

JAHR
Volume/godište 1, Number/broj 2, pp/str. 221-348

Publisher/Nakladnik:

Department of Social Sciences and Medical Humanities (University of Rijeka School 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 (School 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 (School of Medicine, University of Rijeka, Croatia; Embassy of the Republic of Croatia in Beijing, China)

Ivan Šegota (School of Medicine, University of Rijeka, Croatia)

Hank ten Have (Duquesne University, Pittsburgh, USA)

Luka Tomašević (Catholic School of Theology, University of Split, Croatia)

Ksenija Turković (Faculty of Law, University of Zagreb, Croatia)

Karel Turza (School of Medicine, University of Belgrade, Serbia)

Xiaomei Zhai (Center for Bioethics, Chinese Academy of Medical Sciences; Beijing Union Medical College, China)

Niko Zurak (School of Medicine, University of Zagreb, Croatia)

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

Issue Editors/Urednici izdanja: **Nada Gosić** and/i **Amir Muzur**

Preparation according to audio-registration and proof reading/Priprema prema tonskom zapisu i korektura: **Igor Eterović**

Editorial Board/Uredništvo:

Ana Borovečki (Zagreb, Croatia), **Morana Brkljačić Žagrović** (Rijeka, Croatia), **Dejan Donev** (Kumanovo, Macedonia), **Anamarija Gjuran-Coha** (Rijeka, Croatia), **Nada Gosić** (Rijeka, Croatia), **Hrvoje Jurić** (Zagreb, Croatia), **Željko Kaluderović** (Novi Sad, Serbia), **Arijana Krišković** (Rijeka, Croatia), **Natacha Lima** (Buenos Aires, Argentina), **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.hr

Annual JAHR is published annually in edition of 200 copies./Godišnjak JAHR izazi jednom godišnje 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

Contents/Sadržaj

Founding Fathers' Nook / Kutak utemeljitelja

Fritz Jahr: BIO-ETHICS Reviewing the ethical relations of humans towards animals and plants (translation by Hans-Martin Sass)227

Uvodna riječ / Foreword 233

In focus / U žiži:

The Current Moment of the Croatian Healthcare System / Aktualni trenutak hrvatskog zdravstva

Greetings and introductory presentations/Pozdravne riječi i uvodna izlaganja

Amir Muzur, pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini, Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci239

Dražen Kovač, prodekan za poslijediplomske studije i trajnu medicinsku izobrazbu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci239

Mirko Štifanić, Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini, Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci: *Politizirano zdravstvo/Politicized Healthcare*241

Željko Jovanović, zamjenik gradonačelnika Grada Rijeke, zastupnik u Hrvatskom saboru, predsjednik Nacionalnog vijeća za praćenje provedbe Strategije suzbijanja korupcija249

Zvonimir Bošković, Hrvatsko bioetičko društvo – Podružnica u Rijeci:

Pogled u normativno i stvarno u zdravstvenom sustavu / The Normative and Real in Healthcare250

Herman Haller, ravnatelj Kliničkog bolničkog centra Rijeka, pročelnik Katedre za ginekologiju i opstetriciju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci i predstojnik Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC Rijeka266

Ivo Afrić, pročelnik Upravnog odjela za zdravstvenu zaštitu i socijalnu skrb Primorsko-goranske županije269

Spomenka Avberšek, predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske271

Herman Haller274

Dražen Gorjanski, specijalist obiteljske medicine, HZZO – Područni ured Osijek: *Komercijalizacija zdravstva / Commercialization of Healthcare*277

Veronika Nela Gašpar, Ivan Perković, Teologija u Rijeci–područni studij Katoličkog bogoslovnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu: O zdravlju i religiji u suvremenom društvu/On health and religion in modern society284

Questions and opinions from practice /Pitanja i stavovi iz prakse

Amir Muzur	297
Vladimir Mozetič , predsjednik Povjerenstva Hrvatske liječničke komore Primorsko-goranske županije	297
Vlasta Cerkvjenik , voditeljica SUPRA-projekta "CROSS-SECTOR: partnerstvo za zdravlje"	299
Radmila Belobrajčić-Čahut , viša fizioterapeutkinja, Sindikat zdravstva Hrvatska	300
Leonardo Bressan , Koordinacija hrvatske obiteljske medicine – Podružnica PGŽ	300
Igor Salopek , student Integriranog preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog studija medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci	302
Vlasta Cerkvjenik	302
Spomenka Avberšek	303
Vladimir Mozetič	305
Dražen Gorjanski	306
Mirko Štifanić	307
Radmila Belobrajčić-Čahut	308
Lidija Gajski , Dom Zdravlja Zagreb Centar	309
Iva Sorta-Bilajac Turina , Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci	310
Mirko Štifanić	311
Vlasta Cerkvjenik	311
Amir Muzur	312
Vana Persen , studentica II. godine diplomskog studija Organizacija, planiranje i upravljanje u zdravstvu	313
The final word and closing of meeting/ Završna riječ i zatvaranje skupa	
Amir Muzur	315
Riječki apel za racionalno i etično zdravstvo	316
Rijeka appeal for rational and ethical health care system	318
<i>Reviewed papers/recenzirani radovi</i>	
Ana Horvat Issues in Bioethics: advance directives in a Canadian-Croatian Perspective	323
<i>Reviews/Prikazi</i>	339
<i>Instructions for the authors/Upute autorima</i>	343

Bio-Ethics

Reviewing the ethical relations of humans towards animals and plants

By Fritz Jahr

The strict distinction between animal and human being [Mensch], dominant in our European culture up to the end of the 18th century, cannot be supported anymore. The heart of the European human being up to the French Revolution was fighting towards the unity of religious, philosophical, and scientific knowledge; but such a unity had to be abandoned under the pressure of more information.

It will always be the merit of modern natural sciences to finally have made possible an unbiased study of the world [Weltgeschehen]. We would not be truth-seekers today, if we would have given up the results of animal experimentation, blood research etc.. On the other hand, we cannot deny that precisely these scientific triumphs of the human spirit have taken away the dominant position of the human being in the world in general. Philosophy, formerly prescribing leading ideals for the natural sciences, now has to build her systems on the basis of specific knowledge from the natural sciences,—and it was only a poetic-philosophical [dichterphilosophische] interpretation of Darwin's insight, when Nietzsche considered humans to be a somewhat inferior stage towards a higher sage in evolution, as a 'rope extended between animal and superman [Uebersch].

What results from this revolution? First, the fundamental equivalence of human being and animal as an object in psychology. Today, it [psychology] does not limit itself to human beings, but applies the same methods as well in regard to animals, and, as documented by comparative anatomical-zoological research, quite instructive comparisons between human soul and animal soul have been done. Yes, even beginnings of plant psychology are visible,—the most prominent representatives are G. Th. Fechner in the past, R. H. France, Ad. Wagner and the Indian Bose at present, so that modern psychology covers all living beings in research. Given these circumstances, it is only logical when R. Eisler speaks of Bio-Psychik (science of the soul of all, what lives).

From Bio-Psychik it is only a step towards Bio-ethics, i.e. the assumption of moral obligations not only towards humans, but towards all forms of life. In reality, bio-ethics is not just a discovery of modern times. An especially attractive example from

the past is the figure of St. Francis of Assisi (1182 – 1226) with his great love towards animals, his warm sympathy for all forms of life, centuries before the Rousseau's romanticism for the entire nature.

When the unity of the European weltanschauung broke down at the end of the Baroque period, European intellectual life for the first time was ready for the influence of foreign weltanschauungs [Gedankenwelten] without prejudice. Already Herder's comprehensive spirit, probably the most sensitive in those days for things to come, expected of humans, that, based on the image of the all encompassing deity, they project themselves into each and every creature and sense with it the way it needs. Such a reasoning already reminds of the Indian philosophy, which by the way of England just had been discovered. But only during the time of Romanticism has India really influenced European intellectual life, including its then most important province Germany. The teaching of reincarnation, as developed in India, has influenced the reasoning of Indian schools of philosophy, especially the school of Sankya. An offspring of this school is the yoga teaching, drawing the most rigorous consequences from these reasonings. The yoga repentant [Jogabüßer] under no circumstances is allowed to live at the cost of co-creatures; above all, he shall under no circumstances kill any animal, but only under certain conditions enjoy vegetable foods. He has to wear a veil over his mouth in order not to inhale even a small living being; for the same reason he has to filter drinking water and shall not take a bath. The addiction to not harm a living being in the process of self-preservation even leads some Indian repentants to eat horse manure. If in this content Buddha is mentioned, one has to stress that especially this religious leader refused such fanatic self-harm of the school of yoga. Buddha forbade the food based on animal products, but allows vegetable based foods totally. How much Buddha himself and his teachings totally believed in re-incarnation of the soul, for us Europeans is very well demonstrated by the collection of Buddhist stories collected by Jatakas, stories ascribed to Buddha and narrating about his early life. He claims that he has lived as a human being before, but also remembers his former lives as an elephant, a gazelle, a crab etc. . Even more beautiful than in Francis of Assisi, these narratives express the thought, that a human being is related to all creatures in essence.

Such a sequence of reasoning caused similar thoughts in European intellectual life, even if not in such a strict version. Theologian Schleiermacher (1768 – 1834) declared it to be immoral to destroy life and formation [Leben und Gestaltung], as they are, if there is no reasonable cause to do so. Similarly, the philosopher Krause, a con-

temporary of Schleiermacher, requests to respect each and every living being and not to destroy it without reason. Because, they all, plants and animals, also humans, have similar rights, but not equal right depending on the requirements for reaching their specific destiny. The philosopher Schopenhauer, who claimed as special importance of his ethics as based primarily on the sentiment of compassion and required as well towards animals, openly referred to the Indian intellectual world [Gedankenwelt]. Via Richard Wagner, who was strongly influenced by Schopenhauer and a compassionate animal lover and friend of animal protection, those thoughts have become a common value for a broadest group of people.

Thus, in regard to animals such a rule has become self-understanding, at least as far as unnecessary torture is concerned. With plants it is different, so. For some, at the first moment it might sound unreasonable to have certain ethical obligations towards plants. But already [apostle] Paul directed our compassion towards animals and plants. Comparable are the illuminated sentimental [verklaert stimmungsvollen] interpretations in Richard Wagner's 3rd act of 'Parsifal'. In pious devotion, humans prevent, at least on Good Friday, that stalks and flowers in the fields are being hurt by walking carefully. But also in reasonings on plant ethics by a sober philosopher such as Eduard von Hartmann, who passed away 20 years ago, we find similar thoughts. In an article on flower-luxury he describes a cut flower: 'She is an organism deadly hurt, but only her colors not yet destroyed, a head still, but separated from the torso. – Whenever I see a rose in a glass of water or tied into a bouquet, I cannot fight the unpleasant thought that a human being has murdered a flower life for the purpose to enjoy his/her eyes while dying, an eye which is heartless enough, not to sense an unnatural death under the veil of life.'

A majority of people naturally is not as sensitive as Ed. von Hartmann. However, everyone knows quite well, that plants are living beings, that cutting flowers hurts them; but the thought that the flower might sense it, is far away. The concept of plant-soul so far has not taken hold in us. Additional, we know that flowers also die and dry out, while they are on the plant, and therefore one does not take issue with cutting flowers, in particular when they were cultivated for that specific purpose.

Thus, we start from a totally different point of view than the Indian fanatics, who do not want to hurt any living entity. Also, our regulations by law and police protecting certain plants and flowers in specific areas (such as plants in the Alps) are based on totally different assumptions. The police state [Polizeistaat] intends to protect those plants from being extinct in those areas, also for people to enjoy them in

later times. Whenever there are plants abundant, the state does not intend to protect them as an end in themselves.

Also, our concept of animal protection rests on an essentially different foundation than the attitude of the Indians. When we read in the novel 'Holy Hate' [Der heilige Hass] by Richard Voss, that a Rodyia-boy, i.e. a member of a depicted caste, does even not want to kill a snake, because 'also the snakes are our brothers and sisters', we do not accept such a reasoning; we actually hold it to be our duty to kill harmful animals, if we can. We have our farm animals been killed by the butcher and the harmless prey by the hunter, because we want to eat meat, which some in our areas feel they cannot miss, while in tropical countries vegetarian food is abundantly available. Our animal protection, thus, has a utilitarian aspect, which is bravely overlooked by the Indians, while we are content with at least avoiding unnecessary suffering. Unfortunately, legal regulations against prevention or punishment of those tortures are not strongly enough introduced in all civilized countries [Kulturländern]. But, we are on the road of progress and animal protection get more and more support in wider circles, such as no cultivated human being will [anstaendiger Mensch] without criticism accepts, that a thug [Flegel] without any afterthought beheads flowers with a stick while on the walk or that children break flowers only to through them away after a few steps. Our self-education, in this regard, already has made essential progress, but we have to go further, so that the guiding rule for our actions may be the bio-ethical demand: *'Respect every living being on principle as an end in itself and treat it, if possible, as such!'*

Postscript: Jahr's article 'Bio+Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze' was the Editorial in the leading German-language science journal ,Kosmos. Handweise für Naturfreunde und Zentralblatt für das naturwissenschaftliche Bildungs- und Sammelwesen', published by ,Kosmos. Gesellschaft der Naturfreunde' [Society of Friends of Nature], Stuttgart 1927, volume 24, pages 2-4. When I first discovered and read the article close to a decade ago, it took a long time to find out more about the author, his other writings and his personal file in the archives of the Prussian United Church in Magdeburg. It is remarkable that a prestigious and well established science journal, comparable to the reputation of 'Nature' and 'Science' today, accepted a paper by an unknown Protestant pastor, who never had published before,—just on the merits of his forward looking innovative concept of a new academic discipline and a content-rich Bioethical Imperative replacing Kant's Categorical Imperative, understood as having become defi-

cient for future ethics. Jahr was in bad health for most of his life and therefore his oeuvre contains only a dozen small articles. His writings had no immediate influence during his lifetime. This article 'Bio+Ethik' and 'Drei Studien zum 5. Gebot' [Three Studies concerning the 5th Commandment] in: 'Ethik. Sexual- und Gesellschaftsethik' 1934, 11:183-187 are in reprint in H. M. Sass 'Fritz Jahr's Bioethischer Imperativ. 80 Jahre Bioethik in Deutschland 1927 – 2007', Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik 2007, 34- 41 [also online in www.practical-ethics.org/bioethik]; see also my article, 'Fritz Jahr's Early 1927 Concept of Bio-Ethics', in: Kennedy Inst Ethics J, 2007, 17(4):279-295. My translation keeps close to the old style and wording of German academic writing of the early 20th century, hopefully without hurting the content. Jahr, of course, had only limited and secondary information on Indian schools of weltanschauung and yoga at his time.

Translation and Postscript by **Prof. Dr. Hans-Martin Sass**
Institute of Philosophy, Ruhr University, Bochum
Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington DC
Center for Bioethics, Peking Union Medical College, Beijing

Uvodna riječ

Poštovani/ne čitatelji/ce, pred Vama je tematski broj časopisa *Jahr* u kojem objavljujemo izlaganja i raspravu s okruglog stola "Aktualni trenutak hrvatskog zdravstva" održanog 22. siječnja 2010. na Medicinskom fakultetu u Rijeci u organizaciji Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini i Hrvatskog bioetičkog društva – Podružnice u Rijeci. Skup je upriličen s ciljem da se na njemu razmotre znanstvene, stručne, društvene, etičke i kulturne perspektive sadržane unutar najaktualnijih pitanja i problema hrvatskog zdravstvenog sustava.

Pozivu za sudjelovanje na skupu odazvalo se šezdesetak sudionika – predstavnika osnivača zdravstvenih ustanova, ravnatelja i članova tijela tih ustanova, čelnika sindikata i stručnih udruga u zdravstvu, udruga bolesnika, udruge za prava pacijenata, udruge pravnika u zdravstvu, pročelnici odjela za zdravstvo i socijalnu skrb PGŽ i Grada Rijeke, saborski zastupnici, te ravnatelji privatnih zdravstvenih ustanova. Došavši iz različitih geografskih područja, od Rovinja, Požege, Zagreba, Klenovika, Novog Marofa, Osijeka, Popovače do Zadra, te pripadajući različitim razinama organizacijske strukture zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, pridonijeli su svestranijem sagledavanju i praktičnom rješavanju pitanja i problema unutar zdravstvenog sustava. Kao organizatori ovog skupa na tome smo im osobito zahvalni.

Posebnost ovom skupu dalo je prisustvo i sudjelovanje u raspravi studenata druge godine diplomskog studija Organizacija, planiranje i upravljanje u zdravstvu – profesije koja će se u svom budućem radu suočavati s pitanjima i problemima zbog kojih je ovaj skup i organiziran.

Slijedeći koncepciju skupa te potaknuti onim na što je rasprava ukazala, sudionici skupa su definirali *Riječki apel za racionalno i etično zdravstvo* i poslali ga svima onima koji sudjeluju u donošenju odluka u zdravstvenom sustavu te, putem medija i javnosti. Sadržajne i metodološke perspektive navedene u *Apelu* potvrdile su korisnost i ispravnost primjene integrativne bioetike kako na analizu sadašnjeg stanja hrvatskog zdravstva, tako i na koncipiranje preporuka za njegovo prevladavanje.

Sudinici rasprave svoje su misli i stavove autorizirali te ih mi kao takve i objavljujemo. Poredak izlaganja i tijeka rasprave određen je prema kronologiji koju je skup slijedio.

Zahvalnost iskazujemo Primorsko-goranskoj županiji bez čije financijske potpore ne bismo bili u mogućnosti objaviti ovo izdanje. Osobito zahvaljujemo na razumijeva-

nju i podršci županu, gospodinu Zlatku Komadini, zamjenici župana, gospođi Nadi Turini Đurić i gospodinu Branku Škrobonji, predstojniku Ureda župana.

Ova tematska cjelina objavljuje se, iznimno, samo na hrvatskom jeziku, a ne i u engleskom prijevodu kao što je praksa *Jahra*. Razlog tome je referiranje u izlaganjima i diskusiji na specifične i aktualnim trenutkom određene probleme hrvatskog zdravlja. Rezultat skupa–Riječki apel za racionalno i etično zdravlje–objavljujemo i u engleskom prijevodu.

Urednici:
Nada Gosić
Amir Muzur

Foreword

Dear Readers,

In front of you, there is a special issue of *Jabr*, in which we publish presentations and discussion from the round table entitled “The current moment of Croatian health-care system”, held on January 22, 2010, at University of Rijeka Medical School and organized by Department of Social Sciences and Medical Humanities and the Rijeka branch of Croatian Bioethics Society. The aim of the conference was to examine scientific, professional, social, ethical, and cultural perspectives of the most topical questions and problems of Croatian health-care system. Sixty participants accepted the invitation to the conference: representatives, directors, and board members of health-care institutions; leaders of labor unions, professional associations in health care, associations for patients’ rights, and the association of lawyers in health care; heads of the health-care departments of the Primorsko-goranska County and of City of Rijeka; members of Croatian Parliament, as well as directors of private health-care institutions. Arriving from Rovinj, Požega, Zagreb, Klenovik, Novi Marof, Osijek, Popovača, and Zadar, being part of various levels of organizational structure of health-care institutions in Croatia, the participants contributed to a many-sided consideration and practical solving of health-care system problems. As the organizers of the conference, we therefore express deep gratitude to all of them.

A specialty of the conference was the presence and active participation of students of the second year of the program “Organization, planning, and management in health care” – a profession that will face precisely those problems the conference was all about. Following the conference concept and inspired with the discussion, the participants defined the “Rijeka Appeal for a Rational and Ethical Health Care” and sent it off to the major decision makers in health care and, via public media, to a broader audience. The contentual and methodological perspectives stressed in the “Appeal” have confirmed the usefulness and correctness of the application of integrative bioethics upon the analysis of the present state of Croatian health care as well as upon conceiving the recommendations to overcome that state.

The published thoughts and attitudes have been authorized by the participants of the conference. The order of presentations and discussion has been determined according to the chronology of the conference.

We express our deepest gratitude to the Primorsko-goranska County whose financial support has been crucial for this publication, in particular to Mr. Zlatko Komadina, the County Prefect, Mrs. Nada Turina-Đurić, the Vice County Prefect, and to Mr. Branko Škrobonja, the head of the County Prefect Office.

In contrast to the journal general policy, this part of *Jahr* is published only in Croatian, without providing the English translation, due to the specific character of the exposed topics. The main result of the conference – the “Rijeka Appeal”, however, as well as short summaries of the presentations, are offered in English as well.

Issue Editors:

Nada Gosić

Amir Muzur

Pozdravne riječi i uvodna izlaganja

Greetings and introductory presentations

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

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

Dobar dan Vam želim!

Dobrodošli za okrugli stol naslovljen Aktualni trenutak hrvatskog zdravstva, koji je okupio, kao što vidite, vrlo različite profesije, premda po naslovu izgleda strogo orijentiran prema jednoj struci. Poseban pozdrav i našim studentima OPUZ-a, koji će to vjerojatno prvi moći možda iskoristiti u vlastitoj praksi i djelovanju. Zahvalio bih se i našim cijenjenim gostima kojima ćemo prepustiti riječ pozdrava na samom početku, budući da vjerujem da su mnogi od njih u žurbi. I inače se nešto danas događa u Ministarstvu zdravstva, budući da su nam naši govornici iz Zagreba doslovce u posljednji čas otkazali: dr. Vibor Delić, inače ravnatelj Uprave za medicinske poslove u Ministarstvu, i dr. Renato Mittermayer, koji su pozvani na sastanak k ministru. Isto tako se ispričao i naš dekan, prof. dr. Alan Šustić, pa ćemo zamoliti najprije profesora Kovača, prodekana, da nam se s par riječi obrati kao domaćin ove kuće i ovog okruglog stola.

Prof. dr. sc. Dražen Kovač

Prodekan za poslijediplomske studije i trajnu medicinsku izobrazbu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Hvala.

Poštovani kolege i kolegice, osobita mi je čast pozdraviti Vas u ime našeg dekana, koji je bio spriječen, kao što ste čuli. Posebno pozdravljam profesora Muzura i sve prisutne predavače, i slušače. Nadam se da će se ovaj okrugli stol uspješno razviti i da će biti plodonosna diskusija poslije toga. I želim Vam uspjeh u radu. Hvala.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

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

Očekujemo da nam se pridruži i ravnatelj KBC-a Rijeka. Nadam se da nije i on na listi onih koji su naglo pozvani u Zagreb. U međuvremenu ćemo iskoristiti priliku da pozdravimo drage goste koje i inače smatramo dijelom ove kuće. To je doktor znanosti Željko Jovanović, dogradonačelnik Grada Rijeke, saborski zastupnik, koga inače svi znamo iz medija, dakako, kao čelnika Nacionalnog vijeća za praćenje provedbe Strategije suzbijanja korupcije. Isto tako pozdravit ćemo saborsku zastupnicu i našu profesoricu Romanu Jerković. Mnogobrojni gosti će imati, inače, prilike obratiti nam se još i u diskusiji. Samo da kažemo da se i Primorsko-goranska županija i Grad Rijeka mogu slobodno smatrati domaćinima ovog okruglog stola, budući da su pružili značajnu pomoć njegovoj organizaciji. Stoga ovdje pozdravljam gospođu Ankicu Perhat iz gradskog Upravnog odjela za zdravstvo i socijalnu skrb, koja pruža organizatorima trajnu potporu za sve što čine na ovom području. Profesorica Gosić i ja ćemo u ime riječke podružnice Hrvatskog bioetičkog društva i Katedre za društvene znanosti, odnosno od jučer Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini, biti moderatorima. Nastojat ćemo dati što više prostora kako referentima tako i diskutantima pa bih predložio da krenemo s prvim izlagачem. To je profesor Mirko Štifanić s naše Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini, koji će nam nešto reći na temu: "Politizirano zdravstvo".

Izv. prof. dr. sc. Mirko Štifanić

Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Politizirano zdravstvo

Ja Vas lijepo sve pozdravljam i želim da ovaj okrugli stol doprinese većem ugledu liječnika i liječničke profesije i pravima i dostojanstvu pacijenata. Ja sam najavio da ću govoriti na temu "Politizirano zdravstvo", ali sam onda modificirao tu temu. Ovako bi naslov mog izlaganja bio: "Krvna slika politiziranog zdravstva", s obzirom da smo svi zainteresirani za javno zdravstvo bilo kao liječnici, bilo kao društvenjaci, humanisti, ili kao pacijenti sutra. Dakle, kako ja vidim krvnu sliku, odnosno kakvo je naše zdravstvo, kakvo je politizirano zdravstvo i kakvo bi trebalo općenito biti javno zdravstvo?

Prije svega, treba reći da zdravstvo jednako za sve uz školstvo i znanost čini društvo zdravim, odnosno osigurava mu budućnost, tj. potencijale rasta i razvoja. Kada nije tako, ono postaje tromi sustav, zapleten u birokraciju, a istodobno predstavlja odlično mjesto za skrivanje različitih anomalija. U stvarnom životu dovodi se u pitanje zdravlje pa i život pacijenata. A zbog toga raste osjećaj socijalne isključenosti kod građana, pogotovo kod pacijenata, širi se nepovjerenje u institucije i to utječe na građane, liječnike i na pacijente da se pasiviziraju. I oni kažu: "ništa se ne može promijeniti, sve ovisi o nekom drugom". Neki liječnici i neki pacijenti se mobiliziraju, aktiviraju se i kažu: "mi možemo doprinijeti da se stanje u javnom zdravstvu poboljša, artikulirat ćemo institucionalne zahtjeve i postići ćemo male uspjehe".

Što bi bilo politizirano zdravstvo općenito? Dakle, to je zdravstvo koje je ovisno o politici, a ne o struci, a ne o profesionalizmu, o humanosti pa i etičnosti. Temeljni cilj politiziranog zdravstva je ograničiti kvantitetu i kvalitetu usluge, odnosno učiniti liječnike i druge zdravstvene radnike sredstvom za smanjenje troškova. To je ozbiljan problem zemalja u tranziciji, uključujući i našu državu, koji otežava pitanje temeljnih ciljeva javnoga zdravstva, ali i društva. Jer upravo u zdravstvu se vidi kakvo je stanje u čitavom društvu. U biti, mnogi od vas će se složiti, nadam se, sa mnom da je sve manje moderne, zdravstveno i socijalno osjetljive države. Iako to ne znači da je nema, ali općenito vidimo da je to problem. Socijalno i zdravstveno osjetljive države jednake za sve građane. Nerijetko ćemo konstatirati: izvrnute su vrijednosti, zdravlje postaje roba koju će bogati kupovati, a siromašni će umirati. Jedan naš kolega, sveučilišni profesor, napisao je u jednu knjigu–kolege Gorjanskog–"žrtve se ne broje". Kao upozorenje. O čemu se radi? O prepoznavanju dvanaest karakteristika politiziranog zdravstva. To su:

Prvo. Rezanjem troškova zdravstvenih usluga stvara se veća razlika između siromašnih i bogatih.

Drugo. Javnim zdravstvom, koje klizi prema profitnom zdravstvu, upravljaju liječnici koji postaju političke osobe *par excellence*. Sklone su politiziranju stvari koje nisu političke naravi i sklone su ideologiziranju. Zdravstvo, javno zdravstvo je natpolitičko, općedruštveno pitanje, moralno pitanje, etičko pitanje. Moram reći i to da oni za svoje postupke ne odgovaraju, jer su političari koje podržava politika. Dakle, još jedanput ću ponoviti. Za svoje postupke ne odgovaraju kao političari, jer su liječnici, niti kao liječnici, jer su političari. Na njih ne može utjecati niti struka–nerijetko, ne totalno–a još manje humani liječnici, te još manje onda pacijenti ili njihove udruge. Bila je ovih dana jedna zanimljiva izložba u Zagrebu–njezin autor kaže: “ovo je prisutna odsutnost”. Ja neke političare–liječnike ocjenjujem: oni su prisutna odsutnost.

Treće, medicinska struka ima ograničenu autonomiju. Jasno da bez toga djeluje ograničeno profesionalno, ograničeno humano i ograničeno etički. Liječnike koje smo na fakultetu doista izgradili kao visoko educirane stručnjake i humane osobe ograničava se u radu s pacijentima, ali ne samo financijski nego i profesionalno i etički. Ugled liječnika devalvira.

Četvrto. U politiziranom zdravstvu pacijenti formalno imaju prava koja u zbilji nerijetko ne mogu ostvariti dok ne dođu u medije, a neki niti tada. Mnogi pacijenti ne dođu u medije. Većina ne dođe u medije jer se plaši da neće dobiti nikakvu pomoć.

Peto. Politika nameće liječniku kao primarni cilj pridržavanje limita, odnosno ograničenja, a tek nakon toga spašavanje života bolesnih građana. Odnosno, borba za ugroženi život ponekad je u drugom planu. Štoviše najbolje liječnike koji postupaju kako zahtijeva struka, kažnjava se. Vjerujem da znate da ima i takvih slučajeva.

Šesto. U politiziranom zdravstvu tranzicijskog društva liječnika se nastoji držati na udaljenosti od pravog ili potpunog profesionalizma. Sve je veći raskorak između formalnih i stvarnih ciljeva, principa, standarda i etičnosti. Politika određuje koliko će pacijenti čekati na pretrage, na liječenje, koliko i koji će se aparati nabaviti, koliko se pacijenata dnevno smije na tim aparatima pregledati na teret HZZO-a, koji će se lijekovi pisati na recept itd. Iako su vrhunski educirani, liječnici su ograničeni naputcima iz vrha zdravstvene administracije. Štoviše, financijski se nagrađuje onaj tko štedi na štetu pacijenata. Na to upozorava naš akademik Josip Županov i kaže da bi zapravo princip trebao biti: ako liječnik postigne uspjeh kod pacijenta–snizi mu razinu kolesterola ili odgovori ga od pušenja itd., kao što je to u Velikoj Britaniji–on bi trebao dobiti više novaca. Ako više radiš, ako postigneš veće uspjehe, dobit ćeš više novca.

Sedmo. U zdravstvu koje vodi struka formalno vrijedi Hipokratova prisega prema kojoj je zdravlje pacijenta na prvom mjestu, a u zbilji pacijenti se liječe ovisno o limitu—to postaje zakon—a nakon toga ovisno o količini novca koji pacijent može izdvojiti za svoje liječenje. Stoga se postavlja doista ozbiljno pitanje: hoće li liječnici ostati dio socijalnog dogovora jednog društva, recimo našega, ili će postati dio tržišnog ugovora? Ne otvara li se onda stampedo tržišne pohlepe u javnom zdravstvu?

Osmo. O stanju u politiziranom javnom zdravstvu svjedoče gotovo svakodnevni pozivi na donacije ustanovama javnog zdravstva, pojedincima koji se u njima ne uspijevaju izliječiti, a radi se o najosjetljivijim dijelovima javnoga zdravstva. Nabrojat ću samo neke: intenzivni odjel Dječje klinike u Osijeku, rodilište u Šibeniku, Dječja bolnica Kantrida, onkologije Rijeka, Pula, Split, Hitna medicinska pomoć u Dubrovniku. Sjetimo se samo što se dogodilo s naručivanjem djevojčice koja je imala tri operacije mozga, mislim, u Zadru. Ali to je samo slučaj koji je došao u novine. Naručivanje pacijenata nije birokratska stvar, forma, stvar jedne medicinske sestre koja će kasnije biti kriva za sve, koja ne smije vidjeti nikakav prioritet niti naručiti nekoga prije ili kasnije. Nekad je u pitanju život. Naručivanje je profesionalna i moralna stvar koju mora obavljati liječnik. Stoga, dakle, država—općenito govoreći—ima jednu bitnu ulogu zbog koje postoji, a to je solidarna skrb o svom stanovništvu, pogotovo kad je bolesno. I ako ona prebacuje skrb za liječenje na dobru volju građana, na donacije itd. onda političari okreću kotač razvoja javnoga zdravstva unatrag.

Deveto. Politizirano javno zdravstvo zaostaje za privatnim, jer je sporo, neefikasno pa i nedostupno. Posebno nazaduje u personaliziranom i humanom odnosu prema pacijentu kao čovjeku. U njemu ima puno više problema nego se javno priznaje, a često su, kad se problem iznese, krivi mediji. Slažem se, i mediji imaju svoju odgovornost i svoju etiku koje se moraju držati, ali da nema medija, vjerujte, naše bi zdravstvo bilo u još gore stanju. Statistike o problemima u zdravstvu se ne vode. Politika je uvela princip prema kojemu pojedinačan slučaj kršenja prava pacijenata ništa ne dokazuje. Važan je članak i stavak zakona.

Deseto. Bolnice se udaljavaju i izoliraju od sredine u kojoj su smještene i u kojoj djeluju. Ne govorim o onom dobrom što ima u svim bolnicama. Govorim o onome što treba popraviti, što je loše i što se može popraviti. Nema prostorijske u bolnici u kojoj bi pacijenti izrazili bilo svoje zadovoljstvo ili svoje nezadovoljstvo, dobili informaciju i savjet, pohvalili rad ili postupke pojedinca, predložili neke promjene. Pacijenti mogu biti doista vrlo dobar i neophodan korektiv ponašanju u javnom zdravstvu. To treba iskoristiti. Nerijetko pacijentima ostaje rubrika u novinama "Reagiranja", dakle napisati to pismo, što se malo tko odlučuje, kao što sam već rekao, zbog straha da će se onda na njega obrušiti neki liječnik ili medicinska sestra ili ne znam tko.

Jedanaesto. U politiziranom javnom zdravstvu stvara se stalna slika prijjetnji. Prijetnji izvana. A obrana od toga je liječnik-političar. Naime, prijete ideološki i politički protivnici, suparnici itd. Prijete liječnici koji nisu umreženi i kao takvi analiziraju stanje u javnom zdravstvu i potiču raspravu te artikulaciju zahtjeva za promjenama koje bi zdravstvo izvuklo iz krize. Prijete udruge za zaštitu prava pacijenata, prijete novinari, prijete znanstvenici pa čak i volonteri koji nerijetko teško dobivaju suglasnost za ulazak u bolnicu.

I dvanaesto. Politika nastoji držati *cordon sanitaire*, neke "zidine" između javnoga zdravstva i javnosti, odnosno medija i udruga za zaštitu prava pacijenata. Onemogućava se stručna i civilna kontrola javnoga zdravstva, dakle sudjelovanje i struke, ne samo one umrežene u politici, nego neumreženih, a pogotovo udruge za prava pacijenata itd. Dalje, dominacija politike nad zdravstvom održava se tako što liječnik-političar nastoji svoje podređene ušutkati i onda kad imaju što i kad trebaju što reći. Epilog je sljedeći: humanim i moralnim liječnicima, da to običnim riječima kažem, lomi se kraljeznica, obeshrabruje ih se, obespravluje ih se i čini mi se da je profesija u nekakvom stanju autohibernacije. Nerijetko je i kadrovski devastirana pa nije niti potrebna snažnija intervencija politike prema ravnateljima bolnice, pročelnicima klinike itd., jer su oni itekako istrenirani i znaju koliko politika utječe na postavljanje najodgovornijih ljudi u zdravstvu, ravnatelja bolnica, klinika, imenovanje članova različitih povjerenstava te koji su "kriteriji" za zapošljavanje, dobivanje specijalizacije, napredovanja, imenovanje u upravne odbore itd. U zbilji se, dakle, onemogućava liječniku da bude profesionalan, human, te pacijentu odan.

Zaključak. Za takvo stanje ne treba kriviti liječnike, nego prije svega same zdravstvene administracije, odnosno Ministarstvo zdravstva i HZZO. Ponavljam riječi akademika Županova, koji je upozoravao da upravo iz tih mjesta, to vjerujem da znate i vi, stižu ograničenja kojima nisu zadovoljni niti humani i moralni liječnici, a niti pacijenti. Međutim, zasada nema snažnih reakcija negodovanja građana te udruga za zaštitu prava pacijenata. Rijetki su pacijenti koji žele učiniti nešto što bi pomoglo, rijetki su ti koji su uvjereni da bi mogli doprinijeti poboljšanju zdravstva, ali ima i takvih. Međutim, ono što vidim u zadnje vrijeme to su vrhunski liječnici, kojih doista imamo i njihove klinike i bolnice itd. počinju otvoreno progovarati u lice kamere i u mikrofon o problemima, ali ako to napravi netko mlađi onda može imati probleme pa čak i biti izbačen iz svoje kancelarije itd. Zašto se to događa? Poslušajmo jednog seniora britanske politike, koji se zove Tony Penn i koji kaže: "to se događa u društvu gdje se političari ne plaše reakcije niti struke niti građana, u pasivnom društvu, kojeg je strah da će izgubiti ono šta ima itd., a demokracija je upravo to da se čovjek aktivira za nešto što misli da je dobro, što je dobro za sve".

Ono što sam još htio reći je odgovoriti na pitanje kako reagiraju liječnici na opće stanje, ja kažem, krize zdravstva. Postoje četiri modela, koja ću ja ovdje opisati ukratko, znači reagiranja liječnika na stanje krize u javnom zdravstvu. Prvi je konformistički model: liječnik se ponaša onako kako se isplati. Kako mislim: isplati? To znači: priključiti se nekoj stranci, dobiti posao i ne stvarati probleme, biti uronjen u zdravstveni sustav te sve procjenjivati kroz vlastiti interes. Drugi model je model 'bez mene', tj. liječnik smatra da se ne isplati govoriti o stanju u zdravstvu niti artikulirati zahtjeve za promjene, jer su moguće samo negativne posljedice po njega. On je samo formalno član Liječničke komore, Liječničkog zbora. On u biti ne sudjeluje u životu tih strukovnih organizacija koje su mu također otuđene i strane i politizirane. Treći model je borba za svoje određene interese i ne zahvaća cjelinu struke. To je u funkciji produblivanja krize, a njezino rješavanje zbog toga mora biti jako, jako dugo ili nekad *ad calendas graecas*, kako kažu, na Sveti Nikada. Četvrti model predstavljaju liječnici koji smatraju da se isplati mobilizirati za promjenu zdravstva. Oni iskazuju svoje nezadovoljstvo sa stanjem zdravstva općenito te se bore za položaj liječnika u društvu i zdravstvu, s ugledom liječnika i profesije itd. To su zapravo humane, dobre, altruistične osobe. Poput—ono što ja zapažam—liječnika s otoka Paga, liječnice Slave iz Zagreba, liječnice iz Zadra, liječnika onkologa iz Splita, Stele iz Zagreba, Ljiljane iz Poreča, liječnika udružene Koordinacije hrvatske obiteljske medicine, liječnika u Hrvatskom društvu obiteljskih liječnika itd. Međutim, sad u nas dominira strategija apstinencije odnosno pasivizam liječnika koji smatraju da se ne isplati govoriti o stanju, jer politika ionako odlučuje mimo struke. Za odgovorno funkcioniranje, za profesionalno i humano funkcioniranje zdravstva i za izlaz iz krize sustava koji je natpolitički, općedruštveni, od presudne je važnosti koji će model postati dominantan od ova četiri.

Ipak moram reći da smatram da je kriza zdravstva, politiziranog zdravstva, rješiva. Međutim, treba nešto poduzeti. Da bi se javno zdravstvo počelo izvlačiti iz krize potrebno je:

1. Graditi posttranzicijsko, tj. "novo" javno zdravstvo po mjeri Čovjeka, tj. jednako za sve. U njemu:

- a) liječnik ima optimalne uvjete rada s ciljem da pacijente liječi kako nalaže struka i etika, te
- b) pacijent je, stvarno a ne samo formalno, u središtu pozornosti javnoga zdravstva.

2. Za realizaciju tih ciljeva potrebna je:

- a) politička volja, ili
- b) pritisak, da se zdravstvo depolitizira, odnosno modernizira i profesionalizira te socijalizira i bude prožeto etičnošću.

3. Struka i pacijenti trebaju biti sukreatori reforme zdravstva: strukturalne, organizacijske, funkcionalne, financijske, moralne.

Neophodno je definirati ciljeve i mjere koje zdravstveni sustav vode prema "ozdravljenju". One su sljedeće:

- cilj br. 1: Osnajivanje položaja dobrog (moralnog, altruističnog, humanog) liječnika u zdravstvu koji će zdravstvo depolitizirati i modernizirati te učiniti dostupnim i efikasnim za sve, a pacijente smatrati suradnicima.

Mjere: Ovaj cilj moguće je postići tako da se sustav učini transparentnim. Rezultate anketa trebalo bi objavljivati u liječničkim biltenima koji bi trebali biti besplatno dostupni pacijentima. Puno se može postići i pozitivističkom orijentacijom, odnosno javnim objavljivanjem tekstova pohvala, odnosno objavljivanjem imena hvaljenih osoba zdravstvenoga sustava.

- cilj br.2: Osnajivanje položaja pacijenta pred liječnikom, u bolnici i u zdravstvu s ciljem jačanja povjerenja u sustav.

Mjere: Povjerenje u sustav može se uspostaviti jedino pod pretpostavkom da sustav funkcionira, a anomalije su slučajna i sporadična pojava. Sustav može funkcionirati ako su jasno poznata prava i obveze svake strane, sankcije za njihovo nepridržavanje, kao i instituti provođenja sankcija. Mjera koja može imati snagu poluge može biti anketno ocjenjivanje segmenata medicinske usluge (usluga prijma, liječenja, odnosa prema pacijentu, itd.)

- cilj br. 3: Pobljšanje komunikacije s pacijentima.

Mjere: Za komunikaciju s pacijentima i jačanje transparentnosti sustava čak i nisu potrebna značajnija ulaganja. Dovoljno je uspostaviti kvalitetan i sadržajan web-portal na kojemu bi bilo moguće naći sve prethodno navedene podatke. Osim toga, reputacija bolnica može se jačati i uspostavljanjem online-komunikacije s pacijentima kao podrške u procesu liječenja.

- cilj br. 4 i 5: Razvoj profesionalizma liječnika i drugog osoblja te kvalitete rada.

Mjere: Ova dva cilja je također moguće postići tako da se sustav učini transparentnijim. Trebalo bi dostupnim učiniti diplome i životopise zdravstvenih djelatnika, posebice liječnika, odnosno njihove ocjene tijekom studija, radno iskustvo, nagrade, specijalizacije i sl.

- cilj br. 6: Osiguravanje napredovanja liječnika na temelju stručnih kompetencija i uspjeha u radu s pacijentima a ne na temelju podrške političkih stranaka.

Mjere: Kao što je anketno ocjenjivanje studenata uvjet za napredovanje nastavnika (uz neke apsurdne koji se pritom javljaju), rezultati anketnoga ispitivanja pacijenata također bi trebali predstavljati čimbenik u profesionalnom razvoju zdravstvenih radnika, posebice liječnika.

- cilj br. 7: Jačanje transparentnosti u zdravstvu.

Mjere: Jačanje transparentnosti cijeloga sustava može se ojačati i uvođenjem Ombudsmana (odnosno Pravobranitelja pacijenata) na državnoj, ali i lokalnoj razini.

Osim ovih sedam ciljeva i mjera potrebno je sustav jačati i iznutra, odnosno od početka. Potrebno je jačati društvene i humanističke sadržaje u edukaciji studenata.

Što se pacijenata tiče mislim da bez ombudsmana ili pravobranitelja pacijenata ništa neće biti. A pravobranitelj se u Hrvatskoj pokazao u mnogim segmentima vrlo uspješan. Ako ne postignemo navedene ciljeve onda će postojati dva načina liječenja pacijenata: jedan za bogate, a drugi za siromašne. Bit će dvije vrste bolnica: jedne za bogate, druge za siromašne. Takav razvoj nema smisla, nije održiv. Ako, dakle, javno zdravstvo nije jednako za sve, ono postaje sve disfunkcionalnije, okrutnije. Ako nema interesa za održavanje na životu svakog građanina, svakog bolesnog građanina i svih onih koji ne mogu platiti liječenje i lijekove, država postupno gubi stabilnost te smisao kao i samu mogućnost postojanja. I, konačno, završavam pitanjem: hoće li se humani liječnici i struka emancipirati od politike i depolitizirati javno zdravstvo, odnosno hoće li se uspraviti i hodati te modernizirati s ciljem da postanu sukreatori promjena u javnom zdravstvu? Hvala vam lijepo.

Mirko Štifić

*Department of Social Sciences and Medical Humanities,
University of Rijeka School of Medicine*

A politicized health care

ABSTRACT

In the first part of the presentation, the author defines politicized health care and determines dimensions of the relation between politics and medicine. In the second part, he lists the characteristics of politicized health care, while, in the third part, the aims and measures are defined to improve the condition of health-care system in the Republic of Croatia.

Dr. sc. Željko Jovanović

Zamjenik gradonačelnika Grada Rijeke, zastupnik u Hrvatskom saboru, član Odbora za zdravstvo i socijalnu skrb Hrvatskog sabora, predsjednik Nacionalnog vijeća za praćenje provedbe Strategije suzbijanja korupcije

Organizatori zaslužuju sve pohvale za ovaj skup, koji će vjerujem odaslati važne poruke kako unaprijediti položaj zdravstva u Hrvatskoj. Na tragu pitanja o kojima je govorio profesor Štifanić i problemu dostupnosti zdravstva, ja želim naglasiti da kada je riječ o aktualnoj krizi hrvatskog zdravstva, ono u ovom trenutku nije niti solidarno niti je sveobuhvatno niti je svima jednako dostupno. A to je nešto o čemu uvijek moramo voditi računa kada govorimo o zdravstvu u Hrvatskoj u dvadeset i prvom stoljeću. Danas postoje sredine u Hrvatskoj u kojima praktično nema dostupne zdravstvene zaštite, ali i sredine u kojima imate zdravstvenu zaštitu dvadeset prvog stoljeća. Ono što posebno želim naglasiti je pitanje etike u sustavu zdravstva. Jučer sam prisustvovao dodjeli nagrade fonda Hipokrat koje su dobili četvero ljudi: doktor Sladovljev, profesor Marušić, doktorica Gajski i novinarka Nataša Škaričić. Dakle, jedna od ključnih tema aktualnog hrvatskog trenutka je i tema korupcije u zdravstvu. Ono što uvijek ističem, kad govorimo o korupciji u zdravstvu, jest da nje sigurno ima. Ima je manje nego što ljudi misle, ali je ima puno više nego što to pokazuje broj osuđujućih presuda. I naravno, korupcija u zdravstvu nisu samo plave kuverte liječnicima. Korupcija u zdravstvu je puno širi pojam. Nekada je puno opasnija akademska korupcija u zdravstvu, ali i korupcija u javnim nabavama: kada bi se dosljedno provodile javne nabave, kada bi bilo više kontrole, to bi vjerojatno donijelo zdravstvu nekih 5-10% više novaca. Sve to što se sada troši na nekakve radnje ispod stola značilo bi više novaca u zdravstvenom budžetu. Ono što još posebno želim naglasiti, a to je da kada govorimo o doprinosu Rijeke u ukupnom sustavu zdravstva Hrvatske, onda treba jasno reći da je riječko zdravstvo bilo nerijetko predvodnik unaprjeđenja sustava zdravstva Hrvatske. Nažalost, zbog velike podcijenjenosti unutar podjele hrvatskog zdravstvenog kolača ono je u ovom trenutku daleko od mogućnosti koje bi imalo kada bismo imali sredstva dostatna za ono što riječki zdravstveni radnici, od sestara do liječnika, mogu ponuditi svojim pacijentima. Prema tome, raspodjela zdravstvenog kolača u Hrvatskoj još uvijek nije dovoljno dobra, nije na temelju nekakvih jasnih kriterija koji bi morali biti jasni i transparentni kao što je rekao i profesor Štifanić, jer je transparentnost ključna u pravednoj raspodjeli zdravstvenog kolača. Pozdravljam i dobitnika nagrade Hipokrat koji je ovdje sada sa nama, doktora Sladovljeva, čovjek koji je ustao protiv sustava, koji je radio svoj posao, koji je ukazivao na nelogičnosti i za nagradu je dobio, ne mislim sada na nagradu fonda Hipokrat, nego otkaz. Dakle, to je surova stvarnost hrvatskog zdravstva i vjerujem da ćete i sa zaključcima ovog današnjeg skupa odaslati poruke koje trebaju pokazati smjer razvoja hrvatskog zdravstva, a to je više znanja, više odgovornosti, više transparentnosti i više pravednosti. To je jedini put koji će omogućiti Hrvatskoj da ima solidarno, sveobuhvatno i svima jednako dostupno zdravstvo.

Mr. sc. Zvonimir Bošković

Hrvatsko bioetičko društvo – Podružnica u Rijeci

Pogled u normativno i stvarno u zdravstvenom sustavu

Uvod

Od svih mogućih raznovrsnih i veoma brojnih pristupa zdravstvenoj djelatnosti (sociološki, ekonomski, teološki, bioetički, politički itd.)¹ izabrali smo onaj koji je „najmršaviji“, ali valjda zato, najsigurniji i uz to, za čudo, najzanimljiviji. Radi se o pravnom pristupu zdravstvenoj djelatnosti o zdravstvenoj djelatnosti odjevenoj u pravno ruho. S druge strane, ne može biti nikakve sumnje u pogledu toga da su posljednjih nekoliko godina različiti pravni aspekti zdravstvene djelatnosti predmet zanimanja pravne znanosti i pravne prakse. U tom kontekstu osobito su se isticala tri argumenta.

- a) Prvo, zdravlje je potrebno svakom čovjeku da bi mogao raditi, normalno i u sreći živjeti sam, ili zajedno sa svojom obitelji. Za zdravlje ljudi, naroda (narodno zdravlje) zainteresirani su država i cijelo društvo iz ekonomskih, socijalnih, kulturnih, obrambenih i drugih razloga, kao i iz razloga čovjekoljublja.
- b) Drugo, Republika Hrvatska prolazi kroz razdoblje intenzivnog pravnog uređenja zdravstvenog zakonodavstva. Od kraja devedesetih godina normativno djelovanje u ovom području, poticano obvezama preuzetim Sporazumom o stabilizaciji i pridruživanju Europskoj uniji² rezultiralo je donošenjem sustavnih zakona i velikim brojem provedbenih propisa koji se odnose na zdravstvenu djelatnost. Nacionalno zakonodavstvo nastoji se uskladiti s pravnom stečevinom (*acquis communautaire*) EZ te međunarodnim aktima Vijeća Europe. Posljedica tog usklađivanja jest i nova arhitektonika navedenih odredbi, koje će adresatima propisa olakšati snalaženje u ovoj materiji.

¹ O sociološkim, ekonomskim itd. koncepcijama o zdravstvu vidi: Štifanić, Mirko, *Zdravlje i bolest u društvenim znanostima*, Josip Turčinović, d.o.o., Pazin, 1996.; isti *Kute i pidžame*, Udruga Pacijent danas, Rijeka, 2003., isti, *Bolesno društvo* (Osveta privilegiranih), Adamić, Rijeka, 2008; isti *Kultura umiranja, smrti i žalovanja*, Adamić, Rijeka, 2009.; Štifanić, Mirko – Bošković, Zvonko, *Prava pacijenata (vodič za kulturu poznavanja i poštivanja prava pacijenata)*, Adamić, Rijeka, 2007.; Štifanić, Mirko – Dobi-Babić, Renata, *Prava pacijenata*, Adamić, Rijeka, 2000.

² Zakon o potvrđivanju Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju između Republike Hrvatske i Europskih zajednica i njihovih država članica (NN–Međunarodni ugovori, br. 14/01, 14/02, 1/05, 7/05, 9/05 i 11/06).

- c) Treće, navedeni interes proizlazi iz težnje koja se temelji na opće poznatoj ideji – načelima zaštite ljudskih prava koja proizlaze iz Ustava RH,³ zakonodavstva, konvencija UN-a, propisa EU, te Nacionalne strategije razvitka zdravstva (2006.-2011.)⁴ programima i smjernicama vezanim uz liječenje.

Zdravstveni sustav odnosno zdravstvena djelatnost, zbog svoje složene prirode i iznimnog značenja, nameće visoke zahtjeve svim čimbenicima koji na bilo koji način u njemu sudjeluju. Čini nam se da je takva namjera i judikature. Osiguranje što veće razine zdravstvene skrbi utemeljeno je ponajprije na stručnosti zdravstvenih radnika. Kadrovski supstrat ima prvenstveno značenje za uspjeh svake zajedničke djelatnosti. Stoga je predmet interesa, i kao pretpostavka uspjeha, i kao eventualni razlog nefunkcioniranja, ili neuspješnosti pojedine djelatnosti. Određeni ključni kadrovi nesumnjivo utječu bitno na uspjeh ili neuspjeh akcije, a tome treba dodati i to da na uspjeh akcije utječu i opća atmosfera u kolektivu, stupanj motiviranosti odnosno angažiranosti na zadacima organizacije – dakle opet elementi vezani uz ulogu ključnih ljudi u organizaciji.⁵

Općenita konstatacija o ulozi kadrova može se primijeniti i na ulogu kadrovskog supstrata u djelovanju zdravstvenog sustava. Pritom suvremenost medicinske opreme, prostor, financijska potpora, moderna organizacija i upravljanje također su važne pretpostavke za životnost zdravstvenog sustava. Nismo dakle skloni da restriktivno tumačimo pojam uspješnosti zdravstvene djelatnosti.

Ali s druge strane, u svakoj raspravi o funkcioniranju zdravstvenog sustava, kao nezaobilazni element njegova unapređivanja naznačuje se i važnost uloge pravnih propisa kojima se sustav uređuje. Sada kad se modernizira cjelokupan pravni sustav RH, osobitu pozornost treba posvetiti pravnom uređenju zdravstvenog sustava prilagođenog europskim standardima. Pritom konceptijska utemeljenja valja potražiti i u bogatoj tradiciji hrvatskog zdravstva.

Dobro, dakle *životno i primjenjivo* uređenje zdravstvenog sustava svakako treba ubrojiti u osnovne pretpostavke njegova uspješnog funkcioniranja. Druga važna konstatacija, doduše opet o nečemu što je čitatelju već poznato, jest da bi, po našem mišljenju, *pogrješno bilo* (a često se to u praksi događa) *očekivati da će samim normiranjem novomodelirani sustav sam po sebi postati djelotvoran*. Naprotiv, njegova djelo-

³ Ustav Republike Hrvatske (NN, br. 41/01 – pročišćeni tekst i 55/01).

⁴ Nacionalna strategija razvitka zdravstva, 2006.-2011. (NN, br. 72/06)

⁵ **Kregar, Josip – Pusić, Eugen – Šimonić, Ivan**, *Kadrovi u upravi*, Naša zakonitost br. 7, Zagreb, 1985., str. 761.

tvornost temelji se na drugačijoj koncepciji, nazovimo je aktivnom ulogom svih čimbenika koji su neizravno ili izravno u sustav involvirani.

Zadaća je ovoga rada sadržana u prikazu pravnih propisa, ali ne i općih akata zdravstvenog sustava; nije obuhvaćen ni pregled tijela koja djeluju u zdravstvenoj djelatnosti jer to ne spada u okvire naših razmatranja. Spomenuli smo ih ovdje samo zato, jer ih ne možemo mimoići kad govorimo o važnosti sustava: opći akti zdravstvenog sustava izraz su njegove autonomije, dok funkcioniranje djelatnosti ovisi o *usklađenosti i učinkovitosti tijela u sustavu*.

1. Pravni propisi

2.1. Ustav Republike Hrvatske

Treba napomenuti da se zdravljem i zdravstvenom djelatnošću u RH bavi veliki broj pravnih izvora, pa tako, između ostalih, prema hijerarhiji pravnih izvora i najviši pravni izvor – Ustav RH (dalje u tekstu – Ustav). To je posljedica činjenice da pravo na život čovjeka i pravo na samoodređenje u odnosu na liječnike i znanstvene eksperimente ulaze u krug osobnih i političkih prava i sloboda,⁶ a pravo na zdravstvenu zaštitu i zaštitu zdravlja pripadaju ustavnoj kategoriji gospodarskih, socijalnih i kulturnih prava.⁷ Koliku važnost Ustav daje zaštiti zdravlja najbolje se vidi iz odredaba članaka 16. i 50. prema kojima se sva druga ustavna prava i slobode, uključivo poduzetničku slobodu i vlasnička prava, mogu ograničiti, ako je to potrebno radi zaštite zdravlja.

2.2. Međunarodni pravni izvori

Zdravstvenu djelatnost uređuje i veći broj međunarodnih pravnih izvora. Među najvažnije pravne izvore međunarodnog prava na tom području izdvaja se: 1) UN-ova Opća deklaracija o pravima čovjeka iz 1948. godine, 2) Konvencija o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda od 4. studenog 1950., 3) Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskih bića u pogledu primjene biologije i medicine – skraćeno **Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini**. Navedenu Konvenciju i dodatne protokole Hrvatski sabor potvrdio je Zakonom donesenim na sjednici održanoj 14. srpnja 2003. (NN – Međunarodni ugovori, br. 13/03), te 4) Opća deklaracija o bioetici i ljudskim pravima OUN za odgoj, znanost i kulturu (UNESCO).⁸

⁶ Članci 21. i 23. st. 1. Ustava.

⁷ Članci 58. i 69. Ustava.

⁸ **Nikšić, Saša**, *Ugovor o zdravstvenoj usluzi*, dis., Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2007., str. 22.

Preambula Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini upućuje i na druge međunarodne izvore prava. Iz te činjenice kao i iz shvaćanja iznesenih u pravnoj književnosti⁹ proizlazi da i brojni drugi međunarodni pravni izvori imaju određeno značenje na području zdravstvenog prava. Pored do sada već spomenutih navedeni izvori su: Europska socijalna povelja od 18. listopada 1961., Međunarodni pakt o gospodarskim, socijalnim i kulturnim pravima od 16. prosinca 1966., Konvencija o zaštiti pojedinaca u pogledu automatske obrade osobnih podataka od 28. siječnja 1981. i Konvencija o pravima djeteta od 20. studenoga 1989.¹⁰

2.3. Zakonski izvori

2.3.1. Zakonski propisi u širem smislu

Zakonodavstvo u zdravstvenoj djelatnosti u širem smislu čine: a) sustavni zakoni i b) posebni zakoni nesustavne prirode kojima se normiraju neka od pitanja zdravstvene građe.

Kao važnije zakone iz ove kategorije ističemo **Zakon o obveznim odnosima (ZOO)**¹¹ koji ulazi u opće propise ugovornog prava, **Obiteljski zakon**¹², **Zakon o zaštiti potrošača**,¹³ **Zakon o elektroničkoj trgovini**,¹⁴ itd.

Važni su i finacijski aspekti zdravstvene djelatnosti, pa su u tom smislu relevantan pravni izvor i pravni izvori finacijskog prava.

2.3.2. Zakonski izvori u užem smislu

Zdravstvena djelatnost danas u RH prožeta je velikim brojem zakonskih i podzakonskih propisa i po tome se ne razlikuje od ostalih pravnih sustava u suvremenom svijetu. Veliki broj propisa o zdravstvenoj djelatnosti i značenje koje im pripada u suvremenom društvu sve više aktualizira pitanje zdravstvenog odnosno medicinskog prava.¹⁵

Pravni izvori u užem smislu, dakle oni propisi koji neposredno uređuju organizaciju obavljanja zdravstvene djelatnosti i odnose između pacijenata i pružatelja zdravstvene usluge, relevantni su prije svega zato što određuju pojam zdravstvene djelatnosti.¹⁶ Druga važna konstatacija jest da zakonodavstvo u području zdravstvene djelat-

⁹ Nikšić, *supra* 8, str. 22.

¹⁰ Nikšić, *supra* 8, str. 23.

¹¹ NN, br. 35/05. i 41/08.

¹² NN, br. 116/03., 17/04. i 136/04.

¹³ NN, br. 96/03.

¹⁴ NN, br. 173/03.

¹⁵ Nikšić, *supra* 8, str. 23.

¹⁶ Nikšić, *supra* 8, str. 29.

nosti u užem smislu (*stricto sensu*) obuhvaćaju sve **sustavne zakone** koji uređuju zdravstvenu djelatnost.

Priroda sustavnih propisa jest takva da se njima što cjelovitije izražava koncepcijsko opredjeljenje zakonodavca u određenom području.¹⁷ U koncepcijskom osmišljavanju sustava, kao i u normativnom izričaju, zakonodavac mora voditi brigu o komparativnim dostignućima i međunarodnim konvencijama u području koje regulira. Sadržaj i opseg sustavnih propisa su obuhvatniji u odnosu na ostale propise iz tog područja. Tako se njima što zaokruženije nastoji urediti funkcioniranje djelatnosti, položaj pravnih subjekata, djelatnika i ostalih naslovnika u sustavu,¹⁸ (dakle, u zdravstvu se uređuju pitanja organizacije rada, financijska djelatnost, položaj upravnog vijeća, ravnatelja, liječnika, stručnih službi i dr.).

Zakonski izvori zdravstvenog prava u užem smislu u Republici Hrvatskoj su:

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti,¹⁹
2. Zakon o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj,²⁰
3. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju,²¹
4. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju,²²
5. Zakon o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu,²³
6. Zakon o liječništvu,²⁴
7. Zakon o stomatološkoj djelatnosti,²⁵
8. Zakon o sestrinstvu,²⁶
9. Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti,²⁷
10. Zakon o ljekarništvu,²⁸
11. Zakon o lijekovima,²⁹

¹⁷ Grupa autora (gl. ur. Boris Drandić), *Priručnik za ravnatelje*, Znamen, Zagreb, 1993., str. 439.

¹⁸ *supra* 17, str. 439.

¹⁹ NN, br. 150/08.

²⁰ NN, br. 114/97.

²¹ NN, br. 150/08.

²² NN, br. 85/06.

²³ NN, br. 85/06.

²⁴ NN, br. 121/03.

²⁵ NN, br. 121/03.

²⁶ NN, br. 121/03.

²⁷ NN, br. 121/03.

²⁸ NN, br. 121/03. i 142/06.

²⁹ NN, br. 71/07. i 45/09.

12. Zakon o zaštiti prava pacijenata,³⁰
13. Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja,³¹
14. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama,³²
15. Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti,³³
16. Zakon o obveznom cijepljenju protiv ospica (morbili),³⁴
17. Zakon o obveznom cijepljenju protiv rubeole i obveznom prijavljivanju oboljenja,³⁵
18. Zakon o psihološkoj djelatnosti,³⁶
19. Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece,³⁷
20. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite,³⁸
21. Zakon o medicinskim proizvodima.³⁹

2. Staleško pravo i liječnička etika

Borba za ugled i položaj profesije osobito dolaze do izražaja u kodeksu koji donosi i usvaja sama profesija. U svojoj staleškoj organizaciji liječnici svoje profesionalno samosvojestvo i integritet izražavaju sami, donošenjem i usvajanjem svoga etičkog kodeksa svojih pravila ponašanja i poželjnih ponašanja kojih se žele svjesno i disciplinirano ponašati.

Medicinsko pravo ne čine samo odgovarajući državni propisi nego i propisi koje donose profesionalne udruge medicinskih radnika, tj. liječničke, stomatološke i ljekarničke komore. Ti propisi čine tzv. *staleško pravo*. To pravo medicinara čine, u prvom redu, *statuti komora* i *pravila* odgovarajuće medicinske profesije – kodeksi medicinske etike i deontologije.⁴⁰

³⁰ NN, br. 169/04.

³¹ NN, br. 177/04.

³² NN, br. 111/97., 27/98.-ispr., 128/99. i 79/02.

³³ NN, br. 60/92.

³⁴ NN, br. 42/68. i 10/73.

³⁵ NN, br. 19/74.

³⁶ NN, br. 47/03.

³⁷ NN, br. 18/78., 31/86. i 47/89.

³⁸ NN, br. 107/07.

³⁹ NN, br. 67/08.

⁴⁰ **Radišić, Jakov**, *Medicinsko pravo*, Nomos, Beograd, 2004., str. 23.

Za naše medicinske radnike i pacijente posebno značenje ima *Kodeks medicinske etike i deontologije*.⁴¹ On obvezuje sve liječnike u RH koji imaju licencu Komore za samostalan rad.

Medicinsko pravo zanima naročito odnos između liječnika i pacijenta povodom pružanja medicinske usluge. Strogo pravno gledajući taj odnos ne odvija se jedino prema pravnim pravilima, nego i prema normam tzv. *medicinske ili liječničke etike*. Štoviše, tu su etička načela primarna: ona oblikuju pravne obveze, određuju njihov sadržaj i opseg.⁴² Tek ako etička pravila ponašanja nisu dovoljna da osiguraju kvalitetu liječničke usluge, pravo mora priteći u pomoć kao rezerva. Jer liječnička etika i pravo međusobno se dopunjuju i jedno na drugo oslanjaju.⁴³ U slučaju pravnih praznina vrijede etička pravila, a tamo gdje su donesena pravna pravila ona se paralelno primjenjuju ili, u slučaju različitih rješenja, imaju primat nad staleškim pravilima.⁴⁴

3. Sudska praksa

Ne treba posebno naglašavati od kolikog je značenja kreativna uloga **sudske prakse**. Snagom svoje uvjerljivosti i autoriteta onih koji stoje iza izraženih stajališta, sudska praksa u stanju je određenom ustaljenom interpretacijom pravnih izvora ostvariti neke mogućnosti za njihovu razboritu i adekvatnu primjenu.⁴⁵

Valja naglasiti da se s napretkom medicine povećavaju i pravni zahtjevi liječničkoj pažnji i liječničkom umijeću, jer onaj tko više može taj je više i dužan. *Mjeru dužnosti određuju sudovi u svojim odlukama, pa je stoga za medicinsko pravo od naročitog značenja i sudska praksa*.⁴⁶ Za sudsku praksu u literaturi se navodi i: "Ona je toliko značajnija što za mnoga pitanja koja iskrsavaju u odnosima između lekara i pacijenata nema preciznih i jednoznačnih pisanih pravnih pravila. Rešavajući takva pitanja sudovi su često u situaciji da aktivno utiču na stvaranje medicinskog prava. Njihove odluke ne znače samo popunjavanje pravnih praznina, nego i prihvatanje i razvijanje novih pravnih ideja (tzv. sudske usavršavanje prava)".⁴⁷

Zbog toga sudske odluke bitno utječu na povjerenje u pravosudni i državni sustav, na pravnu sigurnost. Zbog toga je važno da sve odluke budu ne samo ispravne nego

⁴¹ NN, br. 55/08.

⁴² *supra* 40, str. 23.

⁴³ *supra* 40, str. 24.

⁴⁴ **Mujović-Zornić, Hajrija** https://www.informator.co.yu/informator/tekstovi/kodeks_603.htm

⁴⁵ **Triva, Siniša – Dika, Mihajlo**, *Građansko parnično procesno pravo*, VIII. izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Narodne novine, d.d. Zagreb, 2007., str. 44.

⁴⁶ *supra* 40, str. 25.

⁴⁷ *supra* 40, str. 25.

i temeljito obrazložene, a postupak njihovog donošenja ne smije davati osnova sumnji.⁴⁸

4. Provedbeni propisi u zdravstvenoj djelatnosti

Provedbenim se propisima ili podzakonskim aktima zakonom utvrđeni sustav normativno zaokružuje i oživotvoruje. Zakonima su uređeni bitni pravni instituti prije nego što su potrebni za konstituiranje osnova zdravstvenog sustava u RH. Potpuno funkcioniranje sustava na novim osnovama, pored usvajanja konceptijskih novih propisa kompatibilnih europskom pravnom sustavu, pretpostavlja i *izradu svih provedbenih propisa* nužnih za operacionalizaciju zdravstvenog zakonodavstva.

Aktima podzakonske naravi uređuju se u zdravstvenom sustavu pojedina uža područja ili se reguliraju samo pojedina pitanja. Tu se mogu uvrstiti propisi koje donosi Vlada (uredbe i odluke) i središnja tijela državne uprave (pravilnici, naredbe, naputci), opći akti koje donose tijela jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave – općina, gradova, županija, Grada Zagreba (statuti, odluke, pravilnici itd.)

U zdravstvenom sustavu najveći broj provedbenih akata donosi Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, koje je i generalno ovlašteno za nadzor nad primjenom svih sustavnih propisa u zdravstvenom području.

Vrlo je zanimljiv odnos sustavnih zdravstvenih zakona i provedbenih propisa u području zdravstva kao, uostalom, i u području školstva. Ovdje samo skrećemo pozornost na situaciju koja je uvijek moguća u zdravstvenom sustavu: neusklađenost provedbenih propisa sa sustavnim zakonima, tj. prekoračenje ovlasti njihovog tvorca u odnosu na zakonodavca. Činjenice prenormiranja i podnormiranja odnosa provedbenim propisima ne vrijedi zanemariti. U prvom slučaju tvorca provedbenih propisa (najčešće je to Ministarstvo zdravstva) stvarno djeluje kao zakonodavac, a u drugom slučaju, u pravnom uređenju ostaje praznina ili se uređenje neovlašteno prepušta statutarnoj regulativi zdravstvenih ustanova. Iako je stvar hipotetički postavljena, zakonodavac je putem ovlasti Vlade prema ministarstvima uspostavio učinkovit instrumentarij ukidanja nezakonitih propisa.⁴⁹

Glavna funkcija podzakonskih propisa proizlazi iz apstraktnosti zakonskih normi koje zbog toga ne mogu biti neposredno primijenjene na konkretne društvene od-

⁴⁸ **Giunio, A. Miljenko**, *Kontrolna nadležnost izbora sudaca Ustavnog suda*, Pravo u gospodarstvu, Zagreb, broj 3/2009., str. 734

⁴⁹ *supra* 17, str. 442.

nose. Zbog toga se njima razrađuju zakonske norme. **Pravna norma mora biti kompatibilna životu.** U protivnom norma je samo *nudum ius*.

5. Djelovanje pravnih propisa u prostoru i vremenu

Daljnje su objektivne pretpostavke za donošenje pravnog propisa da on vrijedi u određenom prostoru i vremenu. Za naše razmatranje važnije je sagledati vremensku dimenziju, tj. od početka važenja nadalje, sve do prestanka važenja.

Ne bi smjelo biti sporno da vrijednost jednog pravnog propisa velikim dijelom zavisi i od toga je li on donesen u pravo vrijeme. Grješka pri procjeni vremena u kojem treba donijeti pravni propis može imati višestruke neželjene posljedice. Primjer za to je kašnjenje u donošenju nekog akta, što može dovesti u pitanje ostvarivanje ciljeva koji bi se inače ostvarili pravovremenim normiranjem nekog odnosa. Navedeno potiče na zaključak da kašnjenje može ponekad dovesti u pitanje i **kvalitetu zdravstvene zaštite**.⁵⁰ Pritom uvijek treba voditi računa o rokovima koji su pravu veoma važni.

Svjedoci smo kako se često ocjenjuje da postoje osobito opravdani državni razlozi za donošenje ovog ili onog zakona po hitnom postupku u smislu odredbe čl. 161. Poslovnika Hrvatskog sabora.

Takvi se zakoni, umjesto velikih pozitivnih očekivanja, često ispušu kao mjehur od sapunice. Valja se plašiti brzopleh (nedorečenih), nedomišljenih, isforsiranih rješenja, koja su sama sebi cilj. Tu ima i neumjerenog **normativnog optimizma** zasnovanog najčešće na dobrim namjerama i pragmatičnim potrebama svakodnevnice, no značaj materije zdravstva nalaže da se njegove zamke izbjegnju.

To se može očekivati i zbog ho-ruk zakonodavnog načina donošenja zakona koji u pravni sustav, u kratkom roku, unosi novine koje on nije poznavao, a nije ostalo dovoljno vremena da se oni koji to praktično moraju primijeniti tome prilagode. To više, što se ta nova ponuđena rješenja nisu ni pokušala prije donošenja zakona provjeriti kroz simulacije određenih predvidivih slučajeva.⁵¹

Svaki se pravni poredak sastoji od pravnih pravila i objektivno postojećeg sadržaja (društvenih odnosa). Tako shvaćeno pravo znači da pri koncipiranju propisa za zdravstvo treba voditi računa o tome kakvo društvo u stvari jest. Na tu činjenicu upozorava i J.J. Rousseau kada kaže: "Kao što valjan arhitekt prije nego što podigne kakvu građevinu promatra i ispituje zemljište da bi doznao je li u stanju izdržati te-

⁵⁰ V. Bošković, Zvonimir, *Novi Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite*, Pravo u gospodarstvu, Zagreb, broj 4/2009.

⁵¹ Crnić, Ivica, *Promjene u sustavu sporova male vrijednosti*, Pravo u gospodarstvu, Zagreb, broj 4/2009., str. 1007.

ret, tako isto mudar zakonodavac ne udešava dobre zakone samo po sebi već prethodno ispita može li te zakone podnijeti onaj narod kojemu su namijenjeni”.

Iz toga valja zaključiti da je važan i cilj (svrha) koji se zakonom želi postići. Pritom ne treba zaboraviti da su ciljevi realni onoliko koliko su realne pretpostavke na osnovu kojih su izvedeni.

6. Zakonodavstvo na području lijekova

Zakonodavstvo na području lijekova⁵² vjerojatno je najbitnija odrednica općenite sudbine farmaceutskih preparata u jednoj sredini. Ljekarnička djelatnost⁵³ dio je zdravstvene djelatnosti od interesa za RH koja se obavlja kao javna služba i koju obavljaju magistri farmacije. Prethodno navedenim zakonima: Zakon o zdravstvenoj zaštiti,⁵⁴ Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Zakon o lijekovima, Zakon o medicinskim proizvodima i Zakon o ljekarništvu s pripadajućim pravilnicima, regulira se registracija i dostupnost lijekova i medicinskih proizvoda, njihova cijena, nadzor i promidžba, a drugim zakonima porezi, znanstvena istraživanja, edukacija o farmakoterapiji, obeštećenje osoba koje su stradale od nuspojava itd. I opći zakoni koji uređuju gospodarstvo i politički sustav odražavaju se, dakako, i u sferi lijekova. Propisi određuju uvjete za plasman lijekova i daju okvir koji regulira njihovu potrošnju. Jednaku važnost u tom smislu ima i njihovo nepostojanje – namjerno nedonošenje regulative pruža mogućnost za zlouporabu.

Farmaceutska skrb koju promiče Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) podrazumijeva i preuzimanje dijela odgovornosti za ishod liječenja. Od ljekarnika se zahtijeva, osim savjetovanja i obavješćivanja pacijenata o lijekovima, sudjelovanje pri izboru lijekova (posebno onih za samoliječenje), te evidentiranje zapažanja i postupaka. To je strukturirani proces koji omogućuje pacijentu da lijek rabi na najbolji način.

Provedbu smjernica SZO i provođenje farmaceutske skrbi te ostvarivanje zacrtanog razvoja ljekarništva u Europi podržavaju i olakšavaju izradom projekata i protokola organizacije **Europarm Forum** pri **Regionalnom uredu za Europu SZO**, **Međunarodna farmaceutska federacija** (FIP) te **Farmaceutska grupacija EU** (PGEU),

⁵² **Bošković, Zvonimir**, *Pravo o lijekovima. Donesen je Zakon o lijekovima*, Hrvatska pravna revija, Zagreb, broj 1/2008., str. 82-90.; isti, *Pitanje lijeka s nedostatkom i aspekti odgovornosti za štetu*, Hrvatska pravna revija, Zagreb, broj 9/2008., str. 42-54.

⁵³ **Bošković, Zvonimir**, *Osnivanje i organiziranje ljekarničke djelatnosti – pravni aspekti*, Hrvatska pravna revija, Zagreb, broj 7-8/2009., str. 33-41.

⁵⁴ **Bošković, Zvonimir**, *Reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske – Pogled u novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, Hrvatska pravna revija, Zagreb, broj 3/2009., str. 71-78.

kojih smo članovi i u čiji su rad uključeni i hrvatski ljekarnici putem **Hrvatskog farmaceutskog društva**.

Voltaire (1694.-1778.), najveći književnik i mislilac 18. st., prije 250 godina zapisao je sljedeće: “*Liječnici daju lijekove o kojima znaju malo, za liječenje bolesti o kojima znaju još manje, ljudima o kojima ne znaju ništa*”.

Je li se otad išta promijenilo?

7. Oris novih tendencija

Vrijeme u kojem živimo ne pogoduje održavanju tradicija, pa tako i onih iz zdravstvenog područja. Navedeno potiče na zaključak da poticane stranim uzorima, zdravstvene reforme odstupaju od nasljeđa (Andrija Štampar) i usvajaju ponekad hibridna rješenja koja izmiču ustaljenim orijentacijskim pojmovima pravne i medicinske teorije. Naravno da iskustva stranih zakonodavstava, posebno onih razvijenih europskih država treba koristiti, ali uvijek imajući na umu ograničene mogućnosti “transplantacije” konkretnih normi.

Posebnu skupinu prijepornica čini *radikalna promjena* u odnosu liječnik-pacijent. Uzroci tome su mnogobrojni, ali je dovoljno spomenuti činjenicu o nadidenoj paternalističkoj tezi, s jedne strane, te gubitak povjerenja prema “bogovima u bijelom”, s druge strane. Moralni stup odnosa liječnik-pacijent oslabio je i popustio, pa je zato nastala potreba da mu se doda vanjska potpora, u vidu pravnih pravila, koja garantiraju i učvršćuju pravo pojedinca i određuju društvene obveze. Tako je došlo do tzv. “juridizacije medicine”. **Odnos liječnik-pacijent danas je više protkan pravnim paragrafima, nego povjerenjem.**⁵⁵ Pri tomu, liječnici smatraju da pravni propisi sputavaju njihov rad s nakanom da njeguju “defanzivnu medicinu”, koja nije u interesu pacijenta. **Uvlačeći se u odnos između liječnika i pacijenta, pravo ne guši povjerenje, nego njegov nedostatak zamjenjuje općim pravilom ponašanja.**⁵⁶ Važnim nam se čini utvrditi da praktična vrijednost pravnih i moralnih normi zavisi od postojanja određenih sastojaka u osobnosti liječnika. Ispunjavanje mnogih dužnosti ostaje, naime, zavisno od mjera njegove čovječnosti i razuma, od ljubavi prema pacijentu. Jer nije bez osnova rečeno da “samo dobar čovjek može biti dobar liječnik”.⁵⁷

Zdravstvena usluga ponekad je nezadovoljavajuće kvalitete, kao i komfor, a odnos zdravstvenih radnika prema bolesnicima lišen je topline, strpljenja i razumijevanja.

⁵⁵ **Radišić, Jakov** – http://www.informator.co.yu/informator/tekstovi/medicina_902.htm.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Ibid.

Pacijenti se često žale na neprimjereno ponašanje profesionalaca. Liječnici i drugi zdravstveni radnici opterećeni su činjenicom da bolesniku ne mogu ponuditi pravovremenu i kvalitetnu skrb. Potplaćeni i često svedeni na tehničke i administrativne radnike (kao, uostalom, i prosvjetni radnici), izloženi su trajnom pritisku pacijenata, države, odnosno zdravstvenog osiguranja i javnosti.⁵⁸ Nedostatak komunikacije i obavješćivanja jedan je od najčešćih razloga nezadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga. Pacijent rijetko ima prigodu za razgovor s liječnikom; u pravilu ne dobiva objašnjenje svoga stanja niti odgovor na pitanja koja ga muče, a kamoli ohrabrenje ili utjehu. Ljudi često ne žele lijekove i složene dijagnostičke postupke, no njihovo se mišljenje ne traži, niti se poštuje.⁵⁹

Jedna velika grupa autora drži pravo na obaviještenost (čl. 8. st. 1. ZZPP) pacijenata izuzetno važnim.⁶⁰ Da bi pacijenti mogli sudjeovati u suodlučivanju potrebno ih je informirati. I kada je riječ o odgovornosti, a i o drugim pitanjima, početak svega je to koliko korisnik zdravstvene usluge zna o svojim pravima, o mogućnostima onoga u što ulazi i o rizicima kojima može biti izložen. To je izuzetno važna stvar.⁶¹

U praksi, međutim, **pružatelji zdravstvenih usluga jedva da izvršavaju i obvezu šturog informiranja korisnika zdravstvene usluge.** Takva je praksa u protivnosti s odredbama ZZZ-a i ZZPP-a te međunarodnim konvencijama. Ona dovodi u pitanje i osiguranje Ustavom zajamčenih temeljnih prava građana.

Bilo je potrebno i trebalo je očekivati da ZZPP, kao *poseban zakon* u cijelosti zaživi, počne djelovati i bude prihvaćen. Naprotiv, njegovi najvažniji instituti su – neživotni. *Umjesto proboja pacijentove osobnosti dobili smo evazivan način liječenja, koji nije u interesu pacijenata.*

Zašto pružatelji zdravstvenih usluga ne pronalaze stvarni smisao i volju zakonodavca (ili je ignoriraju)? Nije moguće dati neki općenit i permanentan odgovor na ovo pitanje. Rješenje tog pitanja ovisi u prvom redu o shvaćanju odnosa zdravstvenih radnika prema pacijentima, o općim shvaćanjima humanosti, o uvjetima rada (prostor) itd.

⁵⁸ **Gajski, Lidija**, *Lijekovi ili priča o obmani*, Pergamena, Zagreb, 2009., str. 17.

⁵⁹ Ibid, str. 410.

⁶⁰ Radi približeg konzultiranja navodimo neke od tih pisaca: **Turković, Ksenija**, *Pravo pacijenta na suodlučivanje prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata*. U: *Bolesnik: prava i obveze*. Ur. I. Bakran, G. Ivanišević, Zagreb, 2005., str. 23-27.; **Gosić, Nada**, *Bioetika in vivo*, Pergamena, Zagreb, 2005., str. 135-149.; **Frković, Aleksandra**, *Bioetika u kliničkoj praksi*, Pergamena, Zagreb, 2006., str. 61-100.; **Čizmić, Jozo**, *Pravo pacijenata na obaviještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenta*, Zb. Prav. fak. Sveuč. u Rijeci, v. 29., br. 1, posebno str. 227-243; isti *Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji*, Zb. Prav. fak. Sveuč. u Rijeci, v. 30, br. 1, 91-134 (2009); **Crnić, Ivica**, *Odgovornost liječnika za štetu*, Organizator, Zagreb, 2009., posebno str. 14-47.

⁶¹ Završne riječi akademika **Jakše Barbića** na Okruglom stolu održanom 27. veljače 2008. u palači HAZU u Zagrebu – *Gradansko-pravna odgovornost u medicini*, izdanje HAZU, Zagreb, 2008., str. 155.

Dakle, sve u svemu, treba: ukupnost propisa kojima se uređuje zdravstvo mora se preispitati, da se iz njih ukloni sve ono što nije provedivo, da se uskladi ono što nije usklađeno, a tamo gdje je razvoj medicine doveo do toga da propisi više tome nisu primjereni, da se promijene i dovede ih se u sklad s razvojem struke.⁶²

Treba još nešto naglasiti. U zdravstvu je važna racionalizacija, ali ona mora biti razvojno motivirana, a ne restriktivno. Neophodno je više govoriti o faktorima razvoja, a manje o faktorima potrošnje. Tada pacijenti ne će biti primorani da ostvaruju svoja prava pred Ustavnim sudom.⁶³

Najveća kriza je kriza perspektive. Stoga i u zdravstvu treba potaknuti pitanje kadrova za razvoj, a ne samo rukovodnih. To znači izraditi strategiju razvoja kreativnih kadrova i novih programa.

U oris novih tendencija ulazi i *zdravstveno osiguranje: prava i obveze.*

U suglasju s ustavnim određenjem, po kojem je RH i socijalna država, dopunjuje se i mijenja zdravstvena legislativa kojom se uređuje *obvezno zdravstveno osiguranje*, te otvaraju mogućnosti *dopunskog, dodatnog* i *privatnog* osiguranja. Obvezno osiguranje se provodi putem Zavoda za obvezno zdravstveno osiguranje, koji u svim rješenjima o pravima i obvezama osiguranih osoba ima javne ovlasti. Zavodom upravljaju sami osiguranici putem Skupštine i Upravnog vijeća.

U sklopu Zavoda raspoloživo je i dopunsko zdravstveno osiguranje, kojim se osigurava pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, s time da je iz tog sustava, koji djeluje po načelima dobrovoljnosti, isključena doplata za lijekove, koja se može osigurati učlanjenjem kod nekog društva za osiguranje koje djeluje po tržišnim principima. Predviđeno je i *dodatno zdravstveno osiguranje*, kojim se osigurava veći opseg prava na zdravstvenu zaštitu u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, kao i viši standard zdravstvenih usluga u odnosu na standard zdravstvenih usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Također je otvorena mogućnost *privatnog zdravstvenog osiguranja* za one fizičke osobe koje borave u RH, a koje nisu obvezne osigurati se prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.⁶⁴

⁶² Ibid, str. 156.

⁶³ **Bošković, Zvonimir**, *Liječnička pogreška – komentar sudske odluke*, Pravo u gospodarstvu, Zagreb, broj 5/2009., str. 1320-1333.

⁶⁴ Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2006. – 2011., (NN 72/06, str. 35.)

8. Zaključna razmatranja

Primjereno funkcioniranje zdravstvenog sustava uvjetovano je, pored ostalih čimbenika, kakvoćom pravnih propisa i općih akata te funkcionalnošću tijela koja u sustavu djeluju.

Bez namjere da dajemo ocjenu zdravstvenom sustavu, u dijelu u kojem je reguliran pravnim propisima, jer to će učiniti praksa, na osnovi iznesenog, nameće nam se nekoliko misli:

1. Strogo pravno gledajući postojeće pravno uređenje zdravstvenog sustava u smislu konzistentnoga sustava s jasnom korištenom terminologijom, definiranim pojmovima i pravnim institutima egzistira godinama. Sustavni zakoni doneseni su na temelju znanstvene i stručne pripreme i podloge, tako da nisu ostale velike pravne praznine koje bi rađale brojne dileme. Za dobar zakon potrebno je i dovoljno da je pisan jezikom leksički, gramatički i pravopisno ispravan, ali i da je potpuno jasan i nadasve dosljedan u izražavanju. Zato se, u pravilu, može kazati da imamo konzistentno pravno uređenje zdravstva.
2. Zdravstveni sustav zbog svoje složene prirode i iznimne važnosti, nameće visoke zahtjeve svim čimbenicima koji na bilo koji način u njemu sudjeluju. Zdravstveni sustav nije *corpus separatum* već jedna od djelatnosti od općeg (javnog) interesa, u kojoj bi čovjek morao biti krajnja mjera svih vrijednosti. Dakle, zakonodavstvo u zdravstvenoj djelatnosti i ostali sustavni propisi koji ga određuju nisu samo okvir već *conditio sine qua non* njegovog dobrog funkcioniranja.
3. Od osobite je važnosti za primjenu zdravstvenih propisa da se stvori potrebna pravna infrastruktura i *sustav provedbe*, u protivnom može doći do toga da se propisi ne će moći valjano primijeniti. Primjena propisa traži za to stručno pripremljene zdravstvene radnike: liječnike i stomatologe u zdravstvenim ustanovama, medicinske sestre i druge djelatnike koji će neposredno primjenjivati određeni propis. Bujna zakonodavna aktivnost u našoj zemlji i usklađivanje pravnog sustava s Pravnim stečevinom EU *izbacuje na površinu ozbiljan problem primjene propisa*. Pritom o stupnju u kojem će se adresati novih propisa upoznati s njihovim rješenjima i načinom mišljenja koji oni sa sobom nose ovisit će i uspješnost primjene propisa.

4. Problemi prava i dužnosti građana u ostvarivanju zdravstvene zaštite ne rješavaju se *samo* donošenjem propisa, formalnim proklamacijama. Njihovo stvarno rješenje ovisi – što je već naglašeno – o ljudima koji odlučuju o primjeni tih propisa u društvenoj praksi.

U ostvarivanju prava građana na zdravstvenu zaštitu i obvezno zdravstveno osiguranje *nije dovoljno samo širenje normativnih jamstava. Bez primjene nema zbiljskih prava, niti zaštite, i to ima biti vrhunsko mjerilo.* Pa ipak, bez valjanih normativnih rješenja, ostvarivanje i zaštita prava zdravstvene zaštite i obveznog zdravstvenog osiguranja nije moguće.

Potrebni su nam jasni, usklađeni i provedivi propisi za zdravstveni sustav. Nužan je efikasan **nadzor** nad provedbom propisa kao i prilagodba hrvatskog zakonodavstva europskoj Pravnoj stečevini. *De lege ferenda* treba osnažiti pravni položaj pacijenta. Tako će se otkloniti neprihvatljiv intenzitet narušavanja pravne sigurnosti pacijenata i povjerenja u zdravstveni sustav, koji je neusklađen.

5. Statutarna preventiva predstavlja sve one aktivnosti kojima se zakonom štiti zdravlje ljudi, a to su uglavnom odredbe koje predstavljaju okosnicu Pravne stečevine.

U te mjere spada odgovarajuća promjena svih relevantnih zakona i podzakonskih akata (pozitivan primjer Zakon o kemikalijama i Zakon o zaštiti od ionizirajućeg zračenja), usklađenih s propisima i praksom EU, te svih drugih zakonskih akata koji podupiru reformske ciljeve.

6. Naša izlaganja ukazuju na ozbiljne probleme u vezi s obavještavanjem pacijenata preko kojih se ne bi smijelo prijeći. Praksa pokazuje da zdravstveni sustav u tom dijelu (izuzetno važnom) samo djelomično efikasno funkcionira, iako ima kvalitetan, ali ne i operativan normativni predložak. Izloženo odbacivanje odnosno proskribiranje prava pacijenata na kvalitetno i permanentno obavještavanje znači vraćanje starih, napuštenih paternalističkih metoda na štetu pacijenata.

Zvonimir Bošković

Croatian Bioethics Society – Rijeka branch

The normative and the real in health-care system

ABSTRACT

The author discusses legal acts regulating health care as a public activity of interest for the Republic of Croatia (health care „dressed in legal clothes“).

While considering health-care legislation, the author systematizes the matter in the way that the introduction stresses the importance of the role of legal acts regulating the system. Listed are legal sources dealing with health and health care: the Constitution of the Republic of Croatia, international legal sources, legal sources in broader and narrower sense, and sublegal acts. Moral principles are mentioned as well.

Stressed is that legislation in health care and other system acts determining it, be not only a framework but a *conditio sine qua non* of its good functioning. Especially indicated is the obligation of the Republic of Croatia to adjust its acts and practice in order to protect the health of all citizens of European Union (EU), by the so-called statutory prevention, as stated in the EU Legal Acquest.

Prof. dr. sc. Herman Haller

Ravnatelj Kliničkog bolničkog centra Rijeka, pročelnik Katedre za ginekologiju i opstetriciju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u rijeci i predstojnik Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC Rijeka

Drago mi je biti ovdje među Vama. Ja sam devet godina ravnatelj. Vidim gospodina koji je puno duže od mene u zdravstvu, koji je, ja bih rekao, već kamen-temeljac zdravstva i uvijek pričamo iste priče, vidim sindikate, s kojima se permanentno svađamo, vidim predstavnike udruga pacijenata. Suština je vrlo jednostavna, a to je pitanje: tko će i kada reći, s jedne strane, da je car gol i, drugo, kad će netko reći: gospodo, za jednu kunu se može kupiti samo "kvarat" kruha. Po meni, iz pozicije koju imam zadnjih devet godina, to je suština problema. Sve drugo je demagogija. Svi se kunemo u Europu, a Europa, gospodo, danas funkcionira na načelu: koliko novaca, toliko muzike. Nema milosti, nema humanosti, ali ima zato kontrole. Koliko novaca smo dali, toliko možemo dobiti. Jutarnji sastanci na mojoj ginekologiji, u Italiji, Švicarskoj, Austriji, da ne govorimo o institucijama koje se bave istraživačkom medicinom (koja je potrošačka medicina...), prva tema na svakom jutarnjem sastanku je novac. Nakon toga razgovaramo o pacijentima, o vrstama i mogućim terapijskim pristupima. U Europi su pravila jasna. U susjednim zemljama, tamo šef odjela, obični šef odjela, ne ravnatelj bolnice, ako financijski ne posluje kako treba, leti sa svog mjesta. Svi zaboravljamo na jednu činjenicu: građani Republike Hrvatske izdvajaju za zdravstvo koliko izdvajaju, Republika Hrvatska ima moć koju ima, i mi za te novce koje izdvajamo od 18 ili 28 milijardi, u tom kontekstu pružamo i usluge. Ja Vam mogu iz moje perspektive reći sljedeće: unazad petnaest godina i danas, kad usporedimo pomak u medicini koji je napravljen zahvaljujući nama samima, HZZO-u, Ministarstvu zdravstva, lokalnoj samoupravi, svim čimbenicima koji su sudjelovali, pomak je očit. Mi u zdravstvu pratimo svijet, pratimo Europu. Mi danas, u ovom trenutku, imamo vrlo malo zahvata ili postupaka koje ne možemo napraviti, a radi ih Europa. Obično su povezani s izuzetno skupom opremom kao takvom i vezani su za financije. Međutim, mi danas smo jedan od bolje organiziranih sustava zdravstva u svijetu. Ja Vam tvrdim, iz moje pozicije da danas građani Republike Hrvatske mogu dobiti zdravstvenu uslugu skoro na razini Europe, a Europa izdvaja 3, 4, 5, 6, 7 puta više nego Hrvatska. Slovenija izdvaja 2 puta više! Naše zdravstvo, slovensko zdravstvo—pa ne možete mi reći da je jako različito. Prema tome, ja bih rekao da je ovo zdravstvo fenomenalno za novce koje dobiva. A ne dobiva ih niotkuda, ne štampaju se novci, nego su to novci koje mi, koji ovdje sjedimo i svi oko nas, privređuju i ulijevaju u zdravstveni sustav. Da li se tu mogu neke promjene napraviti? Vjerojatno mogu. Da li se mogu unijeti poboljšanja? Sigurno mogu. Ali suštinski gledajući, razina novaca koja se izdvaja i usluga koja se dobiva je nesrazmjerno u korist usluge

koju pacijent dobiva. Mi se borimo da pacijent dođe čim prije do usluge i taj dio proklamiramo kao "lista čekanja". Gospodo, u jednoj običnoj Engleskoj, koja ima od nas budžet veći, ne znam točno koliko, ali to će Vam sigurno ljudi koji sjede ovdje znati reći, enormno veći, najnormalnije je da se u državnoj bolnici na histerekto-miju ili vađenje maternice čeka 8 mjeseci (znam to iz prve ruke, jer sam ja gineko-log) – 8 mjeseci! Možete privatno napraviti prije toga. U Engleskoj se nitko ne buni. Probajte Vi kod nas, u Rijeci, reći da ćete čekati 2 mjeseca—drugi dan sam u *Novom listu*. E, sad, budimo realni i poručimo realno. Ja bih rekao da je sustav zdravstva nakon '91. uspio sačuvati svoj dignitet, autoritet, svoju opsežnost i svoju kvalitetu, napravio je iznimne korake u mnogim područjima zahvaljujući ne jednoj instituciji, svima, i ljudima koji su u sustavu i onima koji su stvarali novce, jer ti novci su ipak došli, mi smo se opremili. Nismo zadovoljni. Mi nismo zadovoljni. Vi niste zadovoljni. Pacijenti nisu zadovoljni. I to je normalno, zato što mi želimo bolje, mi želimo više, mi želimo puno opsežnije, puno kvalitetnije. Ali pritom se moramo pitati tko izdvaja i koliko izdvaja. I ako ćemo govoriti o konkretnim stvarima, onda je tu suština problema. Sve drugo je, u ovom trenutku, prema mojem mišljenju, nadogradnja, nadogradnja koja je potrebna: i kontrola i etika i zakoni. Što se zakona tiče, evo, slušao sam prethodno predavanje, izvrsno je bilo, ja Vam se zahvaljujem, ali ja bih tu ipak nešto naglasio. To je, gospodo; nas su ozakonili, stavili su nam tisuću zakona. A pacijenti? Koje su njihove dužnosti? Gdje su zakoni koji reguliraju njihove obveze? Jedna mala crtica iz rada KBC-a. Preventivne preglede koji su krenuli, mamografija i drugo, na inicijativu Ministarstva zdravstva, plaćeni od Ministarstva zdravstva... Naručujemo dnevno 25 žena na mamografiju, gospodo. Zna li koliko ih dođe? Pet-šest, a ostale ne dođu! Što se događa? Ljudi čekaju, novci cure, ništa se ne napravi i ti preventivni pregledi se ne obave. Gdje je odgovornost tih pacijenata? Tko je pitao: gospodo, zašto niste došli? Ja ću Vam ispričati kako nordijske zemlje rade. U skandinavskim zemljama žena koja se ne javi svake godine ili kako su pravilo postavili na papa-test, na preventivni pregled, gubi pravo plaćenog liječenja ako se pojavi maligna bolest. Izadimo malo iz zdravstva: imamo zemlje koje, kad ne izadete na parlamentarne izbore, potežu sankcije protiv Vas. Sada to prenesimo u zdravstvenu sferu. Hoćemo li razgovarati o pravima liječnika? Hoćemo li razgovarati o pravima pacijenata? Idemo malo razgovarati i o njihovim dužnostima i obvezama. Hoćemo li postaviti pitanje kad se pacijent neodgovorno ponaša pa 7 puta zahtjeva ponavljanje laboratorijskih nalaza, pa je 27 puta naručen na pregled pa ne dođe, baš ga briga ili se liječi negdje drugdje pa se ne javi—tko će to sankcionirati? A da Vam ne govorim, gospodo, da ti isti pacijenti dođu, obave pregled, a participaciju ne plate. Ja sam apsolutno za to da se sa mikroskopom ispita da li je bolnica dala sve što je morala dati. Ali nemojte tražiti od zdravstvenog sustava da daje ono što ne može dati. Jer nemamo više od toga. Haj' mo racionalizirati ono šta imamo, ali moramo

reći istinu: mi možemo dati toliko koliko imamo. Pa se usporedimo s drugima i po statistikama koje je pokazala Europa – nalazimo se na izuzetno visokom mjestu po kvaliteti zdravstvene zaštite. Gospodo, te novce koje imamo dajmo bilo kojoj eurposkoj državi—dajmo njima i nek' nas oni liječe. Što mislite, što ćemo dobiti? Znae šta ćemo dobiti? Skoro ništa. E pa, sada kad je to istina, s novcima o kojima moramo realno razgovarati, onda možemo sve drugo složiti: i humanost i etičnost i zakone. Ali mi moramo reći istinu. Istina je da zdravstvena usluga košta, da pacijent, liječnik, sestra i cijeli zdravstveni sustav košta, na minutu, na sat. I hladni pogon koji postoji da bi opsluživao nekoga košta. Jer jedna bolnica koja nema pacijenata mora grijati 24 sata. Ti ljudi moraju biti tamo 24 sata. Sistem vatrogasaca. Prema tome, ako ćemo otvoriti dijalog, ja to pozdravljam od srca, devet godina sam u tom sustavu i mene srce boli slušajući permanentno demagoške izjave: mi hoćemo više. Ma, gospodo, nema problema pa mi smo Vam spremni dati najvrhunskiju medicinu—pa hrvatski liječnici imaju najbolju edukaciju. Spomenuto je na prethodnom predavanju: edukacija... Znae li Vi za koje novce se mi educiramo? Pa ovdje ima liječnika k'o u priči. Pa znae li koliko košta naš studij? Pođite malo u inozemstvo pa pogledajte koliko tamo košta. Puno više. Mi, za ove novce za koje smo školovani, školovani smo izuzetno dobro. Non-stop nas prozivaju da ne znamo, da smo nestašni, da smo ovakvi, da smo onakvi. Nismo. Mi smo jako dobri, gospodo. Naši liječnici, naši radovi koji su objavljeni, edukacija koju dajemo vanjskim stažistima, specijalizantima i svim onima kojima je dajemo—oni dolaze k nama i učiti, između ostaloga. Klinika za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka je registrirana za edukaciju europskih specijalizanata, mi imamo certifikat. I ljudi dolaze k nama učiti. Cijeli sustav je jako dobar, samo što je hrvatska priča tipična: čaša je permanentno poluprazna. Ma nije poluprazna. Polupuna je. A onda idemo razgovarati pošteno. Idemo reći istinu. Za te novce koji se izdvajaju, mi, gospodo, u Hrvatskoj imamo izvrsno zdravstvo. Možemo ga još malo doraditi. I moramo ga doraditi. Hvala.

Mr. sc. Ivo Afrić

Pročelnik Upravnog odjela za zdravstvenu zaštitu i socijalnu skrb Primorsko-goranske županije

Svih Vas srdačno pozdravljam. Osobito se zahvaljujem organizatoru na jednom ovakvom okruglom stolu, iako isprva nisam baš mislio da će biti ovako dobar interes i ovoliko vrsnih znalaca i poznavalaca aktualnog trenutka u zdravstvu ovdje prisutnih. To me ugodno iznenađuje. Mislim da su ovakvi skupovi vrlo potrebni pa da se, evo, i na ovoj široj osnovi pokuša potaknuti određena promišljanja koja bi poboljšala stanje stvari. Gola je činjenica i ovo što je profesor Haller malo ranije govorio i to treba nekako prevladati. Dakle, naše ukupno pravo na ostvarivanje zdravstvene zaštite koncipirano je na onom sustavu, da sad ne kažem na onom "mraku" koji je onda postojao i koji je, eto, širio ta prava bez ograničenja. Vjerojatno je bila i materijalna podloga ukupnog društva, nešto veća, nešto jača. A ovo što je doktor Jovanović govorio o raspodjeli zdravstvenog kolača, to je isto stalno aktualna tema. Dakle, gotovo u potpunosti centralizirani sustav. Županija je nekakva druga razina od države u organizaciji i pružanju primarne zdravstvene zaštite, ali i sekundarne, ukoliko je osnivač općih bolnica, što je vrlo često slučaj. Mi imamo sreću ovdje da nemamo te opće bolnice, inače bismo bili u još daleko lošijoj poziciji. U zdravstvo ove županije ukupno se ulaže oko dvije milijarde kuna godišnje, a Županija, kao osnivač svih zdravstvenih ustanova na primarnoj razini i specijalnih bolnica, jasno, dobiva ona decentralizirana sredstva za nabavljanje opreme i slično u nekakvom iznosu od 60-65 milijuna kuna, u što je uključen, jasno, i KBC s oko 10 milijuna kuna. Sad pogledajte kolika je ta razlika. Nekad su postojali oni SIZ-ovi: nisam presiguran kako bi se ove sredine sada nosile kad bi bile u poziciji da same izdvajaju, iz svojih resursa, novac za zdravstvo... Jer, nije više ona situacija, ona proizvodnja, ono stvaranje nove vrijednosti koje je moglo akumulirati te potrebe za zadovoljenje potreba za zdravstveni sustav. Ali očito je nešto potrebno učiniti: kad bi se svi uključili, i lokalne zajednice koje su sada izuzetno malo uključene u zdravstveni sustav, dakle općine i gradovi, možda bi se moglo nešto bolje i racionalnije organizirati. Sada slijede koraci reorganizacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, o čemu će biti malo kasnije govora. Sad nama, u Županiji, predstoji veliki posao. Morat ćemo se isto malo bolje povezati s pružateljima zdravstvene zaštite, ne samo s našima, nego s ostalim pružateljima zdravstvene zaštite na primarnoj razini, da bi se to nekako najbezbolnije i najkvalitetnije odradilo. Mislim na koncesioniranje, mislim na reorganizaciju hitne medicinske pomoći i slično. Primarna zaštita je trusno područje. Ja to stalno govorim. Uvažavam bolnicu i gospodina ravnatelja nadasve, međutim, u primarnoj zaštiti je situacija takva da svatko polaže pravo na svoje. Polaže i u bolnici, ali ovdje polaže izuzetno pravo, od onog zdravog, poluzdravog pa do bolesnog. I tu je strahoviti kri-

tički osvrt na bilo kakav mali “kiks”: recimo, sat vremena nema liječnika u ambulanti, već slijedi strahovita kritika. Za razliku od poliklinike i klinike, kamo dolazi već bolestan čovjek, pun straha, možda puno puta i Boga moleći da taj dan ne bude ni pregledan, da nema dijagnoze. Tako da, koliko god je bolnička zaštita zaista favorizirana i mora biti, toliko je primarna zaštita daleko ekspanziranija. Još da samo kažem: suštinske reforme zdravstvenog sustava, po meni, nema bez reorganizacije bolničkog i ostalog sustava. Mi u Hrvatskoj imamo jako puno bolnica. Mislim prije svega na županijske bolnice, gdje se obavljaju zahvati rijetko ili gotovo uopće ne. Međutim, još nema političke volje da se pojedine ustanove zatvore. Bolnički sustav je u situaciji da se rješava pacijenata. Nema više plaćanja po krevetu. Još se to malo razvlači, ali sve će više biti prisutna logika: medicinski zahvat, rješenje pacijenta i van. Dolazi do strahovitog problema i tu se mora društvo organizirati da supstituira taj nedostatak zdravstvene njege ili institucionalne zdravstvene njege, koja je u određenim ustanovama, staračkim domovima ili, recimo, nekakvim specijalnim bolnicama za kronične slučajeve, daleko jeftinija nego u vrhunskoj medicinskoj skrbi. I bez tog jednog zahvata, do kojega će vjerojatno i doći, samo možda postupno i ne tako brzo, nema suštinske reforme zdravstva. Ali ovakvi skupovi mislim da zaista mogu doprinijeti kristaliziranju zdrave misli i zdrave aktivnosti koja bi pomogla i političarima, onima koji odlučuju, da se stvari poboljšaju. Hvala lijepa.

Spomenka Avberšek

Predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske

Htjela bih prvo pozdraviti vas. Dobar dan. Ja bih vas sve pozdravila u ime Samostalnog sindikata zdravstva i svoje središnjice, a to je Hrvatska matica sindikata, koja javno nastupa: mi smo javna služba. Vrlo dobro sam se pripremila i pročitala sam: tema je aktualna problematika u zdravstvu. Ne bih je nikako svela na financije i mislim da nismo tu radi financija. Drago mi je da su tu i studenti, budući zaposlenici tog urušenog sustava koji se zove zdravstvo. Prema tome, moraju neke stvari čuti. Ja sam čovjek koji je dugo radio u bolničkom sustavu zdravstva i ne tako davno, jako, jako smo tražili studente medicine, jako smo tražili specijalizacije, na način da niste mogli, na primjer, dobiti specijalizaciju za koju ste bili zainteresirani. I sad smo se doveli, nakon jedno četiri ili pet godina, da tobože nema interesanata za medicinski fakultet. Ja to ne mogu vjerovati. To je vrlo časno i odgovorno zanimanje. I ponovit ću riječi svog kolege Vilima Ribića, vi ga jako dobro znate. On je jednaput rekao kako zdravstvo smatraju nečim što je balast, nečim što je zapravo nepotrebno, odnosno vrlo je potrebno i vrlo nas se sjete—kada? Onoga časa kada su bolesni. E, onda nas promatraju sa svih strana: da li imamo smiješak, da li nemamo smiješak, da li radimo, da li, ovo što je rekao ravnatelj Herman, da li će se čekati dva dana ili tri, da li treba ovog liječnika ili ne (jer imamo pravo birati), ali na primjer, kada to zdravstvo treba platiti, onda je problem. Govorim sada samo o plaćama zaposlenih u sustavu zdravstva koje su ispod svakoga nivoa, ispod svakog dostojanstva onoga što svaki zdravstveni djelatnik mora proći. I prolazite, nažalost, dok god ne odete u penziju, za razliku od drugih struka. Pa onda, kako smo se prepirali gore s Vladom, onda je gospodin Ribić rekao: gledajte, nevjerovatno je, uz dužno poštovanje prema tom zanimanju, kada se netko bavi uzgojem svinje, onda je to vrlo koristan, potreban i proizvođač posao. A kada netko liječi pacijenta—pa ne moramo ih ni liječiti—mi imamo i onaj preventivni dio, što je s tim? I ovo što je ponovio ravnatelj Haller: znate, puno smo toga mi i uništili. Mi smo uništili primarnu zdravstvenu zaštitu, uništili smo preventivu. I onda ovo što Vas napadaju da li će doći ili ne, mi smo to rješavali kroz preventivu, kroz primarnu zdravstvenu zaštitu. Prema tome, mi toga nemamo. Prema tome, primarnu zdravstvenu zaštitu smo uništili, uveli smo neka kve zakupce i koncesionare, spojili smo javno i privatno, nema zdravstva za građane, za pacijente. A mi smo svi pacijenti. Danas smo u različitim ulogama, ali su svi pacijenti. Nema javnog, kvalitetnog, dobrog zdravstva ako miješamo javno i privatno. Ja ću se usuditi kao sindikalac reći koliko oni drže do ovakvih okruglih stolova, koliko oni drže do kritičara sustava zdravstva, to pokazuje danas da onaj tko je trebao voditi na primjer primarnu zdravstvenu zaštitu, to je jedan od tajnika Ministarstva zdravstva, gospodin Delić, nije došao. Drugi čovjek koji je trebao pričati o akredita-

ciji je doktor Mittermayer. On je bio u onom predzadnjem mandatu tajnik. Ništa nije napravio za hitnu medicinsku pomoć. Mi sindikati otvoreno razgovaramo. Sada smo ga malo dali u akreditaciju, je li tako ravnatelju, ali ni akreditaciju ne možemo napraviti, jer nismo napravili—zmate što nismo napravili?—nismo standardizaciju napravili, nismo kategorizaciju napravili i nismo normative napravili. Ono što je najbitnije, sad ga je ministar zadržao. Ja se sada, u zadnje vrijeme, jedno petnaest dana pitam gdje mi se izgubio ministar zdravstva. Ja njega vidim kao potpredsjednika, ali kao ministra zdravstva ne. Zašto? Ovo o čemu mi danas pričamo, to stoji. Stoji, nažalost. Nažalost. Ovo je meni jedno treća reforma, ja ih napamet znam, napamet znam zakone—izglasao ih je Sabor—eno mrtvo slovo na papiru. Bojim se, i Vi ste u udruzi poslodavaca, ravnatelju, da ćemo i ja i Vi još jednom zaploviti u tu reformu.

Vama, studentima. Lijep je to posao. To je krasan posao. On nije dovoljno plaćen. I onda se nama nešto događa, što sindikati, a mislim da i ravnatelj, a mislim da i svi ljudi dobre volje, nećemo dozvoliti, a to je da to sve ode u privatluk. Nećemo, nećemo. Evo, sad nam šalju one liste famoznih čekanja. Pretvaraju li oni nas u administrativce? I sestre i doktore, sve oni nas pretvaraju u nešto. Mi bismo sve morali raditi samo ne baviti se pacijentom. Pa onda, kad pacijent napada, onda napada Vas kao ravnatelja, pa napada sestru, pa doktora, a neće onoga gore što samo piše papire. E, ne možemo pretvarati javno u privatno. Ja pripadam sindikatu i sindikalac sam koji se bori za javno, transparentno, kvalitetno i dobro zdravstvo za svakog građanina u ovoj zemlji. Poštujem privatnu praksu. I ona je na tržištu. Ali tu kvalitetu mi danas imamo u sustavu zdravstva. Bojim se, ravnatelju, da ćemo je imati vrlo kratko vrijeme. Jer ljudi odlaze tamo, gdje su dobro plaćeni. Zmate, prošla su vremena: "mi smo humani". Pa jesmo humani! Pa takav smo i posao odabrali! Ali, gledajte, nešto jednostavno ruši dostojanstvo tog rada, tog mukotrpnog zalaganja, te odgovornosti. Sad odlaze cijele ekipe, ne odlaze nama samo liječnici—cijele ekipe, visoko educiranih, privatniku. Ali, znate, on je tamo dobro plaćen. I za ono što radi, on osjeća da to i pruža. Ne može se više živjeti kao prije dvadeset godina: izabrali smo medicinu pa smo mi humani. Mi imamo svoje obitelji, mi imamo svoj život. Prema tome, mi ne tražimo da nas se precjenjuje, ali tražimo da nas se adekvatno plati. A bolnički sustav nam ide prema privatluku. Primarnu zdravstvenu zaštitu—bila sam duboko uvjerena—da je mi ne možemo vratiti Štamparu. Možemo, možemo, samo to nama nije interesantno. Pa se nama strašne stvari događaju. Da na primjer liječnik, vrhunski specijalista—uzet ću granu kardiokirurge ili neurokirurgije—što je prestrašno, gledajte—ima manju plaću nego liječnik opće prakse—duboko poštovanje, duboko poštovanje, ali ne ide kroz nekakva dežurstva i tako dalje—ima veću plaću nego taj kirurg. E, to ne može biti. Ja ću Vam reći samo jedan podatak koliko je naš posao odgovoran, težak i koliko država nema sluha za to. Svaki od Vas koji radi u sustavu

zdravstva i ako ga odradi u punom radnom vijeku—ja sam računala 35 godina—znate koliko ćete provesti bez svojih familija i bez svojih toplih domova? 8 godina! 8 godina permanentno ćete biti vezani uz bolnicu ili ustanovu. To nema nijedna služba.

Odgovor ravnatelju Halleru, koji je i jedan od visokih dužnosnika u udruzi poslodavaca. Puno mi građani dajemo. Kad mislim na građane onda mislim i na Vas i na sve nas. Mi dajemo 15% od osobnog dohotka, prevest ću Vam: to je negdje oko 28 milijardi. Vidite, 28 milijardi. Naš ministar je rekao: van iz riznice, 1.1. 2010. Da li smo izašli iz riznice? Nismo. A znate zašto? Jer Šuker upravlja našim novcima. I ja se slažem s Vama. Na 4 milijuna, uz sve ovo što ljudi daju, uz dopunsko osiguranje, da, mi možemo imati kvalitetno zdravstvo, mi možemo imati zadovoljne građane. Ali što je meni bitno: mi moramo imati zadovoljne zaposlenike zaposlene u sustavu zdravstva. Neće nitko provesti tu prokletu reformu, u kojoj ja sudjelujem šest godina, bez zaposlenika. Reforma se ne provodi zakonima, papirima, deklaracijama, ne, ne, to je krvavi posao, ali da bi se to sve napravilo, to moraju odraditi zaposlenici. Ja zaposlenicima smatram i ravnatelje: niste Vi ništa posebno, znate. Vi samo s mjesta ginekologa radite taj posao. A da bi to sve skupa odradili, ja lijepo molim, profesore Haller, nemojte sindikate smatrati neprijateljima. Mi smo Vam partneri i Vi se ne svađate s nama. Mi se svi zajedno moramo svađati protiv ovog sustava, koji moramo prisiliti da radi u korist zaposlenika. Kad je zaposlenik zadovoljan, onda ćete Vi imati i građanina zadovoljnog. Hvala Vam lijepo.

Prof. dr. sc. Herman Haller

Ravnatelj Kliničkog bolničkog centra Rijeka, pročelnik Katedre za ginekologiju i opstetriciju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci i predstojnik Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC Rijeka

Ja se ispričavam. Ne želim biti svakom loncu poklopac, ali potaknut sam najprije riječima profesora Muzura, koji je rekao “duhovno”. Pa naravno, duhovno je svakako dobro, međutim mi smo danas ipak ušli u tehnološko društvo i našim pacijentima, ja to iz osobnog iskustva govorim, treba duhovno, ali oni su tako dobro upoznati sa svim onim tehničkim pričama, da zahtijevaju i tehničko. A tehnika vam danas znači novac. Novac, opet se vraćam na novac—ne možemo razgovarati bez novca—28 milijardi nije dovoljno. 28 milijardi je dovoljno za ono što imamo i čak dajemo više od 28 milijardi. Nemojmo se oko novaca natezati.

Međutim, ja bih vam se zahvalio. Ja podržavam sve što ste rekli i kao zaposlenik i kao liječnik i kao idealist, ako hoćete. Ja mojim studentima kažem: gospodo, ako ste se opredijelili za zdravstvo, za liječnika, za taj poziv, to vam nije posao. To je poziv, to je stil života. Mi radimo osam sati na poslu, ali doma morate raditi i ako hoćete nastaviti educirati se i uopće usvojiti ta znanja, morate puno, puno više dati. Prema tome, mi *de facto* sebe dajemo u potpunosti. Međutim, treba ipak odrediti realnu cijenu rada kako bismo sačuvali vlastito dostojanstvo. Cijenu rada. A iz toga će sve drugo proizaći. Nemojmo prodavati maglu. Cijena rada je u Hrvatskoj podcijenjena. Zašto? S čim se uspoređujemo?

Vraćam se natrag. Još jednu misao mi dozvolite. Već sam postao dosadan. Ljudi dobre volje, reforma, sve skupa... Ljudi dobre volje će naći rješenje. Privatno—društveno, to su velike dileme. Mi idemo u Europu, ja nemam dileme. Kod mene je “društveno”, jer da sam mislio privatno, ne bih bio na toj funkciji na kojoj jesam. Prema tome, moj osobni pogled i stav je jasan. Međutim, činjenica je da Europa od nas traži u mnogim sektorima privatizaciju, jer smatra da je društveno podložno korupciji, mitu i, u konačnici, destruktiji. To je stav lidera Europe. Mi težimo tom konglomeratu država, koje ni same ne znaju kuda idu, bar za nas male ljude koji to gledamo. Ali isto tako imali smo—ono što smo imali nekad davno—imali smo Štampara, imali smo jednu viziju. Ta vizija je danas u potpunosti etablirana u skandinavskim zemljama, ali s pravima i dužnostima s obje strane, o čemu sam već nešto rekao. Znači, vrlo je jednostavno: opredijeliti se. To je problem: ako nešto donesemo, da se onda toga i držimo. Ako se moramo držati, onda je pitanje tko će to kontrolirati. A onda, kad nekoga nađemo da se toga ne drži, kako ćemo to riješiti. Znači, pitanje je uspostavljanja mehanizama koji moraju biti sazdana na realnim okvirima. Ja se s Vama apsolutno slažem. Ja bih htio imati dvostruku plaću, za boga miloga. Pa nemojte misliti da ne bih htio. Kao obični liječnik, pustimo ravnatelja. I moji liječnici

bi htjeli imati. Ali sada Vam moram reći drugu istinu, koja je možda bolnija. Nemojte me sad, molim Vas, citirati da ja ne želim da se plaće dignu. Svi sustavi koji su naglo digli plaće, nisu ništa bolje radili. Svi sustavi u kojima se plaća bitno umanjila, znači standard pao, jednako su dalje radili. Drugim riječima, nije plaća alfa i omega svega. Ona je, naravno, bitna da bi čovjek mogao živjeti. Apsolutno se slažem s Vama. Ali nemojmo tražiti krivca u plaći, za ono što moramo riješiti. Naravno, Vi ćete se boriti da nam plaće budu bolje. Ja Vam dajem podršku. Ali isto tako mi moramo unutar sebe mnoge stvari riješiti. Liječenje pacijenata—duhovno i tehnološki. Ako pacijentu danas ne date kemoterapiju koju on hoće imati, ako mu ne date 17 pretraga koje on misli da mora imati, on će Vas tužiti, jer za njega nije sve napravljeno. Ja sam osobno doživio od žene intelektualke koju sam operirao, da mi je nakon operacije rekla: “profesore, ja bih da Vi meni danas napravite CT trbuha”. Ja kažem: “gospodo, pa bili smo jučer unutra, riješili smo sve”. “Da, ali za svaki slučaj da budem sigurna”. To je možda jedan ekstrem o kome svima pričam zato što je on smiješan. Ali pokazuje naš mentalni sklop. Znači ako ćemo stvarno rješavati stvari, moramo prije educirati. Koga? Ljude, generacije ljudi. Liječnik primarne prakse—koliko on ima pacijenata? 1700 u prosjeku. Koliko ima vremena u prosjeku da svakog obavi? 10 minuta? Kad idete u Engleskoj ginekologu, znate kako vam to izgleda? Dođete tamo, onda on vas sjedne i priča. Priča. Što on priča? Ja sam ga pitao. Za to se ljudi educiraju.

Drugo, bolnice. Rekli smo da imamo puno bolnica. Ja mislim da treba 30 bolnica zatvoriti, gospodo. Gospodin Turek, Vi najbolje znate, Slavonija. Nemam ništa protiv Slavonije. Na 20 km su bolnice. Taj model prenesimo u Rijeku. Nema problema; bolnice ćemo otvoriti u Rijeci, u Opatiji, u Voloskom, na Gornjem Jelenju i još ne znam gdje. Danas bolnice, da bi imale jednu operacijsku salu, moraju imati toliko anesteziologa, toliko sestara, toliko opreme, toliko ovoga i onoga i ona mora na terenu napraviti toliko operacija da bi bila isplativa. Pogledajte koliko nam zjape prazne nekakve tehnologije koje smo kupili. Medicina danas ide k objedinjenju, znači centralizaciji. Ne mislim pod centralizacijom na Zagreb. Mislim općenito na nekakve regionalne centralizacije. Ako mi i dalje mislimo imati zdravstvenu zaštitu razbacanu, to je, naravno, neracionalnost. Tko će to napraviti, tko bi to trebao inicirati, kako da to izvedemo? O tome treba razgovarati.

U konačnici moramo postići kompromisni dogovor. I zato ja jedino što plediram iz ove pozicije: nema apsolutne istine, ima kompromisna istina. Ima istina koju možemo sazdati između želja i mogućnosti, u svim segmentima, pogotovo u zdravstvu. Ali nemojmo zaboraviti, gospodo, da je liječnik, sestra odnosno zdravstveni djelatnik u Hrvatskoj dosegao jednu razinu kojom se može ponositi kad gledamo realne okvire u kojima su rasli i u kojima rade. Ne tvrdim da smo mi zdravstveni djelatnici

savršeni. Mislim da moramo puno toga napraviti, ali nemojmo, gospodo, govoriti permanentno da je čaša poluprazna. I nije katastrofa. Mi danas imamo viši broj usluga, kvalitetniju uslugu, uveli smo čitav niz novih dijagnostika i terapija, pacijentima pružamo skoro sve zahvate koji se u Europi pružaju. Prema tome, ja ne vidim tu nikakvu katastrofu. Mi bismo htjeli bolje, ja bih tako rekao. Mi želimo bolje. Zato smo tu.

Dražen Gorjanski

Spec. obiteljske medicine, HZZO – Područni ured Osijek⁶⁵

Komercijalizacija zdravstva

Uvod

Komercijalizacija podrazumijeva uvođenje trgovačkih načina poslovanja u neku djelatnost i često je vrlo blizu komercijalizma – *načinu trgovanja ili trgovinskog poslovanja u kojem se gleda samo na dobit bilo na koji način, bez obzira na moralne obveze; profiterstvo⁶⁶*.

Pojam komercijalizacija obično se koristi u pogrdnom smislu i njime se želi istaći kako je u nekoj djelatnosti interes zarade prevagnuo nad nekim drugim, po mišljenju javnosti, višim ciljem. Tako, primjerice, govorimo o komercijalizaciji umjetnosti pri čemu podrazumijevamo takvu “proizvodnju” umjetnosti kojoj je cilj zarada, a ne ispoljavanje umjetničkog izričaja, ili komercijalizaciji medija pri čemu mislimo na takav izbor i oblikovanje medijskih sadržaja kojima je cilj što veća prodaja, a ne pravovaljano obavješćivanje javnosti. Primjeri mogu biti i znatno “životniji”. Tako je ratno profiterstvo komercijalizacija obrane domovine, kao što je i prostitucija komercijalizacija ljubavi. U ta dva se posljednja slučaja smatra da je cilj koji se ostvaruju komercijalizacijom (zarada) “niži”, odnosno manje vrijedan u odnosu na one “više” u tim djelatnostima (obrana domovine, odnosno ljubav kao odnos dvoje ljudi).

Navedeni su slučajevi pojedinačnog komercijalizma pa se valja zapitati može li se isto odnositi i na društvene sustave, u našem slučaju na zdravstveni sustav. Pretpostavka da se djelatnost u nekom sustavu može komercijalizirati podrazumijevala bi također postojanje uvjeta za takav postupak – zaradu kao “niži” cilj te postojanje nekog “višeg” cilja koji nadvisuje, odnosno koji je važniji od same zarade. Lako je uočiti kako su brojni društveni sustavi utemeljeni isključivo radi zarade (poduzeća, trgovina) te kako im je zarada jedini i krajnji cilj. U tom se slučaju ne može govoriti o komercijalizaciji njihove djelatnosti jer izostaje onaj “viši” cilj nad kojim je zarada odnijela prednost. No, postoje sustavi koji su utemeljeni s drugačijim ciljevima (vjerske udruge, udruge pacijenata, humanitarne udruge), čiji ciljevi nisu zarada nego neki drugi, nematerijalni ciljevi (duhovno usavršavanje, pomoć bolesnima, po-

⁶⁵ Sva su iznesene mišljenja osobni stavovi autora i nisu službena stajališta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

⁶⁶ Klaić B: Rječnik stranih riječi. Zagreb 2004, Nakladni zavod Matice hrvatske; 712

moć unesrećenima). Budući da su u tim sustavima ispunjeni uvjeti za zamjenu ciljeva (zarada – umjesto temeljnog cilja zbog kojega je sustav osnovan), u njima može doći do komercijalizacije.

Kakav je zdravstveni sustav? S kojim je ciljem osnovan? Ima li u njemu “viših” i “nižih” ciljeva? Može li u zdravstvu doći do zamjene ciljeva, odnosno može li u zdravstvenom sustavu doći do komercijalizacije?

Da bi mogli odgovoriti na navedena pitanja, valja nam se podsjetiti kako pod zdravstvenim sustavom podrazumijevamo skup zdravstvenih ustanova koje su međusobno povezane na način što djelotvornijeg ostvarivanja dvije temeljne zadaće—unaprjeđenje zdravlja stanovništva te sprječavanja osiromašenja zbog bolesti. Prihvatimo li navedenu odrednicu, tada se može reći kako je, kada je riječ o mogućoj komercijalizaciji zdravstva, ispunjen temeljni uvjet: u zdravstvenom sustavu postoji cilj koji nije materijalan (zdravlje). Ukratko—u zdravstvenom sustavu može doći do komercijalizacije.

S obzirom da će u tekstu biti najviše riječ o razmatranju komercijalizacije hrvatskog zdravstva, za bolje je razumijevanje te pojave nužno znati još dvije činjenice; jedna je od njih način na koji se naš sustav održava, odnosno kako zarađuje za svoj opstanak, a druga je poznavanje svjetonazora (ideologije) po kojoj sustav djeluje. Tek će tada rasprava o mogućoj komercijalizaciji zdravstva dobiti svoje puno značenje.

Što se tiče samog plaćanja zdravstva, hrvatski se zdravstveni sustav održava sredstvima koje zaposleni građani redovito, svaki mjesec, odvajaju za zdravstvo, neovisno o tome koriste ga ili ne. S obzirom na istu stopu odvajanja od zarade, obično se kaže kako se hrvatsko zdravstvo plaća na dva načela solidarnosti: bogatih prema siromašnima (zbog iste stope odvajanja bogati uplaćuju veće apsolutne novčane iznose za zdravstvo nego oni s manjim primanjima) te zdravih prema bolesnima (zdravi plaćaju zdravstveni sustav iako ga ne koriste pa, zapravo, plaćaju za liječenje bolesnih).

Svjetonazor je u mnogim sustavima određen raznim pravilima ponašanja ili kodeksima, pa je tako i u zdravstvu. Naš *Kodeks medicinske etike i deontologije*⁶⁷ prilično jasno ocrtava neprofitnu narav našeg zdravstva. Radi lakšeg razumijevanja ostalog dijela teksta, navesti će se samo nekoliko članaka *Kodeksa* kojima se pokazuje zamišljeni svjetonazor u zdravstvenom sustavu:

- *Liječniku je časna obveza svoje životno usmjerenje i struku posvetiti zdravlju čovjeka.*

⁶⁷ Narodne novine 55/08.

- *Liječnik će poštovati prava pacijenta smatrajući dobrobit pacijenta svojom prvom i osnovnom brigom. Svoj će posao obavljati stručno i etički besprijekorno, ne iskorištavajući pacijenta niti emotivno, niti tjelesno niti materijalno.*
- *Osim redovite nagrade za liječnički rad, u obliku plaće ili honorara i zadovoljstva da je pomogao pacijentu, drugo stjecanje materijalne ili bilo koje druge koristi iz njegova liječničkog rada protivno je ovom Kodeksu.*
- *U svojem postupku s pacijentom liječnik će postupati ekonomično, sukladno racionalnoj medicinskoj praksi. Nepotrebne preglede i liječenje neće provoditi, bez obzira tko snosi troškove skrbi za bolesnika.*
- *Liječnik će čuvati svoj stručni ugled i neovisnost, ne pristajući da mu se ime ističe i povezuje s trgovačkim aktivnostima radi stjecanja osobne koristi. Izbjegavat će stjecanje i širenje ugleda samoisticanjem i netočnim samooglašavanjem u sredstvima javnog priopćavanja.*

Iz svega iznesenog slijedi kako u našem zdravstvenom sustavu ne samo da postoje ne-materijalni ciljevi (zdravlje), nego se naš sustav održava i plaća na ne-materijalističkim načelima (solidarnost bogatih prema siromašnima i zdravih prema bolesnima), a svemu još valja pridodati i postojanje čvrstog ne-materijalističkog kodeksa ponašanja.

Kako se komercijalizira zdravstveni sustav?

Prije rasprave o komercijalizaciji zdravstva, valja raspraviti kakvo bi to bilo ne-komercijalno djelovanje, odnosno djelovanje suprotno komercijalnom.

Kako je ranije navedeno tijekom rasprave o cilju, načinu održavanja i postojećem kodeksu, ukratko se može reći da bi ne-komercijalno djelovanje zdravstvenog sustava bilo ono koje bi se odvijalo u skladu s ciljem zdravstvenog sustava, načinom njegova plaćanja te važećim kodeksom ponašanja. To znači kako bi unaprjeđenje zdravlja bio jedini cilj, neprofitno djelovanje jedni način rada, a ponašanje sukladno kodeksu jedini način odnosa prema pacijentima i kolegama.

Slijedeći odrednicu komercijalizacije, može se reći da se zdravstveni sustav komercijalizira u onom trenutku kada interes za zaradom nadvisi sve navedeno – i zdravlje kao cilj sustava, i neprofitan način rada i postojeći kodeks ponašanja; profiterstvo nastaje kada zarada postaje *vodeći cilj* rada u sustavu.

Budući da svaki sustav prigodom komercijalizacije prodaje svoj viši cilj (umjetnost, istinitu vijest, slobodu, ljubav), tada proizlazi kako će i zdravstvo tijekom komercijalizacije prodavati svoj viši cilj – zdravlje. No, tijekom te prodaje javlja se uobičajena

teškoća koja nastaje u svim sustavima koji se komercijaliziraju: kako vrednovati (koliko naplatiti) nešto što zapravo nema cijenu: umjetničko djelo, točnu vijest, slobodu, ljubav ili zdravlje? S obzirom da je zdravlje doista nemoguće “imati” u uobičajenom smislu te riječi (što bi značilo kako ga možemo dati drugom, primjerice, koji ga “nema”), niti mu je moguće odrediti cijenu, zdravstveni se sustav komercijalizira tako što se umjesto zdravlja prodaju medicinske usluge, a one se ipak mogu vrednovati. Pri tome valja imati na umu kako prodaja medicinskih usluga nije istoznačnica za prodaju zdravlja. Naime, svaka medicinska usluga ima cijelu lepezu mogućih ishoda – od stvarnog doprinosa poboljšanju zdravlja preko nepromijenjenog zdravstvenog stanja pa sve do pogoršanja zdravstvenog stanja, a ponekad čak i smrtnog ishoda. Važno je dakle istaći kako prigodom komercijalizacije svoje djelatnosti zdravstveni sustav zapravo ne “prodaje” zdravlje, nego prodaje tek zdravstvene usluge, ne podrazumijevajući niti se obvezujući kako će bilo koja zdravstvena usluga nužno dovesti i do samog zdravlja.

Promatrajući prodaju zdravstvenih usluga i s te trgovačke strane, uočljivo je kako je ta trgovina u suštini nepoštena. Naime, prodavatelj usluga prodaje nešto (medicinsku uslugu) što kupca zanima tek posredno, odnosno zanima ga tek kao put do krajnjeg objekta kupovine, a to je zdravlje.

Sagledamo li iz tog kuta komercijalizaciju zdravstva, uočava se kako je postupak komercijalizacije (bar) dvostruko nemoralan: ne samo što se tako “prodaje” viši cilj sustava za novac, nego se zdravstveni sustav, čak ni ne obvezuje, da će kupac tih usluga dobiti doista ono što kupuje.

Kuda vodi komercijalizacija zdravstva?

Komercijalizacija zdravstva nije postupak upitan samo zbog niza moralnih dvojbi – to je usmjerenje sustava na djelatnost koja može biti čak i u suprotnosti s ciljevima samog zdravstva. Naime, svaki se sustav usavršava za ispunjenje onih zadaća za koje se opredijeli. Pojava je to u svemu živom svijetu: ptice su bolji letači od riba, ali se ove posljednje bolje snalaze u vodi; maratonci su bolji trkači od dizača utega ali su dizači znatno snažniji, obrambeni sustav će uspješnije braniti domovinu od zdravstvenog, ali je zdravstveni uspješniji u brizi za zdravlje stanovništva. Drugim riječima, komercijalizira li se zdravstveni sustav te ga se usmjeri ka zaradi umjesto ka unaprjeđenju zdravlja, za očekivati je njegovo usavršavanje u stjecanju novca, ali istovremeno i padu vještine unaprjeđivanja zdravlja. Da je to dosta tako vidljivo je promatranjem zdravstvenih sustava koji su iznimno komercijalizirani kao što je to američki zdravstveni sustav.

Komercijalizacija zdravstva rađa ciljeve koji su, ne samo drugačiji od ciljeva zdravstvenog sustava, nego su mu upravo suprotni. Iako navedeno zvuči pomalo zbunjujuće, zapravo je vrlo jednostavno i prirodno. Riječ je o činjenici kako komercijalizirano zdravstvo može opstati samo ako zarađuje, a zarada se ostvaruje samo na bolesnim osobama. Drugim riječima, komercijalizirano zdravstvo može opstati i/ili se unaprjeđivati samo u uvjetima kada ima dovoljno bolesnika – u suprotnom, u slučaju da su svi građani zdravi, zdravstvo koje ovisi o prodaji svojih usluga neće moći opstati. Slijedeći tu jednostavnu tržišnu logiku dolazimo do apsurdne pojave da su ciljevi komercijaliziranog zdravstvenog sustava upravo suprotni ciljevima građana. Naime, usporedimo li temeljne težnje profitnih ustanova, liječnika, građana i države, vidjeti ćemo kako su težnje profitnih ustanova upravo suprotne od težnji ostalih sudionika u zdravstvenom sustavu (tablica 1.).

Tablica 1. Usporedba poželjnog stanja stanovništva, poželjnog broja oboljelih, popunjenosti ambulanti, popunjenosti bolnica, duljine liječenja, učestalosti pojavljivanja bolesti te troškova liječenja u profitnih ustanova, liječnika, građana i države (preuzeto iz D. Gorjanski. *Je li hrvatski zdravstveni sustav – sustav?*)

Promatrano svojstvo	Profitne ustanove	Liječnici	Građani	Država
Poželjno stanje stanovništva	Bolest	Zdravlje	Zdravlje	Zdravlje
Poželjan broj oboljelih	Što veći	Što manji	Što manji	Što manji
Popunjenost ambulanti	Što veća	Što manja	Što manja	Što manja
Popunjenost bolnica	Što veća	Što manja	Što manja	Što manja
Duljina liječenja	Što duža	-	Što kraća	Što kraća
Pojavljivanje bolesti	Što češće	Što rjeđe	Što rjeđe	Što rjeđe
Troškovi liječenja	Što veći	-	-	Što manji

Valja uočiti kako jedino profitne ustanove, zbog načina zarađivanja (samo na bolesnim ljudima), teže negativnim ciljevima, odnosno priželjkuju stanja koja sustav želi pod svaku cijenu izbjeći: što veći broj bolesnika, što duže liječenje, što veću popunjenost ambulanti i bolnica, što duže i skuplje liječenje.

Sukladno novim ciljevima (zaradi) nije čudno da zdravstvenu djelatnost sve češće obavljaju trgovačka društva. Tako naša Liječnička komora izvješćuje da je samo od

rujna do studenog 2009. "Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu specijalističku djelatnost zaprimilo čak 24 zahtjeva za osnivanje trgovačkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti i proširivanje njihovih djelatnosti"⁶⁸.

Gdje je hrvatsko zdravstvo?

Tako iz svega navedenog proizlazi kako zdravstveni sustavi, kao uostalom i ostali sustavi koje potiču neželjeni događaji (policija, pravosuđe, vatrogasci, vojska) imaju neprofitne ciljeve (zaštita građana, pravnu državu, zaštitu od požara, obranu domovine) koji se ne smiju uvesti u profitni način poslovanja.⁶⁹ Dogodi li se to, dolazi do smanjivanja djelatnosti rada sustava te okretanja zaradi kao novom cilju, te što je najopasnije, pojavi negativnih ciljeva. Navedena spoznaja nije samo teorijska – reforma je zdravstva 1993. kada su u naš sustav uvedeni "ograničeni tržišni odnosi",⁷⁰ do sada pokazala sve navedeno – od okretanja sustava zaradi preko promjene ciljeva pa sve do pojave negativnih ciljeva. I unatoč tome, svjedoci smo daljnjeg rastakanja našeg sustava – nasilno uvođenje koncesije u nekada svjetski poznati model primarne zaštite po kojemu se Hrvatska istakla u svijetu, unatoč protivljenju i stručnjaka (Liječničke komore),⁷¹ i djelatnika u zdravstvu (sindikata),⁷² i samih pacijenata.

Promatrajući vrijeme izabrano za provođenje koncesije primarne zaštite, teško se je oteti pomisli na gotovo savršen odabir trenutka (tajming) za takav uništavajući potez. Naprasna ostavka premijera, politička i gospodarska nestabilnost, izbijanje brojnih korupcijskih afera, stalni porast nezaposlenosti i teška recesija, kao da su prepisani uvjeti koje je potrebno ostvariti da bi se *doktrinom šoka* uništila nacionalna blaga jedne zemlje.⁷³ S obzirom da se koncesija daje na 10 godina, mala je mogućnost da bi se kotač povijesti mogao vratiti unazad. Tako smo voljom naših političara živi svjedoci razaranja i posljednjih dokaza o svjetski poznatoj i naprednoj obiteljskoj medicini koja je nekada postojala u Hrvatskoj. Na slavu i čast našeg velikana Andrije Štampara.

⁶⁸ Cafuk B. 26. sjednica Izvršnog odbora. Liječničke novine. 2009;85:7

⁶⁹ Gorjanski D. Je li hrvatski zdravstveni sustav – sustav? Osijek: Matica hrvatska; 2009.

⁷⁰ Hebrang A, Ljubičić M, Baklaić Ž. Izvješće o stanju i razvoju hrvatskog zdravstvenog sustava od 1990. do 1995. godine. U: Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2007;3(10). dostupno na: <http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=13328&crnd=>. datum pristupa 03. 09. 2008.

⁷¹ Liječničke novine broj 84. od 2009. (tematski broj posvećen koncesijama u zdravstvu).

⁷² Bratonja-Martinović Lj. Avberšek: Tražimo povratak domova zdravlja. Glas Slavonije od 11.03.2010.

⁷³ Klein N. Doktrina šoka. Zagreb: V.B.Z.; 2008.

Što reći za kraj?

Paradoks kojega proizvodi komercijalizacija zdravstva (okretanje negativnim ciljevima sustava) ne samo da je dobro opisan i poznat, nego postoje i zorni primjeri takvog usmjerenja. Primjerice, proučavanje američkog zdravstva nudi pravu riznicu pojava i posljedica koje slijede komercijalizacijom sustava.⁷⁴ No, i unatoč postojanju i teorijskih i stvarnih dokaza, tvorci naše zdravstvene politike uporno žure ostvariti upravo takav modele zdravstvenog sustava. Tako ono što je dokazano loše – američki, komercijalizirani model *koji je* toliko porazan i neučinkovit da ga i sami Amerikanci pokušavaju mijenjati. – nama postaje uzor. Ono čega se predsjednik Obama i kulturni svijet nastoji otarasiti – mi tome hrlimo, ono čega se kulturni svijet stidi – mi se time ponosimo.

Postoji poslovice koja kaže kako je onaj tko ne poznaje povijest osuđen na njeno ponavljanje. Tako ćemo vjerojatno i mi (kao i sada Amerikanci), nakon desetaka (stotina?) godina započeti neke nove reforme čiji će cilj biti uspostavljanje normalnog, ne-komercijaliziranog zdravstva – jasno, ukoliko od njega išta ostane. Do tada nam ostaje uživati u sposobnosti naših “kreatora zdravstvene politike”. I smišljati isprike za buduće naraštaje.

Dražen Gorjanski

Specialist in family medicine, HZZO – Osijek Regional Office

Commercialization of health care

ABSTRACT

The author explains what commercialization is and how it is recognized in health care. By analyzing the cases of single commercialism, the author directs us toward thinking how commercialism comes to be within an order of higher and lower values, especially in those situations when, out of a value system, the profit appears as the highest aim. In explaining commercialism appearing in Croatian health-care system, the author departs from two facts: the first fact considers the way the system realizes its profit and ensures its own survival, while the second fact is the necessary knowledge of the view of the world the system follows.

⁷⁴

Krugman P. Savjest liberala. Zagreb: Algoritam; 2010.

Doc. dr. sc. Veronika Nela Gašpar, Ivan Perković

Teologija u Rijeci – područni studij Katoličkog bogoslovnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

O zdravlju i religiji u suvremenom društvu

Uvod

“Vrlo je važno stvoriti u ljudskom umu radikalnu revoluciju. Kriza je–kriza u svijesti. Kriza koja ne može više prihvatiti stare norme, drevne tradicije. I, s obzirom na svijet kakav je danas, sa svom bijedom, sukobima, destruktivnom brutalnošću, agresijom... Čovjek je još uvijek ono što je bio. Još uvijek je brutalan, nasilan, agresivan, posesivan, pohlepan. On je izgradio društvo u skladu s ovim osobinama. Ono što pokušavamo kroz ove diskusije je da shvatimo ukoliko ne možemo stvoriti tu radikalnu promjenu u ljudskom umu, onda bar da ne prihvatimo stvari ‘zdravo za gotovo’, već da ih razumijemo, da proniknemo u njih, i da ih ispitamo, dajući vašem srcu i umu sve što možete saznati iz toga. Jedan drugačiji život. Ali, to ne zavisi od drugih, već od vas. Jer u ovome nema učitelja, nema učenika, nema vođe, nema guru, nema gospodara, nema spasitelja. Vi ste i učitelj i učenik, vi ste gospodar i guru i vođa, vi ste sve!” (iz filma *Zetigeist – Addendum*, 2008.)

Ovaj odlomak iz filma *Zeitgeist – Addendum* vrlo zorno prikazuje situaciju u kojoj se ljudsko društvo postmoderne danas nalazi i kako čovjek postmoderne doživljava sebe i svoj život. Radikalni pluralizam, individualizacija i promjena normâ, kao temeljna obilježja postmoderne, imaju za posljedicu da se sada vrednota zdravlja stavlja u nastale praznine koje je iza sebe ostavilo opadanje crkvenosti i religioznosti te poprima oblik specifične “ovostrane religije”. Polazeći od analize općeprihvaćene definicije zdravlja i rezultata empirijskog istraživanja na temelju prožetosti suvremene postmoderne religioznosti terapijskim interesima i oblicima, ukazuje se specifičnost odnosa religije i zdravlja u postmodernom društvu danas. Ako govor o Bogu nadilazi svako unutarsvjetsko područje, on čuva zajedno s transcendencijom Božjom i transcendenciju ljudske osobe. Stoga dok se s jedne strane ukazujemo na taj nedostatak u odnosu zdravlja i religije u postmodernom društvu, s druge strane, ističemo doprinos religije u procesima ozdravljenja kao i njezino osposobljavanje čovjeka u prihvaćanju činjenicu kako se u pojedinim okolnostima ne može raspolagati sa zdravljem, bolešću i smrću.

1. Što je zdravlje?

Svjetske zdravstvena organizacija (SZO) zdravlje definira kao “stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja, a ne samo kao jednostavnu odsutnost bolesti li ne-moći”. Na stručnoj razini zapadnog pristupa medicini zdravlje se definira kao “blagostanje čitavog organizma, odnosno njegovo dobro i uspješno funkcioniranje na tjelesnoj, emocionalnoj, društvenoj i duhovnoj razini osobnosti”⁷⁵.

Proteklih godina SZO provodila je opširno istraživanje kvalitete življenja koja je dovelo do slijedećeg zaključka: “Do nedavno su zdravstveni djelatnici pretežito pratili medicinski model po kojem se pacijenti liječi uglavnom terapijom lijekovima i kirurškim metodama, dok se manja važnost pridavala duhovnosti i vjeri u izlječenju te odnosu doktor-pacijent. Ovo redukcionističko i mehanicističko shvaćanje pacijenta više nije zadovoljavajuće. Pacijenti i liječnici počeli su uviđati vrijednosti čimbenika kao što su duhovnost, vjera i suosjećanja u procesu izlječenja. Vrijednost ovih duhovnih čimbenika u zdravlju i kvaliteti življenja dovelo je do znanstvenih istraživanja na ovom polju kako bi se došlo do cjelovitijeg razumijevanja ljudskog zdravlja, a koje uključuje i ne-materijalnu dimenziju (spregu uma i tijela)”⁷⁶.

Treba naglasiti da sve religije, zapadne i istočne, zagovaraju medicinu za osobu i da lijekovi zajedno s duhovnim liječenjem doprinose izlječenju. Važnost duhovne dimenzije čovjeka obično najviše dolazi do izražaja kod teških životnih iskušenja, sučeljavanja s bolešću ili smrću. Tijekom zadnjih desetljeća provedena su mnoga znanstvena i stručna istraživanja kojima je zajednički zaključak da postoji povezanost razine duhovnosti s poboljšanjem simptoma različitih psihičkih (depresija, tjeskoba, ovisnosti, shizofrenija, prevencija samoubojstva) i organskih poremećaja (kardiovaskularna oboljenja, dijabetes, reumatoidni artritis, multipla skleroza, maligne bolesti i dr.).⁷⁷

Socijalni i medicinski analitičari govore da danas nailazimo na tri glavna tipa pristupa zdravlju i bolesti: društveno-kulturalni, holistički i medicinsko-tehnološki. Zdravlje nije neki samostalni entitet koji se može proučavati u laboratoriju, a da se ne uzme u obzir konkretna osoba u svojoj individualnoj cjelovitosti.⁷⁸

⁷⁵ Usp. Veronika Nela GAŠPAR, *Odnos zdravlja i religije u postmodernoj*, str. 2.

⁷⁶ Usp. Herman VUKUŠIĆ, *Duhovnost i medicina*, u: *Vjera i zdravlje*, *Zbornik radova s interdisciplinarnog, multikonfacionalnog i internacionalnog simpozija održanog 2. ožujka 2005. godine na Filozofskom fakultetu Družbe Isusove u Zagrebu (I. dio); Razni tekstovi na temu “Vjera i zdravlje” (II. Dio)*, Zaklada biskup Josip Lang, Zagreb, 2005., str. 3–5.

⁷⁷ Usp. Đulijano LJUBIČIĆ, *Duhovnost i psihijatrija*, Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultet, Rijeka, 2009., str. 23.

⁷⁸ Usp. Veronika Nela GAŠPAR, *Odnos zdravlja i religije u postmodernoj*, str. 2.

2. Postmoderna i odnos prema zdravlju

2.1 Postmoderna

Kao glavne značajke pojma postmoderne, iz sociološke perspektive nameću se tri odrednice: radikalni pluralizam, individualizacija i promjena normi. Radikalizirani kulturni pluralizam postaje sigurnim znakom prijeloma epohe prema postmoderni. Povrh radikalnog pluralizma individualizacija je druga značajka prijelaza u postmodernu. Pod pojmom individualizacije ponajprije se podrazumijevaju fenomeni koji ukazuju na promijenjeni odnos čovjeka prema dosad u zadanim oblicima života i tumačenjima života. Sve veći broj ljudi osjeća se izdvojenima iz uobičajenih sklopova obiteljskog života, iz uloge spolova, trajnog zaposlenja, regionalnih i religijskih veza. Neupitno pravilo postmoderne glasi: "Život samo onda ima smisla ako mu se dadne neki smisao".⁷⁹

Upućenost na samoga sebe i odnos prema samome sebi postaju konstante načina života. U istraživanju promjene vrednota preobrazba prema postmoderni povezuje se sa slabljenjem vrednota obveze i prihvaćanja. Istražitelji vrednota navode sljedeće tendencije na religiozno-svjetonazorskom području: (1) slabljenje kršćanskog svjetonazora; (2) porast autonomnog davanja smisla; (3) visoki stupanj religiozne neodređenosti; (4) sinkretizam svjetonazornih elemenata.⁸⁰

Čovjeku postmoderne važna je sadašnjost kao mjesto gdje se sve događa, prošlost i budućnost se ne računaju. Ne uznemiruju ga metafizičke misli, ideologijama ne vjeruje, umnost mu nije potrebna, a njegov hod jest hod prema nepoznatome, koje je oslobođeno od pitanja i odgovora o smislu. Sve se želi 'odmah i sada', najviše se cijeni individualizam dok su zajedništva marginalizirana.⁸¹

2.2 Najveća vrednota – zdravlje

Završetkom Drugog svjetskog rata sve se više ističe da je pacijent dio većeg, složenijeg biopsihosocijalnog sustava: obitelji (Richardson, 1945). Tome stavu uvelike je pridonio razvoj kibernetike i teorije općih sustava na biološke i socijalne znanosti. Ljudski sustavi se ne mogu više gledati samo kao zbroj pojedinaca u interakciji. Životi članova obitelji u međusobnoj su ovisnosti, i uzajamno utječu na iskustvo svakoga člana i zdravlje.⁸² Danas smo svjedoci sve manjeg broja obitelji.

⁷⁹ Karl GABRIEL, Zdravlje – najviše dobro. Pogled na postmodernu shvaćanje ljudskog zdravlja, u: *Kršćanstvo i zdravlje: Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa Split, 20.-21. listopada 2005.*, Crkva u svijetu, Split, 2006., str. 213.

⁸⁰ Karl GABRIEL, Zdravlje – najviše dobro. Pogled na postmodernu shvaćanje ljudskog zdravlja, u: *Kršćanstvo i zdravlje*, str. 215-216.

⁸¹ Usp. Veronika Nela GAŠPAR, *Odnos zdravlja i religije u postmodernoj*, str. 3.

⁸² Usp. Robert E. RAKEL, *Osnove obiteljske medicine*, Naklada Ljevak, Zagreb, 2005., str. 30.

“Vjera i znanost su odvojene i postavljaju međusobno posve drugačija poimanja ljudske prirode. Njihova prezentacija u zajedničkom kontekstu dovodi do pogrešnog shvaćanja i znanstvene teorije i vjerskih poimanja. Insistiranje na odvajanju znanosti i vjere, povezano s Freudovim krajnje negativnim viđenjem vjere i njegovim izravnim utjecajem na psihijatriju – dijagnostičku klasifikaciju, teoriju istraživanja i praksu, dovelo je do ignoriranja ili patologiziranja vjerske i duhovne dimenzije života.”⁸³

U porastu je tendencija da se zdravlju kao vrednoti pridaje vrhunsko mjesto. Ne smatra se problemom poodmakla dob sama po sebi. Starost postaje problemom tek kad je povezana sa zdravstvenim ograničenjima i bolešću. Borba protiv bolesti uživa najveću prednost. U svim se visokorazvijenim zemljama enormno povećavaju izdaci za zdravstvene usluge. Sukladno najvećoj vrijednosti koja se pridaje zdravlju, liječnik i medicinska sestra uživaju kao zvanje najveći prestiž.⁸⁴

Religija, koja je ranije bila najveća vrednota, u današnjem se društvu nalazi na dnu ljestvice vrednota. Sve se vrti oko zdravlja i njegovog očuvanja pod svaku cijenu. U ovim izrazito kriznim vremenima slabljenje pa čak i gubitak globalnog horizonta smisla u životima velikog broja ljudi čine da briga za zdravlje i traženje novih putova liječenja postaju mnogima sve više i više središnja životna vrijednost. Biti zdrav, osjećati se dobro, moći se izliječiti, moći dugo živjeti, za mnoge je naše suvremenike, puno važnije od problema kako razlučiti istinu od laži, dobro od zla.⁸⁵

Posjet salonima za fitness doživljava svoj bum; i iskazuje najveće stope povećanja u pogledu ponašanja u slobodno vrijeme. “Zdravi stil života” najviše se propagira kroz medije. Više od 60 posto njemačkog stanovništva među svoje osobne vrijednosne orijentacije ubrajaju “održavanje tjelesne kondicije u starosti”. Ideal postaje uživati svoj život do smrti, po mogućnosti bez ikakve bolesti i patnje.

Karakterističan pogled na razvoj zdravlja kao vrednote pružaju nam fenomeni povezani s tzv. “medicinom stila života” (*Lifestille-Medizin*). Među lijekove koji se koriste za “zdravi stil života” ubrajaju se sredstva za područje seksualnosti, za podizanje raspoloženja, protiv starenja, za probleme s gojaznošću, nikotinom i korekturu nabora. K tome pridolaze zahvati plastične kirurgije radi ljepote. Znanstveno istraživački rad

⁸³ Đulijano LJUBIČIĆ, *Duhovnost i psihijatrija*, Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultet, Rijeka, 2009., str. 23-24.

⁸⁴ Usp. Karl GABRIEL, Zdravlje – najviše dobro. Pogled na postmoderno shvaćanje ljudskog zdravlja, u: *Kršćanstvo i zdravlje: Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa Split, 20.-21. listopada 2005.*, Crkva u svijetu, Split, 2006., str. 216.

⁸⁵ Usp. Nikola BIŽACA, Zdravlje i bolest u aktualnom kontekstu dijaloškog odnosa među religijama, u: *Kršćanstvo i zdravlje: Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa Split, 20.-21. listopada 2005.*, Crkva u svijetu, Split, 2006., str. 283.

u medicini najviše uspjeha ima baš u tome polju, što je i razumljivo zbog profita koji farmaceutska industrija (glavni ulagač u razvojnu medicinu) ima od takvih ot-krića. Farmaceutska industrija navodi iznos od 29 milijardi godišnje kao svotu koja se izdaje za tipične lijekove stila života.⁸⁶

Sve je danas podvrgnuto profitu, a zdravlje kao najveća vrednota još više potiče farmaceutsku industriju, osiguravajuće kuće, velike medicinske centre i sve ostale koji su usko vezani uz zdravlje ljudi, da uvjere čovječanstvo kako im jedino njihovi proizvodi i usluge mogu pomoći da tu vrednotu u svome životu ostvare.

3. Koncept “ovostrane religije”

Sve do sada nabrojeno; radikalni pluralizam, individualizacija i promjena načela, dovodi u današnjem postmodernom društvu da se vrednota zdravlja stavlja u praznine koje je iza sebe ostavilo opadanje institucionalne religioznosti pa na taj način zdravlje poprima oblik specifične “ovostrane religije”.⁸⁷

Teorija religije sociologa religije Thomasa Luckmanna, najbolje objašnjava pojam zdravlja kao religije. Pomoću njegovog polazišta moguće je dobiti pojam “ovostrane religije”. Zdravlje se može shvatiti – kako tvrdi Karl Gabriel–kao karakteristična “ovostrana religija” za postmodernu. Luckmann promatra religioznost kao antropološku konstantu. Da bi čovjek postao čovjekom, mora nadići svoj biološki organizam i urasti u jedan smisleni poredak. Religija počiva na fenomenološki dostupnom subjektivnom iskustvu transcendencije. Luckmann razlikuje male, srednje i velike transcendencije.

1. “Kad se ono što je u sadašnjem iskustvu samo naznačeno kao ne-iskusivo, u načelu jednako može iskusiti kao i ono što je sada iskustvo”, Luckmann govori o **malim transcendencijama**. U svome neposrednom iskustvu neizbježno nadilazim sebe u smjeru drugih iskustava koja trenutačno nisu prisutna.
2. “Kad se ono što je ondje prisutno načelno spoznaje samo posredno, a nikada neposredno, premda je sastavni dio iste svagdašnje stvarnosti”, Luckmann govori o **srednjim transcendencijama**. Kad se radi o srednjim transcendencijama, zbilja koja mi je dostupna samo preko znakova, ostaje dio iste svagdašnje zbilje (u ovu kategoriju spadaju “ovostrane religije”).

⁸⁶ Usp. Karl GABRIEL, Zdravlje – najviše dobro. Pogled na postmodernu shvaćanje ljudskog zdravlja, u: *Kršćanstvo i zdravlje: Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa Split, 20.-21. listopada 2005.*, Crkva u svijetu, Split, 2006., str. 216-217.

⁸⁷ Usp. Veronika Nela GAŠPAR, *Odnos zdravlja i religije u postmodernoj*, str. 4.

3. “Kad se nešto spoznaje samo kao ukazivanje na neku drugu zbilju”, onda se prema Luckmannu radi o **velikim transcencijama**. Velike transcencije predstavljaju “drugu zbilju” u svagdašnjem svijetu (u ovu kategoriju spadaju “onostrane religije”).⁸⁸

Za razliku od predmodernih društava, u modernim društvima ljudi ne raspoložu više samo s jednim modelom iskustva transcencije koji je od svih prihvaćen. Primarno mjesto religije postaje privatna sfera kao prostor s onu stranu institucija i biografija pojedinca. U privatnoj sferi dostupan je veliki broj modela transcencije koji međusobno konkuriraju. Prema Luckmannu, moderni socijalni oblik religije je privatiziran, pluraliziran i tematski usmjeren na-subjekt. Crkve predstavljaju jedan od mnogih modela, tako da više ne reprezentiraju dominantni socijalni oblik religije.⁸⁹

U postmodernom kontekstu zdravlje se kao ovostrana religija nadovezuje na kulturu “dobrog osjećanja/zdravlja”, kako je opisana u definiciji zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije (SZO). Snažne hedonističke struje u postmodernoj kulturi pospješuju zdravlje/fitness kao “ovostranu religiju”. Vlastita tjelesnost postaje povlašteni predmet iskustava transcencije. Iskustvo tijela osobito se odlikuje neposrednošću, intenzitetom i autentičnošću. Što su u postmoderni svagdašnja iskustva nesigurnija i nepreglednija, to se privlačnijim čini koncentracija na vlastito iskustvo tijela. U novijoj filozofskoj raspravi zdravlje se karakterizira kao “transcendentalno” dobro.⁹⁰

“Ovostrana religija” zdravlje/fitness, uz sve jači društveni poticaj prema ovome, nalaze uporište u sakralizacije samoga Sebe. Usmjerenost prema sebi i sve veća briga za samog sebe dovodi u postmodernoj do samoobožavanja. Vlastito Ja postaje imperativ.

Teolog i liječnik Manfred Lütz izričito ukazuje na religijske momente postmodernog zdravstvenog sustava: “Zdravlje je danas veliki gospodarski čimbenik sa sigurnim stopama rasta. To je povezano s revolucionarnom promjenom u vrijednosnom sustavu zapadnih društava. Religijski vakuum sve je više popunjen ‘zdravljem’. U međuvremenu zdravlje se neupitno smatra ‘najvećim dobrom’. Naše društvo tolerira svaku glupu šalu o Isusu Kristu, ali kad se radi o zdravlju, šala prestaje. Postoje hodočašća specijalistima, asketski dijetalni pokreti, saloni za održavanje kondicije kao

⁸⁸ Usp. Karl GABRIEL, Zdravlje – najviše dobro. Pogled na postmoderno shvaćanje ljudskog zdravlja, u: *Kršćanstvo i zdravlje: Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa Split, 20.-21. listopada 2005.*, Crkva u svijetu, Split, 2006., str. 218.

⁸⁹ Usp. Karl GABRIEL, Zdravlje – najviše dobro. Pogled na postmoderno shvaćanje ljudskog zdravlja, u: *Kršćanstvo i zdravlje*, str. 219-220.

⁹⁰ *Isto*, str. 221.

mjesta gdje se pomoću pobožnih vježba povraća zdravlje, država potiče kampanje protiv pušenja, protiv pića, protiv jedenja itd...⁹¹

4. *Novi religijski pokreti i zdravlje*

4.1 Modeli shvaćanja zdravlja

N. Bižaca ističe da od početka Bog ni jednog čovjeka ne prepušta naravnoj samoći njegovih stvorenih mogućnosti. Jedno od univerzalnih antropoloških iskustava jest fenomen zdravlja i bolesti. Danas shvaćanje zdravlja i bolesti te sama praksa liječenja sve više uvažavaju cjelokupnost čovjekovih temeljnih dimenzija. Sve češće se govori i o čovjekovoj duhovnosti kao o jednom od temeljnih čimbenika i fenomena zdravlja, bolesti, liječenja i izlječenja. Na razini shvaćanja zdravlja, bolesti i liječenja izmijenili su se slijedeći modeli:⁹²

1. **Sakralni model** – dominira tijekom mnogih tisućljeća, čovjeka shvaća naglašeno holistički⁹³. U tom gledanju zdravlje se promatra kao plod ispravnog načina življenja. Čovjek je zdrav kad živi sukladno prirodnim ritmovima, u skladu s drugima, a posebice s Bogom ili bogovima. Naprotiv, bolest se doživljava kao raskid odnosa s prirodom, s društvenim okolišem te s duhovnim svijetom. Liječenje je, dakle, prema takvom modelu utemeljeno na istodobnoj primjeni tradicionalnih lijekova, ali i religioznih a katkad i magijskih obreda. Prisutan je u svim velikim civilizacijama prošlosti prožetima religijom.
2. **Znanstveni model** – Način na koji se u toj medicini shvaća bolest razdvojio je u praksi kliničke medicine tijelo od svih mentalnih vidova (misao, duh, osjećaj). Bolest je u toj interpretaciji svedena na nered u tjelesnim funkcijama (biokemijskim, neurofiziološkim, itd.), isključujući pritom psihološke, društvene i duhovne vidove. Današnji znanstveni biomedicinski model teži svođenju stvarnosti na nešto što se može objektivirati i izmjeriti. Specijalizirana sektorijalnost ovoga modela uz velike uspjehe pokazuje i brojne nedostatke kako na dijagnostičkoj tako i na terapijskoj razini. I upravo ti uočeni nedostatci tvore polazište za danas sve rasprostranjeniju

⁹¹ Isto, str. 222-223.

⁹² Usp. Nikola BIŽACA, Zdravlje i bolest u aktualnom kontekstu dijaloškog odnosa među religijama, u: *Kršćanstvo i zdravlje: Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa Split, 20.-21. listopada 2005.*, Crkva u svijetu, Split, 2006., str. 267-275.

⁹³ *Holizam* – teorija prema kojoj je organizam kao cjelina nešto bitno drukčije i više negoli puki zbroj djelovanja svih njegovih dijelova, te kao cjelina usmjerava sve fizikalno-kemijske životne pojave, "biologija cjeline" (vidi: Ančić – Goldstein, *Rječnik stranih riječi*)

motivaciju holističkog pristupa fenomenu zdravlja i bolesti, koji ljudski organizam promatra kao sustav čije su sastavnice (tijelo, um i duh) povezane međuovisnošću i koji je dio jednoga još šireg sustava.

Takvim holističkim pristupom, koji se u mnogočemu poklapa sa suvremenim psihosomatskim načinom razmišljanja, nastoji se prevladati jedna pozitivistička i sektorijska koncepcija bolesti i liječenja te se otvaraju vrata jednoj multidimenzionalnoj viziji zdravlja i bolesti.⁹⁴

4.2 Novi religijski pokreti – “religije ozdravljenja”

Holistički pristup zdravlju u današnje vrijeme preuzima u određenim ambijentima pojedine elemente “sakralnog modela”. Ovdje se najprije misli na različite “nove religijske pokrete” i na različite new age terapijske škole i tehnike, tj. pristupanje njima i traženje ozdravljenja ili pak očuvanja dobrog zdravlja. Tako da je veliki dio novih religijskih pokreta moguće opisati uz pomoć kategorije “religija ozdravljenja” kakvu je formulirala povijest religija. U svim tim pokretima, u kojima dominira “terapijski ethos”, prevaga je na strani optimističke vizije vlastite ponude, a za nju se pak drži da njezina mentalna i molitvena praksa unosi u svijet više zdravlja i sreće. Porijeklo, te doktrinarna i organizacijska struktura tih novih religijskih grupacija različiti su tako da razlikujemo četiri temeljne tipse skupine:

Prva skupina—obuhvaća one pokrete koji u ime nove vjernosti Kristu osporavaju povijesnu Kršćansku crkvu (npr. različite pentekostalne udruge, Božje skupštine, i dr.).

Druga skupina—pokreti koji, nastavši najčešće kao rezultat misijske djelatnosti pripadnika azijskih religija, prihvaćaju Boga ili božanstvo, ali ne i Krista (npr. Sai Baba, Transcendentalna meditacija)

Treća skupina—religiozni pokreti u kojima je Bog od drugotne važnosti te su usredotočeni na razvoj “ljudskog potencijala”. Oni teže k ostvarenju višeg stadija razvoja ljudskih tjelesnih i psihičkih mogućnosti, koji kao jedan od svojih središnjih elemenata uključuje oslobođenje od bolesti (npr. Scientologija i dr.).

Četvrta skupina—uključuje “nove magijske pokrete”, s jedne strane, te različite terapijske oblike new agea s druge strane (primjerice channeling). Primarna tema u većini tih pokreta je liječenje, ali i očuvanje zdravlja, bilo da su njihovi odgovori na problem bolesti i liječenja karizmatskoga ili gnostičkog karaktera.⁹⁵

⁹⁴ Usp. Nikola BIŽACA, Zdravlje i bolest u aktualnom kontekstu dijaloškog odnosa među religijama, u: *Kršćanstvo i zdravlje: Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa Split, 20.-21. listopada 2005.*, Crkva u svijetu, Split, 2006., str. 276-279.

⁹⁵ Usp. Nikola BIŽACA, Zdravlje i bolest u aktualnom kontekstu dijaloškog odnosa među religijama, u: *Kršćanstvo i zdravlje*, str. 280-282.

Bižaca nadalje ukazuje da današnjem čovjeku koji želi “ozdraviti pod svaku cijenu” novi religijski pokreti dolaze ususret svojim više ili manje dosljedno prakticiranim terapijskim holizmom, koji čovjekovo zdravlje najčešće promatra kao skladnu interakciju tjelesnoga, psihološkoga, društvenoga, ekološkoga i duhovnog. Usprkos tome, holizam novih religijskih pokreta, iako uvažavaju duhovnu dimenziju čovjeka, ipak je najčešće nepotpun i stoga problematičan. To je poradi toga jer mnogi od novih religijskih pokreta u svojem pristupu fenomenu zdravlja ne uzimaju u obzir čovjekovu cjelokupnost koja nužno uključuje i nadempirijsku dimenziju definitivnog spasenja. Njihov holizam je funkcionaliziran i komercijaliziran u službi jedne koncepcije života koja na zdravlje gleda kao na vrhovnu vrijednost. Ako se o Bogu ili božanstvu i govori, tada je tu riječ o “Bogu samo za mene”, o Bogu koji kao i sve druge stvari biva pretvoren u neku vrst satelita koji kruži u putanji oko ljudskog ja i njegovih pretežito ovostranih, terapijskih i inih potreba.⁹⁶

Njihov superoptimizam, tržišno uvjetovan, otežava integraciju bolesti, patnje i smrti u globalnu viziju vlastita života te je tako na crti suvremenoga postmodernog traganja za zdravljem, da se prevlada svaka vrst bolesti i svaki oblik patnje. Ovakvome stanju još više doprinosi jednostrana usredotočenost suvremene medicine na dokidanje organske boli i nelagode koja u konačnici uništava čovjekovu sposobnost pa i spremnost da prihvati i podnese svoje stvarno stanje i tako raste k vlastitoj cjelovitosti. U globalu, iščekivanja postmodernog društva i suvremene medicine teže isključivo dokidanju bolnih simptoma, a ne i njihovoj integraciji u cjelinu ljudskog življenja.⁹⁷

Katoličko kršćanstvo, traganje za izlječenjem od bolesti i dokidanjem tjelesne i psihičke patnje ne poistovjećuje nikada sa spasenjem. Djelatnu brigu oko zdravlja, svojega i drugih, kao i terapijske napore promatra kao prigodu za mogući rast Kraljevstva Božjega u osobnom i zajedničkom životu. Svakako, dokidanje bolesti i patnje nije nužni preduvjet da bi kršćanski govor o spasenju bio i ostao smislen. Kada je pak riječ o ozdravljenjima koja se i danas zbivaju u kontekstu vjere i molitve, smisleno je reći da ona imaju u evanđelju, ali i u katoličkoj tradiciji eshatološku vrijednost. Tradicionalni katolicizam teško se može uvrstiti u kategoriju “religije izlječenja” kojom se, naprotiv, prilično točno mogu opisati mnogi od novih religijskih pokreta. Kršćanstvo je od početka uvažavalo medicinu, čuvajući njezin kontinuitet s ostalim znanostima, ne želeći je nipošto zamijeniti religijsko-ritualnom praksom. Ujedno, nije ni svaki način tumačenja djelotvornosti molitve kod ozdravljenja, a ni svaki način prakticiranja molitve za zdravlje bio prihvaćen u katoličkom kršćanstvu.

⁹⁶ *Isto*, str. 283-284.

⁹⁷ *Isto*, str. 285.

Suvremena postmoderna religioznost, osobito new age podrijetla, koja u središte svoje terapijske prakse stavlja tjelesne i psihičke potencijale čovjeka pojedinca, često klizi ne samo prema “samoizlječenju”, već i prema “samospašavanju”, koje je za kršćansku viziju stvarnosti tek puka iluzorna projekcija. Na pojmu samospašavanja jednostavno nije moguće uvjerljivo integrirati bolest, patnju i neuspjeh.⁹⁸

Zaključak

Polazeći od rezultata empirijskog istraživanja očito je da danas pojedinci i društvo na svojoj ljestvici vrednota zdravlju pridaju vrhunsko mjesto a na medicinskom tržištu suvremenih, razvijenih zemalja uočava se sve veće prisustvo alternativnih modaliteta liječenja. Ovo obilježje postmoderne prepoznatljivo je i u religioznosti današnjeg čovjeka koji od svih religija prisutnih na globalnom tržištu religijskih ponuda traži što djelotvorniju i atraktivniju ponudu jedne bitno terapijske duhovnosti. To biva očito i u analizi pojave novih religijskih pokreta koji doktrinarno, organizacijski i promidžbeno zaista pretežito kruže oko promicanja zdravlja i liječenja. Veliki dio tih novih religijskih pokreta moguće je opisati uz pomoć kategorije “religije ozdravljenja” i time istaknuti u čemu se oni razlikuju u odnosu na kršćanstvo i druge povijesno verificirane religije.

U sve se više bolničkih institucija diljem svijeta kao dio terapijskog procesa provode posebni programi s ciljem povezivanja duhovnih potreba i potencijala pacijenta. Prema Cullifordu, ovi programi trebaju imati sljedeće značajke:

- procjenu osnovnih duhovnih potreba pacijenta;
- ozračje koje daje osjećaj sigurnosti, poštovanja i povjerenja;
- dovoljno vremena da se osoblju iznesu sve tegobe i osjećaji;
- poticaj da se iznađe smisao patnje (bolesti);
- mogućnost razvoja odnosa s Bogom i produbljenja vjere.

Postoji više razloga zašto je vjera postala toliko potrebna u brizi oko zdravlja⁹⁹:

- sve se veći broj ljudi pita koji je smisao života kada završava smrću;

⁹⁸ Isto, str. 286-288.

⁹⁹ Usp. Đulijano LJUBIČIĆ, *Duhovnost i psihijatrija*, Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultet, Rijeka, 2009., str. 24-25.

- sve je veći broj razočaranih u tradicionalne formule sreće, temeljene na financijskoj dobiti i egoističnim pretenzijama;
- opsjednutost poslom i poslovnim ambicijama doprinijela je otuđenju među ljudima;
- prepoznata su ograničenja u liječenju samo lijekovima.

Vrlo je važno otkriti je li pacijent religiozan i koliko mu je to važno. Ako su mu vjerske vrijednosti vrlo važne, kao sastavni dio početne obrade trebalo bi uključiti duhovnu anamnezu. Duhovna anamneza uključuje pitanja o iskustvima pacijenta tijekom djetinjstva i odrasle dobi; njegova pozitivna i negativna vjerska iskustva; kako je spiritualnost pomogla ili odmogla u rješavanju kriznih situacija; vjeruje li pacijent i kako se to vjerovanje mijenjalo tijekom života. Sukladno događanjima u svijetu i u Hrvatskoj, posljednjih je deset godina došlo do pozitivnih promjena u smislu pravilnog postavljanja uloge vjere u procesu njegova ozdravljenja.

Stil života današnjeg postmodernog društva pridonosi sve većem širenju zdravlja kao "ovostrane religije", a to sa sobom donosi sakralizaciju zdravlja i ljudskog. Ja što je u sukobu sa neizbježnom spoznajom konačnosti ljudske egzistencije. Javljaju se neostvarive fantazije o svemoćnosti koje čovjeka motiviraju da posegne za magičnim sredstvima kontrole Sebe i svijeta. Zahtjev za neograničenom kontrolom, autonomijom i slobodom, vodi u nove ovisnosti: stvara ovisnost o medicini koja čovjeku obećaje vječni život, o asketskom sportskom programu, o konzumiranju lijekova stila života i o neprestanim medicinskim zahvatima za poboljšanje zdravlja. Kršćanstvo i druge povijesno-verificirane religije¹⁰⁰ pružaju mogućnost da se medicinsko liječenje uklopi i integrira u sveukupnu koncepciju sretnog i ostvarenog života. Značajke su postmodernog društva da se liječenje i spasenje opet na stanovit način približavaju. Tako se čovjek lakše nosi s činjenicom da u svakom razdoblju svoga života ne može uvijek raspolagati zdravljem i bolešću premda vjera pridonijeti procesima ozdravljenja.¹⁰¹

Svim ljudima zajedničko iskustvo radosti, žalosti, nade i tjeskobe u stanju je probuditi u svakom čovjeku empatijsko zanimanje za način na koji ti drugi i različiti od njega poimaju i žive svoje radosti, svoje tjeskobe i boli uvjetovane bolešću, svoje tra-

¹⁰⁰ Pod pojmom "povijesno verificirana religija" mislimo na sve one religijske tradicije koje su stoljećima pa i tisućljećima na duhovno uvjerljiv i humanom prihvatljiv način osmišljavali ili još uvijek osmišljavaju ljudsko življenje i umiranje, te su vrijednosno obogatili čovječanstvo, nadahnjujući stvaranje velikih svjetskih kultura s njihovim estetskim, etičkim i znanstvenim postignućima.

¹⁰¹ Usp. Karl GABRIEL, Zdravlje – najviše dobro. Pogled na postmodernu shvaćanje ljudskog zdravlja, u: *Kršćanstvo i zdravlje: Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa Split, 20.-21. listopada 2005.*, Crkva u svijetu, Split, 2006., str. 223-225.

ganje za zdravljem i svoj susret sa smrću. Stoga je vrlo važno raditi na međureligijskom dijalogu jer područje zdravlja i bolesti nužno zahtijeva da se sugovornici međusobno upoznaju i uvažavaju temeljne odrednice specifične religijsko-teološke antropologije te tradicionalne etičke i obredne obrasce i ponašanja svojih sugovornika.¹⁰²

Jedino iskrenim i kritičkim dijalogom nošenim ljubavlju i strpljivošću moguće je pripadnicima novih religijskih pokreta i njihovim "religijama ozdravljenja" približiti uvid u problem jednostranosti njihova pristupa fenomenu zdravlja. Dijaloški prakticirano kršćansko ophođenje sa zdravljem i bolešću, nasuprot terapijskom superoptimizmu, u stanju je pripadnicima religija posvjedočiti kako je jedini realistični stav onaj koji čuva, u svjetlu punine definitivnog spasenja, nedokidivu napetost između po sebi ispravne brige za zdravlje i liječenje, s jedne, te trajnih nastojanja oko smislene integracije i neizlječive bolesti, patnje i smrti, s druge strane. Važno je naglasiti da je danas nepotpuni, tržišno potencirani holizam novih religijskih pokreta, s njihovom mješavinom elemenata znanstvene medicine, alternativnih medicina te terapijskih molitava i obreda, i za mnoge kršćane veoma privlačna ponuda koja na duži rok može dovesti do rastakanja biblijskog realizma tradicionalnoga kršćanskog načina ophođenja s fenomenom zdravlja i bolesti.¹⁰³

Čovjek postmoderne od svih religija prisutnih na globalnom tržištu religijskih ponuda traži što djelotvorniju i atraktivniju ponudu jedne bitno terapijske duhovnosti.¹⁰⁴ Promijenjena ljestvica vrednota sa zdravljem na prvom mjestu bitno pridonosi takvom stavu. Sinkretizam je u modi.

Međureligijski dijalog kršćana s pripadnicima "verificiranih duhovnih tradicija" čovječanstva u stanju je pokazati kako u središtu tisućljetnih iskustava sa zdravljem, bolešću i liječenjem stoji uvijek jedna integralna spasenjska vizija. Ujedno samo cjelovita antropologija može pridonijeti razbijanju današnje u svemu veoma raširene ali ništa manje otuđujuće mitološke opsjednutosti nužnošću postignuća i očuvanja "savršenog zdravlja". Naučavanja i višetisućljetna iskustva drugih religija, posebno onih istočnih, kršćanima mogu ukazati na vrlo korisne uvide u konkretne načine uspostavljanja sklada duhovnog i tjelesnog, mentalnog i emotivnog u čovjeku.¹⁰⁵

¹⁰² Usp. Nikola BIŽACA, Zdravlje i bolest u aktualnom kontekstu dijaloškog odnosa među religijama, u: *Kršćanstvo i zdravlje: Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa Split, 20.-21. listopada 2005.*, Crkva u svijetu, Split, 2006., str. 267-270.

¹⁰³ *Isto*, str. 288-289.

¹⁰⁴ Usp. Veronika Nela GAŠPAR, *Odnos zdravlja i religije u postmodernoj*, str. 8.

¹⁰⁵ Usp. Nikola BIŽACA, Zdravlje i bolest u aktualnom kontekstu dijaloškog odnosa među religijama, u: *Kršćanstvo i zdravlje: Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa Split, 20.-21. listopada 2005.*, Crkva u svijetu, Split, 2006., str. 290-291.

Veronika Nela Gašpar and Ivan Perković

Theology in Rijeka – regional study program of Catholic Theological School of University of Zagreb

On health and religion in modern society

ABSTRACT

The authors explain how religious beliefs can help preserving human health and facing illness, by promoting the values to be lived in order to alleviate the consequences of disease. Since the values in postmodern time have experienced a negative transformation, the authors attempt to wake up a feeling of optimism and provide orientation in everyday situations burdened by human forlornness. New religious movements and modalities of behavior of their followers, stir up the interest of the authors for exploring the consequences those movements lie upon human health and upon conceiving health as a value. In conclusion, the authors offer a way out from the crisis of value system, by advocating an open, critical, and franc interreligious dialogue.

Pitanja i stavovi iz prakse / Questions and opinions from practice

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

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

Dobrodošli natrag. Osim što se, naravno, zahvaljujemo svima koji su, kao referenti i u diskusiji, dali svoj doprinos u prvome dijelu, sada nam je ostala ona dinamičnija faza, a to su replike, komentari, osvrti i ono što možemo poručiti jedni drugima, jer ovi okrugli stolovi tome i trebaju služiti. Najprije bih dao riječ doktoru Mozetiču iz poliklinike Mediko, o kojoj možda čitate u posljednje vrijeme da se ekspandira, odnosno seli na jednu atraktivniju lokaciju u Rijeci, a koja je, rekao bih, s najdužom tradicijom u djelatnosti ove vrste u našoj regiji.

Dr. sc. Vladimir Mozetič

Predsjednik povjerenstva Hrvatske liječničke komore Primorsko-goranske županije

Dobar dan svima. U uvodu bih se najprije predstavio. Urolog sam po struci i primarno liječnik sa 14-godišnjim iskustvom u Kliničkom bolničkom centru Rijeka i sada 4-godišnjem iskustvom u privatnoj praksi na poslovima ravnatelja ustanove i urologa. S druge strane predsjednik sam Županijskog povjerenstva Hrvatske liječničke komore i zapravo u tom svojstvu sam primarno ovdje. A u okviru Liječničke komore sam i zamjenik predsjednika Povjerenstva za međunarodnu suradnju i predstavnik Hrvatske u Standing Committee of European Doctors (Stalni komitet europskih liječnika), koja je direktno u kontaktu s Europskom komisijom i Europskim parlamentom, što znači da do nas dolaze svi oni dokumenti koje u konačnici Europski parlament usvaja. Ili, ako to preslikamo na naš segment, ono što ministarstvo prenese vladi, a to znači Europski parlament Europskoj komisiji, dolazi u Komoru, a to je Standing Committee of European Doctors, koji, kao i naša Komora, nažalost, može dati samo mišljenje, a ne veto. I to je zapravo ključni problem naše strukovne udruge, Hrvatske liječničke komore: nemogućnost davanja veta ili zaustavljanja određenih odluka za koje mi kao struka mislimo da nisu primjerene. Radi se intenzivno na tome da Hrvatska liječnička komora dobije onu snagu koju je imala

na samome početku, dok jedan od ministara nije ukinuo tu mogućnost pred gotovo petnaest godina. Ali u svakom slučaju mislim da su strukture unutar Hrvatske liječničke komore dobro organizirane. Imam pravo govoriti o našoj Podružnici, o Podružnici Primorsko-goranske županije, za koju mislim da je jako dobro organizirana. U našem povjerenstvu su predstavnici svih značajnih zdravstvenih ustanova regije, uz kvalitetnu suradnju sa svim pružateljima zdravstvene zaštite. Koicidencija je da je predsjednik Povjerenstva zapravo privatnik izabran demokratskim putem. Vezano uz prethodne rasprave o javno-privatnome, s obzirom da sam ravnatelj najveće privatne zdravstvene ustanove u regiji, a i šire smatram da kroz primjer rada u Poliklinici mogu govoriti o potrebi za međusobnom suradnjom svih segmenata zdravstvene zaštite. Poliklinika Medico ove godine obilježava 20. godišnjicu osnivanja: na proljeće ćemo imati 500-tisućiti pregled učinjen u poliklinici, sa 48 stalno zaposlenih i 32 honorarna suradnika. Dakle, nas u jednom i drugom odnosu ima 80, od kojih je 67 zdravstvenih djelatnika. Mislim da imamo dugogodišnje iskustvo s kojim možemo prilično referentno razgovarati o onome o čemu je i ovdje bilo riječi. Ključ našeg djelovanja je normalan, human odnos prema onima koji trebaju našu uslugu. To ponekad grubo zvuči: mi smo pružatelji usluga korisnicima, pa onda ispadnemo trgovina. Ali korisnici naših usluga su pacijenti, prema tome, oni koji su se odlučili kod nas potražiti pomoć. Naši pacijenti nisu isključivo privatni pacijenti, dakle oni koji odmah plaćaju zdravstvenu uslugu. To je jedan dio naših pacijenata. Tu su i pacijenti koji imaju privatna zdravstvena osiguranja, dakle oni koji su se odlučili, uz obavezno ili dopunsko, uzeti osiguranje neke od osiguravajućih kuća čiji je HZZO, kao državni osiguravatelj, predstavnik. I imamo ugovor s HZZO-om za jedan radiološki tim. Očekujem da ćemo ove godine dobiti i drugi. Dakle, imamo kontakta i sa sustavom. On nam u ukupnom poslovanju, ako već o novcima govorimo, sudjeluje sa 5%, što znači da ponekad kad smo u dodiru sa sustavom, a to je bitno i u raspravi, često znamo naići na barijeru. To znači da se državni osiguravatelj zna prema nama ponekad nedovoljno jasno postaviti, ali naša je prednost da u takvoj situaciji možemo ravnopravno razgovarati. Ali vraćam se na početak teme, vezano uz aktualnu situaciju u našem zdravstvu, odnosno etičnost, moralnost i jedan humani odnos. Dakle, ono što se mi trudimo pružiti, to je normalan odnos prema onome tko treba našu uslugu. Najprije ljudski, nakon toga medicinski. Naravno, netko će reći da nam to omogućava netko tko stoji iza nas. Da, iza nas stoji strateški partner, odnosno vlasnik i naravno da opet dolazimo do priče o novcu. I da tog novca nema, mi ne bismo sada išli na prostor od 2000 kvadrata, na tri kata, s dnevnom bolnicom i svim onim uslugama koje možemo imati uz kvalitetan ljudski potencijal i opremu, ali u svakom slučaju ne samo s tim da isključivo zarađujemo, a naravno da je profit nešto što mora biti u privatnoj ustanovi prisutno, nego da primarno oni

koji koriste našu uslugu i odlučili su je koristiti, a to je uvijek individualna odluka, budu time zadovoljni. Hvala vam lijepo za sada.

Vlasta Cerkvenik

Voditeljica SUPRA-projekta "CROSS-SECTOR: partnerstvo za zdravlje".

Pozdravljam sve prisutne. Ja sam Vlasta Cerkvenik, voditeljica projekta "CROSS-SECTOR: partnerstvo za zdravlje". Za one kojima to nije poznato, pojam "CROSS-SECTOR" partnerstvo odnosi se na zajedničke inicijative unutar dvaju ili unutar sva tri sektora: poslovnog, civilnog i javnog i to specifično na području zdravlja i zdravstva. U današnjoj raspravi, zapazila sam nešto što ja nazivam "Sindrom Trnoružice djelatnika hrvatskog zdravstva". Naime, prošlo je već 20 godina otkad su u Hrvatskoj započele demokratske promjene i uvođenje tržišne privrede. Proces tranzicije se odvijao postupno te je redom zahvaćao pojedine djelatnosti (branše). A u zdravstvu ima još i danas mnogo onih koji taj proces tranzicije ne zamjećuju.

"Sindrom Trnoružice"—primjer prvi: prvi sudionik ove rasprave, gospodin ravnatelj izrijeckom je spomenuo da je njegov izbor "društveno zdravstvo". Međutim, termin "društveno zdravstvo" danas više ne postoji. S aspekta vlasništva postoji "javno zdravstvo" (bolnice i drugi pravni subjekti koji obavljaju djelatnosti u zdravstvu a u vlasništvu su države, županije/Grada i sl.). Postoji još i "privatno zdravstvo" (pravni i drugi subjekti koji obavljaju zdravstvenu djelatnost a u privatnom su vlasništvu). Postoji doduše još i segment primarne zdravstvene zaštite u kojem se miješaju elementi privatnog i javnog zdravstva pa bi možda to bilo najbliže pojmu koji je gospodin ravnatelj spomenuo tj. "društveno zdravstvo". "Sindrom Trnoružice"—primjer drugi: predsjednica Samostalnog *sindikata* zdravstva i socijalne skrbi spomenula je kao nešto negativno da "ljudi odlaze tamo gdje su bolje plaće", misleći pri tom na prelazak liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika iz javnih zdravstvenih ustanova u privatne zdravstvene ustanove. Pa naravno. Postoji tržište rada. Zašto bi to bilo loše ili negativno ako liječnik iz javne zdravstvene ustanove otiđe u privatnu zdravstvenu ustanovu jer je tamo bolje plaćen? Nemojmo se tome čuditi. To je normalna pojava u tržišnoj privredi za koju se naše društvo odlučilo prije 20 godina. "Sindrom Trnoružice"—primjer treći: prethodni sudionik ove rasprave, gospodin ravnatelj, nekoliko je puta ponovio da je on istovremeno i ravnatelj (manager) i liječnik-specijalist. Pitam se: da li ravnatelji hrvatskih javnih bolnica koji istovremeno obavljaju dvije profesije odnosno, kao liječnici liječe bolesne ljude a kao ravnatelji/manageri upravljaju pravnim subjektom u javnom vlasništvu koji je također bolestan ("financijski bolestan")—da li su oni svjesni kakvu poruku time odašilju javnosti? Ne bi li zdravstvenu ustanovu koja je bolesna ("financijski bolesna") trebao umjesto medicinskog specijalista liječiti financijski specijalist? Nekad davno broj profesija se mogao nabrojati na

prste: liječnik, učitelj... Međutim, danas je specijalizacija neminovna, kako za liječnike ljudi tako i za liječenje (financijski) bolesnih pravnih subjekata u (javnom) zdravstvu. Navođenjem ovih nekoliko primjera ("sindrom Trnoružice" u zdravstvenih djelatnika) namjera mi je bila potaknuti na "out of the box" razmišljanje, osvjetliti probleme u zdravstvu iz jednog manje uobičajenog aspekta. Zahvaljujem.

Radmila Belobrajić-Čahut

viša fizioterapeutkinja, Sindikat zdravstva Hrvatske

Pozdravljam sve prisutne: ja sam Radmila Belobrajić-Čahut predsjednica Podružnice sindikata zdravstva Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Nakon izlaganja ravnatelja KBC-a i njegove šale na račun socijalnog dijaloga sa sindikatom u našoj ustanovi, moram reći da mi zaista imamo pravi socijalni dijalog, bilo da se radi o socijalnom statusu zaposlenika ili o tekućim problemima naše ustanove. Ali ono što je neprihvatljivo to je da je zdravstvo maksimalno ispolitizirano, da su i ravnatelji, nažalost, postali politički pijuni, političke figure, poslušnici vladajuće politike, što nije dobro niti za zaposlenike, ali ni za bolesnike. Zašto je tome tako? Pa naprosto zato što u upravljačkim tijelima zdravstvene ustanove, upravnim vijećima, također sjede ljudi koji sprovode odluku ministra i vladajuće politike, pa ako ravnatelj nije na tom tragu obično bude smijenjen i prije isteka mandata. Zbog toga ravnatelji skrivaju problem od javnosti i prikazuju stanje u ustanovi koje je daleko od istine, poglavito kada se radi o nedostatku novca za normalno funkcioniranje ustanove. Sindikati su to prepoznali, pa upravo zbog osiguravanja boljih uvjeta rada za zaposlene, što je vezano za veće bolničke proračune, nastojimo kroz medije, govoreći istinu o stanju u bolnicama, izboriti više novca. Činjenica je da su zaposlenici u sustavu zdravstva potplaćeni, da su uvjeti rada loši, da sve to frustrirajuće djeluje na zaposlenike, a svi- ma nama je jasno da samo zadovoljan zaposlenik znači i zadovoljnog bolesnika.

Leonardo Bressan, dr. med.

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine–Podružnica PGŽ–Rijeka

Dobar dan svima. Ja sam, da se predstavim, Leonardo Bressan, obiteljski liječnik. Među inim sam i član Izvršnog odbora Koordinacije hrvatske obiteljske medicine i glavni koordinator za obiteljsku medicinu u Primorsko-goranskoj županiji. Program rada ovog stola odnosno naslov je bio "Aktualni trenutak hrvatskog zdravstva". To je jedna od tema koje se tiču baš svih građana Republike Hrvatske. Ja tu baš ne volim govoriti samo o pacijentima, pružateljima usluga itd. Ja sam isto pacijent, ja sam tlakaš, ja moram ići na redovite kontrole svom kardiologu. Kad nisam u ordinaciji, ja sam pacijent. Isto tako, ja sam vozač, ali ako nešto obavljam po gradu ja sam pje-

šak. Tako da smo svi u toj ulozi pacijenta. Što se tiče kvalitete u zdravstvu, moram odmah reći da ja mogu biti zadovoljan stručnim dijelom, stručnim predavanjem u zdravstvenom sektoru, svih liječnika i sestara. Jer se u stručnom dijelu kvalitetno radi. Nažalost to ne može dugo opstati. Zašto? Zato što je sustav zdravstva kakav je danas vrlo neuredan ili neuređen. S jedne strane imamo one koji bi trebali biti—ja ne volim tu riječ, *gatekeeper*, čuvari sustava—ja ne želim bit čuvar državnog sustava. Ja želim kvalitetno raditi svoj posao, a to znači brinuti se o zdravlju i životu svog pacijenta. Ako mi se omogući da smanjim ‘pogon’, da se kvalitetno bavim i pomazem svom pacijentu, e, onda ću ja zaštititi sustav. Ali to ne može biti primarni cilj. Nema jeftine medicine. Svaka jeftina medicina se na kraju dokaže kao vrlo skup ‘sport’. Sustav je neuredan zato što, barem na primarnoj razini, mi liječnici funkcioniramo plivajući, balansirajući između što zakona, što pravilnika, što odluka—ima ih 143. Od tih 143, 74 su u međusobnoj koliziji! Svi su izašli iz Sabora—oni koji su u međusobnoj koliziji. Dakle, tu je glavni generator neurednosti sustava. Pored toga što je ogromna pravna građa, pravna regulatorika, problem je što se jednim ritmom mijenjaju, nazovimo ih tako, pravila igre. Vrlo je teško raditi u takvim uvjetima. Otkud počinju problemi? Problemi počinju s nedostatkom iskrenosti prema nama samima. Još uvijek, čuli smo danas, nitko nije ukazao na prava i na obveze svih sudionika u sustavu: od pružatelja do dobivatelja usluge. Svi mi imamo međusobna prava, ali i obveze. Svugdje u nekom uređenom društvu vi možete ostvariti svoja prava ako ste prije toga ispunili svoje obveze. Svatko od nas bi volio dobiti plaću unaprijed pa će si misliti da li će doći na posao. Mi moramo doći obaviti posao, da možemo reći: ja sam svoje obavio, sad očekujem naknadu, plaću ili bilo što. Znači, moraju postojati prava, i moraju postojati obveze. Gdje počinje problem koji ne dozvoljava i u dogledno vrijeme neće dozvoliti ‘čišćenje’ tog sustava? U nazivu i u organizaciji samog ministarstva. Ministarstvo je spojilo dvije, za jedno uređeno društvo, nespojive stvari. Jedno je zdravstvo, drugo je socijalna skrb. Zašto su nespojivi? Zato što je socijalna skrb nešto čime se ja ne mogu baviti, a mi znamo da je u ovom Ministarstvu socijalna skrb nekako u sjeni. Mi znamo da se naš ministar uvijek predstavlja kao ministar zdravstva, nikada ne spominje socijalnu skrb. U uređenim društvima vi imate oslobađanje od participacije, odnosno od sudjelovanja u korištenju zdravstvene zaštite. Vrlo je jednostavno regulirano: prema bolesti, ne prema imovinskom stanju. Imovinsko stanje nije temelj za liječenje. Znači li to da onaj tko ima više novaca ima veća prava ili onaj tko ima manje novaca ima veća prava? Osiguranik, pacijent, građanin, ako ima karcinom prostate, što se tiče liječenja mora imati kompletno besplatnu zdravstvenu zaštitu. Ako ima upalu uha, on mora nadoplaćivati. Sustav socijalne skrbi je takav da mora omogućiti dodatne prihode, pomoć, financijsku pomoć onim građanima koji nemaju dovoljno sredstava za život. U slučaju da se razboli, ako mora koristiti zdravstvenu zaštitu, on će je dobiti, imat će novce da sudjeluje, ali

ako je u jednom trenutku zdrav, zašto mu taj novac ne bi ostao? On će ga koristiti, nadam se da mu neće zatrebati. Ja mislim da bi to trebalo svakako razdvojiti. I dolazimo do toga da smo svi preopterećeni. Zašto nitko ne studira medicinu? Ne samo što se tiče fakulteta, nego i što se tiče studija za medicinske sestre. Nisu samo plaće u igri. Najveći problem od kojeg svi bježe su uvjeti rada—zbog neuređenosti sustava, zbog kompletnog nereda u sustavu. Mi uvijek gledamo prema ministru, bez obzira tko to bio u ovom ili onom trenutku, ministru zdravstva i socijalne skrbi kao krivcu za sve. Međutim, kolega Gorjanski je o tome već čuo u Rovinju kad sam o tome govorio, ja tu posebno krivim Hrvatsku liječničku komoru, samo uže rukovodstvo zbog neaktivnosti, odnosno zbog nekakvog stanja 'hibernacije'! Komora ima zaštitne mehanizme kako zaštititi, što se tiče ministra, struku. Postoji Kodeks medicinske etike i deontologije, postoji Zakon o liječništvu, postoje raznorazni zakonski i drugi propisi koji točno određuju kad neki liječnik na kojoj funkciji šteti struci. U tom slučaju postoji privremeno ili trajno oduzimanje licence za rad. Hvala.

Igor Salopek

Student Integriranog preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog studija medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Ja zapravo imam samo jedno kratko pitanje, a iz iskustva znam da diktafoni snimaju čak do ovamo. Samo jedno pitanje koje mi se činilo možda kao jedno od ključnih. U smislu nuđenja nekih rješenja. Pitanje za sve vas ovdje, zaista za sve vas: iz vašeg iskustva, koji bi to bio model zdravstvenog sustava za koji znate iz svijeta, iz Europe, koji bi bio realan da ga se prenese u ove naše okvire? Ili možda najbliži tome? Eto toliko. Hvala.

Vlasta Cerkvenik

Voditeljica SUPRA-projekta "CROSS-SECTOR: partnerstvo za zdravlje"

Evo, ja ću samo kratko odgovoriti: "Koliko para toliko muzike". Jedno su želje, drugo su mogućnosti. Nerealno je reći: "U državi X imaju takav nivo javnih zdravstvenih usluga – to hoćemo imati i mi". Zdravstveni solidarni standard ovisi o tome koliko resursa je zajednica spremna izdvojiti za javno zdravstvo. Početak je u Saboru, bez obzira na to koji model zdravstvene zaštite koristili, zvao se on Bismarck ili Beveridge ili mješoviti model zdravstvene zaštite. Pod pojmom resursi najčešće podrazumijevamo novac. No jednako tako važna je i strategija. Da li će nova strategija zdravstva biti onakva kakva je bila 2006.-2011., a što je po mom mišljenju previše površno i neodređeno, ili će biti sustavnija i transparentnija.

Ovdje treba spomenuti i realni sektor, koji po današnjem modelu zdravstvene zaštite ima ključnu ulogu. Ako je realni sektor "siromašan" onda ni javno (solidarno) zdravstvo ne može biti "bogato", u protivnom slijedi bankrot države. Ja sam spomenula 3 elementa. O njima ovisi kakvo ćemo javno/solidarno zdravstvo imati. Želje i uspo- redbe s javnim zdravstvom drugih država su jedno, a mogućnosti naše zajednice su drugo.

Spomenka Avberšek

Predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske

Ja ću probati replicirati. Vama kolega (Igoru Salopeku, op. ur.) ja mislim da ćete vi mladi ljudi upravo takvi liječnici biti. 34 godine sam surađivala usko s liječnicima i nemojmo se više zavaravati i nemojmo gluposti govoriti da nam nisu bitne plaće. Plaća je rezultat na kraju našega rada. I ne možemo dozvoliti da meni, uz dužno po- štovanje, vozač tramvaja ima 7.000 kn, a da liječnik-specijalist sa 15 godina staža ima 8000. Kolegice draga, Vi koja se zalažete za, koliko vidim, mješavinu javnog i privatnog. Kolega, nema "javno" i "privatno". Zdravstvo je javno dobro. Kao i pro- svjeta. Zdravstvo je nešto o čemu svaka uvažena zemlja mora voditi računa. Ne o vi- sini i debljini mog novčanika. I očito niste pratili dovoljno doktora Gorjanskog, koji radi u monopolističkoj tvrtki. Doktor Gorjanski zna kako ja zovem tu tvrtku—mo- nopolistička tvrtka. Jer ona nama diktira pravila igre, ona nama diktira koliko treba dati novca ustanovama. A znate koga zaboravljamo? Zaboravljamo pacijente. Kakav nama sustav treba? Nama treba uređeni sustav: ja smatram da smo ga mi imali. Pri- marnu zdravstvenu zaštitu imamo upravo onakvu kakvu sada Europa želi. Kolegice, Vi imate tu negdje, približno, moje godine. Mi smo se hvalili time, primarnom zdravstvenom zaštitom, što je baza—to su vas učili na medicinskom fakultetu—to je osnova zdravstva. Doktor Gorjanski je dobro rekao, samo mi nismo dobro slušali i gledali. Kada vi date zdravlje na tržište jedna ti majka. To je ovo što Obama ima. To je to zdravstvo, gdje se ne gleda na bolesnog čovjeka. Možeš umirati pred stepenica- ma, gledali ste na filmovima. Ali nećeš dobiti. Prvo što se traži je knjižica. Ja znam, kada sam išla u zdravstvenu školu, zašto sam se odredila za zdravstvo. Uz dužno po- štovanje Medikolu, čula sam, ničete kao gljive poslije kiše. Što to znači? Da naša dr- žava usmjeruje javno dobro, javno dobro—kamo? U privatno. Ja bih vas sad nešto molila. Ministar zdravstva: što je on sad napravio? U javnom sustavu, ja se zalažem za javno zdravstvo. Ne slažem se s vama. Svi smo mi pacijenti. Svi. Četiri milijuna. Sutra sam bolesnik. E, ja sada hoću i kada sam na položaju, i kad imam love, i kad nemam love, hoću javno zdravstvo, hoću kvalitetno zdravstvo, hoću dostupno zdravstvo, hoću jednako zdravstvo, kao što Vi, kolega, imate u Medikolu. Ali, vidi- te, kad ja kažem: platimo zaposlenika u javnom zdravstvu, neka mi ne tezgari kod

vas. Možda nije kod vas to slučaj, ali u većini jeste. U popodnevnim satima vrlo će rado naši zdravstvenjaci raditi u našim bolnicama, da li općim bolnicama, klinikama, nije bitno. Najgora je mješavina javnog i privatnog. Nemam ja ništa protiv privatnog. Nemam ništa. Rekli ste da imate, zapamtila sam negdje, koliko ih imate u stalnom radnom odnosu i imate negdje oko 35, koliko sam zapamtila, na ugovoru o radu. Nemojte mi zamjeriti, ja ću reći, neću reći da je 100%, ali 50% tih ljudi sigurno dolaze iz sustava javnog zdravstva. Je li tako?

E, vidite, sad je to ono kad ja postajem pacijent. Kad mi imamo tržište. Tržištu je baza kapital, funkcionira na bazi kapitala. Pa čak i u ovako osjetljivoj grani kao što je zdravstvo. Tu nismo mi osjetljivi. Prema tome, što se sada radi? A to se nigdje ne radi u normalnim zemljama, koje poštuju svoje građane. Ja, koja mogu tezgari, društvo se ne pobrine, doktore moj, da vas adekvatno plati u javnoj ustanovi, odem tezgari gospodinu. Gospodin me dobro plati. A moj zadatak je—budimo mi pošteni—da, kad dođe pacijent, kažem: ili ćeš čekati tri mjeseca, ili četiri mjeseca, ili ću te gledati onako preko oka. Zašto? Jer je meni u interesu da ga ja dam u privatne poliklinike, jer ja tamo radim. Ja tamo ostvarujem profit. Ja jesam sindikalac—malo atipičan. Ja sam rekla: ja ću se boriti za svakog zaposlenika u javnom zdravstvu. Borit ću se ja i za onog zaposlenika kod privatnika, ako mu se krše prava. Ali ne, tamo se ne krše prava, znate. Tamo postoje čak i pravila igre. Ali ne možemo dozvoliti da nam dijete od tri godine koje je imalo tumor mora čekati na magnetsku rezonancu. Nemojmo se blesariti pa govoriti da ne znamo podatke. 28 milijardi—tu vam je rekao stručnjak iz HZZO-a—i ne brani on, on ne brani instituciju HZZO-a, to je zadnji čovjek koji brani tu instituciju. On ima problem u HZZO-u. Upravo zato što ga prikazuje kao monopolističku tvrtku, koja bi zapravo malo bila na tržištu, a malo ne. Ja želim upravo ovako kvalitetno zdravstvo kao što vi imate i ja vam to sve vjerujem. Nasmiješene sestre, nasmiješene doktore, dobro opremljene, jer mi to možemo. Mi to možemo. Samo nama lova curi. Jučer je rekao profesor Marušić, dekan Medicinskog fakulteta. To je isto jedan proganjani čovjek, koji je s medicinskog fakulteta, kao profesor koji je predavao anatomiju, neću reći pobjegao, jer je prikazivao korupciju. (Pardon, predavao je fiziologiju). Otišao je, samo njega nisu mogli maknuti, jer je poznati stručnjak i vani pa je postao čak i dekan medicinskog fakulteta. Nama treba rad. Ja neću imati liječnika, sestre i laboranta. I onaj tko sustav svede samo na doktore i sestre, pogotovo u bolnicama, taj ne zna sustav. To nema veze. Ma bitan je i doktor i sestra, ali je bitan i onaj laborant, inženjer radiologije. Ljudi moji, svi u toj piramidi su bitni. Ja sam osobno koristila privatno zdravstvo, a znate kad i zašto? Mi smo svi od krvi i mesa i ja znam često reći: mi nemamo devet života. Ja jesam zdravstvenjak. Kada obolim, ja zaboravim i ono što sam znala. Pretvaram se u teškog bolesnika. I što radim? Ne mogu doći tamo, jer me fitilji tri mjeseca, četiri mjeseca, pet

mjeseci. Ali ja sam bolesna. Ja hoću sada, ja hoću ovaj čas da znam. Izvući ću zadnji dinar, posuditi, dignuti na karticu i otići da vidim što je. I to tko god to usporedi s bilo kojom djelatnošću u ovoj Hrvatskoj, loše radi. A to, kolega, koje smo mi zdravstvo imali... Dobro organiziranu primarnu zdravstvenu zaštitu, Štampara. Štampara, to smo mi imali. To sad ovaj Obama vraća, je li? Mi smo to poništili namjerno. I, sad kad ja prozivam gdje se izgubio ministar: vidim ja njega kao potpredsjednika, ali njega nema tamo u toj fotelji. On neće. On neće, on ide na zakupe, ide na koncesije, pitaj boga na što on ide. Nama je normalno da se primarna zdravstvena zaštita radi—gdje? U domovima zdravlja. Najskuplja se radi—gdje? U bolnicama. Ne moramo mi izmišljati toplu vodu. Što se tiče zdravstva, mi smo je davno izmislili. Vratimo taj model natrag. A tržište—ne daj bože da nam to dođe. Neće biti dobro ni vama ni nama. I oprostite: više se neću javljati.

Dr. sc. Vladimir Mozetič

Predsjednik povjerenstva Hrvatske liječničke komore Primorsko-goranske županije

Imam nekoliko odgovora, odnosno nekoliko stvari koje bih htio reći. Probat ću ih sažeti. Najprije, sam naziv poliklinike. Da komentiram, nemojte me krivo shvatiti. Medikol imate u Zagrebu. Medico je u Rijeci. Postoji jedan razlog zbog čega to govorim. Prije 20 godina, dakle 1990. je osnovan tada kao druga nestomatološka privatna zdravstvena ustanova u Hrvatskoj. Medico je kratica od “medicina i kompjuteri” – med-i-co—što znači da se već tada promišljalo o informatizaciji u medicini. Samo kratka opaska čisto radi saznanja o svemu tome skupa. Mi smo atipična privatna ustanova koja razmišlja na nešto malo drugačiji način o općem pojmu privatnog i javnog. Ono s čim se slažem s gospođom Avberšek je to da mi ne moramo tražiti daleko od nas kakav bi sustav htjeli, jer smo ga definitivno imali. Imali smo savršenu primarnu zdravstvenu zaštitu, kako obiteljsku medicinu, tako i ginekologiju, tako i pedijatriju. To je činjenica i to je nešto što smo definitivno izgubili. Znajuci kakva je situacija u zemljama Europske unije, shodno tome gdje se nalazili, oni pokušavaju naći jedan zajednički sustav, a istovremeno nitko se ne želi zapravo odreći svojega dosadašnjeg. One koje su najbliže onome što bi nama bilo prikladno, odnosno ono što smo mi nekad imali, mislim da je profesor Haller ranije rekao, jest skandinavski sustav. Dok se unutar Evropske unije još uvijek ne mogu dogovoriti što žele. Prema tome, ne trebamo previše gledati prema njima u smislu organizacije. Organizaciju smo imali. Treba gledati na naš bivši model. To je ono čemu bi trebalo stremiti u onom jednom segmentu javnoga zdravstva. Što se tiče privatnog zdravstva i zbog čega kolege iz bolnice ili iz drugih ustanova ili iz drugih privatnih ustanova dolaze k nama: ne iz velike ljubavi prema nama, nego zato što im to u jednom segmentu poboljšava financijsku situaciju. Međutim, ono što dodatno nalaze kod nas,

to su kvalitetniji uvjeti, kvalitetna oprema i ono što ponekad zaboravljamo—više vremena za pacijenta. Nama su prosječni pregledi 30 minuta, internistički 45 minuta. Tako naručujemo pacijente. I uz sve to zajedno normalno funkcioniramo i profitabilni smo. U našoj ustanovi se provode javno-zdravstveni programi i mi smo direktno uključeni u program MAME već četvrtu godinu. Prvi smo u Županiji krenuli s programom cijepljenja protiv HPV-a u suradnji sa Zavodom za javno zdravstvo. Ponudili smo se da budemo u Nacionalnom programu ranog otkrivanja karcinoma debelog crijeva. Prema tome, imamo jednu širinu pogleda prema javnozdravstvenim potrebama okoline. Mislim da je razlog što nam kolege dolaze ono što kažu: da se kod nas ugodno osjećaju. Ne bih želio odvajati javno od privatnog ili, bolje rečeno, ne volim kad se privatno poistovjećuje s nečim što je loše. S druge strane, da me krivo ne shvatite, čisto usporedbe radi, magnetska rezonanca, nova, koju smo mi ovdje sada postavili, košta milijun eura. Kažemo: milion eura, ajme meni—to treba vratiti. Taj milijun eura košta i bolnicu, ali koštao bi i u Italiji, i u Njemačkoj. Ona nas košta. Plaća i honorari koji dobivaju zdravstveni djelatnici kod nas na isti način se obračunavaju kao i u javnom sustavu. Mi smo ustanova koja radi transparentno. I zato mene osobno ponekad malo, uvjetno, rečeno zasmeta kada čujem da se o privatnome na taj način govori. Ja se nadam da je spomenuta faza hibernacije prošla što se tiče strukovnih udruženja i da će ona pokazati svoju snagu. Hvala lijepa.

Dražen Gorjanski

Specijalist obiteljske medicine, HZZO – Područni ured Osijek

Evo ja bih samo zahvalio kolegi. Kolega je bio vrlo praktičan i vrlo precizan. On je sad zbunjen i ne zna je li zdravstvo zapravo profitno ili neprofitno. Može biti i jedno i drugo, kao i ljubav. Kada spavamo sa svojom voljenom, a ne platimo joj, riječ je o neprofitnoj djelatnosti, no, također možemo platiti nekome i dobit ćemo sličnu uslugu – tada je riječ o profitnoj djelatnosti. Ono što mi trebamo saznati ili razjasniti jest što je prava priroda ljubavi—je li ona profitna ili neprofitna, drugim riječima, valja nam znati što je prava priroda zdravstva: profitnost ili neprofitnost. Moje je skromno mišljenje da je zdravstvo po svojoj prirodi neprofitno. Ujedinjeni narodi su imali jedan krasan plakat kad su propagirali dojenje, riječ je o fotografiji majke koja doji ispod koje je pisalo: *Najbolje stvari u životu su besplatne*. Doista, kad čovjek sve skupa zbroji, čini se da će biti upravo tako. Vjerujem da kolegu zapravo brine nešto drugo, jedna poštapalica koja se uporno provlači u stručnim razgovorima, a to je da se profitno zdravstvo poistovjećuje s dobrom zaradom i dobrim statusom liječnika, a neprofitno sa siromaštvom, vrlo lošim uvjetima za rad i vrlo niskom razinom zdravstvene skrbi. To, prvo, nije istina. Ako bi smo mi ovakvim okruglim stolovima inicirali, pokušali se izboriti za pravi zdravstveni sustav, da liječnički rad bude pravilno

vrednovan, liječnici bi imali vrlo visoke plaće iako bi radili u neprofitnom sustavu. Ne bi bili, kao što kolega zna, istovremeno i liječnici i menadžeri pa se brinuli za računovodstvo, prokišnjava li mu strop, ima li boje u štampaču, i o stotinu drugih zamaraćućih nemedicinskih poslova. Kolega je vrlo dugo studirao medicinu da bi se on bavio menadžerstvom. To je besmisleno. Školujemo liječnike dugo godina da bismo na kraju dobili vrhunске medicinske stručnjake koji se moraju baviti krovopokrivanjem, popravljanjem vrata, plaćanjem računa za ambulantu, božićnicama za svoju sestru itd. Ukratko, moj je osobni stav da je zdravstvo po svojoj naravi neprofitno – kao i ljubav. Zdravstvo je sada izopačeno (kao što je i prostitucija jedno izopačenje ljubavi) – ali njegova je prava narav neprofitna. A na nama je da se izborimo da liječnici, kao i suci – koji također rade u neprofitnom sustavu – imaju vrlo visoke plaće. Naš je zadatak izboriti se da radimo neprofitno, da radimo ono što volimo, za što smo školovani, a da imamo primjerene plaće za svoj rad. A ne da, kao što kaže gospođa Avberšek, tezgarimo po privatnim klinikama, bježimo s posla da bismo radili negdje privatno, da bismo dodatno zaradili. To je ključni trenutak. Nemojmo poistovjećivati neprofitnost u zdravstvu sa siromaštvom, lošom uslugom i niskom plaćom. Ništa to tako ne mora biti.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

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

Ja sam zapravo shvatio da je kolega pitao postoji li gotov recept koji se može kopirati ili ne. Ali mislim da je dobio jasan odgovor da ne postoji gotov recept, jer postoje specifičnosti: postoji, međutim, već jedna naša starija praksa koja je funkcionirala, a koja, nažalost, više ne funkcionira.

Izv. prof. dr. sc. Mirko Štifanić

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

Dakle, doista je pitanje oko kojega se sve vrti: koji je sljedeći korak koji će se dogoditi u našem javnom zdravstvu? Odgovarajući na to pitanje, najavljuje se da je “najbolje rješenje” izlazak javnoga zdravstva na tržište. To je jedna mogućnost, ali najneprihvatljivija. Netko će reći: to već imamo. Drugo, hoće li se ići u tzv. privatno-javno partnerstvo? I o tome se govori. Međutim, postavlja se pitanje, je li sljedeći korak: privatizacija za jednu kunu? Uglavnom, pitanje, Igore, i svima nama, jeste: hoće li javno zdravstvo postati milostinja za pacijente koji ne mogu platiti svoje liječenje? Hoće li javna bolnica za njih postati tek mjesto za umiranje? Jer, ako sadašnje nazad-

ne procese ne zaustavimo, javno zdravstvo će nazadovati tehnološki, profesionalno, moralno i etički. Preduvjet da zaustavimo te procese je depolitizacija javnoga zdravstva. To će spriječiti politički motivirane unutarbolničke obračune na štetu pacijenata i struke te omogućiti da javno zdravstvo bude prožeto profesionalizmom—struka će, zajedno s drugima oboljelih i udrugama za zaštitu i promicanje prava pacijenata kao suradnicima i partnerima, voditi javno zdravstvo na svim razinama i u svim segmentima (definirat će koji su aparati potrebni, koliko liječnika, medicinskih sestara, itd.). Političari će onda reći: prihvaćamo, ili ne prihvaćamo, ali će oni biti odgovorni pred javnošću. Dakle, pretpostavka svega je depolitizacija, kao što je to učinjeno u vojsci, policiji i sudstvu. Barack Obama, predsjednik SAD-a gradi nešto što smo mi već imali kao vrijedno nasljeđe. Međutim, sve je u nas ovisno o političarima koji su nerijetko – prisutna odsutnost! Politika, naime, dominira zdravstvom, a zbog loših posljedice ruši se ugled liječnika i ograničava prava pacijenata na zdravlje, pa i život. Naime, neoliberalna politika sve želi dati na tržište jer, tobože, onda sve postaje efikasnije. A zbog čega onda postoji država? Sigurno postoji zbog školstva i zdravstva! Ako država ne obavlja te funkcije ona gubi stabilnost, pa i samu mogućnost postojanja. Lijepo je čuti za uspješnu zdravstvenu ustanovu—ali to je za one koji mogu platiti pretrage i liječenje. Međutim, država mora osigurati javno zdravstvo za sve. To je standard. Ono mora biti u trenutku liječenja besplatno, dostupno i efikasno. To su tri karakteristike socijaliziranog (štamparovskog) modela zdravstva. Ako to nije tako, onda je ono nedostupno, preskupo i neefikasno. O svima nama ovisi kakvo ćemo zdravstvo imati. A ako čekamo da to riješe političari koji se uglavnom brinu za svoje interese, pa i za privilegije u zdravstvu, onda ćemo izgubiti ono što je vrijedno u javnom zdravstvu i što je smisao postojanja društva.

Radmila Belobrajčić-Čabut

Viša fizioterapeutkinja, Sindikat zdravstva Hrvatske

Ja bih sada rekla da su klinički bolnički centri zapravo postali ustanove za siromašne. Tko se kod nas liječi? Kod nas se liječe ljudi koji nemaju novca. Van pameti je da čekate jedan ultrazvuk šest mjeseci, kardiologa morate čekati četiri mjeseca, a za mamografiju morate tražiti vezu ili čekati šest mjeseci da bi je napravili, a u "Mediku" ste odmah na redu, ali po cijeni od tisuću i šesto kuna. Nažalost, prioritet se daje novcu. Ono što je meni rekao profesor Šestan, ravnatelj Iovranske bolnice: "Radimo u okviru zadanog bolničkog budžeta pa moji pacijenti dvije godine čekaju na umjetni kuk, da ne bismo prekoračili zadani financijski okvir, jer slijedi smjena ravnatelja". Međutim, kada bi struka određivala priču oko liječenja, a ne politika, vodila bi se briga o potrebama bolesnika, a ne bi prioritet bio novac. O financijskoj situaciji u bolnici, nažalost, ovisi i broj zaposlenika, poglavito kada imate duga bolovanja: teš-

ko se dobivaju zamjene, neovisno o stavu struke. Struka kaže: uzmimo tri sestre. Ne, mi ih nećemo uzeti jer nemamo novca za njihove plaće. Tko će onda zbrinjavati te bolesnike? Tko će raditi oko tih bolesnika? I onda nema dovoljno medicinskih sestara, a ne smijemo ih primati jer imamo zadani bolnički limit u iznosu od četrdeset sedam milijuna i osamsto tisuća kuna. A tih četrdeset sedam milijuna i osamsto tisuća kuna dostatno je za plaće, naša materijalna prava po kolektivnom ugovoru, sanitetski materijal, lijekove. I mi smo gotovi, mi više nemamo novca za tekuće poslovanje. Ukinut ćemo dežurstva, stavit ćemo jednu sestru na dvadeset šest pacijanata i onda kada se dogodi zlo – tko je odgovoran? Zbog manjka sestara se uvodi prekovremni rad, ali je zbog nedostatka novca problem njegovo plaćanje. Da, naše će sestre raditi prekovremeno, ali ne bez da im se to plati. Za platiti obično nema novca. Tko će raditi prekovremeno, a da mu se ne plati? To je ta priča o sustavu zdravstva. Toga ne smije biti. Znači, ako se radi o sestriinskom kadru i potrebi sestriinskog kadra, onda ne smiju biti dominantni novci već kvaliteta zdravstvene usluge, a tome o koliko sestara treba, nužno je konzultirati struku. Ako su nužna dežurstva kao oblik rada, onda ne možemo gledati kroz prizmu koštanja tog dežurstva, nego moramo uvesti to dežurstvo, jer je ono nužno da biste vi, kao pacijanti, dobili kvalitetu. Da bi sve to bilo tako, politiku van iz zdravstva, političare van iz zdravstva, definitivno! Ravnatelji se moraju birati po stručnosti i sposobnosti, predstojnici klinika po stručnosti i sposobnosti, glavne sestre odjela, odsjeka, klinika, po stručnosti i sposobnosti, a ne po političkoj podobnosti. Tek tada ćemo imati zadovoljne pacijente i zadovoljne zaposlenike. Dok god nam u upravnim vijećima zdravstvenih ustanova sjede inženjeri brodogradnje, politolozi i ljudi koji nemaju pojma o sustavu zdravstva, umjesto kompetentnih, stručnih i odgovornih ljudi koji su sposobni kontrolirati sustav i nametnuti se svojim znanjem i sposobnošću, a ne biti produžena ruka politike – nema boljitka za zdravstvo.

Lidija Gajski, dr. med.

Dom zdravlja Zagreb Centar

Ja bih imala repliku na neke od diskusija. Dakle, zastupnicima privatnog i privatiziranog zdravstva treba ukazati na činjenicu da svaka ozbiljnija analiza pokazuje da privatizacija i komercijalizacija u zdravstvu nosi povećanje troškova, neracionalnost, pad efikasnosti, smanjenje pristupa zdravstvenoj zaštiti ljudima nižeg socio-ekonomskog sloja, te čitav niz etičkih dilema. Što se tiče politizacije i depolitizacije, ne bih imala toliko povjerenja u struku. Naime, moja analiza govori da je struka, ovdje govorim o medicinskim profesionalcima, vrlo često instrumentalizirana za potrebe ne toliko politike, koliko privatnih poduzeća – velikih kompanija, odnosno medicinske industrije. Danas se struka nalazi u sukobu interesa i liječnici su postali zastu-

pnici proizvođača raznoraznih medicinskih pomagala, ne samo lijekova nego i aparata, kemijskih reagensija, ugradbenih materijala i slično. Treću stvar na koju sam htjela upozoriti, a vidim da ovdje nije dotaknuta, jest jedan sustavni problem koji je evidentan i na ovom skupu. Mi u sustavu zdravstva nemamo pacijenta, nemamo zastupnika interesa i potreba bolesnika. Tu ne ubrajam kojekakve udruge bolesnika, među kojima se svaka bori za dostupnost nekoj posebnoj terapijskoj ili dijagnostičkoj proceduri, nego govorim o instituciji zastupnika prava pacijenata koja bi bila ugrađena kao neovisna ustanova u sustav i protezala se čitavom vertikalom, dakle od razine zdravstvenih ustanova preko lokalne zajednice do nacionalne razine. Mi sebi možemo utvarati da kao liječnici ili političari branimo prava pacijenata, ali nemamo pravo tvrditi da ih možemo braniti bolje od njih samih. Zastupnik prava pacijenata trebao bi biti multidisciplinarno školovan, dakle, to bi trebali biti ljudi s posebnim obrazovanjem u medicini, pravu i etici. Tu je ideju Đula Rušinović-Sunara, predsjednica Hrvatske udruge za prava pacijenata, već osmislila, a udruga ju je ugradila u prijedlog Zakona o pravima pacijenata. Međutim, taj su prijedlog zakona prije 7-8 godina političke strukture odbile.

Doc. dr. sc. Iva Sorta-Bilajac Turina

Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Dobar dan svima.

Nisam se mislila uključivati, ali sad sam se, eto, osjetila pozvanom, nakon poštovane kolegice Gajski. Ovdje sam prisutna ne samo u svojstvu liječnika i nastavnika ovog Fakulteta, nego i predsjednika Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata naše Županije. Mogla bih se djelomično i složiti s Vama da je problem ukoliko "ljudi od struke" djeluju u kontekstu borbe za zaštitu prava pacijenata, ali opet, s druge strane, na tragu sam razmišljanja uvaženog kolege koji je rekao da smo svi mi pacijenti. Prema tome, ne vidim nikakav problem da kao liječnik pokušavam promicati i štititi prava pacijenta u Županiji. Moram istaknuti da sam dobila veliku odgovornost na toj funkciji, s obzirom da je moj prethodnik bio uvaženi profesor Štifanić, a u tom kontekstu doista nije potrebno ništa drugo napomenuti. Mogu reći da smo mi, kao jedna mala institucija, unutar Županije prepoznati. Pacijenti nam se obraćaju. Nažalost, imamo samo savjetodavnu funkciju. Možemo dati savjet pacijentu i možemo ukazati na problem onome koji nije na adekvatan način pružio pacijentu uslugu koju je trebao. Smatram kako je Rijeka ipak mala sredina u zdravstvenom kontekstu. A koji puta se stvari mijenjaju upravo po principu *bottom up*. Vrlo teško će se stvari promijeniti od vrha prema dolje. Nekakvo umrežavanje i komuniciranje možemo započeti na razini prijatelja, kolega, poznatih koje imamo unutar sustava, što

pomaže da se ipak neke stvari pomaknu s mrtve točke. Imali smo kao Povjerenstvo puno puta situaciju da smo slali dopise opetovano, dosadno i uporno Domu zdravlja, KBC-u, raznim nadležnim institucijama kad god smo trebali reagirati i malo po malo uvidjelo se da se situacija mijenja. Ako ništa drugo, korisnik zdravstvene skrbi barem dobije adekvatan odgovor onoga na koga se potužio. Dakle, ako se uspjela uspostaviti barem ta minimalna razina pristojne komunikacije između korisnika i pružatelja zdravstvenih usluga, mislim da je to već puno bolje nego što je bilo unatrag niza godina. Nadam se da ćemo mi kao Povjerenstvo i dalje raditi što bolje možemo da promičemo i uistinu štitimo prava pacijenata. Hvala lijepo.

Izv. prof. dr. sc. Mirko Štifanić

Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Slazem se sa kolegicom Gajski, ali kad sam rekao "depolitizacija" to podrazumijeva na prvom mjestu profesionalizam, transparentnost u radu, poštivanje stručnih i etičkih standarda. S druge strane, pacijente treba uključiti u sve razine nadzora i upravljanja u javnom zdravstvu, jer su oni najzainteresiraniji za dobro funkcioniranje tog sustava, a radi se i o njihovom novcu. I dr. Gorjanski je rekao: "to je naš novac", a nemamo nikakav utjecaj na njegovo trošenje. O tome odlučuje netko tko postaje nedodirljiv, neosjetljiv, izbirokratiziran, pa i beščutan i korumpiran. Zato će struka, odana Hipokratu i pacijentima, kad bude doista vodila zdravstvo zajedno s pacijentima, učiniti korak naprijed te postati odgovorna. Jer struka, odnosno liječnici te pacijenti, nisu na suprotstavljenim stranama. Na istoj su strani! Međutim, politika ih zbog sebe uporno dijeli i drži u podređenom položaju.

Vlasta Cerkvenik

Voditeljica SUPRA-projekta "CROSS-SECTOR: partnerstvo za zdravlje"

Htjela bih naglasiti još dvije stvari. Doktor Bressan rekao je nešto što mislim da je jako važno. Zdravstvo i socijalna skrb ne bi smjeli biti u sastavu istog ministarstva, kao što je danas slučaj. Tu leži velik dio problema. Javnost stvara otpore racionalizaciji zdravstva jer se zdravstvo, poput socijalne skrbi, percipira kao isključivo socijalna kategorija. A to ne odgovara stvarnom stanju. Prvo, dio zdravstvenih usluga je stavljen na tržište (privatni pravni subjekti i druge vrste ponude u zdravstvu). Drugo, nemojmo zaboraviti da tržište rada itekako djeluje (odlazak kvalitetnih zdravstvenih djelatnika u bolje plaćeno privatno zdravstvo). Tako imamo način razmišljanja po kojem "zdravlje nema cijenu", "zdravlje nije roba (usluga)", "zdravlje mora biti besplatno za sve". I tu onda dolazimo do paradoksa. Smatra se normalnim da iz vlasti-

tog džepa izvučeš novac za kupnju luksuznog auta ili luksuznih cipela dok za zdravlje nisi spreman izvući novac iz džepa. Ako nisi sam spreman izvući novac iz džepa (a imaš ga) zašto bi to netko drugi učinio za tebe? Ako auto može "imati svoju cijenu", zašto onda ono što nam je "najcjjenjenije" i u načelu svima najvažnije, tj. zdravlje, ne bi trebalo imati "cijenu"? Drugo o čemu sam htjela govoriti je jedan važan sudionik u segmentu zdravstva koji je malo tko danas spomenuo. Taj sudionik su zdravstvene osiguravateljske kuće. Uz najstariji HZZO, koji je u javnom vlasništvu, tu se zadnjih nekoliko godina pojavilo još 4-5 privatnih zdravstvenih osiguravatelja.

Ovo je bio uvod za moj komentar izjave doktorice Gajski. Iznenađena sam onime što je ona rekla i željela bih vjerovati da nisam dobro čula. Kako sam shvatila, dr Gajski je rekla da privatizacijom u zdravstvu pada efikasnost. Ne slažem sa s tim. Mogu Vam na vlastitom primjeru objasniti što znači efikasnost za korisnika neke usluge u zdravstvu.

Prije nekoliko tjedana putovala sam u Švedsku i odlučila sam zatražiti dvije ponude zdravstvenog osiguranja za inozemstvo: od HZZO-a i od jednog privatnog zdravstvenog osiguravatelja. Nakon telefonskog razgovora, privatni zdravstveni osiguravatelj mi je elektronskom poštom poslao ponudu. Ja sam mogla u roku od pet minuta napraviti uplatu elektronskim bankarstvom. Polica bi došla poštom. Sve to iz udobnosti mog doma ili ureda i uz neznatan utrošak mog vremena i energije. U HZZO-u (u javnom vlasništvu s donedavno apsolutno monopolističkom pozicijom) ne te-toše niti se trude privući klijente na taj način.... Jer im zakon osigurava monopolističku ulogu u najvećem dijelu njihovih usluga. Dakle, trebala sam otići do njihovog sjedišta, stajati pred zatvorenim vratima jer sam došla u vrijeme pauze. Nakon toga mi je djelatnica ispisala uplatnicu. Onda nisu željeli primiti novac (nisu za to organizirani) već su me poslali u banku... K tome je njihova ponuda bila skuplja od one privatnog zdravstvenog osiguravatelja.... Toliko o efikasnosti s aspekta korisnika jedne usluge u zdravstvu.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

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

Cilj je ove rasprave, pa možda i okruglog stola u cijelosti, bio da se prije svega našim studentima prikažu različiti aspekti, odnosno kolegama različita gledišta. Mislim da je to i postignuto. Što se tiče zaključaka, mi smo predložili jedan relativno široki apel koji ćemo doraditi upravo na temelju nekih vrlo korisnih sugestija koje su proistekle iz diskusije, pa ćemo biti tako slobodni da ga pošaljemo na vaše adrese na daljnju doradu. Kasnije će temeljem ovog apela, nadajmo se, oni koji su *decision*

maker-i, kako se to popularno kaže, možda doći na neku ideju poboljšanja sustava. Ako se to dogodi, nitko sretniji, naravno, od organizatora ovog okruglog stola. Morat ćemo polako zaključiti, jer su me neki zamolili... Izvolite—studenti imaju svakako još jednu priliku.

Vana Persen

Studentica II. godine diplomskog studija Organizacija, planiranje i upravljanje u zdravstvu

Dobar dan svima. Ja sam studentica Organizacije, planiranja i upravljanja u zdravstvu te bih ovim putem htjela predstaviti studij. Na ovom smo se okruglom stolu dotakli tema kao što su medicina, pravo i ekonomija. Ovaj studij je obuhvatio, integrirao je sva ta tri područja. Moji kolege i ja htjeli bismo ovim putem ukazati svima vama koji niste iz Rijeke da takav jedan kadar postoji. Na kraju bismo se još zahvalili što smo uopće bili pozvani da prisustvujemo ovom okruglom stolu.

Završna riječ i zatvaranje skupa / The final word and closing of meeting

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

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

Možda samo da razjasnimo često spominjan pojam “depolitizacije”. Ja sam sasvim siguran da oni koji se zalažu za depolitizaciju nemaju namjeru “gasiti” politiku ili reći da je sve u politici loše. Politika u izvornom smislu, kao javno djelovanje, ne samo da je nužna nego je i pozitivna. Međutim, ono što su ti diskutanti naglašavali uvijek je i isključivo sukob stručnih s političkim argumentima, kada u nas redovito pobjeđuje politika. To se događa i kod izbora na razne dužnosti i isto tako kod odlučivanja o visini budžeta koji se dodjeljuje zdravstvenoj ustanovi. Prema tome, ovdje nije bilo riječi o tome da bi struka trebala nadvladati politiku. Jedna i druga strana – ali i treća, koju predstavljaju pacijenti–moraju biti prisutne u kreiranju svih mogućih javnih politika, jer, na kraju krajeva, ne treba zaboraviti da svi koje smo danas spominjali, bilo po funkciji bilo po imenu, od Milinovića pa do Golema, Jurkovića ili Delića, svi su oni liječnici. Prema tome, oni su stručni ljudi koji odlučuju o tome što se u zdravstvu treba planirati i događati. Međutim, nažalost, vrlo često politika nadvlada struku u jednoj jedinoj osobi i to je ono što treba naravno izbjeći. Mi ćemo poraditi na ovom apelu. Vama se zahvaljujemo jer je bilo iznimno zanimljivo i, recimo, meni kao osobi koja, premda ima medicinsko obrazovanje, ne dolazi iz medicinske prakse, rezultat je ispao daleko iznad očekivanja. Ja sam se zapravo bojao da će ovo biti plakanje jedan drugome na ramenu o situaciji u zdravstvu. A ovdje se čulo fantastičnih prijedloga i nekih stvari koje će zaista utjecati na mene kao bolesnika, budućeg ili sadašnjeg, ili građanina koji razmišlja o sustavu zdravstva. A, naravno, ovi naši studenti koji će sutra biti ravnatelji klinika ili bar zaposlenici klinika, ili, pak, na bilo kojoj drugoj poziciji da odlučuju u ministarstvima, županijama, gradovima itd., nadam se da će jedan dio svega ovoga ugraditi u svoje buduće djelovanje. Hvala referentima, hvala diskutantima, hvala sudionicima, studentima. I, naravno, zamolit ćemo referente da u zadnjem kontaktu s nama autoriziraju ono što budemo pripremili, jer će i najveći dio diskusije ući, nadam se skoro, u jedan zbornik. Najljepša vam hvala.

RIJEČKI APEL ZA RACIONALNO I ETIČNO ZDRAVSTVO

Suglasni da hrvatsko zdravstvo proživljava težak trenutak obilježen tranzicijom političkih, gospodarskih, društvenih i moralnih vrijednosti, sudionici Okruglog stola *Aktualni trenutak hrvatskog zdravstva* zalažu se za sljedeća načela:

1. sustav javnog zdravstva je, za razliku od privatnog, **neprofitan** sustav;
2. svi subjekti sustava javnog zdravstva – institucije i pojedinci, zdravstveni radnici i pacijenti – dužni su ponašati se **racionalno** u potrošnji materijala i vremena;
3. osnov i mjerilo načela racionalnosti ne može biti unaprijed zadani finansijski limit, već **optimalna korist za pacijenta** koja podrazumijeva najbolji mogući stručni i etički tretman;
4. **racionalizacija** se, između ostaloga, postiže i inzistiranjem na prevenciji (uključujući i nagrađivanje liječnika za postizanje nižeg pobola i eliminaciju štetnih navika, a ne za manju potrošnju materijala);
5. budući da su temeljne vrijednosti društva **zdravlje, obrazovanje i rad**, država mora iznaći dostatna sredstva za zdravstvo, bilo revizijom troškova i kvalitetnijom organizacijom, planiranjem i upravljanjem unutar sustava javnog zdravstva, bilo preraspodjelom iz drugih izvora;
6. **ulogu pacijenta i moralnog, humanog liječnika** treba konstantno osnaživati u sustavu zdravstva (unapređivanjem komunikacije i transparentnosti sustava), a zdravstvene usluge unapređivati prikupljanjem sugestija, pritužbi i pohvala korisnika;
7. treba naglašavati i promicati kako **odgovornost** liječnika, tako i odgovornost pacijenta (redoviti preventivni i kontrolni pregledi i sl.), kao i njihov suradnički odnos;
8. liječnik i zdravstveni sustav u cijelosti trebaju težiti što boljem i stalnom **educiranju i informiranju** pacijenta;

9. treba težiti kompletiranju **dugoročnog sustava zakonskih i podzakonskih akata** u području zdravstva i socijalne skrbi, u čijem će formuliranju ravnopravno sudjelovati struka, udruge pacijenata i politika;
10. sredstva javnog informiranja imaju nezaobilaznu ulogu u procesu unapređivanja sustava javnog zdravstva: umjesto generiranja senzacionalizma i prenamaglašavanja afera, međutim, njihova uloga trebala bi biti **sustavno promicanje pozitivnih vrijednosti** (primjerice, ugleda liječničke profesije, poštovanja prava pacijenata, popularizacija prakse doniranja organa i sl.).

Medicinski fakultet u Rijeci, 22. siječnja 2010.

RIJEKA APPEAL FOR RATIONAL AND ETHICAL HEALTH CARE SYSTEM

In agreement that the Croatian health care system is going through a difficult moment marked by a transition of political, economic, social and moral values, the participants of the Round Table *The current moment of Croatian health system* promote the following principles:

1. public health care system is, as opposed to the private one, a **non-profit** system;
2. all subjects in the public health care system – institutions and individuals, health care workers and patients – must spend both time and materials **rationally**;
3. the basis and criterion of the rationality principles may not be the financial limit set in advance, but the **optimal benefit for the patient** which implies the best possible professional and ethical treatment;
4. **rationalization** is, among other, achieved by insisting on prevention (including rewarding physicians for achieving lower number in illnesses and elimination of bad habits, and not for the reduction in use of materials);
5. considering the fact that the main values of the society are **health, education and work**, the state must ensure sufficient funding for the health care system, whether by reviewing costs and better organization, planning and managing within the public health system or by redistribution from other sources;
6. **the role of the patient and the moral, humane doctor** must continually be empowered within the health care system (by promoting communication and system transparency) and health care services should be improved by collecting suggestions, complaints and commendations;
7. the **responsibility** of both doctors and patients should be emphasized and promoted (regular check-ups) as well as their co-operation;

8. a doctor and the health care system have to aim at better and continual **educating and informing** of a patient;
9. long-term system of legal acts on health care and social welfare should be completed and professionals, patients' associations and politics shall participate equally in its formulation;
10. media have an essential role in the process of improving the public health care system: instead of generating sensationalism and drawing attention to aff airs, they should **systematically promote positive values** (for instance those regarding the dignity of doctor's profession, respecting patients' rights, popularization of organ donation, etc.).

School of Medicine in Rijeka, 22 January 2010

UDK: 614.253

UDK: 174:34

Review Article/Pregledni članak

Received/Priljeno 23/05/2010

Ana Horvat

Issues in Bioethics: advance directives in a Canadian-Croatian Perspective

“Making someone die in a way that others approve, but he believes a horrifying contradiction of his life, is a devastating, odious form of tyranny.”
(Dworkin)¹

ABSTRACT:

The author gives an overview of the Canadian development and application of advance directives, a relatively young type of legal documents aimed at medical self-determination of patients anticipating their decisional incompetence. By reviewing their legal history in Canada, from their recognition in jurisprudence through application of common law principles, and across reception of such case-law in provincial legislations, the author identifies possible lessons for Croatia. In that regard, she discusses the extent of patient's consent in Croatia, as well as the possibility of developing advance directives as instruments legally accessible to terminal patients. By analyzing the jurisprudence of the European Court of Human Rights and Council of Europe documents, she argues Croatia already has a legal frame in place for such a development.

Correspondence address:

Ana Horvat, mag.iur.

Junior lecturer, Dpt. of Constitutional Law

Law faculty, University of Zagreb, Croatia

e-mail: ana.horvat@pravo.hr

¹ Ronald Dworkin, *Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, Vintage Books (Vintage Series), Knopf Doubleday Publishing Group, 1994; p.217.

1. Advance directives:

A traditional view of physician-patient relationship has been a paternalistic one: “the doctor knows best”². European cultures traditionally tolerate a more parental role for physicians, while the North American population is “strongly impregnated by a culture of autonomy”³. Today prevalent is the approach of patient’s right to self-determination and informed consent⁴, promoting respect for the patient as a human being. This approach warrants that every medical procedure be based on assent of the patient, and has led to the development of a new legal instrument: an “**advance directive**” (AD). Increasingly, ADs are seen as facilitating discussions between patients and their families, and as providing guidance and support for substitute decision-makers regarding life-sustaining treatment⁵. There are two kinds of ADs: “living wills” and “power of attorney for health care”⁶. Living wills are classified as “instructional directives”⁷, where an individual sets out *what types* of treatment (s)he does or doesn’t want in the event that (s)he becomes incompetent. Powers of attorney are frequently called “proxy directives”, where the individual sets out *who* is to make health care decisions on his or her behalf⁸.

² Ksenija Turković, Informirani pristanak i pravo na odbijanje tretmana u RH (Informed consent and the right to refuse treatment in the Republic of Croatia), Dani bioetike na Medicinskom fakultetu u Rijeci, 9. Bioetički okrugli stol, Tema: Bioetika i medicinsko pravo, Rijeka, svibanj 2008.; (predavanje dostupno na www.pravo.hr/download/repository/NN_Pristanak-Turkovic.doc); str.1. “A physician can determine what is medically the best decision, but...it is but only one component, along with psychological, social, legal, religious, aesthetic, business and other [components], that only in conjunction make up the total of a patient’s interest” – Ibid., str. 6.

³ Y.-L.C. Nguyen, F.B. Mayr, D.C. Angus, End-of-life Care in the ICU: Commonalities and Differences between North America and Europe, in: J.-L. Vincent (ed.), Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine Springer, 2010; p. 562-564. In 2001, a French study showed that all decisions to withhold or withdraw life sustaining treatments were made either by the medical staff or by the medical and nursing staff. Little importance was accorded either to a patient’s wishes or perception of his or her quality of life. Also, a European survey showed that end-of-life decisions were made entirely by the intensivist in Italy, Greece and Portugal (p.564). There was also a large variation across countries in the rate of transparent decisions for do-not-resuscitate orders: from 8% in Italy to 91% in the Netherlands (*ibid.*).

⁴ A right to “co-decision” according to Art.6 of the Croatian Law on the Protection of Patients’ Rights encompasses a patient’s right to be informed and accept or refuse a particular diagnostic or therapeutic procedure. (Official Gazette no. 169/04)

⁵ Marlisa Tiedemann, Dominique Valiquet, Law and Government Division, Euthanasia and assisted suicide in Canada, revised July 17, 2008; Background and analysis –(B) Legal Issues, 5. Advance Directives; document at: <http://www2.parl.gc.ca/content/LOP/ResearchPublications/919-e.htm#5advance>.

⁶ Steering Committee on Bioethics (CDBI), 35th meeting, Strasbourg, “The previously expressed wishes relating to health care: Common principles and differing rules in national legal systems” (Report prepared by Prof. Roberto Andorno), 2008; p.4. http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/09_euthanasia/CDBI_2008_29%20Andorno%20e.pdf (27.10.2010)

⁷ Marlisa Tiedemann, Dominique Valiquet, Euthanasia and assisted suicide in Canada (see fn.5).

⁸ *Ibid.*

This paper deals with negative ADs⁹ of **terminal patients**¹⁰, for the simple reason that we do not believe in such an universal applicability in other patients: “the interventions that one would want in the event of a medical crisis depend on the effects the patient has suffered; the extent, probability, and speed of their reversibility...directives that specify what procedures one wants under what contingencies cannot be sufficiently sensitive to these factors and thus put individuals in jeopardy of getting more or less care that they would want”¹¹. For terminal patients, the need for a negative AD is made more pressing by the practice of *dysthanasia*, i.e. “therapeutic stubbornness” (*l’acharnement thérapeutique*): a futile prolongation of suffering and delay of the patient’s death by disproportionate or unbalanced medical technologies and medications¹². *Dysthanasia* tends to focus on the *quantity* of life and aims to use all possible measures to extend the life span to a maximum¹³. Contrary to *dysthanasia*, *orthothanasia* proposes a dignified natural death, with-

⁹ I.e., ADs refusing a particular treatment. A physician who honours such ADs, and thus fails to undertake all medically available procedures (that might stay off the hour of death) is committing “passive euthanasia”. The term is somewhat misleading, as a physician is merely letting the disease take its natural course, and is not actively contributing to the dying process – Marc Groenhuijsen, *Euthanasia and the criminal justice system: General Report on the state of the art in 14 jurisdictions*, in: Marc Groenhuijsen, Floris van Laanen (eds.), *Euthanasia in International and Comparative Perspective*, Wolf Legal Publishers (WLP), Nijmegen, December 2006.; p.6-8.

¹⁰ A terminal illness is a progressive and active disease for which curative treatment is neither possible nor appropriate, and from which death is certain and can reasonably be expected within 12 months (James Rafferty, *Health care needs assessment: Second Series*, Radcliffe Publishing, 1997; p.188). Some examples are motor-neuron diseases (e.g. ALS – amyotrophic lateral sclerosis), Alzheimer’s disease (and other forms of degenerative dementia), terminal cancers (lung, pancreas, acute lymphocytic leukemia), advanced heart diseases or idiopathic pulmonary fibrosis. Final stages of dementia render a patient incapable of making medical decisions on the course of his treatment. The same is true for the end-stages of other terminal diseases, since they require analgesia or even total sedation (as measures of *palliative* care). We do not agree with a definition of terminal illness that would encompass only those few days or weeks when death is *imminent*, since such a definition would give physicians “almost exclusive right to make treatment decisions until the very end of life” – Office of Technology Assessment, *Losing a Million Minds: Confronting the Tragedy of Alzheimer’s Disease and Other Dementias*, The Minerva Group, Inc., 2002; p.190. <http://books.google.hr/books?id=Bg4a3BvxffYC&pg=PA190&lpg=PA190&dq=almost+exclusive+right+to+ma> (27.10.2010)

¹¹ Negative ADs reduce those risks, as “judgments about ends tend to be more stable than those about means”, but “it is notorious that persons often dramatically revise what they’ll accept when faced with the alternative of the eternal void” – Alister Browne, *Advance Directives in Canada*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (2006), 15, 256-260 (Special Section: International Voices 2006); See also Emily Clough, *A Critique of Advance Directives Legislation, Appeal: Review of Current Law and Law Reform* (2006) 11, 16-38: “Even instructional directives that focus on specific interventions may fail to guide a physician because not all treatment situations fit neatly into one of the anticipated scenarios”.

¹² Aleksandra Frković, *Bioetički ogledi o kvaliteti života. Pitanje distanzacije i eutanazije, Socijalna ekologija Zagreb*, (2007) Vol.16, No. 2-3; str. 215. A benchmark article on medical futility concludes that a futile treatment is one that “merely preserves permanent unconsciousness or that fails to end total dependence on intensive medical care” – L. Schneiderman, N. Jecker, A. Jonsen, *Medical futility: its meaning and ethical implications*, *Annals of Internal Medicine* (1990), 112; 949-54.

¹³ Leo Pessini, *Ethical Questions Related to End-of-Life Decisions: The Brazilian Reality*, in: Robert H. Blank, Janna C. Merrick (eds.), *End-of-life decision making: a cross-national study*, MIT Press, 2005; p.19.

out active shortening of life (*euthanasia*) nor its protraction (*dysthanasia*)¹⁴. ADs are, therefore, a legal way for ensuring such a “natural death”.

2. Canadian experience:

In popular use, the term “living will” (*testament de vie*) is in Canada synonymous with advance directive or exact provincial/territorial legislation terminology¹⁵. 10% of Canadians have completed an advance directive¹⁶, a number which corresponds to the 10% who discussed their end-decisions with their family physician. Among family members, only 40% of Canadians have discussed last wishes with their next of kin¹⁷. Even though little research has been done on the implementation and use of advance directives in the Canadian health care system¹⁸, in the legal arena the stance is being clarified through court rulings and subsequent provincial legislation. The medical profession is also following these developments, so the Canadian Medical Association advises physicians to assist their patients to complete advance directives if requested to do so and to honour these directives unless there are reasonable grounds to believe that the directives no longer represent the patients’ wishes¹⁹.

The concept of individual autonomy is deeply embedded in common law²⁰, and it is by applying this uncontested principle that the jurisprudence of Canadian courts has inspired legislative change. One of the precedential cases is *Malette v. Shulman*, which opened the doors to legal recognition of living wills, i.e. gave “the green light” to physi-

¹⁴ Leo Pessini, Christian De Paul De Barchifontaine, *Ibero-American Bioethics: History and Perspectives* (Volume 106 of *Ibero-American Bioethics*), Springer, 2009; p.83.

¹⁵ Advance care planning: the Glossary Project (Final Report), prepared by Janet Dunbrack for Health Canada, (p.4). Each year more than 248,000 Canadians die – by 2020, there will be an estimated 330,000 annual deaths (*ibid.*, p.5–citing Statistics Canada, *Population Projections for Canada, Provinces and Territories – 2000-2006*, Catalogue 91-520, p.124).

¹⁶ Alister Browne, Bill Sullivan, *Advance Directives in Canada* (see fn.11), p.259.

¹⁷ The Glossary Project (see fn.15), p.6.

¹⁸ D. William Molloy, Christine Harrison, Martin C. Farrugia, Alwin Cunje, *The Canadian Experience with Advance Treatment Directives*, *Humane Medicine Health Care – A Journal of the Art and Science of Medicine - Canadian Medical Association (CMAJ)* (2009), Volume 9, Number 1.

¹⁹ CMA Policy Summary: Advance directives for resuscitation and other life-saving or sustaining measures, *Can Med Assoc J* (1992), 146: 1072A.

²⁰ See e.g. Supreme Court case of *Ciarlariello v. Schacter* where Cory J., writing for the majority, restated that “It should not be forgotten that every patient has the right to bodily integrity...Everyone has the right to decide what is to be done to one’s own body... *This concept of individual autonomy is fundamental to the common law*” (emphasis added; *Ciarlariello v. Schacter* [1993], 2 S.C.R. 119, 135); <http://csc.lexum.umontreal.ca/en/1993/1993scr2-119/1993scr2-119.html> (27.10.2010).

cians to honour these documents.²¹ “It is...that the physician who treats a patient in breach of the instructions contained therein had committed a battery...”²². This case settled that a “doctor is not free to disregard a patient’s advance instructions any more than he would be free to disregard instructions given at the time of the emergency”²³, because “The right to refuse treatment is an inherent component of the supremacy of the patient’s right over his own body”²⁴. *Fleming v. Reid* was decided the following year, and again stated that “every competent adult has the right to be free from unwanted medical treatment...It is the patient, not the doctor, who ultimately must decide is treatment...to be administered”²⁵. In the benchmark case of *Rodriguez v. British Columbia* the Supreme Court of Canada clearly states that this right of autonomy extends also to a decision to withhold/withdraw life-saving or life-prolonging treatment²⁶, notwithstanding respect for life as a fundamental value to the Canadian society²⁷.

²¹ Barney Sneiderman, The Shulman case and the right to refuse treatment, *Humane Medicine Health Care—A Journal of the Art and Science of Medicine - Canadian Medical Association (CMAJ)* (2007), Volume 7, Number 1. Even though this precedent is binding only in Ontario, principles of autonomy and self-determination are fundamental to common law, and it is unlikely the courts outside Ontario would arrive at a different conclusion.

²² Tort law defines battery as the non-consensual invasion of a person’s bodily integrity. The law does not require that the person be harmed in the process; further, it is beside the point that the patient benefitted from the offending treatment...The harm lies in the fact that the patient did not consent to the treatment (Sneiderman, *ibid.*).

²³ *Malette v. Shulman* [1990], 72 O.R. (2nd) 417 (Ontario Court of Appeal) was a case of a Jehovah’s witness whose wishes (a card identifying her as a Jehovah’s witness) not to be treated with blood products were ignored in the ER. The emergency doctrine is the exception to the legal requirement that patients cannot be treated without their consent—Sneiderman, *ibid.*

²⁴ *Malette v. Shulman* [1987], 47 Dominion Law Reports (4th) 18 (Ontario High Court of Justice) – “certain aspects of life are properly held to be more important than life itself”; http://as01.ucas.dal.ca/dhli/cmp_documents/documents/case_studies_2.pdf (27.10.2010.)

²⁵ *Fleming v. Reid* [1991], 4 Ontario Reports (3rd) 74 (Ontario Court of Appeal), dealt with a schizophrenic’s refusal to be treated with neuroleptic drugs. The Court of Appeal found that it is unconstitutional that a hospital review board had powers to disregard the patients’ previous instructions when deciding their “best interests”. It established that the Board had to take into account those instructions, even if they were not to be taken as determinative—*Conway v. Jacques* (2002), 214 Dominion Law Reports (4th) 67 (Ontario Court of Appeal); http://as01.ucas.dal.ca/dhli/cmp_documents/documents/case_studies_2.pdf 827. (27.10.2010.)

²⁶ *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)* [1993], 3 S.C.R. 519, dated September 30, 1993, at <http://csc.lexum.umontreal.ca/en/1993/1993scr3-519/1993scr3-519.pdf>; p.84-86. Patients undergoing life-support treatment may compel their physicians to discontinue such treatment even when such decisions may lead directly to death – *Nancy B. v. Hôtel-Dien de Québec* [1992], 86 D.L.R. (4th) 385 (Que. S.C.). A corresponding USA precedent was decided two years prior, in 1990. (*Cruzan v. Director, Missouri Health Department* [1990], 111 L. Ed. 2nd 224), 58USLW, 4916(USMO, June 25, 1990).

²⁷ *Rodriguez (ibid.)*, p.6 and 111.

There is no federal legislation regulating the use of advance directives in Canada²⁸. However, the current Criminal Code²⁹ in its par. 219(1) provides that a person is criminally negligent if (s)he omits to do something that is her/his duty to do, showing wanton disregard for the lives or safety of other persons. If death ensues, the person could be charged with criminal negligence causing death pursuant to s.220³⁰. Nevertheless, the Supreme Court's jurisprudence in applying s.7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms (security of the person) creates an exception to these incriminations, obviously being of the opinion that criminalization of a decision to withdraw or withhold treatment would not be in accordance with principles of fundamental justice³¹. Instead of federal legislation, there are 11 different provincial/territorial approaches to the matter of passive euthanasia³². They all provide either for both **proxy** and **instructional directives** (Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Prince Edward Island, Newfoundland and Labrador, Northwest Territories), or provide only for designation of a proxy (British Columbia, Ontario, Quebec, Yukon) while simultaneously recognizing the binding nature of previously given "**instructions**". The latter provinces take two different approaches:

²⁸ Despite the ruling in *Rodriguez* (see fn.26) that "To allow physician-assisted suicide...would erode the belief in the sanctity of human life and suggest that the state condones suicide. Furthermore, concerns about abuse and the difficulty in establishing safeguards to prevent abuse make it necessary to prohibit assisted suicide", in 2009 a private-member's Bill C-384 (An Act to amend the Criminal Code) was introduced before the House of Commons, addressing medical-practitioner assisted suicide and its decriminalization – text at <http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=3895681&Language=e&Mode=1&File=24>. The Bill was defeated by a 228-59 vote on April 21, 2010.

²⁹ Criminal Code, R.S.C., 1985, c. C-46; <http://www.canlii.org/en/ca/laws/stat/rsc-1985-c-c-46/latest/rsc-1985-c-c-46.html> (27.10.2010)

³⁰ Robert E. Astroff, *Who Lives, Who dies, Who decides?: Legal and Ethical Implications of Advance Directives* (January 1997), Windsor Review of Legal and Social Issues 1, p.10. (LexisNexis view). A private-member's bill C-203 ("An Act to amend the Criminal Code (Terminally Ill Persons)", 3rd Sess., 34th Parl., 1989-1991), calling for an amendment of these provisions of the Criminal Code to allow for decisions to forego life-sustaining treatment passed second reading, but died in a federal legislative committee after it held public meetings.

³¹ Such a patient's decision is in the ambit of the right to security of the person – *Rodriguez* (see fn. 13.). Pages 102-105 are dedicated to drawing a distinction between withdrawing treatment upon the patient's request (as an acceptable form of medical treatment) and assisted suicide (its criminalization being an infringement upon the right contained in s. 7 of the Charter, but justified regarding principles of fundamental justice).

³² Territories in question are Northwest Territories and Yukon. Substantial portion of data was collected from "A Summary of Canadian Legislation Concerning Advance Directives", a Dalhousie University "End of life project" report http://as01.ucis.dal.ca/dhli/cmp_documents/documents/ADsummary2006.pdf. The End of Life Project is a Dalhousie Health Institute research project with the objective of facilitating informed public policy debate regarding the withholding and withdrawal of potentially life-sustaining treatments.

- a) British Columbia³³, Ontario³⁴ and Yukon³⁵ charge the health care provider with the duty not to provide health care in emergency situations if he has “reasonable grounds to believe” that the person, while capable and after attaining 16 years of age expressed a wish or instruction “applicable to the circumstances to *refuse consent*”³⁶ of the health care. Such provinces (and a territory) learned from the controversy of *Malette v. Shulman*.
- b) Ontario and Quebec mandate that a proxy must adhere by the patient’s wishes or instructions, provided that they were made while capable and are applicable to the circumstances. A later wish/instruction in Ontario prevails over an earlier one, which also contributes to the only relatively binding nature of the power of attorney³⁷. Article 11 of the Quebec Civil Code³⁸ grants the right to refuse any treatment – if the decision is made by a person authorized by law or mandate (power of attorney) (s)he must act in the best interest of the person (Art.11/2), *taking into account (as far as possible)*³⁹ any wishes the latter may have expressed (Art.12.).

³³ S. 26 of the Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act, RSBC 1996, c.181; http://www.qp.gov.bc.ca/stat_reg/sup_acts.htm (27.10.2010)

³⁴ These wishes may be expressed in a power of attorney, in a form prescribed by regulations, in any other written form, orally or in any other manner (s.5(2)). They are *only* binding in emergency situations, and are thus not to be considered as instructional directives; http://www.med.uottawa.ca/procedures/lp/e_informed_consent.htm (27.10.2010)

³⁵ S. 21(2) of the Care Consent Act, S.Y. 2003, c.21, Sched. B.; <http://www.gov.yk.ca/legislation/acts/dmspa.pdf#page=88> (27.10.2010)

³⁶ Emphasis added.

³⁷ S. 46(1), (2), s. 66(3), s. 67 of the Substitute Decisions Act, S.O. 1992, c. 30 as amended by 1994, c. 27, ss. 43(2) 62; 1996, c. 2, ss. 3-60; 1998, c. 26, s. 108. However, as case *Conway v. Jacques* shows, “the substitute decision-maker...[has] to attend to the prior competent wishes...in determining what is in their best interests. Yet prior wishes are not to be determinative as they are but one component to be considered in assessing best interests” (*Conway v. Jacques* [2002], 214 Dominion Law Reports (4th) 67 (Ontario Court of Appeal). Even though Manitoba and Prince Edward Island recognize instructional directives (in addition to proxy directives), s. 13(3) of the Health Care Directives Act and s. 13(c) of the Consent to Treatment and Health Care Directives Regulations also expressly provide that if the proxy knows of wishes applicable to the circumstances that the maker expressed when he had capacity, and believes the maker would still act on them if capable, and if the wishes are more recent than the decisions expressed in a directive, the wishes must be followed.; http://as01.ucis.dal.ca/dhli/cmp_documents/documents/case_studies_2.pdf (27.10.2010)

³⁸ Civil Code of Quebec, S.Q. 1991, c.64. Relevant articles are: Art.11-25 (Integrity of the Person – Care), Art.153 (Capacity), Art.256-297 (Protective Supervision of Persons of Full Age) and Art.2130-2185 (Mandate).; http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ/CCQ_A.html (27.10.2010)

³⁹ Cumulating expressions like “taking into account” and “as far as possible” leads us to the conclusion that previously expressed wishes (situation identical with the duties of proxies in Ontario) are only cursory in nature, especially seeing that the Civil Code doesn’t distinguish between a patient-appointed proxy and the statutory-de-

Regarding the formal requirements for directives' validity, the legislatures differ significantly on certain points. The first concern is **who** can make an AD – in Saskatchewan, Yukon, Ontario and Prince Edward Island the minimum age is set at 16 years⁴⁰, which is also the lower limit for proxies in Ontario and Prince Edward Island. While age is only of a cursory nature as to the maturity needed to exercise the right to medical self-autonomy, it is our opinion that 16-year olds cannot be charged with burdensome responsibilities of proxies, and that minimum age for such representatives should be at least 18 years, if not even 21. While **formalities** such as the written nature of the AD and the presence of witnesses are the norm, some states complicate the drawing of an AD further by requesting consultation with a lawyer (B.C. and Yukon), who then gives a **certificate** of advice. It is our opinion that, if a legislator should consider previous consultation obligatory, it would do well to require participation of a physician, not a legal expert. Quebec asks that the mandate be given by a notarial act *en minute* which must be homologized by the court before the mandate can be performed⁴¹. Since the provision in question is a civil-law norm, extending also to administration of property [sic!], it shows certain reluctance on the part of the legislator to enact a statute sensitive to the specifics of proxies in medical issues. Regarding the means of revoking an instructional AD, it is imperative that patients are not restricted by excessive formalities in medical exigencies: Saskatchewan expressly allows for an oral revocation, and Manitoba and Prince Edward Island subordinate an instructional AD to more recent wishes (expressed orally) of the patient.

The said differences between provinces are less significant than the fact that all of them have advance directives legislation in some form or the other. Nevertheless, they create problems with regard to accepting out-of-province directives. Currently, only 5 provinces (British Columbia, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Prince Edward Island) and 2 territories (Yukon and the Northwest Territories) have **reciprocity protocols** in place, providing that out-of-province advance directives must comply with the local formal requirements to have legal effect⁴².

signed substitute decision-maker who need not be familiar with the patient's instructions and personal convictions. Ibidem.

⁴⁰ Also, Manitoba and Newfoundland allow every *capable* (Manitoba) or *competent* (Newfoundland) person to make an advance directive. The law places a rebuttable assumption that anyone over 16 years of age is considered capable – s. 4(1), (2) of the Manitoba Health Care Directives Act, C.C.S.M. 1992, c. H27 (<http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/h027e.php> (27.10.2010)), and s. 3(1) and s. 7 (b), (c) of the Newfoundland and Labrador Advance Health Care Directives and the Appointment of Substitute Decision Makers Act, S.N. 1995, C. A-4, 1.; <http://assembly.nl.ca/Legislation/sr/statutes/a04-1.htm#3> (27.10.2010)

⁴¹ C. 64, a. 2166 of the Quebec Civil Code; http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ/CCQ_A.html (27.10.2010)

⁴² The End of Life Project, http://as01.ucis.dal.ca/dhli/cmp_advdirectives_faq/default.cfm.

3. Croatian status quo and perspectives:

Quite contrary to the Canadian experience, not only does Croatia not recognize ADs, but the public debate on this question is virtually non-existent, concentrating what little attention is given to the end-of-life debate to academic articles on euthanasia and prospects of organizing palliative care⁴³. Mutually conflicting provisions of regulatory sources do not give firm guidance to members of the medical profession or to patients. Direct application of international law is uncommon among Croatian courts, and there is still no court decision that would offer clarification. To give a theoretical answer on the applicability of ADs in Croatia, we must first explore the extent of the right to refuse treatment in current Croatian law and practice.

3.1 *The right to refuse treatment:*

Regarding the terminal patient's right to refuse further treatment, the **Codex of medical ethics and deontology**⁴⁴ regulates procedure regarding "dying patients" in Art.4⁴⁵. While it expressly prohibits active euthanasia as contrary to medical ethics (Art.4/2), it takes a permissive stance with regard to passive euthanasia. The wishes of a well-informed patient, suffering from an incurable disease (if clearly stated while fully conscious), regarding "artificial prolongation of life" are to be respected "applying current statutory provisions"⁴⁶. To continue to treat intensively a patient in an irreversible terminal state is medically unfounded and excludes the right of the dying patient to a dignified death (Art.4/3). Such a decision opens the door to commencement of palliative care. A doctor who violates one of the provisions of the Codex is subject to disciplinary proceedings

⁴³ Even though The Croatian Society for Hospice and Palliative Care (CSHPC) was established in 1994, there are still no hospices in Croatia, despite 9,000 annual patients in need of such care. Only the city of Rijeka sponsors 2 palliative-care mobile teams (since 2008)—www.rijeka.hr/Default.aspx?art=14674. The Government's programme for 2008-2011 sets (p.79) the inclusion of the palliative care into the health care system (with December 2008 as the deadline for the promulgation of an act on palliative care), as one of its goals. Such legislation has still not been enacted.

⁴⁴ Official Gazette ("Narodne novine") 55/2008. The Codex was enacted by the Croatian Medical Chamber on June 10, 2006 pursuant to Art.38 of the Medical Profession Act (Official Gazette 121/03) and Art.14. of the Chamber's Statute. All doctors are under obligation to act pursuant to the Codex, or be subject to disciplinary proceedings (Art.10).

⁴⁵ Reading Art.4., it is clear that a "dying patient" is a patient in an irreversible terminal stage of his (incurable) disease (paras.2-3). As such, it applies not only to patients suffering from a terminal illness, but also to patients in a terminal stage of a chronic illness, e.g. diabetes, AIDS, non-terminal cancer or cardiovascular disease.

⁴⁶ Emphasis added. Such recognition of advance instructions may for now be just wishful thinking, unless an inventive and flexible application of "current statutory provisions" is used – see *infra*.

(Art.10.), which can result in revocation of his medical licence and, consequentially, permanent expulsion from the Chamber⁴⁷.

The stated position of the medical profession seems to be contradicted by the current Croatian **Law on the Protection of Patients' Rights**, which was enacted after a radical alteration in the course of legislative procedure. **The Draft Law**⁴⁸ proposed that a decisionally competent person could be limited in his right to refuse medical treatment only if this would endanger the life or security of other people or the safe delivery of the patient's baby (Art.17/1). Should he be suffering from a grave and incurable disease which would (according to current state of medicine) lead to death in a short time (even with adequate health-care), the patient can also refuse life-saving or life-prolonging interventions, provided that a body consisting of three medical doctors⁴⁹ issues a unanimous decision in writing, confirming the patient's awareness of the consequences. This refusal must be in the form of a notarial act, or a valid private document (Art.17/2). A patient could also make an advance directive in the form of a notarial act, refusing life-sustaining or -prolonging treatment should he become physically incapable of taking care of himself due to an incurable disease (Art.19/1). He could in the same way issue a proxy directive (Art.19/2). Both directives are valid only if a psychiatrist confirms the patient is making the decision of a sound mind – this he must do no later than 1 month before the patient makes his decision (Art.19/3).

Under pressure from conservative parties such as the HDZ and HSP, as well as from the Catholic Church, all provisions pertaining to passive euthanasia were cut⁵⁰. The Act as it stands today is ambiguous on the question of the extent of patients' right to self-determination and refusal of treatments. I.e., it provides that the patient has the right to accept or refuse a particular diagnostic or therapeutic procedure "except in the case of an **undeferrable**⁵¹ medical intervention whose non-initiation would endanger the life and health of the patient or produce permanent damage to his health" (Art.16/1). A legal represent-

⁴⁷ Bylaw on disciplinary procedure, June 14, 2008. While Art.4/3 defines a "grave infraction" of the Codex, Art.56. lists the applicable sanctions, including the possible permanent revocation of a medical licence (among other sanctions are a reprimand, a public reprimand, a fine and a temporary revocation of the licence to practice medicine independently ranging from one month to one year).

⁴⁸ The Draft was prepared by the Croatian Association for the Promotion of Patients' Rights in December of 2002, under the working title of "Act on patients' rights, obligations and responsibilities"; www.huzp.hr/zakonpajent.doc (27.10.2010.)

⁴⁹ Those doctors are: the patient's attending physician, a specialist for the illness in question and a psychiatrist. Ibidem.

⁵⁰ Ksenija Turković, Euthanasia in Croatia, p.57, in: Marc Groenhuijsen, Floris van Laanen (eds.) (see fn.9).

⁵¹ Emphasis added.

ative or guardian of a patient is to make the necessary decisions when the latter is not conscious or is suffering from a grave psychiatric illness, if he is under age or otherwise without business capacity (Art.17/1). The problem posed is: what (and when?) will Croatian courts (and hence the medical profession) interpret as an undeferrable treatment? Croatian expert on criminal law, Prof. Ksenija Turković is of an opinion that, if faced with such a question, it is more likely that *Croatian courts would interpret vital treatment of terminal patients as undeferrable*, and therefore not subject to patient's consent⁵². To the extent that such vital treatment would encompass artificial life-support⁵³ or be by nature "intensive"⁵⁴, such an interpretation would be in conflict to the *supra* discussed Codex. Even though they are not by definition (but are by nature) "intensive", we should interpret the Codex provision as including dialysis, antibiotics and total (par)enteral nutrition among the prohibited treatments in the face of a terminal patient's objection.

In our opinion, however, there is no alternative but that the courts should interpret "undeferrable treatment" as synonymous with treatment in cases of exigency, where there is no *objective* possibility to sit down with a patient and offer him an extensive explanation of the procedure in order to obtain his informed consent. This would be saying nothing new, as emergency interventions are by their nature an exception to the patient's right of informed consent. Given also the position of the medical profession accrued in the Codex, we are convinced that no other approach would be consistent with documents and jurisprudence of the Council of Europe. Namely, the Croatian Constitution guarantees a basic right to respect of personal and family life, as well as dignity (Art.35.)—a corresponding Art.8 of the ECHR⁵⁵ (respect for private and family life) has been interpreted as encompassing "the physical and psychological integrity of a person"⁵⁶ and its interpre-

⁵² Ksenija Turković, Euthanasia in Croatia (see fn.51).

⁵³ Mechanical ventilation by way of a percutaneous tracheal device (PTD – a tracheotomy cannula) or endotracheal tube; Code of medical ethics and deontology, Official Gazette (Narodne novine) No 55/2008, art. 4.

⁵⁴ Circulatory support drugs (vasoactive drugs like norepinephrine, dopamine and noradrenalin to achieve vasoconstriction) for hemodynamic instability or insufficiency (hypo- or hypertension), "invasive monitoring" (direct circulatory and respiratory monitoring involving catheters, etc.) and hemofiltration (acute renal failure). Ibidem.

⁵⁵ The European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, CETS no.005 from November 4, 1950 (in force since September 3, 1953). Croatia ratified it on November 5, 1997; <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/005.htm> (27.10.2010)

⁵⁶ Case of *X and Y v. the Netherlands*, judgment of March 26, 1985, Series A no.91, p.11, §22; <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?action=html&documentId=695480&portal=hbkm&source=externalbydocnumber&table=F69A27FD8FB86142BF01C1166DEA398649> (27.10.2010)

tation underlined by the notion of personal autonomy⁵⁷. Further, when Art.8 of the “Oviedo Convention”⁵⁸ provides an exception to a general Art.5 rule of obligatory patient’s consent⁵⁹, it defines an “emergency situation” as one where “the appropriate consent cannot be obtained”⁶⁰. As Croatia has not issued a reservation with regard to this Article, and since pursuant to Art.140 of the Croatian Constitution⁶¹ international agreements must be applied directly, it follows that to force vital treatment on terminal patients against their refusal would be illegal, and that the courts cannot arbitrarily create a separate category of “undeferrable treatment” in contravention of Croatia’s international obligations. Also, Recommendation 1418⁶² states that “Fundamental rights deriving from the dignity of the terminally ill or dying person are threatened today by...artificial prolongation of the dying process by either using disproportionate medical measures or by continuing treatment without a patient’s consent” (Art.7(iii)). It asks that Member States provide legal protection against prolongation of the dying process of a terminally ill or dying person against his or her will (Art.8(ii)).

That even a terminal patient has the right to refuse further treatment can also be read analogously from other provisions of the Patients’ Rights Act. Namely, Art.14 allows a patient to refuse to receive information of his health condition and expected outcome of medical procedures and measures⁶³, with only one exception: if he poses a danger to

⁵⁷ Case of *Pretty v. the United Kingdom* (app.no.2346/02 from April 29, 2002), §61. In this case, a statutory ban on assisted suicide has been found to infringe the guarantees of Art.8, but is justified under the proportionality test: it serves a pressing social need and is “necessary in a democratic society” (taking into account the margin of appreciation left to the national authorities)—§70. However, we are convinced that a ban on medical self-determination of terminal patients would not pass the proportionality test, as the private interests of an individual far outweigh the community’s interest in preserving the sanctity of life – see P. Havers, C. Neenan, *Impact of the European Convention on Human Rights on medical law*, *Postgrad Med J* 2002 78: 573-574; p.574.

⁵⁸ Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to Application of Biology and Medicine: Convention on human rights and biomedicine, CETS no.164 (1997). Croatian ratification was made on November 28, 2003, and the Convention entered into force for Croatia on March 1, 2004.; <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm> (27.10.2010)

⁵⁹ Other exceptions are: Art.6 (persons not able to consent: minors, mentally disabled, etc.) and Art.7 (persons with a mental disorder). *Ibidem*.

⁶⁰ The accompanying Explanatory Report restricts this possibility of non-consensual intervention to “emergencies which prevent the practitioner from obtaining the appropriate consent”. It gives examples of a patient in a coma and the inability to track a legal representative of an incapacitated patient (paras.56-57). Furthermore, “Even in emergency situations, however, health care professionals must make every reasonable effort to determine what the patient would want”(emphasis added). *Ibidem*.

⁶¹ Official Gazette 55/01 (consolidated text).

⁶² Rec. 1418 (1999) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe, “Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying”; <http://assembly.coe.int/main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta99/EREC1418.htm> (27.10.2010.)

⁶³ This he must do via a written and signed statement; Official Gazette (Narodne novine) No 169/2004

health of others (Art.15/1). With that, the possibility of obtaining *informed* consent is also precluded, and since the patient has no parallel obligation to nominate a proxy⁶⁴, we can arrive to a conclusion that: if a patient with a curable (even if it is life-threatening unless treated) condition can refuse even to know about that condition and consequently refuse all further treatment, it follows *a maiori ad minus* that the right to refuse treatment cannot be denied to a terminal patient. Should a physician withdraw or withhold medical treatment upon the request of a terminal patient, not only should he not be liable for “Killing on request”⁶⁵, he would rather be committing an offence of “Unauthorized Medical Treatment”⁶⁶ by not complying with such a request⁶⁷.

If we are then to conclude that a terminal patient cannot be treated against his will, the next question is could we include advance directives in the Croatian legal order? According to Art.16/4 of the Patients’ Rights Act, persons deemed to be “vulnerable” due to their physical condition (patients that are blind; deaf and cannot read; mute and cannot write or are blind *and* deaf) must give their consent or refusal in the form of a notarial act, or must nominate a proxy with decision-making powers in their stead in the presence of two witnesses. Since terminal patients also can be considered to be a “vulnerable” group of patients⁶⁸, most prudent choice would be to ask the same form of a notarial act⁶⁹ for advance directives. The content of this act would have to formally satisfy all the conditions of the bylaw proscribing the form of the statement of refusal⁷⁰. It would also

⁶⁴ Art.15/2 only allows the patient to nominate a person to be *informed* in his stead. This cannot, however, amount to transference of *decisional capacity* on the proxy, since only statutory representatives or court-appointed guardians have that authority. That a refusal to be informed doesn’t amount to waiver of the right to informed consent (assent or refusal), is also the conclusion of Prof. Turković (see fn.2), p.8.

⁶⁵ Art.94 of the Penal Code provides that “Whoever kills another upon his express and serious request, shall be punished with imprisonment for one to eight years”; Official Gazette (Narodne novine) No 110/1997

⁶⁶ Art.241 of the Penal Code: “A physician or a dentist who performs a surgical or other medical procedure on another’s body without his express and valid written consent, shall be punished with a fine or imprisonment for up to one year”. Ibidem.

⁶⁷ Ksenija Turković, Euthanasia in Croatia (see fn.51), p.62-63,

⁶⁸ To cite the European Court of Human Rights in *Pretty*: “Doubtless the condition of terminally ill individuals will vary. But many will be vulnerable and it is the vulnerability of the class which provides the rationale for the law in question.” (par.74.); <http://www.allbusiness.com/legal/3495547-1.html> (27.10.2010)

⁶⁹ For the same conclusion, see: Nenad Hlača, Želje o prestanku života, *Medicina* (2008), vol.44, no.2; str. 157. Comparatively, Art.22.1 of the Hungarian Health Care Act (Act CLIV of 1997) mandates a notarial form for refusing specified medical treatments (text at: http://www.szozszo.hu/53/rights_and_obligations_of_patients.htm). Art.22 is *identical* to *supra* discussed Art.19 of the Croatian Draft Law on Patients’ Rights (2002); www.huzp.hr/zakonpacjent.doc (27.10.2010)

⁷⁰ Assent or refusal of a particular procedure must be expressed by means of a statutorily proscribed form – such a bylaw is issued by the Secretary of Health (Art16/2-3 of the Patients’ Rights Act); Official Gazette (Narodne novine) No 169/2004

contribute to legal safety should these directives be a part of an official register⁷¹, and be subject to mandatory renewal every 5 years⁷². An international legal frame is already in existence: Art.9. of the Oviedo Convention warrants that “The previously expressed wishes relating to a medical intervention by a patient who is not, at the time of the intervention, in a state to express his or her wishes shall be taken into account”. This norm is of great importance as it embodies the first significant effort made by European institutions to set up a binding legal framework⁷³ relating to advance health care documents⁷⁴—however, it only pertains to instructional directives and (more importantly) qualifies the obligation with the syntagm “shall be taken into account” (“*seront pris en compte*”). The Explanatory Report clarifies that this means that directives should not “necessarily be followed” – it offers an example of a directive “expressed a long time before the intervention and science has since progressed” (par.62.). The courts should therefore be very restrictive in allowing physicians latitude in disobeying an AD, especially as it is clear that terminal patients are highly unlikely to change their minds about their end-of-life decisions. In Europe, advance directives are indeed binding in Austria, Belgium, Germany, Finland, Hungary, Netherlands, Spain and the UK⁷⁵.

In treating terminal patients, there are no issues of informed consent (refusal) comparative to those of patients with curable conditions. While the latter can at best speculate as to their future medical conditions and chances of recovery, offering only broad and vague instructions in their advance directives (“no artificial life support” may not be sensible in a patient in a surgical ICU with a good recovery prognosis, and is very different from such an instruction in a patient with a degenerative motor-neuron disease). The Patients’

⁷¹ Starting with September 1, 2008, all positive advance directives in Belgium must be registered with the Service Population, using an ID number (given based on entry in the National registry) – Royal Decree from April 27, 2007. Although that is a registry of directives to perform *active* euthanasia, we feel that from the standpoint of legal security these criteria should also be applicable to directives to perform *passive* euthanasia. Art.11/5 of the Spanish Law no.41/2002 on Patient’s Autonomy and on the Rights and Obligations Concerning Health Information (November 14, 2002) created a National Registry for Advance Directives (text of the Law at: http://www.isciii.es/htdocs/terapia/legislacion/Terapia_Ley_41_2002.pdf).

⁷² Chapter III (The Advance Directive), Section 4, §1 of the Belgian Euthanasia Act (*Wet betreffende de euthanasie*, B.S., 2002, 28515) sets a five-year limit to the validity of a directive (to perform active euthanasia). Also setting 5 years as a standard is Sec. 7(1) of the Austrian Living Will Act (*Patientenverfügungsgesetz*–PatVG) of June 1, 2006 (text at: http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/09_english_documents/legal_information/FEDERAL_LAW_GAZETTE.pdf).

⁷³ Previously used instruments of choice were *soft-law* recommendations: Rec.779 (1976) on the rights of the sick and the dying (par.10/II) and Rec. 1418 (see fn.65) (par.9(b)(iv)); http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/CDBI-INF%282000%291PrepConv.pdf (27.10.2010)

⁷⁴ Steering Committee on Bioethics (CDBI), Report prepared by Prof. Roberto Andorno (see fn.6), p.4.

⁷⁵ Andorno (*ibid.*), p.6-10.

Rights Act does not specify at what point the information should be dispensed. Regarding terminal patients, it is logically sound that they could be informed of their condition (including the medical assessment of results of a particular procedure) and of the advantages and risks of available procedures (Art.8), and upon that information refuse those procedures in advance (anticipating their incapacity for rendering medical decisions).

4. Conclusion:

The analysis above leads us to the conclusion that a Croatian criminal court willing to interpret national law in the light of our international obligations and comparative law, could acquit a physician accused of killing on request if the latter withdrew/withheld treatment from a terminal patient upon his advance request expressed in a notarial form⁷⁶. In this, Croatian courts could assume the role of motors of new legislation, looking up to the Canadian experience where it was the courts and common law that developed general principles further codified in provincial and territorial legislations. Even though Croatia is not part of a common law system, a carefully developed criminal law jurisprudence aided by the review functions of the Supreme Court could offer clear guidelines in the face of legislative silence on the question of passive euthanasia and ADs. Regulation of terminal patients' status must be complemented by a comprehensive policy on palliative care, starting with the enactment of legislation and institution of permanent palliative care units in all of Croatia's counties.

Canada is faced with different problems—due to its federal nature, we are convinced of further convergence of provincial and territorial acts, with reciprocity protocols representing but a first step of such development. Mobility of Canadian citizens warrants that end-of-life decisions should be complied with notwithstanding the province/territory of a patient's passing. In this, it would be advisable to set up a national register of ADs, guaranteeing easy access of physicians to relevant information. Finally, age-requirements of particular jurisdictions should be made more rigid, setting 18 or even 21 years of age for proxies. Provinces that set 16 as the age for drafting an AD should qualify this right as pertaining only to terminal patients, in order to minimize the risk of decisions thought through less than thoroughly.

⁷⁶ Of course, as discussed *supra*, the patient would have had to receive ample information on his future prospects and development of his illness, that would enable him to give his informed *pro futuro* refusal, and the circumstances of the withdrawal/withholding would have to substantially coincide with those foreseen in the directive, with no medical breakthroughs in the meantime.

Prikazi / Reviews

Daniel Carpenter

Reputation and Power: Organizational Image and Pharmaceutical Regulation at the FDA

(Princeton, NJ/Oxford, UK: Princeton University Press, 2010)

xx + 804 pp, including lists of illustrations (28), tables (26), and abbreviations and acronyms; Index

One must admit that a short title extremely rarely can reflect the content of a huge book in a satisfactory way. In the case of the latest book by Daniel Carpenter, however, that exception has occurred: there is no better manner to describe the role, destiny, and reality of the U.S. Food and Drug Administration, but by the two key words: reputation and power.

Where does that particular interest to study the history of a regulatory agency come from? The author Daniel P. Carpenter, the Allie S. Freed Professor of Government at Harvard University, offers an explanation himself: he has been influenced by his grandfather, a city health commissioner of Milwaukee, and by his mother, a radiologist, who both taught him about the entwinement of public health, science, and politics. Their stories have revealed to Daniel Carpenter also that public health must combine benevolence and weighedness with resoluteness and a certain degree of coercion, in order to obtain the best results for a community. Carpenter's previous book, *The Forging of Bureaucratic Autonomy: Reputations, Networks, and Policy Innovation in Executive Agencies, 1862-1928* (also published by Princeton University Press, in 2001), was a milestone in the field: the present work, devoted to the FDA, has been a logical continuation of the same specific and thorough pursue.

In his study, Carpenter first considers theory of regulation, analysing the notions and practice of „reputation“ and „public interest“, as well as the risks of based-upon public decisions. He justly stresses the „paradox“ of the American society, being at the same time „anti-bureaucratic“ and obedient to federal regulatory agency. Carpenter's fascination with the regulatory power executed by the FDA lengthens out to all its aspects – directive, gatekeeping, and conceptual – as well as to its features eventually adopted in other nations. A particularly inspiring sub-chapter is devoted to „organizational reputation“, that is, to the reputation an organization reaches thanks to its specific capacities and roles.

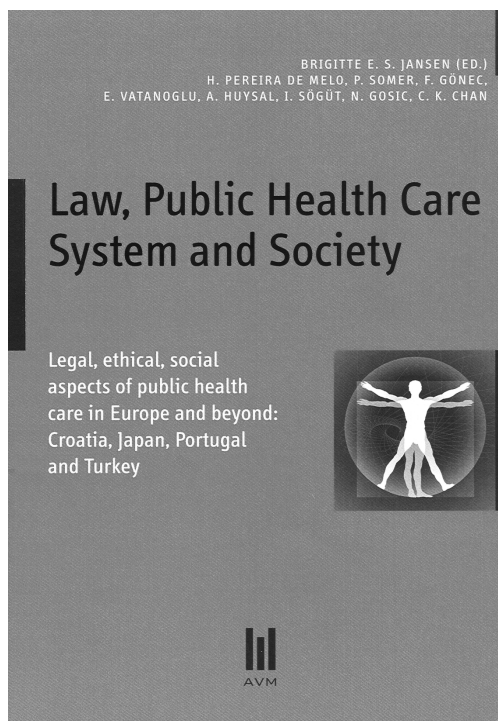
In the first part of the book, entitled *Organizational empowerment and challenge*, Carpenter departs from the very beginning of the regulatory statutes in the USA – the Federal Food, Drug and Cosmetic Act of 1938, resulting from the New Deal policy, but also from tragic experiences with elixir sulfanilamide (1937). In the following post-war period (1944-1961), the focus was the establishment of protocol and procedure in devising new drugs. The end of that period was marked by the thalidomide affair with an epidemic of congenital defects in Europe and Australia: in the US, launched was the name of Frances Kelsey, the FDA medical officer who had refused to approve thalidomide (Kevadon) for the USA market. Subsequently, in 1962 and 1963, new standards for FDA drug review and new rules for clinical trials were introduced. The range of reputation the agency reached at that point might be illustrated by the fact that, since 1964 until 1967, 25 new FDA public advisory committees were authorized. Congressional hearings and judicial affirmation furtherly extended the agency authority. The late twentieth century brought new regulatory challenges related to dietary supplements, cancer and AIDS therapy.

In the second part of the book – *Pharmaceutical regulation and its audiences* – stressed and analysed has basically been the particular position the FDA created on the crossroad of scientific research and political regulation, as well as the ways the FDA has faught to preserve its own autonomy in front of the stratagems of powerful pharmaceutic industry and approval pressures.

What can one learn from the Carpenter account? Probably the most important message is that regulatory administration is not something that can be developed easily and rapidly: decades of experience and protocolizing, lessons from domestic- and foreign-market tragedies, but, before all, a highly standardized scrutiny, result in an immense pool of reputation that becomes entitled to exercise power over community and in the community interest. Carpenter's story is a story of continuity and a proof that quantity, if correctly guided and honestly monitored, must evolve into quality.

Amir Muzur

Department of Social Sciences and Medical Humanities
University of Rijeka – School of Medicine
Rijeka, Croatia



Unutar korica ove knjige koju je uredila dr. sc. **Brigitte E. S. Jansen** (voditeljica antidiskriminacijskog projekta na Pravnom fakultetu Novog sveučilišta u Lisbonu, Francuska) u komparativnoj analizi zdravstvenih sustava Hrvatske, Japana, Portugala i Turske iščitavaju se različiti pristupi u koncipiranju modela zdravstvenog sustava, posebice pitanja odnosa prema javnozdravstvenim problemima, javnoj i privatnoj praksi, političkim institucijama zaduženim za realizaciju skrbi unutar sustava, financijski resursi nužni za obavljanje djelatnosti zdravstvenih institucija i ustanova, pravne regulacija i određenja položaja zdravstvenih djelatnika, zakoni o pravima pacijenata te (bio)etički pogledi u sadržajne i metodološke perspektive

strateških dokumenata kojima državna vlast, ne samo da treba omogućiti nesmetano funkcioniranje cjelokupne strukture unutar zdravstvenog sustava, nego i definirati akcijske planove kojima bi unaprijedila načine zaštite i čuvanja zdravlja ljudi. To je tematika koju su, u poglavljima ove knjige, razmotrili i objasnili: **H. Pereira de Melo**, profesorica zdravstvenog prava i bioetike s Pravnog fakulteta Novog sveučilišta u Lisbonu, **Chan Chee Khoo**, profesor zdravstvene i socijalne politike u Centru za politiku istraživanja i međunarodne studije Sveučilišta Sains Malaysia, **Nada Gosić**, izvanredna profesorica bioetike, medicinske etike i etike zdravstvene skrbi s Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. Zdravstveni sustav u Turskoj predstavile su i objasnile sljedeće autorice iz Istanbula: **Pervin Somer**, izvanredna profesorica Pravnog fakulteta Kadir Has Sveučilišta, **Fuly Ilcin Göneç**, izvanredna profesorica Pravnog fakulteta s Mamara Sveučilišta, **Emina Elif Vatanoglu**, predavačica na Medicinskom fakultetu i zdravstvenom diplomskom studiju s Kadir Has Sveučilišta, **Ayegül Sezgin Huysal**, asistentica na Pravnom fakultetu na Mamara sveučilištu i **İpek Sevda Söğüt**, asistentica na Katedri za Rimsko pravo Pravnog fakulteta Kadir Has Sveučilišta.

Nada Gosić

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 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 author's 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 and 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:

- author's name and surname,
- name and address of author's mother institution,
- author's contact address (if different from mother institution's address),
- author's 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 School of Medicine
Braće Branchetta 20, 51 000 Rijeka, Croatia
Tel: + 385-51-651-165
Fax:+ 385-51-651-219**

or in an e-mail attachment to: igor.eterovic@medri.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. Rendtorff 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 Bioètica, 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 Gordjin (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, note should contain only the initial of author's first name and his 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 iz 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 zadnje 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

Poželjni 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 fus-notama, 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, 51 000 Rijeka, Hrvatska
Tel: + 385-51-651-165
Fax:+ 385-51-651-219**

ili u e-mail privitku na adresu: **igor.eterovic@medri.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. lipanj, 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.