

Zdravstveni menadžment u skrbi za starije osobe

Health Management in Geriatric Health Care

Aleksandar Džakula¹, Luka Vončina¹, Ana Puljak², Selma Šogorić¹

¹Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar"

10000 Zagreb, Rockefellerova 4

²Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba – Referentni centar Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih ljudi

10000 Zagreb, Mirogojska c. 16

Sažetak Udio osoba starije životne dobi u populaciji Republike Hrvatske u kontinuiranom je porastu. Otprije poznate poteškoće razvijenih zemalja Zapada poput nedostatka zdravstvenih radnika u sustavu te njihove nedovoljne edukacije iz gerontologije i gerijatrije vode u nepripremljenost za specifične potrebe starijih, koje postaju značajan problem i u Hrvatskoj. Suočeni smo također i s nestankom obiteljskih zajednica koje su tradicionalno nosile velik dio tereta skrbi za starije. Primjena Programa utvrđivanja, praćenja i proučavanja zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba koji se provodi putem centara za gerontologiju županijskih zavoda za javno zdravstvo nužno je razvijati te unapređivati. Planiranje zdravstvene skrbi za osobe starije životne dobi treba biti dovoljno fleksibilno da prepozna ključna društvena kretanja i razvojne procese te da im se prilagođava kako bi moglo adekvatno udovoljiti zdravstvenim potrebama starijih i u budućnosti. Moguća rješenja treba tražiti u već postojećim primjerima suradnje profesionalnih skupina, javnoga i nevladinog sektora te na primjerima dobre prakse iz inozemstva. Rješenja treba temeljiti na "bottom up" pristupu, dovoljno osjetljivom da prepozna regionalne geografske, populacijske i gospodarske razlike kako bi se svima osigurala kvaliteta i pravednost u osiguranju zdravstvene skrbi. Preduvjeti uspješnog planiranja zdravstvene skrbi za starije uključuju kontinuirano praćenje pokazatelja, rad sa zajednicom te proaktivan pristup javnog sektora, prije svega zdravstvenoga i socijalnog, ali i gospodarstvenoga te mirovinskog i izobrazbenog sustava.

Ključne riječi: zdravstveni menadžment, zdravstvene potrebe, starije osobe

Summary The share of the elderly in the overall population of the Republic of Croatia has been continuously growing. The already known difficulties that western countries have had to face, such as the insufficient number of health care providers and the inadequate education in gerontology and geriatrics, have led to the unpreparedness for special needs of elderly patients and have become a major problem in Croatia as well. We are also facing the disappearance of traditional families that were engaged in the care for the elderly to a large extent. The Programme for Definition, Monitoring and Studying of Health Needs and Functional Abilities of the Elderly, which is implemented by Centres for Gerontology of County Institutes of Public Health, should be developed and upgraded. The planning of geriatric health care should be sufficiently flexible to identify key social trends and development processes, adjust to them and thus be able to adequately meet the health requirements of the elderly in the future. Cooperation of professional associations, public sector and NGOs, as well as best practices applied abroad, should provide a good example. The solutions should be based on a bottom up approach, which is sufficiently thorough to identify regional, geographical, demographic and economic differences and thus ensure quality and fair health care for everybody. The prerequisites for a successful planning of geriatric health care include the continuous monitoring of indicators, work in the community and the proactive approach of the public sector, primarily health care, social, economic, pension and education systems.

Key words: health management, health requirements, the elderly

Planiranje zdravstvene skrbi za osobe starije životne dobi u Hrvatskoj nije nova pojava. Analiza potreba i prijedlozi mogućih rješenja raspravljani su i objavljeni u brojnim gerontološkim publikacijama, ovisno o porastu zdravstvenih potreba starijih osoba (1, 2). Tada su predlagana i konkretna rješenja kao što u organiziranje "kluba starih", "općinskih centara za stare ljude" ili "gerontoservisa" te gerontoloških centara (1-3). No planiranje, danas, ne

može biti administrativni postupak kojim se pokušava odgovoriti na pojavu koja postoji ili traje. Planiranje samo po sebi mora biti dinamično kao i društvena kretanja koja prati te biti sposobno dati odgovore na novonastale razvojne procese i izazove. Ovdje prije svega treba istaknuti izrazit porast udjela starijih osoba u populaciji, društvene promjene te neprekidno usavršavanje i razvoj novih gerontoloških tehnologija zdravstvene skrbi.

Udio staroga stanovništva je polazišni, često središnji "čvrsti" podatak koji se sustavno koristi u analizi zdravstvenih potreba starijih osoba. Službeni podaci o pobolu te korištenju zdravstvenih službi drugi su značajan element u analizi. Vođenjem Registra zdravstvenih potreba starijih osoba po županijama Hrvatske primjenom Programa utvrđivanja, praćenja i proučavanja te evaluacije zdravstvenih potreba starijih osoba koje provodi Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba uz promociju primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije osobe moguće je unapređivanje zaštite zdravlja starijih osoba (4). Ovim se informacijama mogu pridružiti podaci dobiveni u pojedinim zajednicama (5-7) kroz programe *Zdrav grad* ili *Zdrava županija*. Međutim, unatoč izuzetnoj vrijednosti koju ovi podaci i izvori imaju, za sustavno planiranje zdravstvene skrbi potrebne su i gerontološko-ekonomske posebne proširene analize. Ovakve analize obuhvaćaju više sustava – od gospodarstva do zdravstva te uvažavaju svu kompleksnost konteksta u kojem se provodi analiziranje i planiranje zdravstvene skrbi, a s ciljem zadovoljenja zdravstvenih potreba starijih osoba.

Migracijska kretanja starijih osoba

Rezultati popisa stanovništva iz 2001. godine i podatak o 15,7% osoba starijih od 65 godina u populaciji potvrdili su stalan porast udjela starijih osoba. Osim velikog udjela osoba starijih od 65 godina, i ukupna struktura populacije u mlađim dobnim skupinama pokazuje izrazito starenje. Uz to, velik je udio domaćinstava s dva ili manje članova te sve manje velikih obiteljskih zajednica (4-5). Ovakvo stanje ukazuje ne samo na profil pojedinaca, već i alarmantno govori o izrazito oslabljenoj zajednici. Prepoznavanje ovog stanja te precizno definiranje problema zahtijeva neposredan pristup te analizu specifičnosti ovih zajednica i okružja u kojem se nalaze. Zdravstvene potrebe starijih osoba razlikuju se među regijama u Hrvatskoj (3, 4, 8-10) i jedini način planiranja intervencija u njima jest pristup u kojem se planiranje provodi od lokalnog prema regionalnome, a zatim i nacionalnom. Uspoređujući stare na nekim jadranskim otocima sa starima na "područjima od posebne državne skrbi" možemo uočiti da su kvantitativni pokazatelji naizgled vrlo slični pa bi površni promatrač zaključio kako je riječ o populacijama koje zahtijevaju slične intervencije. Međutim, usporedba postojećih resursa i organizacije javnog sektora na lokalnoj razini određuje dvije posve različite intervencije (8-16).

Dodatnu dimenziju procjeni potreba u pojedinim regijama daju migracije. Većinu njih čine sezonski odlasci starijih osoba u kuće za odmor – najčešće u priobalje te dolasci i boravak starijih članova obitelji kod djece ili rodbine izvan mjesta stanovanja.

Mogući utjecaj na planiranje, posebno dugoročno, mogu imati i migracije i dolasci starijih osoba iz inozemstva. S obzirom na činjenicu da sve veći broj stranaca posjećuje

Hrvatsku i kupuje nekretnine, moguće je očekivati porast potreba i zahtjeva za zdravstvenom skrbi turista, ali i sezonski nastanjenih starijih osoba iz inozemstva.

Ukupno promatranim potrebama valja pridružiti i pojavu nedostatka zdravstvenih radnika. Već otprije poznati problemi zemalja razvijenog svijeta s nedostatkom liječnika i medicinskih sestara u skorije vrijeme mogli bi postati izraženim problemom i u Hrvatskoj. Tako bi se uz narasle potrebe problem dodatno povećao nedostatkom osoblja ili pak njihovom neadekvatnom izobrazbom za skrb o starijim osobama (11-16).

Zajednica

Uloga obitelji i zajednice neprocjenjiva je u osiguravanju kvalitetne zdravstvene skrbi za osobe starije dobi. U suvremenom planiranju javnozdravstvenih intervencija, analiza resursa i prioriteta zajednice nužni su za uspjeh intervencija prema bilo kojem pojedincu (7, 10). Činjenica da starije osobe u pravilu provode veći dio vremena u svojem domu ili neposrednoj okolini te su više ovisne o drugima dodatno ističe važnost istraživanja i uključivanja zajednice u sve aktivnosti.

Uz programe koji se provode kao dio aktivnosti javnih sektora (javno zdravstvo, županijske, gradske ili općinske vlasti), posebnu pažnju treba posvetiti udrugama i inicijativama koje dolaze iz same zajednice ili pak objedinjuju populacije prema dominantnom problemu. Posebni učinci postižu se kada se analiza i planiranje usmjere prema zajedničkim aktivnostima javnoga i nevladinog sektora. Primjer za ovo jesu uspjesi u okvirima projekta "Zdravi grad" (5-7, 16), gdje posebno treba istaknuti primjere gradova Rijeke i Zagreba te cijeli niz drugih uspješnih projekata, prije svega u Istri (Labin, Pula, Poreč i dr.), uz razvoj gerontoloških centara u ovim županijama (3, 17-20).

Načine uključivanja i povezivanja svih relevantnih sudionika u planiranje i odlučivanje za zdravlje moguće je pratiti kroz aktivnosti vezane uz projekte "Zdrave Županije". Posebnost ovog projekta jest razvoj tehnologije koja u sve relevantne procese vezane uz zdravlje stanovništva ravnopravno uključuje predstavnike profesionalnih skupina, javnoga i nevladina sektora te građana (17).

Posebnu važnost u povezivanju zajednice te u multidisciplinarnom pristupu zdravlju starijih ima razvoj izvaninstitucijske skrbi – **gerontoloških centara** čiji je stručno-metodološki instrumentarij provedbe izradio Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba. U 2005. godini bilježi se djelovanje konkretnih primjera u ostvarenju izvaninstitucijske skrbi za starije koji se provode u 27 gerontoloških centara u Republici Hrvatskoj. Sedam gerontoloških centara je u Gradu Zagrebu, zatim u ovim gradovima: Pula, Šibenik, Veli Lošinj, Rijeka, Beli Manastir, Rab, Osijek, Pojatno, Zadar, Split, Poreč, Krk, Rovinj, Kotariba, Lovinac, Sisak, Lipik, Jasenovac, Karlovac, Virovitica i dr. (3, 11-20).

Upravljanje

Pri započinjanju analiza, a posebice izrade planova za zdravlje, izrazitu važnost ima pristup prema kojem se obrađuje problem. Uobičajeni model "centraliziranog" planiranja sve više se zamjenjuje decentraliziranim ili pak planiranjem i pristupom "odozdo prema gore" (engl. bottom up approach) (18).

Zdravstveni sustav u Hrvatskoj u svojoj organizaciji objedinjuje dva paralelna sustava – upravljanje i financiranje; vlasništvo i upravljanje decentralizirani su i prepušteni lokalnim jedinicama. Financiranje je centralizirano i organizirano po istomu modelu za sve lokalne jedinice te je usmjereno na osiguranje ravnopravnosti svih u zemlji. Međutim, pokušaj da se istim mjerama postigne jednakost u različitim područjima i za različite potrebe u suprotnosti je s idejom decentralizacije (21). U Republici Hrvatskoj geografske, populacijske i gospodarske razlike među Županijama toliko su izražene da jednoobrazan pristup u većoj mjeri ometa ostvarivanje ciljeva i razvoj, nego što pridonosi osnovnoj namjeni, tj. očuvanju jednakosti. Problemi starijih osoba ovdje su posebno izraženi jer upravo starija populacija čini velik udio u područjima koja su slabije gospodarski razvijana, koja su prometno nepovezana ili su s lošijom javnom infrastrukturom. Ovaj problem posebno povećava postojanje velikih područja pa čak i cijelih općina, u kojima udio starijih od 65 godina prelazi 25%. Ovakvo dramatični podaci često ostaju maskirani prosjekom županije iz koje nikako nije vidljiva veličina problema. Premda su podaci o velikim razlikama među pojedinim populacijama uvjetovani specifičnim prilikama u Hrvatskoj, ni druge zemlje neovisno o ekonomskoj snazi i usklađenosti sustava, ne uspijevaju osigurati zadovoljavajuću pravednost u osiguranju zdravstvene skrbi za stare (13, 22-29).

Zdravstvo u Hrvatskoj

Zdravstveni sustav u Hrvatskoj kroz sve reforme provedene nakon 1990. godine pokušava sačuvati snažnu socijalnu komponentu, ali i postojeći model organizacije medicinske skrbi. Istovremeno, ukupni troškovi sustava rastu i dosežu više od 9% bruto nacionalnog proizvoda Republike Hrvatske. Ovakvi odnosi u sustavu trajno pronose potrebu promjene; međutim u stvarnosti ostavljaju malo "manevarskog" prostora za uspješno planiranje (29-31).

Duga tradicija primarne zdravstvene zaštite te djelovanje liječnika obiteljske medicine oblikovale su u našem sustavu snažan odnos populacije i sustava zdravstvene zaštite. Provedene reforme tijekom 1990-ih djelomično su izmijenile naslijeđeno stanje. Privatizacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dovela je do postupnoga slabljenja uloge Doma zdravlja kao nositelja zdravstvene zaštite. Sa svrhom zadovoljenja zdravstvenih potreba starijih osoba definirane su i nove "glavarine" po osiguraniku koje su opravdano uvećane za najvulnerabilniju skupinu starijeg pučanstva. Ovakvim novim okolnostima, redoviti kurativni gerijatrijski zahvati te gerontološka javnozdravstvena rutina uglavnom su se uspješno nastavili odvijati, no međutim ostao je neispunjen prostor za evaluaciju provođenja gerontoloških javnozdravstvenih programa i intervencija,

uvođenja promjena uz koordinaciju te komunikaciju na razini primarne zdravstvene zaštite s bolničkom skrbi, osobito u zaštiti za starije (17).

Opće bolnice koje liječe u pravilu gerijatrijske osiguranike i Dom Zdravlja svoj rad ni na koji način ne povezuju, iako su oboje u vlasništvu županije i djeluju u istoj populaciji. Ovakvo se gubi mogućnost praćenja i upravljanja prijama u bolnicu, liječenja i, što je još važnije, planiranog otpusta tj. koordinirane skrbi za vrijeme i nakon otpusta iz bolnice poglavito starijih (16-20).

Liječenje u bolnicama uglavnom je najskuplji način liječenja te se u većini država razvijenog svijeta pokušava smanjiti njegov udio u ukupnom trajanju medicinske skrbi (18). Pritome se kao zamjenski modeli uvode "jednodnevni tretmani" ili liječenje u dnevnim bolnicama. Oba ova oblika mogu značajno smanjiti opseg korištenja bolničke skrbi, ali istovremeno zahtijevaju veći angažman bolesnika i njegove okoline. Velik broj starijih osoba u Hrvatskoj živi u samačkim domaćinstvima, bez mlađih članova obitelji ili u krajevima udaljenim od bolničkih centara. Neposredno uvođenje mjera zamjenskih programa zahtijevalo bi sustavno istraživanje mogućnosti da bolesnici u svojoj zajednici ili obitelji imaju osigurano cjelovitu potporu. Važno područje analize bilo bi istraživanje mogućnosti patronažnih službi, sustava liječenja i njege u kući do dnevne bolnice za starije te mogućnosti da se bolesnici u jednom danu lako transportiraju do bolnice i iz nje do kuće u kojoj žive (22-29). Analize provedene u Velikoj Britaniji pokazale su kako je za uspješno provođenje liječenja u kući neophodno reorganizirati postojeći zdravstveni sustav, osigurati potrebno znanje profesionalaca educiranih iz gerontologije i gerijatrije na terenu te omogućiti djelovanje kliničara i izvanbolničkih ustanova, uključivanjem u mobilne timove gerijatrijske skrbi.

Zaključak

Velik trud koji se ulaže u brigu za zdravlje starijih osoba u Hrvatskoj u mnogim segmentima društva i nadalje treba razvijati i unapređivati te usuglasiti s primjenom gerontoloških normi i algoritama provedbe Programa zaštite zdravlja starijih osoba. Pritom treba nužno težiti prepoznavanju, utvrđivanju, praćenju i proučavanju specifičnih zdravstvenih potreba starijih osoba individualnim gerontološkim pristupom unutar njihovih zajednica te povezivanju aktivnosti različitih razina (lokalno, regionalno, nacionalno) i sektora (interdisciplinarni pristup). Širok društveni angažman i usklađenost aktivnosti s potrebama i mogućnostima trebaju biti nezamjenjiva praksa. Preduvjet za ovo jest definiranje sustava kontinuiranog praćenja, rad sa zajednicom te proaktivan pristup javnog sektora, prije svega zdravstvenoga i socijalnog sustava. Primjeri razvoja gerontoloških centara, aktivnosti pokrenute kroz programe "Zdravi grad" ili "Zdrava Županija", redoviti zakonski angažman Centara za gerontologiju županijskih Zavoda za javno zdravstvo, ali i niz drugih pozitivnih primjera znak su da postoje modeli "dobre prakse" i osnova za uspješno dugoročno organiziranje zdravstvene zaštite za osobe starije dobi u Hrvatskoj.

Literatura

1. TOMEK-ROKSANDIĆ S, BUDAK A. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999. Guidelines for Health Care for the Elderly 1999, Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, Zagreb, 1999: 1-316.
2. POPOVIĆ B, LETICA S, ŠKRBIĆ M. Zdravstvo u Socijalističkoj Republici Hrvatskoj. Zdravlje i zdravstvene zaštita. Zagreb: Jumena, 1981: 278-80.
3. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, MIHOK D, PULJAK A, RADAŠEVIĆ H, ŠKES M, KURTOVIĆ LJ, TOMIĆ B, DESPOT LUČANIN J, ŠIMUNOVIĆ D, ŠOSTAR Z, ŠIRANOVIĆ V. Gerontološki centri 2004. Zagrebački model uspješne prakse za starije ljude. (II. dopunjeno izdanje). U: Tomek-Roksandić S, Fortuna V. Zagreb: Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba; 2004.
4. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, MIHOK D, PULJAK A, RADAŠEVIĆ H, TOMIĆ B, ŠKES M, KURTOVIĆ LJ, VRAČAN S, BACH T. Gerontološki zdravstveno-statistički pokazatelji za Hrvatsku 2002./2003. godina. U: Tomek-Roksandić S, Čulig J, ur. Zagreb: Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba; 2004.
5. ŠOGORIĆ S, RUKAVINA TV, MUJKIĆ A, DŽAKULA A. Formulating a health strategy at the local level using the "Urban Health Profile" and "Urban Health Planning". Liječn Vjesn 2003; 125(11-12):334-8.
6. ŠOGORIĆ S. Planning for health at County level: The Croatian experience. Eurohealth. 2004;10(3-4):30-33.
7. ŠOGORIĆ S, IVANOVIĆ D, KERN J. Kvalitativnoanalitički pristup u mjerenju učinkovitosti intervencija ciljanih na unapređenje zdravlja i kvalitete življenja u zajednici. Liječn Vjesn 2002;124 (Suppl 2):55-64.
8. PULJAK A, TOMIĆ B, TOMEK-ROKSANDIĆ S, BUDAK A, PERKO, MIHOK D, RADAŠEVIĆ, SMOLJANOVIĆ A. Usporedba hospitaliziranih starijih bolesnika na hrvatskim otocima i kopnu u 2002. godini. U: Petric D, Rumboldt M, ur. Zbornik-XI. kongres obiteljske medicine. Split: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2004, str. 385-393.
9. Državni zavod za statistiku. Statističke informacije. Dostupno na: www.dsz.hr
10. SMOLJANOVIĆ A, ERCEG M, SMOLJANOVIĆ M, BABIĆ EA. Demographic and Health Characteristics of Elderly Population in Three Geographical Areas of the Split-Dalmatian County in Croatia. Croatian Med J 1997; 38:3.
11. TOMEK RS, BUDAK A. Health Status and Use of Health Services by the Elderly in Zagreb, Croatia. Croatian Med J 1997; 38:3.
12. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 1997 – 2003.
13. CARL WA. Corrosive Reform: Failing Health Systems in Eastern Europe. International Labor Office. Geneva, 2003.
14. EDLUND B, LUFKIN S, FRANKLIN B. Long-Term Care Planning For Baby Boomers: Addressing An Uncertain Future. Online Journal of Issues in Nursing.8: (2). Manuscript 2. Available: www.nursingworld.org/ojin/topic21/tpc21_2.htm
15. CAFUK B. Suočavamo se se nedostatkom liječnika. Hrvatska liječnička komora. Zagreb. Liječničke novine. Broj 41. Stranica 6-8.
16. ŠOGORIĆ S, MIDDLETON J, LANG S, IVANKOVIĆ D, KERN J. A naturalistic inquiry on the impact of interventions aiming to improve health and the quality of life in the community. Soc Sci Med 2005;60(1):153-64.
17. PERKO G, RADAŠEVIĆ H, MIHOK D, PULJAK A, TOMEK-ROKSANDIĆ S. Značenje primarne zdravstvene zaštite u zaštiti zdravlja starijih osoba, Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite, Labin 2005. 220-38.
18. ŠOGORIĆ S, VUKUŠIĆ RUKAVINA T, BRBOROVIĆ O, OREŠKOVIĆ S, ŽGANEC N, VLAHUŠIĆ A. Counties Selecting Public Health Priorities- A "Bottom - Up" Approach (Croatian Experience). Coll Antropol 2005; 29(1):111-9.
19. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, MIHOK D, PULJAK A, RADAŠEVIĆ H, LJUBIČIĆ M, HAVELKA M, STRNAD-PEŠIKAN M, DESPOT-LUČANIN J: Živjeti zdravo aktivno produktivno starenje: Vodič za starije osobe, Pliva-Večernji list, 2005; 1-31
20. Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba. Dostupno na: <http://www.publichealth-zagreb.hr/djelatnosti/gerontologija.htm>
21. DŽAKULA A, OREŠKOVIĆ S, BRBOROVIĆ O AND VONČINA L. Decentralization and Healthcare Reform in Croatia 1980-2002 U: Shakarishvili E. ur. Decentralization in Healthcare – Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s. Local Government and Public Service Reform Initiative, Open Society Institute – Budapest 2005.
22. PLOUFFE LA. Addressing social and gender inequalities in health among seniors in Canada. Cad Saude Publica. 2003 May-Jun; 19(3):855-60.
23. Croatia Health Finance Study. Europe and Centra Asia Region, Human Development Department. World Bank (2004). Washington, D.C. /April 19, 2004.
24. MCKEE M, HEALY J. Hospitals in a Changing Europe, Buckingham: Open University press, 2002.
25. TOMEK-ROKSANDIĆ S, GORAN P, MIHOK D, PULJAK A, RADAŠEVIĆ H, ČULIG J, ŠOSTAR Z, LJUBIČIĆ M. Gerontološki centri izvaninstitucijska skrb za starije osobe – šansa razvoja hrvatskog gospodarstva u 2006. godini. U: Veselica V i sur. U: Ekonomska politika Hrvatske u 2006. Opatija: Inženjerski biro; 2005, str. 574 – 95.
26. CHALLIS D, HUGHES J. Br J Psychiatry. Frail old people at the margins of care: some recent research findings. 2002 Feb;180:126-30.
27. Zdravstveno stanje i zdravstvena zaštita pučanstva starije životne dobi u Republici Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 2005.
28. PERKO G, TOMEK-ROKSANDIĆ S, MIHOK D, PULJAK A, RADAŠEVIĆ H. Public health importance of the noninstitutional forms of care for older people in Gerontology centers. European Journal of Public Health 2005; 15 Suppl 1: S179.
29. ŠOGORIĆ S, LANG S, ŠOŠIĆ Z, BRBOROVIĆ O. Potpora promišljanjima o preobrazbi sustava zdravstva u Republici Hrvatskoj. Liječn Vjesn 2002;124 (Suppl 2):13-17.
30. DŽAKULA A, VUKUŠIĆ RUKAVINA T, ŠOGORIĆ S, BRBOROVIĆ O. Organizacijska struktura kao zapreka javno zdravstvenim programima. Abstract Book. 1. Hrvatski kongres preventivne medicine i unapređenja zdravlja s međunarodnim sudjelovanjem: Strategija preventive za 21. stoljeće, Zagreb, studeni 2003.
31. TOMEK-ROKSANDIĆ S, GORAN P, MIHOK D, PULJAK A, RADAŠEVIĆ H. The role of Center of gerontology, Zagreb institute of public health and Gerontology centers in Croatia. European Journal of Public Health 2005; 15 (Suppl 1): S182.