

A DOKTORI ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

Laskai Anna Eszter

Dr Jekyll and Mr Hyde?

Undue Pharmaceutical Industry Influence and the Institutional Corruption
of the Medical Profession – A Qualitative Analysis of Industry-Medicine
Relationships in Hungary and the Netherlands

Témavezetők: Dr. Fleck Zoltán és Prof. Dina Siegel

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest
Állam- és Jogtudományi Kar
Kriminológiai Tanszék

Állam- és Jogtudományi Dokori Iskola



Budapest, 2018

ÖSSZEFOGLALÓ

Bár az orvosi szakmát és a gyógyszeripart gyakran a gyógyszerellátási lánc két, egymástól elkülönül szereplőjének tekintik, e két fél valójában nagymértékben függ egymástól. E kölcsönös függés olyan mértéket ölt, hogy az értelmezés, amely szerint az ipar orvoslásban ellátott feladata a gyógyszerkészítésre, -gyártásra és -forgalmazásra korlátozódik, míg az orvoslás tevékenységeinek köre a tudományos ismeretek fejlesztésére, a betegségeknek és kezelésüknek a meghatározására, valamint a klinikai gyakorlatra terjed ki (Kitsis, 2011), immár nem helytálló. Az, a gyógyszer életciklusának minden szakaszában jelenlévő, fokozódó egymásrataltság, amely a gyógyszeripar és az orvoslás között áll fenn, magában hordozza az összeférhetetlenség felbukkanásának lehetőségét. Leegyszerűsítve, az érdekek, amelyek egymással összeütközésbe kerülnek, a gyógyszeripari profitnövelés ösztönzése, valamint az orvosi szakma ahhoz fűződő érdeke, hogy megtartsa az orvosi gyakorlatban önállóságát (autonómiáját) és szaktekintélyét (autoritását). Ezek nem egymással tökéletesen egybevágható érdekek (Stamatidis et al., 2013), és igen gyakran az ipar érdekei meghatározóbbnak bizonyulnak az orvoslás szakmai szempontjainál. A gyógyszeripari bűnelkövetés eseteiben (Braithwaite, 1948; Dukes és tsai., 2014) vannak, akik azzal az eljárással fordulnak az orvosi szakma felé, hogy az, aki rendelkezik a megfelelő tudással és rá jár az a kötelesség, hogy visszaszorítsa az ipari kriminalitást (Schafer, 2004; Bodenheimer; 2000, Götzsche, 2013), és ellensúlyt képezzen a gyógyszeripar érdekeivel szemben. A magyarázat szerint, az orvosok arra való képtelensége, hogy ezt megtegyék, a

gyógyszeripar egészségügyi szakemberekre gyakorolt, rendkívüli mértékű befolyásának eredménye. E befolyás ipari-orvosi összekapcsolódások formájában nyilvánul meg: ipar által finanszírozott orvostudományi kutatásokban és fejlesztésekben, ipar által fedezett orvosi oktatási eseményekben, továbbá közvetlenül orvosokat megcélzó ipari hirdetésekben (Lexchin, 1993).

Az eddigiekben az ipari-orvosi összekapcsolódásoknak, mint az orvosi szakma autonómiáját és autoritását kikezdő jelenségeknek, nem szenteltek igazán nagy figyelmet az orvostudomány területén kívüli kutatások. Míg a kriminológiai vizsgálódás a gyógyszeripar, esetleg egyes orvosok bűnelkövetésének leírására törekszik, addig az orvosi szociológiát az orvosi szakma és az állam közötti viszonyrendszer, valamint az orvos-beteg kapcsolatok foglalkoztatják (Busfield, 2006; Light, 2010). Azon túlmenően, hogy a megtárgyalása túlnyomórészt az orvostudományi diskurzusra korlátozódik, az ipar befolyására egy, az orvosi gyakorlatba és az orvosok elméjébe beszűrődő, külső hatásként tekintenek. E hatás vagy az egészségügyi szakember viselkedésének irányítása által lép működésbe – az orvostudományi kutatás-fejlesztéshez valamint az orvosi oktatáshoz szükséges pénzüsszegek túlsúlyos eljuttatásával majd feltételekhez kötött átengedésével –, vagy az orvosok függetlenségének és kötelességtudó döntéshozatalának torzítása által érvényesül, csábító anyagi elnyelők ígéretét felhasználva. E magyarázatok elismeréssel nyúlnak a túlsúlyos vagy alulszocializált emberképhez (Granovetter, 1985), a szakma ipari finanszírozástól való függésére és az egyének kapzsiságára szorítkozva a normáktól való eltérés értelmezésekor. Jelen kutatás célja, hogy meghaladja ezeket a leegyszerűsítő magyarázatokat,

amelyek végső soron az egyén gondolkodásában találják meg a devianciát, vagy pedig valamiféle egyének feletti szinten léteznek. Erőként tételezik azt fel, amelynek nem lehetséges ellenszegülni. A viselkedés, ugyanakkor, társadalmi hálózatokba beágyazva zajlik, és olyan cselekvők közötti kapcsolatokban, akik társadalomban megvalósuló célokat igyekeznek elérni (Granovetter, 1985). Összetettségüknel fogva, az említett célok elérése, egymástól eltérő tudások és képességek birtokában lévő cselekvők együttműködését feltételezi (Shapiro, 1990, 2005). Ezek a kapcsolatok azok, amelyekben megnyilvánul az összeférhetetlenség, és amelyekből kialakul a korrupció. Az ipar orvoslására gyakorolt befolyásának vonatkozásában, a kutatás az orvoslás arra való képtelenségét, hogy ellensúlyozó erőként lépjen fel az iparral szemben, az intézményes korrupció problémájaként fogja fel; magát az intézményes korrupciót pedig úgy határozza meg, mint egy jelenséget, amely olyan esetekben mutatkozik meg, amikor egy intézmény – etikai, jogi, rendszerszintű és stratégiai hatások következtében – alkalmatlanná válik arra, vagy elterelődik attól, hogy intézményi szinten kitűzött célját el tudja érni (Lessing, 2013).

Jelen dolgozat az orvosi szakma intézményi szinten kitűzött céljának megvalósítására való képtelenségét vizsgálja meg azáltal, hogy felteszi a kérdést: milyen módon idézték el az ipari-orvosi összekapcsolódások az orvosi szakmában jelenlevő intézményes korrupciót? Az első fejezet bevezeti a dolgozatban tárgyalt kutatás témáját, és megtárgyalja a kutatási kérdést, valamint a konkrét alkérdéseket is, amelyek megadják a dolgozat elméleti-fogalmi, elemzési és szerkezeti keretét.

A második fejezet bemutatja a kutatásokat és a szakirodalmat, amelyek definiálják az egészségügyi ellátórendszer fogalmát, és meghatározzák annak szereplőit, és a korrupció jelenségét az egészségügyi ágazatban. Ez az áttekintés egy kivonatolt, felülnézeti képet ad a gyógyszeriparban előforduló vállalati befolyásról szóló szakirodalomból, az orvosi szakma professzionalizálódásával és az orvosi dominanciával foglalkozó orvosi szociológiai szakirodalomból, valamint az ipar orvoslásában gyakorolt befolyását tárgyaló orvostudományi diskurzusról.

A harmadik fejezet az orvosi szakma céljának leírását célzó elméletalkotással foglalkozik – a gyakorlatban megvalósuló orvosi autoritás és autonómia orvosi szociológiai azonosítására támaszkodva. Az elméletalkotás, a korábbi kutatási eredményekre építkezve, egymás mellé illeszti az orvosi autonómia és autoritás területeit, amelyek az orvosi tudás produkciójának, az orvosi tudás interpretálásának, és az orvosi tudás alkalmazásának tevékenységeihez kötődnek: tehát az orvosi autonómia makro-, mezo- és mikroszintjeit, és az autonómiát, amely a meghatározó feltétel az orvosi szakmába vetett hit tekintetében, vagyis azzal a meggyőzéssel kapcsolatban, hogy az orvosi szakma a betegek érdekei szerint jár el.

A negyedik fejezet jelen kutatás során alkalmazott módszertant írja le, és indoklással szolgál az adatokat generáló módszerek használatához – a kvalitatív kutatás, a válaszadó-vezérelt mintavétel, a válaszadó háromszögelés és a strukturálatlan interjúkészítési eljárások használatának magyarázatát adja. A kutatáshoz szükséges terepmunka Magyarországon és Hollandiában folyt le, amely

választást a megelőző fejezetekben felsorakoztatott érvek támasztják alá.

Lévéen a dolgozat elemző fejezeteinek felépítése a gyógyszerellátási lánc technikai folyamatát követi le, az ötödik fejezet a gyógyszeripar orvoslásban betöltött szerepét járja körbe, kezdve az ipar és az orvoslás közötti „házasság” (Timmermans & Oh, 2010: S100) leírásával, a gyógyszerészeti kutatás, a gyógyszerfejlesztés és a gyógyszer-engedélyezés technikai folyamatának áttekintésével, valamint az orvostudomány és az orvosi gyakorlat között összeköttetést teremt Bizonyítékalapú Orvoslás bemutatásával. Szintén az ötödik fejezet tartalmazza a gyógyszerellátási lánc jogszabályi kereteinek számbavételét, a klinikai vizsgálatok és az engedélyezési eljárások szabályozásának harmonizálását, továbbá a gyógyszeripar etikus reklámozással kapcsolatos önszabályozási elveit és végül az orvosi szakma magatartási kódexeit.

A hatodik, hetedik és nyolcadik fejezetek a Magyarországon és Hollandiában gyűjtött adatok elemzését mutatják be. A gyógyszeripari termékek életciklusát követve, a fejezetek az ipar és az orvoslás között létrejövő kapcsolatok típusaival foglalkoznak, végighaladva az életciklus mindegyik állomásán. Kifejtik, hogy hol és hogyan nyilvánul meg az autonómia az orvosi tudás produkciója (makro szint), az orvosi tudás interpretálása (mezo szint) és az orvosi tudás alkalmazása (mikro szint) során, hogy miként gyakorol az ipar befolyást az orvoslásra, és végül, hogy milyen módon gyengül meg az orvosi autonómia az egyes szinteken. A jogszabályi keretekkel kapcsolatos megfontolások; az ipar befolyásának szemléltetése a jelen kutatás anyagából kidolgozott esettanulmányok által; az ipari

befolyás működésének leírása és annak ismertetése, hogy az ipari befolyás miként tereli el az orvoslást szakmai céljainak elérését – mindezeket a témákat interjúelemzés formájában tárgyalják a fejezetek.

A tizedik fejezet tartalmazza a dolgozat következtetéseit. A következtetések levonását megelőzően azonban további, a korábbi fejezetekben található bizonyítékokat kiegészítő érvekre is hivatkozik azzal kapcsolatban, hogy az orvoslás miként vesztette el intézményi szinten kitűzött céljának elérésére való képességét. Az adatok elemzése feltárja az ipari befolyás működését és azt, hogy az orvoslás mely érdekei rendelkeznek alá az ipari érdekeknek. Ugyanakkor, a dolgozatot lezáró diszkusszió összefüggést vázol fel az ipari-orvosi összekapcsolódások gyakorlati megnyilvánulásai, valamint az ipar befolyása között – eljutva ezzel a végkövetkeztetésig, mely alátámasztja az orvoslásban az intézményes korrupció jelenlétét

SUMMARY

The profession of medicine and the pharmaceutical industry, although commonly seen as two separate actors within the pharmaceutical product delivery chain are in fact highly interdependent, to the point that understanding the role of industry in medicine as limited to drug production, manufacture, and distribution, while that of medicine steers scientific knowledge development, definition of illness and treatment, and clinical practice (Kitsis, 2011) is no longer valid. Increasing interdependency in all areas of the medicines lifecycle between the pharmaceutical industry and the profession of medicine brings with it the opportunity for conflicts of interest to emerge. These conflicts are between the profit incentives of the pharmaceutical industry, and the interests of autonomy and authority over the practice of medicine by the medical profession. More often than not, the interests of the pharmaceutical industry trump those of medicine (Stamatakis et al., 2013). In cases of pharmaceutical industry criminality (Braithwaite, 1948; Dukes et al., 2014), there are those who turn to the profession of medicine as having the duty and knowledge to curb industry deviance (Schafer, 2004; Bodenheimer, 2000; Gøtzsche, 2013) and act as a countervailing power to the interests of the pharmaceutical industry (Light, 2010). The inability of physicians to do so is explained as the result of the extraordinary amount of influence exerted by the pharmaceutical industry over medical professionals manifesting in industry-medicine relationships; pharmaceutical industry funding of medical research and development, industry funding of continuing medical educational events, and direct-to-physician industry advertising (Lexchin, 1993).

Industry-medicine relationships, as corrosive to medical professional autonomy and authority, have not enjoyed too much attention from scholars outside of medicine. While criminological inquiry pursues the crimes of the pharmaceutical industry, or crimes of the individual doctor, medical sociology shows a preoccupation with the relationship between the medical profession and the state, and physician-patient relationships (Busfield, 2006; Light, 2010). Apart from being largely restricted to the academic medical discourse, industry influence is taken to be understood as an external influential force which infiltrates medical practice and the minds of doctors. This is done by either controlling medical professional behaviour by holding hostage and conditionally releasing the finances needed for medical research, development, and education, or by way of using the seductions of financial gain to distort the independence and dutiful behaviour of physicians. These explanations prefer the over- and undersocialized view of man (Granovetter, 1985), limiting the understanding of deviance to that of professional dependency on industry funding, and individual greed. This research looks beyond such simplified explanations, which ultimately end up locating deviance within the mind of the individual, or as some sort of supra-individual corruptive force which cannot be resisted. Behaviour, however, is embedded within the social networks and relationships among actors in their efforts to achieve societal goals (Granovetter, 1985), the complexities of which require interactions between actors in possession of the different knowledge and capabilities needed to achieve goal attainment (Shapiro, 1990, 2005). It is in these relationships that conflict of interest manifests, and corruption emerges. Regarding industry influence in medicine, the inability of

medicine to act as a countervailing power to industry is seen to be a problem of institutional corruption, defined as manifest when an institution is rendered incapable of achieving, or is diverted from achieving its institutional purpose as a result of ethical, legal, systematic, and strategic influence (Lessing, 2013).

This thesis will examine the inability of the medical profession to achieve its institutional purpose by applying the theory of institutional corruption, asking the question: how have industry-medicine relationships induced the institutional corruption of the medical profession? Chapter 1 will introduce the subject of research of this thesis and discuss the research question, as well as specific sub-questions which form the conceptual, analytical, and structural framework of this thesis.

Chapter 2 will introduce research and academic literature which defines the healthcare system, healthcare system actors, and the phenomenon of corruption in the healthcare sector. This chapter provides an overview of literature on corporate crime in the pharmaceutical industry, medical professionalism and dominance from the medical sociological literature, as well as the academic medical discourse regarding industry influence in medicine.

Chapter 3 will conceptualize the purpose of the medical profession, which relies on medical sociological identification of medical authority and autonomy in practice. Building on prior research, conceptualization combines the arenas of medical autonomy and authority as related to the activities of medical knowledge production, medical knowledge interpretation, and medical knowledge

application – macro, meso, and micro levels of medical autonomy, and autonomy as the conditional determinant of trust in the medical profession to pursue the interests of patients.

Chapter 4 discusses the methodology adopted in this research, and provides reasoning as to using methods as generative of data. The use of qualitative research, respondent-driven sampling, respondent triangulation, and co-constructionist interviewing techniques will be explained. Reasoning in prior chapters will provide the rationale behind conducting fieldwork in Hungary and the Netherlands.

Given that the structure of the analytical chapters in this thesis follows the technical process of the pharmaceutical product delivery chain, Chapter 5 provides the description of the role of the pharmaceutical industry in medicine, beginning with a description of the “marriage” (Timmermans & Oh, 2010, p. S100) between industry and medicine, an overview of the technical process of pharmaceutical drug research, development, and authorization, as well as introducing evidence-based medicine as the link between medical science and medical practice. Chapter 5 also provides an enumeration of the legal framework of the pharmaceutical product delivery chain, the harmonization of clinical trial regulation and authorization, legislation governing medicines authorization and distribution, as well as pharmaceutical industry self-regulation on ethical pharmaceutical advertising, and the codes of conduct of the medical profession.

Chapters 6, 7, 8, and 9 present the analysis of the data collected in Hungary and the Netherlands. Following the pharmaceutical product

lifecycle, the chapters discuss what types of relationships manifest between industry and medicine at each stage of the lifecycle, where and how autonomy in medical knowledge production (macro), medical knowledge interpretation (meso), and medical knowledge application (micro) is manifest, how industry influence is exerted, and how each level of medical autonomy is weakened. Presented in the form of interview analysis, a consideration of the legal framework, as well as illustrating industry influence via the use of case studies which evolved from the research, a description of the modus operandi of industry influence and how it diverts medicine from achieving its professional goal is elaborated.

Chapter 10 provides the conclusion of this thesis, but not before additional reasoning is provided as to how the profession of medicine is rendered incapable of achieving its institutional purpose. Analysis of the data presents the modus operandi of industry influence, and the processes by which the interests of medicine are subordinated to industry interests, but a final discussion will link the practical manifestations of industry-medicine relationships and industry influence to a conclusion which substantiates the institutional corruption of medicine.

SAMENVATTING

Hoewel de medische stand en de farmaceutische industrie in de aanbodketen van farmaceutische producten veelal worden beschouwd als twee verschillende spelers, is er in werkelijkheid sprake van een hoge mate van wederzijdse afhankelijkheid. Deze is zo groot, dat de opvatting dat de rol van de industrie in de geneeskunde beperkt zou zijn tot de productie en distributie van medicijnen, terwijl de geneeskunde zich zou bezighouden met het richting geven aan de ontwikkeling van wetenschappelijke kennis, de definitie van ziekte en behandeling, en aan klinische praktijken (Kitsis, 2011), niet langer standhoudt. De toenemende wederzijdse afhankelijkheid van de farmaceutische industrie en de medische stand in alle onderdelen van de levenscyclus van medicijnen bergt het risico van belangenverstrengeling in zich. Simpel gezegd heeft de farmaceutische industrie belang bij winstprikkels, en heeft de medische stand belang bij autonomie en autoriteit in de uitoefening van de geneeskunde. Deze belangen vallen niet naadloos samen (Stamatakis et al, 2013); maar al te vaak gaan de belangen van de industrie vóór de belangen van de geneeskunde. In het geval van criminele gedragingen van de farmaceutische industrie (Braithwaite, 1948, Dukes et al., 2014), richten sommigen hun pijlen op de medische stand, omdat deze de plicht en kennis zou hebben gehad tot het beteugelen van criminele gedragingen van de industrie (Schafer, 2004, Bodenheimer, 2000, Gøtzsche, 2013) en het vormen van een tegenwicht (Light, 2010) tegen de belangen van de farmaceutische industrie. De verklaring voor het onvermogen van de artsen om dit te doen, ligt in de buitengewone mate van invloed van de farmaceutische

industrie op de medische professionals, die naar voren komt in de relaties tussen de industrie en de medische stand; de financiering door de farmaceutische industrie van het medisch onderzoek en de medische ontwikkeling, de financiering door de industrie van permanente medische educatie, en de rechtstreeks tot de arts gerichte reclame van de industrie (Lexchin, 1993).

Aan relaties tussen de industrie en de medische stand, waarvan een ondermijnende werking uitgaat op de autonomie en de autoriteit van medische professionals, is buiten de geneeskunde nog weinig aandacht besteed. Het criminologisch onderzoek richt zich op criminele gedragingen van de farmaceutische industrie of van de individuele arts, terwijl de medische sociologie zich focust op de verhouding tussen de medische stand en de overheid, en op de arts-patiënt relatie (Busfield, 2006, Light, 2010). Afgezien van het feit dat deze discussie zich vooral beperkt tot het academisch-medische discours, wordt de invloed van de industrie gezien als een invloedrijke, externe kracht die infiltreert in de medische praktijk en de hoofden van de artsen, hetzij door het gedrag van medische professionals te sturen door middel van de achterhouding en voorwaardelijke vrijgave van de gelden die benodigd zijn voor medisch onderzoek, medische ontwikkeling en medisch onderwijs, hetzij door artsen te verleiden door middel van financieel gewin, en zo hun onafhankelijkheid en plichtsgetrouw gedrag te ondermijnen. Deze opvattingen gaan uit van een over- en ondergesocialiseerde visie op de mens (Granovetter, 1985), waarbij de verklaring van het afwijkend gedrag zich beperkt tot professionele afhankelijkheid van financiering door de industrie en tot individuele hebzucht. Het

onderhavige onderzoek kijkt verder dan dergelijke vereenvoudigde verklaringen, waarbij men de basis voor het afwijkend gedrag uiteindelijk legt in de wil van het individu, of in een soort supranationale corrumperende kracht waaraan geen weerstand kan worden geboden. Gedrag is echter ingebed in de sociale netwerken en in de relaties tussen de actoren bij hun streven om maatschappelijke doelen te bereiken (Granovetter, 1985); de complexiteit ervan vereist interacties tussen de actoren, die beschikken over ongelijke kennis en capaciteiten tot het bereiken van het doel (Shapiro, 1990, 2005). Juist in de context van deze relaties wordt de belangenverstrengeling zichtbaar en treedt corruptie op. Wat betreft de invloed van de industrie op de geneeskunde wordt het onvermogen van de medische stand om een tegenwicht te vormen tegen de industrie gezien als een probleem van institutionele corruptie, die zich manifesteert wanneer een instelling ervan wordt afgehouden om haar institutionele doel te bereiken of hiervan wordt afgeleid ten gevolge van een ethische, juridische, systematische en strategische invloed (Lessing, 2013).

In dit proefschrift wordt onderzoek gedaan naar het onvermogen van de medische stand om haar institutionele doel te bereiken aan de hand van de theorie van de institutionele corruptie; de volgende vraag staat hierbij centraal: hoe hebben de relaties tussen de industrie en de medische stand de institutionele corruptie van de medische stand in de hand gewerkt? In hoofdstuk 1 wordt het onderwerp van dit proefschrift geïntroduceerd en wordt de onderzoeksvraag besproken, evenals specifieke deelvragen, die het conceptuele, analytische en structurele kader van dit proefschrift vormen.

In hoofdstuk 2 wordt onderzoeks- en wetenschappelijke literatuur geïntroduceerd, waarin het systeem van de gezondheidszorg, de actoren in de gezondheidszorg en het fenomeen van corruptie in de gezondheidszorg worden gedefinieerd. Dit hoofdstuk bevat een overzicht van literatuur over organisatiecriminaliteit in de farmaceutische industrie, medische professionaliteit en overwicht vanuit de medisch-sociologische literatuur, evenals wetenschappelijk medisch discours over de invloed van de industrie op de medische stand.

Hoofdstuk 3 bevat een conceptualisatie van het doel van de medische stand, die steunt op een medisch-sociologische identificatie van medische autoriteit en autonomie in de praktijk. De conceptualisatie bouwt voort op eerder onderzoek en legt een verband tussen enerzijds de arena's van medische autonomie en medische autoriteit in relatie tot de productie, de interpretatie en de toepassing van medische kennis, de macro-, meso- en microniveaus van de medische autonomie, en anderzijds autonomie als de bepalende voorwaarde voor het vertrouwen dat de medische stand de patiëntenbelangen behartigt.

In hoofdstuk 4 wordt de in dit onderzoek gehanteerde methodologie besproken, en wordt het gebruik van methodes zoals het genereren van data gemotiveerd. Dit hoofdstuk bevat een uitleg over het gebruik van kwalitatief onderzoek, respondentgestuurde steekproeftrekking, respondent triangulatie, en co-constructionistische interviewtechnieken. De argumentatie in de voorgaande hoofdstukken verschaft de basis voor het in Hongarije en Nederland verrichte veldwerk.

Gezien het feit dat de structuur van de analytische hoofdstukken van dit proefschrift parallel loopt met het technische proces van de aanbodketen van farmaceutische producten, volgt in hoofdstuk 5 een beschrijving van de rol van de farmaceutische industrie in de geneeskunde, te beginnen met een beschrijving van het "huwelijk" (Timmermans & Oh, 2010: S100) tussen de industrie en de geneeskunde, een overzicht van het technische proces van research, development en autorisatie van farmaceutische medicijnen, evenals de introductie van evidence-based medicine als de schakel tussen de medische wetenschap en de medische praktijk. Hoofdstuk 5 geeft tevens een opsomming van het juridische kader van de aanbodketen van farmaceutische producten, de harmonisatie van de regulering en autorisatie van klinische proeven, wetgeving aangaande de autorisatie en distributie van medicijnen, evenals zelfregulatie van de farmaceutische industrie bij ethisch verantwoorde farmaceutische reclame, en de gedragscodes van de medische stand.

De hoofdstukken 6, 7, 8 en 9 betreffen de analyse van de in Hongarije en Nederland verzamelde gegevens. In deze hoofdstukken, die de levenscyclus van farmaceutische producten volgen, wordt besproken welk type relatie tussen de industrie en de geneeskunde zich in iedere fase van de levenscyclus manifesteert, waar en hoe autonomie bij de productie van medische kennis (macro), bij de interpretatie van medische kennis (meso) en bij de toepassing van medische kennis (micro) zich manifesteert, hoe de industrie invloed uitoefent en hoe elk niveau van medische autonomie wordt verzwakt. In de vorm van een interviewanalyse volgen een beschouwing van het juridische kader, een illustratie van de invloed van de industrie via het gebruik

van casestudies die afkomstig zijn uit onderzoek, een beschrijving van de modus operandi van de invloed van de industrie en hoe dit de medische stand afleidt van het bereiken van haar professionele doelstelling.

Hoofdstuk 10 bevat de conclusie van dit proefschrift, echter pas na het aanvoeren van extra argumenten waaruit blijkt hoe de medische stand ervan wordt afgehouden om haar institutionele doelstelling te bereiken. De data-analyse toont de modus operandi van de invloed van de industrie, en de processen waardoor de belangen van de medische stand ondergeschikt worden gemaakt aan de belangen van de industrie, en tenslotte worden de praktische manifestaties van de relaties tussen de industrie en de medische stand en de invloed van de industrie gekoppeld aan een conclusie, die de institutionele corruptie van de medische stand staft.