

Liberalizacija tržišta lijekova: socijalne i zdravstvene implikacije

Živka Staničić
Vesna Loparić

Farmaceutsko-biokemijski fakultet, Zagreb, Hrvatska
e-mail: zstanicic@pharma.hr

SAŽETAK Polazeći od temeljne pretpostavke da sustav zdravstvene zaštite ima inherentne strukturne karakteristike zbog kojih ga treba izmjestiti iz okvira slobodnoga tržišta, u radu se kritički propituje ubrzani trend liberalizacije tržišta lijekova koji u posljednja dva desetljeća nameće neoliberalna politička ekonomija. Riječ je o reorganizaciji sustava distribucije lijekova kojom sve veći broj lijekova, ranije dostupnih samo uz recept, dolazi u slobodnu prodaju. Lijekovi se, drugim riječima, pretvaraju u robu koja se poput bilo koje druge robe na tržištu može slobodno kupiti i prodati. Budući da se uvođenje tržišnih mehanizama u farmaceutski sektor u posljednje vrijeme intenzivira, u radu se upozorava na cijeli niz nedovoljno istraženih (ili, bolje rečeno, vješto skrivenih) negativnih posljedica deregulacije lijekova. U suprotnosti s deklamiranim tvrdnjama zagovornika liberalizacije tržišta lijekova o tome da će deregulacija lijekove učiniti dostupnijima, sigurnijima, učinkovitijima, u radu se pokazuje naličje zahtjeva za deregulacijom lijekova. Duboko povezana s tržišnom logikom tzv. "naprednoga" ili "postmodernoga" kapitalizma, deregulacija tržišta lijekova je, prije svega, izraz snažnih pritisaka moćnih farmaceutskih korporacija koje svojim "proizvodima" žele "pojednostavniti" prodaju i stvoriti pogodne uvjete neograničenoga tržišnog natjecanja. Konkretno, reorganizacijom distribucije lijekova žele se postići dva, krajnje prozaična i pragmatična cilja: prvo, smanjiti troškove zdravstvenoga osiguranja (prebacivanjem najvećega dijela troškova na samoga bolesnika) i drugo, farmaceutskim tvrtkama izgraditi institucionalno i zakonsko okruženje koje će im omogućiti ostvarenje maksimalnoga profita. Drugim riječima, retorika o postizanju javnozdravstvene dobrobiti služi farmaceutskim tvrtkama ne samo kao najbolje utočište, nego kao i najveći manevarski prostor za razmahivanje njihovih vlastitih, sebičnih, parcijalnih interesa.

Ključne riječi: liberalizacija tržišta lijekova, deregulacija, "specifična težina" lijeka, "totalni" učinak lijeka, konzumerizam, "širom zatvoreni" pristup lijekovima, *raison d'être* ljekarnikova djelovanja.

Primljeno: srpanj 2008.

Prihvaćeno: rujan 2008.

1. Regulacija lijekova u socijalnoj državi

“Moderni kapitalizam”, za razliku od “postmodernoga”, počiva na čvrstom uvjerenju da sustav zdravstvene zaštite ima inherentne strukturne karakteristike zbog čega ga treba izmjestiti iz okvira slobodnoga tržišta kojem je podvrgnuta opskrba roba i usluga u svim ostalim sektorima moderne kapitalističke ekonomije (Arrow, 1963.; Parsons, 1951.).¹ Budući da Parsons pruža obuhvatnu analizu ovoga pitanja, ukratko ćemo izložiti samo njegove (za)ključne argumente. Na tragu Durkheimove idealizacije profesija kao moralnih i tehničkih vodiča na putu uspostave boljega društva², Parsons (1951.) odlučno tvrdi da socijalni život ne bi bio moguć ukoliko bi se isključivo zasnivao na ekonomskim interesima, odnosno ovisio o sebičnim interesima pojedinaca. Drugim riječima, da bi društvo bilo koherentno, neophodno je izgraditi institucije čije djelovanje neće biti motivirano profitom i samointeresom. Iako, dakle, počiva na kapitalističkoj ekonomiji, moderno društvo mora razvijati “nekapitalističke socijalne strukture” (White, 2002.:8). Najvažniju “nekapitalističku socijalnu strukturu” u modernom kapitalističkom društvu predstavlja, s opće raširenom samorazumljivošću, upravo sustav zdravstvene zaštite. U svjetlu ovoga temeljnog stava, postalo je općeprihvaćeno da je državna intervencija ili regulacija “s onu stranu tržišta”, koja uključuje određeni politički ili normativni konsenzus o tome *što, kome i kako* zdravstveni sustav treba pružati, prijeko potrebna³.

U takvoj političko-ekonomskoj klimi, koja je vladala od sredine 20. stoljeća sve do unatrag dva-tri desetljeća, (i) tržište lijekova bilo je potpuno regulirano i zaštićeno od konkurencije. Regulacija tržišta lijekova korelativna je shvaćanju da su lijekovi “proizvodi života i smrti” (*life and death products*) (Vandergrift and Kanavos, 1997.), tj. da lijekovi u mnogim slučajevima spašavaju život od sigurne smrti, ali i da sami – ako se ne primijene na primjeren način, mogu biti ozbiljna prijetnja ne samo zdravlju, nego i životu⁴. Iz tih je razloga moderno društvo ili društvo tzv. “liberalnoga blagostanja” primjenjivalo brojna zakonska ograničenja vezana ne samo za dostupnost lijekova javnosti, nego i za njihovu kvalitetu, sigurnost i učinkovitost.

¹ Na paradoks (neo)liberalne “nevidljive ruke” puno puta je već ukazano. Tako npr. Schumpeter ističe: “Da bi se prosto olovo egoističkoga interesa pretvorilo u zlato, valja ga okružiti institucijama osoba (sudaca, policajaca, političara, dužnosnika) čiji motivi nemaju nikakve veze s motivima *homo economicusa*. Drugim riječima, kapitalizam funkcionira samo ako ga kanaliziraju država, udruge i običaji koji proizlaze iz druge logike i ne pokoravaju se samo zakonu dobiti” (Bruckner, 2004.:113).

² Po Durkheimu primarni zadatak medicine je (iz)graditi “kult humanosti” i integrirati ljude u društvo (Dew, 2007.).

³ “Tržište i kapital kao društveni odnos nemaju u sebi moć i domet da budu opći i sveobuhvatni mehanizam koji će učinkovito urediti povijesnu sudbinu čovječanstva, produktivne ekonomije, ali i stalnoga obnavljanja života prirode i ljudi” (Lay, 2007.:1031–2).

⁴ U novije vrijeme je u porastu ne samo morbiditet već i mortalitet koji prouzrokuju lijekovi (Cipolle et al., 1998.).

Riječ je o sustavu u kojem država ima kontrolu ne samo nad ljekarnama, nego i nad sveukupnim farmaceutskim sektorom. Regulatorni zahtjevi uključuju (navodimo samo one najvažnije) – registraciju lijeka prije njegova “izlaska” na tržište; odredbu da lijekove smiju pripisivati isključivo liječnici, a izdavati isključivo ljekarnici; odredbu da vlasnici ljekarni mogu biti samo licencirani ljekarnici; ograničen⁵ broj ljekarni koje mogu biti u vlasništvu jednoga ljekarnika; geografsku koncentraciju ljekarni. Država kontrolira ne samo farmaceutsku industriju, kako bi osigurala da bude odgovorna, nego i cijene lijekova⁶ kako bi osigurala njihovu dostupnost, posebno siromašnima. Ovakav je sustav distribucije lijekova na najbolji način služio *uzajamnim interesima države i ljekarnika* i, što je najvažnije, *interesima bolesnika*. Budući da iz perspektive sadašnje neoliberalne ekonomske politike i njezina kreda neograničenog tržišta i institucionalnih rješenja koja prvenstveno služe privatnom farmaceutskom sektoru – potonja tvrdnja djeluje gotovo blasfemično, potrebno ju je, barem u kratkim crtama, obrazložiti.

Navedeni sustav regulacije lijekova odgovara državi (koja u to vrijeme slovi kao reprezentant javnoga interesa ili općega dobra) jer joj omogućava da, unutar datoga sociopolitičkog konteksta, tj. autonomije regulacijskih mehanizama u odnosu na tržište, koliko-toliko uravnoteži – s jedne strane, parcijalni interes farmaceutske industrije i ljekarnika te s druge strane, zdravlje ljudi koje ima status javnoga interesa/općega dobra *par excellence*⁷. Cilj je politike regulacije lijekova stvoriti pretpostavke za što učinkovitije korištenje lijekova, te njihovo racionalno pripisivanje i izdavanje. Kontrolirajući, istovremeno, i cijene lijekova, država osigurava da lijekovi, proizvodi “života i smrti”, budu dostupni svima kojima je to potrebno. Koliko god bio restriktivan, takav sustav distribucije lijekova odgovara (i) ljekarnicima. U zamjenu za nadzornu ulogu države ljekarnici ostvaruju unosnu zaradu i imaju monopol na izdavanje lijekova na recept (kojih je, u to vrijeme, bilo najviše), kao i potpunu autonomiju u prodaji bezreceptnih lijekova (ovaj monopol i autonomiju ne umanjuje činjenica da je broj bezreceptnih lijekova tada bio neznatan). Nesumnjivo je, naime, da monopol u izdavanju i prodaji lijekova predstavlja središnju točku ljekarnikova djelovanja. Ipak, prodaja lijekova izvan ljekarni (npr. u supermarketima, benzinskim crpkama, što je postalo uobičajeno danas u uvjetima neograničena tržišta) nije moguća u velfarističkom sustavu distribucije lijekova.

Najvažnija od svega je činjenica da stroga regulacija distribucije lijekova odgovara bolesnicima. Naime, u zamjenu za monopol u izdavanju lijekova, ljekarnici trebaju djelovati kao zastupnici bolesnikovih interesa stvarajući uvjete u kojima bolesnikovo korištenje lijekova može ostvariti optimalan terapijski učinak. Po-

⁵ Na taj se način onemogućava veletrgovcima vertikalna integracija ljekarni.

⁶ U Njemačkoj je tako npr. sve do 2004. godine, prije promjena koje su rezultirale deregulacijom lijekova, “zakon određivao i jamčio identične cijene lijekova u svim ljekarnama u cijeloj zemlji” (Stargardt et al., 2007.).

⁷ U to vrijeme postojao je konsenzus o pitanju što predstavlja opći interes – drugim riječima, bila je povučena jasna granica između javnoga/općega/društvenoga interesa (dobra) i privatnoga sektora i privatnih interesa.

sebna pozicija koju je država namijenila profesijama nije, međutim, ni bezuvjetna ni nepotrošiva – naprotiv, svoj privilegirani status profesije moraju, svaki put nanovo, potvrđivati u terminima “javnoga interesa” ili “zaštite javnosti”. Riječ je o vrsti socijalnoga ugovora koji je onemogućavao da ljekarnik, na uštrb interesa/zdravlja bolesnika, ostvaruje svoje osobne, partikularne interese.

2. Politika deregulacije tržišta lijekova – izraz nove konstelacije ekonomske stvarnosti

Regulaciju sustava distribucije lijekova, kao i mnoge druge dotadašnje velfarističke oblike zdravstvene i socijalne zaštite, u posljednje vrijeme rastače sve prodornija neoliberalna paradigma. Pod snažnim uplivom političke filozofije neoliberalizma, vlade u mnogim razvijenim zemljama, unatrag dva-tri desetljeća, na razne načine i s različitim intenzitetom, provode “reformске zahvate” i u sustavu zdravstvene zaštite. Imajući u vidu činjenicu da upravo terapija biomedicinskim lijekovima u zapadnoj medicini predstavlja najuobičajeniji oblik liječenja, te da će, s obzirom da broj lijekova u medicinskoj upotrebi neprestano raste, tako zasigurno biti i ubuduće, neizostavni dio reformskih zahvata odnosi se na reorganizaciju “okoštalog” sustava državne regulacije/distribucije lijekova. Reformski zahvati na spomenutom području označavaju se zajedničkim imenom – deregulacija, reklasifikacija ili, što u najvećoj mjeri odgovara biti stvari, liberalizacija tržišta lijekova. Riječ je o reorganizaciji sustava distribucije lijekova kojom sve veći broj lijekova, pa čak i terapijski jakih, donedavno dostupnih samo uz recept, dolazi u slobodnu prodaju⁸. Iako liberalizacija uključuje široki raspon regulatornih promjena, na ovom mjestu nemamo namjeru iscrpno ih navoditi a još manje ponaosob analizirati. Za osnovnu svrhu naših analiza, dopustivo je, naime, apstrahirati postojeće razlike te pojam liberalizacija koristiti kao drugo ime za primjenu jedinstvenih regulatornih mehanizama. Drugim riječima, za naše je istraživanje puno važnije, od ispitivanja varijeteta liberalizacije tržišta lijekova, ispitati krajnji ishod (socijalne i zdravstvene posljedice) liberalizacije tržišta lijekova; uostalom, pokazat će se da je, neovisno od varijeteta liberalizacije, ishod liberalizacije uvijek, manje-više, isti. Dodatno opravdanje za korištenje uniformnog pojma liberalizacija nalazimo u tome što nam takav pojam olakšava praćenje dinamike liberalizacije tržišta lijekova. Zabrinjava, naime, činjenica stalnog porasta broja dereguliranih ili OTC lijekova, dostupnih u ljekarnama i izvan njih, diljem svijeta. Danska vlada još je 1989. godine predložila deregulaciju čak 81 lijeka. Ovom mjerom planirana je godišnja ušteda značajne svote državnoga proračuna. U Sjevernoj Americi, *Food and Drug Administration* (FDA) ustanovila je da su između 1972. i 1994. godine 42 lijeka dobila status dereguliranoga ili bezreceptnoga lijeka. U Velikoj Britaniji od 1980. do 1995. godine dereguliran je 51 lijek. Slična je situacija i u Australiji i Novom Zelandu. (Blenkinsopp; Bradley, 1996.).

⁸ Za lijekove bez recepta uvriježen je naziv “Over the Counter” (OTC) što u doslovnom hrvatskom prijevodu znači “s druge strane recepture” ili “preko pulta”.

Lijekovi, drugim riječima, postaju roba koja se, poput bilo koje druge robe na tržištu može slobodno kupiti/prodati. Nazvati ovakvu politiku regulacije lijekova “reformskim zahvatima”, čisti je eufemizam. Ono o čemu se ovdje zapravo radi sustavno je dekonstruiranje osnovnih načela, kao i institucionalnih temelja, dosadašnjega socijalnog, velfarističkoga sustava zdravstvene zaštite. Kako iscrpna i čvrsto strukturirana analiza neoliberalne paradigme i njezina “duha” (na koji deregulacija u potpunosti “naliježe”) prelazi okvire ovoga rada, detaljnije ćemo se pozabaviti samo temeljnom odrednicom neoliberalizma, čiji odjek odzvanja u svim političkim raspravama o reorganizaciji distribucije lijekova – liberalizaciji tržišta⁹.

Za razliku od velfarističkoga društva u kojem su političke institucije imale određenu autonomiju u odnosu na tržište, u društvu tzv. “naprednoga” kapitalizma, političke institucije i zakoni bivaju “duboko uronjeni u tržišne odnose” (Rifkin, 2005.). Sada tržište postaje glavni medijator sveukupnoga života i opće načelo djelovanja koje u cijelosti mijenja dotadašnju konstelaciju moći/snaga između države, privrede, profesija i korisnika usluga. Korporacije su danas, naime, postale “tako velike i snažne da su prerasle čak i vlade” (Klein, 2002.). Ojačane do te mjere da počinju predstavljati “državu u državi”, korporacije malo po malo “izbijaju iz ruku” političkih institucija nadzor i kontrolu nad područjima koja su donedavno slovila kao područja od javnoga/općega interesa (jedno takvo je i sustav zdravstvene zaštite). Najžešće borbe između farmaceutske industrije i države vode se, očekivano, oko toga tko će preuzeti potpunu kontrolu nad formiranjem cijena lijekova. Iako je, kao što je to slučaj u Australiji (ali i u mnogim drugim razvijenim zemljama), prostor državne intervencije u područje politike formiranja cijena već “dobrano sužen”¹⁰, pritisak farmaceutske industrije na vladu ne jenjava”. (Morgan et al., 2008.).

U srazu sa sve moćnijom farmaceutskom industrijom država gubi iz dana u dan. Unatoč tome što se borba nastavlja, lako je prognozirati (kako sada stvari stoje) tko će biti konačni pobjednik. Ograničeni proračun i sve veći zahtjevi za ograničenim resursima “prisiljavaju vlade da postavljaju ograničenja koje će lijekove pokrivati, za koga i po kojoj cijeni” (Morgan et al., 2008.). (Sličnu “igru bez granica” od koje se preuzetno očekuje da izbalansira potrebe farmaceutskega sektora, s jedne strane, te još uvijek legitimne zahtjeve bolesnika na “besplatnu” zdravstvenu zaštitu, s druge strane, krajnje su nemušto i bez većega uspjeha vodile sve naše dosadašnje vlade.).

Zaključujemo – duboko povezana s tržišnom logikom tzv. “naprednoga” ili “postmodernoga” kapitalizma, deregulacija tržišta lijekova izraz je snažnih pritisaka

⁹ Hrvatska ljekarnička komora još se uvijek uspješno opire privatizaciji ljekarni (komercijalizaciji tržišta lijekova). Nema sumnje, međutim, da će ista morati ustuknuti “pred prodornijim poduzetnicima koji su se odlučili ugurati u branšu ne mareći previše za okoštali sustav državne distribucije” (Vresnik, V. i Šantek, A.: Počinje bitka za apoteke, Jutarnji list, 8. 3. 2008.).

¹⁰ Država, naime, osigurava relativno niske cijene samo generičkim lijekovima i “*me-too drugs*” – lijekovima koji su po strukturi veoma slični već poznatim lijekovima (Morgan et al., 2008.).

moćnih farmaceutskih korporacija koje svojim “proizvodima” žele “pojednostavniti” prodaju i stvoriti pogodne uvjete neograničena tržišnoga natjecanja. Konkretno, reorganizacijom distribucije lijekova žele se postići dva, krajnje prozaična i pragmatična cilja: prvo, smanjiti troškove zdravstvenoga osiguranja (prebacivanjem najvećega dijela troškova na trošak bolesnika) i drugo, farmaceutskim tvrtkama izgraditi institucionalno i zakonsko okruženje koje će im omogućiti ostvarenje maksimalnoga profita. Osnovni problem sastoji se u tome što se ovi sebični, parcijalni interesi farmaceutskih korporacija bezočno nude i kao neupitno opći, sveobuhvatni, realni i idealni okvir za ostvarenje javnozdravstvenoga interesa ili općega zdravstvenog prosperiteta. Na taj način se, među inim, tvrdi da će deregulacija lijekova neizostavno: “modernizirati” sustav zdravstvene zaštite, “racionalizirati” njegove dosadašnje “nekontrolirane” troškove, “proširiti” prostor bolesnikove autonomije” u izboru i provođenju terapije, lijekove učiniti “dostupnijima”, “sigurnijima”, “učinkovitijima” – jednom riječju, deregulacija lijekova će, u konačnici i neminovno, “maksimizirati javnozdravstvene benefite”.

Iako ostvarenje općedruštvenoga interesa spada u standardni repertoar (neo)liberalnih olako danih obećanja, u zahtjevu za deregulacijom lijekova dano obećanje pokazuje se dodatno i iznimno važnim. Ideja zdravlja, kao općega dobra i neotudivoga prava svakoga čovjeka¹¹, i dalje je nepokolebljivo i duboko “usađena” u svijest ljudi kao značajno civilizacijsko dostignuće i posljednje uporište sigurnosti u svijetu posvemašnje nesigurnosti i rizika¹². Drugim riječima, promicanje javnozdravstvene dobrobiti, koju zagovornici deregulacije lijekova zdušno obećavaju, javlja se kao idealni *P. R.* (*Public Relations* – odnosi s javnošću) suvremenih farmaceutskih korporacija. Ideja zdravlja kao općega dobra, pokazuje se ne samo kao najbolje utočište, nego i kao najveći manevarski prostor za razmahivanje njihovih vlastitih, sebičnih, parcijalnih interesa.

Ma koliko god se u današnjim uvjetima emfatički naglašavaju pozitivni učinci deregulacije tržišta, prava je istina da se o ovom “socijalnom eksperimentu” (Ratanawijitrasin et al., 2001.) još uvijek vrlo malo zna. Budući da bi bilo preopširno navoditi iscrpnu analizu ovoga problema, u raspravi koja slijedi samo ćemo dotaknuti i naznačiti inherentna svojstva tržišta zbog kojih će lijekovi postati, suprotno deklamacijama, manje dostupni, manje sigurni i manje učinkoviti.

3. Zašto treba opozvati daljnju liberalizaciju tržišta lijekova?

Cilj ove rasprave nije, dakako, “istjerati demone tržišta” (Bruckner, 2004.), nego upozoriti na naličje tržišta u okruženju sustava zdravstvene zaštite. Ukazivanje na negativne učinke liberalizacije tržišta lijekova ima prediktornu ulogu – upozoriti

¹¹ Za najveći dio populacije u Velikoj Britaniji, “dobro zdravlje je prije svega pravo a ne stvar socijalnog statusa ili šansi” (Taylor and Field, 2003.:186).

¹² Za Becka postmoderni društvo je “društvo rizika” (Beck, 1992.).

na (moguće) opasnosti po zdravlje ljudi ukoliko se što hitnije ne opozove osjetno zahuktala deregulacija tržišta lijekova. Potvrdu našim tezama pružaju sljedeće nerazdvojno povezane činjenice – liberalizacija tržišta lijekova “prošupljuje” specifičnu vrijednost lijekova.

Općepoznato je da tržište, potpuno ravnodušno i nemarno, “nivelira sve stvari”,¹³ pa tako i lijekove. Logika tržišta nije “impresionirana” činjenicom da bol/bolest spada u red “potreba-iz-prve-ruke” (Gehlen, 1990.), te da su, najmanje zbog navedenoga razloga, lijekovi konceptualno različiti od drugih roba – materijalne supstancije (biljnog, životinjskog i mineralnog porijekla) koje imaju moć transformirati tijelo i, povrh svega, “moćni simboli i zalag nade ljudima u nevolji” (Whyte et al., 2002.:5). Pod utjecajem tržišta, koje obezvređuje sve stvari, lijek – supstancija s dodatnom socijalnom vrijednošću, gubi svoju “specifičnu težinu” kako bi se, poput bilo koje druge robe u istoj, “stalno pokrenutoj rijeci novca”, (Simmel, 2001.) mogao slobodno kupiti/prodati.

Nebrojeno puta do sada upozoreno je kako, u velikom broju slučajeva, učinak lijeka ili drugih kemijskih supstancija na fiziologiju i emocionalno stanje ne ovisi isključivo o farmaceutskim karakteristikama lijeka. Drugim riječima, učinak lijeka je “kulturni konstrukt” (Etkin et al., 1990.). Zaključujemo da lijek treba razumjeti u kontekstu širega procesa liječenja, uključujući prvotnu percepciju simptoma, poimanje uzroka i jačine bolesti, poduzetoga tretmana i očekivanja rezultata liječenja, jednako kao i evaluaciju učinkovitosti i daljnjega izbora tretmana ukoliko učinak lijeka ne zadovoljava. O važnosti socijalne “popudbine” lijeka, za njegov konačni terapijski učinak, govori i Helman. “Totalni učinak lijeka”, uz farmaceutski karakteristike, ovisi o: “atributima samoga lijeka (kao što su okus, oblik, boja, naziv); atributima korisnika lijeka (kao što su njegova dob, iskustvo, edukacija, osobnost, sociokulturna pozadina); atributima onoga tko pripisuje ili izdaje lijek (kao što su njegova osobnost, dob, stav, profesionalni status, autoritet); fizičkom okruženju u kojem se lijek propisuje ili izdaje – *drug situation* (kao što je liječnikova ordinacija, bolnički odjel, laboratorij...) (Helman, 2007.:196.). Neizostavni dio “totalnog učinka lijeka” uključuje i tzv. placebo učinak. Thomas (1978.) je uočio postojanje bolesnikove vjere u moć izlječenja “*svakog* lijeka što znači da je terapijska iluzija široko rasprostranjena, ako ne i univerzalna”; ako, uz to, i liječnik vjeruje da će lijek, po svojoj kemijsko-fizičkoj formi, dovesti do poboljšanja zdravstvenog stanja pacijenta, onda, ističe Thomas, u toj iluziji sudjeluju obojica. Jednom riječju, placebo je “psihološki učinak” koji upravlja pozornost bolesnika na ono što je zdravstveni profesionalac uvjeren da će se dogoditi već samim tim što je lijek pripisan¹⁴.

¹³ Tržište, odnosno novac kao njegov neizostavni “sudrug” je “najstrašniji nivelator” – on, naime, postaje “zajednički nazivnik” svih vrijednosti koji “beznažno prošupljuje jezgru stvari, njihovu osobitost, specifičnu težinu, njihovu neusporedivost...” (Simmel, 2001.:196).

¹⁴ Uloga liječnika, po Parsonsovom mišljenju, ne može se reducirati na puke tehničko-manipulativne vještine; naprotiv, temeljna psihološka karakteristika liječnikove uloge implicira da “bez obzira da li on to zna ili želi, vještom medicinskom praksom, liječnik u stvarnosti uvijek terapijski djeluje na svog pacijenta” (Parsons, 1951.).

Došli smo do one točke analize u kojoj se raskri(nka)va prva teškoća ili paradoks liberalizacije tržišta lijekova – iako bolesniku više nitko i ništa (osim, dakako, novca) ne stoji na putu do lijeka, lijek pustopašno pripušten tržištu koje je, u međuvremenu, s njega “oljuštilo” sve njegove socijalne “naslage”, ne uspijeva postići potpuni terapijski učinak. Na ove opaske neposredno se nadovezuje i sljedeća – tržište “prošupljuje” specifičnu vrijednost, odnosno osnovni smisao ili bit ljekarničke (i svake druge) profesije. Svi bitni atributi profesija, odnosno konstelacija karakteristika koje označavaju profesije, u društvu tzv. “refleksivne modernizacije”, na udaru su zakona tržišta. Procesi deprofesionalizacije (gubitka svih atributa profesije) posebno su pogubni po ljekarničku profesiju. Naime ideološki inspirirani udarci ne pogađaju samo ljekarnikove profesionalno-institucionalne privilegije (autonomija, monopol, autoritet...), nego i njegovu etičku neovisnost¹⁵.

Iako, dakle, suvremeno društvo “naprednoga” kapitalizma ljekarniku omogućava zgrtanje kapitala (zato jer je lijek – “*materiu medicu*” s doda(t)nom socijalnom i simboličkom vrijednošću srozao u status obične robe), držimo da takvo društvo, s druge strane, bespoštedno rasipa (zaciјelo, puno vrjedniji) ljekarnikov profesionalni kapital: monopol, autonomiju, ugled, autoritet te, karakteristiku koju držimo najvažnijim konstitutivnim elementom svake, pa i ljekarnikove profesije – profesionalnu etiku. Upravo je sve uočljiviji gubitak etičkih normi glavni razlog zbog kojega su suvremeni ljekarnici u javnosti predmet jetkoga podbadanja, a nerijetko i otvorenoga prezira. Nije, dakako, samo riječ o nevještoj kolektivnoj predodžbi suvremenoga ljekarnika, nego i o dobro dokumentiranoj kritici o čemu, u posljednje vrijeme sve učestalije, svjedoče i brojne studije¹⁶.

Valja posebno istaknuti: da do sve češće i oku vidljivije inverzije ciljeva koju vrše današnji ljekarnici ne dolazi zato jer su se ljekarnici iznenada, sami od sebe “pokvarili”. Koliko god ljekarnikove karakterne crte (“ili unutrašnje dispozicije ili motivi”) bile dosljedno dobre, odnosno “stabilne ili robusne”, one ne mogu biti “supstancijalno otporne i neosjetljive na situacijske ili okolinske pritiske” (Doris, 1998., cit. prema Prijić-Samaržija, 2006.). I dok se nekim “okolinskim pritiscima” današnji ljekarnik uspijeva, koliko-toliko oduprijeti (npr. standardizaciji i rutinizaciji rada), pred “okolinskim pritiskom” većina ljekarnika, dugoročno gledajući, ipak posustane. Taj neumoljivi “okolinski pritisak” predstavljaju komercijalne strukture našega društvenog života. Naime, orijentacija na tržište i maksimalizaciju dobiti ljekarnikovo sveukupno djelovanje neminovno udaljava od “substantivne racionalnosti” – one vrste djelovanja koja počiva na normativnim vrijednostima, altruizmu, brizi za pacijenta.

¹⁵ Kada je u pitanju liječnička profesija, učinci deprofesionalizacije u znatno većoj mjeri pogađaju njihovu etičku neovisnost, nego njihove institucionalno-profesionalne privilegije (Freidson, 2001.).

¹⁶ Navest ćemo neke: “Podavanje bolesti. Kako nas farmaceutska industrija pretvara u pacijente” (Moynihan i Cassels, 2007.); “Prirodni lijekovi za koje ‘oni’ ne žele da vi znate” (Trudeau, 2007.); “For health or profit? Medicine, the pharmaceutical industry and the State in New Zealand” (Hancher, 1992.)...

Kako je, međutim, upravo distanciranje od tržišta te povjerenje i orijentacija na pružanje usluga središnja značajka u (samo)identifikaciji profesija, s pravom se postavlja pitanje: neće li ljekarnici, ma koliko god bili educirani za pružanje "totalne ljekarničke skrbi"¹⁷, biti svedeni na puke trgovce. Ako se u današnjim uvjetima ljekarnika sve više plaća ne za znanje i usluge ("*patient-centred profession*"), nego za proizvode koje prodaje ("*product-for-profit centred occupation*", Cockerham, 2001.), iluzorno je očekivati da će ljekarnik u svakom pojedinačnom slučaju pokazati primjerenu količinu socijalne odgovornosti i brige za optimalan ishod farmakoterapije¹⁸. Jednom riječju, u okolnostima tržišta i njegova imperativa maksimalizacije dobiti, sve više blijedi konstitutivno svojstvo, *raison d'être* ljekarnikova djelovanja – transformacija "prirodnoga objekta", kemijske (pa čak i posve inertne¹⁹) supstancije ("*drug*") u puno vrijedniji socijalni objekt – lijek ("*medicine*"). Slabljenje profesija kao netržišnih institucija dovodi, dakle, do rastakanja dosadašnjih kodova društvenoga povjerenja, odnosno normi ponašanja koje su stvarale, manje-više, pouzdano okruženje za susret onih koji "prodaju" i onih koji "kupuju" (zdravstvene) usluge. Paternalistički odnos koji je počivao na neupitnom ljekarnikovom autoritetu, sunovratio se u odnos prodavač – klijent. Sve u svemu, središnju ulogu koju je ljekarnik imao u kontinuitetu izgradnje "totalnog učinka" lijeka, tržište čini ništavnom, a ljekarnikovu humanost²⁰ "slabašnom" (Jaspers, 1998.).

Ako se pritom uzme u obzir činjenica da deregulacija u pravilu otvara vrata prodaji lijekova od strane nekvalificiranih osoba²¹, postaje razvidno da su bolesnikova prava na učinkovitu i sigurnu zdravstvenu zaštitu, kojima se hvale zagovornici liberalizacije lijekova, u drugom planu pred ekonomskim imperativima. Jačanje tržišnih mehanizama u farmaceutskom sektoru u Danskoj (i to nedugo nakon deregulacije koja je započela 2001. godine), dovelo je do toga da su se lijekovi našli u običnim trgovinama, supermarketima i na benzinskim crpkama (Larsen et al., 2005.). Iako su svi ostali regulatorni parametri lijekova ostali nepromijenjeni u odnosu na

¹⁷ Drugi naziv za ljekarnikovo repozicioniranje od onoga koji samo izdaje lijek prema onome koji skrbi o bolesniku u kontinuitetu njegova životnoga opstanka.

¹⁸ Naime, razlika "između osobe koja se ponaša pošteno i one koja se ne ponaša tako u većoj je mjeri funkcija situacije, nego crta osobnosti uzetih izdvojeno od situacije" (Prijić-Samaržija, 2006.:301.).

¹⁹ Pojava da terapijski učinak ima i kemijski posve inertna supstanca naziva se placebo.

²⁰ Koliko je ljekarničkoj profesiji stalo do toga da je javnost percipira kao humano orijentiranu profesionalnu grupaciju koja prije svega brine o zdravlju ljudi, a ne o svom partikularnom interesu, najbolje svjedoči tekst prisege koju ljekarnici izgovaraju u času dodjele diplome/licence: ljekarnici, naime, među inima, prisežu da će "svoj život i djelovanje staviti u službu humanosti".

²¹ U okolnostima tržišta, izdavanje pripisanih lijekova i prodaja bezreceptnih lijekova prestaje biti ekskluzivno pravo ljekarnika. Ljekarnici, drugim riječima, ne uspijevaju razviti strategiju tzv. "socijalnoga zatvaranja", što znači da ne uspijevaju isključiti druge iz obavljanja vlastitoga posla. Tako danas postoje ekstremne varijacije prodaje lijekova: lijekovi se prodaju ne samo u ljekarnama, nego i u supermarketima, u trgovinama koje prodaju hranu, kućne potrepštine ili na benzinskim crpkama...

razdoblje prije uvođenja deregulacije, pokazalo se da tržišno orijentirane reforme ne samo da podrivaju osnovne vrijednosti socijal-demokratske ideologije – koja je tradicionalno, u svim skandinavskim zemljama, stavljala naglasak na jednakost i solidarnost u pristupu zdravlju – već podrivaju i potrebu za ljekarnicima kao jednim ekspertima po pitanju lijeka (doziranje, primjena, djelovanje, nuspojave...).

Međutim, upozorava nas Beck (1992.), potreba za ekspertima u današnjem društvu ne prestaje. Naprotiv, slijedimo li njegovu teoriju o “društvu rizika”, sve veći broj rizika u modernom društvu, koji su prije tehnološki²² nego prirodni, neće biti moguće sanirati bez svesrdne pomoći eksperata. Tržište, samo po sebi ne može kompenzirati nejednakosti u pristupu lijekovima, odnosno ostvariti zdravlje kao opće dobro. Zagovornici deregulacije tržišta lijekova ističu da će transformacija reguliranoga sustava distribucije lijekova u deregulirani, lijekove učiniti “pristupačnijima” najširem krugu ljudi (Ratanawijitrasin et al., 2001.). Imajući u vidu da deregulirane lijekove, za razliku od reguliranih, bolesnik plaća neposredno iz vlastitoga džepa, očito je da imamo posla s krajnje osebujnim neoliberalnim shvaćanjem “pristupačnosti”. Priroda toga novog pristupa može se označiti kao “širom zatvoren” pristup lijekovima. Ovaj oksimoron najbolje opisuje logiku tržišta – brisanje granice između privatnoga i javnoga interesa. Drugim riječima, sugerira se da je jedini put do zdravlja kao općega dobra onaj koji vodi isključivo kroz poziciju pune osobne, individualne brige i odgovornosti, odnosno poziciju društvenoga, izvan svake odgovornosti. Ovaj neoliberalni zahtjev da svatko treba preuzeti brigu sam o sebi, a dovodi do povlačenja države iz javnoga sektora, iskazan je u izjavi nekadašnje britanske premijerke Margaret Thatcher: “Društvo ne postoji, postoji samo individua” (White, 2002.:59.).

Sasvim je sigurno, međutim, da neoliberalizam ne može ukinuti nejednakosti u zdravlju – naprotiv, te se nejednakosti, pod utjecajem neoliberalne filozofije i politike, dodatno produbljuju. Zapravo, tvrdi White, utjecaj neoliberalizma na javno zdravlje i broj oboljelih je poguban. Pod utjecajem neoliberalizma dogodio se “jedan od najvećih preokreta u zdravstvenom statusu u modernom svijetu” (White, 2002.:59.). Posve je, naime, jasno da je uzrok bolesti, u zemlji kao što je Australija, siromaštvo – ljudi pate ne od bolesti bogatstva, nego od bolesti siromaštva”. Autor posebno upozorava na činjenicu da se neprestano povećava jaz između onih koji su na dnu i onih koji su na vrhu socijalnoga sustava” (White, 2002.). Sve veće socijalne razlike dovode na “scenu” infektivne bolesti koje su bile specifične i smrtonosne u 19. stoljeću; činjenica da je u Americi 1990. godine zabilježen čak “941.805 slučajeva epidemije kolere od kojih je 8.662 slučaj završilo smrću pacijenta, treba dovesti u neposrednu vezu s nedostatkom kontrole nad snabdjevanjem vodom i zagađenjem vode za piće, odnosno stavljanjem na prvo mjesto profit a ne javno zdravlje” (Pan American Health Organization, 1994.:164). Neo-liberalna politika ne omogućava provođenje adekvatne preventivne zdravstvene zaštite, a bez nje,

²² Broj, raznovrsnost i biotehnološka kompleksnost lijekova u zapadnoj medicini je u stalnom porastu (Cipolle et al., 1998.).

kao što je pokazano, ne može biti ostvareno dobro zdravstveno stanje cjelokupne populacije.

Na činjenicu da je farmaceutskim tvrtkama u prvom planu ostvarenje parcijalnoga, privatnog interesa, a ne stvarna dostupnost lijekova bez koje nema zdravstvene dobrobiti sveukupnoga društva, upozorava Ziegler. Iako farmaceutske tvrtke svugdje u svijetu svoje cijene prilagođavaju lokalnoj gospodarskoj situaciji, postoje dijelovi svijeta (npr. crna Afrika) u kojima je tržište "vrlo skućeno: golema većina pučanstva lišena je tzv. izvora opstanka, a farmaceutski trustovi više žele svoje cijene prilagoditi kupovnoj moći tankoga autohtonog vladajućeg sloja. Točnije – više vole prodati manje, ali skuplje" (Ziegler, 2007.)²³. Liberalizacija tržišta generira mit o "refleksivnom" konzumeru, dobro upoznatom sa svojim lijekovima.

Konzumerizam je "davno pobjegao iz velikoga trgovačkog centra kako bi postao pohlepna logika koja se izdaje za rješenje svih problema, posebno onih u 'kriznim sektorima'" (Bruckner, 2004.). Zdravstveno-zaštitne reforme "prigrilile" su konzumerizam, nadasve omiljeni i neizostavni (neo)liberalni koncept, u toj mjeri da je postao središnji koncept u zdravstvenoj politici mnogih razvijenih zemalja. Na tragu (neo)liberalne političke ekonomije u posljednja dva desetljeća dolazi do konceptualnoga pomaka od "pacijenta" kao pasivnoga primatelja ekspertove usluge ka "klijentu" koji ima sposobnost izabrati vrstu zdravstvene usluge koja mu je potrebna (Williams and Calnan, 1996.). Povijesno gledajući pacijent je iskazivao neupitno slaganje, podvrgavanje medicinskom autoritetu. Ovakav naglasak na socijalnoj kontroli, poslušnosti i bespogovornosti ne smatra se više primjerenim. Na tragu (neo)liberalne filozofije, koja zagovara oslobađanje od svih socijalnih spona kojima je dosada individua bila sputana, promovira se slika o korisniku zdravstvenih usluga koji je "refleksivan", "promišljen", "upućen", "autonoman", "racionalan", "neovisan" – konzumer koji više ne prihvaća vrijednosti, autoritet znanosti i medicine. Tržište, jednom riječju, značajno ojačava konzumerov suverenitet. Jačanje "kulture konzumerizma" neminovno dovodi do gubitka moći ljekarničke profesije. Asimetrija moći između pacijenta i ljekarnika i dalje postoji samo što se ovaj put "klatno" moći zanjihalo na stranu kupca koji se, sve češće, ponaša kao "zahtjevni diktator" (Nordström i Ridderstråle, 2002.:13.). Drugim riječima, "samorazumljivo pravo, raspolagati svojim tijelom, pretenciozno preokreće tradicionalni medicinski paternalizam u suprotnost – potrošnju medicinskih usluga" (Pawelzik, 2002.).

Korištenje lijekova u svrhu samoliječenja/samopomoći, koje, po definiciji, podrazumijeva krajnje ograničenu mogućnost ljekarnikova profesionalnoga nadzora, otvara pitanje o potencijalno "neprimjerenoj uporabi lijekova i njihovim neslućenim

²³ Velikom broju pacijenata kojima su jeftini lijekovi stvarno nedostupni, slabu utjehu pruža potez (uostalom, iznimno rijedak) "Daniela Vassel, vladara Novartisa, švicarskog farmaceutskog diva, koji trenutno u Singapuru gradi *Novartis Institute for Tropical Diseases*... koji bi trebao proizvoditi, u ograničenim količinama, tablete protiv malarije, lijek koji će se u siromašnim zemljama prodavati po proizvodnoj cijeni" (Ziegler, 2007.:12).

negativnim učincima" (Barber, 1993.). Sigurnost svakoga lijeka određena je, naime, s dva atributa – intrinzičnim svojstvom lijeka da izazove štetu s jedne strane, te kvalitetom pružene informacije javnosti o pravilnoj upotrebi lijeka s druge strane. Pitanje o rizicima dereguliranih lijekova gura se "pod tepih", tako npr. direktno reklamiranje lijekova (koje ide u paketu s deregulacijom lijekova), u pravilu "ističe samo koristi lijeka, ali ne i moguće rizike" (Gray et al., 1998.). Riječ je o cijelom nizu najrazličitijih rizika dereguliranih lijekova; navodimo samo one najvažnije: "iatro-gene štete, krivo postavljena dijagnoza, maskiranje puno ozbiljnijih stanja, štetne interakcije s ostalim lijekovima" (Hibbert et al., 2002.). Institucije koje se bave analizom pacijentove sigurnosti, zaključuju da pogreške u izboru i načinu korištenja lijekova predstavljaju najčešće pogreške u medicinskoj zaštiti (Committee on Quality of Health Care in America, 1999.). Troškovi društva koji nastaju zbog morbiditeta i mortaliteta izazvanih neprimjerenim korištenjem lijekova su u stalnom porastu (Johnson and Bootman, 1995.; Ernst and Grizzle, 2001.).

U dosadašnjim raspravama uglavnom se govori o benefitima dereguliranih ili bezreceptnih lijekova, o njihovom sigurnom i učinkovitom djelovanju, pri čemu se umanjuje ili zanemaruje činjenica da (i) bezreceptni lijekovi, ako se ne koriste na primjeren način, mogu imati brojne i opasne nuspojave, substancijske štetne učinke. Iako odluci o deregulaciji nekoga lijeka prethode brojna klinička istraživanja, koja trebaju potvrditi njegovu sigurnost, postoje mnogi primjeri koji pokazuju da se pitanje sigurnosti dereguliranoga lijeka zanemaruje. Ističemo nekoliko primjera – na listi dereguliranih lijekova nalazi se lijek ibuprofen koji se koristi za ublažavanje bolova, snižavanje tjelesne temperature i za liječenje reumatskih oboljenja. Ibuprofen, danas jedan od najčešće korištenih lijekova, međutim, nije nimalo bezazlen. Naprotiv, dugotrajnim uzimanjem ibuprofena mogu nastati trajna oštećenja bubrega i jetre. U lipnju 2005. godine u Velikoj Britaniji provedena je studija čiji su rezultati upućivali da ibuprofen povećava rizik nastanka moždanoga udara. Studija je, međutim, po brzom postupku proglašena neutemeljenom te je, na zaprepaštenje šire javnosti i stručnjaka, ibuprofen ipak zadržao status OTC lijeka. Na listi dereguliranih lijekova našao se i H_2 antagonist (cimetidin, famotidin, ranitidin), te antimikotik (ketokonazol, mikonazol), unatoč tome što je dokazano da njihove nuspojave nisu nimalo bezazlene. Naime, cimetidin smanjuje lučenje želučane kiseline te se koristi kod peptičkog ulkusa, gastritisa i gastroezofagealne refluksne bolesti (GERB). Nuspojave mogu biti mučnina i dijareja kao i antiandrogeni efekt što može izazvati impotenciju i ginekomastiju. Uz to, cimetidin može blokirati jetreni enzim citokrom P-450, te na taj način omesti metabolizam ostalih lijekova. Drugim riječima, cimetidin može oštetiti jetru i bubrege, narušiti krvnu sliku, a mogući su i poremećaji rada srca.

Navest ćemo još jedan primjer: inhalatori β_2 agonista, koji se koriste za liječenje astme, postali su dostupni ne samo u ljekarnama, nego kao što je to slučaj u Velikoj Britaniji i izvan njih. Zabrinjava podatak da promjena statusa spomenutoga lijeka u OTC status nije dovela do njegova očekivanoga šireg terapijskog učinka. Naprotiv, promjena u OTC status dovela je do smanjenja broja posjeta bolesnika liječniku, a time i mogućnost razvoja dodatnih komplikacija za bolesnike. (Blenkinsopp;

Bradley, 1996.). Naime, pokazuje se da je krajnje problematično koristiti pojam “konzumera” u okviru zdravstvene zaštite zbog vulnerabilne pozicije u kojoj se “konzumer” lijekova nalazi. Bolesnik nije uvijek “racionalni” konzumer na tržištu. Za razliku od potrošača drugih roba i usluga, bolesnik, u pravilu, nema dostatna znanja da bi išao u “šoping”. Uostalom, ukoliko se izrodi u način života, konzumerizam, upozorava Bruckner, postaje štetan jer ljudski život “svodi na puko trošenje i kupovanje” koje “ne implicira nikakvo uzdizanje” (Bruckner, 2004.:42–43). Sasvim je sigurno da, zbog rizika koje neprimjereno korištenje dereguliranih lijekova stvara, o “uzdizanju/unapređenju” zdravlja ljudi teško možemo govoriti.

4. Umjesto zaključka

Tržište lijekova na udaru je sve veće liberalizacije i u nas; pa ipak, za razliku od zapadnih zemalja, u našoj zemlji, koja se još uvijek nalazi u tranziciji, ne postoje “čisti i nedvosmisleni reformistički i neoreformistički koncepti, strategije i procedure” (Kalanj, 2007.:145). Neosporno je da se reformski zahvati, a u tom kontekstu posebno reforma zdravstveno-zaštitnog sustava za kojega se smatra da je permanentno u krizi, sve više pojavljuje “kao jedan od mogućih i racionalno-empirijski utemeljenih izbora društvenih i političkih aktera” koji pokušavaju (za sada s nevelikim uspjehom) “izvesti umjerenu prilagodbu” načela socijalne države (kako sebe ustavno definiramo) “globalnom usponu neoliberalizma” (Kalanj, 2007.). Temeljno je pitanje: u kojoj mjeri normativno-načelna formula Hrvatske kao socijalne države uspijeva biti “regulativna sistemska protuteža neoliberalnim kriterijima”? Tranzicijski je reformizam, naime, “u nezavidnom položaju: s jedne strane, on mora dokazivati svoju deklariranu otvorenost prema svijetu i kooperativnu djelotvornost u ‘implementaciji’ pravila ‘globalne igre’ a s druge strane, želi li sačuvati svoju socijalnu legitimnost, mora slijediti redistributivnu strategiju socijalne dobrobiti i pravednosti. U danim je okolnostima teško pomiriti i zadovoljiti te dvije logike” (Kalanj, 2007.:145).

Literatura

1. Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*. 53 (3):941–973.
2. Barber, N. (1993). Drugs: from prescription only to pharmacy only. *British Medical Journal*. 307:640.
3. Beck, U. (1992). Risk Society: Toward A New Modernity. London: Sage.
4. Blenkinsopp, A.; Bradley, C. (1996). Patient, society, and the increase in self medication. *British Medical Journal*. 312:835–837.
5. Bruncker, P. (2004). *Bijeda blagostanja. Tržišna religija i njezini neprijatelji*. Zagreb: Algoritam, prvo izdanje.
6. Cipolle, R. J.; Strand, L. M.; Morley, P. C. (1998). *Pharmaceutical Care Practice*. McGraw-Hill: New York.

7. Cockerham, W. C. (2001). *Medical Sociology*. Eighth Edition. New Jersey: Prentice Hall.
8. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (1999.) *To err is human-building a safer system*. Washington. DC. National Academy Press.
9. Dew, K. (2007). Public health and the cult of humanity: a neglected Durkheimian concept. *Sociology of Health and Illness*. 29 (81):100–14.
10. Ernst, F. R.; Grizzle, A. J. (2001). Drug-related morbidity and mortality: Updating the cost-of-illness model. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. 41:192–199.
11. Etkin, N. L.; Ross, P. J.; Muazzamu, I. (1990). The Indigenization of Pharmaceuticals: Therapeutic Transitions in Rural Hausaland. *Social Science and Medicine*, 30:919–28.
12. Freidson, E. (2004). *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.
13. Gehlen, A. (1990). *Čovjek. Njegova priroda i njegov položaj u svijetu*. Sarajevo: Svjetlost.
14. Gray, N.; Cantrill, J.; Noyce, P. R. (1998). Mass media health information available to young adults in the United Kingdom. *International Journal of Pharmacy Practice*, 6:180–95.
15. Hancher, P. (1992). *For health or profit? Medicine, the pharmaceutical industry, and the State in New Zealand*. Oxford University Press, Aucland.
16. Helman, Cecil G. (2007). *Culture, health and Illness*. Fifth edition. Hodder Arnold, part of Hachette Livre UK.
17. Hibbert, D.; Bissel, P.; Ward, P. R. (2002). Consumerism and professional work in the community pharmacy. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 24, 1:46–65.
18. Jaspers, K (1998). *Dubovna situacija vremena*. Zagreb: Matica hrvatska.
19. Johnson, J. A.; Bootman, J. L. (1995). Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness model. *Archives of Internal Medicine*. 155:1949–1956.
20. Kalanj, R. (2007). Dimenzije modernizacije i mjesto identiteta. *Socijalna ekologija*. 16:2–3.
21. Klein, N. (2002). *No Logo – antikorporacijski vodič za 21. stoljeće*. Zagreb: VBZ.
22. Larsen, J. B.; Vrangæk, K.; Traulsen, J. M. (2005). Advocacy coalitions and pharmacy policy in Denmark – Solid cores with fuzzy edges. *Social Science and Medicine*, 55:101–103.
23. Lay, V. (2007). Održivi razvoj i vođenje. *Društvena istraživanja*, god. 16:1031–1053.
24. Morgan, S.; McMahon, M.; Greyson, D. (2008). Balancing health and industrial policy objectives in the pharmaceutical sector: Lessons from Australia. *Health Policy*, članak u tisku.
25. Moynihan, R.; Heath, I.; Henry, D. (2002). Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324:886–891.
26. Moynihan, R.; Cassels, A. (2007). *Prodavanje bolesti. Kako nas farmaceutska industrija pretvara u pacijente*. Zagreb: Planetopija.
27. Nordström, K. A.; Ridderstål, J. (2002). *Funky Business. Kapital pleše samo s darovitima*. Zagreb: Differo.
28. Pan American Health Organization (1994). *Health Conditions in the Americans*. Washington. DC: PAHO.
29. Pawelzik, M. R. (2002). O medicinskom zaboravu tijela. *Filozofska istraživanja*, 84, god. 22 (1) Sv. 1:69–82.
30. Parsons, T. (1991, 1951). *The social system*. London: Routledge.
31. Prijić-Samaržija, S. (2006). Povjerenje i društveni kontekst. *Društvena istraživanja*, god. 15, br. 3:295–317.
32. Ratanawijitrasin, S.; Soumerai, S. B.; Weerasuriya, K. (2001). Do national medicinal drug policies and essential drug programs improve drug use? A review of experiences in developing countries. *Social Science and Medicine*, 53:831–844.

33. Rifkin, J. (2005). *Doba pristupa. Nova kultura hiperkapitalizma u kojoj je cijeli život iskustvo za koje se plaća*. Zagreb: Bulaja naklada.
34. Simmel, G. (2001). *Kontrapunkti kulture*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk, Hrvatsko sociološko društvo.
35. Stargardt, T.; Schreyögg, J.; Busse, R. (2007). Pricing behavior of pharmacies after market deregulation for OTC drugs: The case of Germany. *Health Policy*, Vol. 84, (1):30–38.
36. Taylor, S.; Field, D. (ed.) (2003). *Sociology of Health and Health Care*. Blackwell Publishing. Third Edition.
37. Thomas, K. B. (1978). The consultation and therapeutic illusion. *British Medical Journal*. 1:1327–8.
38. Trudeau, K. (2007). *Prirodni lijekovi za koje 'oni' ne žele da vi znate*. Zagreb: VBZ Biblioteka 1000 cvjetova.
39. Vandergrift, M.; Kanavos, P. (1997). Health policy versus industrial policy in the pharmaceutical sector: the case of Canada. *Health Policy*, 41:241–260.
40. White, K. (2002). *An Introduction to the Sociology of health and Illness*. London – Thousand Oaks – New Delhi: Sage Publications.
41. Whyte, S. R.; Sjaak van der Geest and Hardon, A. (2002). *Social Lives of Medicine*. Cambridge: University Press.
42. Williams, S. J.; Calnan, M. (Eds.). (1996). *Modern Medicine. Lay perspectives and experiences*. London and New York: Routledge.
43. Ziegler, J. (2007). *Imperij srama. Refeudalizacija svijeta*. Zagreb: Izvori.

Živka Staničić

Vesna Loparić

Faculty of Pharmacy and Biochemistry

e-mail: zstanicic@pharma.hr

Liberalisation of the Market of Medicines: Social and Health Implications

Abstract

Starting from the basic assumption that the system of medical care with its inherent structural characteristics should be removed from the free market picture, the paper critically questions the rapid trend of liberalisation which neoliberal political economy has imposed on the market of medicines in the last two centuries. The drug distribution system has changed so as to allow an increasingly large number of previously only prescription drugs become over-the-counter medicines. In other words, drugs have become a commodity freely bought or sold like any other commodity on the market. Seeing that the market mechanism has lately intensified in the pharmaceutical sector, the paper draws attention to a number of insufficiently researched (or rather skillfully concealed) bad consequences of the deregulation of drugs. Contrary to the claims of the liberal drug market advocates about the availability, safety and efficiency of drugs due to the government deregulation, the paper shows the other side of the demand for deregulation: it is deeply connected with the so called “advanced” or “postmodern” capitalism in which powerful pharmaceutical corporations pressurise into “simplifying” the sales of their “products” thus creating favourable conditions for unlimited market competition; drug distribution reorganization wishes to accomplish two utterly prosaic and pragmatic goals: firstly, reduction of the health insurance costs (by transferring most of them to patients) and secondly, creation of the institutional and legal network for pharmaceutical companies to allow them maximum profit. Their public health benefit rhetoric serves them not only as the best safe haven possible but it also gives them a lot more latitude in pursuing their own selfish, partial interests.

Key words: drug market liberalisation, deregulation, “specific weight” of medicines, “total” effect of medicines, consumerism, “wide closed” access to drugs, *raison d’etre* of pharmacists’ activity.

Received in July 2008

Accepted in September 2008