

Podloga za zakonske i normativne promjene i unaprjeđenja u reformi djelatnosti primarne zdravstvene zaštite

Ranko Stevanović

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

I Uvod

Strategija i plan reforme i razvoja zdravstvenog sustava Republike Hrvatske identificira se kroz tri nacionalna strateška cilja: produžiti očekivani životni vijek; poboljšati kvalitetu života kroz zdravstvene pokazatelje; smanjiti nejednakosti u pružanju zdravstvene zaštite i nejednakosti u dobivanju potrebne zdravstvene zaštite. Polazeći od značaja primarne zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: PZZ) kao izrazito važnoga dijela zdravstvene djelatnosti za osiguranike, za doktore u PZZ - zaposlenike zdravstvenih ustanova, doktore u zakupu i ugovorne doktore nositelje privatne prakse, sa zajedničkim ciljem unaprjeđenja i očuvanja zdravlja stanovništva, poštujući Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o liječništvu, ovaj tekst ima za cilj da specificira glavne probleme u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite i da ukaže na moguća rješenja za unaprjeđenja i poboljšanja koja je moguće napraviti za kratko vrijeme, bez velikih „protresanja“ sustava, uz korištenje minimalnih dodatnih sredstava, bez rizika na strani osiguranika/građana.

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi nije tijelo koje mora samostalno odlučivati o svakom dijelu zdravstvenog sustava, Ministarstvo mora snagom zakonske uloge u našem zdravstvenom sustavu osigurati provođenja na struci i zakonima utemeljenih i usuglašenih odluka svih interesnih skupina u zdravstvu. Moderno ministarstvo je tu da stvori uvjete i omogući da se najbolje moguće znanje i iskustva pretoče u odluke i rješenja koja će donijeti bolje zdravlje narodu. Rješenje problema u zdravstvu ne trebamo tražiti izvan Hrvatske. Zdravstvena politika nije predmet pregovora s Europskom Unijom. To je isključivo unutarnja stvar svake pojedine zemlje članice tako da iz EU nećemo dobiti "kuharicu" za rješavanje naših problema. Također, važno je i ispraviti krivu predodžbu o mogućnosti automatskog prijenosa rješenja iz svijeta u Hrvatsku. Potpuno je krivo uvjerenje da se inozemne zdravstveno ekonomske i druge postavke i analize s područja financiranja zdravstva mogu izravno koristiti kod nas. Razlog za to leži u različitoj vrijednosti (cijeni) rada, dijagnostičkih pretraga, lijekova, različitim poreznim sustavima i sustavima prikupljanja novaca za zdravstvo. Te cijene su neke od bitnih elemenata modeliranja, tako da uvrštavanjem, na primjer, u izračun cijene jedne operacije u Velikoj Britaniji ili cijene lijeka u SAD-u dobivamo krive zaključke za Hrvatsku. Rješenja za nas izvana nema, i ne moramo ga vani tražiti. Ako pogledajmo povijest, Hrvatska je prva u svijetu imala dom zdravlja, još 1952. godine. U cijeloj bivšoj državi niknuli su domovi zdravlja za samo dvije godine. To je ideja Andrije Štampara, realizirana po profesoru Anti Vuletiću. Hrvatska je prva u svijetu, 1962. godine uvela i specijalizaciju iz obiteljske medicine. U zdravstvu se vrlo malo toga može preslikavati, taj se sustav treba graditi. Ako nemamo povjerenja u svoju pamet, tuđa vam sigurno neće pomoći, a Hrvatska ima velik broj stručnjaka koji su eksperti prema svjetskim mjerilima, ne samo u tenisu, rukometu i nogometu, već i u medicini, informatici, znanosti.

Hrvatska ima stručnjake, ima znanja, ima i pameti. Naravno da nema sve znanje i svu pamet, ali sve znanje ovog svijeta danas se može dobiti besplatno preko Interneta, ili se može dobiti za neusporedivo manji novac od onog kojeg gubimo u sadašnjem sustavu. S ciljem ostvarivanja ovog plana, Ministarstvo planira pozvati u ekspertni tim predstavnike svih interesnih skupina u zdravstvu i postaviti njegove zadaće u svim njegovim određenjima. Odredit će se vrijeme, koje će biti kratko, odredit će se fiksni proračun, voditelji projekata i timovi koji će imati više izvršnih producenata. Takvi timovi i izvršni producenti predlažu odluke i za njih odgovaraju te organiziraju njihovu provedbu. Imati povjerenje u svoje ljude, znači imati povjerenje u sebe.

Hrvatska nema namjeru niti smije štedjeti na zdravlju ljudi. Svi projekti koji se pokreću moraju imati građanina Hrvatske, osiguranika i bolesnika u centru pažnje. Upravo zbog toga pokreću se potiču i sve promjene koje će u okvirima postojećih sredstava i postojećih izdvajanja za zdravstvo davati bolju opskrbu građana, prije svega onih oboljelih i nemoćnih. U mandatu ovoga MZSS i ovoga ministra vodi se posebna briga o navedenim problemima. Namjera Ministarstva je da puno bolje i racionalnije iskoristi postojeće resurse, kako financijske tako i ljudske.

Ukratko, puno više možemo postići ako racionaliziramo potrošnju nego ako uvodimo nove "namete".

Na tom tragu su i prve "vatrogasne" mjere koje je Ministarstvo poduzelo na početku mandata (ukidanje pristojbe, korekcija proračuna i stroža kontrola potrošnje u bolnicama, dovršenje informatizacije primarne zdravstvene zaštite i td.). Nakon tih mjera, treba krenuti u početak sustavnih i korjenitih promjena u svim ili većini zdravstvenih sektora.

II Reforma zdravstvene zaštite ? Zašto ?

Ministarstvo zdravstva i socijalne sigurnosti svjesno je činjenica da zdravstvena potrošnja nezaustavljivo raste. Svjesno je također da je prikupljanje dodatnih sredstava za zdravstvo u današnjim uvjetima vrlo teško ili nemoguće provesti. Također, svjesni smo da je većina problema s potrošnjom u zdravstvu, većina organizacijskih i poslovnih modela u zdravstvu, nastala još prije 30, 40 i više godina, kao i toga da se sustav financiranja i plaćanja zdravstva nije dovoljno brzo mijenjao i prilagođavao ostalim financijskim, socijalnim i poslovnim promjenama u državi. Zastarjeli modeli financiranja, kontrole izvršenja, akreditacije i osiguranja kvalitete postaju sve veće breme prije svega osiguranicima/pacijentima ali i zdravstvenim djelatnicima, zdravstvenim menadžerima, Ministarstvu i Vladi RH. Problem reforme financiranja zdravstvenog sustava jedan je od najvećih izazova koji se bez većih uspjeha provodi s većim ili manjim kontinuitetom još od ranih '70-tih godina prošlog stoljeća.

III Zašto ne dolazi do promjene sustava, kako promijeniti sustav ?

Zašto ne dolazi do promjene sustava ?

Svima je dobro u ovakvom sustavu. Svaka promjena sustava može na neki način kompromitirati status igrača u sustavu. Promjena sustava vjerojatno će pogoditi neke građane po nečemu. Promjena sustava sigurno će pogoditi neke doktore po nečemu. Ona će sigurno zatvoriti ili prenamijeniti jedan dio potpuno nepotrebnih i neracionalnih kapaciteta u Hrvatskoj. Poneki će ostati bez svojih pozicija. Ali, držanje tih pozicija košta nas previše. Mi se moramo pomiriti da u jednom trenutku netko mora promijeniti specijalnost, da mora promijeniti radno mjesto. Da li bi bilo tko, osim u komunizmu, držao radnika koji ne zarađuje ništa, proizvodi ništa, stoji na mašini, a prima plaću ? U kapitalizmu toga nema. Doktor koji nije zaradio sebi plaću, a državi davanja, i neki profit kući za koju radi, danas je praktički nepotreban i mora promijeniti svoju poziciju ili biva otpušten. Jedan od velikih prostora za inovativne promjene i racionalizaciju je racionalizacija ljudskih resursa. Mi imamo možda premalo doktora, ali i to što imamo, nije potpuno iskorišteno. Imamo puno slabih mjesta u zdravstvu, a plaćena su kao dobra.

Što bi najprije trebalo napraviti/promijeniti ?

Trebalo bi promijeniti način prikupljanja i trošenja novca. Na osnovi te promjene ljudi i događaji će om se prilagoditi, onako kako to u svijetu inače biva. Znači, s jedne strane imamo tradicionalizam u skupljanju i trošenju novcu, a posljedično, s druge strane, imamo tradicionalizam u pristupima i organizaciji. Promjena načina skupljanja novca, a posljedično i načina trošenja, najjača je snaga za inovativne promjene. Mi sad imamo samo jednu policu zdravstvenog osiguranja, i svi smo jednaki pred tom policom i u tom sustavu. Imamo samo jedan način plaćanja, a to je glavarina u PZZ, a u bolnicama bodovi. Treba uvesti više policu i više načina plaćanja ! Ako postoji samo jedan legalni sustav plaćanja, automatski se razvija više ilegalnih sustava plaćanja. Kad imate više legalnih načina plaćanja, onda može postojati samo jedan ilegalni, a taj ima svoje ime. Treba imati više načina plaćanja i više policu zdravstvenog osiguranja i više osiguravatelja. Čovjek ima pravo izabrati osiguravatelja, policu koja mu odgovara ili ćemo i dalje imati paradoks: ljude koji svakog mjeseca uplaćuju po par tisuća kuna u zdravstveni sustav, a imaju apsolutno jednako pravo – što je, gledano komunistički i ljudski, fenomenalno – kao i oni koji nikad u životu u sustav nisu uplatili ni lipe. Onaj tko uplaćuje par tisuća kuna mjesečno mora imati bolju zdravstvenu zaštitu. Ako je taj čovjek dugo živ i zdrav, on će dugo i uplaćivati u taj sustav. Ako ima jednaku zdravstvenu zaštitu kao i svi drugi, on će brže ispasti iz tog sustava i preći će u onu skupinu koja ne uplaćuje ništa. I tu se začarani krug opet zatvara. Kad bi postojalo više osiguravatelja, policu, nulta policu, ona besplatna, jamčila bi minimum skrbi koji je medicinski, ljudski i ekonomski opravdan. Iza toga, police trebaju imati svoje ime, premije, osigurane iznose. Zdravstveni sustav je ostao valjda jedini sustav gdje svi imaju jednaka prava, ali upravo zbog toga, u tranziciji i kapitalizmu daje loše rezultate.

IV Osnovni elementi inovativnih promjena zdravstvene zaštite

1. Poštivati definiciju inovativnih promjena – definicija: Reforma je radikalna redefinicija i temeljiti redizajn poslovnih procesa sa ciljem ostvarenja drastičnih poboljšanja ključnih poslovnih parametara (troškovi, kvaliteta, brzina). Definicija reforme kao osnovnu, sadržava riječ **radikalna**, radikalna promjena, i riječ **redefinicija** - reforma, reinženjering, a to znači da se monge stvari mijenjaju i da mnogima neće biti kao što je bilo. Ako mislimo samo o nekima, a ne o sustavu i korisnicima, onda se to uopće ne može nazvati reformskim pristupom. Problem je što se kod nas reforma doživljava kao kozmetički odgađaj. A reforma znači da nakon nje više nismo ovo što sada

jesmo, već nešto drugo. Reinženjering je vrlo ozbiljan posao. U njega se mora ući projektno, u njega se mora ući timski i mora se napraviti za maksimalno dvije godine. Iza njega više ništa nije kako je bilo, nego četiri i više puta bolje. To je težak proces s puno teških operacija, ali se jedino tako može ostvariti njezina definicija i misija. Za njezino ostvarenje potrebna je samo volja, politička i stručna odluka, dobre stručne podloge i prepoznavanje svih koristi od strane stručne i široke javnosti.

2. Abolicija od svake politike - Zdravstveni sustav ne smije ovisiti o politici zbog toga što je zdravlje naroda dugoročni strateški projekt, a političke opcije su kratkoročne projekcije političara s osnovnim ciljem ostajanja na vlasti. Hrvatski strateški projekti su na primjer, ulazak u EU ili izgradnja autocesta, i oko tih projekata stranke, od najdesnijih do najljepijih, koliko god se mrzile i podmetale, nalaze konsenzus. Zdravlje naroda u Hrvatskoj očito nije strateški projekt, jer se tu često sukobljavaju politike i interesi, i to na štetu osiguranika i pacijenata. Gradnja zdravstvenog sustava strateški je projekt hrvatskog naroda, a to znači da mora biti abolirana od svake politike. Većina projekata reforme ili samo poboljšanja zdravstvenog sustava traju dulje od prosječnog mandata jedne Vlade, svaki dio projekta inovativnih promjena u zdravstvenom sustavu traje duže od tri godine, što znači da se one ne bi smjeli zaustavljati i ponovno otpočinjati s novom Vladom ili ministrom već im politički i normativno treba osigurati kontinuitet, a to se ne može dogoditi ako u projektima ima imalo politike.

3. Ispuniti pet ključnih ideja uspješnih inovativnih promjena:

1. **brzina** (eng. Speed), jer svaki inovativni projekt postaje birokratski ako traje predugo,
2. **opća povezanost** (eng. Connectivity), umrežavanje ljudi i ideja, znanja i pristupa, energija i mogućnosti, rezultata i ishoda
3. **rast neopipljivoga** (eng. Intangibles), popularnost, treba edificirati promjene i ljude u njima da postanu važni, da se o njima misli, priča i osjeća dobro, učiniti sve da javnost ima veliku pozornost i poštovanje prema projektu, postići međunarodni i tuzemni interes
4. **redizajn** (eng. Reengineering) – ponuditi potpuno nov pristup i rješenja za utvrđene probleme koji će umnogostručiti efikasnost i dati višestruka poboljšanja
5. **Racionalizacija** - najviše novaca u zdravstvu odlazi na dva mjesta: jedno su plaće, drugo su lijekovi propisani na recept i to su dva najvažnija mjesta za racionalizaciju:

4. Ljudski resursi (plaće) – ne postoji sustav mjerenja učinkovitosti i ishoda, ukinute su sve kontrolne i represivne mjere, a očekuje se da se ljudi nastave ponašati kao u totalnoj represiji. Danas u svijetu kontrola ide tako daleko da poslodavac ugrađuje čip svojim djelatnicima ispod kože i prati ih kamerama na svakom koraku, a na poslu se ne čitaju novine, ne pije kava i ne razgovara o nogometu. Međutim, mi bismo jako rado da nam u tom dijelu ostane samoupravljanje, da imamo korištenje slobodnih dana kako nam odgovara, spajamo praznika s vikendima i td. Tu se priča zatvara. U ljude treba ulagati, osobito za njihovu edukaciju, ljudima treba vjerovati, ali treba stvoriti atmosferu i sustav u kojem su nepotrebni oni koji ne rade i ne doprinose, ali u kojem su prepoznati, poticani, stimulirani i nagrađivani oni koji rade i doprinose.

5. Promjene u propisivanju lijekova - Samo na lijekovima propisanim na recept može se racionalizirati – ne uštedjeti, ne otkidati od lijekova, već racionalizirati godišnje od 500 milijuna do milijardu kuna. Pacijent mora dobiti lijek koji mu je neophodan, uzimati ga u pravom obliku i u pravoj dozi. Takav lijek nije trošak, čak i ako košta 5000 kn mjesečno. Ali ako ga pacijent uzima u neodgovarajućem obliku, to jest neodgovarajućem pakiranju ili cijeni, onda je to nepotreban trošak. Samo na mjestu antibiotika propisanih za običnu prehladu ova država troši oko milijun eura godišnje. Doktor ih propisuje pod pritiskom pacijenata, okoline i farmaceutske industrije. Za običnu prehladu propisuje npr. azitromicin. Ako ne propiše, doktor će se zamjeriti pacijentu i on će preseliti karton drugom doktoru, a s kartonom i glavarinu. Obična početna hipertenzija u nas se liječi ACE inhibitorima 4. i 5. generacije, dok u Australiji doktor mora 40% hipertenzija riješiti diureticima, ne samo zato što su diuretici vrlo jeftin lijek i koštaju 5-10 Eura mjesečno, već zato što je to za pacijenta najbolje. Pacijenti malo više mokre, ali tlak im je kontroliran. A mi imamo pritisak pacijenata, javnosti, a osobito farmaceutske industrije i specijalista, takav, da propisivanje diuretika naprosto nije očekivani događaj, nego mu morate propisati ACE inhibitor 5. generacije koji košta 50 Eura mjesečno. Nažalost, kod nas se proizvod vrednuje samo prema cijeni istaknutoj na proizvodu, a ne prema koristi od tog proizvoda. Pacijenti tako ugrožavaju i svoje zdravlje, jer što je lijek kompleksniji, što «napada» više organa, to može učiniti i više štete organizmu. Imamo i masu lijekova kod kojih je pakiranje skuplje od samog lijeka. Plaćamo pakiranje i brand, a ne lijek.

6. Osigurati fiksni proračun za uvođenje i provođenje promjena – svaka inovativna promjena košta a mi pokušavamo provesti reformu koja ne košta ništa i koja ne mijenja udjele u plaćanju niti malo. Za prave inovativne promjene zdravstvene zaštite država treba osigurati fiksni proračun. Potrebno je alocirati sredstva, primjerice iz specijalističke zdravstvene zaštite u primarnu, ili iz racionalizirane potrošnje na lijekove u razvoj zdravstvene zaštite. Potrebno je osigurati i fiksne troškove za promjene, primjerice, za računala i softvere, edukaciju, opremu i sl.

7. Promjena svih (većine) modula – vrlo česta greška u otpočinjanju promjena je fokusiranje samo na jedno područje, npr. zakup ordinacija, uz ostavljanje svih drugih modula na istoj poziciji. Ili, npr. prelazak na „plavu knjigu“, bez ikakvih pratećih promjena, ili rješavanje problema liječništva dok zdravstveni sustav ostaje isti. U pravim, inovativnim promjenama i poboljšanjima, paralelno treba remodelirati sve module da bi se ostvario potreban sklad i postigli ukupni, a ne samo parcijalni rezultati.

8. Promjene projektne organizacije - Projekt uvođenja inovativnih promjena u zdravstvu treba postaviti u svim njegovim određenjima. Treba odrediti vrijeme, koje je kratko, odrediti fiksni budžet, voditelja projekta i tim koji će imati više izvršnih producenata. Takav sustav tima koji je sastavljen od više izvršnih producenata kod nas ne postoji. Mi imamo šiljastu organizaciju s ministrom zdravstva na vrhu, a hoćemo pomaknuti stijenu tešku 20 milijardi kuna. Ako se s takvim dijamantnim šiljkom zaletite u stijenu tešku 20 milijardi kuna, možda ćete i probušiti jednu malu rupicu veličine tog šiljka, ali to je sve što se može napraviti. Ako se želi pomaknuti cijelu stijenu, tu šiljastu organizaciju, menadžment, s dijamantnim vrhom, treba postaviti plošno. To znači da tim od, primjerice 70 izvršnih producenata gura svaki svoj dio stijene. A šiljak vam onda služi samo kad nešto zapne. Kad imate izvršne producente, oni odgovaraju za sve svoje odluke, ali ih i samostalno donose. Imati povjerenje u svoje ljude, znači imati povjerenje u sebe. Pravi uspješni lider stvara nove lidere, a projekt neće uspjeti ako se u njemu ne stvaraju novi lideri.

9. Poštivati partnerske strane, poslušati i drugu stranu - prijedlozi za promjene u navedenim područjima zadiru u sve oblike organizacije rada i znače zamjenu mnogih dosadašnjih rješenja u organizaciji zdravstvene zaštite s novim sadržajima, ekonomskim i organizacijskim rješenjima. O ovakvim organizacijskim promjenama sadržaja i organizacije nužno je upitati i druge zainteresirane strane: osiguranike, osiguranja, stručne udruge, sindikate, škole, zdravstvene poslodavce, zdravstvene političare i druge te, po mogućnosti, konsenzusom donijeti odluku o provođenju inovativnih promjena.

10. Informatizacija - Treba imati sustav s apsolutnom transparentnošću i kontrolom, a to je danas jedino moguće kroz primjenu informacijskog (računalnog) sustava. Svaki ulaz u sustav treba zabilježiti, svaki pokušaj ulaza u sustav, pa i neuspješan, svaku transakciju treba zabilježiti, svaki storno. Ako hoćemo mjeriti učinke, uspješnost pojedinih polica osiguranja ili dijelova sustava, onda moramo imati točne podatke i informacije. I to ne podatke o bodovima, o udaranju crtica na papir, već on-line podatke koji se ne mogu napraviti drukčije nego tako da ste obavili to što ste upisali. Možda zbog toga ljudi, podsvjesno znajući da je ovakav sustav hipertransparentan, imaju otpor prema informatizaciji. Mi volimo privatnost. Ali na žalost, volimo privatnost kad treba znati kako netko zarađuje, što je napravio da zaradi, i to ne samo za sebe, već za tvrtku za koju radi.

V Najvažnija područja koja bi bila zahvaćena inovativnim promjenama:

1. Legislativa
2. Vrste i načini zdravstvenog osiguranja
3. Podrška razvoju grupnih praksi na primarnoj razini zaštite
4. Reformiranje doma zdravlja u "Centar za primarnu zdravstvenu zaštitu"
5. Način plaćanja rada, programa i usluga
6. Sustav izvješćivanja iz djelatnosti PZZ (indikator, evaluacija, ocjena)
7. Edukacija
8. Uvođenje i provedba posebnih programa
9. Umrežavanje, povezivanje, suradnja timova i drugih sudionika
10. Osiguranje kvalitete (akreditacija, kliničke smjernice)
11. Ostalo (osiguranje digniteta struke, vodstvo, timski rad)

VI Literatura

1. R. Stevanović, H. Tiljak, A. Znaor, U. Rodin, N. Krčmar, I. Gluhak, A. Jovanović. Utjecaj načina financiranja zdravstva na odnos liječnik-bolesnik, usporedba zdravstvenog sustava u SAD i Hrvatskoj. U: Zbornik: Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite, Labin 1999. (140-152)
2. R. Stevanović. Primarna zdravstvena zaštita. U: Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2000. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 2001. (109)
3. N. Krčmar, R. Stevanović, L. Kovačić, M. Merzel. Reforma doma zdravlja, obiteljske medicine i zdravstvene zaštite u zajednici. U: Zbornik: VIII Kongres obiteljske medicine: Bolesti lokomotronog sustava. Pretilost, bolest današnjice, Opatija, 2001. (219-27).
4. Stevanović R. Osiguranje i financiranje, plaćanje – paketi usluga – osnovni, dopunski, dodatni, tržište, druge usluge. Radionica REFORMA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE. Radna skupina za primarnu zdravstvenu zaštitu. Projekta Reforme zdravstvenog sustava. Zagreb, 7. ožujka 2001. godine.
5. A. Budak, R. Stevanović, M. Katić, H. Tiljak, S. Blažeković-Milaković, M. Vrcić-Keglević. Prijedlog

- struci za raspravu: Popis usluga, mjera i postupaka tima opće/obiteljske medicine prema vrsti osiguranja/plaćanja. *Medicina Familiaris Croatica* Vol. 6. No 1-2. 1998., separat (1-7)
6. Stevanović, R. Klapan, I. Uspostava i razvoj e-zdravstvenog informacijskog sustava u tranzicijskim zemljama (Hrvatsko iskustvo) // *Telemedicine / Klapan, Ivica ; Čikeš, Ivo (ur.)*. Zagreb : Telemedicine Association Zagreb, 2005. (84-92)
 7. Stevanović, R. Pristaš, I. Ivičević Uhernik, A. Stanić, A. Development and deployment of a health information system in transitional countries (Croatian experience) // *Medical and Care Compunetics 2 / Bos, Lodewijk ; Lexminarayan, Swami ; March, Andy (ur.)*. Amsterdam : IOS Press, 2005. (82-88).
 8. Erceg, M. Stevanović, R. Babić-Erceg, A. Nacionalni javnozdravstveni informacijski sustav. // *Acta Medica Croatica*. 59 (2005) ; 245-249.
 9. Stevanović, R. Stanić, A. Varga, S. Informacijski sustav u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. // *Acta Medica Croatica*. 59 (2005) ; 209-212.
 10. Stevanović, R. Tiljak, H. Stanić, A. Varga, S. Not, T. Jovanović, A. ICPC-2 - Međunarodna klasifikacija primarne zdravstvene zaštite i njena primjena u zdravstvu Hrvatske. // *Acta Medica Croatica*. 59 (2005) ; 267-271.
 11. Stevanović, R. Mauher, M. Uspostava i razvoj zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske. // *Acta Medica Croatica*. 59 (2005) ; 191-199 (članak, znanstveni rad).
 12. H. Tiljak. Izvješćivanje, kontrola kvalitete, evaluacija. Radionica REFORMA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE. Radna skupina za primarnu zdravstvenu zaštitu. Projekta Reforme zdravstvenog sustava. Zagreb, 7. ožujka 2001. godine.
 13. Tiljak H, Ivančić A. Projekt «Prakse otvorenih vrata». U: Zbornik «Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite». Labin. 1999. (193-202)
 14. Stevanović R. Petrovčić M, Krajač J, Sirišćević H, Krčmar N. Oboljeli od infekcije virusom humane imunodeficijencije u ordinaciji obiteljske medicine. 2. Simpozijum o spolno prenosivim bolestima s međunarodnim sudjelovanjem. Knjiga sažetaka. Dubrovnik 2000.
 15. Stevanović R. "Redefiniranje" doma zdravlja – javnozdravstvena funkcija. Okrugli stol "Primarna zdravstvena zaštita danas i sutra". Ministarstvo zdravstva RH, ŠNZ "Andrija Štampar" i Hrvatska liječnička komora u suradnji s Hrvatskim liječničkim zborom i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo. Zagreb, 28. veljače 2001. godine
 16. Johnson S. Blanchard K. Tko je maknuo moj sir ?: kako se uhvatiti u koštac s promjenama na poslu i u svakodnevnom životu (prijevod knjige Who moved my cheese?, web stranica: www.whomovedmycheese.com). Tuma. Ljubljana. 2001.
 17. Integracija zdravstvenih usluga u Koprivničko-križevačkoj županiji. Izvještaj 3. Dodatak 1. Medicinske usluge primarne zdravstvene zaštite. BIS HEALTH CARE GROUP. 2001.
 18. Švab I. Reform of PHC in Slovenia. U: Primary Health Care Reforms. WHO. Regional Office for Europe, Copenhagen. 1993 (111-112).

Kontakt podaci:

Primarijus dr. sc. Ranko Stevanović, specijalist obiteljske medicine

Predsjednik Hrvatskog društva za farmakoekonomiku i ekonomiku zdravstva

Voditelj Odjela za primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo

Voditelj modula „Javno zdravstvo“ na Međunarodnom poslijediplomskom studiju iz menadžmenta u zdravstvu pri Školi narodnog zdravlja "Andrija Štampar" Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu