

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

**ЦЕНТАР ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ И КОНТРОЛУ
БОЛЕСТИ**



**ИЗВЕШТАЈ О СПРОВЕДеноЈ ИМУНИЗАЦИЈИ НА
ТЕРИТОРИЈИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
У 2011. ГОДИНИ**



БЕОГРАД, април 2012. 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 Тања Кнежевић

Главни уредник:

Прим. др сц. мед Тања Кнежевић

Извештај сачиниле:

Др Горанка Лончаревић

Мр сц. мед. др 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 2011. години Института за јавно здравље Војводина, Ниш и Крагујевац и окружних завода за јавно здравље.

Извештај о спроведеној имунизацији на територији Републике Србије у 2010. 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

1. ПРОГРАМ ОБАВЕЗНЕ СИСТЕМАТСКЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ЛИЦА ОДРЕЂЕНОГ УЗРАСТА

У току 2011. године, као и претходних година (од 1999.г.) 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) и дечије парализе (ОПВ), спроведене су са високим обухватом од 97,5%, односно 97,6%. Такође, и ревакцинације деце у другој години живота, ревакцинације предшколске и школске деце против тетануса, дифтерије и полиомијелитиса, обављене су, према извештајима, са високим обухватом, изнад 95% (табеле 1, 2 и 3).

Током 2011. године према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима (Сл. гласник РС 11/06) поред примовакцинације ММР вакцином у другој години живота, обављена је ревакцинација деце пре уписа у први разред (до навршених седам година), као и деце у 12. години (шести разред), која су непотпуно вакцинисана. Обухват ММР вакцинацијом је износио 96,5%, а ревакцинацијом 98%, односно 91,8%.

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 2011. години забележен је обухват од 96,4% код одојчади, а свега 87,1% 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 хемофилусом 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, према планираном годишту за апликовање у 2011. години у укупном обухвату су приказана она деца која су примила три дозе ове вакцине и он за ниво Републике износи 96,2%.

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, али тај број показује тренд опадања у односу на претходну годину када су неке врсте вакцина 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%. 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”. Током године је дошло до погоршања епидемиолошке ситуације морбила у Републици која се одржавала до средине 2011. године, након пријаве епидемије морбила у ромској популацији у Лесковцу, последњег дана 2010. године. То је прва већа епидемија забележена након 2007. године у Републици.

1.1. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ДЕЧИЈЕ ПАРАЛИЗЕ

Имунизација планиране популације против дечије парализе оралном полио вакцином (ОПВ) спроведена је у Републици Србији у 2011. години као и претходне године са високим обухватом од 97,6% (процењени 94%), што је приказано у табелама 1 и 2.

У централном делу Србије обухват ОПВ је био 97,4% планиране деце, тј. од 48.233 планираних, вакцинисано је 47.002 обвезника. Према процени, базираној на броју живорођене деце 2010. године (50.159) остало је невакцинисано 3157 деце (за око 1700 мање у односу на претходну 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 93,7%, што је приказано у табели 4.

Вакцинација планиране популације против дечије парализе у Војводини спроведена је у 2011. години са обухватом од 97,8% планиране деце (табеле 1 и 2). Од 17.615 планираних, вакцинисана су 17.234 обвезника, а према броју живорођене деце у Војводини 2010. године (18.145), процењени обухват је 95% (табела 4), што значи да је остало невакцинисано 910 деце (за око 500 мање у односу на претходну годину).

На основу процене укупно живорођене деце у Републици Србији у 2010. години, ОПВ није вакцинисано 4068 деце, што је за око 36% мање у односу на прошлу годину (табела 4).

Анализа успеха полио вакцинације по окрузима (табела 5) показује да је у 2011. години обухват вакцинисане деце у односу на планирани број био у свим окрузима изнад 95%, осим Пчињског округа (89,6%). Ако се упореди број живорођене деце 2010. године, са бројем вакцинисане деце (табела 6) уочава се да Зајечарски округ у централној Србији има диспропорцију већу од 10% између обухвата у односу на планирани број деце и процењеног обухвата, а град Београд и Мачвански округ у распону од 5 до 10%.

Незадовољавајуће резултате вакцинације са ОПВ, ниже од 95%, имало је 20 општина, 18 у централној Србији и две у Војводини, при чему Ражањ бележи најнижу вредност од 55,6% у централном делу Србије, а Зрењанин (93,5%) у Војводини. Реч је углавном о општинама са малим бројем обвезника, тако да ниске вредности обухвата у њима нису значајно утицале на обухват на националном нивоу.

Ревакцинације против дечије парализе, за сва годишта спроведене су у Републици Србији са високим обухватом преко 95%, који је на нивоу вредности постигнутих у претходним годинама (табеле 1 и 2). Анализа успеха ОПВ ревакцинације, по окрузима (табела 5), показује да је у 2011. години већина округа имала обухват изнад 95%, изузев града Београда, Колубарског, Браничевског, Шумадијског, Расинског, Рашког и Пчињског округа (у 2. години), Браничевског и Пчињског (у 7. години) и града Београда, Подунавског, Браничевског, Средњебанатског и Западнобачког округа (у 14. години).

Процењени обухват прве ревакцинације ОПВ по окрузима приказан је у табели 8. Разлика око и већа од 10% између процењеног и приказаног обухвата израчуната је у Пчињском и Зајечарском округу, у централном делу Србије. У Војводини се такви окрузи не региструју у 2011. години, као ни четири године раније. У односу на претходну годину постоји и даље тенденција стварања, али мање разлике између броја обвезника и броја планиране популације за вакцинацију.

Анализа резултата спроведене прве ревакцинације ОПВ по општинама (табеле 7 и 7а) показује да су 34 општине (29,6%) на територији централног дела Србије (22 општине у 2010. години) и једне општине (2,2%) у Војводини (шест у 2010. години), имале обухват испод 95%. На територији града Београда 50% општина бележи вредност обухвата испод 95%, а на територији Колубарског округа 83%. Најниже вредности обухвата бележе општине Ражањ (77,8%), односно Зрењанин (94,4%).

Обухват планиране деце другом ОПВ ревакцинацијом у 7. години живота био је испод 95% у 14 општина (12,2%) централног дела Србије и ниједна у Војводини. Најнижу вредност обухвата бележи општина М. Црниће (78,4%). На

територији неких општина и округа доводи се у питање адекватност вакциналног статуса деце пред полазак у школу.

Трећом ревакцинацијом није обухваћено више од 95% планиране школске деце у 19 (16,5%) општина централне Србије и четири (8,8%) на територији Војводине.

Правовременост имунизацијом са три дозе ОПВ (унутар шест месеци живота) као и 2010. године утврђивана је у по две општине (градска и рурална) на нивоу сваког округа (табела 7в). Правовременост имунизацијом ОПВ на нивоу Републике износи 83,2% (у централној Србији 79,5% а у Војводини 89%), што је за око 4% већа вредност од оне забележене у 2010. години. Региструје се циљна правовременост од 95% и више у девет општина централне Србије и две општине 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 2011. години са високим обухватом од 97,5% (табеле 1, 2 и 3) и са процењеним од 94%, што се одржава већ више година.

У централном делу Србије постигнут је обухват вакцинацијом ДТП вакцином од 97,4% тј. од 48.217 планираних обвезника вакцинисано је њих 46.980, што је према процени, базираној на 50.159 живорођене деце у 2010. години износило 93,7%, односно остало је невакцинисано 3179 деце (табела 4).

У Војводини је ДТП вакцинација планиране популације спроведена 2011. године са обухватом од 97,8%. Од 17.617 планираних обвезника, вакцинисано је њих 17.231, а према броју живорођене деце 2010. године (18.145), процењени обухват је 95%, односно остало је невакцинисано 914 деце.

На основу процене укупно живорођене деце у Републици Србији у 2010. години, 4093 деце није вакцинисано током 2010. године, што је за око 35% мање у односу на прошлу годину (табела 4).

Анализа успеха ДТП вакцинације по окрузима (табела 9) показује да је у 2011. години обухват планиране деце био изнад 95% у свим окрузима, осим у Пчињском (89,6%). Ако се уради процена обухвата и упореди број живорођене деце 2010. године са бројем вакцинисане деце (табела 6) уочава се, као и код ОПВ, да Зајечарски округ у централној Србији има диспропорцију већу од 10% између обухвата у односу на планирани број деце и процењеног обухвата, а град Београд и Мачвански округ у распону од 5 до 10%.

Резултате вакцинације ДТП вакцином ниже од 95%, имало је 19 општина (16,5%) у централној Србији и две општине (4,4%) у Војводини (табеле 10 и 10а). Најниже вредности обухвата бележе општине Ражањ (55,6%), односно Зрењанин (93,5%).

Прва ревакцинација против дифтерије, тетануса и пертусиса, односно друга против дифтерије и тетануса у Републици Србији спроведене су са резултатима веома сличним онима постигнутим у 2010. години, изузев треће у 14. години где се региструје пораст у обухвату циљне популације (табела 2).

Анализа успеха прве ревакцинације ДТП вакцином по окрузима (табела 9) показује да је у 2010. години обухват у свим окрузима био изнад 95% осим града Београда, Колубарског, Браничевског, Шумадијског, Расинског и Пчињског округа.

Процењени обухват прве ревакцинације ДТП вакцином по окрузима, приказан је у табели 8. Разлика између процењеног и обухвата на основу извештаја око и већа од 10% уочава се у Пчињском и 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 36 општина у централној Србији (31,3%) и једна у Војводини (2,2%). Најнижи обухвати забележени су у општинама Ражањ (77,8%) и Зрењанин (94,3%). Подаци су приказани у табелама 10 и 10а.

Обухват планиране деце другом ДТ ревакцинацијом у 7. години живота био је испод 95% у 10 општина (8,7%) у централној Србији и ниједна у Војводини. Најнижи обухват од 78,4% бележи општина М. Црниће.

Трећом ревакцинацијом дТ у 14. години обухваћено је испод 95% планиране деце у 19 општина (16,5%) централног дела Србије и пет (11,1%) у Војводини. Најнижи обухват од 79,6% бележи општина Кучево, односно Инђија са 90,5%.

Правилником о имунизацији и начину заштите лековима (Сл. гласник РС 11/06) уведене су четири ревакцинације против тетануса са једном дозом вакцине сваких 10 година након навршених 30. година живота. Ревакцинацијом су требале да буду обухваћене особе које су током 2011. године навршавале 30, 40, 50 и 60 година живота. У недостатку стручнометодолошког 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 19,7% планиране популације, од чега 28,1% на територији Војводине и 15,5% 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 2011. години спроведена је са обухватом од 96,5% (у 2010. години 95,7%), односно процењеним 92,6%. У централном делу Србије вакцинисано је 95,9%, а у Војводини 98,3% планираних обвезника (табеле 1, 2 и 3).

Анализа успеха ММР вакцинације по окрузима (табела 11) показује да су обухват испод 95% имала три округа, од укупно 25 (град Београд, Топлички и Пчињски).

Приказани резултати ММР вакцинације по општинама (табеле 12 и 12а) показују да је 19 општина (16,5%) у централном делу Србије имало обухват испод 95% планиране популације и две (4,4%) на територији Војводине. Најнижи обухват на нивоу општина бележе Гроцка (77,1%) и Житиште (87,9%).

Процењен обухват ММР вакцином на основу броја живорођених у 2010. 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, Зајечарском, Борском, Топличком и Пчињском округу, што је приказано у табели 8.

Ревакцинација против морбила, рубеле и заушака пре поласка у први разред основне школе, током 2011. године спроведена је са обухватом од 98% на нивоу Републике, односно 97,9% у централној Србији и 98,4% у Војводини. Резултати обухвата до нивоа округа приказани су у табели 11 и он је испод 95% у три округа на нивоу Републике (Браничевски, Борски и Пчињски).

Приказани резултати ММР ревакцинације по општинама у 7. години (табеле 12 и 12а) показују да је укупно 18 општина (од 160) имало обухват испод 95% планиране популације, од чега око 83% чине општине централног дела Републике. Најнижи обухват у централној Србији бележи општина Бујановац (69,7%), а у Војводини општина Ада (90,4%).

Ревакцинација ММР вакцином у 12. години живота циљне популације (пропуштених годишта) у складу са изменама Правилника о имунизацији од 2006. године када је уведена ревакцинација ММР деце пред полазак у школу, спроведена је у Републици Србији са обухватом од 91,8% (у 2010. години 96,7%). У централном делу Србије ревакцинација је обављена са обухватом од 91,5% (у 2010. години 96,8%), а у Војводини 96,2% (у 2010. години 96,6%).

Анализа успеха ММР ревакцинације у 12. години по окрузима који су планирали спровођење (табела 11) показује да су обухват испод 95% циљне популације (пропуштених годишта) имала четири округа. Најнижу вредност од 32,1% бележи Шумадијски округ.

Приказани резултати ММР ревакцинације по општинама у 12. години које су планирале спровођење (табеле 12 и 12а) показују да је већина општина имала обухват изнад 95% планиране популације. Неке од општина нису приказале спровођење ревакцинације, што указује да је она највероватније спроведена претходне године. Имунизацијом пропуштених годишта ММР омогућава се потпуни вакцинални статус индивидуе, односно колективни имунитет популације.

Анализом правовремености обухвата 2009. годишта ММР вакцином (12–15 месеци), у по једној руралној и градској општини на територији сваког округа у Србији региструје се вредност од 85,9%, односно у централној Србији од 82,2% и Војводини 91,9% (табела 12 в). Правременост преко 95% регистрована је у 22 општине 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 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.

Наведени проблеми су довели до поремећаја у извршењу имунизације по планираним годиштима с последицима 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 96,4%, односно процењени 94%. У централној Србији обухват износи 96,1%, а у Војводини 97,3%. Анализа успеха вакцинације против хепатитиса Б по окрузима (табела 13) показује да је обухват испод 95% имало седам округа, од укупно 25. Најнижи обухват од 85% регистрован је на територији Пчињског округа.

Приказани резултати по општинама (табеле 14 и 14а) показују да су 34 општине (29,6%) у централном делу Србије имале обухват испод 95% планиране популације и четири (8,8%) на територији Војводине. Најнижи обухват на нивоу општина бележе Кладово (65,4%) и Врбас, односно Бачка Топола (92,7%).

На нивоу Републике Србије обухват вакцином против хепатитиса Б у 12. години живота износи само 87,1%. У централној Србији он износи 84,2%, а у Војводини 96%. Евидентан је пораст обухвата на територији Републике у односу на 2010. годину, али није у оквиру очекиваних циљних вредности. Анализа успеха вакцинације против хепатитиса Б по окрузима (табела 13) показује да је обухват од 95% и више имало осам округа (Шумадијски, Поморавски, Зајечарски, Расински, Нишавски, Севернобанатски, Јужнобанатски, Јужнобачки) од укупно 25 округа. Најнижи обухват од 30,1% регистрован је на територији Јабланичког 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 девет (20%) на територији Војводине. Најнижи обухват на нивоу општина у Војводини бележи Апатин (85,7%), а у централној Србији општина Рашка са 16,9%, док у седам општина није ни спроведена имунизација.

1.5. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ОБОЉЕЊА ИЗАЗВАНИХ ХЕМОФИЛУСОМ ИНФЛУЕНЦЕ ТИП Б

Правилником о имунизацији и начину заштите лековима (Сл. гласник РС 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.

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 96,5%. На подручју централног дела Србије обухват је 96%, а на територији Војводине 97,8%. Резултати до нивоа округа приказани су у табели 13, односно општина у табелама 14 и 14а. На територији Републике пет од 25 округа (20%) имало је обухват испод 95%. Најнижа вредност обухвата од 86,7% бележи се на територији Колубарског округа у централној Србији.

Приказани резултати по општинама (табеле 14 и 14а) показују да је 30 општина (26%) у централном делу Србије имало обухват испод 95% планиране популације и једна (2,2%) на територији Војводине. Најнижи обухват на нивоу општина од 71,1% бележи Ражањ.

1.6. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ТУБЕРКУЛОЗЕ

Подаци о вакцинацији новорођене деце BCG вакцином у Републици Србији у 2011. години приказани су у табели 15, на основу података из годишњих извештаја института и окружних завода за јавно здравље.

Од 65.290 новорођенчади у 2011. години, BCG вакцином је било обухваћено 64.403 или 98,64% и сви окрузи бележе обухват изнад 95%, изузев Поморавског. Вредност обухвата у централној Србији је 98,53%, а у Војводини 98,93%.

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 2011. 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 2011. 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 18 ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ и на њиховој територији надлежности на по два вакцинална пункта.

Недеља имунизације у Србији 2011. године

У периоду 23–30.4.2011. године спроведене су активности везане за Недељу имунизације. Обележавање ове шесте по реду недеље имунизације, усмерено је на интензивирање и континуирано одржавање свих активности које су предвиђене у стратегији елиминације малих богиња у Европском региону СЗО, за коју је циљ померен на 2015. годину, као и на одржавање статуса Европског региона без дечије парализе.

Мале богиње су један од водећих узрока смртности деце у свету, иако се могу ефикасно спречити вакцином која је доступна већ више од 40 година. Последњих година дошло је до пада обухвата имунизацијом против малих богиња у многим земљама Европе и импортовања вируса у осетљиве популације (невакцинисане и непотпуно вакцинисане особе), што је и резултирало епидемијским јављањем ове болести.

У ИЗЈЗ Србије је организована стручна конференција у сарадњи канцеларије Светске здравствене организације за Европу, канцеларије СЗО за Србију и Министарства здравља, са учешћем експерта СЗО. На скупу су представљени изазови имунизације у Европском региону СЗО, резултати спровођења имунизације у Србији, резултати и изазови у одржавању статуса „земље без полиомијелитиса”, као и достигнућа и резултати у достизању елиминације морбила.

У великом броју ТВ и радио емисија на националном и локалним нивоима промовисана је порука Недеље имунизације „Заједничким напорима против заједничких претњи”.

У првој половини 2011. године, у општинама са ОПВЗ обухватом испод 95% (22 општине) у 2010. 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 (27 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 ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ у 2011. 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 31.12.2011. године попишу и залихе свих вакцина на вакциналним пунктовима. Према достављеним подацима ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ 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 углавном за DT, dT односно мања за BCG, DTP, OPV, TT, MMR, хепатитис Б за децу и одрасле, Хиб и вакцину против беснила. Постојање залиха на пунктовима је навика која је последица нередовног снабдевања вакцинама у претходним годинама и нешто што је прихватљиво са становишта препорука СЗО (у сваком тренутку 25% залиха од плана потреба у ванредним ситуацијама – епидемије, нередовно снабдевање итд), али није оправдано у оним срединама где није постигнут адекватан обухват циљне популације.

У току 2011. године, у Републици Србији је дистрибуирано 126.350 доза BCG вакцине. Према годишњим извештајима института и завода за јавно здравље број бесежиране деце био је 65.290, а растур од 59.170 доза вакцине (48,8%) 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. Имајући у виду да је производња ове вакцине јефтина, нико у свету не производи монодозно паковање, јер није финансијски оправдано.

Укупно је дистрибуирано 427.090 доза ОПВ, а за вакцинацију и ревакцинацију свих узраста према календару, апликоване су 342.992 дозе. Растур износи 71.152 доза, што је око 17% и он је у границама дозвољеног (табела 16).

У току 2011. године, дистрибуирано је 255.740 доза ДТП вакцине. Укупно је апликовано 197. 695 доза, а растур износи 43.003 дозе (16,8%), што је такође у границама дозвољеног (табела 16).

Укупно је дистрибуирано 93.850 доза ДТ, а апликоване 68.962 дозе. Растур износи 24.468 доза (26%) и незнатно прелази границу дозвољеног, а настао је и дистрибуцијом наведене вакцине са краћим роком трајања и у периоду (након систематских прегледа деце за упис у први разред), када се користи у мањим количинама (табела 16а).

У току 2011. године дистрибуирано је 107.130 доза дТ, а апликовано је 78.748 доза. Растур износи 24.268 дозе што је око 22,6% и нешто је изнад границе дозвољеног (табела 16а), а доводи се у везу и са дистрибуцијом дТ вакцине која је имала краћи рок трајања од предвиђеног уговореним обавезама.

Током 2011. године дистрибуирано је 81.400 доза ТТ вакцине, а апликовано је 60.658 доза. Растур износи 70 доза што је 0,08 %, а то је испод дозвољеног и не може се узети у разматрање, јер је последица недостављених података (табела 16 б).

Укупно су дистрибуиране 135.274 дозе ММР вакцине, а апликовано 155.846 доза. Растур износи 12.065 доза што је око 9,3% и изнад је границе дозвољеног (табела 17). Имајући у виду да није било већег дисконтинуитета у дистрибуцији ММР вакцине у 2011. години, уз податке о обухвату на територији неких округа/општина, недопустива је чињеница да се на залихама на крају године налази око 32% дистрибуираних количина ове вакцине. Растур се може објаснити испадом у хладном ланцу вакцина и истеклим роком трајања вакцине.

У току 2011. године дистрибуирано је 384.205 доза хепатитис Б вакцине, а апликовано је 408. 349 доза. Растур износи 2141 дозу што је око 0,55% и не прелази границе дозвољеног (табела 17). Залихе које износе око 36% од дистрибуираних количина, могу се објаснити кашњењем испоруке према плану потреба за 2009. годину (одобрена средства за само 30% планираних количина) која је отпочела тек крајем године, неопходним размаком у апликовању и броју доза, као и наслеђеним проблемима из 2007. године и 2008. године, који се односе на дисконтинуитет у набавци и дистрибуцији вакцине и непотпуну реализацију планова потреба, али и неспровођење имунизације циљне популације.

Укупно је дистрибуирано 103.735 доза Хиб вакцине, а апликовано 141.155 доза. Растур износи 13.903 дозе што је око 13,4% и прелази границе дозвољеног (табела 17). Растур се може објаснити испадом у хладном ланцу вакцина и истеклим роком трајања вакцине, односно дистрибуцијом вакцина са кратким роком трајања. Дистрибуција Хиб вакцине у 2009. години спроводила се дисконтинуирано и према плану потреба за 2008. годину, а практично је изостала дистрибуција ове врсте вакцина према плану потреба за 2009. годину

(одобрена средства за само 30% планираних количина). Дистрибуција сходно плану потреба током 2011. године се спроводила дисконтинуирано.

Залихе које износе скоро 19% дистрибуираних количина у највећој мери су последица кашњења у реализацији планова потреба и дисконтинуиране дистрибуције у претходним годинама, и следственог померања узраста у којем започиње вакцинација планиране генерације, али и примене комбинованих вакцина.

Укупно је дистрибуирано 19.765 доза хепатитис Б вакцине за постекспозициону заштиту, а апликовано 33.456 доза. Залихе вакцине против хепатитиса Б по експозицији веће су за око 2,2 пута у односу на дистрибуиране количине, а од тога се једна четвртина налази у здравственим установама Јужнобачког округа, што се делимично може објаснити каснијом испоруком вакцине и поремећајем у снабдевању, као и бројем потребних доза и препорученим размаком, везаним за дистрибуцију потреба према плану за 2009. годину, али и касном отпочињању реализације планова потреба у претходним годинама, укључујући и неспровођење имунизације циљних популационих група.

Количине дистрибуираних и апликованих доза вакцине против беснила су приказане у табели 18. Током 2011. 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 леталитет у случају оболевања.

Укупно је дистрибуирано 391.763 дозе ТТ вакцине за постекспозициону заштиту, а апликовано 370.025 доза. Растур износи 3067 доза, што је око 0,8% и у границама је дозвољеног (табела 19).

У сезони 2011/2012. дистрибуирано је 352.770 монодозних вакцина против грипа, а према годишњим извештајима института и завода за јавно здравље вакцинисано је 215.403 лица (табела 21), укључујући и српске енклаве Косова и Метохије. Имајући у виду да недостају подаци о растуру од неких ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ, као и за преостале количине вакцине за неке округе, остало је неискоришћено 136.654 дозе (38,7% дистрибуираних количина). 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 19 пута већи проценат растура (2% у 2009. години), односно скоро исте вредности у 2010. години.

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 2005–2010. година. Подаци су преузети из извештаја СЗО (WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring system, 2010 global summary.<http://www.who.int/whosis>).

Приказани обухват ВСГ вакцином показује да Италија не спроводи рутински имунизацију, а Француска ВСГ 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 ВСГ 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.

У обухвату ММР вакцином Мађарска приказује континуирано изузетно висок обухват, док се обухват у Италији и Француској, и поред тенденције пораста одржава, али је нижи од европског просека.

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.

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

Пријављивање болести које се могу превенирати вакцинама у 2011. 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 2011. години лабораторијски потврђено 113 случајева морбила у Референтној лабораторији Института за вирусологију, вакцине и серуме Торлак. Код ових случајева 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 2011. 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 је у 2011. години укупно оболело шест особа, инциденција је износила 0,08/100.000 (стопа рачуната према попису 2002. године, без популације Косова и Метохије), а умрло је једно лице (леталитет 16,6%). У централном делу Србије регистрована су четири случаја (инциденција 0,07/100.000) са једним смртним исходом (леталитет 25%) и у Војводини два (инциденција 0,09/100.000). Оболеле особе су узраста преко 60 година без адекватног вакциналног статуса (табеле 24 и 25).

Није било регистрованих случајева тетануса новорођенчади у 2011. 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 2011. години у Републици Србији оболело је 25 особа (инциденција 0,33/100.000 становника), без података за Косово и Метохију. На територији централне Србије оболеле су 24 особе (инциденција 0,43/100.000 становника). У Војводини је регистрован један случај оболевања од великог кашља (табеле 24 и 26).

Није пријављен ниједан смртни случај од великог кашља од 1971. у Војводини, а од 1985. године у централној Србији. Највећи број оболелих је у нултој години живота (64%), а који су невакцинисани (табела 27). Случајеви су дијагностиковани на основу клиничке слике.

МАЛЕ БОГИЊЕ

Од малих богиња је на подручју Републике Србије у 2011. години оболело 370 особа са инциденцијом 4,93/100.000 становника (табела 24), од којих је 113 лабораторијски потврђено (30,5%) у Референтној лабораторији Института за вирусологију, вакцине и серуме Торлак било серолошки или PCR у брису ждрела, као и у Институту за микробиологију и вирусологију Медицинског факултета у Нишу. Интратипском диференцијацијом у Регионалној лабораторији у Луксембургу је утврђен D4 генотип морбила у циркулацији. На територији централне Србије је регистровано 365 случајева са инциденцијом 6,67/100 000 становника.

Након пријављене епидемије морбила 31.12.2010. године од стране ЗЗЈЗ Лесковац у ромском насељу Брестовац (општина Лесковац) и епидемије у ромским насељима у Лесковцу 14.1.2011, а након преливања оболевања у општу популацију ЗЗЈЗ Лесковац је 11.3.2011. године пријавио епидемију у граду Лесковцу.

Поред наведених епидемија (2+1- пријављена 31.12. 2010. године) на територији града Лесковца током 2011. године је пријављено још седам епидемија морбила, од којих је једна болничка и остале породичне: ГЗЈЗ Београд је пријавио епидемију морбила у две породице у насељу Старо сајмиште које се доводе у везу са епидемијом у Лесковцу, ЗЗЈЗ Зајечар епидемије морбила у месту Бољевац и Књажевац у којима није утврђен извор инфекције иницијалног случаја, ИЗЈЗ Ниш је пријавио епидемију морбила на Клиници за дечије интерне болести КЦ Ниш, која се доводи у везу са епидемијом у Лесковцу, као и у граду Нишу након преливања епидемије са ДИКа. ГЗЈЗ Београд је пријавио епидемију морбила у породици на општини Палилула у којој није утврђен извор инфекције иницијалног случаја, епидемија у две ромске породице у Руми коју је пријавио ЗЗЈЗ Сремска Митровица, а чији су случајеви регистровани и на територији Јужнобачког округа (хоспитализован случај из Руме је посужио за ретроградно откривање епидемије, али и за оболевање контаката у болничкој средини).

Највећи број оболелих су деца узраста до четири године (37,8%), потом одрасли од 30 до 39 година са 24,3%, од 20 до навршених 29 година (17,8%), узрасна група од 5 до 19 са 17,2% и старији од 40 година са око 3%. Највиша стопа инциденције од 77,2/100 000 становника региструје се у нултој години живота. На основу података о вакциналном статусу 94% оболелих је невакцинисано или са непознатим вакциналним статусом. Код 130 особа (35,1%) је примењено болничко лечење, од којих је код 15 регистрована компликација у виду пнеумоније.

Сходно плану активности за елиминацију морбила у Србији, уведен је поштрен епидемиолошки надзор над морбилама на територији Републике од 4.6.2010. године, са предлогом мера на територији Републике и у жаришту епидемије. Епидемиолошки надзор је интензивираан по пријави епидемије морбила у ромској популацији у Лесковцу крајем 2010. године, а на снази је био до краја 2011. године.

ИЗВЕШТАЈ О АКТИВНОМ НАДЗОРУ НАД МОРБИЛАМА

Током 2011. године пријављено је 420 случајева сумње на морбиле из надзорних јединица у Републици Србији – 280 са територије Јабланичког, 82 са територије Нишавског, седам са територије Колубарског, 14 са територије града Београда, два са територије Јужнобанатског, седам са територије Зајечарског округа, 21 са територије Јужнобачког округа, пет са територије Сремског округа и по један из Средњебанатског и Севернобачког округа (табела 1). У истом периоду у складу са критеријумима дефиниције случаја морбила (лабораторијски потврђен и епидемиолошки повезан) пријављено је 370 случајева морбила (инцидентација 4,93/100.000) и то 278 са територије Јабланичког, 70 са територије Нишавског округа, девет са територије града Београда - од којих три спорадична, три са територије Јужнобачког, седам са територије Зајечарског, два се територије Сремског и један са територије Колубарског округа, од којих је 113 (30,5%) лабораторијски потврђено.

Табела1. ОЧЕКИВАНИ БРОЈ СУСПЕКТНИХ/БРОЈ ПРИЈАВЉЕНИХ СУСПЕКТНИХ СЛУЧАЈЕВА МОРБИЛА НА ТЕРИТОРИЈИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ ТОКОМ 2011. ГОДИНЕ (2/100.000 популације) из надзорних јединица

ОКРУГ	Број становника (30.6. 2008.)	Број оčekиваних/пријављених случајева
Севернобачки	193.329	4/1
Средњебанатски	195.190	4/1
Севернобанатски	155.387	3/0
Јужнобанатски	303.392	6/2
Западнобачки	197.974	4/0
Јужнобачки	605.720	12/21
Сремски	328.397	7/5

Мачавански	313.798	6/0
Колубарски	182.015	4/7
Подунавски	204.442	4/0
Браничевски	191.906	4/0
Шумадијски	290.806	6/0
Поморавски	218.062	4/0
Борски	134.375	3/0
Зајечарски	126.217	2/7
Златиборски	299.360	6/0
Моравички	216.977	4/0
Рашки	298.444	6/0
Расинкси	246.522	5/0
Нишавски	375.453	8/82
Топлички	95.703	2/0
Пиротски	97.223	2/0
Јабланички	229.430	5/280
Пчињски	228.704	4/0
Град Београд	1.621.396	32/14
Р. Србија	7.350.222	147/ 420+1*

*случај пријављен из српских енклава Косовско-митровачког округа

Иако су од 4.6.2010. године биле на снази пооштрене мере епидемиолошког надзора над малим богињама на територији целе Републике у складу са Планом активности за одстрањивање ове болести, индикатори квалитета надзора током 2011. године указују на пасиван надзор на територији већине округа, имајући у виду да су 2/3 округа „неме зоне” или имају број пријављених 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%.

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.

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 2011. године оболеле 63 особе (у 2010. години 40), са инциденцијом од 0,84/100.000 становника (табела 24). У централној Србији пријављено је 44 оболелих (0,8/100.000), а у Војводини 19 (0,93/100.000).

Анализа оболевања по узрасту показује да се у 2011. години највиша инциденција региструје у групи деце узраста 1–6 година (2,82 на 100.000 становника, табела 26).

Анализа вакциналног статуса оболелих на основу достављених података (табела 27) показује да су од заушака у 2011. години у 63% оболевале невакцинисане и особе непознатог вакциналног статуса.

РУБЕЛА

Од рубеле је у Републици Србији током 2011. године оболело 14 особа (14 у 2010. години) са инциденцијом од 0,18/100.000 становника (табела 24). Сви регистровани случајеви су са територије централне Србије са инциденцијом 0,25/100.000 становника.

Анализа оболевања по узрасту (табела 26) показује да се у Србији највише специфичне стопе инциденције региструју у нултој години (10/100.000).

Анализом вакциналног статуса оболелих на основу достављених података (табела 27), може се закључити да су од рубеле у 2011. години у већини (63,4%) оболевале невакцинисане и особе непознатог вакциналног статуса.

ХЕПАТИТИС Б

Од хепатитиса Б у Републици Србији, током 2011. године, пријављено је 258 акутно оболелих лица (према 242 оболела у 2010. години), са инциденцијом од 3,44/100.000 становника (табела 24). Инциденција у централном делу Србије износи 3,29/100.000 становника, а у Војводини 3,83/100.000. Није било регистрованих смртних исхода од акутног вирусног хепатитиса Б.

ОБОЉЕЊА ИЗАЗВАНА ХЕМОФИЛУСОМ ИНФЛУЕНЦЕ ТИП Б

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

обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип Б појединачном пријавом, а пнеумоније изазване хемофилусом инфлуенце тип Б збирном пријавом. Током 2011. године у Републици Србији пријављена је 61 оболела особа са инциденцијом од 0,81/100.000 становника (учешће оболелих од пнеумоније 100%). Инциденција у централном делу Србије износи 0,78/100.000, а у Војводини 0,88/100.000. 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 2005–2010. година, у табели 28. Подаци су преузети из извештаја СЗО (WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring system, 2010 global summary.<http://www.who.int/whosis>).

Србија бележи најнижу стопу инциденције великог кашља у 2010. години од свих анализираних земаља. Више стопе инциденције великог кашља у Италији последица су укидања корпускуларне пертусис вакцине и празног периода до увођења ацелуларне вакцине у обавезну имунизацију. Највећа стопа инциденције од анализираних земаља региструје се у Бугарској.

Према подацима за наведени период када су у питању морбили, скоро све земље, изузев Мађарске, региструју проблем епидемијске појаве морбила у 2010. години, а посебно Бугарска са највећом епидемијом у последњих 10 година у Европи.

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).

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 2011. години тестирано је укупно 247.999 особа (у односу на 274.070 тестираних у 2010.) 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 73,9%, а потом групе из ризика (15,7%) и труднице са 10,4% (табела 29).

Носилаштво HBsAg откривено је код 2252 особе или код 0,91% тестираних. Највеће учешће позитивних особа се региструје у групама из ризика (4,78%), потом код трудница (0,36%) и на крају код добровољних давалаца крви (0,16%). Вакцинисано је по епидемиолошким индикацијама 10.392 лица. Према учешћу структуре вакцинисаних са 42,6% здравствени радници су на првом месту, затим следе са 24,4 % ученици и студенти здравствене струке, са 11,9% штићеници установа социјалне заштите, са 8,1% пацијенти на дијализи, са 7,3% инсулин зависни дијабетичари и 5,7% све остале категорије (табела 30).

На носилаштво HBsAg тестирано је 25.966 трудница (25.471 у 2010. години). Ако се има у виду да је регистровано 57.941 порођаја, тестирањем на носилаштво HBsAg било је обухваћено 44,8% трудница, а позитиван налаз је откривен у 94 случајева (0,36% тестираних). На основу достављених података (табела 30) вакцинисано је 125 новорођенчади чије су мајке HBsAg антиген позитивне (у 2010. години вакцинисано је 118 новорођенчади). Иако Правилник о имунизацији и начину заштите лековима (Сл. гласник РС 11/06) предвиђа апликовање код новорођенчади HBVg-a, 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 2011. године на територији Републике Србије (без података за Косово и Метохију) регистровано је 227.982 повређених лица, што је за око 3,8% више од броја регистрованих у 2010. години (219.289). 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 27,8%, оних којима је била потребна једна доза вакцине и НТг 31,6% и учешће од 40,6% односи се на особе које нису вакцинисани, непотпуно вакцинисане или немају доказе о вакцинацији. Из ове последње категорије потпуна имунизација је спроведена код око 66,3% повређених.

2.3. ЗАШТИТА ОД БЕСНИЛА

Према подацима института и завода за јавно здравље (без података за Београд), у 2011. години регистровано је 9691 озлеђених особа. Укупно је заштићено 1403 лица, а превентивно је вакцинисано њих 28 (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 2011. години вакцинисано је 212.068 лица (табеле 33 и 34), а према подацима о дистрибуцији вакцина (табела 21) који укључују и податке из српских енклава Косова и Метохије дистрибуирано је 352.770 доза вакцине против грипа. У 55,5% вакцинисаних индикације за вакцинацију су биле епидемиолошке, а у 44,5% клиничке. У категорији епидемиолошких индикација особе старије од 65 година су учествовале са 76,5%, потом следе запослени у здравственим установама са 9,3%, а све остале категорије са 14,2% (табела 34).

4. ПРОГРАМ ИМУНИЗАЦИЈЕ ПУТНИКА У МЕЂУНАРОДНОМ САОБРАЋАЈУ

У току 2011. године Институт за јавно здравље Србије посетило је 3029 путника који су едуковани о основним карактеристикама, превенцији и контроли заразних болести којима ће бити изложени током пута, односно у одредишту (у 2010. години тај број је износио 3332).

Поред здравствене едукације, код њих је спроведена имунопрофилактика са једном или више врста вакцина. Укупно је дато 3612 дозе вакцина (табела 35). Путници су најчешће вакцинисани против жуте грознице, хепатитиса Б, морбила, заушака 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 (429), затим Нигерија (187), Екваторијална Гвинеја (138), путници за потребе прекоокеанске пловидбе (258), а потом следе остале дестинације. Регистровано је 1418 особа за одлазак у маларична подручја, углавном у земље са високим ризиком од *P. Falciparuma* (1253) у комбинацији са резистенцијом на антималярике или са ниским/средњим ризиком од *P. falciparuma* у комбинацији са високом нивоом резистенције на антималярике.

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 11/06) дефинисане су процедуре у надзору над тежим нежељеним реакцијама, као и 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 2011. године у Одсек за имунизацију Института за јавно здравље Србије и унетих у регистар за 2011. за ниво Републике Србије је 224 (93 на DTP; 15 на BCG; 22 на DT, dT и TT; 55 на MMR; 3 на ActHib; 10 на EuvaxB; 2 на Engerix B; 19 на Pentaxim, 1 на Vaxigrip; 3 на Infanrix IPV Hib, 1 на Tripacel).

У формираном регистру за 2011. годину за ниво Републике Србије налази се 100 тежих нежељених реакција, односно 67 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 63% 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 54 случајева радило се о реакцијама после примене ДТП или ДТП и ХиБ вакцине. Од ових реакција 17 су биле реакције локалног типа. Код двадесет и четворо је регистрована температура а деветоро је хоспитализовано. Код 20 (37,3%) случајева ради се о вриштећем неутешном плачу, након апликовања ДТП домаћег произвођача, који је сходно Правилнику трајна контраиндикација за апликовање целуларне пертусис компоненте вакцине. Код

14 случајева (14%) у питању је био БЦГ лимфаденитис. Девет нежељених реакција региструје се после примене ММР вакцине, од којих је петоро хоспитализовано. Осам реакција је алергијског типа. Код шест случајева радило се о тежим локалним реакцијама и то после примене ДТ и ТТ вакцине. После примене Еувих В вакцине пријављено је шест тежих нежељених реакција, од којих је 50% алергијског типа. Региструје се једна пријава алергијске реакције после примене Хиб вакцине, једна пријава локалне реакције после примене Трипацел вакцине и једна пријава после вакцине против грипа. После примене Pentaxim вакцине, од пријављених шест нежељених реакција три су теже локалне реакције. Пријављене су две реакције после апликације Infanrix-IPV+Hibvaccine.

Према подацима ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ наведеним у табели 36, пријављено је 266 нежељених реакција након имунизације надлежним епидемиолошким службама на територији Републике Србије. Од тога броја у 35 случајева су утврђене 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 (53) 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.

Као и претходних година, на окружном нивоу највећи број нежељених реакција пријављен је на територији града Београда (81 или 30,5%). У Војводини је пријављено 128 нежељених реакција (48,1%), а на подручју централне Србије 138 (51,9%).

Анализом образаца бр. 3 који су током 2011. године пристигли у Одељење за превенцију и контролу заразних болести, највише нежељених реакција (93) 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 55 нежељених реакција. Највише је пристигло пријава у вези са појавом паротитиса после апликације ММР вакцине (29) и ситне макуло-папулозне оспе дијагностиковане као морбилиформне (18).

Након апликације Пентаксим вакцине регистровано је 19 нежељених реакција. Локалне реакције у виду отока, црвенила и бола су најчешће и регистроване су у 11 случаја.

Након апликације ДТ, дТ и ТТ вакцине регистровано је 22 нежељених реакција, од који су 19 окарактерисане као локалне реакције са црвенилом, отоком, температуром и болом на месту апликације.

Након апликовања вакцине против хепатитиса Б у 12 случајева се региструју нежељене реакције. Највише је пристигло пријава у вези са алергијским манифестацијама различитог интензитета (5).

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. Неопходно је увести 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 BCG 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 скоро исти број тежих нежељених реакција/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 2011. години навршило се пуних 13 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 2011. години износио је 650, што је два пута мање у односу на претходну годину (2010. године регистровано је 1294 случајева). Број земаља у којима се полио ендемски одржава сведен је на три (Нигерија, Пакистан и Авганистан) док од краја фебруара 2012. године Индија више није ендемска земља с обзиром да је прошло пуних 12 месеци од последњег регистрованог случаја. У овим земљама је пријављен 341 случај овог обољења, а у пет земаља поново је успостављена трансмисија након импортовања дивљег полиовируса. За разлику од 2010. године када је више од 80% случајева регистровано у неендемским земљама, у 2011. години више од половине случајева пријављено је 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 2011. години регистровано је 55 случајева а у 2010. години регистрован је 51 случај).

Након прегледа и оцене сертификационе документације земаља–чланица, Регионална сертификациона комисија за ерадикацију полиомијелитиса (енг. RCC) на свом 25. састанку, одржаном 23–25. августа 2011. године у Копенхагену, закључила је да се у Европском региону одржава *polio-free* статус. 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 Аустрија, Азербејџан, Босна и Херцеговина, Грузија, Грчка, Киргистан, Црна Гора, Руска федерација (Северни Кавказ), Таџикистан, Украјина и Узбекистан. Овоме је додато још седам земаља у којима је ризик умереног (средњег) интензитета а то су Јерменија, Бугарска, Мађарска, Италија, Ирска, Литванија и Србија.

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

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 високим квалитетом 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.

Вежба симулације епидемије полиомијелитиса (Polio Outbreak Simulation Exercise) одржана је 14. и 15. децембра 2011. године у Сарајеву (Босна и Херцеговина) у организацији Светске здравствене организације (СЗО) и британске Агенције за заштиту здравља (Health Protection Agency, United Kingdom).

Вежба је била намењена представницима Босне и Херцеговине, Хрватске, Македоније, Црне Горе и Србије. Како представници Хрватске и Македоније нису били у могућности да се одазову, вежби су присуствовали представници земље домаћина (Босна и Херцеговина), Црне Горе и Србије, као и представници СЗО, ХПА, УНИЦЕФ-а и Регионалних референтних лабораторија за полиовирус (Рим и Хелсинки). Ради се о земљама са високим (Босна и Херцеговина и Црна Гора) и умереним ризиком (Србија) од успостављања трансмисије након импортовања дивљег полиовируса до којег је дошло 2010. године (Таџикистан, Руска федерација, Туркменистан и Казакхстан), први пут након сертификације европског региона *polio-free* регионом 2002. године.

Општи циљ наведене дводневне вежбе био је јачање сарадње на националном и интернационалном нивоу између сектора укључених у припрему за реаговање на могућу импортацију дивљег полиовируса или деривираниог полиовируса вакциналног порекла, у земљу са *polio-free* статусом.

Специфични циљеви били су да се повећа ниво приправности односно спремности одговора на евентуалну епидемију полиомијелитиса, побољша капацитет за брзо реаговање након импортовања дивљег полиовируса, побољшају механизми примене Међународних здравствених прописа (IHR), размотри улога медија и комуникације са јавношћу и посебно да се процене национални планови за одржавање *polio-free* статуса у земљама учесницама са акцентом на тестирању делова ових планова који се односе на спремност за брзи одговор у случају импортовања дивљег полиовируса.

Упркос веома кратком времену да се детаљније разраде и продискутују све теме, као и немогућности колега из Хрватске и Македоније да присуствују, вежба је показала да су Национални планови за одржавање *polio-free* статуса земаља учесница углавном актуелни, реални, функционални и одрживи на оперативном нивоу, али да је активније ангажовање надређених државних структура односно доносилаца одлука неопходно у циљу бржег и адекватнијег одговора на могућу претњу здравственом систему у земљи, односно региону. Овде се пре свега мисли на активније функционисање Националног координационог комитета за одржавање статуса земље без полиомијелитиса у земљи.

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, а и сама је сврстана у земље умереног 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. Ако се овоме дода чињеница да је обухват вакцинацијом против полиомијелитиса деце из ромске популације веома низак (20–30%), да се у Србији региструје један округ (Пчињски) са обухватом ОПВ3 испод 95%, девет општина са обухватом ОПВ3 испод 95%, 11 општина са обухватом испод 90% и 35 општина са обухватом ревакцинацијом ОПВ испод 95% и лоши резултати правовремености имунизацијом ОПВ (83,2%), постаје јасно да статус „земље без полиомијелитиса” може бити угрожен.

Обухват имунизацијом ОПВ3 достигао је у 2011. години критеријуме СЗО на националном нивоу (97,6%), али осим нерешеног проблема имунизације тешко доступних вулнерабилних популационих група, перзистира и проблем територија (општина) са ниским обухватом. Реч је углавном о општинама са малим бројем обвезника, тако да ниске вредности обухвата у њима нису значајно утицале на обухват на националном нивоу.

Према Националном плану активности за одржавање статуса „земља без полиомијелитиса” у периоду 2010–2012. године, 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 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 2011. године, у општинама са ОПВ3 обухватом испод 90% и 95% у 2010. години, на интервенцију окружних координатора за имунизацију, спроведена је вакцинација невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце ради достизања циљног обухвата од 95%.

Индикатори квалитета надзора над АФП у 2011. години нису достигли циљне вредности на националном и на окружним нивоима, где и даље перзистирју 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 „вршег 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 2011. години пријављено је свега осам случајева АФП са стопом *per polio* АФП/100.000 становника испод 15 година старости од 0,67. Када је у питању територијална дистрибуција, два случаја територијално припадају Војводини (стопа 0,62) а шест централној Србији (стопа 0,70). Циљ је најмање 1/100.000 (табела 37). Ово је најлошији резултат од увођења система активног надзора над АФП 1997. године.

Као и претходних година, бележи се висока стопа за правовременост и потпуност. Правовременост извештавања током 2011. 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 осам случајева, четири су пропуштена у надзорним јединицама којима територијално припадају (Зајечарски, Расински и Јужнобачки).

Процент случајева пријављених унутар седам дана од почетка парализе износи свега 50,0% 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 95,0%. 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 87,5%. Циљ је 80%.

Процент АФП случајева са узорцима столице који су допремљени у лабораторију унутар 72 сата од узимања износи 87,5%. 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 37,5% случајева. Циљ је 80%. Код три случаја регистрована је резидуална пареза/парализа.

Финална класификација је обављена за све случајеве, а унутар предвиђених 90 дана од почетка парализе за четири случаја (50,0%) а циљ је 80%. Сви случајеви су класификовани као полио одбачени случајеви, а најчешћа клиничка дијагноза била је *Sy Guillain Barre* (5 од 8). 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

002. Symptomata et signa systematis nervosi et musculoskeletalis alia et non specificata

003. Syndroma Guillain Barre

004. Syndroma Guillain Barre

005. Syndroma Guillain Barre

006. Syndroma Guillain Barre

007. Encephalomyelitis

008. Syndroma Guillain Barre

Квалитет АФП надзора у току 2011. године није испунио вредности индикатора достигавши индекс квалитета од 0,59 (табела 40).

Поређењем пријављеног и очекиваног броја АФП случајева (у односу на популацију деце на коју се вредности израчунавају) у периоду 2009–2011. године следећи окрузи су без пријављених случајева (неме зоне):

Севернобанатски, Колубарски, Браничевски, Борски, Златиборски, 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 (окружни 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 сата (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 окружни 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 (окружно) АФП извештавање	<ul style="list-style-type: none"> • Дистрибуција АФП случајева у популацији треба да одговара дистрибуцији деце < 15 година старости
Правовременост прикупљања узорака 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 транспортовања узорака столице	<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"> • $\geq 80\%$ узорака 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 ИЗЈЗ 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 ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ у 2011. години, што може да се одрази на колективни имунитет популације као отворена претња са несагледивим последицама.

ПЛАНИРАЊЕ ПОТРЕБА

План потреба вакцина и имунобиолошких препарата за 2011. годину не садржи и залихе у имунизационом сервису, а здравственим осигураницима по обавезним видовима се не обезбеђују све врсте и потребне количине имунобиолошких препарата, реализацијом плана потреба РЗЗО.

На овај начин се ускраћује право корисницима обавезних видова здравствених услуга у складу са Правилником о имунизацији и начину заштите лековима (Сл. гласник РС 11/06), (нпр. НВИГ, НТИГ...). Дозвољени растур је у складу са препорукама СЗО за спровођење безбедне имунизационе праксе. Залихе којима држава мора да располаже у циљу интервентног реаговања у ванредним ситуацијама у циљу сузбијања и гашења епидемија нису урачунате у план потреба, као и за случај неблагоприятне набавке и дисконтинуираног снабдевања, а које у сваком моменту треба да износе 25% плана потреба.

Последице

Искуство из епидемије морбила током 2007. године, показало је да неправовремено примењена мера због малих залиха вакцина у моменту избијања епидемије, има за последицу дуже трајање епидемије и већи број оболелих.

У случају дисконтинуираног и неправовременог снабдевања стварају се пропуштене прилике, повећавају размаци међу дозама у давању вакцина и повећава удео непотпуно вакцинисаних лица.

Помак

Министарство здравља је средином 2008. године захтевало од ИЗЈЗ Србије да се доставе подаци о 25% потреба свих вакцина и имунобиолошких препарата према плану потреба за 2008. годину, да би се исте обезбедиле кроз поступак набавке преко материјалних робних резерви, што је истом и прослеђено, али без повратне информације.

Уговором о централизованом снабдевању вакцинама и имунобиолошким препаратима предвиђено је плаћање вакцина са једног места, чиме је створен простор за прављење прерасподела вакцина, јер оне нису више "власништво" здравствених установа, а у циљу смањења растура и трошкова и по потреби интервентне расподеле у случају епидемијског јављања болести која се може превенирати имунизацијом, неадекватног планирања, испада у хладном ланцу вакцина и сл.

ПОСТУПАК НАБАВКЕ

Поступак набавке вакцина је регулисан уговором о централизованом снабдевању вакцинама и имунобиолошким препаратима у трајању од три године између ИЗЈЗ Србије и Института за вирусологију, вакцине и серуме Торлак, а чија је реализација отпочела у другој половини 2009. године.

ИЗЈЗ Србије је припремао планове расподеле за вакцине, након увида у пратећу документацију (сертификате), према анексираном уговору у складу са планом потреба за 2011. годину. Територијално надлежни ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ у координацији са ИЗЈЗ Србије учествују и остварују увид у дистрибуцију вакцина на свом терену.

Последице

Због неправовремене и непотпуне набавке вакцина према уговорима у претходним годинама, створиле су се пропуштене прилике/годишта у имунизационом сервису, чиме се одржава број невакцинисане или непотпуно вакцинисане популације, што има за последицу неадекватан колективни имунитет и реалне могућности за настанак епидемија.

Грубо се крши Правилник о имунизацији и начину заштите лековима у делу који се односи на примену НВИГ у постекспозиционој заштити, јер се не набавља, чиме је ризик од оболевања код новорођенчади НВsAg позитивних мајки и у случајевима акцидента значајно повећан.

ДИСТРИБУЦИЈА ВАКЦИНА

Дистрибуција вакцина у имунизационом сервису се може оценити као централизована, углавном правовремена и повремено дисконтинуирана.

Поступак дистрибуције вакцина у Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима (Сл. гласник РС 11/06), у члану 60 ставовима 3 и 4 дефинисан је на начин централизованог снабдевања и дистрибуције свих вакцина и имунобиолошких препарата преко ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ.

Према Правилнику у устаљеној и уређеној процедури дистрибуције преко мреже ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ спроводила се централизована дистрибуција свих

вакцина преко Института за имунологију, вакцине и серуме Торлак који је био централни складиштар и дистрибутер свих вакцина за обавезну имунизацију током 2011. године. Процедура предвиђа да Торлак достави допис о количини вакцине коју треба дистрибуирати уз достављање сертификата Агенције за лекове и медицинска средства са серијским бројевима вакцина, након чега се прави план расподеле у ИЗЈЗ Србије до нивоа здравствених установа према плану потреба и доставља надлежним ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ у систему уз копије сертификата вакцина. Дистрибуција би требало да буде квартална, а по потреби и месечна, према уговореним обавезама, због расположивих капацитета расхладних уређаја на вакциналним пунктовима и одрживости хладног ланца вакцина. Такође, ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ су места на којима се могу чувати одређене количине вакцина и по потреби дистрибуирати. Рок трајања вакцина у моменту испоруке треба да буде годину дана, што није био случај са дТ, ММР и Хиб вакцином.

Поједини пунктови неправовремено и не поштујући исказани план потреба требују вакцине, доводећи до проблема који из оправданих разлога не могу бити решени.

Последице

Уговорени дистрибутер у неким ситуацијама не доставља упутство произвођача за употребу вакцина на српском језику.

Уговором о централизованом снабдевању било је предвиђено да ИЗЈЗ Србије склопи уговор са Торлаком око складиштења и дистрибуције свих вакцина из обавезног програма што није реализовано, већ је Торлак тај уговор потписао са РЗЗО.

ХЛАДНИ ЛАНАЦ ВАКЦИНА

Хладни ланац вакцина се не спроводи уз обезбеђивање индикатора температурних услова приликом њихове испоруке (оверени записи температурних услова чувања), а уведен је и нови ниво у хладном ланцу (апотеке КЦ/ЗЦ које немају едукован кадар) без консултација са надлежнима и њиховог надзора. Овим се озбиљно доводи у питање квалитет вакцина и безбедна имунизациона пракса.

Хладни ланац вакцина у поступку дистрибуција и транспорт вакцина од места складиштења до апликације на вакциналном пункту у складу са чланом 62. Правилника спроводи се, уз обезбеђивање индикатора температурних услова приликом њихове испоруке, што се у пракси увек не спроводи. Једна од тачака у хладном ланцу су и централне апотеке ЗЦ/КЦ за потребе породилишта, односно здравствених центара. Они су ван надзора и контроле у систему хладног ланца (кадар није обучен, не постоји увид у капацитет, старост фрижидера, температурне услове чувања...), чиме се доводи у питање квалитет апликоване вакцине.

На појединим пунктовима је дошло до кварова на расхладним уређајима, који су због последично нарушених температурних услова имали за последицу искључивање из употребе одређених врста и количина вакцина, уз записнички констатована стања у консултацији са надлежном епидемиолошком службом.

КАМПАЊА ИМУНИЗАЦИЈЕ ПРОТИВ ГРИПА

Тренд неповерења у имунизацију против сезонског грипа настављен је и током сезоне 2011/2012, када је и поред препорука у вези са имунизацијом против грипа, остало неупотребљено око 38% планираних количина вакцине против сезонског грипа.

РЕАЛИЗАЦИЈА ИМУНИЗАЦИЈЕ У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Увођењем изабраног лекара (педијатра) и гашењем места сестара/техничаре за имунизацију у вакциналним пунктовима у саветовалиштима у предшколским и школским диспанзерима, региструје се пад у обухвату према Календару имунизације пре свега у школској популацији, па је неопходно организацију саветовалишта за здраву децу у домовима здравља вратити на старо подхитно. То је још један од веома битних елемената који доводи до пада колективног имунитета који мора неизоставно бити отклоњен у периоду када смо неке болести ерадицирали, неке елиминишемо, а неке овом мером региструјемо са ниском стопом инциденције. Како је за мерљив ефекат имунизације потребан дуги низ година, недопустиво је да одлуке попут ове у реорганизацији без консултација буду донете и спроведене. Нажалост, за разлику од ефекта имунизације, овај је значајно „мерљив” након веома кратког времена.

У условима када је остварена редовна набавка вакцина, неприхватљива је чињеница о забележеним вредностима обухвата појединим вакцинама (нпр. хепатитис Б у 12. години, ОПВ и дТ у 14. години) имајући у виду залихе ових вакцина на крају године.

ПРИКУПЉАЊЕ ПОДАТАКА У ПРОГРАМУ ОБАВЕЗНИХ ИМУНИЗАЦИЈА

Не постоји јединствен информациони систем за електронско прикупљање и обраду података према Програму обавезних имунизација како предвиђа Правилник, и евидентна је неусаглашеност у садржају, обиму и роковима достављања извештаја о дистрибуцији, утрошку и обухвату од стране потражиоца.

Последице

Потешкоће у прикупљању података и попуњавању веома великог броја табела у кратком временском интервалу, имају за последицу да су у значајном броју попуњене неквалитетним, а често и неупотребљивим подацима.

ИМУНИЗАЦИЈА У ПРИВАТНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ СЕКТОРУ

Имунизација није под надзором, не постоји контрола хладног ланца, као ни подаци о врстама вакцина које се апликују и њиховом пореклу, иако постоји Законска обавеза достављања података о вакциналном статусу клијената (апликованим вакцинама) институцијама према територијалној надлежности, односно ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ.

Имунизација вакцинама које се налазе у државним и приватним апотекама, а које се апликују у државном и приватном сектору је све заступљенија.

Последице

Неевидентирање обвезника за имунизацију који су ван државног сектора и њиховог укупног учешћа у квалитету колективног имунитета. Паралелан систем имунизације, ван државног сектора мора бити евидентиран кроз мрежу ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ и мора се централизовати у свим сегментима (набавка, дистрибуција, извештавање, надзор над нежељеним реакцијама...) и захтева ангажовање надлежних инспекцијских служби.

Правилник о начину, поступку и условима за обављање допунског рада здравствених радника у здравственој установи или приватној пракси (Сл. гласник РС, новембар 2008.)

У члану 9 став 11, здравственој установи се омогућава да спроводи необавезне имунизације и имунизације које су везане за путовање у иностранство или за обављање одређеног посла.

Наведено је у колизији за Законом о заштити становништва од заразних болести из 2004. године (члан 25), према коме на препоруку ИЗЈЗ Србије Министарство здравља издаје решење за обављање имунизације путника у међународном саобраћају и заштити беснила. На тај начин се допушта званично децентрализација имунизације, без контроле у набавци, складиштењу и дистрибуцији што је имератив како за државни, тако и за приватни сектор, а доводи се у питање и едукованост кадра за обављање овог посла. Евидентирање обвезника, поштовање Календара имунизације за одређене врсте вакцина, поступање у хладном ланцу, надзор над нежељеним реакцијама, утицај имунизације на кретање оболевања у популацији, остаје без надзора и контроле. Једном речју и надзор и контрола над безбедном имунизационом праксом измиче контроли у овом сегменту.

ДОСТУПНОСТ ВАКЦИНА У ПРИВАТНИМ И ДРЖАВНИМ АПОТЕКАМА

Децентрализација набавке и дистрибуције вакцина за државни и приватни сектор ствара широку основу за велики број пропуста, који могу имати последице како за појединца, тако и популацију у целини.

Последице

Последице су: могућност неадекватног или непотпуног имунолошког одговора, теже нежељене реакције, коинцидентна дешавања након апликовања вакцине као последица непоштовања свих критеријума безбедне имунизације. Постоји велика одговорност здравственог радника који апликује вакцину донету ван здравствене установе у случају било каквог исхода који није очекиван за корисника услуга, било према препоруци или на захтев корисника за апликовање вакцина, које нису у оквиру обавезног програма имунизација.

РЕГИСТРОВАЊЕ ВАКЦИНА И ИЗДАВАЊЕ ДОЗВОЛА ЗА ПУШТАЊЕ У ПРОМЕТ

Како Правилник о имунизацији и начину заштите лековима (Сл. гласник РС 11/06) у члану 1. предвиђа да се имунизација спроводи оним вакцинама за које је издата дозвола за стављање у промет од стране АЛИМС-а, потребно је уредити поред правног и стручне критеријуме за регистрацију вакцина и имунобиолошких препарата (преко Републичке комисије за заштиту становништва од заразних болести, Националног комитета за имунизацију).

Неопходно је да процедура издавања документације од стране АЛИМС-а за изабраног добављача буде усклађена са динамиком испоруке вакцина према уговорима, како се не би нарушавао континуитет дистрибуције (потребно је да се такви случајеви решавају по приоритету).

Орална полио вакцина произвођача Санофи Пастера није регистрована од стране АЛИМС-а и нема дозволу за прометовање, а дистрибуирана је вакциналним пунктовима у складу са подзаконским актима током године, јер домаћи произвођач није био у могућности да је обезбеди у складу са планом потреба.

НАДЗОР НАД НЕЖЕЉЕНИМ РЕАКЦИЈАМА

Присутни су ограничавајући фактори који утичу на квалитет надзора: педијатри/лекари недовољно заинтересовани/мотивисани за пријављивање, сви окрузи још увек нису формирали Стручне тимове, 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 дефицитарна, непостојање повратног информисања учесника у надзору.

ИЗМЕНА ПРАВИЛНИКА О ИМУНИЗАЦИЈИ

Формирана је радна група по решењу Министарства здравља са роком март 2011. године за достављање предлога. Како је формирана и радна група за израду новог Закона о заштити становништва од заразних болести и пратећих Правилника, припремљен је у складу са тим и нацрт новог Правилника о имунизацији и достављен Министарству здравља у даљу надлежност.

ПРЕДЛОГ МЕРА

1. Јачање координативних функција између стратешких партнера (ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ, МЗ, РЗЗО, СЗО, УНИЦЕФ-а, невладиних организација...).
2. Измена и допуна Правилника о имунизацији.
3. Израда пратећег стручно методолошког упутства за спровођење имунизације и надзора над нежељеним реакцијама.
4. Обезбедити финансирање имунизационог сервиса укључујући и набавку вакцина централизовано и у план уврстити препоручени растур и залихе. Могуће спровести редистрибуцију у ванредним ситуацијама, укључујући и стања у случају нередовне и дисконтинуиране набавке вакцина.
5. Обавити допунску имунизацију све невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце (планираних обвезника) према Календару имунизације свим недостајућим дозама вакцина, а посебно на територији оних општина где се региструју обухвати испод 95%, спровођењем месечних ревизија картотека и потом давањем недостајућих доза вакцина, позивањем на пункт или одласком у предшколски/школски колектив.
6. ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ би требало да буду места складиштења интервентних резерви према територијалној надлежности. Резерве вакцина могуће је усмерити на допунске кампањске имунизације циљних популационих група/пропуштених годишта на територији округа Републике Србије.
7. Укључивање стратешких партнера у допунске кампање имунизације високо ризичних популација (СЗО, УНИЦЕФ, невладине организације...)
8. Одржавање централизоване набавке према Правилнику.
9. Обезбедити према Правилнику индикаторе температурних услова складиштења и транспорта вакцина у хладном ланцу, које би обезбеђивали уговорени добављачи вакцина.
10. Стандардизован и обавезујући садржај уговора са изабраним добављачем (динамика испоруке, рок трајања у моменту испоруке не краћи од годину дана, сертификат АЛИМС-а, упутство на српском језику...)
11. Обезбедити електронско извештавање како предвиђа Правилник од здравствених установа надлежних за спровођење имунизације према епидемиолошким службама на окружном и националном нивоу у циљу

потпуног и правовременог извештавања по параметрима, јер је садашњи начин спор, обиман и захтеван.

12. Обезбедити проток информација из приватног сектора према државној здравственој служби према месту пребивалишта у циљу евидентирања вакциналног статуса и обезбедити контролу поштовања Календара имунизације у складу са Правилником, за шта је неопходно укључити санитарну и здравствену инспекцију.

13. Све послове ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ финансирати адекватно спроведеним пословима у Програму имунизације.

14. Поштовати важећа законска и подзаконска акта (Правилнике)

15. Увођењем изабраног лекара (педијатра) и гашењем места сестара/техничара за имунизацију у вакциналним пунктовима у саветовалиштима у предшколским и школским диспанзерима, региструје се пад у обухвату према календару имунизације како у предшколској, тако и у школској популацији, па је неопходно организацију саветовалишта за здраву децу у домовима здравља вратити на старо.

16. Вакцине повући из државних и приватних апотека, а једина места где се могу наћи треба да буду ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ из поступка централизоване набавке и дистрибуције на националном нивоу.

17. Нужно је формирати Национални комитет за имунизацију, који би окуљао стручњаке различитих профила који би свако из своког домена допринео очувању и унапређењу значаја имунизације као једне веома значајне мере на здравље народа у целини (лекари, економисти, правници, фармацеути, представници медија...).

18. Интензивирати праћење у циљу давања препорука за увођење нових вакцина које се јављају на светском тржишту, уз стручне аргументе надлежних тела за увођење истих.

19. Развити и финализовати план потреба вакцина за више година (нпр. пет година), као и стратегију набавке вакцина и разматрати опцију групне набавке вакцина.

20. Дефинисати стручне критеријуме кроз правну регулативу за регистровање вакцина и имунобиолошких препарата од стране АЛИМС-а.

21. Спровести доедукацију кадра који ради на пословима имунизације, а посебно на вакциналним пунктовима у вези са свим елементима безбедне имунизационе праксе.

22. Спроводити интензиван здравствено васпитни рад у циљу промоције имунизације ради усвајања знања, формирања ставова и понашања родитеља у вези са имунизацијом.

23. У складу са законским и подзаконским актима дефинисати процедуре са медицинским/фармацеутским отпадом у случају вакцина са истеклим роком трајања или онима које због испада у хладном ланцу или непоштовања политике отворених бочица је потребно одстранити.

ЗАКЉУЧАК

На исте проблеме се указује више година за редом. Неки се делимично решавају, неки продубљују од стране оних од којих се очекује решавање, а из

њих рађају и неки нови. Законским и подзаконским актима уређени поступци у имунизацији се делимично поштују. Недопустиво је минимизирање и ниподаштавање предложених мера, које пре свега имају упориште у струци, као и пасивна улога надлежних инспекцијских служби у решавању проблема уз мешање некомпетентних доносиоца одлука у креирању политике имунизације, као и компромитовано место Републичке комисије за заштиту становништва од заразних болести. Низом поступака који доводе до проблема у имунизацији, компромитовано је место и улога епидемиолога у систему.

Реформом организације примарне здравствене заштите дошло је до великих промена у реализацији обавезне имунизације која умногоме доприноси паду обухвата што се никако не сме дозволити. Значајан број деце предшколског и школског узраста остаје невакцинисан или непотпуно вакцинисан, чиме се озбиљно нарушава колективни имунитет популације.

Уколико се предложене мере не спроведу, прети поновно спорадично и/или епидемијско јављање неких већ давно заборављених болести у нашој земљи, као последица пада квалитета колективног 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 имортовања 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.