

UREDBA O NACIONALNOM PROGRAMU PREVENCIJE, LEČENJA, UNAPREĐENJA I KONTROLE BUBREŽNE INSUFICIJENCIJE I RAZVOJA DIJALIZE DO 2020. GODINE

("Sl. glasnik RS", br. 11/2011)

Član 1

Ovom uredbom utvrđuje se Nacionalni program prevencije, lečenja, unapređenja i kontrole bubrežne insuficijencije i razvoja dijalize u Republici Srbiji do 2020. godine.

Član 2

Prevencija, lečenje, unapređenje i kontrola bubrežne insuficijencije sprovodi se po Nacionalnom programu iz stava 1. ove uredbe, koji sadrži utvrđen cilj, aktivnosti i očekivane rezultate.

Nacionalni program iz člana 1. ove uredbe odštampan je uz ovu uredbu i čini njen sastavni deo.

Član 3

Ova uredba stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku Republike Srbije".

NACIONALNI PROGRAM PREVENCIJE, LEČENJA, UNAPREĐENJA I KONTROLE BUBREŽNE INSUFICIJENCIJE I RAZVOJA DIJALIZE U REPUBLICI SRBIJI DO 2020. GODINE

Uvod

Bolesti bubrega čine grupu oboljenja različite etiologije, patogeneze, kliničke slike i prognoze. Najčešće su izazvana infekcijama, metaboličkim poremećajima, toksinima i drugim uzrocima a manifestuju se kao glomerulonefritis, pijelonefritis, nefrotski sindrom i akutna, odnosno hronična bubrežna insuficijencija.

Akutna insuficijencija bubrega je teško oštećenje funkcije bubrega sa različitim kliničkim ispoljavanjem. Javlja se naglo, često kao komplikacija drugih oboljenja ili stanja. Ako se brzo otklone uzroci njenog nastanka, potencijalno je reverzibilna, u protivnom, dovodi do pojave sindroma akutnog zatajivanja, nedovoljne funkcije bubrega. Ireverzibilno progresivno oštećenje bubrega, najčešće uzrokovano različitim bolestima (glomerulonefritis, dijabetes, hipertenzija, pijelonefritis, opstrukcije u urinarnom traktu i dr.) karakteriše hronična insuficijencija bubrega. Od ukupno 18 odabranih bolesti obuhvaćenih studijom "Opterećenje bolestima i povredama u Srbiji, 2003. godine", bolesti bubrega (nefritis i nefroza) jedanaesti su uzrok opterećenja bolestima i povredama.

U Republici Srbiji, zbog bolesti bubrega lekaru opšte medicine obrati se u proseku godišnje 22.000 osoba i bolnički se leči oko 15.000 ljudi.

Hronična bolest bubrega je ozbiljno oboljenje, koje zbog značajnih troškova lečenja, lošijeg kvaliteta života, skraćenog radnog i životnog veka obolelih predstavlja značajan javno-zdravstveni problem. Hronične bolesti bubrega čine skoro trećinu bolnički lečenih osoba i čak 84% smrtnih ishoda od svih bolesti bubrega. Od ove bolesti u Republici Srbiji godišnje umre približno 1650 osoba. U svetu se poslednjih 30 godina beleži porast obolevanja od terminalne bubrežne insuficijencije koji poprima epidemijski karakter. Očekuje se da se ovakav trend nastavi i u narednom periodu. U strukturi svih uzroka terminalne bubrežne insuficijencije vodeće mesto ima dijabetes sa 50% i hipertenzija sa 27%, a zatim glomerulonefritis 13% i drugi uzroci 10%.

1. Za nastanak hroničnih bubrežnih bolesti faktori rizika jesu:

- šećerna bolest;
- pušenje;
- gojaznost;
- hipertenzija;
- godine života (više od 65 godina);
- nasledne bolesti bubrega;
- nizak socioekonomski status.

1.1. Dijabetična oboljenja bubrega

Oboljenja bubrega predstavljaju vrlo važne komplikacije dijabetesa. U ovu grupu oboljenja svrstava se dijabetična nefropatija, kao jedna od najtežih kasnih komplikacija dijabetesa, akutni i hronični pijelonefritis.

Dijabetična nefropatija je mikrovaskularna komplikacija koja se ispoljava u oba tipa dijabetesa i predstavlja jedan od vodećih uzroka terminalne bubrežne insuficijencije i smrtnosti bubrežnog oboljenja.

U zemljama Evropske unije, nefropatiju ima od 7% do 15% dijabetičara. U Republici Srbiji, prema podacima iz Registra za dijabetes, koji je izradio Institut za javno zdravlje Srbije "dr Milan Jovanović - Batut", već u trenutku otkrivanja tipa 2 dijabetesa, 3% obolelih ima dijabetičnu nefropatiju.

Razvoj dijabetične nefropatije odvija se kroz pet faza, a prve tri klinički su nemanifestne, tek u četvrtoj fazi pojavljuje se proteinurija kao znak nefropatije. Primenom metaboličke i antihipertenzivne intervencije u prve tri faze oboljenja, može se uticati na usporenje progresije, ili čak zaustavljanje razvoja bolesti.

S obzirom na značaj otkrivanja oboljenja u ranijim fazama, detekcija početne nefropatije na osnovu mikroalbuminurije, prema preporukama vodiča za prevenciju tipa 2 dijabetesa, treba da bude neizostavni deo redovnog praćenja pacijenata sa dijabetesom.

2. Organizacija službe za dijalizu u Republici Srbiji

U Republici Srbiji se postupcima dijalize leči se 4479 pacijenata (mesec preseka septembar 2010. godine).

Postupcima hemodijalize u zdravstvenim ustanovama koja obuhvata bikarbonatnu, visokoefikasnu bikarbonatnu hemodijalizu i hemodijafiltraciju, obuhvaćeno je 4037 pacijenata, dok se na peritoneumskom programu (tzv. "dijalize u kućnim uslovima") nalazi 442 pacijenta. Kroz peritoneumski program, pacijenti se dijaliziraju intermitentnom peritoneumskom dijalizom, kontinuiranom ambulatornom dijalizom, komplikovanom kontinuiranom ambulatornom dijalizom, automatskom peritoneumskom dijalizom i kroz kontinuirane postupke zamene bubrežne funkcije.

Lečenje pacijenata dijalizom ugovoreno sa Republičkim zavodom za zdravstveno osiguranje sprovodi se u 57 zdravstvenih ustanova:

- četiri klinička centra: Srbije, Vojvodine, Niša i Kragujevca;
- dva kliničko-bolnička centra (Kliničko-bolnički centar "Zvezdara" i Kliničko-bolnički centar "Zemun") i 33 opšte bolnice;
- Univerzitetska dečija klinika u Beogradu i Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine, Novi Sad;
- tri specijalne bolnice: Specijalna bolnica za endensku nekropatiju Lazarevac, Specijalna bolnica za interne bolesti Vrnjačka banja i Specijalna bolnica za interne bolesti Mladenovac;
- domovi zdravlja: Bačka Palanka, Kuršumlija, Barajevo, Obrenovac, Kovačica, Žagubica i Senta, specijalne bolnice za hemodijalizu u privatnoj svojini, tri u Beogradu, Novom Sadu i Nišu;
- Vojnomedicinska akademija Beograd.

3. Lečenje bubrežne insuficijencije transplantacijom

Značajni rezultati u vezi sa smanjenjem smrtnosti većine pacijenata sa hroničnom bubrežnom insuficijencijom koji se tretiraju ponavljanim dijalizama postižu se transplantacijom bubrega kao jedinim medicinski opravdanim i ekonomski prihvatljivim vidom lečenja. Prve transplantacije bubrega u Republici Srbiji izvedene su sedamdesetih godina, a osnivanje i razvoj multidisciplinarnog tima 1980. godine značajno je doprineo daljem razvoju transplantacije bubrega u Republici Srbiji.

Evidencija moždane smrti u zemljama Evropske unije obavezna je u jedinicama intenzivne nege neurohirurških i neuroloških odeljenja što omogućava uvid u potencijalni broj kadaveričnih donora prema regionima.

U Republici Srbiji postoje jasni zakonski i klinički kriterijumi za dijagnozu moždane smrti i njenu potvrdu odgovarajućim dijagnostičkim metodama, ali nije razvijen organizovan sistem donorskih bolnica što za posledicu kao izvor kadaveričnih davalaca preporučuje samo univerzitetske ustanove u kojima se i obavljaju transplantacije bubrega.

U toku poslednjih nekoliko godina učinjeni su prvi koraci ka javnoj promociji zaveštanja organa, a broj osoba sa donorskim karticama je u porastu. U toku su kampanje kojima se informiše javnost o značaju transplantacije organa.

1.	Klinički centar Srbije	10	8	4	6	48	12	34	2	/	
2.	Klinički centar Vojvodine	/	3	/	1	8	3	12	5	4000	
3.	Klinički centar Niš	/	1	/	2	6	3	6	/	430	
4.	Vojnomedicinska akademija	/	/	1	/	2	1	5	10	40322	
5.	Univerzitetska dečja klinika	/	/	/	/	/	/	5	/	/	
	Ukupno	10	12	5	9	64	19	62	17	44752	
	svega	36				83		79			

4. Razlozi za donošenje Nacionalnog programa

Trenutno ne postoji strategija prevencije i ranog otkrivanja hroničnih bolesti bubrega. Broj bolesnika sa hroničnom bubrežnom insuficijencijom u stalnom je porastu zahvaljujući uslovima složenog demografskog i socio-ekonomskog okvira starosti i starenja u Republici Srbiji. S tim u vezi, važno je naglasiti da je stanovništvo Republike Srbije među najstarijim populacijama na svetu. Prema popisu stanovništva iz 2002. godine, više od 1.200.000 lica u Republici Srbiji, od toga u AP Vojvodini 300.000, ima 65 i više godina, ili, relativno posmatrano, šestina ukupne populacije je starija (Nacionalna strategija o starenju 2006-2015). Proces starenja stanovništva nastaviće se i u neposrednoj budućnosti, a naročito intenzivno biće dalje starenje populacije starijih a samim tim i obolelih od akutnih i hroničnih oboljenja bubrega kao jednog od značajnijih uzroka u ukupnom morbiditetu i mortalitetu na nacionalnom nivou.

5. Zakonski osnov za donošenje Nacionalnog programa

Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Službeni glasnik RS", br. 107/05, 72/09 - dr. zakon, 88/10 i 99/10).

Zakon o zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik RS", br. 107/05 i 109/05 - ispravka).

Zakon o transplantaciji organa, ćelija i tkiva ("Službeni glasnik RS", broj 72/09).

Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova ("Službeni glasnik RS", br. 42/06, 119/07, 84/08, 71/09, 85/09 i 24/10).

Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe ("Službeni glasnik RS", br. 43/06, 12/09 i 50/10).

6. Ključne komponente Nacionalnog programa

Unapređenje rada postojećih i planiranje novih dijaliznih centara u skladu sa potrebama i raspoloživim kapacitetima, sve prema standardima Evropske unije.

Izrada nacionalnih vodiča i stručno-metodoloških uputstava u čijem donošenju će učestvovati odgovarajuća stručna tela radi usaglašavanja u terapijskom postupanju prema pacijentima na dijalizi.

Planiranje i razvoj informacionog sistema koji omogućava formiranje nacionalnog registra za pacijente koji su u predijaliznoj fazi, pacijente na dijalizi kao i pacijente nakon transplantacije sa odgovarajućim pratećim podacima od značaja.

7. Osnovni cilj Nacionalnog programa

Osnovni cilj Nacionalnog programa prevencije, lečenja, unapređenja i kontrole bubrežne insuficijencije i razvoja dijalize u Republici Srbiji do 2020. godine (u daljem tekstu: Nacionalni program) je unapređenje sistema zdravstvene zaštite radi prevencije nastanka bolesti, ranog otkrivanja i lečenja bubrežnih bolesnika prema preporučenim standardima Evropske unije, kao i značajno smanjenje smrtnosti i invaliditeta obolelih.

Aktivnosti nacionalnog programa zasnivaju se na preporukama međunarodnih stručnih udruženja uz optimalno korišćenje raspoloživih i planiranje novih resursa čime će se značajno unaprediti kvalitet života pacijenata i postići značajno smanjenje ulaganja društvene zajednice u ovaj segment zdravstvene zaštite.

8. Primarna zdravstvena zaštita

Nacionalni program obuhvata unapređenje preventivnih mera, pravovremeno prepoznavanje poremećaja bubrežne insuficijencije sa naglaskom na primarni nivo zdravstvene zaštite, kao i adekvatno zbrinjavanje radi smanjenja invaliditeta i smrtnosti.

Dom zdravlja koji obavlja poslove hemodijalize u pogledu kadrova treba da ima najmanje jednog doktora specijalistu interne medicine i četiri medicinske sestre - tehničara sa višom odnosno srednjom stručnom spremom na 3 400 dijaliza godišnje i jednog tehničara - elektroničara sa višom, odnosno srednjom školskom spremom na 4 500 dijaliza godišnje.

8.1. Ciljevi Nacionalnog programa:

- prevencija faktora rizika;
- pravovremeno prepoznavanje poremećaja bubrežne insuficijencije;
- unapređenje kvaliteta života obolelih.

8.2. Mere i aktivnosti:

- kontrola rezidualne bubrežne funkcije jednom godišnje za pacijente koji su pod rizikom;
- edukacija zdravstvenih radnika službe za laboratorijsku dijagnostiku domova zdravlja o preventivnom uvođenju metode određivanja 24-satnog izlučivanja albumina u mokraći odnosom protein - kreatinin u pojedinačnom uzorku;
- kontinuirana edukacija izabranog lekara o merama ranog otkrivanja bubrežne insuficijencije;

- edukacija izabranog lekara o propisivanju terapije za pacijente koji su na režimu hemodijalize;
- formirana baza podataka po regionalnom principu (domovi zdravlja i opšte bolnice vode registar za pacijente na dijalizi) kontinuirano se prosleđuje referentnim ustanovama radi planiranja predijalizne transplantacije;
- uspostavljanje i primena standarda u domovima zdravlja u vezi sa redovnom kontrolom i izradom odgovarajuće dijagnostike pacijenata na dijalizi radi pribavljanja neophodne dokumentacije za slučaj moguće transplantacije.

9. Sekundarna zdravstvena zaštita

Opšta bolnica koja obavlja poslove hemodijalize u pogledu kadrova treba da ima najmanje: jednog doktora specijalistu interne medicine i četiri medicinske sestre - tehničara sa višom odnosno srednjom stručnom spremom na 3 400 dijaliza godišnje i jednog tehničara - elektroničara sa višom, odnosno srednjom školskom spremom na 4 500 dijaliza godišnje.

Opšta bolnica koja obavlja poslove hemodijalize u pedijatriji ima jednog doktora medicine specijalistu pedijatrije i četiri medicinske sestre - tehničara sa višom odnosno srednjom školskom spremom na 2 000 dijaliza godišnje, i jednog tehničara - elektroničara sa višom odnosno srednjom školskom spremom na 4 500 dijaliza godišnje.

Za opštu bolnicu koja obavlja poslove peritonealne dijalize - jedna medicinska sestra - tehničar sa višom, odnosno srednjom školskom spremom na pet bolesnika - u smeni.

9.1. Ciljevi Nacionalnog programa:

- smanjenje incidencije posledica i komplikacija akutne bubrežne insuficijencije (u daljem tekstu: ABI);
- pravovremeno postavljanje dijagnoze hronične bubrežne insuficijencije (u daljem tekstu: HBI) i adekvatno zbrinjavanje tih pacijenata.

9.2. Mere i aktivnosti:

- uspostavljanje i primena standarda u vezi sa redovnom kontrolom i izradom odgovarajuće dijagnostike za pacijente na dijalizi radi pribavljanja neophodne dokumentacije za slučaj moguće transplantacije;
- primena parametara koji će biti definisani za potrebe formiranja i praćenja jedinstvenog registra za pacijente sa ABI i HBI;
- formirana baza podataka (domovi zdravlja i opšte bolnice vode registar za pacijente na dijalizi) kontinuirano se prosleđuje zdravstvenim ustanovama radi planiranja predijalizne transplantacije;
- kontinuirana medicinska edukacija o postupcima očuvanja bubrežne funkcije tokom i nakon operativnog zahvata, različitih infekcija i neregulisane hipertenzije (pacijenti će biti u obavezi da nose posebne kartice za HBI radi davanja osnovnih uputstava o njihovom lečenju).
- implementacija stručno-metodološkog uputstva o postavljanju dijagnoze, terapijskom tretmanu konzervativnim pristupom i primeni dijalize i rehabilitaciji pacijenata sa HBI;

- edukacija zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, kontinuirano, o svim aspektima akutne i hronične bubrežne insuficijencije.

10. Blagovremena izrada pristupa za lečenje dijalizom

Jedan od najvažnijih postupaka kod bolesnika sa HBI je blagovremena izrada vaskularnih pristupa, bilo da se radi o arteriovenskoj fistuli tj. graftu ili kateteru radi lečenja hemodijalizom ili o postavljanju katetera u peritoneumsku duplju radi započinjanja lečenja peritoneumskom dijalizom. Prema podacima razvijenih zemalja, od ukupnog broja pacijenata kojima je neophodna hemodijaliza 70% nema blagovremeno urađen vaskularni pristup.

10.1. Cilj:

- Povećanje broja bolesnika sa blagovremeno urađenim stalnim vaskularnim pristupom za dijalizu.

10.2. Mere i aktivnosti:

- edukacija u vezi sa izradom vaskularnog pristupa za lekare u zdravstvenim ustanovama na tercijarnom nivou kao i u zdravstvenim ustanovama na sekundarnom nivou u kojima se obavlja delatnost vaskularne hirurgije;

- edukacija zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika o načinu nege i kontroli rada vaskularnog pristupa.

11. Dijaliza

11.1. Opšti cilj: Razvoj unapređenog i ujednačenog programa dijalize u Republici Srbiji

Služba nefrologije treba da omogući optimalne forme dijalize prilagođene potrebama pacijenata. Prema podacima iz registra Asocijacije nefrologa Velike Britanije, oko 19,5% pacijenata sa peritoneumske dijalize prelazi na hemodijalizu tokom prve dve godine lečenja a 5,2% sa hemodijalize prelazi na peritoneumsku dijalizu.

Različite forme terapije u terminalnom stadijumu bubrežne insuficijencije komplementarne su a najbolji pristup u lečenju je integrisan pristup dijalize i transplantacije.

11.2. Osnovne preporuke za rad dijaliznih centara:

- dijalizni centri rade najviše u dve smene a standard u lečenju dijaliziranih pacijenata podrazumeva tri do četiri dijalize nedeljno u trajanju od 4,5 do 5 h;

- minimum površine dijaliznog mesta iznosi 12 m²;

- za svaki dijalizni centar neophodna je zasebna sala za dijalizu za pacijente sa nepoznatim statusom, kao i zasebna sala za HbS Ag pozitivne, HcV pozitivne i HIV pozitivne;

- svaki centar za dijalizu ima prostor za akutne dijalize i plazmafarezu čija površina ne sme da bude manja od 12 m² po dijaliznom mestu;

- prostor za pripremu vode i reverznu osmozu treba da bude 20 m²; za pripremu i sterilizaciju 6 m²; prostor za čisto i prljavo rublje i sanitetski materijal 6 m²; prostor za servisiranje i smeštaj

rezervnih aparata i delova 12 do 16 m² sa priručnim magacinom za potrošni materijal od 16 m² i glavnim magacinskim prostorom od 40 do 60 m²;

- sistemi za prečišćavanje vode moraju ispunjavati standarde evropske farmakopeje u pogledu čistoće. Regionalni instituti i zavodi za javno zdravlje vršiće redovnu kontrolu kvaliteta vode za dijalizu prema unapred utvrđenim kriterijumima;
- pored redovnog servisiranja aparata za dijalizu, potrebno je uspostaviti standard da se oni menjaju nakon 25.000 radnih sati ili nakon pet godina upotrebe;
- svaki centar za dijalizu u obavezi je da prema preporukama otklanja medicinski otpad.

11.3. Specifični ciljevi (u deset koraka)

11.3.1. Prvi korak - Unapređenje dijagnostičkih i terapijskih procedura

Primena terapijskih procedura za pacijente na dijalizi ustanovljava se prema kriterijumima Eurotransplanta radi jedinstvene primene u svim centrima za dijalizu na teritoriji Republike Srbije.

Stvaranje mogućnosti da izabrani lekar pacijenata na dijalizi može svoja ovlašćenja koja se odnose na dijagnostiku i lečenje, uključujući i propisivanje lekova na recept kao i upućivanje na stacionarno lečenje, da prenese na nadležnog lekara specijalistu ako to zahteva zdravstveno stanje pacijenta na dijalizi kao i racionalnost u pružanju zdravstvene zaštite.

Obezbeđenje opreme i primena odgovarajućih procedura usklađenih prema standardima Evropske unije. U skladu sa kapacitetima dijaliznih centara i stepenom istrošenosti neophodne opreme, neophodno je planiranje sistemskog znavljanja aparata za dijalizu i reverzne osmoze, na primer: za 2011. godinu teritorija Republike Srbije u potpunosti je pokrivena uglavnom doniranim aparatima za dijalizu s tim što je neophodna nabavka najmanje pet aparata za reverznu osmozu.

Važan korak u poboljšanju kvaliteta života pacijenata na dijalizi predstavlja kardiovaskularna rehabilitacija koja će se sprovoditi u Institutu za lečenje i rehabilitaciju "Niška banja", Niš i u Specijalnoj bolnici za bolesti metabolizma "Zlatibor", Čajetina i bolesti štitaste žlezde prenamenom postojećih kapaciteta, sa 20 postelja za Institut u Niškoj banji i deset postelja za Specijalnu bolnicu za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma "Zlatibor", Čajetina, koji će biti ugovoreni sa Republičkim zavodom za zdravstveno osiguranje. Ova rehabilitacija biće značajna iz razloga što pacijenti na dijalizi većim delom umiru od posledica kardiovaskularnih bolesti.

11.3.2. Drugi korak - Unapređenje službe za dijalizu

Zbrinjavanje akutnih i hroničnih stanja vršiće se po principu referentne pripadnosti zdravstvenim ustanovama tercijarnog nivoa: Klinički centar Srbije, Klinički centar Niš, Klinički centar Kragujevac, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad.

Klinički centar Niš, Klinički centar Kragujevac, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad organizovaće "ambulante za transplantacije" koje će prema unapred utvrđenim kriterijumima prispele podatke iz baza podataka formiranih po teritorijalnom principu, objedinjavati i prosleđivati Upravi za biomedicinu koja formira konačnu Jedinstvenu listu čekanja za

kadaveričnu transplantaciju. Ambulante će da informišu pacijente o podacima od značaja za tok njihovog lečenja.

Program asistiranе peritoneumske dijalize u našoj zemlji u početnoj je fazi što zahteva odgovarajuću plansku edukaciju. Neophodno je povećanje broja bolesnika koji su na asistiranoj peritoneumskoj dijalizi u odnosu na ukupan broj bolesnika na peritoneumskoj dijalizi. S tim u vezi, neophodna je edukacija medicinskih sestara i članova porodice u skladu sa aktivnostima iz plana edukacije. Obaveze domova zdravlja u vezi primene programa kućne peritoneumske dijalize. Neophodno je da domovi zdravlja imaju edukovane po dve medicinske sestre za primenu programa asistiranе peritoneumske dijalize u kućnim uslovima.

Jačanje saradnje sa službom hitne medicinske pomoći radi bolje organizacije transporta pacijenata sa naglaskom na HBS i HCV pozitivne.

Planiranje razvoja javno - privatnog partnerstva u oblasti dijalize formiranjem jedinica za dijalizu u privatnoj praksi, u mestima koja prema kriterijumima imaju veći broj pacijenata prema modelu koji je primenjen u Novom Sadu, Beogradu i Nišu.

11.3.3. Treći korak - Prilagođavanje prostornih kapaciteta dijaliznih centara standardima Evropske unije

Minimum površine svakog dijaliznog mesta treba da bude 12 m² sa ukupnom površinom prostora od 35 do 40 m² u planiranju novih dijaliznih centara.

11.3.4. Četvrti korak - Formiranje jedinstvene baze podataka

Formiranjem jedinstvene baze podataka pri Upravi za biomedicinu za pacijente koji su na hroničnom programu dijalize omogućiće se kvalitetno praćenje ove kategorije obolelih prema uzrastu, polu, osnovnom oboljenju i ostalim parametrima.

Zdravstvene ustanove u kojima se obavlja dijaliza obavezno vode registar pacijenata koji su na dijalizi, podatke usmeravaju prema referentnim centrima za dijalizu i transplantaciju (Beograd, Niš, Novi Sad i Kragujevac). Na osnovu prispelih podataka, prema unapred definisanim jedinstvenim kriterijumima, stručne komisije referentnih ustanova učestvuju u izradi novih lista pacijenata po kojima Uprava za biomedicinu sačinjava Jedinstvenu listu čekanja za kadaveričnu transplantaciju.

11.3.5. Peti korak - Socijalna inkluzija obolelih - podrška pacijentima od strane psihijatarā, psihologa, nutricionista i socijalnih radnika, sve u sklopu konsultativnih usluga.

11.3.6. Šesti korak - Kontinuirane aktivnosti na promociji, Nacionalne kampanje Ministarstva zdravlja, programa "Produži život" uz učešće medija, radi pružanja značajne podrške u informisanju građana o ciljevima i značaju transplantacije.

11.3.7. Sedmi korak - Iniciranje, osavremenjavanje i unapređenje edukacije u oblasti dijalize.

Iniciranje osavremenjavanja i unapređenja nastavnih planova i programa u cilju adekvatne zastupljenosti u redovnim studijama i posle diplomskoj nastavi na fakultetima medicinske struke i u strukovnim školama medicinske struke.

Kontinuirana medicinska edukacija, u skladu sa najnovijim saznanjima na polju dijaliznog lečenja, u odgovarajućim zdravstvenim ustanovama, za zdravstvene radnike službe za

laboratorijsku dijagnostiku i za zdravstvene radnike koji rade u dijaliznim centrima, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

Izrada stručno metodološkog uputstva o postavljanju dijagnoze, terapijskom tretmanu konzervativnim pristupom, primeni dijalize i rehabilitaciji osoba sa HBI i izrada priručnika za lekare primarnog nivoa zdravstvene zaštite o ranom otkrivanju, lečenju i rehabilitaciji pacijenata sa HBI i Priručnika za obolele od HBI, uradiće se u skladu sa zakonom.

Uključivanje sredstava javnog informisanja u kampanje o faktorima rizika za nastanak HBI.

11.3.8. Osmi korak - Obezbeđivanje i sprovođenje istraživanja u oblasti nefrologije

Obezbeđivanje i sprovođenje istraživanja u oblasti nefrologije usmerenih kako na primarnu prevenciju tako i na rano otkrivanje lečenje i rehabilitaciju bubrežnih bolesti sa posebnim osvrtom na nasledne bolesti bubrega.

11.3.9. Deveti korak - Praćenje i sprovođenje Nacionalnog programa

Praćenje i procenu sprovođenja Nacionalnog programa na osnovu prikupljanja, obrade i analize propisanih zdravstveno-statističkih i drugih podataka, odnosno pokazatelja predviđenih ovim programom obavljaju nadležni instituti, odnosno zavodi za javno zdravlje. Njihove aktivnosti usmerava i koordinira Institut za javno zdravlje Srbije "dr Milan Jovanović - Batut". Izveštaje o sprovođenju Nacionalnog programa Institutu za javno zdravlje Srbije "dr Milan Jovanović - Batut" nosioci programskih celina kontinuirano pripremaju i dostavljaju. Na osnovu dostavljenih izveštaja Institut za javno zdravlje Srbije "dr Milan Jovanović - Batut" sačinjava zbirni izveštaj koji dostavlja Ministarstvu zdravlja.

11.3.10. Deseti korak - Sredstva za sprovođenje Programa kontrole bubrežne insuficijencije i razvoja dijalize u Republici Srbiji do 2020. godine obezbediće se iz budžeta Republike Srbije na razdelu Ministarstva zdravlja u skladu sa bilansnim mogućnostima i u okviru sredstava planiranih finansijskim planom Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje.