



NEOLIBERALNO "ZDRAVLJE", GLOBALNA BOLEST I ŠTAMPAROVSKA MEDICINA

Sanja ŠPOLJAR VRŽINA
Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb

UDK: 614.2(497.5)
Izvorni znanstveni rad

Primljeno: 6. 10. 2008.

U ovom se radu kroz protokole kritične antropološke analize mapiraju, definiraju i iscrtavaju osnovni pojmovi u današnjoj politici globalne medicine. Specifično ishodište ovog rada jest analiza lokalnoga slučaja hrvatskoga zdravstva u sferi neoliberalne matrice komodifikacije svih područja života, s najdramatičnijim posljedicama u području zdravlja, bolesti, socijalne pravde i ekološke održivosti. U drugom dijelu rada zagovara se danas toliko spominjana sintagma štamparovske medicine, no ne kao mjesto sjećanja i slavljenja, nego kao izvor novih reinterpretacija kritične štamparovske osviještenosti, toliko potrebne u današnjem uklizavanju u gipsane odljevke neoliberalne neodrživosti, posebno opasne u području "zdravlja" i zdravstva.

Ključne riječi: neoliberalizacija, globalna medicina, sinkleptokracija, Andrija Štampar

✉ Sanja Špoljar Vržina, Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Marulićev trg 19/1, p. p. 277, 10 001 Zagreb.
E-mail: Sanja.Spoljar.Vrzina@pilar.hr

NEOLIBERALNO "ZDRAVLJE" I GLOBALNA BOLEST

Mnogi današnji pokušaji definiranja brojnih neuspješnih politika na području bilo kojega socijalnog ili zdravstvenog problema uvelike sličje pokušaju izlaska iz podmorja. Za izlazak iz sustava nedostaju nam aparati za dekompresijsku bolest, bez obzira na to jesmo li ili nismo svjesni njezina postojanja – no zasigurno smo dovoljno nekontrolirano i duboko uronili. Prenesemo li ovu metaforu u svijet znanstvenih promišljanja na razini najprominentnijih svjetskih "promišljatelja" – Svjetske zdravstvene organizacije i kreditorskih globalnih in-

stitucija Svjetske banke, Međunarodnoga monetarnog fonda i Svjetske trgovinske organizacije – možemo se uvjeriti da postoji vrsta trajne neosvijestene ošamućenosti desecima starih i neuspješnih definicija. Dakako, one su uvijek mnogo značile, no bile su i paralelno uvedene u sustav birokratiziranoga profitnog humanizma, odnedavna okarakteriziranog i kao filantropkapitalizma¹ i neoliberalizma, koje nismo sposobni geografski zauzdati ni opisima, a kamoli umanjiti njegove posljedice.

Stoga se ne treba čuditi što definicija zdravlja u okviru svemoćno kontroliranoga zdravlja još nalaže ideal življenja u kojem se ono prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji definira kao "ne samo odsutnost bolesti i nemoći već i cjelovito fizičko, mentalno i socijalno blagostanje" (WHO, 1946./1948.), kao što se ne treba čuditi ni podržavanju ideala *prava na zdravlje*. No minimalna bi začuđenost ipak trebala biti usmjerena na upornu nemogućnost razlikovanja idealiziranoga svijeta od svijeta zbilje. Zbilja, poglavito današnja, uvelike određuje da definiran pristup zdravlju valja promatrati "...kao cilj, kao ideal kojemu valja težiti" (Grmek, 1971., 163). No dok je Grmek, promatrajući ideju zdravlja prije više od tri desetljeća, i mogao optimistički zaključiti kako su "mogućnosti njezine realizacije u suvremenom svijetu (...) daleko (...) čak i u ekonomski i socijalno najrazvijenijim sredinama" – nisu li nas dekade ovoga stoljeća uvele u propitkivanje same održivosti življenja, odnosno proboja krotkoga slijeđenja definicija iznjedrenih na idealima i nedostižnim ciljevima do postizanja istih, zbiljskih.

Zdravlje, kao i bolest, kako ih danas definiramo, stanja su koja su teško odvojiva od tržišta. Bilo da ih proživljavamo, liječimo, istražujemo, savjetujemo o njima ili jednostavno programski opisujemo i "krotimo". Danas, više nego ikad, stanje bolesti ili zdravlja, naše dijagnoze, usko su vezane uz troškove, no ne realne, nego one koje su određene globalnim tržišnim nadmetanjima i ritmom "života" slobodnoga tržišta. Postoji dostatan broj onih koji danas sve ustrajnije spominju važnost analize neoliberalizma kao ideologije koja zagovara dominaciju ovakva umnažanja tržišne vrijednosti i definicije zdravlja duboko upletene u neoliberalne tržišne vrijednosti (Trumper, Phillips, 1996.; Barben, 1998.; King 2002.; Teubal, 2004.; Lethbridge, 2005.; Crawford, 2006.; Kohl, Farthing 2006.; Varman, Vikas, 2007.), kao što je dostatan i broj onih koji već desetljećima prizivaju na povratak moralu (Pratt, 1977.; Thursen, 1977.; Herzog, 1987.; Cook, Easthope, 1996.).² Podrazumijeva se – prešutno – da ne postoje zdravstvene politike koje nisu dio proračuna lokalnih i globalnih direktiva, s isključivim ciljem – umjesto cjelovitosti trodijelnoga blagostanja – umnažanja profita. U takvu sustavu usputne zdravstvene skrbi tržišno dizajniranih paketa i reformi zdravstve-

nih usluga, kao i shvaćanje zdravlja kao robe – globalno je "zdravlje" već odavno invertirano u globalnu bolest. Slijedimo li događaje globalnih preokreta, onda je nužno precizno govoriti o neoliberalnom "zdravlju" umjesto o globalnom zdravlju. Neoliberalno "zdravlje" potvrđuju i dokumenti koji progresijom neuspjelih ciljeva konzistentno i suprotno svim humanim težnjama svjedoče više o uspješnosti kulture profita i sinkleptokracije³ nego o uspješnosti humanističkoga društva.

Paradoksalno ili ne, isti dokumenti koji nam govore o slijepom slijedeđu ideala i cilja bez njegove kontekstualizacije orijentiri su i za praćenje uspješnosti neoliberalizacije svjetskih i lokalnih zdravstvenih strategija i programa. Tako, milenijski ciljevi,⁴ koliko god globalno potrebni, akademski precizno referirani i virtualno proklamirani, toliko su i praktično neizvedivi. Cinizam stvarnoga stanja nalaže i zaključak da možda oni praktično i najpreciznije određuju populacije i geografska područja najugroženija tržišnim divljanjem. Ipak, svaki od milenijskih ciljeva deklarativno poštuje ljudska prava i pravo na zdravlje. Istodobno ni jedan ne uračunava obustavu korporacijskog udara na globalno zdravlje i okoliš,⁵ kao što i ne propitkuje srž uzroka umnažajućega siromaštva, diskriminacije i globalnog obolijevanja, umiranja i najšire sagledane patnje. Ulančano u ovaj neoliberalistički ciklus zdravlja i bolesti, tu je i možda prešutan i prikriiven, no sveprisutan faktor uspješnosti neoliberalnih aktera koji trajno nastoje proglasiti zdravlje tržišnim dobrom, bolest usputnim događanjem koje se može nadići dobrim (globalnim) ulaganjem, dobro organiziranom preventivom, dobro organiziranim privatiziranjem zdravstva i, konačno, savjest (uglavnom lokalnu) invertirati u krotku svijest o prioritetu profita nad svim ostalim motivima (detaljniji opis vidi u Špoljar Vržina, 2007., 183). Zar je uz takvu savjest i svijest iznenađujuća idealizacija koja teži k institucionaliziranju programa milenijskih ciljeva? Od svega rečenog milenijski ciljevi najpreciznije svjedoče o globalnoj svijesti ciljane refokusacije sa sintagme "Zdravlja za sve do 2000" u zdravlje za one čije je zdravlje desetljećima uništavano, pa ih hitno proglašavamo potrebnima posebne zaštite, kako bi daljnje devastacije bile neopterećene prigovorom savjesti.

Istodobno i filantropkapitalizam unosi daljnje odterećenje i mogućnost *à la carte* ponude na tržištu ulaganja u "humanost" (Edwards, 2008.) kroz ulaganja u globalno zdravlje, globalnu klimu, a odnedavno i globalnu prehranu. Milenijski su ciljevi, najpreciznije rečeno, potpuna negacija početne definicije u Ustavu Svjetske zdravstvene organizacije, jer uza sve izrečeno – govorimo li o težnji ka "fizičkom, mentalnom i socijalnom blagostanju", neoprostivo negiramo činjenicu da smo već u prošlom stoljeću ušli u doba propitkivanja održivosti

samih fizioloških prava, prešućujući postojanje onoga dijela čovječanstva koji je ta prava nepovratno izgubio (Špoljar Vržina, 2007., 208).

TRANZICIJA ZDRAVOG U BOLESNO

U spektru pojavnosti procesa od individualnog obolijevanja do onoga populacijskog, suvišak nagloga povećanja broja i uočljivih preokreta u zdravstvenim analizama, službenim statistikama ili bilo kojim objasnidbenim biomedicinskim algoritmima, dakle suvišak problematičnoga, najčešće se premješta u sferu teško objašnjivih društvenih utjecaja. No ne i dovoljno ozbiljnih da bi iziskivali strogu analizu uzroka i korijena u sustavu iz kojeg nastaju. U javnom zdravstvu i epidemiologiji "problemi" se najčešće svrstavaju pod zajednički nazivnik promijenjenih "stilova života" i "rizičnih faktora",⁶ a uzrok im se traži u širokom zamahu promjena na razini ponašanja pojedinaca, njihovih sudbina i lokalnih zajednica, bez puno veze s cjelokupnim globalnim ekonomskim kontekstom svjetski podivljalogo tržišta kapitala. Diskurs rizičnosti, kako ga definira Douglas, ima za cilj retorički efekt ublažavanja "opasnosti" postizanjem neutralnosti i *aure znanstvenosti*, s pretenzijom da je precizna kalkulacija moguća (Douglas, 1990., 5). No svaka je preciznost sumanut pothvat u društvu kasnoga dvadesetog stoljeća. Ovu činjenicu dobro utvrđuje sociolog Beck kada opisuje paradoks ljudskoga napretka i industrijalizacije, sadržanog u sve većim opasnostima kasnoga moderniteta uzrokovanog industrijom i znanošću izvan kontrole (Beck, 1992., 21-23).⁷

Dok Beck dobro utvrđuje pojavnost opasnosti na razini udara svih vanjskih faktora, Lupton (1995., 78-84) proširuje analizu diskursa "znanosti izvan kontrole" praćenjem načina na koji se manipuliraju i politiziraju rizici unutrašnjih faktora. Po njoj diskurs javnoga zdravstva i epidemiologije uhodano rabi riječ "rizik" u zamjenu za "opasnost", a pojedinci i grupe procjenjuju se kao nosioci "rizika" za određenu bolest u ovisnosti o izboru raznovrsnih "životnih stilova" (1995., 81). Ova epidemiološki i javnozdravstveno dobro uigrana alogaritmi-zacija idealizira ono objektivno i prekriva nedostatnost činjenica, uvećavajući tako moć predikcije na bazi onih oskudno dostupnih.⁸ U spektru od laboratorija egzaktnih podataka do preventivnih i kliničkih ambulanti umanjuje se moć predikcije egzaktnog i uvećava strah od nepoznatog i neistraženoga uvelike ukorijenjenog u društveni realitet. Neizvjesnost koju u biološkom svladavamo proračunima, u društvenom je nesavladiva, barem ne na isti način. Iz toga proizlaze i površne idealizacije o multidisciplinarnosti kao konačnom rješenju mnogih problematika. Za potrebe analize ovog rada važno je na ovom mjestu upozoriti na činjenicu da su u mnoštvu kriti-

ka ove znanstvene "kratkovidnosti" najvažnije one koje upućuju na moguće manipulacije spomenute janusovske prirode spoznatih podataka. Činjenice i njihova prateća statistika mogu biti korisno sredstvo promjena stanja, ali isto tako i korisni argumenti ekonomske metrike, ne nužno osviještene prema orijentiranosti na opće dobro. U konačnici i nadalje ostaju pitanja postavljena od mnogih kritično osviještenih znanstvenika, koja iako neodgovorena, mogu biti dobar prediktor barem težnje prema općem dobru.

Mogu li postoci epidemioloških predikcija, uza svu informiranost iz područja društvenih znanosti, suziti proizlazeći jaz između podataka dobivenih na temelju populacijskih istraživanja i osobnoga zdravstvenog rizika (Fielding, 1982.; DeFriese i Fielding, 1990.)? Do koje su mjere egzaktni govor "rizika" i mogućnosti utjecanja na "životne stilove" samo dio retorike utemeljene na gomilanju tehničkih informacija i matematički procijenjenih vjerojatnosti koja prisvaja moć znanja o kompleksnostima današnjih života tvrdnjom o predvidljivosti svih akcija i percepcija (Nelkin, 1989.; Douglas, 1990.)? Epidemiološka su znanja "dijalektička/nedovoljno određiva/podcijenjenog stanja nedovoljne određivosti i u stalnoj (re)konstrukciji" (Fujimura i Chou, 1994., 1032), a ova je pak spoznaja potpuno nepriznata u krugovima epidemiologije i diskursa rizika (Lupton, 1995., 84).

Nepriznata ograničenja nad (sa)znanjima, u ovom slučaju u području biomedicine i epidemiologije, nose sa sobom i mnogo veću pogubnost utjecaja nego što se u uobičajenim analitičkim pristupima uspijeva procijeniti. Moramo se zamisliti nad činjenicom da je postojala nepriznata kritika, u doba kada još nije bilo milenijskih ciljeva, te da je ona većinom bila odbacivana opisanim načinima zaključivanja i procjenjivanja. Srž je takva promišljanja u smještanju sebe iznad objekta i nezainteresiranost za širu sliku stvari, odnosno u dekadama prisutnoga globalnog udara na zdravlje. Štoviše, globalni udar na zdravlje nije neko neuhvatljivo i maštovito zapletanje u sporadično prezentirane "zabiti" i "kutke" egzotičnih Drugih, već sveprisutno stanje poznatih aktera. Stoga je i znanstveno neoprostivo prozivanje globalnoga zdravlja bez sagledavanja korporacijskog udara na globalno zdravlje (Fort i sur., 2004.; Fort, 2004.; Mukherjee, 2004.), kao i prihvaćanje novih definicija koje ne uzimaju u obzir neoliberalno "zdravlje".

UGODNA OGRANIČENOST ANALITIČNOGA HORIZONTA

Premda će se u "mirnijim" geografskim krajevima za tipične opise statistički alarmantnoga porasta bolesti krvožilnog sustava, karcinoma i općega porasta smrtnosti zasigurno iznaći stotinu valjanih epidemioloških slika, rješavanje situacije naj-

češće će obuhvaćati sintagmu narušena "životnog stila" i sudbinski pogrešne (političko-strateške) geografske lokacije. Unatoč svim provedenim preciznostima, procjena će završiti u sudbini u kojoj je globalno zdravlje ipak podložno ograničenjima geografije i siromaštva koje treba kratkotrajno zbrinjivati, umjesto u otporu i definiranju svih aktera/kreatora neoliberalnoga zdravlja. Kada Cockerham (2000.) analizira zdravlje sredovječnih ruskih muškaraca, njegovo zadiranje u poremećaje društva, pa onda i u sociološke koncepte objašnjavanja, obuhvaća uzak repertoar koji služi samo kao površno i grubo objašnjavanje patološke simptomatike koja dovodi do pogoršanja strukture mortaliteta s obzirom na očekivano trajanje života i dob. Njegovo doslovno iščitavanje jednog od kapitalnih socioloških mislilaca, uz manjak sociološke imaginacije, ubrzo ga dovodi do stranputica u zaključivanju, gdje je neprepoznata veza u kontinuiranom procesu iz sveopćega siromaštva u bolest i natrag. Korak dalje, ovakvi procesi u pojedinim grupama i pojedincima izoliraju se od globalnoga propadanja dugotrajno osiromašivanoga zdravstvenog sustava pod udarom modela neoliberalnoga zdravlja, koji definitivno uključuje i opće urušavanje kvalitete života zbog promjena u svim sferama života. Tržištem nametnuta restrikcija mijenja sve oblike života od kojih ustaljeni obrasci sigurnosti nestaju (npr. zatvaranje regionalnih bolnica i sudova, promjene školskoga sustava, preusmjerenje industrijskih pogona, poput brodogradnje, u neku drugu granu i još brojne sveobuhvatne promjene matrica življenja), pa je tako i očuvanje zdravlja i način liječenja bolesti samo jedna od mnogih u nizu tako usputnih područja sveopće mijene. Povezanost tako "ukliještenih" obrazaca života više su ili manje primjetni samo u biomedicinskim stručnim analizama stvarnosti. One se mnogo jednostavnije, no onda i s pogubnijim posljedicama, prate bez povezanosti s makroglobalnom ekonomskom logikom. Sve dok je psihološko i sociološko u službi objašnjavanja pojedinačnoga i lokalnoga, održava se idealizacija da je zdravlje doista globalno održivo – jer ga se opazajno može izolirati od promjena koje svrstavamo pod one tipične za zemlje u tranziciji, razvoju ili drastičnom kreditiranom siromaštvu.

Tako svaki egzaktni pristup k "zdravlju populacije", gubeći svoju moć egzaktnosti, podliježe idealizaciji koju osigurava generalizacija i usputna komparacija s mnogo gorim geografskim medicinskim destinacijama, u kojima se jedino uviđa razina do koje se promijenio stil života pojedinaca, rizični faktori kojima su podvrgnuti i nedostatni edukacijski programi. Rješenje se obično nazire u provedbi programa koji će biti uspješni (poput onih vezanih za milenijske ciljeve), uz njihovo brzo i djelotvorno uvođenje (naravno i uz isplativ proračun i nadu da su korisnici dovoljno inteligentni). Ovakvi

procesu ostaju desetljećima nenarušeni, pod hipnotičkom lozinkom egzaktnih statističkih podataka i nade da je interpretativni odmak od biološkoga u socijalno, u obliku pamfleta, ciljeva i rezolucija, dostatan da izazove promjene.

Kada Cockerham, kao jedan od stručnjaka za "životne stilove" i "životne izbore", precizno definira narušeno zdravlje u zemljama Istočne Europe, on je u tome naizgled uspješan na razinama empirijskoga individualnog i lokalnog. Naglašava važnost muške kulture sredovječnih Rusa, koja pod udarom dominacije životnih prilika (strukture) negativno utječe na odabire i zdrave pristupe životnim stilovima. Nepostojanje slobode odabira za njega je stvar prošlosti i ograničavajućih politika bivšega Sovjetskog Saveza (Cockerham, 2000., 1322), nikako i mogućnost još goreg razvoja u budućnosti s obzirom na neoliberalne udare na zdravstvo u već dotada dobro osiromašenim zemljama bivšega Sovjetskog Saveza. Njegova analiza nije ograničena samo geografski i nepoznavanjem društveno-političkih globalnih prilika nego i idealizacijom vlastite pozicije. Cockerham samoga sebe smješta u onu dovoljno potentnu skupinu stručnjaka za procjenu zdravlja u drugim kulturama i zdravstvenim sustavima, temeljeći sve na nedostatnoj osviještenosti. Svoju angažiranu analizu ne proteže i na razine koje obuhvaćaju promišljanje vlastite uloge u svijetu današnjih "loših stilova" u politikama zdravstva i globalnog unificiranja zdravstvenih sustava. U tom smislu njegovo zazivanje veberijanskog autoriteta (nad sociološkim nepoznanicama u zdravstvu), pa i želja za uspješnim prekoračivanjem njegovih teza u doba, po njegovu mišljenju sigurno ustoličenoga postmoderniteta (Cockerham i sur., 1997., 325), ne može biti drukčije shvaćeno nego kao promašaj s opasnim akademskim posljedicama. On drastično demonstrira nepoznavanje Weberova najeksplicitnijeg referiranja na znanost kao poziv u kojem intelektualna čestitost podrazumijeva i dobro razlikovanje utvrđivanja činjenica od odgovaranja na pitanja o vrijednosti nečije kulture (Weber, 1986./1919.).⁹ I šire od Cockerhama, bez buđenja te osviještenosti o "znanosti kao pozivu" s vrlo važnim etičkim zahtjevima, današnji akademski krugovi nisu ni zakoraknuli u ozbiljnija rješenja, poglavito u području zdravoga (globalnog) življenja. Štoviše, odmakli su unatraske i upali u najgoru noćnu moru Weberovih predviđanja o posljedicama neodgovornosti u znanosti.

DESTRUKCIJA "ZDRAVIH" (ZDRAVSTVENIH) SUSTAVA

Što je zajedničko zemljama Afrike, Latinske Amerike, Istočne Europe i bivšega Sovjetskog Saveza? Sve one dijele akronime istih kreditorskih lanaca (WB, IME, WTO, EU) s fantastičnim odjelima za prikupljanje i eksploataciju globalne faktografije,

ali i pratećim (začudo) velikim problemima u konceptualizacijama tuđih kultura. Stoga sve nabrojene zemlje dijele i destrukciju u mnogim resorima života, pa tako i resoru zdravstva i zdravstvenih sustava. Obogatimo li egzaktnost i želju za preciznim analizama o zdravlju populacija jednako egzaktnim analizama promjena u zdravstvenim sustavima, dolazimo do alarmantne kronologije lokalnih destrukcija koje sve imaju zajednički nazivnik potpuno lokalno nekontroliranih promjena – što nametnutih, što svojevoljno odobrenih, u sustavima privatiziranoga zdravstva, potpuno orijentiranoga na djelovanje civilnoga društva.

Započetoj priči o neoliberalizmu i destrukciji možemo pridodati i precizno vremensko određenje. Još se od 1987. godine u dokumentu Svjetske banke politika reforme zdravstvenoga financiranja usmjeravala prema privatizaciji svih zdravstvenih usluga i korištenju razine civilnoga društva (nevladinih udruga) za pružanje zdravstvene skrbi (World Bank, 1987.). Nakon mnogih kritika o neuspješnosti takva univerzalnog modela zdravstva stručnjaci Banke, "unapređujući" svoje programe, donose korekciju vlastita univerzalističkog pristupa na području zdravstva, no ne ispravljajući ostale protokole brutalne komodifikacije zdravstva. Uбудuće će biti podložno diskusiji koliko su spomenute korekcijske smjernice u razvoju globalnoga ekonomskog sustava ostale sačuvane u brojnim politikama zdravstvenih strategija. Ipak, snaga globalne diskriminirajuće učinkovitosti i dalje je prisutna. Izvještaj Svjetske banke o ulaganju u zdravstvo iz 1993. godine proklamira i potiče razvoj sustava privatnog osiguranja, privatizaciju javnih usluga, tržišno nadmetanje i usmjeravanje na primarnu zaštitu i prevenciju (World Bank, 1993.).

Usprkos "korisnim" savjetima vladama da osiguraju sredstva za liječenje najsiromašnijih, diskriminacija koja se stvara programima Svjetske banke uvećava se već samim tim što postoji potpuna odsutnost (lokalna i globalna) svijesti o učinku "savjeta" na dekadama stvarane promjene u kvaliteti javne zdravstvene skrbi, sveopćeg osiromašivanja i njezine sve nepravednije distribucije. Zdravlje kao luksuz i bolest kao prokletstvo postaju normirana stanja svakodnevice u kojoj se širenje privatnoga sektora u zdravstvu obavlja na štetu svih resursa u javnom sektoru. Usprkos tome, protokoli liječenja i dalje se tumače kao jednako uspješni; generički lijekovi i dalje jednakovrijedni s originalnima; skrb i dalje jednako vrijedna u privatnim i vladinim klinikama; znanstvena istraživanja i dalje se smatraju neovisnima o tržištu znanja; zdravlje je i dalje proklamirano kao jednako dostupno svima, a problemi u zdravstvenoj skrbi i dalje objašnjavani nesposobnošću trenutnih vlada i korumpiranošću lokalnih doktora. No programi kreditora traju desetljećima, kao i njihov utjecaj na

shvaćanje bitnog u odnosu na bilo koji dio života i resurse koji ga održavaju. U slučaju zdravstva ove se promjene desetljećima prešućuju jer su u suprotnosti sa svim instrumentima ljudskih prava, svim definicijama u službi idealizacija... u konačnici s kritičkim i zdravim razumom – zdravstvena je skrb roba, a zdravlje privatni problem.¹⁰

No pretvorba javnoga sektora u privatni nije samo virtualno atraktivna opcija u jednom od "pješčanika" ekonomskog rasta nego i svjesno zadiranje u najosjetljivije sfere ljudskoga života jednakobrama provjereno uspješnog osiromašivanja osiromašenih, produkcije obolijevanja bolesnih i uvećavanja nejednakosti i nepravde. Dvadeset godina nakon dokumenta Svjetske banke (1987.) koji promovira "spasiteljski" status civilnoga društva postoji uhodani zaborav činjenice da uloga bilo koje udruge u bilo kojoj zemlji nije za opće dobro, opći uređaj demokracije ili nekritične hvalospjeve aktivizma građanstva, već isključivo sigurnosna mreža za daljnje nesmetano širenje neodgovornih tržišnih pravila i okrutnih vladinih proračuna. Treba li se doista čuditi lokalnom položaju civilnoga društva kao opslužitelja neostvarenih zadataka gospodarskoga sektora ili vlade?¹¹ Koliko je to etično u području zdravstvene skrbi? Na to pitanje nema odgovora ni u drugim zemljama.

ETIKA I ZDRAVSTVO?

Na dan 16. srpnja 2003. godine ukazom predsjednika Republike Hrvatske proglašen je Zakon o potvrđivanju konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine.¹² Ni u jednom članku nije spomenuto globalno tržište, kao ni globalno kompetitivno divljanje privatizacije u području prirodnih znanosti, biomedicine i zdravstva. Daljnji je paradoks u tome što je izglasani dokument usmjeren na zaštitu u području genetskog inženjeringa i presađivanja organa i tkiva, a u okviru kojih je i izglasan dodatni protokol konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskoga bića, no ni jedan dokument prije toga vremena nije bio posvećen biomaterijalu poput krvi.

Ovakav zakon, ovakvo izglasavanje i donošenje zakona ne odstupa od svjetskih standarda u pogledu etičnosti. Biti etičan znači "podrazumijevati" deklarativnu razinu etičnosti i prešućivati sveprisutno tržište koje ne podrazumijeva postojanje mehanizama bilo kakve moralne restrikcije. Čemu se osiguravati od neminovnog – zakoni mogu biti univerzalni, dok ih oni koji ih zajednički (globalno) donose ne moraju i striktno provoditi. Oni su lokalno sinkleptokratski umreženi. Proračun bilo koje vlade, bilo koje korporacije ili bilo koje Bretton Woods¹³ institucije nose istu potencijalnu moć sinkleptokracije, jer su u kontinuitetu "prokrvljeni" svjetskom

logikom kreditiranja. U konačnici odluka o etičnosti ovisi o tome tko nas kreditira, kao i o moći geografske lokacije. Jedna od osviještenih znanstvenica jasno upozorava na razliku u pristupu istraživanim populacijama Prvoga i Trećega svijeta:

"Ostaje činjenica da mnoga istraživanja provedena u Trećem svijetu ne bi mogla biti provedena u zemljama iz kojih se to istraživanje financira. Klinička su istraživanja postala unosan posao, s mnogo istih imperativa. Preživjeti znači brzo obaviti posao s minimumom zapreka. Uzevši u obzir sva razmatranja, čini se da se nismo odmakli od slučaja Tuskegee"¹⁴ (Angell, 1997., 849).

Navođenje slučaja teško izgovorljiva imena može osim usputnoga čuđenja i empatijskog poleta (jer se to ipak nije dogodilo u Hrvatskoj) pobuditi i sumnju – koliko su lako izgovorljive destinacije unutar naše zemlje za istraživače koji globalno putuju i "brzo obavljaju" unosne poslove. Kolika je razlika između populacija Tuskežana, Korčulana ili Višana za one koji popunjavaju svoje laboratorijske zamrzivače svjetskim uzorcima biomaterijala? S obzirom na to da smo dio zapadne medicine, skloni smo svoju biomedicinsku znanstvenu izvrsnost pripisivati dosezima prvih zemalja, no naša pripadnost određena je samo jednom istinom – razlike nema. Odnosno, razlika leži samo u brzini spoznavanja pogubnih neoliberalnih procesa, neoliberalne ideologije i sposobnosti osviještena odgovora na njihove makijavelističke udare lokalnoj etičnosti i unosnim biomaterijalima. Je li potrebna zaštita pojedinaca i populacija od današnje globalne medicine? Posebno imajući na umu da se njihovi geni štite patentom na razini prodaje farmaceutskim industrijama. Je li nam prepoznatljiv trenutak u kojem se protokoli ljudskih prava ne moraju više deklarativno pronositi i mogu se otvoreno nadići tržišnima?

Na ovom se mjestu moramo zaustaviti u navođenju argumenata o pogubnosti tržišne logike u području medicine i biomedicine te proširiti područje zabrinutosti prema pitanju kako je uopće moguća komodifikacija svega; etike, najvažnijih dijelova ljudskoga samoodržanja i dostojanstva, kao i jednog od najintimnijih društvenih ugovora?¹⁵

Mary Midgley smatra da postoje tri mita po kojima živimo i koji određuju stanje u kojem se čovječanstvo našlo: mit o društvenom ugovoru, mit o napretku i mit o svekompetentnoj znanosti (Midgley 2003., 6). Sva tri mita naslijeđe su obrazaca mišljenja iz vremena prosvjetiteljstva, u kojem su bili dio odgovora protiv opresije kraljeva, monarha i vjerskih ratova (društveni ugovor), kao dio iskaza nove sigurnosti u stvaralaštvo čovjeka u zamjenu za prijašnje pouzdanje u Boga (progres) i kao ustaljeni način racionalne misli koja je poticajna u sferi ranoga razvoja fizikalnih znanosti (svemoć znanosti) (2003., 13-16). Cjelokupan način razmišljanja, dominan-

tan u doba prosvjetiteljstva, u današnje vrijeme postaje "...Prokrustova postelja. Često prisvaja određene oblike mišljenja kao jedino racionalne i proteže ih na neprikladne teme. Ovaj intelektualni imperijalizam konstantno favorizira formu nad sadržajem onog izrečenog, metodu nad ciljem aktivnosti i preciznost detalja nad cjelinom koja se nastoji postići. Ova greška formalnog ustvari uopće nije racionalna koliko se misli" (2003., 13).

Naprotiv, u svrhu održanja "znanstvenih" i "progresivnih" korisnih radova naučili smo i sve formalne protokole ubrzana umnažanja ovoga jedino zamislivog načina opstanaka – jedino smislenog – stalno odgađajućih ciljeva. U tom je smislu i slučaj Tuskežana tužna metafora koja se proteže u sve sfere naših komodificiranih života, ali je doista najdramatičnija u sferi biomedicine. Ondje gdje bi trebala trijumfirati znanost i spasonosnost kroz vrhunce čovjekove sposobnosti racionalna promišljanja u području biomedicine, znanstvenost se strmoglavljuje u najdublje tame neetičnosti i truloga morala, koji može još jedino poslužiti kao deklarativni semantički ures za neke pekunijarne algoritme, pa čak i u pitanjima zdravlja i bolesti. Zdravlje ipak ima cijenu, a cijena mu nije određena univerzalnim ugovorom o ljudskim pravima na dostojanstvo i život, već univerzalnom opasnošću pripadanja populacijama najdaljim od epicentra promišljanja tržišta. U tom smislu i prizivanje dostojanstva treba gledati kao tužan znak propadanja svakoga zdravstvenog sustava, jer je ono centralni koncept osjetljivosti zdravstvenih sustava na potrebe pojedinaca i populacija (Tarantola, 2000., 5), a vremena u kojima on mora biti izrican, potvrđivan i definiran najvešću odradu mitova (midglejovskoga tipa) koji uništavaju same temelje teško izrecivog i inherentnog – po ljubavi i poštivanju Božjeg lako shvatljivo, no po slobodi ljudskoj još lakše uništavano i potom isponova prozivano, ali rijetko kada življeno. Na tužnu činjenicu o dolasku takvih vremena taksonomije i epidemiologije dostojanstva stalno je upozoravao i veliki učitelj prava marginaliziranih, Jonathan Mann – "Definicija digniteta je sama po sebi kompleksna te se teško iskazuje, a često je i nezadovoljavajuća. I dok univerzalna Deklaracija o ljudskim pravima počinje prvo s dignitetom (...) mi još uvijek nemamo abecedu ili taksonomiju, a kamoli epidemiologiju, kršenja digniteta. Ipak svi dobro znamo kada je naš dignitet ugrožen ili prekršen" (Mann, 1999., 439).

PATNJA? EKSTREMNA PATNJA?

U današnjem izričaju prosječnoga stanja bolesti, uz niz procesa, osjećaja i pojmova koji se teško definiraju, susrećemo i patnju. No da bismo uopće mogli o njoj govoriti, moramo proširiti vidokruge analitičkih interesa i shvatiti inverzije koje su nastupile u području globalnog u neoliberalno. Bez obzira na

to što je naša trenutačna definicija patnje ograničena činjenicom da je ekstremna patnja teško zamisliva¹⁶ te je temeljimo na opažanju, iskustvu i geografskoj topografiji, svi smo dionici istoga sustava koji perpetuira nejednakosti. Kršenja ljudskih prava nisu usputne priče, kao što nisu ni slučajna u distribuciji i posljedicama. Simptomi su to patologije moći koja određuje tko će biti podvrgnut ili pošteđen u lancu propadanja i patnje (Farmer, 2005., xiii). Šire od toga, simptomi su to i korisne hiperprodukcije područja medicine i ljudskih prava, gdje je nastala (ne samo leksička) zbrka oko podrazumijevanja jednakosti i pravednosti. Biti podvrgnut deklaraciji koja osigurava jednakost ne podrazumijeva njezino istodobno osiguravanje pravednosti.¹⁷

Kada Arnold Relman posvjedočuje svojim kanadskim kolegama o američkom lošem iskustvu proprofitno orijentirane zdravstvene zaštite, on to čini ne samo kao stručnjak o toj temi nego i kao svjedok sustava koji je pratio više od dvadeset godina, kao dugogodišnji urednik svjetski poznatoga biomedicinskog znanstvenog časopisa, no ponajviše sa stoički očuvanog Hipokratovog postolja s kojeg se dobro prepoznaju opasnosti trosložne mantre tako orijentiranoga zdravstva. U očima onih koji podržavaju proprofitni zdravstveni sustav skupoća, neučinkovitost i nepravednost nisu nespojivi s ljudskim pravima, već su, naprotiv, samo dio forme kojom se dolazi do vječno odgađajućega cilja bez obzira na žrtve, no uz trenutačno zadovoljenje tržišne pohlepe premještene i u područje zdravstva. Nadalje, Relman progovara i kao žrtva sustava u kojem je radio. U svom poznatom predavanju iz 1991. godine precizno ocrta i kaotičnost stanja u kojem se odluke i rad većine nalaze: "Današnja tržišno orijentirana i proprofitno orijentirana industrija zdravstvene skrbi daje signale liječnicima koji su frustrirajući i duboko uznemirujući za većinu nas koji vjerujemo u prioritet što ga ima posvećivanje pacijentima. Većina nas vjeruje da smo dio socijalnoga dogovora, a ne tržišnog ugovora. Nismo trgovci i nismo slobodni ekonomski agenti na slobodnom tržištu" (1991., 858).

Biti etičan ne znači potpisivati, polagati, izglasavati i dobro poznavati zakone i ugovore, već prepoznavati njihovo kršenje u sustavu u kojem se nalazimo. Možda je najopasniji proces u kojem se nalazimo idealizacija koja priječi pravodobnu topografiju mjesta u kojima moraju nastati promjene ili mjesta u kojem se moramo zaštititi od promjena. U osamdesetim godinama¹⁸ te ranim devedesetim 20. st. hrvatsko je zdravstvo još eventualno bilo na mjestu s kojeg je bilo lakše sagledati pozicije svjetskoga propadanja zdravstvenih sustava. Danas, toliko odmakli u suprotnom smjeru, tek trebamo prepoznati skupoću, neefikasnost i nepravdu da bismo potom prizvali jedino što imamo – iz dalekog sjećanja nekoga pionira i

mentora Svjetske zdravstvene organizacije s naših prostora. Samo, gdje su tu ljudska prava i etika uz tolike dosadašnje i tek nadolazeće žrtve desetljećima problematične politike sustava?

ŠTAMPAROVSKA MEDICINA

Od svih hrvatskih eponima, onaj sadržan u sintagmi Štamparove medicine jedan je od najpodcjenjenijih i najtežih za prezentiranje. Možda tek posljednjih pet godina ili čak manje on se spominje kao usputni povijesni podatak o slavnoj genealogiji hrvatskih liječnika ili pak kao mogućnost preza-kašnjeloga "brenda" javnoga zdravstva.¹⁹ No upravo iz područja povijesti medicine ustrajan rad u posljednjih deset godina (Dugac, 2005.a; Dugac, 2005.b, 2005.c) govori da se o medicini Andrije Štampara ne može govoriti kao o privjesku povijesnog odličja, brončanom odljevku usred aule Svjetske zdravstvene organizacije u Ženevi ili nadahnuću za daljnju vještu marketizaciju. Baš naprotiv, sada više nego ikada razvidno je da je njegov životni opus i trajno važno izvorište, čak i više od jednog stoljeća kasnije, za konfrontaciju s neoliberalnim stampedom komodifikacije, koja u zadnjih dvadesetak godina nije poštedjela ni jedan aspekt biomedicine i zdravstva. Riječima Andrije Štampara "U kapitalističkom gospodarstvu čovjek posjeduje neku gospodarsku vrijednost, ali on sam nije nikakova gospodarska vrijednost; ako ne upotrebljuje svoju radnu snagu, ili je izgubi, onda je on poput vode i zraka" (...) "Cijeli društveni život je udešen tako, da u njemu mase ljudskih bića propadaju za ljubav jednog prividnog uspjeha i još prividnijeg bogatstva (...) zaboravljajući da to gospodarstvo ide u korist samo nekima" (Štampar, 1919., 2).

Ovi izvaci iz članka o zdravstvenoj politici, napisani nakon Prvog svjetskog rata, govore o moralnim kušnjama bilo koje zdravstvene politike, a nakon Drugog svjetskog rata na svim područjima tadašnje Jugoslavije provodio se i program koji dobiva svoju punu formu štamparovskoga modela zdravlja i socijalne medicine. U njemu liječnik nije samo pozvan da liječi patološko nego i primjećuje i upućuje na društvene poremećaje koje priječe mogućnost zdravlja. Srž Štamparove misli, koliko god to zvučalo kao naivno naklapanje o "socijalnom" u današnjem vremenu, uvijek nanovo upućuje na potrebu dobra poznavanja prioriteta unutar vlastite struke. Štoviše, Štamparova se načela obično izvlače iz cjelokupnoga konteksta i navode se samo neka, poput onoga da je najveći neprijatelj zdravlju neznanje ili da zdravlje nije samo humanitarno nego i ekonomsko pitanje. No postoji i načelo koje se nikada ne spominje, a danas je u potpunoj suprotnosti s korijenom opstanka samoga neoliberalnog zdravstva: liječnici moraju financijski biti neovisni od svojih pacijenata (Štampar,

1923., 3), odnosno pacijent nikada i nikako ne smije postati izvor profita.

Isto tako, važno je primijetiti da se danas često podliježe općoj idealizaciji prošlosti tvrdnjama da prije devedesetih godina prošlog stoljeća o tom profitu u zdravstvu u nas nije bilo ni riječi. Tada se "socijalno" podrazumijevalo. Osamdesetih godina, u tada Socijalističkoj Republici Hrvatskoj, stručnjaci Škole narodnog zdravlja "Andrija Štampar" bili su nosioci opsežnih tomova o razvoju, stanju i perspektivama medicinske struke, zdravlja, zdravstvene zaštite i socijalne zaštite u Socijalističkoj Republici Hrvatskoj (primjerice Škrbić i sur., 1984.; Popović i sur., 1981.a, b). Kako su ta vremena bila karakterizirana i vještim žongliranjem koncepata humaniteta, s paralelno fantastičnim elaboriranjem forme usred, što osviještenog što neosviještenog, uništavanja samoga sadržaja, nije čudno što se u više od tisuću stranica teksta mnogi koautori koje su urednici okupili rijetko upuštaju u realan opis stanja stvari u vezi sa zdravstvom. O mogućnosti modela opće dobrobiti i solidarnosti u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi govori se kao o prolaznim krizama, a u rijetkim paragrafima može se nazreti kaos u podređenom položaju hrvatske investicijske politike na području zdravstva u bivšoj Jugoslaviji.²⁰ Simptomatično, ovo se vrijeme poklapa i s drugim modernizacijskim razdobljem (od 1945. do 1990. godine), prema Rogićevoj iscrpnoj analizi o hrvatskoj modernizaciji (Rogić, 2000., 413-512), koja je obilježena "industrijalizacijom unazad", "kaotičnom urbanizacijom" i "katatoničnom birokratizacijom". Sve označivačima modernizacijske zastarjelosti usred praksi totalitarnoga podrijetla u službi općega predložka konstrukcije poretka kojem je cilj stjecanje legitimiteta utopijskog osloboditelja radničkoga sloja u društvu, umjesto izgradnje sposobnosti za autonomiju. Potonje bi trebalo biti i sržna intencija modernizacije (Rogić, 2000., 615). Buduće analize naše prošlosti zdravstvenoga sustava zacijelo će se uvelike referirati na ovu važnu studiju modernizacijskih procesa u u prošlosti Hrvatske iz više razloga, a za potrebe ovog rada možda je najvažnije naglasiti onaj temeljni.

Spominjana prošla vremena isto su tako i vremena kada konzultanti Svjetske banke naveliko procjenjuju resurse, odlučuju o kreditiranju i nadgledaju područja poslovanja od jednostranog interesa (Vukmir i Sajko, 1975., 98-100); naveliko naviješta dolazak doba sraza socijalnog i korporacijskog, odnosno humanog i profitnog, u ove prostore; to potvrđuje status Jugoslavije kao jedne od rijetkih komunističkih zemalja prisutne u ulozi članice Međunarodnoga monetarnog fonda od 1946. godine (IME, 1946.) i očito trajnoga stabilizatora prema tržištu Istoka. No tu alarmantnu činjenicu tada nitko ne shvaća kao poziv na makar i znanstveni oprez, kao što ni ri-

jeći "stabilizacija", "tržište" i "integriranje" nitko danas ne shvaća kao vrijedne znanstvenih ekonomskih (i širih) dvojbi. Zdravstvo, brodogradnja, gradnja autocesta, naftna industrija... unedogled tako – sve su to samo odsječci u kojima promjene ne nastaju zbog lokalnoga nego isključivo zbog globalnog interesa. Da bismo to osvijestili, važno je promijeniti analitičke pristupe, proširiti razdoblja analize i osvijestiti činjenicu da smo već odavna postali "susjedstvo" u koje se rado svraća.

Jedan od vrijednih i osamljenih radova na tom tragu, a koji pruža približnu sliku kompleksne problematike zdravstvene politike Hrvatske u dužem razdoblju – od druge polovice 19. stoljeća do kraja 2006. godine – tek nas 2007. godine suočava s činjenicom da "Reforme prolaze, a problemi ostaju" (Zrinščak, 2007., 217). Zašto? Očito povrh shvaćanja da tranzicijska vremena globalno nisu laka, ostaje i pitanje (ne)osvijestivosti o neoliberalnoj matrici marketizacije, očigledno iscrtane u nas još sredinom 20. stoljeća. Ona nesmetano traje do danas. Za daljnju je analizu razradba pitanja zašto, u čiju korist i dokle?

Kao što se može zaključiti, Štamparov eponim u bilo kojoj sintagmi nosi mnogo dramatičniju konotaciju od one koja se uobičajeno pripisuje ispraznom oplakivanju prošlosti. Kao i 1919., tako i sada – jesmo li ili nismo sposobni za pravdu kojoj je izvorište u prepoznavanju trenutka kada postajemo umreženi u marketiziranje samih sebe i drugih.

Štamparov se sustav možda urušio, no Štamparovi liječnici, kao i svi zdravstveni radnici, nisu posustali, pa su i usred najvećega siromaštva svojih radilišta isticani kao "dobri i stručni". Osiriomašivanje zdravstvenoga sustava na račun ubrzanoga i podivljalogo potržišjenja nije problem protekle dekade, nego je rezultat dužega kontinuiteta destrukcije. Sve one za koje je Štampar samo figura vrijedna oglasa²¹ i spomena pri godišnjicama treba zapitati – jesmo li doista zaslužili toliko dehumanizirano društvo u kojem poruke općega humanog značaja vezujemo uz političke sustave, obljetnice i povijest, a ne sustave općih istina za sva vremena dobrobiti čovjeka. Jesmo li doista dehumanizirani... ili "samo" dovoljno i sami instrumentalizirani kapitalom?

UMJESTO ZAKLJUČKA: KORACI PREMA REKONSTRUKCIJI ŠTAMPAROVSKJE KRITIČNE SVIJESTI

Malo se toga promijenilo od 1919. godine, vremena u kojem je Štampar utjecao na stvaranje politike zdravstva utemeljene na *ljudskoj ekonomiji*. I dalje je "...uništavanje ljudskog života samo jedan moralni gubitak za rodbinu, a ne ekonomski gubitak za društvo..." (Štampar, 1919., 2). Doduše, danas je uz rodbinu to moralni gubitak i za sve one svjesne kolika je

tragedija za jedan sustav spašavati ljudske živote humanitarnim akcijama, odnosno sreća za spašavane da je barem još osjećaj za solidarnost izmakao kontroli komodifikacije.

Rekonstrukcija štamparovske kritične svijesti podrazumijeva vraćanje na nultu točku u kojoj je moguće obuzdavanje sinkleptokracije. U sustavu u kojem pacijent ima svoju cijenu, zdravlje je naplativo i postoje uhodani tržišni (a ne društveni) dogovori, ne možemo govoriti o korumpiranim pojedincima nego o čitavom sustavu, i to ne – zdravstvenom, obrazovnom, socijalnom ili bilo kojem drugom – već globalnom političkom sustavu. Je li potrebno vratiti povjerenje u zdravstveni sustav ili u politiku zdravstvenog sustava?²² Zdravstveni sustav ne određuju liječnici ni direktori odjela, dispanzera ili bolnica, a najmanje sami pacijenti. Znamo li tko određuje politiku zdravstvenoga sustava?²³

Prošlih godina bili smo vrlo marljivi u učenju svjetske politike i postulata zajamčenog "progres", čak i uz cijenu da smo postali žrtve neetičnih postupaka birokratiziranih pojedinaca, globalnih međunarodnih sustava ili samo lokalnih sustava. Sama činjenica da je teško naći aspekt života koji nije postao komodificiran (a što je svakako najdrastičnije prisutno u zdravstvu) samo je preslika davno usuglašanih programa Bretton Woods kreditora s manjinom lokalnih aktera u sinkleptokratskom lancu. Iz očista problema u zdravstvu i socijalnoj skrbi – priznavanje ove činjenice nije više pitanje ni interesa ni vremena – već trenutačne gole održivosti i slobode.

U ovom trenutku hrvatsko zdravstvo prolazi kroz potreze zadnjih birokratskih prilagodbi prema tipu Europske unije; a osude raznovrsnih korupcija nose i subliminalnu poruku. To su posljednji dokazi da su ugovori povjerenja ionako neodrživi, dok su oni tržišni sigurniji (privatno plaćena zdravstvena usluga postaje najsigurnija usluga).²⁴ Isto tako, naučili smo sve protokole "ekonomski progresivnog", poistovjećujući ga s progresivnošću življenja, ne shvaćajući najveću opasnost – da se ipak podosta promijenilo od vremena kad je "susjedstvo doista bilo susjedstvo". Midgley opisuje ovaj "novitet" u ljudskoj povijesti kao "sposobnost urbanih ljudi da čine ozbiljnu štetu po cijelom svijetu, drugim ljudima i drugim vrstama" (2003., 7-8). Ovo je možda najracionalniji i emocionalno zastrašujuće distanciran opis današnjega faktomaničnog birokratskog aparata. U doba kad je "susjedstvo bilo doista susjedstvo", i svijet je baštiniio znanje naših hrvatskih mentora. Na području zdravstva, naš je identitet bio određen jednim mentorom, sada ih imamo nebrojeno i svi znaju što našem sustavu treba – poglavito gubitak identiteta i slobode. No kao Štamparov đak znam da je još dug put konfrontacije – a svima koji misle da procjenjivanje drugih može biti sadržano

BILJEŠKE

u protokolima te da su druge kulture održive bez osnovnoga ljudskog povjerenja – kao Štamparovi sunarodnjaci moramo poručiti: možda se sloboda i identitet u današnjem svijetu lako gube, ali je nemoguć gubitak moći rasuđivanja humano održivog od patološki destruktivnog, poglavito u malih naroda i kultura u kojima su očito pohranjena i zadnja sidra humanosti.

¹ Vidi: Mike Edwards: *Just Another Emperor: the Myths and Realities of Philanthrocapitalism*, 2008. Filantropkapitalizam je oblik djelovanja u kojem postoji vjera da principi tržišta mogu biti uspješno združeni s potragom za društvenom transformacijom (str. 7) s ciljem brzog i sigurnog rješavanja siromaštva (str. 64). Istodobno se zaboravlja da smo u sustavu tržišta kupci, a u sustavu građanskog udruživanja sukreatori svojih sudbina. Po Edwardsovu mišljenju, jedna od osnovnih opasnosti leži i u pretvaranju civilnoga društva u jedan od resora servisnih usluga, sa suženom mogućnošću opažanja stvarnih društvenih promjena i procesa. U protokolu filantropkapitalizma postoje samo ekstremni slučajevi siromaštva koji se zbrinjavaju, dok sve druge marginalizirane populacije nisu priznate, kao ni procesi u kojima sudjeluju sami (filantro)kapitalisti, dovodeći do ekstremnih stanja (str. 62-64).

² Već u ovom okrnjenom izboru referencija zanimljivo je primijetiti povezanost geografskoga lokaliteta i stupnja znanstvenog opažanja – neoliberalizacija, kao dekadama dugotrajni proces, koja je uglavnom opisivana u zemljama Latinske Amerike, dok u američkoj verziji prelazi u svoj eufemistički oblik – "krize".

³ Neologizam predložen u nedostatku boljeg, koji retoriku o lokalnoj kleptokraciji i korupciji pojedinih "krivaca" podiže na realnu razinu (barem leksički) objašnjavanja sinergičkih djelovanja globalnih i lokalnih dugotrajnih potkradanja populacija u sklopu projekta neoliberalizacije i pankomodifikacije (Špoljar Vržina, 2007., 197).

⁴ Milenijski ciljevi obuhvaćaju: 1) eradicaciju ekstremnoga siromaštva i gladi, 2) ostvarivanje uvjeta univerzalnoga primarnog školovanja, 3) promoviranje ravnopravnosti spolova i osnaživanja položaja žena, 4) reduciranje mortaliteta djece, 5) unapređivanje zdravlja majki, 6) borbu protiv HIV/AIDS-a, malarije i drugih bolesti, 7) osiguravanje okolišne održivosti, 8) razvijanje globalnoga partnerstva za razvoj (www.un.org/millenniumgoals)

⁵ Godine 2004. grupa aktivista/znanstvenika (Fort i sur., 2004.) objavila jednu od prvih publikacija koja utire nove putove analize činjenica o povezanosti Svjetske banke (WB), Međunarodnog monetarnog fonda (IMF) i Svjetske trgovinske organizacije (WTO) sa svjetskim kreiranjem uvjeta globalno limitirane dostupnosti medicinske skrbi i zdravog okoliša kroz korporacijski udar na zdravlje, direktno osuđujući milijune ljudi na bolest i preranu smrt.

⁶ Ove se sintagme smatraju i ključnim eufemizmima stvarne opasnosti, s obzirom na to da odgovornost za narušeno zdravlje premještaju na razinu pojedinca, a nikako države i svjetskoga sustava loših globalnih rješenja.

⁷ Današnje opasnosti, po Beckovu mišljenju, dobro su opisane i kao udar na zdravlje koji ne podliježe kontroli naših osjetila. Nismo ni svjesni onečišćenja zraka, vode ili postojanja toksina u hrani, a oni su neograničeni u vremenu i kumulativnom učinku. Njihovo je trajanje globalno i nekontrolirano (osjetilima).

⁸ Što se u znanstvenom diskursu čini bogatstvom novih spoznaja na razini populacija i pojedinaca koje savjetujemo u ustanovama egzaktno biomedicinski informirane medicine (opće) prakse, svršava u okrnjenim upozorenjima općeg opreza. Primjerice, konfuzija u regulaciji razine kolesterola u procijepu je između preporuke uzimanja specifičnih lijekova i nedostatnog interesa (ili vremena za objašnjavanje) savjetodavaca o načinu prehrane i promjeni dijete bolesnoga.

⁹ Preciznije, u svom predavanju pod naslovom Znanost kao poziv, održanom u zimi 1918./19. u Münchenu, Weber naglašava: "Od nje (sveučilišnog profesora) može se zahtijevati samo intelektualna čestitost da vidi da su posve različiti problemi s jedne strane, utvrđivanje činjenica, (...) i, s druge strane, odgovaranje na pitanje o vrijednosti kulture i pojedinih njezinih sadržaja." (Weber, 1986./1919., 271).

¹⁰ Istodobno, po principu mehanizma invertiranja, humanističke i društvene znanosti postaju dio biomedicinskih foruma, biomedicinskih znanstvenih časopisa, mrežnih stranica kreditora i farmaceutskih industrija, legitimirajući još zamjetniju povezanost tržišta s civilnim društvom.

¹¹ Preciznije, unatoč vrlo ekstenzivnoj sociološkoj analizi civilnoga društva u Hrvatskoj, autorima (Bežovan i Zrinščak, 2007., 163) promaknuo je realniji odgovor na pitanje – postaje li civilno društvo suvladarom u Hrvatskoj. Odgovor je definitivno potvrđan, no ne zbog zrelosti "nevladinih" aktera potvrđene statističkim parametrima, već naprotiv dokumentima i strategijama razvoja zacrtanim još dvadeset godina ranije od Svjetske banke o ulančavanju civilnoga sektora u odradbu širenja što uspješnijega tržišta.

¹² Izglasano u Hrvatskom saboru na sjednici 14. srpnja 2003. godine; donesen pod punim naslovom: Zakon o potvrđivanju konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: konvencije o ljudskim pravima i biomedicini (...) dodatnog protokola/ o zabrani kloniranja ljudskih bića/ ...i ...u vezi presađivanja organa i tkiva ljudskog porijekla /01-081-03-2606/2.

¹³ Za definiciju Bretton Woods institucija, sinonima za Svjetsku banku i Međunarodni monetarni fond, vidi Špoljar Vržina, 2007., 179.

¹⁴ Odnosi se na poznati slučaj kršenja etičkih načela u istraživanju sifilisa u populaciji afričkih Amerikanaca između 1932. i 1972. godine, a kojima nije bio ponuđen lijek (penicilin/otkriven 1929. godine i izoliran 1940. godine) da se ne bi narušio cilj eksperimenta. Javna isprika uslijedila je tek 1997. godine ukazom predsjednika Clintona (<http://www.cnn.com/US/9705/16/tuskegee/index.html>; http://www.pbs.org/newshour/bb/health/may97/tuskegee_5-16.html)

¹⁵ U hrvatskom zdravstvu prepoznat je problem narušena odnosa pacijent – liječnik, kao i vrlo težak položaj bolničkih liječnika u zdravstvu Republike Hrvatske te potreba očuvanja njihova digniteta (Simpozij Hrvatske liječničke komore, 2008.). Ostaju otvorena pita-

nja – što je s dostojanstvom pacijenata? Je li dijadu doista moguće rascijepiti?

¹⁶ Usprkos činjenici da je u medijima možemo dobro pratiti kroz živote nekih sugrađana za koje najveći uloženi napor jest jedan telefonski poziv ili odlazak na humanitarni koncert. Tako patnja postaje daleko zamislivo, ali "lako" rješivo stanje dobro uhodanoga civilnog društva uvezenog na ove prostore projektima liberalizma.

¹⁷ Deklarativno, zdravstvena je skrb jednako dostupna svima, no zna li se gdje je, primjerice, najopasnije doživjeti srčani infarkt (najstariji defibrilator u državi?) s obzirom na neravnomjernost u raspodjeli sredstava za nabavu nove opreme? Jesu li zagrebačke zdravstvene ustanove najopremljenije? Koja je geografska lokacija u Hrvatskoj najnezgodnija ako obolimo od neke akutne ili kronične bolesti s obzirom na državnim proračunom nepredviđene troškove prijevoza?

¹⁸ Na temelju vlastita iskustva autorica rada svjedoči da se pomak u našem zdravstvu zbio osamdesetih i ranije. Kasnih osamdesetih, definitivno izašavši iz prakse, suočava se s *relmanovskom* vrstom mučnine – kako liječiti kad je socijalni ugovor neodrživ, a pacijenti su postali klijenti?

¹⁹ Ovdje se moramo prisjetiti i paradoksalne činjenice da se od 1993. godine dodjeljuje Štamparova medalja za zaslužnike na području javnoga zdravstva, a dodjeljuje ju međunarodna udruga škola javnoga zdravstva u regiji Europe (ASPHER-The Association of Schools of Public Health in the EU Region). Filantropkapitalist George Soros je 2005. godine bio dobitnik Štamparove medalje za zasluge u donacijama spašavanja programa javnoga zdravstva. Nije se uočilo da je to negacija Štamparova djela i rada, s obzirom na to da Sorosev rad vrlo teško može biti okarakteriziran kao sprečavanje daljnje marketizacije resora koji su neodrživi uz udare širenja slobodnoga tržišta, štoviše ono je i pridodavanje javnoga zdravstva u red "normalnih" dijelova općega svjetskog tržišnog brodoloma. http://www.aspher.org/media/stampar_medalists/george_soros.pdf

²⁰ O osnovnim problemima investicijske politike u SRH – 60-ih i 70-ih možemo pročitati i paušalnu, ali znakovitu, izjavu "...Razvoj zdravstva se odvijao stihijski, zavisno od umješnosti u prikupljanju sredstava. Nosioci su investicijske politike uglavnom zdravstveni radnici, umjesto da to budu zajedno radnici udruženog rada u privredi i zdravstveni radnici." (Letica i sur., 1981., 474)

²¹ Oglas povodom 120. godišnjice rođenja A. Štampara, *Jutarnji list*, petak 3. listopada 2008. godine (str. 36).

²² Parafraziranje nedavnoga komentara predsjednika Stjepana Mešića u *Liječničkim novinama: Potrebno je vratiti povjerenje u zdravstveni sustav* (Broj 71. 15. VII. 2008., 18).

²³ *Jutarnji list*, 7. prosinca 2005. – "...Misija Međunarodnog monetarnog fonda od danas je ponovno u Hrvatskoj kako bi dovršila posljednju rundu razgovora o postojećem stand-by aranžmanu i dogovorila modus njezina nastavka ... problematične su točke troškovi zdravstva, financiranje autocesta i državne subvencije gubitcima".

²⁴ Vrlo sličan proces destabiliziranja povjerenja u sustav odigrao se nedavno i u aferi korupcije u visokom obrazovanju.

LITERATURA

- Angell, M. (1997.), The Ethics of Clinical Research in the Third World. *New England Journal of Medicine*, 337 (12): 847-849.
- Barben, D. (1998.), The Political Economy of Genetic Engineering: The Neoliberal Formation of the Biotechnology Industry. *Organization Environment*, 11: 406-420.
- Beck, U. (1992.), *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Bežovan, G., Zrinščak, S. (2007.), *Civilno društvo u Hrvatskoj*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk/Hrvatsko sociološko društvo.
- Cockerham, W. C. (2000.), Health lifestyles in Russia. *Social Science and Medicine*, 51: 1313-1324.
- Cockerham, W. C., Rütten, A., Abel, T. (1997.), Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38 (2): 321-342.
- Cook, C., Easthope, G. (1996.), Symptoms of a Crisis? Trust, Risk and Medicine. *Journal of Sociology*, 32: 85-98.
- Crawford, R. (2006.), Health as a meaningful social practice. *Health (London)*, 10: 401-420.
- DeFriese, G. H., Fielding, J. E. (1990.), Health risk appraisal in the 1990's: opportunities, challenges, and expectations. *Annual Review of Public Health*, 11: 401-418.
- Douglas, M. (1990.), Risk as a Forensic Resource. *Daedalus*, Fall, 1-16.
- Dugac, Ž. (2005.a), *Protiv bolesti i neznanja: Rockefellerova fondacija u međuratnoj Jugoslaviji*. Zagreb: Srednja Europa.
- Dugac, Ž. (2005.b), Zbor liječnika Hrvatske, Andrija Štampar i javnozdravstvena politika u Kraljevini Srba Hrvata i Slovenaca (Kraljevini Jugoslaviji). *Liječnički vjesnik*, 127, 5-6: 151-157.
- Dugac, Ž. (2005.c), New Public Health for a New State: Interwar Public Health in the Kingdom of Serbs, Croats and Slovenes and the Rockefeller Foundation. U: I. Borowy, W. Gruner (ur.), *Facing Illnesses in Troubled Times: Health in Europe in the Interwar Years*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wein: Peter Lang.
- Dugac, Ž., Pećina, M. (u tisku), *Andrija Štampar: Dnevnik s putovanja 1931-1938*. Zagreb: Srednja Europa.
- Edwards, M. (2008.), *Just another Emperor: the Myths and Realities of Philanthrocapitalism* (Demos/Young Foundation).
- Farmer, P. (2005.), *Pathologies of Power*. Berkeley: University of California Press.
- Fielding, J. E. (1982.), Appraising the health of health risk appraisal. *American Journal of Public Health*, 72: (4) 337-340.
- Fort, M. (2004.), Globalization and Health. U: M. Fort, M. A. Mercer, O. Gish (ur.), *Sickness and Wealth* (str. 1-9), Cambridge MA: South End Press.
- Fort, M., Mercer, M. A., Gish, O. (2004.), *Sickness and Wealth*. Cambridge MA: South End Press.
- Fujimura, J., Cou, D. Y. (1994.), Dissent in science: styles of scientific practice and the controversy over the cause of AIDS. *Social Science and Medicine*, 38: (8) 1017-1036.

Grmek, M. D. (1971.), *Uvod u medicinu*. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.

Herzog, D. (1987.), How to argue about health care. *Medical Care Research and Review*, 44: 11-36.

IMF (1946.), *Summary Proceedings of the First Annual Meeting of the Board of Governors*, September 27th to October 3rd.

King, N. B. (2002.), Security, Disease, Commerce: Ideologies of Post-colonial Global Health. *Social Studies of Science*, 32: 763-789.

Kohl, B., Farthing, L. C. (2006.), *Impasse in Bolivia: Neoliberal Hegemony and Popular Resistance*. London: Zed Books, str. 224.

Lethbridge, J. (2005.), The Promotion of Investment Alliances by the World Bank: Implications for National Health Policy. *Global Social Policy*, 5: 203-225.

Letica, S., Špoljar, S., Habazin, LJ. (1981.), Financijska ulaganja u zdravstvenu zaštitu. U: B. Popović, S. Letica, M. Škrbić (ur.), *Zdravlje i Zdravstvena Zaštita*. Knjiga prva. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada/Jumena.

Lupton, D. (1995.), *The Imperative of Health/Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.

Mann, J. (1999.), Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights. U: J. M. Mann, S. Gruskin, M. A. Grodin, G. Annas (ur.), *Health and Human Rights, a Reader* (str. 439-452), London: Routledge.

Midgley, M. (2003.), *The Myths we Live By*. London: Routledge.

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH (2008.), *Bolnički liječnici u zdravstvu Republike Hrvatske i očuvanje njihova digniteta*. Simpozij Hrvatske liječničke komore, Opatija 7.-9. ožujka.

Mukherjee, J. (2004.), Diagnosing Global Injustice. U: M. Fort, M. A. Mercer, O. Gish (ur.), *Sickness and Wealth* (str. XIII-XVI), Cambridge MA: South End Press.

Nelkin, D. (1989.), Communicating technological risk: the social construction of risk perception. *Annual Review of Public Health*, 10: 95-113.

Popović, B., Letica, S., Škrbić, M. (1981.a), *Zdravlje i Zdravstvena Zaštita*. Knjiga prva. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada/Jumena.

Popović, B., Letica, S., Škrbić, M. (1981.b), *Medicinske struke*. Knjiga druga. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada/Jumena.

Pratt, L. (1977.), Changes in Health Ideology in Relation to Self-Care by Families. *Health Education & Behavior*, 5 (2): 121-135.

Relman, A. (1991.), Shattuck Lecture – The Health Care Industry – Where is it Taking Us? *New England Journal of Medicine*, 325 (12): 854-859.

Relman, A. (2002.), *For-Profit Health Care: Expensive, Inefficient and Inequitable*. Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, February 21st 2002. (Issue 48) <http://www.healthcoalition.ca/relman.html>

Rogić, I. (2000.), *Tehnika i samostalnost: okvir za sliku treće hrvatske modernizacije*. Zagreb: Hrvatska sveučilišna naklada.

Škrbić, M., Letica, S., Popović, B., Butković, J., Matutinović, A. (1984.), *Socijalna zaštita u Socijalističkoj Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada/Jumena.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 17 (2008),
BR. 6 (98),
STR. 999-1021

ŠPOLJAR VRŽINA, S.:
NEOLIBERALNO...

Špoljar Vržina, S. (2007.), Simptomi globalne sinergije zdravstveno/okolišne destrukcije ili zašto je Hrvatskoj potrebna antropologija zagovora? U: V. Lay (ur.), *Razvoj sposoban za budućnost*, Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar.

Štampar, A. (1919.), O zdravstvenoj politici. *Jugoslavenska njiva*, 29-31: 1-29.

Štampar, A. (1923.), O socijalnoj medicini. *Glasnik ministarstva narodnog zdravlja*, 1-3: 1-12.

Tarantola, D. (2000.), *Building on the Synergy between Health and Human Rights: a Global Perspective*. WHO, Geneva. <http://www.med.unsw.edu.au/SPHCMWeb.nsf/page/IHHRPublications?Open>

Teubal, M. (2004.), Rise and Collapse of Neoliberalism in Argentina: The Role of Economic Groups. *Journal of Developing Societies*, 20: 173-188.

Thursen, M. (1977.), The Political Ecology of Disease. *Review of Radical Political Economics*, 9: 45-60.

Trumper, R., Phillips, L. (1996.), Give me discipline and give me death: neoliberalism and health in Chile. *Race Class*, 37: 19-34.

Varman, R., Vikas, R. M. (2007.), Rising Markets and Raising Health: An Inquiry into Subaltern Health Care Consumption under Neoliberalism. *Journal of Makromarketing*, 27: 162-172.

Vukmir, B., Sajko, K. (1975.), *Grupa Svjetske Banke, zemlje u razvoju i Jugoslavija*. Zagreb: Institut za zemlje u razvoju.

Weber, M. (1986./1919.), *Metodologija društvenih nauka*. Zagreb: Globus.

WHO (1946./1948.), *Ustav Svjetske zdravstvene organizacije* (potpisan 22. srpnja 1946.; stupio na snagu 7. travnja 1948. godine).

World Bank (1993.), *World Development Report*. Washington, D.C.: The World Bank.

World Bank (1987.), *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. Washington, D.C.: The World Bank.

Zrinščak, S. (2007.), Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. *Revija za socijalnu politiku*, 14 (2): 193-220.

Neoliberal "Health", Global Illness and "Štampar" Medicine

Sanja ŠPOLJAR VRŽINA
Institute of Social Sciences Ivo Pilar, Zagreb

In this paper, by means of the protocols of critical anthropological analysis, mapped, defined and outlined are the main concepts present in today's policy of global medicine. A specific starting point for this paper is an analysis of the case of Croatian health care in the sphere of the neoliberal matrix of commodification of all areas of life, with the most dramatic consequences in the fields of health,

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 17 (2008),
BR. 6 (98),
STR. 999-1021

ŠPOLJAR VRŽINA, S.:
NEOLIBERALNO...

illness, social justice and ecological sustainability. In the second part of the paper the author supports the concept of "Štampar medicine", so frequently mentioned nowadays, not for the purpose of remembering and celebrating, but as a source of new reinterpretations of critical "Štampar" awareness so much needed in the current reality of sliding into plaster casts of neoliberal unsustainability, which can be especially perilous in the field of health and health care.

Key words: neoliberalisation, global medicine, syncretocracy, Andrija Štampar

Neoliberales Gesundheitswesen, globale Krankheit und Volksmedizin nach den Grundsätzen von Andrija Štampar

Sanja ŠPOLJAR VRŽINA
Ivo Pilar-Institut für Gesellschaftswissenschaften, Zagreb

In der vorliegenden Arbeit werden anhand einer kritischen anthropologischen Analyse die Grundbegriffe der gegenwärtigen globalen Gesundheitspolitik ermittelt und definiert. Der spezifische Ausgangspunkt dieser Arbeit ist eine Fallstudie des kroatischen Gesundheitswesens vor dem Hintergrund der neoliberalen Matrix der Kommodifizierung aller Lebensbereiche, die dramatische Folgen im Bereich der Volksgesundheit, der sozialen Gerechtigkeit sowie ökologischen Nachhaltigkeit nach sich zieht. Der zweite Teil der Arbeit widmet sich der heute wieder viel erwähnten Volksmedizin nach den Grundsätzen des kroatischen Sozialmediziners Andrija Štampar (1888–1958), nicht jedoch im Sinne einer feierlichen Reminiszenz, sondern als Versuch, die kritischen Ansichten Štampars neu zu interpretieren. Dies ist heutzutage ganz besonders vonnöten, da die Gesellschaften Gefahr laufen, in den Bahnen neoliberaler Unnachhaltigkeit, die zumal im Bereich der Volksgesundheit und des Gesundheitswesens gefährlich sind, festzufahren.

Schlüsselbegriffe: Neoliberalisierung, Weltmedizin, Synkretokratie, Andrija Štampar