

**ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ
„ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ”**

**ЦЕНТАР ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ И КОНТРОЛУ
БОЛЕСТИ**



**ИЗВЕШТАЈ О СПРОВЕДЕНОЈ ИМУНИЗАЦИЈИ НА
ТЕРИТОРИЈИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
У 2012. ГОДИНИ**



ISSN2217-9615(Online)

БЕОГРАД, април 2013. године

Издавач:

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”
Др Суботића, 5, Београд
www.batut.org.rs

За издавача:

Прим. др сц. мед. Драган Илић

Главни уредник:

Прим. др сц. мед. Драган Илић

Извештај сачиниле:

Др Горанка Лончаревић

Мр сц. мед. Милена Каназир

Прим. др Драгана Димитријевић

ВСТ Оливера Недељковић

Мед. сестра Зорица Крсмановић

Лектура и коректура:

мр Тамара Груден

Извор података:

Извештаји о спроведеној имунизацији у 2012. години Института за јавно здравље Војводина, Ниш и Крагујевац и окружних завода за јавно здравље.

Извештај о спроведеној имунизацији на територији Републике Србије у 2011. години Института за јавно здравље Србије

САДРЖАЈ

| | |
|---|----|
| 1. ПРОГРАМ ОБАВЕЗНЕ СИСТЕМАТСКЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ЛИЦА ОДРЕЂЕНОГ УЗРАСТА..... | 5 |
| 1.1. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ДЕЧИЈЕ ПАРАЛИЗЕ..... | 6 |
| 1.2. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ДИФТЕРИЈЕ, ТЕТАНУСА И ВЕЛИКОГ КАШЉА..... | 8 |
| 1.3. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ МАЛИХ БОГИЊА, ЗАУШАКА И РУБЕЛЕ..... | 10 |
| 1.4. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ХЕПАТИТИСА Б..... | 11 |
| 1.5. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ОБОЉЕЊА ИЗАЗВАНИХ ХЕМОФИЛУСОМ ИНФЛУЕНЦЕ ТИП Б..... | 12 |
| 1.6. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ТУБЕРКУЛОЗЕ..... | 13 |
| 1.7. ИЗВЕШТАЈ О ОБАВЉЕНОЈ ВАКЦИНАЦИЈИ НА ПОДРУЧЈУ СЕВЕРНОГ ДЕЛА КОСОВА И СРПСКИХ ЕНКЛАВА..... | 13 |
| 1.8. ДОПУНСКЕ АКТИВНОСТИ У СПРОВОЂЕЊУ ПРОГРАМА ОБАВЕЗНИХ ИМУНИЗАЦИЈА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ..... | 13 |
| 1.9. ДИСТРИБУЦИЈА И УТРОШАК ВАКЦИНА..... | 15 |
| 1.10. ОБУХВАТ ОСНОВНИМ ВАКЦИНАМА У НЕКИМ ЕВРОПСКИМ ЗЕМЉАМА..... | 17 |
| 1.11. ЕПИДЕМИОЛОШКА СИТУАЦИЈА ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ ПРОТИВ КОЈИХ СЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ СПРОВОДИ ОБАВЕЗНА ИМУНИЗАЦИЈА..... | 18 |
| ДИФТЕРИЈА | |
| ДЕЧИЈА ПАРАЛИЗА | |
| ТЕТАНУС | |
| ВЕЛИКИ КАШАЉ | |
| МАЛЕ БОГИЊЕ | |
| ЗАУШКЕ | |
| РУБЕЛА | |
| ХЕПАТИТИС Б | |
| ОБОЉЕЊА ИЗАЗВАНА ХЕМОФИЛУСОМ ИНФЛУЕНЦЕ ТИП Б | |
| 1.12. КРЕТАЊЕ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ ПРОТИВ КОЈИХ СЕ СПРОВОДИ ОБАВЕЗНА ИМУНИЗАЦИЈА У НЕКИМ ЕВРОПСКИМ ЗЕМЉАМА..... | 24 |
| 2. ПРОГРАМ ОБАВЕЗНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ЛИЦА ЕКСПОНИРАНИХ ОДРЕЂЕНИМ ЗАРАЗНИМ БОЛЕСТИМА..... | 24 |
| 2.1. ЗАШТИТА ОД ХЕПАТИТИСА Б..... | 24 |
| 2.2. ЗАШТИТА ОД ТЕТАНУСА..... | 25 |
| 2.3. ЗАШТИТА ОД БЕСНИЛА..... | 25 |
| 3. ПРОГРАМ ИМУНИЗАЦИЈЕ ЛИЦА ПО КЛИНИЧКИМ ИНДИКАЦИЈАМА..... | 25 |
| 3.1. ЗАШТИТА ОД ГРИПА..... | 25 |
| 4. ПРОГРАМ ИМУНИЗАЦИЈЕ ПУТНИКА У МЕЂУНАРОДНОМ САОБРАЋАЈУ..... | 26 |

| | |
|---|----|
| 5. НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ НАСТАЛЕ НАКОН ИМУНИЗАЦИЈЕ..... | 26 |
| 6. ОДРЖАВАЊЕ СТАТУСА „ЗЕМЉА БЕЗ ПОЛИОМИЈЕЛИТИСА” У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ..... | 29 |
| 7. ПРОБЛЕМИ У СПРОВОЂЕЊУ ПРОГРАМА ИМУНИЗАЦИЈЕ..... | 36 |
| ПРИЛОЗИ –ТАБЕЛЕ..... | 44 |

1. ПРОГРАМ ОБАВЕЗНЕ СИСТЕМАТСКЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ЛИЦА ОДРЕЂЕНОГ УЗРАСТА

У току 2012. године, као и претходних година (од 1999) рад на спровођењу Програма обавезних имунизација у Републици Србији, као и надзор над болестима које се могу превенирати вакцинама, није био могућ на целој територији Републике. Наиме, резултати спровођења Програма на Косову и Метохији били су доступни само у српским енклавама. Подаци о овим активностима на целој територији Косова и Метохије остају и даље непознати.

Планиране имунизације у Републици Србији против дифтерије, тетануса, великог кашља (ДТП) спроведене су са обухватом 95,9%, а против дечије парализе (ОПВ) са обухватом од 94,6%. Ревакцинација деце у другој години живота ДТП (93,1%) и ОПВ (92,2%), ревакцинације предшколске деце ДТ (96,9%) и ОПВ (96,3%) и школске деце дТ (86,7%) и ОПВ (83,4%), обављене су према извештајима са најнижим обухватом у посматраном периоду (табеле 1, 2 и 3).

Током 2012. године према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС” 11/06) поред примовакцинације ММР вакцином у 2. години живота, обављена је ревакцинација деце пре уписа у први разред (до навршених седам година). Обухват ММР вакцинацијом је износио 90,3%, а ревакцинацијом 94,1%.

Иако је у 2002. години уведена обавезна имунизација одојчади против хепатитиса Б, њена реализација отпочела је тек у другој половини 2005. године када су обезбеђена средства за набавку вакцине, након продужене процедуре јавне набавке вакцине. Према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС ”11/06), вакцинација против хепатитиса Б започиње у породицима, а уведена је и вакцинација све невакцинисане деце у 12. години живота (шести разред). Вакцинацију хепатитис Б вакцином пратили су проблеми у реализацији годишњих планова потреба и дисконтинуитет у снабдевању у првим годинама од увођења у складу са Правилником. Ово је за последицу имало бројне тешкоће у спровођењу вакцинације планираних годишта. У 2012. години забележен је обухват од 92,4% код одојчади, а свега 82,7% код деце у 12. години живота.

Током 2006. године, у складу са Правилником о имунизацији и начину заштите лековима, уведена је вакцинација против обољења која изазива хемофилус инфлуенце тип б. Прва дистрибуција ове вакцине отпочела је средином 2006. године, а према плану потреба за 2007. и 2008. у новембру тих година, док је план потреба за 2009. годину сведен на свега 30% планираних количина. У 2010. години и 2011. години план дистрибуције ових вакцина износио је 84%, односно 66%. Ово је за последицу имало бројне проблеме у

реализацији вакцинације планираног броја обвезника по годиштима. Имајући у виду да се зависно од узраста отпочињања вакцинације даје различит број доза ове вакцине, да је током 2012. године дошло до прекида у централизованом дистрибуцији, према планираном годишту за апликовање у 2012. години у укупном обухвату су приказана она деца која су примила три дозе ове вакцине и обухват за ниво Републике износи 91,3%.

Анализа обухвата одређеним вакцинама на нивоу округа, односно општина, (како званичних, тако и процењених) указује да значајан број обвезника према Програму обавезних имунизација остаје невакцинисан и тај број показује тренд пораста у односу на претходну годину када су скоро све вакцине у питању. Разлика у броју између живорођене и планиране деце и даље је значајна, а и одржава се или повећава (за неке вакцине) број општина са обухватом који је испод циљне вредности од 95%, па и испод 90%. Значајан разлог за регистровање најнижег обухват вакцинисаних и ревакцинисаних лица у посматраном периоду лежи и у чињеници да је дошло до прекида у централизованом дистрибуцији у трајању од три месеца, а након тога и неправовремене и непотпуне доступности свих вакцина за планирану популацију. Ако се овоме дода и категорија високо ризичних популација које остају ван система имунизације, јасно је да постоји критична маса невакцинисаних која нарушава колективни имунитет популације, чиме се доводи у питање достизање статуса елиминације морбила у Републици и што може да угрози одрживост статуса „земље без полиомијелитиса”. Вредности обухвата у првој и другој години живота свим вакцинама, изузев БЦГ и ДТПЗ, бележе најниже вредности у последњих двадесет година.

Прети поновно спорадично и/или епидемијско јављање неких већ давно заборављених болести у нашој земљи, као последица пада квалитета колеткивног имунитета популације против одређених заразних болести, потом континуирано компромитовање имунизације у стручној, општој и родитељској популацији, нарушавање одрживости стања зацртног у националним акционим плановима према препорукама и захтевима СЗО за Европски регион, ограничен и неадекватан одговор у складу са најновијим захтевима СЗО (резолуција Скупштине СЗО 59.1) у хитном националном одговору у случају импортовања дивљег полио вируса у земљу (према одредбама Међународног здравственог правилника), процеса елиминације морбила, уз нарушавање традиционално доброг угледа у домену имунизације који је Србија задржала и под отежавајућим околностима у периоду санкција и НАТО бомбардовања.

1.1. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ДЕЧИЈЕ ПАРАЛИЗЕ

Имунизација планиране популације против дечије парализе оралном полио вакцином (ОПВ) спроведена је у Републици Србији у 2012. години са обухватом од 93,7% (процењени 93,4%), што је приказано у табелама 1 и 2.

У централном делу Србије обухват ОПВ је био 93,6% планиране деце, тј. од 47.531 планираних, вакцинисано је 44.488 обвезника. Према процени, базираној на броју живорођене деце 2011. године (48.188) остало је невакцинисано 3700 деце (за око 500 деце више него прошле године, а за око 1200 мање у односу на претпрошлу годину), што говори и даље о неопходности допунских активности на проналажењу деце у првим годинама живота која нису укључена у здравствени систем. На основу процене вакцинисаног броја обвезника, обухват ОПВ3 у централном делу Србије је износио 92,3%, што је приказано у табели 4.

Вакцинација планиране популације против дечије парализе у Војводини спроведена је у 2012. години са обухватом од 94,2% планиране деце (табеле 1 и 2). Од 17.264 планираних, вакцинисано је 16.256 обвезника, а према броју живорођене деце у Војводини 2011. године (17.410), процењени обухват је 93,4% (табела 4), што значи да је остало невакцинисан 1150 деце (за око 200 више у односу на претходну годину).

На основу процене укупно живорођене деце у Републици Србији у 2011. години, ОПВ није вакцинисано 4854 деце у 2012. години, што је за око 19% више у односу на прошлу годину (табела 4).

Анализа успеха полио вакцинације по окрузима (табела 5) показује да је у 2012. години обухват вакцинисане деце у односу на планирани број био испод 95% у Мачванском, Колубарском, Браничевском, Поморавском, Расинском, Севернобанатском, Западнобачком и Сремском, а испод 90% у Рашком, Нишавском, Пчињском и Јужнобанатском. Ако се упореди број живорођене деце 2011. године са бројем вакцинисане деце (табела 6) уочава се да град Београд и Борски округ у централној Србији има диспропорцију у распону од 5 до 10% између обухвата у односу на планирани број деце и процењеног обухвата. Региструје се да је процењени обухват већи од званичног у око 25% округа, што се може тумачити миграцијама становништва ка истим.

Незадовољавајуће резултате вакцинације са ОПВ, ниже од 95%, имало је 58 општина, 43 у централној Србији и 15 у Војводини, при чему Ражањ бележи најнижу вредност (55%) у централном делу Србије, а Пландиште (71,7%) у Војводини. Овакаве вредности обухвата у око 36% свих општина су утицале на вредност обухвата на националном нивоу.

Ревакцинација против дечије парализе, једино је у 7. години живота спроведена у Републици Србији са обухватом преко 95%, док се у 2. и 14. години живота бележе вредности које су ниже (табеле 1 и 2). Анализа успеха ОПВ ревакцинације, по окрузима (табела 5), показује да је у 2012. години скоро половина округа имала обухват испод 95%: град Београд, Мачвански, Колубарски, Браничевски, Поморавски, Рашки, Нишавски, Пчињски, Севернобанатски, Јужнобанатски, Западнобачки и Сремски (у 2. години), град Београд, Колубарски, Нишавски и Пчињски (у 7. години), док је обухват преко 95% у 14. години живота достигнут у само 40% округа: Колубарски, Мачвански,

Шумадијски, Борски, Зајечарски, Златиборски, Моравички, Расински, Севернобачки и Севернобанатски.

Процењени обухват прве ревакцинације ОПВ по окрузима приказан је у табели 8. Разлика око и већа од 10% између процењеног и приказаног обухвата евидентира се у Зајечарском и Пиротском округу, у централном делу Србије. У Војводини се такви окрузи не региструју у 2012. години, као ни пет година раније. У односу на претходне године постоји и даље тенденција појаве мање разлике између броја обвезника и броја планиране популације за вакцинацију, која се може тумачити миграцијама из или ка неком округу.

Анализа резултата спроведене прве ревакцинације ОПВ по општинама (табеле 7 и 7а) показује да су 43 општине (37%) на територији централног дела Србије (34 општине у 2011. години) и 16 општина (35%) у Војводини (једна у 2011. години), имале обухват испод 95%. На територији града Београда 50% општина бележи вредност обухвата испод 95%. Најниже вредности обухвата бележе општине Ниш (66,4%), односно Жабаљ (67,2%).

Обухват планиране деце другом ОПВ ревакцинацијом у 7. години живота био је испод 95% у два и испод 90% у два округа, као и испод 95% у 21 општини (18,2%) централног дела Србије и три у Војводини. Најнижу вредност обухвата бележи општина Сурдулица (60%). На територији неких општина и округа доводи се у питање адекватност вакциналног статуса деце пред полазак у школу.

Најнижи обухват трећом ревакцинацијом региструје се у граду Београду од 56,2%. Трећом ревакцинацијом није обухваћено више од 95% планиране школске деце у 39 општина (34%) централне Србије и 12 општина (27%) на територији Војводине.

Правовременост имунизацијом са три дозе ОПВ (унутар шест месеци живота) као и 2011. године утврђивана је у по две општине (градска и рурална) на нивоу сваког округа (табела 7в). Правовременост имунизацијом ОПВ на нивоу Републике у односу на циљну од 95% износи 80% (у централној Србији 77,4% а у Војводини 84,2%), што је за око 4% мања вредност од оне забележене у 2011. години. Региструје се циљна правовременост од 95% у само четири општине централне Србије и у једној општини у Војводини.

1.2. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ДИФТЕРИЈЕ, ТЕТАНУСА И ВЕЛИКОГ КАШЉА

Имунизација против дифтерије, тетануса и великог кашља ДТП вакцином спроведена је у Републици Србији у 2012. години са обухватом од 95,9% (табеле 1, 2 и 3) и са процењеним од 91%.

У централном делу Србије постигнут је обухват вакцинацијом ДТП вакцином од 95,9% тј. од 47.525 планираних обвезника вакцинисано је њих 45.

592, што је према процени, базираној на 48.188 живорођене деце у 2011. години износило 90,9%, односно остало је невакцинисано 2596 деце (табела 4).

У Војводини је ДТП вакцинација планиране популације спроведена 2012. године са обухватом од 96%. Од 17.273 планирана обвезника, вакцинисано је њих 16.754, а према броју живорођене деце 2011. године (17.410), процењени обухват је 95%, односно остало је невакцинисано 656 деце.

На основу процене укупно живорођене деце у Републици Србији у 2011. години, 3252 деце није вакцинисано током 2012. године, што је за око 20% мање у односу на прошлу годину (табела 4).

Анализа успеха ДТП вакцинације по окрузима (табела 9) показује да је у 2012. години обухват планиране деце био испод 95% у следећим окрузима: Колубарском, Поморавском, Рашком, Нишавском, Пчињском, Севернобанатском, Западнобачком и Сремском. Ако се уради процена обухвата и упореди број живорођене деце 2011. године са бројем вакцинисане деце (табела 6) уочава се, као и код ОПВ, да Борски округ у централној Србији има диспропорцију око 10% између обухвата у односу на планирани број деце и процењеног обухвата, а за град Београд је у распону од 5 до 10%. Региструје се у око 16% округа да је процењени обухват већи од званичног, што се може тумачити миграцијама становништва ка истим.

Резултате вакцинације ДТП вакцином ниже од 95%, имала је 31 општина (27%) у централној Србији и девет општина (20%) у Војводини (табеле 10 и 10а). Најниже вредности обухвата бележе општине Кучево (61,2%), односно Стара Пазова (80,4%).

Прва ревакцинација против дифтерије, тетануса и пертусиса, односно друга против дифтерије и тетануса у Републици Србији спроведене су са резултатима нижим од оних постигнутих у 2011. години, а код треће у 14. години се региструје пад у обухвату циљне популације од 10% у односу на претходну годину (табела 2).

Анализа успеха прве ревакцинације ДТП вакцином по окрузима (табела 9) показује да је у 2012. години обухват у 44% округа био испод 95%, а најнижи у Нишавском 75,2%.

Процењени обухват прве ревакцинације ДТП вакцином по окрузима приказан је у табели 8. Разлика између процењеног и обухвата на основу извештаја већа од 15% уочава се у Зајечарском округу. Као и претходних година, постоји и даље тенденција стварања разлике између броја обвезника и броја планиране популације за вакцинацију, али су та одступања мања.

Обухват испод 95% првом ДТП ревакцинацијом имало је 30 општина у централној Србији (26%) и 12 у Војводини (27%). Најнижи обухвати

забележени су у општинама Младеновац (73,4%) и Жабалъ (67,2%). Подаци су приказани у табелама 10 и 10а.

Обухват планиране деце другом ДТ ревакцинацијом у 7. години живота био је испод 95% у 16 општина (14%) у централној Србији и четири у Војводини. Најнижи обухват од 85,2% бележи општина Кучево, односно Апатин 79%.

Трећом ревакцинацијом дТ у 14. години обухваћено је испод 95% планиране деце у 38 општина (33%) централног дела Србије и десет (22%) у Војводини. Најнижи обухват од 12% бележи општина Кнић, односно Србобран са 26,1%.

Правилником о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС” бр.11/06) уведене су четири ревакцинације против тетануса са једном дозом вакцине сваких 10 година након навршених 30. година живота. Ревакцинацијом је требало да буду обухваћене особе које су током 2012. године навршавале 30, 40, 50 и 60 година живота. У недостатку стручно–методолошког упутства и последично неадекватне организације здравствене службе, обухват у овим циљним популацијама није имао задовољавајуће вредности, па је стога приказан збирно (табеле 9, 10 и 10а), као и претходних година. На основу достављених података на територији Републике Србије обухваћено је 15,3% планиране популације, од чега 21,3% на територији Војводине и 11,9% у централном делу Републике.

1.3. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ МАЛИХ БОГИЊА, ЗАУШАКА И РУБЕЛЕ

Имунизација против малих богиња, заушака и рубеле (ММР) на територији Републике Србије у 2012. години спроведена је са обухватом од 90,3% (у 2011. години 96,5%), односно процењеним 86,6%. У централном делу Србије вакцинисано је 90,3%, а у Војводини 90,6% планираних обвезника (табеле 1, 2 и 3).

Анализа успеха ММР вакцинације по окрузима (табела 11) показује да је обухват испод 95% имало 12 округа, од укупно 25, а најнижи Нишавски од 68,3%.

Приказани резултати ММР вакцинације по општинама (табеле 12 и 12а) показују да су 42 општине (36,5%) у централном делу Србије имале обухват испод 95% планиране популације и 15 (33%) на територији Војводине. Најнижи обухват на нивоу општина бележе град Ниш (61,2%) и Тител (54,2%).

Процењен обухват ММР вакцином на основу броја живорођених у 2011. години, а не на основу планиране популације која је именилац у званичном

извештају, показује да су разлике у ова два обухвата веће од 10% у Мачванском и Зајечарском округу, што је приказано у табели 8.

Ревакцинација против морбила, рубеле и заушака пре поласка у први разред основне школе током 2012. године спроведена је са обухватом од 94,1% на нивоу Републике, односно 94,3% у централној Србији и 94% у Војводини. Резултати обухвата до нивоа округа приказани су у табели 11 и он је испод 95% у осам округа на нивоу Републике, а најнижи у Пчињском од 82,1%.

Приказани резултати ММР ревакцинације по општинама у 7. години (табеле 12 и 12а) показују да је укупно 38 општина (од 160) имало обухват испод 95% планиране популације, од чега 76% чине општине централног дела Републике. Најнижи обухват у централној Србији бележи општина Нова Варош (45,4%), а у Војводини општина Жабаљ (29,2%).

Анализом правовремености обухвата годишта 2010. ММР вакцином (12–15 месеци), у по једној руралној и градској општини на територији сваког округа у Србији региструје се вредност од 81,4%, односно у централној Србији од 77,7% и Војводини 87,7% (табела 12в). Правременост преко 95% регистрована је у 16 општина од 46 анализираних у Републици Србији. Имајући у виду да је једна од стратегија у плану активности за елиминацију морбила правовременост вакцинацијом ММР вакцином од 95% уз обухват са две дозе од најмање 95%, наведени резултати указују на препреке у достизању индикатора квалитета за успостављање и одржавање статуса елиминације морбила.

1.4. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ХЕПАТИТИСА Б

Имунизација новорођенчади односно деце у првој години живота против хепатитиса Б, иако је Законом о заштити становништва од заразних болести обавезна од 2002. године, због потешкоћа у обезбеђивању средстава за набавку и продужене процедуре јавне набавке, отпочела је тек средином 2005. године. Према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС” бр.11/06), примовакцинација овом вакцином почиње у породицима, а уведена је и вакцинација све невакцинисане деце у 12. години живота.

У 2006. години дистрибуција ове вакцине отпочела је средином године, тако да је било проблема у реализацији вакцинације планираног броја обвезника. Ово се наставило и током 2007. и 2008. године, јер је дистрибуција вакцина за текућу годину почела тек у новембру месецу тих година. У 2009. години одобрена су средства за само око 30% планираних количина, али због кашњења у набавци и дистрибуцији није дошло до реализације ни овог дела плана потреба. Током 2010. и 2011. године набавка и дистрибуција углавном је текла правовремено и континуирано, да би у 2012. години дошло до прекида у

централизованом дистрибуцији, а након успостављања до непотпуне доступности у складу са планом потреба.

Наведени проблеми су довели до поремећаја у извршењу имунизације по планираним годиштима а последичним падом обухвата у многим срединама, посебно код деце у 12. години живота. Тако је велики број обвезника (негде су то читаве генерације) остао невакцинисан или непотпуно вакцинисан.

Резултати спровођења имунизације против хепатитиса Б приказани су у табели 13. На нивоу Републике Србије обухват вакцином против хепатитиса Б у 1. години живота износи 93,1%, односно процењени 97,4%. У централној Србији обухват износи 92,4%, а у Војводини 94,9%. Анализа успеха вакцинације против хепатитиса Б по окрузима (табела 13) показује да је обухват испод 95% имало тринаест округа, од укупно 25. Најнижи обухват од 81,1% регистрован је на територији Западнобачког округа.

Приказани резултати по општинама (табеле 14 и 14а) показују да су 42 општине (36,5%) у централном делу Србије имале обухват испод 95% планиране популације и једанаест (24,4%) на територији Војводине. Најнижи обухват на нивоу општина бележе Кладово и Апатин (50%).

На нивоу Републике Србије обухват вакцином против хепатитиса Б у 12. години живота износи само 82,7%. У централној Србији он износи 81,2%, а у Војводини 87,1%. Евидентан је пад обухвата на територији Републике у односу на 2011. годину. Анализа успеха вакцинације против хепатитиса Б по окрузима (табела 13) показује да су обухват од 95% и више имала два округа (Шумадијски и Колубарски) од укупно 25 округа. Најнижи обухват од 39% регистрован је на територији Зајечарског округа.

Приказани резултати по општинама (табеле 14 и 14а) показују да је 40 општина (34,8%) у централном делу Србије имало обухват испод 95% планиране популације и 18 (40%) на територији Војводине. Најнижи обухват на нивоу општина у Војводини бележи Тител (7,5%), а у централној Србији општина Лебане са 9,6%.

1.5. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ОБОЉЕЊА ИЗАЗВАНИХ ХЕМОФИЛУСОМ ИНФЛУЕНЦЕ ТИП Б

Правилником о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС”бр.11/06) уведена је вакцинација против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип Б. Прва дистрибуција ове вакцине отпочела је средином 2006. године, тако да је било проблема у реализацији, према планираном броју обвезника. Проблеми су настављени и током 2007. и 2008. године, јер су прве количине вакцине дистрибуиране тек у новембру месецу тих година. У 2009. години одобрена су средства за само 30% исказаних потреба, док је током 2010. и 2011. године набавка и дистрибуција углавном ишла правовремено и континуирано, до пред крај 2011. године када је дошло до прекида, уз

дистрибуцију вакцина током године са роком који је краћи од препорученог и у количини од 66% плана потреба. У 2012. години дошло је до прекида у централизованог дистрибуцију у трајању од три месеца, а након успостављања до непотпуне и неправовремене доступности у складу са планом потреба.

Имајући у виду да се зависно од узраста отпочињања вакцинације даје различит број доза ове вакцине према планираном годишту за апликовање, приказана су она деца која су примила три дозе ове вакцине (потпуно вакцинисани). Обухват овом вакцином на нивоу Републике износи 91,3%. На подручју централног дела Србије обухват је 90,1%, а на територији Војводине 94,6%. Резултати до нивоа округа приказани су у табели 13, односно општина у табелама 14 и 14а. На територији Републике девет од 25 округа (36%) имало је обухват изнад 95%. Најнижа вредност обухвата од 69,8% бележи се на територији Расинског округа у централној Србији.

Приказани резултати по општинама (табеле 14 и 14а) показују да је 55 општина (48%) у централном делу Србије имало обухват испод 95% планиране популације и једанаест (24%) на територији Војводине. Најнижи обухват на нивоу општина од 21,1% бележи Осечина.

1.6. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ТУБЕРКУЛОЗЕ

Подаци о вакцинацији новорођене деце BCG вакцином у Републици Србији у 2012. години приказани су у табели 15, на основу података из годишњих извештаја института и окружних завода за јавно здравље.

Од 66.478 новорођенчади у 2012. години, BCG вакцином је било обухваћено 65.096 или 97,9% и сви окрузи бележе обухват изнад 95%, изузев Поморавског и Зајечарског. Иако је постојало прекид у централизованог дистрибуцију у трајању од три месеца, као и несташице на пунктовима у различитом трајању, које се региструју од августа 2012. године, постигнут је задовољавајући обухват, јер су поједине здравствене установе куповале BCG вакцину директно од Института за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак”, да би обезбедиле континуитет у спровођењу имунизације. Вредност обухвата у централној Србији је 97,56%, а у Војводини 98,92%.

1.7. ИЗВЕШТАЈ О ОБАВЉЕНОЈ ВАКЦИНАЦИЈИ НА ПОДРУЧЈУ СЕВЕРНОГ ДЕЛА КОСОВА И СРПСКИХ ЕНКЛАВА

У табелама 76, 106, 126 и 146 приказани су резултати спроведене имунизације на подручју северног дела Косова и српских енклава на Косову и Метохији у 2012. години, које је доставио ЗЗЈЗ Косовска Митровица.

1.8. ДОПУНСКЕ АКТИВНОСТИ У СПРОВОЂЕЊУ ПРОГРАМА ОБАВЕЗНИХ ИМУНИЗАЦИЈА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Ревизија вакциналне картотеке и супервизорске посете

У континуитету, током 2012. године обављане су ревизије вакциналне картотеке у службама за здравствену заштиту деце и омладине, невакцинисана деца су позивана, а сваки контролни преглед након завршеног лечења је коришћен за вакцинацију деце која су пропуштена да буду вакцинисана по календару.

Епидемиолози ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ су обављали супервизорске посете вакциналним пунктовима, у којима су поред ревизије вакциналних картона, случајним узорком од најмање 10% популације у великим домовима здравља и све деце у домовима здравља који су имали испод 100 деце у генерацији, контролисали редовност снабдевања вакцинама, поштовање принципа хладног ланца, политике отворених бочица, пријављивање нежељених реакција и безбедно давање вакцина.

У циљу контроле спровођења програма имунизације и надзора над приоритетним вакцинама превентабилним болестима, уз предлагање мера за побољшање квалитета надзора над АФП и спровођења надзора над морбилима и КРС, као и превазилажења проблема у имунизацији, ИЗЈЗ Србије извршио је надзорне посете у 21 ИЗЈ/ЗЗЈ и на њиховој територији надлежности на по два вакцинална пункта.

Недеља имунизације у Србији 2012. године

У периоду 21–27.4.2012. године спроведене су активности везане за Недељу имунизације. Обележавање ове седме по реду недеље имунизације, усмерено је на комуникационе стратегије са јасним и конзистентним порукама у претходним годинама ка медијима, здравственим радницима, доносиоцима одлука и општој популацији, а допринеле су усвајању знања и изградњи позитивних ставова о имунизацији.

Регионални циљ недеље имунизације 2012. године је повећати обухват имунизацијом усмеравањем пажње и изградњом поверења у имунизацију, са посебним освртом на вулнерабилне групе, повећањем интересовања за имунизацију.

Кључне поруке за Недељу имунизације 2012. године:

1. Здравствени радници су прва линија одрживости и виталности националних програма имунизације и имају кључну улогу у успешности ових програма
2. Контрола епидемија морбила и превенција нових случајева морбила у Европском региону мора бити приоритет
3. У овој години се обележава 10 година од добијања сертификата „*polio-free*“ Европског региона

У ИЗЈЗ Србије организован је састанак Епидемиолошке секције СЈД са темема које су се односиле на епидемиолошке карактеристике инвазивне пнеумококне болести и варичеле, као и састанак са окружним координаторима у вези са резултатима спровођења имунизације у Србији, резултатима и изазовима у одржавању статуса „земље без полиомијелитис” и достизању елиминације морбила, као и надзору над нежељеним реакцијама.

У великом броју ТВ и радио емисија, на националном и локалним нивоима, промовисан је регионални циљ Недеље имунизације.

У првој половини 2012. године, у општинама са ОПВ3 обухватом испод 95% (21 општина) у 2011. години, на интервенцију окружних координатора за имунизацију, спроведена је вакцинација невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце ради достизања циљног обухвата од 95%. У општинама са обухватом испод 95% вакцинацијом у другој години ММР вакцином (20 општина), ревакцинацијама у 7. години и 12. години спроведена је вакцинација невакцинисане и неревакцинисане деце ради достизања циљног обухвата.

1.9. ДИСТРИБУЦИЈА И УТРОШАК ВАКЦИНА

Дистрибуција вакцина, у количинама које су преузете од стране института и завода за јавно здравље односно дистрибуиране од стране Института за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак” и Пастеровог завода за потребе вакциналних пунктова (породилишта, домова здравља, антирабичних јединица и ИЈЗ/ЗЈЗ у 2012. години), приказана је у табелама 16–21 (обавезна имунизација, имунизација по експозицији и по клиничким индикацијама). Основна сврха овако исказане потрошње вакцина је процена растура вакцина, веома важна у смањивању трошкова вакцинације, али без угрожавања безбедне имунизационе праксе, као и залиха које су битан елемент одрживости програма имунизације, посебно у ванредним приликама. Захтевано је да се на дан 31.12.2012. године попишу и залихе свих вакцина на вакциналним пунктовима.

Како је током 2012. године дошло до потпуног прекида у дистрибуцији свих вакцина за обавезну имунизацију у трајању од три месеца (период јул–септембар), па реализација плана потреба померена је за прва три месеца наредне године. Према достављеним подацима ИЈЗ/ЗЈЗ који се односе на планиране количине вакцина, и оних који се односе на дистрибуиране количине уочава се да је ова друга категорија у већем износу за ДТ и дТ односно да потребе за вакцинама нису реализоване у календарској години за коју су планиране за BCG, DTP, OPV, TT, MMR, хепатитис Б за децу и одрасле, Хиб и вакцину против беснила. Постојање залиха односно расположивих количина на вакциналним пунктовима посебно ДТП, ДТ, дТ и ТТ последица несистемске набавке вакцина која би подразумевала да се у складу са препорука СЗО на вакциналним пунктоваима у сваком тренутку налази 25% залиха (односно

планираних потребних количина) вакцина за случај ванредних ситуација – епидемије, нередовно снабдевање итд.

У току 2012. године у Републици Србији је дистрибуирано 106.190 доза BCG вакцине. Према годишњим извештајима института и завода за јавно здравље број бесежиране деце био је 66.478, а растур од 61.998 доза вакцине (47,8%) је у границама дозвољеног (табела 16). Растур је већи због вишедозног паковања, мањег броја деце која се рађају генерално (а посебно у неким срединама) и поштовања политике отворених бочица, као и чињенице да је крајње пажљивим руковањем из једне бочице тешко извући на њој наведени број доза. Имајући у виду да је производња ове вакцине јефтина, нико у свету не производи монодозно паковање, јер није финансијски оправдано. На залихама се налазило 16,7% планираних количина.

Укупно је дистрибуирано 268.780 доза ОПВ, што чини свега 64,6% планиране количине а за вакцинацију и ревакцинацију свих узраста према календару, апликовано је 304.208 доза, уз напомену да су залихе ове вакцине на крају 2012. године износиле око 19.700. Растур износи 54.508 доза, што је око 15% и он је у границама дозвољеног (табела 16), док је на залихама било свега 4,7% количина исказаних у плану потреба.

У току 2012. године, дистрибуирано је 193.090 доза ДТП вакцине. Укупно је апликовано 200.377 доза, а растур износи 36.542 дозе (15,4%), што је такође у границама дозвољеног (табела 16), док се на залихама налазило чак 31,6% што је резултат касно извршене дистрибуције (децембар месец).

Укупно је дистрибуирано 106.285 доза ДТ, а апликовано 67.019 доза. Растур износи 18.724 доза (21,8%) и налази се на граници дозвољеног. Количине вакцине које су се налазиле на залихама на крају године износиле су око 36% планираних потреба што је последица дистрибуције извршене крајем прошле године.

У току 2012. године дистрибуирано је 108.790 доза дТ, а апликовано је 63.415 доза. Растур износи 19.210 доза што је око 24% и нешто је изнад границе дозвољеног (табела 16а), а доводи се у везу и са начином организације вакцинације (вакцинација деце код изабраног лекара а не у школама).

Укупно је дистрибуирано 107.189 доза ММР вакцине, а апликовано 126.988 доза. Растур износи 2155 доза што је око 1,7% и у границама је дозвољеног (табела 17). На залихама се на крају године налазило око 14,6% ове вакцине у односу на планирани број доза.

У току 2012. године дистрибуирано је 279.600 доза хепатитис Б вакцине односно 72,5% годишњих потреба, а апликовано је 340.864 доза, при чему је на крају 2011. године на вакциналним пунктовима било на располагању око 140.000 доза. Растур износи 1628 доза што је око 0,5% и налази се у границама

дозвољеног (табела 17). На залихама се на дан 31.12.2012. године налазило око 19,3% планираних количина.

Укупно је дистрибуирано 130.117 доза Хиб вакцине, а апликовано 117.821 доза. Растур износи 1114 доза што је око 0,9% и налази се у границима дозвољеног (табела 17). На вакциналним пунктовима на крају године налазило се око 28% планираних количина, што је последица касно извршене дистрибуције (децембар 2012. године)

Укупно је дистрибуирано 25.291 доза хепатитис Б вакцине за постекспозициону заштиту, а апликовано 39.447 доза. Залихе вакцине против хепатитиса Б износиле су свега 2,7% планираних количина.

Укупно је дистрибуирано 430.810 доза ТТ вакцине, а апликовано 433.011 доза. Растур износи 4155 доза, што је око 1% и у границама је дозвољеног (табела 19). На вакциналним пунктовима на крају године налазило се око 23,9% планираних количина ове вакцине.

Количине дистрибуираних и апликованих доза вакцине против беснила су приказане у табели 18. Током 2012. године није било поремећаја у снабдевању вакцином и имуноглобулином. Неопходно је да у сваком моменту антирабичне јединице (или Пастеров завод) поседују залихе вакцина и антирабичног имуноглобулина у складу са препорукама за постекспозициону заштиту, имајући у виду легалитет у случају оболевања.

У сезони 2012/2013. године дистрибуирано је 297.159 монодозних вакцина против грипа (табела 21), а према годишњим извештајима института и завода за јавно здравље вакцинисано је 185.025 лица без података за српске енклаве Косова и Метохије. Растур од 43 дозе је у границама дозвољеног а остале су неискоришћене 109.023 дозе (36,7% дистрибуираних количина), закључно са крајем 2012. године. Актуелна епидемиолошка ситуација у сезони грипа како на регионалном, тако и на националном нивоу, али и последице негативне кампање и односа према имунизацији након пандемије грипа А Н1 Н1 у сезони 2009/2010, довела је до пада у обухвату планиране циљне популације у 2011. години, на шта указује висок проценат растура (2% у 2009. години), односно скоро исте вредности у годинама након пандемијске.

1.10. ОБУХВАТ ОСНОВНИМ ВАКЦИНАМА У НЕКИМ ЕВРОПСКИМ ЗЕМЉАМА

У циљу поређења резултата имунизације у Србији са другим земљама, у табели 22 приказане су Мађарска, Румунија, Бугарска и две економски развијене земље (Италија и Француска) за период 2006–2011. година. Подаци су

преузети из извештаја СЗО (*WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring system, 2011 global summary*.<http://www.who.int/whosis>).

Приказани обухват BCG вакцином показује да Италија не спроводи рутински имунизацију, а Француска BCG вакцином имунизује само новорођенчад из ризичних категорија становништва (избеглице, социјално угрожени, породице оболелих од активне плућне туберкулозе, БК позитивне). У односу на приказане земље Србија има висок обухват новорођенчади BCG вакцином, који је изнад просека за Европски регион.

Кретање обухвата ОПВ3 и ДТП3 у Србији показује тенденцију континуираног одржавања, што се може рећи и за Италију и Француску, а који је изнад просечне вредности за Европски регион. Румунија у посматраном периоду бележи најнижу вредност испод 90%.

У обухвату ММР вакцином Мађарска приказује континуирано изузетно висок обухват, док обухват пада 2011. године у другим земљама и нижи је од европског просека, изузев у Бугарској. Србија региструје пораст обухвата и вредност изнад просека за Европски регион.

Имунизација против хепатитиса Б у Републици Србији је отпочела средином 2005. године уз потешкоће. Из података у табели 22 изузетно висок достигнут и одржавани обухват бележе Румунија, Бугарска и Италија. Регистрован обухват у Републици Србији од 96% у 2011. години је изнад просечних вредности за Европски регион.

Имунизација против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип б у Републици Србији је отпочела крајем 2006. године уз потешкоће. Висок обухват бележе скоро све земље са вредностима изнад просека за Европски регион.

1.11. ЕПИДЕМИОЛОШКА СИТУАЦИЈА ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ ПРОТИВ КОЈИХ СЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ СПРОВОДИ ОБАВЕЗНА ИМУНИЗАЦИЈА

Пријављивање болести које се могу превенирати вакцинама у 2012. години је било праћено бројним проблемима. На првом месту је било одсуство лабораторијске потврде дијагнозе, тако да су се одређене болести пријављивале само на основу клиничке слике (нпр. пертусис, паротитис итд). Такво стање ће посебно бити значајан проблем у процесу елиминације болести. Тешко да ће програми СЗО моћи да се реализују, ако се не омогући лабораторијска потврда болести (у референтној или мрежи лабораторија по стандардним процедурама), нарочито када су у питању мале богиње, рубела и синдром конгениталне рубеле. Увођењем активног надзора над морбилама очекивани број пријављених суспектних случајева морбила за Србију, чије је

адекватне узорке неопходно и лабораторијски обрадити, износи најмање 147 (2/100.000 популације).

У Републици Србији је у 2012. години лабораторијски потврђен један случај морбила у Референтној лабораторији Института „Торлак” (Регионална референтна лабораторија у Луксембургу идентификовала је генотип Д4 морбила).

Имајући у виду анализиране пријављене и процењене обухвате одређеним вакцинама по програму, регистрован пад у обухватима појединих вакцина у циљним групама/годиштима, као и број пријављених случајева болести које се могу превенирати имунизацијом, намеће се закључак да слика о кретању ових болести није реална.

ДИФТЕРИЈА

Дифтерија је елиминисана у Републици Србији. Последњи случај овог обољења је регистрован 1980. године.

ДЕЧИЈА ПАРАЛИЗА

У периоду од 1996. до 2012. године у Републици Србији је пријављено 30 случајева дечије парализе, од чега је 24 случаја било изазвано дивљим полио вирусом, а шест случајева је класификовано као полиомијелитис удружен са вакцинацијом (табела 23). После 1997. године није пријављен ниједан случај дечије парализе изазван дивљим полиовирусом.

ТЕТАНУС

На подручју Републике Србије (без података за Косово и Метохију) од тетануса су у 2012. години укупно оболеле три особе, инциденција је износила 0,04/100.000 (стопа рачуната према попису 2002. године, без популације Косова и Метохије), са три смртна исхода (леталитет 100%). У централном делу Србије регистрована су два случаја (инциденција 0,03/100.000) са два смртна исхода и у Војводини један са једним смртним исходом (инциденција 0,05/100.000). Оболеле особе су узраста преко 60 година без адекватног вакциналног статуса (табеле 24 и 25).

Није било регистрованих случајева тетануса новорођенчади у 2012. години. У 2009. години регистрован је један случај овог обољења са смртним исходом у Пчињском округу, први пут након 1999. године када су регистрована два случаја овог обољења, у Београду и Новом Саду, у избегличкој популацији са Косова и Метохије.

ВЕЛИКИ КАШАЉ

Од великог кашља је у 2012. години у Републици Србији оболела је 51 особа (инциденција 0,7/100.000 становника), без података за Косово и Метохију. На територији централне Србије оболела је 31 особа (инциденција 0,58/100.000 становника). У Војводини је регистровано 20 случајева оболевања од великог кашља са инциденцијом 1,02/100.000 становника (табеле 24 и 26).

Није пријављен ниједан смртни случај од великог кашља од 1971. у Војводини, а од 1985. године у централној Србији.

МАЛЕ БОГИЊЕ

У 2012. години је забележен један случај морбила у Републици на територији Сремског округа, који је класификован као импортован (генотип Д4), код особе која је држављанин Румуније.

ИЗВЕШТАЈ О АКТИВНОМ НАДЗОРУ НАД МОРБИЛАМА

Активни надзор над морбилама и недељно нулто извештавање из 354 надзорне јединице са територије надлежности мреже ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ успостављено је од 1.2.2009. године на територији целе Републике. О актуелној епидемиолошкој ситуацији у Европи и земљи окружни координатори су информисани повратно, укључујући и активности током Недеље имунизације у априлу 2012. године и шестомесечни извештај о активном надзору. У табели у прилогу 1 приказан је очекивани и пријављени број суспектних случајева морбила током 2012. године. Изузев Јужнобачког округа, сви остали су „неме зоне“ или је пријављени број случајева испод очекиваног.

Правовременост и потпуност недељног нултог извештавања, као индикатори квалитета у надзору, показују различите вредности у наведеном периоду и нису константно по месецима задовољили циљ од 80%.

Закључно са 31.12.2012. пријављено је 67 суспектних случаја морбила, од очекиваних 147 на годишњем нивоу, чиме очекивана вредност индикатора *стопа суспектних случајева* од најмање 2/100.000 популације или 1/100.000 популације у најмање 80% округа није достигнута и износи 0,88/100.000. Израчунавање и тумачење других индикатора, сходно напред наведеном, безпредметно је.

Циљ Европског региона СЗО је достизање елиминације морбила и рубеле до 2015. године, што би значило одсуство случајева ендемских морбила 12 или више месеци, уз постојање одговорајућег квалитета надзора који се оцењује из индикатора. Из вредности индикатора, надзор над морбилама у Србији се оцењује као пасиван.

Табела 1. Очекиван број суспектних/број пријављених суспектних морбила на територији Републике Србије током 2012. године (2/100.000 популације) из надзорних јединица

| ОКРУГ | Број становника (30.6.2008.) | Број очекиваних/пријављених случајева |
|-----------------|---------------------------------|---|
| Севернобачки | 193.329 | 4/0 |
| Средњебанатски | 195.190 | 4/1 |
| Севернобанатски | 155.387 | 3/1 |
| Јужнобанатски | 303.392 | 6/0 |
| Западнобачки | 197.974 | 4/0 |
| Јужнобачки | 605.720 | 12/14 |
| Сремски | 328.397 | 7/3 |
| Мачавански | 313.798 | 6/0 |
| Колубарски | 182.015 | 4/2 |
| Подунавски | 204.442 | 4/1 |
| Браничевски | 191.906 | 4/0 |
| Шумадијски | 290.806 | 6/0 |
| Поморавски | 218.062 | 4/1 |
| Борски | 134.375 | 3/0 |
| Зајечарски | 126.217 | 2/1 |
| Златиборски | 299.360 | 6/3 |
| Моравички | 216.977 | 4/1 |
| Рашки | 298.444 | 6/1 |
| Расински | 246.522 | 5/0 |
| Нишавски | 375.453 | 8/4 |
| Топлички | 95.703 | 2/0 |
| Пиротски | 97.223 | 2/1 |
| Јабланички | 229.430 | 5/4 |
| Пчињски | 228.704 | 4/0 |
| Град Београд | 1.621.396 | 32/28 |
| Р. Србија | 7.350.222 | 147/ 66+1* |

*случај пријављен из српских енклава Косовско-митровачког округа

Имајући у виду евидентиране недостатке у надзору, пад обухвата имунизацијом ММР вакцином, актуелну епидемиолошку ситуацију морбила у Европи, зацртан циљ елиминације морбила до 2010. године није било могуће достићи, а исти је и у новембру 2010. године на 60. сесији Регионалног комитета СЗО померен са 2010. на 2015. годину.

Током 2012. године формирана је Регионална верификациона комисија за елиминацију морбила и рубеле и требало је да све земље формирају своје Националне комитете за верификацију елиминације морбила и рубеле, који до краја јула 2013. године треба да поднесу потребну документацију за период 2010–2012. година за верификацију елиминације морбила/рубеле.

Током 2012. године у земљама ЕУ регистровано је 8240 случајева морбила, од којих 94% у Француској, Италији, Румунији, Шпанији и Великој

Британији са стопом инциденције 16,4/100 000 популације. Анализом вакциналног статуса код 7754 особе, 83% није било вакцинисано, од којих 77% су деца узраста 1-4 године живота. У истом периоду није регистрован ниједан смртни исход, а регистровано је седам случајева са компликацијом енцефалитиса. Само 12 земаља ЕУ током 2012. године региструје стопу инциденције мању од 1/милион популације.

И даље је неопходно радити на основним стратегијама према плану активности елиминације морбила: достизању и одржавању обухвата преко 95% у свим административним јединицама, достизању и одржавању индикатора квалитета у активном надзору и спровођењу допунске имунизације невакцинисаних и непотпуно вакцинисаних лица.

ЗАУШЦИ

Од заушака су у Републици Србији (без Косова и Метохије) током 2012. године оболеле 584 особе (у 2011. години 63), са инциденцијом 8,0/100.000 становника (табела 24). У централној Србији пријављено је 238 оболелих (4,5/100.000), а у Војводини 346 (17,8/100.000). Регистровано је епидемијско јављање овог обољења на територијама Јужнобачког и Севернобачког округа, а повећано оболевање на територијама Сремског и Мачванског округа.

РУБЕЛА

Од рубеле је у Републици Србији током 2012. године оболело 14 особа (14 у 2011. години) са инциденцијом од 0,19/100.000 становника (табела 24). Један случај регистрован је на територији Војводине са инциденцијом 0,05/100.000 и 13 на територији централне Србије са инциденцијом 0,24/100.000 становника.

ХЕПАТИТИС Б

У Републици Србији, током 2012. године, пријављено је 227 особа оболелих од акутног хепатитиса Б (према 258 оболелих у 2011. години), са инциденцијом од 3,12/100.000 становника (табела 24). Инциденција у централном делу Србије износи 3,08/100.000 становника (164 оболела), а у Војводини 3,23/100.000. Регистрована су четири смртна исхода са Мт 0,05/100.000, сви на територији централне Србије.

ОБОЉЕЊА ИЗАЗВАНА ХЕМОФИЛУСОМ ИНФЛУЕНЦЕ ТИП Б

Према Правилнику о пријављивању заразних болести и других случајева утврђених Законом („Сл. гласник РС”бр. 98/05) предвиђено је пријављивање

обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип Б појединачном пријавом, а пнеумоније изазване хемофилусом инфлуенце тип Б збирном пријавом. Током 2012. године у Републици Србији пријављено је 14 оболелих особа са инциденцијом од 0,19/100.000 становника. Инциденција у централном делу Србије износи 0,24/100.000, а у Војводини 0,05/100.000. У овој години није регистрован ниједан смртни исход као последица овог обољења.

1.12. КРЕТАЊЕ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ ПРОТИВ КОЈИХ СЕ СПРОВОДИ ОБАВЕЗНА ИМУНИЗАЦИЈА У НЕКИМ ЕВРОПСКИМ ЗЕМЉАМА

У циљу поређења броја оболелих од болести против којих се спроводи имунизација у Србији са другим земљама, приказане су Мађарска, Румунија, Бугарска и две економски развијене земље (Италија и Француска) у периоду 2006–2011. година, у табели 28. Подаци су преузети из извештаја СЗО (*WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring system, 2011 global summary*.<http://www.who.int/whosis>).

Србија бележи ниску стопу инциденције великог кашља у 2011. години. Више стопе инциденције великог кашља у Италији последица су укидања корпускуларне пертусис вакцине и празног периода до увођења ацелуларне вакцине у обавезну имунизацију.

Према подацима за наведени период када су у питању морбили, Румунија и Француска бележе високе вредности стопе инциденције у 2011. години, због епидемијског јављања.

Заушци су велики проблем у земљама које не спроводе систематску имунизацију против ове болести (Румунија) или је спроводе са нижим обухватом (Бугарска), што се може рећи и за рубелу (Румунија), која је регистрована у епидемијској форми у 2011. години.

2. ПРОГРАМ ОБАВЕЗНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ЛИЦА ЕКСПОНИРАНИХ ОДРЕЂЕНИМ ЗАРАЗНИМ БОЛЕСТИМА

2.1. ЗАШТИТА ОД ХЕПАТИТИСА Б

На територији Републике Србије (без података за Косово и Метохију), према подацима института и завода за јавно здравље, у 2012. години тестиране су укупно 254.622 особе (у односу на 247.999 тестираних у 2011) из категорија становништва које чине добровољни даваоци крви, труднице и лица експонирана вирусу хепатитиса Б. По учешћу структуре тестираних на првом месту су добровољни даваоци са 74,8%, а потом групе из ризика (14,4%) и труднице са 10,8% (табела 29).

Носилаштво HBsAg откривено је код 1134 особе или код 0,45% тестираних. Највеће учешће позитивних особа се региструје у групама из ризика (2,2%), потом код трудница (0,30%) и на крају код добровољних давалаца крви (0,11%). Вакцинисано је по епидемиолошким индикацијама 13.080 лица. Према учешћу структуре вакцинисаних здравствени радници су на првом месту са 75,5% , затим следе са 6,9 % ученици и студенти здравствене струке, 5,8% полни партнери HBsAg позитивних и 11,8% све остале категорије (табела 30).

На носилаштво HBsAg тестирано је 27.667 трудница (25.966 у 2011. години). Ако се има у виду да је регистровано 57829 порођаја, тестирањем на носилаштво HBsAg било је обухваћено 47,84% трудница, а позитиван налаз је откривен у 84 случајева (0,30% тестираних). На основу достављених података (табела 30) вакцинисано је 102 новорођенчади чије су мајке HBsAg антиген позитивне (у 2011. години вакцинисано је 125 новорођенчади). Иако Правилник о имунизацији и начину заштите лековима (Сл. гласник РС 11/06) предвиђа апликовање код новорођенчади HBIg-а, као и претходних година изостала је дистрибуција овог препарата (табела 18), па стога није спроведена потпуна постекспозициона заштита ове категорије у ризику.

2.2. ЗАШТИТА ОД ТЕТАНУСА

У току 2012. године на територији Републике Србије (без података за Косово и Метохију) регистровано је 222.007 повређених лица, што је за око 2,6% мање од броја регистрованих у 2011. години (227.982). Одговарајућа заштита је спроведена код свих повређених (табела 31). Према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима учешће особа које су биле потпуно заштићене у моменту повређивања износило је 23,9%, оних којима је била потребна једна доза вакцине и HPIg 30,5% и учешће од 45,6% односи се на особе које нису вакцинисане, непотпуно вакцинисане или немају доказе о вакцинацији. Из ове последње категорије потпуна имунизација је спроведена код око 57,5% повређених.

2.3. ЗАШТИТА ОД БЕСНИЛА

Према подацима института и завода за јавно здравље (без података за Београд), у 2012. години регистровано је 10.261 озлеђених особа. Укупно је заштићено 3057 лица, а превентивно је вакцинисано њих 11 (табела 32).

3. ПРОГРАМ ИМУНИЗАЦИЈЕ ЛИЦА ПО КЛИНИЧКИМ ИНДИКАЦИЈАМА

3.1. ЗАШТИТА ОД ГРИПА

Према подацима о спровођењу имунизације против грипа, пристиглим из института и завода за јавно здравље, у 2012. години вакцинисано је 185.026 лица (табела 33 и 34), а према подацима о дистрибуцији вакцина (табела 21) који укључују и податке из српских енклава Косова и Метохије дистрибуирано је 297.159 доза вакцине против грипа. У 57,8% вакцинисаних индикације за вакцинацију су биле епидемиолошке, а у 42,2% клиничке. У категорији епидемиолошких индикација особе старије од 65 година су учествовале са 78,7%, потом следе запослени у здравственим установама са 11,1%, а све остале категорије са 10,2% (табела 34).

4. ПРОГРАМ ИМУНИЗАЦИЈЕ ПУТНИКА У МЕЂУНАРОДНОМ САОБРАЋАЈУ

У току 2012. године Институт за јавно здравље Србије посетило је 2876 путника који су едуковани о основним карактеристикама, превенцији и контроли заразних болести којима ће бити изложени током пута, односно у одредишту (у 2011. години тај број је износио 3029).

Поред здравствене едукације, код њих је спроведена имунопрофилактика са једном или више врста вакцина. Укупно је дато 3225 доза вакцина (табела 35). Путници су најчешће вакцинисани против жуте грознице, тетануса, хепатитиса Б, трбушног тифуса, морбила, заушача и рубеоле, хепатитиса А.

Као и претходних година, готово половину вакцинисаних чиниле су особе које су одлазиле из професионалних, туристичких или других разлога у земље Африке, а остали у земље северне Америке, Азије, Јужне Америке, Европе. Од земаља на првом месту по учесталости одлазака су САД (238), затим Нигерија (183), путници за потребе прекоокеанске пловидбе (195), а потом следе остале дестинације. Регистровано је 1413 особа за одлазак у маларична подручја, углавном у земље са високим ризиком од *P. Falciparuma* (1279) у комбинацији са резистенцијом на антимальарике или са ниским/средњим ризиком од *P. falciparuma* у комбинацији са високом нивоом резистенције на антимальарике.

5. НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ НАСТАЛЕ НАКОН ИМУНИЗАЦИЈЕ

Нежељена реакција након имунизације је медицински инцидент који се догодио после извршене имунизације и може се повезати са имунизацијом. Грешке у програму имунизације су медицински инциденти који су изазвани грешкама у транспорту, чувању, руковању или давању вакцина. Медицински инцидент који би се десио без обзира да ли је особа претходно била имунизована или не, коинцидентална је нежељена реакција.

Према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС” бр.11/06) дефинисане су процедуре у надзору над тежим нежељеним реакцијама, као и процедуре при доношењу закључака о утврђеним тежим нежељеним реакцијама и издавању потврда о утврђеним тежим нежељеним реакцијама, односно утврђеним трајним контраиндикацијама од стране Стручног тима на нивоу округа. На обрасцу бр. 3 према Правилнику достављане су пријаве нежељених реакција после имунизације, а на обрасцима бр. 2 односно бр. 4 закључци односно потврде о утврђеној тежој нежељеној реакцији, односно трајној контраиндикацији. Центар за превенцију и контролу болести ИЗЈЗ Србије је на основу достављених података на обрасцу бр. 5 извештавао Агенцију за лекове и медицинска средства, односно произвођача о утврђеним тежим нежељеним реакцијама, односно контраиндикацијама утврђеним од стране надлежног Стручног тима.

Број пријава нежељених реакција пристиглих током 2012. године у Одсек за имунизацију Института за јавно здравље Србије и унетих у регистар за 2012. за ниво Републике Србије је 212 (92 на DTP; 12 на BCG; 26 на DT, dT и TT; 29 на MMR; 5 на ActHib; 16 на EuvaxB; 18 на Pentaxim, 13 на Infanrix IPV Hib, 1 на Пнеумо 23).

У формираном регистру за 2012. годину за ниво Републике Србије налази се 104 тежих нежељених реакција, односно 38 примарно утврђених контраиндикација које су верификоване од стране територијално надлежних Стручних тимова.

Региструје се пријављивање тежих, озбиљних нежељених реакција, без истраживања истих и издавања потврда од стране Стручног тима на нивоу округа, као и издавања потврда од стране Стручног тима на нивоу округа без неопходних основних података. У погледу територијалне дистрибуције 67% тежих нежељених реакција је регистровано и пријављено у Војводини, што говори у прилог активног приступа педијатара и надлежних епидемиолошких служби на овој територији, према Правилнику.

Код 57 случаја радило се о реакцијама после примене ДТП или ДТП и ХиБ вакцине, односно ММР или вакцине против хепатитиса Б. Од ових реакција 10 су биле реакције локалног типа, а код 12 је регистрована реакција алергијског типа. Код петоро је регистрована температура, а седморо је хоспитализовано.

Код 30 (52,6%) случајева радило се о вриштећем неутешном плачу, након апликовања ДТП домаћег произвођача, који је сходно Правилнику трајна контраиндикација за апликовање целуларне пертусис компоненте вакцине. Код 12 случајева (12%) у питању је био БЦГ лимфаденитис. Шест нежељених реакција региструје се после примене ММР вакцине, код четворо је регистрована висока температура. Једна особа је хоспитализована. Две реакције су алергијског типа. Од три случаја, код два се радило о тежим локалним реакцијама и код сва три су регистроване алергијске реакције после примене ХиБ вакцине.

Код 11 случајева после примене ДТ, дТ и ТТ вакцине, радило се о тежим локалним реакцијама, једном колапсном стању и пријављеном апсцесу на месту апликације ТТ вакцине. После примене Еувах В вакцине пријављена је једна анафилактичка реакција, а после примене Пнеумо 23 вакцине тежа локална реакција.

После примене Pentaxim вакцине, седам нежељених реакција су реакције локалног типа. Пријављено је шест реакција после апликације Infanrix-IPV+Hibvaccine.

Према подацима ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ наведеним у табели 36, пријављено је 215 нежељених реакција након имунизације надлежним епидемиолошким службама на територији Републике Србије. Од тога броја у 54 случајева утврђене су теже нежељене реакције. Наведени број се не подудара са званично пристиглим подацима Одељењу за превенцију и контролу заразних болести на прописаним обрасцима у складу са Правилником (раније наведен Регистар), па их је немогуће тумачити. Број утврђених трајних контраиндикација (50) такође се не подудара са званично пристиглим подацима Одељењу за превенцију и контролу заразних болести на прописаним обрасцима у складу са Правилником, а њих чине примарно или секундарно настале трајне контраиндикације.

За разлику од претходних година, када је највећи број нежељених реакција био пријављен на територији града Београда, ове године на окружном нивоу највећи број нежељених реакција пријављен је на територији Сремског округа (47 или 21,8%). У Војводини је пријављено 123 нежељених реакција (57,2%), а на подручју централне Србије 92 (42,8%).

Анализом образаца бр. 3 који су током 2012. године пристигли у Одељење за превенцију и контролу заразних болести, највише нежељених реакција (92) пријављено је после примене ДТП вакцине. Поред напред наведених тежих реакција након примене ове вакцине, у већини осталих случајева су регистроване и локалне реакције у виду отока, црвенила и бола, алергијске манифестације различитог интензитета, као и очекиване „теже” реакције за које није упућен захтев надлежним Стручним тимовима.

Након апликације ММР вакцине регистровано је 29 нежељених реакција. Највише је пристигло пријава у вези са појавом паротитиса после апликације ММР вакцине (11) и ситне макуло-папулозне оспе дијагностиковане као морбилиформне (10).

Након апликације Пентаксим вакцине регистровано је 18 нежељених реакција. Локалне реакције у виду отока, црвенила и бола су најчешће и регистроване су у 11 случајева.

Након апликације ДТ, дТ и ТТ вакцине регистровано је 26 нежељених реакција, од који су 13 окарактерисане као локалне реакције са црвенилом, отоком, температуром и болом на месту апликације.

Након апликовања вакцине против хепатитиса Б у 16 случајева се региструју нежељене реакције. Највише је пристигло пријава у вези са локалним реакцијама различитог интензитета (8).

Број регистрованих нежељених реакција насталих након имунизације не одговара очекиваном броју који се наводи у упутствима произвођача за примену вакцина које се примењују у Програму имунизације. Неопходан је квалитетнији надзор над нежељеним реакцијама након имунизације по стандардима СЗО, по којима су јасно дефинисани ентитети које треба пријављивати. У складу са тим и са Правилником о имунизацији и начину заштите лековима, треба обавезно истраживати и пратити следеће нежељене појаве након имунизације:

- све апсцесе на месту давања инјекције,
- све случајеве ВСГ лимфаденитиса,
- све смртне случајеве за које се сматра да су у вези са имунизацијом,
- све случајеве који захтевају хоспитализацију и за које се сматра да су повезани са имунизацијом, и
- све друге озбиљне и неуобичајене појаве које се могу довести у везу са имунизацијом.

У односу на претходну годину надзором над нежељеним реакцијама након имунизације бележи се нешто већи број тежих нежељених реакција, односно мањи број контраиндикација, а и даље се региструје неравномерно и неуједначено пријављивање. Поједини окрузи не достављају пријаве нежељених реакција, што говори о неадекватном надзору и непоштовању Правилника. Присутни су ограничавајући фактори који утичу на квалитет надзора: педијатри/лекари недовољно заинтересовани/мотивисани за пријављивање, не поштује се процедура према Правилнику за достављање образаца, доступна документација закључака и потврда Стручних тимова је непотпуна, непостојање Стручног тима на националном нивоу, сарадња са Агенцијом за лекове и медицинска средства је неадекватана.

Пријављивање и праћење ових појава свакако је условљено ажурнијим ангажовањем свих учесника у реализацији Програма имунизације кроз квалитетнији надзор.

6. ОДРЖАВАЊЕ СТАТУСА „ЗЕМЉА БЕЗ ПОЛИОМИЈЕЛИТИСА” У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

У 2012. години навршило се пуних 14 година од последњег регистрованог аутохтоног случаја дечије парализе изазваног дивљим полиовирусом у Европском региону СЗО (Турска 1998.). Све земље региона стекле су статус земаља без полиомијелитиса у јуну 2002. године.

Према подацима СЗО, укупан број пријављених случајева полиомијелитиса на глобалном нивоу у 2012. години износио је 223, што је око три пута мање у односу на претходну годину (2011. године регистровано је 650 случајева). Број земаља у којима се полио ендемски одржава сведен је на три (Нигерија, Пакистан и Авганистан, док од краја фебруара 2012. године по критеријумима СЗО Индија више није ендемска земља) и у њима је пријављено 217 случајева односно око 97%, за разлику од 2010. године када је више од 80% случајева регистровано у неендемским земљама и 2011. године када је нешто више од половине случајева пријављено у ендемским земљама.

У 2010. години регистровани су, први пут након достизања *polio-free* статуса у Европском региону, случајеви полиомијелитиса изазваног дивљим полиовирусом који је импортован у Таџикистан крајем 2009. године из Индије. Због лошег обухвата вакцинацијом и нискосензитивног надзора дошло је до његове трансмисије и даљег импортовања у Руску федерацију, Туркменистан и Казахстан. Додатним имунизационим кампањама заустављено је ширење вируса, а према оцени СЗО није дошло до нарушавања *polio-free* статуса у Европском региону.

Као што је већ више пута наглашавано, глобална иницијатива за ерадикацију полиомијелитиса претрпела је велики застој у периоду 2003–2006. године, пре свега због прекида имунизације у неким областима северне Нигерије.

Из тих разлога процес усмерен ка ерадикацији полиомијелитиса на глобалном нивоу интензиван је од фебруара 2007. године. Ово се пре свега односи на примену моновалентних вакцина. Предвиђени циљеви нису у потпуности остварени пре свега због недовољно ефикасних кампања имунизације спроведених у Нигерији, деловима Пакистана, јужном региону Авганистана, као и у неким земљама у којима се трансмисија вируса одржава дуже од 12 месеци (Ангола, Чад, ДР Конго, Нигер и Судан).

Као последица масовне примене ОПВ јављају се два проблема. Сваке године региструје се 250–500 случајева поствакциналног полиомијелитиса и одређени број случајева полиомијелитиса изазваног вирулентним сојем полиовируса вакциналног порекла (у 2012. години регистровано је 68, а у 2011. години 67 случајева).

Након прегледа и оцене сертификационе документације земаља чланица, Регионална сертификациона комисија за ерадикацију полиомијелитиса (енг. RCC) на свом 26. састанку, одржаном 18–20.6.2012. године у Копенхагену, закључила је да се у Европском региону одржава *polio-free* статус. Састанку су присуствовали представници Србије (председник националног сертификационог комитета и национални координатор за имунизације) који су презентовали и образложили ситуацију у земљи везано за спровођење активности на одржавању статуса земље без полиомијелитиса, с обзиром да је Србија претходно била сврстана у земље са умереним ризиком за трансмисију дивљег полиовируса након евентуалног импортовања. Поново је наглашено постојање високог ризика од импортовања дивљег полиовируса и вирулентног соја полиовируса вакциналног порекла. Надзор над дивљим полиовирусима у

Европском региону саставни је део надзора над овим вирусима на глобалном нивоу.

Земље у којима је ризик од успостављања трансмисије дивљег полиовируса веома висок су Босна и Херцеговина, Грузија, Грчка, Румунија, Украјина, Узбекистан, Руска федерација (Северни Кавказ) и југоисточна област Турске. Овоме је додато још пет земаља у којима је ризик умереног (средњег) интензитета, а то су Аустрија, Азербејџан, Пољска и Таџикистан.

Квалитет надзора над АФП у Региону показује тренд опадања од 2002. године, а високо ризичне популационе групе и области и даље представљају велики проблем. На субнационалним нивоима у неким земљама опадају индикатори квалитета надзора, као и обухват имунизацијом против полиомијелитиса. Ово су озбиљни сигнали који упућују на неопходност јачања националних сертификационих комитета и истицање ових активности као приоритетних.

РСС и на свом последњем састанку наглашава да у уобичајеним условима активности треба усмерити на постизање и одржавање високог обухвата правовременом вакцинацијом доступном вакцином и високог квалитета надзора над АФП, са посебним акцентом на високоризичне популације и подручја. Такође, веома је важно за све земље чланице да одрже активно деловање Националног сертификационог комитета који има централну улогу у валидацији националног статуса.

Имајући у виду настајање замора у систему надзора, као и резултате постигнуте на глобалном нивоу, мишљење и препорука СЗО је да национални здравствени ауторитети стављањем ових активности на листу приоритета, могу значајно да утичу на побољшање, достизање и одржавање квалитета надзорних активности у оквиру националних планова.

Наша земља је у непосредном окружењу земаља које је СЗО прогласила земљама високог ризика за успостављање трансмисије у случају импортовања дивљег полиовируса. Осим тога, више пута је потврђен илегални транспорт и боравак (азиланти) у Србији људи из земаља у којима је дивљи полиовирус у циркулацији.

У Србији је током 2012. године први пут након више од 50 година примене ОПВ дошло до прекида у дистрибуцији ове вакцине и последичног прекида континуитета у вакцинацији. Као последица тога региструју се четири округа (Рашки, Нишавски, Пчињски и Јужнобанатски) са обухватом ОПВ3 испод 90%, осам округа (Мачвански, Колубарски, Браничевски, Поморавски, Расински, Севернобанатски, Западнобачки и Сремски) са обухватом испод 95% и чак 36% општина са обухватом испод 95%, па се процењује да је остало невакцинисано, непотпуно вакцинисано и неревакцинисано око 60.000 обвезника. У условима прекида континуитета у снабдевању вакцином тешко је говорити о резултатима правовремености вакцинацијом. Ако се овоме дода чињеница да је обухват вакцинацијом против полиомијелитиса деце из ромске популације веома низак

(20–30%), постаје јасно да статус „земље без полиомијелитиса” може бити угрожен, више него икада раније.

Обухват имунизацијом ОПВ3 није достигао у 2012. години критеријуме СЗО на националном нивоу (93,7%), али осим нерешеног проблема имунизације тешко доступних вулнерабилних популационих група, настао је и проблем територија (округа и општина) са ниским обухватом.

Према Националном плану активности за одржавање статуса „земља без полиомијелитиса” у циљу спречавања појаве дивљег полиовируса или циркулације вирулентног соја полиовируса вакциналног порекла (VDPV) треба одржавати висок обухват (изнад 95%) и правовременом имунизацијом ОПВ3 у свим општинама у Србији.

У складу са Планом активности неопходна је хитна интервенција окружних координатора за имунизацију који координирају спровођење имунизације у поменутих општинама, у циљу проналажења и вакцинисања невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце, како би се у овим општинама односно окрузима достигао обухват од 95%. Такође, потребно је наглашавање значаја правовремености имунизације за одржавање колективног имунитета и статуса земље без дечије парализе, како би се у наредној години постигли бољи резултати, односно остварио циљни обухват.

У првој половини 2012. године, у општинама са ОПВ3 обухватом испод 90% и 95% у 2011. години, на интервенцију окружних координатора за имунизацију, спроведена је вакцинација невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце ради достизања циљног обухвата од 95%.

Проблем континуитета у дистрибуцији и доступности ОПВ на вакциналним пунктовима мора се одржавати.

Индикатори квалитета надзора над АФП у 2012. години и поред високе стопе не-полио АФП случајева у већини нису достигли циљне вредности на националном и на окружним нивоима, где и даље перзистирају тзв. „неме зоне” тј. окрузи без пријављених случајева и окрузи у којима број пријављених АФП случајева не достиже број очекиваних.

У циљу откривања и потврде импортовања дивљег полиовируса или циркулације вирулентног соја полиовируса вакциналног порекла неопходно је спроводити високо квалитетан надзор над АФП. Тежиште активности је одржавање сензитивности система надзора који треба да препозна и правовремено реагује код сваког АФП случаја, а посебно код „врућег АФП случаја”.

Дефиниција случаја АФП

Клиничка дефиниција случаја

Свака особа испод 15 година старости са акутном флакцидном парализом*, или свака особа са паралитичком болешћу било ког узраста код које постоји сумња на полиомијелитис.

*укључујући Guillain-Barre синдром

Лабораторијски потврђен случај

Случај акутне флакцидне парализе код кога је изолацијом потврђен дивљи полио вирус.

Класификација случаја

Суспектан случај је случај који испуњава критеријуме клиничке дефиниције случаја.

Потврђен случај је случај АФП код кога је изолацијом потврђен дивљи полиовирус.

Импортациони статус

Аутохтони случај је сваки случај за који не може да се докаже да је импортован (лабораторијска потврда на основу соја који је у циркулацији).

Импортовани случај је случај који има извор инфекције изван земље (одређене територије), почетак болести у року од 3 до 35 дана од уласка у земљу.

За класификацију случаја АФП у систему активног епидемиолошког надзора, постоје три могућности:

1. Одбачен полиомијелитис
2. Потврђен полиомијелитис
3. Случај компатибилан са полиом (случај компатибилан са полиом указује на пропусте у систему надзора да се адекватно обради случај АФП и тиме омогући да он буде класификован, или као „потврђен” или као „одбачен” полио. Овакве случајеве треба пратити временски и просторно).

Квалитет надзора над АФП

У 2012. години пријављено је 17 случајева АФП са стопом *не-полио* АФП/100.000 становника испод 15 година старости од 1,44. Када је у питању територијална дистрибуција, шест случајева територијално припадају Војводини (стопа 1,86) а 11 централној Србији (стопа 1,28). Циљ је најмање 1/100.000 (табела 37). Ово је један од бољих резултата од увођења система активног надзора над АФП 1997. године.

Као и претходних година бележи се висока стопа за правовременост и потпуност. Правовременост извештавања током 2012. године износила је 99% (табела 38). Циљ је 80%. Потпуност извештавања бележи вредност од 100% (табела 39). Циљ је 90%. Недељни нулти извештаји из српских енклава Косовско-митровачког округа редовно су стизали али нису анализирани.

Од пријављених 17 случајева, осам је пропуштено у надзорним јединицама којима територијално припадају (Топлички, Зајечарски, Западнобачки, Сремски, Рашки, Севернобачки - два и Златиборски).

Процент случајева пријављених унутар седам дана од почетка парализе износи свега 58,8% што је последица неажурности лекара у надзорним јединицама, односно великог броја пропуштених случајева. Циљ је 80%.

Процент случајева АФП испитаних унутар 48 сати од пријаве, што је показатељ ефикасности рада епидемиолошке службе, износи 100,0%. Циљ је 80%.

Веома важан индикатор квалитета надзора, који се односи на проценат случајева са два адекватно узета узорка столице, у размаку од најмање 24–48 сати а унутар 14 дана од појаве парализе, примљених у „добром стању” у лабораторију бележи вредност 88,2%. Циљ је 80%.

Процент АФП случајева са узорцима столице који су допремљени у лабораторију унутар 72 сата од узимања износи 76,5%. Циљ је 80%. С обзиром да се посебна пажња обраћа на овај индикатор, треба тежити ка побољшању постигнутог резултата.

Резултати лабораторијске анализе узорака столице су достављени за све случајеве и за све њихове контакте и они су негативни на дивљи полиовирус. Није било изолације вакциналног вируса.

Проблем правовременог обављања контролних прегледа након 60 дана од почетка парализе се наставља. Контролни преглед је обављен код свих случајева, али у предвиђеном периоду код само 47% случајева. Циљ је 80%. Код једног случаја регистрована је резидуална пареза/парализа.

Финална класификација је обављена за све случајеве, а унутар предвиђених 90 дана од почетка парализе за седам случајева (41,2%) а циљ је 80%. Сви случајеви су класификовани као полио одбачени случајеви а најчешћа клиничка дијагноза била је *Sy Guillain Barre* (7 од 17). Главни разлог за недостижање циљне вредности овог индикатора је неправовременост, односно кашњење у достављању резултата контролног прегледа. Коначне клиничке дијагнозе АФП случајева (према броју случаја) су:

001. Myelitis transversalis ac.
002. Polyradiculoneuritis ac.
003. Hemorrhagiam cerebri. Hemiplegia spastica lateralis sinistri
004. Syndroma Guillain Barre
005. Meningoencephalitis et meningomyelitis bacterialis
006. Myositis ac.
007. Myositis ac.
008. Myelitis ac.
009. Syndroma Guillain Barre
010. Polyradiculoneuritis ac
011. Cerebellitis ac. Syndroma Guillain Barre
012. Syndroma Guillain Barre
013. Syndroma Guillain Barre
014. Syndroma Guillain Barre
015. Syndroma Guillain Barre

016. Morbi sistematici nervosi ali convulsiones febrilis

017. Syndroma Guillain Barre

Квалитет АФП надзора у току 2012. године достигао је индекс квалитета од 0,76 (табела 40), што је нешто испод циљних 0,80.

Поређењем пријављеног и очекиваног броја АФП случајева (у односу на популацију деце на коју се вредности израчунавају) у периоду 2010–2012. године следећи окрузи су без пријављених случајева (неме зоне): Севернобанатски, Колубарски, Браничевски, Борски, Расински, Пиротски и Пчињски. Још три округа су пријавила мањи број случајева од очекиваног (табела 41).

Посебно треба инсистирати на остваривању и одржавању следећих индикатора квалитета АФП надзора:

- Време које протекне од појаве парализе до пријаве надлежној установи треба да буде ≤ 7 дана (окожни координатори треба да активно учествују у надзору, остварују чешћи контакт са одговорним особама у надзорним јединицама и да утичу на њих да благовремено пријаве случај; тамо где је то могуће треба остварити контакт са приватном лекарском службом и указати на значај и циљ надзора над АФП).
- Време које протекне од узорковања другог узорка столице до пријема у лабораторију треба да буде мање од 72 h (неопходно је уложити напор да се постигнути резултат побољша у наредном периоду).
- Контролни преглед случаја треба да се обави унутар 60 дана од почетка парализе (иако су и претходне године окожни координатори усменим и писаним путем били подсећани да се прегледи благовремено реализују овај индикатор није достигао циљну вредност).
- Финална класификација случаја треба да се заврши унутар 90 дана од почетка парализе, од стране Експертске групе (необављање контролних прегледа у предвиђеном року највише доприни релативно ниској вредности овог индикатора већ више година).

Индикатори квалитета АФП надзора приказани су у следећој табели:

| Индикатори АФП надзора | Циљеви |
|--|--|
| Извештавање о неполио АФП случајевима | <ul style="list-style-type: none">• ≥ 1 АФП на 100.000 становника <15 година старости• $\geq 80\%$ АФП случајева истражених унутар 48 сати од пријављивања• $\geq 80\%$ АФП случајева класификованих у року од 90 дана од почетка болести |
| Регионално (окожно) АФП извештавање | <ul style="list-style-type: none">• Дистрибуција АФП случајева у популацији треба да одговара дистрибуцији деце <15 година старости |
| Правовременост прикупљања узорка столице | <ul style="list-style-type: none">• $\geq 80\%$ АФП случајева са прикупљена два узорка |

| | |
|---|--|
| | столице унутар 14 дана (најмање са једним даном размака) од почетка симптома |
| Правовременост транспорта узорка столица | <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 80\%$ АФП случајева са узорцима столица који су допремљени у лабораторију унутар 72 сата од узимања другог узорка |
| Индикатори квалитета лабораторијског рада | <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 80\%$ узорка треба да има резултате изолације и типизирања ≤ 28 дана од пријема • $\geq 80\%$ изолата полиовируса треба да буде интратипски диференцирано, укључујући и секвенционирање ≤ 60 дана од почетка парализе |

7. ПРОБЛЕМИ У СПРОВОЂЕЊУ ПРОГРАМА ИМУНИЗАЦИЈЕ У СРБИЈИ

Сагледавајући надзорну и координативну функцију ИЗЈ Србије у спровођењу обавезних имунизација у Републици Србији у складу са законском регулативом, указујемо на проблеме који су регистровани са окружним координаторима за имунизације у мрежи ИЗЈ/ЗЗЈ у 2012. години, што може да се одрази на колективни имунитет популације као отворена претња са несагледивим последицама.

У складу са Правилником о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС”бр.11/06) ИЗЈ Србије је направио План потреба вакцина и имунобиолошких препарата за ниво Републике за 2012. годину и доставио РФЗО 17.10.2011. године (допис бр. 6143/1).

Како је трогодишњи Уговор о обезбеђивању централизованог снабдевања здравствених установа у Републици Србији вакцинама за обавезну имунизацију између РЗЗО и ИЗЈ Србије и трогодишњи Уговор о купопродаји вакцина за обавезну имунизацију између Института Торлак и ИЗЈ Србије истицао у јуну 2012. године, од почетка године ИЗЈ Србије је у складу са законским актима и уговореним обавезама, а сходно степену одговорности, на састанцима у Министарству здравља, РФЗО, као и преко Републичке стручне комисије за заштиту становништва од заразних болести указивао на неопходност обезбеђивања правовремене набавке вакцина у циљу спровођења континуитета у спровођењу имунизације у другој половини 2012. године.

Како је ИЗЈ Србије имао спознају да је РФЗО тек 18.7.2012. године објавио јавни позив за набавку вакцина за шест месеци, не дефинишући јасно календарски период године, а на основу података добијених на ванредан захтев ка терену из мреже ИЗЈ/ЗЗЈ о дистрибураним количинама, утрошку и залихама вакцина у првих шест месеци 2012. године, упозорено је Министарство здравља да правовременост и потпуност у спровођењу имунизације може бити угрожена.

Како се није располагало податком када је за очекивати дистрибуцију нових количина вакцина у складу са планом потреба за другу половину 2012. године, а залихе вакцина нису ни равномерно биле распоређене, због непоштовања планова расподеле, једина алтернатива за краткорочно превазилажење недоступности вакцина је била препоручена прерасподела расположивих количина вакцина на нивоу округа, а потом и међу окрузима у координацији са ИЗЈ Србије на основу дописа 3924/1 од 25.7. 2012. године.

О процењеном временском периоду за обезбеђивање континуитета имунизацијом расположивим залихама вакцина обавештено је Министарство здравља дописом бр. 3953/1 од 26.7. 2012. године. Тада је указано на пре свих процењене мале залихе ОПВ и БЦГ вакцине за обезбеђивањем у континуитету спровођења имунизације и након извршене прерасподеле на територији надлежности свих ИЗЈ/ЗЗЈ, као и да је реално да ће средином, односно крајем месеца августа бити прекинута имунизација овим вакцинама. Потом, расположиве залихе ММР и ТТ вакцине су процењене за примену од 2 до 2,5 месеца са стањем залиха на дан 30.6.2012. године, а за све остале вакцине од 2 до 3 односно 4 месеца.

Потпуни прекид у дистрибуцији свих вакцина за обавезну имунизацију трајао је скоро три месеца у периоду јул-септембар. Након исцрпљивања механизма окружне и међуокружне прерасподеле вакцина, дошло је до обуставе имунизације појединим вакцинама (ТТ, ОПВ, БЦГ, хепатитис Б за одрасле и др.) на вакциналним пунктовима према извештајима окружних координатора за имунизацију ИЗЈ/ЗЗЈ. Први прекид у спровођењу имунизације регистрован је средином августа на појединим пунктовима, ОПВ, БЦГ и ТТ вакцином.

Уговор са Институтом за вирусологију, вакцине и сруме „Торлак” бр. 91-1/12 о купопродаји вакцина за обавезну имунизацију за период од 6 месеци

Дана 10.9.2012. године ИЗЈ Србије је потписао уговор са Институтом Торлак бр. 91-1/12 о купопродаји вакцина за обавезну имунизацију за период од шест месеци по спроведеном тендеру РФЗО, као наручиоца посла, за следеће вакцине: **ДТП, ДТ, дТ, ТТ, ХИБ, ММР, ИПВ, пнеумо и менингококну вакцину.**

Након остваривања увида у сертификате серија наведених вакцина ИЗЈ Србије је доставио план расподеле Институту Торлак 12.9.2012. године за 25% годишњих потреба вакцина, до нивоа здравствених установа на територији надлежности ИЗЈ/ЗЗЈ, имајући у виду период обуставе централизоване дистрибуције.

У складу са уговором Институт Торлак је био у обавези да испоручи вакцине здравственим установама које обављају послове јавног здравља за територију више општина, односно града, у року од три дана од достављања плана расподеле. У складу са уговором Институт Торлак није извршио дистрибуцију вакцина унутар три дана по достављеном допису, нити у количинама које су дописом захтеване за следеће вакцине (Хиб, ММР, ИПВ).

Повратне информације координатора за имунизацију из ИЗЈ/ЗЗЈ указивале су да Институт Торлак није испоручио у септембру ММР, Хиб и ИПВ вакцину у складу са планом расподеле ИЗЈЗ Србије односно да је Хиб вакцине испоручено 7,9% годишњих потреба, односно у количинама које одговарају месечној потреби, а имајући у виду и закаснелу набавку, расположиве залихе и испоруку која није у складу са захтевом Института Батут, спровођење континуитета имунизације овом вакцином је поново доведено у питање. Како је следећа испорука вакцина била тек у новембру 2012. године у количини од 35,8% годишњих потреба, поново је дошло до обуставе имунизације.

Имајући у виду да након септембра није било испоруке ММР вакцине, у децембру се региструје обустава имунизације на вакциналним пунктовима која ће трајати до средине, односно краја јануара 2013. године.

Уговор са Институтом за вирусологију, вакцине и сруме „Торлак” бр. 102-1/12 о купопродаји вакцина за обавезну имунизацију за период од 6 месеци

Дана 24.9.2012. године ИЗЈ Србије је потписао уговор са Институтом Торлак бр. 102-1/12 о купопродаји вакцина за обавезну имунизацију за период од 6 месеци по спроведеном тендеру РФЗО, преговарачком поступку, као наручиоца посла, за следеће вакцине: **БЦГ, хепатитис Б за децу, хепатитис Б за одрасле и ДТаП.**

Након остваривања увида у сертификате серија наведених вакцина ИЗЈ Србије је доставио план расподеле Институт Торлак 26.9.2012. године за 25% годишњих потреба вакцина, изузев за хепатитис Б вакцину за одрасле (50%), до нивоа здравствених установа на територији надлежности ИЗЈ/ЗЗЈ, имајући у виду време трајања обуставе централизоване дистрибуције.

У складу са уговором Институт Торлак је у обавези да испоручи вакцине здравственим установама које обављају послове јавног здравља за територију више општина, односно града, у року од три дана од достављања плана расподеле. У складу са уговором Институт Торлак није извршио дистрибуцију вакцина унутар три дана по достављеном допису, нити у количинама које су дописом захтеване за хепатитис Б за одрасле, односно свега 9% годишњих потреба. Како ова вакцина није дистрибуирана до краја године, имунизација великог броја обвезника према Правилнику није спроведена. Такође, ни вакцина против хепатитиса Б за децу није дистрибуирана до краја године (25% годишњих потреба), а до обуставе у спровођењу имунизације овом вакцином дошло је крајем новембра на вакциналним пунктовима.

БЦГ је испоручена у уговореним количинама до краја године, али расположиве количине нису биле довољне за спровођење имунизације, тако да се средином децембра на мањем броју пунктова региструје обустава, а пре свих на територији града Београда.

Имајући у виду прекид у реализацији централизоване дистрибуције БЦГ вакцине јул–септембар 2012. године, због кашњења у расписивању тендера за јавну набавку вакцина за обавезну имунизацију за другу половину 2012. године, прекид у спровођењу имунизације БЦГ у трајању два месеца, количину БЦГ вакцине која је уговорена и дистрибуирана према купопродајном уговору за период од шест месеци бр. 102-1/12 из септембра 2012. године од 57.200 доза,

која није довољна за имунизацију планиране популације за период јул 2012–март 2013. године, упућен је захтев РФЗО да обезбеди недостајуће количине од 31.640 доза БЦГ вакцине за спровођење имунизације за први квартал 2013. године, односно период јануар-март 2013. године.

Уговор са Институтом за вирусологију, вакцине и сруме „Торлак” бр. 103-1/12 о купопродаји вакцина за обавезну имунизацију за период од 6 месеци

Дана 24.9.2012. године ИЗЈЗ Србије је потписао уговор са Институтом Торлак бр. 103-1/12 о купопродаји вакцина за обавезну имунизацију за период од шест месеци по спроведеном тендеру РФЗО, преговарачком поступку без објављивања јавног позива за јавну набавку вакцина, као наручиоца посла, за ОПВ.

У сертификатима анализа наведених серија које је доставио Институт Торлак 25.9.2012. године Институту Батут, АЛИМС даје додатне податке, да лек нема дозволу за стављање у промет на територији Републици Србије, као и да је увезен на основу решења издатих од АЛИМС–а. Сертификати су издати у фебруару и јуну 2012. године.

Како је ОПЕВЕРО вакцина, проивођача Санофи Пастера С.А регистрована у Р. Србији од стране АЛИМС–а 5.6.2012. године, односно добила дозволу за промет, након подношења захтева 7.12.2010. године, а није се располагало податком да ли је то и био један од критеријума у поступку јавне набавке ове вакцине, указано је да је ова чињеница у колизији са додатним подацима у достављеним сертификатима.

Дана 26.9.2012. године по утврђеним чињеницама упућен је допис Министарству здравља да се у писаној форми достави да ли вакцина са наведеним садржајем сертификата може да буде дистрибуирана у складу са планом расподеле према вакциналним пунктовима у Републици. Како је на састанку одржаном у Министарству здравља 1.10.2012. године закључено да вакцина не може да буде дистрибуирана са достављеним садржајем сертификата, проблем је превазиђен анексирањем наведеног уговора према договору на састанку у Министарству здравља 10.10.2012. године, полазећи од чињенице да вакцина која је предмет уговора бр. 103-1/12 нема потребну документацију и да се њена испорука и дистрибуција одлаже до момента обезбеђивања исте.

Имајући у виду да несташица може довести до последица по јавно здравље становништва, и узимајући у обзир чињенице да је према извештају Института о спроведеној имунизацији у Републици Србији у 2011. години и шестомесечног извештаја у 2012. години, утврђено да се, према плану потреба за ОПВ за 2011. годину није испоручено 59.760 доза и да за 2012. годину није испоручено 21.740 доза, што укупно износи 81.500 доза, се изврши дистрибуција од стране Института Торлак према анексу уговора ка здравственим установама које обављају послове јавног здравља за територију више општина, вакцине против дечје парализе, тровалентне, оралне (живи атенуирани вируси полиомијелитиса 1, 2, 3) под заштићеним називом вакцине OPV, шифра 2011705, а у свему према спецификацијама из члана 1. Анекса VII Уговора бр. 47-1/09 о купопродаји вакцина за обавезну имунизацију у Републици Србији за 2012. годину. Током

трајања трогодишњег уговора бр. 47-1/09, спроводио се интервентни увоз нерегистроване ОПВ (без дозволе за промет) у складу са Правилником о условима за увоз лекова и медицинских средстава који немају дозволу за стављање у промет (Сл. Гласник РС бр. 37/08 и 45/08).

Дистрибуиране количине ОПВ примењивале су се у периоду 1,5–2 месеца имајући у виду претходну несташицу, односно невакцинисану и непотпуно вакцинисану децу, а након тога проблем обезбеђивања континуитета у спровођењу имунизације поново је доведен у питање, јер је дошло до обуставе имунизације на вакциналним пунктовима која је трајала до средине, односно краја јануара 2013. године.

Према уговору бр. 103-1/12 Институт Торлак није испоручио ниједну дозу ОПВ од уговорених 50% према плану потреба за 2012. годину.

Уговор са Институтом Торлак бр. 118-1/12 о купопродаји вакцина против грипа за сезону 2012/2013.

Јавни позив за подношење понуда у поступку јавне набавке вакцина против грипа, објављен је тек 5.9.2012. године, а отварање тендера обављено 27.9.2012. године.

Како поступак јавне набавке вакцина за обавезну имунизацију није спроведен правовремено, податак о хронолошком следу поступка јавне набавке вакцине против грипа доводи у питање правовремену доступност ове вакцине у складу са низом дописа ИЗЈЗ Србије од априла 2012. године, укључујући и последњи од 6.8.2012. године бр. 4137/1 и доводи у питање временски след у поступку обавештавања и позивања јавности на имунизацију од стране мреже ИЗЈ/ЗЗЈ, а уколико не буде и правовремено доступна на следствено стварање растура.

Дана 5.11.2012. године ИЗЈЗ Србије је потписао уговор са Институтом Торлак бр. 118-1/12 о купопродаји вакцина против грипа за сезону 2012/2013. Према плану расподеле средином новембра је отпочела дистрибуција 297.159 доза вакцине против грипа.

АКТУЕЛНИ ПРОБЛЕМИ – могуће последице

Вакцинација против дечије парализе

Имајући у виду да су били испрљени сви механизми прерасподеле постојећих залиха ОПВ на дан 30.6, да је имунизација обустављена од средине августа на појединим пунктовима, а да је до средине октобра половина пунктова у Србији обуставила имунизацију, због неправовременог спровођења примовакцинације ОПВ у првих шест месеци постоји ризик од поствакциналног полиомијелитиса. Такође, падом обухвата ОПВ постоји ризик од рекомбиновања вакциналног вируса дечије парализе са ентеровирусима у циркулацији и настанка циркулишућег вакцина деривираниог соја вируса дечије парализе који може да да случајеве АФП са клиничком сликом дечије парализе, а може да има и епидемијски потенцијал. Угрожен је први пут од добијања сертификата статус „земље без полиомијелитиса”, односно основна стратегија у одржавању статуса –правовремена и континуирана имунизација са обухватом преко 95%, а тиме

значајно повећаван ризик од импортовања дивљег полио вируса који је процењен као средњи, са потенцијалним последицама за одрживост сертификата Европског региона СЗО без дечије парализе, која ситуацију чини алармантнијом уз непостојање залиха оралне полио вакцине која је планом активности за одржавање статуса земље без дечије парализе предвиђена за имунизацију најмање све деце узраста до пет година живота без обзира на претходни вакцинални статус са три дозе ове вакцине у случају импортовања дивљег вируса дечије парализе или регистравања случајева АФП изазваних циркулишућим вакцина деривираним сојевима вируса дечије парализе.

Вакцинација против морбила, рубеле и паротитиса

Прекид у дистрибуцији и недостатак вакцине против морбила, рубеле и паротитиса (ММР), последично нагомилавање осетљиве невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце, актуелна епидемиолошка ситуација морбила у Европском региону, доводе у питање достизање елиминације морбила/рубеле у предвиђеном року.

Вакцинација хепатитис Б вакцином за децу

Спровођење преекспозиционе профилаксе хепатитиса Б доведено је у питање, као и постекспозиционо код новорођенчади ХБсАг позитивних мајки, са следственим ризиком од оболевања.

Вакцинација хепатитис Б вакцином за одрасле

Спровођење преекспозиционе и постекспозиционе профилаксе хепатитиса Б доведено је у питање. Изостанак имунизације пре свих лица постекспозиционо изложених вирусу хепатитиса Б, води у ризик од оболевања.

Залихе вакцина које би се примењивале као противепидемијска мера према Закону

Не постоје залихе вакцина за оне заразне болести, вакцинама превентабилне, код којих је спроведена ерадикација или су у процесу елиминације, које би се користиле као противепидемијска мера у случају импортовања (дечија парализа, морбили) или епидемијског јављања (паротитис, рубела).

Планирање потреба вакцина за 2013. годину

Проблем дисконтинуитета и неправовремене набавке одређених вакцина недвосмислено може довести до компромитовања имунизације у општој и стручној популацији, са угрожавањем достигнутих резултата обухвата и низом других проблема, укључујући и планирање плана потреба вакцина за 2013. годину, а рок за израду и достављање РФЗО и МЗ од стране ИЗЈ Србије за територију Републике је био 15.10.2012. године, што је и реализовано. Како се купопродајни уговори хронолошки не поклапају са реализацијом плана потреба

за 2012. годину, доводи се у питање како реализација плана за 2012. годину, тако и планирање за 2013. годину, због непоштовања плана расподеле за првих шест месеци 2012. године, и недоступности реалних потреба на пунктовима према уговорима из септембра 2012. године, уз констатацију да уговори могу да се реализују закључно са мартом 2013. године.

Реализација плана потреба за 2012. годину

Због неправовремене набавке вакцина за обавезну имунизацију у Републици Србији за другу половину 2012. године, прекида у дистрибуцији вакцина скоро 2,5 месеца, прерасподеле расположивих залиха вакцина на дан 30.6.2012. године на окружном и међуокружном нивоу, купопродајних уговора који су потписани за обавезну имунизацију за шест месеци средином, односно крајем септембра 2012. године, као и прекида у спровођењу имунизације БЦГ, ТТ, ОПВ, ХиБ, хепатитис Б вакцином за одрасле, ИЗЈЗ Србије је указујући на потешкоће у планирању за 2013. годину, на ванредан захтев мрежи ИЗЈ/ЗЗЈ добио исказане реалне потребе вакцина до краја 2012. године.

Анализом достављених података, са аспекта преосталих количина за испоруку према купопродајним уговорима који су на снази до краја првог квартала 2013. године и исказаног прелиминарног плана потреба за 2013. годину за поједине вакцине процењено је да вероватно неће бити могућа реализација: БЦГ, ДТП, ОПВ. За хепатитис Б за децу, ТТ и ХиБ процене су да ће бити у оквиру плана, а за ДТ, дТ, ММР и хепатитис Б за одрасле преко плана, али зависе од термина доступности наведених вакцина на вакциналним пунктовима, али и процене да ли ће количине које ће бити испоручене у последњим месецима 2012. године бити могуће применити у првим месецима 2013. године.

Предлог мера

1. Хитно обезбедити доступност вакцина за обавезну имунизацију за 2013. годину.
2. Поново иницирати обезбеђивање залиха од најмање 25% годишњих потреба вакцина у складу са препорукама СЗО, како би се ситуација која је настала у другој половини 2012. године и траје, као и низ других могућих (нпр. епидемије, ванредна стања, прекид у производњи или испоруци вакцина итд.) преудупредиле и обезбедио континуитет у спровођењу имунизације.
3. Развити и финализирати план потреба вакцина за више година (нпр. 3–5 година), као и стратегију набавке вакцина и разматрати опцију групне набавке вакцина са земљама у Региону.
4. Реализовати већ три године иницирану иницијативу доношења новог Закона о заштити становништва од заразних болести кроз

проширење листе заразних болести против којих се спроводи имунизација лица одређеног узраста, а следствено и доношење новог Правилника о имунизацији.

5. Обезбедити све предуслове за обезбеђивање имплементације Правилника о изменама и допунама Правилника о имунизацији на вакциналним пунктовима .
6. Јачање координативних функција носилаца послова у области имунизације (обезбедити координацију носилаца послова имунизације преко сектора за јавно здравље Министарства здравља. Иницирати округле столове са представницима МЗ, РФЗО, произвођачима вакцина, мрежом ИЗЈ/ЗЗЈ, АЛИМС–ом и другим у циљу што хитнијег решавања нагомиланих проблема).
7. Реализовати иницирани предлог још од 2008. године за формирање Националног саветодавног комитета за имунизацију при влади Републике Србије, који би окупљао стручњаке различитих профила како би свако из свог домена допринео очувању и унапређењу значаја имунизације као веома значајне мере на очувања здравља народа у целини са мултисекторским приступом (лекари, економисти, правници, фармацеути, представници медија, просветни радници, психолози, социолози, представници родитеља итд.).
8. Дефинисати критеријуме кроз правну регулативу за регистравање вакцина и имунобиолошких препарата од стране АЛИМС–а, као и за стављање истих на листу лекова РФЗО о трошку здравственог осигурања.
9. Примењивати критеријуме у тендерској документацији и дефинисане услове у купопродајним уговорима којима се обезбеђује реализација и одрживост правовремене и потпуне дистрибуције вакцина.
10. Спроводити интензиван здравственоваспитни рад у циљу промоције имунизације ради усвајања знања, изградње ставова и понашања различитих циљних група у вези са имунизацијом.
11. Континуирано спроводити едукацију кадра који ради на пословима имунизације у вези са свим елементима безбедне имунизационе праксе.
12. Обезбедити јединствен информациони систем за електронско прикупљање и обраду података о спровођењу имунизације, дистрибуцији, утрошку и залихама према Правилнику.

13. Обезбедити проток информација из приватног сектора према државној здравственој служби у вези са вакциналним статусом лица.
14. Увођењем изабраног лекара, који увек и није педијатар на вакциналном пункту и гашењем места сестара/техничаре за имунизацију у вакциналним пунктовима у саветовалиштима у предшколским и школским диспансерима, који су такође реорганизовани, региструју се потешкоће у организацији спровођења континуиране имунизације у школској популацији, па је потребно размотрити враћање организације на старо.
15. Вакцине повући из државних и приватних апотека, јер се већ дужи низ година примењују у државном сектору по препоруци лекара или на захтев родитеља, што од округа до округа утиче на проблеме у планирању потреба, али и реализацију плана и растур.

ЗАКЉУЧАК

Законом о заштити становништва од заразних болести („Сл. гласник РС”бр. 125/04) и Правилником о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС”бр. 11/06) предвиђено је спровођење обавезне имунизације у земљи и има приоритет.

Проблем дисконтинуитета и неправовремене набавке вакцина доводи до компромитовања имунизације у општој и стручној популацији. Прекид у дистрибуцији и недостатак оралне полио вакцине (ОПВ) који се први пут након више од 50 година њене примене региструје у 2012. години, и последично нагомилавање осетљиве невакцинисане и непотпуно вакцинисане популације доводе у питање одрживост статуса без полиомијелитиса како у земљи тако и у Европском региону СЗО.

Прекид у дистрибуцији и недостатак вакцине против морбила, рубеле и паротитиса (ММР), последично нагомилавање осетљиве невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце, индикатори квалитета који указују на пасиван надзор, актуелна епидемиолошка ситуација морбила у Европском региону, доводе у питање достизање елиминације ове болести у предвиђеном року.

У случају епидемије вакцина превентивилне болести нема вакцина за њено сузбијање.

Поред нарушавања колективног бедема популације, у недостатку хепатитиса Б за децу и одрасле, као и ТТ вакцине по постекспозиционом поступку, али и преекспозиционом, повећан је ризик за појединца од оболевања.

Прекиди у континуитету спровођења имунизације у 2012. години због недостатка вакцина довеле су у питање одрживост достигнутих циљних вредности обухвата вакцинама према националном програму имунизације.

