiają antykonsumpcjonizm w kontekście pewnych moralnych lub etycznych wyborów (Varman, Belk, 2009; Lee, Motion, Conroy, 2009). Czy odmawiając „szczepienia” dzieci antyszczepionkowcy postępują moralnie czy wręcz przeciwnie? W retoryce ruchu antyszczepionkowego pojawiają się obok przekazu o braku zagwarantowanego bezpieczeństwa i skuteczności szczepień, prawach obywatelskich, teorii konspiracyjnych czy informacji o alternatywnej medycynie, także nawiązania do moralności (Kata, 2010, s. 1709). Michael S. W. Lee i Mike Male (2011, s. 484) uważają, że w ruchu antyszczepionkowym jest ukryty pewien paradoks. Ponieważ osoby niezaszczepione są mniej narażone na zarażenie chorobą, jeżeli inni otaczający je są zaszczepieni. Tak więc antykonsumpcja szczepionek jest łatwiejsza do praktykowania, gdy głównym nurtem konsumpcji jest jednak szczepienie się. Bowiem ryzyko przyjęcia szczepienia jest niezmienne, ryzyko zaś bycia niezaszczepionym zmienia się wraz z ilością osób, które się nie szczepią. Z drugiej strony, ruch antyszczepionkowy jest bardzo mocno powiązany z medycyną alternatywną i komplementarną, która posiada swoją alternatywną i komplementarną ofertę „parafarmaceutyków”: naturalne środki ziołowe (o mniej lub bardziej sprawdzonym działaniu), leki homeopatyczne, terapie typu akupunktura, świecowanie uszu, biorezonans i wiele innych. W tym kontekście można również uznać, że zamiast antykonsumpcjonizmu mamy do czynienia z konsumpcjonizmem „alternatywnym”.

Podsumowanie

Tekst określa obszar badań dla socjologów zdrowia i medycyny interesujących się farmaceutykami jako przedmiotem konsumpcji. Artykuł jest uszczegółowieniem fragmentu szerszej problematyki farmaceutyków w socjologii medycyny, którą opisałismy w tekście *Socjologia farmaceutyków jako „subpole” socjologii medycyny* (Makowska, Nowakowski, 2018).

Oczywiście na konsumpcję leków w znaczącym stopniu mają wpływ czynniki demograficzne i epidemiologiczne, kształtując popyt na określone specyfiki: wzrost spożycia pokazuje, że coraz bardziej dotykają nas choroby cywilizacyjne – ale to jest również objaw czegoś pozytywnego, mianowicie wydłużania się przeciętnego życia na skutek ograniczania wpływu chorób zakaźnych i coraz lepszego radzenia sobie medycyny z chorobami degeneracyjnymi. Zatem z jednej strony wzrost konsumpcji leków może cieszyć, gdyż wskazuje na rozwój medycyny, innowacyjność przemysłu oraz wzrost zamożności społeczeństw. Dzięki lekom wiele osób może pokonać chorobę, dolegliwości i sprawnie pełnić swoje role społeczne. Z drugiej jednak strony ten dynamiczny wzrost może, a nawet powinien budzić niepokój bowiem oprócz pozytywnych skutków niesie za sobą również liczne zagrożenia, takie jak: uzależnienia, przedawkowania, niewłaściwe zastosowanie, samoleczenie, zażywanie farmaceutyków w sytuacjach, gdy są całkowicie niepotrzebne. Leki są kosztowne, mają działania niepożądane i skutki uboczne i należałoby je zażywać tylko wtedy, gdy jest to uzasadnione medycznie. Tak się jednak nie dzieje. Wskazuje na to chociażby niedawne badanie CBOS, gdzie aż 28% badanych stwierdziło, że zdarzyło im się stosować farmaceutyki dostępne bez recepty w niewłaściwy sposób: 1) niezgodnie z zaleceniami – zwiększając dawkę lub używając dłużej (20%); 2) lekceważąc skutki uboczne (9%); 3) zażywając pomimo przeciwwskazań (8%). Siedmiu na stu przebadanych (7%) wskazuje, że zażywało jakiś farmaceutyk z przyzwyczajenia, mimo braku medycznego powodu, a 4% stosowało lek mimo przeciwwskazań lekarskich (CBOS, 2016, s. 12).

Coraz większa liczba socjologów stawia pytania dotyczące działalności przemysłu farmaceutycznego i zajmuje się badaniami związanymi z lekami. Zwracamy uwagę, że leki są obecnie produktami generującymi ogromne zyski, które są podstawą istnienia wielkich ponadnarodowych korporacji. Dlatego muszą być traktowane nie tylko jako substancje wykorzystywane przez lekarzy, kiedy zajdzie uzasadniona potrzeba medyczna. Może się to nam nie podobać, ale to, w jaki sposób leki są konsumowane, zależy również od firm farmaceutycznych, które wielokrotnie zostały przyłapano na próbach maksymalizacji ich sprzedaży, nawet kosztem zdrowia i życia. W tym celu korzystają nie tylko z jawnej reklamy, ale również wpływają na naukowców, lekarzy, farmaceutów i opinię publiczną za pomocą przekazów marketingowych ukrywających się w tzw. kampaniach uświadamiających o chorobie, artykułach w czasopismach naukowych (*medical ghostwriting*). Są również dowody na manipulowanie wynikami badań medycznych (zob. Goldacre, 2013). Dla Abrahama rola firm farmaceutycznych jest znacząca: „Farmaceutyzacja rozrosła się, ponieważ przemysł farmaceutyczny korzysta ze swojej władzy, by wpływać na wszystkie kluczowe socjologiczne czynniki prowadzące do tego fenomenu” (2010a, s. 305). Mimo tego wzrastającego w ostatnich latach zainteresowania, m.in. za sprawą skonceptualizowania terminów farmaceutyzacji, leków

lifestylowych oraz wyróżnienia subpola socjologii medycyny – socjologii farmaceutyków, jest to wciąż mało zagospodarowane pole badań, szczególnie w Polsce.

Bibliografia

- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44(4), 603–622. <https://doi.org/10.1177/0038038510369368>
- Abraham, J. (2010a). *The sociological concomitants of the pharmaceutical industry and medications*. W: C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, S. Timmermans (red.), *Handbook of Medical Sociology. Sixth Edition* (s. 209–308). Vanderbilt University Press.
- Angell, M. (2005). Prawda o firmach farmaceutycznych. *Aptekarz. Supplement*, 13.
- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*, 17(3), 393–404. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10933329>
- Baker, D. P., Leon, J., Smith Greenaway, E. G., Collins, J., Movit, M. (2011). The Education Effect on Population Health: A Reassessment. *Population and Development Review*, 37(2), 307–332. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2011.00412.x>
- Ballantyne, P. J. (2016). Understanding users in the ‘field’ of medications. *Pharmacy*, 4(2), 19. <https://doi.org/10.3390/pharmacy4020019>
- Baudrillard, J. (2006). *Spótczeństwo konsumpcyjne. Jego mity i struktury*. Sic!
- Bauman, Z. (2009). *Konsumowanie życia*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bell, S. E., Figert A. E. (2012). Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 75(5), 775–783. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.002>
- Bernadàs, C. L., Serra-Prat, M., Palomera Fanegas, E., Bolibar, I., Martínez, M. P., Gallo de Puelles, P. (2019). Reduction of pharmaceutical expenditure by a drug appropriateness intervention in polymedicated elderly subjects in Catalonia. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 95–212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.002>
- Bhimma, R., Naicker, E., Gounden, V., Nandlal, L., Connolly, C., Hariparshad, S. (2018). Prevalence of Primary Hypertension and Risk Factors in Grade XII Learners in KwaZulu-Natal, South Africa, *International Journal of Hypertension*. <https://doi.org/10.1155/2018/3848591>
- Booth, A., Sutton, A., Papaioannou, D. (2016). *Systematic approaches to a successful literature review*. Sage.
- Brody, H., Light D. W. (2011). The Inverse Benefit Law: How Drug Marketing Undermines Patient Safety and Public Health. *American Journal of Public Health*, 101(3), 399–404. <https://doi.org/10.2105/ajph.2010.199844>

- Busfield, J. (2006). Pills, power, people: sociological understandings of the pharmaceutical industry. *Sociology*, 40(2), 297–314. <https://doi.org/10.1177%2F0038038506062034>
- Busfield, J. (2010). “A pill for every ill”: explaining the expansion in medicine use. *Social Science & Medicine (1982)*, 70(6), 934–941. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.068>
- Carpiano, R. M. (2001). Passive medicalization: The case of viagra and erectile dysfunction. *Sociological Spectrum*, 21, 441–450, <https://doi.org/10.1080/027321701300202082>
- CBOS. (2016). *Leki dostępne bez recepty i suplementy diety. Komunikat z badań nr 158*. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_158_16.PDF
- CBOS. (2017). *Wydatki gospodarstw domowych na leki i leczenie. Komunikat z badań nr 115*. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_114_16.PDF
- Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23(1), 12–21. <https://doi.org/10.2307/799624>
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209–232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. The Johns Hopkins University Press.
- Conrad P., Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1) Supplement, 67–79. <https://doi.org/10.1177%2F0022146510383495>
- Conrad, P., Leiter, V. (2008). From Lydia Pinkham to Queen Levitra: direct-to-consumer advertising and medicalization. *Sociology of Health & Illness*, 30(6), 825–838. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01092.x>
- Cook, D. J., Mulrow, C. D., Haynes, R. B. (1995). Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Annals of Internal Medicine*, 126(5), 376–380. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-126-5-199703010-00006>
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), 401–420. <https://doi.org/10.1177/1363459306067310>
- Densen, P. (2011). Challenges and opportunities facing medical education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 122, 48–58.
- Domaradzki, J. (2013). O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziensia*, 40/1, 5–29.
- Dryl, T. (2018). Komunikacja marketingowa na rynku farmaceutycznym – ocena wpływu wybranych narzędzi na decyzje konsumentów. *Marketing i Rynek*, 4, 131–144.
- Dziennik Ustaw 2008 Nr 45, poz. 271. Prawo Farmaceutyczne.

- Empereur, F., Baumann, M., Alla F., Briancon. S. (2003). Factors associated with the consumption of psychotropic drugs in a cohort of men and women aged 50 and over. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 28(1), 61–68. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2003.00464.x>
- FDA. (2020). Prescription to Over-the-Counter (OTC) Switch List <https://www.fda.gov/about-fda/center-drug-evaluation-and-research-cder/prescription-over-counter-otc-switch-list>.
- Felberg, G., Vipond, R. (1999). The virus of consumerism. W: D. Drache, T. Sullivan (red.), *Market limits in health reform: Public success, private failure* (s. 49–66). Routledge.
- Fatherstone, M. (2008). Ciało w kulturze konsumpcyjnej. W: M. Szpakowska (red.), *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów* (s. 103–117). Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego.
- Foucault, M. (1976/2004). The Crisis of Medicine or the Crisis of Antimedicine? *Foucault Studies*, 1, 5–19.
- Fox, N. J., Ward, K. J. (2006). Health identities: from expert patient to resisting consumer. *Health*, 10(4), 461–79. <https://doi.org/10.1177/1363459306067314>
- Fox, N. J., Ward, K. J. (2008). Pharma in the bedroom... and the kitchen.... The pharmaceuticalisation of daily life. *Sociology of Health & Illness*, 30(6), 856–868. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01114.x>
- Freund, P. E. S., McGuire, M. B. Podhurst, L. S. (2003). *Health, Illness, and the Social Body. A Critical Sociology*. Fourth Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Fugh-Berman.
- Fuchs, F. D. (2010). Prehypertension: the Rationale for Early Drug Therapy. *Cardiovascular Therapeutics*, 28, 6, 339–343.
- Gabe, J., Williams, S. J., Martin, P., Coveney, C. (2015). Pharmaceuticals and society: power, promises and prospects. *Social Science & Medicine*, 131, 193–198. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.031>
- Gałuszka, M. (2012). Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju internetu. *Przegląd Socjologiczny*, 61(2), 119–154.
- Giddens, A. (2010). *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: PWN.
- Goldacre, B. (2013). *Źłe leki. Jak firmy farmaceutyczne wprowadzają w błąd lekarzy i krzywdzą pacjentów*. Sonia Draga.
- Hadland, S. E., Rivera-Aguirre, A., Marshall, B. D., Cerdá, M. (2019). Association of pharmaceutical industry marketing of opioid products with mortality from opioid-related overdoses. *JAMA network open*, 2(1), e186007-e186007. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.6007>

- Institut Monitorowania Mediów. (2019). *Raport IMM: Wydatki reklamowe w wybranych branżach w 2018 roku*. <https://www.imm.com.pl/branza-farmaceutyczna-liderem-rocznego-zestawienia-wydatkow-reklamowych-raport-imm-wydatki-reklamowe-w-wybranych-branzach-w-okresie-od-1-stycznia-do-31-grudnia-2018/>
- IQIVA. (2018). *Rynek farmaceutyczny w 2017 roku*. http://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2018/01/IQVIA_Rynek_farmaceutyczny_2017_RAPORT.pdf
- IQIVA. (2019). *The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023. Report Charts*. <https://www.iqvia.com/institute/reports/the-global-use-of-medicine-in-2019-and-outlook-to-2023> [dostęp: 22.05.2018].
- Iwasiński, Ł. (2015). Od kontroli jakości towarów do podstawowych problemów społecznych. O ewolucji konsumeryzmu. *Kultura – Historia – Globalizacja*, 17, 83–93.
- Jakubiak, L. (2017). *Leki raz na receptę, raz bez – to bywa zaskakujące*. <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Leki-raz-na-recepte-raz-bez-To-bywa-zaskakujace,173687,6,3.html> [dostęp: 28.03.2018].
- Julius, S., Nesbitt, S. D., Egan, B. M., Weber, M. A., Michelson, E. L., Kaciroti, N., Black, H. R., Grimm, R. H., Messerli, F. H., Oparil, S., Schork, M. A. (2006). Feasibility of Treating Prehypertension with an Angiotensin-Receptor Blocker. *New England Journal of Medicine*, 354(16), 1685–1697. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa060838>
- Kaczmarek, E. (2017). Relacje firm farmaceutycznych i organizacji pacjentów w Polsce – szansa czy zagrożenie? *Prawo i Medycyna*, 68(19), 23–41.
- Kaczmarek, E. (2019). Gorzka pigułka. Etyka i biopolityka w branży farmaceutycznej. Scholar.
- Kamran, A., Sharifirad, G., Shafaei, Y., Mohebi, S. (2015). Associations between Self-medication, Health Literacy, and Self-perceived Health Status: A Community-Based Study. *International Journal of Preventive Medicine*, 6, 66. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.161264>
- Kata, A. (2010). A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*, 28(7), 1709–1716.
- Klassen, T. P., Jadad, A. R., Moher, D. (1998). Guides for reading and interpreting systematic reviews: I. Getting started. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 152(7), 700–704.
- Kowalczyk, K., Krajewska-Kułak, E., Cybulski, M. (red.). (2017). *Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku. Tom III*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Kreiner, M. J., Hunt, L. M. (2014). The pursuit of preventive care for chronic illness: turning healthy people into chronic patients. *Sociology of Health & Illness*, 36(6), 870–884. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12115>
- Lane, C. (2007). *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*. Yale University Press.

- Lee, M. S., Male, M. (2011). Against medical advice: the anti-consumption of vaccines. *Journal of Consumer Marketing*, 28(7), 484–490. <https://doi.org/10.1108/07363761111181464>
- Leoszkiwicz, K. (2016). Sprzedaż leków będzie szybko rosta. W 2020 roku globalny rynek osiągnie wartość 1,4 bln dol. <https://biznes.newseria.pl/news/sprzedaz-lekow-bedzie,p1337888199>
- Lexchin, J. (2001). Lifestyle drugs: issues for debate. *Canadian Medical Association Journal*, 164(10), 1449–1451.
- Makowska, M. Nowakowski, M. (2018). Socjologia farmaceutyków jako „subpole” socjologii medycyny. *Przegląd Socjologiczny*, 67(4), 97–115. <https://doi.org/10.26485/PS/2018/67.4/5>
- Makowska, M. (2010). *Etyczne standardy marketingu farmaceutycznego*. CeDeWu.
- Makowska, M. (2016). *Etyczne wyzwania relacji studentów medycyny z przemysłem farmaceutycznym. Studium porównawcze sytuacji w Polsce i USA*. Wyd. SGGW.
- Materson, B. J., Garcia-Estrada, M., Degraff, S. B., Preston, R. A. (2017). Prehypertension is real and can be associated with target organ damage. *Journal of the American Society of Hypertension*, 11(11), 704–708. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2017.09.005>
- Mellor, P., Green, S. (2002). A Novel Approach to Modelling the Prescribing Decision, Integrating Physician and Patient Influences. *International Journal of Market Research*, 44, 449–491. <https://doi.org/10.1177/147078530204400401>
- Miączyński, P., Kostrzewski, L. (2014, 3 kwietnia). Tasiemca z internetu sprzedam, czyli sprawdzamy internetowe tabletki na odchudzanie. *Gazeta Wyborcza*, 78, 21.
- Mieszkowska, M., Michota-Katulka, E. (2006). Suplementy diety – korzyści i działania niepożądane. *Bezpieczeństwo Pracy*, 6, 28–30.
- Miller, R. D., Frech, H. E. (2000). Is There a Link Between Pharmaceutical Consumption and Improved Health in OECD Countries? *Pharmacoeconomics*, 18(1), 33–45. <https://doi.org/10.2165/00019053-200018001-00006>
- Młynarek, M. (2019). Zjawiska patologiczne na rynku farmaceutycznym. Prawo Karne i Kryminologia. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości. URL: https://iws.gov.pl/wp-content/uploads/2020/03/IWS_Mlynarek-M._Zjawiska-patologiczne-na-ryнку-farmaceutycznym.pdf
- Moynihan, R., Cassels, A. (2005) *Selling Sickness: How Drug Companies Are Turning Us All Into Patients*. Crow Nest, NSW, Australia: Allen & Unwin.
- Moynihan, R., Heath, I., Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324(7342), 886–891. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
- Mróz, B. (2009). *Consumo ergo sum? Rola konsumpcjonizmu we współczesnych społeczeństwach*. W: B. Mróz (red.), *Oblicza konsumpcjonizmu*. Oficyna Wydawnicza SGH.

- Mulrow, C. D. (1987). The medical review article: state of the science. *Annals of Internal Medicine*, 106(3), 485–488. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-106-3-485>
- Nartowski, K., Wiela-Hojeńska, A., Łapiński, Ł. (2012) Przyczyny i zagrożenia samoleczenia oraz przyjmowania suplementów diety. W: B. Płonka-Syroka (red.), *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych* (s. 156–195). Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, 6.
- NCD Child. (2019). *Children and Non-communicable Disease. Global Burden Report 2019*. http://www.ncdchild.org/media/1603/ncdchild_global_burden-report-2019.pdf
- Janczewska, M. (2008, 14 grudnia). *Szpitala obcinają cukrzykom nogi dla zysku*. <https://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/134608,szpitala-obcinaja-cukrzykom-nogi-dla-zysku.html>
- Nowak, A., Arbiszewski, K., Wróblewski M. (2016). *Czyje leki? Czyja nauka? Struktury wiedzy wobec kontrowersji naukowo-społecznych*. Wyd. Naukowe UAM.
- Nowakowski, M. (2013). „Disease Mongering” – czy koncerny farmaceutyczne są chorobotwórcze? W: J. Szymczyk, M. Zemło, A. Jabłoński (red.), *Kontrowersje dyskursywne. Między wiedzą specjalistyczną a praktyką społeczną*. Seria „Studia nad wiedzą”. Wyd. KUL.
- Nowakowski, M. (2015). *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*. UMCS.
- O'Donovan, O. (2007). Corporate colonization of health activism? Irish health advocacy organizations' modes of engagement with pharmaceutical corporations. *International Journal of Health Services*, 37(4), 711–733. <https://doi.org/0.2190/HS.37.4.h>
- Opioids.gov. 2019. <https://www.opioids.gov/>
- Ozierański, P., McKee, M., King, L. (2012). Pharmaceutical lobbying under postcommunism: universal or country-specific methods of securing state drug reimbursement in Poland?, *Health Economics, Policy and Law*, 2(7), 175–195. <https://doi.org/10.1017/S1744133111000168>
- Padamsee, T. J. (2011) The pharmaceutical corporation and the 'good work' of managing women's bodies. *Social Science and Medicine*, 72(8), 1342–1350. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.034>
- Patient at home. (2018). *Health Consumerism. When Health Becomes a Customer Good*. <http://path2025.dk/wp-content/uploads/2018/01/health-consumerism-report.pdf>
- Payer, L. (1992). *Disease-Mongers. How Doctors, Drug Companies, and Insures are Making you Feel Sick*. USA: John Wiley and Sons Inc.
- Penkala-Gawęcka, D. (1994). Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe. *Medycyna Nowożytna*, 1/2, 5–16.

- Petrovic, M., Somers, A., Marien, S., Spinewine, A. (2019). Optimization of Drug Use In Older People: A Key Factor for a Successful Aging. W: R. Fernández-Ballesteros (red.), *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (s. 237–262). Cambridge University Press.
- Polak, P. (2011). *Nowe formy korupcji. Analiza socjologiczna sektora farmaceutycznego w Polsce*. Nomos.
- Puwar, T., Saxena, D., Yasobant, S. Savaliya, S. (2018). Noncommunicable Diseases among School-going Adolescents: A Case Study on Prevalence of Risk Factors from Sabarkantha District of Gujarat, India. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 43 (Suppl 1), 33–37. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_117_18
- QuintilesIMS Institute. (2016). *Outlook for Global Medicines through 2021*. http://static.correofarmaceutico.com/docs/2016/12/12/qühi_outlook_for_global_medicines_through_2021.pdf
- Ritzer, G. (2001). *Magiczny świat konsumpcji*. Wyd. Literackie MUZA.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., Ramasamy, J. (2014). Exploring the dimensions of doctor-patient relationship in clinical practice in hospital settings. *International Journal of Health Policy and Management*, 2(4), 159–160. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.40>
- Sismondo, S. (2007). Ghost management: how much of the medical literature is shaped behind the scenes by the pharmaceutical industry? *PLoS medicine*. 4(9), e296. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040286>
- Statista. (2019). Revenue of the worldwide pharmaceutical market from 2001 to 2017 (in billion U.S. dollars). <https://www.statista.com/statistics/263102/pharmaceutical-market-worldwide-revenue-since-2001/>
- Szuba, T. (2003). Ekonomika leku. *Aptekarz*, 11(10), 259–292.
- Tannoury, M., Attieh, Z. (2017). The influence of emerging markets on the pharmaceutical industry. *Current Therapeutic Research*, 86, 19–22. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2017.04.005>
- Varman, R., Roussel, W. B. (2009). Nationalism and ideology in an anticonsumption movement. *Journal of Consumer Research*, 36(4), 686–700. <https://doi.org/10.1086/600486>
- Ventola, L. C. (2011). Direct-to-Consumer Pharmaceutical Advertising: Therapeutic or Toxic? *Pharmacy & Therapeutics*, 36(10), 669–684.
- Waligórski, Ł. (2018). *Dlaczego farmaceuci nie lubią marketingu?* <https://mgr.farm/opinie/dlaczego-farmaceuci-nie-lubia-marketingu/>

- Williams, S. J., Gabe, J., Davis, P. (2008). The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 30(6), 813–824. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01123.x>
- Williams, S. J., Martin, P., Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 710–725. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>
- Wróblewska, W. (2009). Teoria przejścia epidemiologicznego oraz fakty na przełomie wieków w Polsce. *Studia Demograficzne*, 1(155), 110–159.
- Wróblewski, M. (2011). Choroba jako hybryda. ADHD w świetle teorii aktora-sieci i asocjologii. *Studia Socjologiczne*, 203(33), 121–154.
- Zeza, M.A., Bachhuber, M. A. (2018). Payments from drug companies to physicians are associated with higher volume and more expensive opioid analgesic prescribing. *PloS One*, 13(12), e0209383. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209383>
- Zola, I. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487–504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>
- Żak, K. (2018). Realizacja celów komercyjnych a społeczna misja apteki ogólnodostępnej – konflikt pomiędzy etyką a biznesem jako źródło występowania zjawisk patologicznych na aptecznym rynku farmaceutycznym. *Prakseologia*, 160, 123–150. https://doi.org/10.7206/prak.0079-4872_2015_160_7

Pharmaceuticals as a Specific Consumer Goods. Factors Affecting the Increase in Drug Consumption – The Sociological Perspective

Abstract: Sociologists have become interested in medicaments only recently, as a result of the dynamic growth in pharmaceutical consumption at the beginning of the 21st century. The development of concepts such as pharmaceuticalization and lifestyle drugs has facilitated research in this area. Based on a narrative literature review, in this article we highlight the distinguishing features of pharmaceuticals and differentiate them from other consumer goods. Factors which have increased the consumption of medicaments are discussed. The special attention is put to the consumerism and consumptionism factors because they can be very interesting to sociologists. We show how consumerism develops (activities occurring for the benefit of patients and defending their interests in relation to medicaments). We also attempt to indicate manifestations of consumptionism and anti-consumptionism in the domain of medicament.

Keywords: sociology of pharmaceuticals, consumerism, consumptionism, medicaments, pharmaceuticalization.