

JAH

UDK: 179:61 | ISSN: 1847-6376

JAHR
Volume/godište 3, Number/broj 6, pp./str. 323-538

IMPRESSUM

Publisher/Nakladnik:

Department of Social Sciences and Medical Humanities (University of Rijeka - Faculty of Medicine, Croatia)
Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini (Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Hrvatska)

Advisory Board/Izdavački savjet:

Elvio Baccarini (Faculty of Philosophy, University of Rijeka, Croatia)
Ivan Cifrić (Faculty of Philosophy, University of Zagreb, Croatia)
Jozo Čizmić (Faculty of Law, University of Split, Croatia)
Ante Čović (Faculty of Philosophy, University of Zagreb, Croatia)
Josip Grbac (Theology in Rijeka, Catholic School of Theology, University of Zagreb, Croatia)
Nenad Hlača (Faculty of Law, University of Rijeka, Croatia)
Majda Pahor (Faculty of Health, University of Ljubljana, Slovenia)
Fernando Lolas Stepke (Bioethics Regional Program, PAHO/WHO, Chile)
Hans-Martin Sass (Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington DC, USA; Research Center for Bioethics, Beijing Union Medical College, China; Institute for Philosophy, Center for Medical Ethics, Ruhr University, Bochum, Germany)
Michael Cheng-tek Tai (College of Medical Humanities and Social Sciences, Chung Shan Medical University, Taichung, Taiwan)
Ante Simonić (Faculty of Medicine, University of Rijeka, Croatia; Embassy of the Republic of Croatia in Beijing, China)
Ivan Šegota (Faculty of Medicine, University of Rijeka, Croatia)
Hank ten Have (Division of Ethics of Science and Technology, UNESCO, Paris, France)
Luka Tomašević (Catholic Faculty of Theology, University of Split, Croatia)
Ksenija Turković (Faculty of Law, University of Zagreb, Croatia)
Karel Turza (Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia)
Xiaomei Zhai (Center for Bioethics, Chinese Academy of Medical Sciences; Beijing Union Medical College, China)
Niko Zurak (Faculty of Medicine, University of Zagreb, Croatia)

Editor-in-Chief/Glavni urednik: **Amir Muzur**

Issue Editor/Urednica izdanja: **Nada Gosić** i **Amir Muzur**

Editorial Board/Uredništvo:

Ana Borovečki (Zagreb, Croatia), **Morana Brkljačić Žagrović** (Rijeka, Croatia), **Dejan Donev** (Kumanovo, Macedonia), **Anamarija Gjuranc-Coha** (Rijeka, Croatia), **Nada Gosić** (Rijeka, Croatia), **Hrvoje Jurić** (Zagreb, Croatia), **Željko Kaluderović** (Novi Sad, Serbia), **Arijana Krišković** (Rijeka, Croatia), **Goran Mijaljica** (Split, Croatia), **Viktor Moretti** (Rijeka, Croatia), **Amir Muzur** (Rijeka, Croatia), **Gordana Pelčić** (Rijeka, Croatia), **Sandra Radenović** (Beograd, Serbia), **Iva Rinčić** (Rijeka, Croatia), **Iva Sorta-Bilajac Turina** (Rijeka, Croatia), **Mirko Štifanić** (Rijeka, Croatia), **Ivana Zagorac** (Zagreb, Croatia)

Editorial Board Secretary/Tajnik uredništva: **Igor Eterović**

Administrative support/Administrativni poslovi: **Rajka Necko, Marinka Kruljac**

Address/Adresa uredništva:

Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci,
Braće Branchetta 20, 51 000 Rijeka, Hrvatska, Phone/Tel.: + 385-51-651-165, Fax:+ 385-51-651-219,
e-mail: igor.eterovic@medri.uniri.hr

Annuaire JAHR is published twice a year./Godišnjak JAHR izlazi dva puta godišnje.

Annual JAHR is published in edition of 200 copies./Godišnjak JAHR izlazi u nakladi od 200 primjeraka.

The price of a copy is 3 €. /Cijena pojedinog primjerka je 20 kuna.

Account number/Žiro-račun: 236000-1101410222; reference number/poziv na broj 4200.

UDK: 179:61

ISSN: 1847-6376

JAHAR

ANNUAL

of the **Department of Social Sciences and
Medical Humanities**

at University of Rijeka - Faculty of Medicine

GODIŠNJAK

**Katedre za društvene i humanističke
znanosti u medicini**

Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

**Volume/godište 3 | Number/broj 6 |
pp./str. 323 – 538 | November/studeni 2012 |**

Rijeka/Croatia

Sadržaj / Contents

Aktualni trenutak hrvatskog zdravstva 2: Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu – dvije logike, dvije etike? (Rijeka, Medicinski fakultet, 26. listopada 2011.) / *The Current Moment of Croatian Health System 2: Public and Private in Health Care and Pharmacy – Two Logics, Two Ethics? (Rijeka, the Faculty of Medicine, 26th October 2011)*

Uvodna riječ / Foreword

Nada Gosić, Amir Muzur331

Program okruglog stola / *Round table programme*335

Pozdravne riječi, izlaganja i diskusija / *Welcoming speeches, presentations and discussion*337

Riječke preporuke za sagledavanje i unapređivanje odnosa javnog i privatnog u hrvatskom zdravstvenom sustavu / *The Rijeka recommendations for consideration and improving public and private relationship in Croatian health care system*391

Pozvani pregledni rad / Invited review

Bruno Atalić399
Historical development and ethical considerations of vivisectionist and anti-vivisectionist movement

Recenzirani članci / Peer-reviewed papers

Irena Pavela, Nataša Šimić417
Ispitivanje ljubomore modificiranim Testom implicitnih asocijacija / *Examining jealousy by modified Implicit Association Test*

Ifigenija Račić, Blanka Jergović433
Medijska slika bioetike - 9. svjetski bioetički kongres u Rijeci / *Media image of bioethics - 9th World Congress of Bioethics in Rijeka*

Heda Festini461
Proteinska sinteza kao poluga evolucije / *The protein synthesis as a lever of evolution*

Zvonimir Bošković467
Pravni nadzor u području farmacije / *Legal supervision in the field of pharmacy*

Fahrudin Kulenović487
Etički izazovi liječnika našeg vremena / *Ethical challenges for physicians of our times*

Prilozi iz studentske bioetičke radionice/ Contributions from Students' Bioethics Workshop

Vuk Prica, Igor Salopek495
 Ksenobioetički izazovi u pristupu psihijatrijskom pacijentu / Xenobioethical challenges when approaching a psychiatric patient

Prikazi znanstvenih i stručnih skupova /Reviews of scientific and professional conferences

Vlatko Chalovski501
 Bioethics – Sign of a new era: bioethics, media, law and medicine (Ohrid, Macedonia, 21st-23rd October, 2011)

Igor Eterović506
 11. Lošinjski dani bioetike (13.-16. svibnja 2012.) / 11th Lošinj days of bioethics (13th-16th May, 2012) /

Vida Jeremić509
 Tribine Bioetičkog društva Srbije (2012.) / Bioethics society of Serbia debates (2012)

Sandra Radenović513
 Nove perspektive u bioetici (Beograd, 13.-15. listopada 2011.) / New Perspectives in bioethics (Belgrade, 13th-15th October, 2011)

Sandra Radenović517
 Etički aspekti dobrobiti životinja (Beograd, 21. lipnja 2012.)/Ethical aspects of animal wellbeing (Belgrade, 21st June 2012)

Sandra Radenović519
 Odnos liječničke profesije i medija (Beograd, 21. veljače 2012.)/Relation between medical profession and the media (Belgrade, 21st February 2012)

Iva Rinčić.....521
 Treći međunarodni bioetički simpozij u Bosni i Hercegovini "Integrativna bioetika pred izazovima biotehnologije" (Sarajevo, 25.-26. svibnja 2012.) / Third international bioethical symposium in Bosnia and Herzegovina "Integrative bioethics facing challenges of biotechnology" (Sarajevo, 25th-26th May, 2012)

Martina Šendula-Pavelić.....525
 14. Dani bioetike na Medicinskom fakultetu u Rijeci / 14th Days of bioethics at the Faculty of Medicine in Rijeka

Prikaz knjige / Book review

Amir Muzur531
 Stella Fatović-Ferenčić i Antun Tucak, urednici: Medicinska etika (Zagreb: Medicinska naklada, 2011.) / Stella Fatović-Ferenčić and Antun Tucak, editors: Medical Ethics (Zagreb: Medicinska naklada, 2011)

Upute autorima / Instructions for the authors.....533

JAHİR

PROCEEDINGS

THE CURRENT MOMENT
OF CROATIAN HEALTH
SYSTEM 2: Public and Private in
Health Care and Pharmacy –
Two Logics, Two Ethics?
(Rijeka, the Faculty of Medicine,
26th October 2011)

ZBORNIK RADOVA

AKTUALNI TRENUTAK
HRVATSKOG ZDRAVSTVA 2:
Javno i privatno u zdravstvu i
ljekarništvu – dvije logike, dvije etike?
(Rijeka, Medicinski fakultet,
26. listopada 2011.)

ANNUAL
of the Department of Social
Sciences and Medical Humanities
University of Rijeka – Faculty of Medicine

GODIŠNJAK
Katedre za društvene
i humanističke znanosti u medicini
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Uvodna riječ

Dragi/e čitatelji/ce, u ovom broju časopisa *Jahr* glavnu temu čine izlaganja i rasprava sa stručno-znanstvenog skupa "Aktualni trenutak hrvatskog zdravstva". Tema prošlogodišnjeg skupa, održanog 26. listopada 2011. na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, bila je "Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu: dvije logike, dvije etike?". Organizatori skupa, Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Hrvatsko bioetičko društvo – Podružnica u Rijeci, *Jadran* – Galenski laboratorij, d.d. Rijeka i Poliklinika *Medico* Rijeka, na skup su pozvali meritorne sudionike koji su svojim izlaganjima i sudjelovanjem u raspravi razmijenili teorijska i praktična iskustva o aktualnoj situaciji u javnom i privatnom zdravstvu i ljekarništvu.

Ovaj je skup programski i metodološki koncipiran u okviru integrativne bioetike. Budući da taj pristup integrira znanstvene, stručne, društvene, etičke i kulturne perspektive (pluriperspektivizam), usmjerio je sudionike skupa na svestrano sagledavanje i praktično rješavanje, između ostaloga, i pitanja i problema tržišnog poslovanja u zdravstvu, uključivanja vlasničkih struktura u pružanje zdravstvenih usluga, nabavke opreme, kvalitete usluga, dostupnost dijagnostičkih postupaka, njege i liječenja, kao i stalno aktualno pitanje određenja "košarice" zdravstvenih usluga koje "pokrivaju" police osnovnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja. Prema već ustaljenoj praksi da skupovi Medicinskog fakulteta u Rijeci rezultiraju odgovarajućim dokumentom, iz ovog su skupa proistekle "Riječke preporuke za sagledavanje i unapređivanje odnosa javnog i privatnog u hrvatskom zdravstvenom sustavu". Put njihovog oživotvorenja počinje objavljivanjem u ovom broju časopisa i nastavlja se dostavljanjem svim donositeljima odluka u zdravstvenom sustavu, a putem medija i javnosti.

Osim glavna teme, u ovom broju *Jahra* objavljujemo i prispjele recenzirane radove, osvrte na bioetičke skupove, kao i prikaze recentnih objavljenih bioetičkih publikacija. S ovim brojem uvodimo i novu rubriku, "Prikazi iz studentske bioetičke radionice", u kojoj ovoga puta objavljujemo izlaganje naših studenata koji su sudjelovali na Studentskoj bioetičkoj radionici "Ksenobioetika: izvanzemaljski oblici života u bioetičkoj perspektivi", održanoj u okviru 10. lošinjskih dana bioetike (Mali Lošinj,

16.-17. svibnja 2011.). Tom rubrikom nastojimo potaknuti studente/ice za suradnju i objavljivanje njihovih radova iz područja bioetike i srodnih disciplina.

Ugodnu obvezu zahvalnosti iskazujemo svim sudionicima skupa, kao i našim stalnim partnerima, *Jadranu* – Galenskom laboratoriju, d.d. Rijeka i Poliklinici *Medico* Rijeka. Osobitu zahvalnost za razumijevanje i podršku u organizaciji naših skupova iskazujemo dekanu našeg fakulteta, prof. dr.sc. Alanu Šustiću.

Nada Gosić
Amir Muzur
urednici broja

Foreword

Dear readers, in this issue of *Jahr* journal the presentations and discussion from the professional–scientific conference "The Current Moment of Croatian Health System" are the main subject. Last year's subject of the conference held on 26th October 2011 at the Faculty of Medicine, University of Rijeka was "Public and Private in Health Care and Pharmacy: Two Logics, Two Ethics?". The organizers of the event, the Department of Social Sciences and Medical Humanities of the University of Rijeka, Croatian Bioethics Society - Rijeka branch, *Jadran* – Galenic Laboratory p.l.c. Rijeka and *Medico* Polyclinic Rijeka, invited the meritorious participants to the conference who exchanged theoretical and practical experiences on current situation in public and private health care and pharmacy in their presentations and participation in the discussion.

The programme and the methodology of this conference were conceived within the scope of integrative bioethics. Since this approach incorporates scientific, professional, social, ethical and cultural perspectives (pluri-perspectivism), it directed the participants of the conference to the universal comprehension and practical solutions of, among others, questions and issues of market management in health care, incorporating ownership in providing health care services, purchasing of equipment, quality of services, accessibility of diagnostic procedures, care and treatment, as well as the permanently raising issue of setting the price of health-services that the basic and supplementary health insurance cover. According to already established practice that the conferences of the Faculty of Medicine in Rijeka bring about a certain document, this conference resulted in "The Rijeka Recommendations for Considering and Improving Relations Between Public and Private in Croatian Health Care System". Their implementation starts with publishing in this issue of the journal and continues with delivering to all decision makers in health care system, as well as through media and public.

Along with the main subject, in this issue of *Jahr* we have published the received reviewed papers, articles on bioethics conferences as well as the texts on recent published bioethics publications. In this number there is a new column "Contributions from Students' Bioethics Workshop". This time the presentations of our students who participated in Student Bioethics Workshop "Xenobioethics: Extraterrestrial

Forms of Life in Bioethical Perspective" held at 10th Lošinj Days of Bioethics (Mali Lošinj, 16–17 May, 2011) have been published in the column. That way, we want to encourage students in cooperating and publishing their works from bioethics and related fields.

We wish to express our gratitude to all the participants of the conference, as well as our permanent partners, *Jadran* – Galenic Laboratory p.l.c. Rijeka and *Medico* Poly-clinic Rijeka. We would particularly like to thank the Dean of our Faculty, prof. Alan Šustić, Ph.D. for his understanding and support in organizing our conferences.

Nada Gosić
Amir Muzur
Issue editors

Prevela s hrvatskog
Tina Bošković Sertić, prof.

Program okruglog stola / Round table programme

Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu: Dvije logike, dvije etike?

Rijeka, srijeda, 26. 10. 2011., Vijećnica Medicinskog fakulteta (3. kat glavne zgrade),
s početkom u 11h

- 10.30-11.00 Prijava sudionika
- 11.00-11.10 Otvaranje skupa i najava teme
- 11.10-11.25 dr.sc. DAMIR JURIČIĆ,
direktor C.U.P.F., d.o.o. za usluge upravljanja poslovnim financijama i
gospodarsko savjetovanje, autor knjige *Osnove javno-privatnog partnerstva
i projektnog financiranja: Javno-privatno partnerstvo: potencijali i
opasnosti*
- 11.25-11.40 dr.sc. VLADIMIR MOZETIČ,
ravnatelj Poliklinike *Medico* Rijeka: *Uloga privatnog zdravstva u sustavu
zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj – pogled struke*
- 11.40-11.55 SILVANA JAGER, mag.pharm.,
ravnateljica Zdravstvene ustanove *Ljekarna Jadran* Rijeka: *Ljekarništvo u
Hrvatskoj – javno i privatno*
- 11.55-12.10 prof. dr.sc. DAMIR MILETIĆ,
ročelnik Katedre za radiologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u
Rijeci, predstojnik Kliničkog zavoda za radiologiju i predsjednik Stručnog
vijeća KBC-a Rijeka: *Perspektive javno-zdravstvenih ustanova u
javno-privatnom partnerstvu*
- 12.10-12.25 IVAN LUKOVNJAK, dipl.oec.,
suradnik Udruge poslodavaca u zdravstvu: *Problemi financiranja
zdravstvenih ustanova u javnom i privatnom sektoru*
- 12.25-12.40 LEONARDO BRESSAN, dr. med.,
glavni tajnik Koordinacije hrvatske obiteljske medicine i predsjednik
Skupštine koncesionara Primorsko-goranske županije: *Put iz državnog u
javno-privatno zdravstvo: potrebe stanovništva i zablude o
deklariranim pravima za zaštitu zdravlja u Republici Hrvatskoj*
- 12.40-14.40 Diskusija i zatvaranje skupa
- 14.40 Domjenak

Pozdravne riječi, izlaganja i diskusija

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Dobar dan Vam želim!

Pozdrav našim gostima, prijateljima, studentima - koji su jedno i drugo, premda se mogu smatrati sigurno i domaćinima u ovoj instituciji. Volio bih pozdraviti našega dekana, gospodina Alana Šustića, koji trajno pruža potporu onome što radi naša Katedra, odnosno podružnica Hrvatskog bioetičkog društva, dakle suorganizatori ovoga skupa, kao i naše partnere iz, kako se to popularno kaže, gospodarsko-javne inicijative, a to su Poliklinika *Medico* i *Jadran* - Galenski laboratorij iz Rijeke, čiji je direktor, mr. Ivo Usmiani, također ovdje prisutan.

Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu je tema ovogodišnjega okrugloga stola, tema koja je više puta potaknuta s više različitih strana pa nam je to bio najbolji test njene aktualnosti. Naime, i u medijima dakako, i u široj javnosti javno i privatno se često miješaju i spajaju, na ponekad bizaran način. Već za prošlim okruglim stolom koji je održan u siječnju 2010., a koji je nosio daleko širu temu - Aktualni trenutak hrvatskog zdravstva - detektirani su neki problemi pa tako i problem razlika između javnog i privatnog, odnosno sličnih ciljeva i različitih metoda. Činjenica je da je upravo uspjeh toga skupa prošle godine dao hrabrosti i organizatorima - na čelu riječke Podružnice, profesorici Gosić, i nama na Katedri za društvene i humanističke znanosti u medicini ovoga Fakulteta - da se odvažimo organizirati ciljani skup na ovu temu, koja je između ostaloga već bila predmetom rasprave i na sjednicama Fakultetskoga vijeća Medicinskoga fakulteta u Rijeci, što imamo zahvaliti prvenstveno profesoru Miletiću, jednome od današnjih uvodničara. Odnosno, bila je predmetom rasprave i na Stručnom vijeću KBC-a i, kao što ste mogli primijetiti, bila je odlično praćena u medijima iz razloga što je na kraju krajeva, imala i ima daleko širi javni društveni značaj.

Ako možemo podsjetiti one koji su prošle godine bili za okruglim stolom na temu Aktualnog trenutka u hrvatskom zdravstvu, postojala je jedna poveznica s današnjim okruglim stolom, a to je bila teza doktora Gorjanskog iz Osijeka koji je tako

pisao i u svojim djelima: da javno zdravstvo može odlično funkcionirati, da privatno zdravstvo može odlično funkcionirati, ali u momentu kada se oni počinju miješati na nedozvoljeni način, odnosno s ambicijama koje nisu ispravne, ni ekonomski ni logički, u tom slučaju nastaju problemi. Vjerujem da jedan dio problema općenito hrvatskoga zdravstva potječe iz te činjenice.

Ja bih se sada prije svega zahvalio svima koji su prihvatili da budu uvodničari, zahvalio bih se svima Vama koji ste sudionici i koji ćete biti sudionicima diskusije i ovoga skupa. Ispričao bih i neke koji su do posljednjega časa vjerovali da će nam se pridružiti, ali su onda otkazali, neki čak i doslovce prije sat vremena, počevši od, recimo, državnih tajnika Jurkovića, Golema, doktora Mittermayera i druge. Ja, na kraju, uvijek, sad već s praksom od dva okrugla stola, mislim da se oni zapravo prestraše gospođe Avberšek koju vide na popisu sudionika, ali to neka ostane samo kao moj neslužbeni dojam. Zahvaljujem svima Vama, zahvaljujem našim dragim partnerima *Jadranu* - Galenskom laboratoriju i Poliklinici *Medico* i prepuštam riječ dekanu Medicinskog fakulteta, prof. dr. Alanu Šustiću.

Prof. dr. sc. Alan Šustić

Dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Dragi kolege i kolegice, dragi studenti, meni je velika čast i zadovoljstvo pozdraviti Vas ovdje u ime Medicinskog fakulteta. Posebice bih pozdravio na neki način partnere Medicinskoga fakulteta već neko vrijeme u nizu akcija, ne samo akcija koje vodi jedna od naših najaktivnijih katedri, a to je Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini na čelu s njezinim pročelnikom prof. Muzurom, već i partneri u ostalom dijelu naših aktivnosti, a to je ravnatelj Poliklinike *Medico*, gospodin Vladimir Mozetič, inače i prvi čovjek Hrvatske liječničke komore u Gradu Rijeci, odnosno Primorsko-goranskoj županiji. I to je gospodin Ivo Usmiani iz Galenskog laboratorija - njega ne trebam predstavljati, ali on je u jednoj posebnoj ovdje funkciji: gospodin Usmiani je i član Sveučilišnog vijeća, dakle predstavlja najbitniji kontrolni mehanizam cijelog Sveučilišta. Oni su nama vrlo bitni partneri. Medicinski fakultet puno surađuje s njima i želi još više surađivati. Mi znamo da je Sveučilište u Rijeci odlučilo i napravilo sve da prijeđe iz faze takozvanog Humboldtovog sveučilišta druge generacije u sveučilište treće generacije, dakle generacije sveučilišta gdje studenta stavljamo u ono što nazivamo trokut znanja: između obrazovanja, istraživanja i inovacija. I nama su orijentacija prema partnerima pogotovo partnerima kao što je *Jadran* - Galenski laboratorij zapravo *sine qua non* preživljavanja, kako na Medicinskom fakultetu tako i na Sveučilištu.

Posebice bih ovdje naglasio i veliku aktivnost Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini, koja ne samo da ima ovako kvalitetne okrugle stolove, nego iz tih okruglih stolova proizlaze i vrlo kvalitetni pisani materijali. Kao što je govorio puno puta prof. Šegota, jedan od naših *emeritusa* i inače porijeklom s te Katedre: "Sve što je napravljeno, ako nije zapisano, nije niti napravljeno".

Tema ovog Okruglog stola mislim da je izuzetno interesantna. Ona je u svakom slučaju aktualna, a vjerojatno i dosta intrigantna, posebice zato što se, kao što vidimo, neki nisu ni odazvali. Ona će sigurno otvoriti puno različitih tema. Mene zaista zanimaju rezultati i ono što će biti napisano. Vi znate da je temelj Europske Unije, odnosno europske demokracije i svega onoga k čemu mi idemo, zapravo nekoliko temeljnih ljudskih prava. Jedno od njih je pravo na zdravlje, drugo od njih je pravo na znanje. Po tome se razlikujemo od svih drugih konglomeracija u svijetu koje nemaju tako izražene, dakle jasno deklarirano pravo na zdravlje i pravo na znanje i mislim da to treba biti vodilja ovog Vašeg okruglog stola koji u svakom slučaju može povući tu distinkciju između europske kulture i možda svih ostalih kultura kada govorimo o pravu na zdravlje. A, nemojte zaboraviti, jednako tako i pravo na znanje. I to je ono što nam se sada događa: kako to sada implementirati u ovoliko sredstava koliko imamo i u ovoliko kadra koje imamo, a znamo da smo obećali svima da imaju pravo na znanje.

Želim Vam ugodan boravak na našem Fakultetu, želim Vam uspješan okrugli stol i puno Vam svima hvala.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujemo dekanu i razumijemo njegove obveze. Sada bih pozvao gospođu Karlu Mušković iz Grada Rijeke, koja bi željela prenijeti nam pozdrave gradonačelnika i institucije koja je, moram odmah reći, također trajni partner naše Katedre u svemu što radimo. Gospođu Mušković, izvolite.

Karla Mušković, dr. med.

Viša savjetnica za zdravstvo Odjela za zdravstvo i socijalnu skrb Grada Rijeke

Dobar dan svima. Meni je posebno drago da Vas mogu pozdraviti u ime Grada Rijeke, u ime gradonačelnika, mr. Vojka Obersnela, u ime pročelnice Odjela za zdravstvo i socijalnu skrb, gospođe Ankice Perhat, koja je nažalost ovog trena na jednom drugom zbivanju, i dakako, u svoje osobno ime.

Radi se o vrlo zanimljivoj temi, odnosno vrlo je zanimljiv ovaj naziv - Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu: dvije logike, dvije etike? Ja moram reći, a Vi vjerojatno i znate, Rijeka je, u sklopu Svjetske zdravstvene organizacije aktivna u grupi Zdravi grad. To je tema koja se već više od deset godina pojavljuje na skupovima. I moram priznati da meni na početku nije bilo jasno, znači tamo negdje 90-ih godina, zašto se nekako cijelo vrijeme govori o pravednosti u zdravstvu. To je možda dodirna točka s ovom temom. Ja sam mislila da je naše zdravstvo pravedno i mislila sam, kad smo ispunjavali te silne upitnike koje nam je Svjetska zdravstvena organizacija dala, da mi tu nemamo baš puno reći, da su naši građani 99% osigurani - što i jesu po statistici - iako se sad događa da ih je veći broj neosiguranih - i da tu nekakvih problema nema. Međutim, sa svim našim promjenama događa se i to da vidimo da baš i nije tako. Da pacijenti često imaju problema, znači da stvarno tu treba jako puno poraditi i da mnogi postavljaju pitanja: da li zdravstvo može biti istovremeno efikasno i pravedno. Meni je zato osobno ova tema jako zanimljiva.

Nadam se da ću veći dio biti prisutna. Nažalost, moram i ja malo ranije otići s ovog Skupa, prijave jednog projekta na IPA-u, a to su sve jako kratki rokovi. Ja Vam od srca želim uspješan rad za ovim okruglim stolom i, ono što su i moji prethodnici prije naglasili: vrlo je bitno da ostane nekakva pisana riječ i da ta pisana riječ ne ostane samo ovdje nego da ide i malo dalje i više. Hvala.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujem gospođi Mušković i Gradu Rijeci, a sada dozvolite da predstavim prvoga našega uvodničara, dr. Damira Juričića, koji je svakako jedan od najvećih eksperata za javno-privatno partnerstvo u Hrvatskoj. Njegov mentor bio je vjerojatno prvi ekspert u Hrvatskoj, a i šire s ovom temom: prof. dr. Saša Marenjak, koji je inače konzultantom manje-više svim značajnim projektima u javno-privatnom partnerstvu u ovom času u nas. Doktor Juručić je inače bio i članom Poglavarstva u nekoliko mandata u Gradu Opatiji pa se bavio i financijama na razini lokalne zajednice. Prema tome, to je osoba koja na najbolji način može objediniti teoriju i praksu. Pozvali smo ga najviše zbog toga što se "javno-privatno" koristi kao sintagma i kada tome ima mjesta i kada nema. Vrlo često, naime, i u neformalnim raspravama, ali nažalost i na mjestima gdje bi se trebalo čuti ipak provjerene informacije, o javno-privatnom partnerstvu se govori i kada nisu zadovoljeni glavni njegovi uvjeti. Da bismo mi koji želimo shvatiti ovaj problem, razjasnili ove pojmove, pomoći će nam sasvim sigurno dr. Juričić.

Dr. sc. Damir Juričić¹ dipl. oecc.

Centar za upravljanje poslovnim financijama, d.o.o. Rijeka

Javno-privatno partnerstvo: prednosti i opasnosti

Uvod

Imperativ efikasne isporuke javnih usluga usmjerava javni menadžment ka promišljanju o načinu organizacije isporuke javnih usluga. Cilj svake isporučene javne usluge je njen optimalan odnos koristi i troškova. Da bi se taj krajnji cilj postigao potrebno je spoznati sve elemente strukture procesa isporuke javne usluge koji, između ostaloga, uključuju utvrđivanje strategije, ciljeva javne usluge, identifikaciju i kvantifikaciju rizika kojima je isporuka javne usluge izložena, model isporuke, permanentno mjerenje da li se ciljevi postižu i da li su korisnici zadovoljni, način financiranja i slično. Jezikom javno-privatnog partnerstva, cilj je postići najbolju vrijednost za plaćeni javni novac.

U posljednjih dvadesetak godina, najčešće zbog prezaduženosti javnog sektora uslijed primjene modela tradicionalnog načina isporuke javnih usluga, razvio se i još se dalje razvija model suradnje s privatnim sektorom u kojemu partneri dijele rizike i koristi ne bi li svako za sebe postigao najbolju vrijednost za plaćeni novac.

Tržište javno-privatnog partnerstva u području zdravstva jedno je od kapitalom najvećih, a strukturom najsloženijih.

U Republici Hrvatskoj još nema takvih projekata pa su, stoga, informacije i spoznaje o osnovnim principima javno-privatnog partnerstva od velike važnosti ne bi li se promišljanje o krajnjem cilju postizanja efikasnije javne usluge zdravstva dobro usmjerilo.

Definicija javno-privatnog partnerstva

Iako u Hrvatskoj postoji tridesetak aktivnih projekata u javno-privatnom partnerstvu, ono je i kod javnog i privatnog sektora još uvijek nedovoljno jasno, a ciljevi i učinci ovakvog udruživanja nepoznati. Na tržištu zdravstvenih javnih usluga to je još naglašenije. Prva pomisao na javno-privatno partnerstvo ima relativno negativno značenje. Naime, radi se o tome da je zbog krivih informacija ono dobilo značenje, prije svega, stvaranja koristi privatnim poduzetnicima iz javnih izvora financiranja.

¹ Od 2012. ravnatelj Agencije za javno-privatno partnerstvo u Zagrebu (op.ured).

Javno-privatno partnerstvo predstavlja, prije svega, dugoročan odnos i suradnju privatnog i javnog sektora u izgradnji (rekonstrukciji), financiranju, održavanju i upravljanju javnom infrastrukturom i isporukom javne usluge². Prema tome, slijedeće su osnovne značajke tog odnosa:

- relativno dugo razdoblje suradnje (preko 5 godina, a najčešće od 20 do 30 godina);
- transfer rizika na privatnog partnera;
- složeni odnos više subjekata u projektu;
- važna je uloga operatera.

Treba skrenuti pozornost na to da su predmetom javno-privatnog partnerstva isključivo javni projekti³ veće vrijednosti kapitalnog ulaganja. Zbog dugoročnog karaktera odnosa od posebnog je značaja priprema projekta. Zakon o javno-privatnom partnerstvu⁴ regulira taj postupak i određuje bitne elemente pripreme, natječajnog postupka i minimalnog sadržaja ugovora, a sve s ciljem transparentnog utvrđivanja prava i obveza subjekata u dugoročnom razdoblju. Cilj svakog uspješnog JPP projekta je optimalno transferirati određene rizike projekta na privatnog partnera, tj. na subjekta koji će tim rizicima bolje upravljati i postići bolji odnos vrijednosti za plaćeni javni novac. Za preneseni rizik na privatnog partnera javni partner plaća naknadu. Očekuje se da je iznos te naknade manji od iznosa koji bi se mogao platiti u slučaju materijalizacije određenog rizika kojim autonomno upravlja. Vjerojatnost materijalizacije rizika veća je kod onog subjekta koji nema dovoljna iskustva, znanja i spoznaja o njima. S obzirom na veliki broj rizika u jednom složenom infrastrukturnom projektu, zbog principa transfera rizika, moguće je očekivati veći broj subjekata u projektu. Oni se određuju s obzirom na specifične rizike projekta.

Veći broj rizika i veća vrijednost investicije prouzročit će zahtjev za većim brojem subjekata u projektu koji posjeduju specifična znanja o upravljanju rizicima koje preuzimaju. Kod projekata javno-privatnog partnerstva u kojima je privatni partner preuzeo rizik potražnje od posebnog je značaja uloga operatera koji dobro poznaje rizike koji proizlaze iz ponude javne usluge krajnjim korisnicima.

Prednosti i opasnosti JPP-a

Kao što je naprijed u tekstu istaknuto, prednost je javno-privatnog partnerstva u koristi koju ostvaruju i privatni i javni partner zbog podjele rizika javnog projekta. Veća efikasnost u isporuci javne usluge, koja nastaje kada rizicima projekta

² EU Commission, COM (2004), 327 final.

³ Javno tijelo (grad, županija, ministarstvo, javna ustanova i slično) po zakonu je predlagatelj projekta.

⁴ NN 129/08.

upravljaju oni koji njihovu prirodu bolje poznaju, stvara korist svim sudionicima u projektu.

U drugoj polovici prošlog stoljeća dominirao je model tzv. tradicionalne isporuke javne usluge (Juričić, 2011). Osnovna značajka tradicionalnog modela je ta da se javni partner pojavljuje u ulozi investitora te na taj način preuzima kako rizike vezane za samu isporuku javne usluge, tako i sve one rizike koji proizlaze iz pretpostavki da bi se konkretna javna usluga isporučila, a tu su najznačajniji rizik i rok izgradnje javne građevine posredstvom koje se javna usluga isporučuje, rizike vezane uz izvore financiranja, rizike vezane uz dugoročno održavanje javne građevine, rizike vezane uz razvoj i nadzor isporuke javne usluge i slično. Primjerice, kod izgradnje javne građevine privatni partner je bitno kompetentniji u definiranju optimalne građevine i to kako s aspekta organizacije prostora, tako i s aspekta odabira materijala.

Naime, temeljni je propust tradicionalnog modela taj što je javno tijelo fokusirano na minimiziranje ukupne vrijednosti troškova izgradnje. Pritom se često zanemaruje činjenica da jeftiniji i ugrađeni materijali slabije kvalitete stvaraju veće troškove kasnije u razdoblju eksploatacije. Privatni su građevinski poduzetnici razvili i još razvijaju složene model pomoću kojih nastoje postići optimalan odnos između troškova investicije i troškova održavanja i zamjene ne bi li postigli minimalne ukupne životne troškove javne građevine u, primjerice, 30 godina eksploatacije (NAO UK, 2003; McFetridge, 1997). To je vrlo važna značajka JPP-a. Nadalje, projekti u javno-privatnom partnerstvu su projekti s velikim udjelom duga (kredita) u ukupnim izvorima financiranja. Rizicima poput rizika kamatne stope, valutnog rizika, financijskog rizika i slično, nesumnjivo će bolje upravljati privatni poduzetnik i s njime povezane financijske institucije iz razloga što su tehnike osiguranja (hedžiranja) daleko poznatije privatnim poduzetnicima nego javnim tijelima. S druge strane, dužnička kriza javnog sektora koja je nastupila krajem prošlog stoljeća, stavila je javni sektor u nepovoljan položaj na tržištu duga čime je cijena duga (kamatna stopa) postala veća. Različitim financijskim instrumentima te učinkom poreznog zaklona, privatni izvori financiranja i njegova cijena može značajno doprinijeti boljem odnosu kvalitete i cijene javne usluge.

Slijedom navedenog proizlazi da je nerazumijevanje učinaka i ciljeva partnerstva javnog i privatnog sektora i loša priprema projekta javne infrastrukture najveća opasnost u primjeni javno-privatnog partnerstva. Neprimjerena priprema projekta, posebno u segmentu identifikacije, kvantifikacije i raspodjele rizika, izlaže javnog partnera riziku lošeg odnosa kvalitete i cijene javne usluge, a privatnog neostvarivanju planirane stope povrata na uloženi kapital i prezaduženosti.

Raspodjela rizika kod projekata u zdravstvu

Naprijed u tekstu je istaknuto da kod tradicionalnog modela isporuke javne usluge javno tijelo preuzima sve rizike projekta. To znači da materijalizacija pojedinog rizika i nastali troškovi s njom u svezi terete to javno tijelo. Posljedično, namirenje tih troškova plaćaju porezni obveznici. Dakle, u interesu je poreznih obveznika promišljanje njihovih predstavnika o modelu isporuke javne usluge i dobra priprema projekta, analiza rizika, definiranje standarda javne usluge sukladno mogućnostima plaćanja te permanentni nadzor i izmjera učinaka javne koristi od isporučene javne usluge, kao i permanentna provjera da li se postiže ciljani odnos cijene i kvalitete. Da bi se to postiglo javno će tijelo identificirati one rizike projekta za čije upravljanje nema dovoljno znanja i iskustva te će nastojati, sustavom javnih natječaja, odabrati privatnog partnera koji upravljanje tim rizicima može provoditi uz manje troškove.

Na hipotetičkom primjeru izgradnje bolnice moguće je opisati elemente dobre suradnje dvaju partnera. Osnovna pretpostavka takve suradnje je obostrano razumijevanje bitne strukture takve investicije i procesa koji se odvijaju prigodom isporuke usluge liječenja. Investicija u javnu bolnicu sastoji se od slijedećih bitnih dijelova:

- bolnička usluga liječenja podrazumijeva **javnu građevinu** posredstvom koje se isporučuje usluga liječenja;
- u toj javnoj građevini kontinuirano se isporučuje **usluga liječenja** pacijenata;
- isporuka usluge liječenja zahtijeva primjenu **specijalizirane tehnike i tehnologije**;
- da bi se isporučila usluga liječenja u bolnici određenog standarda postoje i **prateće usluge** poput održavanja higijene, prehrane, čišćenja posteljine i slično;
- tehnologije upravljanja bolnicom (**menedžment bolnice**) te
- **ostalih čimbenika** okruženja poput ekonomskog, političkog, financijskog, više sile i slično.

Svi nabrojani dijelovi cjelokupne investicije u bolnicu imaju specifične rizike kojima je upravljanje pojedinim dijelom izloženo. Tako, na primjer, sasvim pojednostavljeno:

- izgradnja bolničke zgrade izložena je rizicima budžeta izgradnje i roka izgradnje;
- stalna isporuka usluge liječenja, s obzirom na vrste bolesti, apliciranih lijekova, tehnologije liječenja, razdoblja liječenja i slično, izložena je rizicima utvrđivanja dobre dijagnoze, odabira odgovarajućih lijekova odgovarajuće kvalitete i dostupnosti, odabira primjerene tehnologije liječenja, organizacije života s obzirom na dužinu trajanja liječenja;
- kvaliteta isporučene usluge liječenja i s njom povezan rizik ovisi i o stupnju održavanja higijene, primjerene prehrane pacijenata, a kod malodobne djece i pratitelja;

- upravljanje bolnicom izloženo je riziku da li će uprava (bolnički menadžment) raspolagati specifičnim menadžerskim znanjima i vještinama kako bi ostvarili zacrtane ciljeve javnog i privatnog partnera;
- pored svih nabrojanih rizika postoje još i oni na koje partneri malo ili gotovo nikako ne mogu utjecati poput rizika inflacije, valutnog rizika, rizika kamatne stope ili rizika prirodnih nepogoda.

Kako bi bolje upravljali ukupnim rizicima projekta partneri nastoje podijeliti identificirane rizike na način da svako preuzme onaj rizik kojim najbolje upravlja. Moguću raspodjelu rizika između privatnog i javnog partnera u projektu isporuke zdravstvene usluge prikazuje sljedeća tablica:

RIZIK	JAVNI PARTNER	PRIVATNI PARTNER
Izgradnje		X
Usluge liječenja	X	
Održavanje opreme		X
Prateće djelatnosti		X
Management	X	X
Ostali	X	X

Izvor: autor

Privatni partner ima dugogodišnje iskustvo u izgradnji građevina i posjeduje sve informacije, vještine, logistiku, poznavanje materijala, tehnologije izgradnje, tehnologije upravljanja procesom gradnje te postoji opravdana pretpostavka da će bolje upravljati tim rizicima. Kod tradicionalnog modela javno tijelo naručuje uslugu izgradnje i pritom odabire onog izvođača radova koji ponudi najmanje troškove izgradnje u najkraćem roku. To je najčešća praksa. Izvođač radova, u želji da pobijedi na natječaju i preuzme posao, odabire one materijale i tehnologiju gradnje koji će zadovoljiti sve zakonom propisane jamstvene rokove. Međutim, razdoblje eksploatacije je dugo i u tom dugom razdoblju smanjena kvaliteta ugrađenih materijala prouzrokovat će dodatne troškove održavanja i zamjene. Ukoliko javno tijelo odluči investiciju organizirati po modelu javno-privatnog partnerstva, izabrat će onog privatnog partnera koji se neće natjecati samo za troškove građenja, već i za troškove održavanja i zamjene. Na natječaju će pobijediti, to je od posebne važnosti, onaj privatni partner koji će ponuditi najmanje troškove u ukupnom životnom vijeku investicije, tj. najmanje zbroj troškova građenja, održavanja i zamjene. Tu vještina i

znanje privatnog partnera dolazi do izražaja na način da javnom partneru ponudi optimalan odnos ukupnih troškova u, primjerice, 25 godina eksploatacije bolnice.

Ukoliko javni partner želi isključivo upravljati rizicima isporuke usluga liječenja i smatra da privatni sektor ne raspolaže višim znanjima u upravljanju tim rizicima, ukupne rizike liječenja može preuzeti u cijelosti.

Specifična zdravstvena oprema koja se koristi u postupku isporuke usluge liječenja danas je tehnološki izuzetno zahtjevna. Onaj koji se bavi proizvodnjom takve opreme, s obzirom na njenu visoku vrijednost i složenost korištenja, lakše i jeftinije će preuzeti rizike održavanja, upravljanja. Također, u dugom razdoblju eksploatacije potrebno je voditi računa i o zastarijevanju opreme što smanjuje odnos koristi i troškova i nameće zahtjeve zamjene.

Prateće djelatnosti poput održavanja higijene i prehrane nisu isključivo usluge liječenja, ali su posredstvom specifičnih bolničkih standarda s njome povezane. Kada privatni partner koji ima bogato iskustvo u isporuci ovih usluga dobije od javnog partnera standarde pod kojima mora isporučivati uslugu, pronaći će načina da ukupni troškovi budu manji od troškova koje postiže javni partner u slučaju tradicionalnog modela. Konkurencija na temelju ukupnih životnih troškova, tzv. *ex-ante* konkurencija jedna je od najvažnijih mehanizama javno-privatnog partnerstva u postizanju boljeg odnosa vrijednosti javne usluge i za nju plaćenog novca (Juričić, 2008).

Tržište JPP-a u Europi

U 2010. godini u zemljama EU (EPEC 2011a) isporučeno je ukupno 18 zdravstvenih projekata ukupne vrijednosti od približno 3 milijarde eura. U prvom polugodištu 2011. godine zaključeno je ukupno 5 zdravstvenih projekata ukupne vrijednosti 800 milijuna eura (EPEC 2011b). U nastavku se daje kratak pregled JPP tržišta zdravstvenih projekata u nekim europskim zemljama (Button, ed, 2008).

AUSTRIJA

Transformacija zdravstvenog sustava u Austriji temelji se na spajanju više bolnica u veći bolnički sustav s podjelom vlasništva među upravljačima infrastrukturomi uslugama liječenja.

Dvije velike bolnice isporučene su po modelu JPP-a:

- UKH Linz;
- LKH Vöcklabruck.

ČEŠKA

Razmatraju se slijedeći mogući JPP projekti:

- rekonstrukcija praške Motol bolnice;
- izgradnja i upravljanje republičkim dijagnostičkim centrom;
- izgradnja i upravljanje nove bolnice u Pragu.

FRANCUSKA

- nova bolnica u Sant Nazaire;
- nova bolnica od 600 kreveta u Bougion-Jallieru;
- nova bolnica sa 445 kreveta u Bonnevilleu;
- nova hematologija i rodilište u Ceanu;
- dvije psihijatrijske bolnice u Brumathu;
- dva gerijatrijska centra u Douai i Lemanu;
- dva logistička sustava u bolnicama Bellacu i Dijonu;
- sustavi za suho čišćenje u Mazaru i Ferrandu;
- centar za obuku medicinskih sestara u Rodezu;
- nova administrativna i arhivska zgrada u Limogesu;
- dvije centralne kuhinje u Langresu i Autunu.

NJEMAČKA

- novi centar za protonsku terapiju u Essenu;
- nove sveučilišne bolnice u Kelnu i Študgardu;
- nova kirurška bolnica u Hajdelbergu.

U Njemačkoj su u financiranje takvih projekata uključeni i fondovi zdravstvenog osiguranja.

ITALIJA

- tri bolnice do 2007. godine;
- bolnica u Ferrari sa 705 kreveta;
- bolnica u Vimercate sa 500 kreveta;
- nova bolnica u Milanu sa hotelom;
- nova bolnica u Comu sa 587 kreveta i novom garažom.

ŠPANJOLSKA

- nova bolnica u Madridu;
- osam novih bolnica diljem Španjolske;
- nova bolnica u Burgosu sa 680 kreveta;
- nova bolnica u Toledu.

VELIKA BRITANIJA

- najveća primjena JPP-a kroz NHS – National Health Service
- bez obzira na pojedina loša iskustva u postizanju smanjene efikasnosti od očekivane JPP će i dalje, na temelju primijenjenih iskustva "dobre prakse", biti najprimjenjiviji model financiranja i upravljanja u zdravstvu;
- JPP se intenzivno primjenjuje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, bolničkim sustavima i zubarstvu.

Zaključak

S jedne strane visoka zaduženost i s njom povezan nepovoljan položaj javnog sektora na tržištu duga i, s druge sve veći pritisak u potražnji javnih usluga višeg standarda općenito, stavlja javni sektor u situaciju da tradicionalan model isporuke javnih usluga upotpuni ili zamijeni s modernim modelima među kojima je javno-privatno partnerstvo jedan od njih. Nedostatci tradicionalnog modela među kojima se ističe loš odnos između kvalitete javne usluge i njene cijene, mogu se smanjiti ukoliko se u isporuku javne usluge uključi i partner iz privatnog sektora na način da preuzme one rizike kojima bolje i efikasnije upravlja od javnog partnera. Time javni partner ostvaruje korist koja se prije svega odražava na efikasnost korištenja novca poreznih obveznika.

Iako je tržište javno-privatnog partnerstva u segmentu zdravstvenih projekata u posljednjih desetak godina uznapredovalo i značajno se razvilo, u Republici Hrvatskoj ono je još uvijek nepoznanica. Potreba definiranja standarda javne usluge u skladu s raspoloživim resursima, koje je jedno od temelja dobrog javnog projekta pa samim time i uspješnog projekta u javno-privatnom partnerstvu, možda je samo jedan od razloga njegovog nepostojanja. U svakom slučaju potrebno je kontinuirano usmjeravati pozornost na korist poreznih obveznika od udruživanja javnog sektora s privatnim zbog efikasnijeg korištenja njihovog novca.

Literatura

1. Button, m. (Editor) (2008): A Practical Guide to PPP in Europe, Second Edition, City & Financial Publishing, United Kingdom.
2. Juričić, D. (2008): Ekonomija javno-privatnog partnerstva, Ekonomski pregled, br. 59, 7-8, Zagreb.
3. Juričić, D. (2011): Osnove javno-privatnog partnerstva i projektnog financiranja, RRIF Plus, Zagreb.
4. McFetridge, D. (1997): The Economics of Privatization, C.D. Howe Institute Benefactors Lecture, Toronto.
5. National Audit Office, United Kingdom: PFI (2003): Construction Performance, Report by the Comptroller and Auditor, HC 371, Session 2002.-2003., London.
6. EPEC (2011a): Market Update – Review of the European PPP Market in 2010, Luxembourg, 2011.
7. EPEC (2011b): Market Update – Review of European PPP Market in 2011. – First September od 2011., Luxembourg, 2011.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujemo se dr. Juričiću. Godinama je Damir meni pokušavao objasniti temelje javno-privatnog partnerstva. Vjerujem da je to uspio koncentrirati sada u samo 15 minuta. Međutim, možda je jedan od anegdotalnih prikaza kako se može shvatiti javno-privatno partnerstvo i slučaj obnove fasada koji se kod nas često komentira u javnosti. Naime, fasade su zapuštene, ali ako pogledate situaciju u zemljama u kojima postoji drugačiji odnos prema imovini, one se redovito obnavljaju. I tu čovjek shvati da je jedan od ključeva razumijevanja troškova javno-privatnog partnerstva i upravljanje rizicima i, kao što je dr. Juričić rekao, održavanje. Naime, kod nas u javnom sektoru, kad se izvode investicije, najčešće se održavanje ne uzima u obzir, barem ne onako ozbiljno kao što bi to trebalo biti.

Zahvaljujemo se dr. Juričiću. Sigurno će bit prilike u diskusiji da još neke momente naglasimo.

A sada bih predstavio dr. sc. Vladimira Mozetiča, ravnatelja Poliklinike *Medico*, privatne poliklinike u vlasništvu osiguravajućeg društva Basler iz Švicarske, poliklinike koja se profilirala u našoj regiji, ali rekao bih i u Hrvatskoj, kao jedna od najuspješnijih, poliklinike koja je našoj Katedri već nekoliko godina partner što pokazuje da je zainteresirana i za druge oblike djelatnosti od one isključivo profitne, za što se obično optužuje u javnosti privatni sektor. Doktor Mozetič je, inače, jedan od dvojice glavnih "krivaca" za današnji okrugli stol, budući da je jednom, u neformalnom razgovoru, rekao da bi trebalo malo razmotriti da li su te dvije etike u privatnom i u javnom sektoru toliko različite kao što se govori. Pa onda, "krivcu" prepuštamo i riječ.

Nasl. doc. dr.sc. Vladimir Mozetič, dr. med.

Ravnatelj Poliklinike Medico Rijeka.

Hvala lijepo. Evo, kad smo već kod krivnje, na samom početku našeg dogovora inicijalna ideja je bila da ja nešto progovorim o radu Povjerenstva za privatnu praksu i kroz to način rada privatnika. Međutim, upravo ovaj naslov - dvije logike, dvije etike? - sa upitnikom na kraju su me isprovocirale da prikažem tko smo, što smo ukupno gledajući u pogledu struke, što nam je zajedničko, kakve probleme u proteklih 20 godina je imala privatna praksa, kako u našem kraju tako i u Hrvatskoj i gdje vidim poveznice i nekakvo rješenje, ja ga ne bih zvao problema, nego prije nesporazuma.

Dakle, u Republici Hrvatskoj liječnika ima nešto preko 18.000. Ovi ukupni brojevi možda i nisu toliko interesantni. Ja bih molio da obratite pažnju na postotke. Da-

kle, u bolničkim ustanovama je zaposleno gotovo polovina liječnika u Republici Hrvatskoj. Međutim kad govorimo o privatnoj praksi, nas nema samo 6 %, nas ima 25 %. Uz to u ovih 8 % dolaze i zaposlenici u trgovačkim društvima, što znači da se približavamo broju od 30 %, što je gotovo 1/3 svih liječnika u Republici Hrvatskoj. Zašto? Vrlo često se liječnici obiteljske medicine ne svrstavaju u privatnike. Oni su privatnici u ugovornom odnosu sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje u velikom postotku, ali su zapravo privatnici.

Još jedan podatak kojega često ne znamo, a to je da je svaki peti liječnik zaposlen izvan zdravstvene ustanove ili u zdravstvenim zavodima. To znači, govorimo o gotovo 1/3 privatnika, o 1/5 onih koji su izvan zdravstvenog sustava i onih koji su zaposleni u bolničkim ustanovama, dakle o velikom broju liječnika.

Kakva je situacija u Primorsko-goranskoj županiji, na zadnji dan prošle godine? Dakle, ukupno je zaposlenika u privatnim zdravstvenim subjektima bilo gotovo 1800, sa slijedećim rasporedom (visoka stručna sprema 794, viša stručna sprema 153, srednja stručna sprema 807, administracija 107). Kao što primjećujete, tu su i stomatolozi i farmaceuti, na isti način kao što su zubni tehničari i farmaceutski tehničari. Međutim ukupni broj privatnika zaposlenih u zdravstvenim ustanovama je prilično velik. Istovremeno vidite koliko imamo ustanova u PGŽ i kojima se provodi jedan od oblika pružanja privatne zdravstvene zaštite, dakle govorimo o 230 specijalističkih ordinacija, 42 poliklinike, 2 citološka laboratorija, 2 medicinsko-biokemijska laboratorija i 1 specijalnoj bolnici.

Ako gledamo ukupni broj, dakle broj od 339 liječnika, ograničavam se na liječnike, to je približno broj zaposlenih liječnika i u Kliničkom bolničkom centru u Rijeci.

Ali Hipokratova zakletva je ono što nas kao struku povezuje i to je ono što ne smijemo zapravo nikad zaboraviti kad međusobno razgovaramo i razmišljamo o našoj struci. Tu bih krenuo od zadnjeg dijela zakletve: "pozivajući se na svoju čast sve ću dati da služim humanosti, svojim učiteljima ću dati dužnu zahvalnost i poštovanje, ključna stvar će mi biti zdravlje moga pacijenta, moje kolege biti će mi braća". Govorim to ne bez razloga, jer ćete vidjeti kroz koje probleme je u proteklih 20 godina prošla privatna praksa, od često nerazumijevanja, neshvaćanja, neprihvatanja, ali u svakom slučaju to su bili oni mačići koje nadam se da smo već davno izvadili iz vode.

Pred 16-ak godina, tadašnji ministar zdravstva je izdao naredbu o zabrani otvaranja privatne prakse. Vodio se "križarski rat protiv privatne prakse", kao što je vidljivo iz novinskih natpisa. Godinama nakon toga, pojavljivao se problem nepriznavanja nalaza privatnih specijalista. Znači da se nisu priznavali nalazi specijalista učinjeni u privatnim ustanovama iako su i oni bili liječnici s licencama za rad. Podatak iz intervjua iz 1995. godine pokazuje viziju koju je tada imao primarijus Blažević, osnivač

Poliklinike Medico. Privatna praksa je neminovnost, privatizacija će zahvatiti cijelu primarnu zaštitu, podjela rada, nadopunjavanje javnog i privatnog, veze s HZZO-om, informatizacija kao neophodnost djelovanja. I tempom koji je svima nama dobro poznat. Dakle, postojala je vizija, postojao je način na koji će se taj segment zdravstvene zaštite razviti.

Tko su korisnici naših usluga? Gledajući javno i privatno imamo puno poveznica, međutim omjeri su nam različiti. Dakle, u javnome su to primarno osiguranici HZZO-a, poneki privatni pacijent i osiguranici nekih privatnih zdravstvenih osiguranja, pretežno je to Croatia osiguranje. U privatnome je pak situacija obrnuta, zavisno o tome u kojoj mjeri i u kojem postotku su vezani uz osiguravajuće kuće i da li su uopće vezani uz osiguravajuće kuće. Ako govorimo o primarnoj zdravstvenoj zaštiti u izuzetno visokom postotku, neki i u sekundarnoj i u tercijarnoj također preko 50 %, međutim ima ustanova u kojima su osiguranici HZZO-a u vrlo malom postotku ili ih uopće nema, gdje su čisto privatni pacijenti osnovni korisnici usluga zdravstvene zaštite. Uz to postoji veliki broj privatnih zdravstvenih osiguranja koje imaju svoje dobrovoljno zdravstveno osiguranje, koje pacijentima odnosno korisnicima usluga - sad ulazimo u jedan drugi termin: korisnicima usluga - omogućava da sami odaberu osiguravajuću kuću za dodatnu zdravstvenu zaštitu, a neke od privatnih ustanova imaju pak svoje karticu putem kojih korisnici tih kartica mogu ustanoviti, odnosno ostvariti zdravstvenu zaštitu.

Prihod privatnog zdravstva u ukupnom prihodu zdravstva u RH je minoran (3,5 %).

Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu izvanbolničku djelatnost Hrvatske liječničke komore kojem sam u ovome mandatu predsjednik na razini Hrvatske liječničke komore ima slijedeće područje djelovanja: 1. brine o kvaliteti, opsegu i organizaciji privatne prakse i ugovorne specijalističke izvanbolničke djelatnosti (dalje u tekstu: privatna praksa) te njihovoj integraciji u cjelokupnu zdravstvenu zaštitu, 2. daje mišljenje o opravdanosti osnivanja privatne prakse i trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost u osnovnoj mreži zdravstvene djelatnosti i izvan nje, 3. daje ministarstvu nadležnom za zdravstvo prijedlog za donošenje rješenja o prestanku odobrenja za obavljanje privatne prakse, 4. sudjeluje u davanju suglasnosti na pravilnik ministarstva nadležnog za zdravstvo kojim se određuju uvjeti pod kojima liječnici koji obavljaju privatnu praksu mogu u zdravstvenim ustanovama i trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, obavljati poslove iz svoje struke na temelju posebnog ugovora sa zdravstvenom ustanovom, odnosno trgovačkim društvom, 5. daje suglasnost na cijene zdravstvenih usluga iz opsega privatnog zdravstveno osiguranja koje određuje društvo za osiguranje, 6. zastupa interese svojih članova kod sklapanja ugovora s HZZO-om i drugim osiguravajućim društvima, 7. propisuje način oglašavanja i način isticanja naziva privatne prakse uz suglasnost ministarstva

nadležnog za zdravstvo, 8. svoj rad koordinira s ostalim tijelima Komore, 9. obavlja i druge poslove određene zakonom, Statutom te drugim općim aktima Komore.

Ovo je ono što nitko ne smije zaboraviti – "pacijent u središtu našeg interesa". Stalno se dičimo time i stalno želimo pacijenta staviti u fokus našeg interesa. Ali pacijent je taj koji će odabrati u konačnici gdje će ići tražiti zdravstvenu zaštitu. On će odabrati svog obiteljskog liječnika, on će nakon toga tražiti usluge u sekundarnoj i tercijarnoj i ići odabrati privatnu zdravstvenu uslugu. Da bi to mogli ostvariti, mi moramo svi zajedno raditi na maksimalnom iskorištavanju i nadogradnji ljudskog potencijala. Nas liječnika ima sve manje, nedostaje nas i sve smo stariji. Prosječna dob specijaliste u Hrvatskoj je 56 godina. 56 godina. Dogodit će nam se ulaskom u Europsku uniju da će sasvim sigurno dio naših mlađih kolega se odlučiti otići tražiti bolje uvjete. Na taj način ćemo još biti stariji u mogućnosti pružanja zdravstvene zaštite. To što će nam netko iz drugih krajeva doći kod nas raditi, ne mora nas uopće zabrinjavati, ne znači da to nisu stručni kolegice i kolege. Međutim, naići ćemo na problem jezika, suradnje, razumijevanja i kulture za čije rješavanje će trebati vremena. Bez ovakvog pristupa postojećem sadašnjem stanju, praktički od fakulteta pa nadalje nećemo moći ići naprijed i onda nam razgovor o privatnom i javnom će biti suvišan, jer će nedovoljan broj ljudi moći provoditi i jedno i drugo.

A ovo je ono što se ne samo u javnom nego i u privatnom sektoru mora provesti da bi oni koji odlučuju gdje će im se pružiti zdravstvena usluga mogli odabrati ono što misle da je najkvalitetnije, ali ne samo odabrati, nego i dobiti ono za što su uložili svoje novce kroz dugi niz godina izdvajanja i u trenutku kad su odabrali neko od osiguranja. Dakle, kategorizacija, akreditacija i certifikacija svih ustanova, ne samo javnozdravstvenih i ne samo bolnica, je nešto što će se morati provesti. To je proces koji neće biti jednostavan, ali postoje barem naznake putem kojih se to može učiniti. Vrlo jasni algoritmi medicinskih postupaka ovise samo o nama, ovise o našim stručnim društvima, to nam nitko drugi neće moć nametnut. Ako ih mi sami ne budemo izrekli, a postoje, i provodili, onda nam ni ekonomika zdravstva neće biti onakva kakva nam treba biti. Algoritmi su ključ poslovanja u zdravstvu. Naravno da moramo formirati i objektivne cijene, računajući realne troškove. Mora postojati transparentnost poslovanja, moraju se uključiti i druge privatne osiguravajuće kuće u razinu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sa sasvim sigurno određenim prilagodbama HZZO-a u tom segmentu.

I ovo zadnje je ključno, međutim to je stvar politike, kada će se odrediti košarica koja će pokrivati javno financiranje i što će izvan toga biti na tržištu, naravno ukoliko ostali uvjeti budu zadovoljeni.

Dok mi na ovaj način razgovaramo o javnome i privatnome, u inozemstvu, odnosno u Europskoj uniji su ovo pojmovi koji se sve češće definiraju i sve više razrađuju.

Dakle, modernizacija točno jasnih profesionalnih kvalifikacija, prava pacijenata u zemljama Europske unije obzirom da je transfer pacijenata i odluka gdje će se pacijenti unutar Europske unije liječiti nešto što je njihova odluka, direktiva o radnom vremenu. Da li mobilnost liječnika, odnosno mobilnost pacijenata može dati dovoljnu sigurnost u liječenju pacijenata. Provedena je nedavno studija u 17 europskih država sa vrlo različitim rezultatima o kvaliteti pružanja zdravstvene zaštite. Pritom nisu tranzicijske zemlje one koje najlošije pružaju zdravstvenu zaštitu po karakterizaciji pacijenata. Tu su se neke od poznatih zapadnoeuropskih zemalja pokazale nekvalitetnima. I ono što nam mora biti jasno, to znači da se osiguravajuće kuće sa svojim načinom osiguranja, koje će pacijenti odabrati, maksimalno približe korisnicima usluga kako u javnome tako i u privatnom sektoru.

I na samome kraju, vraćam se onome čime sam bio isprovociran u naslovu predavanja. Dakle, definitivno mi se kao liječnici bavimo jednom logikom i jednom etikom i jednim načinom liječenja. Sve drugo su insinuacije. Hvala Vam lijepa.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujemo dr. Mozetiču, koji je svakako bio, kao i uvijek, provokativan, pa će to, bez sumnje, biti dobar početak diskusije. A sada dozvolite mi da najavim mr. Silvanu Jager koja će nam reći nešto o problemima ili iskustvima u privatnom sektoru u bavljenju ljekarništvom. Naime, ljekarništvo se nerijetko zanemaruje u raspravama o sustavu zdravstva pa smo mr. Jager sa zadovoljstvom pozvali da nam kaže o svojim iskustvima, ne samo da zadovoljimo našeg vjernog partnera i dragog prijatelja mr. Usmianija, nego i da skrenemo pozornost na jedan dio priče o zdravstvu koji ponekad ima vrlo vrlo slične probleme. Gospođo Jager, izvolite.

Silvana Jager, mr.pharm.

Ravnateljica Zdravstvene ustanove "Ljekarna Jadran" Rijeka.

Zakonski propisi koje je donijelo Ministarstvo zdravlja, vezano uz osnivanje ljekarni i njihov rad, jednaki su za privatne ljekarne i za ljekarne u vlasništvu županija i Grada Zagreba. Sve ljekarne moraju imati Ugovor s HZZO-om, zadovoljavati iste normative u pogledu prostora, opreme i kadrova, moraju poštovati odluku HLJK o formiranju cijena lijekova i medicinskih proizvoda kada se ne izdaju na recept HZZO-a, moraju poštivati Popis kozmetičkih i drugih proizvoda koji služe za zaštitu zdravlja a koje mogu držati ljekarne. Zakoni vezani uz radne odnose također se u primjeni odnose na oba sektora.

Ljekarničke ustanove moraju imati upravna vijeća i tu nastaju prve razlike između privatnog sektora i ljekarni u vlasništvu županija i Grada Zagreba. Privatnik u upravno vijeće imenuje stručnjake iz određenih područja koji su i pomoć ravnateljima ustanova u vođenju poslovanja. Upravna vijeća ljekarni kojima je osnivač županija ili Grad Zagreb sastavljena su po političkom ključu i to u većinskom dijelu (tri od pet članova). Vrlo često se provodi stranačka politika koja nije uvijek u interesu uspješnog poslovanja ljekarničke ustanove.

Iako ljekarne nisu korisnici državnog proračuna, Ministarstvo zdravlja donosi razne propise, uredbe i sl. koje se odnose i na ljekarne, ali samo one u vlasništvu županija i Grada Zagreba. Spomenuti propisi ograničavaju djelovanje ljekarni i njihovo brzo prilagođavanje zahtjevima tržišta i dovode ih u nepovoljan položaj prema privatnom sektoru. Primjer je obvezna suglasnost Ministarstva zdravlja za zapošljavanje. Dobivanje takve suglasnosti traje tri do četiri mjeseca i ako vam u ljekarni radi jedna magistra farmacije, do dobivanja pozitivnog odgovora ljekarnu možete zatvoriti. Privatnik popunjava takvo radno mjesto za par dana.

Velike razlike postoje i u stimulativnom dijelu plaće, upravo zbog raznih propisa i kolektivnih ugovora koji obvezuju javni sektor, a u privatnom se većom fleksibilnošću taj dio bolje rješava i prilagođava potrebama poslovanja.

Oblik vlasništva u ljekarništvu nije nikad utjecao na visoku razinu ljekarničke usluge i ljekarničke skrbi, pa bi i sve ostale segmente poslovanja bitne za kvalitetu usluge trebalo izjednačiti u privatnom i javnom sektoru.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujem mr. Jager koja nam je približila dio koji se često u javnim raspravama zanemaruje. Sada mi je čast pozvati drugog "krivca" za ovaj okrugli stol, prof. Damira Miletića, inače pročelnika Katedre za radiologiju i predstojnika Kliničkog zavoda za radiologiju, predsjednika Stručnog vijeća KBC-a Rijeka, koji je u svojim vrlo oštrim i jasnim istupima i na Stručnom vijeću i na Fakultetskom vijeću skrenuo pozornost na problem koji je vrlo aktualan, pa je potaknuo i našu Katedra da okupi one koji žele raspraviti ovu temu na jednome mjestu. Profesore Miletić, izvolite.

Red prof. dr. sc. Damir Miletić, dr. med.

Pročelnik Katedre i predstojnik Kliničkog zavoda za radiologiju KBC Rijeka.

Hvala vam na uvodnim riječima. Nešto od ovoga sam već izlagao na skupu koji je bio medijski popraćen tako da će se nešto ponavljati. Pokušat ću se držati zadane teme, dakle javno-privatno partnerstvo. Ja sam naravno predstavnik ovog javnog sektora, radim u bolnici.

Kada govorimo o javnim zdravstvenim ustanovama, mislim da je neobično važan utjecaj medicinske struke na donošenje odluka u zdravstvenom sustavu. To mislim da je problem čitavog društva, dakle koliko stvarno struka utječe na donošenje bitnih odluka, a koliko utječu neke druge nestručne kategorije. Važno je također pitanje kvalitete medicinske usluge o kojoj treba voditi brigu. Kategorizacija bolnica je konačno provedena, ali sada se prema tome treba i postupati.

Održivost zdravstvenog sustava nije samo hrvatski problem. Naime, svima je jasno da je medicinska znanost toliko napredovala da je upitno koja ekonomija to može financijski pratiti. Uvriježeno je mišljenje u nas da svi imaju pravo na sve. Ipak, morate se zapitati hoćete li uložiti 5 puta više za novi lijek koji će 10 % poboljšati zdravstveno stanje populacije ili dati 50 % više za drugi lijek koji će popraviti zdravstveno stanje populacije za 500 %. Namjerno ne ulazim u detalje, ali netko mora odlučiti. Vjerojatno politika, sasvim sigurno ne pojedinac u zdravstvenom sustavu.

Gdje je ta granica i što nam je važnije? Novca za sve potrebe definitivno nema. Naime, znanost ide takvom progresijom da zdravstveni sustavi to ne mogu financijski pratiti. Naravno, racionalizacija podrazumijeva uključivanje struke kako bi štete bile što manje, ako morate nešto uskratiti nekome. Sve to naravno uključuje strategiju razvoja koji je uvijek problem u Hrvatskoj i mislim da su sve ovo preduvjeti da bi se moglo ući u ozbiljno javno-privatno partnerstvo. Tek našim definiranjem stvarnog interesa javnog sektora možemo govoriti gdje bi nam privatni partner bio potreban.

Dakle, kategorizacija je provedena. Privatnih zdravstvenih ustanova ima pregršt jer je dijagnostika krenula u nevjerojatnu ekspanziju. Dijagnostika je najzgodnija za takve oblike partnerstva, posebice radiološka. Hrvatsko društvo radiologa je postavilo pitanje pod kojim uvjetima javno-privatne ustanove sklapaju ugovore s HZZO-om. Jedan od bitnih problema je školovanja kadrova o kome se ne vodi briga kod ugovaranja ovakvih aranžmana.

Pokušat ću s primjerom: ja sam dokazano izvrstan poljoprivrednik, imam 3 velike farme i javljam se na natječaj za izgradnju autoputa u Slavoniji kojeg država raspisuje. Moj argument je časna riječ ja ću biti izvrstan i u izgradnji autocesta kao i na farmi. Ali ja nisam građevinar! A to se nama dešava. Dakle, novcem poreznih obveznika

(ugovorom s HZZO-om) kupujem vrhunsku radiološku opremu u ugovaram dijagnostiku, ali nemam radiologa. Pazite, za prosječnog radiologa potrebno je najmanje 5 godina onog temeljnog radiološkog obrazovanja, za iskusnog specijalistu još najmanje 5 godina. Hoćemo li naprosto uzeti radiologa iz javnog sektora u kojeg su uložena sredstva i dobiti ga besplatno? Eto protiv toga smo mi ustali, a ne protiv toga da privatnici rade dijagnostiku. Jasno je ta treba odrediti stroga pravila igre prije ugovaranja.

Ja i dalje mislim da sustav obrazovanja zdravstvenih djelatnika mora ostati pod državnom kontrolom. Dakle, nisam protiv privatnih škola i privatnih sveučilišta, ali država mora imati kontrolni sustav. Jer inače ulazimo u zonu koje je vrlo opasna i nesigurna.

Moje pitanje je: zašto Republika Hrvatska nema snage osnovati sveučilišnu bolnicu te povezati struku, znanost i obrazovanje, objediniti svoje snage s ciljem učinkovitog zdravstva? To je možda pravo pitanje za raspravu.

Cijena zdravstvene usluge, o tome se pričalo. Naravno HZZO kao jedan izdvojeni centar političke moći određuje cijene po svojim pravilima. Može li bolnica ili privatna ustanova većim opsegom posla zaraditi više - to je temeljno pitanje. Znači, da li šef, rukovoditelj, ravnatelj može stimulirati svojeg radnika da radi bolje da bi zaradili više. To ovaj sustav uopće ne poznaje. Zahvaljujemo ti se jer si jako dobar, mislit ćemo na tebe druge godine. Otpisujemo ti 31. 12. novce za sve što nisi odradio prema ugovoru, a ono što si odradio preko ugovora ti nećemo isplatiti. Iako da je tu gospodin Strizirep pored mene koji tvrdi da to nije tako, to je prava istina!

Znači: kako stimulirati ljude da rade bolje? Mi želimo raditi bolje. Naravno, biti tu za pacijenta, biti koristan, ali sustav nije tako podešen da bi mi bili stimulirani da radimo više, bolje i kvalitetnije. Da li kirurške sale popodne moraju biti zatvorene, da li radiologija može raditi po noći ili vikendom (kao u Španjolskoj - magnetska rezonanca radi cijelu noć)... Vi morate postaviti sustav koji stimulira da radite bolje, da taj ravnatelj dobije više novca, da on može više investirati itd. Morate pokrenuti pozitivni ciklus, a ne stalno pričati kako nemamo novca. Mislim gospodo draga imamo jako puno novca. Prema riječima jedno uvaženog njemačkog dekana mi imamo dvostruko više sveučilišta od Njemačke - na 1 milijun stanovnika 1 sveučilište, a u Njemačkoj na 2 milijuna 1 sveučilište. To je bilo tad. U međuvremenu Hrvatska je povećavala broj sveučilišta, čini mi se na 500.000 stanovnika 1 sveučilište. Znači li to da smo 4 puta bogatiji od Njemačke?

Dakle, mi potpuno krivo govorimo da novca nema. Mi ne znamo raspolagati, odnosno imamo potpuno krivi sustav raspolaganja novcem. Za ilustraciju, od 24. svibnja svi CT-ovi koštaju 480 kuna, svi magneti 960, što nije sporno - država nema novca.

Ali je sporno da CT mozga, primjerice, kojeg radiolog riješi za oko 5 minuta i MSCT angiografija periferije, gdje samo za rekonstrukcije slika potroši pola sata, košta istu cijenu. Mi smo kao struka predlagali plaćanje prema složenosti postupaka, međutim netko treći odlučuje. Kako su u HZZO-u odredili cijenu za PET-CT pretragu? Nije li Vam čudno da PET bez CT-a i sa CT-om košta isto? Zgodno. Nadalje, svi CT pregledi koštaju toliko, a za više od jedne regije cijena je 50 %. Znači radili ste CT toraksa i abdomena - da li ja 50 % slabije gledam trbuh kad sam riješio grudni koš ili mi pola vremena kraće treba za trbuh. Gdje je tu logika? Možete staviti bilo koju cijenu, ali dajte mi razumno objašnjenje. Nadalje, medicinska konzultacija koja uključuje specijalističko znanje i iskustvo liječnika za problem koji se u drugoj ustanovi ne može riješiti košta 24 kune. Gdje smo mi to došli?

Ovdje su prikazane cijene pretraga prema američkom "Medicare"-u. To je njihovo temeljno zdravstveno osiguranje (dostupno svima). Pogledajte CT mozga u Americi i u Hrvatskoj. Slažemo se da smo siromašni, naša cijena je trećina američke. Cijena magneta je također trećina američke. Međutim, neobično je da je cijena PET-CT-a veća nego u Americi. Slučajno se baš taj PET-CT uopće ne može raditi u hrvatskim bolnicama, nego u jednom izdvojenom centru koji ima poseban ugovor s HZZO-om. Onda dolazi jedna izmjena 18. kolovoza - jedna jedina CT pretraga se izdvaja i to je MSCT koronarografija. Ja nažalost nemam vremena objašnjavati koliko je to metoda po ničemu kompliciranija od jedne periferne angiografije ili bilo koje druge složenije CT pretrage. Ona košta prema HZZO-u 2.500 kn, a svaki drugi CT pregled je 480 kn. MSCT koronarografija je pretraga koja ima izvrsnu negativnu prediktivnu vrijednost. Za nemedicinare, ona je jako dobra za ustanoviti da ste zdravi. Čim ona da nekakav suspektan nalaz morate ići na koronarografiju. Ona bi vjerojatno za ove naše studente dala uredan nalaz, već za mene, koji imam 50 godina i pod priličnim sam stresom teško. Pitanje je koliko ona treba ili ne treba, ali otprilike sam Vam dao slikovito kakva je to metoda i koliko je ona neophodna hrvatskom zdravstvu. Toliko je neophodna da je 5 puta skuplja od drugih CT pretraga. A mi, dragi moji, nemamo ni aparaturu za tu pretragu danas u hrvatskim bolnicama. Imaju je neke druge zdravstvene ustanove koje neobičnim načinima kupuju vrhunsku radiološku opremu novcem poreznih obveznika, a da nemaju zaposlenog radiologa u trenutku objave natječaja! To je hrvatska realnost.

Kada govorimo o privatnicima, oni kad zavore ordinaciju završavaju s poslom do drugog jutra, a to je novi radni dan. Nama ostaju bolesnici tijekom noći, vikendima i blagdanima. Nemojte to zaboraviti. To je javni sektor. To je neophodno našem bolesniku. I ne može on biti tretiran na taj način kilo CT-a pošto-poto pa ako si u stanju dobro, a ako ne, čuj, što možemo, nećemo ti to moći napraviti. Tek plaćanjem

prema stupnju složenosti (barem 10 kategorija je razdvojeno u drugim zemljama) možete imati koliko-toliko realnu cijenu.

Glede listi čekanja, kakva je svrha pretrage nakon osam mjeseci? Koje su indikacije? Dakle, da li imamo dvije etike? Definitivno se slažem da nemamo dvije etike, ali tu možemo imati određenih problema. Primjerice, čemu neopravdani sistematski pregledi koji nisu stručno utemeljeni. Naravno, mamografija ne spada u to. Ona je standardizirana kao probir za karcinom dojke, tu je probir za karcinom debelog crijeva i sl. Ne govorim o tome, govorim o nekim pregledima tipa *whole-body* MRI kao sistematski pregled. To nema znanstvenog utemeljenja. Međutim, ja Vas pitam: da li mi nemamo novca za opremu, a imamo za rasipanje na nepotrebne pretrage?

Da zaključimo temu: tko štiti interes javnog sektora? To su prije svega vlasnici, Ministarstvo ili lokalna samouprava, a zatim ravnatelji i medicinska struka. Pitanje je koliko ta struka može utjecati, recimo preko svojih Stručnih vijeća na donošenje odluka. Tko uopće sluša mišljenje struke? Ja mislim da je zapravo pitanje koja je perspektiva. Mislim da to isključivo ovisi o javnom sektoru. Privatni sektor ima vrlo jasno iskazan interes, vrlo jasne ciljeve i vrlo dobro razrađene mehanizme. Javni sektor je taj koji će odrediti sudbinu javnih ustanova poput hrvatskih bolnica. Hoće li one postati ubožnice, ili ćemo mi od milijun bolnica stvoriti pet referentnih pa ćemo biti konkurentni i imati za hrvatskog pacijenta vrhunske javnozdravstvene ustanove. To je kamen spoticanja svima.

Hvala za pažnji.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujemo prof. Miletiću. Mislim da se polako, od jednog izlagača do drugoga, sve više fokusiramo na tezu koja nam svima pomaže u razjašnjavanju pravoga problema, a to je upravo da je ova dvojba koja je istaknuta i u podnaslovu skupa, zapravo lažna dvojba. Dvije etike ne postoje, vjerojatno niti dvije logike, ali postoje neetični pojedinci i u javnom sektoru i u privatnom sektoru koji rade određene pogreške, najčešće ne samo na štetu pacijenata nego cijelog društva.

Zadovoljstvo mi je predstaviti sljedećeg uvodničara, diplomiranog ekonomista Ivana Lukovnjaka. Dakle, imamo sada drugoga ekonomista koji nam danas izlaže, inače suradnika i dugogodišnjega vrlo aktivnoga člana Udruge poslodavaca u zdravstvu, koji će nam reći o problemima financiranja zdravstvenih ustanova u javnom i privatnom sektoru, dakle, o temi o kojoj je on vrhunski ekspert.

Ivan Lukovnjak, dipl.oecc.

Stručni suradnik Udruge poslodavaca u zdravstvu.

Odnos javnog i privatnog sektora u zdravstvu sve češća je tema kojom se bave liječnici, pravnici i ekonomisti. S obzirom na različite struke, logično je i normalno da pristupi uvijek nisu isti, a prisutne su i razlike u stavovima i zaključcima.

Činjenično stanje je takvo da se privatni sektor u zdravstvu razvija te da je sve prisutniji u svim vidovima zdravstvene zaštite i u svim zakonom predviđenim organizacijskim formama.

Tematiku uloge i mjesta privatnog sektora u sustavu hrvatskog zdravstva te odnose između javnog i privatnog sektora moguće je prikazati kroz razradu o vlasničkoj strukturi privatnog sektora, prisutnost privatnog sektora u zdravstvenoj zaštiti, specifičnosti privatnog sektora, komparativne prednosti privatnog sektora naspram javnog sektora, prisutnost privatnog sektora na tržištu, razloge ugovaranja sa HZZO-om te kroz ulogu i mjesto privatnog sektora na tržištu

Vlasnička struktura privatnog sektora

Vlasnička struktura u slučaju zdravstvenih ustanova može bitno utjecati na uvjete i rezultat poslovanja. Razlike u uvjetima poslovanja nisu prisutne samo kod privatnih zdravstvenih ustanova, one su prisutne i kod javnih zdravstvenih ustanova.

Javne zdravstvene ustanove prema kriteriju vlasništva možemo podijeliti na:

- zdravstvene ustanove u vlasništvu države
- zdravstvene ustanove u vlasništvu županije i Grada Zagreba
- zdravstvene ustanove u vlasništvu grada (SB Lopača – Grad Rijeka)

Iako su sve javne zdravstvene ustanove ugovorni partner HZZO-a i trebaju ostvarivati prihode prema istim kriterijima, očito je da uvjeti i rezultati poslovanja nisu isti, tako da npr. bolničke ustanove u vlasništvu države iskazuju povoljnije rezultate poslovanja od bolničkih ustanova u vlasništvu županije. Razlog ovakvom stanju treba tražiti u strukturi vlasništva odnosno mogućnosti utjecaja na zdravstvenu politiku u cjelini.

Kada govorimo o privatnim ustanovama možemo govoriti o četiri tipa zdravstvenih ustanova prema kriteriju vlasničke strukture:

- zdravstvene ustanove u vlasništvu osiguravajućih društava
- zdravstvene ustanove u vlasništvu trgovačkih društava
- zdravstvene ustanove u vlasništvu pojedinaca ili grupe pojedinaca
- privatna praksa osobnim radom

U ovom slučaju, tip ustanove i vlasnička struktura te sam vlasnik ovih ustanova u mnogome determiniraju uvjete i rezultat poslovanja. Primjer su zdravstvene ustanove u vlasništvu osiguravajućih društava gdje je nesporno da takva zdravstvena ustanova ima veću financijsku stabilnost i sigurnost od one koja djeluje samostalno. Kad već govorimo o osiguravajućim društvima, potrebno je istaknuti jednu specifičnost Hrvatske u odnosu na zemlje EU. U zemljama EU nije karakteristično da osiguravajuća društva osnivaju velike zdravstvene ustanove jer se postavlja pitanje bavi li se osiguravajuće društvo pružanjem zdravstvenih usluga ili uslugama osiguranja. U europskoj praksi je uobičajeno da osiguravajuća društva imaju vlastite zdravstvene ustanove, no ove ustanove zadovoljavaju maksimalno 15 % potreba osiguranika za zdravstvenim ustanovama. Preostalih 85 % potreba osigurava se ugovorom između osiguravajućeg društva i privatnih ili javnih zdravstvenih ustanova. Kod nas se događa da pojedina osiguravajuća društva 80 do 90 % potreba za zdravstvenim uslugama zadovoljavaju u vlastitim zdravstvenim ustanovama pa se stječe dojam da ove osiguravajuće kuće prodaju zdravstvene usluge, a ne usluge osiguranja.

Kada govorimo o privatnim zdravstvenim ustanovama, učestala je situacija da su zdravstvene ustanove u vlasništvu trgovačkih društava. Razlog ovakvoj situaciji leži u činjenici da zdravstvena ustanova nije obveznik PDV-a na zdravstvene usluge, dok je trgovačko društvo obveznik primjene Zakona o PDV-u. Učestala je situacija da su trgovačka društva vlasnici prostora i opreme te da prilikom osnivanja zdravstvene ustanove iste daju u korištenje u obliku najma. Postojeći Zakon o ustanovama zdravstvene ustanove, pa tako i privatne zdravstvene ustanove, tretira kao neprofitne i u slučaju ostvarivanja viška prihoda ili dobiti obvezuje vlasnika da istu reinvestira odnosno ulaže u unapređenje poslovanja zdravstvene ustanove. U situaciji kada privatna poliklinika ne može podići ostvarenu dobit, rješenje se nalazi u situaciji da osnivač i vlasnik zdravstvene ustanove budu trgovačko društvo i da se ostvarena dobit poliklinike iskaže kao dobit trgovačkog društva te se na taj način omogući njezina isplata.

Na tržištu zdravstvenih ustanova prisutne su i zdravstvene ustanove u vlasništvu pojedinaca i grupe pojedinaca. Na kraju na tržištu zdravstvenih usluga prisutna je i forma privatne prakse osobnim radom koja je najprisutnija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Determinante uvjeta i rezultata poslovanja

Kada se radi o privatnom sektoru motivi osnivanja zdravstvenih ustanova nisu isti kao i kod osnivanja javnih zdravstvenih ustanova. Privatna zdravstvena ustanova osniva se da bi obavljanjem svoje djelatnosti ostvarivala prihode i interes osnivača –

vlasnika što, drugim riječima, znači da se privatna zdravstvena ustanova neće osnovati u djelatnosti koja ne garantira pozitivno financijsko poslovanje. U slučaju da se javi poremećaj u poslovanju privatne zdravstvene ustanove događaju se potrebne strukturne promjene, kako u vlasničkoj strukturi tako i u strukturi instaliranih kapaciteta – djelatnosti, a sve s ciljem stabilnog financijskog poslovanja.

Očito je da su uvjeti i rezultat poslovanja nešto što je od značajnog interesa za vlasnika zdravstvene ustanove. Kako se susrećemo s različitim uvjetima i rezultatima poslovanja zdravstvenih ustanova, sve češće je pitanje što je to što utječe na rezultat i uvjete poslovanja. Na rezultat i uvjete poslovanja zdravstvene ustanove prije svega utječe zdravstveno stanje populacije. O zdravstvenom stanju populacije ovisi opseg i struktura traženih zdravstvenih usluga odnosno potražnja za zdravstvenim uslugama.

Kod privatnih zdravstvenih ustanova koje nemaju ugovor s HZZO-om, s obzirom na sistem financiranja, od bitnog značaja je kupovna moć stanovništva koja predstavlja potražnju.

Uvjeti i rezultat poslovanja ovise i o strukturi djelatnosti kojom se bavi zdravstvena ustanova. Poznato je da pojedine djelatnosti iziskuju veće ili manje materijalne troškove. Tako su npr. uz djelatnost kirurgije vezane materijalno intenzivne usluge što znači da povećanje broja usluga automatski rezultira odgovarajućim povećanjem materijalnih troškova. Za internističke grane djelatnosti karakteristične su radno intenzivne usluge što u praksi znači da povećanje broja usluga nije praćeno odgovarajućim povećanjem materijalnih troškova. Pri svemu tome pomalo je apsurdno, ali je neosporno da trošak radne snage kod javnih zdravstvenih ustanova predstavlja fiksni trošak odnosno da je nepromjenjiv u odnosu na ostvareni opseg rada i opseg pružanih usluga.

Kod bolničkih ustanova na uvjete i rezultat poslovanja utječe broj instaliranih odnosno ugovorenih bolničkih postelja. Dok javne bolničke ustanove gotovo sve instalirane kapacitete ugovaraju sa HZZO-om, privatne bolnice samo jedan manji dio posteljnih kapaciteta ugovaraju sa HZZO-om.

Struktura kazuistike također je jedna od determinanti uvjeta i rezultata poslovanja zdravstvene ustanove, isto kao i stupanj iskorištenosti instaliranih kapaciteta. Zdravstvene ustanove, a prije svega bolničke zdravstvene ustanove, predstavljaju rigidne poslovne subjekte koji teško reaguju na promjene po pitanju opsega i strukture pružanih usluga. Rigidnost bolničkih ustanova vezana je uz strukturu njihovih troškova. Što je veći udio fiksnih troškova, to je rigidnost u poslovanju veća. Drugim riječima, bilo kakve promjene u strukturi i opsegu pružanih usluga nepovoljnije se reflektiraju na bolničke zdravstvene ustanove u odnosu na druge zdravstvene ustanove koje ne predstavljaju tako rigidan poslovni subjekt. Fiksni troškovi u biti pred-

stavljaju troškove instaliranih kapaciteta te je osnovni cilj da instalirani kapaciteti budu korišteni u što većem postotku.

Organizacija rada također predstavlja jednu od determinanti uvjeta i rezultat poslovanja. S obzirom na visoki udio troškova za zaposlene u ukupnim troškovima, efikasnom organizacijom moguće je ove troškove optimizirati.

Kod karakteristika prostornih kapaciteta, kao determinante uvjeta i rezultata poslovanja, privatne zdravstvene ustanove su u prednosti u odnosu na javne. Privatne zdravstvene ustanove uglavnom su novijeg datuma, pa su i, građevinski gledano, primjerene zdravstvenoj djelatnosti. U javnom sektoru ima niz objekata koji nisu primjereni zdravstvenoj djelatnosti te uzrokuju visoke troškove poslovanja. Činjenica da zdravstvena ustanova raspolaže monolitnom objektom ili je paviljonskog tipa direktno utječe na uvjete ili rezultat poslovanja. Ekstremni primjer je Opća bolnica Pula koja radi na dvije bitno udaljene lokacije, zbog čega ostvaruje dodatne troškove poslovanja od oko 700.000 kuna mjesečno.

Prisutnost privatnog sektora u zdravstvenoj zaštiti

Privatni sektor javlja se u svim segmentima zdravstvene djelatnosti. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti prisutni su koncesionari, no značajan je broj privatnih ustanova za njegu u kući. U najnovije vrijeme pojavljuju se privatne ustanove koje se bave sanitetskim prijevozom. Privatne ustanove najzastupljenije su u ljekarničkoj djelatnosti gdje susrećemo privatne ljekarničke ustanove i privatne ljekarne.

U vanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti koja se odnosi na specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu susrećemo se sa privatnim poliklinikama i trgovačkim društvima. Broj trgovačkih društava koja se bave pružanjem zdravstvenih ustanova je malen iz razloga što su zdravstvene usluge pružene kroz formu trgovačkog društva opterećene PDV-om. Na primjeru zdravstvenih ustanova koje pružaju trgovačka društva dolazi do izražaja nedosljednost Zakona o PDV-u odnosno miješanje funkcionalnog i institucionalnog pristupa.

Sve je veći broj privatnih bolničkih ustanova s time da su vlasnici istih ili trgovačka društva ili grupa pojedinaca.

Na primjeru Zadarske županije možemo zaključiti da je privatni sektor najzastupljeniji u segmentu primarne zdravstvene zaštite. Čak 62 % timova opće obiteljske medicine predstavljaju koncesionari odnosno privatne osobe.

Specifičnosti privatnog sektora

Specifičnost privatnog sektora prije svega se očituje kroz prisutnost vlastitih ulaganja. Ni u kom slučaju nije isto ulaže li pojedinac ili grupa pojedinaca ili ulaže li država ili županija. Odnos prema investiranju u navedenim slučajevima nije isti.

Kod privatnih zdravstvenih ustanova jedan od troškova poslovanja je trošak amortizacije. Kod javnih zdravstvenih ustanova je 1994. godine odlukom ministra zdravstva kao tekući je trošak ukinuta amortizacija. Na taj način umjetno su smanjeni ukupni troškovi za oko 10 % koliko je tada iznosio udio troškova amortizacije u ukupnim troškovima. Ovakav potez doveo je do apsurdne situacije da novonabavljena oprema cijelom svojom vrijednošću tereti poslovanje u razdoblju kada je nabavljena. Kod privatnih ustanova nabavka opreme ne tereti samo godinu nabave nego sve one godine koje su obuhvaćene amortizacijskim rokom. Iz prethodno navedenog proizlazi da je privatnom vlasniku itekako važno da cijena opreme bude što niža, uz neosporni uvjet kvalitete, jer će na taj način njegov trošak tekućeg poslovanja, u narednim razdobljima biti manji.

Isključivanje amortizacije iz tekućih troškova poslovanja imalo je za posljedicu izmjenu kalkulacije odnosno cijene zdravstvene usluge. Cijene su smanjene što u nepovoljni položaj dovodi privatne zdravstvene ustanove koje imaju ugovor s HZZO-om i koje amortizaciju obračunavaju kao tekući trošak. Uvođenjem sredstava za decentralizirane funkcije kao supstituta amortizacije došlo je do toga da pojedine zdravstvene ustanove decentraliziranim sredstvima nisu pokrile niti 60 % amortizacije, a da postoje ustanove kod kojih su decentralizirana sredstva veća od amortizacije za 30 % posto i više.

Specifičnost privatnog sektora očituje se i kroz tretman eventualnog gubitka u poslovanju. Poznato je da se gubici javnih ustanova pokrivaju putem namjenskog novca iz državnog proračuna, te da niti jedna javna zdravstvena ustanova nije došla u situaciju da prestane s radom zbog gubitka. Kod privatnih zdravstvenih ustanova gubitak u cijelosti pokriva vlasnik te snosi i sve daljnje rizike vezane uz to. U razdoblju od 2004. do 2008. godine na sanaciju poslovanja javnih zdravstvenih ustanova utrošeno je oko 10 milijardi kuna. Prema tome, u ovom segmentu poslovanja postoji značajna razlika između privatnog i javnog sektora.

Način osiguravanja stručnih kadrova odnosno strukturu zaposlenika također možemo smatrati jednom od specifičnosti privatnog sektora. Kadrovski potencijali uglavnom se uzimaju iz javnog sektora, a preuzimajući kadrove iz javnog sektora preuzimaju se i navike koje je taj kadar stekao u javnom sektoru. Mogući problemi proizlaze iz načina razmišljanja djelatnika preuzet iz javne ustanove jer je sistem funkcioniranja i načina rada u privatnoj zdravstvenoj ustanovi dosta drugačiji. Kako

bi se izbjegli spomenuti problemi bit će nužno da privatni sektor odgoji vlastite kadrove koji će od početka svog rada prihvatiti principe i način rada u privatnim sektoru. Ovo će biti izuzetno skupo za privatne ustanove jer proces edukacije traje dugo i uglavnom se obavlja izvan privatne ustanove. Privatne ustanove koje rad i poslovanje temelje na vlastitim kadrovima mogu potvrditi tezu da je uvjet uspješnosti privatne zdravstvene ustanove na razvijanju vlastitih kadrovskih potencijala.

Za razliku od javnih ustanova koje poslovanje vode po načelima budžetskog knjigovodstva, privatne zdravstvene ustanove vode po načelima profitnog knjigovodstva. To u praksi znači da je u javnim ustanovama prihod samo naplaćeni prihod dok je privatnim ustanovama prihod samo ispostavljena faktura. Primjena profitnog knjigovodstva može imati za posljedicu iskazivanje pozitivnog rezultata, ostvarivanje dobiti uz neodgovarajući novčani tijek.

Za razliku od javnih ustanova kod kojih se novac za investicije osigurava putem decentraliziranih sredstava ili iz namjenskih sredstava Ministarstva zdravlja, kod privatnih zdravstvenih ustanova novac za investicije mora osigurati vlasnik.

Komparativne prednosti privatnog sektora

Sa stanovišta efikasnosti poslovanja prednostima privatnog sektora možemo smatrati slijedeće:

- *Mogućnost investiranja u prostor i opremu vlastitim i kreditnim sredstvima.* Neosporno je da privatni vlasnik odluku o investiranju određenih sredstava donosi nakon sveobuhvatnih detaljnih procjena i analiza koje se očituju kroz izradu visibility studije. Nasuprot tome, u javnom sektoru nisu strane investicije koje se u fazi eksploatacije u cijelosti ne koriste. Poznati su primjeri nabavke skupe i složene opreme koja se u radu koristi sa 50 do 60 posto mogućnosti odnosno instaliranog kapaciteta.
- *Izbor profitabilnih, a zaobilazanje manje profitabilnih djelatnosti* također je jedna od komparativnih prednosti privatnog sektora. Za razliku od javnog sektora koji svoje kapacitete dimenzionira prema potrebama populacije, neovisno o isplativosti i profitabilnosti, privatni sektor može zaobići manje profitabilne djelatnosti i koncentrirati se na profitabilnije. Teško je zamislivo da se u Hrvatskoj osnuje privatna bolnica za opekline, ili privatna bolnica za traumatologiju. Ovo su djelatnosti koje su zbog svoje prirode neprofitabilne. Za razliku od prethodno navedenih djelatnosti, dijagnostičke djelatnosti se smatraju profitabilnim djelatnostima i zato najveći broj zdravstvenih ustanova predstavlja poliklinike s jakim dijagnostičkim kapacitetima.

- *Ulaganje kapitala u najnovije tehnologije.* Poznato je da posjedovanje dijagnostičkih aparata najnovije tehnologije privlači korisnike zdravstvenih ustanova i da, kao takvo, predstavlja komparativnu prednost. Sloboda ulaganja u privatnom sektoru omogućuje da se kapital plasira u tom smjeru.
- *Stimulativan način vrednovanja rada.* Za razliku od javnog sektora gdje je sistem vrednovanja rada po principu "radio, ne radio – ista plaća", privatne zdravstvene ustanove u svoje poslovanje mogu implementirati sisteme vrednovanja rada po principu fiksnog i varijabilnog dijela odnosno stimulacija.
- *Potpuna informatizacija.* Privatne zdravstvene ustanove, svjesne potrebe za pravovremenim informacijama, uvele su integralne informacijske sustave što još nije slučaj kod javnih zdravstvenih ustanova.
- *Reakcija na pojavu promjena.* Privatne zdravstvene ustanove predstavljaju elastičnije poslovne subjekte od javnih zdravstvenih ustanova te kada dođe do određenih promjena, privatna se zdravstvena ustanova daleko lakše prilagodi novonastaloj situaciji. Pri tome mislimo čak i na promjenu strukture kapaciteta odnosno na mogućnost nadogradnje kapaciteta.

Prisutnost privatnog sektora na tržištu

I javne i privatne zdravstvene ustanove mogu se javiti kao ugovorni partner HZZO-a i ostvarivati prihode prema istim principima i kriterijima.

Privatne zdravstvene ustanove mogu se javiti kao ugovorni partner HZZO-a u jednom dijelu svojih kapaciteta uz istovremeno sudjelovanje na slobodnom tržištu zdravstvenih usluga sa preostalim djelom svojih kapaciteta.

Najveći broj privatnih zdravstvenih ustanova svim svojim kapacitetima izložen je slobodnom tržištu i rizicima koje tržište nosi. Za privatnu zdravstvenu ustanovu najpovoljnija varijanta je da dio instaliranih kapaciteta ugovara sa HZZO-om, a da dio nudi na slobodnom tržištu. Istovremeno ova varijanta izaziva najviše negativnih komentara i diskusija.

Orijentacija privatnih zdravstvenih ustanova na ugovaranje s HZZO-om ili na slobodnom tržištu najvećim dijelom vezana je uz prisutne instrumente financiranja od strane HZZO-a i cijena na slobodnom tržištu. Ocjenu pojedinog instrumenta financiranja trebali bi davati ekonomisti, a ne liječnici, a sama ocjena instrumenta financiranja ovisi o tome u kojoj mjeri instrument financiranja uvažava pokriće planiranih troškova. Ovo je posebno bitno kod korekcije instrumenata financiranja do kojih dolazi zbog promjena cijene pojedinih inputa. U zadnje vrijeme korekcija instrumenata financiranja provođena je isključivo po osnovu korekcije cijene rada, a u potpunosti je zanemarena korekcija po osnovu rasta materijalnih troškova.

Razlozi ugovaranja sa HZZO-om

Ako promatramo tržište zdravstvenih ustanova, možemo reći da se na godišnjoj razini za zdravstvene usluge utroši oko 18.600 milijuna kuna. HZZO ugovornim partnerima za pružene zdravstvene usluge osigurava 18.000 milijuna kuna dok se na slobodnom djelu tržišta za zdravstvene usluge troši oko 600 milijuna kuna. Koncentracija sredstava kod HZZO-a privlači potencijalne poslovne partnere – privatne zdravstvene ustanove.

Evidentno je da postoje nedostatni kapaciteti javnog sektora tako da HZZO ugovorima sa privatnim sektorom osigurava potrebne kapacitete zdravstvene zaštite za svoje osiguranike. Nedostatak instaliranih kapaciteta očituje se kroz podatke o listama čekanja.

Privatne zdravstvene ustanove interesantne su za HZZO iz razloga što raspoložu kvalitetnim kapacitetima te uz istu cijenu svojim osiguranicima osiguravaju kvalitetniju uslugu.

Stupanj iskorištenosti instaliranih kapaciteta jedan je od motiva zašto privatne ustanove ulaze u ugovorne odnose sa HZZO-om. Niska iskorištenost kapaciteta na slobodnom tržištu, zbog već spomenute strukture troškova, nameće nužnost povećanja iskoristivosti kapaciteta koja je moguća putem ugovora s HZZO-om pa i uz nižu cijenu usluga od onih na tržištu. Povećanjem iskorištenosti kapaciteta fiksnog troška po usluzi se smanjuje te se na taj način osiguravaju preduvjeti za uspješno poslovanje.

Ugovor sa HZZO-om osigurava kontinuirani priljev bolesnika i novaca. To je nešto što je vrlo značajno za poslovanje jer eliminira značajne rizike u poslovanju odnosno izbjegava rizike karakteristične na slobodnom tržištu.

Uloga i mjesto privatnog sektora na tržištu

Na tržištu zdravstvenih usluga privatni sektor je komplementaran javnom sektoru u segmentu obveznog zdravstvenog osiguranja i ne treba ga tretirati kao konkurenciju javnom sektoru što, nažalost, mnogi čine.

Privatni sektor u funkciji je proširenja dijapazona usluga javnog sektora jer je očito da privatni sektor pruža i dio usluga koje javni sektor nije u mogućnosti pružati. Privatni sektor u mogućnosti je pružati usluge koje predstavljaju nadstandard u odnosu na usluge koje pruža javni sektor te na taj način može privući korisnike višeg imovinskog statusa.

Problemi sa financiranjem javnog zdravstva doveli su do situacije da privatni sektor sve češće uvodi nove tehnologije pa tako i nove zdravstvene usluge koje javni sektor još nije u mogućnosti pružati.

S obzirom da su javne zdravstvene ustanove sve svoje kapacitete ugovorile sa HZZO-om nisu u mogućnosti pružati zdravstvene usluge koje nisu obuhvaćene obveznim zdravstvenim osiguranjem pa to onda čine privatne zdravstvene ustanove.

Broj zdravstvenih usluga pružen osobama iz drugih zemalja za sada je relativno mali, no za očekivati je da će ulaskom Hrvatske u EU potražnja za zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj biti povećana. Također je za pretpostaviti da će te usluge uglavnom biti ostvarene u privatnim zdravstvenim ustanovama.

Zaključna razmatranja

Temeljem svega prethodno navedenog, privatni sektor treba promatrati kao komplementaran javnom sektoru, a ne kao njegovu konkurenciju te je potrebno ublažiti određene stavove i procjene vezane uz privatni sektor.

Osnovno obilježje privatnog sektora je vlasnička struktura, a ne struktura pružanih usluga. To u praksi ne znači da privatne zdravstvene ustanove ne bi trebale sklapati ugovore sa HZZO-om odnosno da bi svoje usluge trebale pružati isključivo na slobodnom tržištu.

Za pretpostaviti je da se privatni sektor uključuje u ugovorne obveze sa HZZO-om kada HZZO utvrdi da javne ustanove ne raspolažu svim potrebnim kapacitetima. Opseg i strukturu zdravstvene zaštite koju ugovara HZZO utvrđuje Ministarstvo zdravlja i sam HZZO. Usporedbom sa instaliranim kapacitetima javnih zdravstvenih ustanova utvrđuju se nedostatni kapaciteti u javnom zdravstvenim ustanovama i pokreće postupak ugovaranja sa privatnim zdravstvenim ustanovama.

Privatni sektor ugovara zdravstvenu zaštitu sa HZZO-om pod istim uvjetima kao i javni sektor. Prema tome, nema mjesta mišljenjima da su privatne zdravstvene ustanove privilegirane odnosno da ugovore zaključuju pod povoljnijim uvjetima. Način obračunavanja i plaćanja zdravstvenih usluga definiran je aktima HZZO-a, a odredbe su jedinstvene kako za javni tako i za privatni sektor.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujem gospodinu Lukovnjaku. Istina je da je prekoračio vrijeme, ali je to bilo toliko važno izlaganje da nam je bez sumnje pomoglo u razmišljanjima i, na kraju krajeva, u fokusiranju ili povratku na tezu da dvije logike možda ipak postoje i da o njima kao takvima treba razmišljati.

A sada bih prepustio podij našem posljednjem izlagачu. To je Leonardo Bressan, dr. med., glavni tajnik Koordinacije hrvatske obiteljske medicine, predsjednik Skupštine koncesionara Primorsko-goranske županije, koji je toliko aktivno diskutirao prošli put da smo ga unaprijedili u uvodničara. Izvolite.

Leonardo Bressan, dr. med.

Glavni tajnik Koordinacije hrvatske obiteljske medicine i predsjednik Skupštine koncesionara Primorsko-goranske županije

Evo ovako. Biti na kraju nikad nije zahvalno. Prvo, meni je drago da je tu gospođa Avberšek. Jedino mi je žao što nema državnog tajnika, jer bi bilo onda još interesantnije. Nadam se da smo zapamtili sve ono što je do sad izrečeno u ovim izlaganjima. Ja to vidim kao 4 odnosno 5 pogleda na jednu kućicu kroz prozore, kroz krovne prozore na ono što je u kući. Ja ću pokušat drugim pristupom da pogledam iznutra prema van. Ako sam u kući, što imam oko sebe i što me čeka vani... E, pa da započnemo s onim težim dijelom.

Znači, tranzicija - ja sam si zapisao da ne idem u širinu - tranzicija kao suvremeni društveni proces, u kojem jesmo još uvijek, ostavlja pred današnjom Hrvatskom brojne izazove. Svjedoci smo takozvane "racionalizacije" u zdravstvenom sustavu u ovom ili onom obliku i to traje od početka devedesetih, pa je onda '93. osnovan državni osiguravatelj kroz, evo, četiri reformska pokušaja. Vidimo da zdravlje sve više postaje tržišno, a ne zajedničko dobro.

Povijest hrvatskog zdravstva mi ugrubo možemo podijeliti na dva razdoblja: prije i nakon uvođenja tzv. racionalizacije. Nekadašnji decentralizirani sustav samoupravnih interesnih zajednica u zdravstvu, tzv. SIZ-ova - oni koji su malo stariji kao mi se toga sjećaju - jeste sa viškom osoblja i izraženom regionalnom neravnotežom u financiranju i standardima zdravstvene zaštite, pretvoren u centralizirani sustav u kojemu uz pružanje zdravstvenih usluga uz javni sve više sudjeluje i privatni sektor.

Međutim, unatoč nekim minimalnim pozitivnim promjenama, zdravstvo je i dalje uočeno s velikim problemima. Većina je reformi posljednjih godina bila usredotoče-

na isključivo na ograničavanje rasta troškova. Posljedica toga je bila prebacivanje sve većeg dijela troškova na građane i neprekidno premještanje, kako ih mi zovemo, "vatrogasnih mjera" iz jednog dijela zdravstvenog sustava na drugi. Većina stanovnika i profesionalaca u zdravstvu dan-danas je nezadovoljna situacijom o čemu i svjedoči ova današnja rasprava. Kao i u većini bivših socijalističkih zemalja kod nas rasprave o zdravstvenoj politici i reformama obično započinju uvijek na prvi pogled nekompatibilnim pretpostavkama. Da je pristup zdravstvenoj zaštiti besplatan i za sve jednak. Članak 58 Ustava kaže: svakom se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom. To je sve lijepo deklarativno sročeno. No, iskustva kažu da će ljudi trošiti u svemu veću količinu nekog dobra i usluge ako se cijena tog dobra ili usluge smanji. U zdravstvenoj zaštiti koja pokriva sve troškove tipičan je primjer ovakvog dobra.

Vidimo da su prije racionalizacije u zdravstvu postojala samo dva aktera, znamo to dobro: liječnik i pacijent. Njihov je međusobni odnos bio profesionalan, zasnivao se na povjerenju, uključivao kvalitetnu komunikaciju. Liječnikov pristup je bio individualiziran, a u prvome je planu bila dobrobit pacijenta kao pojedinca bez obzira na platežne mogućnosti. U donošenju odluka o liječenju liječnik je bio potpuno samostalan, njegove su odluke bile plod vlastitih prosudbi, stanja pacijenta, njegova zdravlja ili bolesti, utemeljeni na prikupljenom znanju ovdje na fakultetu, komunikaciji s pacijentom i praktičnom iskustvu. O tome nam svjedoči tradicija hrvatske obiteljske medicine i Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar, koja je bila nadaleko poznata diljem svijeta.

No do čega smo došli danas? Racionalizacija u zdravstvu u zdravstvo unosi formalne elemente racionalnosti. To mijenja sve pa i profesionalno ponašanje liječnika. Racionalizacija! Osnovni generator nezadovoljstva građana dostupnim oblicima zdravstvene zaštite koje raste iz godine u godinu, vidimo po svim anketama, nije, kako se često u prvi čas misli, nedostatak potrebnih sredstava, već njihovo rasipanje s jedne strane, a s druge strane 15-ogodišnji nedostatak suštinskog sređivanja samog sustava. Umjesto temeljnog sustavnog uređivanja odnosa obveza i prava unutar sustava svaki se reformski pokušaj do sada u Hrvatskoj uvijek ograničavao samo i isključivo na smanjivanje troškova na teret države i postupno prebacivanje istih na teret građana. Znamo da idealnog sustava, Bože moj, nema. Trenutno. I da su sve države u traženju najboljega oblika sustava zdravstvene zaštite za vlastito stanovništvo, no ovaj zdravstveni sustav u Hrvatskoj iz godine u godinu sve se više udaljava ne samo od idealnog, već i od prihvatljivog. U hrvatskom zdravstvu postoje javni i privatni sektor, i sve više postaje uočljiv nedostatak razgraničenja među njima, razgraničenja u međusobnim obvezama, pravima i nadležnostima. U zdravstvu javni i privatni sektor uopće ne moraju biti na suprotstavljenim stranama. Dapače, mogu i moraju biti

komplementarni. Ali samo isključivo na temelju jasno definiranih pravila igre. Toga u Hrvatskoj još uvijek nema u potpunosti u zadnjih 15-ak godina, praktički od ulaza u razdoblje "racionalizacije".

No koji su glavni generatori nereda u ovom sustavu, čije posljedice trpe i pružatelji usluga, ali i njihovi korisnici? Na prvom mjestu, stalna obećanja zdravstvene vlasti građanima o gotovo neograničenim socijalnim pravima, o pravima na cjelokupno besplatno korištenje zdravstvene zaštite. E, nije baš tako. Na drugom mjestu, stalne priče o ograničenim, ali dostatnim sredstvima koje se ne koriste na mudar način. Ne treba zaboraviti ono što je Hrvatska prenijela u svijet - rekli smo maloprije - Škola Andrije Štampara, kvalitetna primarna zdravstvena zaštita. U zadnjih 20 godina nekako se postupno odričemo svega toga. To je jedna kvalitetna piramida organizacije zdravstvenog sustava koja se temelji na jakoj i kvalitetnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja rješava 75-85 % zdravstvenih problema građana te njena nadogradnja u obliku sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite koje preuzimaju brigu o ostalim 20-25 % problema, ali na skuplji način. Svima je već jasno da se u ovom trenutku u Hrvatskoj takva piramida postupno okreće na glavačke. Više od 40 % ukupnog broja liječnika u Velikoj Britaniji radi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Interesantan podatak. U Hrvatskoj, otprilike 17.000 članova Hrvatske liječnike komore, 40 % radi u zdravstvenoj administraciji farmaceutskih kompanija, manje od 18 % liječnika, mislim da je 17,6 %, liječnika Hrvatske radi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Obiteljska medicina u Velikoj Britaniji raspolaže sa 40 % zdravstvenog proračuna, a rješava stvarnih 85 % patologije. U Hrvatskoj svega 5 % zdravstvenog proračuna je na raspolaganju primarnoj zdravstvenoj zaštiti koja bi trebala biti nekakav čvrsti temelj zdravstvene piramide.

Trenutno stanje u Hrvatskoj: nedostaje nam više od 3.500 liječnika i gotovo 8.000 medicinskih sestara. Nadovezujem se na kolegu Mozetiča koji govori o starosnoj dobi. To jeste veliki problem. Nema novih kadrova, stariji odlaze ili umiru na radnom mjestu.

Znači, što dalje? U Hrvatskoj više od 20 % proračunskih sredstava za zdravstvo, što iznosi nemalih 6 milijardi kuna, namijenjenih zdravstvenoj zaštiti stanovništva, gubi se iz javnog sustava u vidu troškova administracije. Sama zdravstvena administracija u Hrvatskoj ima trenutno, u ovom trenutku, 82.000 zaposlenika. Obiteljskih liječnika ima 2356. Dodatnih 20 % sredstava, kako vidite, također oko 6 milijardi kuna, troši se u vidu profita farmaceutskih kompanija i drugih posrednika u sustavu, dobavljača, preprodavača. Oko 15 % sredstava, što iznosi novih 4,5 milijardi nestaje u slapovima u nekakav bezdan netransparentnih potrošnji, dok svega 45 % sredstava budu utrošena na direktnu zdravstvenu zaštitu stanovništva. Što napraviti? Znači više od 50 % novaca gubimo. Svakodnevno se zbog loše organizacije gubi u primar-

noj više od 10 miliona kuna. Znači gubimo oko milijardu kuna godišnje. Zašto je to tako? Na prvom mjestu je kronični nedostatak sadržaja javne zdravstvene zaštite stanovnika. Što točno podrazumijeva posjedovanje police osnovnog zdravstvenog osiguranja? Ono što je već kolega Mozetič spominjao, košarica usluga. Ne žele je u državnoj administraciji učiniti javno dostupnom. Da se točno zna: osiguranik kad sklapa određenu policu osiguranja što takva polica osiguranja po kojoj cijeni, pod kojim uvjetima pokriva.

Nakon osnivanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao državnog centralnog osiguravatelja u zdravstvu, daleke '93., još uvijek ne znamo ništa o košarici. Očita je namjera zdravstvenih vlasti održavanje *status quo* situacije po kojoj se sredstva građana mogu netransparentno trošiti pa i gubiti. Na drugom mjestu je sređivanje sustava od isključivo financijske uštede, od niskih cijena usluga profesionalaca u sustavu do niskih cijena pretraga te kontinuiranog sniženja cijene lijekova. Do čega nas to dovodi? Dovodi do umnožavanja usluga da bi se zadržali prihodi pružatelja usluga, što povećava broj pacijenata u skrbi, recimo u ordinacijama primarne, smanjivanje vremena na raspolaganju za svakog pacijenta (to je problem u primarnoj i sekundarnoj), zbog niskih prihoda ordinacije u primarnoj po sistemu glavarine nemaju mogućnost opremanja, dolazi normalno do povećanog upućivanja prema sekundarnoj razini, produženja listi čekanja za preglede i pretrage u istoj i povećanja troškova lijekova. I tu se stvara jedna spirala začaranog kruga.

Nekakav kvalitetan sustav zdravstva mora imati nekakav kao "imperativ"... Mora uskladiti postojanje javnog dijela temeljem poznatog popisa usluga korisnicima koje pokriva zdravstveni proračun, a to su, nemojmo zaboraviti, novci građana te privatnog sektora, koji može prema potrebama popunjavati dijapazon usluga korisnicima koji se odluče na višu stepenicu prava iz zdravstvenog osiguranja kroz oblik privatnih osiguravateljskih kuća. No dokle se ne objavi tzv. košarica u zdravstvu će sve i ništa biti preskupo, i dalje. I dalje će zdravstveno osiguranje za maloljetnike deklarativno biti besplatno, a u stvarnosti neće.

5. siječnja 2009. prilikom hitnog sastanka ministra zdravstva i socijalne skrbi u Rijeci s nama predstavnicima Koordinacije hrvatske obiteljske medicine, koji smo tada pokušavali zaštititi hrvatske građane od reketa zvanog participacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ministar je upoznat sa činjenicom - ja sam ga osobno upoznao s time - da unatoč potpisanim konvencijama u Hrvatskoj zdravstvena zaštita za maloljetnike nije besplatna kako se stalno prezentira u svim medijima, jer se veliki broj lijekova koji koristi takav uzrast dodatno naplaćuje od roditelja. Obećao je to ispraviti. Do danas se to nije promijenilo. Ministar i dalje proklamira besplatnost zaštite za maloljetnike i istovremeno naplaćuje dio cijene lijeka roditeljima. Ponavljam, to je bilo na samom početku 2009.

Loša usklađenost, trenutno, javnog i privatnog u zdravstvenom sustavu dovodi do cijelog niza nelogičnosti koji dodatno opterećuje i osiromašuje hrvatske građane. Interesantan svježi primjer: pojavljivanje Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode. Agencija za lijekove, čija je uloga registriranje i kontrola tržišta lijekova na visokom 4. mjestu popisa objavljenog top deset privatnika u Hrvatskoj. Državna institucija na 4. mjestu po dobiti? Od čega? Eh, to je interesantno.

Sve su to problemi koji opterećuju građane, koji po Ustavu imaju pravo na besplatno osnovno osiguranje, ali kad ga treba koristiti na svakom koraku moraju otvarati novčanik zbog participacije fino uvijene u naziv "sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite" do plaćanja dijela lijeka fino uvijenog u nazivu "doplata", te koji ako želi izbjeći takve nepotrebne troškove ima priliku plaćati istim novcem to nešto što se zove "polica dopunskog osiguranja". Kao što sam jedanput čuo od svojih pacijenata umirovljenika u čekaonici kad su objašnjavali jedan drugome što dopunsko osiguranje od HZ-ZO-a znači pa jedan drugome objašnjava: "To plaćaš dopunsko, da ne bi platio". Ovaj ga drugi gleda: "Čekaj, plaćam da ne bi platio?" - "Da, to je to".

U ovom trenutku "sustav" (stavio sam ga pod navodnike jer ovako neuređen teško da ga možemo još uvijek zvati sustav) je postao svrhom sam sebi, a pacijent je postao nekakav politički pamflet. Lažna fraza kako se sve čini u ime pacijenta, "pacijent je u centru pažnje" - to svakodnevno slušamo iz centra državne administracije. A ja se pitam: gdje je tu stvarno naš pacijent, jesmo li ga zaboravili - pa i danas? U ovakvom zdravstvenom sustavu, očito, pacijent više ne postoji kao temeljni smisao našeg rada. Hvala.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujemo dr. Bressanu. Prema molbi nekih sudionika koji bi željeli sudjelovati u diskusiji, a posao ih zove, mi ćemo spojiti diskusiju, dakle nećemo je odvajati ručkom, a nakon toga ćemo nastaviti neformalno družiti se uz domjenak, koji imamo zahvaliti *Jadranu* - Galenskom laboratoriju.

Prva koja se najavila za diskusiju je naša draga gošća i tradicionalna posjetiteljica i sudionica naših okruglih stolova, gospođa Spomenka Avberšek, koju ne treba posebno predstavljati. Izvolite.

Spomenka Avberšek*Predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske*

Hvala Vam lijepo. Rekli bi moji da sam malo "u bedu". Bila sam prošle godine i iste stvari sam zapravo slušala. Praktički se nismo pomakli. Ne mi ovdje: govorim o sustavu zdravstva. Odmah da kažem - ja sam sindikat koji brani javno zdravstvo. Poštujem privatno, ali javno zdravstvo je ono što mene interesira. Ponovit ću rečenicu koje se svaki dosadašnji ministar užasavao: da se u sustavu javnog dobra napadaju dva javna dobra bitna za građane - zdravstvo i sad sveučilište. Svjesno. To nije bez vruga. U sustavu zdravstva vlada nered, nerad i neodgovornost. Današnja diskusija zapravo me uvjerila da je to točno.

Kada govorim o vođenju ustanova, javnih, možemo pogledati primjer iz susjedne Slovenije. KBC, ustanovu koja je vrlo komplicirana, vodi ravnatelj koji je ekonomist, visoko educiran za vođenje sustava, a ima jednu drugu instituciju koja se zove direktor za zdravstvo. Da, to vodi liječnik. I to je normalno. Nije normalno da u Hrvatskoj ne postoji nijedna sveučilišna bolnica. To nije normalno. Nije normalno, što je i uvaženi kolega Lukovnjak primijetio – usko surađujemo – u što je ministar uludo utukao 800 milijuna. To je još na papiru, to ćemo još plaćati u 2013. Da ste mogli primijetiti da taj PET CT koji je u *Medikolu* - ja uvijek govorim o imenima i prezimenima - koji je ušao u javni sustav da ga nema baš nijedan KBC, a da se, interesantno, nije nalazio na popisu onoga što želimo imati u javnom zdravstvu. A ja sada pitam ove mlade studente. Da bi vi nešto naučili, da nam ne bježite u privatni sektor. Ne bježite vi samo radi novaca, da se razumijemo. Mnogo je lagodnije, udobnije i manje rada u javnom sektoru. Svaki privatnik koji Vas uzme sigurno će Vam dati veću plaću, ali ćete to morati i odraditi. Ali kada čujem liječnike ili zdravstvene djelatnike da bježe zbog toga jer u sveučilišnim bolnicama ne mogu napredovati zato jer nema aparature, zato jer nema dijagnostike... Vrlo je interesantno da to privatnici imaju. U redu, vi to imajte. Ali da li imamo istu šansu? Nemamo. Jer je vrlo dobro znano da je PET CT uveden u jednu kliniku, koja je sad postala KBC. To je Zagreb. Dali smo mu prostor, na leasing je kupio aparat, isplatio aparat i kupio još dva. A naši pacijenti su upućeni upravo u tu privatnu polikliniku! Ništa nije besplatno u tom zdravstvu, ne plaćamo mi samo 15 % iz plaća, plaćamo mi i ovo dopunsko, a sad ova monopolistička tvrtka, kako ja zovem HZZO, i ona se sada malo igra privatnika i uvodi dodatno osiguranje. Ali kad bi netko svjesno ugovarao s privatnicima ugovore za dijagnostiku, a da u isto vrijeme imamo KBC?

Govori se da je malo zainteresiranosti za medicinski fakultet. Ma ja to ne bih baš rekla, znate. Još uvijek smo mi jedna tradicionalna, konzervativna zemlja i svaki roditelj bi ipak želio da mu dijete postane liječnik, advokat itd. Ali, kada završi fakultet i hoće specijalizaciju – kirurgiju npr., ili neurokirurgiju – neće je dobiti. Onda tu nešto ne štima. Netko mora voditi računa u sustavu javnog zdravstva, da na vrijeme

obnovimo kadar. Ali nitko ne vodi. I onda kažemo da nam se bolnice pretvaraju u ubožnice. Točno, točno. Ja ću vam reći jedan podatak - to nije normalno - prije dvije godine, HZZO je imao 86 ugovora s privatnicima, za ono što se nije moglo ostvarivati u javnom zdravstvu. Je li znate koliko ima sada? 560. I sad će netko reći da zdravstveni djelatnici neće raditi popodne. Laž! Već dvije godine traži se od ministra: otvorite nam popodne dijagnostiku da riješimo problem magneta. Neće je otvoriti. Ministar je neće otvoriti. Kamo idemo onda? Idemo u privatnika. Netko je pitao... profesor Miletić... (Rado bih voljela da se učlani u sindikat: ima puno toga sindikalnog...) U Hrvatskoj postoji 30 magnetskih rezonanci, 19 javnih. Ja vam sad ne moram reći da bi 4 kompletne Hrvatske mogle tom opremom obaviti pregled. Pa zašto se sad čeka 3-4 mjeseca? Pa zašto ne otvorimo ustanove? E, sad, ovaj pametnjaković koji nikad neće doći ovamo – govorim o ministru zdravstva, Jurković nije bitan – kupio on magnet za Gospić. I on sada nama kaže: vi ste protiv Like. Kao da je on dobio u dotu tu Liku! Ma nisam ja protiv Like, ali ako kaže KBC Zagreb da, kada bi imao još jedan magnet, ne bi bilo listi čekanja. Imamo podatak da je optimalno korištenje magneta 15-19 pregleda dnevno. Ako magnet u Gospiću ima radnu korištenosti 37 %, što će mu tamo magnet? Usmjeri ga onamo gdje ljudi čekaju!

Potpuno se slažem s KoHOM-om: 80 % zdravstvenih problema moramo rješavati u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Da li rješavamo? Ne! Da li su oni nešto s ovim koncesijama napravili za pacijenta? Ne! Da li nam se specijalistika puni? Da.

Prema tome, ja smatram da sve ovo što se događa nije bez vraga. Ne možemo mi godinama ponavljati, samo ponavljati. Mi nešto moramo raditi – uz dužno poštovanje svim privatnicima. Ponekad i ja, da ne tražim veze, odem k privatniku. Savršeno, ne čeka se, napravi se odmah, visoka usluga, a bogami i dobra cijena. Netko će morati, da bi sredio sustav javnog zdravstva, vidjeti ono što rade vani. Vrlo često spominjemo Ameriku. Ali, molim vas, tko u Americi vodi taj komplicirani sustav? Ne zdravstvo. Sad čujem da se ravnatelj neće baviti spremačicama. Pa normalno da neće. Pa ne mora se on baviti administracijom. Zašto bi se on bavio financijama, pa nije on zato školovan. Ravnatelji moraju biti vrhunski ekonomisti zdravstvenog profila; direktori za zdravstvo – liječnici. Javno i privatno strogo odvojiti.

Prema tome, naše ljude treba dobro platiti, treba im se omogućiti da zarade – jer to je laž, da oni neće raditi popodne: ma hoće raditi, nego im je namjerno zabranjeno. Ja ću doći i druge godine – meni je jako ugodno s vama – i ja ću opet slušati kolegu Lukovnjaka, prof. Miletića... I ja ću ponovo govoriti. Dok god budem radila ovaj posao i dok god se nešto zove javno dobro.

Manimo se i ovih floskula, lijepo molim: "Nisu zainteresirani za medicinski fakultet". Ja nisam čula da je bilo koji medicinski fakultet imao praznog mjesta. Nisam čula, ali čujem da specijalizacije koje bi ti ljudi nakon stažiranja htjeli dobiti, ne mogu dobiti. Ali znate što je najinteresantnije? Da upravo tih specijalizacija nedostaje.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujemo gospođi Avberšek. Mislim da je možemo već ove godine uvrstiti u uvodničare. U svakom slučaju, to je bio pogled koji je bio ujedno i osvrt na čitav niz izlaganja. Potaknuto je još dosta novih pitanja. Ja sam siguran da netko iz publike još želi komentirati bilo nekoga od uvodničara, koji su još uvijek ovdje svi na okupu i spremni sigurno da pruže pojašnjenja, a možda i dotakne neku temu koju mi nismo uspjeli dotaknuti.

Par puta se spominjala statistika interesa za medicinski fakultet i profesor Miletić je to istaknuo u izlaganju. Oscilira. Vraća se interes za fakultet. Bilo je nekoliko godina, do nedavno, slučaj da je zaista opadao interes. To se različito tumačilo. Međutim, od ove godine, odnosno, već od prošle godine, imamo situaciju da se nekako ponovo vraća povjerenje u medicinu.

Ante Gabrilo, dipl.oec.

Financijski savjetnik Udruge privatnih poslodavaca u zdravstvu

Dobar dan. Ja sam Ante Gabrilo, iz Udruge privatnih poslodavaca u zdravstvu. Htio bih postaviti pitanje: da li je privatni sektor s javnim sektorom u ravnopravnoj utakmici? Mi tvrdimo da nije, da je diskriminiran. Evo nekoliko podataka. U primarnoj razini ZZ timovi domova zdravlja koji su ugovoreni, dobivaju glavarinu za puni tim makar imali manji broj osiguranika: to je članak 56. njihove odluke, Osnova i sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite i sklapanje ugovora, od 15. travnja 2010. I mi tvrdimo da je to protivno Zakonu o suzbijanju diskriminacije, članka 49. Ustava i nema uporišta u članku 75. Zakona o zdravstvenom osiguranju, na koji bi se ta odluka trebala pozivati, jer u tom članku je rečeno da se sredstva osiguravaju sukladno broju opredijeljenih osiguranika. To je za primarnu razinu.

Isto tako, u cijeni glavarine, u cijeni usluga HZZO-a, nisu osigurana sredstva za razvoj i amortizaciju, jer država posebnim decentraliziranim sredstvima to osigurava subjektima. Ali ta sredstva od države završe samo u javnom sektoru. Rijetko tko iz privatnog sektora, pogotovo na primarnoj razini, dobije neku opremu, nego još domovi zdravlja nekima zahtijevaju da plaćaju zakupninu u domu zdravlja za tu opremu, a imamo mišljenje Ministarstva financija da su to nepovratna sredstva i da je zabranjena bilo kakva kapitalizacija.

Slično imamo i na sekundarnoj razini, gdje je odlukom HZZO-a priznata cijena boda za kliničke bolnice i KBC – 17,5 % veća nego što je za izvanbolničku, znači polikliničku, zdravstvenu zaštitu. Kad su napadali *Medikol*, trebali su znati da bi KBC naplaćiu

vao 17,5 % postro više za slične usluge (dijagnostičke postupke i slično), da KBC dobiva dodatna državna sredstva za kupnju opreme - 400 milijuna, i više, kako koje godine. Povrh toga, KBC stvara gubitak koji treba pokriti država, a privatniku gubitak ne pokriva nitko, jer ga on sam mora pokriti. Kad se to sve zbroji ispada da je cijena usluge KBC-a u odnosu na, recimo, Polikliniku *Medikol*, koju se napadalo, 35 % veća ili skuplja za jednaku uslugu, a mi kažemo da je čak bolje kvalitete u *Medikolu*.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Hvala. Pretpostavljam da će gospodin Lukovnjak dati odgovor.

Ivan Lukovnjak, dipl.oec.

Stručni suradnik Udruge poslodavaca u zdravstvu.

Ono što je rekao gospodin o primarnoj zaštiti je točno. Ali isto tako je onda trebao reći da i tim u domu zdravlja, koji ima preko 1700 osiguranika, dobiva novce kao da ima 1700, znači, ne samo spomenuti da, ako ima manji normativ, dobiva puni normativ, nego, ako ima i veći normativ, dobiva manji normativ. Ne ulazim sada u to je li to opravdano ili nije. Zna se što je bila poruka. Ali domovi zdravlja imaju i timove koji imaju i preko 1700 i u krajnjoj liniji dobivaju kao da imaju 1700.

Što se tiče financiranja primarne, odnosno SKZ, privatne poliklinike ne ugovaraju po sistemu srednjeg boda, nego uglavnom ugovaraju po takozvanim cijenama DTP-a. A DTP su jedinstveni, neovisno o tome u kojoj ustanovi se usluga pruža. Prema tome, cijena DTP postotka magnetske rezonance ili CT-a se ne obračunava po vrijednosti boda i broju bodova, nego kao fiksni iznos i on vrijedi neovisno u kojoj se ustanovi usluga pruža.

Ima nekih drugih stvari po kojima je, kako kaže kolega Gabrilo, privatni sektor u nepovoljnijoj poziciji. Po mojoj procjeni on to kompenzira većom efikasnošću rada i činjenica je da, ako uspoređujemo efikasnost rada u jedinici vremena jedne privatne ustanove i jedne javne ustanove, da tu dolazimo do bitnih razlika.

Kad sam već uzeo riječ, da se nadovežem na ono što je rekla gospođa Avberšek. Nema šanse da u sustavu kakav je naš zdravstvene ustanove vode ekonomisti. Sustav prvo treba izgraditi. Smatra se da je najdorađeniji sustav, kad govorimo o sustavu zdravstva, u ovom momentu u Europi, danski sustav. Kad gledate jednadžbu s pet nepoznanica, teoretski gledano, ravnatelj jedne danske bolnice sistem daje odgovore na 4 nepoznanice, jer je sistem do te mjere razrađen da su neke situacije, koje su kod nas prisutne,

tamo nemoguće. A onda taj menadžer, praktički svojom sposobnošću, definira onu jednu nepoznanicu. Kod nas, od 5 nepoznanica, sustav vam daje odgovor na dvije, i još vas malo zavede, a Vi praktički morate kao mađioničar, a ne kao stručnjak, procjenjivati što bi mogle biti one preostale tri. Prema tome, ne možemo govoriti o efikasnom upravljanju i vođenju dok se sustav ne izgradi, dok sustav ne počinje prepoznati kvalitetu od nekvalitete, rad od nerada.

Ante Gabrilo, dipl.oec.

Financijski savjetnik Udruge privatnih poslodavaca u zdravstvu

Istina je da dom zdravlja, i kad ima veći broj od 1700, dobiva za puni tim. Ali to, prvo, nema uporišta u zakonu. Kao drugo, sada kad je išlo koncesioniranje svi ovi timovi s manjim brojem osiguranika su prelazili u dom zdravlja. Tako da nisam siguran da je sada u domovima zdravlja prosjek 1700, nego je puno niži taj prosjek prijavljenih osiguranika.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Evo da damo još priliku drugima. Doktorica Šendula, ravnateljica Psihijatrijske Bolnice Rab.

Doc. dr. sc. Vesna Šendula-Jengiđ, dr. med.

Ravnateljica Psihijatrijske bolnice Rab

Ja se zahvaljujem prethodnim govornicima, koji su stvarno bili izvrsni, a i onima s kojima o istim temama već desetak zadnjih godina diskutiramo, između ostaloga i s gospodinom Lukovnjakom.

Ja mislim da nećemo moći na ovom mjestu riješiti neke stvari, konkretne, kao što je kolega govorio o primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mislim da je problem puno kompleksniji. Mislim da je problem generalno taj što su ipak centri moći podijeljeni ili vrlo daleko od centara znanja. Mislim da na ovom skupu nećemo moći taj problem riješiti. I želim vjerovati da je ovdje jedan mali dio pazla znanja i da će odaslati dobre poruke.

Što se tiče ovoga što je rekao gospodin Lukovnjak, a to su nepoznanice. Doista mislim da jedan ekonomist koji ekonomski razmišlja u jednu jednadžbu s toliko nepoznanica vrlo teško može ući u 10. mjesecu prethodne godine – govorim sad o proračunskim korisnicima – kada, od ukupno 5 varijabli, 4 su nepoznate, s time da one postaju poznate tek negdje u travnju tekuće godine. Naravno da ćete vrlo teško naći čovjeka koji

je odgovoran i sposoban, a koji nema neku određenu podršku, ja bih rekla, izvan svoje osobne odgovornosti, koji će ući u jedno takvo razmišljanje i planiranje prihoda, rashoda, proračuna itd.

Naravno, to bi bilo nekakvo ishodište, dakle, s pozicije proračunskih korisnika, gdje zdravstveni sustav, u ovakvoj situaciji diktiranih uvjeta koji se donose tijekom godine, nemotiviranih stvarnim potrebama, zaista ne može funkcionirati.

Vlasta Cerkvenik, dipl. oec.

Portal supraZdravlje

Neku vrstu "šlagvorta" dobila sam prvo od prof. Miletića, a sad od dr. Bressana. Doktor Bressan je spomenuo neku vrstu svrhe ili viđenja današnjeg okruglog stola. Kuća: jedan vidi izvana krov, drugi vidi prozor, a treći iznutra. To je bila usporedba koju sam preuzela od doktora Bressana. Zašto to kažem? Ja sam htjela tu podcrtati ili možda osvjetliti jedan aspekt koji se meni čini jako bitan, a mislim da bih ga mogla nazvati sustavom vrijednosti. U naslovu današnjeg okruglog stola stoji "Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu: dvije logike, dvije etike?" Moje viđenje je: dva sustava vrijednosti. Jedan od prije 20 godina i jedan koji zadnjih 20 godina stvaramo, a nismo ga do kraja osvjestili ili stvorili.

U tom kontekstu sada bi se nadovezala na ono što je profesor Miletić rekao, odnosno što je stajalo na njegovom slajdu. Tko štiti interes javnog zdravstvenog sektora? I dao je odgovor: prvo, Ministarstvo zdravstva, drugo, lokalna samouprava, treće, ravnatelj, četvrto, medicinski suradnici ili stručnjaci (ne znam točno koji termin je koristio, ali mislim da to nije sad toliko bitno). To je prva teza.

Druga teza, opet se vraćam na dr. Bressana, pa ću onda dati moj zaključak ili moje viđenje. Doktor Bressan je rekao: u Hrvatskoj 40 % liječnika radi ili za farmaceute, kao trgovački putnici, ili u zdravstvenoj administraciji; u Velikoj Britaniji 40 % liječnika radi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Drugi podatak, također od dr. Bressana: Hrvatska – 82.000 administrativnih radnika u zdravstvu, 2.356 liječnika u obiteljskoj medicini.

Sad spojite ono prvo - tko štiti interes javnog zdravstvenog sektora - i ona četiri odgovora - Ministarstvo zdravstva, lokalna samouprava, ravnatelj, medicinski suradnici. Ne, definitivno, to nije dovoljno. Da su dovoljna ta četiri faktora, ne bi bilo toliko administrativnih djelatnika u zdravstvenom sustavu, a tako malo liječnika.

Spomenka Avberšek

Predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske

Ja moram ispraviti netočni navod. Ja mislim da Vi niste razumjeli doktora: u cijelom sustavu zdravstva je zaposleno 71.000 ljudi. Prema tome, ne možemo pričati da su 82.000 administracija. A sada podatak od Udruge poslodavaca: od 71.000 ukupno zaposlenih, 26,2 % je nezdravstvenih radnika u koje ne spada samo administracija, nego i suradnici u zdravstvu kao što su psiholozi, logopedi, socijalni radnici. Da ne uđe u onu Vašu knjigu da ima 81.000 administracije!

Vlasta Cerkvenik, dipl.oec.

Portal supraZdravlje

Ispravak: ja sam rekla 82.000 i dr. Bressan je rekao također 82.000.

Spomenka Avberšek

Predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske

Neka se on ispravi, jer nas ukupno ima 71.000, molim Vas.

Leonardo Bressan, dr.med.

Glavni tajnik Koordinacije hrvatske obiteljske medicine i predsjednik Skupštine koncesionara Primorsko-goranske županije

U Hrvatskoj imamo Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. To je jedno Ministarstvo, koje je krovno. U cijelom tom sustavu ima toliko, koji rade na administrativnim poslovima. Svi su korisnici državnog proračuna.

Vlasta Cerkvenik, dipl.oec.

Portal supraZdravlje

Dakle, ovo je točna informacija koju je dr. Bressan rekao.

Leonardo Bressan, dr.med.

Glavni tajnik Koordinacije hrvatske obiteljske medicine i predsjednik Skupštine koncesionara Primorsko-goranske županije

Može se provjeriti u Državnom zavodu za statistiku.

Spomenka Avberšek*Predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske*

Udruga poslodavaca... Ja lijepo molim Lukovnjaka... Ovaj podatak... Smijati će nam se. Nemojte brkati socijalnu skrb, lijepo Vas molim, i zdravstvo. Socijalna skrb ima ukupno 11.000 zaposlenih.

Ivan Lukovnjak, dipl.oec.*Stručni suradnik Udruge poslodavaca u zdravstvu.*

Što se podrazumijeva pod pojmom "administrativni radnik"? Da li su kuhari i kuharice administrativni radnici? Da li su čistačice administrativni radnici? Da li su inženjeri na održavanju administrativni radnici? Da li su čuvari administrativni radnici? Shvaćate?

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Dobro, ovo će svakako biti uzeto s ogradom, da ne kreira nepotrebnu zabunu. Međutim, vjerujem da je upozorenje u svakom smislu bilo da omjer zdravstvenih prema nezdravstvenim radnicima jest nešto što je vrijedno diskusije.

Nasl. doc. dr.sc. Vladimir Mozetič, dr. med.*Ravnatelj Poliklinike Medico Rijeka.*

Samo jedan mali ispravak, neću reći netočnog navoda, jer ne želim reći da kolega Bresan govori netočno. On vrlo precizno govori. Dakle, nije 40 % liječnika izvan zdravstvenog sustava, 21 %, znači 1/5, što su službeni podaci.

Međutim, nešto drugo sam htio reći. Stalno govorimo o mraku i o magli. Ja bih spomenuo jedno svjetlo, koje nam se događa u zadnjih par mjeseci, što pokazuje kako mi međusobno - javni i privatni sektor - možemo funkcionirati i kako se možemo postaviti prema osiguravatelju. To je jedna stvar. A druga stvar je da, kao što je gospođa Avberšek rekla, možemo raditi više, ali nam to netko mora platiti. Govorim i o javnom i o privatnom. Da bi nam to platilo, mi s drugom stranom, dakle s partnerom, moramo pregovarati i dogovoriti cijene. Ono što su iznijeli i profesor Miletić i gospodin Lukovnjak: u svibnju ove godine HZZO je velikom broju usluga jednostrano snizio cijenu za 20 %, misleći da će to proći bez reakcije struke. Neposredno nakon te odluke i Udruga poslodavaca u zdravstvu i Liječnička komora su izdale priopćenje koje je ponukalo Upravno vijeće HZZO-a da osnuje povjerenstvo koje se sastoji od

člana iz Ministarstva zdravstva, člana iz HZZO-a, iz Udruge poslodavaca i iz Liječničke komore. Dva člana su ovdje: gospodin Lukovnjak, za Udrugu poslodavaca i ja, za Liječničku komoru, koji već protekla dva i pol mjeseca radimo na tome da se ugovore optimalne cijene. Ono do čega smo došli – govorim kao privatnik – to je da smo uspjeli angažirati sva stručna društva u okviru čijih djelatnosti su izmijenjene cijene: i u javnom sektoru su shvatili da moraju razmišljati o cijeni usluge. I stručna društva su se potrudila da zajedno s financijskim službama ustanova u kojima rade naprave izračune temeljem točno razrađenih kalkulativnih elemenata koje su dobili, ne od HZZO-a, jer ih on nema (govorim o DTP-ima u SKZ-u), nego od Udruge poslodavaca, od Komore. Mi temeljem tih izračuna pregovaramo i dogovaramo cijene s HZZO-om, a četveročlano Povjerenstvo će Upravnom vijeću HZZO-a dati svoj prijedlog za koji ne sumnjam da će biti prihvaćen, jer je to Povjerenstvo koje je to Upravno vijeće i osnovalo. S druge strane, moj stav je - neovisno o tome što sam sad privatnik - štiti struku, zahtijevajući da cijena, prvenstveno cijena rada, a naravno, onda i cijena realnih troškova, budu priznate u ukupnoj cijeni, u nadi da su to dobri temelji za daljnje pregovore s tko zna kojom strukturom u dogledno vrijeme.

Vlasta Cerkvenik, dipl. oec.

Portal supraZdravlje

Vidim da sam prerano završila iznošenje svojeg mišljenja. Dakle, vratimo se na sustav vrijednosti. Ono pitanje tko štiti interese javnog zdravstvenog sektora po meni uključivalo je samo one koji troše, a ne one koji pridonose i to je poanta mog komentara. Treba mijenjati sustav vrijednosti i mišljenja tako da se uključe i oni koji pridonose, a ne samo oni koji troše.

Red. prof. dr. sc. Damir Miletić, dr. med.

Pročelnik Katedre i predstojnik Kliničkog zavoda za radiologiju KBC Rijeka.

Tko pridonosi? Građani Republike Hrvatske! Kako artikuliraju svoje zahtjeve? Birajući svoje zastupnike. Kako sada dolazimo do ministra? Gospodo draga, o čemu pričamo? Mi živimo u demokratskom sustavu. Svi koji rade, biraju u konačnici i ministra zdravstva, a taj čovjek je taj koji štiti interese. Druga je stvar što mi u Hrvatskoj mnoge stvari objasnimo i učimo na drugi način, ali nemojte zaboraviti da je ministar bilo kojeg ministarstva časna dužnost, oduvijek bila u svakoj zemlji, a posebno za nekoga koji svoju domovinu voli, da je to dužnost u kojoj čovjek treba služiti, a ne vladati. Druga je stvar što smo mi u politici svašta izvitoperili. Kažem, mi imamo devijacije koje imamo. Jednako tako, dekani fakulteta, direktori bolnica. Zapravo prije svega dekani, direktori se biraju po nekim drugim kriterijima, moraju služiti nekoj svojoj zajednici, recimo, konkretno: u gradu Rijeci, Sveučilište mora služiti edukaciji građana-birača.

Dakle, zašto to razdvajamo? Kao da ministar nije proizašao iz naroda. Druga je stvar da li taj narod zna artikulirati svoje interese.

Vlasta Cerkvenik, dipl. oec.

Portal supraZdravlje

Oprostite, mi se ne razumijemo. Ja sam govorila o onima koji koriste usluge. Gdje sam tu ja, koja dolazim k Vama ili nekom medicinskom djelatniku i kažem nešto svoje i ne prihvaćam Vaš paternalistički stav? Dakle, u ovome što ste Vi nabrojali, u ovim dionicima, nedostaje korisnik usluga. E, tu je sad poveznica sa sustavom vrijednosti i s javnim i privatnim u zdravstvu. Nadam se da sam sad ipak bila malo preciznija.

Izv. prof. dr.sc. Nada Gosić

Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Hvala svim sudionicima. Ono što sam ja željela ovdje napomenuti je da smo mi nakon prošlog našeg znanstvenog skupa o aktualnom trenutku hrvatskog zdravstva, na kojemu je isto tako bio potenciran ovaj dio o kojemu je govorio profesor Miletić, a to je politizacija zdravstva, išli u jedno istraživanje i u okviru tog istraživanja, temeljem normativnih akata, temeljem statuta, od liječnika, domova zdravlja do ljekarni, željeli ustvari obuhvatiti politički utjecaj na donošenje odluka od domova zdravlja do nabavke lijekova. Ono što smo saznali u tom istraživanju je sljedeće: prvo, da sva tijela, od doma zdravlja do ljekarne, u najvećem broju biraju (koristim Vaš izraz, kolega Lukovnjak) vlasnici zdravstvenih ustanova, mada su oni Zakonom definirani kao osnivači. Dakle, ono temeljno u čemu ja vidim problem - ukoliko postoji razlika između dvije etike (razlika logike očigledno nema) - suština je odnosa osnivača i vlasnika. Jer, znate, ako od Upravnog odbora preko ravnatelja, onda zatim Stručnoga vijeća, Kolegijalnog vijeća pa do Etičkog povjerenstva u bolnicama, domovima zdravlja i ljekarnama većinskim brojem glasova odlučuju političari, onda se tu nudi samo jedan odgovor: da je etika jedna, i to ona etika koju formira, doslovce, vlasnik, a ne osnivač. Ono što bismo mi trebali, s ovoga skupa pokrenuti kao ideju: da se vlasnici pretvore u osnivače. Ako se pretvore u osnivače, imat će drugačiju logiku i drugačiju etiku. Kao vlasnici, oni dominiraju kroz jedan tvrdi i kruti paternalistički odnos: kroz financiranje.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Ako se slažemo, možda da zaokružimo, jer su ruke u zraku uzmanjkale, a inače je poznato da najbolje diskusije treba prekinuti, pa makar ponekad to izgledalo i naprasito.

Ja ću početi s kratkim tehničkim uputama za naše uvodničare, kojima zahvaljujemo što su prihvatili naš poziv. Izlaganja mogu predati u pisanom obliku, odnosno poslati, dakako, ili mogu prepustiti nama da pripremimo nešto što će biti poslano svakom uvodničaru na autorizaciju prije nego što bude, dakako, pripremljeno za tisak.

Siguran sam da ćemo ovu vrlo korisnu seriju izlaganja, uključujući i raspravu - i tu zahvaljujem, dakako, svim diskutantima koji su sudjelovali u njoj - iznaći načina da ugleda svjetlo dana, ne samo zbog stare prakse i poznate istine da se ono što nije zapisano zapravo gubi u zraku, već i zbog toga da to možemo poslati na adrese onih koji odlučuju o ovim stvarima.

Pretpostavljam da ćemo se lako složiti oko nekih stvari, a oko drugih možda još i u našoj korespondenciji, prije svega mislim na uvodničare, ali i na diskutante, još možda i lomiti koplja kako bismo mogli na kraju jedne takve edicije ponuditi možda jednu vrstu "Riječkih preporuka" za zdrav ispravan stav prema javnome i privatnom u zdravstvu i ljekarništvu. Te preporuke je bilo relativno lako skicirati na temelju izlaganja i današnjih diskusija, budući da su izlagači pogodili potpuno fokus koji smo mi i priželjkivali.

Prema tome, jedino što nam ostaje je da žalimo što ovdje nema odlučitelja-političara i medija (bila je jedna gospođa s radija, koja nas je relativno brzo napustila), ali to i jest slika temeljnog problema našega društva. Dakle, oni koji trebaju širiti i propagirati stanovite istine, zapravo do istine ne dolaze vlastitom krivnjom, premda im se ponekad nude na tanjuru. Što se tiče političara, neki od njih, evo, čak ne smatraju da smo dostojni njihovog prisutstva pa ćemo mi, bez ikakvih političkih preferenci, ove smjernice i ova izlaganja razaslati nakon 4. prosinca, da neke od njih nepotrebno ne uznemirujemo.

Isto tako zahvalio bih se i ljudima koji su sudjelovali u pripremi ovoga skupa. Prije svega ću tu spomenuti, naravno, našega kolegu Igora Eterovića, koji tehnički sve ovo prati, a da ga Vi i ne vidite, odnosno dragu kolegicu, profesoricu Nadu Gosić, koja je možda Vama djelovala danas, kao što to obično i čini, kao tiha voda, ali vjerujte, kad se radi o organizaciji skupova, "brege dere".

Naknadno pristigli prijedlozi za raspravu

Ante Gabrilo dipl.oec.

Financijski savjetnik

Udruga privatnih poslodavaca u zdravstvu

Poštovana

Sukladno dogovoru šaljem vam autoriziranu verziju stava Udruge privatnih poslodavaca u zdravstvu, vezano na temu održanog okruglog stola "Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu - 2 logike, 2 etike?", danas jer me nema isućih par dana.

Molim vas da ovaj mail prosljedite i g. Lukovnjaku, kao repliku na njegovu repliku mojeg izrečenog stava.

Stav Udruge je slijedeći: **Javno i privatno zdravstvo u postojećem sustavu nisu u ravnopravnom položaju**

Dokazi: 1) Kalkulacija cijena koje plaća HZZO ugovornim partnerima ne sadrži neke bitne elemente, kao što su sredstva za amortizaciju i razvoj, a trebala bi, kako je to regulirano u drugim državama (napr. Republici Slovačkoj i drugima).

Naime, subjekti javnog zdravstva nabavljaju opremu iz tzv. decentraliziranih sredstava proračuna. a privatni subjekt mora kupiti tu opremu iz svojeg dohotka ili dobiti (osim malenog broja koncesionara u DZ).

2) Neki elementi kalkulacije nisu obračunati u realnim iznosima (napr. tim obiteljskog liječnika sa propisanim standardom dobiva 700,00 kn/mjesec za režijske troškove, a DZ tom istom ugovorenom liječniku fakturira u prosjeku 2500,00 kn/mjesec, rad specijaliste opće medicine u pzz vrednovan je po koeficijenu 1,85, a specijalista u sekundarnoj razini zz 2,00).

3) HZZO je u čl. 56. svoje Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zz, od 15/04/2010. g. propisao da Dom zdravlja za ugovoreni tim dobiva puni iznos sredstava, bez obzira na broj opredjeljenih osiguranika, za razliku od tima koncesionara, privatne prakse koji dobivaju sredstva prema broju opredjeljenih osiguranika i njihovoj dobnoj strukturi.

Navedeni čl. 56. Odluke HZZO-a je u direktnoj suprotnosti sa čl. 75. Zakona o obveznom osiguranju, na koji se Odluka poziva (zakon propisuje za sve jednaki princip plaćanja).

4) U sekundarnoj razini zz Klinike, Kliničko bolnički centri i KB, koji su isključivo u državnom vlasništvu ostvaruju, prema čl. 64. i 65. navedene Odluke HZZO-a, do 17,5 % veću cijenu za zdravstvene usluge koje se vrednuju cijena boda x broj bodo-

va, a za one postupke koji se vrednuju prema popisu dijagnostičko terapijskih postupaka do 5,3 % (napr. hemodijaliza).

Navedenom se mora pribrojiti i pokriće nepodmirenih obveza i tzv. decentralizirana sredstva iz lokalnih ili državnog proračuna, pa je usluga javnog zdravstva u sekundarnoj razini i do 35 % skuplja od iste usluge u privatnoj ustanovi ili specijalnoj bolnici, čiji gubitak pokriva vlasnik i sredstva za opremu osigurava sam vlasnik.

Zaključak: Oni koji zagovaraju tezu da bi u sekundarnoj razini HZZO trebao sklapati ugovore samo sa subjektima javnog zdravstva trebali bi znati da to košta ukupno državu RH puno više!!!

Također bi trebalo pod hitno preispitati kalkulaciju cijena HZZO-a za primarnu razinu zz, te u nju uvrstiti određene elemente, a postojeće uskladiti sa sadašnjim cijenama.

Lidija Gajski, dr. med.

Dom zdravlja Zagreb Centar

Nedavna afera Medikol na dnevni je red stavila temu privatnog i javnoga u zdravstvu. O njoj su govorili predstavnici vlasti i oporbe, liječnici, sindikalisti i zastupnici bolesnika. Za razliku od potonjih koji su se, osjećajući prirodu i bit zdravstvenog sustava jasno opredijelili za javno zdravstvo, pripadnici zdravstvene administracije i liječničkog establišmenta uglavnom su pokazali neznanje i nesnalaženje u pitanju njegove koncepcije i uređenja. Privatna je inicijativa u zdravstvu po njihovu mišljenju poželjna, pa i neophodna, a eventualne probleme moguće je riješiti strogim odvajanjem privatnog od javnog.

Vjerujem da većina ljudi osjeća nelagodu pri spominjanju novca u kontekstu nematerijalnih kategorija kakve su život, zdravlje i liječenje. Plaćanje za medicinski savjet, lijek ili terapijski zahvat doživljava se nekako neprimjerenim, moralno problematičnim i bešćutnim. Etika i teologija imaju tumačenje, no i ekonomska teorija nudi podlogu za objašnjenje. Monetarnu vrijednost, odnosno cijenu, ima ono što je zamjenjivo, što se može dati nekome tko to nema, i to se onda može zvati robom. Život i zdravlje nisu kategorije te vrste, dakle nisu roba i njima se ne može i ne smije trgovati. Riječ je o području u kojem na vlada razum, već emocije, u prvom redu strah od bolesti i smrti. Granica kupovne moći tu je neodrediva i stoga se tržišni zakoni i poslovanje ne mogu adekvatno primijeniti.

U skladu s dominantnim političko-gospodarskim modelom koji kapital i zaradu stavlja iznad drugih vrijednosti, privatno poduzetništvo i biznis pušteni su i u medicinu. Kako im pri tom nisu postavljene granice, na tom plodnom tlu na kojem se prodaje i ono što nigdje drugdje nitko ne bi kupio, medicinska je industrija narasla

do neslućenih razmjera. Danas ona upravlja značajnim dijelom zdravstvenih sustava. I isporučuje rastuću količinu nepotrebne i beskorisne tehnologije koja ne samo da više ne služi liječenju bolesti, već je u funkciji njihova održavanja i stvaranja novih.

Komercijalizacija i privatizacija u zdravstvu proizvodi brojne negativne posljedice. U prvom redu velike izdatke koji neprestano rastu i to brže od BDP-a. Drugo, brojni suvišni medicinski postupci (lijekovi, dijagnostičke pretrage, operativni zahvati) uzrokuju rastuću izravnu štetu za zdravlje. Zahtjevi za sve većom participacijom bolesnika u troškovima (izravno plaćanje za medicinske postupke ili dodatno osiguranje) smanjuju dostupnost zdravstvenih usluga siromašnijem dijelu pučanstva. Jedno s drugim, to vodi padu efikasnosti zdravstvenog sustava. Zdravstvu koje puno troši na tehnologiju nedostaje novac za kadrovske resurse, a manjak i potplaćenost zdravstvenih radnika dodatno smanjuje učinkovitost i zadovoljstvo korisnika. Nadalje, agresivna primjena nove tehnologije otvara čitav niz etičkih pitanja i dvojbi (genska manipulacija, korištenje embrija, transplantacija, produžavanje života teško bolesnima). Konačno, tržišni odnosi u zdravstvu ugrožavaju povjerenje između bolesnika i liječnika. Danas su pacijenti sve češće u dilemi u vezi s liječničkim preporukama pitajući se jesu li motivirane njihovom dobrobiti ili nekim drugim interesom. Raste i svijest o ograničenom znanju liječnika o postupcima koje preporučuju, obzirom da ih o njima većinom educiraju proizvođači lijekova i medicinske opreme. Odnos doktor-pacijent temelji se na povjerenju; urušavanje tog povjerenja – a tome smo svjedočili u vezi s pandemijskom gripom (medicinski autoriteti pozivali su na cijepljenje, a odaziv ljudi je bio minimalan) - dugoročno je razorno za zdravstvo i medicinu.

Privatizacija u zdravstvu nepoželjna je već na razini kliničke prakse - privatne klinike generiraju puno više (nepotrebni) pretraga i terapijskih postupaka, pa i troškova, u odnosu na javni sektor. Privatne osiguravateljske kuće, obzirom da im je glavni cilj zarada, sklone su osiguravati zdrave a odbijati bolesne ljude; kad se osiguranik razboli, teško ostvaruje potrebnu zdravstvenu uslugu. No to je manje važno od privatizacije medicinske znanosti, što je dominantan trend zadnjih tridesetak godina (farmaceutske i druge privatne tvrtke financiraju već većinu znanstvenih istraživanja). Slično je s edukacijom koja predstavlja distribuciju znanstvenih nalaza. Riječ je o zloćudnoj devijaciji; naša je civilizacija utemeljena na znanosti, ona je glavno uporište za sve naše odluke, ne samo u zdravstvu. Ako je privatizirana za potrebe korporacija, njen cilj i svrha postaje njihova što brža i veća zarada, a ne dugoročni boljitak cjeline društva. Pretvara se u puki marketinški alat koji manipulacijama proizvodi neistinite i nevjerodostojne nalaze, a društvo gubi oslonac za odlučivanje i više ne zna u kom se smjeru kreće i kamo će stići.

Liječnik Dražen Gorjanski definira zdravstvo kao sustav koji se bavi nepoželjnim događajima. Ako je takav sustav profitno ustrojen, što znači da zarađuje na uslugama, on gubi motivaciju da liječi i prevenira bolesti. Naprotiv, cilj postaje održavanje

bolesti kroničnima i stvaranje novih. U sustave koji se bave nepoželjnim događajima spadaju i vatrogastvo, pravosuđe, policija i vojska. Stalni novi ratovi, rast kriminala i sudskih sporova sasvim je sigurno u vezi s utjecajem privatnog sektora u tim djelatnostima (vojna industrija, odvjetništvo).

Dileme "privatno ili javno" kad je riječ o zdravstvu, kao i o znanosti i obrazovanju, u stvari nema. Riječ je o esencijalnim djelatnostima koje se ne smiju privatizirati za potrebe manjine, već moraju ostati u javnoj domeni. To je osnovni uvjet za njihovu racionalnost i funkcioniranje na korist društva.

Marijo Drlje, dipl. oec.

Udruga Hrvatskih pacijenata

Poštovani,

uistinu smo počašćeni Vašim pozivom na okrugli stol, Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu.

Mi u UHP-ta radimo humanitarno i svaki trošak financiramo iz osobnih primanja i u ovo recesijsko vrijeme smanjili smo putovanja i slične troškove.

Molimo vas da uvažite našu ispriku za nedolazak.

Stavovi UHP-ta su javnosti poznati i Vama šaljem Krik solidarnosti koji smo uputili predsjednici Vlade povodom svjetskog dana bolesnika ove godine. To su naši stavovi, možemo slobodno reći naš temelj na kojemu djelujemo.

Željeli bi da ovaj Krik solidarnosti bude naš prilog vašem okruglom stolu.

Osobno pišem knjigu koja će se zvati: Kome smeta opće dobro, solidarni javni zdravstveni sustav. Krik solidarnosti.

Uz iskrene pozdrave želimo vam i obilje zdravlja.

S poštovanjem

U Zagrebu, 26. rujna 2011.

Predsjednik
Marijo Drlje dipl. oec.

Krik predsjednici Vlade Republike Hrvatske Jadranki Kosor za spas solidarnog javnog zdravstvenog sustava – općeg dobra

Povodom svjetskog dana bolesnika 11. veljače 2011. godine javno upućujemo krik predsjednici Vlade Republike Hrvatske za spas solidarnog javnog zdravstvenog sustava – općeg dobra.

Novi Pravilnik ministra Milinovića koji legalizira dopunski rad bolničkih liječnika u privatnim ordinacijama nama bolesnicima nije jasan. Pitamo se ima li taj Pravilnik za cilj jačanje privatne prakse i slabljenje javnog solidarnog zdravstvenog sustava, koji je – opće dobro?

Možete li nama bolesnicima objasniti kako je moguće da, s jedne strane, liječnička struka na čelu s predsjednikom HLK prof. Minigom sve više kuka zbog nedostatka liječnika, a istodobno se liječnicima iz javnog sustava omogućava rad kod privatnika!?! Liste čekanja su sve duže. Obični pacijent u nekim bolnicama za ultrazvučno snimanje, primjerice, mora čekati 230 dana, čekanje na holter iznosi 135 dana, za ergometriju 138 dana, za analizu hormona štitnjače treba čekati 155 dana, a na termin za Endokrinološku-dijabetološku ambulantu 247 dana... Bolesni ljudi ne mogu do svoje Ustavom zajamčene zdravstvene zaštite, a ako imaju novca ili vezu onda mogu birati – privatna praksa ili...

Kakva je stvarna situacija u javnom zdravstvu najbolje se može sagledati kada bolesnik, koji nema veze, uzme uputnicu i krene od šaltera do šaltera... I tako doživi poniženje, kada mu na šalteru kažu koji je prvi slobodan termin... O preventivi da i ne govorimo... Je li se u ovakvom javnom zdravstvu izgubio bolesni čovjek?

Pitamo se je li dvojna praksa postala plodno tlo za moguću korupciju i preusmjerenje bolesnika iz javnog solidarnog zdravstvenog sustava u privatnu praksu, uz obrazloženje da će u bolnicama predugo čekati na pregled i liječenje???

Priznaje li ministar Milinović ovim Pravilnikom da ima liječnika koji ne ispunjavaju svoje obaveze, zbog čega i ne mogu raditi privatno? Ako ima takvih, zašto se ne kazne ili otpuste? Mi u UHP smatramo da se liječnici konačno trebaju plaćati po tome kako i koliko rade. Smatramo da treba ukinuti bolničke limite i omogućiti maksimalnu iskoristivost kapaciteta u bolnicama, te liječnike plaćati po njihovom stvarnom radu. **Novac neka ide za bolesnikom uz strogu kontrolu stvarnog rada.** Na taj način liječnici ne bi odlazili kod privatnika, imali bi veću plaću, "laki" novci bi ostali u javnom solidarnom zdravstvu, bolesnici bi bili zadovoljniji, a liste čekanja bitno manje. Liječnici koji manje rade trebaju imati i bitno manje plaće od svojih kolega koji više rade. Smatramo da bi na taj način motivirali sve one koji manje rade...

Poštovana Predsjednice Hrvatske Vlade, učinite nešto za spas solidarnog javnog zdravstvenog sustava – općeg dobra svih građana Lijepe Naše, krajnji je čas za to. **Donesite novi Zakon o sprječavanju sukoba interesa za područje zdravstva, prema kojemu bi miješanje praksi bio sukob interesa za sve djelatnike u javnom solidarnom zdravstvenom sustavu.** Ukoliko se to odmah ne učini mogli bi dobiti legalnu TAJKUNIZACIJU solidarnog javnog zdravstvenog sustava. **Podsjeća li nas to na legalnu privatizaciju početkom devedesetih?**

Uništimo li solidarni javni zdravstveni sustav svi oni koji nemaju novca neće se moći liječiti. Zamislimo kako je to imati nekoga bolesnog u obitelji, a nemati novca za liječenje, gledati u bolesnika i biti nemoćan... Molimo Vas da ne dopustite tu bol kad članovi obitelji ne mogu pomoći svom voljenom bolesnom djetetu, majci, ocu, djedu, baki... Molimo Vas ustrajte na solidarnom javnom zdravstvenom sustavu – općem dobru svih građana Republike Hrvatske. **Molimo Vas u ime života osigurajte jednako pravo na liječenje u praksi u trenutku potrebe svim osiguranicima HZZO na načelu SOLIDARNOSTI.**

Privatno zdravstvo je dobro njihovih vlasnika i njihovog profita, gdje je zdravlje roba. Zar ne? Neka se privatno zdravstvo razvija, ali ne na štetu solidarnog javnog zdravstvenog sustava. Novi Zakon o sprječavanju sukoba interesa u području zdravstva koji bi važio za sve djelatnike, riješio bi sve bitne probleme u javnom solidarnom zdravstvenom sustavu. Ima li želje i volje u Hrvatskoj za odvojiti privatno od javnog zdravstva?

Ovaj Krik upućujemo Vam javno jer naši dopisi izgleda ne stižu do Vas, kao ni Vaši odgovori do nas. U nadi spasa općeg dobra, solidarnog javnog zdravstvenog sustava želimo Vam obilje zdravlja.

Napomena, ovaj Krik pišemo u dobroj vjeri, nije nam cilj sukob s onima koji razmišljaju drugačije, nego za cilj imamo isključivo to da pravo na liječenje imaju na načelu solidarnosti svi građani Republike Hrvatske. Nadamo se da će te čuti naš krik. Povijest će dati odgovor jesmo li imali za pravo. **AKO POGRIJEŠIMO TA ISTA POVIJEST I BUDUĆE GENERACIJE NAM NEĆE OPROSTITI.**

U Zagrebu, 10. veljače 2011.

Udruga hrvatskih pacijenata
mob. 099 512 9494
Marijo Drlje, dipl. oec., predsjednik

Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Hrvatsko bioetičko društvo – Podružnica u Rijeci

Riječke preporuke

za sagledavanje i unapređivanje odnosa javnog i privatnog u hrvatskom zdravstvenom sustavu

Sudionici stručno-znanstvenog skupa "Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu: Dvije logike, dvije etike?", održanog u Rijeci, 26. listopada 2011., analizirali su stanje odnosa javnog i privatnog u hrvatskom zdravstvenom sustavu iz medicinske, ekonomske, etičke i drugih perspektiva. Iz dijaloga medicinskih znanstvenika i znanstvenika društveno-humanističkih znanosti, predstavnika udruga u zdravstvu, udruga pacijenata i nositelja odlučivanja u području zdravstvene politike te predstavnika javnog i privatnog zdravstva, proistekle su preporuke čija je opća svrha upućivanje na strategiju i akciju koje bi pridonijele rješavanju nekih gorućih pitanja.

Ne postoje različite etike koje bi vrijedile isključivo unutar javnog odnosno privatnog sektora, ali postoje različite logike kojima se ovi sektori rukovode. Naime, u javnom sektoru, težnjom bi prvenstveno trebalo biti zadovoljavanje prava na zdravlje građana (kao osnovnog prava, osim prava na obrazovanje i prava na rad), a ne, kao u privatnom sektoru, težnja k profitu i k nužnom povratu uložениh sredstava. Iz navedenog razloga, nije preporučljivo u značajnijoj mjeri uvoditi načela tržišnog poslovanja i kompeticije u javni sektor. U oba sektora, međutim, zajedničkim bi trebala biti racionalnost i odgovornost poslovanja.

Neetični pojedinci postoje u oba sustava. U javnom sektoru, korumpirani pojedinci mogu privilegirati privatni sektor, neracionalno raspolagati povjerenim sredstvima postupajući prema političkim ili drugim (osobnim) preferencama, favorizirati određenu farmaceutsku industriju radi vlastite koristi i dr. U privatnom sektoru, neetični pojedinci posežu za neprimjerenim oglašavanjem, stručno neutemeljenim financijskim opterećenjem pacijenta i sl.

Javni je sektor u Republici Hrvatskoj privilegirani izdvajanjem države (sredstva decentralizacije) za nabavku opreme, pokrivanjem gubitaka i paušalnim plaćanjem

usluga (prema "glavarini"), dok se općenitom prednošću privatnog sektora može smatrati "izbjegavanje" bavljenja manje profitabilnim djelatnostima (npr. traumatologijom) i odabir profitabilnih (npr. dijagnostike).

U cilju prevladavanja nekih konkretnih teškoća, preporuke posebno ističu:

1. **"Transfer" visokoeduciranih kadrova iz javnog sektora u privatni:** bez obzira na obeštećenje koje, eventualno, javni sektor može pritom dobiti, stvara se "rupa" u sustavu javnog zdravstva koja se teško i dugo popunjava. Rješenje ovog problema pronalazi se u stipendiranju i kreditiranju studenta s obvezom višestrukog vremenskog odrađivanja kod poslodavca koji je stipendiju dodijelio.
2. Kako bi se izbjegla **politizacija javnog sektora**, osnivač treba u upravljačka tijela svojih zdravstvenih/ljekarničkih ustanova imenovati prvenstveno kompetentne, a ne isključivo politički podobne kadrove.
3. Da bi se izbjeglo **manipuliranje cijenom zdravstvenih usluga** i njeno proizvoljno i neekonomski motivirano mijenjanje, treba definirati objektivne cijene usluga, jasne algoritme medicinskih postupaka i "košarice" usluga koje će biti pokrivenne financiranjem javnog sektora.
4. Treba izbjegavati **delegiranje administrativnih i drugih nezdravstvenih uloga na liječnike i zdravstvene djelatnike** i kadrovski razdvojiti administrativno-financijsko od stručnog (medicinskog) upravljanja zdravstvenom ustanovom.
5. Treba **izbjegavati birokratske i druge barijere** koje se mogu ispriječiti u odnosu između liječnika/zdravstvenog radnika i pacijenta.
6. U slučaju uključivanja u vlasničku strukturu privatne zdravstvene ustanove osiguravajućih društava, farmaceutske industrije i/ili proizvođača medicinske opreme, što rezultira određenim nesumnjivim pogodnostima za zdravstvenu ustanovu, nužno je osigurati **stalni i strogi nadzor nad eventualnim sukobom interesa** koji bi rezultirao štetama po pacijenta uslijed preferiranja određenih lijekova, opreme, polica osiguranja i sl.
7. Položaj liječnika u javnom i privatnom sektoru potrebno je izjednačiti. Posebno se to odnosi na **ravnopravnost pozicije glede mogućnosti rada**, prava i dužnosti, u skladu sa Zakonom o radu (ukupno radno opterećenje i slobodno vrijeme, prekovremeni rad, stimulacije, rad u institucijama različitih sektora i dr.).
8. U cilju racionalizacije cjelokupnog zdravstvenog sustava, nužno je **jačati primarnu zdravstvenu zaštitu i unutar nje status liječnika obiteljske medicine**.

Zaključno se ističe da i javno zdravstvo i privatno zdravstvo imaju svoje mjesto u društvu i, odvojeno gledano, mogu paralelno dobro funkcionirati. Njihovo miješanje, odnosno pokušaji nametanja logike, motiva i ambicija privatnog zdravstva javnome, neminovno rezultira neuspjehom. Javno i privatno zdravstvo se, stoga, mogu i moraju smatrati komplementarnim, uz pretpostavku preciznog uređenja njihovih međusobnih odnosa.

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 26. listopada 2011.

Katedra za društvene i
humanističke znanosti u medicini

izv.prof. dr.sc. **Amir Muzur**, dr.med.
pročelnik

Hrvatsko bioetičko društvo –
Podružnica u Rijeci

red.prof. dr.sc. **Nada Gosić**, dipl.polit.
voditeljica

Department of Social Sciences and Medical Humanities
Faculty of Medicine University of Rijeka
Croatian Bioethics Society - Rijeka branch

The Rijeka recommendations for considering and improving relations between public and private in croatian health care system

Participants of the professional–scientific conference "Public and Private in Health Care and Pharmacy: Two Logics, Two Ethics?" held in Rijeka on 26th October 2011 analyzed the state of the relations between public and private in Croatian health care system from the medical, economic, ethical, and other perspectives. The recommendations are the result of the dialogue among medical scientists, humanities and social scientists, representatives of health care organizations, patient organizations and decision makers in health care politics as well as the representatives of public and private health care. The general purpose of these recommendations is to point to the strategy and action that would lead to the solution of some key issues.

There are no different ethics that would apply solely to public or private sector, but there are different logics that are applicable in these sectors. Specifically, public sector's primary goal should be ensuring the citizens' right to wellbeing (as a basic right, along with the right to receive an education and the right to work) and not, as is the case of private sector, striving for profit and necessarily obtaining the invested funds. From the aforementioned reason, it is not advisable to introduce principles of market economy and competition in public sector to a large extent. Still, rationality and responsibility of doing business should be mutual to both sectors.

There are unethical individuals in both systems. In public sector corrupt individuals may give privileges to the private sector, irrationally manage the given funds being led by political or other (personal) preferences, give preferential treatment to a certain pharmaceutical industry for their own benefit etc. In private sector unethical individuals are using misleading advertisement, unfounded financial burdening of the patients etc.

Public sector in the Republic of Croatia is privileged due to Republic's funding (decentralization funds) for buying the equipment, covering losses and paying a lump sum for the services (in relation to a capital) while as the main favour of the private sector one could see "avoiding" to deal with less profitable branches (such as casualty surgery) and choosing more profitable ones (for example diagnostics).

In order to overcome certain difficulties these recommendations particularly point out:

1. **"Transfer" of highly educated personnel from public to private sector:** no matter the damages which the public sector could then possibly experience, there is a "hole" in public health care system which takes a long time and is hard to fill. The solution to this problem is giving scholarships and loans to students obliging them to work it off with the employer that gave them the scholarship.
2. In order to avoid **politicization of the public sector** the founder needs to elect primarily skilled and not only politically driven staff in the managing bodies of his healthcare/pharmaceutical institutions.
3. In order to avoid **manipulating the price of the health care services** and its arbitrary and noneconomic changing, the objective price of services, clear algorithms of medical procedures and scope of services that would be covered by public sector financing should be defined.
4. **Appointing doctors and health care workers to administrative and other non-health care roles should be avoided** and administrative-financial staff should be distinguished from professional (medical) management in a health institution.
5. **Bureaucratic and other barriers** that may occur in relation between doctors/health care worker and patient should be avoided.
6. **Permanent and strict control over possible conflict of interest** needs to be ensured in the case of including insurance companies, pharmaceutical industry and/or medical equipment manufacturer in the ownership of a private health care institution since that would undoubtedly result in certain advantages for the health institution. The control would result in penalizing the patient in case of preferring certain drugs, equipment, insurance policies etc.
7. Public and private sector doctors need to become equal in their status. Particularly, it implies **equality in work opportunities**, rights and obligations, according to the Labour Act (total working hours and free time, overtime work, benefits, working in different sectors' institutions etc.)

8. It is necessary to **reinforce primary health care along with family practice doctors' status** in order to rationalize the whole health care system.

In conclusion, it has been pointed out that both public and private health service have their own place in the society and, if seen separately, can work well correspondingly. Their combining, in other words attempts to impose logic, motives and ambitions of private to public health care, inevitable result in failure. Therefore, public and private health care could and should be considered complementary, given that their mutual relations are precisely arranged.

Faculty of Medicine University of Rijeka, 26th October 2011

Department of Social Sciences
and Medical Humanities

Assoc. Prof. Ph.D. **Amir Muzur**, M.D.
Head of the Department

Croatian Bioethics Society –
Rijeka branch

Full Prof. Ph.D. **Nada Gosić**,
M.A. in polit.sc.
Head of the Branch

Prevela s hrvatskog
Tina Bošković Sertić, prof.

JHR

POZVANI
PREGLEDNI RAD
INVITED REVIEW

ANNUAL
of the Department of Social
Sciences and Medical Humanities
University of Rijeka – Faculty of Medicine

GODIŠNJAK
Katedre za društvene
i humanističke znanosti u medicini
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Bruno Atalić*

Historical development and ethical considerations of vivisectionist and antivivisectionist movement*

ABSTRACT

This review presents historical development and ethical considerations of vivisectionist and antivivisectionist movement. In this respect it shows that both movements were not just characteristic for the past one hundred years, but that they were present since the beginning of medical development. It, thus, re-evaluates the accepted notions of the earlier authors. On this track it suggests that neither movement was victorious in the end, as it could be seen from the current regulations of animal experiments. Finally, it puts both movements into a wider context by examining the connection between antivivisectionism and utilitarianism on the one hand, and vivisectionism and experimentalism on the other hand.

Key words: vivisectionism; antivivisectionism; bioethics; utilitarianism; experimentalism

Introduction

This review will try to present historical development and ethical considerations of vivisectionist and antivivisectionist movement in order to re-evaluate the accepted notions of the earlier authors. Firstly, it evaluates the Lansbury's notion that antivivisectionism was characteristic for the North European Protestant countries like England and Sweden, while vivisectionism was characteristic for the South European Catholic countries like France and Italy.¹ Then, it proceeds to the Mason's over-

¹ Lansbury C. *The Old Brown Dog – Women, Workers, and Vivisection in Edwardian England*. Madison: The University of Wisconsin Press; 1985.

* Correspondence address: Bruno Atalić, Clinical Hospital Merkur, Zajčeva 1, HR-10000 Zagreb, e-mail: brunoatalic@yahoo.co.uk.

simplification that suffragette proponents in their fight for the rights of women and other oppressed groups were naturally antivivisectionist activists.² Finally, it discusses the French's notion that the antivivisectionists had no regard towards animals, while the vivisectionists had profound feelings towards them.³ It will, thus, try to show both mentioned movements in a new light.

Vivisectionism (Latin *vivus* = alive and *sectio* = cutting) denotes a biomedical research based on animal experiments, while antivivisectionism encompasses various activities directed against it.⁴ While on the one hand vivisectionism is inseparably connected with experimentalism, on the other hand, antivivisectionism gets its fuel from utilitarianism. The former term defines theory and practice of a scientific research grounded on experiments, which in medicine involves animals, conducted in order to validate scientific hypotheses, and the latter term describes philosophical theory which judges human activity based on its consequences, characterising it to be morally right, if it causes the greatest happiness for the greatest number of living creatures, which includes animals as well.⁵

Regarding 'experimentalism' one should make a distinction between 'experimentalism' as a way of medical research and 'experimentalism' as one of the three phases of medical development, each one characterised with its own dominant paradigm.⁶ 'Clinical medicine' (Greek *Kline* = bed) was established by the 'Father of medicine' Hippocrates (460-377 BC) and it was based on the direct observation of an ill patient and the consequent rationalistic theoretical conclusions. The next phase 'hospital medicine' (1794-1848) was formed as a result of the French Revolution under the direction of the French physician Francois Xavier Bichat (1771-1802) It was characterised with the treatment of all patients, and not just the poor ones as had been the practice before, in the hospitals. Unsuccessful treatments were followed by the pathological sections of deceased patients, which enabled physicians to make the empirical connections between clinical signs and pathological changes.⁷ Finally, in the mid 19th century the French physiologists Francois Magendie (1783-1855) and Claude Bernard (1813-1878) have formulated experimentalism as a method of an investigation of the body processes through animal vivisections which gave rise to

² Mason P. *The Brown Dog Affair – the Story of a Monument the Divided the Nation*. London: Two Seven Publishing; 1997.

³ French RD. *Antivivisection and Medical Science in Victorian Society*. Princeton: Princeton University Press; 1975.

⁴ Rupke NA. 'Introduction'. In: Rupke NA (editor). *Vivisection in Historical Perspective*. London and New York: Routledge; 1987.

⁵ Agnes ME (editor). *Webster's New World College Dictionary*. Foster City: IDG Books Worldwide; 2001.

⁶ Grmek MD. *Medežjin kotao*. Zagreb: Art trezor naklada; 2004.

⁷ Foucault M. *The Birth of the Clinic*. London and New York: Routledge Classics; 2005.

'laboratory medicine'. In this respect gradual shift of the physicians' interest from the clinical signs, over the pathological findings, towards the disease pathogenesis could be identified.⁸

The Antiquity

Both vivisectionism and antivivisectionism were present since the beginning of medical development.⁹ There are numerous records on animal experiments conducted in the Antiquity. Among them the discovery of the function of optical nerve by Alcmeon of Croton around 450 BC should be highlighted. The 'Father of medicine', Hippocrates (460-377 BC), although primarily a follower of rationalism, conducted animal experiments as well, such as the one described in his book *On Heart*, in which he cut pig throat in order to examine the swallowing and opened its thorax with the aim of describing the atrial and ventricular function. The Alexandrian physicians Herophilus (330-250 BC) and Erasistratus (305-240 BC) even conducted the human vivisections on the criminals sentenced to death. The first one thus described the functional difference between ligaments and nerves, and the second one the functional difference between sensory and motor nerves.¹⁰

The Roman encyclopaedist Celso (1st century AD) in his book *De Medicina* attacked the practice of vivisectionism, due to its aim of examining organs in their natural state, rather than with post-mortem changes. He pointed out that it does not take into an account the influence of the pain. The Roman physician Galen (130-210) in his book *De anatomicis administrationibus* described vivisectionist techniques for the examination of breathing, a heartbeat, the recurrent laryngeal nerves, the brain, and the spinal cord. He advised the use of pigs and goats, rather than monkeys, in order to avoid the watching of their painful facial expressions. One should bear in mind that for him, as a follower of stoicism, the mentioned experiments were only aesthetically disturbing, but not ethically as well, due to the fact that according to the mentioned philosophy, animals did not possess a rational soul, and consequently, no personal rights.¹¹

⁸ Ackerknecht EH. *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*. Baltimore: The Johns Hopkins Press; 1967.

⁹ Belicza B. 'Pokusne životinje u znanstvenim medicinskim istraživanjima: povijesnomedicinska promišljanja'. In: Radačić M; Bašić I; Eljuga D (editors). *Pokusni modeli u biomedicini*. Zagreb: Medicinska naklada; 2000.

¹⁰ Belicza B. 'Povijesna uvjetovanost medicinskih znanosti: istraživanja na pokusnim životinjama kao primjer'. In: Lacković Z (editor). *Struktura, metodika i funkcioniranje znanstvenoga rada*. Zagreb: Medicinska naklada; 2004.

¹¹ Maehle AH; Trohler U. 'Animal Experimentation from Antiquity to the end of the Eighteenth Century'. In: Rupke NA (editor). *Vivisection in Historical Perspective*. London and New York: Routledge; 1987.

The Middle Ages

Condemnation of human vivisection by the Church Fathers Tertullian (155-222) and Augustine (354-430) led to animal vivisections diminishment during the Middle Ages. Nevertheless, the scholastic philosopher Thomas Aquinas (1225-1274) taught that the Bible had given people the power over animals, and although cruelty towards animals could lead to cruelty towards people, he claimed that there was nothing morally wrong in animal suffering. During the same period, the Bolognese Professor Mondino de Luzzi (1270-1326) introduced anatomical dissections. King of France Louis XI went even further and in 1474 allowed his physicians to open the abdomen of the criminal sentenced to death in order to practice extraction of gall stones. In the Holy Roman Empire, imperial physicians studied the impact of poisons on sentenced criminals, but allowed the survived ones to become free.¹²

The Early Modern Times

In his book *De humani corporis fabrica* published in 1543 the Paduan anatomist Andreas Vesalius (1514-1564) presented his findings based on the human sections and animal vivisections conducted on pigs and monkeys. However, despite his notion that human and animal brains were similar in their composition, he avoided the examination of animal brain, which was in accordance with his denial that animals did not have reason, and could be explained with his fear of charges for heresy. In order to prove his hypotheses on the connection between the voice strength and *nervus reccurens*, he first cut the nerve on the one side of animal throat and observed the loss of a half of the voice, and then on the other side as well and observed the loss of a whole voice. His pupil Realdo Colombo (1516-1559) removed foetuses from a pregnant bitch in order to prove motherly love. The Italian anatomists Jacob Berengar da Carpi (1470-1530), Giambattista Canano da Ferrara (1515-1579) and Gabriel Fallopius (1523-1562), and the German physician Volcher Hoiter (1534-1576) also used animal vivisections in their research. The Cambridge philosopher Sir Francis Bacon (1561-1626) gave programmatic suggestions for the improvement of science through animal vivisections. The Pavian physician Gaspare Aselli (1581-1626) described mesenterial lymph vessels based on his vivisection of a living dog, while the Montpellier physician Jean Pecquet (1622-1674) used the same method in his discovery of *ductus thoracicus*. The Danish physician Thomas Bartholinus (1616-1680) and the Swedish physician Olof Rudbeck (1630-1702) also used ani-

¹² Ibid.

mal vivisections in their examination of lymph vessels.¹³ The English physiologist William Harvey (1578-1657) in his book *De motu cordis et sanguinis* published in 1628, through the combination of human sections and animal vivisections, described the heart beating and blood circulation. He also used the same methods in his examination of the role of an egg in the embryo development. His contemporary Richard Lower (1631-1691) performed blood transfusions from one animal to another and from the sheep to a mentally retarded man. Sir Christopher Wren (1632-1723), John Wilkins (1614-1672) and Jean Baptiste Denis (1620-1704) introduced direct and indirect blood transfusions based on their animal experiments. The English iatrochemist Thomas Willis (1621-1675) used animals in his exploration of pathology and pathophysiology of the brain, the nerves, the digestive system, blood circulation, lymph vessels and pharmacodynamics.

The Dutch physician Jan Swammerdam (1637-1680) was the first one who used frogs as experimental animals in order to examine muscle contraction. The Italian physician Marcello Malpighi (1628-1694) used animal experiments to study chicken embryology and gland histology. His pupil and a colleague, the Croatian iatrophysicist Gjuro Armeno Baglivi (1668-1707), performed animal vivisections on a daily basis. He used deer, hoar, snakes, turtles, and lions in order to explore pharmacokinetics and *dura mater*. In his book *De fibra motrice et morbosa* published in Perugia in 1700 he described his experiments and explained his theory of fibre.¹⁴

The Oxford scientist Robert Hooke (1635-1703) described his experiment of cutting thorax and diaphragm of a living dog in order to examine heart beating, but also highlighted his concerns over its cruelty. Another Oxford scientist Robert Boyle also used animals in his experiments with the air pump, in which he pressured or removed air from the bottle with the animals, but never reused the survived animals. The French philosopher Rene Descartes (1596-1650) in his book *Discours de la Methode*, published in 1637, compared human and animal organisms with machines and automats, but made a distinction between them regarding the human possession of a soul and an ability of speech. The German physician Friedrich Hoffmann (1660-1742) confirmed the mentioned mechanist dogmas and speculations through the combination of observation and animal experiments, which he described in his book *Fundamenta Medicinæ*, published in 1695. The Swiss physician Albrecht von Haller (1708-1777) explained physiological processes exclusively based on his animal experiments. The Italian physicians Luigi Galvani (1737-1798) and Alessandro Volta (1745-1827) used animal experiments in order to examine

¹³ Machle AH; Trohler U. 'Animal Experimentation from Antiquity to the end of the Eighteenth Century'. In: Rupke NA (editor). *Vivisection in Historical Perspective*. London and New York: Routledge; 1987.

¹⁴ Baglivi G. *De fibra motrice et morbosa*. Zagreb: Prometej; 2007.

electricity as a living phenomenon and, thus, established the foundations of electrophysiology. The Austrian bioenergeticist Franz Anton Mesmer (1734-1815) used animal experiments in proving his theory of animal magnetism. The Paris physician Jean Riolan (1580-1657) highlighted anatomical differences between humans and animals, unnatural conditions in dying animals, and a lack of reasonable foundation for animal vivisections. The Bristol physician Edmund O'Meara (1614-1681) pointed towards the problem in transmission and application of knowledge acquired through experiments on animals into the treatment of humans. His pupil Conlan Cashin highlighted the differences between animals and humans.¹⁵

The 18th century

The 18th century was characterised with the written debate between the Catholic poet and antivivisectionist Alexander Pope (1688-1744) and the Protestant minister and a vivisectionist Stephen Hales (1677-1761) whose experiments were causing public outrage.¹⁶ While the English physician Joseph Addison published his ambivalent attitudes in *The Spectator* and *The Tatler*, Samuel Johnson (1709-1784) in *The Idler* severely criticised vivisectionism. Their contemporary and the Leipzig physician Christlob Mylius (1722-1754) revitalised the Christian anthropocentric teaching that God has created animals to be of use to humans, and thus, concluded that animal vivisections are much lesser evil than human vivisections, and finally with the help of philosophical and mathematical methods proved that, in the mentioned experiments, the human benefit was far greater than the animal pain. The Berlin physician Pierre-Louis Moreau de Maupertuis (1698-1759) went a step further in his claim that vivisections of criminals were a methodological necessity. The debate included philosophy, as well and while the founder of criticism Immanuel Kant (1724-1804) in his book *The Critique of Practical Reason* perceived animals as rightless objects, the proponent of modernism Arthur Schopenhauer (1788-1860) advocated the constriction of animal experiments. The English philosopher and utilitarianism founder Jeremy Bentham (1748-1832) proposed classification of human actions as morally right if they caused the greatest happiness for the greatest number of living creatures, in which he included animals, and, thus, consequently attacked vivisectionism. He insisted that for the animal dignity it was crucial that it could feel pain regardless of its lack of reason and speech. The mentioned notion gave rise to the teocentric teaching, according to which animals should be protected solely

¹⁵ Richards S. 'Vicarious Suffering, Necessary Pain'. In: Rupke NA (editor). *Vivisection in Historical Perspective*. London i New York: Routledge; 2007.

¹⁶ Maehle AH; Trohler U. 'Animal Experimentation from Antiquity to the end of the Eighteenth Century'. In: Rupke NA (editor). *Vivisection in Historical Perspective*. London and New York: Routledge; 1987.

because of themselves, which was opposed to the anthropocentric teaching, according to which animals existed with the sole purpose of serving humans¹⁷

French Physiologists

Experimentalism became the main method of medical research in the 19th century France. Animal vivisections were equally conducted by physicians, veterinarians and biologists like Pierre Flourens (1794-1867) as a part of their training. Veterinary schools in Lyon (1761), Alfort (1764) and Toulouse (1828) had unlimited supply of various animals, most notably horses. The Alfort veterinarians Pierre Flandrin (1752-1796), Alexis Casimir Dupuy (1775-1849), Armand Charles Goubaux (1819-1890) and Gabriel Constant Colin (1825-1896) used animal vivisections in the solving of physiological problems, while the Lyon veterinarians Auguste Chauveau (1827-1917) and Saturnin Arloing (1846-1911) introduced animal vivisections in anatomical research. Animal vivisections in clinical investigations were used by the Paris physicians Julien Legallois (1770-1814), Guillaume Dupuytren (1777-1835), Nicola Blondlot (1808-1877) and Achille Longet (1811-1871). The Paris physician Francois Xavier Bichat (1771-1802) combined clinical observations, pathological sections and animal vivisections in order to analyze, identify and classify different vital properties which he described in his book 'Recherches physiologiques sur la vie et la mort' published in 1802. He deliberately injured particular organs in experimental animals in order to watch their dying process and connect the caused pathological changes with clinical observations and used thus obtained results for the advancement of human surgery. Although he worked without a microscope, he was the first one to make a connection between the tissue specificity and the pathological process, which made him the 'Father of General Anatomy and Pathology'.¹⁸ Francois Magendie (1783-1855), Professor at the Salpetriere in Paris, and the Member of the College de France and Academie des Sciences, regularly conducted experiments on animals in order to study physiology, which he commented by saying: 'If I were to look for a smile that would express my feelings about the science of life, I should say that it was a superb salon, glittering with light, to which the only entrance was through a long and horrible kitchen'.¹⁹ Worth notice are his papers on nerves, digestion and circulation.²⁰ In order to examine absorp-

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Elliot P. 'Vivisection and the Emergence of Experimental Physiology in Nineteenth Century France'. In: Rupke NA (editor). *Vivisection in Historical Perspective*. London and New York: Routledge; 2007.

¹⁹ Stahnisch FW. 'Francois Magendie (1783-1855)'. *J Neurol*. 256; (2009): 1950-1952.

²⁰ Clarac F; Boller F. 'History of Neurology in France'. *Handb Clin Neurol*. 95; (2009): 629-56.

tion, he gave a poison to a dog, and observed that there were two ways of absorption: through blood and through lymph. In 1821 he started the first journal dedicated to experimental physiology entitled *Journal de physiologie expérimentale*.²¹ In 1822 he published his most important discovery based on his animal experiments, that the ventral neural roots are motorical and the dorsal ones sensorical, which was also independently reached by the Scottish anatomist and vivisectionist opponent Charles Bell (1774-1842), based on his anatomical deductions, and which is today known as the Bell-Magendie Law.²²

His best pupil Claude Bernard (1813-1878), Professor at the Sorbonne in Paris and also a member of the Collège de France and Académie des Sciences, continued in the same fashion and even commented: 'The physiologist is not an ordinary man; he is a scientist, possessed and absorbed by the scientific idea that he pursues. He does not hear the cries of animals, he does not see their flowing blood, he sees nothing but his idea, and is aware of nothing but an organism that conceals from him the problem he is seeking to resolve'.²³ He explained the function of the pancreas, the existence of glycogen in the liver and muscles, the function of vasomotorical nerves and sympathetic system, the role of digestive ferments, the poisoning with carbon-dioxide, the method of causing artificial diabetes mellitus (*pique diabétique*), and formulated the terms *homeostasis* and *milieu intérieur*.²⁴ He claimed that all animals could be used in medical investigations, but advised the usage of the domestic ones due to their general accessibility, and preferred frogs.²⁵ His vivisectionist experiments aroused public outrage which resulted in the foundation of the French Anti-vivisectionist Society by the writer Victor Hugo and even made his wife and daughter to leave him.²⁶ In his book *Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale*, published in 1865, he made a clear distinction between passive observations dominant in the pathological ward and active experimentation dominant in physiological laboratories.²⁷

²¹ Tubbs RS; Loukas M; Shoja MM; Shokouhi G; Oakes WJ. 'François Magendie (1783-1855) and His Contributions to the Foundations of Neuroscience and Neurosurgery'. *J Neurosurg.* 108-5; (2008): 1038-42.

²² Temkin O. 'The Philosophical Background of Magendie's Physiology'. *Bull Hist Med.* 20; (1946): 10-35.

²³ Škrobonja A; Muzur A; Rotschild V. *Povijest medicine za praktičare*. Rijeka: Adamić; 2003.

²⁴ Noble D. 'Claude Bernard, the First Systems Biologist, and the Future of Physiology'. *Exp Physiol.* 93-1; (2007): 16-26.

²⁵ Foster M. *Claude Bernard*. New York: Walsh; 1899.

²⁶ Holmes FL. *Claude Bernard and Animal Chemistry: the Emergence of a Scientist*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1974.

²⁷ Normandin S. Claude Bernard and An Introduction to the Study of Experimental Medicine: 'Physical Vitalism', Dialectic, and Epistemology'. *J Hist Med Allied Sci.* 62-4; (2007): 495-528.

Victorian Controversies

The 19th Britain century saw the polarisation of attitudes on the vivisectionist perception of animals as rightful victims of scientific progress on the one hand, and on the antivivisectionist perception of animals as unnecessary martyrs of scientific experiments on the other (hand). For example, while the British physicians James Blundell (1790-1878) and Marshall Hall (1790-1857) promoted the usefulness of vivisectionism in the development of science, the Quaker Preacher W. E. Forester and the Puritan Minister David Davis, despite their mutual religious differences, promoted antivivisectionism. The Anglican Buckingham Vicar Henry Crowe wrote philosophical tractates 'Zoophilos or Considerations on the Moral Treatment of Inferior Animals' and 'On Cruelty in Philosophical Researches' in which he equalled vivisection with inquisition. Debate even spread to the British Parliament where the Conservatives Sir Robert Peel and Sir James Mackintosh defended vivisectionism from the attacks of the Liberals Richard Martin (1754-1834) and Lord Erskine (1750-1823). The 'Martin's Act' which provided the sanctions against the cruelty towards the big domestic animals like horses and cattle was accepted in 1822, and was spread on all domestic animals in 1835, while the 'Animals Friends Society' was founded in 1824.²⁸

The above mentioned vivisectionist-antivivisectionist polarisation gave rise to a number of public controversies.²⁹ The first one involved the English physician A. P. Wilson Philp (1770-1847) who was accused of cruelty towards animals as a result of the persecution from his colleagues in the Royal Society. It was followed by a suit for cruelty towards animals raised by the English women tourists against the Italian physiologist Moritz Schiff (1823-1896) in Florence in 1863 and which was dismissed due to the nonexistence of the law which would prohibit the mentioned cruelty. Another controversy occurred in Norwich in 1874, when the French physiologist Eugene Macnan publicly demonstrated the alcohol causation of epilepsy on the dog to which he intravenously injected absinth. Although he as a foreigner had an immunity, his three assistants ended at court, but were liberated which only fuelled the discussion.³⁰

The biggest controversy occurred after the publication of the *Handbook for the Physiological Laboratory* in London in 1873, which was written by John Scott Burdon

²⁸ French RD. *Antivivisection and Medical Science in Victorian Society*. Princeton: Princeton University Press; 1975.

²⁹ Elton MA. 'Women and Antivivisection in Victorian England, 1870-1900'. In: Rupke NA (editor). *Vivisection in Historical Perspective*. London i New York: Routledge; 2007.

³⁰ Rupke NA. 'Pro-vivisection in England in the Early 1880s: Arguments and Motives'. In: Rupke NA (editor). *Vivisection in Historical Perspective*. London i New York: Routledge; 2007.

Sanderson (1828-1905), Professor of Practical Physiology at University College London, Michael Foster (1810-1880), Fellow and Praelector of Physiology at Trinity College Cambridge, Thomas Lauder Brunton (1844-1916), Lecturer on Materia Medica at the Medical College of Saint Bartholomew's Hospital London, and Edward Emanuel Klein (1844-1925), Assistant Professor at the Brown Institution London. Its publication followed after the series of lectures 'On the Propriety of Using the Lower Animals for the Purpose of Experimentation' given by Sanderson at the University College London. Although the *Handbook* was the first comprehensive text on physiology to be published in Britain, its scientific success was overshadowed by the public outrage over the animal vivisections described within in it. Sanderson and Klein received the greatest criticism from antivivisectionists because they conducted the majority of the painful experiments, which comprised 15% of all experiments described in the book, without any mention of using anaesthesia, despite the fact that ether and chloroform had been in use since the 1840s. For example, Klein described experiments on tadpoles, frogs, lizards, snakes, chickens, geese, ducks, rats, rabbits, guinea pigs, calves, pigs, sows, hedgehogs, cats, and dogs.³¹

In a response to public outrage, the Royal Commission on Vivisection for Scientific Purposes, presided over by Lord Cardwell, was established in 1875.³² Sanderson was questioned first on his experiments without the use of anaesthetics, or with the use of curare, and he stated that the book had always been intended for the professionals and not for the students. Foster claimed that his approach had always been intended to avoid pain. Brunton proved that he had used anaesthesia and had avoided the use of curare. Contrary to other authors, who were born and bred in Britain, Klein, being born into a German speaking Jewish family in Osijek in Croatia, and educated in Vienna in Austria, moved to London no sooner than 1871.³³ So being a foreigner, he undermined the role of the Commission, where he responded bluntly that he had no regard at all to the suffering of the animals and used anaesthetics only for convenience sake in order to avoid animal caused injuries and cries during student practices.

The mentioned testimony gave Klein the image of an arch-vivisectionist and exposed him to attacks of both the older generation of physicians who perceived medicine as an empirical, rather than experimental discipline with a purpose to educate gentlemen and not scientists, and the radical groups like suffragettes and socialists,

³¹ Burdon-Sanderson JS. (editor). *Handbook for the physiological laboratory*. London: Churchill; 1873.

³² Jesse GR. *Evidence, Given Before the Royal Commission on Vivisection*. Charleston: BiblioBazaar, LLC; 2008.

³³ Belicza B. 'Klein, Emanuel'. U Padovan I (urednik). *Medicinski Leksikon*. Zagreb: Leksikografski Zavod Miroslav Krleža; 1992.

united in the fear that human vivisections were the next step.^{34,35} His character even inspired the publication of three gothic novels, which described a new type of scientist portrayed as a hypnotist and a sadist of a German-Jewish origin, and declaring himself as an evolutionist and an atheist, which thus clearly reflected the British Victorian xenophobia.^{36,37,38,39,40}

As a result of the mentioned controversy, two societies were formed. The first one was the Victorian Street Society for the Protection of Animals Liable to Vivisection, which was formed by Frances Cobbe and Doctor Hogan in 1875 under the protection of the Queen Empress Victoria.⁴¹ Its membership comprised the Roman Catholic Archbishop of Westminster Henry Edward Cardinal Manning, the Archbishop of York William IX Thompson, The Lord Chief Justice of England Sir Alexander Cockburn, Prince Lucien Bonaparte of France, Princess Eugenie of Sweden, Alfred Lord Tennyson, Robert Browning, and John Ruskin. The second one was the Physiological Society, which was founded in 1876 with the aim of promoting experimental research.⁴² Its membership was consisted of Charles Darwin, Francis Maitland Balfour, Thomas Lauder Brunton, Francis Darwin, Michael Foster, Francis Galton, W. H. Gaskell, Thomas Henry Huxley, E. E. Klein, F. W. Pavy, Henry Power,

P. H. Pye-Smith, William Rutherford, Sir Edward Sharpey-Schafer, Gerald F. Yeo, and C. Yule.

Medical journals have also been divided with the *British Medical Journal* defending vivisectionism, and the *Lancet* propagating antivivisectionism, while the *Medical Times* and the *Gazette* chose *via media*. Political parties also chose sides with the Conservatives under Benjamin Disraeli in favour of vivisectionism and the Liberals under Lord Carnarvon in favour of antivivisectionism. The lasting outcome was the acceptance of the 1875 'Cruelty to Animals Act' which regulated further animal re-

³⁴ Richards S. 'Vicarious Suffering, Necessary Pain'. In: Rupke NA (editor). *Vivisection in Historical Perspective*. London i New York: Routledge; 2007.

³⁵ Richards S. 'Anaesthetics, Ethics, and Aesthetics – Vivisection in the Late 19th Century British Laboratory'. In: Cunningham A; Williams P (editors). *The Laboratory Revolution in Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.

³⁶ M.R.C.S. 'Twelve Years Trial of the Vivisection Act – Has it Stopped the Scientific Torture of Animals in England'. London: Swan Sonnenschein, Lowry and Co; 1889.

³⁷ MacDonald G. *Paul Faber, Surgeon*. London: Hurst and Blackett; 1878.

³⁸ Graham L. *The Professor's Wife*. London: Chatto and Windus; 1881.

³⁹ Collins W. *Heart and Science*. London: Chatto and Windus; 1883.

⁴⁰ Atalić B; et al. 'Emanuel Edward Klein-The Father of British Microbiology and the Case of the Animal Vivisection Controversy of 1875'. *Toxicologic Pathology* 37 (2009): 708-713.

⁴¹ Vyvyan J. *In Pity and in Anger – A Study of the Use of Animals in Science*. London: Michael Joseph; 1969.

⁴² Sharpey-Schafer E. 'History of the Physiological Society 1876 – 1926'. *Journal of Physiology* 64; (1927): 1-76.

search. It declared that vivisections could be performed only by persons holding a valid license issued by the Home Secretary. For special experiments, involving pain and without anaesthesia, special certificates with limited validity had to be obtained separately. As a reaction to its misuses, Frances Power Cobbe in 1898 founded the British Union for the Abolition of Vivisection, whose 90 % of membership were women, including two physicians: theosophist Anna Kingsford and suffragette Frances Hoggan. But it would be false to conclude that all suffragettes were also antivivisectionists. For example, American physician Mary Putnam Jacoby (1842-1906) openly advocated vivisectionism as a part of her suffragette activities in order to show that she is equal to male physicians in all respects, including animal experiments.

Edwardian Struggles

Britain remained the main stage of the vivisectionist-antivivisectionist struggles during the beginning of the 20th century. The main event was the 'brown dog affair'. It occurred in 1903 after the two Swedish ex-medicine students and antivivisection activists, Louise Lind-af-Hageby and Leisa Schartau, witnessed the experiment on the old brown dog of terrier type conducted by William Bayliss, an Assistant Professor of Physiology at the University College London, in front of 70 students. The dog had two wounds from the previous experiments conducted by Professor Ernest Starling and had its neck opened without proper anaesthesia in order to expose his salivary glands to electrical stimulation, which was both conducted against the 1875 'Cruelty to Animals Act'. In the end, experiment failed and the dog was killed by the unlicensed researched student Henry Dale by thrusting the knife in his heart, but only after his pancreas was already taken out for microscopically examination. It prompted Stephen Coleridge, a barrister and a member of the National Vivisectionist Society, to publicly attack Bayliss for breaking the 1875 'Cruelty to Animals Act' on the grounds that the dog was previously twice operated and that during the procedure no anaesthesia was used. Bayliss requested a full apology, which Coleridge ignored, and the affair ended up at the High Court in the London Strand. Because there was no other evidence except the two witness accounts, Bayliss won and Coleridge lost to pay 3000 GBP of court costs and 2000 GBP to Bayliss, which he used for the promotion of physiological research.⁴³

The mentioned court decision motivated antivivisectionist activist Louisa Woodward to initiate building of a drinking fountain with the sculpture of the brown dog

⁴³ Lansbury C. *The Old Brown Dog – Women, Workers, and Vivisection in Edwardian England*. Madison: The University of Wisconsin Press; 1985.

dedicated to 232 dogs vivisected at the University College London during 1902. Battersea Park in South London was chosen as the location of the sculpture due to its Progressive city council government. The monument was opened on the 15th September 1906, which the University College Students perceived as a provocation. They tried to remove it on the 20th November 1907, but failed to do it, which ended up with ten of them getting arrested by two policemen and sentenced to pay 5 GBP for the fine and 10 shillings for the damage. They gave it another try on the 10th December 1907 with the help of the Oxbridge students after the annual Varsity rugby match, but were outnumbered by the police and antivivisectionist public composed of different oppressed groups such as suffragettes, unionists, socialists, radicals and the Irish Home Rulers. Afterwards, the monument was constantly guarded by two policemen during the day and four policemen during the night which cost 700 GBP per year (60,000 current GBP). In addition, three pro-brown dog mass meetings were organised during 1908, which made newspapers to declare the dog victorious. But everything changed in 1909 when the Reformers won the city council elections and decided to move the monument despite the antivivisectionist protests. It was finally completely destroyed and 300 GBP with interests were returned to Louisa Woodward. When the Progressives reclaimed the power in 1912 they decided to avoid conflicts and put the simple fountain in its place. But the episode was reacted almost 80 years later, when on the 12th December 1985 during the Labour city council government the antivivisectionist and an actor Geraldine James, unveiled the new brown doge memorial in the Battersea Park, which was then later moved and sent to restoration by the Conservatives in 1992, only to be returned again in the back corner by the Labours in 1994.⁴⁴

The 20th Century

The 20th century saw the spread of vivisectionism and the decline of antivivisectionism. One reason for it was the vivisectionist scientific foundation of the medical profession and its consequent medical benefits for the general population. Another one were the social changes which caused the loss of nobility and clergy influence who were the main agitators of antivivisectionism. Important role was also played by the good vivisectionist promotion such as posters showing a new-born, and asking a viewer a question whom would he/she rather save: his/her child or a laboratory animal. The mentioned shift had its reflection in the Final Report of the Second Royal Commission, which took six years to be written, from 1906 to 1912, and in

⁴⁴ Mason P. *The Brown Dog Affair – the Story of a Monument the Divided the Nation*. London: Two Seven Publishing; 1997.

the end declared that there was no reason for further restrictions of animal experiments. The major blow to the antivivisectionist movement was its schism which occurred in July 1909 when the two international congresses were independently organised in London. The first one, organised by the above mentioned Louise Lind-af-Hageby, aimed at the step by step constriction of animal experiments, while the second one, organised by the World League against Vivisection, demanded the immediate abolition of animal experiments. Although the difference between the two groups was tactical and not doctrinal, their division became permanent reality.⁴⁵

One could argue whether the above mentioned rise of vivisectionism and split of antivivisectionism had made a way for the recurrence of experiments on humans. The first one occurred during the First World War on the 22nd April 1915, when the German army threw chlorine gas into the French trenches in Ypres in order to test its effectivity, which was subsequently repeated by both war parties with different gases on different occasions. Among various experiments on humans, the ones connected with syphilis deserve special attention. Between 1930 and 1972, the USA Ministry of Health conducted the secret 'Tuskegee Syphilis Study' on the couple of hundreds untreated, poor and uneducated African Americans, in order to study the natural development of syphilis, and despite the fact that penicillin was in use since 1946. In this context it should be mentioned that the first cure for syphilis, salvarsan, was also tested on the uninformed patients by its founder Paul Erlich during the 1910. The worst experiments on humans were conducted during the Second World War by the Nazi physicians: Mengele (Kaiser Wilhelm Institute for Anthropology, Human Genetics and Eugenics in Berlin), Rose (Robert Koch Institute), Rostock (University of Berlin), Sievers (Reich Research Council), Gebhardt (German Red Cross), Brandt and Conti (Public Health and State Hygiene) on the prisoners in Auschwitz, Buchenwald, Dachau and other concentration camps. The experiments included the low pressure chamber exposure in order to study the adaption to high heights useful in aviation, the immersion into cold water in order to produce suitable clothes for the soldier fighting in Russia, and the artificial infection and consequent infection of various wounds in order to test sulphonamides. They all had in common the fact that they happened continuously and simultaneously with the animal experiments and under the official explanation that the conditions were more natural in human than in animal experiments.⁴⁶

The above mentioned experiments on humans prompted the international adoption of the Nuremberg Code (1946) and the Helsinki Declaration (1946), which sen-

⁴⁵ Vyvyan J. *The Dark Face of Science*. London: Michael Joseph; 1971.

⁴⁶ Ibid.

tenced their proponents, prohibited further involuntary human experiments, and regulated voluntary human experiments. They had their reflection in the subsequent adoption of the Geneva International Guidelines (1985) and the Hong Kong Resolution (1989) which restricted the use of animals in biomedical researches. According to them *in vivo*, animal experiments are now regulated according to the 3R principle: replacement with other possible experiments, reduction of number of animals, and refinement of experimental protocols. However, they still remain the middle step between tissue cultures and clinical experiments. Each year results show that out of 18-22 millions of animals killed in the USA 85 % are rats, mice and birds, and the 3 millions of animals killed in the UK 80 % are rats and mice, 10 % other rodents, birds and fish, and 1 % dogs, cats and primates.⁴⁷ Such a large number of sacrificed animals has its counterpart in the occasional terrorist treats to biomedical research laboratories by animal rights fighters.⁴⁸ The main arena of contemporary vivisectionist-antivivisectionist struggles have become various scientific journals and popular books, such as the Princeton philosopher Peter Singer's *Animal Liberation* in which he restated the above mentioned utilitarian notion that animals deserve their dignity based on their sense of pain and despite their lack of reason and speech, because as he argues in the later case the same dignity should be withdrawn from unborn babies, mentally retarded and senile elders.⁴⁹

Conclusion

This review tried to present the historical development and ethical considerations of vivisectionist and antivivisectionist movement in order to evaluate the accepted notions of the earlier authors. In this respect, it corrected the French black and white notion that the antivivisectionists had no regard towards animals, while the vivisectionists had profound feelings towards them, because the main proponent of the 1875 animal controversy Emanuel Edward Klein was generally fond of dogs,⁵⁰ while the founder of the Victorian Street Society Frances Power Cobbe was regularly practising fox hunting.⁵¹ It also characterised as an oversimplification the Mason's no-

⁴⁷ Radačić I. 'Propisi o zaštiti životinja za pokuse i druga znanstvena istraživanja'. In: Radačić M, Bašić I, Eljuga D. *Pokusni modeli u biomedicini*. Zagreb: Medicinska naklada; 2000.

⁴⁸ Cressey D. 'Proposed Animal Research Reforms Spark Concern in Europe'. *Nat Med*. 10/1038; (2008): 1208-1293.

⁴⁹ Singer P. *Animal Liberation*. New York: Ecco; 1975.

⁵⁰ Andrewes FW. In Memoriam – Edward Emanuel Klein, MD, FRS. *St Bart's Hosp R*. 58; (1925): 1-6.

⁵¹ Richards S. 'Anaesthetics, Ethics, and Aesthetics – Vivisection in the Late 19th Century British Laboratory'. In: Cunningham A; Williams P (editors). *The Laboratory Revolution in Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.

tion that suffragettes were naturally antivivisectionists, because the example of the American physician Mary Putnam Jacoby, who was at the same time a suffragette proponent and a vivisectionist activist, clearly refutes it.⁵² On this track, it corrected the Lansbury's biased notion that antivivisectionism was something characteristic for the North European Protestant countries like England and Sweden, while vivisectionism was something characteristic for the South European Catholic countries like France and Italy, because the membership of the English Catholic Archbishop of Westminster Henry Edward Cardinal Manning and the French Catholic Prince Lucien Bonaparte of France in the Victorian Street Society, together with the 18th century written debate between the English Catholic poet and antivivisectionist Alexander Pope and the English Protestant minister and vivisectionist Stephen Hales puts it into a question.⁵³ Finally, it showed that the antivivisectionist movement has not failed by not achieving the complete abolishment all vivisectionist activity, because it has managed to restrict it with various regulations such as the recent European Union Guidelines.⁵⁴

This paper is composed on the basis of the author's doctoral thesis entitled 'Važnost eksperimentalizma Emanuela Edwarda Kleina za razvoj temeljnih medicinskih znanosti' which was written under the mentorship of Professor Ana Borovečki

⁵² Bittel C. 'Science, Suffrage, and Experimentation: Mary Putnam Jacobi and the Controversy over Vivisection in Late Nineteenth-Century America'. *Bull.Hist.Med.* 79; (2005): 664-694.

⁵³ Richards S. 'Vicarious Suffering, Necessary Pain'. In: Rupke NA (editor). *Vivisection in Historical Perspective*. London i New York: Routledge; 2007.

⁵⁴ *Appendix A of the European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Experimental and Other Scientific Purposes and Guidelines for Accommodation and Care of Animals Approved by the Multilateral Consultation*. Strasbourg: Cons 123 – 3; 15 June 2006.

JHR

RECENZIRANI
ČLANCI

PEER-REVIEWED
PAPERS

ANNUAL
of the Department of Social
Sciences and Medical Humanities
University of Rijeka – Faculty of Medicine

GODIŠNJAK
Katedre za društvene
i humanističke znanosti u medicini
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Irena Pavela,* Nataša Šimić

Ispitivanje ljubomore modificiranim testom implicitnih asocijacija

SAŽETAK

Ljubomora je psihološki mehanizam nastao prirodnom selekcijom, čija je funkcija zadržavanje partnera. Dosadašnja istraživanja u kojima su korištene eksplicitne metode su pokazala veću osjetljivost muškaraca na seksualnu nevjeru i veću osjetljivost žena na emocionalnu nevjeru. Cilj ovog istraživanja je implicitnom metodom ispitati razlike u ljubomori kod muškaraca i žena. Korišten je modificirani Test implicitnih asocijacija na uzorku od 104 sudionika. Rezultati vremena kategoriziranja riječi pokazuju da su oba spola osjetljivija na emocionalnu nevjeru, dok analize broja pogrešaka pokazuju veću osjetljivost žena na emocionalnu nevjeru. Potrebna su daljnja istraživanja u svrhu adaptacije Testa implicitnih asocijacija za ispitivanje ljubomore.

Ključne riječi: ljubomora, seksualna nevjera, emocionalna nevjera, Test implicitnih asocijacija

Uvod

Različite fiziološke adaptacije, kao što su uspravan hod i vid za boje, tijekom evolucijske povijesti su omogućavale uspješno preživljavanje i razmnožavanje. Evolucijski psiholozi zagovaraju stajalište prema kojemu su se različite psihološke adaptacije razvile na sličan način kao i fiziološke adaptacije. *Psihološke adaptacije* se mogu definirati kao funkcionalne komponente živčanog sustava čija je funkcija obrađivanje informacija (Kardum, 2003). Dakle, to su naslijeđeni mehanizmi koji organiziraju iskustva u smislene cjeline i rješavaju probleme vezane uz preživljavanje i reprodukciju. Kada se aktiviraju određenim podražajima, usmjeravaju pažnju, organiziraju

* Adresa za korespondenciju: Irena Pavela, Odjel za psihologiju, Sveučilište u Zadru, Obala Kralja Petra Krešimira IV. br. 2, HR- 23000 Zadar, e-mail: ipavela@unizd.hr.

percepciju i pamćenje te rezultiraju određenim odlukama, procjenama, zaključcima i ponašanjima s ciljem rješavanja određenog adaptivnog problema. Drugim riječima, ljudsko ponašanje je pod utjecajem mehanizama za procesiranje informacija koji su evoluirali jer su uspješno rješavali adaptivne probleme u okolini ljudskih predaka. Jedan od problema vezan uz uspješnu reprodukciju s kojim su se ljudski preci susretali jest zadržavanje partnera. Adaptivni mehanizmi zadržavanja partnera uklanjaju opasnosti od suparnika i sprječavaju napuštanje od strane partnera. Ti mehanizmi su opaženi kod mnogo životinjskih vrsta i postoje u različitim oblicima (Field i Keller, 1993). Na primjer, kod nekih vrsta ptica (orao ribar – *Pandion haliaetus*) mužjaci smanjuju mogućnost napuštanja tako da više vremena borave uz partnericu i češće posjećuju gnijezdo (Mougeot, Thubault i Bretagnolle, 2002). Pretpostavlja se da je ljubomora jedan od mehanizama koji bi mogao imati tu svrhu kod ljudi, a definira se kao emocionalno stanje uzrokovano percipiranom prijjetnom trenutnoj vezi (Daly, Wilson i Weghorst, 1982). Kao takvo, motivira ponašanja čiji je cilj uklanjanje prijjetnje trenutnoj vezi. Dosadašnja istraživanja pokazuju da postoje razlike u ljubomori između muškaraca i žena (Buss, Larsen i Westen i *Semmelroth* 1992, Shackelford, Buss i Bennett, 2002, Kuhle, Smedley i Schmitt, 2009). Iz perspektive evolucijske psihologije, razlike su uzrokovane različitim problemima s kojima su se susretali muškarci i žene tijekom evolucijske povijesti. Muškarci su se susretali s problemom sigurnosti očinstva iz razloga što se oplodnja događa u tijelu žene. Ono što bi najviše moglo ugroziti njihovu sigurnost u očinstvo jest seksualna nevjera partnerice. Posljedično, muškarci su razvili povećanu osjetljivost upravo na tu vrstu nevjere. S druge strane, žene više ulažu u potomstvo, jer ulažu i tijekom intrauterinog razvoja i dojenja, a njihov maksimalni reproduktivni uspjeh je manji nego kod muškaraca. Iz toga razloga, žene su se susretale s problemom gubitka partnerovih resursa i njegova ulaganja u nju i njihovo potomstvo. Ono što bi najviše moglo smanjiti vjerojatnost muškarčeva ulaganja jest emocionalna nevjera, pa su stoga žene i razvile povećanu osjetljivost na emocionalnu nevjeru partnera.

Pretpostavka da seksualna nevjera izaziva veći stupanj ljubomore kod muškaraca, a emocionalna nevjera kod žena bila je polazište brojnim istraživanjima (Buss i sur., 1992, Geary, Rumsey, Bow-Thomas i Hoard, 1995, Shackelford i sur., 2002, Buunk, Angleitner, Oubaid i Buss, 1996, Buss i sur., 1999, Brase, Caprar i Voracek, 2004, Fernandez, **Sierra, Zubeidat i Vera-Villaruel**, 2006, Souza, Verderane, Taira i Otta, 2006, Kuhle i sur., 2009). Metode ispitivanja ljubomore su uključivale prisilan izbor nevjere, kontinuirane skale, te fiziološka mjerenja. Međutim, različite metode ispitivanja nisu uvijek davale istoznačne rezultate.

Najčešći način provjeravanja ove hipoteze, kojeg su osmislili Buss i suradnici (1992), je uključivao prisilan izbor nevjere. Ova metoda od sudionika zahtjeva zamišljanje

situacije u kojoj je partner/ica pokazao/la interes za drugu osobu. Njegov zadatak je odabrati situaciju koja izaziva više negativnih emocija: situacija u kojoj je njihov partner/ica formirao/la duboku emocionalnu vezu s drugom osobom (emocionalna nevjera) ili situacija u kojoj je njihov partner/ica stupio/la u spolni odnos s drugom osobom (seksualna nevjera) (Buss i sur., 1992). Rezultati su pokazali da su muškarci većinom odabrali seksualnu nevjeru kao onu koja izaziva više negativnih emocija, dok su žene birale emocionalnu nevjeru.

U skladu s navedenim, u drugim istraživanjima prisilnim izborom je također dobiveno da su muškarci spremniji oprostiti partnerici koja je počinila emocionalnu nevjeru, te ju napustiti ukoliko je imala spolni odnos s drugim muškarcem. Suprotno, žene su spremnije oprostiti seksualnu, ali i napustiti partnera koji je počinio emocionalnu nevjeru (Shackelford i sur., 2002). Dodatno, muškarci više nego žene izjavljuju da bi u slučaju da ih partnerica otkrije da su bili nevjerni, prije zaničevali da su bile uključene i emocije, te bi pokušali spasiti postojeću vezu izgovorom da je to bio 'samo' spolni odnos. S druge strane, žene bi u istoj situaciji pokušale smanjiti vjerojatnost da ih partner napusti izgovorom da nije bilo seksualnog odnosa. Slično, ukoliko bi žene otkrile da ih partner vara, zanimalo bi ih više je li bilo emocija u tom odnosu. Ukoliko bi pak, muškarac otkrio da mu je partnerica nevjerna, više bi ga zanimalo seksualni dio nevjere (Kuhle i sur., 2009).

Međutim, potrebno je spomenuti da unatoč dobivenim većim postocima muškaraca koji smatraju seksualnu nevjeru neugodnijom, te većim postocima žena za koje je emocionalna nevjera neugodnija, različita istraživanja izvještavaju o različitim postocima (Harris, 2000). Tako na primjer, postotak žena koje biraju emocionalnu nevjeru iznosi od 62 % do 86 % (Buss i sur., 1992; DeSteno i Salovey, 1996). Suprotno, 47 % do 60 % muškaraca je izjavilo da bi ih više uznemirila seksualna nevjera (Buss i sur., 1992, Harris i Christenfeld, 1996). Dakle, prisilnim izborom u različitim istraživanjima se dobivaju i različite proporcije sudionika koji izvještavaju o određenom tipu ljubomore. Uz to, neka dosadašnja pokazuju da muškarci podjednako biraju i seksualnu i emocionalnu nevjeru (Buss i Schmitt, 1993, Pavela i Šimić, 2011).

Istraživanja koja su uključivala primjenu kontinuiranih skala, na kojima ispitanici procjenjuju intenzitet ljubomore, su pokazala nekonzistentne rezultate. U jednom od istraživanja, oba spola su procijenila emocionalnu nevjeru neugodnijom (DeSteno, Barlett, Braverman i Salovey, 2002), dok je drugoj studiji dobiveno da su oba spola ljubomornija na seksualnu nevjeru (DeSteno i Salovey, 1996), što nije u skladu s evolucijskom hipotezom. Ukoliko su razlike u ljubomori adaptivni mehanizam koji se manifestira automatskim reakcijama, primjena različita metoda ispitivanja ljubomore ne bi trebala rezultirati kontradiktornim rezultatima. Jedan od nedostataka procjenjivanja ljubomore na kontinuiranim skalama uključuje tendenciju sudio-

nika da zaokružuju ekstremne vrijednosti kada se radi o njihovoj uznemirenosti izazvanoj nekim neugodnim događajem (Šimić, Pavela i Ugrina, 2010). Budući da svaka nevjera izaziva neugodne emocije, na ovaj način se ne može dobiti jasna razlika u intenzitetu ljubomore na dvije različite nevjere (*Edlund, Heider, Scherer, Farc i Sagarin, 2006*).

U nekim drugim pak istraživanjima evolucijska hipoteza je provjeravana korištenjem fizioloških mjera (npr. *Grice i Seely, 2000*). Budući da je ljubomora poprilično neugodna emocija, može se pretpostaviti da će se manifestirati povećanom aktivacijom autonomnog živčanog sustava. U dosadašnjim istraživanjima razlike između muškaraca i žena najviše su se manifestirale u elektrodermalnoj reakciji (*Buss i sur., 1992*). Kod žena, promjene u provodljivosti kože su bile značajno veće tijekom zamišljanja emocionalne nevjere, dok su muškarcima imali veću elektrodermalnu reakciju tijekom zamišljanja seksualne nevjere. Elektrodermalne reakcije su pokazale i potpuno drugačiji obrazac promjena od onoga koji pretpostavlja evolucijska teorija. Iako su dobivene razlike bile tek na granici značajnosti, žene su pokazale veću aktivaciju prilikom zamišljanja seksualne nevjere, a muškarcima prilikom zamišljanja scenarija emocionalne nevjere (*Grice i Seely, 2000*). Slične nekonzistentnosti su dobivene i u istraživanjima u kojima je mjerena srčana frekvencija. U jednom je istraživanju muškarcima porasla srčana frekvencija prilikom zamišljanja seksualne, a ženama prilikom zamišljanja emocionalne nevjere (*Grice i Seely, 2000*). Druga pak istraživanja ne izvještavaju o razlikama u srčanoj frekvenciji kod muškaraca i žena (*Buss i sur., 1992*). Svakako treba spomenuti da pobuđenost autonomnog živčanog sustava može biti posljedica drugih emocija (strah, ljutnja i slično) pa i seksualne uzbuđenosti prilikom zamišljanja seksualne nevjere (*Pavela i Šimić, 2010*).

Razlike u ljubomori mogle bi se ispitati i pomoću nekih implicitnih metoda. Naime, poznato je da ljudi procesiraju informacije i eksplicitno (svjesno, kontrolirano, reflektivno ili deklarativno, ovisno o definiciji pojedinih autora) i implicitno (nesvjesno, automatski, intuitivno ili proceduralno) (*Greenwald i Farnham, 2000*). Glavna prednost implicitnih metoda se zasniva na pretpostavci da se ovakvim načinom ispitivanja smanjuje mogućnost socijalno poželjnih odgovora ili općenito iskričljavanja iskrenih odgovora od strane sudionika. Kad je riječ o ispitivanju ljubomore, nedostaci kontinuiranih skala i metoda koje se baziraju na prisilnom donošenju odluka bi se mogli također izbjeći korištenjem implicitnih metoda. Općenito, sve implicitne metode ispitivanja se temelje na mjerenju vremena reakcije sudionika na određeni podražaj. Pretpostavka je da će podražaji različite valencije imati facilitirajući ili inhibirajući utjecaj na vrijeme reakcije, pa se dobiveni rezultati mogu smatrati indirektnim mjerama valencije podražaja. Na primjer, vrijeme reagiranja na ne-

ugodan podražaj će biti kraće od vremena reagiranja na neutralan podražaj (Musch i Klauer, 2008).

Godine 1998. konstruiran je Test implicitnih asocijacija (*Implicit Association Test*, IAT) (Greenwald, McGhee i Schwartz, 1998) koji omogućuje ispitivanje stavova sudionika koji nemaju uvid u predmet mjerenja, te na taj način nemaju ni kontrolu nad postignutim rezultatima. Ovim testom se ispituje imaju li sudionici pozitivne ili negativne stavove o određenom objektu stava. Temelji se na gledištu da su stavovi u pamćenju reprezentirani kao asocijacije između reprezentacije objekta stava i reprezentacije pozitivne i negativne valencije. Primjena testa uključuje mjerenje sudionikove brzine povezivanja određena dva koncepta, bez direktne i svjesne evaluacije tih konceptata. Pretpostavlja se da će sudionik brže reagirati u zadatku koji zahtjeva istu reakciju (npr. pritisak iste tipke na tipkovnici) na dva različita koncepta ukoliko ima jače asocijacije između ta dva koncepta (Musch i Klauer, 2008). U standardnoj proceduri primjene testa, sudionik reagira na riječi koje se mogu klasificirati u četiri kategorije riječi – obično dvije kategorije predstavljaju različite koncepte poput *emocionalna nevjera* i *seksualna nevjera*, a preostale dvije predstavljaju pridjeve različite valencije, kao što su *ugodno* i *neugodno*. U zadatku se nazivi četiri kategorije riječi prezentiraju na ekranu na način da su nazivi dviju kategorija na desnoj, a nazivi preostale dvije kategorije na lijevoj strani ekrana računala (npr. *emocionalna nevjera* i *neugodno* na desnoj strani, a *seksualna nevjera* i *ugodno* na lijevoj strani ekrana). U tom slučaju, *emocionalna nevjera* je povezana s *neugodom*, a *seksualna* s *ugodom*. Riječi koje pripadaju navedenim kategorijama se sukcesivno prezentiraju u sredini ekrana. Zadatak sudionika je da pritiskom desne tipke kategorizira riječi koje pripadaju kategorijama na desnoj strani, dok se, pritiskom lijeve tipke, kategoriziraju riječi koje pripadaju kategorijama na lijevoj strani ekrana. U sljedećem zadatku IAT testa, nazivi kategorije koje predstavljaju koncepte se nalaze na obrnutim stranama ekrana (tako da su kategorije *seksualna nevjera* i *neugodno* na desnoj, a *emocionalna nevjera* i *ugodno* na lijevoj strani). U ovoj situaciji je *seksualna nevjera* povezana s *neugodom*, a *emocionalna* s *ugodom*. Rezultat sudionika se temelji na latencijama odgovora u ta dva zadatka, te se interpretira kao snaga asocijacije. Pretpostavka je da će sudionici biti brži u kategoriziranju riječi kada se na istoj strani ekrana nalaze nazivi kategorija koje su snažnije povezane (npr. žene bi mogle biti brže u zadatku u kojem su povezane kategorije *emocionalna nevjera* i *neugodno*). Ovakvim načinom ispitivanja ljubomore moglo bi se doprinijeti i razumijevanju kognitivnih procesa koji su u pozadini emocionalnih reakcija na različite vrste nevjere. Sličan eksperiment su proveli Thompson, Patel, Platek i Schackelford (2007) u kojem je zadatak muških i ženskih sudionika bio da riječi koje impliciraju seksualnu ili emocionalnu nevjeru povezuju s riječima pozitivne i negativne konotacije. Nisu dobivene razlike između muškaraca i žena u vremenu povezivanja riječi koje ukazuju na dvije vrste

nevjere s ugodnim i neugodnim riječima. No, muškarci su napravili više pogrešaka prilikom povezivanja riječi koje ukazuju na seksualnu nevjeru s pozitivnim riječima. Pretpostavlja se da su uzrok tome slabije asocijacije između seksualne nevjere i pozitivnih riječi, što bi moglo biti u skladu s evolucijskom hipotezom. Međutim, provedeno istraživanje je imalo nekoliko nedostataka. Naime, autori izvještavaju jedino o razlikama u vremenu kategoriziranja između situacija kada su riječi seksualne i emocionalne nevjere povezane s pridjevima pozitivne konotacije. Precizniji podaci bi se mogli dobiti uzmu li se u obzir i latencije odgovora kada su iste riječi povezane s pridjevima negativne konotacije. Prema evolucijskoj hipotezi, za očekivati je da će žene imati kraće vrijeme povezivanja riječi koje impliciraju emocionalnu nevjeru s riječima negativne konotacije. Suprotno, muškarci bi mogli imati kraće vrijeme povezivanja riječi koje impliciraju seksualnu nevjeru s riječima negativne konotacije. Stoga je cilj ovog istraživanja bio koristeći implicitnu metodu ispitati razlike u ljubomori kod muškaraca i žena.

Metoda

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 104 sudionika, i to 46 muškaraca i 58 žena. Svi sudionici u trenutku ispitivanja bili su studenti heteroseksualne spolne orijentacije, prosječne dobi 21,77 godine.

Instrumenti

U svrhu ovog istraživanja konstruirana je modificirana verzija Testa implicitnih asocijacija (IAT). Test uključuje mjerenje brzine kategoriziranja riječi u određene kategorije. U ovom istraživanju test sadrži četiri kategorije riječi: *seksualna nevjera*, *emocionalna nevjera*, *ugodno* i *neugodno*. Svaka kategorija sadrži osam podražajnih riječi asociраних uz seksualnu nevjeru (npr. *afera*, *preljub* i sl.), emocionalnu nevjeru (npr. *napuštanje*, *usamljenost* i sl.), ugodu (npr. *sreća*, *zabava* i sl.) i neugodu (npr. *tuga*, *mržnja* i sl.). Liste riječi koje pripadaju kategorijama *seksualna nevjera* i *emocionalna nevjera* konstruirane su u predispitivanju. U predispitivanju konstruirana je lista od 22 riječi koja je prezentirana nezavisnim procjenjivačima (N=13), studentima diplomskog studija psihologije. Njihov zadatak je bio procijeniti koje su od tih riječi indikator seksualne, a koje indikator emocionalne nevjere. Procjene su davali na način da su riječi kategorizirali u kategoriju *seksualna nevjera* ili u kategoriju *emocionalna nevjera*, ovisno na koju nevjeru ih određena riječ asociira. Fisherovim egzaktnim testom se utvrdilo koje su riječi značajno više svrstane u jednu od kategorija-izbaciti.

Na temelju rezultata Fisherovog egzaktnog testa dobiveno je da kategorija *emocionalna nevjera* sadržava devet riječi, a kategorija *seksualna nevjera* osam riječi. Budući da su obje kategorije trebale sadržavati isti broj riječi, iz kategorije *emocionalna nevjera* je izbačena riječ *nezainteresiranost* zbog njene dužine. Konačno, sve četiri kategorije su sadržavale po osam riječi. Popis kategorija i riječi je prikazan u Tablici 1. Način formiranja konačnog rezultata na Testu implicitnih asocijacija se temelji na prosječnom vremenu kategoriziranja riječi u navedene kategorije.

Tablica 1. Prikaz četiri kategorije riječi korištenih u Testu implicitnih asocijacija

	Kategorije riječi			
	Ugoda	Neugoda	Seksualna nevjera	Emocionalna nevjera
1	Mir	Nesreća	Afera	Izdaja
2	Sreća	Bomba	Preljub	Napuštanje
3	Odmor	Pakao	Opravdanje	Hladnoća
4	Uživanje	Nasilje	Varanje	Usamljenost
5	Dar	Bol	Flertanje	Odsutnost
6	Veselje	Rana	Skrivanje	Razočaranje
7	Sloboda	Tuga	Laganje	Udaljavanje
8	Zabava	Mržnja	Izmišljanje	Nepovjerenje

Postupak

U ispitivanju ljubomore primijenjen je Test implicitnih asocijacija. Prije početka ispitivanja sudionicima su na ekranu bile prezentirane sljedeće definicije emocionalne i seksualne nevjere: '*Seksualna nevjera označava situaciju u kojoj je Vašla partner/ica stupi/la u spolni odnos s drugom osobom*'; '*Emocionalna nevjera označava situaciju u kojoj je Vašla partner/ica formira/la duboku emocionalnu vezu s drugom osobom*'. U uputi su također bile navedene četiri kategorije riječi zajedno sa osam riječi koje pripadaju svakoj od njih. Test implicitnih asocijacija se sastojao od ukupno sedam blokova zadataka. Prije početka prvog bloka, sudionicima je na ekranu prezentirana sljedeća uputa: '*U gornjem desnom i lijevom kutu ekrana će pisati ime kategorije, a na sredini ekrana će se pojavljivati jedna po jedna riječ koju trebate svrstati u jednu od kategorija. Ukoliko riječ pripada kategoriji čije je ime u lijevom kutu ekrana, odgovorite pritiskom lijeve tipke Ÿ, ukoliko riječ pripada kategoriji čije je ime u desnom kutu ekrana, odgovorite pritiskom desne tipke P. S obzirom da se u zadatku mjeri vrijeme kategoriziranja, molimo Vas da radite što brže možete.*'

U prvom bloku zadatak sudionika je bio kategorizirati podražajne riječi u kategoriju emocionalne ili seksualne nevjere. Takva vrsta zadatka se naziva *blok jednostavnog kategoriziranja*. Imena kategorija su bila ispisana u lijevom (*seksualna nevjera*) i desnom (*emocionalna nevjera*) kutu ekrana računala. Ukupno 16 podražajnih riječi iz obje kategorije su sukcesivno i slučajnim redoslijedom prezentirane na sredini ekrana računala. Pritiskom lijeve tipke sudionik je riječ klasificirao u kategoriju na lijevoj strani, a pritiskom desne u kategoriju na desnoj strani. Nakon svih riječi prvog bloka zadataka, sudionik je rješavao drugi *blok jednostavnog kategoriziranja*. U ovom bloku sudionik je kategorizirao riječi u kategorije *ugodno* (na lijevom kutu ekrana) i *neugodno* (na desnom kutu ekrana). Treći blok zadataka se naziva *blok dvostrukog kategoriziranja* iz razloga što su u jednom kutu ekrana ispisana imena dviju kategorija (na lijevoj strani *seksualna nevjera* i *ugodno*, a na desnoj strani kategorije *emocionalna nevjera* i *neugodno*). Dakle, četiri kategorije koje su bile prezentirane odvojeno, sada su se pojavile zajedno. Sudionici su pritiskom lijeve tipke klasificirali riječi u kategorije *seksualna nevjera* ili *ugodno*, a pritiskom desne tipke riječi u kategorije *emocionalna nevjere* ili *neugodno*. Na primjer, ukoliko bi se na sredini ekrana pojavila riječ *napuštanje*, adekvatna reakcija sudionika je bila pritisak desne tipke, kao i u slučaju da se pojavila riječ *pakao*. Na sredini ekrana su se prezentirale riječi slučajnim redoslijedom iz sve četiri kategorije, dakle ukupno 32 riječi. Ovaj blok je služio uvježbavanju ispitanika na zadani način davanja odgovora u pojedinom tipu zadatka. Nakon uvježbavanja slijedio je četvrti blok, identičan trećem, te je služio kao ciljani test. Peti blok je bio *blok jednostavnog kategoriziranja* u kojem su sudionici imali zadatak sličan prvom bloku. No, imena kategorija *seksualna nevjera* i *emocionalna nevjera* su bila na obrnutim stranama ekrana. Na ovaj način se kontrolirao utjecaj sistematskih faktora, odnosno uvježbavanje. Šesti blok je također bio *blok dvostrukog kategoriziranja*. Na obje strane ekrana su bila prezentirana imena dviju kategorija, no imena kategorija *emocionalna nevjera* i *seksualna nevjere* su bila povezana s drugim kategorijama. Na lijevoj strani kategorija *emocionalna nevjera* je bila s kategorijom *ugodno*, a na desnoj strani kategorija *seksualna nevjera* s kategorijom *neugodno*. Kao i u prethodnom slučaju dvostrukog kategoriziranja, i ovaj blok je služio za vježbu, dok je posljednji sedmi blok, identičan šestom, služio kao ciljani zadatak.

U svim blokovima svaka je riječ bila prezentirana na ekranu sve dok ju sudionik nije kategorizirao u jednu od kategorija. Interval između sudionikove kategorizacije i pojavljivanja nove riječi je varirao po slučaju u rasponu od 400-1600 ms. Ukoliko je sudionik napravio pogrešnu kategorizaciju, pogrešno kategorizirana riječ se po slučaju ponovno prezentirala na ekranu računala. Registriran je ukupan broj pogrešaka te prosječno vrijeme kategoriziranja riječi za svaku od kategorija, u svakom bloku zadataka. U prosječno vrijeme kategoriziranja riječi su uključene samo točne kategorizacije.

U prosječno vrijeme kategoriziranja riječi za pojedine kategorije nisu uključene latencije duže od 10 000 ms i kraće od 300 ms. Utjecaj redoslijeda zadataka na izvedbu je kontroliran na način da su dvije polovine sudionika imale različit redoslijed prezentacije blokova zadataka. Primjer redoslijeda blokova zadataka za jednu skupinu sudionika se nalazi u Tablici 2. Druga skupina sudionika je započela sa zadatkom u kojemu je u prvom bloku kategorija seksualna nevjera bila na desnoj strani, a emocionalna nevjera na lijevoj strani. U skladu s tim su prezentirani sljedeći blokovi zadataka. Drugim riječima, blokovi pod rednim brojevima 1, 3 i 4 su zamijenjeni s blokovima pod rednim brojevima 5, 6 i 7.

Tablica 2. Redoslijed i opis blokova zadataka u Testu implicitnih asocijacija

Skupina	Blok	Broj prezentiranih riječi	Imena kategorija na lijevoj strani	Imena kategorija na desnoj strani
	1	16	Seksualna nevjera	Emocionalna nevjera
	2	16	Ugodno	Neugodno
1	3	32	Seksualna nevjera + Ugodno	Emocionalna nevjera + Neugodno
	4	32	Seksualna nevjera + Ugodno	Emocionalna nevjera + Neugodno
	5	16	Emocionalna nevjera	Seksualna nevjera
	6	32	Emocionalna nevjera + Ugodno	Seksualna nevjera + Neugodno
	7	32	Emocionalna nevjera + Ugodno	Seksualna nevjera + Neugodno

Rezultati

Prilikom analiziranja vremena kategoriziranja riječi rezultati jednog sudionika nisu uključeni u analizu rezultata zbog neadekvatnog odgovaranja. U tom slučaju, analizirana su vremena kategorizacije ukupno 103 sudionika. Tijekom ispitivanja, treći i šesti blok zadataka su služili kao vježba, stoga su u obradu rezultata uključena vremena kategoriziranja u ciljanim zadacima, odnosno četvrtom i sedmom bloku. U ovakvim istraživanjima važno je provjeriti i utjecaj redoslijeda primjene blokova zadataka. Analizom kovarijance je dobiveno da različit redoslijed primjene blokova zadataka nije imao značajan utjecaj na vrijeme kategorizacije riječi ($F=0,01$; $df=1$;

$p=0,91$). Nadalje, prilikom analiziranja broja pogrešaka izbačeni su rezultati ukupno pet sudionika jer su predstavljali ekstremne vrijednosti.

Formiranje konačnog rezultata na Testu implicitnih asocijacija temelji se na prosječnim vremenima reagiranja u dva bloka dvostrukog kategoriziranja. Blokovi dvostrukog kategoriziranja su četvrti i sedmi blok. U četvrtom bloku su u jednom kutu ekrana bila ispisana imena dviju kategorija (na desnoj strani kategorije *emocionalna nevjera* i *neugodno*, a na lijevoj *seksualna nevjera* i *ugodno*). U sedmom bloku su na desnoj strani ekrana bile kategorije *seksualna nevjera* i *neugodno*, a na lijevoj strani kategorije *emocionalna nevjera* i *ugodno*. Za svaki blok dvostrukog kategoriziranja je izračunata prosječna brzina kategoriziranja riječi koje impliciraju seksualnu nevjeru, odnosno emocionalnu nevjeru. Dakle, za četvrti blok je izračunata prosječna brzina dvije vrste kategorizacija: kategorizacija riječi u kategoriju *emocionalna nevjera* koja je povezana s kategorijom *neugodno* (EN), te kategorizacija riječi u kategoriju *seksualna nevjera* koja je povezana s kategorijom *ugodno* (SU). Za sedmi je blok izračunata prosječna brzina sljedeće dvije vrste kategorizacija: kategorizacija riječi u kategoriju *emocionalna nevjera* koja je povezana s kategorijom *ugodno* (EU), te kategorizacija riječi u kategoriju *seksualna nevjera* koja je povezana s kategorijom *neugodno* (SN). Time su dobivene dvije aritmetičke sredine i standardne devijacije za dva bloka, za muške i ženske sudionike, prikazane u Tablici 3.

Tablica 3. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) vremena kategoriziranja riječi s obzirom na vrstu kategorizacije

	Muškarci		Žene	
	Vrsta kategorizacije			
	EN i SU	EU i SN	EN i SU	EU i SN
M (ms)	1113,74	1553,72	1172,15	1557,9
SD	389,06	560,52	508,71	590,92

Analizom varijance dobiveno je da nema značajne razlike između muškaraca i žena u brzini kategoriziranja riječi za oba bloka ($F=0,11$; $df=1$; $p=0,74$). Dobiveno je da oba spola pokazuju veću osjetljivost na emocionalnu nevjeru nego na seksualnu ($F=105,15$; $df=1$; $p=0,00$). Prosječno vrijeme za kategorizacije EN i SU je značajno kraće od kategoriziranja riječi u zadacima EU i SN. Dakle, sudionici su bili brži u zadatku kada je emocionalna nevjera povezana s neugodom nego kada je seksualna nevjera povezana s neugodom.

Kad je riječ o broju pogrešaka, testom predznaka je utvrđeno (Tablica 4) da su muškarci imali značajno više pogrešaka kada su kategorije *emocionalna nevjera* i katego-

rija *ugodno* bile povezane (na istim stranama ekrana) u odnosu na sve ostale zadatke kategoriziranja. Isti rezultati su dobiveni i za žene. Dodatno, žene su imale i najmanje pogrešaka kada su kategorije *emocionalna nevjera* i *neugodno* bile povezane, u odnosu na sve ostale zadatke kategoriziranja.

Tablica 4. Rezultati Testa predznaka: testiranje značajnosti razlika u broju pogrešaka između svih vrsta kategorizacija riječi za oba spola

	Z	
	Muškarci	Žene
SU i EN	1,44	2,5*
SU i EU	2,56*	1,88
SU i SN	1,02	0,33
EN i EU	3,94*	5,12*
EN i SN	-0,2	3,08*
EU i SN	3,48*	2,62*

* $p < 0,01$

Razlike između muškaraca i žena u broju pogrešaka su testirane Mann-Whitney U testom za dva nezavisna uzorka. Dobivene su značajne razlike između muškaraca i žena kada su kategorije *emocionalna nevjera* i *neugodno* bile povezane ($Z=1,96$; $p=0,04$). U tom slučaju, žene su imale značajno manje pogrešaka od muškaraca.

Rasprava

Iz perspektive evolucijske psihologije, za pretpostaviti je da će žene imati jače asocijacije između riječi koje impliciraju emocionalnu nevjeru i riječi neugodne valencije. Za muškarce se mogu očekivati jače asocijacije između riječi koje impliciraju seksualnu nevjeru i riječi neugodne valencije (Thompson i sur., 2007). S obzirom na navedeno, može se pretpostaviti da će žene brže od muškaraca povezivati riječi iz kategorije *emocionalna nevjera* s kategorijom *neugodno*, dok će muškarci pokazivati obrnuti obrazac. Međutim, dobiveni rezultati u Testu implicitnih asocijacija nisu pokazali razlike u brzini kategoriziranja između muškaraca i žena. Oba spola su pokazala veću osjetljivost na emocionalnu nevjeru nego na seksualnu. Dakle, svi sudionici, neovisno o spolu, imaju slabije asocijacije između riječi iz kategorije *emocionalna nevjera* i kategorije *ugodno* te između riječi koje impliciraju *seksualnu nevjeru* i kategoriju *neugodno*, što se ne uklapa u evolucijsku hipotezu. Nekonkistentnost rezultata ovog i istraživanja Thompsona i suradnika (2007) može se objasniti različiti-

tom statističkom obradom rezultata dobivenih u Testu implicitnih asocijacija. U testu su bila dva bloka dvostrukog kategoriziranja, četvrti i sedmi blok. U ovom istraživanju, za razliku od istraživanja Thompsona i suradnika (2007), su izračunate brzine kategorizacije za cijeli blok dvostrukog kategoriziranja, dakle prosjek latencija odgovora dvije vrste kategorizacije u svakom bloku. Razlog zbog kojeg nisu izračunate prosječne vrijednosti posebno za dvije kategorizacije u svakom bloku je podatak prijašnjih istraživanja koji ukazuje da sudionici ne kategoriziraju riječi u jednu kategoriju neovisno o drugoj u istom bloku (Greenwald, Nosek i Banaji, 2003). Naime, sudionici konstantno uspoređuju četiri kategorije koje su im unutar bloka dvostrukog kategoriziranja istovremeno prezentirane na ekranu. Iz tog razloga, dvije kategorizacije se ne mogu odijeliti jer nisu neovisne jedna o drugoj, te je potrebno izračunati prosječnu brzinu kategoriziranja za cijeli blok. Ovakav način izračunavanja efekta implicitnih asocijacija dio je novog algoritma za obradu podataka dobivenih ovim testom (Greenwald i sur., 2003), što predstavlja i prednost ovog istraživanja. No, Thompson i suradnici (2007) nisu primijenili spomenuti algoritam, što njihovu interpretaciju dobivenih rezultata čini i upitnom. Kad je riječ o broju pogrešaka, sudionici obaju spolova imaju najviše pogrešaka prilikom kategoriziranja riječi iz kategorije *emocionalna nevjera* kada su povezane s kategorijom *ugodno*. Iz toga proizlazi da su se slabije asocijacije između emocionalne nevjere i riječi ugodne valencije manifestirale i dužim vremenom kategoriziranja i većim brojem pogrešaka. Razlike u broju pogrešaka između muškaraca i žena su dobivene za kategorizaciju riječi u kategoriju *emocionalna nevjera* koja je povezana s kategorijom *neugodno*, s tim da su žene imale značajno manje pogrešaka od muškaraca. Navedeno može implicirati da žene imaju jače asocijacije između emocionalne nevjere i riječi neugodne valencije, što je u skladu s evolucijskom hipotezom. Ipak, rezultati muških i ženskih sudionika na Testu implicitnih asocijacija u ovom istraživanju nisu svim konzistentni. S jedne strane, razlika u brzini kategoriziranja između muškaraca i žena nema, dok razlike u broju pogrešaka navode na interpretaciju da žene ipak pokazuju veću osjetljivost na emocionalnu nevjera. Bitno je spomenuti da se u istraživanjima ovakvog tipa radi o ispitivanju složenih emocija, zbog čega je potrebna daljnja adaptacija samog testa. Nadalje, neki autori smatraju da je u osnovi Testa implicitnih asocijacija zapravo standardni test podražajno-reakcijske (S-R) podudarnosti (Munch i Kauler, 2008). Ukoliko su riječi između kojih postoje snažne asocijacije na istim stranama ekrana, odnosno zadatak zahtjeva da se na njih reagira istom reakcijom, riječ je o S-R podudarnosti. Ukoliko su na suprotnim stranama ekrana, riječ je o situaciji nepodudarnosti. Na primjer, kad je kategorija *cvijeće* na istoj strani kao i kategorija *ugodno*, podražaj i reakcija se podudaraju. Kada je kategorija *kukac* na istom mjestu umjesto kategorije *cvijeće*, zadatak predstavlja S-R nepodudarnost. S obzirom da su koncepti *cvijeće* i *kukac* različite valencije, mijenja se podudarnosti S-R

kada oni zamijene mjesta. Formiranje rezultata na testu se temelji na razlici u izvedbi između zadataka S-R podudarnosti i S-R nepodudarnosti.

Međutim, na adaptiranu verziju testa u ovom istraživanju se ne može gledati kao na standardni zadatak S-R podudarnosti. Naime, zadatak koji predstavlja S-R nepodudarnost je onaj u kojem je kategorija *emocionalna nevjera* na istoj strani kao i kategorija *ugodno*. Ista S-R nepodudarnost je u zadatku u kojem je kategorija *seksualne nevjere* na istoj strani kao i kategorija *ugodno*. Dakle, kada koncepti *emocionalna nevjera* i *seksualna nevjera* u ovom slučaju zamijene mjesta, podudarnost se ne mijenja jer su oba koncepta iste negativne valencije. U ovom istraživanju, cilj je bio ispitati razlike između muškaraca i žena u izvedbi u istim zadacima S-R nekompatibilnosti. No, moguće je da Test implicitnih asocijacija nije primjenjiv u ovom slučaju u smislu da ne može jasno diskriminirati navedene razlike između muškaraca i žena. Općenito, poboljšanje metodologije je moguće postići provjerom povezanosti između različitih implicitnih mjera, preciznijom operacionalizacijom objekta stava (*emocionalna i seksualna nevjera*) te ispitivanjem povezanosti implicitnih mjera emocija s već standardiziranim upitničkim mjerama ili fiziološkim varijablama.

S obzirom na spomenute metodološke probleme prijašnjih, ali i ovog istraživanja, čini se bitnim uzeti u obzir i kognitivne procese koji su u osnovi adaptivne funkcije ljubomore. Opći cilj evolucijske psihologije jest istraživanje karakteristika kognitivnih procesa koji su zapravo medijatori između evolucije i adaptivnog ponašanja (Cosmides i Tooby, 1987), što zahtjeva integraciju istraživanja adaptivnih funkcija i kognitivnih procesa. Poznavanje načina na koji je ljubomora kao psihološka adaptacija uopće implementirana u kognitivni sustav, može dovesti do zaključaka o njenom razvoju (Penke i Asendorpf, 2008). Poboljšanje implicitnih metoda ispitivanja ljubomore može pomoći u otkrivanju tog razvoja jer bi na taj način bilo moguće utvrditi odvija li se na svjesnoj razini i nakon pomnog razmišljanja ili su pak to automatske reakcije nastale tijekom evolucijske povijesti. U jednom od rjeđih istraživanja ovoga tipa se pokušalo odgovoriti na to pitanje ispitivanjem pamćenja rečenica povezanih s distraktorima koji impliciraju određen tip nevjere. Rezultati su pokazali da su muškarci zapamtili značajno manje rečenica prezentiranih s indikatorima seksualne nevjere, dok su žene pokazale obrnuti obrazac pamćenja (Schützwohl, 2008). Navedeno implicira da je osjetljivost na različite vrste nevjera automatska reakcija koja može interferirati s obavljanjem određenog zadatka, kao što je pamćenje rečenica. Dosadašnje metode prisilnog izbora nevjera i/ili procjene ljubomore na kontinuiranih skali ne mogu odgovoriti na pitanje vezano uz automatsko procesiranje nevjera s obzirom da sudionici nemaju ograničeno vrijeme za donošenje odluke. U spomenutim dosadašnjim istraživanjima, sudionikovo donošenje odluke se moglo temeljiti na detaljima zamišljene situacije, razmišljanju o kršenju kulturalnih normi koje uzrokuje pojedina nevjera, o rodnim i spolnim ulogama koje imaju u svojoj

kulturi i slično. Stoga, ispitivanje ljubomore na indirektan način i poboljšanje implicitnih metoda ispitivanja bi moglo imati prednosti i u istraživanjima kognitivnih mehanizama koji se nalaze u pozadini seksualne i emocionalne ljubomore.

Zaključak

Implicitnom metodom ispitivanja ljubomore u ovom istraživanju nije u potpunosti potvrđena evolucijska hipoteza o razlikama u ljubomori između muškaraca i žena. U Testu implicitnih asocijacija oba spola su pokazala veću osjetljivost na emocionalnu nevjeru. Dakle, svi sudionici, neovisno o njihovom spolu, su imali slabije asocijacije između riječi iz kategorije *emocionalna nevjera* i kategorije *ugodno* te između riječi koje impliciraju *seksualnu nevjeru* i kategorije *neugodno*. Analize broja pogrešaka ukazuju na jače asocijacije između emocionalne nevjere i riječi neugodne valencije kod žena, što je u skladu s evolucijskom hipotezom. Potrebna su daljnja istraživanja u svrhu adaptacije implicitnih metoda u ispitivanju ljubomore. Metodologiju istraživanja ovog tipa je moguće poboljšati provjerom povezanosti između različitih implicitnih mjera, preciznijom operacionalizacijom objekta stava (emocionalna i seksualna nevjera) te ispitivanjem povezanosti implicitnih mjera ljubomore s već standardiziranim upitničkim mjerama i/ili fiziološkim varijablama.

LITERATURA

1. Brase, G., Caprar, D. i Voracek, M. (2004). Sex differences in responses to relationship threats in England and Romania. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(6), 763-778.
2. Buss, D.M., Larsen, R., Westen, D. i Semmelroth, J. (1992). *Sex differences in jealousy: evolution, physiology, and psychology*. *Psychological Science*, 3, 251-255.
3. Buss, D.M. i Schmitt, D.P. (1993). Sexual strategies theory: an evolutionary perspective on human mating. *Psychological Review*, 100, 204-232.
4. Buss, D.M., Shackelford T.K., Kirkpatrick, L.A., Choe, J., Hasegawa, M., Hasegawa, T. i Bennett, K. (1999). *Jealousy and the nature of beliefs about infidelity: tests of competing hypotheses about sex differences in the United States, Korea, and Japan*. *Personal Relationships*, 6, 125-150.
5. Buunk, B.P., Angleitner, A., Oubaid, V. i Buss, D.M. (1996). Sex differences in jealousy in evolutionary and cultural perspective: tests from the Netherlands, Germany, and the United States. *Psychological Science*, 7, 359-363.
6. Cosmides, L. i Tooby, J. (1987). From evolution to behavior: evolutionary psychology as the missing link. U: J. Dupre (ur.), *The latest on the best: essays on evolution and optimality*. (str. 277-307). Cambridge, MA: The MIT Press.
7. Daly, M., Wilson, M.I. i Weghorst, S.J. (1982). Male sexual jealousy. *Ethology & Sociobiology*, 3, 11-27.

8. DeSteno, D.A. i Salovey, P. (1996). Evolutionary origins of sex differences in jealousy: questioning the "fitness" of the model. *Psychological Science*, 7, 367-372.
9. DeSteno, D., Barlett, M.Y., Braverman, J. i Salovey, P. (2002). Sex differences in jealousy: Evolutionary mechanism or artifact of measurement? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1103-1116.
10. Edlund, J.E., Heider, J.D., Scherer, C.R., Farc, M.M. i Sagarin, B.J. (2006). *Sex differences in jealousy in response to actual infidelity*. *Evolutionary psychology*, 4, 462-470.
11. Fernandez A.M., Sierra, J.C., Zubeidat, I. i Vera-Villarroel, P. (2006). *Sex differences in response to sexual and emotional infidelity among Spanish and Chilean students*. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37, 359-365.
12. Field, S.A. i Keller, M.A. (1993). Alternative mating tactics and female mimicry as postcopulatory mate-guarding behaviour in the parasitic wasp *Cotesia rubecula*. *Animal Behaviour*, 46, 1183-1189.
13. Geary, D.C., Rumsey, M., Bow-Thomas, C.C. i Hoard, M.K. (1995). *Sexual jealousy as a facultative trait: evidence from the pattern of sex differences in adults from China and the United States*. *Ethology and Sociobiology*, 16(29), 355-383.
14. Greenwald, A.G., McGhee, D.E. i Schwartz, J.L.K. (1998). *Measuring individual differences in implicit cognition: the Implicit Association Test*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464-1480.
15. Greenwald, A.G. i Farnham, S.D. (2000). Using the Implicit Association Test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1022-1038.
16. Greenwald, A.G., Nosek, B.A. imBanaji, M.R. (2003). Understanding and using the Implicit Association Test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 197-216.
17. Grice, J.W. i Seely, E., (2000). *The evolution of sex differences in jealousy: failure to replicate previous results*. *Journal of Research in Personality*, 34, 348-356.
18. Harris, C.R. i Christenfeld, N. (1996). Gender, jealousy, reason. *Psychological Science*, 7, 364-366.
19. Harris, C.R. (2000). *Psychophysiological responses to imagined infidelity: the specific innate modular view of jealousy reconsidered*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1082-1091.
20. Kardum, I. (2003). *Evolucija i ljudsko ponašanje*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
21. Kuhle, B. X., Smedley, K.D. i Schmitt, D.P. (2009). *Sex differences in the motivation and mitigation of jealousy-induced interrogations*. *Personality and Individual Differences*, 46, 499-502.
22. Mougeot, F., Thibault, J.C. i Bretagnolle, V. (2002). Effects of territorial intrusions, courtship feedings and mate fidelity on the copulation behaviour of the osprey. *Animal Behaviour*, 64, 759-769.
23. Munsch, J. i Klauer, K. C. (2008). *Psychology of evaluation: affective processes in cognition and emotion*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, London.
24. Pavela, I. i Šimić, N. (2010). Spolne razlike u reagiranju na emocionalnu i seksualnu nevjeru. *Socijalna psihijatrija*, 38(4), 245-254.
25. Pavela, I. i Šimić, N. (2011). Ljubomora i opraštanje seksualne i emocionalne nevjere iz evolucijske perspektive. *20. dani Zorana i Ramira Bujasa*, 7.-9. travnja 2011. Zagreb, Hrvatska.
26. Penke, L. i Asendorpf, J. B. (2008). Evidence for conditional sex differences in emotional but not in sexual jealousy at the automatic level of cognitive processing. *European Journal of Personality*, 22, 3-30.
27. Schützwohl, A. (2008). The disengagement of attentive resources from task-irrelevant cues to sexual and emotional infidelity. *Personality and Individual Differences*, 44, 633-644.
28. Shackelford, T.K., Buss, D.M. i Bennett, K. (2002). Forgiveness or breakup: sex differences in responses to a partner's infidelity. *Cognition and Emotion*, 16, 299-307.
29. Souza, A.A.L., Verderane, M.P., Taira, J.T. i Otta, E. (2006). Emotional and sexual jealousy as a function of sex and sexual orientation in a Brazilian sample. *Psychological Reports*, 98, 529-535.
30. Šimić, N., Pavela, I. i Ugrina, M.E. (2010). Emocionalna i seksualna ljubomora u različitim fazama menstrualnog ciklusa. *XVII Dani psihologije u Zadru*, 27 – 29. svibnja, 2010. Zadar, Hrvatska.
31. Thomson, J.W., Patel, S., Platek, S.M. i Shackelford, T.K. (2007). Sex Differences in implicit association and attentional demands for information about infidelity. *Evolutionary Psychology*, 5(3), 569-583.

Irena Pavela, Nataša Šimić

Examining jealousy by modified Implicit Association Test

ABSTRACT

Jealousy is a psychological mechanism and a product of a natural selection, with the function of mate guarding. Previous studies, using explicit methods, showed that men are more sensitive to sexual infidelity, whereas women are more sensitive to emotional infidelity. The aim of this study is to investigate sex differences in jealousy with the implicit method. Modified version of Implicit association test was applied on 104 subjects. Analysis of word categorization time showed that men and women are more sensitive to emotional infidelity. However, error analysis showed that women are more sensitive to emotional infidelity. Further research is necessary for adaptation of Implicit association test in investigating jealousy.

Key words: jealousy, sexual infidelity, emotional infidelity, Implicit association test

Ifigenija Račić,* Blanka Jergović

Medijska slika bioetike – 9. svjetski bioetički kongres u Rijeci**

SAŽETAK

Cilj ovog rada je prikazati osobine i prirodu medijskog praćenja 9. svjetskog bioetičkog kongresa održanog u Rijeci od 3. do 8. rujna 2008. s glavnom temom "Izazovi međukulturološke bioetike u 21. stoljeću". Uvodni dio osvrće se na odnos medija i znanosti te na položaj znanosti u medijima, fokusirajući se na interakciju novinara i znanstvenika kao glavnih čimbenika za uspješan put znanosti prema javnosti. Nakon kratkog teorijskoga pojašnjenja definicije bioetike, ukazuje se i na povezanost medija i bioetike. Provedena je kvalitativna i kvantitativna analiza izvještavanja hrvatskih dnevnih novina (Novi List, Jutarnji list, Vjesnik i Večernji list) o bioetičkome Kongresu. Zaključili smo da hrvatske dnevne novine nisu iskoristile mogućnost pozicioniranja bioetike kao discipline, da su bile nedovoljno ili slabo zainteresirane za kongres i bioetiku, kao i da je pristup medijskom praćenju bio najčešće pragmatičan i usredotočen više na posljedice kongresa za turizam i prepoznatljivost Rijeke i Riječke regije nego na samu bioetiku.

Ključne riječi: mediji i znanost, bioetika, 9. svjetski bioetički kongres, dnevne novine

* Adresa za korespondenciju: Ifigenija Račić, Hrvatski studiji Sveučilišta u Zagrebu, Zagrebu, Borongajska cesta 83d, HR – 10000 Zagreb, e-mail: iracic@hrstud.hr.

** Izlaganje koje je prethodilo izradi rada održano je na međunarodnom simpoziju "Filozofija i mediji" u okviru manifestacije "Dani Frane Petrića" na Cresu od 20. do 23. rujna 2009. Rad je nastao u sklopu znanstveno-istraživačkog projekta "Znanstvena komunikacija: uloga znanstvene zajednice i izrada kurikulumu" čija je voditeljica doc. dr. sc. Blanka Jergović.

1. Znanost i mediji, bioetika i mediji

Premda su bioznanost i medicina, kao i prirodne znanosti općenito, najčešći predmet analiza znanosti u medijima, a novine najčešće istraživan medij koji izvještava o znanosti,¹ bioetika se u Hrvatskoj rjeđe istražuje u svom odnosu s medijima², a i u svjetskoj literaturi u kontekstu komuniciranja o znanosti ona se rjeđe analizira kao takva, *per se*. Definira se u akademskom, ali i u smislu 'javne bioetike', u kontekstu povezivanja konkretne politike i političkih odlučivanja s etičkima, i unapređenja političkog odlučivanja (npr. Moore, 2010)³. Najčešće se bioetika i njezine reprezentacije u medijima istražuju na konkretnim primjerima aktualnih znanstvenih istraživanja genetike, genomike, biotehnologije, nanotehnologije, istraživanja matičnih stanica (npr. Iancu i Balaban, 2009)⁴, mozga, genetike tumora, biobanaka i sl. Ona ponekad poprimaju neke općenite obrise u opisivanju dna znanosti i medija. Primjerice, Matthew C. Nisbet i Bruce Lewenstein analiziraju pomicanje od inače prevladavajućeg trenda pozitivnog izvještavanja medija o znanosti prema kritičkom, nakon javnih debata o kloniranju, genskoj terapiji i poljoprivrednoj biotehnologiji, a donose i neke zaključke o utjecaju izvora informacija na medijsko izvještavanje o biotehnologiji u Sjedinjenim Državama.⁵ Studija o velikoj prijevari znanstvenika Hwanga i kloniranju ljudskog embrija također upućuje na neke moguće pravilnosti u medijskom tretmanu bioetike. Istražujući slučaj južnokorejskog znanstvenika, koji je u dva navrata u časopisu *Science* objavio članke s izvanrednim rezultatima za koje se kasnije utvrdilo da su lažirani te su i članci nakon istrage povučeni iz *Sciencea*, Joan Haran i Jenny Kitzinger analiziraju ulogu medija i znanstvenika u prezentiranju "dobre" znanosti i "rock-star" znanstvenika, kao i u proizvodnji i znanstvene istine i laži.⁶ Mediji imaju važnu ulogu u konstituiranju različitih ideja, pojava ili događaja, pa tako i u konstituiranju bioetike. I "gundanja znanstvenika" o medijima također pomažu postizanju intimnijeg odnosa koji je za to potreban (Simonson, 2002, citirano u Miah, 2005).⁷ Zbog svega toga čini nam se da bi opravdanje ovoga

¹ Mike.S. Schäfer, "Taking stock: A meta-analysis of studies on the media's coverage of science", *Public Understanding of Science* 21(6), (2012), str. 650-663.

² Časopis *Medianali* (Vol.2. No.4, studeni 2008.) objavljuje nekoliko radova domaćih stručnjaka prezentiranih na pridruženom skupu "Mediji i bioetika" u sklopu 9. svjetskog bioetičkog kongresa u Rijeci.

³ Alfred Moore, "Public bioethics and public engagement: the politics of 'proper talk'", *Public Understanding of Science* 19(2), (2010), str. 197-211.

⁴ Ioana Iancu i Delia Cristina Balaban, "Romanian Media Coverage on Bioethics. The Issue of Stem Cell", *Journal for the Study of Religions and Ideologies* 8, 22, (2009), str. 24-37.

⁵ Matthew.C. Nisbet i Bruce Lewenstein, "Biotechnology and the American Media: The Policy Process and the Elite Press, 1970 to 1999", *Science Communication* 23(4), (2002), str. 359.

⁶ Joan Haran i Jenny Kitzinger, "Modest witnessing and managing the boundaries between science and the media: A case study breakthrough and scandal", *Public Understanding of Science* 18(6), (2009), str. 650.

⁷ Peter Simonson, "Bioethics and the Rituals of Media", *The Hastings Center Report* Vol. 32, No.1, (Jan.-Feb., 2002), str. 32-39 u Andy Miah, "Genetics, cyberspace and bioethics: why not a public engagement with ethics?",

istraživanja i rada moglo biti dvostruko; u popunjavanju relativne praznine u istraživanjima odnosa bioetike i medija (u ovom slučaju tiska) u Hrvatskoj i u ispitivanju uspješnosti medija i bioetičara u javnom konstituiranju bioetike u nas.

U ovome radu analiziramo medijsku prezentaciju znanosti u hrvatskim dnevnim novinama na primjeru izvještavanja o bioetici, znanstvenoj disciplini čiji su problemi i ciljevi goruća pitanja čovjekove svakodnevice, opstanka te budućnosti u vrtlogu i sprezi s modernim tehnologijama, suvremenim znanstvenim istraživanjima i klimatskim promjenama. Ukratko i sažeto ćemo za potrebe ovog rada prikazati otkud naziv bioetika, tko ga je izmislio i gdje je nastala, kako se razvijala i kakav joj je status danas.

Novija otkrića pokazala su da je naziv *bioetika*, odnosno *Bio-Ethik*, prvi smislio Fritz Jahr 1927. godine po čemu je bioetika dobila europske korijene.⁸ F. Jahr termin izvodi iz "bios" (grč. život) i "etika", odnosno, *bio-etika*. No, do sredine 90-ih godina 20.st. smatralo se da je sam naziv *bioetika* nastao početkom 70-ih godina, na američkom tlu, a da je tvorac pojma Van Rensselaer Potter. Kod Pottera, bioetika se prvi put pojavila 1970. u radu "Bioethics: The science of survival" ("Bioetika: znanost o preživljavanju") i 1971. u naslovu knjige *Bioethics: Bridge to the future (Bioetika - most prema budućnosti)*⁹, a značila je "most prema budućnosti i most među disciplinama; most između biološke znanosti i etike, most između društvenih i prirodnih znanosti."¹⁰ Između Jahrova i Potterova poimanja bioetike unatoč sličnosti, postoje razlike. Naime, F. Jahr svoju bioetiku primarno povezuje s životom (ljudima, životinjama i biljkama), ali ne i sa znanosti kao Potter.¹¹

Prije Potterova koncepta, šezdesetih godina o medicinskoj etici raspravljalo se u okviru Hipokratove tradicije, no tada paradigma tradicionalne medicinske etike postaje nedovoljna obzirom na znanstveno-tehnološki napredak u medicini i njime potenciranih moralnih dvojbi koji su uvjetovali nastanak bioetike.¹² Sedamdesetih godina, "postupno nakon donošenja teorijskog koncepta i pojma bioetike dolazi do medikalizacije bioetike pa tako Andre Hellegers interpretira bioetiku kao medicinsku etiku, a Albert Jonsen kritički uviđa da se Hellegersova interpretacija i bioetička pitanja odnose na

Public Understanding of Science 14(4), (2005), str. 409.

⁸ Više u Amir Muzur i Iva Rinčić, "Fritz Jahr (1895-1953) – the Man Who Invented Bioethics. A Preliminary Biography and Bibliography", *Synthesis philosophica* 51 (1/2011) pp. (133-139); Amir Muzur i Iva Rinčić, "Fritz Jahr (1895-1953): a life story of the "inventor" of bioethics and tentative reconstruction of the chronology of his work", *Jahr* 2, No. 4 (2011): 385-394.

⁹ Ivan Šegota, "Kako definirati bioetiku?", u: Asim Kurjak i Vlatko Silobričić (ur.), *Bioetika u teoriji i praksi*, Nakladni zavod Globus, Zagreb 2001., str. 81.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Amir Muzur i Iva Rinčić, "Fritz Jahr (1895-1953) – the Man Who Invented Bioethics. A Preliminary Biography and Bibliography", *Synthesis philosophica*, str.134.

¹² Ante Čović, *Etika i bioetika. Razmišljanja na pragu bioetičke epohe*, Pergamena, Zagreb 2004., str. 115.

suvremenu znanost i tehnologije, a ne na tradicionalnu etiku pa medicinsku etiku tumači kao "novu medicinsku etiku".¹³ Svjetski i hrvatski bioetičari isprva prihvaćaju to poimanje, ali ga i polako napuštaju jer iako "povijesno gledajući bioetika proizlazi iz problemskog medicinskog polja u svojim osnovama ona premašuje medicinsko-etički okvir."¹⁴ Devedesetih godina, "bioetika se vraća svom izvornom "potterovskom" značenju i shvaćanju", a to je "da 'mostovna bioetika' ili kasnije nazvana 'globalna bioetika' nadilazi kratkoročni (medicinsko-bioetički) pogled na ljudske probleme, već zagarava dugoročni (ekološko-bioetički) pogled koji uključuje preživljavanje vrsta i zdrav ekosistem, a ne više samo ljude."¹⁵ Razvojni put bioetike neki autori opisuju kao "put od 'nove medicinske etike' do 'etike života' koja postaje duhovnim znakom u kojem se odvija prijelom civilizacijskih epoha."¹⁶ Zaključno, naglašavaju se tri razvojne faze bioetike: "faza nove medicinske etike, faza globalne bioetike i faza integrativne bioetike".¹⁷ Integrativna bioetika "na metodološkome planu povezuje različite perspektive u jedinstveni pluriperspektivni obrazac orijentacijskoga znanja, dok je na predmetnom planu usmjerena na brojne problemske sklopove u širokom tematskom rasponu od medicinske skrbi i biomedicinskih istraživanja preko problematike ne-ljudskih živih bića i općih uvjeta održanja života (ekologija) do sudbinskih pitanja suvremene civilizacije"¹⁸, a interdisciplinarnost i pluriperspektivnost "ne znače puko mehaničko okupljanje različitih pogleda, nego njihovo zbiljsko integriranje, odnosno izradu jedinstvene platforme za raspravu o etičkim problemima vezanima za život, ljudski i ne-ljudski, individualni život i život u cjelini."¹⁹

Početke i razvoj, aktivnosti i dostignuća hrvatske bioetike analizirali su i Ivana Zagorac i Hrvoje Jurić u preglednome radu "Bioetika u Hrvatskoj" uzimajući u obzir tri aspekta razvoja bioetike: "znanstveno-stručne rasprave, bioetički senzibilitet i bioetička institucionalizacija"²⁰. Autori smatraju da su stanje i bioetička aktivnost u Hrvatskoj zadovoljavajući, ali da "to ne smije predstavljati razlog za opuštanje jer je narav bioetike dinamična pa bioetički senzibilitet treba i dalje poticati na društvenom planu te prijeći na višu razinu bioetičke institucionalizacije."²¹ U radu se osvrću se i na vezu bioetike s medijima koji su "odigrali ključnu ulogu u formiranju

¹³ Ibid, str. 82-83.

¹⁴ Ivana Zagorac i Hrvoje Jurić, "Bioetika u Hrvatskoj", *Filozofska istraživanja* 28 (3/2008), str. 603.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ A. Čović, *Etika i bioetika. Razmišljanje na pragu bioetičke epohe*, str. 113.

¹⁷ Više u Iva Rinčić and Amir Muzur, "Variety of Bioethics in Croatia: a Historical Sketch and Critical Touch", *Synthesis philosophica* 52 (2/2011) str. 412 i 418 i I. Zagorac i H. Jurić, "Bioetika u Hrvatskoj", str. 601-611.

¹⁸ I. Zagorac i H. Jurić, "Bioetika u Hrvatskoj", str. 608-609.

¹⁹ Ibid, str. 608.

²⁰ Ibid, str. 604.

²¹ Ibid, str. 611.

bioetičkog diskursa, omogućujući brzi prijenos informacija, odnosno koristeći svoj potencijal za informiranje, senzibilizaciju i edukaciju."²² No, s druge strane, I. Zagorac i H. Jurić svjesni su nekih ograničenja medija pa napominju: "...da je stanje medija bolje – tj. da oni ne kalkuliraju između politike, kapitala i zabave (infotainmenta i entertainmenta) – i stupanj bioetičke svijesti i senzibiliteta bio bi viši."²³

O povezanosti bioetike i novinarstva detaljno piše Iva Sorta Bilajac u svom radu "Bioetika i novinarstvo" u kojem daje pregled prvih sustavnijih medijskih praćenja događanja koji danas ulaze u okvir bioetike.²⁴ No, pored pregleda, autorica ukazuje na to da je bioetici potrebno "...kreativno novinarstvo koje će kvalificirano pisati o bioetičkim temama."²⁵ To, naravno, smatra I. Sorta Bilajac, zahtijeva dodatnu edukaciju novinara, bilo znanstvenih ili onih opće prakse kako bi stekli određenu "bioetičku kompetenciju" jer nije dovoljno da novinari bioetičare samo citiraju i da se samo tako njihove izjave interpretiraju jer tu lako može doći do iskrivljavanja i "pojednostavljanja misli, gubitka konteksta i manipulacije porukama."²⁶ Dakako, to zahtijeva i razumijevanje načina funkcioniranja medija u znanstvenoj zajednici i veći i kvalitetniji javni angažman znanstvenika. Britanski filozof Martyn Evans vezu između bioetike i novinarstva naziva "konstruktivnim partnerstvom" i kaže da su mediji i novinari ograničeni kao sudionici u "bioetičkom promišljenom razgovoru zbog njihove sklonosti da o bioetičkim pitanjima pišu površno i bez filozofskih dimenzija"²⁷, ali ne osporava ulogu i utjecaj medija i novinara u bioetičkom dijalogu.

Važan doprinos istraživanju korijena europske bioetike, života i djela Fritzha Jahra i institucionaliziranju europske bioetike²⁸, dali su Iva Rinčić i Ante Muzur. U svom radu "Raznolikost bioetike u Hrvatskoj: povijesna skica s primjesom kritičnosti" prikazuju također razvojne etape bioetike u Hrvatskoj i to počevši od 1985. (kada se bioetika kod nas prvi put spomenula) pa do danas. Autori daju iscrpan pregled važnih publikacija, bioetičkih časopisa, autora, znanstvenika i stručnjaka koji su značajno utjecali i doprinijeli razvoju hrvatske bioetike.²⁹

Danas se bioetika nalazi u hrvatskoj klasifikaciji znanstvenih područja i polja afirmirana kao znanstvena grana filozofije i to kao *filozofijska bioetika*. Prvi put se pod tim termi-

²² Ibid, str. 607.

²³ Ibid, str. 611.

²⁴ Iva Sorta-Bilajac, "Bioetika i novinarstvo", *Medianali* 1 (1/2007), str. 179-194.

²⁵ Ibid, str. 184.

²⁶ Ibid, str. 190.

²⁷ Ibid, str. 180.

²⁸ Više u Iva Rinčić i Amir Muzur, "European bioethics institutionalisation in theory and practice", *Jahr* 2, No.4 (2011): 415-429.

²⁹ Više u Iva Rinčić and Amir Muzur, "Variety of Bioethics in Croatia: a Historical Sketch and Critical Touch", *Synthesis philosophica* 52 (2/2011) str. (403-428).

nom uvodi u klasifikaciju 2008. godine prema Pravilniku o znanstvenim i umjetničkim područjima, poljima i granama što ga je donijelo Nacionalno vijeće za znanost.³⁰ Od 2010. godine izlazi međunarodni znanstveni časopis *Jahr* koji objavljuje članke širokog raspona tema pokrivajući medicinske, humanističke i društvene znanosti, ali koji je značajan i po tome što promovira europsku bioetiku. Ovaj časopis je svojim otvorenim online pristupom dostupan i znanstvenicima i medijima i javnosti.³¹

U središtu ovoga rada je *9. svjetski bioetički kongres* koji je održan u Rijeci od 3. do 8. rujna 2008. godine. Taj Kongres bio je vrlo važan ne samo zbog činjenice da se radilo o jednom od najuglednijih svjetskih znanstvenih skupova o bioetici, nego i zbog toga što je "potvrdio i pridonio daljnjem međunarodnom etabliranju 'hrvatske' bioetike u cjelini."³² Organizatori su bili Hrvatsko udruženje za kliničku bioetiku i Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Glavni pokrovitelj događaja je predsjednik Republike Hrvatske Stjepan Mesić, a ostali sponzori i oni koji su dali podršku: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi i Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, Grad Rijeka te Primorsko-Goranska županija. U radu Kongresa sudjelovao je i veći broj pridruženih skupova. Od dvodnevni pridruženih kongresa to su: *Feministički pristup bioetici 2008. (FAB): "Glas, moć i odgovornost u zdravstvu"*, *4. jugoistočni europski bioetički forum: "Integrativna bioetika i pluriperpektivizam"* i kongres *"Mediji i bioetika"*. Jednodnevni pridruženi kongresi su: *5. simpozij međunarodnog udruženja za kliničku bioetiku*, *4. međunarodna konferencija o kliničkoj bioetici*, *Bioetika u sestrijskoj profesiji i Etika kliničkih ispitivanja i promocije lijekova*.

2. Analiza novinskih napisa o 9. svjetskom bioetičkom kongresu u Rijeci

2.1. Metoda, uzorak i odabir varijabli

Analiza ovdje obuhvaća kvalitativnu i kvantitativnu analizu sadržaja novinskih napisa koji su pratili održavanje *9. svjetskog bioetičkog kongresa* u Rijeci 2008. godine. Za potrebe ovog istraživanja odabrane su metode analize sadržaja, case studies i tehnike deskriptivne statistike. Uzorak je slučajan i limitiran brojem objavljenih napisa

³⁰ *Pravilnik o znanstvenim i umjetničkim područjima, poljima i granama* (2008.), <http://narodne-novine.nn.hr/default.aspx>, (Pristupljeno: 30. lipnja 2012). U Pravilnicima i klasifikacijama koji su bili na snazi prije 20. lipnja 2008., nismo našli termin *bioetika*.

³¹ *JAHR*- Godišnjak Katedre za društvene i humanističke znanosti Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci i izlazi u dva broja godišnje. Glavni urednik je Amir Muzur. Časopis je dostupan online na Portalu hrvatskih znanstvenih časopisa *hrak.hr*.

³² I. Zagorac i H. Jurić, "Bioetika u Hrvatskoj", str. 609 i Ivan Šegota, "Medicinska etika i klinička bioetika – od prvih početaka do 9. svjetskog bioetičkog kongresa", *Medicina Fluminensis*, Vol. 44, No. 2, (2008), str. 104-110.

u hrvatskim medijima kojima su pokrivali ovaj događaj i čine ga svi novinski napisi, ukupno 31, objavljeni u periodu od 1. kolovoza 2006. do 30. rujna 2008. u hrvatskim dnevnim novinama. Kriterij odabira bila je tema, pa naš uzorak čine svi napisi čija je glavna tema bioetički kongres i bioetika ili djelom sadržaja govore o kongresu ili bioetici, a objavljeni su prije, za vrijeme održavanja i neposredno nakon kongresa.

Sadržaji napisa su analizirani pomoću upitnika sastavljenog od kvalitativnih varijabli radi grupiranja podataka. Zanimalo nas je koje novinske vrste su najčešće zastupljene (komentar, izvještaj, vijest ili intervju); nalaze li se napisi u rubrici za znanost, prilogu dnevnih novina ili nekoj drugoj rubrici; jesu li na naslovnici i prate li ih fotografije; jesu li sponzorirani; kako tu temu smještaju i uokviruju, tj. kakav je generalni ton napisa ili stav prema temi, ako je izražen, te kakva je uloga znanstvenika: jesu li u tekstovima prisutni znanstvenici (domaći ili strani) kao "legitimatori" događaja ili drukčije. Pored toga, naglasak je bio na ispitivanju vrijednosti vijesti što je također bila jedna od varijabli. Dakle, istraženo je na koji su način dnevne novine pratile događaj. Cilj je, prema tome, bio na osnovi dobivenih rezultata prikazati glavne karakteristike medijskog praćenja 9. svjetskog bioetičkog kongresa.

2.2. Rezultati istraživanja

2.2.1. Učestalost izvještavanja i istaknutost napisa

Od kolovoza 2006. do kraja rujna 2008. četiri hrvatska dnevnika: *Jutarnji list*, *Novi list*, *Večernji list* i *Vjesnik*³³ objavila su 31 novinski napis o tom za bioetiku najvažnijem međunarodnom događaju u svijetu i Rijeci. Od toga je bilo čak 13 sponzoriranih napisa. Prvi napis koji spominje mogućnost dobitka domaćinstva kongresa je objavljen u *Novome listu* 4. kolovoza 2006., a prva "prava" vijest, o toj ne više mogućnosti, već stvarnosti, izlazi u istom listu 10. kolovoza iste godine s naslovom "Rijeka domaćin svjetskim bioetičarima 2008."³⁴ Posljednji novinski napis objavio je također *Novi list* 9. rujna 2008. godine naslova "Riječki kongres s najviše skupova dosad."

Tri su faze objave tekstova: (1) "najavna" (prije održavanja kongresa i odnosi se na kolovoz 2006. te kolovoz i rujna 2008.), (2) faza "akcije" (za vrijeme održavanja kongresa u rujnu 2008.) i (3) "odjavna" (*follow up* nakon završetka kongresa). Najviše napisa, 19, objavljeno je za vrijeme održavanja kongresa što je bilo i očekivano, a najmanje, samo jedan, nakon njegovoga završetka. Najavljujućih napisa bilo je 11, a u 2007. godini dnevne novine nisu objavile nijedan napis o kongresu. Od 19 na-

³³ Odabrane su hrvatske dnevne novine s najvećom nakladom na nacionalnoj razini koje su objavile najmanje jedan napis o bioetičkom kongresu. 24 sata nismo uzeli u obzir jer se te novine javno deklariraju kao tabloid.

³⁴ *Novi list*, 10. kolovoza 2006., str. 12.

pisa koji su objavljeni za vrijeme kongresa, čak 13 ih je bilo na spoznoriranim stranicama, što znači da je tek šest napisa objavljeno u uobičajenom nesponsoriranom izvještavanju. Nešto više od polovice sponzoriranih napisa, njih sedam od 13, objavljeno je 5. rujna 2008. u posebnom tematskom prilogu *Novoga lista* o kongresu koji je bio namijenjen i javnosti i sudionicima Bioetičkog kongresa. Prilog sadrži osam napisa od kojih je za sedam istaknuto da su sponzorirani, a objavljeni su i na hrvatskom i engleskom jeziku.³⁵

O bioetičkom kongresu najviše je, što je bilo i za očekivati, pisao *Novi list* kroz sve faze. Ovaj je dnevnik ukupno objavio 26 novinskih napisa, a sve ostale dnevne novine zajedno tek pet. Međutim, nismo očekivali općenito vrlo slabo praćenje tog kongresa od ostalih dnevnih novina: *Vjesnik* je objavio tri, a *Jutarnji* i *Večernji list* svaki samo po jedan napis. Također, nismo očekivali niti velik broj sponzoriranih napisa i da su ti napisi najviše zastupljeni u izvještavanju za vrijeme održavanja kongresa.

Tablica br. 1 prikazuje frekvenciju objave napisa u dnevnim novinama

Tablica 1. Novinski napisi o bioetičkom kongresu prema vremenu objave i dnevnim novinama

Dnevne novine	2006. Broj napisa	2007.	2008. Broj napisa u redovitom izvještavanju	2008. Broj sponzoriranih napisa	Ukupno
Jutarnji list	-	-	1		1
Novi list	6	-	7	13	26
Večernji list	-	-	1		1
Vjesnik	-	-	3		3
Ukupno	6		25		31

Izvor: Analizirane dnevne novine od 1. kolovoza 2006. do 30. rujna 2008.

Najzastupljeniji oblici novinarskog izražavanja u praćenju kongresa bili su izvještaji i vijesti (18 napisa), pa komentari (9 napisa), a najmanje intervjui (4 napisa). Treba napomenuti da je sedam komentara bilo sponzorirano i objavljeno u posebnom tematskom prilogu *Novoga lista*, a preostala dva komentara objavljena su u *Vjesniku* te nisu sponzorirana. Nadalje, nijedan komentar nije napisan od strane novinara, već su autori ili sponzori ili znanstvenici. Što se tiče intervjua, dva su izvedena s hrvat-

³⁵ Kao sponzori navedeni su Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Primorsko-Goranska županija i Grad Rijeka. Za uvodni i jedini novinarski autorski napis u prilogu nije istaknuto da je sponzoriran, no *Novi list* je medijski pokrovitelj kongresa.

skim znanstvenicima ili stručnjacima za bioetiku, a dva sa stranim stručnjacima za to područje.

Oko dvije trećine ili 21 napis, smješteno je u informativnim rubrikama novina (događaji, novosti i vijesti), osam ih je u prilogu *Novog lista*, a dva su u rubrici za znanost.

Većina, odnosno 90 % analiziranih novinskih napisa o kongresu nema status udarne vijesti i ne nalazi se na naslovnici nijednih dnevnih novina. Dva su napisa dospjela na naslovnicu i to oba u *Novome listu*. Prvi je kratka pisana najava na naslovnici o intervjuu s prof. dr. Miljenkom Kapovićem, dekanom Medicinskog fakulteta u Rijeci s naslovom "Pečat bioetičkim vrijednostima" (26. kolovoza 2008.). Drugi je službeni početak *9. svjetskog bioetičkoga kongresa* i to je bila udarna vijest u *Novom listu* (6. rujna 2008.) s naslovom "Rijeka u društvu metropola svijeta". Ostale dnevne novine nisu zabilježile početak tog događaja premda se radi o svjetskom kongresu i izrazito aktualnoj temi.³⁶

2.2.2. Stav i razumljivost

Znanost služi općem dobru ili bi trebala. Ako je vijest iz znanosti "loša" (negativna), u medijima to bi moglo implicirati da je znanost negdje morala "iznevjeriti" ili pogriješiti. Ali znanstveno znanje je provizionalno, a unutarnja medijska logika nalaže da je samo loša vijest zapravo vijest i dobra vijest. Drugim riječima, *no news is good news* ("dobra vijesti nije vijesti") i *most news is bad news* ("većina vijesti su loše vijesti").³⁷ Tabloidizacija hrvatskih medija također je pridonijela tome da su "loše" vijesti "dobre vijesti" pa i u znanosti, ali to ne odražava stanje u znanosti.³⁸ Znanstvenici kao važni i moćni izvori znanstvenih vijesti, ako odluče tako, mogu zadržati informacije koje su "loše" pa do novinara često dolazi ona znanost koja ima tendenciju samo "dobrih" vijesti koje nisu uvijek najvrednije (newsworthy news) da bi se o njima pisalo kao o vijestima.³⁹ Analize postupka prezentiranja znanstvenih tema u ne-specijaliziranim novinama pokazuju da je znanstvena aktivnost predstavljena češće kao progresivna, korisna za društvo i konsenzualna.⁴⁰ Medijsko praćenje *9. svjetskog bioetičkoga kongresa* je primjer pozitivnog izvještavanja o znanosti. Naime, 71 % članaka ima pozitivan sadržaj, a 29 % neutralan. Negativno intoniranih tekstova nema.

³⁶ Vidi više u Alfred Moore, "Public bioethics and public engagement: the politics of 'proper talk'", *Public understanding of science*, 2009, str. 1-15.

³⁷ Jane Gregory & Steve Miller, *Science in public. Communication, Culture and Credibility*, Perseus publishing, Cambridge 1998, str. 113.

³⁸ Blanka Jergović, "From sensational to sensationalism: media coverage of science and the role of scientists", izlaganje sa znanstvenog skupa, Beč, 2009.

³⁹ Ibid, str. 113.

⁴⁰ Massimiano Bucchi, *Science in Society An introduction to social studies of science*, str. 110.

Iako je većina napisa razumljiva, uočeno je nekoliko nepreciznosti, netočnosti, preuveličavanja i površnog izvještavanja. Obzirom da je *Novi list* objavio najviše tekstova, bila je i veća mogućnost pronaći manjkavosti upravo u tim novinama, premda to svakako odudara od profesionalnosti koja se od medija očekuje. Navodimo prva dva primjera s analizom:

Primjer 1., Novi list, 10. kolovoza 2008., str. 12

Nadnaslov: "MEDICINSKI FAKULTET U PEKINGU DOBIO VELIKO PRIZNANJE"

Naslov: "Rijeka domaćin svjetskim bioetičarima 2008."

Dakle, ono što čitatelj iz ovoga može zaključiti jest:

1. Ovdje se radi o dvjema različitim vijestima: o medicinskom fakultetu u Pekingu koji je dobio priznanje i grad Rijeka će biti domaćin bioetičarima za koje ne još znamo dolaze li na skup, sastanak, u posjet gradu ili dr.
2. Radi se o riječkom Medicinskom fakultetu koji je u Pekingu dobio domaćinstvo, ali je ujedno dobio i priznanje te zajedno s gradom Rijekom sudjeluje u organizaciji kongresa.

Što je autor doista htio reći može se razumjeti samo nakon čitanja cijeloga napisa ili pod pretpostavkom da se radi o lokalnome čitatelju koji filtrira vijesti na način da ih automatski stavlja u lokalni kontekst i koji je pronicljiviji.

2.2.3. Naslovi

Svaki dio novinskog napisa važan je za razumijevanje vijesti i ispravno prenošenje informacija. Naslov napisa ima veliku moć privlačenja pažnje i tako prodaje novine, pa je i odgovornost onih koji o njemu odlučuju da s jedne strane privuku na čitanje, a s druge strane da pruže relevantnu informaciju. U radu "Tropi u novinskim naslovima" Ivan Ivas polazi od definicije naslova i njegovih funkcija. Definira se kao "poruka sastavljena od jedne ili više riječi koje najavljuju naslovljeni tekst. Naslov je ključno mjesto teksta – njegov ulaz, kanal koji vodi u tekst, mamac. Grafički, naslov je odvojen od pripadajućeg mu teksta pa je i sam donekle autonoman tekst."⁴¹ Kako su pokazala dosadašnja istraživanja, nerijetko je naslov uz opremu i jedino što čitatelj doista i pročita. Primjer 1. ukazuje na (ne)povezanost između nadnaslova napisa u prvom redu i glavnog naslova u drugom redu. Njihov odnos je zbunjujući. Na

⁴¹ Halliday, M.A.K., *An Introduction to Functional Grammar*, Arnold, London 1994., str. 392-397 u Ivan Ivas, "Tropi u novinskim naslovima", *Medijska istraživanja* (god. 10, br. 2), (2004), str. 10.

prvi pogled, čitajući, imamo polu-informaciju da je "neki" (ne navodi se naziv, a u tom gradu ih sigurno ima više od jednog) medicinski fakultet u Pekingu dobio "neko" priznanje koje je veliko, ali ne znamo za što, ali možda ćemo saznati iz teksta. Do daljnje konfuzije dolazi kada pročitamo glavni naslov jer on spominje Rijeku koja nije, najjednostavnije, u nikakvoj geografskoj vezi s Pekingom. Povezanost postoji između "medicinski fakultet" i "bioetičari", ali što sve to cjelokupno znači prosječnom čitatelju, nije jasno. Moglo bi se reći da se ovdje radi o dva nepovezana naslova za dvije različite vijesti. Tek nakon što smo pročitali cijeli tekst znamo da se riječki Medicinski fakultet izborio za domaćinstvo svjetskog bioetičkog kongresa što je veliko priznanje i za Sveučilište u Rijeci i grad Rijeku. No, ovdje je ipak "zamućena" semantička funkcija naslova.⁴² Isti napis s jednom dodanom izjavom pokrovitelja i podnaslovom je objavljen istoga dana u regionalnom kutku *Novoga lista* gdje je situacija jasnija, ali opet računa na lokalnu prepoznatljivost:

Novi list, 10. kolovoza, str.10

Nadnaslov: "MEDICINSKI FAKULTET U PEKINGU DOBIO VELIKO PRIZNANJE"

Naslov: "Rijeka domaćin svjetskim bioetičarima 2008."

Podnaslov: "Riječ je o velikom priznanju profesoru Ivanu Šegoti i njegovoj ekipi"

Drugi je primjer odabran jer priziva "najveće neprijatelje" novinarima u davanju informacija, a to su netočnost, neprovjerenost, nepromišljenost i nepripremljenost. Navodimo jedno od pitanja, a ujedno i prvo postavljeno pitanje novinarke u intervjuu s jednim poznatim hrvatskim bioetičarom u *Novome listu*:

Primjer 2., Novi list, 19. Studenog 2006.

Pitanje: "Bioetika je mlada znanost, nastala na riječkom Medicinskom fakultetu, kako?"

Jedna od mogućnosti je ta da je pitanje samo nespretno postavljeno, no ni kasnije u intervjuu nema informacije o tome otkud uistinu potječe ideja bioetike što je još jedna sumnja da se vjerojatnije ipak radi o dezinformaciji i zabludi. Na to posebice ukazuje i podnaslov intervjua: "U Rijeci, gdje je u Hrvatskoj utemeljena bioetika, 2008. održat će se Svjetski bioetički kongres", koji ističe "činjenicu" da je bioetika nastala u Rijeci u Hrvatskoj. Ovaj naslov je i dvosmislen, a to treba izbjegavati. Razjasnimo,

⁴² O pragmatičkoj i semantičkoj funkciji naslova u novinskim napisima vidi u: Ivan Ivas, "Tropi u novinskim naslovima", str. 9-34.

već su se u uvodu ovoga rada prikazale kratke definicije bioetike i njezina začetka koji nema hrvatski korijen, ali bioetika u Hrvatskoj ima i riječki korijen te svoje utemeljenje i razvoj duguje i riječkim bioetičarima, a kao hrvatsku posebnost u istraživanju bioetike svakako treba naglasiti takozvanu 'integrativnu' bioetiku.⁴³ Intervjuirani ekspert nije ispravio krivi navod ili to možda nije ušlo u konačnu verziju intervjua.

Treći odabrani primjer pokazuje kako se naslovom efektno može privući pozornost na bioetiku kroz neke druge vrijednosti (o različitim vrijednostima vijesti govorimo kasnije u našem članku) poput dobrobiti za lokalnu zajednicu, zvučnošću naslova s atraktivnim motivima i vjerojatnim preuveličavanjem. Riječ je o napisu objavljenom u *Novome listu* s naslovom "Bioetika donosi turizmu Kvarnera 580 tisuća eura" (29.8.2008.). Novac je uvijek siguran način privlačenja pozornosti, bilo da ga je netko dobio, ukrao ili pronašao, bilo da je uzrok sreće ili nesreće. U cijelom napisu se u samo jednoj rečenici spominje taj "financijski efekt" koji uključuje zaradu od hotelskog smještaja, organizacijskog pogona i potrošnju sudionika. Obzirom da u vrijeme objave ovog napisa kongres još nije počeo, pretpostavljamo da se radi o procjeni barem jednog dijela zarade. Što će točno tih nekoliko stotina tisuća eura učiniti za domaći turizam i lokalnu zajednicu, kako su potrošeni, te jesu li na kraju uistinu i ostvareni? Nemamo informaciju o tome jer je kao *follow up* objavljen samo jedan napis kao rezime onoga što se događalo posljednjeg dana održavanja kongresa i da bi se podsjetilo ponovo na njegove tehničke pojedinosti (broj sudionika, organizatori, broj pridruženih skupova i dr.) O dobrobiti za kvarnerski turizam nema kasnije nikakvih informacija.

Sljedeći primjer djelomično, također, ukazuje na isforsirano privlačenje pozornosti koje nema uspješan efekt zbog površnosti pristupa izvještavanju i konstrukcije i metaforike naslova napisa. Ovdje je riječ o napisu objavljenom u *Novome listu* s glavnim naslovom "Novinarska profesija utapa se u 'žutilu'" (4.9.2008.) i nadnaslovom "U Rijeci i Opatiji započeli skupovi pridruženi 9. svjetskom kongresu bioetike". Dakle, u napisu se govori o skupovima pridruženim bioetičkom kongresu između kojih je i skup "Mediji i bioetika" koji nije naznačen u nadnaslovu, niti u naslovu, a podnaslova nema. Pročitavši naslov, logično je za pretpostaviti da bi prosječan čitatelj htio saznati kakva je poveznica između novinarstva i bioetike i gdje se očituje, ako je uopće i naslutio da se radi o tome. Iz napisa doznajemo ono što je već svima jasno, a to je da kvaliteta novinarstva pada. Ali, zato nije objašnjeno što su "načini i standardi bioetičkih djelovanja novinara" o kojima se raspravljalo na skupu, a koji su u tekstu izneseni kao važan element odnosa bioetike i medija. Ironično, to se dogodilo baš u napisu s naslovom o kvaliteti novinarske profesije! No, pored ovoga,

⁴³ Potraži više kod autora Ante Čović i Hrvoje Jurić.

objavljena su još tri napisa u kojima se spominje skup "Mediji i bioetika", ali se referiraju na vezu novinarstva i bioetike uspostavljenu 60-ih godina 20. st. i navode konkretna bioetička problemska pitanja s kojima su novinari suočeni i o kojima moraju na koji način izvještavati. Dva su napisa objavljena prije početka kongresa, a treći za vrijeme održavanja. Ako je autor smatrao da je o novinarstvu i bioetici u ranije objavljenim napisima već sve rečeno, onda se nije trebao niti koristiti tom temom samo da bi napis učinio što atraktivnijim.

Primjer iz *Jutarnjeg lista*, odnosno jedini njegov objavljeni napis (4.9.2009.), s naslovom "Deveti svjetski skup bioetičara" i nadnaslovom "dr. Ivan Šegota" također ukazuje na površnost i manjak nekih od osnovnih elementa koji čine vijest (5W= Who? What? When? Where? Why? + How?) Iz napisa se ne zna kada počinje kongres, ali postoji podatak o tome kad završava. Ovaj propust bi mogli opravdati jedino time što je vijest smještena u rubriku označenu "0-24". Nema podataka o tome koja je tema kongresa, već se navodi samo "krovni" naziv *9. svjetski bioetički kongres*. Ova vijest je jedina koju je ovaj dnevni list objavio i to samo u regionalnom izdanju. Također, uvodni dio vijesti, odnosno prva rečenica (*lead*) je gotovo identična uvodnom dijelu napisa iz drugih izvora koji su ranije objavljeni. To smo prikazali na primjerima u sljedećem dijelu o izvorima informacija i tablici.

2.2.4. Izvori informacija i njihovo (ne)navođenje

Jedna od slabosti u izvještavanju koju smo opazili bila je i umanjena kreativnost u načinu prezentiranja i stilu pisanja o događaju što je vjerojatno rezultat preuzimanja informacije od istih izvora, a ne rezultat samostalnog novinarskog istraživanja. Naime, informacije najprije i najbrže objavljuje *Novi list*, što je i očekivano jer su te nacionalne dnevne novine ujedno poprimile i karakter lokalnosti kao novina u centru događanja. Novinarska etika nalaže navođenje izvora informacija kod njihovog preuzimanja, no to se u izvještavanju o ovome kongresu nije uvijek poštivalo. Informacije o kongresu dolazile su najčešće iz službenih izvora, praćenjem njihovih agendi; na konferencijama za novinare, iz priopćenja, te na kraju od organizatora ili znanstvenika sudionika kongresa. Autori napisa iz *Novoga lista* su novinari njih sedmero, od kojih je jedna i tadašnja urednica za znanost u *Novome listu*. U *Vjesniku* su autori dvaju napisa znanstvenici ili stručnjaci koji se svojim komentarom javljaju kao čitatelji u čitateljskoj rubrici (Tribina), a treći preostali napis potpisuje novinar. Jedini napis iz *Jutarnjeg lista* potpisan je inicijalima pretpostavljamo autora i kraticom izdavačke i medijske kuće Europapress holdinga, a jedini napis u *Večernjem listu* potpisuje dvoje novinara. Tablica 2. pokazuje primjerom da ostale dnevne novine preuzimaju informacije i gotovo identičan tekst, objavljen 26. kolovoza 2008., od *Novoga lista* ili jedne od drugih. No pronašli smo i primjer samoprepisivanja kod

Novog lista. Taj je primjer naveden je kao prvi u tablici. Dva različita napisa objavljena 26. i 31. kolovoza 2008., koja potpisuju različiti novinari imaju gotovo identičan najvažniji dio napisa, *lead* ili prvu rečenicu.

Tablica 2. Slijed objave napisa i informacija o bioetičkom kongresu u dnevnim novinama

Datum	Dnevne novine	Tekst prenesen iz drugih novina
26.8.2008.	Novi list (originalan tekst)	"Nakon Amsterdama, Buenos Airesa, San Francisca, Tokija, Londona, Brasilije, Sydneya i Pekinga najveće svjetsko okupljanje bioetičara ugostit će i Hrvatska, gdje će u Rijeci i Opatiji od 3. do 8. rujna biti održan 9.svjetski kongres bioetike." str. 7
31.8.2008.	Novi list	"Najveće svjetsko okupljanje bioetičara nakon Amsterdama, Buenos Airesa, San Francisca, Tokija, Londona, Brasilije, Sydneya i Pekinga ugostit će Rijeka i Opatija, gdje će od 3. do 8. rujna biti održan 9. Svjetski kongres bioetike..." str. 2
29.8.2008.	Novi list	"Nakon više od desetljeća, bioetičke rasprave svjetski priznatih stručnjaka vodit će se na tlu Europe."
4.9.2008.	Vjesnik	"Tako će se nakon više od desetljeća bioetičke rasprave svjetski priznatih stručnjaka voditi na tlu Europe..." str. 6
4.9.2008.	Jutarnji list	"Nakon Pekinga, Sidneya, Tokija, Londona i ostalih svjetskih prijestolnica Rijeka će do 8. rujna biti domaćin stotinama uglednih svjetskih bioetičara... Riječ je o iznimnom znanstvenom događaju i skupu koji se po prvi put održava na tlu Europe." str. 24

Ostale uočene pogreške u tekstovima tehničke su naravi i manje štetne u smislu sadržaja i informacije i njihove razumljivosti pa ih nećemo navesti.

2.2.5. Citiranost

Jedna od kategorija koju smo analizirali u napisima jest ona koja nam pomaže u tumačenju imidža i općenito prisutnosti znanstvenika (ponajprije hrvatskih), a to je citiranost znanstvenika u objavljenim člancima, u odnosu na druge aktere događaja. Mediji često radije pridonose pozitivnom imidžu, ugledu i reputaciji znanstvenika u

društvu. Istraživanja pokazuju da je njihov imidž generalno vrlo dobar.⁴⁴ Znanstvene institucije i znanstvenici se još uvijek smatraju izrazito pouzdanim i korisnim izvorom informacija za znanstvene novinare, što pokazuju podatci studije Eurobarometra iz 2003. i 2007. godine, ali i naša istraživanja provedena među hrvatskim znanstvenim novinarima.⁴⁵ Znanstvenici pridonose važnosti teme, legitimiraju, potvrđuju ili kritiziraju, izazivaju povjerenje i poštovanje. Kada se pozove se na neku od institucija ili osoba priča je pouzdanija.⁴⁶ Kako mediji nerijetko tendiraju preuveličavanju i pretjerivanju u izvještavanju o temama iz različitih područja, pa tako i znanosti, događa se da mediji i znanstvenike koje spominju tretiraju i portretiraju kao herojske figure ili sasvim suprotno⁴⁷. Odgovor na pitanje o pretjerivanju i uveličavanju treba potražiti u "polju neurobiologije jer naš mozak ima tendenciju zaboravljanja racionalnih tvrdnji ako one ne nose sa sobom emocionalnu poruku. Ako novine plasiraju informacije s osjećajem simpatije za jedne ili straha za druge, bolje će privući pažnju čitatelja odnosno publike i javnosti. Ako novine ne privlače pažnju, ne prodaju se. Taj jednostavan zakon vrijedi ne samo u medijskome biznisu, već i u politici, ekonomiji i svim poljima ljudske aktivnosti pa čak i u kod znanosti."⁴⁸

No, pogledajmo kako kategorija citiranosti funkcionira u našem primjeru. Većina napisa koji citiraju, citiraju upravo znanstvenike ili organizatore kongresa. Takvih je 71 %, a 29 % napisa uopće ne sadrži citate. Drugim riječima, devet napisa se ne služi citatima, a 22 služi. Kod ta 22 napisa poredak citiranosti je sljedeći:

Tablica 3. Struktura citiranosti znanstvenika

Akter citiranja	%
Hrvatski znanstvenici	36
Hrvatski znanstvenici i organizatori zajedno	23
Hrvatski i strani znanstvenici zajedno	18
Strani znanstvenici	14
*preostali postotni udio odnosi se na citiranje samo organizatora	

⁴⁴ Ulrich Schnabel, "God's Formula and Devil's Contribution: Science in the Press", *Public Understanding of Science* 2003., 12, str. 256.

⁴⁵ B. Jergović, "Mijenja li se novinarska profesija: primjer znanstvenog novinarstva", str. 53 i Blanka Jergović i Ifigenija Račić, "Uloga interneta kao izvora informacija u medijskom izvještavanju o znanosti: iskustva hrvatskih znanstvenih novinara", *Medianali* 5 (10/2011), str. 1-20.

⁴⁶ Jane Gregory & Steve Miller, *Science in public. Communication, Culture and Credibility*, Perseus publishing, Cambridge 1998, str. 113.

⁴⁷ B. Jergović, "Mijenja li se novinarska profesija: primjer znanstvenog novinarstva" i U. Schnabel, "God's Formula and Devil's Contribution: Science in the Press", str. 256.

⁴⁸ *Ibid*, str. 257-258.

Struktura podataka pokazuje da su znanstvenici i to hrvatski, najistaknutiji i najcitiraniji u većini napisa. Imaju pozitivan imidž te su najzastupljeniji kao legitimatori i promotori važnosti događaja pa ukazuju na njegov regionalni, nacionalni i svjetski značaj. To su većinom znanstvenici ili stručnjaci za bioetiku. Oni se osvrću na vlastiti trud i postignuća koja su omogućila održavanje ove manifestacije kod nas, lobiraju za kolege iz svog tima i naposljetku upoznaju javnost s nekim općim značajkama bioetike. Tako u *Novome listu* 12. kolovoza 2006. dr. Iva Sorta Bilajac kaže:

*"Ovo je kruna naših cjelokupnih riječkih bioetičara otkad je prije 15 godina bioetika zaživjela na našem fakultetu... Zahvaljujući dobrom timu, čitava bioetička scena u Peckingu prepoznala je cijeli tim riječkih bioetičara..."*⁴⁹

A prof. dr. Miljenko Kapović 26. kolovoza 2008. u *Novome listu* izjavljuje:

*"Međutim, kako ništa ne dolazi slučajno, valja reći da je i svijet prepoznao kako se u jednoj maloj sredini ipak nešto događa, kako postoji interes, ali i konkretan rad i rezultati iz područja bioetike."*⁵⁰

Iako se strani znanstvenici manje citiraju, i oni su podupiratelji važnosti kongresa, suradnje s hrvatskim kolegama ili pohvale gradu Rijeci, ali su citiraniji kada govore o istraživanjima za razliku od naših znanstvenika. Iako je u nekim novinskim napisima napomenuto da i značajan broj naših domaćih znanstvenika izlaže na kongresu, nema podataka o tome koji su, koliko ih je i koje su teme njihovih izlaganja.⁵¹

2.2.6. Fotografije

Da je veći naglasak bio na imidžu hrvatskih znanstvenika pokazuju i fotografije koje prate objavljene tekstove. Naime, 86 % napisa ima jednu ili više fotografija koje uglavnom prikazuju znanstvenike ili sponzore. 16 % analiziranih napisa nema fotografiju. Najviše je fotografija hrvatskih znanstvenika i to kod 38 % novinskih napisa, a slijede ih sponzori s 27 %. Na fotografijama su očekivano najčešće zastupljeni hrvatski stručnjaci i znanstvenici iz riječkog bioetičkog tima. Fotografija na kojima su strani i hrvatski znanstvenici zajedno ima kod 12 % napisa, a 11 % prikazuje samo strane znanstvenike. Možemo zaključiti da su najčešće citirane osobe najčešće i vizualno prikazane.

2.2.7. Vrijednosti vijesti

Citiranost je jedna od podkategorija vrijednosti vijesti. U nastavku ćemo najprije teorijski pojasniti pojam vrijednosti vijesti (*news values*), a potom prezentirati rezultate koje smo dobili analizom. Od mnoštva događaja koji se svakodnevno dogode,

⁴⁹ "Kruna 15-godišnjeg rada riječkih bioetičara", *Novi list*, 12. kolovoza 2006., str. 13.

⁵⁰ "Pečat bioetičkim vrijednostima", *Novi list*, 26. kolovoza 2008., str. 7.

⁵¹ "Veliko priznanje radu hrvatskih bioetičara", *Novi list*, 31. kolovoza 2008.

mala je proporcija onih o kojima se izvještava odnosno onih koji dobiju status vijesti. Zašto je neki događaj postao vijest, što neku priču čini "velikom" pričom, kako odlučiti i na osnovu čega će priča ili događaj dobiti ili izgubiti bitku za svoje mjesto među vijestima? Novinari tvrde da im u tome pomaže njihov "nos" ili "osjećaj" za vijest. U teoriji se one osobine priče koje joj daju veću šansu da postane vijest nazivaju vrijednosti vijesti (*news values*). One su primjenjuju u svim medijima i za sve vrste vijesti.⁵² Vrijednost vijesti opisuje se kao "ono što će dokazano privući pozornost publike", a osnovne vrijednosti vijesti su: "utjecaj, vrijeme događanja, blizina, sukob, važnost, novost i relativnost."⁵³ Lynette Sheridan Burns smatra da je osjećaj za vijest relativno lako razviti ako "sami sebi postavljamo prava pitanja", a prije toga "moramo definirati vlastito mišljenje ili stajalište o temi."⁵⁴ Drugi autori zaključuju da "vijesti odražavaju određene kulturne vrijednosti i profesionalne norme" te da je novinarski "nos za vijesti" zapravo "definicija vijesti koja je nastala iz njihove profesionalne izobrazbe i iskustva."⁵⁵ U konačnici, vrijednost vijesti svodi se na profesionalnu prosudbu novinara.

Kada znanost ima vrijednost vijesti? Jane Gregory i Steve Miller u knjizi *Science in Public* daju listu nekoliko kategorija vrijednosti vijesti na račun kojih znanost dopi-jeva ili ne dopi-jeva u medije. To su: "prag zanimljivosti"; smisao, relevantnost i sklad; "povezanost s nečim drugim" i kompozicija; "čestoća pojavljivanja", neočeki-vanost i kontinuitet; kompeticija; nedvosmislenost i negativnost; činjenice, izvori i njihova pouzdanost te elitizam i personalizacija.⁵⁶ Ukratko i pojednostavljeno, pove-zanost nekog događaja iz znanosti s nečim aktualnim u društvu daje mu veću mo-gućnost da bude tretiran kao vijest. Ta povezanost s drugim temama je korisna jer tako je znanost prisutnija i bliža publici, čitateljstvu ili javnosti. Drugim riječima, odabir znanstvenih tema ili vijesti iz znanosti često je uvjetovan njihovom moguć-nošću da se povezuju s temama ne-znanstvene prirode. Relevantnu vrijednost imaju oni događaji i znanstvene teme koje se tiču svih, o kojima svi imaju neko razumije-vanje te kao takve moraju se uklopiti u domet onoga što obični ljudi misle i čime ih se može uznemiravati.⁵⁷ Jasno je da znanost ima vrijednosti vijesti. Prije svega ima činjenice i pouzdana je te u nekim prilikama podliježe personalizaciji i kategoriji "ko-opcije". O jasnoći medijske poruke i negativnosti govorili smo ranije spominju-

⁵² Jane Gregory & Steve Miller, *Science in Public. Communication, Culture and Credibility*, str. 109-110.

⁵³ Lynette Sheridan Burns, *Razumjeti novinarstvo*, Naklada Medijska istraživanja, Zagreb 2009., str. 57.

⁵⁴ Ibid, str. 60.

⁵⁵ Ibid, str. 26.

⁵⁶ Jane Gregory & Steve Miller, *Science in Public. Communication, Culture and Credibility*, str. 110-113.

⁵⁷ Ibid, str. 110.

ći pozitivnu i negativnu prezentaciju znanosti u medijima. Pouzdanost znanstvene informacije i izvore spomenuli smo u dijelu o citiranju znanstvenika u tekstovima.

2.2.8. Povezanost bioetike s drugim područjima

U ovome radu zanimala nas je vrijednost vijesti u smislu "povezanosti s nečim drugim" pa smo ispitali povezanost medijskih napisa o bioetičkom kongresu s nekom od drugih aktualnih tema i interesnih domena, poput promocije grada i razvoja kongresnog turizma, politike, Crkve i religije, zdravlja i medicine te obrazovanja i uspjeha znanstvenika. No, prije njih na općoj razini, glavna je vrijednost svih vijesti (vijesti, izvještaja, komentara, intervjua) objavljenih u svim dnevnim novinama, blizina, odnosno blizina događaja i javnosti jer se svjetski kongres održava u Hrvatskoj i u Rijeci. To je dvojna blizina jer se očituje na nacionalnoj i regionalnoj razini, ali u oba slučaja na "domaćem" terenu.

Najviše je napisa, 45 %, skoro polovica od ukupno objavljenih, koji se ujedno povezuju i s promocijom grada (i turizmom) (objavljeni u kolovožu 2006. i kolovožu 2008.) te uspjehom naših hrvatskih znanstvenika u bioetici. Napisa povezanih s promocijom grada i turizmom tako ima 32 % (10 napisa) i referiraju na to da će kongres pridonijeti bitnom razvoju kongresnog turizma i biti značajan za post sezonu te ističu Rijeku, grad domaćin, kao metropolu ne samo bioetike nego znanosti općenito. Ulogu promotora u tome preuzeli su i citirani znanstvenici. Napisa koji bioetiku povezuju s prepoznatljivošću naših znanstvenika ima 13% (4 napisa) i u njima se često ponavljaju informacije o njihovim zaslugama i uspjesima. Navodimo nekoliko primjera novinskih napisa koji i naslovom ukazuju na kategorije koje smo naveli:

*"Bioetika donosi turizmu Kvarnera 580 tisuća eura"*⁵⁸

*"Kruna 15-godišnjeg rada riječkih bioetičara."*⁵⁹

"Rijeka u društvu metropola znanosti" i

*"Rijeka metropola znanosti"*⁶⁰

Napisi koji se tiču kategorije zdravlje, medicina i biomedicina te kao takvi pobuđuju veći interes javnosti najčešći su bili za vrijeme održavanja kongresa. To je bilo i očekivano, obzirom da se o njima s različitih aspekata i raspravljalo na kongresu. Bilo ih je oko 13 % ili ukupno četiri napisa. U okviru toga su se dotakla bioetička pitanja i problemi: odnos liječnika i pacijenta, pretilost, istraživanje matičnih stanica i kloni-

⁵⁸ *Novi list*, 29. kolovoza 2008.

⁵⁹ *Novi list*, 12. kolovoza 2006.

⁶⁰ Prvi naslov je glavni naslov na naslovnici, a drugi naslov je naslov napisa. *Novi list*, 6. rujna 2008.

ranje, crna tržišta jajnih stanica, tuberkuloza, lijekovi i farmaceutske tvrtke, kulturne razlike i bioetika, feministički pristup u liječenju muškaraca i žena. No, ova aktualna pitanja se prezentiraju u većini slučajeva kroz nizanje citiranih izvjava sudionika kongresa jer se radilo o njihovim izlaganjima na kongresu. Dodat ćemo još da se većina ovih napisa nalazi na sponzoriranim stranicama. Navodimo za primjer dva napisa naslova:

*"Medicina više fokusirana na zdravlje muškaraca"*⁶¹

*"Korištenje jajnih stanica između etičkih dilema i znanstvene fantastike"*⁶²

Da su i političke i državne strukture zainteresirane za događaj i da ga podržavaju pokazuje 10 % napisa koji javnosti referiraju na tu činjenicu. Oni su sponzori događaja i predstavnici političke elite: predsjednik Republike Hrvatske, tadašnji ministar znanosti i obrazovanja te ministar zdravstva i socijalne skrbi.⁶³ Ujedno, povezanost s politikom svakako je osobina vijesti zbog koje će ona vjerojatnije biti objavljena i dobiti prominentnije mjesto u novinama. Dakle, tri su takva napisa, a smješteni su u posebnom prilogu *Novoga lista* posvećenom kongresu. Tri napisa (oko 10 %), intervju s profesorom i znanstvenikom Ivanom Šegotom (*Novi list*, 19.11.2006.), intervju s profesorom i dekanom Medicinskog fakulteta Miljenkom Kapovićem (*Novi list*, 26.8.2008.) i vijest o održavanju kongresa (*Jutarnji list*, 4.9.2008.), primjeri su za uporabu personalizacije kao vrijednosti vijesti.

Samo jedan napis, kojeg je objavio *Večernji list* (7.9.2008.) u informativnoj rubrici, povezuje bioetiku sa religijom i referira na Crkvu kao instituciju i to izravno na katolike koji čine 88 % u strukturi zastupljenih vjeroispovijesti u Republici Hrvatskoj. Bio je to jedini objavljeni napis ovih dnevnih novina o događanju *9. svjetskog bioetičkog kongresa* u Rijeci, s naslovom "Na Crkvu još gledamo starinski".⁶⁴ U napisu se ukazuje na neka zajednička pitanja koja su u fokusu i bioetike i Crkve kao što je pitanje eutanazije i umjetne oplodnje.

Prvi novinski napis koji se isključivo fokusira i veže na bioetiku kao znanost objavljen je u *Vjesniku* 29. kolovoza 2008. s naslovom "Integrativna uloga bioetike"⁶⁵. To je ujedno i jedini napis koji u potpunosti govori o bioetici i pri tome ne spada u

⁶¹ Ovaj napis je u formi intervjua sa stranom znanstvenicom i stručnjakinjom za medicinsku etiku i zdravstveno pravo Wendy Rogers. *Novi list*, 6. rujna 2009.

⁶² Napis je u formi izvještaja i informira o nekoliko izlaganja na temu o uporabi ljudskih jajnih stanica za potrebe umjetne oplodnje i znanstvene svrhe. *Novi list*, 7. rujna 2009.

⁶³ Predsjednik Republike Stjepan Mesić, ministar znanosti, obrazovanja i sporta Dragan Primorac i ministar zdravstva i socijalne skrbi Darko Milinović.

⁶⁴ *Večernji list*, 7. rujna 2008., str. 3.

⁶⁵ Autori su znanstveni savjetnici s Instituta Ruđer Bošković, Olga Carević i Dražen Vikić Topić.

skupinu sponzoriranih komentara ili vijesti. Radi se o komentaru smještenom u rubrici čitatelja "Tribina". Prikazan je razvoj bioetike, a po prvi put se spominje (nakon svih ranije objavljenih napisa) i Hrvatsko bioetičko društvo te znanstvenici koji nemaju lokalni riječki karakter, ali su važni za razvoj bioetike u Hrvatskoj. *Novi list* objavio je jedan napis i to na sponzoriranoj stranici koji se samo fokusira na bioetiku kao znanost i njezinu primjenu s naslovom "Hrvatska bioetička zemlja" 6. rujna 2008.. Pored toga ovaj list je objavio još dva napisa koja se ne nalaze na sponzoriranim stranicama i koja podjednako pored podatka o kongresu i isticanja uspjeha organizatora, govore o bioetici kao znanosti i akademskoj disciplini. Prvi je objavljen 31. kolovoza 2008. u rubrici za znanost s naslovom "Veliko priznanje radu hrvatskih bioetičara", a drugi u prilogu *Novog lista* 5. rujna 2008. s naslovom "Izazovi međukulturološke etike u 21. stoljeću" (jedini nesponzoriran novinarski napis u tom prilogu).

Dakle, primijetili smo da se analizirani napisi, uglavnom, manjim dijelom sadržaja fokusiraju na bioetiku kao znanstvenu temu, Kao i to da se bioetika gotovo uvijek prezentira kroz svoju primjenu i konkretne bioetičke kontroverzne teme. Zanimalo nas je, kako je bioetika u predstavljena "znanstvenom", a kako u "praktičnom" kontekstu. Prezentacija bioetike kao znanstvene teme ovdje uključuje ukazivanje na definicije, metode i afirmaciju. Praktična strana ili primjena bioetike uključuje referiranje i povezivanje bioetike s aktualnim bioetičkim pitanjima npr. u okviru medicinske skrbi i biomedicinskih istraživanja (pobačaj, umjetna oplodnja i dr.). Nadalje, htjeli smo vidjeti kojim stručnim ili znanstvenim terminima je obilježena ili karakterizirana, te jesu li oni objašnjeni ili se samo nabrajaju.

U tablici 4. navodimo nekoliko primjera gdje je bioetika predstavljena kao znanost i akademska disciplina s ukazivanjem na definiciju, metodu i afirmaciju.

U napisima se o bioetici govori kao o znanosti i novom području istraživanja, znanstvenoj etici, suvremenoj etici i novoj medicinskoj etici. Termini koje smo uočili ponavljaju se u većini napisa i opisuju bioetiku kao znanost. Stručna terminologija je neizostavna u napisima. Kao što se može uočiti iz nekih primjera, ima je čak i previše, što je najčešće u negativnoj korelaciji s jasnoćom i razumljivosti.

U trećini napisa se o bioetici govori kao o "novoj" ili "mladoj" znanosti i to najčešće u citatima i znanstvenika i sponzora ili su dio novinarskog teksta. U tablici 5. navodimo nekoliko primjera.

Tablica 4. Bioetika kao znanost (znanstvena tema) u novinskim napisima

Citat	Terminologija
"U početku se bioetika temeljila na principilističkom pristupu, no kasnije je prevladao pluriperspektivni pristup rješavanju bioetičkih problema na integrativno-transdisciplinarni način u kojem se susreću različite discipline poput prava, ekologije, tehnologije i filozofije...", VJ, 29.8.2008.	Pluriperspektivizam, integrativnost, transdisciplinarnost
"Bioetika bi, dakle trebala predstavljati novu znanstvenu etiku koja povezuje poniznost, odgovornost i sposobnost, znanost koja je međudisciplinarna i međukulturalna...dokaz da je bioetika "ozbiljna znanost" nalazi i u činjenici da se ona, kao i druga znanstvena područja, dijeli na polja, grane, ogranke...", NL, 31.8.2008.	Međudisciplinarnost, međukulturalnost
"Upravo bioetika, kao višedisciplinarna, međudisciplinarna i dijaloška, a u najnovije doba i pluriperspektivna i integrativna znanost pruža adekvatan okvir za donošenje takvih odluka...", NL, 31.8.2008.	Višedisciplinarnost, međudisciplinarnost, pluriperspektivnost, integrativnost
"Utoliko je bioetika područje gdje se sva ta pitanja fokusiraju i gdje se odgovori traže u metodološkom obrascu pluriperspektivizma jer je jedino u povezivanju i interakciji znanstvenih i neznanstvenih perspektiva moguće naći orijentire u situaciji u kojoj se čovječanstvo nalazi.", NL, 6.9.2008.	Pluriperspektivizam, metodološki obrazac

Tablica 5. Atribuiranje kategorije "novoga" uz bioetiku

"Jedna od rijetkih znanosti koja buduće medicinske praktičare suočava sa sviješću o nužnosti novih etičkih načela je bioetika." NL, 19.11.2006.	"nova etička načela"
"Ona je naprosto novootvoreno područje istraživanja u kojem se razmatraju moralni i civilizacijski aspekti onih problema koje je nametnuo moderni napredak znanosti i tehnologije.", VJ, 29.8.2008.	" novo područje istraživanja "
"Neki, pak, autori u bioetici ne vide novu moralnu teoriju, već samo novi termin korisniji od medicinske etike, dok drugi bioetiku opisuju kao znanost graničnog polja između života i tehnike.", NL, 5.9.2008.	"nova teorija" ili "novi termin"
"Bioetika bi, dakle trebala predstavljati novu znanstvenu etiku koja povezuje poniznost, odgovornost i sposobnost...", NL, 31.8.2008.	"nova znanstvena etika"
"Ovim događajem u Rijeci, bioetika se još jednom potvrđuje kao nova disciplina na obzoru ljudske misli...", NL, 5.9.2008.	"nova disciplina"

Iako je prezentacija bioetike kao znanosti zbog korištene stručne terminologije teže razumljiva, u takvim se napisima ona, ukazivanjem na njezinu primjenu, pokušava približiti javnosti na razumljiv i jednostavan način. U tablici 6. navodimo nekoliko primjera iz napisa u kojima se govori o primjeni bioetike i širokom spektru konkretnih bioetičkih aktualnih pitanjima i tema.

Tablica 6. Prezentacija bioetike – primjena

<i>"Bioetički problemi su zapravo sveprisutna pitanja pobačaja, izvantjelesne oplodnje, istraživanja embrija, a u ovo doba sve važnija postaju pitanja eutanazije te problemi koji se javljaju pri kraju života.", NL, 6.9.2008.</i>
<i>"Bioetika ne podrazumijeva rad na računalu ili u laboratoriju. Ona ima svoju praktičnu primjenu u svemu- od GMO-a, zagađivanja zraka do prava pacijenata i političkih zatvorenika.", NL, 5.9.2008.</i>
<i>"Njoj se ima zahvaliti javna afirmacija dojučerašnjih tabu tema, poput eutanazije skraćivanja života kad on više nema nikakvu kvalitetu, distanzije – umjetnog produžavanja života agresivnim medicinskim tehnologijama, komunikacija s gluhim osobama i niz drugih tema s kojima se današnja medicinska praksa teško nosi.", NL, 19.11.2006.</i>

Najčešće prezentirana kontroverzna pitanja i problemi su vezana za medicinu i biomedicinu, što nije iznenađujuće jer bioetika i proizlazi iz tog medicinsko-etičkog okvira, ali ga, kako smo naznačili u teorijskom dijelu, i nadilazi.

Tu vezu te ukazivanje i povezivanje s prepoznatljivim kako bi se doprinijelo razumijevanju (ali i razlikovanju pojmova) pronašli smo u četiri napisa koji dijelom sadržaja govore o odnosu Hipokratove medicinske etike i bioetike na akademskoj, znanstvenoj razini i primjeni. Primjeri koje navodimo citati su znanstvenika korišteni kao takvi u novinarskom tekstu:

*"...1991. godine uveo sam predmet 'Hipokratova zakletva danas' za što su interes pokazale čitave generacije medicinara. Taj je predmet najavio Bioetiku kao novu medicinsku etiku. Dotadašnja medicinska etika nije davala odgovore na nove okolnosti."*⁶⁶

Novinar: *"Koja je najkrupnija načelna razlika između tradicionalne Hipokratove etike i bioetike? Znanstvenik: "U prvoj su prioriteta liječnička etička načela dobročinstvo i neškodljivost, u drugoj pravednost i autonomija pacijenta."*⁶⁷

"Upravo bioetika, kao višedisciplinarna, međudisciplinarna i dijaloška, a u najnovije doba i pluriperspektivna i integrativna znanost pruža adekvatan okvir za donošenje ta-

⁶⁶ "Pravednost i autonomija bolesnika vodeća bioetička načela", *Novi list*, 19.studenog 2006.

⁶⁷ Ibid.

kvih odluka, kako za zdravstvene djelatnike, tako i za pacijente i sve ostale koji su u to odlučivanje uključeni, a na koje tradicionalna Hipokratova medicinska etika više nema adekvatnog odgovora."⁶⁸

3. Zaključak

Možemo dakle zaključiti da u ovom slučaju hrvatske dnevne novine nisu iskoristile mogućnost pozicioniranja bioetike kao discipline. Ona, tijekom pokrivanja Bioetičkog kongresa, nije prikazana kao važna zbog tema koje obuhvaća, interesa javnost i pouzdanih istraživačkih metoda. Na temelju rezultata analize zaključujemo da su dominantne karakteristike medijskog praćenja sljedeće:

(1) Medijsko pokrivanje događaja bilo je vrlo skromno. Iako je znanost u usporedbi s drugim zemljama dobro zastupljena u hrvatskim novinama i čini 3,5 % od ukupnog broja članaka u novinama⁶⁹, naše su dnevne novine iznenađujuće malo izvještavale o *9. svjetskom bioetičkom kongresu* u Rijeci. Da je događaj bio nedovoljno medijski praćen, pokazuje frekvencija objavljenih napisa i distribucija njihove objave. Osim *Novoga lista* nijedne druge dnevne novine nisu objavile vijest o početku kongresa koji je svakako bio jedan od najvažnijih (ako ne i najvažniji) znanstvenih događaja te godine u Rijeci, ali i međunarodnoj razini. U čitavom razdoblju prije, za vrijeme i poslije kongresa naše najčitanije dnevne novine, događaj su tek kratko zabilježile: *Večernji list* je objavio samo jednu vijest dan prije završetka kongresa; isto tako i *Jutarnji list*, i to u regionalnome izdanju.

(2) Uz to iznenadila nas je i vrlo velik broj sponzoriranih napisa, uz već spomenutu slabu popraćenost kongresa u drugim dnevnim novinama, osim *Novog lista*. Više od 60 % članaka objavljenih je u "fazi akcije" ili za vrijeme održavanja kongresa sponzorirano (nalazi se na sponzoriranoj stranici ili je označeno kao sponzorirano). Jesu li time organizatori u suradnji sa sponzorima i medijima htjeli pouzdano dobiti medijski prostor i možda usmjeriti tijek izvještavanja? I jesu li time nehotice umanjile važnost događaja kao međunarodnog znanstvenog i stručnog, tj. je li moguće da je to imalo neželjeni obrnuti učinak? Smatramo da bi to bila zanimljiva tema za daljnja istraživanja.

(3). Kongres je najčešće prikazan kao potencijalno turistički interesantan i koristan događaj, zatim kao uspjeh naših bioetičara i kroz povezanost s medicinom i zdravljem. *9. svjetski bioetički kongres* u Rijeci zabilježen je u hrvatskim dnevnim novina-

⁶⁸ "Veliko priznanje radu hrvatskih bioetičara", *Novi list*, 31. kolovoza 2008.

⁶⁹ Marija Brajdić Vuković i Adrijana Šuljok, "Slika znanosti u dnevnom tisku: popularizacija ili marginalizacija?", u: Katarina Prpić (ur.) *Elite znanja u društvu (ne)znanja*, Institut za društvena istraživanja, Zagreb 2005., str. 296.

ma, ali ne kao važan i interesantan *per se*, nego u stilu 'pragmatičnog' izvještavanja. Znatno broj napisa je kao vrijednost vijesti istaknuo utjecaj kongresa na veću 'vidljivost' i podizanje ugleda grada i regije te se referira na budućnost kongresnog turizma, a jedan dio se osvrće na tada aktualnu turističku post sezonu.

(4) Iako se radi o međunarodnom kongresu, osjećaju lokalnosti pridonosi i velika istaknutost "riječkih" znanstvenika i relativno visok stupanj personalizacije vijesti.

(5) I konačno, kako smo i očekivali, slijeđenje događaja, *follow up*, je bilo neznan; objavljen je samo jedan napis, bez obzira na to što i sama tema, zbog širokog spektra aktualnih pitanja kojima se bavi i koja su izravno povezana s našim životima, pa time i potencijalno zanimljiva čitateljstvu novina, ima veli potencijal za kasnije 'sporovozno' praćenje. U izvještavanju o znanosti u našim medijima praćenje teme nakon objavljivanja priče nažalost nije uobičajeno, premda bi javnosti često moglo dati potpuniju i objektivniju sliku o nekom događaju ili pojavi. Možda je to posljedica čestog naglašavanja pozitivnih strana u izvještavanju o znanosti u našim medijima, pogotovo kada se radi o "otkrićima hrvatskih znanstvenika", na što upućuju B. Jergović i M. Juračić (2009.), kao i posljedica korištenja hiperbole u borbi za medijski prostor ili vrijeme i u osvajanju publike. Naime, važnost postignuća naših znanstvenika, koja se često proglašavaju senzacionalnima, kasnije ponekad ne nalaze potvrdu primjerice u broju citata što je jedan od uobičajenih načina procjene važnosti rezultata istraživanja.⁷⁰

Razne institucije i događaji koji se bave bioetikom (primjerice Medicinski fakultet u Rijeci ili Filozofski fakultet u Zagrebu, Hrvatsko filozofsko društvo, Hrvatsko bioetičko društvo, Hrvatsko društvo za kliničku bioetiku, kao i uvođenje bioetike u nastavne programe, *9. svjetski bioetički kongres* u Rijeci, ljetne škole bioetike i bioetički forumi te seminari, bioetičke publikacije, radovi, časopisi, okrugli stolovi, tribine i drugi događaji) pokazuju da je bioetika propulzivno istraživačko područje u svijetu i u Hrvatskoj u kojoj se potiče bioetički senzibilitet i zanimanje za bioetiku u javnosti. Ipak, ako sudimo po medijskom praćenju *9. svjetskog bioetičkog kongresa* (Rijeka, 3.-9. rujna 2008.), to još uvijek ima ograničeni stvarni utjecaj na medijske agende, u nas pa prema tome i na javnost jer su za nju mediji još uvijek najčešći izvor znanstvenih informacija.

Približavanje znanosti široj javnosti zajedničko je postignuće medija i znanosti, za koje su odgovorni i novinari ali i znanstvenici. Naime, istraživanja su pokazala da znanstvena zajednica u velikom opsegu kontrolira medijsko praćenje znanosti.⁷¹

⁷⁰ Vidi u B. Jergović i M. Juračić, "Evolucija, smrt, život i dugovječnost: znanost, službe za odnose s javnošću i mediji", str. 875-893.

⁷¹ Više o tome u B. Jergović i M. Juračić, "Evolucija, smrt, život i dugovječnost: znanost, službe za odnose s javnošću i mediji", str. 875-893.

Bilo bi zbog toga dobro da u Hrvatskoj svijest o potrebi kvalitetnog i odgovornog komuniciranja znanosti bude veća i da se o ulozi medija u 'znanosti u društvu' i društvenoj, kulturnoj i etičkoj dimenziji znanosti počne sustavnije razmišljati. Za to je potrebno dodatno obrazovanje novinara i znanstvenika. Na Odjelu za komunikologiju Hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu uveden je u nastavni program kolegij "Mediji i bioetika" u akademskoj godini 2009./2010. te kolegij "Znanost i mediji", što do tada nije učinila nijedna druga fakultetska institucija u Republici Hrvatskoj koja obrazuje buduće komunikološke stručnjake. Nažalost i znanstvenicima se nudi malo programa iz znanstvene komunikacije (uz izuzetak Prirodoslovnih fakulteta u Splitu i Zagrebu), premda su tu potrebu prepoznale druge institucije i Europska komisija (u svom programu "Znanost i društvo").⁷² Vjerujemo da bi i njihovo obrazovanje za kvalitetniju komunikaciju s javnošću *Izazovi međukulturološke bioetike u 21. stoljeću*", glavnu temu *9. svjetskog bioetičkog kongresa* održanog u Rijeci od 3. do 8. rujna 2008. učinilo i većim izazovom za medije.

LITERATURA:

1. Bauer, W. M., Allum, N., Miller, S., "What we can learn from 25 years of PUS survey research? Liberating and expanding the agenda", *Public Understanding of Science* 16(1) (2007), str. 79-95.
2. Brajdić Vuković, M., Šuljok, A., "Slika znanosti u dnevnom tisku: popularizacija ili marginalizacija?", u: Katarina Prpić (ur.) *Elite znanja u društvu (ne)znanja*, Institut za društvena istraživanja, Zagreb 2005., str. 291-322.
3. Bucchi, M. (2004) *Science in Society. An introduction to social studies of science*. London: Routledge.
4. Burns, L.S., *Razumjeti novinarstvo*, Naklada Medijska istraživanja, Zagreb 2009.
5. Čović, A., *Etika i bioetika. Razmišljanja na pragu bioetičke epohe*. Pergamena, Zagreb 2004.
6. Gregory, J., Miller, S., *Science in public. Communication, Culture, and Credibility*. Perseus publishing, Cambridge 1998.
7. Haran, J., Kitzinger, J., "Modest witnessing and managing the boundaries between science and the media: A case study breakthrough and scandal", *Public Understanding of Science* 18(6) (2009), str. 634-652.
8. Iancu, I. i Balaban, D. C., "Romanian Media Coverage on Bioethics. The Issue of Stem Cell", *Journal for the Study of Religions and Ideologies* 8, 22, (2009), str. 24-37
9. Jergović, B., "Mijenja li se novinarska profesija: primjer znanstvenog novinarstva", u: Danijel Labaš (ur.), *Novi mediji- nove tehnologije-novi moral*, Hrvatski studiji Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb 2009, str. 41-60.
10. Jergović, B., "Rethinking the Relationship between Medicine and Media: Two Examples from Croatia", *Croatian Medical Journal* 45 (4/2004), str. 396-401.

⁷² Npr. <http://www.esconet.org/ESConet/Welcome.html>

11. Jergović, B., Juračić, M., "Evolucija, smrt, život i dugovječnost: znanost, službe za odnose s javnošću i mediji", *Društvena istraživanja* 18 (4-5/2009), str. 875-893.
12. Jergović, B. "Philosophy, Science and the Media", *Synthesis philosophica* 50 (2/2010) str. 251-264.
13. Jergović, B., Račić, I., "Uloga interneta kao izvora informacija u medijskom izvještavju o znanosti: iskustva hrvatskih znanstvenih novinara", *Medianali* 5 (10/2011), str. 1-20.
14. Miah, A. "Genetics, cyberspace and bioethics: why not a public engagement with ethics?", *Public Understanding of Science* 14(4), (2005), str. 409-421.
15. Moore, A., "Public bioethics and public engagement: the politics of "proper talk", *Public Understanding of Science* 19(2), (2010), str.197-211.
16. Muzur, A., Rinčić, I., "Fritz Jahr (1895-1953) – the Man Who Invented Bioethics. A Preliminary Biography and Bibliography", *Synthesis philosophica* 51 (1/2011) str. 133-139.
17. Muzur, A., Rinčić, I. "Fritz Jahr (1895-1953): a life story of the "inventor" of bioethics and tentative reconstruction of the chronology of his work", *Jahr 2*, No. 4 (2011), str. 385-394.
18. Nisbet, M. C., Lewenstein, B. "Biotechnology and the American Media: The Policy Process and the Elite Press, 1970 to 1999", *Science Communication* 23(4), (2002) str. 359-391.
19. Rinčić, I., Muzur, A. "Variety of Bioethics in Croatia: a Historical Sketch and Critical Touch", *Synthesis philosophica* 52 (2/2011) str. 412 i 418.
20. Rinčić, I., Muzur, A. "European bioethics institutionalisation in theory and practice", *Jahr 2*, No. 4 (2011), str. 415-429.
21. Šegota, I., "Kako definirati bioetiku?", u: Asim Kurjak i Vlatko Silobrčić (ur.), *Bioetika u teoriji i praksi*, Nakladni zavod Globus, Zagreb 2001., str. 77-96.
22. Šegota, I., "Medicinska etika i klinička bioetika – od prvih početaka do 9. svjetskog bioetičkog kongresa", *Medicina Fluminensis*, Vol. 44, No. 2, (2008), str. 104-110.
23. Sorta-Bilajac, I. "Bioetika i novinarstvo", *Medianali* 1 (1/2007), str. 179-194.
24. Schäfer, M. S. , "Taking stock: A meta-analysis of studies on the media's coverage of science", *Public Understanding of Science* 21(6), (2012), str. 650-663.
25. Schnabel, U., "God's Formula and Devil's Contribution: Science in the Press", *Public Understanding of Science* 12 (2009), str. 255-259.
26. Zagorac, I., Jurić, H., "Bioetika u Hrvatskoj", *Filozofska istraživanja* 28 (3/2008), str. 601-611.
27. <http://hrcak.srce.hr/> (13.kolovoza 2012.).
28. <http://narodne-novine.nn.hr/default.aspx> (30.lipnja 2012.).

Ifigenija Račić, Blanka Jergović

Media image of bioethics - 9th World *Congress of Bioethics in Rijeka*

ABSTRACT

The purpose of this study is to present media coverage main features of the 9th World Congress of Bioethics held in Rijeka from 3rd to 8th September 2008 with main theme "The Challenge of Cross-Cultural Bioethics in 21st century". Introduction deals with relationship between media and science especially status of science in media focusing on interaction between journalists and scientists as important factors for science successfully approaching public. After brief theoretical view of definitions of bioethics we emphasise media and bioethics correlation. We conducted quantitative and qualitative analysis on Croatian daily newspapers (Novi List, Jutarnji list, Vjesnik i Večernji list) reporting of bioethical congress. Our conclusion is that daily newspapers did not take the opportunity to present bioethics as discipline. Their approach to media coverage was pragmatic more often than we expected. Also, their interest in covering congress and bioethics was insufficient and weak.

Key words: media and science, bioethics, 9th world congress of bioethics, daily newspapers

Heda Festini*

Proteinska sinteza kao poluga evolucije**

SAŽETAK

Za biologiju nije samo nepodesna tzv. 'loša znanost' (B. Goldacre, 2008/9), odnosno, zloupotreba znanosti (L. Gajski, 2009/10), nego i antiznanost (M. Behe, 1996) koja se naročito ukotljuje u kreacionizmu.

U tumačenju evolucije u biologiji nije potreban kreacionizam, taj koliko pojednostavljeni, toliko i agresivni oblik objašnjenja koji joj nastoji ući u svaku poru u njezinim novim nalazima (Dawkins, 2006). Hipoteza adaptoru u proteińskiej sintezi (Stryer, 1988), tema koja razvija peto pitanje iz ranije najavljenog programa (Simpozij iz bioetike, 2011), dovoljno ispunjava zahtjev složenosti evolucije, što nedvojbeno potvrđuje autonomnost i samodovoljnost procesa života bez obzira na kreacionizam.

Ističe se prednost poticanja takvog oblika slobodnog istraživanja za bioetiku.

Ključne riječi: evolucija, selekcija, hipoteza adaptoru, antikreacionizam

* Adresa za korespondenciju: Heda Festini, Tizianova 35, HR-51000 Rijeka, e-mail: heda.festini@ri.htnet.hr

** Rad je izložen na 11. Lošinjским danima bioetike, 14. svibnja 2012.

Ne postoji samo 'loša znanost', kako kaže B. Goldacre (2008/9), odnosno zloupotreba znanosti, (L. Gajski, 2009/10) nego i antiznanost koja se upire na kreacionistički svjetonazor, što ima još veće reperkusije za napredak znanosti.¹

U skladu sa zadacima filozofije biologije opisanim u ranijem² izlaganju, pokušat ću navesti u svezi s jednim od pitanja, tj. petim pitanjem za filozofiju biologije – pitanjem evolucionizma, jednu zanimljivu teoriju - teoriju proteinske sinteze- kao onu koja se dobro suprotstavlja religioznoj kreacionističkoj obmani čiju je ulogu zgodno označio kao dizajnersku obmanu Dawkins (2006) riječima: "Ako kreacionist nađe neku prazninu u znanju ili razumijevanju u biologiji, onda odmah smatra da je bog mora ispuniti"³. On je u svojoj knjizi posvetio cijeli odjeljak tome kako kreacionizam nastoji dopuniti eventualnu nedorečenost ili nedovršenost u istraživanju, što se javlja, jer je ono zapravo u toku ili se pojavio vrlo težak problem (125-134). Kao najeklatantniji i najdalekosežniji primjer navodi slučaj američkog biokemičara M. Behea (1996), koji je nesamo zastupao u tradicionalnoj biologiji kreacionizam, nego ga je proširio i na najnovija područja biologije - na biokemiju i biologiju stanica izumivši tzv. "nesvodivu kompleksnost" (130) kojom se zapravo proglašavaju pojedina područja biologije nedokučivima pa prema tome i besmislena za istraživanje. Pri tome je Dawkins naglasio da se o istom stavu radi i u drugim znanostima, pa upozo-

¹ B. Goldacre, **Bad Science**, HarperCollins Pub. London, 2008/9. On ističe pogubnu industriju vitamina i forsiranje korištenja pilula, pgs. 108-192, manipulaciju sa istraživanjima, pgs. 208-211, sa statistikama, p. 212, način suprotstavljanja homeopatiji, X, itd. Dovoljan je naslov knjige dr. L. Gajski **Lijekovi ili priča o obmani** itd. Možda je najbolji primjer tzv. loše znanosti pokušaj obnavljanja virusa španjolske gripe. Još 1951. g. Johan Hultin u sklopu istraživanja za svoju doktorsku dizertaciju iz mikrobiologije prenio je u Lowu iskopano tkivo žrtava španjolske pandemičke gripe iz 1918. g. No životinje koje je izložio dodiru tom tkivu nisu se zarazile, pa je on napustio eksperiment. Međutim, 1995. g. učenjaci iz Američkog instituta za patologiju vojnih snaga počeli su se baviti oživljavanjem istog virusa. Jeffrey Taubenberger, pročelnik odjela za molekularnu patologiju zamijetio je: "...stvarno sam želio da vidim možemo li iskoristiti tu oštećenu, izvanrednu kolekciju". (A. Briggie, a.r.briggie@gw.utwente.nl, p. 2). Pomoću uznapredovale genetičke sekvencijske tehnike, pokušaj na Hultinovom materijalu je uspio. U Science 2005. g. objavila se cjelokupna genetička sekvencija virusa gripe iz 1918. g. virusa A(H1N1). Naime, Američki vladin savjetodavni odbor je odlučio da se može objaviti vijest o genomu španjolske gripe, jer je zaključio da znanstvena dobrobit od takvog istraživanja daleko premašuje mogući rizik od zlouporabe. Tvrdilo se da to znanje može pomoći učenicima da identificiraju i bore se protiv slijedeće pandemije. Naravno da ono može biti upotrebljeno i za izazivanje naredne pandemije. Jako upada u oči dosta iznenađujuća vremenska analogija pojava i drugih eksperimenata i vrlo brzog neposrednog širenja drugih bolesti. To je bio slučaj s tzv. kravljim ludilom, a desilo se i s pojavom ponovne španjolke nakon izvršenih eksperimenata. Naravno da su to pokazatelji i negativnog ishoda istraživanja, a još su čvršći pokazatelji namjernog širenja virusa da bi se okoristila farmaceutska industrija. Očito da se sva pozornost treba usmjeriti na odnos vlada – farmaceutska industrija, učenjak, liječnik – farmaceutska industrija. Možemo reći, da se treba jako ozbiljno povesti računa o svjetskim djelovanjima 'around table' finansijske oligarhije na čelu sa Rockefellerom. To sve pokazuje koliko je aktualan zadatak bioetike. No, još je štetniji izrazito antiznanstveni stav, koji, zapravo jako određito zauzimaju antikreacionisti, posebno poznati na području istraživanja u biologiji, a o čemu će ovdje biti najviše riječi.

² H. Festini, "Bioetika i filozofija biologije", *Jahr*, (3), br. 5, Rijeka, 2012, str. 279-284.

³ R. Dawkins, **The God Delusion**, Bantam Press, London, Toronto, Sydney, Auckland, Johannesburg, 2006, p. 125. Vrlo je značajan smisao toga naslova, koji u prijevodu treba glasiti "Opčinjenost bogom". Naime, kada je on tumačio upotrebu termina 'delusion', objasnio ga je kao krivo vjerovanje koje se suprotstavlja sasvim suprotnoj jasnoći, tj kao simptom "psihijatrijskog nereda". Pri tome je navodio R. M. Pirsiga koji kaže: "Kada jedna osoba pati od 'delusion', to se zove nezdravošću. Ako mnogo ljudi pati od 'delusion', to se zove Religija", p.5.

rava da "budemo sumnjičavi u odnosu na svaku vrstu hipoteze dizajna u fizici i kozmologiji" (118,189).⁴³

Najomiljeniji Beheov primjer načela "nesvodivosti kompleksnosti" tiče se njegova shvaćanja imunološkog sustava, kada on tvrdi da znanost nikada ne bi mogla naći evolucijsko objašnjenje za imunološki sustav. U tom smislu on je napisao 58 publikacija, 9 knjiga i nekoliko odjeljaka u knjigama o evoluciji imunološkog sustava insistirajući sasvim jednostavno da nema dovoljno evidencije o evoluciji i da to sve skupa nije dobro. Takav je stav izazvao veliki otpor većine u znanstvenim krugovima, a osobito na njegovu fakultetu. Spomenimo samo neke: R. Doolittle (1997,2003), M. Lynch (2005), J. Masel (2005), R.T. Pennock (2001,2008), M.A. Farmer i A. Habura (2010), itd. Od njega se ogradilo i njegovo, Lehigh sveučilište, kao jedinoga s takvim stavom, jer je njihovo zajedničko gledište da "...inteligentni dizajn nema temelja na znanosti, eksperimentalno nije ovjeren i ne smatra se znanstvenim". Tome dodajemo i riječi E. Rothschilda, da cijeli pokret inteligentnog dizajna nije ništa učinio da bi unaprijedio znanstveno ili medicinsko znanje porukom budućim generacijama da za to ne mare".⁵

Još ranije, 1988. g. D. Dennett je o obmani teorije dizajna, jedne od suvremenih kreacionističkih koncepcija, primijetio da je dizajner "Majka priroda ili doslovnije, dugoročni evolucijski procesi selekcije"⁶, a Dawkins ju je kasnije nazvao biološkom iluzijom dizajnera ⁷.

Naša je teza da tumačenje proteinske sinteze putem Stryerevo hipoteze adaptora iz 1988. g. kao vrlo djelotvoran primjer u tumačenju načela djelovanja prirodne selekcije (PNS) uspješno eliminira potrebu oslonca na kreacionizam.

⁴ Dawkins kaže, ako se naiđe na nerješivost nekog dijela znanstvene teorije, poruka nekog teoretičara inteligentnog dizajna (najnaprednijeg pravca kreacionizma) bila bi ova: "Ako ne razumiješ kako nešto djeluje, ništa zato, samo odustani i reci to je uradio Bog. Ne znate kako djeluje nervni impuls? Dobro! Vi ne razumijete kako stoji s pamćenjem u mozgu? Odlično! Fotosinteza je zavaravajuće složen proces? Divno! Molim vas ne radite na problemu, samo odustanite i opozovite se na Boga. Dragi znanstveniče, ne radi na svojim misterijama. Daj nama sve tvoje misterije, mi ih znamo iskoristiti. Nama trebaju te veličanstvene praznine za pribježište Bogu. Sv. Augustin je rekao skoro otvoreno: 'Postoji još jedno iskušenje, još više obilno opasnošću. To je bolest radoznalosti. Ona nas potiče da nastojimo otkriti tajne prirode, one tajne koje su iza našeg razumijevanja, koje nam ništa ne mogu koristiti i što čovjek ne bi trebao naučiti.'" (str. 132-133).

⁵ Vidjeti npr. M.A. Farmer and A. Habura, "Using Protistan Examples to Dispel the Myths of Intelligent Design", *Journal of Eukaryotic Microbiology*, Vol. 57, Jan./Feb. 2010, pgs. 3-10. Zatim vidjeti Department of Biological Sciences, LEHIGH Univ.: Department Position on Evolution and "Intelligent Design", 2007. <http://www.lehigh.edu/~inbios/news/evolution.htm>. Navod Rothschilda je iz Dawkinsove knjige, op. cit., p. 133.

⁶ D.C. Dennett, "Evolution, Terror and Intentionality" in **Foundation of Artificial Intelligence**, Y. Wilks and D. Partridge (eds) New York, 1988, p. 16.

⁷ R. Dawkins, op. cit., p. 189.

Prema Rosenbergu i Kaplanu (2005) načelo prirodne selekcije glasi: (x)(y)(E)(48), a što znači, ako je x jači od y u okolišu E u generaciji n, onda vjerojatno u nekoj budućoj generaciji n, x ima više nasljednika od y.⁸(46).

Takovo tumačenje selekcije sasvim adekvatno i potpuno objašnjava razvoj ili selekciju, tj. dalji korak u razvitku ili neuspjeh.

U proteinskoj sintezi adaptor tumači odvijanje takve selekcije u tom smislu da je proteinska sinteza uspješna kada je i selekcija uspješna što u protivnome nije. Stryerova adaptor hipoteza pregledno otkriva proteinsku sintezu kao prevođenje iz jednog jezika u drugi, iz jednog sustava u drugi. Funkcioniranjem stanica bavi se mikrobiologija kao znanost o makro molekulama, u koje spadaju DNA i proteini. PNS djeluje preko varijacija, nasljeđivanja i selekcije, tj. preko proteinske sinteze. Među svim spomenutim čimbenicima djeluje međuodnos koji funkcionira kao prijevod s jednog jezika (jezik glasnika) na drugi (ostvarenje proteinske sinteze ili ne).

Proteinsku sintezu uspostavlja koordinirajuća međuigra više od tisuću makromolekula⁹ koja je, zapravo, prevođenje, jer se četvero-slovna abeceda nukleinske kiseline prevodi u sasvim drugačiju abecedu proteina. Tako se adaptor molekula aktivira, ovisno od specifično-aktivirajućeg enzima. Molekula u jednom svojem dijelu može promijeniti svoje suoblikovanje kroz aktiviranje nukleinske (amino) kiseline i proteinske sinteze (742). Specifičnih aktivirajućih enzima ima tri vrste, a Stryer ih naziva glasnici (messengers, 734). Središnja molekula proteinske sinteze služi kao adaptor (733). Adaptacijska proteinska sinteza se odvija u tri stadija: početni stadij, srednji i završni. U početnom stadiju aktiviraju se neke od molekula vezivanjem inicijatoroenzima sa startnim signalom koji sadrži sama molekula (733). Za započinjanje bitna su tri početna proteinska čimbenika koja Stryer detaljno objašnjava, nesamo tekstualno nego slikama i tabelama, rezultatima laboratorijskih istraživanja (734-735). Pri tome, naravno, spominje i one koji su također imali svoj udio u tom istraživanju. Ispostavlja se da su u srednjem stadiju (elongation) enzimi visoko selektivni u svojem aktiviranju aminokiselina kao posrednika proteinske sinteze (734). U toj središnjoj fazi prevođenje je zapravo premještanje enzima, s jednog položaja na drugi (764). Završna faza nastupa kada signal **stoj** čita u molekuli faktor koji Stryer zove proteinski osloboditelj (733-734), tj. kada protein prepoznaje signal **stop** (759). Adaptor molekula ima kanal pa prenos molekula ima isti dizajn (739). Ako se adaptor ne aktivira, na djelu je degeneriranje genetičkog koda (745), jer tako funkcioniraju stanice, tj. preko strukture gena. Stryer navodi kao ilustraciju funkcioniranja

⁸ A. Rosenberg and D.M. Kaplan, "How to Reconcile Physicalism and Antireductionism about Biology", *Philosophy of Science*, 72, 2005, p. 46.

⁹ L. Stryer, *Biochemistry*, W.H. Freeman and Co. New York, 1988., p. 763., slike 30-1.

proteinske sinteze u smislu adaptacije koju vrši adaptor primjer pri korištenju antibiotika i zarazu difterijom kao prepreku u sintezi. Antibiotik kao što je streptomycin ili puromicin zakoči početni stadij bolesti i uvodi pogrešno čitanje glasnika u bakterijskoj proteinskoj sintezi omogućujući normalnu, pozitivnu sintezu proteina, dok difterijski otrov zaustavlja normalnu proteinsku sintezu i iziskuje postupak koji će vratiti normalnu sintezu (764).

Nasljeđivanje je zajamčeno prilagodbom. Ako je promašen jedan sustav, također je promašena prilagodba što otvara proces selekcije. Sve to dobro objašnjava hipoteza adaptora proteinske sinteze, ona pokazuje kako je u proteinskoj produkciji prenos genetske informacije ograničen pa je stoga takva i uloga genetičkog koda. Tim putem je moguće razlikovati tok normalnog procesa od njegova prekida. I tu se nalazi razlog Šustarovog (2007)¹⁰ prijedloga novog analitičkog objašnjenja koji uspostavlja hijerarhiju ograničavajućih uvjeta.

Proizlazi iz navedenoga da je proteinska sinteza u pozitivnom ili negativnom smislu okidač evolucije. Bitno je da se uvidi kako su takvi procesi autonomni prirodni procesi, a Stryer je smatrao da je on predložio njihov mehanizam formiranja (739).

Bioetika bi morala propagirati izvorni znanstveni stav, koji podupire znanstvena istraživanja, a ne zaustavlja ih zagovaranjem kreacionizma, jer kreacionizam ne potiče znanstveno istraživanje, tražeći prije svega božanski početni poticaj. Pitamo se da li evolucionizmu treba takav početni poticaj koji previše podsjeća i na Aristotelovog prvog pokretača, a, prema navedenome, još je upitnije da li koristi kreacionizam u daljnim tokovima istraživanja. Predložena teorija o proteinskom adaptoru sinteze služi kao uvjerljiv primjer kako se treba ponašati u biološkim istraživanjima, pa, naravno, onda još i više u bioetici koja mora zagovarati svako istraživanje koje služi istraživanju života.

Naime, ukoliko se govori o integrativnosti bioetike, onda svakako treba isticati na svim poljima svestrano istraživanje koje jedino može sačinjavati izvornu pretpostavku njezinog pluridimenzionalnog i pluriperspektivnog usmjerenja. Ali se postavlja kao primarno pitanje za rješavanje, da li postoji razlika između temeljnih i primijenjenih znanosti, što za sobom povlači i pitanje – na kome leži odgovornost za krivi odabir u smislu bioetičkih posljedica.

¹⁰ P. Šustar, "Neo-Functional Analysis: Phylogenetical Restrictions on Causal Role Functions", *Philosophy of science*, 74 (2007), 601-615.

Heda Festini

Protein synthesis as a lever of evolution

ABSTRACT

In biology it is not desirable only so called 'bad science'(B. Goldacre, 2008/9), or misuse of science (L. Gajski, 2009-10), than 'antiscience' (M. Behe, 1996) which is based especially on creationism.

In explication of evolution in biology does not need creationism in so much simple as agressive in explanation which tries to enter into every pore of it in new explanations (Dawkins, 2006). The adaptor hypothesis in protein synthesis (Stryer, 1988), the thema which develops the fifth question from earlier program (2011) sufficiently satisfies demands of complexity in adaption of living species through selective processes, what without doubt confirms the autonomy and selfsufficiency of processes of live without creationism.

It is important such attitude in free investigation for bioethics.

Key words: evolution, selection, adaptor hypothesis, anticreationism

Zvonimir Bošković*

Pravni nadzor u području farmacije

SAŽETAK

Polazeći od zakonskih propisa, autor obrađuje inspekcijski nadzor: etimologiju osnovnih pojmova i što se podrazumijeva pod inspekcijskim nadzorom. Također, obrađuju se izvori prava o inspekcijskom nadzoru upozoravajući na pretežnost heteronomnih izvora. Poblize se razmatraju organi koji provode nadzor i njihove ovlasti i to prema hrvatskom i međunarodnom pravu. Pažnja se poklanja praćenju rada farmaceutske inspekcije. Posebno se obrađuje nadzor nad dobrom laboratorijskom praksom sukladno podzakonskim aktima i direktivama. Pažnja se poklanja i zdravstveno-inspekcijskom nadzoru prema zdravstvenom zakonodavstvu. Zaključno, primjena farmaceutskih propisa potvrđuje utemeljenost odredaba tih propisa. Praksa pokazuje da sustav inspekcijskog nadzora razmjerno efikasno funkcionira i zbog kvalitetnog i operativnog normativnog predloška.

Ključne riječi: farmacija, pravo o lijekovima, farmaceutski inspektor

1. Uvod

Razlozi pojačanog pravnog nadzora u području farmacije i uopće u zdravstvenom području koji je povezan s korištenjem lijekova i medicinskih proizvoda, mogu se naći jednako u objektivnim okolnostima, ali i subjektivnim svojstvima različitih či-

* Adresa za korespondenciju: Zvonimir Bošković, Kvaternikova 10, HR – 51000 Rijeka, e-mail: borna.boskovic@ri.t-com.hr

nitelja koji rade s lijekovima i medicinskim proizvodima. Masovna proizvodnja i upotreba lijekova uzrokovana brzim razvojem farmaceutske industrije danas sve više uzima maha. Takav razvojni trend ponekad se kvalificira kao *farmaceutska revolucija*. Svaka terapija s propisanim lijekom pretpostavlja suradnju koja uključuje pacijenta, liječnika, farmaceuta i druge pružatelje zdravstvenih usluga.¹

S druge pak strane, brojne promjene ostavljaju otvorenim mnoga pravna pitanja. Pravo o lijekovima i medicinskim proizvodima čini značajan dio medicinskog prava i područje njegovog važenja odgovara postojanju tzv. *farmaceutske zaštite u okviru zdravstvenog sustava*.

Većina država usvaja "nacionalne standarde" u farmaciji, koji proizlaze iz zakonske regulative, podzakonskih ili drugih akata usvojenih ili donijetih od službenih tijela vlade, kao i vodiča, preporuka ili drugih objava strukovnih organizacija u farmaciji. Principi farmaceutske zaštite također su objedinjeni u konceptu *dobre farmaceutske prakse*.²

Propisi farmaceutske zaštite jasno pokazuju da postupci farmaceuta liječnika ne podliježu samo unutarnjem (stručnom) nego i vanjskom (pravnom) nadzoru od strane suda, premda se i taj nadzor vrši uz pomoć vještaka, na osnovu medicinskih kriterija. Međutim, nadzor nema cilj da sputava onu slobodu farmaceutske djelatnika koja je u interesu pacijenata, nego da ih prinudi da se drže važećeg standarda u svojoj struci i da postupaju pažljivo. U farmaceutsku praksu ulaze na taj način i pravna mjerila³. Sloboda svakog istraživanja, pa tako i kliničkog ispitivanja lijekova, mora se kretati u okvirima pravnog poretka. Ono uvjetuje postojanje posebne grane medicine, tzv. *kliničke farmakologije* koja se bavi specifičnim problemima u vezi s primjenom lijekova i njihovim djelovanjem na ljude.

Kod razmatranja pitanja inspeksijskog nadzora polazi se od toga da cilj pravnog nadzora u zoni farmaceutske zaštite nije samo definiranje prava i obveza, već i da se postigne efekt kroz prevenciju i sankcioniranje farmaceutske loše prakse. U tom slučaju valja smatrati da se ovaj nadzor mora fokusirati na svaku situaciju – u proizvodnji, testiranju, stavljanju u promet, opskrbi, izdavanju i praćenju lijekova gdje pacijentova prava mogu biti ugrožena.⁴

¹ Mujović-Zornić, Hajrija, *Reguliranje pacijentovih prava u vezi s korištenjem lijekova*, Pravni život, Beograd, broj 9/2002., str. 217.

² Guidelines for Good Pharmacy Practice, International Pharmaceutical Federation (FIP) u Tokiju (1993); WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations (travanj 1997).

³ Radišić, Jakov, *Medicinsko pravo u svijetu i kod nas* http://www.informator.co.yu/informator/tekstovi/medicina_902.htm.

⁴ Tako Mujović-Zornić, H., op.c., str. 231.

U svezi s aktualnim problemima inspeksijskog nadzora nad proizvodnjom i ispitivanjem lijekova jest pitanje profesionalne odgovornosti farmaceutske zaposlenika. Naime, ni pitanje odgovornosti zbog štetnog djelovanja (nuspojave) lijekova nije još prešla u stanje mirovanja, jer se tu problematizira odnos odgovornosti proizvođača lijeka i liječnika koji ga je propisao.

Politika lijekova temelji se na odredbama koje uređuju registraciju, režim propisivanja, zaštitu patentnih prava, cijenu, *nadzor lijekova i medicinskih proizvoda* itd.

Poznato je da svaka država ima regulacijska tijela za područje lijekova. To su ovlaštene organizacije za lijekove, zavodi za kontrolu lijekova, povjerenstva pri državnim zdravstvenim osiguranjima, inspektorati ministarstva zdravstva i socijalne skrbi i sl.

Poznato je i to da u Hrvatskoj od 2003. godine postoji **Agencija za lijekove i medicinske proizvode**. Najvažniji posao Agencije je registracijski postupak, a pored toga provodi još nadzor proizvodnje, ispitivanja, stavljanja u promet, kakvoće i štetnih učinaka lijekova, odobrava otvaranje veleprodajnica i sl.

Druga regulacijska tijela, kao što su **Povjerenstvo za lijekove i Farmaceutska inspekcija** Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi odgovorni su za različita odobrenja i suglasnosti u vezi sa stavljanjem lijekova u promet, njihovom cijenom i nadzorom, dok je Povjerenstvo za lijekove HZZO-a nadležno, između ostalog, za formiranje liste lijekova koji se plaćaju iz zdravstvenog osiguranja.⁵

Jedna od najvažnijih funkcija Agencije za lijekove je izdavanje dozvole za stavljanje lijeka u promet. Daleko najvažniji utjecaj u tom smislu imaju velike institucije, poglavito FDA⁶ i EMEA.⁷

Najzad, *zna se da je farmaceutska legislativa vjerojatno najbitnija odrednica općenite sudbine farmaceutskih preparata u jednoj sredini*. Propisima navedenim u nastavku ovog rada regulira se registracija i dostupnost lijekova, njihova cijena, inspeksijski nadzor i promidžba, a drugim zakonima porezi, znanstvena istraživanja, edukacija o farmakoterapiji, obeštećenje osoba koje su stradale od nuspojava itd.

Naša je pažnja usmjerena k pitanju inspeksijskog nadzora u farmaceutskom pravu. Osim tog razmatranja ukazali smo, ali samo sporadično i na neke karakteristike općeg sustava nadzora u zdravstvenom pravu, ali i na neka obilježja unutarnjeg stručnog nadzora u autonomnim izvorima prava i to samo radi ilustracije, a pritom ne pretendiramo da time izražavamo sistematski istraženu i obrađenu praksu određenih

⁵ Gajski, Lidija, *Lijekovi ili priča o obmani*, Pergamena, Zagreb, 2009., str. 290.

⁶ FDA – US Food and Drug Administration; Američka uprava za hranu i lijekove – državna agencija nadležna za sigurnost lijekova i medicinskih proizvoda u SAD.

⁷ EMEA – European Medicines Agency; Europska agencija za lijekove – europska regulacijska agencija nadležna za evaluaciju medicinskih proizvoda.

zdravstvenih ustanova. Na navedeni odabir prisilila nas je i brojnost izvora prava (posebno onih heteronomnog karaktera). U radu su preuzete i određene spoznaje iz bilježaka za predavanje prof. dr. sc. Ivana Vukušića na poslijediplomskom specijalističkom studiju "Medicinsko pravo", Split, 2010. – tema "Nadzor nad proizvodnjom i ispitivanjem lijekova" što je u radu na odgovarajućim mjestima naznačeno.

Polazeći od navedenog razmotrit ćemo sljedeća osnovna pitanja: pojam inspekcij-skog nadzora, izvori prava o inspekcijском nadzoru, organi koji provode nadzor i njihove ovlasti, praćenje rada inspektora, nadzor nad dobrom laboratorijskom praksom, zdravstveno-inspekcijски nadzor te zaključak.

2. Pojam inspekcijskog nadzora

2.1. Etimologija osnovnih pojmova

Prilikom razmatranja nadzora nad ispitivanjem, proizvodnjom i izradom, prometom, provjerom kakvoće, farmakovigilancijom te oglašavanjem i informiranjem o lijeku susrećemo se s nekoliko pojmova: inspekcija, nadzor, inspektor, inspekcijски nadzor, značenje i podrijetlo kojih treba objasniti radi jasnoće daljnjih izlaganja. Nadalje, pokušat ćemo uspostaviti lingvističku i pojmovnu vezu sa srodnim riječima u nekim svjetskim jezicima.

Inspekcija lat. (inspectio) 1. nadzor, pregled 2. nadzorni organ: sanitarna -, građevinska -, školska -, ; **inspektor** nadzornik, nadglednik⁸; službena osoba koja nadzire izvršenje propisanih pravila; nadzornik, nadziratelj, nadglednik; **inspektorat** inspektorski ured; nadzorništvo, nadgledništvo (državni)⁹

Interesantno je k tome, da su u općoj kroatizaciji naših pravnih propisa zadržani izrazi inspekcija, inspekcijски nadzor, inspektor i različite njihove izvedenice, mada ih ne susrećemo u ranijem hrvatskom pravnom nazivlju.¹⁰

Posebno je značajno i vrijedno pažnje da izvorni hrvatski termin **nadzor** nalazimo u starijim spomenicima naše kulture. Zbog prostora moramo se ograničiti samo na Broz-Ivekovićev Rječnik hrvatskoga jezika, svezak I, Zagreb 1901. godine. U nave-

⁸ Rječnik hrvatskoga jezika, Leksikografski zavod *Miroslav Krleža* i Školska knjiga, Zagreb, 2000., str. 356.

⁹ Hrvatski enciklopedijski rječnik, NL, Zagreb 2004., svezak 4, str. 216.

¹⁰ U hrvatskim propisima donesenim do 1918. godine, kada otpočinje razdoblje stare Jugoslavije, kao i u pravnoj literaturi, ne koriste se riječi inspekcija i inspektor kao i njihove izvedenice. Te riječi ne nalazimo čak ni u opsežnom rječniku JAZU (slovo I obrađeno je u knj. III koju je uredio P. Budani a tiskan je u Zagrebu 1887.-1891.), drugim onovremenim rječnicima, pa niti u "Prinosima za hrvatski pravno-povjestni Rječnik" Vladimira Mažuranića, Zagreb 1908.-1922. (Pretisak "Informator" – Zagreb 1975.), a niti u Etimologijskom rječniku hrvatskoga ili srpskoga jezika Petra Skoka JAZU, Zagreb, 1971. Umjesto inspekcija i inspektor rabilo se u legislativi i praksi – redarstvo, nadzorništvo te redar, redarstvenik, nadzornik i sl.

denom rječniku nalazimo riječi nadziranje, nadziratelj, nadzirateljstvo, nadzirati, nadzorni.

Nadzor 1. stalna i pažljiva kontrola, praćenje koga; nadgledanje 2. služba ili osoba koja provodi nadzor; **nadzornik** 1. čin u službeničkoj hijerarhiji 2. onaj koji po dužnosti obavlja kontrolu rada; inspektor (farmaceutski -, školski).¹¹

Izraz *inspekcijski nadzor* je termin koji se rabi u domaćem zakonodavstvu nekoliko posljednjih desetljeća pa i u recentnom **Zakonu o lijekovima** (dalje u tekstu – ZL) i podzakonskim aktima farmaceutskog zakonodavstva kojima je iznova i cjelovito uređen sustav o lijekovima. Taj je izraz, međutim, s jezičnog stanovišta loš. Tu se, naime, radi o svojevrsnom živom pleonazmu, jer obje sastavnice toga izraza imaju u biti isto značenje.¹²

U nekim svjetskim jezicima nadzor se označava sljedećim pojmovima: u engleskom "inspection", u njemačkom "Aufsicht", "Besichtigung", "Inspektion", u francuskom "inspection", u talijanskom "ispezione". U navedenim jezicima nadzornik, nadglednik znači: "inspector", "Kontrollleur(m)", "contrôleur", "controllore".¹³

Organi koji imaju zadaću nadziranja nazivaju se inspekcijama ili inspekcijskim službama a njihovi djelatnici inspektorima tek u pravnim propisima koji su se donosili poslije 1946. godine. Navedeni su pojmovi preneseni u naš jezik vrlo vjerojatno pod utjecajem sovjetske doktrine i prakse koja je najvažnija kontrolna tijela nazivala inspekcijama. Od tada su se riječi inspekcija, inspektor, inspekcijski nadzor i slične proširile i ukorijenile u domaćem pravu.¹⁴

Današnji rječnici sadrže veliki broj leksema, fraza, frazema i termina. Konačno, razmatranje etimologije ovih pojmova pokazalo je da pojam "nadzor" ima domaće podrijetlo, a pojam "inspekcija" latinsko (inspectio, onis f.), te da se ovi pojmovi uglavnom koriste kao sinonimi.

2.2. Što se podrazumijeva pod inspekcijskim nadzorom?

Pri određenju pojma inspekcijskog nadzora moramo voditi računa o tome da je provedba te djelatnosti samo dio širih društvenih odnosa (odnosa državne i druge intervencije), i to onaj dio tih odnosa koji je uređen pravom. Zbog činjenice da "pravo nije sastavljeno samo od normi niti samo od odnosa nego i od normi i od odnosa"

¹¹ Hrvatski enciklopedijski rječnik, NL, Zagreb, 2004., svezak 6, str. 280.

¹² Medvedović, Dragan, *Inspekcijski nadzor nad trgovačkim društvom i trgovcem pojedincem*, Pravo u gospodarstvu, broj 7-8/1994., str. 562.

¹³ Hurm, Antun, Rječnik hrvatskosrpsko-njemački s gramatičkim podacima i frazeologijom, Školska knjiga, Zagreb, 1958., str. 248.; Goursau, Henri i Monique, *Europski rječnik*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2005.

¹⁴ Medvedović, op.c., str. 565.

moramo pri našim razmatranjima voditi računa o raznim aspektima institucije inspekcijiskog nadzora, iako je naš prvenstveni cilj analiza i određenje njegovih normativnih komponenti koje dolaze do izražaja u inspekcijisko-nadzornoj djelatnosti.

Polazeći od temeljne odredbe ZL-a kojom se uređuje inspekcijiski nadzor (čl. 90. st. 1.) u vezi s ostalim odredbama tog propisa te podzakonskih akata – raščlambom inspekcije/nadzora koji, doduše, interferiraju (uzajamnost), ali se u cijelosti ne poklapaju, mogli bismo ga odrediti kao: posebnim propisima uređena sustavna i neovisna provjera aktivnosti vezanih uz kliničko ispitivanje i pripadajuće dokumentacije radi utvrđivanja jesu li aktivnosti na kojima se obavlja nadzor provedene, podaci uneseni i analizirani i je li o njima izviješteno sukladno Planu kliničkog ispitivanja, standardnim operativnim postupcima nadziranih pravnih i fizičkih osoba, odnosno naručitelja ispitivanja, dobroj kliničkoj praksi i važećim zakonskim propisima. Prema tome, bitna (primarna, esencijalna) obilježja inspekcijiskog nadzora u opreci s drugim oblicima nadzora su:

- a) da se provodi temeljem i u skladu s farmaceutskim zakonima i podzakonskim aktima,
- b) da ga obavlja farmaceutska inspekcija ministarstva odnosno farmaceutski inspektor,
- c) da se provodi nad zakonitosti rada i poslovanja fizičkih i pravnih osoba,
- d) da se provodi prikupljanjem podataka o kliničkom ispitivanju i dokumentaciji, upoznavanjem s načinom na koji se lijekovi i drugi pripravci proizvode, kako se i pod kojim uvjetima čuvaju te ispitivanjem drugih okolnosti koje utječu na stručni rad te
- e) da se poduzimaju zakonskim propisima i dobroj kliničkoj praksi predviđene mjere te propisuju konzekvence – posljedice – s ciljem da se ustanovljeno stanje i poslovanje uskladi sa zakonom i drugim propisima.

Valja smatrati da se sva ova bitna obilježja moraju kumulativno steći i u tom slučaju radi se o inspekcijiskom nadzoru. Nedostaje li bilo koje od navedenih obilježja ne radi se o inspekcijiskom nego o nekom drugom obliku nadzora s drugačijim pravnim režimom.¹⁵

¹⁵ Medvedović, op.c., str. 565.

3. Izvori prava o inspekcijskom nadzoru

Teorija prava dijeli pravne izvore na materijalne (*fontes iuris essendi*) i formalne (*fontes iuris cognoscendi*) Brojni su kriteriji po kojima se mogu razvrstavati izvori prava (npr. postoje podjele: na pisane i nepisane, 2. na direktne i indirektne, 3. na interdržavne i međunarodne itd.), no za nas je posebno značajna podjela po kriteriju odnosa između subjekta koji stvara, donosi normu (adresanta) i subjekta kojemu se ta norma upućuje, na kojeg se ona primjenjuje (adresata). Po tom kriteriju izvore prava dijelimo na autonomne i heteronomne. Autonomni izvori prava su oni koje je donio (ili barem sudjelovao u njihovom donošenju) subjekt na kojeg će se oni i primjenjivati. Kod tih su izvora, dakle, adresant i adresat pravne norme iste osobe. Autonomni su izvori oblik samoregulacije i samoobvezivanja. Oni imaju karakter prava jer su popraćeni državnom sankcijom, ali kroz te norme dolazi do izražaja volja i odluka subjekta na kojeg se primjenjuju. Za razliku od toga, heteronomne izvore prava donosi netko drugi, strani, različit od onoga na koga se oni primjenjuju. Adresant i adresat su različite osobe. Obično je taj drugi država (odnosno neki državni organ) koja ima izvorno pravo pravnog uređenja društvenih odnosa.

Može se slobodno kazati da, po prirodi stvari, uređenje institucije inspekcijskog nadzora karakterizira primat heteronomne regulative i minimalna uloga autonomnih izvora prava.

Navedeno potiče na zaključak da je primjereno funkcioniranje obavljanja inspekcijskog nadzora uvjetovano, pored ostalih čimbenika, kakvoćom pravnih propisa te funkcionalnošću tijela koja u sustavu djeluju.

U ovom dijelu našeg rada, na što naslov i ukazuje, razmotrit ćemo pretežno normativni aspekt inspekcijskog nadzora, a u mjeri u kojoj nam to prostor dopušta pokušat ćemo pružiti uvid i u stvarnost njegove primjene. Zbog heterogenosti predmeta naše analize nije moguće, a po našem mišljenju ni potrebno, zahvatiti cijelo bogatstvo oblika u kojima se navedena institucija javlja.

Potrebno je upozoriti i na neka ograničenja koja proizlaze iz heterogenosti teme koja je predmet našeg interesa. Različiti uvjeti gospodarskog života rezultiraju različitim načinima organizacije proizvodnje, edukacije ljudskih resursa, broja lijekova i proizvodnih procesa, analitičkih metoda u provjeri kakvoće koje susrećemo u proizvodnji te razlike u tehnici i tehnologiji ukazuje da je procjena inspekcije o provedbi **dobre proizvođačke prakse** (dalje u tekstu – DPP)¹⁶ i njena verifikacija održavanja,

¹⁶ Dobra proizvođačka praksa jest dio sustava osiguranja kakvoće kojom se postiže da se lijekovi dosljedno i trajno proizvode i provjeravaju prema odgovarajućim standardima kakvoće u skladu s njihovom namjenom (čl. 2. t. 68. ZL).

od serije do serije lijeka, detalja koji se odnose na proizvodnju i nadzor iz uvjeta za proizvodnu dozvolu od velike važnosti za kakvoću lijeka u prometu.

Za potrebe normativne analize potrebno je ustanoviti izvore kojima je dano "*quod iusum est*" analizirane institucije. Za inspekcijski nadzor lijekova (i medicinskih proizvoda) možemo ustanoviti da je normiran sljedećim formalnim izvorima prava:

1. Zakon o lijekovima (Nar. nov., br. 71/07. i 45/09.)
2. Zakon o medicinskim proizvodima (Nar. nov., br. 67/08.)
3. Pravilnik o dobroj laboratorijskoj praksi (Nar. nov. br. 38/08.)
4. Pravilnik o uvjetima i postupku utvrđivanja zahtjeva dobre proizvođačke prakse...te postupka davanja proizvodne dozvole i potvrde o provođenju dobre proizvođačke prakse (Nar. nov., br. 74/09.)
5. Pravilnik o načinu provođenja nadzora nad ispitivanjem, proizvodnjom i izradom, prometom, provjerom kakvoće, farmakovigilancijom, te oglašavanjem i informiranjem (čl. 90. ZL)
6. Pravilnik o kliničkim ispitivanjima lijekova i dobroj kliničkoj praksi (Nar. nov., br. 14/10.)
7. Pravilnik o praćenju štetnih događaja vezano uz medicinske proizvode (Nar. nov., br. 74/09.)
8. Direktiva 2001/20/EC
9. Direktiva o DLP (2004/10/EC)
10. Direktiva 2004/9/EC
11. Konsolidirana direktiva 2001L0083
12. Compilation of community procedures on inspections and exchange of information (EMEA/313483/2006 Rev. 7-27. March 2007)
13. Coordination of preapproval GxP inspections (SOP/INSP/2019 – 16. May 2007)
14. Autonomni izvori

Brojnost izvora prava i njihova različita pravna priroda nameću potrebu da odredimo njihov međusobni odnos i način primjene u uređivanju inspekcijskog nadzora.

Odmah treba upozoriti na pretežnost heteronomnih izvora prava o inspekcijskom nadzoru nad autonomnim izvorima prava. Ova konstatacija ne proizlazi iz postojanja većeg broja zakonskih i podzakonskih (provedbenih)¹⁷ izvora državnog podrijetla već prvenstveno iz činjenice da se navedenim izvorima relativno iscrpno uređuje

¹⁷ Provedbenim se propisima zakonom utvrđeni sustav normativno zaokružuje i oživotvoruje. Operacionalizacija zakona provedbenim je propisima, u većoj ili manjoj mjeri (ovisno o normativnoj tehnici zakonodavca), povjerenja državnim tijelima koja su najizravnije zadužena za praćenje stanja i provođenje nadzora u području lijekova.

institucija inspekcijskog nadzora pa time nije ostavljen značajniji prostor za autonomno normiranje. Manje značajni autonomni izvori razlogom su zbog koje će naša pažnja u ovom radu biti usmjerena pretežno na izvore heteronomnog (državnog) podrijetla.

O obavljanju inspekcijskog nadzora u farmaceutskom pravu koje je od interesa za zaštitu zdravlja i sigurnosti ljudi doneseni su navedeni specijalni zakoni i provedbeni propisi kojima je uređeno ustrojstvo inspekcijskih organa, krug fizičkih i pravnih osoba koje se nadziru, predmet nadzora, postupak nadzora, ovlasti farmaceutske inspekcije i farmaceutskih inspektora te niz drugih relevantnih pitanja.

4. Organi koji provode nadzor i njihove ovlasti

Jedna od važnih i izrazitih oblika državne intervencije je inspekcijsko-nadzorna djelatnost. Tu djelatnost obavljaju organi ministarstva i posebno ovlaštene organizacije. U tom cilju se osnivaju inspekcije koje imaju specifične zadaće i u okviru toga široka ovlaštenja, dok pojedine vrste nadzora nad provođenjem zakona obavljaju neposredno inspekcijski organi iz određenog područja.

U pogledu svih inspekcija, kao zajedničku karakteristiku njihovog rada, treba istaći da je njihov osnovni zadatak vršenje nadzora nad primjenom propisa, da su one samostalne u radu u okviru zakonskih ovlaštenja i da su odgovarajućim zakonom propisani uvjeti za osobe koje obavljaju inspekciju (odgovarajuća školska sprema i potrebno iskustvo te položen državni stručni ispit).

Prilikom obavljanja nadzora, organi, odnosno službene osobe (inspektori) su ovlašteni da poduzimaju razne upravne mjere, zavisno od određenih situacija da se ustanovljeno stanje i poslovanje uskladi sa zakonom i drugim propisima.

Farmaceutska inspekcija obavlja nadzor nad:

- ispitivanjem, proizvodnjom i izradom,
- prometom,
- provjerom kakvoće,
- farmakovigilancijom,
- oglašavanjem i informiranjem o lijeku (čl. 90. ZL-a).

Ovlasti **farmaceutskog inspektora** koje proizlaze iz ZL-a i podzakonskih propisa mogu se temeljem čl. 91. ZL-a grupirati u nekoliko temeljnih skupina s obzirom na subjekte koji se nadziru i predmet nadzora. Farmaceutski inspektor ima pravo i dužnosti:

- a) narediti obavljanje djelatnosti u skladu sa ZL-om, narediti otklanjanje utvrđenih nepravilnosti i nedostataka, narediti zabranu stavljanja lijeka u promet i podnijeti Agenciji zahtjev za povlačenje iz prometa za slučajeve iz ZL-a;
- b) zabraniti radnje protivne ZL-u, zabraniti rad ako nema dozvolu te podnijeti prijedlog Agenciji za oduzimanje dozvole zbog nepridržavanja uvjeta iz ZL-a, zabraniti prodaju proizvoda koji nije lijek ili homeopatski proizvod a na pakovanju se navode ljekovita svojstva;
- c) privremeno zabraniti rad ako ne ispunjava uvjete glede zaposlenika, opreme i prostorija, privremeno staviti izvan snage rješenje o odobrenju za sve lijekove na koje se proizvodna odluka odnosi ako nisu ispunjeni uvjeti DPP-a, privremeno staviti izvan snage rješenje o odobrenju zbog neizvršenja redovne ili posebne provjere kakvoće,
- d) podnijeti zahtjev Agenciji za povlačenje iz prometa serije lijekova koji ne odgovaraju uvjetima propisanim ZL-om, odnosno proglašiti neispravan proizvod opasnim otpadom i narediti njegovo zbrinjavanje;
- e) podnijeti prijedlog Agenciji za oduzimanje odobrenja ako nositelj odobrenja nema ustrojen sustav za farmakovigilanciju, odgovornu osobu za farmakovigilanciju ili ne ispunjava druge uvjete iz čl. 72. ZL-a;
- f) pravne i fizičke osobe koje podliježu nadzoru dužne su omogućiti obavljanje nadzora i staviti na raspolaganje potrebnu količinu uzoraka lijeka te pružiti potrebne podatke i obavijesti;
- g) u provedbi inspekcijskog nadzora inspektor je ovlašten pregledati poslovne prostorije, objekte, uređaje, opremu i dokumentaciju;
- h) o obavljenom inspekcijskom nadzoru inspektor je dužan sastaviti zapisnik¹⁸. Na postupak farmaceutskog inspektora primjenjuju se odredbe Zakona o općem upravnom postupku (ZUP).¹⁹

Ako farmaceutski inspektor u obavljanju nadzora utvrdi da je povredom propisa počinjen prekršaj ili kazneno djelo, tada je, uz rješenje za čije je donošenje ovlašten (odnosno uz zapisnik ako nije ovlašten za donošenje rješenja), dužan bez odlaganja, a najkasnije u roku od 15 dana od završetka nadzora podnijeti zahtjev, odnosno prijavu nadležnom tijelu.

¹⁸ O provedenom inspekcijskom pregledu kod nadziranih pravnih i fizičkih osoba moraju iz razloga pravne sigurnosti ostati određeni pisani dokazi. Farmaceutski inspektor je dužan o izvršenom inspekcijskom pregledu, utvrđenom stanju i poduzetim, odnosno naredenim mjerama te obavljenim radnjama sastaviti zapisnik (čl. 102. st. 1. ZL). Temeljni sadržaj zapisnika propisan je člankom 76. ZUP-a. Primjerak zapisnika farmaceutski inspektor dostavlja proizvođaču.

¹⁹ Novi Zakon o općem upravnom postupku objavljen je u Nar. nov., br. 47/09 od 16. travnja 2009., a stupio je na snagu 1. siječnja 2010.

U svezi s oblikom rješenja²⁰ valja kazati da se rješenje u pravilu donosi u pisanom obliku. Farmaceutski inspektor može sam iznimno donijeti rješenje u usmenom obliku u slučajevima predviđenim čl. 100. st. 1. ZL-a:

- kada opasnost za zdravlje ili život ljudi zahtijeva da se određena mjera poduzme bez odgađanja,
- kada postoji opasnost od prikrivanja, zamjene ili uništenja dokaza, ako se mjera ne poduzme odmah. U tom je slučaju dopušteno narediti izvršenje usmenog rješenja odmah.

U navedenim slučajevima rješenje doneseno u usmenom obliku mora se stranci dostaviti u pisanom obliku u roku od osam dana od dana donošenja usmenog rješenja.

Valja smatrati da rješenje doneseno u usmenom obliku počinje pravno djelovati u času donošenja, jer se inače ne bi postigla svrha zbog koje je doneseno.

Na zakonu je (čl. 105. ZL-a) utemeljena odgovornost farmaceutskog inspektora i to ako pri nadzoru propusti poduzeti, odnosno narediti, mjere koje je bio obvezan poduzeti ili narediti, ili ako prekorači svoje ovlasti, te ako ne podnese zahtjev, odnosno prijavu nadležnim tijelima u vezi s utvrđenim nepravilnostima odnosno nedostacima.

Što se tiče navedenih *međunarodnih propisa* njihova je, naime, nakana da nam pogled s mnoštva pojedinih slučajeva usmjere prema cjelini obrađene teme.

Tako prema čl. 111. **Konsolidirane direktive:**

- ovlašteno tijelo države članice će putem ponovljenih inspekcija, i ako je potrebno, nenajavljenih inspekcija osigurati ispunjenje propisanih zahtjeva,
- ovlašteno tijelo može izvršiti nenajavlvenu inspekciju proizvođača djelatne tvari i gotovog proizvoda kadgod smatra da postoji sumnja u neprovođenje DPP,
- inspekcije mogu biti izvršene na zahtjev države članice, EK ili EMEA-e,
- radi izdavanja certifikata podobnosti inspekciju može zatražiti EDQMP preko EMEA-e ili EK-e,
- inspekcija proizvođača djelatne tvari može se izvršiti i na sam zahtjev proizvođača.
- Valja istaći da *inspekcija obuhvaća:*
- proizvodnju gotovog lijeka ili djelatne tvari, te laboratorija za kontrolu kakvoće,
- uzimanje uzoraka radi ispitivanja u ovlaštenom laboratoriju,

²⁰ Dijelovi rješenja donesenog u pisanom obliku i onog na propisanom obrascu, ali i rješenja donesenog u usmenom obliku koje se stranci dostavlja i u pisanom obliku jesu: zaglavlje, uvod, izreka, obrazloženje, uputa o pravnom lijeku, potpis službene osobe (koja je donijela rješenje) i otisak službenog pečata javnopravnog tijela (čl. 98. st. 1. ZUP-a).

- pregled dokumenata vezanih uz predmet inspekcije,
- inspekciju prostorija, zapisa i dokumenata nositelja ili druge tvrtke koja za nje ga obavlja farmakovigilanciju.

Nakon svake inspekcije slijedi izvještaj o primjeni načela i principa DPP. Dostavlja se i proizvođaču.

Unutar devedeset dana od inspekcije ako je ona dokazala da proizvođač primjenjuje DPP izdaje se "GMP certifikat". Izdani certifikat kao i informaciju o neispunjavanju uvjeta DPP države dostavljaju u bazu GMP koju vodi EMEA.²¹

Država članica, EK ili EMEA mogu zahtijevati od proizvođača u trećim zemljama da se podvrgne inspekciji²².

5. Praćenje rada inspektora

U EU se odvija u skladu s dokumentom "COMPILATION OF COMMUNITY PROCEDURES ON INSPECTION AND EXCHANGE OF INFORMATION" kojeg je donijela EMEA u ime EK. Navedeni dokument sadrži sve postupke i obrasce za inspekciju DPP i omogućava suradnju, harmonizaciju inspekcija i izmjenu informacija između inspekcija država EU. Ovi postupci su osnova za SOP-ove sustava kvalitete unutar inspektorata.²³

Što se pak tiče farmaceutskog prava RH prema čl. 30. Pravilnika o DPP propisano je da farmaceutski inspektori u svojem djelovanju tijekom provedbe nadzora uzimaju u obzir sadržaj Zbirke postupaka EK o nadzoru i razmjeni podataka s tim da ova odredba stupa na snagu danom pristupanja RH u EU.

Inspeksijski nadzor pokreće se i vodi *ex offico*. Prema čl. 29. Pravilnika o DPP-u ispunjavanje uvjeta propisanih ovim podzakonskim aktom s mjestom proizvodnje u RH nadzire farmaceutski inspektor.

Proizvođač lijeka s mjestom proizvodnje izvan RH obavezan je omogućiti farmaceutskoj inspekciji obavljanje nadzora na mjestu proizvodnje u svrhu utvrđivanja uvjeta propisanih navedenim Pravilnikom.

Farmaceutska inspekcija obavlja redovne i izvanredne nadzore proizvođača lijekova.

Redovni nadzori proizvođača lijekova provode se, u pravilu, svake dvije do tri godine.

²¹ Vukušić, ibid.

²² Vukušić, ibid.

²³ Vukušić, ibid.

Izvanredni nadzori proizvođača lijekova provode se u slučaju incidentnih situacija, značajnih reklamacija, povlačenja proizvoda s tržišta, nađene neispravnosti lijeka od strane Agencije, sumnje u kakvoću ili znakova neuobičajenih pojava te ostalih situacija u cilju provjere kakvoće lijekova.

U EU nadzor treba biti najmanje svake dvije godine. Valja podsjetiti da pri planiranju učestalosti i trajanja inspekcije treba uzeti u obzir karakteristike kompanije s obzirom na program, osoblje, prostore i opremu u proizvodnji i zadnje bilješke inspekcije.

Propust inspektora da poduzme potrebne inspekcijske radnje i mjere nadzora može dovesti do pokretanja postupka njegove odgovornosti. Zbog tih i drugih razloga *rad inspektora treba pratiti kako bi se osigurala ispravna i konzistentna inspekcija* u svim prilikama i između različitih inspektora. To se provodi zajedničkim posjetama s drugim starijim inspektorom ili specijalistom za određeno područje.²⁴

Ne treba posebno naglašavati od kolikog je značenja za dobar nadzor kvaliteta rada. Slijedom navedenoga, osim praćenja rada inspektora, u EU je obveza svih nacionalnih inspektorata razviti sustav kvalitete tako da su održavani zajednički standardi od svih članica što uz konzistentnost u standardima između svih inspektorata omogućava i njihovo međusobno priznavanje.²⁵

U hrvatskom farmaceutskom pravu na umu valja imati i podzakonske propise, na vlastito već spomenuti Pravilnik o kliničkim ispitivanjima i DKP te Prilog I Pravilnika – **Smjernice za dobru kliničku praksu**.²⁶

Cilj je ovih ICH Smjernica za dobru kliničku praksu osigurati jedinstveni standard za EU, Japan i Sjedinjene Američke Države kako bi se olakšalo međusobno prihvatanje kliničkih podataka od strane nadležnih tijela tih zemalja.

Ove Smjernice valja slijediti pri pripremi podataka iz kliničkih ispitivanja koji se daju na uvid nadležnim tijelima.

Prema t. 1.29 Priloga I **inspekcija** se definira kao *postupak nadležnog tijela kojim se vrši pregled dokumenata, sredstava, opreme i prostora, zapisa i svih drugih stvari koje to tijelo smatra povezanim s kliničkim ispitivanjem i mogu se naći na mjestu kliničkih ispitivanja, kod naručitelja ispitivanja ilili ugovorne istraživačke organizacije ili drugim ustanovama koje nadležno tijelo smatra primjerenim*.

²⁴ Vukušić, ibid.

²⁵ Vukušić, ibid.

²⁶ Dobra klinička praksa jest skup međunarodno priznatih etičkih i znanstvenih zahtjeva koji se slijede pri planiranju, provođenju, bilježenju i izvješćivanju o kliničkim ispitivanjima (čl. 2. t. 48. ZL).

Prema čl. 2. st. 7. Pravilnika **inspekcija kliničkih ispitivanja** jest pregled jednog ili više postupaka vezanih uz provođenje kliničkog ispitivanja od strane ministarstva nadležnog za zdravstvo a može se provesti u pravnoj osobi u kojoj se provodi kliničko ispitivanje kod podnositelja zahtjeva/naručitelja kliničkog ispitivanja ili ugovorne ustanove.

Još je izravnija odredba čl. 18. Pravilnika koja propisuje da se klinička ispitivanja u RH provode u skladu sa standardom određenom Smjernicom Europske medicinske agencije i njenog tijela Committee for Proprietary Medicinal Products: "Note for Guidance on Good Clinical Practice (CPMP/ICH/135/95)."

Prema čl. 24. st. 1. Pravilnika podnositelj zahtjeva ili naručitelj kliničkog ispitivanja obavezan je dostaviti, u roku od 90 dana, **Središnjem etičkom povjerenstvu** i ministru obavijest o završetku kliničkog ispitivanja.

Ne treba posebno naglašavati od kolikog su značenja **ICH načela dobre kliničke prakse**. Njihova je provedba sa životne točke gledišta vrlo važno i složeno praktično pitanje.

Prema Prilogu I t. 2., klinička se ispitivanja moraju provoditi u skladu s etičkim načelima kojima je ishodište u **Helsinškoj deklaraciji**, i koja su u skladu s dobrom kliničkom praksom i važećim zakonskim propisima.

Prije početka kliničkog ispitivanja potrebno je dobro prosuditi očekivane rizike i smetnje u odnosu na očekivane koristi za pojedinog ispitanika i društvo. Kliničko ispitivanje treba započeti i nastaviti ga samo ako očekivana korist opravdava rizik.

To je pravilo bezuvjetno jer je i čl. 8. st. 4. ZL-a izrijekom određeno da se kliničko ispitivanje ne smije obavljati *ako je moguća opasnost primjene lijeka veća od zdravstvene opravdanosti ispitivanja lijeka*, o čemu ocjenu donosi ministar.

Odredba čl. 9. st. 1. ZL-a ima upućujući karakter navodeći da se kliničko ispitivanje lijeka provodi u skladu s pravilnikom o kliničkim ispitivanjima lijeka i pravilnikom o dobroj kliničkoj praksi.

U čl. 15. **Direktive 2001/20/EC** navodi se:

- *da će države imenovati inspektore za provođenje inspekcije:*
 - na mjestu(ima) gdje se provode klinički pokusi,
 - laboratorija koji obavljaju analize,
 - prostorije sponzora;
- da Inspekciju provodi nadležni državni organ
- dok će rezultati inspekcije biti priznati od drugih država.

- Nakon inspekcije bit će pripremljen inspekcijski izvještaj koji se dostavlja sponzoru. Može se dostaviti na raspolaganje ostalim državama članicama, etičkom povjerenstvu i EMEA-i na njihov obrazložen zahtjev.²⁷

Treba dodati da je u okviru farmaceutskog zakonodavstva u EU u 2006. godini objavljen na E udralex-u Volumen 10 koji se odnosi na klinička ispitivanja i u poglavlju IV sadrži preporuke koje se odnose na inspekcijski postupak i kvalifikacije inspektora.²⁸

6. Nadzor nad dobrom laboratorijskom praksom

Prema čl. 10. ZL nekliničko ispitivanje provodi se u skladu s **Pravilnikom o dobroj laboratorijskoj praksi** (dalje u tekstu – DLP).²⁹

Nadzor nad sukladnošću laboratorija za ispitivanje s načelima DLP obuhvaća sljedeće vrste pregleda:

1. prethodni pregled laboratorija za ispitivanje koji se obavlja u postupku uključivanja u program DLP-a prije prvoga pregleda sukladnosti laboratorija za ispitivanje;
2. periodični pregled laboratorija za ispitivanje, koji se obavlja svake dvije godine te obuhvaća opći pregled laboratorija za ispitivanje i ocjenjivanje jedne ili više završnih ispitivanja ili ispitivanja u tijeku;
3. posebni pregled laboratorija za ispitivanje ili ocjena ispitivanja povodom zahtjeva domaćih ili stranih nadležnih tijela, koji se temelje na npr. pregledu dokumentacije, dostavljene nadležnom tijelu;
4. verifikacijski pregled laboratorija za ispitivanje (čl. 27. Pravilnika DLP-a).

Važnim nam se čine odredbe iz čl. 33. Pravilnika o DLP-u koje određuju da rezultati laboratorijskih pregleda i revizije ispitivanja provedenih na području RH o usklađenosti s DLP-om, obvezuju nadležna tijela ostalih država članica EU.

S druge pak strane rezultati laboratorijskih pregleda i revizije ispitivanja provedenih na području neke druge države članice EU o usklađenosti s načelima DLP-a obvezuju Ministarstvo.

²⁷ Vukušić, ibid.

²⁸ Vukušić, ibid.

²⁹ Dobra laboratorijska praksa je sustav kakvoće koji se odnosi na organizacijske procese i uvjete za planiranje, provedbu, kontrolu, način izvješćivanja i dokumentaciju ispitivanja svojstava opasnih kemikalija sigurnih za zdravlje ljudi i okoliša (čl. 2. st.1.Pravilnika DLP).

Posebno treba ukazati na čl. 3. **Direktive o DLP-u (2004/10/EC)** u kojem se navodi da će države EU usvojiti mjere potrebne za verifikaciju principa DLP, što uključuje inspekciju sukladno preporukama OECD-a. Članica EU će o imenovanom nadležnom tijelu izvijestiti EK, koja izvješćuje druge članice.

Treba reći da je OECD 1981. godine usvojio principe DLP-a koji su u EU prihvaćeni navedenom Direktivom.

Direktiva 2004/9/EC odnosi se na inspekciju i verifikaciju DLP-a.

Najzad, koordinaciju DLP inspekcija koju provodi EMEA kad se radi o lijekovima iz CP postupka registracije opisuje SOP INSP/2008.³⁰

Na kraju, potrebno je reći da prostor a ni namjena ovog rada ne daje priliku obrade problema i dometa autonomnog uređenja unutarnjeg stručnog nadzora.

Zbog navedenih ograničenja, ali i zbog naše osobne orijentacije normativni element institucije inspeksijskog nadzora bio je glavni predmet našeg interesa.

Pri tomu je potrebno iz literature upozoriti na točnu tvrdnju da dualizam (autonomni i heteronomni izvori) ostaje i da se ne može (odnosno ne smije) "razrješavati" poništavanjem jednih oblika od strane drugih, već paralelnim djelovanjem – svaki "u svom području" normativne djelatnosti, jer izvori farmaceutskog prava nisu prestali biti heteronomni niti su u svemu postali autonomni, i *vice versa*.³¹

Zdravstveno zakonodavstvo također ima razvijen sustav inspeksijskog nadzora. Pored već navedenih propisa posebno treba spomenuti **Zakon o zdravstvenoj zaštiti**³² i **Zakon o liječništvu**.³³

7. Zdravstveno-inspeksijski nadzor

Zdravstvena djelatnost je djelatnost od interesa za RH koja se obavlja kao javna služba i koju po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije obavljaju zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite pod uvjetima i na način propisan ovim zakonom. (čl. 24. st. 1. ZZZ-a).

Zdravstvenu djelatnost obavljaju zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici pod uvjetima i na način propisan ZZZ-om, **Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju**, **Zakonom o ustanovama**³⁴, **Zakonom o trgo-**

³⁰ Vukušić, ibid.

³¹ Tintić, Nikola, Radno i socijalno pravo, Knj. I: Radni odnosi (I), Zagreb, 1969., str. 156.

³² Nar. nov., br. 150/08, 155/09, 71/10 i 139/10.

³³ Nar. nov., br. 121/03, 142/06, 35/08 i 117/08.

³⁴ Zakon je objavljen u Nar. nov., br. 76/93., 29/97.-ispr. i. 47/99. – ispr., 35/08.

vačkim društvima i Zakonom o koncesijama³⁵ (čl. 35 , st. 1. ZZZ-a). Iznimno, zdravstvenu djelatnost mogu obavljati i druge pravne i fizičke osobe u skladu s posebnim zakonom (čl. 35. st. 2 ZZZ-a).

Javnu zdravstvenu službu na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti mogu obavljati na osnovi koncesije³⁶ fizičke osobe i zdravstvene ustanove ako ispunjavaju uvjete propisane čl. 40. st. 1. ZZZ-a.

Zdravstvena ustanova, trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost, zdravstveni radnici u zdravstvenim ustanovama te privatni zdravstveni radnici dužni su uspostaviti i provoditi djelotvoran sustav nadzora u svim područjima poslovanja koji obuhvaća (čl. 167. ZZZ-a): 1) unutarnji nadzor, 2) stručni nadzor komore, 3) zdravstveno-inspekcijski nadzor.

Funkcija **unutarnjeg nadzora** nad radom organizacijskih jedinica zdravstvene ustanove i nad radom zdravstvenih radnika je upoznavanje zdravstvenih radnika s najnovijim dostignućima farmaceutske znanosti, davanje stručnih objašnjenja i uputa te poštivanje zakonskih propisa u izdavanju lijekova i medicinskih proizvoda, izradi magistralnih i galenskih pripravaka, s ciljem da se doprinese pružanju kvalitetnije zdravstvene zaštite te racionalnom i ekonomičnom propisivanju lijekova prema principima suvremene farmakoterapije.

Funkcija **stručnog nadzora komore** mora osigurati da nadzor obuhvati kvalitetu i vrstu zdravstvenih usluga. Navedeni stručni nadzor provodi se sukladno općim aktima komore na koje daje suglasnost ministar.

U slučaju utvrđenog stručnog propusta zdravstvenog radnika ili povrede načela medicinske etike i deontologije izriču se mjere u skladu s aktima nadležne komore.

Funkcija **zdravstveno-inspekcijskog nadzora** mora osigurati nadzor zdravstvene inspekcije osobito iz čl. 178. ZZZ-a te nadzor zdravstvenih inspektora osobito iz čl. 179. i 180. ZZZ-a.

Prema čl. 186. ZZZ-a obavljenim inspekcijskim nadzorima i poduzetim mjerama inspektor vodi očevidnik čiji sadržaj, oblik i način vođenja propisuje pravilnikom ministar.³⁷

³⁵ Vidjeti: Bošković, Zvonimir, *Ugovor o koncesiji za obavljanje javne zdravstvene službe*, Informator, Zagreb, broj 5942/2011; str. 6-8.

³⁶ Zakon o koncesijama kao *lex generalis* objavljen u Nar. nov., br. 125/08, stupio na snagu 1. siječnja 2009., osim odredaba čl. 5. t. 2., koje stupaju na snagu na dan prijama RH u EU.

³⁷ Očevid je jedno od dokaznih sredstava (čl. 58. st. 1. ZUP-a), a njegova je prednost u tome što službena osoba koja vodi postupak pri očevidu izravno stječe saznanja o postojanju ili nepostojanju određene činjenice. O provođenju očevida uvijek treba sastaviti poseban zapisnik (čl. 76. st. 1. ZUP-a).

Prema čl. 179. t. 3. ZZZ-a u obavljanju inspekcijskih poslova inspektor, pored ostalog, osobito nadzire način propisivanja lijekova i medicinskih proizvoda. Premda su mnogi suvremeni lijekovi daleko selektivniji od njihovih prethodnika, savršenog lijeka nema. Iako suzbijaju bolesti, izazivaju i neželjene štetne učinke – nuspojave. Lijekovi izlažu svoje korisnike i rizicima. Prilikom procjene je li određeni lijek dovoljno siguran da bi ga se moglo staviti na tržište moraju se, kao što je već istaknuto, procijeniti koristi koje se tim lijekom postižu i rizici kojima taj lijek izlaže svoje korisnike – test rizika i koristi (*risk utility test*).

Farmaceutska skrb koju promiče Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) podrazumijeva i preuzimanje dijela odgovornosti za ishod liječenja. Za provođenje farmaceutske skrbi nužna je dobra suradnja ljekarnika s pacijentom i njegovim liječnikom radi praćenja farmakoterapije.

Provedbu smjernica SZO-a i provođenje farmaceutske skrbi te ostvarivanje zacrtanog razvoja ljekarništva u Europi podržavaju i olakšavaju izradom projekata i protokola organizacije **EuroPharm Forum** pri Regionalnom uredu za Europu SZO-a, **Međunarodna farmaceutska federacija** (FIP) te **Farmaceutska grupacija EU (PGEU)**, čiji su članovi i u čiji su rad uključeni i hrvatski ljekarnici putem Hrvatskog farmaceutskeg društva.

Danas je općenito prihvaćena uloga ljekarnika da, kao stručnjaci o lijeku, informiraju, savjetuju i educiraju bolesnike i druge stručnjake u timu, te da prate farmakoterapijski odgovor.³⁸

O **medikacijskim se pogreškama** još malo govori u većini zemalja mada one već čine značajan problem pa je nužno podizanje svijesti o njihovoj prisutnosti i potrebi njihova evidentiranja i izvještavanja na nacionalnoj razini. Pritom sve ustanove i svi zdravstveni stručnjaci moraju biti uključeni. Glavni su izvor medikacijskih pogrešaka propisivači lijekova (42%), dokumentacija (27%) te izdavači lijekova (17%). Preveniranje grešaka moguće je njihovim praćenjem i podizanjem znanja onih koji griješe, pri čemu može mnogo pomoći informatička tehnologija i brzo informiranje i upozoravanje na pogreške.³⁹

Spomenimo i novo pravno uređenje **medicinskih proizvoda** zasnovano na već spomenutom Pravilniku o praćenju štetnih događaja vezano uz medicinske proizvode (dalje u tekstu – Pravilnik).

Pravilnikom se utvrđuje sustav dojava i procjene štetnih događaja iz sigurnosnih korektivnih radnji vezano uz medicinske proizvode, odnosno sustav vigilancije medi-

³⁸ Vukušić, Ivan, Kako smanjiti visoku potrošnju lijekova u Hrvatskoj?, Farmaceutski glasnik, 60, br. 3/2004, str. 100.

³⁹ Vukušić, Ivan, op.c., str. 104.

cinskih proizvoda. Propisuju se radnje koje treba poduzeti proizvođač ili Agencija za lijekove i medicinske proizvode kada primi informacije o štetnom događaju vezano uz medicinski proizvod (čl. 1. Pravilnika).

Cilj (osnovna svrha) koji se želi postići sustavom vigilancije medicinskih proizvoda jest poboljšati zaštitu zdravlja i sigurnosti pacijenata, korisnika te drugih osoba kako bi se smanjila vjerojatnost ponavljanja štetnih događaja.

Odredbom čl. 3. st. 2. Pravilnika propisuje se da se odredbe Pravilnika koje se odnose na proizvođače medicinskih proizvoda odnose i na nositelje upisa medicinskih proizvoda u očevidnik medicinskih proizvoda kao i na uvoznike i veleprodaje za medicinske proizvode koje stavljaju u promet u skladu s čl. 46. Zakona o medicinskim proizvodima.⁴⁰

8. Zaključne napomene

Primjereno funkcioniranje inspekcijskog nadzora u farmaceutskom pravu uvjetovano je, pored ostalih čimbenika, kakvoćom pravnih propisa i autonomnih normi te funkcionalnošću farmaceutske inspekcije i farmaceutskih inspektora koji u sustavu djeluju.

Suvremena i efikasna zdravstvena zaštita ne može postojati bez iste takve farmaceutske zaštite, kao svakako njenog važnog i neodvojivog dijela u zdravstvenom sustavu. U današnje vrijeme proizvodnja i uporaba lijekova poprima neviđene razmjere. Kao posljedica toga i rizici razvoja novih lijekova postaju veći. Promatrajući proizvodnju, ispitivanje i izdavanje lijekova, pitanja gdje su limiti rizika i profita veoma su aktualna.

Iz pravnih propisa i općih akata farmaceutskog (zdravstvenog) sustava, po našoj ocjeni, proizlaze sljedeće karakteristike i zaključci:

1. Sadržajna dimenzija inspekcijskog nadzora u farmaceutskoj djelatnosti je iznimno široka i složena, kada se samo promatra kroz ovlaštenja navedenog nadzora. Međutim, kontrolno-nadzorna djelatnost inspekcijskih organa prema drugim subjektima, ne svodi se samo na takva ovlaštenja, već se manifestira i u drugim vidovima, kao što su izdavanje raznih dozvola, odobrenja, davanje suglasnosti i sl. To znači da je inspekcijsko-nadzorna djelatnost još znatno šira. Dakle, zakonodavstvo u području farmaceutske i zdravstvene djelatnosti i ostali sustavni propisi koji ih određuju nisu samo okvir već i *conditio sine qua non* njihova dobrog funkcioniranja.

⁴⁰ Vidjeti: Bošković, Zvonimir, *Pravo o medicinskim proizvodima*, HPR, Zagreb, broj 1/2010., str. 68-74.

2. Daljnja normativna preobrazba pravnog uređenja farmaceutskog i zdravstvenog prava – zbog zahtjeva vremena – znači neprekidni rad na donošenju čitavog niza propisa kojima će i navedeni sustav biti cjelovitije određen i uređen. Ponajprije ovo vrijedi za područje nadzora (inspekcijskog i stručnog).
3. U pogledu tijela u sustavu ističemo i ovlast ministarstva da, u okviru prava nadzora osigura provedbu zakona, zabranu postupanja suprotno zakonu ili drugom propisu, odnosno neposredno izvrši zakon ili drugi propis, ako je postupano suprotno zakonu ili tom propisu.
4. Osiguranje stavljanja u promet kvalitetnih, djelotvornih i podnošljivih lijekova i medicinskih proizvoda sukladno europskim i svjetskim načelima, bez obzira na to radi li se o lijeku domaćeg ili stranog podrijetla.
5. Mehanizmima nadzora, kao i sankcijama za nepoštivanje utvrđenih pravila ponašanja, zaštititi pacijentova pravna dobra kao što su život, tijelo, dostojanstvo i pravo na samoodređenje.
6. Nužno je osigurati jačanje uloge i odgovornosti farmaceutske inspekcije i farmaceutskog inspektora u nadzoru.

Naša izlaganja ukazuju na značenje inspekcijskog nadzora nad proizvodnjom i ispitivanjem lijekova preko kojih se ne bi smjelo olako prijeći.

Zvonimir Bošković

Legal supervision in the field of pharmacy

ABSTRACT

Starting with law regulations the author analyses inspection i.e. the etymology of basic concepts and what is meant under inspection. Also, the legal sources regarding inspection are examined, emphasising the prevalence of heteronomous sources. Close attention is paid to the supervising bodies and their powers according to both Croatian and international law. Also, the monitoring of the work of inspectors is addressed. Special attention is paid to the supervision of good laboratory practice in accordance with subordinate regulations and directives, as well as to health inspection in accordance with health legislation.

Finally, the application of pharmaceutical regulations confirms the grounds of the provisions of these regulations. Practice shows that inspection functions relatively efficiently due to the quality-based and effective norm paradigm.

Key words: pharmacy, right of medicine, pharmaceutical inspection.

Fahrudin Kulenović*

Etički izazovi liječnika našeg vremena**

SAŽETAK

U današnjem svijetu za liječnika postoje brojne moralne dileme. Iz dana u dan praktični liječnik se nalazi u mnogim moralnim dilemama, a da ga nitko nije učio kako da ih riješi. Aktualne moralne dileme uglavnom se dijele na one pri stvaranju novih bića i one pri nes-tanku starih, oboljelih i iznemoglih. Kad govorimo ostvarenju novih bića i novog života najviše mislimo na genetski inženjering, preselekciju spola i prekid trudnoće. Ako je riječ o umiranju tada se misli na probleme mehaničkog održavanja života ljudi koji su terminalno oboljeli, o transplantacijama organa, endo i egzo-protezama, te eutanaziji. Eutanazija je predmet golemih i žestokih rasprava, a mnogi stavovi u vezi nje su još uvijek nerazjašnjeni. Valja razlikovati područje zakona i područje moralnosti, mada se ona donekle preklapaju u deontologiji. Sljedeća dilema je da li je dobro lagati pacijentu i zavaravati ga. O tome postoje različita mišljenja. Mladim liječnicima valja realno i živopisno predočiti težinu, ali i ljepotu i uzvišenost liječničkog poziva, toliko različitog od svih ostalih, ali i toliko odgovornog, da je po tome ispred svih ostalih. Mnogobrojni su i golemi zadaci pred našim liječnicima, a u budućnosti će biti još većih i težih, te je za njih potrebno novo obrazovanje i odgoj – koje mladima moramo pružiti.

Ključne riječi: liječnik, moralna dilema, pobačaj, eutanazija

* Adresa za korespondenciju: Fahrudin Kulenović, Liječnička-Ljekarska komora Kantona Sarajevo, Josipa Vanceša 11/I, BA-71000 Sarajevo, e-mail: lkksa@bih.net.ba

** Rad je izložen na 11. Lošinjским danima bioetike (Mali Lošinj, 13.-16- svibnja 2012.) te se u formi izlaganja i objavljuje.

Liječničko iskustvo i njemu pripadajuća pitanja

Gledano iz povijesne liječničke perspektive moralni lik liječnika i njemu pripadajuće dužnosti propituju se od Hipokrata, preko Galena i Percivala do suvremenih medicinsko-etičkih i bioetičkih autora, među njima posebno T. Beauchampa i J. Childressa. I dok je Hipokrat liječnika proglasio umjetnikom dobra i samopodrazumijevajućom moralnom ličnošću, Galen je označio put koji liječniku jamči moralnost (učenost, pravda i neporočan život). Percival je u svom Etičkom kodeksu, podsjetimo se, etiku liječnika proglasio jednako važnom koliko i njegovo profesionalno znanje. Beauchamp i Childress procjenjuju etičnost liječnika prema njihovoj spremnosti da uvažavaju i poštuju bioetička načela (autonomnost, dobročinstvo, neškodljivost i pravednost).

Gledano iz današnje liječničke perspektive stječe se dojam da su liječnici profesija kojoj se najviše spočitava moralnost i etičnost, njihov rad je često sadržajem novinskih članaka i drugih medija, a to sve čini pritisak na njihov svakodnevni rad i rezultate koji postižu.

Gledano kroz dugogodišnje iskustvo i suočavanje s brojnim problemima pacijenata može se zaključiti da su liječnik i pacijent, uglavnom, suglasni s tim što je nemoralno i neetično u njihovom odnosu. Suglasni su, također, i u stavu da moralnost liječnika dolazi uglavnom iz njih samih te da su se odlučili za medicinu radi svoga poštenja i humanih pogleda na svijet, pa su te osobine, tokom studija, a posebno tijekom svoje prakse razvijali i jačali. Stoga je cilj ovoga izlaganja ukazati na pitanja i probleme s kojima se suočavaju liječnici, te izdvojiti probleme unutar kojih postoje dileme u čije razumijevanje i rješavanje liječnici uključuju filozofska i druga znanstvena znanja.

Filozofi koji se bave etikom, najviše raspravljaju o ulozi razuma i emocija u moralnom prosuđivanju, o mogućnosti slobode izbora i odlučivanja, o odnosima između sebičnosti i altruizma, te o prirodni pravila, načela, kodeksa i drugih dokumenata kojima se određuje ponašanje liječnika. Za sada je, čini se, glavni zaključak takozvani *summum bonum* – opća korist i utilitarizam. Uz to odvijaju se brojne rasprave o načinu na koji liječnici donose odluke i rješavaju dileme. Unutar njih, posebno se ističe kako na moralno prosuđivanje i odlučivanje utječe primjena pravila, odnos društvenog i individualnog dobra te način uspostavljanja i razvijanja komunikacije između liječnika i pacijenta.

Što se pravila tiče često je na snazi ono, moglo bi se reći praiskonsko i od svih religija isticano - da ne treba činiti drugome ono, što ne želiš da se čini tebi i tvojima oko tebe. Dobro se propituje postojanjem i primjenom načela dobročinstva unutar ko-

jeg se sagledava i vlastito shvaćanje dobra, dakle, onakvog kakvog ga, za sebe, ocjenjuje pacijent. Kad govorimo o komunikaciji onda ističemo da treba pacijenata upoznati sa svim dijagnostičkim, terapijskim i postupcima njege i liječenja, odgovoriti mu na pitanja i dobiti od njega suglasnost za sve predloženo, što u praktičnom djelovanju liječnika zahtijeva više vremena kojeg može posvetiti pacijentu, a kojeg on, u svakodnevnom obavljanju djelatnosti, stvarno nema. Uz ove, nazovimo ih opće probleme s kojima se suočavaju liječnici, liječničku svakodnevnicu opterećuju i brojne dileme o kojima ih nitko nije učio kako da ih riješe. Usporedo s tim ide i pitanje odgovornosti pacijenata za vlastito zdravlje. Pri tome se misli na kompetentne, znači punoljetne i svjesne pacijente i pacijente koji razumiju stanje u kojem su se našli. Sukob između prisiljavanja pacijenta da se pokori svemu onome što mu liječnik odredi i dopuštenja da pacijent slobodno izabere ono što on smatra prihvatljivim za svoje stanje i dalje dijeli liječnike na one koji pacijentima dopuštaju birati vlastito dobro i one koji smatraju da je njihova profesija ta koja jedino može odrediti što je dobro za bolesnog čovjeka.

Svakodnevne dileme u liječničkom pozivu

Tehnika i tehnologiju koja se danas primjenjuje u medicini ponovno je učinila aktualnim dva pitanja: nastanak života i smrt i umiranje. Kad govorimo o stvaranju novih bića i novog života ističemo pitanja i dileme vezane za genetski inženjering, selekciju spola i prekid trudnoće. Goleme su etičke dileme problema mehaničkog održavanja života ljudi koji su terminalno oboljeli, kao i kod transplantacije organa, endo i egzo proteza, te posebno eutanazije. I pored toga, što se doslovno prevodi kao "lagana smrt" eutanazija je etičkim i pravnim normama u većini zemalja zabranjena¹. Pratimo veliki broj rasprava o eutanaziji, filozofske, teološko-religijske, političke, etičke i zakonodavno-parlamentarne perspektive ukazuju na složenost problema i otpore za njenu prihvaćenost. Među njima nalazimo, posebno, one koje bi dovele u pitanje povjerenje pacijenta u liječničku profesiju. Vijesti koje donose novinarski napisi o traženju i, usprkos zakonskim zabranama, izvršenju eutanazije ponovno otvaraju pitanje tko može i za koga odlučiti.

Ako polazimo od toga da moralnost liječnika dolazi, uglavnom, iz njih samih, onda se pitanje načina umiranja pacijenta, ako već događaji dovedu do toga, postavlja kao pitanje savjesti liječnika, a rješenje se nalazi u pravilu prema kojem se liječnik ponaša kao da se radi o njemu samom, ili nekome od članova njegove obitelji.

¹ Usmrcivanje pacijenta da bi manje patio naziva se aktivna eutanazija, ako je zatraži pacijent onda se određuje kao dobrovoljna eutanazija, a ako nije traženo, onda se zove nedobrovoljna eutanazija. Umjesto te riječi danas postoje nove kovanice kao *ortotanazija* ili *antidijastanazija* što znači izbjegavanje bolnog i dugotrajnog umiranja.

Pitanja vezana za eutanaziju su u središtu brojnih i žestokih rasprava, a mnogi u njima izrečeni stavovi nisu dovoljno razjašnjeni i argumentirani. Iako se u području deontologije, orijentacije unutar medicinsko-etičkih kodeksa, jasno definiraju obveze liječnika prema umirućem pacijentu uz naglašenu zabranu eutanazije, argumenti o: 1. Unošenju stanovitog reda u postojeću praksu o kojoj se inače javno ne govori; 2. Eliminaciji različitih vrsta zlouporaba; 3. Otvorenoj rasprava medicinskih djelatnika o problemu s kojim se suočavaju; 4. Strahu od bolova i gubitka dostojanstva; 5. Pravu na dostojanstvenu smrt; 6 Milosrđu – udovoljavanju onima koji pate od teških i neizdrživih bolova - argumenti su zagovornika eutanazije. Njima suprotstavljeni su protivnici eutanazije sa sljedećim argumentima: 1. Život je neprikosnovena vrijednost; 2. Patnja je sastavni dio života; 3. Liječnik služi životu, a ne smrti i 4. Moguće su zlouporabe. Najviše moralnih dilema liječnici imaju za vrijeme liječenja umirućih pacijenata. Pacijent, a i njegova obitelj, često nerealno očekuju spas od smrti, te ako se umirući ne spasi – često se okrivljuje liječnik. Od liječnika se traži sve, pogotovo u nas, zapravo čak i ono što bi trebalo da rade drugi, socijalni radnici, vjerski službenici, porodica i drugi. Svemu tome treba dodati da nije lako reći umirućem pacijentu da je terminalno bolestan i da za njegovu bolest nema lijeka. Zbog svega toga liječnici nerado izgovaraju riječ eutanazija, a projekti o palijativnoj medicini i skrbi omogućuju odgovarajuću njegu terminalno oboljelim pacijentima i omogućuju im dostojanstvo u umiranju. Postoje mišljenja liječnika da bi javnosti trebale biti predočene situacije koja prate terminalno stanje oboljenja i dileme s kojima se suočavaju pacijenti, njihove obitelji, ali i šira zajednica. Razmišljanje o suočavanju s vlastitom boli i sudbinom moglo bi pomoći svakoj osobi o načinu suprotstavljanja bolesti, trpljenju patnje i boli, ali i mogućnosti da svojom odlukom ovlasti zdravstvene radnike o prekidu poduzetih medicinskih postupaka. Radi se o tome da svaki čovjek odluči sam o svojoj sudbini, a ne da u njegovo ime odlučuju liječnici, ili neki drugi zdravstveni radnici. Jednostavno zato što su liječnici odgajani i educirani da štite i unapređuju zdravlje i produžuju život – a ne da ga prekidaju.

Slijedeća dilema je, da li je dobro pacijentu ne govoriti istinu i zavaravati ga?! I ova se dilema veže uz teško oboljele pacijente. U njenom rješavanju suočavaju se dva stajališta: prvo, ako se nekim pacijentima kaže da će brzo umrijeti – da je to nepotrebna svirepost i drugo, da značajan broj pacijenata nakon šoka od saznanja što ih je snašlo, uzimaju sudbinu u svoje ruke i okreću se realizaciji nezavršenih poslova i zadatka.

Mnoge etičke dileme riješene su napretkom medicine, ali tim istim napretkom medicinske znanosti i tehnologije stvaraju se nove situacije koje donose nove etičke i moralne dileme koje utječu na, često, sudbonosne odluke liječnika.

Put ka rješavanju liječničkih dilema

Gledano iz praktične liječničke perspektive liječniku riješiti dileme u svakodnevnom radu mogu pomoći sljedeće informacije i znanja:

1. Komunikacija i suradnja s etičarima, posebno u pitanju etičkog uspostavljanja odnosa s pacijentom;
2. Odrednice etičkih dokumenata obvezujućih za liječnike: nacionalnog etičkog kodeksa liječničkog udruženja (komore), Ženevske i Helsinške deklaracije, Internacionalnog kodeksa etike za medicinske profesionalce (uključuje i sestre);
3. Bioetike, kako bi znali pristupiti rješavanju etičkih dilema s kojima se suočavaju.

Zaključak

Svaki zdravstveni radnik, a liječnik pogotovo, zbog karaktera profesije kojom se bavi stalno je u vlastitom propitivanju odgovornosti za preuzete obveze, a zbog odluka koje donosi i pod povećalom javnosti. Uz činjenicu da je moralnost sastavni dio liječnikovog obavljanja praktičnog rada treba istaknuti i zahtjev za stalnim obnavljanjem etičkog znanja kako bi stekao sigurnost u odgovorima na pitanja koja suvremena medicina svakodnevno pred njega postavlja. Studentima i liječnicima na početku liječničke karijere trebalo bi predočiti ne samo težinu poziva s kojim će se baviti cijeli život, nego i svu ljepotu koji taj poziv u sebi nosi.

Fahrudin Kulenović

Ethical challenges for physicians of our times

ABSTRACT

Today's world brings numerous moral dilemmas for physicians. On a daily basis, practical physician meets many moral dilemmas, without ever been taught how to solve them. Current moral dilemmas can mostly be divided on those regarding the creation of new beings, and those regarding the loss of the old, the sick and the exhausted. When we speak about creating new beings and new life, mostly we think about genetic engineering, preselection of sex, and abortion. If we talk about dying, we take into consideration the issues of mechanical life support of the terminally ill, organ transplants, endo- and exo-prostheses, and euthanasia. Euthanasia is a subject of vast and vigorous debates, and many attitudes about this issue still remain unclear. It is important to distinguish the area of law from the area of morality, although they overlap to a certain extent in deontology. The next dilemma is whether it is good to lie to patients and deceive them. There are different opinions on this issue. It is important to realistically and vividly present to young physicians the difficulty, as well as the beauty and excellence of the physician's calling, so different from all the others, but also so responsible that makes it above all others. Our physicians face numerous and enormous tasks, and in the future they will be bigger and more difficult, thus requiring a new education – which we must provide for the young people.

Key words: physician, moral dilemma, abortion, euthanasia

JHR

PRILOZI IZ
STUDENTSKE
BIOETIČKE
RADIONICE

CONTRIBUTIONS
FROM STUDENTS'
BIOETHICS
WORKSHOP

ANNUAL
of the Department of Social
Sciences and Medical Humanities
University of Rijeka – Faculty of Medicine

GODIŠNJAK
Katedre za društvene
i humanističke znanosti u medicini
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Vuk Prica,* Igor Salopek

Ksenobioetički izazovi u pristupu psihijatrijskom pacijentu**

SAŽETAK

U ovom radu biti će prikazan pristup psihijatrijskom pacijentu sa deluzijama i halucinacijama o susretu i inetrakciji sa izvanzemaljskim bićima. U neurološkim poremećajima deluzije su česte kod pacijenata s epilepsijom ili tumorom temporalnog režnja. Psihijatrijske bolesti koje uključuju deluzije mogu u diferencijalnoj dijagnostici upućivati na kvazi-psihoze, granični poremećaj ličnosti, ovisnosti o halucinogenim drogama, pa sve do težih oboljenja poput shizofrenije. Terapijski postupci uključuju farmakoterapiju i kirurške zahvate kod neuroloških poremećaja. Psihijatrijskim pacijentima se farmakološki pristup kombinira s psihoterapijom i socijalnom podrškom. Psihijatar uspostavlja i razvija odnos tako što se pacijentove deluzije ne ohrabruju, niti negiraju. Polazeći od neurofiziološkog uzroka liječnici primjenom humanih i moralnih vrijednosti, naglašava se u radu, postaju spremni prihvatiti i uvažavati pacijentov doživljaj realiteta.

ključne riječi: bioetika, psihijatrija, deluzije, shizofrenija

Odnos medicine i ksenobioetike, u ovom radu, prikazan je stručnim pristupom psihijatrijskom pacijentu sa simptomima deluzija, halucinacija ili ideja o susretu s izvanzemaljskim bićima i/ili inkorporaciji istih, a pritom ne ulazeći u realnost fizičke i metafizičke stvarnosti izvanzemaljskih oblika postojanja. Jednako tako, diferencijalno dijagnostički pojašnjavaju se moguća psihička stanja i oboljenja kod kojih se, u akutnoj ili kroničnoj inačici, mogu pojaviti navedeni simptomi, kao i terapijska rješenja.

* Adresa za korespondenciju: Vuk Prica, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Braće Branchetta 20; HR – 51000 Rijeka, e-mail: vuk.prica@gmail.com

** Rad je izložen na Studentskoj bioetičkoj radionici "Ksenobioetika: izvanzemaljski oblici života u bioetičkoj perspektivi" održanoj u okviru 10. Lošinjkih dana bioetike. Mali Lošinj, 16.-17. svibnja 2011.

Uzimajući u obzir da osoba koja tvrdi da je došla u susret sa inteligentnim izvanzemaljskim životom svjesno ne iskorištava situaciju da bi iz toga izvukla dobit ili da taj susret nije posljedica iluzije (pogrešno prepoznavanje vanjskih podražaja)⁽¹⁾ u sociokulturnom okruženju u kojemu živimo (a koje u dominantnoj kulturi ne prepoznaje susret s "izvanzemaljcima" kao realnu mogućnost) takvu ćemo osobu okarakterizirati kao pacijenta, a samu ideju susreta kao deluziju. Deluzija spada u poremećaje misaonog sadržaja. Karakterizirana je time da je osoba u potpunosti uvjerena u neku tvrdnju bez dokaza da je ta tvrdnja točna. Osoba sa deluzijama boluje od mentalne bolesti.⁽²⁾ Za razliku od deluzija koje su uvijek patološke, halucinacije to ne moraju biti, a definiraju se kao percepcija koja se javlja usprkos tome što stimulus ne postoji⁽²⁾.

Brojni su uzroci deluzija i najčešće se svrstavaju u dvije velike skupine. To su neurološke i psihijatrijske bolesti⁽³⁾. U neurološkim poremećajima deluzije su česte kod pacijenata koji imaju patologiju temporalnog režnja, a tu se najčešće radi o epilepsijama i tumorima⁽⁴⁾. S druge strane, situacija kod psihijatrijskih bolesnika je puno složenija i postoji veći broj bolesti koje u diferencijalnoj dijagnozi uključuju deluzije. Prvenstveno treba istaknuti kako je vodeći znak kod psihotičnih pacijenata ne-testiranje realiteta.⁽⁵⁾ Jedan od primjera koji imaju povoljnu prognozu su kvazi-psihoze koje vidimo kod djece, a nastaju jer djeca deluzijama reaguju na stresni poremećaj. Pojednostavljeno to možemo shvatiti kao bijeg od stvarnosti u maštu – s time da dijete briše granice između svijeta mašte i realnog svijeta. Ovaj poremećaj najčešće ima povoljan ishod i dijete preraste ovaj način nošenja sa stresom⁽⁶⁾. I danas u psihijatriji postoje brojne rasprave o poremećajima ličnosti i postavljanju granica između onoga što se definira kao normalo ponašanje i onoga ponašanja koje ulazi u sferu poremećaja ličnosti. Usprkos tome često nailazimo na dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti (u anglosaksonskoj literaturi poznatog kao *borderline personality disorder*) koji se od ostalih poremećaja ličnosti razlikuje upravo po simptomatologiji deluzija, a osoba može ući u psihotično stanje⁽⁷⁾. Potrebno je spomenuti i halucinogene droge koje, u određenom trenutku (dok aktivna supstanca djeluje na mozak), mogu kod pacijenta prouzročiti halucinaciju koja je vezana za izvanzemaljce. Međutim, halucinogeni ne uzrokuju prave deluzije jer je osoba nakon prestanka djelovanja aktivne tvari svjesna postojanja halucinacije te nema poremećaja misaonog sadržaja⁽⁸⁾.

Diferencijalno dijagnostički, deluzije se ipak najčešće pojavljuju u stereotipnom obliku psihoze – shizofreniji. Shizofrenija (grč. *shizis* – podijeliti, *phrenos* – duša) je teška, kronična i recidivirajuća duševna bolest pri kojoj dolazi do opsežnih kognitivnih poremećaja i ne-testiranja realiteta⁽⁹⁾. Stopa prevalencija iznosi 0,6 do 17⁽¹⁾ bolesnika na tisuću stanovnika, a prvenstveno se javlja nakon završetka puberteta, kod

mladih najčešće između osamnaeste i dvadeset i druge godine života. Prema tvorcu imena shizofrenije, E. Bleuleru, razlikujemo "4A" dijagnostička simptoma: autizam, ambivalenciju, poremećaj afektiviteta i poremećaj asocijacija, dok u suvremenoj psihijatriji se razlikuju "pozitivni" (iluzije, halucinacije, poremećaji mišljenja i ponašanja) i "negativni" simptomi (povlačenje, odsutnost emocija).⁽³⁾ Radi se o neurorazvojnjoj i neurodegenerativnoj bolesti, a uzroci nisu do kraja razjašnjeni, pri čemu su najzastupljenije *dopaminska* i *glutamatna* etiološka teorija⁽⁸⁾. Kod shizofrenih pacijenata, deluzije se mogu javiti u obliku paranoidnih misli o proganjanju⁽³⁾, pa je osoba uvjerena da će po nju doći izvanzemaljci i oteći je, što je čest slučaj kod paranoidne shizofrenije. Također pacijent može vidjeti izvanzemaljce ili pričati s njima.

U pristupu pacijentu s deluzijama bitno je naglasiti da ih ne treba ohrabrivati (jer ga tako potičemo na "udaljavanje od realnosti") niti ga razuvjeravati (naročito ako je došlo do akutizacije bolesti, jer bi tada pacijent mogao svrstati terapeuta u kategoriju neprijatelja – osobito u slučaju paranoidnog tipa shizofrenije). Naročito je važan empatičan odnos terapeuta sa pacijentom uz posebno pažnju koju treba posveti stvaranju transfera i kontratransfera.^(1,3) Nakon što je dijagnoza postavljena prelazi se na liječenje pri čemu prvenstveno treba razlikovati neurološke i psihijatrijske bolesnike. Neurološkim poremećajima pristupa se kirurški (odstranjenje tumora ili uklanjanje epileptogenog žarišta) i lijekovima (antiepileptici), te bi nakon provedene terapije deluzije trebale nestati ili se smanjiti u obujmu (ukoliko su već nastala oštećenja moždane kore)⁽¹⁰⁾. Kod psihijatrijskih pacijenata terapija je složenija i farmakološki pristup (antipsihotici) kombinira se sa psihoterapijom. Ovdje treba posvetiti pažnju i stanju u kojem se pacijent nalazi. Naime krenuti sa psihoterapijom pacijenta koji ima egzacerbaciju paranoidne shizofrenije moglo bi biti kontraproduktivno pa – pojednostavljeno gledano – osobu bi uz pomoć lijekova trebali dovesti u stanje remisije prije nego što počnemo sa psihoterapijom. Ono na što također treba obratiti pažnju je i *social support* odnosno stvaranje društvenog okruženja na koje se pacijent može osloniti i koji mu može pomoći u svakodnevnom životu^(1,11). To uključuje i destigmatizaciju oboljelih, pri čemu se nerijetko pacijente naziva "šizofreničarima" i sl. Naime, upravo stigma bolesti često dovodi do pogoršanja stanja, nemogućnosti nošenja s bolešću, osjećaj ne-pripadanja društvu, a 4% - 5% oboljelih počinu i suicid, nerijetko uzrokovan neprihvatanjem od okoline⁽¹²⁾.

Na kraju, ostavljajući misaoni prostor mogućem postojanju i susretu s izvanzemaljskim životom i liječnici bi trebali, bez obzira na prirodno-znanstveni karakter struke, biti spremni prihvatiti i uvažavati pojavnosti različite od "medicine temeljene na dokazima".

LITERATURA:

1. Hotujac Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
2. Thaller V. i sur. Psihijatrija. 2. izd. Zagreb: Naklada CSCAA; 2004.
3. Frančišković T., Moro Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
4. World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (CDDG)*, 1992.
5. Cardinal, R.N. & Bullmore, E.T., *The Diagnosis of Psychosis*, Cambridge University Press; 2011.
6. Gillberg C., Harrington R., Steinhausen H.-C., *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. New York: Cambridge University Press; 2006.
7. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, 2000.
8. Rang H. P., Dale M. M., Ritter J. M., Moore P. K., *Farmakologija*. Zagreb: Golden marketing-Tehnička knjiga; 2006.
9. Mueser KT, McGurk SR. *Schizophrenia*. Lancet; 2004.
10. Brinar V., *Neurologija za medicinare*. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
11. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, et al.. *The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements*. Schizophr Bull. 2010.
12. Carlborg A., Winnerback K., Jonsson EG., Jokinen J., Nordstrom P. *Suicide in schizophrenia*. Expert Rev Neurother. 2010.

Vuk Prica, Igor Salopek

Xenobioethical challenges when approaching a psychiatric patient

ABSTRACT

We will show how to approach a psychiatric patient with delusions and hallucinations in which he or she may have the idea about meeting and interaction with extraterrestrials. In neurological disorders, delusions are common with patients with epilepsy or tumour of the temporal lobe. Psychiatric diseases that include delusions may, in the differential diagnose, indicate: quasi – psychosis, borderline personality disorder, addiction to hallucinogenic drugs, all the way to more severe mental disorders like schizophrenia. When talking about neurological disorders therapeutic procedures include drugs and surgery. In psychiatric patients, pharmacological approach is combined with psychotherapy and social support. The psychiatrist establishes and develops a relationship with the patient by not encouraging or discouraging his delusions. It is emphasized that starting from neurophysiological cause the doctors, by applying human and moral values, become prepared to accept and appreciate the patient's reality.

Key words: bioethics, psychiatry, delusions, schizophrenia

JHR

PRIKAZI
ZNANSTVENIH
I STRUČNIH
SKUPOVA

REVIEWS OF
SCIENTIFIC AND
PROFESSIONAL
CONFERENCES

ANNUAL
of the Department of Social
Sciences and Medical Humanities
University of Rijeka – Faculty of Medicine

GODIŠNJAK
Katedre za društvene
i humanističke znanosti u medicini
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

"Bioethics – Sign of a New Era: Bioethics, Media, Law and Medicine" (21st-23rd October, 2011, Ohrid, Macedonia)

As a modern science which leaves its mark with an increasing indicator of interest almost 20 years backwards, the organizers of this event, assoc.prof. Ph.D.Dejan Donev and ass.master Marija Todorovska, with the help from the Institute for Journalism, Media and Communications, Faculty of Law "Justinianus I" – Skopje and the Centre for Integrative Bioethics – Kumanovo, on 22nd of October 2011, introduced the First International Conference of Bioethical character in the Republic of Macedonia.

Under the name "Bioethics – Sign of a new era: Bioethics, Media, Law and Medicine", around 30 participants (professors, scientists, journalists, social workers) exchanged thoughts and ideas on the bioethics represented in multiple sectors. From the very beginning, with the arrivals of the participants, on 21st October 2011 in the Congress centre of "St. Cyril and Methodius" University in Ohrid, came the first informal discussion in positive vibrations and positive atmosphere, about the idea for this event, first of its kind in our country. On 22nd October 2011, the organizer, assoc.prof. Ph.D. Dejan Donev officially opened the conference emphasizing that it is about "a concept of integrative bioethics trying to unite knowledge, ideas, tendencies and problems of life in general, with its integration and pluri-perspectivity through the inalienable and infallible role that media has in this effort... sharing ideas in terms of bioethics and journalism, law and medicine, especially the explored results from the participants", at the same time undeniably correct justifying the intention for organizing an international conference of this type in the region, especially in Republic of Macedonia.

After the introduction, as well as the greetings letter from the President of Macedonia, prof. Ph.D. Gjorge Ivanov, the working part begun with the presentation "Bioethics: Problems of its Defining and Scope" from prof. Ph.D. Amir Muzur (Croatia). Analyzing the departing enthusiasm with bioethics as an imported discipline, using the example of the spreading paths of bioethics in Croatia in the 1990s, the author explained the implications of the discovery of the work of Fritz Jahr, who in the first half of the 20th century already conceived bioethics more widely than its present

overwhelming ranges would suggest. In conclusion, Mr. Muzur made an attempt to objectively estimate bioethics as well as its place and importance in modern society. The next presentation belonged to Iva Rincic (Croatia), working on the theme "Rijeka declaration for the future of bioethics" through the original and undoubtedly valuable ideas of the two "fathers" of bioethics – Fritz Jahr and Van Rensselaer Potter, placing the thesis that "via the enlargement of the content and the employment of methodology of pluriperspectivism, this new *integrative* bioethics can mediate between the legitimate requests for spreading disciplines, respecting cultural diversity, and the capability to turn into legislation." After her, father (fra) Luka Tomasevic's from Croatia delivered the next presentation. He worked on the theme "Human Life and Dignity" emphasizing that F. Bacon's main goal – overwhelming nature in favor of the men, means opening Pandora's box and suffering from its consequences. Hence, using the words of professor Ph.D. Ante Covic, father (fra) Tomasevic confirms the thesis that "the men passed the anthropological frame of responsibility and *de facto* entered in the theological dimension of responsibility."

"Are you bioconservative, transhumanist, or something in between? Take the test and find out" was the theme of the presentation that Marija Selak (Croatia) gave. In this text, on questions concerning human dignity and possibilities of moral choice, the transhumanism argumentation with an accent on Bostrom's work on one side, and the bioconservatism thinking (F. Fukuyama, J. Habermas) on the other were presented. The elaboration of the Sloterdijk – Habermas case, is just one of the analyzed events for explaining the debates between transhumanists and bioconservativists. Right after her, professor Ph.D. Denko Skalovski (Macedonia) presented his material, who, beginning with the ontological, the epistemological, and ethical premises through the legal and political spheres, tries to reach the educational and cultural forms. Thus, he formed a wholesomeness of a new, ecological social order. In forms of thesis he presented the theme "Bioethics as One of the Abundance of Ecological Terms". Zeljko Kaludzerovic (Serbia) discussed on "Transgenic organisms – pro et contra". Taking into consideration opinions from both proponents and opponents of this "revolutionary" method, the author attitude is that we should not *a priori* reject, but cautiously explore these new, insufficiently studied technologies. The author is also of the opinion that this region and Europe as a whole is not in any need of transgenic organisms, either in agricultural production or in the food chain at this moment. As one of the main problems that might occur as a motive, says the author, is the intentional breeding of GMO's.

Session number 2, was planned for the collaborative work by Silvana Karacic (Croatia) and Elena Shataeva (Russia) which was related to "Children Observers in the Circle of Violence and Social Support". The aim of this research was to examine to

what extent the children, observers of violence, sympathize with the victim, and how many of them would join the acts of violence, as well as to determine the degree of social support among children at schools. In the research that both authors conducted, 150 children from "Ostrog" school in Kasteli participated. After this presentation, Agima Ljaljevic (Montenegro) had her materials presenting on the theme "The Incidence of Variococele in the Population of 7-26 years of Age and the Importance of Early Ligatures of Spermatic Veins" thus analyzing the significance of varicoceles one of the most frequent causes for male infertility. The aim is to establish the frequency of varicocele in male population aged 7 to 26 years and pointing out to the significance of timely spermatic vein ligation as means of preventing male infertility.

The text and presentation on theme "Placebo in Drug Development and Medical Practice: Pros and Cons" were prepared by three authors: Zoran Todorovic (Serbia), Branislava Medic (Serbia) and Milica Prostran (Serbia), and in it, the history of use of the placebo was elaborated. Why – placebo and the uncertainty with this notion. In conclusion, the question of placebo use is still far from being resolved. Then, professor Ph.D. Bardhyl Chipi (Albania) presented "Ethics in the Osteological Studies" emphasizing that ethics concerns the study of standards of conduct and moral judgment in osteological studies from different fields, for example forensic medicine, anatomy, anthropology, archaeology etc. In his presentation Mr. Chipi discussed many of the ethical questions that come up in practice of forensic medicine and the real help for reaching efficiency in the work of the people that belong to those professions. Before the break, after this session, there was a discussion panel opened, which lasted approximately 15 minutes, with both questions and answers from participants.

After the break, "The Bioethical Syllabus" was presented by professor Ph.D. Nada Gotic (Croatia) as a syllabus that has two tasks: to serve as an aid for the professors in their attempts to transmit the material to their students, and to point out outcomes from the corresponding bioethical education. Zaklina Trajkovska – Ancevska (Macedonia) presented the theme "Bioethical Aspects of Doctor-Patient Relation", at the same time taking into consideration the problem with the communication, from an ethical aspect, on resolving and improving the relation, and as a result, the medicinal treatments.

After this presentation and the discussion, a meeting was planned for the Regional coordination group for bioethical education. The rest of the day was free for making friendship, out of the sessions and presentations, and for walks and guides through Ohrid's sights and natural (bioethical) beauty.

Session number 3 was held the next day. The opening of session 3 started on Sunday morning. Marko Trajkovic (Serbia) and father (fra) Niko Josic (Serbia) were discuss-

ing on "The Axiological Approach to the Legal Norm" understanding the legal norm as a logical and obligatory formulation of value. Marija Todorovska (Macedonia) was presenting on the theme "Natural Law vs. Legal Positivism in Bioethical Disputes". In the text, author was elaborating the connection between the theory of moral law in frames of ethics and the legal theory of natural law, analyzing its contrariety with legal positivism, through short examples referring to the problems of bios – such as the basic notions of respecting life and dignity, the right for property, the functioning of natural and acquired human rights and the implications of the intensification of the importance of these issues in the contemporary development of bioethical discourse. The last presentation in Session 3 was assigned for "Medical criminal law – a challenge of the new era" from the authors prof. Ph.D. Nikola Tupancevski (Macedonia) and ass.master Dragana Kiprijanovska (Macedonia). The paper elaborates a few conceptual issues regarding the development and status of the medical criminal law in the new categorical system of values, which is substantially influenced by the so-called modern, technocratic or aggressive medicine. Another 15 minutes pause followed after finishing Session 3, with questions and answers resolved for the themes that were presented.

The opening of Session number 4 belonged to Sonja Antonic (Serbia) elaborating the mass media (TV, print media) as the most interesting emitters of bioethical themes. "What kind of responsibility is in question?", "How is this responsibility distributed among participants in media system?" and "Are media workers, and if they are, to what extent are they aware of their own responsibility regarding bioethical themes?", were just a part from the key questions Antonic asked. The next presentation belonged to one of the most renowned Macedonian journalists from *the health* sector, Menche Atanasova – Tochi (Macedonia) with the theme "The Healthcare in Macedonia Viewed from Journalistic Perspective". Her presentation was emotionally perceived by the others because of the case in Macedonian healthcare with the little Boshko. As a journalist from that (health) field, and motivated from the weaknesses in that sector, Atanasova – Tochi finished the presentation with a key question "How to get a better healthcare?"

At the very end of this two-day conference, an exchange of productive and useful information and incentive for productive discussions as initiators for further conferences, the organizer of the conference Dejan Donev (Macedonia) himself also had his presentation. With these last words from the author of the theme "Bioethics and Journalism – Appendix to the Bioethical Education of Journalists", session 4 was closed. In his presentation Donev wrapped up the dilemma "How to Give a Bioethical Education to Journalists". Describing the mass media's big influence in general, the author says "what we need, is the creation and training of generation of journal-

ists with developed bioethical sensibility in their reporting, which can be formed through its bioethical education, i.e. establishing and implementing a syllabus for bioethical education of journalists".

With this last presentation, The First Conference of bioethical character in Republic of Macedonia was officially closed. The informal discussions from the very beginning to the very end, in positive vibrations and atmosphere, as well as the exchanged contacts for further collaboration, are just part of the positive factors that bring hope for this event becoming a tradition, and a lot more participants from other sectors, fields, spheres would strive to exchange ideas and thoughts on the table where a lot of questions are getting their answers, and a lot of problems are getting their solutions, for Bioethics or science in general.

Vlatko Chalovski

3rd year student

Institute for Journalism, Media and Communication

Faculty of Law "Justinian I" in Skopje

Lektorirala

Tina Bošković Sertić, prof.

11. Lošinjski dani bioetike (Mali Lošinj, 13.-16. svibnja 2012.)

Mali Lošinj tradicionalno je mjesto najvećeg bioetičkog okupljanja ne samo u Hrvatskoj već i u široj regiji pa je tako ponovno bio domaćin ovogodišnjih 11. *Lošinjskih dana bioetike*, koji su se održavali od 13. do 16. svibnja 2012. godine. Prateći ustaljenu praksu prijašnjih godina, i ove su godine održana tri znanstvena događanja: međunarodni simpozij sa stalnom temom *Integrativna bioetika i nova epoha*, studentska bioetička radionica s temom *Bioetika i psiha* te okrugli stol *Bioetika i kemija*.

Ove je godine na simpozij *Integrativna bioetika i nova epoha* bilo prijavljeno 58 referata, koji su se izlagali u dvije sekcije. Uz njih održana su i 4 plenarna izlaganja nakon otvorenja skupa pod temom "Bioetika u jugoistočnoj Europi" te 5 plenarnih izlaganja na samom kraju simpozija u sklopu teme "Uz 50. obljetnicu 'službenog' početka bioetike". Izlaganja je potpisao ukupno 91 autor, od čega je apsolutan broj sudionika simpozija iznosio značajnu brojku od njih 69. Sudionici iz različitih domena i polja istraživanja i ove su godine imali prilike sudjelovati u raspravama čiji je elementarni cilj i svrha – ujedno i osnovna nit vodilja čitavog simpozija – uspostavljanje interdisciplinarnog dijaloga o bioetičkim temama i problemima s naglaskom na važnosti uključenja i vanznanstvenih perspektiva. Tako se izlagalo i raspravljalo o ekonomskim, ekološkim, medicinskim, filozofskim, sociološkim, psihološkim, antropološkim, pedagoškim i drugim temama, odnosno pristupima pojedinim problemima. Cilj je takva interdisciplinarnog i pluriperspektivnog dijaloga uspostavljanje orijentacijskog znanja, koje bi jedino moglo otvoriti put prema rješenu brojnih suvremenih dilema i pitanja kojima je bremenito naše doba.

U plenarnim izlaganjima na početku simpozija izložene su četiri teme čiji je zajednički nazivnik bio *Bioetika u jugoistočnoj Europi*. Mislav Kukoč govorio je o "Mediterranskim i europskim značajkama i obilježjima integrativne bioetike", dok su "Prilog ranijoj povijesti bioetike u Hrvatskoj (1985.-1995.)" ponudili Amir Muzur i Iva Rinčić. "Pojava klice bioetičke svijesti u Makedoniji" naslov je izlaganja Dejana Doneva, a Goran Mijaljica svoju je pažnju posvetio "Edukaciji iz etike istraživanja u jugoistočnoj Europi". Važno je istaknuti da su ova plenarna izlaganja vrlo važna u programatskim ciljevima simpozija, gdje se uz "izgrađivanje koncepta integrativne

bioetike" kao drugi važan idejni proces kojemu je ova manifestacija glavni nositelj ističe "programsko osmišljavanje ('europizacija bioetike') i stvarno etabliranje europske bioetike", kako je i navedeno na početku knjige sažetaka. U tom kontekstu naši bioetičari i bioetičari iz šire regije imaju posebnu zadaću i odgovornost.

Plenarna izlaganja na samom kraju simpozija također su imala posebno mjesto u promišljanju pojma bioetike i svojevrsnoj historijskoj refleksiji o nastanku same discipline, a okupljena su pod temom koja je reflektirala jedan presudan događaj u bioetičkoj povjesnici te je i naslovljena "Uz 50. obljetnicu 'službenog' početka bioetike". O tom su, za bioetiku važnom, događaju skup izvijestili Iva Rinčić i Amir Muzur izlaganjem "Bubreg, povjerenstvo, reportaža: etičke i bioetičke dileme u povodu 50 godina od članka 'Oni odlučuju tko živi, tko umire' Shane Alexander". Hrvoje Jurić govorio je o temi "Etički komiteti i integrativna bioetika", a Ivana Zagorac posvetila se "Preispitivanju početaka bioetike".

Da je bioetička izdavačka produkcija i dalje na visokoj razini, pokazalo je predstavljanje recentnih bioetičkih izdanja. Tako su najprije predstavljena tri zbornika radova: *Integrative Bioethik und Pluriperspektivismus / Integrative Bioethics and Pluri-Perspectivism*, kojemu je urednik Ante Čović, *Fritz Jahr and the Foundations of Global Bioethics*, koji su uredili Amir Muzur i Hans-Martin Sass te *Zbornik od Privata međunarodna interdisciplinarna konferencija "Bioetikata – znak na novoto doba: bioetikata, medijmite, pravoto i medicinata"*, koji je uredio Dejan Donev. Predstavljen je i jednak broj knjiga: *Europska bioetika: ideje i institucije* Ive Rinčić, zatim *Znanje i Destrukcija. Integrativna bioetika i problemi zaštite okoliša* Tomislava Krznara te *Bioetika i medicina* Sandre Radenović. Pravu izdavačku posebnost predstavlja slikovnica *Priča o kapljici* Karli Tatjane Stepinac, a predstavljena je i prisutnost bioetičkih tema u brojnim časopisima šire regije: *Filozofija* (Skoplje), *Filozofska istraživanja* (Zagreb), *Jahr* (Rijeka), *Medix* (Zagreb), *Socijalna ekologija* (Zagreb), *The Holistic Approach to Environment* (Zagreb), *Treći program* (Beograd), *Universitas* (Split) i *Znakovi vremena* (Sarajevo).

Posebnu vrijednost i važnost za razvoj bioetičkog dijaloga i uopće nastavka bioetike predstavlja studentska bioetička radionica, koja je u punom smislu postala jedan mali zaseban simpozij s neobično svježim i originalnim pristupima pitanjima koja su prečesto ostavljena na marginama bioetike. Ove godine 28 studenata s 24 izlaganja svoju je pažnju posvetilo temi *Bioetika i psiha*. Na studentskoj su radionici sudjelovali studenti ne samo iz različitih profesionalnih područja, već i iz različitih obrazovno-odgojnih miljea i praksi: studenti filozofskih fakulteta u Zagrebu, Rijeci i Novome Sadu, studenti medicinskih fakulteta u Rijeci, Osijeku i Beogradu te studenti s Humboldtova sveučilišta u Berlinu i Hrvatskih studija u Zagrebu. Osim zavidne pripremljenosti izlagača, treba posebno istaknuti direktna i otvorena obraća-

nja u diskusijama unutar kojih se u punom smislu nazire toliko zahtijevana i žuđena interdisciplinarnost i pluriperspektivnost kojoj bioetika teži te ova radionica ostavlja prostor za nadu da bioetika u nas ima svijetlu budućnost.

Tema je okruglog stola ove godine bila *Bioetika i kemija*, na kojem je četiri izlagača najprije usmjerilo diskusiju. Valerije Vrček govorio je o "Etici okoliša". "Odnos materijalne i duhovne komponente u razvitku kemije: od alkemije i arheusa do vitalnog principa" tematizirala je Snježana Paušek-Baždar. Odnos "Bioetika i kemija" bila je tema izlaganja Srećka Valića, a "O broju 13" pričao je Nenad Trinajstić. Nakon izlaganja uslijedila je duža diskusija, kojom je i zaključena čitava manifestacija.

Može se zaključiti da su ovogodišnji *Dani* u potpunosti pratili kako u sadržajnom bogatstvu tako i u organizacijskom pogledu prošlogodišnje jubilarne te da predstavljaju u punom smislu obećavajući početak nove dekade ove znanstveno-kulturne manifestacije.

Igor Eterović

Tribine Bioetičkog društva Srbije (2012.)

Bioetičko društvo Srbije, koje je osnovano početkom travnja 2008. godine na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu, okupilo je brojne eksperte i istraživače iz prirodnih i humanističkih znanosti, na zajedničkom cilju – razvijanju i promoviranju bioetike u Srbiji. Kao jedan od ključnih trenutaka u radu ovog društva može se uzeti prva tribina koja je održana u Domu omladine 21. travnja 2012. godine pod nazivom 'Komplementarna medicina u Srbiji'. Dotadašnje tribine održavane su na Medicinskom fakultetu, te su i posjetioci bili pretežno članovi društva, predavači i studenti Medicinskog fakulteta. Izlazak iz okvira fakulteta rezultirao je izvanrednim interesom javnosti i velikom posjećenošću tribine. Tako je i glas bioetike dobio priliku da stigne do javnosti, i da se u skladu s njenim multidisciplinarnim konceptom i pluriperspektivnim pristupom važna bioetička pitanja rješavaju kroz javni dijalog.

Koncept tribine 'Komplementarna medicina u Srbiji' bio je da se kroz kratka izlaganja profesionalaca publika upozna s različitim vidovima komplementarne medicine i s bioetičkim pitanjima koja su u ovoj oblasti prisutna. Komplementarna medicina obuhvaća velik broj dijagnostičkih i terapijskih postupaka i upotrebu različitih prirodnih sastojaka koji se koriste u svrhu iscjeljenja i ozdravljenja oboljelih, a koje medicinski profesionalci uobičajeno ne primjenjuju. Popularnost komplementarne medicine proteklih nekoliko godina u velikom je usponu na zapadu, pa i u Srbiji, a velik broj postupaka je legaliziran i uključen u programe liječenja u brojnim zdravstvenim ustanovama donošenjem *Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku obavljanja metoda i postupaka tradicionalne medicine*, u prosincu 2007. Budući da tradicionalna i komplementarna medicina imaju zajednički cilj – izliječiti oboljelog, neophodno je da se i liječnici i oboljeli upoznaju s vrstama i principima liječenja priznatih komplementarnih metoda. S obzirom na uvriježeno mišljenje koje vlada i među liječnicima i među bolesnicima da je komplementarna medicina isto što i nadriliječništvo, postoji snažna potreba da se ova dva pojma jasno razgraniče i da se utvrdi polje kompetencije komplementarne medicine.

U skladu s tom potrebom koncipirana je i ova tribina, s idejom da se uključe priznati stručnjaci koji se aktivno bave najpoznatijim oblicima komplementarne medicine: *reiki metodom* (Nevena Milosavljević, dr. med. i master učitelj Margareta Milenković), *jogom* (Dragan Lončar), *homeopatijom* (prof. dr. Dragana Matanović), *akupunkturom* (prof. dr. Ljubica Konstantinović) i *terapijom životinjama* (prof. dr. Marijana

Vučinić). Tribinu je otvorio prof. dr. Vuk Stambolović, koji se, kao član *Republičke komisije za tradicionalnu medicinu*, godinama borio da alternativna medicina bude priznata i legalizirana u Srbiji. On je publiku upoznao s osnovnim principima na kojima počiva komplementarna medicina uopće, koji se bitno razlikuju od principa službene medicine, jer podrazumijevaju pristup svakom bolesniku kao individui, kao jedinstvu tijela i duše, liječeći bolesnika, a ne bolest. Predavači su publici predstavili metode komplementarne medicine kojima se bave, objasnivši osnovne principe funkcioniranja i medicinske indikacije za njihovu primjenu. Osim joge, sve navedene metode primjenjuju se u državnim i privatnim domovima zdravlja, a liječnici koji se njima bave obučavaju se kroz višegodišnje tečajeve. Bolesnike stoga treba upoznati sa svim vrstama komplementarne medicine koje su pristupačne u zdravstvenim ustanovama, jer i dalje postoji velik broj priučениh nadriliječnika koji svojim neprofesionalnim pristupom održavaju živima predrasude koje neopravdano vladaju prema komplementarnoj medicini. S druge strane mogu nanijeti ozbiljnu zdravstvenu štetu bolesnicima, pa tema komplementarne medicine ostaje otvorena i za tribine Bioetičkog društva Srbije koje će uslijediti.

Sljedeća tribina, održana 21. svibnja u Domu omladine pod nazivom 'Bioetika i medicina: asistirana reprodukcija' osmišljena je kao diskusija stručnjaka iz oblasti relevantnih za pitanja potpomognute reprodukcije i laika, tj. publike. Ova tema veoma je aktualna, jer je od siječnja 2010. u Republici Srbiji na snagu stupio Zakon o liječenju neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognute oplodnje. S obzirom na to da je neplodnost veoma važan medicinski problem sa značajnim psihološkim i socijalnim posljedicama, jasni su naponi medicine i društva uopće da se neplodnim ljudima pomogne, no ubrzan razvoj tehnika potpomognute reprodukcije nosi sa sobom mnogobrojne etičke dileme kojima se mora pristupiti multidisciplinarno. Cilj ove tribine upravo je i težio tome da se javnost upozna s etičkim dilemama vezanim uz potpomognutu reprodukciju kroz razgovor sa stručnjacima.

U uvodnom predavanju Vida Jeremić, dr. med. najprije je upozнала publiku sa samim određenjem pojma *bioetika*, njenim razvojnim fazama i značajem koji ima u modernom društvu, s obzirom na to da je koncept bioetike još uvijek nov i nedovoljno poznat široj javnosti. U daljnjem izlaganju Vida Jeremić izložila je glavna bioetička pitanja koja se postavljaju kada je o potpomognutoj reprodukciji riječ. S obzirom na to da novije tehnike potpomognute reprodukcije podrazumijevaju manipulacije humanim embrijem, pitanje moralnog statusa embrija, kao i u slučaju pobačaja, središnje je etičko pitanje. Zatim, s obzirom na to da u mnogim slučajevima neplodnost podrazumijeva i nedostatak oplodjenih stanica kod budućih roditelja, često se u potpomognutu reprodukciju moraju uključiti tzv. *treće osobe* (donatori jajnih stanica i spermatozoida, surogat majke). Sudjelovanje *trećih osoba* veoma je

kontroverzno, jer se narušava tradicionalni model porodice, rađa opasnost od komercijalizacije i komodifikacije reproduktivnih usluga, a anonimnost donatora u velikoj mjeri predstavlja kršenje prava djece vezana uz njihovo pravo da znaju svoje genetsko podrijetlo.

U svom izlaganju prof. dr. Nebojša Radunović s Instituta za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra Srbije upoznao je publiku s glavnim tehnikama potpomognute reprodukcije, načinom na koji se one izvode i šansama za uspjeh. Prof. Radunović fokusirao se na problem starosti majke u trenutku prijavljivanja na tretman liječenja neplodnosti, naglasivši da šanse za uspjeh progresivno opadaju što je žena starija. S obzirom na to da je u Srbiji pad nataliteta vrlo prisutan problem (tzv. *bijela kuga*), poruka njegovog predavanja bila je zapravo apel mladim ljudima da na vrijeme počnu razmišljati o potomstvu, ne čekajući da potpomognuta reprodukcija bude jedino rešenje za njih.

Protojerej-stavrofor Miodrag M. Popović (paroh Hrama Svetog Save) iznio je pogled na potpomognutu reprodukciju iz perspektive pravoslavne teologije. Želja da se ima vlastito dijete potpuno je prirodna, ali postavlja se pitanje koji je glavni motiv koji nagoni neplodni par da se podvrgava dugotrajnim, skupim, neugodnim i često neuspješnim procedurama umjetne oplodnje ne bi li se dobio potomak koji je u genetskoj vezi s roditeljima. Protojerej ne opravdava narcizam roditelja kao motiv, već jedino želju da se pruži roditeljska ljubav, što se može riješiti i usvajanjem djeteta.

Prof. dr. Ivana Novaković s Instituta za humanu genetiku Kliničkog centra Srbije postavila je važna etička pitanja vezana uz genetske aspekte potpomognute reprodukcije. Prije svega, utiču li manipuliranje spolnim stanicama i oplodnja u laboratorijskim uvjetima na genetsku strukturu ploda? Potom, kako postupiti s plodovima kod kojih je zapažena genetička nepravilnost i kako savjetovati roditelje u tom slučaju? Zatim, kako tretirati mogućnosti prijeimplantacijske genetske dijagnostike i eventualne genske terapije u tom periodu? Mogućnost biranja spola, boje očiju, kao i mnogih drugih osobina ploda odavno nije znanstvena fantastika, no dostupnost ovih metoda nosi sa sobom opasnost od "nove eugenike". Kloniranje ljudskog organizma, iako je svuda u svijetu zabranjeno, i dalje intrigira javnost samom činjenicom da je izvodljivo.

Na kraju se dr. Hajrija Mujović Zornić iz Udruženja za medicinsko pravo Srbije osvrnula na etičko-pravne aspekte potpomognute reprodukcije. Ova oblast veoma je kompleksna, ne samo zbog izuzetno osjetljive sfere reproduktivnog zdravlja, već i zbog odnosa reproduktivnih prava s jedne strane, i prava ličnosti iz oblasti rađanja u medicinskom kontekstu s druge strane, koja često dolaze u konflikt. U postupku pravnog razmatranja pitanja potpomognute reprodukcije posebno mjesto imaju po-

štovanje bolesnikovih prava, kao prava osobita za te procedure, a potom i *lege artis* postupanje u primjeni tehnika potpomognute reprodukcije u skladu sa suvremenim standardima medicinske etike i medicinskog prava.

Uključivanjem liječnika, genetičara, teologa i pravnika organizatori ove tribine pokušali su kreirati pluriperspektivni pristup bioetičkim pitanjima potpomognute reprodukcije i kroz međusobni dijalog stručnjaka, kao i dijalog s publikom, te na pravi način uspostaviti bioetičku, integrativnu komunikaciju koja može dovesti do budućeg rješavanja ovih pitanja.

Vida Jeremić, dr. med.
Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu

Lektorirala
Sanja Grakalić Plenković

Nove perspektive u bioetici (Beograd, 13.-15. listopada 2011.)

Ovaj prikaz posvetit ćemo *događanjima bioetike* koja su obilježila listopad 2011. godine, kako u domaćem intelektualnom i akademskom ambijentu, tako i u regiji. Spomenimo najprije veoma uspješnu tribinu posvećenu bioetici, održanu 4. listopada 2012. (SKC, Beograd) u organizaciji Trećeg programa Radio Beograda. Na njoj je predstavljen novi broj časopisa *Treći program* (br. 148, jesen 2010.), čiji prvi tematski blok čine tekstovi koji obrađuju probleme vezane uz (bio)etiku poboljšanja ljudskih bića. Spomenuti tematski blok pod nazivom "Bioetika – izazovi poboljšanja" čine, kako ističe priređivač, sociolog Veselin Mitrović, reprezentativni tekstovi koji obrađuju načine upotrebe novih biotehnologija. Kako priređivač napominje, ovi tekstovi predstavljaju aktualne idejno-teorijske struje koje možemo jasno izdvojiti u bioetičkim diskusijama koje se vode oko načina upotrebe novih biotehnologija, dakle riječ je o transhumanističkoj struji, biokonzervativnoj struji i struji koju priređivač naziva srednjim gledištem. Tekst koji jasno predstavlja ideje transhumanističke struje – aktivno korištenje biotehnologija radi poboljšanja ljudskih bića, stvaranje "boljih", "zdravijih", "manje agresivnih", "solidarnijih" te "sretnijih ljudi" – jest tekst Juliana Savulescu pod nazivom "Genetske intervencije i etika poboljšanja ljudskih bića". Ideje biokonzervativne struje – protivljenje upotrebi biotehnologija za podizanje sposobnosti i kapaciteta zdravih ljudi, te nemiješanje ljudi u "poslove Boga" – predstavljene su u tekstu izvještaja Predsjedničkog savjeta za bioetiku SADA pod nazivom "Iznad terapije, biotehnologija i traganje za srećom: uvod". Autori koji zastupaju ideje srednjeg stanovišta, kako priređivač upućuje, svoje učenje pokušavaju smjestiti između spomenutih polova transhumanizma i biokonzervativizma, nastojeći da kut analize problema pomaknu u pravcu dijalektike odnosa tržišne ekonomije i medicine. Tekstovi koji jasno predstavljaju treće stanovište u ovom tematu jesu tekst priređivača pod nazivom "Perspektive i ograničenja etičkih argumenata u bioetici: slučaj reproduktivnih prava", tekst Erika Parena "Je li bolje uvijek dobro? Projekt poboljšanja" i tekst Thomasa Murraya pod nazivom "Poboljšanje". Najzad, tekst Ronalda Lindseyja "Poboljšanja i pravda: problemi u određivanju zahtjeva pravde u genetski transformiranom društvu" izabran je, prema riječima priređivača, prvenstveno zbog uvida u granice do kojih idu pojedini prijedlozi u pravnoj regulaciji društva budućnosti. Autor posljednjeg teksta, iako polazi iz okvira koji podsjeća

na gledišta srednje struje, kako napominje priređivač, svoj zaključak, točnije, konačan prijedlog pravednosti u društvu budućnosti završava, pak, u duhu transhumanizma. Ovaj tekst, smatramo, ukazuje na činjenicu da usprkos nastojanju nekih autora da se ponudi izvjesno konačno rješenje određenog bioetičkog problema, konačnih rješenja zapravo nema, već bi trebalo insistirati na konkretnim, *sui generis* medicinsko-etičkim situacijama i slučajevima koji, svaki zasebno, imaju svoj društveni kontekst, svoje specifične učesnike, moralnu dilemu i/ili moralne dileme, sukob medicinsko-etičkih principa itd. No kako analiza svih spomenutih tekstova iz ovog temata nadilazi okvire ovog prikaza, napomenut ćemo sljedeće. Osim odličnog izbora tekstova za koji je zaslužan priređivač, imamo dvije ozbiljne zamjerke koje se tiču samog uvoda priređivača, pod nazivom "Bioetika – izazovi poboljšanja". Zamjeramo priređivaču nepoznavanje i/ili neuvažavanje činjenice da još 1927. godine Fritz Jahr, protestantski svećenik i filozof, u svojim radovima koristi termin *bioetika*, razmatrajući i proširujući Kantov moralni imperativ na sve oblike života. U duhu vremena koji je sa sobom nosio moralne izazove u vezi s razvojem sekularnih i pluralističkih društava, Jahr redefinira moralne obaveze prema ljudskim i neljudskim oblicima života, dajući nacrt koncepta bioetike kao akademske discipline, principa i vrline. Dakle, usprkos tome što je u bioetičkoj literaturi i mnijenju Van Ransselaer Potter neupitno prihvaćen kao "kum", odnosno otac bioetike, novija bavljenja poviješću bioetike otkrivaju Jahra kao autora kojeg ne smijemo zanemariti kao prvog tvorca termina *bioetika*, te, nećemo pretjerati, prvog autentičnog bioetičara. Konačno, druga zamjerka tiče se, opet, neuvažavanja, točnije izostavljanja spomena odnosa sociologije i bioetike, konkretno, uloge sociologa u "otkrivanju", promociji te institucionalizaciji bioetike u Srbiji. Naime, nezaobilazna je činjenica da su sociolozi s Katedre humanističkih nauka beogradskog Medicinskog fakulteta, koji generacijama studenata predaju Bioetiku III, Bioetiku IV i Bioetiku V, u najmanju ruku zaslužni za institucionalizaciju bioetike u Srbiji (prvenstveno je riječ o voditelju Katedre humanističkih nauka Medicinskog fakulteta, prof. dr. Karel Turzi i njegovim osobnim naporima i zaslugi da uvede u nastavu spomenute predmete). Najzad, iako se s priređivačem slažem u ocjeni da su istraživanja i radovi iz oblasti bioetike kod nas novijeg datuma, priređivač opet (slučajno?) izostavlja neke domaće autore i njihov nemali doprinos bioetičkim diskusijama i korpusu radova. Zbog čega priređivač izostavlja spomenute činjenice? – ne znam, ali pretpostavljam da se jednim dijelom odgovor nazire u "specifičnom" odnosu sociologa s matičnog fakulteta prema kolegama koji rade na nematičnim fakultetima (čast izuzecima!).

No, vratimo se *dogadanjima bioetike* u listopadu. Međunarodna konferencija (*New Perspectives in Bioethics*) održana je od 13. do 15. listopada 2011. u Institutu za filozofiju i društvenu teoriju u organizaciji spomenutog instituta, Centra za etiku, pra-

vo i primijenjenu filozofiju (Beograd) i *Mount Sinai School of Medicine (New York)*. Ova izuzetno uspješna i besprijekorno organizirana trodnevna konferencija okupila je značajne autore iz zemlje, regije i svijeta koji svoj istraživački fokus posvećuju, pored ostalog, brojnim aktualnim bioetičkim temama. Rad konferencije odvijao se u nekoliko panela: Poboljšanje i sloboda – je li bolje uvijek dobro?, Kognitivno i moralno poboljšanje – što bi trebalo biti prvo?, Etika poboljšanja – umjetna sredstva koja proizvode više od zdravlja?, Prokreacija – koliko daleko ide naša sloboda?, Bioetika i neuobičajeno – kloniranje, ektogeneza, rijetke bolesti, Bioetika u regionalnoj perspektivi, Farmakologija i terapija matičnim stanicama – moralna ograničenja i Moralno i legalno u bioetici. Iako svaki od spomenutih panela zaslužuje pažnju, istaknimo panel pod nazivom "Bioetika u regionalnoj perspektivi" u okviru kojeg je bilo riječi o institucionalizaciji bioetike u Srbiji i regiji, osobito na visokoškolskim ustanovama. U okviru rada ovog panela bilo je riječi i o europskim korijenima bioetike, prvenstveno kroz filozofsku misao Fritza Jahra, te o konceptu integrativne bioetike, kod nas još uvijek nedovoljno zastupljenom, a koji je već zasigurno više od desetljeća značajna činjenica u širem regionalnom intelektualnom i akademskom prostoru (kolijevka ovog koncepta jest međunarodni bioetički simpozij *Lošinjski dani bioetike* u susjednoj Hrvatskoj).

Kako su spomenuti paneli i teme obrađene u okviru ove konferencije važne i za širu javnost, vjerujemo da će, usprkos još uvijek slaboj zainteresiranosti medija za bioetičke teme, sam duh vremena i aktualnost tema biti pokretač javnih okruglih stolova i tribina u okviru kojih će i svaki "obični pojedinac" moći iskazati svoje mišljenje u vezi s nekom važnom temom (bilo da je riječ o kloniranju, rijetkim bolestima, surogatnom majčinstvu, transplantaciji organa ili nekim drugim bioetičkim temama).

Najzad, u ovom prikazu bit će riječi o još jednom značajnom *oktobarskom događanju bioetike* i to u susjednoj Makedoniji. Međunarodna interdisciplinarna konferencija *Bioethics – The Sign of a New Era: Bioethics, Media, Law and Medicine* održana je od 21. do 23. listopada 2011. na Ohridu, u organizaciji Pravnog fakulteta "Justinijan I" Univerziteta "Sv. Kiril i Metodij" (Skopje) i Centra za integrativnu bioetiku (Kumanovo). Ova veoma uspješna dvodnevna konferencija okupila je autore iz regije, koji su u duhu integrativne bioetike, brojne probleme odnosa medija i prava, medija i liječničke struke, odnosa liječnika i bolesnika, te odnosa bioetike i medija, obrazložili iz posve različitih perspektiva – filozofske, sociološke, liječničke, te perspektive prava. Jedna od važnih poruka konferencije upućuje na kompleksan odnos medija i liječničke struke, kako u regiji, tako i kod nas. Naime, neki autori su u svojim izlaganjima ukazali na činjenicu da se nerijetko u medijima senzacionalističkim izvještavanjem javljaju preuranjeno osude liječnika, onda kada greške i propusti u radu tih medicinskih profesionalaca još nisu dokazani, a što utječe na stvaranje atmosfere

općeg nepovjerenja potencijalnih bolesnika prema liječnicima. Podsjetimo da je u svibnju 2010. godine u okviru javne rasprave javnost Srbije upoznata s nacrtom *Preporuka za izvještavanje o medicini*, točnije s nacrtom svojevrsnog *Kodeksa* kojeg bi se ubuduće trebali pridržavati novinari u okviru izvještavanja o medicinskim temama, na primjer, prilikom izvještavanja o korupciji u zdravstvu, o tijeku i ishodu liječenja, o mentalnim poremećajima i samoubojstvu, o epidemijama, o *HIV*-u i *AIDS*-u itd. U okviru ove javne tribine koja je održana u *Medija centru* u Beogradu 25. svibnja 2010. godine dio novinara demonstrativno je napustio raspravu uz obrazloženje da su *Preporuke za izvještavanje o medicini* nametnute novinarima, te da će ograničiti novinarsku kreativnost "jer liječnici ne mogu učiti novinare kako pisati, kao što i novinari ne uče liječnike kako liječiti". Ipak, smatramo da je sama ideja pisanja *Preporuka za izvještavanje o medicini*, koja je potekla upravo od novinara koji poštuju odredbe *Novinarskog kodeksa*, pokazatelj tendencije da će se u budućnosti komunikacija između ovih dviju *javnih struka, novinarske i liječničke*, poboljšati.

Zaključimo da su poruke ovih *oktobarskih događanja bioetike*, kako smo pokazali, aktualne i važne, ne samo za usku akademsku javnost, već za svakog "običnog" pojedinca koji bar malo razmišlja.

Dr. sc. **Sandra Radenović**
Medicinski fakultet
Univerzitet u Beogradu

Lektorirala
Sanja Grakalić Plenković

Etički aspekti dobrobiti životinja (Beograd, 21. lipnja 2012.)

Tribina *Bioetičkog društva Srbije (BDS)* pod nazivom "Etički aspekti dobrobiti životinja" održana je 21. lipnja 2012. u beogradskom Domu omladine. To je još jedna u nizu javnih tribina koje od početka 2012. godine Bioetičko društvo Srbije organizira u Domu omladine svakog 21. u mjesecu u 19 h. Podsjetimo da je 21. ožujka održana javna tribina o komplementarnoj medicini u Srbiji, a 21. svibnja javna tribina o bioetičkim aspektima potpomognute reprodukcije.

U uvodnom predavanju je organizatorica i moderatorica tribine o etičkim aspektima dobrobiti životinja prof. dr. Marijana Vučinić (Fakultet veterinarske medicine Univerziteta u Beogradu) izložila osnovne principe te etičke aspekte dobrobiti životinja. Naime, profesorica Vučinić podsjetila je na činjenicu da usprkos tome što Republika Srbija posjeduje *Zakon o dobrobiti životinja* od 2009. godine, veći dio stanovništva još uvijek nije upoznat ne samo sa sadržajem Zakona, nego ni sa značenjem termina "*dobrobit*". Kako upućuje profesorica Vučinić, *dobrobit* se može različito definirati: najprije kao pokret za zaštitu životinja, zatim kao znanstvena disciplina koja izučava mehanizme osiguranja kvalitete života životinja u zajednici s čovjekom kao njihovim korisnikom, te kao stanje organizma životinje koje ukazuje na stupanj do kojeg se životinja prilagođava uvjetima života koje je za nju osigurao čovjek koji je iskorištava. Dakle, *dobrobit životinja* nije ljubav prema životinjama, već se odnosi na sveobuhvatan i najkompleksniji način očuvanja fizičke, psihičke i genetske cjelovitosti samih životinja i čovjeka kao krajnjeg korisnika svih blagodati koje mu životinje pružaju u zamjenu za vlastiti život. Ako je etički opravdano koristiti životinje, onda bi to trebalo učiniti tako da se životinjama ne nanose neprijatna tjelesna i emocionalna iskustva koja im štete, a koja mogu biti štetna i za čovjeka, bilo da se radi o životinjama koje služe za proizvodnju namirnica za čovjeka, za pronalaženje i ispitivanje lijekova, za sport, razonodu ili zabavu – zaključuje prof. Vučinić. U svom predavanju, organizator i moderator tribine, predsjednik Bioetičkog društva Srbije prof. dr. Zoran Todorović (Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu) izložio je osnovne postulate, te etičke i bioetičke aspekte dobrobiti oglednih životinja. Naime, znanstveni rad sa životinjama i eksperimenti na životinjama u svim razvijenim zemljama regulirani su, manje ili više, preciznim zakonskim propisima, kojima je određena procedura koju bi istraživači trebali slijediti i koliko je moguće

ne izlagati životinje nepotrebnom bolu. U Velikoj Britaniji je, naznačio je profesor Todorović, još 1876. godine donesen zakon kojim se reagiralo na okrutnost prema životinjama namijenjenim za eksperimente (*The Cruelty to Animals Act*) i koji je bio dugo na snazi. Sudionicima tribine profesor Todorović predočio je i tri principa poznata kao kratica 3R (*Replacement, Reduction, Refinement*), uvrštena u zakone kojima se regulira oblast životinja namijenjenih eksperimentima. Dakle, riječ je o zamjeni eksperimenata na životinjama alternativnim istraživačkim postupcima, o reduciranju broja životinja koje se koriste u eksperimentima, te o rafiniranom, odnosno profinjenom tretmanu u kome životinje ne trpe bol itd. Profesor Todorović podsjetio je i na formiranje prvog etičkog komiteta u SAD-u u Seattleu 60-ih godina XX. stoljeća, kao prvog autentičnog bioetičkog pluriperspektivnog tijela koje je trebalo odlučiti kome će od 15.000 bubrežnih bolesnika, koliko ih je tada bilo u tom gradu, biti dostupan prvi i tada jedan jedini aparat za dijalizu. Ubrzo je praksa formiranja etičkih komiteta postala uobičajena širom SAD-a, a kasnije i u Europi i svijetu, istaknuo je profesor Todorović.

Profesor Todorović i profesorica Vučinić su nakon veoma žive diskusije sa sudionicima tribine zaključili da je neophodna daljnja senzibilizacija javnosti u vezi s brojnim pitanjima koja se postavljaju u okviru jedne kompleksne teme, kakva je oblast dobrobiti životinja.

Ovaj kratak prikaz još jedne javne tribine Bioetičkog društva Srbije završit ćemo zaključkom da su ova, prethodna, a vjerujemo – i tribine Bioetičkog društva Srbije koje slijede, učinkovit i efektivan način da se široj javnosti predoče brojne bioetičke teme, koje su, pored ostalog, važne i za svakodnevni život svakog pojedinca.

Dr. sc. **Sandra Radenović**
Medicinski fakultet
Univerzitet u Beogradu

Lektorirala:
Sanja Grakalić Plenković

Odnos liječničke profesije i medija (Beograd, 21. veljače 2012.)

Tribina pod nazivom "Odnos liječničke struke i medija" održana je 21. veljače 2012. godine u Maloj sali Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, u organizaciji Bioetičkog društva Srbije. Pored profesora Slobodana Savića, koji je bio moderator tribine i koji je uvodnim predavanjem, pored ostalog, ukazao na posljedice senzacionalističkog izvještavanja medija o liječničkim pogreškama, dr. Hajrija Mujović-Zornić je u svom izlaganju istaknula mogućnost promišljanja složenog odnosa dviju javnih struka – liječničke i novinarske iz perspektive pravnih znanosti. Nevena Milosavljević, dr. med. u svom je izlaganju ukazala na mogućnost suradnje liječničke struke i medija, upućujući na primjer suradnje medija s nadležnima za odnose s javnošću Doma zdravlja "Dr. Ristić". Spomenimo i to da predstavnika sedme sile nije bilo, iako su bili obaviješteni i pozvani da sudjeluju u radu tribine i u veoma živoj diskusiji nakon svih izlaganja, bilo da je riječ o *Preporukama za izvještavanje o medicini*, dokumentu koji su sastavili novinari sa željom da ubuduće izvještavanje o medicini bude korektno i objektivno, bilo u široj diskusiji. No vratimo se na sadržaj i osnovne poruke spomenutih izlaganja. Najprije je, u svom uvodnom izlaganju o odnosu medija i liječnika, prof. Savić istaknuo da se u domaćim sredstvima javnog informiranja, prvenstveno u tisku, slučajevi liječničkih pogrešaka i njihovih posljedica vrlo često senzacionalistički predstavljaju. Da svoje mišljenje o ispravnosti liječnika javno i kritički objavljuju osobe koje su medicinski laici i koje očigledno ne poznaju osnovne medicinske činjenice, prof. Savić ilustrirao je brojnim primjerima (recimo, novinski tekst iz 2004. godine u kome se, pored ostalog, navodi da je bolesnik ostao bez noge jer mu je kirurg probušio aortu koja ide u lijevu nogu itd.). Kako je istaknuo prof. Savić, često se u medijima pojavljuju preuranjeno senzacionalističke osude liječnika, dakle, kada neispravnosti u radu liječnika još nisu dokazane. Osim što ovakva javna stigmatizacija liječnika može imati pogubne posljedice za njihovu dalju profesionalnu aktivnost, velik problem javlja se i zbog stvaranja opće atmosfere nepovjerenja potencijalnih bolesnika u zdravstveni sustav u najširem smislu, istaknuo je prof. Savić u svom predavanju. Najzad, prof. Savić uputio je na to da bi permanentno trebalo podsjećati javno mnijenje na to da liječnici nisu kriminalci. Promišljajući odnos liječničke struke i medija iz perspektive pravnih znanosti, dr. Mujović-Zornić istaknula je da sastavljanje dokumenta pod nazivom *Preporuke*

za izvještavanje o medicini ukazuje na izvjestan pomak nabolje u odnosu i komunikaciji između dviju javnih struka – liječničke i novinarske. Naime, kako su posljednji dokument sastavili novinari sa željom da se ubuduće u izvještavanju o medicini izbjegne senzacionalizam i procesuiranje osumnjičenih liječnika prije nego što su greške i propusti u njihovom radu dokazani, potreba za ovim dokumentom i njegovo sastavljanje pokazatelj su mogućnosti ostvarivanja potencijalno boljeg odnosa i buduće suradnje ovih dviju struka. Najzad, u svom izlaganju, Nevena Milosavljević ističe kako se odnos medija i liječnika prije svega ogleda u dobroj komunikaciji, koja je dvosmjerna i interaktivna, dok senzacionalizam nije u skladu s etičkim principima ni novinarske ni medicinske etike. Nevena Milosavljević zaključuje da bi novinari i liječnici zajedno trebali zauzeti stranu publike, te da bi uvijek trebali biti na strani publike, odnosno potencijalnih bolesnika, u cilju najvišeg dobra za sve nas. U diskusiji koja je uslijedila nakon spomenutih, veoma inspirativnih izlaganja, zaključeno je da je neophodan konstantan dijalog ovih dviju javnih struka – liječničke i novinarske, te da bi ova tribina u organizaciji Bioetičkog društva Srbije mogla pokrenuti daljnje rasprave i javne okrugle stolove u okviru kojih bi se raspravljalo o osnovnim problemima koji se javljaju u njihovu odnosu, te o načinima i mogućnostima poboljšanja komunikacije između medija i liječnika, u cilju korektnog i objektivnog obavještavanja javnosti, točnije, svih pojedinaca, koji su zapravo potencijalni bolesnici ili bolesnice.

Dr. sc. **Sandra Radenović**
Medicinski fakultet
Univerzitet u Beogradu

Lektorirala
Sanja Grakalić Plenković

Treći međunarodni bioetički simpozij u Bosni i Hercegovini: Integrativna bioetika pred izazovima biotehnologije (Sarajevo, 25.-26. svibnja 2012.)

U vremenu u kojem se bioetika javno voli na različitim razinama društvenog života (od vrtića do sveučilišta, od civilnog društva do medija), više nas ne iznenađuju pre-više vijesti o novoj bioetičkoj manifestaciji, izdavačkom projektu ili novom bioetičkom društvu. U vremenu krize, moralne, koja je i pokrenula lavinu bioetičkih događanja, ali i financijske, puno veća vijest nažalost postaje kada neka od navedenih bioetičkih aktivnosti preživi početni zanos i opstane. Posebna potvrda slijedi kada njena učestalost preraste u poželjnu redovitost, te se svojim sadržajem i načinom organizacije uspješno etablira u uzornu instituciju bioetičkog integriteta.

Priznanje za takav uspjeh nedvojbeno pripada organizatorima Trećeg međunarodnog bioetičkog simpozija u Bosni i Hercegovini održanog u Sarajevu 25.-26. svibnja 2012. Nakon prve manifestacije *Integrativna bioetika i izazovi suvremene civilizacije* (2006.), te druge *Integrativna bioetika i interkulturalnost* (2008.)¹, članovi Organizacijskog odbora, na čelu s neumornim Velimirom Valjanom, kao glavnu temu svog su trećeg simpozija odabrali naslov *Integrativna bioetika pred izazovima biotehnologije*, jasno se orijentirajući propitivanju aktualnih znanstvenih biotehnoloških dilema u prizmi bioetički prihvatljivih pristupa. Skupu je prisustvovalo preko tridesetak izlagača iz različitih područja znanosti, profila i svjetonazorskih uvjerenja, ali i zemalja balkanske regije.

Prvi dan simpozija započeo je u svečanom tonu, s obzirom da su se skupu obratili i brojni uglednici domaćeg javnog života (gradonačelnik Sarajeva Alija Behmen, provincijal Bosne Srebrene fra Lovro Gavran, predsjednik Bioetičkog društva u BiH Dževad Hodžić), ali i nekoliko kolega na istaknutim pozicijama u bliskim zemljama (Zoran Todorović, predsjednik Bioetičkog društva Srbije; Amir Muzur, predsjednik Hrvatskog bioetičkog društva; Dean Donev iz Centra za integrativnu bioetiku u Kumanovu/Makedonija). Rad u prvoj sekciji započeo je izlaganjem *Pojam rizika*,

¹ Radovi spomenutih manifestacija dostupni su u zbornicima radova (2007., 2009.), a urednik oba je izdanja Velimir Valjan.

kontrola rizika i bioetički diskurs, u kojem je autor, Sulejman Bosto (Sarajevo), izložio argumente uvođenja pojma rizika u suvremeni bioetički diskurs, ukazujući na sveopću ugroženost/rizičnost naših života razvojem i primjenom znanstvene moći. Aktualizaciji problematike nuklearne opasnosti u suvremenoj civilizaciji posebno je doprinio Hrvoje Jurić (Zagreb) izlaganjem *Od Hirošime do Fukušime: nuklearna tehnologija nekoć i danas* (ukazujući na karakter moderne nuklearne tehnologije kao istovremenog obećanje i prijetnje), dok je Zlatan Delić (Tuzla) u izlaganju *Biopolitika i biotehnologija u kontekstu humane epistemologije, kritičke analize diskursa i miroljubivih potencijala bosnistike* pokušao odgovoriti na neka pitanja procesa suvremenog (uništavanja) bosansko-hercegovačkog društva, uz pokušaj izgradnje univerzalno novih ljudskih vrijednosti.

Drugu se sekcija sastojala od tri izlaganja: Tomislav Jozić (Sarajevo) *Biotehnologija – pozornica* (u središtu čijeg je interesa bila dvojbena pozivanja na pobačaj kao pozivanja na pravo žena), Velimir Valjan (Sarajevo) *Bioetika se ne tiče samo morala već filozofije u cjelini* (afirmirajući katoličku doktrinu bioetike ne kao dogmatsku, nego ontološku paradigmu, koja život istovremeno oblikuje u auto- i hetero-relaciji), te Igor Eterović (Rijeka) *Dostojanstvo osobe u vremenu biotehnološkog razvoja - kantijanski doprinos raspravi* (iznova i opravdano unoseći u suvremenu bioetičko - biotehnološku raspravu Kantove argumente o dostojanstvu osobe).

Treći set izlaganja započeo je Bakir Mehić (Sarajevo) temom *Bioetika između genotehnologije i zaštite ljudskog genoma* (kao polazište autor uzima postupke uzimanja uzoraka od pacijenata od strane liječnika i njihovo testiranje, pohranjivanje i korištenje od strane farmaceutske industrije); Lidija Gajski (Zagreb) u izlaganju *Cijepljenje – zdravstvena potreba ili dogma bez uporišta* jasno je razlažila argumente za i protiv (u financijskom, ali i medicinskom smislu) cijepjenja, nedvojbeno ukazujući na opravdanost sve snažnijeg antivakcionalnog pokreta, dok je posljednje izlaganje nosilo naziv *Biološko slični lijekovi – bioetička pitanja*, koje je održao Zoran Todorović (Beograd), naglašavajući pitanja kliničke efikasnosti i sigurnosti spomenutih lijekova uslijed skraćenih postupaka evaluacije.

Nastavak simpozija u poslijepodnevnom sekcijama započeo je izlaganjem Marije Selak (Zagreb) *Čovjek: od manjkavog do transhumanog bića*, u kojem autorica u bioetičku raspravu o biotehnologiji uvodi uvijek aktualne, no nedovoljno zastupljene argumente njemačkog filozofijskog antropologa Arnolda Gehlena; slijedilo je izlaganje Deana Doneva (Skopje) *Za homo superiora i za jednu etiku ljudskog poboljšanja*, u kojem je autor iznio razloge za i protiv stalnih pokušaja prekoračivanja bioloških ograničenja uz pomoć suvremene tehnologije, dok je na bioetička pitanja u suvremenom sportu kao području sveopće dehumanizacije prisilom pobjeđivanja ukazala

Ivana Zagorac (Zagreb) iznimno zanimljivim izlaganjem *Proizvodnja pobjednika: sport u doba biotehnologije*.

Iva Rinčić (Rijeka) i Amir Muzur (Rijeka) u svom su izlaganju *Može li se genetičko testiranje smatrati biotehnologijom?* nastojali ukazati na dvojbenu smještanja genetičkog testiranja u biotehnologiju (samo testiranje ne sadrži mogućnost stvaranja "socijalno korisnih proizvoda" – što se navodi jednom od biotehnoloških odrednica). S obzirom da skupu nije nazočila Sandra Radenović (Beograd) (*Od personalizirane medicine do distopije*), slijedila su izlaganja Lejle Pojskić (Sarajevo) i Kasima Bajovića (Sarajevo) *Nova etička pitanja u vezi s genomskim informacijama* (o pravu na vlasništvo genetskim testiranjem dobivenih informacija) i Ivica Kelama (Osijek) *Monsanto – kompanija godine* (o povijesti etički prijepornih događanja u Monsanto kompaniji i stjecanju titule "najneetičnije korporacije" u svijetu 2010.).

Posljednju sekcija prvog dana skupa činila su tri izlaganja: Dalibor Ballian (Sarajevo) *Čovjek i šuma u izmijenjenim uvjetima*, u kojem autor zagovara etički odnos prema šumi (koncept bioetike time ujedno poprima svoje puno značenje etičkog odnosa prema životu uopće); Emir Džomba i Senada Čengić Džomba (Sarajevo) izložili su rad *Perspektive stočarske proizvodnje: neka bioetička razmatranja* (uvodeći u postupak moralnog vrednovanja konzumacije animalnih proizvoda, osim troškova i koristi, moralna načela koja nadilaze dominantno prisutni antropocentrični pogled); posljednje izlaganje *Biogoriva i bioetika* izložila je Ana Mrdović (Sarajevo), u bioetičku raspravu uvodeći zanimljive momente etičke opravdanosti pretvaranja poljoprivrednih proizvoda u biogoriva.

Drugi dan simpozija započeo je izlaganjem Luke Tomaševića (Split) i Suzane Vuletić (Đakovo) *Bio/tehnološka konstrukcija integrativne bioetike*, svojevrsnim apelom za integrativnom bioetikom kao mostom protiv svake vrste dualizma i imperativom ograničavanja čovjekova nekontroliranog razvoja; slijedilo je izlaganje *Prava pacijenta, povjerljivost podataka i genetska testiranja – zakonski akti u Bosni i Hercegovini*, u kojem su autori Faris Gavrankapetanović (Sarajevo), Jasmina Krehić (Sarajevo) i Ismet Cerić (Sarajevo) iznova podsjetili na etički dvojbena pitanja provođenja genetskih testiranja u Bosni i Hercegovini, dok je treće izlaganje nosilo naziv *Etičke dileme i prediktivno genetičko testiranje na Alzheimerovu bolest*. U njemu su se autori Lilijana Oruč (Sarajevo), Faris Gavrankapetanović (Sarajevo) i Ismet Cerić (Sarajevo) dotaknuli moguće dvojbene u smislu komercijalizacije genetičkih testova za navedenu bolest. Nada Gosić (Rijeka) u radu *Umjetna krv - profesionalni i etički izazovi* istražila je i predstavila uporišta integrativne bioetike za rješavanje profesionalnih i etičkih izazova primjene umjetne krvi; izostankom Vide Jeremić (Beograd) s temom *Bioetički aspekti tehnika asistiranog reprodukcije*, riječ je pripala Ajniji Omanić (Sarajevo), Mevlidi Serdarević (Sarajevo), Ameru Ovčini (Sarajevo) i Hajrunisi Čubro (Sarajevo).

vo), koji su izložili rad *Etička pitanja promjene imena, društveno-ekonomski uzroci i posljedice unutar mikrozajednice*. Treći u nizu izlaganja bili su Amir Muzur (Rijeka) i Iva Rinčić (Rijeka) izlaganjem *Ljudski mozak na putu od subjekta prema objektu biotehnoloških procesa*, nastojeći u središte biotehnoloških i njima potaknutih bioetičkih rasprava staviti promjene koje se u mozgu (posebno kod djece) dešavaju učestalim i dugotrajnim korištenjem elektroničkih uređaja.

Rad *Bioetička promišljanja o kvaliteti dječjeg razvoja* izložila je Nada Mladina (Tuzla) ukazujući na važnost i sveobuhvatnost procesa razvojnih procesa kod djece, kao i ulogu obitelji, bez obzira koliko se određeni tip obitelji razlikuje od njene tradicionalne slike. Samuela Kata Bešker (Sarajevo) kao naslov svog izlaganja odabrala je *Biotehnologija u odgojnim vrednotama djece*, baveći se utjecajem novih "odgojnih modela" (časopisi, video-igrice, internet itd.) na razvoj djece. Posljednje izlaganje na skupu, *Bioetička edukacija u okviru predmeta islamske vjeronauke u srednjim školama*, održali su Dževad Hodžić (Sarajevo) i Orhan Jašić (Tuzla) ukazujući na suvremene trendove edukacijskih pristupa bioetičkim temama u islamskoj zajednici u Bosni i Hercegovini.

Nakon izlaganja slijedila je završna diskusija i zatvaranje skupa, kao i poziv sudionicima na slanje radova koje organizatori planiraju objaviti u zborniku radova. Oba su dana simpozija potaknula živu diskusiju i rasprave, kako u oficijelno predviđenim terminima, tako i u neformalnim druženjima sudionika, čime se u pravom smislu riječi razvijala kultura bioetičkog dijaloga, a bioetika postala živo mjesto susreta različitosti.

Od ostalih važnih informacija Trećeg međunarodnog bioetičkog simpozija u Bosni i Hercegovini, treba istaknuti da je u sklopu skupa održana i izborna skupština Bioetičkog društva u Bosni i Hercegovini. Uz čestitke novom predsjedniku, Daliboru Ballianu, izražavamo nadu da bioetika u Bosni i Hercegovini ovime dobiva novi zalog, te uspješno nastavlja razvijati se već dobro utabanim, ali i nekim novim stazama.

Iva Rinčić

14. Dani bioetike na Medicinskom fakultetu u Rijeci (Rijeka, 10.-11. svibnja 2012.)

Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci 10. i 11. svibnja 2012. bila je glavni organizator i domaćin međunarodnog znanstvenog skupa *14. Dani bioetike*. Ovogodišnja je tema skupa "Jezik medicine: od geneze do kulture i etike komunikacije" okupila više od 130 sudionika iz 17 zemalja (Albanije, Bugarske, Bosne i Hercegovine, Cipra, Danske, Hrvatske, Italije, Latvije, Mađarske, Makedonije, Meksika, Novog Zelanda, Poljske, Rusije, SAD-a, Slovenije, Srbije i Španjolske), a uz 4 plenarna predavanja, u okviru paralelnih tematskih sekcija (ukupno 17 sekcija) na engleskom i hrvatskom jeziku, održana su 73 izlaganja znanstvenika različitih profila (lingvisti, liječnika, filologa, teologa, sociologa, filozofa, povjesničara, psihologa, kemičara i dr.). Na svečanom otvaranju skupa pozdravne su riječi uputili Arijana Krišković, u ime organizacijskog odbora skupa, pročelnik Katedre Amir Muzur, rektor Sveučilišta u Rijeci Pero Lučin, prodekan za nastavu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Tomislav Rukavina, u ime dekana Fakulteta, pročelnik Upravnog odjela za zdravstvenu zaštitu i socijalnu skrb PGŽ Ivo Afrić te pročelnica Odjela gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb u Rijeci Ankica Perhat. Zajedno s ostalim sudionicima prisjetili su se prof. dr. sc. Ivana Šegote, pionira bioetike u Hrvatskoj i utemeljitelja manifestacije *Dani bioetike* koji bi zasigurno bio ponosan na brojnost i kvalitetu interdisciplinarnе suradnje svih sudionika i manifestaciju jedinstvenog bioetičkog senzibiliteta tijekom ovog dvodnevnoг susreta koji baš i upravo zahvaljujući profesoru, na ovoj Katedri ima svoje čvrste korijene i tradiciju.

Plenarna izlaganja prvoga dana održale su Maria Angeles Alcaraz Ariza sa Sveučilišta u Alicanteu (Španjolska) koja je kroz prikaz rezultata istraživanja dužine, gramatičke strukture i kompleksnosti sintakse naslova medicinskih studija slučaja naglasila vrijednost medicinskih prikaza slučajeva i njihov doprinos razvoju medicinskih znanosti, dok je Diana Stolac s Filozofskog fakulteta u Rijeci govorila o najčešćim jezičnim problemima i odstupanjima razmatravši naslove magistarskih i doktorskih radova iz područja medicine u nas.

Izlaganja (15-minutna) i diskusije nastavile su se u tri paralelne, tematski odvojene sekcije. U sklopu sekcije radnog naslova *Medicinska terminologija* govorilo se o eti-

mologiji engleskog, njemačkog i hrvatskog biomedicinskog nazivlja, njihovim terminološkim razlikama, a prikazani su i rezultati dijela projekta "Hrvatsko strukovno nazivlje" kojim se biomedicinske nazive stranog podrijetla nastoji uskladiti s normama hrvatskog standardnog jezika. Izlaganja sekcije *Bioetika* bavila su se ulogom jezika u stigmati psihičke bolesti, slijepima u islamu, terminologijom invaliditeta, problemima komunikacije vezanim uz prihvatanje obdukcije te značenjem prefiksa "bio" u bioetici F. Jahra i Van Rensselaera Pottera. Treća paralelna sekcija propitivala je teme iz područja *Nastave medicinskog engleskog*, različitost fokusa u nastavi medicinskog engleskog jezika za studente sestrištva, medicine i biomedicinskih laboratorijskih tehnologija, značaj strategija učenja i usvajanja medicinsko-engleskog vokabulara, iskustva i nastavne materijale u poučavanju medicinskog engleskog jezika s Medicinskog fakulteta u Varni u Bugarskoj te institucionalne promjene u školovanju i radu medicinskih sestara u Slovačkoj. Poslije ručka, u sekciji *Bioetika*, sudionici su izlagali o etičkim aspektima suvremenog modela odnosa između liječnika i pacijenata, značaju prvog teksta o medicinskoj etici na engleskom jeziku filozofa i liječnika Johna Gregorya, ulozi informacije u informiranom pristanku, o analizi obrazaca informiranog pristanka i povećanju njihove čitljivosti te etičkim implikacijama različitih medicinskih sadržaja u medijima. U sekciji *Nastava medicinskog engleskog* prezentirani su radovi s temama multitaskinga u nastavi engleskog medicinskog jezika, istraživanja kolokacijske kompetencije neizvornih korisnika engleskog jezika medicine, a prikazana su i iskustva u poučavanju medicinskog jezika s Moskovskog medicinskog koledža, Sveučilišta u Varšavi te diplomskog studijskog programa medicinske komunikacije u Szegedu (Mađarska). U sklopu treće paralelne sekcije *Komunikacija u medicini i zdravstvenoj skrbi* diskutiralo se o nedostacima i mogućnostima njezina unaprjeđenja prethodno potaknuti izlaganjima o značaju afektivne prozodije u kliničkom okruženju, lošoj komunikaciji i drugim liječničkim pogreškama, primjeni teorije komunikacije Paula Watzlawicka na praksu komuniciranja u medicini i zdravstvu te terapijskoj komunikaciji i ulozi smijeha u odnosu liječnik-pacijent. Posljednji triptih sekcija prvog dana skupa tematski je obuhvatio izlaganja iz područja nastave medicinskog engleskog jezika, medicinskog diskursa i medicinske terminologije. Predstavljeni su različiti metodički izazovi nastave medicinskog engleskog, aktualni teorijski okviri i vrijedni praktični alati razvoja pojedinih kompetencija studenata. Autori sa Sveučilišta u Milanu prezentirali su dosadašnja iskustva rada na višegodišnjem multidisciplinarnom istraživačkom projektu koji je ušao u fazu izrade mrežne platforme na kojoj bi se online-alatima objedinio cjelokupni korpus tekstova na engleskom jeziku iz područja medicinske etike i bioetike.

Na kraju prvog dana skupa održana je komemoracija za profesora emeritusa Ivana Šegotu, dugogodišnjeg pročelnika Katedre za društvene znanosti, utemeljitelja i pro-

motora riječke i hrvatske bioetike. Na kraju dana predstavljeno je 7 recentnih bioetičkih publikacija, od kojih su 4 knjige autora članova riječke Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini: 2 knjige Mirka Štifanića *Pritužbe pacijenata: Kako do pravde?* (Hrvatski pokret za prava pacijenata, 2011) i knjiga *Što sestre rade na fakultetu? Kakve sestre i sestrinstvo trebamo?* (Hrvatski pokret za prava pacijenata, 2012), zatim knjiga Ive Rinčić. *Europska bioetika: ideje i institucije* (u izdanju Pergamene iz Zagreba, 2011) te knjiga urednika Amira Muzura i Hans-Martin Sassa *Fritz Jahr and the Foundations of Global Bioethics. The Future of Integrative Bioethics* (Lit Verlag, Münster, 2012). Predstavljena su i 2 nova broja časopisa *Jahr* (god. 2, br. 4, urednice Ive Rinčić i god. 3, br. 5 urednice Nade Gosić). Predstavljen je i zbornik radova s kongresa održanog u Ohridu 21.-23. listopada 2011. *Proceedings from First International interdisciplinary conference Bioethics—the Sign of a New Era: Bioethics, Media, Law and Medicine*.

Drugog dana skupa održana su još 2 plenarna predavanja. Violeta Goranova Tacheva s Medicinskog sveučilišta u Varni (Bugarska) u izlaganju *Komunikacija - glavni ključ do pacijentova srca* prikazala je glavne odrednice moderne komunikacije u medicini i istaknula nezaobilaznu terapeutsku ulogu prikladne verbalne i neverbalne komunikacije zdravstvenih radnika s pacijentima. Sofija Mičić s Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Beogradu u izlaganju naslovljenom *Jezici medicine - sadašnjost i budućnost* analizirala je sve veće zahtjeve moderne tehnologije na kreiranje nove terminologije i značaj učenja i razvoja ne samo jezika Medicine već uopće učenja jezika specifične namjene s naglaskom na nužnosti organiziranja edukacije nastavnika iz područja jezika specifične namjene pri filološkim fakultetima. U nastavku drugog dana skupa ponovno se radilo unutar paralelnih sekcija, a autori su izlaganja, u posljednjih 8 sekcija, neke od tema produbljivali dok su drugima dodatno intrigirali i poticali dijalog sudionika. Promišljala se terapeutska vrijednost i kvaliteta komunikacije u medicini i zdravstvenoj skrbi, prezentirani su radovi vezani uz različite aspekte nastave medicinskog engleskog jezika, od povijesnog prikaza poučavanja stranih jezika na Medicinskom fakultetu u Rijeci do izlaganja o specifičnostima medicinske terminologije, prevođenja, povijesti i literature. Diskutiralo se o aktivnom sudjelovanju djece u zdravstvenoj skrbi, komunikaciji s terminalno bolesnim pacijentima, iskazivanju boli, jeziku nade roditelja koji su izgubili svoju djecu i ulozi savjetovanja i terapije, terminološkim i komunikološkim pitanjima iz područja perinatologije i brojnim drugim temama. Posebna je sekcija bila posvećena izlaganjima i diskusiji vezanim uz učinkovitu komunikaciju s gluhim pacijentima, novim spoznajama iz neurolingvistike te kulturalnim i jezičnim barijerama u zdravstvu s kojima se susreću gluhi pacijenti.

Ovogodišnji su Dani bioetike po odazivu izlagača i sudionika kao i broju prezentiranih radova nadmašili sve dosadašnje i pružili značajan poticaj budućim interdisciplinarnim istraživanjima bioetičkih područja. Stvorene su prilike za neke nove oblike znanstvene i institucionalne suradnje stručnjaka, osobito na području lingvistike. Kvalitetom i raznovrsnošću tema 14. Dani bioetike plodonosan su temelj za daljnja promišljanja što će dodatno biti ojačano objavljivanjem nekih od izloženih radova u obliku priređenom za tisak u časopisu Katedre - *Jabr*, sv. 4, br. 7, planiranom za svibanj 2013. godine.

Martina Šendula-Pavelić

JHR

PRIKAZ KNJIGE

BOOK REVIEW

ANNUAL
of the Department of Social
Sciences and Medical Humanities
University of Rijeka – Faculty of Medicine

GODIŠNJAK
Katedre za društvene
i humanističke znanosti u medicini
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Stella Fatović-Ferenčić i Antun Tucak, urednici:

Medicinska etika

Zagreb: Medicinska naklada, 2011., 290 str.

Moguće je da smo mi, koje veseli nova knjiga, sve rjeđa čeljad: nama je ukoričeni tekst fetiš posebnog tiskarskog mirisa, a u svakom poglavlju iščitavamo autorske muke i strasti, osjećajući da je i najstručnija knjiga u neku ruku autobiografija. Međutim, čak ni oni drugi, okrenuti modernijim medijima, neće još dugo ostati imunima na dobro dizajniranu knjigu, pa makar ona privukla njihovu pažnju tek za koji časak. A Medicinska naklada zna dizajnirati udžbenike: od formata i uveza, gramature papira, teksta razbijenog u dva stupca, vrste sloga koji nije ni prevelik ni preмали, naslova i podnaslova – sve je stavljeno u službu i na užitak Njegova Veličanstva čitatelja. Nova knjiga, *Medicinska etika*, koju su uredili Stella Fatović-Ferenčić i Antun Tucak, udžbenik je bez ikakvih slikovnih priloga a opet, čovjek ga mora uzeti u ruke, savijati i listati fasciniran njegovom podatnošću. Taj dizajn, kojim nas je *Medicinska naklada* razmazala u dosljednim nizu (iz istoga je reda i *Medicinska informatika* urednika Josipe Kern i Mladena Petrovečkog, primjerice), posljeduje da ove knjige sasvim sigurno kupuju i oni kojima te teme nisu u žiži interesa, ali im se, jednostavno, ne mogu oduprijeti.

Knjiga *Medicinska etika* sadrži povijesni blok za koji je najvećim dijelom zaslužna Stella Fatović-Ferenčić, prva dama hrvatske povijesti medicine. Etika se i inače ne može razlučiti od vremenskog slijeda i logike razvitka ljudske misli, a Fatović-Ferenčić ju je šarmantno ispreplela, poput Asklepijeve zmiје, ne samo s poviješću filozofije, već i s poviješću medicine, prateći stavove prema moralu liječnika od antike, preko srednjovjekovlja i novovjekovlja, do prosvjetiteljstva i modernog doba sa svim svojim dobrim stranama, propustima i opasnostima. Josip Balabanić bavi se spregom etike i evolucije, a Darko Hren psihologijskim teorijama morala i istraživanjem moralnog rasuđivanja studenata. Posebno poglavlje prepušteno je Vladimiru Dugačiću koji medicinsku etiku osvjetljava iz perspektive kršćanske antropologije. U poglavlju naslovljenom "Etika u znanstvenim istraživanjima" obrađene su teme etičkih aspekata banaka tkiva i organa (Marija Heffer i suradnici), embriologije (Tatjana Belovari), istraživanja na životinjama (Ines Drenjančević-Perić), istraživanja lijekova

(Karmen Brajša i Boška Hrvačić), kliničkih ispitivanja (Josip Čulig), epidemioloških istraživanja (Marica Miletić-Medved) i kloniranja (Svjetlana Marić). U poglavlju "Etika u medicinskoj praksi", pak, Rudika Gmajnić piše o etičkim dvojama u praksi obiteljskog liječnika, Siniša Šijanović i Tomislav Kovačević o etici u humanoj reprodukciji, Pavo Filaković i Ivan Požgain o etici u psihijatriji, Stella Fatović-Ferenčić o cirkumciziji, Katarina Šakić Zdravčević o pristanku obaviještene osobe u anesteziologiji, Jerko Barbić i Lada Zibar o etici transplantacije, Anica Jušić o palijativnoj skrbi, Mladen Marcikić o etičkim problemima sekcije i postupanja s umrlim osobama, a Goran Ivanišević komentira Kodeks medicinske etike i deontologije iz 2007. Završno, ponuđena je zbirka dokumenata – zakletvi i deklaracija – na koju se medicinska etika najčešće poziva, kao i korisni Pojmovnik. Svako poglavlje ima na kraju vlastiti popis korištene literature, a možda bi u sljedećem izdanju trebalo razmisliti i o dodavanju kazala pojmova i imena.

Raditi s ovolikim brojem autora (29) i interdisciplinarnošću tema neminovno rezultira konceptualnim teškoćama i neujednačenošću definicija (npr., na jednom se mjestu medicinska etika naziva "relativno novim područjem"?!). Premda je naziv udžbenika odgovarajući, nedostaje poglavlje ili barem nota koja bi razjasnila distinkciju medicinske etike od bioetike, kao i put koji je bioetika u četrdesetak godina svoje najnovije povijesti prešla da bi se profilirala kao disciplina. Ovo bi bilo potrebno već i stoga jer neki od autora i sami upotrebljavaju pojmove medicinske etike i bioetike nedosljedno (vidi, npr., poglavlje 3.5. u kojemu se raspravlja o etici istraživanja i bioetici kao o istome). Zamijetiti se mogu i neka ponavljanja: transplantacijska etika je, tako, obrađena na dvama mjestima – u poglavljima 3.2. i 4.6., istraživanja na životinjama u poglavljima 3.4. i 3.5. itd.

Ovaj je udžbenik nastao prvenstveno zahvaljujući priložima stručnjaka iz Osijeka i Zagreba. Hrvatska je mala i po jedan udžbenik bi trebao biti dovoljan za svaku pojedinu disciplinu: stoga bi trebalo ubuduće težiti sveobuhvatnim pristupima koji pokrivaju sve sveučilišne centre na način da insistiraju na apsolutnoj ekspertizi za pojedina područja i najvećem dostupnom iskustvu u obradi pojedinih tema. Prava vrijednost vrijednih djela, međutim, očituje se u još jednoj odrednici: ona su izvorom inspiracije za vlastita poboljšanja. Stoga će i *Medicinska etika* Stelle Fatović-Ferenčić i suradnika, osim poticanja generacija hrvatskih studenata i nastavnika na promišljanje i profesionalno i ljudsko usavršavanje, mobilizirati i vlastite autore na fina brušenja ovog medicinskoetičkog i izdavačkog minerala.

Amir Muzur

Instructions for the Authors:

Jahr - Annual of the Department of Social Sciences and Medical Humanities publishes previously unpublished papers. It is the aim of the editorial board to publish articles covering a wide span of topics (including ethics, bioethics, history, medical and scientific history, sociology, cultural anthropology, theology, law, etc.). The journal publishes reviewed articles as well as articles which are not subject to the reviewing procedure. The reviewed articles are accepted to be published after having received two anonymous positive reviews.

Reviewed articles are categorized as following:

- original scientific papers that contain new, previously unpublished results of scientific research (Original Scientific Articles, Short Communications)
- scientific articles that contain original, concise and critical presentation of a particular field or its part, in which the author himself has an active role (Review Articles). The role of authors direct contribution to the particular field in relation to already published papers needs to be emphasized, as well as the overview of those papers
- Professional Articles that contain useful contributions from and for the profession, and they do not have to be based on original research
- Letters to the editor

The Annual also publishes uncategorized papers, i.e. overviews of bioethics and other relevant publications published in the past three years in and outside Croatia, as well as reports and announcements of upcoming bioethics events (public lectures, book promotions, scientific conferences, etc.). By giving their consent to be published, the authors give journal the right for the paper to be published for the first time in its printed or electronic format. Authors can publish their works in other publications where there must cite the data about articles first publication.

Layout and manuscripts

Original (scientific) articles should consist max 32 pages, short communications and review articles should consist of 8 – 16 pages while reviews and overviews should consist of 2 – 4 pages.

Page means 1800 characters with spaces, i.e. 30 lines each consisting of 60 characters.

Manuscript, in layout, must contain following elements:

- authors name and surname,
- name and address of affiliation,
- authors contact address (if different from affiliation),
- authors e-mail address,
- full title of the article (and subtitle in necessary),
- abstract (not longer than 900 characters with spaces) and keywords (not more than 10), in English and another language of choice (Croatian, German, French, Italian, Spanish).

If complete bibliographical information regarding cited works is not stated in footnotes, the author must provide a reference list at the end of the article, containing complete information on cited works. Manuscripts are to be sent by mail in three copies to the editorial board:

**Department of Social Sciences and Medical Humanities at
University of Rijeka - Faculty of Medicine
Braće Branchetta 20, HR-51000 Rijeka, Croatia
Tel: + 385-51-651-165
Fax:+ 385-51-651-219**

or in an e-mail attachment to: igor.eterovic@medri.uniri.hr

The editorial board does not return manuscripts.

Citation method

The editorial board recommends using footnotes as a method of citation. When a work is cited for the first time (regardless of the language the work has been published in), it should look as following:

[for book] Tristram H. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, University Press, New York 1986, p. 72.

[for proceedings] Jacob D. Rendtorf and Peter Kemp (ed.), *Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw, Vol. I. Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*, Center for Ethics and Law, Institut Borja de Bioetica, Copenhagen, Barcelona 2000.

[for journal article] Roberto Andorno, »The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law«, *Journal of International Biotechnology Law*, 2 (4/2005.), p. 135.

[for proceedings article or book chapter] Diego Gracia, »History of medical ethics«, in: Henk Ten Have and Bert Gordijn (ed.), *Bioethics in European Perspective*, Kluwer, Dordrecht 2001., p. 34.

[for electronic works of reference] <http://www.legalhelpmate.com/health-care-directive-patient-act.aspx> (16 June 2009)

In the second and further citations, notes should contain only the initial of author's first name and surname, title of the work (book or article) and a page number:

T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, p. 113.

R. Andorno, »The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law«, p. 138.

When work is cited consecutively, the note should contain only the abbreviation *Ibid* and a page number

Ibid, p. 150.

The editorial board, naturally, accepts other methods of citation as well, under the condition they are used consistently within a particular text.

Upute autorima

JAHR – Godišnjak Katedre za društvene i humanističke znanosti objavljuje neobjavljene priloge. Namjera Uredništva je objavljivati članke širokog raspona tema (uključujući etiku, bioetiku, povijest i filozofiju znanosti i medicine, sociologiju, kulturnu antropologiju, teologiju, pravo i dr.). Časopis objavljuje članke koji se recenziraju i one koji ne podliježu recenzijskom postupku. Članci koji se recenziraju prihvaćaju se za objavljivanje nakon provedenog recenzijskog postupka, na temelju dviju anonimnih pozitivnih recenzija.

Recenzirani članci kategoriziraju se na sljedeći način:

- znanstveni članci (*Original Scientific Article*): koji sadrže nove, još neobjavljene rezultate znanstvenih istraživanja (izvorni znanstveni članci, kratka priopćenja, prethodna priopćenja);
- znanstveni članci koji sadrže izvoran, sažet i kritički prikaz jednog područja ili njegovog dijela, u kojem autor i sam aktivno sudjeluje (pregledni radovi – *Review Article*). Mora biti naglašena uloga autorova izvornog doprinosa u tom području u odnosu na već objavljene radove, kao i pregled tih radova.
- stručni članci (*Professional Article*) koji sadrže korisne priloge iz struke i za struku, a ne moraju predstavljati izvorna istraživanja;
- pisma uredniku (*Letter to the Editor*).

Časopis objavljuje i nekategorizirane radove, odnosno recenzije i prikaze bioetičkih, ali i drugih relevantnih izdanja objavljenih u posljednje tri godine u Hrvatskoj i inozemstvu, te izvješća i najave bioetičkih zbivanja (javna predavanja, predstavljanja knjiga, znanstveni skupovi i sl.).

Svojim pristankom na objavljivanje autori daju časopisu pravo prvog objavljivanja u tiskanom i elektroničkom formatu. Radove objavljene u časopisu JAHR autori mogu objaviti u drugim publikacijama uz navođenje podataka o njihovu prvom objavljivanju.

Oprema i slanje rukopisa

Poželjan opseg izvornih (znanstvenih) članaka je do 32 autorske kartice, prethodnih priopćenja i preglednih članaka od 8 do 16 kartica, a prikaza i recenzija (skupova i knjiga) od 2 do 4 kartice. Autorska kartica iznosi 1800 znakova (s praznim mjesti-

ma), odnosno 30 redaka po 60 znakova. Rukopis, u opremi teksta, treba sadržavati sljedeće elemente:

- ime i prezime autora,
- naziv i adresu matične institucije autora,
- autorovu adresu za kontakt (ako se razlikuje od adrese matične institucije),
- *e-mail* adresu autora,
- puni naslov članka (eventualno i podnaslov),
- sažetak članka (ne duži od 900 znakova s praznim mjestima) i ključne riječi (ne više od 10), na engleskom i još jednom jeziku po izboru (hrvatski, njemački, francuski, talijanski, španjolski).

Ako potpuni bibliografski podaci o citiranim djelima nisu navedeni u bilješkama, autor je dužan na kraju teksta navesti popis citirane literature s potpunim podacima o navedenim djelima.

Rukopisi se šalju poštom u tri primjerka na adresu uredništva:

**Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Braće Branchetta 20, 51000 Rijeka, Hrvatska
Tel.: + 385-51-651-165
Faks:+ 385-51-651-219**

ili *e-mailom* u pravitku na adresu: **igor.eterovic@medri.uniri.hr**

Uredništvo ne vraća zaprimljene rukopise.

Način citiranja

Uredništvo preporučuje način citiranja "pomoću fusnota". Bilješka (fusnota) pri prvom navođenju rada (bez obzira na to je li rad objavljen na hrvatskom ili na nekom drugom jeziku) treba izgledati ovako:

[**za knjigu**] Tristram H. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, University Press, New York 1986., str. 72.

[**za zbornik radova**] Jacob D. Rendtorff i Peter Kemp (ur.), *Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw, Vol. I. Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*, Center for Ethics and Law, Institut Borja de Bioètica, Copenhagen, Barcelona 2000., str. 56.

[za članak iz časopisa] Roberto Andorno, "The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law", *Journal of International Biotechnology Law* 2 (4/2005.), str. 135.

[za članak iz zbornika ili poglavlje iz knjige] Hrvoje Jurić, "Princip očuvanja života i problem odgovornosti", u: Ante Čović (ur.), *Izazovi bioetike*, Pergamena, Zagreb 2000., str. 143.

[za literaturu u elektroničkom obliku] <http://www.legalhelpmate.com/health-care-directive-patient-act.aspx> (16. lipnja, 2009.)

U drugom i kasnijim navođenjima rada, bilješka treba sadržavati samo inicijal imena i prezime autora, naslov rada (knjige ili članka) te broj stranice:

T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, str. 113.

R. Andorno, "The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law", str. 138.

U uzastopnim navođenjima rada, bilješka treba sadržavati samo oznaku Ibid., te broj stranice: Ibid., str. 150.

Uredništvo, dakako, prihvaća i druge načine citiranja, pod uvjetom da su dosljedno provedeni u pojedinom tekstu.