

# HRVATSKA OBITELJ: DEMOGRAFSKE, EPIDEMIOLOŠKE I ZDRAVSTVENE TRANZICIJE I NOVI SUSTAV ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Stjepan Orešković, Antun Budak

Medicinski fakultet, Zagreb

UDK: 614.253.89(497.5)

Izvorni znanstveni rad

Primljeno: 26. 9. 1995.

**Z**drava obitelj jedan je od ključnih preduvjeta biološke, duhovne i materijalne reprodukcije naroda. Obitelj je ta koja u formi tradicionalne proširene obitelji preuzima najveći dio tereta bolesti i socijalne potpore nemoćnima i bolesnima. Kakvu ulogu, u okruženju takvih promjena, igra sama nuklearna obitelj a kakvu novonastale "obitelji"? Dinamiku zdravlja i bolesti hrvatske obitelji promatrali smo kroz međutjecaje različitih oblika zdravstvenog ponašanja: kliničkog modela, modela ostvarenja uloga, adaptacijskog modela i eudajmonističkog modela zdravstvenog i bolesničkog ponašanja obitelji. Na razini institucionalno vođenih reformi demokratska preobrazba hrvatskog društva reafirmirala je slobodan izbor liječnika, definirala je prava i obveze pučanstva u zdravstvenoj zaštiti primjerenije ekonomskim mogućnostima, naglasila je potrebu licenciranja i relicenciranja zdravstvenih djelatnika itd... Nasuprot uobičajenim predodžbama i očekivanjima koja proizlaze iz teorijskih modela koji govore o ulogama same nuklearne obitelji u zdravstvenoj zaštiti, naša analiza je pokazala da suvremena hrvatska obitelj u procesu demografskih, epidemioloških i zdravstvenih tranzicija preuzima velik teret bolesti. Jačanje primarne zdravstvene zaštite i jasno definirana uloga obiteljskog liječnika predstavljaju moguće odgovore zdravstvene politike na novonastalu situaciju. Za takve mjere zdravstvene politike postoji i značajna potpora u tradiciji: Hrvatska je bila prva zemlja u svijetu koja je shvatila da je potrebno školovati posebnog, suficijentnog, specifično educiranog liječnika opće/obiteljske medicine. U bliskoj budućnosti taj profil liječnika očekuju još složenije zadaće: traženje odgovora na zdravstveno/etička pitanja kako sačuvati mentalno, socijalno i reproduktivno zdravlje obitelji u procesima dezinstitutionalizacije braka, pluralizacije obiteljskih oblika, nastajanju rekonstruirane obitelji, dakle onih formi koje su se donedavna označavale kao atipične i devijantne. Na te promjene novi zdravstveni sustav kao i fakultetski i poslijediplomski programi obrazovanja i specijalizacije obiteljskog liječnika tek trebaju dati odgovore.

## UVOD

Zdrava obitelj jedan je od ključnih preduvjeta biološke, duhovne i materijalne reprodukcije naroda. Zbog toga se zdravlju obitelji u suvremenom javnom zdravstvu te u sociološkoj i ekonomskoj teoriji ne pristupa samo kao rezervi ljudskog rada, kao što je to bilo u ranom industrijalizmu, već kao resursu kreacije i temeljnom činiocu ekonomskog razvoja društva. Prvi pokušaji ekonomskog vrednovanja zdravstvenih potencijala pojedinca i porodice datiraju još od Williama Pettya. Petty je računajući ukupne zarade stanovništva i vrijednosti dohotka po stanovniku Engleske procjenjivao ekonomske gubitke zbog umiranja od epidemija (Brown, 1986). U drugoj polovici ovoga stoljeća Pettyjev je pristup oživljen kroz teorije o monetarnoj vrijednosti ljudskog kapitala i ljudskih resursa te utjecaju čovjekova zdravlja i utjecaja bolesti na nacionalnu ekonomiju (Abel-Smith i Mossialos, 1994). Ideja o ulozi zdrave porodice u populacijskom, ekonomskom i duhovnom razvoju nacije konačnu potvrdu dobiva na kraju XX. stoljeća. Tražeći nove odgovore na pitanje kako povezati razvoj i investicije u zdravlje, stručnjaci Svjetske banke prihvatili su ideju o povezanosti zdravlja porodice i ekonomskog razvoja (The World Bank, 1993). Promjene u pristupu zdravlju i zdravstvenom ponašanju obitelji, koje se očituju nakon donošenja novih zakona u području zdravstvene i socijalne zaštite, imaju velik utjecaj na sadašnji i budući ekonomski, populacijski i duhovni razvoj Hrvatske. Tu novu dinamiku porodice u Hrvatskoj prikazat ćemo kroz: promjene u funkcijama i ulogama obitelji u kliničkoj i javnozdravstvenoj zaštiti; nove oblike zdravstvenog ponašanja; kroz nove uloge oca i majke u biološkoj reprodukciji. Neke od tih promjena predstavljaju povratak na stare obrasce ponašanja i na stare uloge porodice u odnosu na zaštitu zdravlja njenih članova, dok druge imaju strukturalni značaj prilikom redefiniranja uloga muškarca i žene, oca i majke.

## UČINCI DEMOGRAFSKIH I EPIDEMIOLOGIJSKIH TRANZICIJA NA STRUKTURU HRVATSKE OBITELJI

Običaj je da se dinamiku suvremene obitelji svrstava u neki od teorijskih modela. Objašnjenje prema kojem u predmodernim društvima dominira klasična proširena obitelj (*classical extended family*), a u modernim društvima inokosna nuklearna obitelj (*isolated nuclear family*), načelno je točno. Ipak, na modernu/postmodernu obitelj valjalo bi više gledati kao na dinamičnu fluktuirajuću zajednicu, a ne kao na statičan objekt, proizvod ili stvar (Morse, 1987:82). Stoga, za razliku od modernih vremena kada su svi oblici obitelji i braka koji se nisu uklapali u klasičnu formu (otac-hranitelj, majka-domaćica, dvoje djece) smatrani *atipičnim ili devijantnim*, u dobu postmoderne u razvijenim zemljama Zapada dolazi do promjena u *strukturi, organizaciji, ulogama i funkcijama* cijele obitelji i njenih članova. U sociologiji obitelji govori se o *pluralizaciji obiteljskih oblika, o dezinstucionalizaciji braka, o stvaranju ne-obiteljskog sektora, o rekonponiranoj obitelji, kohabitacijama*. Zbog toga postoje i snažno izraženi zahtjevi da se umjesto uobičajenog singulara koristi plural – *obitelji*. Klasični tip obitelji u nekim je

zemljama gotovo iščezao, tako da u SAD-u klasična forma obitelji čini manje od 5% svih obitelji. U nekim je zemljama proporcija nevjenčanih parova dosegla 18% ukupnog broja bračnih parova. Broj izvanbračnih rođenja početkom devedesetih godina u Švedskoj dosegao je 47% svih rođenih, u Danskoj 46%, u Francuskoj 28,4%, (Puljiz, 1995: 128). Faktičnu dezinstitutionalizaciju braka pratile su i promjene u legislativi kojima se izvršila normativna prilagodba stvarnosti (sporazumna rastava braka, pravno izjednačavanje partnera, podjela roditeljskih nadležnosti, egalizacija statusa bračne i izvanbračne djece, izjednačavanje prava u bračnoj i izvanbračnoj zajednici, posvojenja, pravno značenje sredstava po krvi i tazbini, instituti skrbništva). Raznovrsnost životnih i pravno uređenih zajedništava članova obitelji uglavnom se do sada izražavala kroz podjelu prema kojoj postoje tri osnovna oblika obitelji, od kojih svaki ima nekoliko podoblika. Prema toj tipologiji očigledno je da su u Hrvatskoj zastupljeni svi (u Tablici 1 opisani) oblici obitelji. U postmodernim društvima navedena klasifikacija – iako novijeg datuma – već danas ne pokriva sve novonastale forme obitelji (ne samo organizacijske nego i strukturalne i organske), koje nastaju kao posljedica intervencija medicine u funkcije i uloge članova obitelji.

**Tablica 1**

**Moderni oblici obitelji**

NUKLEARNA	PROŠIRENA	REORGANIZIRANA
Biološka	Trogeneracijska	Uzastopna (novi brak)
Socijalna	Srodnička	Veća zajednica s više bračnih/izvanbračnih parova i djece
Jendoroditeljska	Plemenska	
Adoptivna	Poligamna	
Medicinski-pravno uređena		Zajednica osoba istog spola

Izvor: Alinčić (1994)

Svi popisi stanovništva pokazuju smanjenje broja članova obitelji u Hrvatskoj u periodu između 1948. i 1991. U godini 1948. prosječan broj članova obitelji iznosio je 3,94 člana i otada kontinuirano opada: 1953. iznosio je 3,81 članova, 1961. godine 3,56 članova, 1971. godine smanjen je na 3,43 člana, 1981. godine iznosio je 3,23 člana, da bi po popisu iz godine 1991. iznosio 3,10 članova. Od ukupno 100 domaćinstava u 1991. godini već je 17,8 posto domaćinstava samačkih, a čak 22,5 posto imaju samo dva člana, što znači da je ukupno 40,3 posto jednočlanih ili dvočlanih obitelji u ukupnom broju od 1 367 106 obitelji, koliko je u Hrvatskoj obitavalo 1993. godine.

**Tablica 2**

Distribucija stanovništva u Hrvatskoj prema broju članova obitelji i broju obitelji u odnosu na ukupnu populaciju

BROJ ČLANOVA U OBITELJI	UKUPAN BROJ STANOVNIKA	BROJ OBITELJI
1	274 744	0
2	695 680	322 293
3	934 710	308 510
4	1 450 460	378 169
5	708 780	173 453
6	405 276	110 658
7	165 564	42 570
8	63 856	15 708
9	29 016	6 923
10	17 170	4 159
11	7 293	1 676
12	4 044	912
13	2 808	641
14	1 708	384
15 i više	4 650	1 050

**Tablica 3**

Distribucija stanovništva u Hrvatskoj prema osnovnim starosnim skupinama u usporedbi sa izabranim zemljama iz grupe zemalja OECD-a

DRŽAVA	0-14 GODINA	15-64 GODINE	65 I VIŠE GODINA
AUSTRIJA	17,5	67,4	15,1
FRANCUSKA	21,0	66,0	13,0
ITALIJA	19,4	67,6	13,0
ŠVICARSKA	14,7	71,1	14,2
V. BRITANIJA	19,2	65,1	15,7
HRVATSKA	19,4	67,5	13,1

Dobna struktura populacije u Hrvatskoj govori u prilog tvrdnji da je u Hrvatskoj dovršen proces demografske tranzicije i da temeljne starosne skupine odgovaraju profilu istih dobnih skupina u zemljama OECD-a. Obitelj je još uvijek, unatoč dubokim promjenama koje su doživjela zapadna društva, uključujući i Hrvatsku, temeljna socijalna institucija sa središnjom ulogom u neformalnoj

zdravstvenoj zaštiti. Uloga obitelji u zdravstvenoj zaštiti raste s promjenom dobne strukture društva. Većina zdravstvene zaštite djece, starih, hendikepiranih te značajnog broja kroničnih bolesti odvija se u obitelji. Uloga obitelji ne svodi se samo na provođenje zdravstvene zaštite. Ona preuzima i ulogu pregovarača s predstavnicima zdravstvenog sustava prilikom definiranja statusa svih tipova teških bolesnika (posebno starih ljudi sa izraženim kroničnim patološkim promjenama).

## **SUVREMENA MEDICINA I MEDICINSKA GENETIKA TE NJENI UČINCI NA PROMJENU STRUKTURE I FUNKCIJA OBITELJI**

U tradicionalnim zajednicama, ali i u nedavnoj prošlosti modernog doba, obitelj je bila središnje mjesto rađanja, rada, bolovanja, liječenja i umiranja. Ona nije predstavljala samo jednu od institucija socijalizacije kao u modernom i postmodernom dobu, već i osnovno socijalno jamstvo da bolesni, nemoćni, stari neće biti ostavljeni sami sebi. Individualne poteškoće brzo su postajale obiteljskim problemom. Takvoj ulozi obitelji u odnosu na bolest odgovarale su primitivne teorije bolesti (*korpuskularna, demonistička i parazitarna teorija bolesti*), koje nisu razdvajale uzrok i pojavu, izjednačavajući time uzročnike bolesti s bolesti samom (Grmek, 1971). Nakon Pasteurovih otkrića, vodeće medicinske teorije bolesti dobile su biomedicinsko i socijalnomedicinsko usmjerenje. Teorija klica ili *germinativna teorija bolesti* te posebno *epidemiološkijske teorije bolesti*, koje na bolest gledaju kroz povezanost triju fenomena: domaćina, štetnog agensa i socio-kulturnog okruženja, otvorile su vrata obitelji javnozdravstvenim pokretima i utjecaju stacionarno-kliničke medicine. Postalo je jasno da obitelj ne samo da nije sposobna pružiti svu profesionalno utemeljenu zaštitu već je u periodu velikih epidemija takvo ponašanje predstavljalo životnu pogibelj. Razvojem moderne medicine i njenih institucija: rodilišta (rodilja je preseljena u rodilište), klinike (bolesnik je izdvojen iz obitelji i preseljen na stacionarnu njegu), staračkog doma (ostarjeli je prepušten na brigu gerijatrijskoj ustanovi) i hospicija (umirući je dobio društvo u posljednjim trenucima življenja) sve su bitne funkcije obitelji socijalizirane i institucionalizirane. U modernoj Hrvatskoj taj je proces institucionalizacije i medikalizacije rađanja i umiranja u potpunosti dovršen: godine 1992. u zdravstvenim ustanovama rodilo se 46 568 djece, dok se izvan bolnice i bez stručne pomoći rodilo svega stotinu i sedamnaest dječaćića i djevojčica. Podatke o uzroku smrti daje liječnik u čak 97,7% slučajeva. Od 50 607 umrlih 40,5% građana umrlo je u bolnici, a za svega 1193 umrlih podatke je dala neka druga osoba osim liječnika.

Sve osnovne obiteljske funkcije (reprodukcijaska funkcija, funkcija zadovoljavanja spolnih i emocionalnih potreba, gospodarska funkcija, obrazovna, kulturna i religijsko-moralna funkcija, zaštitna funkcija davanja socijalne sigurnosti i zdravstvene potpore) duboko su povezane s funkcijama zdravstvenog sustava. Spomenute funkcije obitelji u modernom su društvu podložne procesu tzv. medikalizacije: reprodukcijaskim funkcijama bavi se genetika, fiziologija, gine-

kologija, emocionalnim problemima bave se psihologija, psihijatrija, neurologija, neurokirurgija, somatskim problemima bave se kirurgija, interna medicina, zdravljem na radu bavi se medicina rada. Medicinska genetika ne utječe samo na zdravstveno stanje obitelji otkrivanjem genski uvjetovanih bolesti već i na samu strukturu obitelji, na definicije uloge majke, oca i djeteta. Otkad su liječnici Robert G. Edwards i Patrick Steptoe u lipnju 1978. godine "stvorili u epruveti" Louise Brown, prvu bebu rođenu iz epruvete (*test-tube baby*) – metodom *in vitro* fertilizacije (IVF), suvremena obitelj više nikad neće biti ono što je predstavljala u tradicionalnim zajednicama. Koje su implikacije tih promjena na ulogu majke, oca i djece? Razdvajanje tih uloga ima nepredvidljive (a danas već i očigledne) posljedice za tradicionalni kulturni sklop u kojem se majka, otac i dijete u biologijsko-gestacijskom lancu podređuju jednoj vrsti uloga, dok se u socijalizacijskom lancu ponašaju prema tradicijski definiranim pravilima. Slučajevi (ako se može govoriti o slučajevima danas, kada je već nekoliko desetaka tisuća djece rođeno na novi način) "novog materinstva", "novog djeteta" (*test-tube baby*) rođenog pomoću IVF-a, "nove uloge oca" (otac donator putem tzv. AID tehnike, "Artificial insemination by donor") i "nove obitelji" (multigenetički i civilno-pravno zasnovana obitelj koja uključuje različite genetičke linije) izražavaju nastajanje potpuno novih i nepoznatih obiteljskih odnosa (Gregorios, 1991). Rascvat novih tehnologija (IVF i AID predstavljaju samo "pećinsku fazu" dosadašnjeg razvoja), već omogućuje takve kombinacije u kojima tijekom stvaranja jednog djeteta sudjeluje pet osoba:

- a) genetski otac
- b) genetska majka
- c) gestacijska majka
- d) socijalizacijski/adoptivni otac
- e) socijalizacijska/adoptivna majka

Nova situacija vodi do mehaničkog razdvajanja uloge majke unutar nekada integralne obitelji i nastajanja triju različitih/razdvojenih uloga majke;

1. Genetičke uloge majke;
2. Gestacijske uloge majke;
3. Socijalizacijsko-odgajateljske uloge majke.

Tehnološki aspekti humane reprodukcije (tehnolojska kontrola, dizajn, genetski make-up) imaju slijedeće posljedice:

1. Svodenje embrija na materijal;
2. Svodenje privatnih i intimnih odnosa na racionalno upravljane javne tržišne akcije;
3. Prokreacija na ekonomski uvjetovanu produkciju;
4. Svodenje osoba na stvari.

Razvoj humane genetike ne izaziva samo etičko-pravne nesporazume već ima i svoje ekonomsko-pravne implikacije u odnosima koji se uspostavljaju između "različitih roditelja". U roditeljstvu putem ugovora roditeljstvo i svi odnosi koji se uspostavljaju u lancu reprodukcije i prokreacije imaju svoju kupovnu i prodajnu cijenu, podvrgnuti su zakonima ponude i potražnje (Zeilmaker, 1990). Znanje i

tehničke mogućnosti medicine u Hrvatskoj takvi su da bez poteškoća mogu klinički koristiti sva svjetska dostignuća medicinske genetike u "kreiranju potomstva" putem umjetne inseminacije. Na klinikama Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (Sveti Duh, KBC Petrova) takvi se postupci primjenjuju s minimalnim vremenskim zakašnjenjem u odnosu na primjenu takvih metoda u vodećim zemljama svijeta, a u pojedinim područjima (*color doppler*) svrstavamo se i među vodeće grupacije u tom području znanosti. Odgovori na etička i socijalna pitanja ostaju i u Hrvatskoj otvoreni. U hrvatskom pravnom poretku postoje odredbe o izvanbračnim zajednicama žene i muškarca. U Hrvatskoj "propisi o medicinskopravnoj oplodnji uz liječničku pomoć i obiteljskopravne norme o učincima određenih oblika medicinskih intervencija u humanu prokreaciju su veoma oskudini" (Alinčić, 1994:233). Ti sadržaji regulirani su u onim zemljama Europe (zemlje skandinavskog pravnog kruga, Francuska, Njemačka) u kojima parlamenti već niz godina, u suradnji s Europskom komisijom (DG V), rade na bioetičkoj i pravnoj profilaciji novih odnosa u obitelji. Sve opisane promjene govore u prilog tvrdnji da zdravstveni sustav i zdravstveni radnici u planiranju zdravstvene zaštite u razvijenim zemljama Zapada moraju računati na pluralizaciju obiteljskih oblika, na rekonponirane obitelji i na razvoj ne-obiteljskog sektora. Strukturne promjene u formama obitelji u Hrvatskoj (porast broja reorganiziranih, uzastopnih, jednoroditeljskih i medicinski-pravno uređenih) moguće je prepoznati i na osnovi razmjerno oskudnih podataka (u odnosu na one koji se iskazuju u statistikama zemalja Europe). Nove forme obitelji traže i nove pristupe zdravstvenog sustava. Te će nove činjenice u račun morati uzeti posebice oni elementi zdravstvenog sustava koji su usmjereni na zaštitu zdravlja obitelji: primarne zdravstvene zaštite, opće i obiteljske medicine. Također će trebati uzeti u obzir i nove konceptualne pristupe zdravlju obitelji, u koje je već ugrađena spoznaja da su nove forme udruživanja i razdruživanja u obiteljima posljedica dubljih vrijednosnih i bihevioralnih promjena koje se na prelomu između moderne i postmoderne zbivaju u strukturi društava. Kako se te promjene očituju na zdravstvenom ponašanju obitelji?

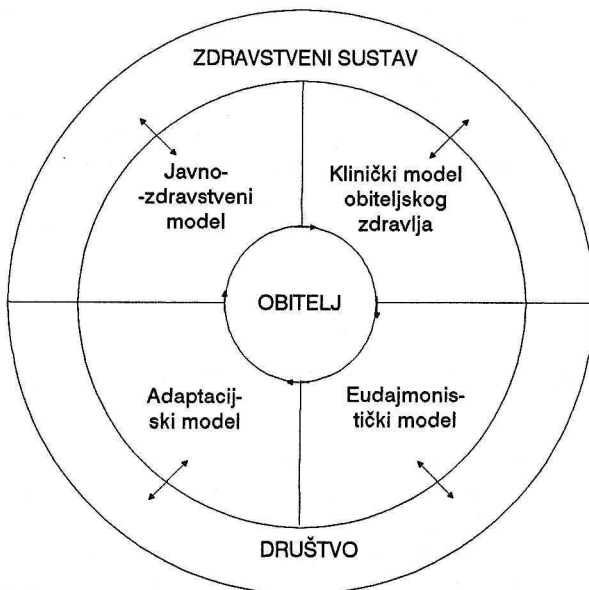
## KONCEPTUALNI PRISTUPI ZDRAVLJU OBITELJI

Shvaćanja obiteljskog zdravlja variraju od biologijskih, psihologijskih, sociologijskih do spiritualnih i kulturnih dimenzija (Parsons, 1972). Tako jedni naglašavaju nepostojanje psihopatologije i značaj sposobnosti obitelji da se nosi s utjecajima stresa, drugi smatraju da ravnoteža povezanosti, fleksibilnosti i funkcionalne komunikacije rezultira zdravljem članova obitelji. Obitelj je osnovni sustav u kojem su zdravstveno ponašanje i zdravstvena zaštita organizirani, izvedeni i osigurani (Friedman, 1986). Funkcija je obitelji da osigurava usvajanje osnovnih obrazaca vrijednosti koje čine temelj zdravstvenog ponašanja djece (Pratt, 1976), ali i da povezuje članove obitelji sa zdravstvenim sustavom i socijalno-zaštitinim institucijama društva. Tijekom vremena, među ostalima, razvila su se četiri modela kroz koje možemo izraziti različite pristupe zdravlju obitelji (Loveland-Chery, 1989):

1. Klinički model obiteljskog zdravlja koji se može definirati kao nepostojanje fizičkih, mentalnih ili socijalnih nedostataka ili disfunkcija u sustavu koji čini obitelj.
2. Model ostvarenja uloga koji polazi od sposobnosti obitelji da normalno ispunjava uloge koje se od nje očekuju, uključujući i razvoj obitelji.
3. Adaptacijski model koji polazi od uvjerenja da je zdrava obitelj ona koja se normalno prilagođava okolini pokazujući sposobnost promjena i rasta.
4. Eudajmonistički model obiteljskog zdravlja polazi od pojma unapređenja zdravlja kao središnjeg. Prema zastupnicima toga modela, zdravlje obitelji mora se temeljiti na aktivnom pristupu zdravlju, na unapređenju zdravlja i izjednačavanju zdravlja s najvišim vrijednostima života. U tom modelu zdravlje nije sredstvo, kao u kliničkom modelu, već najvažniji cilj življenja (zdravi život). Primjenom navedena četiri teorijska modela pokušat ćemo objasniti dinamiku hrvatske obitelji u odnosu na pojave zdravlja i bolesti.

### Slika 1

Različiti moderni i postmoderni pristupi tumačenju zdravlja u obitelji



Stvarnu dinamiku zdravlja obitelji možemo razumjeti samo kroz istodobno promatranje djelovanja svih modela zdravstvenog ponašanja. U tom rasponu između modernog i postmodernog zdravstvenog ponašanja odvija se aktivnost tradicionalno dizajnirane primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, s općim/obiteljskim liječnikom u središtu sustava. Kako teku njihovi međutjecaji? Kakvi su učinci reforme zdravstvenog sustava na položaj obiteljskog liječnika u susta-



vu primarne zaštite? Prate li dizajneri reforme opisane promjene u strukturama, organizaciji i ulogama obitelji u svojim planovima reforme zdravstvenog sustava?

## HRVATSKA OBITELJ I NJEN LIJEČNIK: NAKON NOVOG ZAKONA O ZDRAVSTVU

Ulogu obitelji u preuzimanju tereta bolesti najlakše je objasniti na modelu kroničnih i degenerativnih bolesti. U slučaju takvih bolesti obitelj preuzima najveću odgovornost za brigu o kroničnim bolesnicima, invalidima ili nemoćnima. Iako je mehanizam utjecaja kronične bolesti na pojedinca dovoljno pojašnjen, utjecaj kroničnih bolesti na obitelj nije dovoljno istraživani (Stuifbergen, 1987). Pokazalo se da neke obitelji na bolest reagiraju dodatnom kohezijom, dok u drugih oboljenje izaziva osamu i unutrašnji raskroj obitelji. Utjecaj kronične bolesti na obitelj uzrokuje trajne promjene u komunikaciji unutar obitelji, mijenja obiteljske uloga oca, majke i djece. Studije promjene obiteljskih uloga muškaraca oboljelih od kroničnih bolesti pokazale su da oboljeli muškarci gube moć obiteljskog odlučivanja, podložni su emocionalnom stresu, psihosomatskim poremećajima i iskazuju smanjenu radnu sposobnost (Ludwig i Collette, 1969). Dugoročna briga o oboljelomu postaje frustrirajuća za oboljelog i za druge članove obitelji. Takvo stanje može rezultirati socijalnom izolacijom, osamljivanjem, financijskom nesigurnošću. Studije načinjene u Americi pokazuju povezanost određenih oblika kroničnih oboljenja (plućne bolesti, skleroze, bolesti bubrega) s višestrukim opterećivanjem obitelji: emocionalnim, financijskim, organizacijskim (Hanson, 1982). Pregled liste bolesti koje čine vodeće uzroke smrti u Republici Hrvatskoj pokazuje da je u značajnoj mjeri riječ o bolestima koje neposredno (ekonomski, bihevioralno, psihološki, moralno) svojim teretom (*burden of disease*) pritišću hrvatsku obitelj.

**Tablica 4**

**Rang lista i udio deset vodećih uzroka smrti u Republici Hrvatskoj u 1993 godini**

MKB IX ŠIFRA	DIJAGNOZA	BROJ	POSTOTAK
436	Akutne cerebro-vaskularne bolesti	6688	24,3
410	Akutni infarkt miokarda	4451	16,2
414	Drugi oblici kroničnog ishemičnog oboljenja srca	4213	15,3
428	Insuficijencija srca	3467	12,6
162	Zloćudna novotvorina traheje, bronha i pluća	2199	8,0
440	Ateroskleroza	1394	5,1
797	Senilnost-starost	1363	5,0
571	Kronična bolest jetre i srca	1346	4,9
799	Drugi nedovoljno definirani uzroci bolesti i smrti	1276	4,6
429	Nedovoljno definirane bolesti srca	1093	4,0
UKUPNO		27 490	100,0

Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 1994.

Kako je na strukturu zdravstvenih potreba i na epidemiološki sliku bolesti odgovoreno u projektu reforme zdravstva u Hrvatskoj?

Reforma zdravstva u Republici Hrvatskoj u punom je tijeku. U Saboru je izglasan novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju, koji predviđaju privatizaciju izvanbolničke zaštite, relicenciranje svih liječnika i sustavniju kontrolu kvalitete rada u zdravstvu. Predviđa se također redukcija broja specijalnosti u medicini, a jedna od tzv. bazičnih specijalnosti bit će "obiteljska medicina". Demokratska preobrazba hrvatskog društva sa stajališta zdravstvene zaštite dovodi do sljedećih promjena: (1) reafirmirala je slobodan izbor liječnika za koji se naša struka zalagala od 60-ih godina. (2) Definirala je (iako još ne definitivno i na zadovoljavajući način) prava i obveze pučanstva u zdravstvenoj zaštiti primjerenije ekonomskim mogućnostima. (3) Definirala je broj i vrste specijalizacija i supspecijalizacija u medicini. (4) Naglasila je potrebu licenciranja i relicenciranja zdravstvenih djelatnika. (5) Najavila je privatizaciju izvanbolničke zdravstvene djelatnosti. (Jakšić i Budak, 1995). Sve se ove promjene mogu načelno pozitivno ocijeniti.

Konsolidiranje financiranja sustava zdravstvene zaštite postavljeno je kao jedan od najvažnijih ciljeva reforme koji se, kao i u svijetu, obavlja putem striktno kontrole *cash flowa*, promjenom zaštite od bolničke prema izvanbolničkoj zaštiti, kontrolom dijagnostičkih i terapijskih procedura. Samo je proračunska potrošnja smanjena sa 3,5 milijarde njemačkih maraka na projiciranih 1,5 milijardi u 1994. godini, što bi iznosilo 7,3% GNP-a (Hebrang, 1994). Kakav je utjecaj taj proces imao na "teret bolesti" (*burden of disease*) koji je sa zdravstvenog sustava usmjeren na obitelj? Kako reformirani sustav zdravstva "ulazi" u obitelj kroz javnozdravstvene institucije, kroz stacionarni sustav u zdravstvu, kroz klinički model obiteljskog zdravlja?

Da bismo odgovorili na to pitanje, pojasnit ćemo neke od osnovnih ciljeva reforme na području primarne zdravstvene zaštite te položaj liječnika opće prakse, odnosno obiteljskog liječnika u tim promjenama. Tradicija primarne zdravstvene zaštite i javnog zdravstva (simbolizira je naslijeđe A. Štampara) ima snažan utjecaj na filozofiju zdravlja u Hrvatskoj. Što se tiče obrazovanja zdravstvenih djelatnika, potrebno je istaknuti da je Hrvatska bila prva zemlja u svijetu koja je shvatila da je potrebno školovati posebnog, suficijentnog, specifično educiranog liječnika opće/obiteljske medicine, jer to nigdje u svijetu nije moguće postići tijekom osnovnog medicinskog studija (Jakšić i Budak, 1995: 204). U Zagrebu je već godine 1960/1961. prvi put u svijetu otpočela edukacija za liječnika opće/obiteljske medicine. Do sada je gotovo tisuću naših liječnika školovano za provođenje opće/obiteljske sveobuhvatne, kontinuirane zdravstvene zaštite pojedinaca i obitelji. Razloge zbog kojih ova struka nije u nas – kao u zemljama koje su slijedile naš primjer (V. Britanija, Nizozemska, Belgija, skandinavske zemlje itd.) – preuzela kompletnu izvanbolničku zdravstvenu zaštitu treba tražiti u brojnim okolnostima: zdravstvena služba je često mijenjala svoju organizaciju upravljaju zakonom; obitelj je bila svedena na marginalne ekonomske i eventualno reproduktivne funkcije; ostale funkcije obitelji (odgojne, zdravstvene, etičke, humane i povijesne) željela je preuzeti društvena zajednica,

postojala je namjera da se kvantitativnim pokazateljima (brojem liječnika, brojem specijalista i brojem ostalih zdravstvenih djelatnika) zamijeni nedostatak kvalitete obrazovanja itd. (Jakšić i Budak, 1995).

One daju mogućnost razvoja i razmaha obiteljske medicine. Reforma zdravstva u Hrvatskoj ne postavlja liječnika opće prakse samo u poziciju *gatekeepera*, već ga, na sličan način kako je to učinjeno u Njemačkoj i donekle u Ujedinjenom Kraljevstvu, čini odgovornim i za liječenje (za razliku od Francuske, gdje GP nema ulogu *gatekeeper-a* /Orešković, 1995/. Od liječnika opće prakse zahtijeva se izvršavanje europskih vremenskih i osobnih standarda za određene procedure. (Jedan liječnik opće prakse može služiti od 1700 do 2000 stanovnika, osiguranje plaća krevete za četiri akutna i dva kronična pacijenta na 1000 stanovnika, s varijacijama u demografski ugroženim regijama.) Na žalost, one se provode u vrlo nepovoljnim ekonomskim prilikama ni rata ni mira i zbog toga češće nose restriktivne od prokreativnih obilježja. Realizacija toga zdravstvenog modela bit će ugrožena djelovanjem nekolicine procesa: u odnosu na zapadnoeuropske zemlje koje su uvele takav model (poput Njemačke, u kojoj od ukupnog broja liječnika (156.593) čak 67% čine GP, a tek 33% specijalisti), u Hrvatskoj odnos broja specijalista i liječnika opće prakse ne jamči djelotvorno provođenje toga sustava unatoč dobroj osnovnoj infrastrukturi (jedan liječnik na 387 stanovnika, 7,6 kreveta na 1000 stanovnika). Dodatni pritisak na obiteljskog liječnika i liječnika opće prakse predstavljat će prisutnost "znanstvene" i "specijalističke" svijesti u medicini koja "portofolio" javnozdravstvenih usluga smatra nepotrebnim troškom. Dodatni faktori koji će utjecati na zdravlje obitelji i na dodatni pritisak društva da obitelj preuzme teret zdravstvene zaštite jesu sljedeći: nedovoljno jasno definirana i javno promovirana politika financiranja "paketa" javnozdravstvenih intervencija; nepostojanje obrazovanog ekspertnog zdravstvenog menadžmenta sposobnog da vodi zdravstvene jedinice u području primarne zdravstvene zaštite prema logici jedinstvenog tržišta; nezadovoljstvo zdravstvenih radnika zbog slabih uvjeta rada i veoma niskih plaća; neosmišljenost ili nerazvijenost koncepta *health promotiona* (Orešković, 1995). Lovasić (1995) je analizirajući novi zakon došao do sljedećih zaključaka: "pojam obiteljske medicine odsutan je iz zakonskog okvira zdravstvenog sustava Hrvatske. Osim Specijalizacije iz obiteljske medicine, inaugurirane zakonskom odredbom početkom 1994. godine, niti u jednom drugom zakonskom aktu iz djelatnosti zdravstva ne spominje se obiteljska medicina. Štoviše, u odredbama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje obiteljska medicina je marginalizirana i priznaje joj se postojanja samo tamo "gdje nema drugih mogućnosti". Podaci istog Zavoda govore o procjeni da je za 25% osiguranika predškolske dobi u Hrvatskoj provođenje primarne zdravstvene zaštite ugovoreno s obiteljskim liječnicima. Drugim riječima, obiteljski liječnik je definitivno dio našeg zdravstvenog sustava, iako istovremeno nije ozvaničen zakonskom regulativom. Vrlo srodan problem je nedorečenost odnosa pacijent/osiguranik - osiguravatelj, pacijent - liječnik, liječnik - osiguravatelj. Kao što obiteljski liječnik nije prepoznat od osiguravajućeg zavoda, tako i obitelj nema svoje uloge u poziciji kada je jedinica vrijednosti osiguranik - pojedinac. Obiteljski liječnik u Zakonu proizlazi iz mjesta i uloge liječnika opće medicine izrijeком nije definiran, ali širinom dopuštenog u

radu nije ograničavan. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ne prati taj oblik rada u cijelosti; prema Zakonu ordinaciju privatne prakse može otvoriti doktor medicine s položenim stručnim ispitom. Koju populaciju, koju će širinu i dubinu populacije (samo pojedince, samo obitelji, sve članove ili pojedine članove obitelji...) obuhvatiti svojim radom liječnik u privatnoj praksi zakonodavac ne propisuje. Ograničenje se nalazi tek u ugovoru s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, jer on dijeli "populaciju" prema kategorijama. Konačno, preraspodjela odgovornosti za zdravlje, kao društveni problem, također značajno utječe na mjesto i ulogu obiteljske medicine. Problem nije specifičan za našu zemlju. Svjedoci smo reformi zdravstvenih sustava u praktički svim zemljama tzv. razvijenog i nerazvijenog svijeta. Dok raste u najrazvijenijim zemljama svijest o važnosti pravičnosti i potpunog obuhvata populacije osnovnom zaštitom, istovremeno dolazi do "brutalne" privatizacije primarne zdravstvene djelatnosti u bivšim socijalističkim državama. Niti jedan od ovih procesa ne ide lako, trenutni rezultati nisu blistavi, a konačni rezultat je vrlo teško predvidjeti. U našim uvjetima privatizacije primarne zdravstvene zaštite i velike neizvjesnosti u vezi s tim, teško je odoljeti iskušenju za odgodom definiranja uloge obiteljske medicine u društvu za neko drugo vrijeme - kada sve bude jasnije" (Lovasić, 1995: 200-201).

Statistički pokazatelji za godinu 1993. potvrđuju razmišljanja o neophodnosti jačanja uloge obiteljskog liječnika. U godini 1993. broj posjeta liječničkim ordinacijama bio je 13 942 894 i narastao je za značajnih 3% u odnosu na prethodnu godinu. Broj kućnih posjeta liječnika u općoj medicini iznosio je 278 096, što iznosi punih 26% posto manje u odnosu na 1992. godinu. Uzmimo u obzir da je i 1991. godine broj posjeta u odnosu na 1990. bio također smanjen za jednakih 26%. Broj kućnih posjeta ostalih zdravstvenih djelatnika također se u periodu 1992-1993. smanjio za punih 15% (u periodu 1991-1992 punih 23%). Istodobno je i broj preventivnih pregleda pao za punih i nevjerojatnih 53% u odnosu na 1992. godinu, čime se nastavlja smanjenje iz perioda 1991-1992. od 37%. Znamo li da je kućni posjet liječnika i drugog zdravstvenog osoblja zajedno s preventivnim pregledima jedan od temelja primarne zdravstvene zaštite i obiteljske medicine, onda se nude dva moguća zaključka: jedan je da stacionarni dio zdravstvenog sustava preuzima najveći dio tereta liječenja. Takav odgovor ne podupiru drugi pokazatelji o intenzitetu stacionarne zdravstvene zaštite, o broju posjeta, o troškovima i broju bolničkih dana u istom razdoblju. Drugi mogućí zaključak koji se nadaje jest da je obitelj ta koja, kao i u tradicionalnoj proširenoj obitelji, preuzima najveći dio tereta bolesti. Odgovor zdravstvenog sustava na ponovno promijenjenu ulogu obitelji u zdravstvenoj zaštiti morao bi biti jačanje primarne zdravstvene zaštite i posebne uloge obiteljskog liječnika kao zdravstvenog stručnog "servisa" obitelji.

## ZAKLJUČAK

Moderne i postmoderne zajednice nalaze se u tijeku dubokih promjena koje zahvaćaju sve razine socijalne organizacije života. Uloga obitelji ne svodi se samo na provođenje zdravstvene zaštite. Hrvatska obitelj dodatno je izložena

tranzicijskim problemima koji se susreću u zemljama koje se nalaze na kraju druge i treće demografske i epidemiološke tranzicije. Dobna struktura populacije i distribucija veličine obitelji u Hrvatskoj govori u prilog tvrdnji da je u Hrvatskoj proces demografske tranzicije doveo do takve starosne strukture stanovništva da sve dobne zdravstvene skupine odgovaraju profilima prisutnim u zemaljama OECD-a. U Hrvatskoj zaštita zdravlja u obitelji nije neka posebna funkcija, već je kao i u drugim modernim društvima isprepletana sa svim njenim bitnim funkcijama, koje u sebi povezuju društvene funkcije i potrebe pojedinaca (Montgomery, 1985)). Unatoč vjerovanju da obitelj samo u formi tradicionalne proširene obitelji preuzima najveći dio tereta bolesti (*burden of disease*), pokazalo se da u procesu tranzicija (demografskih, epidemioloških, zdravstvenih) hrvatska obitelj dobiva rastući značaj i nezamjenjivu ulogu u sustavu formalne i neformalne zdravstvene zaštite. Odnos obitelji i medicine dvosmjernan je: s jedne strane medicina neprestano penetrira u klasične funkcije obitelji. S druge strane, obitelj i dalje ostaje najvažnijim neformalnim sustavom zdravstvene zaštite i socijalne potpore. Oba procesa prisutna su u Hrvatskoj: zdravstvo se sve više oslanja na zaštitnu snagu obitelj, obitelj je sve više izložena novim izborima pred koje je stavlja suvremena biotehnolojska medicina. Kako se na razini institucionalno vođenih reformi odgovara tim izazovima? U sustavu institucionalne zaštite zdravlja i prevencije bolesti demokratska preobrazba hrvatskog društva reafirmirala je slobodan izbor liječnika, definirala je prava i obveze pučanstva u zdravstvenoj zaštiti primjerenije ekonomskim mogućnostima, naglasila je potrebu licenciranja i relicenciranja zdravstvenih djelatnika itd. Obiteljski liječnik je dio našeg zdravstvenog sustava, iako istodobno nije službeno potvrđen zakonskom regulativom. Odgovor zdravstvenog sustava na ponovno promijenjenu ulogu obitelji u zdravstvenoj zaštiti morao bi biti jačanje primarne zdravstvene zaštite i posebne uloge obiteljskog liječnika. Obiteljski liječnik morao bi u dobu demografskih i epidemioloških tranzicija predstavljati središte sustava primarne zdravstvene zaštite i promocije zdravlja. U bliskoj budućnosti očekuju ga još složenije zadaće: traženje odgovora na zdravstvena/etička pitanja – kako sačuvati mentalno i socijalno i reproduktivno zdravlje obitelji u procesima dezinstitutionalizacije braka, pluralizacije obiteljskih oblika, nastajanju rekonponirane obitelji, dakle onih formi koje su se do nedavna označavale kao atipične i devijantne. Na te promjene novi zdravstveni sustav kao i fakultetski i poslijediplomski programi obrazovanja i specijalizacije obiteljskog liječnika tek trebaju dati odgovore.

## LITERATURA

- Abel-Smith B., Mossialos E. (1994), *Cost containment and health care reform*, Occasional paper in health policy. London, London School of Economics and Political Science.
- Alinčić M. (1994). Obitelj u obiteljskom zakonodavstvu, *Rev. soc. polit.*, 1 (3):225-235.
- Brown, LD. (1986), Introduction to a decade of transition, *J Health Polit Policy Law*, 11:569-84.
- Cook-Degan, R.M. (1991). Public policy implications of the human genome project. In: Bankowski, Z., Capron, AM., *Genetic, ethics and human values (56-72)* Geneva, CIMS.

Fletcher, J. C., Wertz, D. C. (1991). An International Code of Ethics in Medical Genetics before the Human Genome is Mapped. In: Bankowski, Z., Capron, AM. *Genetic, ethics and human values (97-117)* Geneva, CIMS.

Friedman, MM. (1986), *Family Nursing: Theory and Assessment*, Norwalk, Appleton-Century-Crofts.

Gregorios, P. (1991), Ethical reflections on human gene therapy. In: Bankowski, Z., Capron, AM. *Genetic, ethics and human values (143-154)* Geneva, CIMS.

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

Hanson, El. (1982), Effects of chronic lung disease on life in general and on sexuality: Perceptions of adult patients, *Heart Lung*, 11: 435-441.

Hebrang, A. (1994), Reorganization of the Croatian health care system. *Croatian Med J.*, 35(4): 130-136.

Hrvatski zavod za zdravstvenu zaštitu.(1993), *Izješće o stanju i radu u zdravstvu Republike Hrvatske u 1992. godini*. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstvenu zaštitu.

Hrvatski zavod za zdravstvenu zaštitu. (1994), *Izješće o stanju i radu u zdravstvu Republike Hrvatske u 1993. godini*. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstvenu zaštitu.

Jakšić, Z., Budak, A., Blažeković-Milaković, S., Ebling, Z., Jurković, Lj., Katić, M., Kovačić, L., Peršić, L., Tiljak, H., Vrcić-Keglević, M. (1995), *Obitelj i zdravlje*, Zagreb, Škola Narodnog Zdravlja "Andrija Štampar" Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Lovasić, S. (1995), Gospodarski aspekti obiteljske medicine-mjesavina privatnog i javnog. U: Jaksic, Z., Budak, A., Blažeković-Milaković, S., Ebling, Z., Jurković Lj., Katić M., Kovačić, L., Peršić, L., Tiljak, H., Vrcic-Keglević, M. *Obitelj i zdravlje*, (str. 200-204), Zagreb, Škola Narodnog Zdravlja "Andrija Štampar" Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Loveland-Cherry, CJ. (1989), Family health promotion and protection, In: Bomar PJ (ed.), *Nurses and Family Health Promotion: Concepts, Assessment and Interventions*, Baltimore, Williams and Wilkins.

Montgomery, RJ., Gonyea, JG., Hooyman, NR. (1985), Caregiving and the experience of subjective and objective burden, *Fam Relat* 34:19-26.

Morse, R. L. D. (1987), Family, *Family and Community Health*, 9(4):82-86.

Orešković, S. (1995), Health reform in Croatia in Comparison to OECD Countries, *Cro. Med. J.*, 36(1).47-54.

Parsons, T. (1972), Definition of health and illness in the light of American values and social structure. In: Garty-Jaco (ed.), *Patients, physicians and illness*, (pp.107-127), New York, The Free Press.

Pratt, L. (1976), *Family structure and Effective Health Behavior*, Boston, Houghton Mifflin.

Puljiz, V. (1995). Demografski procesi u strukturi obitelji (europska iskustva), *Rev. soc. polit*, 2(2): 123-130.

Stuifbergen, A. (1987), The impact of chronic illness on families, *Family and Community Health*, 9(4):43-52.

The World Bank.(1993), *World development report. World development indicators*, London, Oxford University Press.

Zeilmaker, G. H. (1990). The status of human embryo: A biologist view. In. Bertazzoni, U., Fassela, P., Klepsch, A. Lange, P. (Eds.) *Human embryos and research*. Frankfurt-New York: Campus Verlag.

## **THE CROATIAN FAMILY: DEMOGRAPHIC, EPIDEMIOLOGICAL AND HEALTH TRANSITION AND THE NEW SYSTEM OF HEALTH CARE**

**Stjepan Orešković, Antun Budak**

Faculty of Medicine, Zagreb

**A** healthy family is one of the key pre-requisites of the biological, spiritual and material reproduction of a nation. It is the family that in the form of a traditional extended family assumes by far the greatest burden of illness and social support to the weak and ill. What role, engulfed by such changes, does the nuclear family itself play, and what on the other hand, the newly formed "families"? The dynamics of health and sickness of the Croatian family has been observed through mutual influences of different forms of health behavior: the clinical model, the role-realization model, the adaptational model and eudemonistic model of health/sickness behavior in the family. On the level of institutionally led reforms, the democratic transformation of Croatian society reaffirmed the free choice of doctors, defined the rights and duties of the population in health care adapting them to economic possibilities, stressed the need of licencing and relicencing health workers etc. In contrast to usual notions and expectations which are the result of theoretical models dealing with the roles of the nuclear family itself in health care, our analysis has shown that the contemporary Croatian family within the process of demographic, epidemiological and health transition takes upon itself the great burden of illness. Improving primary health care and clearly defining the role of the family doctor represents the possible answer of the health policy to the newly developed situation. For such health policy measures strong support can be found in tradition: Croatia was the first country in the world that understood it was necessary to educate a special, sufficiently and specifically trained family doctor/general practitioner. In the near future complex tasks await this medical profile: the quest for an answer to health/ethical issues how to preserve mental, social and reproductive family health in processes of deinstitutionalization of marriage, pluralization of family forms, development of the recomposed family, of those forms that have until recently been designated as atypical and deviant. The answers to these changes have yet to be given by the new health system as well as the university and post-university programs of education and specialization of family doctors.

## **DIE KROATISCHE FAMILIE: TRANSITIONEN IN DEMOGRAPHIE, EPIDEMIOLOGIE UND GESUNDHEITSWESEN UND DAS NEUE GESUNDHEITSSCHUTZSYSTEM**

**Stjepan Orešković, Antun Budak**

Medizinische Fakultät, Zagreb

**D**ie Gesundheit der Familie ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für die biologische, geistige und materielle Reproduzierung eines Volkes. Die Familie ist es, die in der Form der traditionellen, erweiterten Familie zum größten Teil die Last der Sorge um Kranke und Pflegebedürftige und deren Unterstützung auf sich nimmt. Welche Rolle hat, im Umfeld solcher Wandel, die um ein Oberhaupt versammelte Familie und welche die neuentstandene "Familie"? Die Dynamik von Gesundheit und Krankheit in der kroatischen Familie wurde innerhalb der verschiedenen, sich gegenseitig beeinflussenden Manifestationsformen des Gesundheitswesens beobachtet: im klinischen Modell, im Modell des Rollenspiels, im Adaptionmodell sowie im eudämonistischen Modell des Familienverhaltens in Krankheit und Gesundheit. Der demokratische Wandel der kroatischen Gesellschaft reaffirmierte im Rahmen institutioneller Reformen die freie Wahl des Arztes, definierte finanziell angemessenere Rechte und Pflichten der Bevölkerung im Gesundheitsschutz, betonte die Notwendigkeit der Lizenzierung und Relizenzierung medizinischen Personals usw. Im Gegensatz zu den hergebrachten Vorstellungen und Erwartungen, die auf theoretische Modelle zurückgehen, die von den Rollen der traditionellen, um ein Oberhaupt versammelten Familie im Gesundheitsschutz sprechen, zeigt die Analyse der beiden Autoren, daß die moderne kroatische Familie im Prozeß demographischer, epidemiologischer und das Gesundheitswesen betreffender Transitionen zu einem großen Teil die Last der Krankenpflege auf sich nimmt. Die Förderung des primären Gesundheitswesens und die klar definierte Rolle des Familienarztes stellen eine mögliche Antwort der Gesundheitspolitik auf die neuentstandene Situation dar. Für solche Maßnahmen der Gesundheitspolitik liefert die Tradition bedeutende Grundlagen: Kroatien war das erste Land der Welt, das die Notwendigkeit erkannte, einen gesonderten, suffizienten, spezifisch eduzierten (allgemeinen) Familienarzt auszubilden. Den Arzt dieses Profils erwarten in Zukunft noch komplexere Aufgaben: die Beantwortung gesundheitlich-ethischer Fragen wie etwa die Wahrung der geistigen, sozialen und reproduktiven Gesundheit der Familie in Prozessen der Desinstitutionalisierung der Ehe, der Pluralisierung der Familienformen, der Entstehung rekonponierter Familien, jener Formen also, die unlängst noch als atypisch und deviant galten. Auf diese Wandel stehen Antworten von seiten des neuen Gesundheitsschutzsystems, von seiten der Studien- und Nachdiplomstudienprogramme sowie des Spezialausbildungsprogramms zum Familienarzt bislang noch aus.