

Дејан Константиновић¹,
Весна Лазаревић¹,
Валентина Миловановић¹,
Владан Константиновић²

¹Дом здравља „Нови Београд“,
²РС ТЕСН, Београд, Србија

Три деценије Службе за кућно лечење и негу Дома здравља „Нови Београд“

Кључне речи:

кућно лечење,
три деценије,
економичност

Сажетак

Увод. У овом раду аутор, који је иначе творац оригиналног модела кућног лечења и оснивач Службе за кућно лечење и негу Дома здравља „Нови Београд“ крајем 1981. године, истражује са својим сарадницима два проблема на основу оригиналних и званичних, а доступних података. Први проблем је начин функционисања Службе током тридесетогодишњег периода (1981–2010), а други проблем је истраживање економичности кућног лечења на бази егзактних и званичних података Дома здравља и Фонда здравственог осигурања на крају посматраног периода.

Циљ рада. Циљ овог истраживања састоји се у одговору на питања: Да ли је оригинални модел кућног лечења и даље актуелан? Да ли је претрпео измене под утицајима друштвено-економских и здравствено управљачких турбуленција? Да ли задовољава здравствене потребе тешко оболелих и тешко покретних или непокретних становника претежно геријатријске популације? Да ли је успешно заменио болничко лечење? И - да ли је такав вид лечења економичан и прихватљив од стране пацијената, чланова породице оболелог и стручне јавности?

Метод. Методологија истраживања заснована је на компаративној анализи релевантних здравствених података, а важних за процену функционисања кућног лечења, и на економској анализи, како би се добила цена једног дана кућног лечења једног болесника преко директних трошкова Дома здравља за 2010. годину.

Резултати. Добијени резултати афирмишу кућно лечење по свим постављеним питањима као адекватан и економичан супститут болничког лечења, који је прихваћен с великим задовољством код свих актера у оквиру здравственог система, а понајвише од стране болесника и чланова породице оболелог.

Закључак. У овом делу текста треба изнети најмаркантније добијене податке који потврђују претходно изнете констатације. То су подаци везани за функционисање и економичност кућног лечења:

- годишње је у просеку лечено 288,9 пацијената претежно геријатријске популације (69,7%) од стране два ужа тима (два лекара и шест медицинских сестара),

- просечна дужина кућног лечења износи 47,9 дана,

- просечан број посета по једном леченом лицу 7,5.

- У структури морбидитета доминирају кардиоваскуларна обољења (КВО) и онколошки болесници, с тим што је дошло до потпуне инверзије броја кућно лечених лица у оквиру наведених група обољења; наиме, на почетку посматраног периода у односу на крај посматраног периода, заступљеност кардиоваскуларних болесника била је четири пута већа а онколошких болесника четири пута мања, док је на крају посматраног

периода број лечених лица због КВО четири пута мањи за разлику од онколошких болесника чији је број четири пута повећан.

- цена једног дана кућног лечења по једном леченом лицу у просеку износи 430,2 динара, што је у односу на болнички дан у Клиничко болничком центру јефтиније за око 4 пута, а у односу на болнички дан полуинтензивне неге Института за онкологију и радиологију Србије за око 5 пута.
-

Увод

Служба за кућно лечење и негу основана је 31. октобра 1981. године после једногодишње припреме оригиналног програма рада, избора кадра, едукације кадра у одговарајућим болницама и верификације програма рада од стране валидних стручних тела, уз одговарајуће специфично опремање и обавештавање стручне и друге јавности.

Програм кућног лечења и неге предвидео је категорије болесника које треба да обухвати кућним лечењем, методологију лечења, начин пријема пацијената на кућно лечење, начин отпуста са кућног лечења, састав ужег и ширег тима за кућно лечење, као и повезаност са изабраним лекаром и стационарима и начин обављања специјалистичких консултација.

Упућивање на кућно лечење путем писаног налога обављају: изабрани лекари, лекари неодложне или хитне помоћи и лекари стационара из пријемне амбуланте (уместо болничког лечења или отпустом са болничког лечења на продужно кућно лечење), чиме се рационализује болничко лечење као најскупљи облик лечења.

На крају кућног лечења изабрани лекар у писаној форми добија отпусну листу са кућног лечења са свим подацима релевантним за пацијента.

Метод рада предвиђа детаљан клинички преглед уз процену функционалног стања по Саливановој класификацији и Карновски (*Karnofsky*) индекс функционалног капацитета код онколошких болесника, уз процену болног синдрома помоћу визуелне аналогне скале^{9,10}, затим обуку чланова породице за специфичну негу болесника, као и начин комуникације. Од парентералне терапије *програм* је предвидео примену свих врста парентералне терапије куративног или палијативног карактера, уз евентуалну алиментарну подршку, промену сталног катетера мокраћне бешике уколико је то потребно, електрокардиографску и лабораторијску дијагностику сваком пацијенту и специјалистичку консултацију уколико је то потребно, са или без пацијента, а све према плану лечења и неге. Саставни део кућног лечења и неге је и план посета пацијенту који му се унапред саопштава, а у хитним случајевима посета се промптно обавља.

Програмом је дефинисана и специфична медицинска документација: протоколи, налози, историја болести са декурзусом и температурна листа која је једина код болесника.

Чланови ширег тима поред лекара и медицинске сестре, су: лаборант, патронажна сестра, социјални радник, специјалисти консултанци по потреби, физиотерапеут, чланови породице обучени за лаичку негу и возачи теренских возила.

Кућно лечење је првенствено намењено тешким и непокретним болесницима или полупокретним и полупокретним хроничним болесницима са акутизацијом основног обољења или са неким другим интеркурентним обољењима, који неопходну здравствену заштиту не могу остварити на класичан начин - доласком код изабраног лекара^{1,2,3,4}. На тај начин попуњава се уочена празнина у лечењу болесника у стану, који не могу обезбедити здравствену заштиту на уобичајени начин - посетом свом изабраном лекару, а кућне посете и хитна медицинска помоћ су недовољне и непотпуне, а што је најважније дисконтинуираног су карактера, што је за процес лечења таквих болесника изразито неповољно, јер се њихово здравствено стање може мењати из дана у дан или из часа у час.

На овакав начин, уз мала материјална улагања и велику и специфичну стручно-едукативну припрему, уводи се нов начин лечења који је интерпонован између примарне и секундарне здравствене заштите, чвршће повезује та два нивоа кроз процес лечења и обезбеђује читав низ предности, од чега као најважније треба навести следеће:

- процес лечења је, пре свега, прилагођен пацијенту и његовим потребама;
- омогућава му квалитетно лечење уз породичну подршку у пријатном амбијенту у коме иначе живи и на који је навикао, чиме је избегнут стрес који болничко лечење неопходно доноси, а недостатак те врсте стреса сигурно побољшава ефекат лечења;
- ослобађа капацитете болница за друге болеснике, којима је болничко лечење без алтернативе неопходно потребно.

- На наведени начин смањују се трошкови здравственог система у области болничког лечења (пансионског дела и трошкови неге).

Једино круцијално питање код кућног лечења је квалитет здравствене заштите, који се обезбеђује :

- специјализацијом опште медицине;
- претходном специфичном едукацијом;
- континуираном медицинском едукацијом;
- строгим поштовањем медицинских индикација;
- поштовањем капацитета једног тима за кућно лечење;
- поштовањем просечног броја посета по једном пацијенту;
- прекидом кућног лечења и благовременим упућивањем пацијента на болничко лечење када је то потребно и редовним стручним надзором;
- На крају треба навести да класично строго одређено радно време практично не постоји за тимове кућног лечења и да чланови тима треба да су у сталној полуприправности. Зато лекари и медицинске сестре треба да раде само посао кућног лечења за који су утренирани, а не да служе као “резервоар” кадра за амбулантне или друге послове, према тренутним потребама руководиоца служби опште медицине.
- Искуство је показало да је просечан капацитет Службе за кућно лечење око 300 до 400 болесника годишње и да оптималан број посета лекара износи 6 до 8 дневно¹⁵.

Квалитет кућног лечења је тестиран на примеру параметара лечења акутизације хроничне срчане инсуфицијенције пацијената који на почетку лечења припадају истој *NYHA* (*New York Heart Association*) групи, а лечени су у болничким или кућним условима. Добијени резултати показују да је ефекат лечења мерен *NYHA* класификацијом исти, док лечење у кућним условима краће траје, уз мању потрошњу за помоћну дијагностику и мању учесталост електрокардиографије код пацијената без срчане аритмије, што јасно говори у прилог економичности и квалитета кућног лечења¹² и адекватне замене за болничко лечење наведеног клиничког ентитета.

Истраживања сатисфакције чланова породице оболелог, пацијената и изабраног лекара у високој мери документују њихово задовољство успостављањем кућног лечења^{13, 17}.

Циљ рада

Циљ овог истраживања састоји се у одговору на питања: Да ли је оригинални модел кућног лечења и даље актуелан? Да ли је претрпео измене под утицајима

друштвено - економских и здравствено - управљачких турбуленција? Да ли задовољава здравствене потребе тешко оболелих и тешко покретних или непокретних становника претежно геријатријске популације? Да ли је успешно заменио болничко лечење? И - да ли је такав вид лечења економичан и прихватљив од стране пацијената, чланова породице оболелог и стручне јавности?

Основни циљ се састоји у процени да ли су програмски циљеви тако насталог модела Службе за кућно лечење реални и после три деценије и да ли су у стању да задовоље здравствене потребе становништва алтернативним начином збрињавања тежих обољења као замена за болничко лечење или продужетак већ започетог стационарног лечења.

Метод

Методологија истраживања је заснована на компаративној анализи релевантних здравствених података важних за процену функционисања кућног лечења и економској анализи, како би се добила цена једног дана лечења једног болесника преко директних трошкова Дома здравља (ДЗ) за 2010. годину. Истраживање је обављено увидом у документацију Кућног лечења и неге ДЗ „Нови Београд“, и на основу података Института за онкологију и радиологију Србије и ценовника Фонда РЗЗО Србије. Истраживање је обављено 2011. године у Београду и обухвата период од 1982. до 2010. године.

Резултати

Резултати из претходних година и деценија публиковани су у радовима наведеним у Литератури^{5,6,11,14,15,16}, али ради адекватне документованости на овом месту биће само укратко приказани и резултати функционисања Службе за кућно лечење ДЗ „Нови Београд“ током 2010 године, који су значајни за ово истраживање.

У посматраном периоду лечено је укупно 8.668 пацијената, или просечно 288,9 пацијената годишње.

Функционисање Службе за кућно лечење током 2010 године.

Током наведене године лечена су укупно 252 пацијента оба пола (52,3% мушкараца и 47,6% жена), просечне старости 62 године. Обављено је 8.783 посета од стране два тима или 34,8 посета у просеку по једном леченом лицу, што значи да је доктор посећивао свог пацијента приближно сваког трећег дана, односно да је сваког дана имао у просеку 24 посете.

У структури морбидитета доминирају малигна обољења са 69,8% (176), затим кардиоваскуларна обољења са 11,1% (28), цереброваскуларна обољења 8,7% (22), хронична опструктивна болест плућа 3,9% (10), и друга обољења са 6,3% (16).

У служби су функционисала два тима за кућно лечење сваког радног дана, суботом, недељом и празником. Састав једног ужег тима чинили су: 1 лекар и 3 медицинске сестре, који су користили 4 теренска возила. Део парентералне терапије апликован је од стране тима кућног лечења, а други део терапије апликовали су техничари теренске службе. Просечна дужина кућног лечења за све болеснике (252) у 2010. години износи 86,8 дана.

Подаци релевантни за анализу:

Извршење плана рада Службе за кућно лечење 2010. године

- Укупан број лечених лица 252
- Просечна дужина кућног лечења 86,8 дана
- Просечан број посета по једном леченом лицу 34,8
- Укупан број посета леченим пацијентима 8.783
- Просечан број посета доктора кућног лечења на дан 24

Економски показатељи

- Цена једног дана кућног лечења по једном леченом болеснику (директни трошкови Дома здравља) 430,2
- Цена прегледа лекара на терену по ценовнику Фонда здравственог осигурања до 01.09. 2010. износи 883,82 дин, а касније је умањена за око 8%.

Резултате овог истраживања приказујемо кроз три сегмента:

- Процесне карактеристике
- Компаративна анализа по деценијама валидних посматраних показатеља
- Здравствено-економски показатељи

Процесне карактеристике

Број лечених лица

Током 30 година на кућном лечењу у посматраном периоду од 1982. до 2010. године, радила су 2 тима лекара и сестара (1 тим = 1 лекар опште медицине или специјалиста опште медицине и 3 медицинске сестре с вишом медицинском школом), а кућним лечењем обухваћено је укупно 8.668 лица оба пола претежно геријатријске популације (69,7%).

Старосна структура

Већина лечених пацијената припада геријатријској популацији, старих 65 и више година (табела 1).

Табела 1. Број лечених лица (%) геријатријске популације по изабраним годинама

Изабрана година	%
1982	82,4
1990	64,6
2010	62,0
Просечно	69,7

Структура морбидитета лечених лица приказана је на табели 2.

Табела 2. Структура морбидитета лечених лица у изабраним годинама

Група обољења	1982	2000	2010
КВО	49,4%	13,2%	11,1%
ХОБП	9,4%	5,9%	3,9%
ЦВО	10,5%	2,3%	8,7%
МАЛИГНА О.	17%	70,3%	69,8%
Остало	13,7%	8,3%	6,3%

ХОБП – хронична опструктивна болест плућа; ЦВО – цереброваскуларна обољења;
КВО – кардиоваскуларна обољења

На основу претходно приказаних података, уочава се да је од почетка посматраног периода (1982) до краја истог периода (2010) број лечених лица од малигнома практично учетворостручен, док је број лечених од кардиоваскуларних обољења у истом периоду смањен практично за 4,5 пута, односно дошло је до потпуне инверзије броја лечених који припадају једној од две групе наведених обољења.

Табела 3. Старосна структура оболелих од малигнома у 2010. години (n=176)

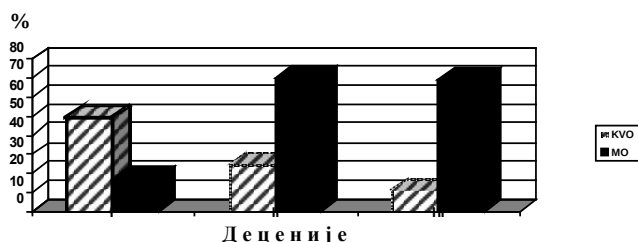
Старост (год.)	N	%
< 50	36	20,5
50-59	42	23,9
60-69	49	27,8
≥ 70	44	25,0

Из табеле 3 се види да је 52,8% лечених од малигнома старије од 60 година, а забрињава податак да је скоро сваки пети оболео од малигнома млађи од 50 година.

Посматрано по деценијама, број лечених због малигнома и кардиоваскуларних (КВ) обољења приказан је на табели 4 и графикону 1.

Табела 4. Број лечених (%) због малигних или КВ обољења током посматраних деценија

	I деценија	II деценија	III деценија	Промена 1982 / 2010
КВ обољења	49,4	24,7	11,1	смањење 4,45 x
Малигна обољења	17	70,3	69,8	повећање 4,10 x



Графикон 1.

Као што се може уочити према приказаним подацима на табели 4 и графикону 1, број лечених од малигнома повећан је за око 4 пута, док је број пацијената лечених од кардиоваскуларних обољења смањен за око 4 пута.

Процесна обележја – компаративно

Ова обележја табеларно су обрађена и приказана на наредној табели.

Табела 5. Просечан број посета по једном леченом лицу по деценијама

Посматрана деценија	%
Прва деценија	8,4
Друга деценија	6,25
Трећа деценија	7,9
Просечно	7,52

Према приказаним подацима, просечан број посета лекара по једном леченом лицу по посматраним периодима осцилира, што вероватно зависи од структуре морбидитета лечених лица, као и од утренираности тима

за кућно лечење од чега такође зависи и просечна дужина кућног лечења.

За 30 година лекар је посетио свог пацијента у просеку 7,5 пута током кућног лечења, а просечна дужина кућног лечења у истом периоду износи нешто више од 1,5 месеца. Лекар кућног лечења имао је у просеку 6 посета дневно.

Здравствено-економски показатељи

За ову анализу биће коришћена следећа обележја :

1. Подаци о функционисању Службе и карактеристике важне за процес лечења болесника током 2010. године.
2. Важећи ценовници болничког лечења у 2011.
3. Званични подаци Дома здравља „Нови Београд“.

Трошкови болничког лечења

- цена болесничког дана у општим болницама (КБЦ) износи 1704,10 дин.
- цена болесничког дана на полуинтензивној нези Института за онкологију и радиологију износи 2.474,19 дин.

Овакви трошкови за Фонд здравственог осигурања не региструју се код пацијената на кућном лечењу, јер те трошкове покрива породица оболелог.

Директни трошкови Дома здравља за кућно лечење у 2010. години

Укупни директни трошкови за рад ужег тима на кућном лечењу (брuto плате и трошкови за гориво) износе 9.410.001 годишње (Σ) за све трошкове.

Ако се узме у обзир да су током 2010. лечена 252 болесника и да просечна дужина кућног лечења по једном болеснику износи 86,8 дана (ПД), трошкови за 1 дан кућног лечења (Т) по једном пацијенту могу се израчунати на следећи начин:

$$T = \Sigma / 252 / ПД = 430,2 \text{ динара.}$$

На крају треба напоменути да гориво учествује са 7,1% у трошковима за кућно лечење.

Упоређивањем овако добијене цене кућног лечења с болничким ценовницима једног болничког дана, долази се до закључка да је кућно лечење по једном дану лечења јефтиније: **3,96 пута** од дана лечења у КБЦ, или **5,12 пута** од дана лечења на полуинтензивној нези Института за онкологију и радиологију.

Закључак

- Програмски циљеви садржани у оригиналном моделу Службе за кућно лечење и негу Дома здравља „Нови Београд“ одржани су у аутентичној форми током три деценије што се тиче организације и функционисања.
- Старосна структура и структура морбидитета лечених лица потврђује чињеницу да су кућним лечењем углавном обухваћена стара лица и тешко покретне особе са тежим обољењима, које нису у стању да здравствену заштиту користе на класичан начин у Дому здравља, а стање њихове болести захтева интензивно и континуирано разноврсно лечење слично као код болничког лечења.
- Динамичне промене у структури морбидитета током 3 деценије показују изузетну флексибилност и велику моћ прилагођавања кућног лечења здравственим потребама пацијената у складу са променом опште структуре оболевања становништва (велики и брз пораст инциденције малигних обољења). С друге стране, у организационом смислу кућно лечење и нега веома ефикасно обезбеђује ванболничку здравствену заштиту онколошких болесника који су исцрпили све могућности специфичног

лечења антитуморском терапијом, те захтевају само палијативно лечење унапредовале, претерминалне и терминалне фазе болести, или лечење компликација основног обољења и компликација примењене специфичне терапије. Овакви болесници углавном се не могу лечити у онколошким институцијама или у специјализованим болницама због ограничених капацитета који су обезбеђени претежно за дијагнозу и специфичну терапију нових болесника оболелих од малигнома.

- На описани начин постепено се угрожавају капацитети тимова за кућно лечење и негу за друге болеснике који нису оболели од малигнома, а захтевају кућно лечење, тако да већ сада потребе за кућним лечењем превазилазе могућности постојећих тимова. Могуће решење лежи у повећању кадра и пратеће опреме, како би се обезбедило повећање капацитета тимова за кућно лечење.
- Када се узму у обзир доказана економичност и квалитет кућног лечења и неге као и сатисфакција пацијената, доктора и чланова породице^{8,13,17}, предложено решење треба да буде приоритет реформе и развоја здравственог система у целини.

Напомена Уредништва

Примаријус др Дејан Константиновић, специјалиста опште медицине, оснивач Службе за кућно лечење и негу Дома здравља „Нови Београд“ 1981. године, био је члан Председништва и Извршног одбора СЛД, председник Секције опште медицине СЛД у два мандата, оснивач часописа „Општа медицина“, дугогодишњи члан Катедре опште медицине Медицинског факултета Универзитета у Београду, председник и члан Комисије за полагање специјалистичког испита из опште медицине, ментор специјалистичког стажа, члан Председништва и Извршног одбора Друштва Србије за борбу против рака, члан MASCC-а, WONCA-е, EURACT-а и стручни надзорник Министарства здравља.

Аутор је или коаутор бројних публикација намењених лекарима опште медицине, између осталог и више издања уџбеника *Општа медицина*.

Dejan Konstantinović¹,
Vesna Lazarević¹,
Valentina Milovanović¹,
Vladan Konstantinović²

¹Health center “Novi Beograd”, Belgrade, Serbia
²PC TECH, Belgrade, Serbia

Three decades of department for home care in the Health center “Novi Beograd”

Key words:

Home care,
Three decades,
Economic benefit

Abstract

Introduction: In this paper, the first author, who is otherwise the author of the original home care model, and the founder of the Department of Home care in the Health Center „New Belgrade“ in the late 1981, investigates with his associates two problems, based on the official and original available data. The first one is the way of the Department of Home care functioning during a past period of 30 years (1981-2010), and the other is the analysis of economic benefit of home care, based on official and original data of Health Center and Republic Health insurance Fund.

Objective: The aim of this study was to get the answers to several questions: Is the original model of home care still actual? Has it changed during the socio-economic and health management turbulent changes during recent years? Is this model successful in resolving the health needs of the most severe patients and those who are immobile or hardly mobile? Did this model successfully replaced the hospital treatment? And – is this kind of treatment economically acceptable by patients, the members of their families and medical community?

Method: Methodology was based on the comparative analysis of relevant data, necessary for the assessment of home care functioning and economic analysis, to obtain the one-day price of home care, through the direct costs of Health Center, valid in 2010.

Results: The obtained results confirmed that home care is adequate and economic substituent of hospital care, which was accepted with satisfaction by all actors in health system, and mostly by patients themselves and members of their families.

Conclusion: It is necessary to point here the most imposing data obtained, concerning the functioning and economic benefit of home care:

- Per year, the mean number of patients, mostly of geriatric population (69.7%), treated by two teams of home care (2 physicians and 6 medical nurses) – was 288.9.
- The mean number of home care visits per patient was 7.5.
- In the morbidity structure, the cardiovascular and malignant diseases dominate, however there occurred the complete conversion of the predominant disease group: At the beginning of the observed period the frequency of cardiovascular diseases was 4 times greater, and the frequency of malignant diseases was about 4 times lower, than at the end of the observed period.
- The cost of one-day home care per patient is 430.2 dinars, which is about 4 times lower than the cost of one-day hospitalization in the Clinical Center, and about 5 times lower compared to the price of one-day hospitalization at the Institute of Oncology and Radiology of Serbia.

Литература

References

1. Станковић Р, Арсеновић М, Константиновић Д, Вукојевић Јб. *Организација кућног лечења на подручју Новог Београда*. Зборник радова I конгреса домова здравља Југославије, Аранђеловац, 1981; стр. 356.
2. Арсеновић М, Вукојевић Јб, Станковић Р, Константиновић Д. *Индикације за кућно лечење*. Зборник радова I конгреса домова здравља Југославије, Аранђеловац, 1981; стр. 363.
3. Константиновић Д. *Кућно лечење и нега*. Научна књига, 1984.
4. Константиновић Д. *Кућно лечење*. У: Општа медицина, III измењено и допуњено издање, Секција опште медицине СЈД и Катедра опште медицине Медицинског факултета Универзитета у Београду, Београд, 2000, стр. 38-49.
5. Константиновић Д, Станковић Р, Вукојевић Јб, Арсеновић М, Бабовић Г. *Једногодишње искуство у раду Службе за кућно лечење и медицинску негу Дома здравља „Нови Београд“*. VIII стручна конференција опште медицине Србије, Зборник радова, Сокобања, 1983; стр. 122-127.
6. Шандл Н, Константиновић Д, Арсеновић М. *Девет година кућног лечења Дома здравља „Нови Београд“*, V конгрес опште медицине Југославије са међународним учешћем. Зборник радова, Београд 2001; стр. 179.
7. Ђорђевић М, Бабић М. *Епидемиолошки атлас малигних обољења у Србији крајем XX века*. Салаш културе, Београд 2001; стр. 14-32.
8. Константиновић Д, Костић Н, Лазаревић Б, Стефовски А, Бингулац Ј, Петровић О, Поповић С. *Квалитет живота онколошких болесника на кућном лечењу*. Општа медицина, 1999; 5(1-2):17-24.
9. Senn Hans-Jorg, Glaus Agnes. *Optimal comprehensive symptom controle an overall strategy*. European Journal of Cancer, 2000; 37: (Suppl. 7): 261-264.
10. Senn Hans-Jorg, Glaus Agnes. *Supportive Care in Cancer – 15 years thereafter*. Supportive Care Cancer, 2000; 10: 8-12.
11. Константиновић Д, Арсеновић М, Самарђић С, Вукојевић Јб, Станковић Р. *Евалуација програма рада Службе за кућно лечење и негу Дома здравља „Нови Београд“ примењеног у периоду од 1982-1985*. X стручна конференција опште медицине Србије, Зборник радова, Нови Сад, 1986; стр. 211-216.
12. Константиновић Д. *Компаративна анализа квалитета лечења срчане инсуфицијенције у кућним и болничким условима*. Општа медицина 1995; 1(1):5-12.
13. Арсеновић М, Константиновић Д, Вукојевић Јб. *Процена сатисфакције корисника и здравствених радника кућним лечењем*. IX стручна конференција опште медицине Србије. Зборник радова, Врњачка Бања, 1987;404-407.
14. Konstantinović D. MD *Home treatment of cancer patient in New Belgrade*. Supportive Care of Cancer 1995;3(5): 378.
15. Константиновић Д, Вукојевић Јб, Љубојевић Т. *Искусвени нормативи и стандарди медицинског рада тима за кућно лечење*. II конгрес домова здравља Југославије, Зборник радова, Струга, 1985; стр. 563-565.
16. Константиновић Д, Станковић Р, Арсеновић М, Јеринић Јб, Митровић Н, Петровић О. *Две деценије функционисања Службе за кућно лечење Дома здравља „Нови Београд“*. Општа медицина, 2002;8(1-2):71-77.
17. Konstantinović D et al. *Satisfaction of patients and their general practitioners with the health care process*. WONCA 2007, October 17/20 2007, Paris: poster 406.

Примљен • Received: 11/08/2011
Прихваћен • Accepted: 01/09/2011