

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Odsjek za sociologiju

Diplomski rad

**Farmaceutikalizacija kao novi aspekt medikalizacije  
društva u uvjetima tržišne liberalizacije farmakoterapije**

Goran Koletić

Diplomski studij sociologije, znanstveni smjer

Mentor: dr. sc. Mirko Bilandžić, doc.

Zagreb, 23.05.2013.

## Sadržaj

1. Uvod .....	3
2. Ciljevi i svrha .....	5
3. Kontekst: farmaceutska industrija i potrošnja lijekova .....	6
3.1. Vrijednost farmaceutske industrije .....	7
3.1.1. Osnovne predikcije .....	10
3.2. Potrošnja lijekova .....	10
3.2.1. Potrošnja lijekova u Hrvatskoj .....	11
4. Medikalizacija .....	13
4.1. Uvodne napomene o relacijama između medikalizacije i farmaceutikalizacije .....	13
4.2. O ranim teorijama medikalizacije .....	15
4.3. Revidiranje teorije medikalizacije .....	19
4.4. Prema farmaceutikalizaciji .....	24
4.4.1. Biomedikalizacija .....	25
5. Farmaceutikalizacija .....	27
5.1. Definiranje koncepta farmaceutikalizacije .....	27
5.2. Sadržajne dimenzije koncepta farmaceutikalizacije .....	29
5.2.1. Konzumerizam .....	30
5.2.2. Farmaceutski marketing i uloga medija .....	35
5.2.3. Profitom usmjereno djelovanje .....	39
5.2.4. Politike (de)regulacije .....	43
5.3. Farmaceutikalizacija/medikalizacija/biomedikalizacija .....	47
6. Implikacije za ljudsku sigurnost .....	49
6.1. Koncepti ljudske sigurnosti i sekuritizacije .....	49
6.2. Farmaceutikalizacija i sekuritizacija .....	52
7. Zaključak .....	54
8. Literatura .....	56
9. Sažetak (hrvatski) .....	61
10. Sažetak (engleski) .....	61

## 1. Uvod

U razdoblju nakon Drugog svjetskog rata nova medicinska otkrića bitno doprinose porastu prestiža medicine kao znanosti, prihvaćajući pritom pozitivističku paradigmu o određenju bolesti. Osim toga, ondašnji mehanicistički pristup liječenju ljudskog tijela dodatno je učvrstio iluziju o njezinom kontinuiranom linearnom napretku. Međutim, suvremena medicina se suočava s nemogućnošću liječenja kronično-degenerativnih bolesti koje danas dominiraju među populacijom (tumorske, alergijske, kardiovaskularne i sl.), čime je doveden u pitanje njezin linearno zamišljeni napredak. Sveprisutnost pozitivističkog i mehanicističkog pristupa je također dovedena u pitanje, budući da povijest medicine obiluje brojnim primjerima konstrukcionističkog određenja bolesti i njihova liječenja. Potonje se gotovo uvijek objašnjava konceptom medikalizacije, koji se dugi niz godina koristi kao krovni eksplanatorni koncept za pretvorbu *ne-medicinskog* u medicinsko. U posljednjih desetak godina postaje evidentno da postojeća analitička oruđa medikalizacije ne mogu adekvatno objasniti sve društveno-zdravstvene fenomene, što je posljedica novonastalih promjena na području (bio)tehnologije, genetike, farmaceutske industrije, (ekonomske) politike zdravstvene skrbi, medicinskog diskursa te modaliteta konzumerizma. Kao rezultat takve situacije, postupno se počinju razvijati srodni koncepti, koji su građeni na teorijskim postavkama medikalizacije, ali u svrhu analize specifičnijih procesa medicinske stvarnosti. Jedan od tih novonastalih koncepta kojim se žele razložiti i objasniti uzroci povećane potrošnje (ne)potrebnih lijekova jest farmaceutikalizacija.

Teorijski gledano, farmaceutikalizacija je usko vezana uz medikalizaciju, dok je u praksi riječ o dva različita procesa. Teorijska povezanost dvaju pristupa temelji se na zajedničkim sadržajnim dimenzijama koje su postale dijelom osuvremenjene teorije medikalizacije. Neovisno o njihovom djelomičnom preklapanju, koncept farmaceutikalizacije sadrži sebi svojstvene i specifične sadržajne domene koje imenuju na različite načine, u suštini se dominantno referirajući na konzumerizam, medije, marketing, regulatorne politike i profitno usmjereno djelovanje. Ne bi li se dobio cjeloviti uvid u uzročno-posljedične relacije, pa barem indikativno, nužno je sagledati fenomene unutar svih spomenutih sadržajnih dimenzija, i to primarno na funkcionalnoj razini, dok je supstantivna razina prepuštena empirijski utemeljenim analizama koje su, zbog kompleksnosti samog procesa farmaceutikalizacije, najčešće usmjeravane na specifične teme unutar sadržajnih dimenzija. Poveznica svih sadržajnih dimenzija jest utjecaj neoliberalne logike, koja je, među ostalim, često bila proglašivana direktnim krivcem za povećanu potrošnju lijekova, budući da ona

oblikuje kontekst u kojem veći broj aktera podjednako legitimira tržišno usmjerenu (re)produkciju farmakoterapije. Društvene implikacije povećane potrošnje lijekova i uplitanja tržišne logike (i korporativnih interesa) u sustav zdravstvene zaštite postaju toliko izražene da je uz koncept medikalizacije potreban novi „samostojeći“ koncept koji obrađuje samo farmaceutiku, ali da je istovremeno vrijednosno neutralan na način da ne amnestira bilo neoliberalnu logiku, bilo nekog od aktera uključenog u proces farmaceutikalizacije.

Rad započinje kratkim prikazom suvremenog konteksta medicinsko-farmaceutске sfere pomoću osnovnih ekonomskih parametara zdravstvene i farmaceutске potrošnje. Prvi teorijski dio obrađuje medikalizaciju prateći njezin razvoj od ranijih oblika, ali samo kroz sadržajne domene od posebne važnosti za farmaceutikalizaciju ili suodnos tih dvaju koncepata. Kraj prvog dijela bavi se nastankom potrebe za teorijskom diferenciranošću unutar medikalizacije. Pritom je objašnjen koncept biomedikalizacije, koji, zajedno s farmaceutikalizacijom, dijeli postavke slične osuvremenjenoj teoriji medikalizacije. Drugi dio započinje definiranjem farmaceutikalizacije, nakon čega slijede razrada koncepta kroz njegove sadržajne dimenzije unutar kojih će se osvrnati na najvažnije fenomene koji iniciraju ili potiču konceptu sukladan proces u stvarnosti. Nakon toga slijedi kratka elaboracija o teorijskom i praktičnom razgraničavanju (bio)medikalizacije i farmaceutikalizacije. Rad završava identifikacijom sličnosti između koncepata farmaceutikalizacije i sekuritizacije, s posebnom pažnjom na ljudsku (zdravstvenu) sigurnost.

## 2. Ciljevi i svrha

Primarni cilj ovoga rada jest analiza postojeće građe o farmaceutikalizaciji u svrhu određivanja njezine relacije i diferencijacije u odnosu na (bio)medikalizaciju – kako u teorijskom (kao koncept), tako i praktičnom (kao proces) smislu. Sekundarni cilj jest razlaganje koncepta farmaceutikalizacije na osnovne sadržajne dimenzije, unutar kojih se ekspliciraju ključne teme koje gotovo uvijek predstavljaju polazišta za operacionalizaciju empirijski usmjerenih analiza.

Kombiniranjem navedenih ciljeva, svrha ovog rada smatra se višestrukom. Budući da se u njemu nudi pruža prikaz teorijske geneze medikalizacije, otvara se prostor za problematizaciju unidimenzionalnosti ranih te sadržajne preopterećenosti kasnijih inačica koncepta. Osim toga, opisivanjem njegovih sadržajnih domena, prikazuje se distinkcijska važnost koncepta farmaceutikalizacije i konteksta u kojem operira. I naposljetku, demarkiraju se teorijske linije naizgled sličnih, ali iz perspektive medicinske sociologije, nužno različitih koncepata - uz izuzetak koncepta sekuritizacije koji pripada sigurnosnim studijima.

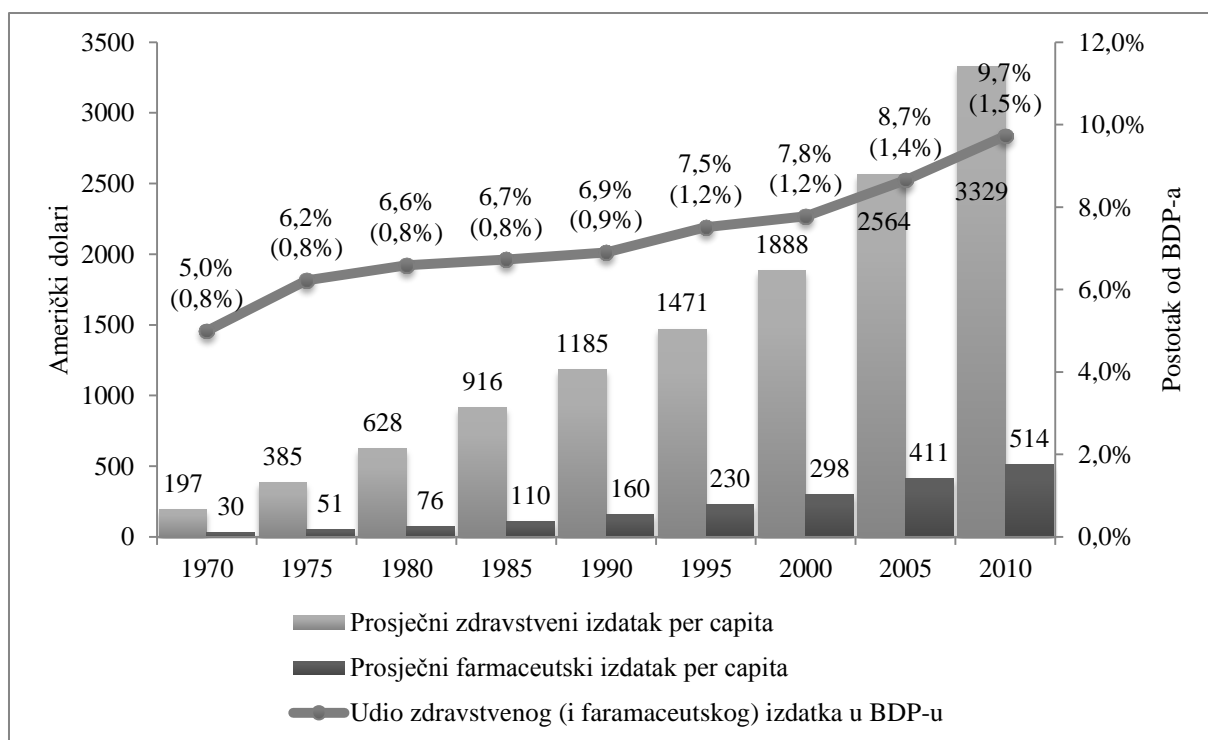
### 3. Kontekst: farmaceutska industrija i potrošnja lijekova

Troškovi zdravstva postupno rastu tijekom cijelog 20. stoljeća, a sličan trend, doduše nešto jačeg intenziteta, nastavlja se i u ovom stoljeću. Uzroci takvog trenda su izrazito heterogeni te, ovisno o prostoru i vremenu, mijenjaju svoj stupanj utjecajnosti na daljnji porast ponude i potražnje medicinskih dobara. Najčešće spominjani faktori povećane potrošnje su: demografske promjene (broj stanovnika, dobna struktura, itd.); nove (kronične) bolesti; epidemije; tehnološki napredak u dijagnostici i/ili liječenju; promijene u društvenim konstrukcijama bolesti i zdravlja; političke promjene (nad)nacionalnih zdravstvenih sustava, itd.

Prateći prosječan zdravstveni i farmaceutski izdatak po stanovniku u zemljama članicama Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj<sup>1</sup>, na Slici 1 vidljiv je njegov značajan porast u posljednjih četrdeset godina. Stupci prikazuju prosječni zdravstveni i farmaceutski izdatak per capita u zemljama OECD-a, izražen u američkim dolarima, a linija i pridružene vrijednosti označavaju udio navedenih izdataka u BDP-u. Navedeni porast u tom periodu prati i poboljšanje određenih demografsko-zdravstvenih parametara, npr.: životni vijek je u prosjeku porastao za 9,5 godina, a prosječna stopa smrtnosti novorođenčadi je pala s 28,1 na 4,1. Prema istom izvoru podataka (OECD, 2013), za zdravstvo se 1970. godine u prosjeku izdvajalo 5% BDP-a, a danas se izdvaja dvostruko više. Potrošnja farmaceutskih pripravaka u većini zemalja čini skoro petinu od ukupnog izdvajanja za zdravstvo, uz značajan porast u posljednjih deset godina. Međutim, postoji i izvjesna razlika u obrascima farmaceutske potrošnje. Primjerice, 2010. godine prosječni postotak farmaceutskog izdatka od ukupnog BDP-a iznosi 1,5%, dok je pritom najveći udio (2,1% – 2,4%) zabilježen u Mađarskoj, Grčkoj, Slovačkoj i SAD-u, a najmanji (0,7% – 0,9%) u Norveškoj, Danskoj i Novom Zelandu. Prema podacima za 2010. godinu, u Hrvatskoj se za zdravstvo izdvaja 8,7% od BDP-a tj. 1555 dolara po stanovniku, a farmaceutski izdatak čini 1,2% BDP-a i 212 dolara po stanovniku (WHO, 2013). Prema navedenim podacima, Hrvatska je ispod prosjeka OECD-a. Ukratko, nemoguće je analizirati zdravstvenu potrošnju bez potrošnje farmaceutskih pripravaka te, shodno temi ovog rada, potreban je okvirni prikaz vrijednosti farmaceutske industrije i potrošnje lijekova u svijetu i Hrvatskoj.

---

<sup>1</sup> Eng. *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD).



**Slika 1.** Prosječni zdravstveni i farmaceutski izdatak *per capita* te prosječni zdravstveni i farmaceutski udio u BDP-u zemalja OECD-a od 1970. do 2010. godine (OECD, 2013)

### 3.1. Vrijednost farmaceutske industrije

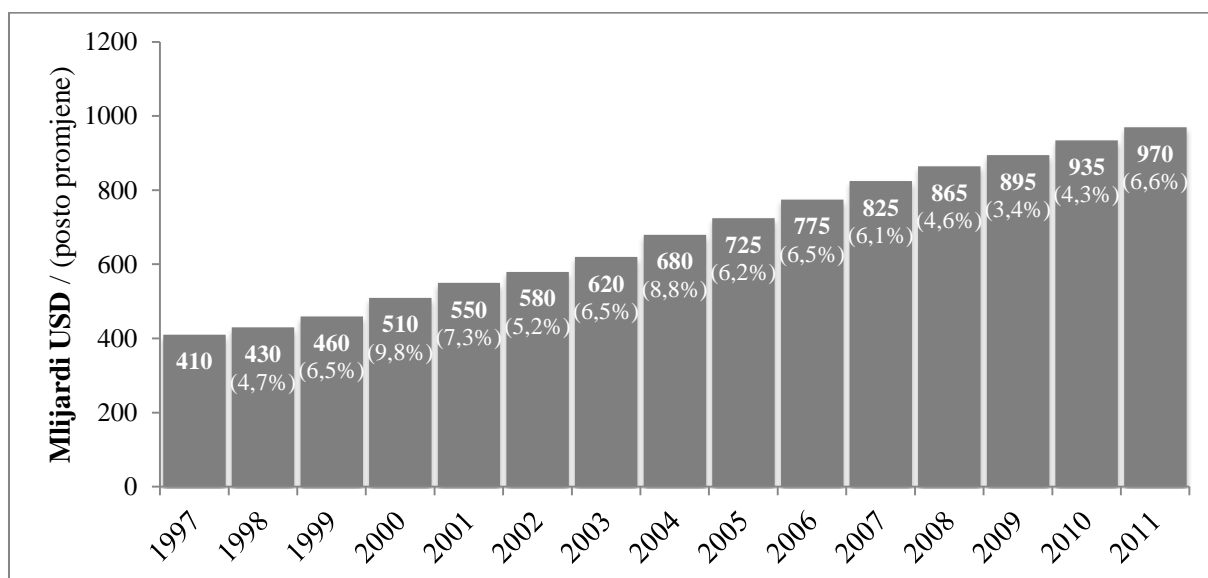
Farmaceutsku industriju čine kompanije/korporacije koje proizvode biološke, medicinske i farmaceutske proizvode u različitim oblicima (tablete, kapsule, prašci, cjepiva, masti itd.). Cjelokupno tržište farmaceutskih pripravaka može se podijeliti na dva osnovna tipa: lijekove dostupne na recept<sup>2</sup> i (bezreceptne) lijekove dostupne u slobodnoj prodaji<sup>3</sup>. Od ukupne svjetske proizvodnje lijekova u 2011. godini, 55% su Rx, a 40% OTC lijekovi (Ibisworld, 2011). Preostalih 5% su razni alternativni medikamenti. Druga tipična podjela lijekova je na generike (generičke paralele) i inovativne (patentne). Inovativni lijekovi su pod patentnom zaštitom, koja proizvođaču omogućava privremeni monopol njegove supstance na tržištu. Jeftinije inačice inovativnih lijekova su generičke paralele, tj. bio-ekvivalentni lijekovi supstance kojoj je istekla patentna zaštita. Oni su prema svojoj kemijskoj strukturi identični

<sup>2</sup> Eng. *Prescription Only Medicine* (POM) ili Rx lijekovi (u ovom radu koristit će se termin Rx lijekovi).

<sup>3</sup> Eng. *Over-The-Counter* (OTC) lijekovi su bezreceptni lijekovi koje je moguće kupiti u klasičnim, ali i u biljnim ljekarnama, prodavaonicama zdrave hrane, putem Interneta, itd. Suprotnost tome su Rx lijekovi (receptni) koje mogu propisati liječnici, psihijatri, stomatolozi i magistri farmacije.

donedavno inovativnim lijekovima, neovisno jesu li brendirani ili samo nose ime supstance/proizvođača.

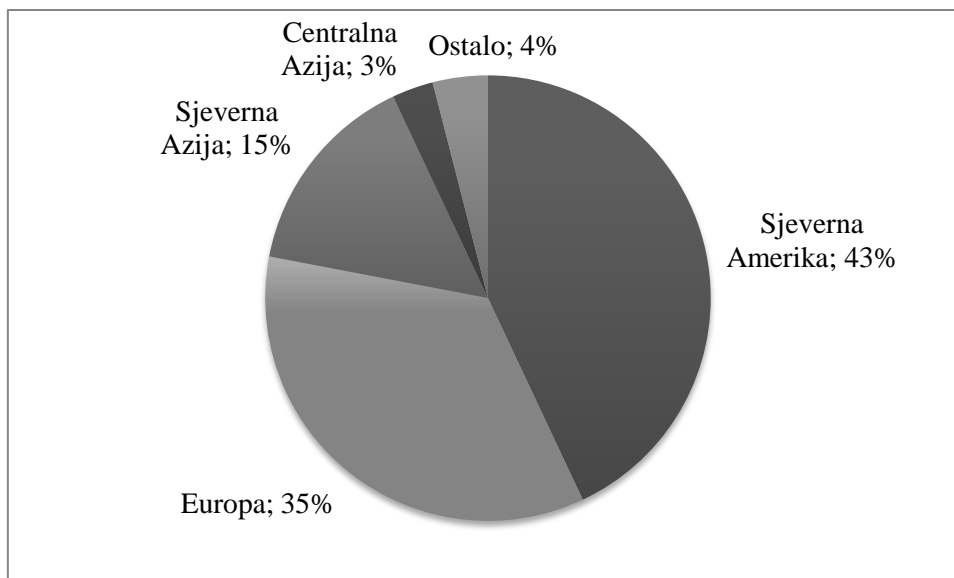
Prihod farmaceutske industrije u svijetu 2011. godine procjenjuje se na 980 milijardi američkih dolara (Ibisworld, 2011). Osim kontinuiranog rasta zarade, na Slici 2. su navedeni postoci promjene koji su u cijelom prikazanom periodu pozitivnog predznaka i gotovo uvijek iznad 5%. Vidljive su i određene fluktuacije, koje su posljedica globalne ekonomske krize, pa je stoga prosječni rast u periodu od 2008. do 2011. godine ( $\bar{x} = 4,2\%$ ) nešto manji od onog u periodu od 2004. do 2007. godine ( $\bar{x} = 6,9\%$ ). Pet najjačih kompanija prema tržišnom udjelu su Pfizer, Merck & Co., GlaxoSmithKline, Novartis AG i Sanofi-Aventis. One zajedno čine 24% tržišnog udjela svjetske farmaceutike te u prosjeku imaju 8% čistog profita od godišnjih prihoda (Ibisworld, 2011).



**Slika 2.** Prihod s godišnjim postotkom rasta farmaceutske industrije u svijetu od 1997. do 2011. godine (prema Ibisworld, 2011)

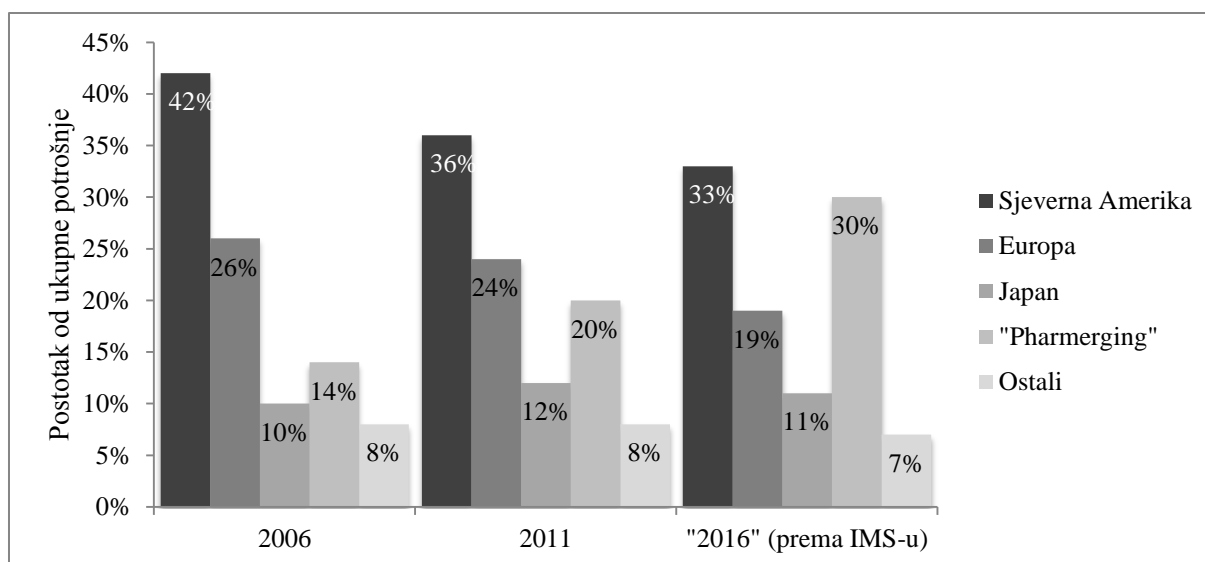
Prema geografskoj segmentaciji, u proizvodnji predvode zemlje razvijenog Zapada (Slika 3). Samo Sjedinjene Američke Države, Europa i Japan trenutno drže oko 80% farmaceutske proizvodnje. Prvo mjesto u Europi zauzima Francuska (13% od ukupnog europskog tržišta), nakon koje slijede Njemačka (12%), Italija (12%) i Velika Britanija (11%) (Ibisworld, 2011). Japan, osim što predvodi u proizvodnim kapacitetima u sjevernoj Aziji, ujedno je i drugo najveće pojedinačno farmaceutsko tržište na svijetu.





**Slika 3.** Farmaceutska proizvodnja 2011. godine (prema Ibisworld , 2011)

Potrošnja lijekova je također koncentrirana u razvijenim zemljama (Slika 4). Doduše, sve je značajniji doprinos farmaceutski relevantnih zemalja u razvoju<sup>4</sup>. Kako vrijednost globalne farmaceutike raste, prisutna je postupna redistribucija potrošnje tj. pad u SAD-u i Europi uz porast u tzv. *pharmerging* zemljama. Osim porasta potrošnje u potonjim zemljama, one također pokazuju rast u proizvodnim kapacitetima, posebice na planu generičkih lijekova (IMS<sup>5</sup> Institute, 2012a).



**Slika 4.** Postotak ukupne svjetske potrošnje lijekova u 2006., 2011. i 2016. godini (prema IMS Institutu, 2012).

<sup>4</sup> Eng. *pharmerging countries* (Kina, Brazil, Rusija, Indija).

<sup>5</sup> Eng. *Intercontinental Medical Statistics*.

### 3.1.1. Osnovne predikcije

Prema svojim predikcijama, IMS Institute (2012a) navodi da će do 2016. godine globalna potrošnja, a time i prihodi farmaceutske industrije, biti između 1175 i 1200 milijardi američkih dolara – unatoč relativno slabijem rastu u razvijenim zemljama zbog posljedica ekonomske krize i isteka patenata za veći broj inovativnih lijekova. Očekivani godišnji rast prihoda je oko 2% za zemlje Europe i oko 4% za SAD. Zemlje u razvoju će udvostručiti potrošnju lijekova zbog porasta prihoda, povećanja broja stanovnika, nižih cijena (većinom generičkih) lijekova te veće dostupnosti potrebnih lijekova. Redistribucija globalne potrošnje prema IMS-ovim predikcijama također je prikazana na Slici 4. Na povećanoj potrošnji lijekova u zemljama u razvoju i dalje će najviše profitirati kompanije iz SAD-a, Japana i Europe.

### 3.2. Potrošnja lijekova

Potrošnju lijekova nemoguće je pratiti samo s obzirom na količinu (eng. *volume* ili „broj kutijica“) propisanih Rx lijekova, jer postoje značajne razlike u cijeni između država, terapijskih klasa, inovativnih i generičkih lijekova iste supstance<sup>6</sup>. Ako se potrošnja prati prema novčanoj vrijednosti (eng. *value*), u razvijenim zemljama prva mjesta gotovo uvijek zauzimaju lijekovi istih terapijskih klasa, najčešće oni za kronične bolesti svojstvene razvijenim zemljama (Angell, 2005; Busfield, 2010). Razlike u načinu praćenja također ovise o korištenoj klasifikaciji lijekova (brand, INN<sup>7</sup>, ATC<sup>8</sup> kod, itd.). Primjerice, Tablica 1. prikazuje oba oblika potrošnje u SAD-u 2011. godine. Pored određenih poklapanja u potrošnji, vidljiv je utjecaj cijene tj. skupljih terapija (npr. za zloćudne bolesti). Za potrebe ovoga rada, od posebne je važnosti podatak o najvećoj količinskoj potrošnji lijekova za živčani i kardiovaskularni sustav, budući da su upravo oni najčešće uzimaju kao primjer za procese medikalizacije i farmaceutikalizacije.

---

<sup>6</sup> Dodatni problem su OTC lijekovi čija se potrošnja najčešće prati samo prema izlazu iz veleprodajnice.

<sup>7</sup> Eng. *International Nonproprietary Name* (internacionalni nezaštićeni naziv tj. supstanca).

<sup>8</sup> Eng. *Anatomical Therapeutic Chemical* tj. klasifikacijski sustav Svjetske zdravstvene organizacije koji se sastoji od pet sukcesivno detaljnijih razina.

ATC 1	Značenje ATC 1	Volume / mil.	ATC 1	Značenje ATC 1	Value / mild.
N	Živčani sustav	804	N	Živčani sustav	51,3
C	Kardiovaskularni sustav	799	L	Zloćudne bolesti i imunomodulatori	47,4
A	Probavni sustav i metabolizam	481	A	Probavni sustav i metabolizam	29,7
H	Hormonski sustav	200	C	Kardiovaskularni sustav	27,7
R	Respiratorni sustav	153	R	Respiratorni sustav	21
J	Liječenje sustavnih infekcija	146	J	Liječenje sustavnih infekcija	20,3
M	Muskulo-skeletni sustav	97	B	Krv i krvotvorni organi	13
B	Krv i krvotvorni organi	80	H	Hormonski sustav	4,5

**Tablica 1.** Potrošnja lijekova prema ATC 1 klasifikaciji u SAD-u 2011. godine iskazana u količini i novčanoj vrijednosti (USD).<sup>9</sup>

### 3.2.1. Potrošnja lijekova u Hrvatskoj

U Tablici 2 je prikazana potrošnja lijekova u Hrvatskoj prema podacima HALMED-a<sup>10</sup> (2013). Pri usporedbi sa SAD-om, zbog ogromne razlike u veličini tržišta i cijenama lijekova, važnije je obratiti pažnju na rangirane terapijske klase, nego na pridružene vrijednosti potrošnje. Bez obzira na to što se ne može u potpunosti izjednačiti socio-kulturni kontekst SAD-a i Hrvatske, određene sličnosti su ipak primjetne – prva mjesta prema količinskoj potrošnji iznova zauzimaju lijekovi za kardiovaskularni i živčani sustav.

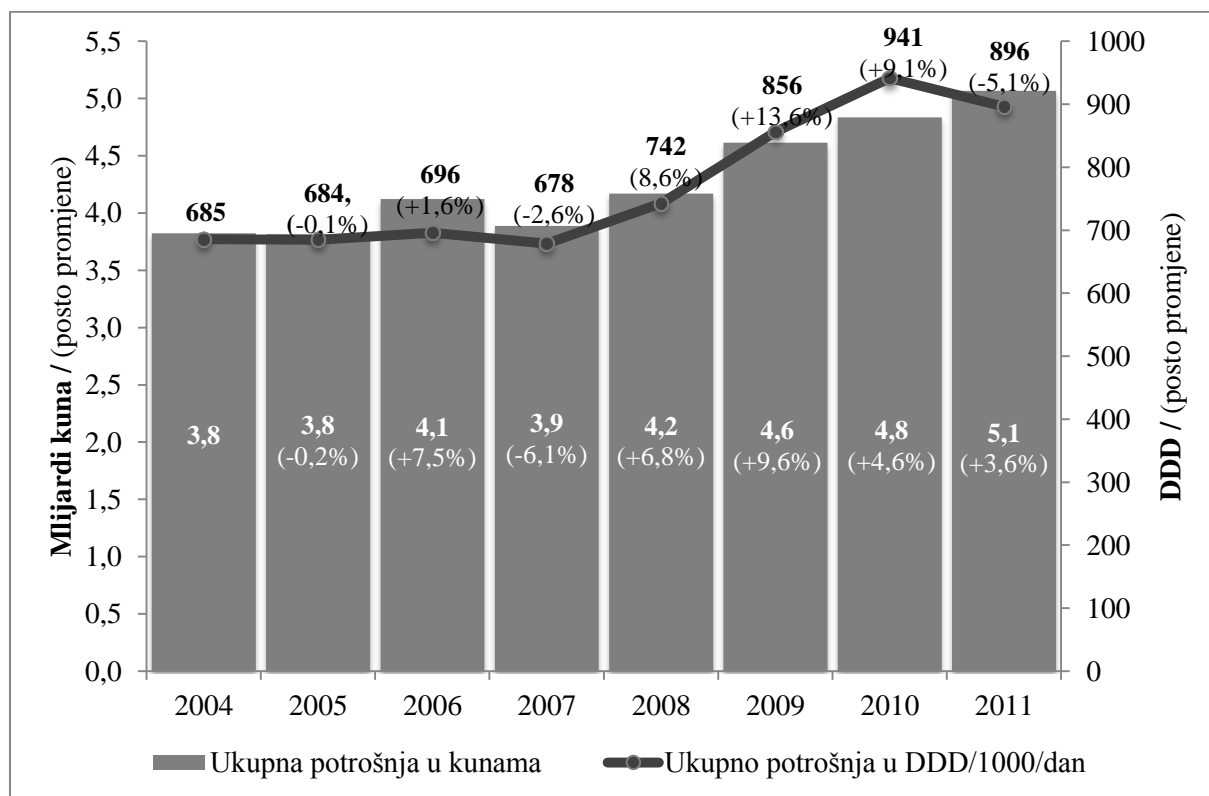
ATC 1	Značenje ATC 1	Volume / tis.	ATC 1	Značenje ATC 1	Value / mil.
C	Kardiovaskularni sustav	23350,1	C	Kardiovaskularni sustav	983,8
N	Živčani sustav	19906,8	N	Živčani sustav	810,5
A	Probavni sustav i metabolizam	8644,8	L	Zloćudne bolesti i imunomodulatori	780,6
J	Liječenje sustavnih infekcija	5977,3	A	Probavni sustav i metabolizam	689,7
M	Muskulo-skeletni sustav	5750,5	J	Liječenje sustavnih infekcija	462,9
R	Respiratorni sustav	3757,9	R	Respiratorni sustav	332,9
S	Senzorni sustav	2823,5	B	Krv i krvotvorni organi	258,6
B	Krv i krvotvorni organi	2635,1	M	Muskulo-skeletni sustav	207,9

**Tablica 2.** Potrošnja lijekova prema ATC 1 klasifikaciji u Hrvatskoj 2011. godine iskazana u količini i novčanoj vrijednosti (HRK).

<sup>9</sup> Zbog terminološke jednostavnosti koristi se prva razina ATC klasifikacijskog sustava (ATC 1) koja se sastoji od 14 klasa. Navedene vrijednosti nisu ukupne vrijednosti potrošnje za ATC 1 jer su podaci agregirani iz popisa od prvih dvadeset najprodavanijih lijekova prema detaljnijoj ATC 2 klasifikaciji.

<sup>10</sup> Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode.

Ukupno potrošnja na hrvatskom tržištu prikazana je na Slici 5. Pored prikaza prometa u ukupnom kunskom iznosu, pridruženi su i podaci o broju izdanih originalnih pakiranja lijeka u ljekarnama i bolničkim ljekarnama, ali izraženi kao definirane dnevne doze na 1000 stanovnika (DDD/1000/dan). Ne ulazeći u uzroke nelinearnosti potrošnje lijekova u Hrvatskoj u danom periodu, vidljivo je kako potrošnja generalno raste.



**Slika 5.** Ukupna potrošnja Rx lijekova u kunskom iznosu i količini od 2004. do 2011. godine (prema HALMED-u, 2013).

## 4. Medikalizacija

### 4.1. Uvodne napomene o relacijama između medikalizacije i farmaceutikalizacije

Farmaceutikalizaciju je nemoguće razumjeti izvan konteksta medikalizacije u svim njenim teorijsko-praktičnim inkarnacijama. Oba koncepta se isprepleću na više razina u smislu društvenih praksi na području medicine i farmaceutike s jedne te zdravlja i bolesti s druge strane. Na taj način oba koncepta predstavljaju stvarne procese koji se mogu odvijati istovremeno, ali u različitom intenzitetu. Povijesno gledano, ti su procesi zapravo prisutni od prvog uspona zapadnjačke medicine s kraja 19. stoljeća, kada započinje tzv. alopatska medicina<sup>11</sup>, jedino što proces farmaceutikalizacije tek nedavno dobiva svoje ime, a do tada se taj proces opisivao u terminima medikalizacije. U praktičnom smislu, farmaceutikalizacija u svom punom značenju je ipak nešto mlađi proces, jer je više vezan uz razvoj i jačanje farmaceutske industrije, a ne samo medicinske znanosti i industrije.

U uže sociologijskom smislu, oba procesa treba razlikovati kao eksplanatorna oruđa za analizu nekih povijesnih događaja te kao vrijedne koncepte pri operacionalizaciji za empirijska istraživanja. U oba slučaja farmaceutikalizacija je mlađi koncept koji dobiva sve veću pažnju akademske zajednice unazad desetak godina, dok medikalizacija datira iz 70-ih godina prošlog stoljeća. Važno je napomenuti da i u teorijskom smislu farmaceutikalizacija nije koncept vezan uz neki vremenski period koji započinje nakon medikalizacije, kao što to čini, primjerice, koncept biomedikalizacije. Farmaceutikalizacija nastaje kao svojevrsni rezultat kritike usmjerene na viđenje medikalizacije kao teorijski sveobuhvatnog i nedovoljno konzistentnog koncepta s jedne strane, te kao pristranog i unidimenzionalnog koncepta s druge strane. Značajna točka preokreta je Conradov rad „*The shifting engines of medicalization*“ iz 2005. godine, u kojem farmaceutiku navodi kao jednog od značajnih pokretača medikalizacije u suvremeno doba. Osim što je time najavljeno „rastvaranje“ koncepta medikalizacije, daljnja kritika je krenula u smjeru kojim se htjelo ukazati na činjenicu da medikalizacija može biti daleko korisnija ako se ne koristi samo kao „klišej kritičke sociološke analize“ (Rose, 2007). Kako bi se osuvremenio koncept medikalizacije, on mora imati vrijednosno neutralne temelje te mora obuhvaćati interese i potrebe aktera s obje strane mikro-makro kontinuuma istovremeno (Furedi, 2008). U toj

---

<sup>11</sup> Taj period je obilježen profesionalizacijom i specijalizacijom medicine te nastankom medicinski povezanih industrija. Tada nastaje alopatska transformacija medicine što podrazumijeva konvencionalnu medicinu koja koristi farmakološki aktivne tvari i fizičke intervencije u svrhu supresije simptoma i/ili patopsiholoških procesa bolesti (Le Fanu, 2002).

maniri se konceptualizira i farmaceutikalizacija, a to znači da ni njezina funkcija nije više prvenstveno kritičke prirode. Ovisno o slučaju i kontekstu, (de)farmaceutikalizacija može imati i pozitivne i negativne posljedice, koje je ponekad nemoguće procijeniti bez paralelnog promišljanja o de(medikalizaciji). Međutim, farmaceutikalizacija je moguća i bez medikalizacije kada pacijenti samoinicijativno i bez liječničke ili ljekarničke upute kupuju i primjenjuju (npr. određene OTC<sup>12</sup>) lijekove za stanja koja su farmaceutikalizirana, ali nisu medikalizirana. Prema tome, farmaceutikalizacija ne negira relevantnost medikalizacije, već samo koherentnije obuhvaća, analizira i opisuje jednu od sadržajnih domena medikalizacije, a to je upotreba lijekova u širem smislu farmakoterapije.

Farmakoterapija je tretiranje bolesti ili rizičnog stanja farmaceutskim pripravcima tj. lijekovima. Lijekovi su po svojoj definiciji, odnosno prema zakonskom određenju, pripravci čija je učinkovitost u liječenju bolesti i očuvanju zdravlja dokazana (Gajski, 2009). Upravo zbog dimenzije očuvanja zdravlja, farmakoterapija danas podjednako obuhvaća korištenje lijekova preventivne namjene i lijekova za tretiranje same bolesti. U skupinu tretiranja bolesti spadaju lijekovi koji djeluju na uzrok bolesti, eliminiraju ga i dovode do ozdravljenja – tzv. etiološki lijekovi. Uz etiološke lijekove, u istu skupinu ulaze i simptomatski lijekovi koji ublažavaju simptome bolesti. U preventivnu skupinu ulaze lijekovi primarne i sekundarne prevencije. Sekundarna prevencija uključuje tretiranje bolesnih ljudi čije su (kronične) bolesti u „mirnoj“ fazi tj. sprečavaju nepoželjni razvoj bolesti. S druge strane, primarna prevencija podrazumijeva pripisivanje medikamenata zdravim ljudima, točnije, osobama bez prethodnih epizoda bolesti i bez ikakvih smetnji, no s povećanim rizikom obolijevanja (Gajski, 2009). Primarna i sekundarna prevencija naročito su se proširile u zadnjih dvadesetak godina, a danas su glavni nositelj zarade farmaceutskih proizvođača jer podrazumijevaju dugogodišnju primjenu.

Farmakoterapija obuhvaća mnoge aspekte povezane s primjenom lijekova: od propisivanja i primjene, do istraživanja i analize podnošljivosti, sigurnosti, učinkovitosti i troškova. Istovremeno, kao aktere, uključuje farmaceutske kompanije, državne regulatorne institucije, zdravstvene institucije i stručnjake, udruge pacijenta te u konačnici same konzumente tj. (potencijalne) bolesnike. Farmakoterapija je stoga nerazdvojiva od cijelog „životnog ciklusa“ lijeka. Lijek, kao *materia medica* (lat. *ljekovita tvar, supstancija*) može biti

---

<sup>12</sup> Eng. *over-the-counter*.

ljudskog, životinjskog, biljnog i kemijskog podrijetla. Najbrojniji su lijekovi kemijskog podrijetla – tzv. biomedicinski medikamenti.

Neovisno o podrijetlu, ovdje je prvenstveno riječ o farmaceutskim pripravcima, među koje se ne ubrajaju alternativni medikamenti (tzv. neutraceutici). Takvi farmaceutski preparati ne moraju nužno biti usmjereni na tretiranje bolesti ili rizičnog stanja jer postoje i lijekovi životnog stila<sup>13</sup> poput PDE-5 inhibitora<sup>14</sup> ili lijekova poboljšanja<sup>15</sup>. Prema tome, farmakoterapija u širem smislu nije samo tretiranje bolesti ili rizičnog stanja nego cjelovitog ljudskog bića. Ovakvo proširenje definicije farmakoterapije sukladno je definiciji farmaceutikalizacije, s obzirom da farmakoterapija postaje njenom središnjom praksom.

U nastavku će se opisati medikalizacija od njezinih izvornih varijanti do suvremenije teorijske transformacije. Potom će se ukratko opisati „rođenje“ farmaceutikalizacije kroz Conradov doprinos medikalizaciji. S obzirom da farmaceutikalizacija kao koncept nastaje u recentnim analizama medicinske sociologije, ona preuzima veliku većinu teorijskih postavki osuvremenjene teorije medikalizacije. Pritom će biti riječi o biomedikalizaciji kao značajnijem smjeru rekonceptualizacije medikalizacije koji je ujedno koristan za razumijevanje konteksta u kojem nastaje farmaceutikalizacija. Time ujedno započinje temeljita analiza farmaceutikalizacije kroz njene ključne sadržajne domene.

## 4.2. O ranim teorijama medikalizacije

Krajem 60-ih godina prošlog stoljeća, koncept medikalizacije ulazi u terminološki aparat medicinske sociologije kao dio kritičkog arsenala o dominaciji i ekspanziji medicine u društvu. Nedugo nakon prvih teorijskih elaboracija postaje dijelom diskursa popularne kulture, označavajući proces kojim područja iz svakodnevnog života ulaze u djelokrug medicinskih

---

<sup>13</sup> Eng. *life-style drugs*.

<sup>14</sup> U PDE-5 lijekove spada nekoliko supstanci od kojih se najčešće koristi sildenafil (npr. Viagra) i tadalafil (Cialis), a koriste se za liječenje erektilne disfunkcije. Holt (2009) navodi da se PDE-5 lijekovi koriste i bez liječničke dijagnoze u svrhu „obogaćivanja“ seksualnog života što ih čini tipičnim lijekovima životnog stila.

<sup>15</sup> Eng. *enhancement drugs* ili *cognitive enhancement drugs* su lijekovi za poboljšavanje ili unaprjeđenje kognitivnih mogućnosti ili performansi (pamćenje, koncentracije, jezične sposobnosti, percepcija, itd.) uslijed odsustva klinički definirane bolesti (Williams et al, 2011c). Kao podskupina lijekova za poboljšanje postoje tzv. nootropici (ili eng. *smart drugs*) koji se koriste u istu svrhu, ali mogu biti biljnog podrijetla ili dodaci prehrani te mogu se nabaviti bez recepta ili putem Interneta (Ward, 1990). No, aktualnija tema su lijekovi dostupni samo uz recept koji se ne koriste samo za službeno propisane dijagnoze, nego i u unapređivačke i „rekreativne“ ne-medicinske svrhe. Primjerice, Ritalin (metilfenidat farmaceutske kompanije Novartis, odobren za liječenje ADHD-a) koriste učenici i studenti kao pomoć pri učenju ili lijekovi supstance modafinil (odobreni za liječenje narkolepsije, kroničnog umora i sl.) koje koriste vojnici, sportaši i novinari za budnost (Williams et al, 2008b).

autoriteta. Termin *medikalizirati* u doslovnom prijevodu znači „učiniti medicinskim“, dok u kolokvijalnom smislu najčešće znači „učiniti pretjerano medicinskim“.

Opisujući kontekst u kojem se javlja sam proces medikalizacije, Conrad (2007) navodi prisutnost sljedećih procesa: slabljenje utjecaja religije uz sve veću vjeru u svemogućnost znanosti i znanstvenog napretka, racionalnost, osnaživanje prestiža i moći medicinske znanosti, uvjerenost u tehnološka i medicinska rješenja za individualne i društvene probleme te općeniti humanitarni trend u zapadnjačkim društvima. Svi navedeni procesi vezani su uz uspon zapadnjačke medicine, koji počinje krajem 19. stoljeća. Nakon 1945. godine započinje nagli napredak biomedicinskog i farmaceutskog sektora, ponajviše u ekonomskom smislu. Inovativnost, posebice na farmakološkom planu, ne prati nagli porast ekonomske vrijednosti tih sektora, bez obzira na izdašni doprinos privatnih i javnih investicija. LeFanu (2002) smatra da je tadašnji farmakološki vrhunac i dalje predstavljaju penicilin, kortizon (kortiko-steroid) i klorpromazin. Istovremeno je prisutna intenzivna medikalizacija ljudskih života. Donedavni društveni problemi poput alkoholizma, abortusa i narkomanije svojevrsno izlaze iz sfere autoriteta prava i socijalne skrbi te ulaze u sferu medicine. To je tzv. transformacija „*from badness to sickness*“ (Conrad & Schneider, 1980). Zatim u sferu medicinskih problema postupno ulaze porod, smrt, kontracepcija, menopauza, PTSD<sup>16</sup>, PMS<sup>17</sup>, ADHD<sup>18</sup> i CFS<sup>19</sup>. Najznačajniji oblici medikalizacije događaju se na području psihijatrije u kojem se prostor definiranja normalnog i nenormalnog ponašanja stalno sužava tj. sve veći broj dotad normalnih ili neprimijećenih ponašanja dobivaju dijagnostičku klasifikaciju (Conrad, 2007). Nešto kasnije medicinskim problemom postaju i određene fizičke i/ili estetske nepoželjnosti poput pretilosti, čime započinje put prema razvoju estetske medicine.

Kritički smjer tadašnje misli u medicinskoj sociologiji nastaje zbog pretjeranosti u navedenim procesima koji više pogoduju svim instancama zdravstvene sfere nego krajnjim korisnicima tj. pacijentima. Uslijed nastale asimetrije u moći, pacijente se pozicionira kao pasivne, poslušne i zavisne. Iz tog razloga Szasz kasnih 60-ih godina kritizira psihijatrijsku struku da (normalno) svakodnevno ponašanje transformira u psihopatološko stanje – kao poremećaj ili bolest, zbog profesijske i/ili ekonomske koristi (2007). Iz marksističke perspektive, Ivan Illich 1975. godine u *Medicinskoj Nemezi* piše o jatrogenim efektima moderne medicine i posljedicama medicinskog imperijalizma, koji stvaraju „morbidno

---

<sup>16</sup> Eng. *post-traumatic stress disored.*

<sup>17</sup> Eng. *pre-menstrual syndrome.*

<sup>18</sup> Eng. *attention-deficit/hyperactivity disorder.*

<sup>19</sup> Eng. *chronic fatigue syndrome.*



društvo“ pretjerane ovisnosti o lijekovima i liječnicima. U nešto manje radikalnoj maniri Zola (1972) piše o ekspanziji medicinske jurisdikcije na sve veći i veći broj područja ljudskog života, deklarativno u ime zdravlja, ali ciljano u svrhu društvene kontrole, koja je, kao pokretač medikalizacije, najduže ostala u konceptualizacijskom fokusu. Primjerice, Conrad (1992) navodi kako najveća moć u vidu društvene kontrole proizlazi iz autoriteta koji omogućuje definiranje određenih ponašanja, stanja i stvari. Većina spomenutih autora smatra da porast medicinskih dijagnoza i bolesti reflektira dominaciju medicinske profesije u društvu, koja ima autoritet i sposobnost za redefiniranje društvenih devijantnosti i disfunkcionalnosti. U vidu potrošnje lijekova, takvo objašnjenje može samo djelomično objasniti porast, jer u središte pažnje pozicionira samo medicinske profesionalce i institucije u relaciji s pasivnim pacijentima. Takva unidimenzionalnost na planu aktera medikalizacije zanemaruje važnost kolektivne akcije koja nastaje uslijed interakcija između medicinske ekspertize i društvenih pokreta, udruga pacijenata te samih pacijenata u procesu medikalizacije. Primjerice, Szasz (2007) ističe kako je psihijatrija samo jednim dijelom zaslužna za sužavanje i fluidnost granica između normalnog i nenormalnog jer istovremeno postoji opće društveno snižavanje praga tolerancije na blage simptome, niske rizike i umjerenu bihevioralnu devijantnost.

Velika većina teorija naglašava konstitucijske, jurisdikcijske i institucionalne aspekte medikalizacije, fokusirajući se prvenstveno na procese kojima nešto postaje medikalizirano. Polazi se od socijalnog konstrukcionizma, kojim se objašnjava kako određeni dijelovi ljudskog života kroz diskurzivno definiranje postaju medicinski relevantni. Shodno tome, Conrad i Schneider (1980) navode tri razine medikalizacije: (a) konceptualna (korištenje medicinskih modela i terminološkog aparata za redefiniranje nekog problema); (b) interakcijska (redefiniranje ne-medicinskog problema u medicinski u interakciji liječnik-pacijent); (c) institucionalna (korištenje medicinskog osoblja i legitimacija medicinskom menadžmenta u ne-medicinskim pozicijama). Takav pristup svojstven je američkoj školi medicinske sociologije.

Koristeći kritičku perspektivu, britanski sociolozi su duži niz godina bili fokusirani na profesijsku dominaciju i kontrolu te medicinski imperijalizam, da bi se kasnije okrenuli empirijskim istraživanjima medicinskih institucija, sustava javnog zdravstva, utjecaja medija, odnosa liječnika/ljekarnika i pacijenta, regulatornih tijela te u konačnici farmaceutske industrije (Abraham & Davis, 2009, 2011; Abraham & Reed, 2001; Ebeling, 2011; Fox & Ward, 2008; Padamsee, 2011; Williams et al, 2008). Može se reći da u istraživačkim radovima britanskih autora dominiraju teme koje će kasnije postati sadržajne dimenzije

koncepta farmaceutikalizacije. Međutim, postoji i treća „struja“ teoretiziranja medikalizacije, koja polazi od radova Michaela Foucaulta. U svom djelu *Rađanje klinike* (2009) autor smatra da je medikalizacija moderni mehanizam moći koji je nastao paralelno s modernim kapitalizmom, a utjelovljuje se u profesijskoj moći medicinskih eksperata. Kroz njihov „medicinski pogled“<sup>20</sup> bolesnici postaju objekti nadzora i tehnološke intervencije. Nadzor je potreban jer stvara normu prema kojoj smo svi pacijenti, a učinivši nas pacijentima, stvorena je zavisnost o autoritetu medicinskih eksperata. Takva norma također služi za provođenje tzv. *biomoći* kojom se disciplinira i modificira društvo putem institucija koje svoj legitimitet crpe prvenstveno iz općeprihvaćene znanosti.

Sve inačice teorije medikalizacije imaju određene zajedničke karakteristike. Prvo, u središtu uobičajenog analitičkog okvira nalaze se medicinske institucije i profesionalci te razvoj i apliciranje njihova znanstvenog gledišta na određene dijelove ljudskog života. Drugo, navedeni akteri na taj način provode kontrolu na nekoliko načina. Primjerice, medicinske institucije i profesionalci koriste medikalizaciju za kontrolu devijantnosti kroz nadzor i apliciranje medicinske znanosti na svakodnevni život (Conrad & Schneider, 1980). Tek se u suvremenim inačicama medikalizacije navodi kako i pacijenti tj. potrošači koriste medikalizaciju kako bi (svjesno) kontrolirali i poboljšali svoja tijela (Clarke et al., 2003). Treće, medikalizacija nikad nije potpuna, nego je prisutna u određenoj mjeri. Primjerice, porod ili teški oblici mentalnih poremećaja su potpuno medikalizirani, menopauza ili ovisnosti samo djelomično, a zlostavljanje partnera ili supružnika minimalno. Conrad (2007) navodi nekoliko razloga stupnjevitosti medikalizacije: suglasnost medicinske profesije oko određenog stanja ili bolesti, nova etiološka otkrića, dostupnost i cijena terapije, pokrivenost medicinskim osiguranjem, postojanje grupa koje promoviraju ili propitkuju medicinske definicije, itd. Četvrto, medikalizacija ovisi o sužavanju ili širenju medicinske kategorije ili dijagnoze. Primjerice, pored seksualnih disfunkcija muškaraca (npr. erektilne), postoje i službena definiranja (novih) ženskih seksualnih disfunkcija. Peto, medikalizacija je dvosmjerni proces u smislu da postoji i demedikalizacija. Tipični primjeri demedikalizacije su masturbacija i homoseksualnost. Važno je istaknuti da su posljednje tri karakteristike (stupnjevitost, dijagnostičko sužavanje ili širenje te dvosmjernosti) ujedno i svojstvene konceptu farmaceutikalizacije.

---

<sup>20</sup> Eng. *medical gaze*.

### 4.3. Revidiranje teorije medikalizacije

Početakom 21. stoljeća u medicinskoj sociologiji nanovo započinju diskusije o važnosti koncepta medikalizacije, ali i potrebi za njegovim revidiranjem jer (tada već „klasične“) teorije medikalizacije ne mogu adekvatno popratiti i objasniti stvarne procese i fenomene u medicini, zdravstvu te posebice u farmaceutici koja je postala nerazdvojnim dijelom zdravstvene sfere zbog svoje ekonomske i političke moći. Kleinman (u: Bell & Figert, 2012) navodi tri razloga nužnosti revidiranja koncepta medikalizacije: (1) koncept medikalizacije je u teorijskom smislu moderni koncept te u vremenu post-moderne i kasnog kapitalizma ne može u cijelosti obuhvatiti fenomene koje bi trebao objasniti. Primjerice, kontrola društva kao jedna od osnovnih svrha medicinskih institucija je inherentna općenitijem procesu modernizacije; (2) proces medikalizacije nije prestao, nego se neprestano transformira, i to mnogo brže nego u vremenu nastanka koncepta, koji je sada na granicama relevantnosti, jer izvorno nije bio osmišljen da podjednako obuhvati pozitivne i negativne posljedice procesa medikalizacije; (3) umjesto daljnjeg širenja i modificiranja postojećeg koncepta, potrebno ga je osuvremeniti potpuno novim temeljima i te učiniti ga komplementarnim s postojećim konceptima poput farmaceutikalizacije, geneticizacije<sup>21</sup> i biomedikalizacije. U funkcionalnom smislu to znači da je dobrodošla „podjela rada“ između navedenih koncepata kako bi se izbjegle slabosti koje nastaju kada jedan koncept pokušava objasniti sve ili je temeljen na postavkama koje više ne reflektiraju realitet. Tipičan primjer toga je naglašavanje autoriteta i moći liječnika u okviru propisivanja lijekova. Iako liječnici jesu ostali ključni akteri u propisivanju lijekova, svejedno postoji značajan utjecaj farmaceutske industrije na liječnikov odabir lijeka (Marshall, 2006; Padamsee, 2011). Osim toga, farmaceutske kompanije su pacijentima omogućile zaobilazanje odluka i preporuka medicinskih eksperata, potičući različite oblike samo-propisivanja i samo-liječenja, čime autoritet liječnika nije u potpunosti narušen, nego samo oslabljen (Ebeling, 2011). Također, objašnjavanje medikalizacije isključivo na temelju profesionalne dominacije nije valjano jer je moć liječnika ipak ograničena zakonom, bioetičkim principima, dokazno-utemeljenom medicinom<sup>22</sup> te

---

<sup>21</sup> Koncept koji podrazumijeva povećano korištenje uvida iz genetike u svrhu upućivanja na razlike između pojedinaca ili grupa te određivanje rizičnosti od različitih oboljenja uz naglašavanje potrebe za medicinskom intervencijom.

<sup>22</sup> Eng. *evidence-based medicine*. Krajem 20. stoljeća dokazno-utemeljena medicina je postala novim „zlatnim standardom“, koji klinički praksu nominalno štiti od (pristranih) individualnih prosudbi i komercijalnog interesa. Temeljena je na tehnološkom napretku u dijagnostici i rigoroznom korištenju meta-analiza dotadašnjih kliničkih studija, a svrha joj je bolje razumijevanje terapijskih ishoda, njihova predikcija te minimiziranje rizika. Tomes (2007) navodi da dokazno utemeljena medicina najbolje reflektira racionalnost kasne moderne kakvog opisuju Beck i Giddens. Ali također ukazuje na mogućnost da se njome medicinska dominacija zamjenjuje znanstveno istraživačkom koja i dalje u izvjesnoj mjeri isključuje pacijente.

zahtjevima pacijenata za autonomijom i partnerskim odnosom. Štoviše, proces medikalizacije je s vremenom čak i doprinjeo deprofesionalizaciji medicinske struke. Furedi (2008) kao ključno prijelazno razdoblje navodi 80-te godine prošlog stoljeća, kada se kritika medicinske profesije uklopila u širi kontekst društvene sumnje u različite znanstvene, političke i religijske autoritete. Ishod je bio trend prema umanjivanju individualne liječničke prosudbe kroz institucionalizaciju kliničkog upravljanja i izvjesnu standardizaciju kliničkih smjernica za propisivanje terapije. Uvedena je državna regulacija potrošnje lijekova i olakšana mogućnost pravnih tužbi. Nastali društveni pokreti (npr. za borbu protiv AIDS-a) i udruge pacijenata dodatno su oslabili jednostrano definiranje medicinskih kategorija. Njihov uspjeh u medikaliziranju određenih stanja (npr. sindrom Zaljevskog rata) ili bolesti (npr. fibromijalgija, rak dojke) nije nužno oblik deprofesionalizacije. S druge strane, različiti životni guru, mentori, travari i psihoanalitičari započeli su eroziju liječničkog monopola nad dijagnozom. Sve u svemu, može se reći da je liječnički autoritet oslabljen, ali zbog sve jače simbioze između medicinske profesije i farmaceutske industrije, bolji termin je restrukturiranje autoriteta, što je najbolje vidljivo analizom koncepta farmaceutikalizacije.

U svrhu revidiranja koncepta medikalizacije potrebno je sagledati i pozitivne posljedice medikalizacije. To je ujedno i put ka otklanjanju vrijednosne pristranosti, koja je nužna za postizanje efikasnog i vrijednosno neutralnog analitičkog oruđa. Kako bi se bolje rasvijetlile pozitivne posljedice procesa medikalizacije, potrebno je sagledati medicinu u nešto drugačijem svjetlu. Neupitno je da autoritet medicine proizlazi iz njezine znanstvene utemeljenosti. Svrha prakse koju legitimira taj autoritet jest smanjenje patnje i prevalencija bolesti te promoviranje individualnog i kolektivnog zdravlja. Međutim, medicina nije jedinstveni entitet s univerzalnim, transkulturnim i transhistorijskim modelom djelovanja. Kroz vrijeme je medicina (ali i farmaceutika) odgovarala na aktualne zdravstvene, a povremeno i društvene probleme koji su bili prisutni ili projicirani u tom trenutku od strane socio-kulturnog okružja. Na tragu toga, Rose (2007) navodi tri ključne dimenzije koje opisuju medikalizaciju kao pozitivan i nužan proces: (1) *Medicinski način života* podrazumijeva utjecaj medicine na higijenzaciju urbanog života (sanitarije, kanalizacije, groblja, čista voda i hrana), higijenzaciju privatnog života (pranje zubi, menstruacija, defekacija), izvjesnu depatologizaciju suživota s bakterijama, virusima i parazitima te individualni „menadžment“ seksualnosti (kontracepcija); (2) *Medicinsko značenje* podrazumijeva isprepletenost medicinskog i ne-medicinskog diskursa (npr. „društvo kao kolektivni organizam“, „slomljena kičma gospodarstva“) te konstrukciju značenja i interpretaciju

iskustva kroz termine zdravlja, bolesti, zdravstvenog rizika te zdravog života.; (3) Posljednjom dimenzijom, tj. *medicinskom ekspertizom* Rose želi naglasiti pozitivne učinke liječničkog djelovanja izvan dijagnosticiranja i propisivanje terapije, koji su značajno utjecali na individualni menadžment života (reproduktivne tehnologije, rađanje, starost, psihički problemi, itd.), kao i na kolektivni menadžment života (prostorno mapiranje i istraživanje bolesti, regulacija epidemija, edukacija itd.). Navedene Roseove dimenzije pokazuju kako je kritička perspektiva koncepta medikalizacije redukcionistička jer postavlja medikalizaciju kao zaključak analize, a zapravo bi trebala biti početak.

Sljedeća značajna postavka nužna za revidiranje jest da medikalizacija implicira pasivnost medikaliziranih, a posebice farmaceutikaliziranih pojedinaca ili grupa. Tipičan primjer je tvrdnja da kampanje osvještavanja o bolesti<sup>23</sup> uvjeravaju potencijalne potrošače da svoje probleme i tegobe jednostavno „prevedu“ u dijagnostičku kategoriju, ne bi li se time aktiviralo ili proširilo tržište farmaceutskih pripravaka. Liječnici, kao i farmaceutske kompanije, ne nameću (nove) dijagnostičke kategorije jer suvremene marketinške tehnike ne podrazumijevaju potpuno submisivnu publiku. Štoviše, ciljani potencijalni potrošači su aktivni, informirani i reflektivni i njihove potrebe treba upoznati i razumjeti. Marketingom se na taj način ne stvaraju lažne potrebe, nego se traži razumijevanje želja potencijalnih potrošača te načini povezivanja njihovih navika s proizvodom. Zbog toga Rose (2007) navodi da su ti procesi unakrsna konstrukcija potreba i ponude, koja je isprepletana očekivanjima, a ne jednosmjernim nametanjem potrebe. Doduše, u tu arenu ne ulaze svi akteri s identičnim resursima. Akademske zajednice, regulatorna tijela i farmaceutske kompanije imaju primat u promoviranju i (re)definiranju medicinskih kategorija, a nakon njih slijede društveni pokreti i udruge/akcije pacijenta. Bez obzira na to, pojedinci si ti koji u krajnjoj instanci prihvaćaju ili sudjeluju u širenju novo medikaliziranog ili farmaceutikaliziranog stanja ili bolesti.

Isti problem koncepta medikalizacije, tj. tu pasivnost medikaliziranih uviđa i Devisch Ignaas (2011) kada kritizira kritičku tradiciju medikalizacije. Međutim, on naglašava da su pojedinci i grupe prekomjerno aktivni na način da se ne opiru procesu medikalizacije, nego u sve većoj mjeri sudjeluju u njemu, posebice kada im sustav javnog zdravstva to dopušta. Dokaz tome su sve češći odlasci liječniku, procvat privatnih poliklinika, sve veća dostupnost i propisivanje lijekova te porast konzumacije raznih suplemenata prehrani (vitamini, sredstva za mršavljenje, imunitet itd.). S gledišta države i institucija zdravstvenog osiguranja, takav

---

<sup>23</sup> Eng. *disease-awareness campaigns*.

oblik konzumacije svega što se medikalizira ili je već medikalizirano postaje sve veći financijski teret. „Biti zdrav“ postaje značajan trošak i za pacijenta. Takvom strogo individualiziranom i refleksivnom pacijentu briga o zdravlju postaje osobna dužnost jer prevladava društvena norma rizičnog života. Drugim riječima, prevencija je društveno konstruirana kao individualna dužnost (Maturu, 2012). Ako i ne brinemo o svojem zdravlju na način kako nam suvremena medikalizacija (i farmaceutikalizacija) omogućuje, automatski postajemo zdravstveni delikventi u očima naših prijatelja, kolega i obitelji (Ignaas, 2011). Istovremeno, promocija zdravlja postaje opsesija<sup>24</sup>, ali na način da je zdravlje nedostižno, a bolest je „normalno stanje“. Ovdje nastaje zanimljiv preokret u kojem država na svojevrsan način pokušava usporiti proces medikalizacije, a krajnji potrošači koriste farmaceutske kompanije za ispunjavanje svojih potreba. To, naravno, najviše pogoduje farmaceutskoj industriji, jer joj se umanjuje uloga ideološkog negativca koji djeluje samo sukladno profitnoj dobiti. Evidentna je i dijametralna suprotnost ovakvog koncepta medikalizacije (koji prvenstveno opunomoćuje pacijente i potrošače, a oslabljuje autoritet medicinske profesije) i Illichevskog koncepta medikalizacije, koji promovira profesijske interese. Furedi (2008) objašnjava taj konceptualni prijelaz medikalizacije „odozgo“ na medikalizaciju „odozdo“ zbog obnovljenog interesa za Foucaulta<sup>25</sup>. Međutim, i fiksacija na medikalizaciju „odozdo“ može završiti u negativističkoj slijepoj ulici poput ranih teorija, samo što je sad sva krivnja prebačena na medikalizirane aktere koji su dovoljno upućeni i kompetentni za brigu o svom zdravlju. Određena kompetentnost nastaje zbog intenzivne diseminacije informacije putem Interneta, medija, itd. Edukacija i olakšan pristup informacijama demokratizirali su konstrukciju znanja i pluralizirali izvore znanja (Clarke et al, 2003) te tako omogućili pacijentima nešto veći stupanj autonomije. To, naravno, ne implicira nastanak modela laičke dominacije kao kontrasta paternalističkoj profesijskoj dominaciji. Stvarno stanje stvari nije objašnjivo korištenjem smo jednog od spomenutih modela. Može se spomenuti da čak i hipokratski model djelovanja („u ime i za dobrobit pacijenata“) postaje hipokritski zbog teško pomirljive dijalektike interesa između svih aktera zdravstvene sfere. Kao moguće rješenje, Tomesova (2007) predlaže unapređivanje kolaborativnog modela, kojim će se proizvesti znanstveno utemeljene smjernice koje su istovremeno valorizirane od strane medicinske

---

<sup>24</sup> Diskurzivna internalizacija zdravstvenih sintagmi u svakodnevnici poput: (eng.) *healthy lifestyle*, *health-maintenance* i *healthy living*, itd. (Clarke et al, 2011)

<sup>25</sup> Za razliku od ranih teorija koje su naglašavale važnost profesijske moći i interesa, zagovornici Foucaultove teorije naglašavaju važnost medicinskog diskursa u konstrukciji identiteta koji se ostvaruje kroz samoupravljanje (eng. *self-administration*), samo-regulaciju (eng. *self-regulation*) i samo-nadziranje (eng. *self-surveillance*) na planu vlastitog zdravlja. Ali ti mehanizmi su samo specifičan oblik moći koji dolazi putem diskursa eksperata te, promovirajući zdravlje kao osobni cilj i odgovornost, služi za nadzor i normalizaciju individua i populacija (Clarke et al, 2003).

profesije i pacijenata, ali neovisne od tržišnih utjecaja drugih aktera. Drugim riječima, ako se inicira medikalizacija ili farmaceutikalizacija nekog stanja ili bolesti, trebalo bi je uobličiti podalje od profitom vođenih aktera, prvenstveno farmaceutske industrije. Zbog utjecaja industrije, to je u većini slučajeva neizvedivo, a ponekad isti procesi započinju kolaboracijom upravo između farmaceutske industrije i pacijenta ili medicinske profesije.

Sljedeća zanemarena postavka ranih teorija medikalizacije jest utjecaj kulture. Percepcija zdravlja i bolesti oblikuje se kulturnim kontekstom i prostorom iskustva, a ponašanje se usklađuje s prevladavajućim kulturnim normama. Proces medikalizacije je dodatno potaknut socio-kulturnim procesima tj. potrebama za novim medicinskim kategorijama koje su nužne za stvaranje smisla u prisustvu egzistencijalnih problema. Ljudi imaju unutarnju čežnju da se smatraju bolesnima, ali u svom kulturnom kontekstu pronalaze spremne i medikalizirane interpretacije svojih problema i tegoba (Furedi, 2008). U trenutku kada su im dijagnoze ponuđene kao interpretacijske vodilje za stvaranje smisla glede svojih problema, ljudi će nagnjati percepciji sebe kao sve bolesnijima. Štoviše, potrebe za dijagnozom i medikalizacijom se dodatno uvećavaju uslijed kulturoloških promjena koje izazivaju bespomoćnost, ranjivost i gubitak društvene solidarnosti. U takvom društvenom kontekstu nastaju medicinske kategorije i dijagnoze za poremećaje, sindrome i bolesti koje u svojoj suštini predstavljaju odmak od normi svakodnevnih interakcija ili ih jednostavno onemogućuju. Furedi u toj potrebi za dijagnozom koja je dodatno ojačana zbog pomutnje u percepciji sebe vidi mogući uzrok povećanog broja ljudi koji se smatraju bolesnima te, shodno tome, povećane potrošnje lijekova. Neovisno o validnosti tog argumenta, evidentna je važnost i socio-kulturnog u promišljanju o konceptu medikalizacije. S druge strane, Bell i Figert (2012) naglašavaju važnost socio-kulturnog konteksta kroz svojevrsnu kritiku koncepta medikalizacije i farmaceutikalizacije, za koje smatraju da su previše zapadnjački orijentirani te zanemaruju zemlje u razvoju. Zauzevši post-modernističku perspektivu i medicinsku antropologiju kao polazište, upozoravaju na probleme kreiranja sveobuhvatnih teorija medikalizacije koji posebice dolaze na vidjelo prilikom provođenja empirijskog istraživanja u ne-zapadnjačkom socio-kulturnom kontekstu.

#### 4.4. Prema farmaceutikalizaciji

Peter Conrad u svom radu *Shifting engines of medicalization* navodi sljedeće: „Liječnici su i dalje „čuvari“<sup>26</sup> medicinske skrbi, ali njihova uloga postala je u izvjesnoj mjeri podčinjenija u procesima (de)medikalizacije. Medikalizaciju danas više potiču komercijalni i tržišni interesi nego medicinska ekspertiza. Srž određenja medikalizacije ostaje ista, ali dostupnost novih farmaceutskih pripravaka i genetske terapije otvara mogućnosti za nove medicinske kategorije. To zahtijeva pomak u sociologijskom promišljanu medikalizacije u 21. stoljeću“ (2005:3). Uz dosad navedene postavke, koje su nužne kako bi koncept medikalizacije bio primjenjiviji u 21. stoljeću, situacija postaje ponešto kompleksnija kada se uključe drugi akteri i fenomeni koji također značajno utječu na proces medikalizacije, a do sada su bili od sekundarnog interesa. To su, prema Conradu (2005), biotehnologija (posebice farmaceutska industrija i genetika), konzumerizam i promjene u sustavu zdravstvene zaštite. Rasprava o navedenim „pokretačima promjena“ potaknula je razvoj koncepta farmaceutikalizacije.

Različiti oblici biotehnologije i farmaceutike su oduvijek bili dio procesa medikalizacije. U početku su prvenstveno olakšavali medikalizaciju, ali osnaživanjem farmaceutske industrije postaju i pokretačima medikalizacije. Farmaceutska industrija prestaje biti samo proizvođačka komponenta farmakoterapije, nego postaje akter sposoban za poticanje, ograničavanje i modificiranje farmakoterapije. Time neminovno sudjeluje i u procesu medikalizacije – konstruirajući nove medicinske kategorije, i u procesu farmaceutikalizacije – re(definirajući) potrebe za farmaceutskim pripravcima. Jedan od uzroka takve promjene je sve veća orijentacija farmaceutske industrije na produciranje financijske dobiti, nužne za opstanak na sve konkurentnijem tržištu. Neoliberalna logika u farmaceutici formira dvostruku odgovornost industrije: prema dioničarima i prema potrošačima. S druge strane, napredak genetike otvara nove mogućnosti za farmaceutikalizaciju, posebice u vidu farmakogenomike<sup>27</sup>. Drugi pokretač suvremene medikalizacije su konzumerizam i sve jača izjednačenost pacijenata s tipičnim potrošačima. Izjednačenost je dvosmjerno potaknuta jer (potencijalni) pacijenti svojim praksama od sebe stvaraju potrošače, dok im istovremeno više instance medicinske i društvene sfere to

---

<sup>26</sup> Eng. *gatekeepers*.

<sup>27</sup> Dio farmakološke znanosti koja istražuje povezanosti gena i metabolizacije lijekova u svrhu smanjenja škodljivosti i povećanja efektivnosti farmakoterapije. Farmakogenomika vodi ka personaliziranoj farmakoterapiji tj. prilagođavanja lijekova određenom pacijentu na temelju njegova genotipa (Jacobsen & Wertheimer, 2010).



omogućavaju. U komodifikaciji zdravlja nema polazišnog „krivca“ jer sve strane podjednako perpetuiraju konzumeristički oblik djelovanja. Treći pokretač promjena su nacionalni sustavi zdravstvene skrbi, koji su također u izvjesnoj mjeri podlegli neoliberalizaciji, posebice u vidu sve češćeg i naizgled nužnog partnerstva s farmaceutskom industrijom (Staničić & Loparić, 2008; Špoljar Vržina, 2008). Nastale su značajne promjene u radu regulatornih agencija na planu financiranja te procedure registracije novih lijekova. Koncept javnog zdravstva također prolazi kroz određene promjene (procvat privatnih poliklinika, tržišna liberalizacija zdravstvenog osiguranja, sve veći broj procedura i lijekova postaje djelomični ili potpuni trošak za same pacijente itd.).

Doprinos Conradove analize suvremene medikalizacije za razvoj koncepta farmaceutikalizacije je isticanje kako farmaceutska industrija ima sve veći utjecaj na demarkaciju normalnog/abnormalnog i zdravlja/bolesti, što je čini, prema ranim teorijama medikalizacije, akterom koji provodi oblik društvene kontrole. Sličan zaključak je donio i Zdravstveni odbor britanskog Donjeg doma<sup>28</sup> u svom opsežnom izvještaju u kojem navode da „iako farmaceutska industrija nije jedini krivac za nastalu situaciju nezdrave zavisnosti i prekomjerne upotrebe lijekova, zasigurno joj je doprinijela“ (2005; 4). Nasuprot tome, konzumerizmom u zdravstvu moguće je objasniti izostanak otpora pacijenata/potrošača, koji više ne mogu računati da će sustav zdravstvene zaštite djelovati isključivo njima u korist.

#### 4.4.1. Biomedikalizacija

Novonastalu društveno-medicinsku složenost podjednako dobro elaboriraju Clarke i suradnici (2003; 2011), koristeći novi koncept za opisivanje strukturalnih promjena nastalih oko 1985. godine. Biomedikalizacija je kompleksni proces koji djeluje na svim razinama društvene stvarnosti, a konstituira, reproducira i transformira se kroz i pomoću različitih društvenih struktura, akcija i interakcija. Prijelaz iz modernističke medikalizacije u post-modernističku biomedikalizaciju događa se uslijed pet međusobno povezanih neoliberalno političko i ekonomsko uređenje biomedicinskog uslužnog kompleksa procesa: (1) neoliberalno političko i ekonomsko uređenje biomedicinskog uslužnog kompleksa<sup>29</sup>; (2) usredotočenost na zdravlje i biomedicinski nadzor u terminima rizika; (3) porast tehno-

---

<sup>28</sup> Eng. *House of Commons Health Committee*.

<sup>29</sup> Proces koji uključuje korporatizaciju i privatizaciju (za razliku od državnog financiranja) istraživanja, proizvodnje i usluga, komodifikaciju zdravlja te socio-ekonomsku stratificiranost u pristupu medicinskim uslugama.

znanstvenosti u biomedicinskim praksama i inovacijama; (4) transformacija proizvodnje, upravljanja, distribucije i korištenja biomedicinskog znanja; (5) transformacija tijela uz transformaciju kolektivnih i individualnih identiteta. Važno je napomenuti da su posljedice spomenutih procesa kumulativne i kontekstualno uvjetovane, dok sami procesi ne započinju istovremeno i ne napreduju jednakim intenzitetom.

Biomedikalizacija je teže primjenjiv okvir za opisivanje nastanaka/prijelaza nekog problema/tegože iz svakodnevnice u područje medicine ili farmacije. Koncentrirajući se na kontrolu i normalizaciju, medikalizacijom se opisuje transformacija društvenih devijantnosti u medicinske kategorije, a biomedikalizacijom se opisuju transformacije u medicini i ljudskim tijelima pomoću tehno-znanstvenih intervencija, koje nisu nužno usmjerene na normalizaciju, nego i ne poboljšanje/unaprjeđenje. Također, koncept biomedikalizacije je daleko širi od medikalizacije i, s obzirom da uključuje sve što je nedostajalo ranim teorijama medikalizacije, vrlo je koristan za opisivanje konteksta procesa medikalizacije ili farmaceutikalizacije.

## 5. Farmaceutikalizacija

### 5.1. Definiranje koncepta farmaceutikalizacije

Najprecizniju definiciju farmaceutikalizacije nudi Abraham, prema kojoj je riječ o „procesu kojim liječnik, pacijent (ili oboje) tretiraju lijekovima ili smatraju da je potrebna intervencija lijekovima za razna društvena, bihevioralna ili tjelesna stanja“ (2010a; 604). Nešto širu definiciju nude Williams i suradnici, shodno kojima „farmaceutikalizacija označava translaciju ili transformaciju stanja, sposobnosti i mogućnosti u prilike za intervenciju farmaceutskim pripravcima“ (2011; 711). Ova se definicija razlikuje od Abrahamove na dva načina. Prvo, podrazumijeva farmakoterapiju u širem smislu tj. kada primjena farmaceutskih pripravaka može biti van medicinske ekspertize ili u ne-medicinske svrhe. Koristeći Conradovu (2007) klasifikaciju lijekova, Williams i suradnici lijekove razlikuju kao pripravke za normalizaciju (uspostavljanje psiho-fizičkog stanja prema standardu kojeg pacijent/liječnik definira kao aktualnu normu), restoraciju (obnova ili povratak psiho-fizičkog stanja prema referentnom standardu) i augmentaciju (nadilaženje norme pojačanjem nekog psiho-fizičkog stanja). Drugo, definicija implicira „točku preokreta“ tj. uspješno farmaceutikaliziranje nekog stanja. Kako bi naglasili uvjetovanost kontekstom i procesni karakter, Williams i suradnici nadopunjuju definiciju farmaceutikalizacije opisavši je kao „dinamičan, kompleksan i heterogen proces koji je dio dugotrajne konstrukcije farmaceutskog tržišta pomoću određenih socio-ekonomskih aktivnosti, a uključuje različite aktere poput liječnika, pacijenata, potrošača i regulatornih tijela. Te aktivnosti doprinose cjelokupnoj dinamici farmaceutikalizacije pritom šireći utjecaj i moć farmaceutske industrije. Doseg farmaceutikalizacije će varirati od slučaja do slučaja jer ovisi o kontekstu i međugri uključenih aktera“ (2011; 721). U usporedbi s medikalizacijom i biomedikalizacijom, farmaceutikalizaciju obilježava transformacija aspekata ljudskog iskustva u predmet farmaceutske intervencije, za razliku od općenitijih biomedicinskih intervencija.

Tematski gledano, farmaceutikalizacija se najčešće primjenjuje na psiho-socijalna i „lifestyle“ područja medicine, dok većina teoretičara medikalizacije i farmaceutikalizacije posjeduje određenu „teleološku fiksaciju“ na širenje i povećanje potrošnje lijekova (Abraham, 2010a). Međutim, kao i medikalizacija, farmaceutikalizacija je stupnjeviti i dvosmjerni proces. Stupnjeviti je u smislu da su određene bolesti i stanja u potpunosti farmaceutikalizirana (npr. bakterijska oboljenja), a neka samo djelomično, budući da postoji alternativa farmakoterapiji

(npr. pretilost). Dvosmjernost procesa tj. pojava defarmaceutikalizacije u praksi je vrlo rijetka – najčešće je riječ o zamjeni jedne generacije lijeka drugom, ali rijetko kad potpunom ukidanju, posebice ako mu ne prethodi demedikalizacija.

Farmaceutikalizacija najčešće nastupa nakon medikalizacije, neovisno o tome je li medikalizacija potaknuta od strane medicinske profesije i/ili samih pacijenata, ili je, pak, rezultat tehnološko-dijagnostičkog napretka. Moguće su i situacije u kojima se farmaceutikalizacija događa bez medikalizacije jer određeno stanje već postoji kao službena dijagnoza. Primjer toga je postupni prijelaz s psihoterapije na lijekove prilikom liječenja ADHD-a (Williams et al, 2008). Slična situacija je odabir, kupnja te primjena lijekova bez liječničke intervencije (npr. kupnja OTC lijekova) ili čak bez ljekarničke intervencije akvizicijom putem Interneta (Fax & Ward, 2009). Međutim, moguća je i situacija da farmaceutikalizacija potakne medikalizaciju. To se događa kada farmaceutske kompanije promoviraju bolest u svrhu prodaje lijekova (npr. promoviranje općeg anksioznog poremećaja<sup>30</sup> koji u to vrijeme nije postojao kao službena psihijatrijska dijagnoza) (Conrad, 2007). Moynihan (2007) takvu zamjenu društvene konstrukcije bolesti korporativnom konstrukcijom bolesti naziva – prodavanjem bolesti<sup>31</sup>. Jednostavnije rečeno, prvo nastaju lijekovi za koje se potom kreiraju bolesti. Moguće aktivnosti su: pretvaranje uobičajih tegoba u medicinske probleme, prezentiranje blagih simptoma kao teških, tretiranje trivijalnih problema kao medicinskih, prezentiranje rizičnosti kao bolesti te manipulacija epidemiološkim studijama u svrhu lažnog prikaza učestalosti neke bolesti ili medicinskog stanja. Navedene aktivnosti mogu biti direktno usmjerene na pacijente i liječnike ili se subliminalno promoviraju preko sponzoriranih udruga pacijenata. Međutim, takvi oblici objašnjena farmaceutikalizacije su vrijednosno pristrani i etiketiraju samo farmaceutsku industriju kao jedinog krivca. Ekstremnije oblike često karakterizira populistički i konspiracijski diskurs. Kada farmaceutikalizacija prethodi medikalizaciji, naravno da je u taj proces uključeno mnogo više aktera. Neki od njih (npr. regulatorna tijela ili zdravstvena osiguranja) mogu onemogućiti farmaceutikalizacijske težnje neke farmaceutske kompanije, stoga koncept farmaceutikalizacije mora biti vrijednosno neutralan jer istoimeni proces u stvarnosti može imati i pozitivne i negativne posljedice, kao i različit omjer dobitaka i gubitaka za uključene aktore (Williams et al, 2008).

---

<sup>30</sup> Eng. *generalized anxiety disorder* (GAD)

<sup>31</sup> Eng. *disease mongering*

## 5.2. Sadržajne dimenzije koncepta farmaceutikalizacije

U ovome poglavlju će se analizirati sljedeće sadržajne dimenzije koncepta farmaceutikalizacije: konzumerizam, farmaceutski marketing i uloga medija, profitom usmjereno djelovanje i politike (de)regulacije. Većina relacija između medikalizacije i farmaceutikalizacije su navede u prethodnim poglavljima. U okviru svake sadržajne dimenzije pokušat će se analizirati osnovna perspektiva svakog aktera koji direktno utječe na proces farmaceutikalizacije. Prije pojedinačne analize, potrebno je istaknuti dva koncepta koja djeluju kao eksplanatorni „protuargument“ svim ostalim sadržajnim dimenzijama jer objašnjavaju (i opravdavaju) proces farmaceutikalizacije u nešto drugačijem svjetlu. To su teza biomedikalizma (Abraham, 2007, 2010a, 2010b) i progresivni model medicine (Busfield, 2010).

Biomedikalizam je svojstven prvenstveno biomedicinskoj i farmaceutskoj industriji, a objašnjava proces farmaceutikalizacije kao posljedicu napretka u znanosti, zbog kojeg je donedavno nedijagnosticiranim i neliječenim pacijentima dostupna (nova) terapija. Ako je navedena teza ispravna, tada je farmaceutikalizacija u suštini „terapeutska difuzija farmaceutske medicine“ (Abraham, 2010a). U praksi, biomedikalizam nailazi na određene probleme zbog kojih je ta teza upitna. Abraham (2010b) na primjeru ADHD-a navodi dva problema. Prvo, učinak lijekova određuje se s obzirom na razinu dopamina u mozgu, čije precizno mjerenje nije moguće zbog nepostojanja dovoljno osjetljiva dijagnostička procedure. Osim toga, problematična je i sama dijagnoza ADHD-a, koja se unazad četrdeset godina (uslijed procesa medikalizacije) stalno proširivala na način da je sve teže određiva granica između normalnog i ne-normalnog ponašanja, budući da su dijagnostički kriteriji preniski<sup>32</sup>. Drugo, postojeće studije o učinku lijekova na pomake u razini dopamina su upitne kvalitete zbog teške replikabilnosti eksperimenata. Primjer ADHD-a, ali i drugih psihijatrijskih dijagnoza, umanjuje uvjerljivost biomedikalizma zbog tehnoloških tj. dijagnostičkih nedostataka te zamućenosti definicije bolesti zbog dugogodišnje medikalizacije. Ako

---

<sup>32</sup> Povijest „napretka“ moderne farmakoterapijske psihijatrije moguće je pratiti kroz razvoj i inačice njihove dijagnostičke „biblije“ tj. DSM-a (Diagnostic and Statistical Manual). Primjerice, Horowitz (2007) navodi DSM kao eklatantni primjer medikalizacije zbog povećanja broja dijagnostičkih kategorija iz verzije u verziju, ali uz stalnu diskrepanciju između dovoljno vjerodostojnih znanstvenih istraživanja i subjektivne procjene i konstrukcije psiho-socijalnih problema. Sumirajući istraživanja i zaključke spomenutih autora, Conrad (2007) primjećuje kako psihijatrijske dijagnoze nisu indikatori objektivnih stanja nego profesijski konsenzus pod utjecajem socio-političkih faktora. Već višegodišnje uzavrela diskusija unutar medicinske sociologije o stupnju medikalizacije (sada i farmaceutikalizacije) u psihijatriji 2013. godine dobiva novi nastavak zbog izlaska pete verzije DSM-a.

biomedikalizam nije plauzibilna teza, tada je farmaceutikalizacija izglednije uzrokovana praksama aktera u okviru spomenutih sadržajnih dimenzija.

Temelj progresivnog modela Busfieldove (2010) jest zadovoljavanje medicinskih potreba pacijenata pomoću farmaceutskih pripravaka nastalih sukladno biotehnološkom napretku. Smjer napretka u farmakologiji određen je potrebama pacijenata ili poboljšanjem postojećih terapija, a farmaceutska industrija je samo biomedicinska proizvodna podrška. Dok velik broj lijekova ima značajan utjecaj na poboljšanje zdravstvenog stanja ili zdravlja općenito (antibiotici, anti-retroviralni lijekovi za AIDS, antiasmatici, antipiretici, analgetici, itd.), Busfieldova zastupa stav da je određeni broj lijekova od slabe farmakoterapijske koristi za pacijenta i time se ne uklapa adekvatno u progresivni model, jer je njihova upotreba podjednako ili bolje objašnjiva tipičnom medikalizacijom ili farmaceutikalizacijom. Najčešće spominjani lijekovi su statini, antihipertenzivi, antidepresivi, antipsihotici i lijekovi za osteoporozu. Dvojbenu farmakoterapijsku korist navedenih lijekova ističu Angell (2005) i Moynihan (2007). Važno je napomenuti da kod potonjih lijekova često nije problematična učinkovitost *per se*, nego i podnošljivost ili sigurnost te relevantni farmakoeкономski parametri<sup>33</sup>. Kao i kod biomedikalizma, plauzibilnost progresivnog modela je obrnuto proporcionalna dekonstrukciji farmaceutikalizacije putem narednih sadržajnih dimenzija.

### 5.2.1. Konzumerizam

Fenomen neupitno inherentan tržišnoj liberalizaciji farmakoterapije jest konzumerizam u sferi lijekova. Konzumerizam je materijalistički stav koji prvenstveno vrednuje kupnju dobara tj. ideologija o korisnosti konzumacije kao odraza socio-ekonomske snage (Oxford Dictionary of Sociology, 2009). Lijekovi se pretvaraju u robu koja se poput bilo koje druge robe na tržištu može slobodno kupiti i prodati, dakle, postaju objekti s karakteristikama puke dostupnosti i potrošnosti. Međutim, lijekovi nisu obični komercijalni artikli čija akvizicija ovisi samo o financijskoj sposobnosti potrošača. Lijekovi su proizvodi o čijoj kvaliteti, načinu korištenja, djelovanju i nuspojavama javnost nije sposobna prosuđivati (National Pharmaceutical Association, 2008). Konzumeristička ideologija, neovisno o tome koji je akteri operacionaliziraju, zamagljuje potencijale opasnosti neadekvatnog korištenja lijekova te

---

<sup>33</sup> Farmakoeconomika je komparativna poddisciplina zdravstvene ekonomike koja uspoređuje farmaceutske pripravke prema sljedećim analizama (eng.): *cost-utility*, *cost-benefit*, *cost-minimization* i *cost-effectiveness* (Jacobsen & Wertheimer, 2010).

formira potražnju i očekivanja, čime perpetuira farmaceutikalizaciju, koja najčešće postaje štetna, posebice za (verfarističke) zdravstvene sustave. Williams i suradnici (2011) pritom navode kako konzumerizam može biti pokretač procesa farmaceutikalizacije bez pomoći ili uplitanja medicinske profesije ili farmaceutske industrije tj. može biti potaknut i od samih pacijenata. Stoga daljnju elaboraciju započinje upravo bavljenjem pacijentima/potrošačima.

Ključna postavka ove sadržajne dimenzije jest transformacija pasivnog pacijenta u aktivnog, reflektivnog, informiranog, opunomoćenog i ekonomski relevantnog potrošača/korisnika. Navedena društvena transformacija *a priori* negira mogućnost farmaceutikalizacije samo „odozgo“. U poglavlju o suvremenim inačicama teorije medikalizacije spomenuto je da i jednosmjernost „odozdo“ sadrži eksplanatorne propuste. Konzumeristička ideologija pacijentu daje osjećaj suvereniteta nad odabirom, stvarajući pritom distancu od profesionalne ekspertize – tzv. laičku ekspertizu. Uzroci toga su podjednako ekonomske i ideološke prirode, ali značajan faktor predstavlja i pojačan i raznolik opseg informiranja samih pacijenata. Stoga, analiza mora podjednako obuhvaćati profesionalnu i laičku ekspertizu. Ako i ne sudjelujemo aktivno u komodifikaciji i potrošnji zdravstvenih dobara, kontekst u kojem živimo nas pretvara u potencijalne pacijente koristeći diskurs rizika u medijima, reklamnim kampanjama i liječničkom savjetovanju.

Zbog dostupnosti informacijama, pacijente se sve češće percipira i kao „ekspertne pacijente“ (Busfield, 2010; Fox & Ward, 2005) tj. medicinski kompetentne i odgovorne pacijente sposobne za samo-dijagnosticiranje<sup>34</sup>, samo-propisivanje i samo-liječenje. Uzrok tome je otpor prema profesijskoj dominaciji uz postupnu dezintegraciju paternalističkog modela odnosa liječnik-pacijent. Najznačajniju ulogu u tome imaju razni oblici marketinga i edukativno orijentirani sadržaji u medijima i na Internetu. Ako govorimo o suvisloj i konkretnoj informiranosti, laička ekspertiza načelno može pogodovati partnerskom odnosu liječnika/ljekarnika i pacijenta. Međutim, postoji i naličje takve individualizacije u liječenju. Individualizacija, naravno, omogućuje pacijentu i odabir, kupnju i korištenje farmakoterapije koja nije biomedicinske prirode (neutraceutici i biljni medikamenti). Ako je riječ o biomedicinskoj farmakoterapiji, tada je u pitanju tipično samoliječenje - izbor i upotreba lijekova za liječenje bolesti ili simptoma koje su pojedinci sami prepoznali (Jakševac Mikša, 2002). Zdravstveni sustavi diljem svijeta zauzeli su pozitivan stav prema samoliječenju, ali tzv. odgovornom samoliječenju koje podrazumijeva upotrebu odobrenih Rx i OTC lijekova

---

<sup>34</sup> Samo-dijagnosticiranje je često i marketinški instrument koji provode farmaceutske kompanije, a ne samo osobna praksa karakteristična za individualizaciju u liječenju (Ebeling, 2011).

prema napatku i uz prikladno savjetovanje stručnjaka<sup>35</sup>. Razlozi za primjenu samoliječenja su višestruki: ljudi se sve više osjećaju odgovornima za kvalitetu vlastitog života i žele biti aktivniji u donošenju odluka o vlastitom zdravlju, samoliječenje štedi vrijeme (čekanje liječnika ili dijagnostičkih pretraga), itd. Za razliku od odgovornog samoliječenja, tzv. samopropisivanje je daleko manje prihvatljivo zbog veće mogućnosti neželjenih posljedica. Samopropisivanje se definira kao kupnja i uporaba lijekova na recept bez potrebnog liječničkog recepta i praćenja (Jakševac Mikša, 2002). Pojedinci samoinicijativno liječe bolesti lijekovima na recept koje već imaju kod kuće ili su ih na neki način nabavili. Primjerice, budući da za neke lijekove recepti nisu potrebni u svim državama, postoji mogućnost zaobilaznja nacionalnih zakonskih propisa kupnjom u inozemstvu ili preko Interneta. Troškovi društva koji nastaju zbog mortaliteta i morbiditeta izazvanih neprimjerenim korištenjem lijekova su u stalnom porastu (Staničić & Loparić, 2008: 198).

Akvizicija lijekova preko Interneta predstavlja eklatantan primjer zamjene profesionalne ekspertize laičkom. Osim navedenih oblika individualizacije u liječenju, farmaceutikalizacija može biti potaknuta i sljedećim procesima: *domestikacija farmaceutske potrošnje* i *farmaceutikalizacija dnevnog života*. Prvi proces Fax i Ward (2008) opisuju kao računalno posredovan pristup lijekovima za „spavaću sobu“ (npr. Viagra, Cialis, Epimen) i „kuhinju“ (npr. Alli i Xenical<sup>36</sup>). Drugi proces podrazumijeva korištenje farmaceutskih pripravaka kao „čudesnog lijeka“ tj. lakog rješenja za svakodnevne probleme (nesanica, umor, itd.). Navedeni procesi mogu se razlikovati tako što se domestikacijom farmaceutske potrošnje teži sanirati ponavljajući (ili kronični) problemi, dok farmaceutikalizacija dnevnog života označava korištenje lijekova za rješavanje trenutnih (ili akutnih) problema. Kreirajući nove bolesti i tretmane iz puke svakodnevnice te prihvaćajući farmaceutske pripravke kao jednostavno rješenje za svakodnevne probleme, suvremeni potrošač stvara nove relacije zavisnosti između industrijsko-korporativnog svijeta i privatnog svijeta (Williams et al, 2008). Osim za akviziciju lijekova, Internet predstavlja prostor razmjene iskustva i informacija putem raznih servisa (forumi, društvene mreže), čime se također može potencirati farmaceutikalizacija bez uplitanja medicinske profesije ili drugih aktera.

---

<sup>35</sup> Ljekarnik je posljednji u lancu komunikacije s pacijentom te odgovoran pružiti sve potrebne upute o korištenju lijeka. Međutim, Hibbert i suradnici (2002) navode da pacijenti sve manje mare za ljekarničko savjetovanje, posebice u slučaju kupnje Rx lijekova, a ljekarnici se sve češće kolebaju između uloge tipičnog trgovca i odgovornog eksperta koji istovremeno mora biti spreman uskratiti uslugu pacijentu.

<sup>36</sup> Rx brandovi lijekova supstance orlistat za liječenje pretilosti koje je moguće nabaviti putem Interneta.



Anne Figert (2011) ističe postojanje svojevrsnog paradoksa konzumerizma. Fokusirajući se samo na individualne i temeljito odgovorne potrošače, konzumerizam može zamračiti potrebu za promjenama u zdravstvenom sustavu, ali zato može mobilizirati zagovaračke grupe koje su daleko sposobnije za ekspliciranje i promoviranje novih potreba (Figert, 2011). Stoga je redukcionistički sagledavati konzumerizam samo kroz individualne prakse, jer značajne implikacije konzumerističke ideologije na farmaceutikalizaciju proizlaze i kroz (aktivističke) prakse udruga pacijenata, potrošačkih organizacija i društvenih pokreta.

Aktivističke prakse Abraham (2010a, 2010b) dijeli na sljedeće: orijentirane na ozlijede<sup>37</sup> i orijentirane na pristup<sup>38</sup>. Oba tipa praksi usmjereni su prema farmaceutsko-industrijskom kompleksu<sup>39</sup>. Prakse orijentirane na ozlijede odnose se na građane koji se smatraju žrtvama primjene određenih lijekova<sup>40</sup>. Takav oblik konzumerističkog djelovanja stvara sumnju u sigurnost farmaceutskih pripravaka i uzrokuje defarmaceutikalizaciju. Mnogo su češće prakse orijentirane na pristup jer podrazumijevaju savezništvo i kolaboraciju s farmaceutsko-industrijskim kompleksom. Najčešće se radi o pritisku na regulatorna tijela da ubrzano odobre određeni lijek, prilikom čega se (svjesno) žrtvuje sigurnost i podnošljivost lijeka u korist (dvojbene) terapijske učinkovitosti, posebice ako se radi o jedinom mogućem lijeku za određenu bolest. Primjerice, na poticaj udruga oboljelih od malignih bolesti FDA<sup>41</sup> 1992. godine prihvaća tzv. proceduru ubranog odobrenja za eksperimentalne lijekove. Pritisak može bi usmjeren i na nacionalna tijela zdravstvenog osiguranja u svrhu promjene modela participacije za određene lijekove<sup>42</sup>. Navedeni oblik djelovanja neupitno osnažuje proces farmaceutikalizacije. Abraham zaključuje da snaga navedenih oblika aktivističkog djelovanja izrazito ovisi o potpori farmaceutske industrije. Štoviše, Zdravstveni odbor britanskog Donjeg doma u svom izvješću navodi kako kolaborativno djelovanje između udruga pacijenta i farmaceutske industrije postaje sveprisutno obilježje današnjice, i to ne samo u vidu povremenih taktičkih savezništva, nego stalne suradnje, jer velika većina udruga

---

<sup>37</sup> Eng. *injury-oriented adversity*.

<sup>38</sup> Eng. *access-oriented collaboration*.

<sup>39</sup> Abraham koristi ovaj termin kako bi ukazao na unakrsno podupirući odnos između medicinsko-farmaceutske elite i biotehnoške industrije tj. između medikalizacije i farmaceutikalizacije.

<sup>40</sup> Najčešće spominjani primjeri su dobivene parnice protiv Eli Lilly, Pfizera i MSD-a zbog nuspojava njihovih lijekova za artritis (Oraflex/Opren, Bextra, Vioxx). Npr., vidi: <http://www.nytimes.com/2008/10/18/business/18drug.html?ref=bextradrug&r=0> (18.10.2008.)

<sup>41</sup> *Food and Drug Administration* je središnje regulatorno tijelo tj. agencija za odobravanje i registraciju lijekova u SAD-u. Zbog veličine i utjecaja američkog farmaceutskog tržišta, FDA često postavlja standarde koji se priznaju i prihvaćaju u ostatku svijeta (Angell, 2005). Podjednak utjecaj ima i EMEA (*European Medicines Agency*).

<sup>42</sup> Primjerice, slučaj pritiska na britanski NHS (National Health Service) od strane udruga oboljelih od Alzhemerove bolesti i multiple skleroze. Npr, vidi: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/5063352.stm> (09.06.2006).

biva financirana od strane farmaceutskih kompanija. Značajni su i tzv. zdravstveni društveni pokreti koji propituju (javno) zdravstvene politike, sustave uvjerenja, istraživanja, kliničke smjernice i prakse. Kao i svi drugi društveni pokreti, sastoje se od niza formalnih i neformalnih organizacija, kooperacija i pobornika. Brown (2005) predlaže ideal-tipsku klasifikaciju zdravstvenih društvenih pokreta. *Pokreti zdravstvenog pristupa*<sup>43</sup> zalažu se za pravedan i nepristran pristup zdravstvenim uslugama. *Birački zdravstveni pokreti*<sup>44</sup> okupljaju se oko zajedničkih karakteristika (rod, rasa, religijsko i seksualno opredjeljenje, etnička pripadnost) na temelju kojih usmjeravaju svoje političko djelovanje. Bolestima i farmakoterapijom bave se prvenstveno *utjelovljeni zdravstveni pokreti*<sup>45</sup> koji propitkuju i izazivaju postojeće dijagnoze, etiološke postavke, kliničke smjernice, kliničke studije i epidemiološke parametre. Politizirajući bolesti u širem smislu, ovaj tip pokreta najznačajniji je za farmaceutikalizaciju. Iz konzumerističkog aspekta vrše pritisak na osiguravajuća tijela ili farmaceutske kompanije, koristeći najčešće socio-ekonomske argumente. Također mogu djelovati i medikalizacijski, tražeći od medicinske profesije (re)definiranje određenih bolesti i stanja (npr. menopauza, PMS, PTSD, fibromijalgija) ili zahtijevajući dostupnost ili ubrzanu registraciju lijekova od regulatornih tijela (npr. HIV/AIDS pokret iz 80-ih godina). Osim organizacijske razlike, zdravstveni društveni pokreti su u odnosu na udruge pacijenata rjeđe u financijskim vezama s farmaceutskom industrijom (Brown, 2005).

Nove potrebe za farmaceutskom intervencijom su koprodukcijskog karaktera. Osim što farmaceutsko-industrijski kompleks odgovara na potrebe i potraživanja individualnih i kolektivnih potrošačkih aktera, također ima dovoljno moći da stvori dodatne potrošačke niše. Većina tih farmaceutikalizacijskih aktivnosti ne bi bile dovoljno efektivne bez medija, iako, doduše, uloga medija može biti i defarmaceutikalizacijska.

---

<sup>43</sup> Eng. *Health access movement*

<sup>44</sup> Eng. *Constituency-based movement*

<sup>45</sup> Eng. *Embodied health movements*

## 5.2.2. Farmaceutski marketing i uloga medija

Neizostavni dio operacionalizacije konzumerističke ideologije su marketinške aktivnosti farmaceutske industrije, koje se najefikasnije kanaliziraju putem elektroničkih i tiskovnih medija<sup>46</sup>, koristeći razne tehnike oglašavanja usmjerenog prema pacijentima i liječnicima.

Evidentan je porast (šablonskih) televizijskih reklama u Hrvatskoj za OTC lijekove i dodatke prehrani. Takve reklame neupitno pojačavaju farmaceutikalizaciju, prvenstveno u okviru individualne potrošnje. Ako i izostane svjesna kupnja, „nuspojava“ tih reklama jest jačanje medikalizacije za u reklami spomenute bolesti i stanja. Moguće posljedice toga su dvojake: stvaranje heltističkog diskursa<sup>47</sup> te nastavljanje sve intenzivnije farmaceutikalizacije (za iste bolesti traži se savjet liječnika i eventualna farmakoterapija Rx lijekovima). Drugim riječima, da bi se razvila marketinški inicirana farmaceutikalizacija koja uključuje Rx lijekove, potrebna je dodatna aktivnost, zainteresiranost i pacijentova paranoja – jer hrvatski zakon zabranjuje reklamiranje Rx lijekova u javnim medijima. Situacija je nešto drugačija u SAD-u, Novom Zelandu i Južnoj Koreji, gdje postoji tzv. DTC<sup>48</sup> oglašavanje, koje predstavlja svojevrsni marketinški „sveti gral“ farmaceutske industrije. U ovom slučaju su, uz medicinske stručnjake, i pacijenti meta oglašavanja, što otvara dodatna etička pitanja, ali i praktična pitanja u slučajevima kada pacijent od ljekarnika ili liječnika zahtijeva neke reklamirane lijekove koji mu zapravo nisu potrebni. Manji je problem kada pacijent zatraži drugi brend generičke paralele. U svakom slučaju, povećano propisivanje i potrošnja su neupitni. Conrad i Leiter (2004) navode kako se DTC oglašavanjem uspostavlja direktna i nezavisna komunikacija između pacijenata i farmaceutskih kompanija, slična onoj u 19. stoljeću, kada je ljekarništvo praktički bilo obrt. Naravno, današnja je komunikacija daleko suptilnija i sofisticiranija. Primjerice, najlakši i učestalo prakticiran način zaobilaznja rigidno legalnog ili nelegalnog oglašavanja Rx lijekova jest oglašavanje bolesti uz sveprisutnu mantru „podizanja svjesnosti“ ili „edukacije i stručnog usavršavanja“ (Angell, 2005). U potpisu je gotovo uvijek farmaceutska kompanija koja nudi rješenje tj. svoj lijek. Sljedeći podjednako

---

<sup>46</sup> Angell (2005) i Zdravstveni odbor britanskog Donjeg doma (2005) navode kako se zbog farmaceutikalizacije psiho-socijalnih i „lifestyle“ područja u posljednjih petnaest godina ulaganje u marketing utrostručilo, premašivši ulaganja u istraživanje i razvoj. Abraham (2011) u ovom podatku vidi dodatno umanjenu plauzibilnost teze medikalizma.

<sup>47</sup> Heltizam je medicinski inspirirana opsesija trivijalnim ili nepostojećim prijetnjama zdravlju (Le Fanu, 2002).

<sup>48</sup> Eng. *Direct-To-Consumer* podrazumijeva mogućnost oglašavanja i lijekova koji su dostupni samo na recept putem standardnih medijskih kanala (Jacobsen & Wertheimer, 2010). Legalno je u SAD-u, Novom Zelandu te djelomično u Kanadi i Južnoj Koreji. Nedavno su otvorene diskusije o djelomičnoj legalizaciji i u Europskoj uniji (Abraham, 2010b).

suptilan oblik oglašavanja su obrasci i web-stranice za samo-dijagnosticiranje. Ebeling (2011) na primjeru PMDD<sup>49</sup>-a prikazuje kako farmaceutske kompanije transformiraju pacijente u potrošače. Samo-dijagnoza nadilazi liječničku dijagnozu koja je u suštini klasifikacijsko oruđe medicine. Dijagnoza je sada marketinško oruđe za educiranje potrošača koji će zahtijevati terapiju sukladno naputcima farmaceutske kompanije, a ne liječnika.

Kako bi marketinške kampanje bile što uspješnije, uobičajena praksa farmaceutskih kompanije je angažiranje agencija za odnose s javnošću, agencija za istraživanje tržišta te javno obznanjena suradnja s popularnim pojedincima ili tzv. KOL<sup>50</sup>-ovima. Suradnja s KOL-ovima je posebne važnosti za marketinške aktivnosti usmjerene prema liječnicima. Postoji nekoliko tipičnih oblika liječnički usmjerenog marketinga. Prvo, farmaceutske kompanije nerijetko financiraju liječnike i specijaliste pozivajući ih na konferencije, simpozije, kongrese, itd. Gajski (2009) i Moynihan (2007) će reći da se time besramno potkupljuju liječnici kako bi što više propisivali samo određene brendove iz tržišne ponude. Navedeno možda i ima smisla kada se financiraju putovanja i događaji bez znanstvene agende. S druge strane, Marshall (2006) ovaj oblik marketinga opisuje kao simbiotski jer liječnicima omogućava edukaciju, profesionalno umrežavanje te jednostavan pristup informacijama o novim kliničkim studijama, itd. Potonje je, doduše, podložno pristranosti na način da prezentirane informacije favoriziraju lijekove kompanije koja je generalni sponzor. Drugo, učestali posjeti farmaceutskih predstavnika (REP<sup>51</sup>-ova), kao i materijali koje dijele liječnicima, u najvećoj su mjeri pristrani prema kompaniji koja ih šalje. U takvim se prilikama uvijek prezentira optimalna marketinška mješavina ključnih poruka koje bi nagnale liječnike na propisivanje, čak i kada se predstavljaju generički lijekovi, koji su po svojoj definiciji jednaki svim inačicama prisutnim na tržištu. Treći oblik marketinga je objavljivanje i oglašavanje u službenim medicinskim i farmaceutskim glasilima i časopisima. Primjerice, kompanije mogu angažirati KOL-ove da hvalospjevno opišu djelovanje njihovog lijeka i ocrne konkurente ili, još jednostavnije, mogu samo „kupiti“ potpis nekog KOL-a (tzv. *ghost-writing*) kako bi postigli uvjerljivost i vjerodostojnost objavljenog sadržaja. Navedeno predstavlja puko nasilje nad etičkim normama znanstvenog objavljivanja, ali važno je primijetiti da u toj igri ipak postoje dva aktera: farmaceutske kompanije i ugledni znanstvenici koji su voljni prodati svoj profesionalni integritet. U posljednje vrijeme se posebice problematizira tzv. pristranost u

---

<sup>49</sup> Eng. *Premenstrual Dysphoric Disorder* (ulazi u DSM-5 kao službena dijagnoza).

<sup>50</sup> Eng. *Key-Opinion-Leaders* su ugledni znanstvenici i vrsni stručnjaci specijalizirani za određeno medicinsko ili farmakološko područje.

<sup>51</sup> Eng. *sales representative* (REP)

objavljivanju<sup>52</sup>, koja se najčešće manifestira kao selektivno publiciranje ili naglašavanje pozitivnih ishoda kliničkih studija uz supresiju negativnih ishoda ili neispitanih područja u istraživanju<sup>53</sup>. Često se polazi od pretpostavke da će istraživanja s pozitivnim ishodom biti brže objavljena od onih s negativnim ili neutralnim ishodom. Lexchin (2006) navodi još tri tipa pristranosti u objavljivanju: (1) višestruku objavljivanje jedne studije; (2) objavljivanje pozitivnih studija bez referiranja na druge; (3) korištenje analitičkih tehnika koje će vjerojatnije dati željene rezultate. Osim što se ovime obmanjuje sijaset medicinskih djelatnika, pristranost u objavljivanju umanjuje i učinkovitost dokazno-utemeljene medicine. Utjecaj na liječnike izvediv je i bez opisanog oblika pristranosti. Sponzorirani specijalistički časopisi i priručnici predstavljaju nešto benigniji i suptilniji način utjecanja na liječničke praksu, stavove, znanje i navike propisivanja. Analizirajući ginekološki ORGYN<sup>54</sup>, Padamsee (2011) uviđa ponavljanje određenih poruka i sugestija kroz razne teme obrađene u časopisu. Primjerice, pravilan rad ginekologa izjednačuje se s propisivanjem kontracepcijskih pilula ili hormonske terapije za menopauzu, farmaceutska tehnologija i kompanije se prikazuju kao „prirodni partneri“ ginekolozima, dok su žene prikazane kao pasivni, bespomoćni objekti medicinske prakse. Pored marketinške, ovdje se pod okriljem edukacije i partnerstva istovremeno maskira i puka farmaceutikalizacijska intencija. Posljednja dva oblika oglašavanja (REP-ovi i objavljivanje) su dodatno problematični jer mogu potaknuti tzv. off-label<sup>55</sup> propisivanje.

Svi navedeni oblici potiču farmaceutikalizaciju usmjerenu na odluke i prakse liječnika. Međutim, postoje okvirni mehanizmi usporavanja takve farmaceutikalizacije. Glede sponzoriranih konferencija i sličnih manifestacija, problematično je regulirati odlaske liječnika na takve skupove, jer se sve argumentira krilaticom „u svrhu edukacije“. Međutim, zastupa se stav da je moguće umanjivanje upravno onog učinka koji kompanije žele postići takvim skupovima (farmaceutikalizaciju, ne nužno popraćenu medikalizacijom). Jedan od mogućih načina njihova suzbijanja je eksplicitno kažnjavanje *off-label* propisivanja, a druga je poticanje propisivanja najjeftinijih generičkih paralela – ako postoje. Potonja strategija je, usput rečeno, primjenjiva i u svrhu smanjenja troškova zdravstvenog osiguranja. Nadalje,

---

<sup>52</sup> Bax i Moons (2011) definiraju pristranost u objavljivanju kao sistemsku grešku koja nastaje prezentirajući rezultate/dokaze koji nisu reprezentativni za populaciju dostupnih rezultata/dokaza. U praksi, takvo selektivno objavljivanje naročito otežava izradu meta-analiza.

<sup>53</sup> Npr. vidi slučaj Reboxetine (Pfzier): <http://www.medscape.com/viewarticle/730537> (14.10.2010.)

<sup>54</sup> Službena medicinska publikacije nizozemske farmaceutske kompanije Organon (danas u vlasništvu korporacije Merck Sharp & Dohme).

<sup>55</sup> Propisivanje određenih lijekova kojima nedostaju kliničke studije ili im nije utvrđena učinkovitost za već postojeće dijagnoze. Npr., slučaj Zyprexa (vidi: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/59295.php> (18.12.2006)

prekomjerne i ponekad dvojbeno etične i zakonski ispravne posjete farmaceutskih predstavnika moguće je standardizirati i djelomično regulirati ugovorom između samih kompanija. Primjer toga je hrvatski *Ugovor o etičkom oglašavanju lijekova*, koji je prihvatila većina farmaceutskih kompanija. Međutim, potpisivanje navedenog ugovora ne garantira njegovu temeljitu provedbu u praksi<sup>56</sup>, tako da je, u najgorem slučaju, potrebna intervencija državnih tijela za suzbijanje korupcije. I, konačno, publikacijske pristranosti moguće je umanjiti, npr.: omogućavanjem slobodnog pristupa potpunoj dokumentaciji o provedenim studijama, korištenjem meta-analiza i sustavnih pregleda, kritičkim promišljanjem i javim istupima onih koji nemaju izravnu korist od farmaceutsko-industrijskog kompleksa te, naravno, svjesnošću (i hrabrošću) uredništava relevantnih publikacija.

Osim što farmaceutske kompanije koriste medije za marketing, i sami mediji igraju značajnu ulogu u procesu farmaceutikalizacije, promovirajući farmakoterapijska rješenja za razne (ne)zdravstvene probleme. Već je spomenuto da uloga medija može biti dvostruka – oni mogu poticati i farmaceutikalizaciju i defarmaceutikalizaciju. Navedena binarnost ne može se okarakterizirati kao pozitivna i negativna, posebice u slučaju medijski konstruirane stvarnosti, jer društveno-vrijednosna konstrukcija navedenih procesa ovisi od slučaja do slučaja. Prema tome, može se reći da mediji ponekad promiču, a ponekad kritiziraju korištenje farmaceutskih pripravaka ili djelovanje farmaceutskih kompanija.

Ako govorimo o poticanju procesa farmaceutikalizacije, mediji mogu djelovati na nekoliko načina. Primjerice, njegujući „poetiku“ senzacionalizma u vlastitom diskursu, mediji mogu pretjerati u kreiranju slike o prevalenciji neke bolesti ili potrebi za liječenjem. Pretjerivanje je češće u smislu formuliranja vijesti, nego manipulaciji stvarnim podacima (npr. slučaj svinjske gripe u Hrvatskoj). Suprotno tome, često ne uspijevaju naglasiti (ili čak prepoznati) razne implikacije i posljedice farmaceutikalizacije (i medikalizacije) s jednakim žarom kao što to čine u pro-farmaceutikalizacijskim slučajevima (npr. slučaj Tamiflu u Hrvatskoj<sup>57</sup>). Važno je napomenuti da mediji nisu kreatori samog procesa farmaceutikalizacije, već *amplifikatori* već postojećeg (Williams et al, 2011) ili eventualno kreatori dojma da razna farmaceutikalizirana stanja i bolesti mogu zadesiti bilo koga, a time (nenamjerno) pogoduju farmaceutskim kompanijama šireći im tržišni potencijal (Conrad, 2007).

---

<sup>56</sup> Vidi: <http://www.poslovni.hr/hrvatska/farmaceuti-ustavnom-tuzbom-ruse-milinicu-etiku-140047> (16.02.2010)

<sup>57</sup> Ne ulazeći u učinkovitost samog cjepiva, događalo se primjetno slabije medijsko previranje i senzacionalistički momenti, što je istovremeno svojevrsna suprotnost slučaju svinjske gripe.

Kao akteri u procesu defarmaceutikalizacije, mediji tj. medijska pokrivenost određenih tema može varirati od kritike do osude, bilo valjano argumentirane, bilo ideološki pristrane<sup>58</sup>. Važna je i vremenska komponenta, jer je životni ciklus lijeka ispresijecan različitim iskustvima pacijenata i liječnika. Drugim riječima, lijekovi po dolasku na tržište mogu biti medijski nahvaljeni kao nova terapijska prekretnica ili čudesan lijek, ali s dugotrajnijim korištenjem moguća je pojava negativnih ishoda korištenja (fatalne nuspojave, ovisnost itd.) te, shodno tome, mediji mijenjaju retoriku u kritičkom i/ili osuđivačkom smjeru<sup>59</sup>. I u ovakvim slučajevima, uloga medija u defarmaceutikalizaciji je uglavnom posrednička. Ono što u konačnici nedostaje jest uravnotežena medijska pokrivenost i prikaz zdravstveno i farmakoterapijski relevantnih tema, budući da u suprotnom, zbog višestrukosti perspektiva, mnogobrojnost uključenih aktera dodatno inducira zdravstvenu „kognitivnu disonancu“.

### 5.2.3. Profitom usmjereno djelovanje

Postojanje i opstanak u kasnom kapitalizmu prevladavajuće neoliberalne ideologije neminovno utječe na poslovne prakse, strukturu interesa i usmjerenost odgovornosti. Potonje najčešće usmjerava profit, što je vidljivo u djelovanju i strategijama farmaceutskih kompanija, ali i samih ljekarnika. U takvom djelovanju također leži jedan o uzroka farmaceutikalizacije koja, kada je uspješna, proširuje tržište lijekova i potencijalno povećava profit. Ako je farmaceutikalizacija već prisutna, navedeno djelovanje može je dodatno pojačati, što je posebice prisutno u ljekarničkom djelovanju. Farmaceutska industrija koristi daleko više strategija i politika imanentnih neoliberalnoj ideologiji. U provođenju jednog dijela tih strategija industrija ima potpunu autonomiju jer su uglavnom poslovne prirode, dok je za drugi dio potrebna suradnja s regulatornim tijelima, državom i institucijama zdravstvenog osiguranja.

Veća financijska i politička moć proporcionalna je boljoj tržišnoj poziciji. Zbog toga se češće govori o ključnim farmaceutskim transnacionalnim korporacijama, a ne nacionalnim

---

<sup>58</sup> U pravilu je „najglasnije“ istraživačko novinarstvo, koje često zauzima negativistički stav, svaljujući svu krivnju na farmaceutske kompanije, nešto rjeđe na liječnike ili državu. Neovisno o doziranju te precizne, ali stoga i često redukcionistički usmjerene kritike, istraživački usmjereni novinari su vrlo često efikasni u pronalasku i korištenju primarnih i sekundarnih podataka korisnih za potkrepljivanje svojih hipoteza. To su npr. Ray Moynihan, James Meek, Heide Neukirchen, ili, u Hrvatskoj, Nataša Škaričić. Istraživačkim novinarstvom se povremeno bave i liječnici ili farmaceuti, npr. Marcia Angell, Ben Goldacre, Elaine Hollingsworth ili Dražen Gorjanski. Međutim, zanimljivo je da se sociolozi medicine u radovima nerijetko referiraju na podatkovnu građu istraživačkih novinara, pritom kritizirajući njihovu eksplanatornu i/ili teorijsku uskogrudnost.

<sup>59</sup> Npr. za slučaj benzodiazepina Gabe i Bury (1996).

kompanijama. Više od polovice globalnog farmaceutskog prihoda ostvaruje deset<sup>60</sup> transnacionalnih korporacija (Angell, 2005). Vlasničke (dioničarske) strukture su i dalje podložne promjenama, najčešće u obliku preuzimanja manjih kompanija<sup>61</sup>. Veća spajanja i preuzimanja te međunarodna spajanja i preuzimanja sama po sebi sadrže veći rizik za preuzimatelja, pa neiskustvo u spajanju i preuzimanju dodatno povećava rizik prilikom provedbe posla. Takvo povećavanje rizika u prosjeku rezultira lošijim povratima za dioničare farmaceutskih poduzeća (Matić et al, 2011: 11). Učestali su i zajednički pothvati većih korporacija i manjih biotehnoških instituta u svrhu istraživačko-razvojnih projekata<sup>62</sup>. Ono što ostaje nepromijenjeno jest doprinos nacionalnim ekonomijama u vidu zapošljavanja i prihoda od izvoza.

Farmaceutska industrija istovremeno mora uravnotežiti odgovornost prema dioničarima/investitorima i dužnost prema zdravstvenim potrebama pacijenata. Pojačana napetost nastaje i kod samih investitora zbog neuravnoteženosti očekivanja između kontinuiranog kratkoročnog povrata uloženog i nužnosti dugotrajnog razvojnog procesa za „lansiranje“ inovativnih lijekova. Krajnje nesigurna poslovna okolina se dodatno usložnjava zbog zahtjevnih razvojnih očekivanja, jačanja tržišta generičkih lijekova zbog isteka patentnih prava, porasta farmaceutskih krivotvorina te određivanja, usklađivanja i kontrole cijena lijekova.

Kompanije često i same priznaju da su motivirane profitom, ali profitom koji iznova investiraju kako bi što efikasnije zadovoljili potrebe pacijenata te opstali na tržištu, jer u konačnici proizvode društvena dobra koja karakteriziraju visoki razvojni i registracijski troškovi uz značajnu mogućnost neuspjeha (Lybecker, 2006). Troškovi nisu jednaki za inovativno-orijentirane i generički orijentirane kompanije. Doduše, danas zbog prirode patentnog prava gotovo i nema striktno inovativno-orijentiranih kompanija. Patentiranjem novog molekuskog entiteta zakonski se garantira ekskluzivno pravo korištenja i zarada na dvadeset godina<sup>63</sup>, a pravo započinje od trenutka prijave patenta. Nakon toga slijede četiri stadija<sup>64</sup> razvoja lijeka, koji u prosjeku traju petnaest godina te nakon administrativnih

---

<sup>60</sup> Pfizer, MSD, Johnson & Johnson, Abbott, Wyeth, Bristol-Myers Squibb, Astra Zeneca, GlaxoSmithKline, Novartis te Sanofi-Aventis.

<sup>61</sup> Npr. slučaj Pliva-Barr-Teva (vidi: <http://www.pliva.com/press/news/article/888/teva-completes-acquisition-of-barr.html>) (23.12.2008).

<sup>62</sup> Eng. *R&D outsourcing*.

<sup>63</sup> Prema TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) međunarodnom ugovoru WTO-a.

<sup>64</sup> Prvi stadij je otkriće novog molekuskog entiteta, drugi stadij su pretklinička istraživanja, a treći stadij se sastoji od tri faze kliničkih studija koje su esencijalne za dokazivanje ključnih parametra budućeg lijeka. Četvrti stadij uključuje provjeru dokumentacije kliničkih studija od strane regulatorne agencije. Povremeno se spominje



procedura registracije, kompaniji preostaje nešto više od četiri godine za čistu zaradu i povrat investicije. Samim istekom patenta i ulaskom generičkih paralela na tržište, inovativni lijekovi postaju „originatori“ te najčešće zadržavaju većinski tržišni udio, ali uz pad cijena za cijelu klasu. Stoga inovativne kompanije imaju značajnu potrebu za profitom zbog utrošenih sredstava na kliničke studije koje ne garantiraju registraciju lijeka.

Najčešće kritike poslovnih strategija farmaceutskih kompanija odnose se na pretjerano ulaganje u marketing<sup>65</sup>, sve slabiju produkciju novih i medicinski relevantnih supstanci te zanemarivanje bolesti Trećeg svijeta zbog snažne orijentacije na *blockbuster lijekove*<sup>66</sup> za bolesti bogatog Zapada<sup>67</sup>. Busfield (2006) potonje opisuje kao obrazac vesternizacije, a ne globalizacije suvremenog farmaceutskog razvoja. Dosadašnja strategija farmaceutskih kompanija bila je lansiranje *blockbusterskih lijekova* (najčešće primarne i sekundarne preventivne), što je iziskivalo visoke marketinške troškove, ali uz visoke prihode. Formiranje novog tržišta ili širenje postojećeg procesima farmaceutikalizacije i medikalizacije su načini dodatnog iskorištavanja postojećih lijekova. Štoviše, farmakološka inovativnost nije potrebna ako postoji dovoljno dobro promovirana bolest i vješti *re-branding supstance*<sup>68</sup>. S druge strane, istraživanje i razvoj karakterizira sve veće izbjegavanje rizika, kolaboracije s manjim biotehnološkim institutima te *outsourcing* proizvodnje i/ili kliničkih studija zemlje poput Kine, Brazila i Indije (Freeman, 2006). Industrija postupno mijenja fokus i na bolesti slabije prevalencije jer su potrebe opće populacije relativno zadovoljene, a samo tržište obiluje generičkim paralelama.

Najčešći argumenti za relativno slab interes farmaceutskih kompanija u pogledu infektivnih bolesti Trećeg svijeta su financijske prirode, ali „upakirani“ u širi kontekst. Visoku prevalenciju bolesti poput malarije i tuberkuloze je teško reducirati i kontrolirati zbog nedostatka osnovnih higijenskih uvjeta i nedostatka državne inicijative koja bi omogućila

---

i četvrta faza kliničkih studija koja nastupa nakon ulaska lijeka na tržište, tzv. faza post-marketinških istraživanja i farmakovigilancije (Jacobsen & Wertheimer, 2010)

<sup>65</sup> Farmaceutske kompanije u prosjeku troše 31% prihoda na marketing i administraciju, a samo 7% na istraživanje i razvoj (Ibisworld, 2011). Ali uz takvu strukturu troškova postoji visoka korelacija između prihoda od prodaje i utrošenih sredstava na istraživanje (OECD Health Policy Studies, 2008).

<sup>66</sup> Lijekovi kojima proizvođač ostvari zaradu veću od jedne milijarde američkih dolara u jednoj godini (Moynihan, 2007). Trenutno je to Pfizerov statin Lipitor kojim se ostvaruje zarada veća od 12 milijardi dolara.

<sup>67</sup> Lexchin (2006) navodi kako je u posljednjih trideset godina samo 1% razvijenih lijekova bio prvenstveno za bolesti tropskog pojasa. Također, osvrćući se na nekoliko istraživanja u različitim zemljama, sumira da samo oko 10% novo-registriranih lijekova donosi značajnu terapijsku vrijednost ili napredak.

<sup>68</sup> Primjerice, krajem 2000. godine, Prozacu, blockbusteru američke kompanije Eli Lilly, bližio se kraj patentnog prava i stoga je kompanija, uz intenzivno promoviranje PMDD-a kao nove bolesti, *re-brandirala* supstancu fluoksetin u Sarafem (Ebeling, 2011). Drugim riječima, imamo dvije kemijski identične supstance registrirane pod dva različita imena za dvije različite dijagnoze.

infrastrukturu za razvoj, proizvodnju i logistiku lijekova. Osim toga, zbog veće mogućnosti nastanka antibiotske rezistencije i mutacija patogenih organizama, potrebne su višegodišnje iterativne kliničke studije za lijekove kod kojih je, zbog liječenja akutnih, a ne kroničnih stanja, povrat investicije daleko manji, čak i ako se nivelira s brojnošću oboljelih uz niske cijene. Istovremeno, države Trećeg svijeta imaju oslabljenu zakonodavnu i izvršnu vlast, što otvara mogućnost za (crno) tržište krivotvorenih, lažnih i nesigurnih lijekova. Doduše, takav nefunkcionalni politički kontekst su određene kompanije svojevremeno iskoristavale za etički dubiozne kliničke studije i poslovne pothvate<sup>69</sup>. Uz nekoliko iznimki, može se reći da farmaceutske kompanije nemaju konkretan interes za bolesti tropskog pojasa zbog velikog poslovnog rizika i slabe profitne dobiti. Prvenstveno se očekuje (i čeka) da epidemiološka slika zemalja Trećeg svijeta počne nalikovati na zapadnjačku, čime bi se otvorilo i ojačalo tržište za već postojeća farmakoterapijska rješenja, kao što je to slučaj sa zemljama u razvoju.

Sustav državne kontrole cijena za farmaceutske pripravke postoji u gotovo svim državama te, osim farmaceutskih kompanija, uključuje cijeli niza aktera (vlada, nacionalni i privatni zdravstveni osiguravatelji, veleprodajnice, privatne, kliničke i klasične ljekarne, zdravstvene ustanove te porezna tijela) i makroekonomskih parametara (inflacija, BDP itd.). Politike kontrole cijena omogućuju državi i sustavu zdravstvenog osiguranja snabdijevanje vlastitog naroda lijekovima po pristupačnim i uravnoteženim cijenama, ali mogu potkopavati i ometati zaradu potrebnu (i patentnom zaštitom omogućenu) za povrat investicija uloženi u istraživanje i razvoj i/ili registraciju, ako je riječ o inovativno-orijentiranim kompanijama (Lybecker, 2006). Stupanj kontrole cijena i oblici participacije razlikuju se od države do države<sup>70</sup>. Farmaceutskim kompanijama najviše pogoduje što fleksibilniji i liberalniji sustav određivanja i kontrole cijena, kakav je, primjerice, u SAD-u, gdje je tržište lijekova svojevrsna „žitnica“ globalne prodaje farmaceutskih pripravaka<sup>71</sup>. Posljedica takvog sustava su i do 30% skuplje cijene lijekova od prosjeka OECD-a (OECD Health Policy Studies, 2008). U uvjetima slabe državne kontrole, kompanije opravdavaju visoke cijene lijekova tzv. Ramsey modelom<sup>72</sup>, kojim se, u suštini, cijena korigira prema potrošačkoj osjetljivosti na cijenu. Tim modelom industrija nastoji nadoknaditi troškove istraživanja, pritom

---

<sup>69</sup> Za slučajeve etičkih makinacija u provođenju kliničkih studija u zemljama Trećeg svijeta vidi: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2005/oct/06/the-body-hunters/?pagination=false> (06.10.2005).

<sup>70</sup> O heterogenosti sustava određivanja cijena i participacije među europskim državama vidi Kanavos (2001) ili OECD Health Policy Studies (2008)

<sup>71</sup> Prodaja lijekova po vrijednosti (ne količini) u SAD-u iznosi gotovo pola svjetske prodaje (IMS Institute, 2012b).

<sup>72</sup> Model podrazumijeva strategiju povećanja cijena tako da se poveća marža na robu sa što više neelastičnom (neelastičnost kao mjera neosjetljivosti) potražnjom jer će kupci ili korisnici svejedno nastaviti kupovati.

prilagođavajući cijene na tržištu u svrhu maksimiziranja blagostanja potrošača (Lybecker, 2006). Drugim riječima, različitim cijenama na tržištu prvenstveno čuvaju vlastitu profitabilnost. Kada i postoji državna kontrola cijena, njezina efikasnost (i velfaristički karakter), pored ostalih ekonomskih i političkih faktora, ovisi i o stupnju utjecaja farmaceutske industrije.

Profitom usmjereno djelovanje ljekarnika je svojevrsni dvosjekli mač jer uzrokuje deprofesionalizaciju i promjenu percepcije ljekarničke prakse („ljekarnik kao trgovac“). Staničić (2008: 194) to naziva inverzijom ciljeva uslijed komercijalnih okolinskih pritisaka tj. orijentacija na tržište, budući da maksimalizacija dobiti ljekarnikovo sveukupno djelovanje udaljava od normativnih vrijednosti, altruizma i brige za pacijenta. Osim toga, sve je prisutnija privatizacija ljekarni ili otvaranje novih privatnih ljekarni, čime se dodatno komercijalizira tržište lijekova. Navedeno ima određena zakonska pravila (npr. geo-lokacijska s obzirom na broj stanovnika). Daljnja liberalizacija takvih zakonskih okvira može dovesti do mogućnosti prodaje OTC lijekova u ne-medicinskim prodajnim mjestima (supermarketi, benzinske crpke i sl.), što dodatno oslabljuje ljekarnički monopol u izdavanju i prodaji lijekova. Spomenute promjene nisu nužno rezultat pritiska farmaceutskih kompanija, jer treba uzeti u obzir prisutnost konzumerističke ideologije na mikro-razini, kao i izvjesno prihvaćanje neoliberalne ideologije na makro-razini (zakonodavstvo, sustav zdravstvenog osiguranja, regulatorne tijela itd.).

#### 5.2.4. Politike (de)regulacije

Možda bi bilo moguće amnestirati farmaceutikalizacijski usmjerene prakse i strategije farmaceutske industrije samo zbog nesigurne poslovne okoline, hiperkonkurentnog tržišta i izdašnih troškova za istraživanja i razvoj, posebice ako one idu u korist pacijentima. Međutim, kao što je već navedeno, samo dio tih praksi ovisi o farmaceutskoj industriji *per se*, a drugi dio ovisi o regulatornim tijelima i zajedničkoj suradnji. Unazad posljednjih trideset godina, ta je suradnja dovela do značajnih promjena u politikama regulacije, koje u konačnici idu u korist farmaceutskoj industriji, a odnose se na rad globalno utjecajnih regulatornih agencija<sup>73</sup> te na tehnološke standarde i pravne okvire provođenja kliničkih studija.

---

<sup>73</sup> Američka FDA (*Food and Drug Administration*), britanska MHRA (*Medicines and Healthcare products Regulatory Agency*) i europska EMEA (*European Medicines Agency*).

Williams i suradnici (2011) navode tri značajne promjene u suradnji između industrije i regulatornih agencija: (1) reforme kojima su oslabljena razna regulacijska pravila i povećana ovisnost agencija o industriji; (2) globalizacija utvrđenih regulatornih modela temeljenih na interesima farmaceutske industrije; (3) reforme koje su povećale ulogu agencija u promoviranju inovativnosti.

Suština prve promjene jest dvostruka odgovornost i dvojbena tvrdnja regulatornih agencija da istovremeno mogu promicati interese farmaceutske industrije i javnog zdravstva. Dvostruka odgovornost proizlazi iz načina financiranja. Farmaceutska industrija u potpunosti financira MHRA-u, sedamdeset posto FDA-u i pedeset posto EMEA-u<sup>74</sup>. Iz tog razloga Abraham (2009) navodi kako su agencije podložne tzv. neo-liberalnoj korporativnoj pristranosti, koja podrazumijeva partnerstvo između industrije i državnih tijela, pritom isključujući javnost i druge interesne skupine. Posljedica toga je deregulacija koja se manifestira ubrzanim agencijskim procedurama odobrenja za ulaz na tržište, principom permisivnosti i reklasifikacijom statusa lijekova.

Ubrzano odobrenje lijeka je prvenstveno u interesu farmaceutskih kompanija jer će im lijek biti duže u prodaji pod patentnom zaštitom<sup>75</sup>. Doduše, na inicijativu udruga pacijenata, agencije su usvojile posebnu proceduru ubrzanog odobrenja (često eksperimentalnih) lijekova za „ozbiljne“ bolesti. U oba slučaja, procedura ubrzanog odobrenja zahtijeva manje kliničkih podataka i eksperimentalnih dokaza o učinkovitosti, podnošljivosti i sigurnosti. Uz različite krajnje ciljeve tih procedura (profit vs. izvjesna mogućnost izlječenja), negativne implikacije su jedino zdravstvene. Neo-liberalna korporativna pristranost također pretvara agencije u aktere podložne tržišnim pritiscima, koje zbog toga moraju paziti na zadovoljstvo svojih „klijenata“. Ubrzane procedure započele su početkom 90-ih u SAD-u nakon politički posredovanog pritiska farmaceutske industrije koja se žalila da pretjerana regulacija koči inovativnost. Međutim, Abraham (2008, 2010b), istražujući efekte regulacijskih politika od sredine 80-tih, pokazuje stalni pad u odobravanju (temeljito) novih lijekova i nakon izvjesne deregulacije. Identičan pad pokazuju podaci OECD-a, posebice za period iza 2000. godine (OECD Health Policy Studies, 2008). Određeni dio novo-odobrenih lijekova pritom se odnosi

---

<sup>74</sup> Identična situacija je i u Hrvatskoj. HALMED (Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode) se financira isključivo od naplate svojih usluga i godišnjih pristojbi od podnositelja zahtjeva te ne koristi sredstva iz državne riznice. Takav način financiranja prihvatljiv je i farmaceutskoj industriji jer je razumljivo da, u protivnom, Agencija ne bi mogla provesti regulatorne postupke u zakonskom roku te riješiti ili smanjiti broj zaostalih predmeta koje je naslijedila od dvaju bivših zdravstvenih zavoda iz kojih je nastala (Tomić et al, 2010: 344).

<sup>75</sup> Prosječno vrijeme od zahtjeva za odobrenjem do „lansiranja“ lijeka je najkraće u SAD-u (18 mjeseci), a najduže u Japanu (42 mjeseca) (OECD Health Policy Studies, 2008).

na re-branding, post-medikalizacijske i farmaceutikalizacijske lijekove. Stoga, može se reći da politike deregulacije nisu rezultirale pojačanom inovativnošću, već su, upravo suprotno tezi biomedikalizma, omogućile farmaceutskoj industriji širenje tržišta za lijekove koji donose slab ili nikakav terapijski napredak.

Novi inovativni lijekovi ne podrazumijevaju nužno i terapijski napredak. Odobravanje lijekova dvojnog terapijskog značaja moguće je zbog principa permisivnosti kod regulatornih agencija i svojevrstnih „labavosti“ u pravilima provođenja kliničkih studija<sup>76</sup>. Povijesno gledano, neupitan je doprinos farmaceutske industrije u formiranju znanstvenih standarda za odobravanje i kliničke studije. K tome, kliničke studije gotovo uvijek financiraju kompanije, a provode ugovorne istraživačke organizacije<sup>77</sup>, što kompanijama omogućuje izvjesnu kontrolu nad rezultatima koji kasnije ulaze u prijavu za registriranje lijeka. Kako su odnedavno i agencije u financijskoj vezi s industrijom, određena podilaženja industriji su više nego moguća. Takvo podilaženje Abraham i Davis (2009) nazivaju principom permisivnosti u regulaciji koji označava tendenciju odobravanja nove tehnologije za tržišnu upotrebu, iako ne zadovoljava utvrđene standarde efikasnosti i/ili sigurnosti. Regulacijska permisivnost pogoduje komercijalnim interesima proizvođača lijeka kandidata, ali na (moguću) štetu pacijenata, koja može biti financijske i/ili zdravstvene prirode jer novi, i najčešće skuplji, lijekovi mogu biti jednake ili čak slabije učinkovitosti od već postojećih. Opseg permisivnosti ovisi o intra-institucionalnom znanstveno-normativnom integritetu regulatora sposobnih odupiranju financijsko-političkim pritiscima, ali ako je permisivnost već ukorijenjena u praksu, zadnja linija obrane je odabir lijekova na koje se takva praksa primjenjuje. Permisivnost se ne mora manifestirati samo kao puko (ne)odobravanje lijeka, već može utjecati i na odobrenu dijagnostičku širinu i primjenjivost na različite grupe pacijenata<sup>78</sup>. Ako postoji više bliskih dijagnoza koje je teško demarkirati, kao npr. kod psiho-socijalnih bolesti i poremećaja, kompanijama je u interesu da se lijek odobri za što više dijagnoza. Na taj način barem neće posezati za *off-label* propisivanjem. Podjednako problematično je odobravanje

---

<sup>76</sup> Primjerice, dokazujući efikasnost, lijek kandidat u trećoj fazi kliničke studije se ne mora uspoređivati s postojećim konkurentom svoje terapijske klase. Dovoljno je da pokaže statistički značajni efekt u odnosu na placebo. Također se odabirom doze ili načinom primjene mogu postići željene razlike između kandidata i konkurenta. Za slične dvojbene pri „kreiranju znanja“ tijekom kliničkih studija vidi Busfield (2006).

<sup>77</sup> Eng. *Contract research organization* (CRO)

<sup>78</sup> Primjerice, FDA je 1996. godine odobrio Paxil (paroksetin) za liječenje depresije. Budući da je tada tržište lijekova za depresiju bilo prepuno konkurenata, GlaxoSmithKline je od FDA-a zatražio (i dobio) proširenje upotrebe Paxila za opći poremećaj anksioznosti (GAD), poremećaj socijalne anksioznosti (SAD) i opsesivno-kompulzivni poremećaj (OCD). Time je Paxil postao lider u tržištu anksioznosti te usput doprinjeo medikalizaciji osjećaja zabrinutosti i sramežljivosti (Conrad, 2007).

lijeka za više dobnih skupina ili za pacijente s već postojećim zdravstvenim stanjima, a da pritom propisno nije dokazna sigurnost i podnošljivost lijeka.

Regulatorne agencije također mogu reklasificirati status lijeka, što znači prijelaz iz OTC u Rx status i obratno. Također mogu mijenjati status lijeka s obzirom na doplatu za pacijenta (npr. prijelazi između A i B liste u Hrvatskoj). Reklasifikacija može pogodovati farmaceutskoj industriji, posebice, ako istu supstancu, ali u različitoj dozi, uspiju registrirati za Rx i OTC status. S druge strane, i državi odgovara prijelaz lijekova u OTC status jer se time rasterećuje državni proračun. Problematično je ako sve veći broj lijekova, donedavno dostupnih samo uz recept, prelazi u slobodnu prodaju. Staničić i Loparić (2008: 192) zastupaju stav da se takvom reorganizacijom distribucije lijekova žele postići dva cilja: smanjenje troškova zdravstvenog osiguranja prebacivanjem što većeg dijela troškova na pacijenta te izgradnja institucionalnog i zakonskog okruženja koje će farmaceutskim kompanijama omogućiti ostvarenje maksimalnog profita. Dok farmaceutske kompanije imaju i druge, suptilnije i/ili efikasnije načine stjecanja profita, reklasifikacija pacijentima ne mora nužno škoditi jer, čak i uz određenu cijenu, dostupnost i jednostavnija nabavljivost lijekova povremeno igra značajnu ulogu.

Dosad navedene reforme na planu politika regulacije iniciraju ili izravno potiču procese farmaceutikalizacije. Štetnost procesa ovisi od slučaja do slučaja, tj. ovisi o stanju ili bolesti koje se farmaceutikaliziraju. Naredne reforme, s druge strane, neizravno utječu na proces farmaceutikalizacije.

Kao primjer globalizacije dominantnih zapadnjačkih regulatornih standarda i smjernica može se navesti Međunarodna konferencija o harmonizaciji, u kojoj sudjeluju SAD, EU i Japan. Ona nalaže da se sva dokumentacija koja se predaje agenciji uz zahtjev za izdavanjem odobrenja mora biti formirana u tzv. CTD<sup>79</sup> obliku (Tomić et al, 2010). Tri ključna modula CTD-a su izvješća o kliničkim ispitivanjima, nekliničkim ispitivanjima i kakvoći. Osim raznih pogodnosti koje proizlaze iz zajedničkih i harmoniziranih smjernica, farmaceutska industrija i velike agencije promoviraju i potiču usvajanje navedenog regulatornog modela u zemljama u razvoju u svrhu lakšeg ulaska i registracije lijekova na novim tržištima te *outsourcinga* dijela istraživačkog procesa u zemlje gdje su troškovi kliničkih studija manji. Pozitivna strana potonjeg jest usvajanje bioetičkih standarda potrebnih da istraživanja provedena u ne-zapadnjačkim zemljama budu prihvaćena za registraciju

---

<sup>79</sup> Eng. *Common Technical Document*

lijekova kod „domaćih“ agencija. Međutim, harmonizacija i dalje ne rješava globalnu nejednakost u razvoju i distribuciji lijekova, nego olakšava stvaranje novih lukrativnih tržišta. Sličnog stava su Abraham i Reed (2001), koji smatraju da će harmonizacija regulatorna tijela učiniti permisivnijim i podložnijim neo-liberalnoj korporativnoj pristranosti.

Zbog spomenutog pada u razvoju farmakoterapijski relevantnih inovativnih lijekova, agencije poput FDA-a i EMEA-e koriste strategije kojima potiču inovativnost, čime, uz svoju temeljnu ulogu zaštitnika javnog zdravstva u vidu sigurne i učinkovite farmakoterapije, priskaču u pomoć pacijentima čije potrebe nisu zadovoljene zbog drugačije (npr. *blockbusterske*) agende farmaceutskih kompanija. Primjer toga je FDA-ov Critical Path Institut (C-Path) – privatno-javni nezavisni neprofitni konzorcij kojim su udružene državne regulatorne agencije, akademske institucije, udruge pacijenata i biotehnoške kompanije (Jacobsen & Wertheimer, 2010). Nakon registracije novih lijekova, moguća je suradnja s farmaceutskim kompanijama zbog proizvodne efikasnosti. Uspješnost C-Patha u velikoj mjeri ovisi o načinima financiranja koji su dosad bili većinom donatorske prirode (Finkelstein, 2007). Osim što „popunjava rupe“ na tržištu lijekova, ova hvalevrijedna strategija može potaknuti pragmatičnu farmaceutikalizaciju koja se ne vrti samo oko psiho-socijalnih bolesti i medikalizacije svakodnevnog života, pa makar je većina istraživanja i dalje usmjerena na bolesti zapadnog svijeta.

### **5.3. Farmaceutikalizacija/medikalizacija/biomedikalizacija**

Imenovanje nekog stanja medicinskim problemom ili zdravstveno rizičnim faktorom (medikalizacija) ili potencijalom za biotehnošku intervenciju (biomedikalizacija) ne potiče ujedno i farmaceutikalizaciju po pukoj inerciji. Sva tri procesa mogu se i ne moraju odvijati istovremeno, no važno je napomenuti da je sama farmaceutikalizaciju neodvojiva od eminentnih eksplanatornih dimenzija koje su u korijenu medikalizacije i biomedikalizacije tj. medicinske profesije i tehnologije. Nerazumijevanje supstantivnih i funkcionalnih granica između tih triju procesa dovodi do nekoliko oblika redukcionističke analize (ili najobičnijeg brkanja pojmova). Prvo, koristeći neki od koncepata, potrebno je obuhvatiti sve njegove sadržaje dimenzije. Primjerice, pojavu ili uznapredovanje farmaceutikalizacije je pogrešno tumačiti samo u terminima konzumerizma ili ekonomske politike farmaceutskih kompanija. Drugo, preklapanje sadržajnih dimenzija između dvaju koncepata ne znači i preklapanje procesa u stvarnosti. Primjerice, i medikalizacija i farmaceutikalizacija koriste analizu

marketinških aktivnosti, što ne znači da se podjednako adekvatni za neki slučaj. Treće, svaka sadržajna dimenzija mora biti utemeljena na vlastitom kulturnom kontekstu, jer se jedino na taj način mogu postaviti relacije s ostalim dimenzijama na planu značenja koje konstruira potrebu ili namjeru te u konačnici praksu. Primjerice, izlazeći iz medicinske domene, (bio)tehnologija se mora odreći svog instrumentalnog značenja (kontrolirati, povećati, umanjiti medicinske parametre) te, kako bi ušla u društvenu upotrebu, mora prihvatiti novo inter-subjektivno značenje (omogućiti svakodnevnicu, rad, prihvaćenost, seksualno zadovoljstvo ili ograničiti neželjeno). Drugim riječima, farmaceutski pripravci se kroz kulturološki filter kao tehnologija resignificiraju od onoga što čine prema onome što se želi postići. Pored kulturološki utemeljene konstrukcije značenja, norme medicinske profesije mogu transformirati značenje. Njihov „pečat“ o namjeni i sigurnosti određenog lijeka i ne garantira temeljitu suradljivost potrošača. Tada govorimo o resignifikaciji ljekovitog u rekreativno (npr. upotreba modafinilskih ili sildenafilskih lijekova).

Navedeni oblici redukcionizma prihvatljivi su u okviru bilo kakvog populističkog diskursa, ali u medicinskoj sociologiji, posebice empirijski usmjerenoj, oni nisu dopustivi. „Različite metode istraživanja omogućuju nam uvid u svekolike aktere i akcije, podsjećajući nas pritom da nema jednostavnih prečaca za razumijevanje kako farmaceutski pripravci prolaze put od laboratorija, preko medicinske profesije i zdravstvenih politika, do područja osobnog iskustva farmakoterapije“ (Biehl, 2007: 1185).



## **6. Implikacije za ljudsku sigurnost**

Procesi medikalizacije i farmaceutikalizacije većinom polaze od konstruktivističkih i postpozitivističkih temelja. U oba slučaja je problematično ako se tijekom konstrukcije i reprodukcije tih procesa zanemaruju socijalni čimbenici bolesti (siromaštvo, nepismenost, nejednakost u pristupu lijekovima, itd.), a najveću sklonost zanemarivanja socijalnih čimbenika bolesti iskazuju političke institucije odgovorne za zdravlje građana i to iz jednostavnog razloga; lakše je prihvatiti kliničku definiciju i biološku etiologiju bolesti nego riješiti društvene i ekonomske uzroke, posebice kada su u istoj mjeri odgovorni za određenu patologiju. Tome doprinosi i općedruštveno rastuća i kulturološki utemeljena percepcija zdravlja kao individualne odgovornosti. Individualizacija društvenih problema, biološki redukcionizam i promjenjivost granica između normalnog i patološkog postavljaju rizik kao osnovnu opisnu jedinicu bolesti (Maturo, 2012). Čak i kada su socio-ekonomski uvjeti života optimalni, opisivanje bolesti u terminima rizika ne posustaje jer značajan doprinos takvom zdravstvenom diskursu pridaje farmaceutska industrija koja vješto koristi sveprisutnost rizika u marketinške svrhe. Ako je rizik od bolesti sveprisutan, tada željeno stanje ne može biti potpuna zdravost, nego stanje minimalnog rizika. Do sličnog zaključka dolazi i Brown (2011) analizirajući suvremeni zdravstveni diskurs kroz upotrebu termina „sigurnost“ i „ranjivost“. Drugim riječima, teži se zdravstvenoj sigurnosti pojedinaca, koja je sve više i više osobna odgovornost, ali joj zdravstvene i političke institucije određuju parametre i omogućuju sredstva realizacije. U postizanju zdravstvene sigurnosti, potrebno je imenovati ugrožavatelja sigurnosti, opisati ga u terminima rizika te odrediti sredstva prevencije ili uklanjanja. Kada su sredstva prevencije ili uklanjanja farmaceutski pripravci, proces farmaceutikalizacije postaje načinom postizanja zdravstvene sigurnosti. Zapravo, kada se bolest promatra kroz probabilističke procijene rizika, uz farmaceutikalizaciju, moguća je istovremena sekuritizacija osobnog zdravlja.

### **6.1. Koncepti ljudske sigurnosti i sekuritizacije**

Želi li se dodatno objasniti suodnos farmaceutikalizacije i sekuritizacije, od posebnog značaja je koncept ljudske sigurnosti jer naglašava važnost sigurnosti samih ljudskih bića, a ne raznih makro-instanci poput države, gospodarstva, okoliša i sl. Ljudska sigurnost je postala neizostavnim konceptom škole kritičke sigurnosti koja, kao dio suvremenih sigurnosnih

studija, propitkuje donedavno prevladavajuće državno-centrične koncepte sigurnosti. Navedeni koncept prvi je put predstavljen 1994. godine u izvješću Programa Ujedinjenih naroda za razvoj<sup>80</sup>, a označava sigurnost od poremećaja kao što su glad, represija i bolest te zaštitu od iznenadnih i štetnih poremećaja svakodnevnice (UNDP, 1994: 23). Ovakvo proširenje definicije sigurnosti, s ljudima kao referentnim objektom, nužno je za uočavanje, razumijevanje i upravljanje prijetnjama u svijetu u kojem, primjerice, kronične, kardiovaskularne i infektivne bolesti odnose više ljudskih života od međudržavnih ratova (Hampson, 2008). Unutar akademske zajednice sigurnosnih studija postoje određene razlike u poimanju koncepta ljudske sigurnosti. Kerr (2010) navodi školu užeg pristupa, koja se fokusira na prijetnje od strane države ili drugih politički organiziranih subjekata, te školu šireg pristupa, koja prepoznaje i naglašava moguće prijetnje iz svih područja navedenih u izvješću UNDP-a<sup>81</sup>. Floyd (2007; 40) ističe i treći pristup koji je svojstven antropologijskim analizama sigurnosti. Ne mareći toliko za sadržajni obujam prijetnji ljudskoj sigurnosti, njime se promatra definiranje sigurnosti u različitim društvenim i kulturnim kontekstima kroz simboličke procese te kako na dane (ne)sigurnosti odgovaraju institucije. Potonja dva pristupa su od posebnog značaja jer širi pristup obuhvaća zdravstvenu sigurnost, a antropološki pristup je konstruktivističke prirode. Povijesno gledano, zdravlje ulazi u područje interesa sigurnosti nakon Hladnog rata kada je postalo evidentno da su pojedinci više izloženi riziku od epidemija infektivnih bolesti nego od etničkih ili međudržavnih sukoba, ekoloških katastrofa i terorizma. Prema McInnesu (2008), najvažnije teme unutar zdravstvene sigurnosti su širenje infektivnih bolesti (SARS, H1N1, itd.), HIV/AIDS pandemija i bioterorizam. Isti autor zastupa stav da je globalizacija ključni uzrok i amplifikator rizika za navedene zdravstvene ugrožavatelje, a moguće posljedice variraju od ekonomskog opterećenja do opće nestabilnosti u funkcioniranju države.

Za razvoj i popularizaciju koncepata sekuritizacije i desekuritizacije zaslužni su autori tzv. Kopenhaške škole<sup>82</sup>. Također se proširuje koncept sigurnosti podalje od državno-centričnog poimanja sigurnosti (koja je pritom najčešće povezana s određenom egzistencijalnom prijetnjom). U proces sekuritizacije razlikujemo provoditelja sigurnosti i referentni objekt, a sam proces odvija se u dvije faze. U prvoj se identificira određeni ugrožavatelj referentnog objekta. Druga i ključna faza je kada provoditelj sekuritizacije

---

<sup>80</sup> Eng. *United Nations Development Programme* (UNDP).

<sup>81</sup> Područja ugrožavanja ljudske sigurnosti su: političko, ekonomsko, prehrambeno, ekološko, zdravstveno i sigurnost zajednice.

<sup>82</sup> Barry Buzan, Ole Weaver i Jaap de Wilde.

pokušava uvjeri relevantnu publiku (javnost, političare, itd.) da je referentnom objektu ugrožena sigurnost (Emmers, 2010). Time određeno pitanje prelazi iz politiziranog u sekuritizirano poimanje, a potomjim se otvara mogućnost legitimne primjene izvanrednih mjera. Desekuritizacija predstavlja proces kojim se sekuritizirana pitanja vraćaju na politiziranu razinu. Ključan dio modela sekuritizacije u dvije faze je važnost „govornog čina“<sup>83</sup> (Emmers, 2010: 137), koji direktno povezuje provoditelja sekuritizacije i referentni objekt. Osim što cijeli postupak sadrži diskurzivne dimenzije (govorni čin i razumijevanje), sadrži i nediskurzivne dimenzije (implementaciju politike). Diskurzivna dimenzija je od posebne važnosti jer Kopenhaška škola sigurnost smatra društveno konstruiranim konceptom tj. egzistencijalna prijetnja poprima značenje kroz inter-subjektivne procese. Takav konstruktivistički temelj predstavlja zajedničku karakteristiku procesa farmaceutikalizacije i sekuritizacije.

Prema autorima Kopenhaške škole, referentni objekti mogu biti država (vojna sigurnost), državna suverenost ili ideologija (politička sigurnost), nacionalna gospodarstva (ekonomska sigurnost), kolektivni identiteti (društvena sigurnosti) i vrste ili staništa (ekološka sigurnost) (Emmers, 2010: 134). Međutim, mogu li pojedinci biti referentni objekti sekuritizacije tj., postoji li konceptualna komplementarnost između sekuritizacije i ljudske (zdravstvene) sigurnosti? Potvrđujući potonje, Floydova (2007) zastupa stav da oba koncepta, svaki na sebi jedinstven način, doprinose razumijevanju *kako* određeni fenomeni postaju pitanja sigurnosti i *što* je uopće potaknulo takvo resignificiranje. Prema tome, vrijednost sekuritizacije je prvenstveno analitička. Čak i ako su pojedinci referentni objekt ili provoditelji (ili barem inicijatori) sekuritizacije, spomenuta diskurzivna dimenzija procesa ostaje identična. Kontekst je ključan za sagledavanje posljedica sekuritizacije koje mogu biti i pozitivne i negativne, neovisno jesu li u konačnici provedene izvanredne mjere. Identično vrijedi i za desekuritizaciju. Nadalje, vrijednost koncepta ljudske sigurnosti je normativna. Ljudska sigurnost može biti polazište za iniciranje sekuritizacije ili željeni cilj koji se tim procesom želi postići. Štoviše, omogućuje i onima koji su primarno obilježeni kao referentni objekt da preuzimaju ulogu provoditelja sekuritizacije. Institucije, kao najčešći provoditelji sekuritizacije, ne posjeduju monopol nad identifikacijom (egzistencijalnih) prijetnji, ali konačna operacionalizacija ipak zahtijeva aktore koji posjeduju određene resurse (ugled, moć,

---

<sup>83</sup> Termin dolazi iz teorije jezika Johna Searlea i Johna Austina, a označava oblik iskaza koji podrazumijeva određenu akciju govornika ili primatelja iskaza, a ne samo opis stvarnosti kroz preferencije, mišljenje, komentare i sl. (McDonald, 2008). Govorni činovi uključuju asertive (tvrdnje), deklarative (obznanje), direktive (naputke/naredbe), komisive (obveze) i ekspresive (izražaje).

bogatstvo, itd.). Na planu zdravstvene sigurnosti, takve resurse posjeduju medicinska profesija, državne institucije i farmaceutske kompanije.

## 6.2. Farmaceutikalizacija i sekuritizacija

Zajednička karakteristika obaju procesa je „govorni čin“ kojim se, u slučaju farmaceutikalizacije, određenim zdravstvenim stanjima pridaje mogućnost ili potreba za intervenciju farmaceutskim pripravcima, dok u slučaju sekuritizacije zdravlja, određeno stanje postaje sigurnosna prijetnja pojedincima, što također može rezultirati intervencijom farmaceutskim pripravcima. Kao i farmaceutikalizacija, sekuritizacija nije homogen i linearan proces. Prema Leboeuf i Broughton (2008), to je posljedica uvijek prisutne kompleksnosti nastale zbog razlika u resursima provoditelja sekuritizacije te njihovih fluktuirajućih prioriteta i interesa. Osim što opisivanje zdravstvenih stanja u terminima rizika vrlo često biva dovoljnim kriterijem za aktivaciju obaju procesa, sekuritizacija posjeduje određenu specifičnost koja proizlazi iz mjerljivosti rizika, odnosno, prijetnja zdravlju (ili ugrožavatelj sigurnosti) se promatra kao stupnjevita, a ne apsolutna komponenta procesa. Korištenje izvanrednih mjera ovisi upravo o toj procjeni rizika. S druge strane, farmaceutikalizacija se događa, ili je moguća, za daleko veći broj (ne)zdravstvenih stanja kod kojih nije prisutno egzistencijalno ugrožavanje referentnog objekta. Kao što farmaceutikalizacija može biti prisutna bez medikalizacije, također može biti prisutna i bez sekuritizacije. Da bi se oba procesa „privela kraju“ na način da paralelno djelovanje sekuritizacije prouzroči korištenje izvanrednih mjera usmjerenih prema pojedincima kao referentnom objektu, nužan je pristanak i djelovanje svih aktera medicinsko-farmaceutske sfere. Dodatno jamstvo uspješnosti je kada i referentni objekt sekuritizacije također preuzima ulogu provoditelja sekuritizacije. Eklatantan primjer paralelnog djelovanja farmaceutikalizacije i sekuritizacije je zdravstvena politika AIDS-a u Brazilu.

João Biehl (2007) u svom radu *Pharmaceuticalization: AIDS Treatment and Global Health Politics* objašnjava kako je Brazil 1996. godine postao prva zemlja u razvoju s konkretnom politikom univerzalne dostupnosti antiretroviralne (ARV) terapije, dok su u isto vrijeme međunarodne institucije tek razvijale operativni plan o liječenju oboljelih, jer je dotadašnja politika uključivala samo prevenciju. Uspjeh leži u neočekivanom i efikasnom partnerstvu između pacijenata/aktivista, nevladinih udruga, vlade i farmaceutskih kompanija. Kao rezultat, deset godina kasnije preko 200.000 građana prima ARV terapiju (uglavnom

novije generacije) koju u potpunosti pokriva nacionalni sustav zdravstvenog osiguranja<sup>84</sup>. Cijeli proces je započeo umrežavanjem velikog broja udruga pacijenata i slabo organiziranih utočišta za oboljele među siromašnijim stanovništvom pomoću međunarodnih organizacija i nevladinih udruga, što je u konačnici potaknulo političku inicijativu za sustavnim promjenama u zdravstvenoj politici. Sljedeći korak bio je vladino imenovanje ARV terapije osnovnim ljudskim pravom i uspjeh u značajnom snižavanju cijena lijekova. Farmaceutska industrija i regulatorna tijela pristali su na određene promijene u patentnom sustavu koje su pojednostavnile proizvodnju ARV lijekova u brazilskim javnim i privatnim biotehnološkim kompanijama. Nakon inicijalnog uspjeha, daljnje napredovanje u dostupnosti ARV terapije bilo je vođeno „tržišnim silama“ unutar i izvan granica Brazila. Drugim riječima, proces farmaceutikalizacije je započeo mobilizacijom civilnog društva i institucionalizacijom etičkog principa o univerzalnoj zdravstvenoj skrbi, nakon čega značajnu ulogu preuzimaju farmaceutske kompanije, radeći pritom u skladu s načelom tzv. korporativno-društvene odgovornosti<sup>85</sup>, koje je u ovom slučaju postalo provedivo u praksi zbog postojanja adekvatnih državnih struktura i izvjesne funkcionalnosti brazilске vlade. Može se reći da je liječenje AIDS-a u Brazilu u velikoj mjeri farmaceutikalizirano, a posljedica je 70% manji AIDS-om prouzročen mortalitet u odnosu na mjerenja iz sredine 90-tih godina prošlog stoljeća (Biehl, 2007: 1088).

Primjer farmaceutikalizacije AIDS-a u Brazilu je ujedno i primjer sekuritizacije s ljudskom sigurnošću kao željenim ciljem. Evidentno je pojedinci predstavljaju referentni objekt, međutim, ovdje je također prisutna situacija kada referentni objekt u inicijalnom trenutku preuzima ulogu provoditelja sekuritizacije. Zbog dotad neadekvatne zdravstvene politike, ali i lošeg socio-ekonomskog statusa, velikoj većini zaraženih (i oboljelih) su nedostupnost i/ili cijena lijekova predstavljali egzistencijalnu prijetnju. Pored postizanja ljudske sigurnosti za određen broj građana, brazilska vlada je istovremeno umanjila ugrožavanje nacionalne sigurnosti, jer HIV/AIDS pandemija predstavlja primjer prijetnje nacionalnoj sigurnosti većini zemalja Trećeg svijeta (McInnes, 2008; Leboeuf & Broughton, 2008; Elbe, 2010).

---

<sup>84</sup> Prema procjeni iz 2001. godine, u Brazilu živi oko 610.000 zaraženih i oboljelih što čini 57% HIV/AIDS slučajeva u Latinskoj Americi (Biehl, 2007).

<sup>85</sup> Načelo koje podrazumijeva benevolentno djelovanje korporacija i uvažavanje principa koji se tiču zaštite okoliša, bioetike, dobrotvornih donacija, pomoći lokalnim zajednicama, rodne ravnopravnosti u zapošljavanju, investiranja u zemlje u razvoju itd. (Freeman, 2006).

## 7. Zaključak

Tržišna liberalizacija farmakoterapije može biti objašnjena ako se pojam farmaceutikalizacije koristi u svojoj punoj konceptualnoj širini, pazeći pritom na unakrsnu povezanost između sadržajnih domena, kao i na određena pitanja koja su istovremeno zajednička svim dimenzijama i rudimentarna za sociologijski usmjereno proučavanje farmaceutike. Pitanja poput: (1) što je i za koga je određeni farmaceutski pripravak koji je na tržištu ili će uskoro biti; (2) koja je ekonomska, politička i društvena pozadina razvoja ili upotrebe farmaceutskog pripravka; (3) kakvo značenje pripisuju krajnji potrošači u odnosu na medicinu i svakodnevnicu; (4) kako se upotreba farmaceutskog pripravka pozicionira i legitimira u određenom socio-kulturnom kontekstu te (5) koji sve akteri, na koji način i u kojoj mjeri su uključeni u cijeli životni ciklus farmaceutskog pripravka? Imajući na umu sve spomenuto, koncept farmaceutikalizacije može biti podesan za puku deskripciju određene situacije (npr. dolazak ili odlazak nekog lijeka s tržišta) ili kao teorijski okvir za promišljanje o uzrocima i posljedicama tržišne liberalizacije farmakoterapije.

Nedostaci postojećeg koncepta farmaceutikalizacije proizlaze iz svojevršne teorijske „adolescencije“, budući da je ipak riječ o konceptu koji je „na sceni“ medicinske sociologije nešto manje od deset godina, a pritom zaokuplja pažnju nekolicine autora. Nezrelost se najviše manifestira fiksacijom na razgraničenja postojećih i srodnih koncepata ili izgradnju tumačenja farmaceutikalizacije na temeljima medikalizacije. Međutim, zanimljivo je da empirijske građe nije i neće nedostajati. Određene teme iz svih sadržajnih dimenzija imaju svoje empirijsko naličje u radovima koji realno obrađuju farmaceutikalizaciju, ali uz izostanak korištenja samog termina. Potreba za konceptom farmaceutikalizacije nastala je uslijed pojačane dinamike i kompleksnosti unutar i oko medicinsko-farmaceutske sfere. I dok sam proces farmaceutikalizacije u stvarnosti prolazi kroz stalne mijene, poprima nove oblike, inicira se ili napreduje shodno različitim interesima, na teorijskom planu taj koncept mora optimalno slijediti dinamiku stvarnosti. U suprotnom, kao svojevremeno u slučaju medikalizacije, postat će teorijski nezgrapnan te populistički promiskuitetan koncept van duha vremena. Na kraju krajeva, radi se o složenom konceptu koji ne tendira postati velikom teorijom. Štoviše, koncept farmaceutikalizacije, zajedno sa svojim sadržajnim dimenzijama, može biti heuristički model van preciznog ideološko-spoznajnog horizonta i pritom dovoljno efikasan za opservaciju i promišljanje o uzročno-posljedičnim vezama u aktualnim temama poput potrošnje i cijene lijekova, globalno nejednake dostupnosti lijekovima ili inter-subjektivnoj konstrukciji rizika, zdravlja i (samo)liječenja. Takva simplificirana redukcija

koncepta na model barem izbjegava već prisutni protuargument o farmaceutikalizaciji kao inherentno zapadnjačkom fenomenu, što je, naravno, pogrešno, jer je proces farmaceutikalizacije bio prisutan i bit će prisutan neovisno o geografskoj lokaciji.

Interes za, prosto rečeno, tematsku segmentaciju medikalizacije unutar medicinske sociologije započet je konceptom farmaceutikalizacije te, u nešto manjoj mjeri, konceptom biomedikalizacije. Daljnja segmentacija je više nego dobrodošla zbog raznih procesa koji, možda neočekivano, dijele utemeljenost u farmaceutikalizacijski relevantnim sadržajnim dimenzijama – posebice konzumerizmu (npr. „kozmetikalizacija društva“). Osim tematske segmentacije i teorijskog sazrijevanja, stvarna farmaceutikalizacije je nužno potrebna u velikoj većini zemalja Trećeg svijeta gdje zarazne bolesti predstavljaju ozbiljno ugrožavanje sigurnosti na više razina (od ljudske, preko ekonomske, pa do nacionalne). Uz aktualne epidemije bolesti za koje postoje (relativno) efikasne terapije, kritika farmaceutikalizacije kroz sadržajne dimenzije konzumerizma, marketinga ili utjecaja medija postaje sporedna, jer veći značaj ima puko uklanjanje egzistencijalne prijetnje kroz adekvatne zdravstvene politike od raznih implikacija potrošačke kulture i kasnog kapitalizma. I upravo farmaceutikalizacija može biti jedna od adekvatnih zdravstvenih politika.

## 8. Literatura

- Abraham, J. (2007) Building on sociological understanding of pharmaceutical industry or reinventing the wheel? Response to Joan Busfield's 'Pills, power, people'. *Sociology*, 4: 727 – 736.
- Abraham, J. (2008) Sociology of pharmaceuticals development and regulation: a realist empirical research program. *Sociology of Health & Illness*, 30: 869-885.
- Abraham, J. (2010a) Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44: 603 – 622.
- Abraham, J. (2010b) The Sociological concomitants of the pharmaceutical industry and medication. U Bird, C., Conrad, P., Fremont, A.M., & Timmermans, S. (ur.) *Handbook of medical sociology*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Abraham, J. (2011) Evolving sociological analysis of 'Pharmaceuticalization': a response to Williams, Martin and Gabe. *Sociology of Health & Illness*, 33: 726 – 728
- Abraham, J. & Davis, C. (2009) Drug evaluation and the permissive principle: continuities and contradictions between standards and practices in antidepressant regulation. *Social Studies of Science*, 39: 569 – 598.
- Abraham, J. & Davis, C. (2011) Desperately seeking cancer drugs: explaining the emergence and outcomes of accelerated pharmaceutical regulation. *Sociology of Health & Illness*, 33: 731 – 747.
- Abraham, J. & Reed, T. (2001) Trading risks for markets: the international harmonization of pharmaceuticals regulation. *Health, Risk & Society*, 3: 113 – 128.
- Angell, M. (2005) *The Truth About the Drug Companies*. Random House Trade Paperbacks.
- Bax, L. & Moons, K. G. (2011) Beyond publication bias. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64: 459 – 462.
- Bell, S.E., Figert, A.E. (2012) Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 75: 775 – 783.
- Bell, S.E., Figert, A.E. (2012) Starting to turn sideways to move forward in medicalization and pharmaceuticalization studies: A response to Williams et al. *Social Science & Medicine*, 75: 2131 – 2133.
- Biehl, J.G. (2007) Pharmaceuticalization: AIDS treatment and global health politics. *Anthropological Quarterly* 80: 1083 – 1126.
- Brown, M. (2005) Embodied health movements: new approaches to social movements in health. *Sociology of Health & Illness*, 26: 50 – 80.
- Brown, T. (2011) Vulnerability is universal: considering the place of "security" and "vulnerability" within contemporary global health discourse. *Social Science & Medicine*, 72: 319 – 326.
- Busfield, J. (2006) Pills, power, people: sociological understanding of the pharmaceutical industry. *Sociology*, 40: 297 – 314.
- Busfield, J. (2007) Pills, power, people: sociological understanding of the pharmaceutical industry: a response to John Abraham. *Sociology*, 41: 737 – 739.
- Busfield, J. (2010) 'A pill for every ill': explaining the expansion in medicine use. *Social Science & Medicine*, 70: 934-941.



- Clarke, A.E., Mamo, L., Fishman, J.R., Shim, J.K. & Fosket, J.R. (2003) Biomedicalization: techoscientific transformation of health, illness and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68: 161 – 194.
- Clarke, A.E., Shim, J.K. (2011) Medicalization and biomedicalization revisited: technoscience and transformations of health, illness and American medicine. U Pescosolido, B.A., et al. (ur.) *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing: A Blueprint for the 21st Century*. London: Springer.
- Conrad, P. (1992) Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18: 209 – 232.
- Conrad, P. (2007) *The medicalization of society: on transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Conrad, P. (2005) The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46: 3 – 14.
- Conrad, P., Leiter, V. (2004) Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45: 158 – 176.
- Conrad, P., Schneider, J. (1980) Deviance and medicalization: from badness to sickness. *Social Science & Medicine*: 16: 921 – 935.
- Ebeling, M. (2011) „Get with the Program!”: pharmaceutical marketing, symptom checklists and self-diagnosis. *Social Science & Medicine*, 73: 825 – 832.
- Elbe, S. (2010) HIV/AIDS. U Collins, A. (ur.) *Suvremene sigurnosne studije*. Zagreb: Politička kultura.
- Emmers, R. (2010) Sekuritizacija. U Collins, A. (ur) *Suvremene sigurnosne studije*. Zagreb: Politička kultura.
- Figert, E.F. (2011) The consumer turn in medicalization: future directions with historical foundations. U Pescosolido, B.A., et al. (ur.) *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing: A Blueprint for the 21st Century*. London: Springer.
- Finkelstein, J.B. (2007) FDA starts moving on critical path, but initiative running out of steam. *Journal of the National Cancer Institute*, 99: 426 – 428.
- Foucault, M. (2009). *Radanje klinike: arheologija medicinskog opažanja*. Novi Sad: Mediterran Publishing.
- Fox, N.J., Ward, K.J. (2008) Pharma in the bedroom...and the kitchen...The pharmaceuticalization of daily life. *Sociology of Health & Illness*, 30: 856 – 868.
- Floyd, R. (2007) Human security and the Copenhagen school's securitization approach: conceptualizing human security as a securitizing move. *Human Security Journal*, 5: 38 – 48.
- Freeman, R.A. (2006) Industry perspectives on equity, access and corporate social responsibility: a view from the inside. U Cohen, J.C., Illingworth, P., Schüklenk, U. (ur.) *The Power of Pills: Social, Ethical and Legal Issues in Drug Development, Marketing and Pricing*. London: Pluto Press.
- Furedi, F. (2008) Medicalization in a therapy culture. U Wainwright, D. (ur.) *A sociology of health*. London: SAGE Publications.
- Gabe, J. & Bury, M. (1996) Risking tranquilizer use: cultural and lay dimensions. U Williams, S. & Calnan, M. (ur.) *Modern Medicine: Lay perspectives and Experiences*. London: UCL Press.

- Gajski, L. (2009) *Lijekovi ili priča o obmani: zašto potrošnja raste i kako je zaustaviti*. Zagreb: Pergamena.
- HALMED (Agencija za lijekove i medicinske proizvode) (2013) *Izvešća o prometu lijekova u Republici Hrvatskoj*. URL: [http://www.almp.hr/?ln=hr&w=publikacije&d=potrosnja\\_lijekova](http://www.almp.hr/?ln=hr&w=publikacije&d=potrosnja_lijekova).
- Hampson, F.O. (2008) Human security. U Williams, P.D. (ur.) *Security Studies: An Introduction*. New York: Routledge.
- Hibbert, D., Bissell, P. & Ward, P.R. (2002) Consumerism and professional work in the community pharmacy. *Sociology of Health & Illness*, 24: 46 – 65.
- Holt, M. (2009) 'Just take viagra': Erectile insurance, prophylactic certainty and deficit correction in gay men's accounts of sexuopharmaceutical use. *Sexualities*, 12: 746 – 764.
- Horowitz, A.V. (2007) Transforming normality into pathology: the DSM and the outcomes of stressful social arrangements. *Journal of Health and Social Behavior*, 48: 211 – 222.
- House of Commons Health Committee (2005) *The influence of pharmaceutical industry report*. London: Stationery Office.
- Ibisworld (2011). *Ibisworld industry report - Global Pharmaceuticals*.
- Ignaaas, D., Hoyweghen, I.V. (2011) A new era of medical consumption: medicalization revisited. *Aporia*, 3: 16 – 21.
- Illich, I. (2010) *Medicinska Nemeza: eksproprijacija zdravlja*. Zagreb: Litteris.
- Jacobsen, T.M., Wertheimer, A.I. (2010) *Modern Pharmaceutical Industry: A Primer*. Sudbury MA: Jones & Bartell Publishers.
- IMS Institute for Healthcare Informatics (2012a) *The Global Use of Medicines: Outlook Through 2016*. URL: [http://www.imshealth.com/ims/Global/Content/Insights/IMS%20Institute%20for%20Healthcare%20Informatics/Documents/The\\_Global\\_Use\\_of\\_Medicines\\_Report.pdf](http://www.imshealth.com/ims/Global/Content/Insights/IMS%20Institute%20for%20Healthcare%20Informatics/Documents/The_Global_Use_of_Medicines_Report.pdf).
- IMS Institute for Healthcare Informatics (2012b) *The Use of Medicines in the United States: Review of 2011*. URL: [http://www.imshealth.com/ims/Global/Content/Insights/IMS%20Institute%20for%20Healthcare%20Informatics/IHII\\_Medicines\\_in\\_U.S\\_Report\\_2011.pdf](http://www.imshealth.com/ims/Global/Content/Insights/IMS%20Institute%20for%20Healthcare%20Informatics/IHII_Medicines_in_U.S_Report_2011.pdf).
- Jakševac Mikša, M. (2002). Uloga ljekarnika pri savjetovanju o farmakoterapiji. *Medicus*, 11: 13 – 18.
- Kanavos, P. (2001) *Overview of pharmaceutical pricing and reimbursement regulation in Europe*. European Commission – DG Enterprise.
- Kerr, P. (2010) Ljudska sigurnost. U Collins, A. (ur.) *Suvremene sigurnosne studije*. Zagreb: Politička kultura.
- Le Fanu, J. (2002) *The rise and fall of modern medicine*. New York: Carroll & Graf Publishers.
- Leboeuf, A. & Broughton, E. (2008) *Securitization of health and environmental issues: process and effects*. The Institut Francais des Relations Internationales (Ifri). URL: [http://www.ifri.org/?page=contribution-detail&id=5037&id\\_provenance=97](http://www.ifri.org/?page=contribution-detail&id=5037&id_provenance=97).

- Lexchin, J. (2006) The pharmaceutical industry and the pursuit of profit. U Cohen, J.C., Illingworth, P., Schüklenk, U. (ur.) *The Power of Pills: Social, Ethical and Legal Issues in Drug Development, Marketing and Pricing*. London: Pluto Press.
- Lybecker, K.M. (2006) Social, ethical and legal issues in drug development, marketing and pricing policies: setting priorities: pharmaceuticals as private organizations and the duty to make money/maximize profits. U Cohen, J.C., Illingworth, P., Schüklenk, U. (ur.) *The Power of Pills: Social, Ethical and Legal Issues in Drug Development, Marketing and Pricing*. London: Pluto Press.
- Marshall, I.E. (2006) Physician and the pharmaceutical industry: a symbiotic relationship? U Cohen, J.C., Illingworth, P., Schüklenk, U. (ur.) *The Power of Pills: Social, Ethical and Legal Issues in Drug Development, Marketing and Pricing*. London: Pluto Press.
- Matić, B., Bilas, V. & Bači, V. (2011) Analiza međunarodnih spajanja i preuzimanja u farmaceutskoj industriji. *Ekonomski vjesnik*, 1: 11 – 32.
- Maturo, A. (2012). Medicalization: current concepts and future directions in a bionic society. *Mens Sana Monogr*, 10: 122 – 133.
- McDonald, M. (2008). Constructivism. U Williams, P.D. (ur.) *Security Studies: An Introduction*. New York: Routledge.
- McInnes, C. (2008) Health. U Williams, P.D. (ur.) *Security Studies: An Introduction*. New York: Routledge.
- Moynihan, R., Heath, & Henry, D. (2002) Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 234: 886 – 890.
- Moynihan, R. (2007) *Prodavanje bolesti: kako nas farmaceutska industrija pretvara u pacijente*. Zagreb: Planetopija.
- National Pharmaceutical Association (2008) NPA Newsletter. October 2008.
- OECD Health Policy Studies (2008) *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*. URL: <http://www.centad.org/seminar/2.%20Price%20regulation/OECD%20Pharma%20pricing%20policies.pdf>.
- OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs (2012) *OECD Health Data 2012 - Frequently Requested Data*. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm> (listopad, 2012)
- Oxford Dictionary of Sociology* (3rd edition) (2009.) Oxford: Oxford University Press.
- Padamsee, T.J. (2011) The pharmaceutical corporation and the „good work“ of managing women's bodies. *Social Science & Medicine*, 72: 1342 – 1350.
- Rose, N. (2007) Beyond medicalization. *Lancet*, 369: 700 – 702.
- Staničić, Ž. & Loparić, V. (2008) Liberalizacija tržišta lijekova: socijalne i zdravstvene implikacije. *Sociologija i prostor*, 46: 187 - 202.
- Špoljar Vržina, S. (2008) Neoliberalno „zdravlje“, globalna bolest i štamparovska medicina. *Društvena istraživanja*, 6: 999 – 1021.
- Szasz, T. (2007). *The medicalization of everyday life: selected essays*. New York: Syracuse University Press.
- Tomes, N. (2007) Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalization. *Lancet*, 369: 698 – 700.
- Tomić, S., Filipović Sučić, A. & Ilić Martinac, A. (2010) Reguliranje lijekova u Hrvatskoj - doprinos javnom zdravstvu. *Kemija u industriji*, 59: 343 – 349.

- United Nations Development Programme (1994). Human Development Report. URL: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1994/chapters/>.
- Ward, D. & Morgenthaler, J. (1990). *Smart Drugs and Nutrients*. Petaluma, CA: Smart Publications.
- World Health Organization (2013) *Global Health Observatory Data Repository*. URL: <http://apps.who.int/gho/data/> (ožujak, 2013)
- Williams, S.J., Gabe, J., & Davis, P. (2008a) The Sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 30: 813 – 824.
- Williams, S.J., Seale, C., Boden, S., Lowe, P. & Steinberg, D.L. (2008) Waking up to sleepiness: modafinil, the media and the pharmaceuticalization of every day/night life. *Sociology of Health & Illness*, 30: 839 – 855.
- Williams, S.J., Martin, P. & Gabe, J. (2011a) The pharmaceuticalization of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33: 710 – 725.
- Williams, S.J., Martin, P. & Gabe, J. (2011b) Evolving sociological analysis of 'Pharmaceuticalization' a replay to Abraham. *Sociology of Health & Illness*, 33: 729 – 730.
- Williams, S.J., Gabe, J. & Coveney, C. (2011c) The sociology of cognitive enhancement: medicalisation and beyond. *Health Sociology Review*, 20: 381 – 393.
- Williams, S.J., Martin, P. & Gabe, J. (2012) Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: a commentary on Bell and Figert. *Social Science & Medicine*, 75: 2129 – 2130.
- Zola, I.K. (1972) Medicine as an institution of social control. *Sociological review*, 20: 487 – 503.

## **9. Sažetak (hrvatski)**

Rad tematizira koncept farmaceutikalizacije kroz osnovne sadržajne dimenzije (konzumerizam, politike (de)regulacije, profitom usmjereno djelovanje te farmaceutski marketing i uloga medija), koje predstavljaju manifestaciju stvarnog procesa u kontekstu tržišne liberalizacije proizvodnje i potrošnje lijekova. Koncept farmaceutikalizacije je uvelike vezan uz mnogo stariji koncept medikalizacije koji je međuvremenu postao teorijskih nepodoban za opisivanje i razumijevanje kompleksnosti suvremene farmaceutske sfere. Primarni cilj jest analiza postojeće građe iz medicinske sociologije o farmaceutikalizaciji u svrhu određivanja njezine relacije i diferencijacije u odnosu na (bio)medikalizaciju – kako u teorijskom (kao koncept), tako i praktičnom (kao proces) smislu. Rad započinje razradom koncepta medikalizacije; središnji dio bavi se farmaceutikalizacijom u okviru navedenih sadržajnih dimenzija, nakon čeka slijedi identifikacija sličnosti između farmaceutikalizacije i sekuritizacije.

## **10. Sažetak (engleski)**

This paper examines the concept of pharmaceuticalisation using four of the main substantive dimensions (consumerism, (de)regulation policies, profit-aimed activities, pharmaceutical marketing and media impact), all of which are representing same-named process which occurs in context characterized by liberalization of drug production and consumption. Pharmaceuticalisation concept is primary connected with an older concept – medicalization, which had become somewhat obsolete for explaining and understanding the complexities of contemporary pharmaceutical domain. Main goal is analysis of existing attainments from medical sociology together with a purpose of determining relations and differences between pharmaceuticalisation and (bio)medicalization; in theoretical, as well as practical sense. Paper begins with elaboration of the medicalization concept; central part deals with pharmaceuticalisation within aforementioned substantive dimensions, after which similarities between pharmaceuticalisation and securitization is being presented.