



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

**ИЗВЕШТАЈ О СПРОВЕДЕНОЈ ИМУНИЗАЦИЈИ НА
ТЕРИТОРИЈИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
У 2014. ГОДИНИ**

2015.

Издавач:

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

За издавача:

Прим. др сц. мед. Драган Илић

Главни уредник:

Прим. др сц. мед. Драган Илић

Аутори извештаја:

Др Горанка Лончаревић¹
Мр сц. мед. Милена Каназир¹
Вст. Оливера Недељковић¹
Мед. сестра Зорица Крсмановић¹

¹Одељење за надзор над вакцинама превентабилним болестима и имунизацију – Центар за превенцију и контролу болести, ИЈЗ Србије

Лектура и коректура:

Мр Тамара Груден

Садржај:

1.	Увод	1
2.	Метод	1
3.	Програм обавезне систематске имунизације лица одређеног узраста	2
3.1	Имунизација против дечије парализе	4
3.2	Имунизација против дифтерије, тетануса и великог кашља	7
3.3	Имунизација против малих богиња, заушак и рубеле	8
3.4	Имунизација против хепатитиса Б	10
3.5	Имунизација против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип Б	11
3.6	Имунизација против туберкулозе	12
3.7	Извештај о обављеној вакцинацији на подручју северног дела Косова и Метохије	12
3.8	Допунске активности у спровођењу програма обавезних имунизација у Републици Србији	13
3.9	Дистрибуција и утрошак вакцина	15
3.10	Обухват основним вакцинама у неким европским земљама	18
3.11	Епидемиолошка ситуација заразних болести против којих се у Републици Србији спроводи обавезна имунизација	19
	Дифтерија	20
	Дечја парализа	20
	Тетанус	20
	Велики кашаљ	20
	Мале богиње	21
	Заушке	24
	Рубела	24
	Хепатитис Б	25
	Обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип Б	25
3.12	Кретање заразних болести против којих се спроводи обавезна имунизација у неким европским земљама	25
4.	Програм обавезне имунизације лица експонираних одређеним заразним болестима	26
4.1	Заштита од хепатитиса Б	26
4.2	Заштита од тетануса	27
4.3	Заштита од беснила	27
5.	Програм имунизације лица по клиничким индикацијама	28
5.1	Заштита од грипа	28
6.	Програм имунизације путника у међународном саобраћају	28
7.	Нежељене реакције настале након имунизације	29
8.	Одржавање статуса „земља без полиомијелитиса” у Републици Србији	32
9.	Проблеми у спровођењу програма имунизације	41
10.	Предлог мера	52
11.	Закључак	55

1. УВОД

Имунизација представља специфичну меру у спречавању и сузбијању заразних болести која је регулисана Законом о заштити становништва од заразних болести (“Сл. гласник РС” бр. 128/04) и Правилником о имунизацији и начину заштите лековима (“Сл. гласник РС” бр. 11/06, 25/13, 63/13, 99/13 и 118/13). Евалуација односно сумирање резултата имунизације врши се периодично и на годишњем нивоу и представља основ за њено побољшање односно брже достизање постављених циљева, било да се тежи смањењу оболевања и умирања од одређених заразних болести, било њеном одстрањивању односно искорењивању.

2. МЕТОД

У изради извештаја примењен је дескриптивни метод а као извор података коришћени су: годишњи извештаји територијално надлежних институција/завода за јавно здравље, Извештај о спроведеној имунизацији на територији Републике Србије у 2013. години Института за јавно здравље Србије и подаци Светске здравствене организације (СЗО). Обухват одређеним врстама вакцина исказиван је као проценат вакцинисаних у односу на број лица планираних за вакцинацију а као показатељ оболевања од вакцинама превентабилних болести стопа инциденције, општа и специфична по узрасту. Након општих констатација о програму обавезне систематске имунизације лица одређеног узраста дата је анализа спроведене имунизације против одређених заразних болести као допунске активности у спровођењу обавезних имунизација. У делу који се односи на дистрибуцију и утрошак вакцина приказане су количине вакцина које су апликоване у односу на оне које су дистрибуиране односно планиране, као и растур у односу на максимално дозвољени према препорукама СЗО. Део извештаја посвећен је учесталости болести које се могу превенирати вакцинама и квалитету активног надзора над морбилима као и резултатима програма имунизације лица експонираних одређеним заразним болестима и нежељеним реакцијама након имунизације. У поглављу „Одржавање статуса земље без полиомијелитиса” приказана је епидемиолошка ситуација ове болести на глобалном нивоу, резултати имунизације против дечије парализе и квалитет активног надзора над акутном флекцидном парализом у Србији у 2014. години. Посебан део

извештаја односи се на проблеме у спровођењу програма имунизације са предлогом мера за његово успешније спровођење.

Извештај се односи на 2014. годину, за територију Републике Србије с тим што подаци из српских енклава са територије Косова и Метохије нису анализирани већ су посебно табеларно приказани.

3. ПРОГРАМ ОБАВЕЗНЕ СИСТЕМАТСКЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ЛИЦА ОДРЕЂЕНОГ УЗРАСТА

У току 2014. године, као и претходних година (од 1999) рад на спровођењу Програма обавезних имунизација у Републици Србији, као и надзор над болестима које се могу превенирати вакцинама, није био могућ на целој територији Републике. Наиме, резултати спровођења Програма на Косову и Метохији били су доступни само у српским енклавама. Подаци о овим активностима на целој територији Косова и Метохије остају и даље непознати.

Планиране имунизације у Републици Србији против дифтерије, тетануса, великог кашља (ДТП) спроведене су са обухватом 95%, као и против дечије парализе (ОПВ) са 95,1%. Ревакцинација деце у другој години живота ДТП (90,3%) и ОПВ (90,6%), ревакцинације предшколске деце ДТ и ОПВ (по 95,2, односно 95,3%) и школске деце дТ (92,4%) и ОПВ (91,2%), обављене су према извештајима са обухватом који је мањи од прошлогодишњег (табеле 1, 2 и 3).

Током 2014. године, према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима, поред примовакцинације ММР вакцином у другој години живота, обављена је ревакцинација деце пре уписа у први разред (до навршених седам година). Обухват ММР вакцинацијом је износио 85,8%, а ревакцинацијом 89,2%.

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 бр. 11/06), вакцинација против хепатитиса Б започиње у породициштима, 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 2014. години забележен је обухват од 93,9% код одојчади, а свега 78,8% код деце у 12. години живота.

Током 2006. године, у складу са Правилником о имунизацији и начину заштите лековима, уведена је вакцинација против обољења која изазива хемофилус инфлуенце тип б. Прва дистрибуција ове вакцине отпочела је средином 2006. године, а према плану потреба за 2007. и 2008. у новембру тих година, док је план потреба за 2009. годину сведен на свега 30% планираних количина. У 2010. години и 2011. години план дистрибуције ових вакцина износио је 84%, односно 66%. Ово је за последицу имало бројне проблеме у реализацији вакцинације планираног броја обвезника по годиштима. Имајући у виду да се зависно од узраста отпочињања вакцинације даје различит број доза ове вакцине, да је током 2012. и 2013. године дошло до прекида у централизованом дистрибуцији, према планираном годишту за апликовање у 2014. години у укупном обухвату су приказана она деца која су примила три дозе ове вакцине и обухват за ниво Републике износи 95,2%.

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 и тај број показује тренд пораста у односу на претходну годину када су скоро све вакцине у питању. Разлика у броју између живорођене и планиране деце и даље је значајна, а и одржава се или повећава (за неке вакцине) број општина са обухватом који је испод циљне вредности од 95%, па и испод 90%. Значајан разлог за регистровање приказаних обухвата вакцинисаних и ревакцинисаних лица у посматраном периоду лежи у чињеници да је дошло до неправовремене доступности неких вакцина за планирану популацију, па су приоритет имала деца у примовакцинацији. Поред антивакциналног лобија, колизија законских аката које регулишу имунизацију, давањем права да родитељ одлучи да ли ће вакцинисати малолетно дете у складу са чланом 15 Закона о правима пацијената („Сл. гласник РС” бр. 45/13), као и спровођење имунизације школске деце у домовима здравља само у присуству родитеља, довели су до пада у обухвату вакцинама према Календару. 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”.

Иако је изменама и допунама Правилника о имунизацији („Сл.гласник РС” бр.25/13, 63/13, 99/13 и 118/13) била предвиђена примена комбиноване петовалентне вакцине у примовакцинацији од 1.1.2014. односно 31.7.2014. до ње није дошло, јер се нису стекли сви неопходни услови за њену доступност.

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.

3.1. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ДЕЧИЈЕ ПАРАЛИЗЕ

Имунизација планиране популације против дечије парализе оралном полио вакцином (ОПВ) спроведена је у Републици Србији у 2014. години са обухватом од 95,1% (процењени 93,2%), што је приказано у табелама 1 и 4.

У централном делу Србије обухват ОПВ је био 94,6% планиране деце, тј. од 47.202 планираних, вакцинисано је 44.644 обвезника. Према процени, базираној на броју живорођене деце 2013. године (48.115) остало је невакцинисано 3470 деце (нешто мало више у односу на прошлу годину - 140), што говори и даље о неопходности допунских активности на проналажењу деце у првим годинама живота која нису укључена у

здравствени систем. На основу процене вакцинисаног броја обвезника, обухват ОПВ3 у централном делу Србије је износио 92,8%, што је приказано у табели 4.

Вакцинација планиране популације против дечије парализе у Војводини спроведена је у 2014. години са обухватом од 96,4% планиране деце (табеле 1 и 2). Од 17.073 планираних, вакцинисано је 16.455 обвезника, а према броју живорођене деце у Војводини 2013. године (17.439), процењени обухват је 94,4% (табела 4), што значи да је остало невакцинисано 980 деце (скоро исто, као у односу на претходну годину).

На основу процене укупно живорођене деце у Републици Србији у 2013. години, ОПВ није вакцинисано 4450 деце у 2014. години, за 150 више у односу на прошлу годину (табела 4).

Анализа успеха полио вакцинације по окрузима (табела 5) показује да је у 2014. години обухват вакцинисане деце у односу на планирани број био испод 95% у граду Београду, Браничевском, Поморавском, Рашком, Пчињском округу, а у Нишавском испод 90%. Најнижи обухват региструје се у Нишавском округу од 82,5%. Ако се упореди број живорођене деце 2013. године, са бројем вакцинисане деце (табела 6) уочава се да град Београд и Борски округ у централној Србији и Севернобанатски у Војводини имају диспропорцију у распону до 10% између обухвата у односу на планирани број деце и процењени обухват. Региструје се у 32% округа да је процењени обухват већи од званичног, што се може тумачити миграцијама становништва ка истим.

Незадовољавајуће резултате вакцинације са ОПВ, ниже од 95%, имало је 38 општина, 31 у централној Србији и 7 у Војводини, од којих 52% испод 90%, при чему Голубац бележи најнижу вредност од 53,7% у централном делу Србије, а Ириг (69,2%) у Војводини.

Ревакцинација против дечије парализе је у 2. години живота спроведена у Републици Србији са обухватом 90,6%, док у 7. и 14. години живота бележи вредности од 95,3 %, односно 91,2% (табеле 1 и 2). Анализа успеха ОПВ ревакцинације, по окрузима (табела 5), показује да је у 2014. години 28% округа имало обухват испод 95%: град Београд, Браничевски, Поморавски, Моравички, Рашки, Пчињски, Нишавски, Топлички, Севернобанатски (у 2. години), град Београд, Браничевски, Рашки, Нишавски, Топлички и Пчињски (у 7. години), док је обухват испод 95% у 14. години живота у 28% округа: град Београд, Колубарски, Браничевски, Подунавски, Шумадијски, Златиборски, Нишавски,

Топлички и Пиротски округ. Најнижи обухват прве ревакцинације ОПВ региструје се у Нишавском округу од 69,4%, као и друге ревакцинације од 84,1%.

Процењени обухват прве ревакцинације ОПВ по окрузима приказан је у табели 8. Разлика око и већа од 10% између процењеног и приказаног обухвата не евидентира се у централном делу Србије, као и у претходној години. У Војводини се такви окрузи не региструју у 2014. години, као ни седам година раније. У односу на претходне године постоји и даље тенденција стварања, али мање разлике између броја обвезника и броја планиране популације за вакцинацију, која се може тумачити миграцијама из или ка неком округу.

Анализа резултата спроведене прве ревакцинације ОПВ по општинама (табеле 7 и 7а) показује да су 44 општине (38%) на територији централног дела Србије (37 општина у 2013. години) и 11 општина (24%) у Војводини (9 у 2013. години), имале обухват испод 95%. На територији града Београда 87,5% општина бележи вредност обухвата испод 95%. Најниже вредности обухвата бележе општине Ниш (62,8%), односно Бачки Петровац (77,2%).

Обухват планиране деце другом ОПВ ревакцинацијом у 7. години живота био је испод 95% у шест од којих испод 90% у два округа, као и испод 95% у 26 општина (22,6%) централног дела Србије и 4 у Војводини. Најнижу вредност обухвата бележи општина Кучево (74,6%). На територији неких округа и општина доводи се у питање адекватност вакциналног статуса деце пред полазак у школу.

Најнижи обухват трећом ревакцинацијом региструје се у Браничевском округу од 65%. Трећом ревакцинацијом није обухваћено више од 95% планиране школске деце у 34 општине (29,5%) централне Србије и 4 општине (8,8%) на територији Војводине. Најнижу вредност обухвата бележи општина Обреновац (27,2%).

Правовременост имунизацијом са три дозе ОПВ (унутар шест месеци живота) као и 2013. године утврђивана је у по две општине (градска и рурална) на нивоу сваког округа (табела 7в). Правовременост имунизацијом ОПВ на нивоу Републике у односу на циљну од 95% износи 73,2% (у централној Србији 67,2% а у Војводини 82,8%), што је за око 8% мања вредност од оне забележене у 2013. години. Региструје се циљна правовременост од 95% у само четири општине централне Србије и једној општини у Војводини.

3.2. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ДИФТЕРИЈЕ, ТЕТАНУСА И ВЕЛИКОГ КАШЉА

Имунизација против дифтерије, тетануса и великог кашља ДТП вакцином спроведена је у Републици Србији у 2014. години са обухватом од 95% (табеле 1, 2 и 3) и са процењеним од 92,5%.

У централном делу Србије постигнут је обухват вакцинацијом ДТП вакцином од 94,5%, тј. од 46.758 планираних обвезника вакцинисано је њих 44.205, што је према процени, базираној на 48.115 живорођене деце у 2013. години износило 89,6%, односно остало је невакцинисано 3910 деце (табела 4).

У Војводини је ДТП вакцинација планиране популације спроведена 2014. године са обухватом од 96,4%. Од 17.072 планирана обвезника, вакцинисано је њих 16.450, а према броју живорођене деце 2013. године (17.439), процењени обухват је 94,3%, односно остало је невакцинисано око 1000 деце.

На основу процене укупно живорођене деце у Републици Србији у 2013. години, 4900 деце није вакцинисано током 2014. године (табела 4).

Анализа успеха ДТП вакцинације по окрузима (табела 9) показује да је у 2014. години обухват планиране деце био испод 95% у следећим окрузима: град Београд, Браничевском, Поморавском, Рашком, Нишавском и Пчињском. Ако се уради процена обухвата и упореди број живорођене деце 2013. године са бројем вакцинисане деце (табела 6) уочава се да град Београд и Борски округ у централној Србији има диспропорцију око 10% између обухвата у односу на планирани број деце и процењеног обухвата, као и Севернобанатски у Војводини. Региструје се у око 30% округа да је процењени обухват већи од званичног, што се може тумачити миграцијама становништва ка истим.

Резултате вакцинације ДТП вакцином ниже од 95%, имале су 33 општине (28,7%) у централној Србији и осам општина (17,7%) у Војводини (табеле 10 и 10а). Најниже вредности обухвата бележе општине Голубац (53,7%), односно Ириг (69,2%).

Прва ревакцинација против дифтерије, тетануса и пертусиса, односно друга против дифтерије и тетануса у Републици Србији спроведене су са нижим резултатима у односу на постигнуте у 2013. години, као и трећа у 14. години (табела 2). Половина округа региструје обухват испод 95% у другој, а четвртина у 7. и 14. години живота.

Анализа успеха прве ревакцинације ДТП вакцином по окрузима (табела 9) показује да је у 2014. години обухват у 50% округа био испод 95%, а најнижи у Нишавском 68,8%.

Процењени обухват прве ревакцинације ДТП вакцином по окрузима, приказан је у табели 8. Разлика између процењеног и обухвата на основу извештаја од 5 до 10% уочава се у граду Београду, Борском и Топличком округу. Као и претходних година, постоји и даље тенденција стварања разлике између броја обвезника и броја планиране популације за вакцинацију, али су та одступања нешто мања.

Обухват испод 95% првом ДТП ревакцинацијом имало је 49 општина у централној Србији (42,6%) и 9 у Војводини (20%). Најнижи обухвати забележени су у општинама Ниш (62,1%) и Бачки Петровац (78,5%). Подаци су приказани у табелама 10 и 10а.

Обухват планиране деце другом ДТ ревакцинацијом у 7. години живота био је испод 95% у 29 општина (25,2%) у централној Србији и четири у Војводини. Најнижи обухват од 61,5% бележи општина Кучево, односно Нови Кнежевац 82,1%.

Трећом ревакцинацијом дТ у 14. години обухваћено је испод 95% планиране деце у 32 општине (27,8%) централног дела Србије и пет (8,8%) у Војводини. Најнижи обухват од 28,4% бележи општина Врачар, односно Чока са 82,7%.

Правилником о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС”бр. 11/06) уведене су четири ревакцинације против тетануса са једном дозом вакцине сваких 10 година након навршених 30. година живота. Ревакцинација особа које су током 2014. године навршавале 30, 40, 50 и 60 година живота није спроведена, због измена и допуна Правилника, којим је уведена ревакцинација особа након десет година, по извршеној ревакцинацији у 14. години живота.

3.3. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ МАЛИХ БОГИЊА, ЗАУШАКА И РУБЕЛЕ

Имунизација против малих богиња, заушака и рубеле (ММР) на територији Републике Србије у 2014. години спроведена је са обухватом од 85,8% (у 2013. години 92,6%), односно процењеним 85,6%. У централном делу Србије вакцинисано је 85,7%, а у Војводини 86,1% планираних обвезника (табеле 1, 2 и 3).

Анализа успеха ММР вакцинације по окрузима (табела 11) показује да је обухват испод 95% имало две трећине округа, од укупно 25, а најнижи Нишавски од 53,8%.

Приказани резултати ММР вакцинације по општинама (табеле 12 и 12а) показују да је 58 општина (50,4%) у централном делу Србије имало обухват испод 95% планиране популације и шеснаест (35,5%) на територији Војводине. Најнижи обухват на нивоу општина бележе Ниш (44,3%) и Нови Сад (64,8%).

Процењен обухват ММР вакцином на основу броја живорођених у 2013. години, а не на основу планиране популације која је именилац у званичном извештају, показује да су разлике у ова два обухвата око 10% у Подунавском и Златиборском округу, што је приказано у табели 8. Значајно већи процењени обухват се региструје на Јужнобачком округу.

Ревакцинација против морбила, рубеле и заушака пре поласка у први разред основне школе, током 2014. године спроведена је са обухватом од 89,2% на нивоу Републике, што је за око 5% више у односу на прошлу годину, односно са 89,2% у централној Србији, као и у Војводини. Резултати обухвата до нивоа округа приказани су у табели 11 и он је испод 95% у петнаест округа на нивоу Републике, а најнижи у Колубарском од 57,9%.

Приказани резултати ММР ревакцинације по општинама у 7. години (табеле 12 и 12а) показују да је укупно 50 општина (од 160) имало обухват испод 95% планиране популације, од чега 95% чине општине централног дела Републике. Најнижи обухват у централној Србији бележи општина Ваљево (24%), а у Војводини општина Нови Сад (66,4%).

Анализом правовремености обухвата 2012. годишта ММР вакцином (12–15 месеци), у по једној руралној и градској општини на територији сваког округа у Србији региструје се вредност од 69,9%, односно у централној Србији од 64,5% и Војводини 78,6% (табела 12в). Правременост преко 95% регистрована је у само 5 општина од 46 анализираних у Републици Србији. Имајући у виду да је једна од стратегија у плану активности за елиминацију морбила правовременост вакцинацијом ММР вакцином од 95% уз обухват са две дозе од најмање 95%, наведени резултати указују на немогућност достизања индикатора квалитета за успостављање и одржавање статуса елиминације морбила до краја 2015. године.

3.4. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ХЕПАТИТИСА Б

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

У 2006. години дистрибуција ове вакцине отпочела је средином године, тако да је било проблема у реализацији вакцинације планираног броја обвезника. Ово се наставило и током 2007. и 2008. године, јер је дистрибуција вакцина за текућу годину почела тек у новембру месецу тих година. У 2009. години одобрена су средства за само око 30% планираних количина, али због кашњења у набавци и дистрибуцији није дошло до реализације ни овог дела плана потреба. Током 2010. и 2011. године набавка и дистрибуција углавном је текла правовремено и континуирано, да би у 2012. години дошло до прекида у централизованог дистрибуцији, а након успостављања до непотпуне доступности у складу са планом потреба. Овај тренд је настављен и током 2013. године са дисконтинуираном и неправовременом дистрибуцијом.

Наведени проблеми су довели до поремећаја у извршењу имунизације по планираним годиштима с последично неадекватним обухватом у многим срединама и током 2014. године, посебно код деце у 12. години живота. Тако је велики број обвезника (негде су то читаве генерације) остао невакцинисан или непотпуно вакцинисан.

Резултати спровођења имунизације против хепатитиса Б приказани су у табели 13. На нивоу Републике Србије обухват вакцином против хепатитиса Б у 1. години живота износи 93,9%, односно процењени 91,9%. У централној Србији обухват износи 93,1%, а у Војводини 96,2%. Анализа успеха вакцинације против хепатитиса Б по окрузима (табела 13) показује да је обухват испод 95% имало девет округа, од укупно 25. Најнижи обухват од 84,6% регистрован је на територији Браничевског округа.

Приказани резултати по општинама (табеле 14 и 14а) показују да је 46 општина (40%) у централном делу Србије имало обухват испод 95% планиране популације и девет

(20%) на територији Војводине. Најнижи обухват на нивоу општина бележе Кладово (32%) и Ириг (70,5%).

На нивоу Републике Србије обухват вакцином против хепатитиса Б у 12. години живота износи само 78,1%. У централној Србији он износи 73,6%, а у Војводини 90%. Евидентан је обухват, који и даље на територији Републике, од увођења у овом узрасту никада није достигао циљну вредност. Анализа успеха вакцинације против хепатитиса Б по окрузима (табела 13) показује да су обухват од 95% и више имала само два округа (Зајечарски и Сремски) од укупно 25 округа. Најнижи обухват од 36,5% регистрован је на територији Расинског округа.

Приказани резултати по општинама (табеле 14 и 14а) показују да је 57 општина (49,5%) у централном делу Србије имало обухват испод 95% планиране популације и 18 (40%) на територији Војводине. Најнижи обухват на нивоу општина у Војводини бележи Алибунар (31,9%), а у централној Србији општина Крушевац са 5,7%.

3.5. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ОБОЉЕЊА ИЗАЗВАНИХ ХЕМОФИЛУСОМ ИНФЛУЕНЦЕ ТИП Б

Правилником о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС” бр. 11/06) уведена је вакцинација против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип Б. Прва дистрибуција ове вакцине отпочела је средином 2006. године, тако да је било проблема у реализацији, према планираном броју обвезника. Проблеми су настављени и током 2007. и 2008. године, јер су прве количине вакцине дистрибуиране тек у новембру месецу тих година. У 2009. години одобрена су средства за само 30% исказаних потреба, док је током 2010. и 2011. године набавка и дистрибуција углавном ишла правовремено и континуирано, до пред крај 2011. године када је дошло до прекида, уз дистрибуцију вакцина током године са роком који је краћи од препорученог и у количини од 66% плана потреба. У 2012. години дошло је до прекида у централизованом дистрибуцији у трајању од 3 месеца, а након успостављања до непотпуне и неправовремене доступности у складу са планом потреба. Овај тренд је настављен и током 2013. године са дисконтинуираном и неправовременом дистрибуцијом и следственим преливањем и током 2014. године.

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 95,2%. На подручју централног дела Србије обухват је 94,8%, а на територији Војводине 96,3%. Резултати до нивоа округа приказани су у табели 13, односно општина у табелама 14 и 14а. На територији Републике осамнаест од 25 округа (72%) имало је обухват изнад 95%. Најнижа вредност обухвата од 82,8% бележи се на територији Нишавског округа у централној Србији.

Приказани резултати по општинама (табеле 14 и 14а) показују да је 40 општина (34,7%) у централном делу Србије имало обухват испод 95% планиране популације и девет (20%) на територији Војводине. Најнижи обухват на нивоу општина од 57,1% бележи Кучево.

3.6. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ТУБЕРКУЛОЗЕ

Подаци о вакцинацији новорођене деце BCG вакцином у Републици Србији у 2014. години приказани су у табели 15, на основу података из годишњих извештаја института и окружних завода за јавно здравље.

Од 65.840 новорођенчади у 2014. години, BCG вакцином је било обухваћено 64.257 или 97,6% и сви окрузи бележе обухват изнад 95%, изузев Поморавског и Нишавског, на којем се бележи најнижа вредност од 88,4%. Вредност обухвата у централној Србији је 97,2%, а у Војводини 98,7%.

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

У табелама 7б, 10б и 12б приказани су резултати спроведене имунизације, на подручју северног дела Косова и српских енклава на Косову и Метохији у 2014. години, које је доставио ЗЈЗ Косовска Митровица.

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

Ревизија вакциналне картотеке и супервизорске посете

У континуитету, током 2014. 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. Неправовремена доступност више вакцина (BCG, ММР, ДТ, дТ) током спровођења систематских прегледа деце у 7. и 14. години, као и у појединим срединама недовољно кадра, али и одбијање имунизације и немање могућности у разуђеним и сиромашним срединама да родитељи доводе школску децу на вакцинацију у домове здравља, околности током и након поплава у појединим окрузима, утицала је на пад циљних вредности обухвата и компромитовање имунизације, уз потешкоће у организацији извођења и поновним доласцима из удаљених средина.

Епидемиолози ИЈЗ/ЗЈЗ 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. Од средине новембра због актуелне епидемиолошке ситуације морбила спроведена је и ванредна ревизија картотека којом је евидентирано 20.622 невакцинисане и 14.903 неревакцинисане деце у складу са Правилником.

У циљу контроле спровођења програма имунизације, безбедне имунизационе праксе, примене измена и допуна у Правилнику о имунизацији 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, ИЈЗ Србије извршио је надзорне посете у 22 ИЈЗ/ЗЈЗ и на њиховој територији надлежности на по два вакцинална пункта два пута годишње.

Недеља имунизације у Србији 2014. године

У периоду 22–26.4. 2014. године спроведене су активности везане за Недељу имунизације. Обележавање ове девете по реду Недеље имунизације, спроведено је под слоганом „Имунизација за живот” и први пут је истовремено реализована у свим регионима СЗО.

У оквиру континуиране медицинске едукације за примарну здравствену заштиту са темом „Промоција здравља и превенција заразних болести у Републици Србији“, изложена су достигнућа и ограничења у програму имунизације у Републици. Такође, током Недеље имунизације као курс прве категорије реализована је континуирана медицинска едукација „Савремени приступ имунизацији-предрасуде, изазови и стремљења”.

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

У првој половини 2014. године, у општинама са ОПВЗ обухватом испод 95% (28 општина) у 2013. години, на интервенцију националног и окружних координатора за имунизацију, планирана је и предложена вакцинација невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце ради достизања циљног обухвата од 95%.

У општинама са обухватом испод 95% вакцинацијом у другој години ММР вакцином (49 општина), ревакцинацијама у 7. години на интервенцију националног и окружних координатора за имунизацију, планирана је и предложена вакцинација невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце ради достизања циљног обухвата од 95%.

Активности нису могле бити реализоване у целости због неправовремене и неконтинуиране доступности ММР вакцине.

Друге активности на унапређењу надзора и спровођењу имунизације

Током новембра месеца одржан је о округли сто о имунизацији против грипа за лекаре у примарној здравственој заштити у домовима здравља града Београда и Јужнобачког округа, а током децембра округли сто о значају вакцинације деце са

Министарством здравља. Током године интензивно се кроз стручне састанке радило на успостављању и унапређењу надзора и превенције инвазивне пнеумококне болести. Током поплава припремљене су смернице за спровођење имунизације, укључујући и антитетанусну заштиту, као и стручно–методолошко упутство за имунизацију против хепатитиса А.

3.9. 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”, Пастеровог завода за потребе вакциналних пунктова (породилишта, домова здравља, антирабичних јединица и ИЈЗ/ЗЈЗ у 2014. 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 31.12.2014. године попишу и залихе свих вакцина на вакциналним пунктовима.

Проблем у тумачењу података чини чињеница да се реализација плана потреба, односно плана дистрибуције последњег квартала 2013. године прелила у први квартал 2014. године, тако да се календарски план потреба не преклапа са периодом за који је реализовано уговарање (март 2013. – март 2014. године), што је последица временског следа расписивања тендера од стране РФЗО и следствено уговарања. Према достављеним подацима ИЈЗ/ЗЈЗ који се односе на планиране количине вакцина, и оних који се односе на дистрибуиране тешко је тумачити, јер се план потреба не поклапа са уговореним периодом, већ се део количина уговора по вакцинама прелива у први квартал наредне године. Постојање залиха односно расположивих количина на вакциналним пунктовима последица су динамике дистрибуције, а не систематске набавке вакцина која би подразумевала да се у складу са препорука СЗО на вакциналним пунктовима у сваком тренутку налази 25% залиха односно планираних потребних количина вакцина за случај

ванредних ситуација – епидемије, нередовно снабдевање, проблеми у производњи, неправовремена набавка, ванредна стања итд.

У току 2014. године, у Републици Србији је дистрибуирано 140.840 доза BCG вакцине. Према годишњим извештајима института и завода за јавно здравље број бесежиране деце био је 64.257, а растур од 72.228 доза вакцине (51,2%) је у границама дозвољеног (табела 16). Растур је већи због вишедозног паковања, мањег броја деце која се рађају генерално, а посебно у неким срединама и поштовања политике отворених бочица, као и чињенице да је крајње пажљивим руковањем из једне бочице тешко извући на њој наведени број доза. Имајући у виду да је производња ове вакцине јефтина, нико у свету не производи монодозно паковање, јер није финансијски оправдано. Расположиве количине на крају године су износиле 14% планираних количина.

Укупно је дистрибуирано 364.350 доза ОПВ, за вакцинацију и ревакцинацију свих узраста према Календару, а апликовано је 301.621 доза, уз напомену да су расположиве количине ове вакцине на крају 2014. године износиле око 95.553 дозе (27,4%). Растур износи 91.928 доза, што је око 25% и он је у границама дозвољеног (табела 16).

У току 2014. године, дистрибуирано је 162.170 доза ДТП вакцине. Укупно је апликовано 182.217 доза, а растур износи 37.028 доза (22,8%), што је такође у границама дозвољеног (табела 16) док су расположиве количине ове вакцине на крају 2014. године износиле 90.020 дозе (46%).

Укупно је дистрибуирано 110.390 доза ДТ, а апликовано 61.634 дозе. Растур износи 18.041 доза (16,3%) и налази се у границама дозвољеног. Расположиве количине вакцине на крају године износиле су око 69% планираних потреба.

У току 2014. године дистрибуирано је 87.140 доза дТ, а апликовано је 63.963 дозе. Растур износи 17.738 доза што је око 20,3% и у границама је дозвољеног (табела 16а), а имајући у виду и начин организације вакцинације (вакцинација деце код изабраног лекара, а не у школама). Расположиве количине вакцине на крају године износиле су око 42% планираних потреба.

Укупно је дистрибуирано 105.315 доза ММР вакцине, а апликовано 123.112 доза. Растур износи 613 доза што је око 0,5% и у границама је дозвољеног (табела 17). Расположиве количине на крају године износиле су око 43,3% ове вакцине у односу на планирани број доза.

У току 2014. године дистрибуирано је 402.467 доза хепатитис Б вакцине, а апликовано је 351.084 доза. Растур износи 1426 доза што је око 0,3% и налази се у границама дозвољеног (табела 17). Расположиве количине на дан 31.12.2014. године су износиле око 33% планираних количина.

Укупно је дистрибуирано 83.030 доза Хиб вакцине, а апликовано 121.520 доза. Растур износи 1052 дозе што је око 1,2% и налази се у границама дозвољеног (табела 17). На вакциналним пунктовима на крају године налазило се око 42,5% планираних количина.

Укупно је дистрибуирано 29.386 доза хепатитис Б вакцине за постекспозициону заштиту, а апликовано 28.862 доза. Расположиве количине вакцине против хепатитиса Б на крају године износиле су око 56% планираних количина.

Укупно је дистрибуирано 497.260 доза ТТ вакцине, а апликовано 403.055 доза. Растур износи 3085 доза, што је око 0,6% и у границама је дозвољеног (табела 19). На вакциналним пунктовима на крају године налазило се око 195.265 доза (38%) планираних количина ове вакцине.

Количине дистрибуираних и апликованих доза вакцине против беснила су приказане у табели 18. Током 2014. године регистрован је поремећај у снабдевању имуноглобулином и настављено је са праксом спровођења постекспозиционе заштите која није у складу са Правилником. 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.

У сезони 2014/2015. године дистрибуирано је 235.091 монодозних вакцина против грипа (табела 21), а према годишњим извештајима института и завода за јавно здравље вакцинисано је 206.796 лица без података за српске енклаве Косова и Метохије. Растур је у границама дозвољеног, а остало је неискоришћено 25.749 доза (11% дистрибуираних количина), закључно са крајем 2014. године. Актуелна епидемиоилошка 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 годинама након пандемијске, на шта указује висок проценат растура (у односу на само 2% у 2009. години),

односно скоро исте вредности у годинама након пандемијске око 35%, али који је у овој три пута мањи.

3.10. ОБУХВАТ ОСНОВНИМ ВАКЦИНАМА У НЕКИМ ЕВРОПСКИМ ЗЕМЉАМА

У циљу поређења резултата имунизације у Србији са другим земљама, у табели 22. приказане су Мађарска, Румунија, Бугарска и две економски развијене земље (Италија и Француска) за период 2006–2013. година. Подаци су преузети из извештаја СЗО*

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

Кретање обухвата ОПВ3 и ДТП3 у Србији показује тенденцију континуираног одржавања до 2012. године, када се бележе нешто ниже и најмање вредности у посматраном периоду, које се одржавају и током 2013. године, а које су испод просечних вредности за Европски регион. Италија и Француска одржавају стабилним обухват који је изнад просека за Европски регион. Румунија у посматраном периоду бележи најнижу вредност од 88% за ОПВ3.

У обухвату ММР вакцином Мађарска приказује континуирано изузетно висок обухват, док се вредности обухвата одржавају као и у 2013. години у другим земљама и испод су европског просека (95%) и најнижи у Француској. Србија региструје пад обухвата и најнижу вредност (86%) у посматраном периоду.

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 94% у 2013. години је изнад просечних вредности за Европски регион.

*(WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring system, 2013 global summary.<http://www.who.int/whosis>).

Имунизација против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип б у Републици Србији је отпочела крајем 2006. године уз потешкоће и у 2013. години бележи се обухват 95%. Висок обухват бележе скоро све земље са вредностима изнад просека за Европски регион.

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

Пријављивање болести које се могу превенирати вакцинама у 2014. 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.), односно парцијално доступна дијагностика за поједине територије финансирана програмима у делу Републике. 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, као и пертусис. 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 2014. години лабораторијски потврђено 35 случајева морбила у Референтној лабораторији Института за вирусологију, вакцине и серуме Торлак, РСР или налазом IgM антитела. Узорци бриса ждрела случајева послати су на генотипизацију у Регионалну референтну лабораторију за морбиле.

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 2014. 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). Од 1997. године није пријављен ниједан случај дечије парализе изазван дивљим полиовирусом.

ТЕТАНУС

На подручју Републике Србије (без података за Косово и Метохију) није било пријављених случајева тетануса (табеле 24 и 25) за разлику од 2013. године када су пријављена три случаја овог обољења.

Није било регистрованих случајева тетануса новорођенчади у 2014. 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 2014. години у Републици Србији оболела 281 особа (инциденција 3,92/100.000 становника), без података за Косово и Метохију. На територији Војводине оболело је 247 особа (инциденција 12,91/100.000 становника). У централној Србији регистрована су 34 случаја оболевања од великог кашља са инциденцијом 0,64/100.000 становника (табеле 24 и 26).

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

МАЛЕ БОГИЊЕ

У 2014. години је забележено 37 случајева морбила у Републици (стопа инциденције 0,49/100.000), од 8 пријављених сумњи у новембру лабораторијски је потврђено 6, а од 57 у децембру потврђено је 29 и два случаја су епидемиолошки повезана. Према територијалној дистрибуцији 21 случај је регистрован у граду Београду, 9 на територији Јужнобачког округа (седам потврђених и два епидемиолошки повезана), три на територији Мачванског и по један на територији Сремског и Јужнобанатског округа. Највећи број оболелих је у узрасту изнад 30 година (35%), потом у узрасту 20–29 година (34%), по 11,4% у узрасту 1–4 и 15–19 година и 0,5% у узрасту 10–14 година. Невакцинисани и са непознатим вакциналним статусом се региструју у преко 85%, а код 4 случаја реч је о непотпуно вакцинисаним лицима са једном дозом и једна особа је потпуно вакцинисана.

Дана 19. децембра 2014. године, ИЈЗ Војводине је пријавио епидемију морбила на Јужнобачком округу са почетком 14.11.2014, откривањем 17.12.2014, са непознатим бројем експонираних, са 7 оболелих и два хоспитализована случаја. Дана 29.12.2014. године ГЈЗ Београд је доставио информацију о епидемији морбила, а 6.1.2015. године ИЈЗ Србије пријаву епидемије са почетком 28.10.2014. године, откривањем 26.12.2014. године са непознатим бројем експонираних, са 13 оболелих и шест хоспитализованих случајева. Имајући у виду идентификована три потенцијална географска подручја могуће импорације, генотипизација ће се радити у Референтној регионалној лабораторији у Луксембургу у циљу доказивања генотипа вируса. Импортациони статус је могуће тек тада верификовати, имајући у виду вредности индикатора квалитета у надзору до увођења поопштреног надзора, након потврде првог случаја морбила у овој години.

Извештај о активном надзору над морбилама

Активни надзор над морбилама и недељно нулто извештавање из 354 надзорне јединице са територије надлежности мреже ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ успостављено је од 1.2.2009. године на територији целе Републике. О актуелној епидемиолошкој ситуацији у Европи и земљи окружни координатори су информисани повратно, укључујући и активности током Недеље имунизације у априлу 2014. године и шестомесечни извештај о активном надзору. У табели у прилогу 1. је приказан очекивани и пријављени број суспектних случајева морбила током 2014. године. Региструју се и даље „неме зоне” или је пријављени број случајева испод очекиваног на територији округа.

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

Закључно са 31.12.2014. пријављен је 81 суспектан случај морбила, од очекиваних 147 на годишњем нивоу, чиме очекивана вредност индикатора *stone суспектних случајева* од најмање 2/100.000 популације или 1/100 000 популације у најмање 80% округа није достигнута и износи 0,55/100 000 и није достигнута ни након увођења поштреног епидемиолошког у Републици крајем новембра, након регистровања првог случаја морбила на територији града Београда. Израчунавање и тумачење других индикатора, сходно напред наведеном, безпредметно је .

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

Табела 1. Очекивани број суспектних/број пријављених суспектних случајева морбила на територији Републике Србије током 2014. године (2/100.000 популације) из надзорних јединица

ОКРУГ	Број становника	Број очекиваних/пријављених случајева
Севернобачки	193.329	4/0
Средњебанатски	195.190	4/0
Севернобанатски	155.387	3/2

Јужнобанатски	303.392	6/2
Западнобачки	197.974	4/0
Јужнобачки	605.720	12/22
Сремски	328.397	7/3
Мачавански	313.798	6/5
Колубарски	182.015	4/1
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	2/0
Златиборски	299.360	6/1
Моравички	216.977	4/1
Рашки	298.444	6/0
Расински	246.522	5/0
Нишавски	375.453	8/1
Топлички	95.703	2/0
Пиротски	97.223	2/1
Јабланички	229.430	5/2
Пчињски	228.704	4/0
Град Београд	1.621.396	32/42
Р. Србија	7.350.222	147/ 81

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

Током 2012. године је формирана Регионална верификациона комисија за елиминацију морбила и рубеле, а почетком 2013. године и Национални комитет за верификацију елиминације морбила и рубеле, који је крајем јула 2013. године поднео потребну документацију за период 2010–2012. година за Републику Србију (подаци из епидемиолошког и вирусолошког надзора, увођење имунизације против морбила и рубеле, обухват спровођења итд), као и крајем јула 2014. године за 2013. годину.

Преко 22 000 случајева морбила је регистровано у Европи током 2014. године и у прва два месеца 2015. године у 7 земаља у епидемијама (Киргистан, БИХ, Руска Федерација, Грузија, Италија, Немачка, Казахстан), тако да се достизање циља доводи у питање. На основу података ECDC, у 30 земаља Европске уније, пријављено је 3616 случајева, од којих 58,5% чине случајеви регистровани у Италији и Немачкој. Око 70% случајева је лабораторијски потврђено, а 89,5% случајева је имало податке о вакциналном статусу од којих је 83% невакцинисано. У узрасној групи од 1–4 године, 75% случајева је невакцинисано. Нису регистровани смртни исходи, а регистровано је 5 случајева са акутним енцефалитисом.

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.

ЗАУШКЕ

Од заушака су у Републици Србији (без Косова и Метохије) током 2014. године оболеле су 63 особе (у 2013. години 64), са инциденцијом 0,87/100.000 становника (табела 24). У централној Србији пријављено је 55 оболелих (1,04/100.000), а у Војводини 8 (0,41/100.000). Није било регистрованих епидемија ове болести током 2014. године.

РУБЕЛА

Од рубеле су у Републици Србији током 2014. године оболеле две особе (11 у 2013. години) са инциденцијом од 0,02/100.000 становника (табела 24), обе на територији централне Србије (0,03/100.000).

ХЕПАТИТИС Б

У Републици Србији, током 2014. године, пријављене су 172 особе оболеле од акутног хепатитиса Б (према 185 оболелих у 2013. години), са инциденцијом од 2,4/100.000 становника (табела 24) и леталитетом од 0,6%. Инциденција у централном делу Србије износи 2,62/100.000 становника (138 оболелих особа), а у Војводини 1,77/100.000 (34 оболеле особе). Регистрован је један смртни исход у централној Србији са Мт 0,01/100.000.

ОБОЉЕЊА ИЗАЗВАНА ХЕМОФИЛУСОМ ИНФЛУЕНЦЕ ТИП Б

Према Правилнику о пријављивању заразних болести и других случајева утврђених Законом („Сл. гласник РС“бр. 98/05) предвиђено је пријављивање обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип Б појединачном пријавом, а пнеумоније изазване хемофилусом инфлуенце тип Б збирном пријавом. Током 2014. године у Републици Србији пријављено је 30 оболелих особа са инциденцијом од 0,41/100.000 становника. Инциденција у централном делу Србије износи 0,45/100.000 (24 оболела), а у Војводини 0,31/100.000 односно 6 оболелих. У овој години није регистрован ниједан смртни исход као последица овог обољења.

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

У циљу поређења броја оболелих од болести против којих се спроводи имунизација у Србији са другим земљама, приказане су Мађарска, Румунија, Бугарска и две економски развијене земље (Италија и Француска) у периоду 2006–2013. година, у табели 28. Подаци су преузети из извештаја СЗО*

*(WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring system, 2012 global summary.<http://www.who.int/whosis>).

Србија бележи ниску стопу инциденције великог кашља у 2013. години, нижу у односу на претходну 2012. годину. Бугарска бележи највишу стопу инциденције.

Према подацима за наведени период када су у питању морбили, Румунија бележи највишу вредност стопе инциденције у 2014. години, али знатно нижу у односу на претходну епидемијску годину.

Заушци су проблем у земљама које не спроводе систематску имунизацију против ове болести или је спроводе са нижим обухватом, а у Србији је регистрована највиша стопа (0,86/100.000) али без епидемијског јављања ове болести. Када је у питању рубела, нешто виша стопа у односу на остале земље региструје се у Румунији, али је значајно нижа у односу на претходну годину коју је карактерисало епидемијско јављање ове болести.

4. ПРОГРАМ ОБАВЕЗНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ЛИЦА ЕКСПОНИРАНИХ ОДРЕЂЕНИМ ЗАРАЗНИМ БОЛЕСТИМА

4.1. ЗАШТИТА ОД ХЕПАТИТИСА Б

На територији Републике Србије (без података за Косово и Метохију), према подацима института и завода за јавно здравље, у 2014. години тестирано је укупно 225.550 особа (у односу на 250.196 тестираних у 2013.) 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 76,3%, а потом труднице (11,4%) и групе из ризика са 11,3% (табела 29).

Носилаштво HBsAg откривено је код 891 особе или код 0,40% тестираних. Највеће учешће позитивних особа се региструје у групама из ризика (2,4%), потом код трудница (0,26%) и на крају код добровољних давалаца крви (0,11%). Вакцинисано је по епидемиолошким индикацијама 5978 лица. Према учешћу структуре вакцинисаних са 58,8% здравствени радници су на првом месту, затим следе са 15,7% особе на дијализи, са 9,5% ученици и студенти здравствене струке, полни партнери HBsAg позитивних и инсулин зависни дијабетичари са по 5,1% и 5,8% све остале категорије (табела 30).

На носилаштво HBsAg тестирано је 25.729 трудница (29.672 у 2013. години). Ако се има у виду да је регистрован 57.081 порођај (без података за Нишавски и Топлички, Севернобачки и Средњебанатски округ), тестирањем на носилаштво HBsAg било је обухваћено око 45% трудница, а позитиван налаз је откривен у 66 случајева (0,26% тестираних). На основу достављених података (табела 30) вакцинисано је 37 новорођенчади чије су мајке HBsAg антиген позитивне (у 2013. години вакцинисано је 25 новорођенчади). Иако Правилник о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС”бр. 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.

4.2. ЗАШТИТА ОД ТЕТАНУСА

У току 2014. године на територији Републике Србије (без података за Косово и Метохију) регистровано је 210.165 повређених лица, што је за око 5,2% више од броја регистрованих у 2013. години (199.726). 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 20,1%, оних којима је била потребна једна доза вакцине и НТIg 34,5% и учешће од 45,4% односи се на особе које нису вакцинисане, непотпуно вакцинисане или немају доказе о вакцинацији. Из ове последње категорије потпуна имунизација је спроведена код око 68,5% повређених.

4.3. ЗАШТИТА ОД БЕСНИЛА

Према подацима института и завода за јавно здравље (без података за Београд), у 2014. години регистровано је 13.937 озлеђених особа. Укупно су заштићена 903 лица, а превентивно је вакцинисано њих 59 (табела 32).

5. ПРОГРАМ ИМУНИЗАЦИЈЕ ЛИЦА ПО КЛИНИЧКИМ ИНДИКАЦИЈАМА

5.1. ЗАШТИТА ОД ГРИПА

Према подацима о спровођењу имунизације против грипа, пристиглим из института и завода за јавно здравље, у 2014. години вакцинисано је 206.796 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 235.091 доза а апликовано 209.623 доза вакцине против грипа. Код 57,6% вакцинисаних индикације за вакцинацију су биле епидемиолошке, а у 42,4% клиничке. У категорији епидемиолошких индикација особе старије од 65 година су учествовале са 80,5%, потом следе запослени у здравственим установама са 9,5%, а све остале категорије са 10% (табела 34).

6. ПРОГРАМ ИМУНИЗАЦИЈЕ ПУТНИКА У МЕЂУНАРОДНОМ САОБРАЋАЈУ

У току 2014. године Институт за јавно здравље Србије посетило је 2287 путника који су едуковани о основним карактеристикама, превенцији и контроли заразних болести којима ће бити изложени током пута, односно у одредишту (у 2013. години тај број је износио 2816).

Поред здравствене едукације, код њих је спроведена имунопрофилактика са једном или више врста вакцина. Укупно је дато 2344 доза вакцина (табела 35). Путници су најчешће вакцинисани против жуте грознице, хепатитиса Б, тетануса, менингококног менингитиса А+С, хепатитиса А, морбила, заушака и рубеоле, трбушног тифуса.

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 (252), путници за потребе прекоокеанске пловидбе (220), затим Нигерија (193), а потом следе остале дестинације (Ангола и Екваторијална Гвинеја). Регистровано је 1255 особа за одлазак у маларична подручја, углавном у земље са високим ризиком од *P. Falciparum* (1117) у комбинацији са резистенцијом на антималярике или са

ниским/средњим ризиком од *P. falciparuma* у комбинацији са високом нивоом резистенције на антималярике.

7. НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ НАСТАЛЕ НАКОН ИМУНИЗАЦИЈЕ

Нежељена реакција након имунизације је медицински инцидент који се догодио после извршене имунизације и може се повезати са имунизацијом.

Грешке у програму имунизације су медицински инциденти који су изазвани грешкама у транспорту, чувању, руковању или давању вакцина.

Медицински инцидент који би се десио без обзира да ли је особа претходно била имунизована или не, коинцидентална је нежељена реакција.

Према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС”бр. 11/06) дефинисане су процедуре у надзору над тежим нежељеним реакцијама, као и доношењу закључака и издавању потврда о утврђеним тежим нежељеним реакцијама, односно утврђеним трајним контраиндикацијама од стране Стручног тима на нивоу округа. На обрасцу бр 3. 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. ИЗЈЗ Србије је на основу достављених података на обрасцу бр. 5 извештавао Агенцију за лекове и медицинска средства и произвођача о тежим нежељеним реакцијама односно контраиндикацијама утврђеним од стране надлежног Стручног тима.

Током 2014. године Институту за јавно здравље Србије достављено је 219 пријава нежељених реакција након имунизације (136 на DTP; три на BCG; 23 на DT, dT и TT; 24 на MMR; три на ActHib; пет на вакцину против хепатитиса Б; 19 на Pentaxim, две на Infanrix-IPV-Hib, и по једна на комбиновану петовалентну вакцину, Vaxigrip, Prevenar и Synflorix).

У формираном регистру за 2014. годину за ниво Републике Србије налази се 71 тежа нежељена реакција, односно 90 трајних контраиндикација од којих су 62 последица тежих нежељених реакција а 28 су примарно утврђене контраиндикације, које су верификоване од стране територијално надлежних Стручних тимова.

Као и претходних година, региструје се пријављивање тежих 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 тежих нежељених реакција чак 86% (61) реакција је регистровано и пријављено на територији Војводине односно у три округа (Сремски, Јужнобачки и Севернобачки). Неопходан је активнији приступ надзорним активностима у овој области у осталим срединама.

Анализом образаца бр. 3 достављених током 2014. године, највише тежих нежељених реакција 63 односно 88,7% пријављено је након примене ДТП вакцине. Од ових реакција најчешће је регистрован неутешан плач (51) који је трајао дуже од три сата, а који је сходно Правилнику трајна контраиндикација за апликовање целуларне пертусис компоненте вакцине.

Код шесторо деце радило се о тежим реакцијама локалног типа на месту апликације вакцине, у два случаја о конвулзијама и стању сличном шоку, у два случаја о реакцијама типа изражене периферне цијанозе, код једног детета пријављена је анафилактичка реакција а код једног изразито висока t (40°C).

Код двоје деце пријављена је алергијска реакција на Пентаксим вакцину, а код једног стање слично шоку након примене комбиноване петовалентне вакцине. Код једног детета пријављен је лимфаденитис након примљене БЦГ вакцине, а код једног генерализована уртикарија након примене ОПВ. По једна тежа локална реакција пријављена је на Ацт Хиб и ДТ вакцину, а код једног детета пријављена је повишена температура уз болове у абдомену и честе епистаксе након примене вакцине против хепатитиса Б.

Према подацима ИЈЗ/ЗЈЗ наведеним у табели 36, пријављено је 236 нежељених реакција након имунизације надлежним епидемиолошким службама на територији Републике Србије. Од тога броја у 67 случајева су утврђене теже нежељене реакције. Наведени број се не подудара у потпуности са званично пристиглим подацима Одељењу за надзор над вакцинама превентабилним болестима и имунизацију на прописаним обрасцима у складу са Правилником (раније наведен Регистар). Број утврђених трајних контраиндикација (93) такође се не подудара са званично пристиглим подацима на

прописаним обрасцима, а њих чине примарно или секундарно настале трајне контраиндикације.

У односу на претходну годину кроз надзор над нежељеним реакцијама након имунизације бележи се већи број тежих нежељених реакција, односно већи број примарних контраиндикација, а и даље се региструје неравномерно и неуједначено пријављивање. Поједини окрузи не достављају пријаве нежељених реакција, што говори о пасивном приступу и неадекватном надзору односно непоштовању Правилника. Перзистирају и одређени ограничавајући фактори који утичу на квалитет надзора: педијатри/лекари недовољно су заинтересовани/мотивисани за пријављивање, недовољно се поштују процедуре 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 неадекватна највећим делом због неусаглашености законске регулативе.

Неопходно је унапређење квалитета надзора 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.

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

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

У 2014. години навршило се 16 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 2014. години износио је 359 што је нешто мање у односу на претходну годину, када је регистровано 416 случајева. Полио се ендемски одржава у три земље (Нигерија, Пакистан и Авганистан) и у њима је пријављено 340 случајева односно око 97% од укупно пријављених случајева, за разлику од 2013. године када је 40% случајева регистровано у ендемским земљама и слично као 2012. године када је такође 97% случајева пријављено у ендемским земљама.

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

Епидемиолошку ситуацију полиомијелитиса у 2013. години обележила је епидемија ове болести у Сирији, са 25 потврђених случајева. Последњи потврђени случај, пре ове епидемије, регистрован је 1999. године. Ради се о WPV1 соју пореклом из Пакистана. Пријављени обухват ОПВ3 у Сирији био је преко 90% све до 2010. године када долази до његовог пада а 2012. године износи свега око 68%.

У Израелу и палестинским провинцијама Газе и Западне обале потврђен је током 2013. године дивљи полиовирус WPV1 у 136 а током 2014. године у 14 узорака отпадних вода, кроз надзор над полиовирусима у животној средини. У Израелу је према подацима ECDC 2013. године WPV1 потврђен и у узорцима столица 42 особе које су претходно биле вакцинисане ИПВ. Није било регистрованих случајева паралитичког полиомијелитиса. У

овој земљи од 2005. у примени је искључиво ИПВ али је донета одлука да се ОПВ поново уведе у национални Календар.

Након пуне три године без дечје парализе Индија и још 10 земаља односно регион Југоисточне Азије проглашен је у марту 2014. године *polio-free* регионом (четврти регион СЗО без дечје парализе).

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 интензивирао је од фебруара 2007. године. Ово се пре свега односи на примену моновалентних вакцина. Предвиђени циљеви нису у потпуности остварени превасходно због недовољно ефикасних кампања имунизације спроведених у Нигерији, деловима Пакистана, јужном региону Авганистана, као и у неким земљама у којима се трансмисија вируса одржавала 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 2014. години, према подацима СЗО регистрована су 54 случаја а у 2013. години 66 случајева).

Након прегледа и оцене сертификационе документације земаља чланица, Регионална сертификациона комисија за ерадикацију полиомијелитиса (енг. RCC) на свом 28. састанку, одржаном 3–5.6.2014. 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 половирусима у Европском региону саставни је део надзора над овим вирусима на глобалном нивоу.

Земље у којима је ризик од успостављања трансмисије дивљег полиовируса након евентуалног импортовања веома висок су Босна и Херцеговина, Грузија, Румунија и Украјина. Овоме је додато још 14 земаља, међу којима је и Србија, са ризиком умереног интензитета.

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.

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

У складу са глобалним стратешким планом за ерадикацију полиомијелитиса за период 2013–2018. године један од главних циљева је јачање рутинске имунизације, прекид примене ОПВ (која садржи тип 2) и постепено увођење инактивисане полиовакцине ИПВ. Препорука је да све земље које примењују ОПВ пређу са тровалентне на двовалентну (1 и 3) најкасније до средине 2016. године и да претходно тј. најкасније до краја 2015. године уведу најмање једну дозу ИПВ у примовакцинацију.

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

Наша земља је у непосредном окружењу земаља које је СЗО прогласила земљама високог ризика за успостављање трансмисије у случају импортовања дивљег полиовируса, а и сама је у групи земаља са умереним ризиком. Осим тога, више пута је потврђен илегални транспорт и боравак у Србији људи из земаља (азиланти) у којима се дивљи полиовирус ендемски одржава или је његова циркулација поново успостављена.

У Србији је током 2014. године регистрован обухват ОПВ3 од 95,1%, обухват у пет округа је испод 95% (Град Београд, Браничевски, Поморавски, Рашки и Пчињски) а у једном испод 90% (Нишавски). Број општина са обухватом испод 95% у 2014. години износио је 19 а са обухватом испод 90% региструје се чак у 21 општини. Ако се овоме дода чињеница да је обухват вакцинацијом против полиомијелитиса деце из ромске популације веома низак (20–30%) као и претходно наглашено присуство азиланата који

долазе из ендемских земаља и земаља у којима се региструје циркулација вируса, статус „земље без полиомијелитиса” може бити угрожен.

Обухват имунизацијом ОПВ3 достигао је у 2014. години критеријуме СЗО на националном нивоу (95,1%), али осим нерешеног проблема имунизације тешко доступних вулнерабилних популационих група, постоји и проблем територија (округа и општина) са ниским обухватом.

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

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

У првој половини 2014. године, у општинама са ОПВ3 обухватом испод 90% и 95% у 2013. 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 2014. у већини су достигли циљне вредности на националном нивоу али нису на окружним нивоима, где и даље перзистирју тзв. „неме зоне” тј. окрузи без пријављених случајева и окрузи у којима број пријављених не достиже број очекиваних АФП случајева.

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

Дефиниција случаја АФП

Клиничка дефиниција случаја

Свака особа испод 15 година старости са акутном флакцидном парализом*, или свака особа са паралитичком болести 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 2014. години пријављено је 16 случајева АФП са стопом *не-полио* АФП/100.000 становника испод 15 година старости од 1,56. Када је у питању територијална дистрибуција, три случаја територијално припадају Војводини (стопа 1,08) а 13 централној Србији (стопа 1,73). Циљ је најмање 1/100.000 (табела 37). Ово је нешто бољи резултат у односу на претходну годину када је пријављено 15 случајева.

Као и претходних година бележи се висока стопа за правовременост и потпуност. Правовременост извештавања током 2014. године износила је 98%. Циљ је 80%. Потпуност извештавања бележи вредност од 99%. Циљ је 90%. Недељни нулти извештаји из српских енклава Косовско-митровачког округа редовно су стизали али нису анализирани.

Од пријављених 16 случајева, пет није пријављено из надзорних јединица којима територијално припадају (Пчињски, Јужнобанатски, Сремски, Колубарски и Расински).

Процент случајева пријављених унутар седам дана од почетка парализе износи 75% што се може окарактерисати као добар резултат с обзиром на велики број пропуштених случајева. Циљ је 80%.

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

Веома важан индикатор квалитета надзора, који се односи на проценат случајева са два адекватно узета узорка столице, у размаку од најмање 24–48 сати а унутар 14 дана од појаве парализе, примљених у „добром стању” у лабораторију бележи вредност 93,7%., што је такође показатељ ефикасности рада епидемиолошке службе с обзиром на број пропуштених случајева. Циљ је 80%.

Процент АФП случајева са узорцима столице који су допремљени у лабораторију унутар 72 сата од узимања износи 100%. 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 62,5% случајева. Циљ је 80%. Код седам случајева регистрована је резидуална пареза/парализа.

Финална класификација је обављена за све случајеве, а унутар предвиђених 90 дана од почетка парализе за 11 случајева (68,7%) а циљ је 80%. Сви случајеви су класификовани као полио одбачени случајеви. 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. Ataxia cerebellaris ac.
002. Myelitis transversalis
003. Haemiparesis lat.dex. (без коначне дг.)
004. Syndroma Guillain Barre
005. Haemiparesis lat.dex. (без коначне дг.)
006. Neoplasma intraspinalis
007. Polyneuropathia inflamatoria
008. Haemiparesis transitoria (без коначне дг.)
009. Tu spinalis extraduralis et intradularis
010. Haemiparesis (без коначне дг.)
011. Syndroma Guillain Barre
012. Polyradiculoneuritis ac.
013. Myelitis transversa acuta in morbo demyelinati CNS
014. Без коначне дг.
015. Monoparesis extremitatis superioris transitoria (без коначне дг.)
016. Encephalomyelitis non specificata

Квалитет АФП надзора у току 2014. године достигао је индекс квалитета од 0,94 (табела 38), што је нешто изнад циљних 0,80.

Поређењем пријављеног и очекиваног броја АФП случајева (у односу на популацију деце на коју се вредности израчунавају) у периоду 2012–2014. године следећи окрузи су без пријављених случајева (неме зоне): Подунавски, Браничевски, Шумадијски, Поморавски, Борски и Пиротски. Још три округа су пријавила мањи број случајева од очекиваног (табела 2).

Табела 2. Број очекиваних и пријављених АФП случајева у периоду 2012–2014. године

Округ	Број очекиваних случајева	Број пријављених случајева
Севернобачки	1	2
Севернобанатски	1	1
Средњембанатски	1	1
Јужнобанатски	2	1
Западнобачки	1	1
Јужнобачки	3	4
Сремски	2	4
Београд	8	8
Мачвански	2	1
Колубарски	1	3
Подунавски	1	0
Браничевски	1	0
Шумадијски	2	0
Поморавски	1	0
Борски	1	0
Зајечарски	1	2

Златиборски	2	3
Моравички	1	3
Рашки	2	5
Расински	2	1
Нишавски и Топлички	3	4
Пиротски	1	0
Јабланички	2	2
Пчињски	2	2
Укупно	44	48

Посебно треба инсистирати на остваривању и одржавању следећих индикатора квалитета АФП надзора (табела 3):

- 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 h (неопходно је уложити напор да се постигнути резултат побољша у наредном периоду).
- Контролни преглед случаја треба да се обави унутар 60 дана од почетка парализе (иако су и претходне године 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 допринси релативно ниској вредности овог индикатора већ више година).

Табела 3. 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 1 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

9. ПРОБЛЕМИ У СПРОВОЂЕЊУ ПРОГРАМА ИМУНИЗАЦИЈЕ У СРБИЈИ

Сагледавајући надзорну и координативну функцију ИЈЗ 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 ИЈЗ/333 у 2014. години, што може да се одрази на колективни имунитет популације као отворена претња са несагледивим последицама.

У складу са Правилником о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС”бр. 11/06, 25/13) ИЈЗ Србије је направио План потреба вакцина и имунобиолошких препарата за ниво Републике за 2014. годину и доставио РФЗО у јулу 2013. године

Реализација тендера за 2014. годину спроведена је током првог квартала 2014. за период март 2014.– март 2015. године, укључујући и тендер за набавку петовалентне комбиноване вакцине чија је примена током 2014. године поново одлагана два пута на 1.1.2015. године.

Неприхватање указивања на правовремено расписивање тендера и садржај и реализацију уговора који ће обезбедити правовремену доступност вакцина доводи и током 2014. до прекида у спровођењу имунизацијом ММР и ДТ вакцинама.

Реализација испорука вакцина по Уговору о спровођењу плана производње, дистрибуције и снабдевање вакцинама за 2014. годину потписаног између РФЗО и Института Торлак, закључно са мартом 2015. године

У складу са Уговором о спровођењу плана производње, дистрибуције и снабдевање вакцинама за 2014. годину, Институт за јавно здравље Србије упутио је почетком априла месеца Институту за вирусологију вакцине и серуме Торлак захтев за испоруку БЦГ вакцине у количини од 46.940 доза, Дитеваксал-Т вакцине (ДТ) у количини од 62.080 доза и Дитеваксал-Т вакцине за одрасле (дТ) у количини 43.570 доза што су количине предвиђене Планом односно Уговором за први квартал (1.4–30.6.2014. год.).

Укупно је испоручено према уговору за први квартал 46.940 доза БЦГ, 43.570 доза дТ и 61.850 доза ДТ, закључно са јулом 2014. године. Током августа дистрибуирано је 230 доза ДТ вакцине намењених ЗЈЗ Косовска Митровица.

ИЈЗ Србије упутио је средином маја месеца Институту Торлак захтев за испоруку Алдипете-Т вакцине (ДТП) у количини од 65.000 доза и Тетаваксал-Т вакцине (ТТ) у количини од 125.870 доза што су количине предвиђене Планом односно Уговором за први квартал (1.4–30.6.2014.).

Укупно је испоручено према уговору за први квартал свих 65.000 доза ДТП и 125.870 доза ТТ вакцина. Испорука је реализовна током маја месеца.

ИЈЗ Србије је почетком јуна месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку 46.860 доза БЦГ што је уговорена количина за други квартал (1.7–30.9.2014.). Током јуна месеца испоручено је ГЗЈЗ Београд 13.060 доза а осталим И/ЗЈЗ планиране количине су испоручене током јула месеца. Укупно је испоручено према уговору за други

квартал 46.260 доза БЦГ, закључно са јулом. Током августа дистрибуирано је 600 доза БЦГ вакцине намењених ЗЈЗ Косовска Митровица.

ИЈЗ Србије је средином августа месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку 65.000 доза ДТП и 125.870 доза ТТ вакцине, што је уговорена количина за други квартал (1.7-30.9.2014. год.). Укупно је испоручено у августу према уговору за други квартал 65.000 доза ДТП и 125.870 доза ТТ вакцине.

ИЈЗ Србије је средином септембра месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку 46.940 доза БЦГ вакцине, 26.580 доза ДТ и 43.570 доза дТ, што је уговорена количина за трећи квартал (1.10.–31.12. 2014.). Укупно је испоручено у септембру према уговору за трећи квартал 46.940 доза БЦГ вакцине, 26.580 доза ДТ и 43.570 доза дТ.

ИЈЗ Србије је током новембра месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку 29 720 доза ДТП и 125 870 доза ТТ вакцине, што је уговорена количина за трећи квартал (1.10.–31.12.2014. год.)

Током новембра /децембра месеца испоручено је 29. 940 доза ДТП вакцине и 125 870 доза ТТ вакцине.

ИЈЗ Србије је упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку 35.060 доза ДТП, што је део уговорене количине за трећи квартал (1.10.–31.12.2014. год.)

Током марта месеца 2015. године испоручено је 35.060 доза ДТП вакцине.

ИЈЗ Србије је током децембра месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку преосталих 46.560 доза БЦГ вакцине, што је уговорена количина за четврти квартал (1.1.- 31.3. 2015.) Током јануара месеца 2015. године испоручено је 46.560 доза БЦГ вакцине.

Реализација испорука вакцина по уговору бр. 28-1-14, уговору 28-2/14, односно анексу претходног уговора о продаји вакцина за обавезну имунизацију за 2014. годину, као и по уговору бр. 45-1/14 потписаног између РФЗО и Института Торлак, закључно са мартом 2015. године

У складу са Уговором о спровођењу плана производње, дистрибуције и снабдевање вакцинама за 2014. годину, Институт за јавно здравље Србије упутио је почетком априла месеца Институту за вирусологију вакцине и серуме Торлак захтев за испоруку ММР (Trimovax) вакцине у количини од 42.126 доза и 306 доза менингококне (Meningococcal

A+C) вакцине што су количине предвиђене Планом односно Уговором за први квартал (1.4–30.6.2014. год.).

Здравственим установама које обављају послове јавног здравља за територију више општина односно града испоручено је током јула 41.326 доза ММР вакцине и 306 доза менингококне вакцине. Укупно испоручена количина одговара планираној за први квартал али не одговара у потпуности планираним количинама до нивоа округа. ЗЈЗ Суботица је накнадно, почетком августа испоручена количина од 1890 доза ММР, као и дистрибуција 800 доза ММР вакцине намењених ЗЈЗ Косовска Митровица.

ИЈЗ Србије је средином августа месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку 21.063 дозе ММР вакцине, што је уговорена количина за други квартал (1.7–30.9.2014.). Укупно је испоручено у августу према уговору за други квартал 21.063 дозе ММР вакцине, односно са претходно наведим укупно 23.753 дозе.

ИЈЗ Србије упутио је почетком маја месеца Институту Торлак захтев за испоруку хепатитис Б вакцине за децу (Engerix В за децу) у количини од 109.132 дозе и хепатитис Б вакцине за одрасле (Engerix В за одрасле) у количини од 9790 доза што су количине предвиђене Планом односно Уговором за први квартал (1.4–30.6.2014. год.). Испоручено је током маја 101.240 доза хеп. Б вакцине за децу током маја и још 5840 доза током јула месеца и 9.690 доза хеп Б вакцине за одрасле.

Укупно је испоручено према уговору за први квартал 107.080 доза Хеп Б вакцине за децу и 9.690 доза вакцине за одрасле, закључно са јулом. Током августа реализована је дистрибуција 2055 доза Хеп Б вакцине за децу и 100 доза хепатитис Б вакцине за одрасле ЗЈЗ Косовска Митровица.

ИЈЗ Србије упутио је средином августа упутио Институту Торлак захтев за испоруку хепатитис Б вакцине за децу (Engerix В за децу) у количини од 109.132 дозе и хепатитис Б вакцине за одрасле (Engerix В за одрасле) у количини од 9790 доза што су количине предвиђене Планом односно Уговором за други квартал (1.7.–30.9.2014. год.), а које су током августа дистрибуиране, односно на основу претходно наведеног, укупно 111.147 доза хеп. Б вакцине за децу (40 доза мање ЗЈЗ Панчево) и 9890 доза хеп Б вакцине за одрасле.

ИЈЗ Србије је почетком јуна месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку 116.400 доза ОПВ, 40.000 доза Хиб вакцине (Аст-НПВ) што је уговорена

количина за други квартал (1.7–30.9.2014.) и 814 доза ИПВ (квартал 1.4–30.6.2014.). Током јула месеца испоручено је 114.120 доза ОПВ, 776 доза ИПВ и 39.000 доза Хиб вакцине. Током августа испоручено је 1960 доза ОПВ (мање за 320 доза од планираних, а које су дистрибуиране током новембра/децембра ЗЈЗ К. Митровица), 38 доза ИПВ и 1.000 доза Хиб вакцине намењених ЗЈЗ Косовска Митровица.

ИЈЗ Србије је средином септембра месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку 813 доза ИПВ, што је уговорена количина за трећи квартал (1.10.–31.12.2014.). Укупно је испоручено у септембру према уговору за трећи квартал 530 доза ИПВ, а у октобру 3 дозе, док је преосталих 280 доза испоручено ГЈЗ Београд током новембра/децембра.

ИЈЗ Србије је током септембра упутио допис Институту Торлак да припреми дистрибуцију 1800 доза коњуговане пнеумококне вакцине, што је уговорена количина за трећи квартал (1.10.–31.12.2014.). ИЈЗ Србије је током октобра месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку 116.400 доза ОПВ, 40.000 доза Хиб вакцине (Аст-НІВ), 42.126 доза ММР вакцине и 306 доза Менингококне А+Ц вакцине, што је уговорена количина за трећи квартал (1.10.–31.12.2014.) Током октобра месеца испоручено је 116.400 доза ОПВ, 20.000 доза Хиб вакцине (Аст-НІВ), као и 1799 доза коњуговане пнеумококне вакцине и 42.126 доза ММР вакцине. ИЈЗ Србије је током новембра месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку 109 132 доза доза хепатитиса Б за децу и 9806 доза хепатитис Б вакцине за одрасле, што је уговорена количина за трећи квартал (1.10.–31.12.2014.) Током новембра/децембра месеца испоручено је 107.172 дозе хеп. Б за децу (2000 доза мање Београду, а 40 доза дуга ЗЈЗ Панчево испоручено) и 9806 доза хепатитис Б вакцине за одрасле.

Крајем децембра 2014. године дистрибуирано је 2000 доза хеп. Б за децу ГЈЗ Београд, 20.000 доза Хиб вакцине (Аст-НІВ), што је друга половина уговорених количина за квартал (1.10.–31.12.2014.) и једна доза коњуговане пнеумококне вакцине.

ИЈЗ Србије је током децембра месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку преосталих 37942 дозе ММР вакцине, што је уговорена количина за четврти квартал (1.1.–31.3. 2015.)Током јануара месеца 2015. године испоручено је 37.346 доза ММР вакцине. Током марта месеца 2015. године испоручено је 596 доза ММР вакцине.ИЈЗ Србије је током децембра месеца упутио допис Институту Торлак да

припреми испоруку преосталих 125.909 доза ТТ вакцине, што је уговорена количина за четврти квартал (1.1.–31.3. 2015.).Током марта месеца 2015. године испоручено је 125.909 доза ТТ вакцине. ИЈЗ Србије је током децембра месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку преосталих 9769 доза хепатитис Б вакцине за одрасле, што је уговорена количина за четврти квартал (1.1.–31.3. 2015.)

Током марта месеца 2015. године испоручено је 9769 доза хепатитис Б вакцине за одрасле.ИЈЗ Србије је током децембра месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку преосталих 109.426 доза хепатитис Б вакцине за децу, што је уговорена количина за четврти квартал (1.1.–31.3.2015.).Током марта месеца 2015. године испоручено је 109.424 дозе хепатитис Б вакцине за децу.ИЈЗ Србије је током децембра месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку преосталих 116.400 доза ОПВ, што је уговорена количина за четврти квартал (1.1.–31.3. 2015.) Током марта месеца 2015. године испоручено је 49.900 доза ОПВ вакцине. ИЈЗ Србије је током новембра/децембра месеца упутио допис Институту Торлак да припреми испоруку 52 890 доза Пентаксим вакцине, што је уговорена количина за први квартал (1.1.-31.3. 2015.) Током јануара месеца 2015. године испоручено је 6140 доза Пентаксим вакцине. Током фебруара месеца 2015. године испоручено је 2160 доза Пентаксим вакцине.

Током марта месеца 2015. године испоручено је 44.590 доза Пентаксим вакцине.

Уговори за пнеумококну полисахаридну нису потписани, без обзира на исказани план потреба, чиме је имунизација лица по клиничким индикацијама, пре свега лица са стеченом или урођеном имунодефицијенцијом доведена у питање.

Актуелни проблеми–могуће последице

Вакцинација против дечије парализе

Због неправовременог спровођења примовакцинације ОПВ у првих 6 месеци постоји ризик од поствакциналног полиомијелитиса. Такође, падом обухвата ОПВ постоји ризик од рекомбиновања вакциналног вируса дечије парализе са ентеровирусима у циркулацији и настанка циркулишућег вакцина деривираниог соја вируса дечије парализе који може да да случајеве АФП са клиничком сликом дечије парализе, а може да има и

епидемијски потенцијал. Угрожен је статус „земље без полиомијелитиса”, односно основна стратегија у одржавању статуса –правовремена и континуирана имунизација са обухватом преко 95%, а тиме значајно повећаван ризик од импортовања дивљег полио вируса који је процењен као средњи, са потенцијалним последицама за одрживост сертификата Европског региона СЗО без дечије парализе, која ситуацију чини алармантнијом уз непостојање залиха оралне полио вакцине која је планом активности за одржавање статуса земље без дечије парализе предвиђена за имунизацију најмање све деце узраста до 5 година живота без обзира на претходни вакцинални статус са 3 дозе ове вакцине у случају импортовања дивљег вируса дечије парализе или регистровања случајева АФП изазваних циркулишућим вакцина деривираним сојевима вируса дечије парализе.

Вакцинација против морбила, рубеле и паротитиса

Прекид у дистрибуцији и недостатак вакцине против морбила, рубеле и паротитиса (ММР), последично нагомилавање осетљиве невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце, актуелна епидемиолошка ситуација морбила у Европском региону и земљи, доводе у питање достизање елиминације морбила/рубеле у предвиђеном року. Посебно је значајан пад у обухвату деце у другој години и деце пред полазак у школу која припадају осетљивој популацији која је непотпуно заштићена и у случају импортовања вируса у популацију могу да оболе.

Вакцинација хепатитис Б вакцином за децу

Посебно је значајан пад у обухвату деце у 12.години живота, која према Календару имунизације немају шансу да буду вакцинисана накнадно, односно припадају осетљивој популацији која је незаштићена или непотпуно заштићена.

Вакцинација против обољења изазваних стрептококусом пнеумоније

Иако је изменама и допунама Правилника омогућена примена коњуговане пнеумоконе вакцине од новембра 2013. године код деце узраста од навршена 2 месеца живота и донацијом обезбеђено 3000 доза, у року трајања током 2014. године остала је неутрошена трећина донираног броја доза.

Измене и допуне Правилника о имунизацији (први пут након иницијатива других скоро шест година)

Измене су објављене у Правилнику (Сл.,гласник РС ”бр. 25/13, 99/13, 118/13, 65/14) а односиле су се на померање датума примене комбиноване петовалентне вакцине у примовакцинацији са 1.1. и 1.7. на 1.1.2015. године. Померање датума отпочињања примене, који се ни у 2014. години неће реализовати у значајној мери компромитује значај и место имунизације у општој и стручној популацији.

Залихе вакцина које би се примењивале као противепидемијска мера према Закону

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

Планирање потреба вакцина за 2015. годину

Проблем дисконтинуитета и неправовремене набавке одређених вакцина недвосмислено може довести до компромитовања имунизације у општој и стручној популацији, са угрожавањем достигнутих резултата обухвата и низом других проблема, укључујући и планирање плана потреба вакцина за 2015. годину, а рок за израду и достављање РФЗО и МЗ од стране ИЗЈ Србије за територију Републике је био 15.7.2014. године, што је и реализовано, због измене члана Правилника о имунизацији који дефинише рокове. Како се купопродајни уговори хронолошки не поклапају са реализацијом плана потреба за 2014. годину, доводи се у питање како реализација плана за

2014. годину, тако и планирање за 2015. годину, како због непоштовања плана расподеле током годину дана, тако и недоступности реалних потреба на пунктовима према уговорима из марта 2014. године, уз констатацију да уговори могу да се реализује закључно са мартом 2015. године.

Потешкоће у планирању потреба вакцина и имунобиолошких препарата

Имајући у виду примењивану методологију за израду плана потреба вакцина и имунобиолошких препарата, упозоравамо на следеће потешкоће које су утицале на његову израду за 2015. годину, које се односе на препреке пре свега у подзаконским актима које регулишу ову област, а потом и на низ других чињеница.

Правилником о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС”бр. 25/13, 63/13, 99/13, 118/13) у члану 60. предвиђена је израда плана потреба вакцина за наредну годину за територију надлежности (ИЈЗ/ЗЈЗ) и достављање ИЈЗ Србије до 30.6.2014. године односно РФЗО и Министарству здравља до 15.7.2014. године. План потреба вакцина за 2015. годину за спровођење обавезне имунизације лица одређеног узраста, лица експонираних одређеним болестима и по клиничким индикацијама урађен је на основу планова потреба територијално належних ИЈЗ/ЗЈЗ односно према препорукама наведеним у упутству за израду плана потреба вакцина ИЈЗ Србије.

Једна од основних потешкоћа било је планирање количина петовалентне комбиноване вакцине за 2015. годину, имајући у виду да је набавка ове вакцине претходно реализована у складу са планом потреба за 2014. годину. У препорукама је наведено да ће се имунизација лица код којих је вакцинација започета током 2014. године у складу са Правилником о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС”бр. 25/13, 63/13, 99/13, 118/13) до потпуне имунизације и током 2015. спроводити према том Правилнику (члан 17, Правилника о изменама и допунама Правилника о имунизацији, „Сл. гласник РС”бр. 25/13), као и да је реализована јавна набавка петовалентне комбиноване вакцине за 2015. годину са почетком примене од 1.1.2015. (што је у међувремену изменама и допунама Правилника о имунизацији, „Сл.гласник РС”бр. 65/14 и озваничено) и то само у примовакцинацији деце и да се уговорене количине прерасподеле до нивоа здравствених установа.

Такође, регистрован је проблем у планирању хепатитис Б вакцине за децу и одрасле, ММР вакцине, ИПВ, пнеумококне коњуговане и полисахаридне, као и менингококне вакцине, имајући у виду за неке од њих неправовремену дистрибуцију по претходним уговорима за 2013. годину, што је за последицу имало значајне расположиве количине вакцина на крају уговореног периода (март 2014.), које су се прелиле у реализацију имунизације према плану за 2014. годину, али и пропуштена годишта, односно невакцинисана и непотпуно вакцинисана лица које је потребно вакцинисати, као и примену мањег броја доза неке вакцине према узрасту због њене неправовремене доступности (нпр.Хиб вакцина). Проблем лежи и у чињеници неправовремено расписиваних тендера за јавну набавку вакцина који би уследили тек у марту наредне године, а према плану који је достављан у октобру/јуну претходне, стварајући и проблеме у праћењу реализације уговора који нису за календарску годину, са исказаним планом потреба за годину. Имајући у виду да није реализована јавна набавка пнеумококне полисахаридне вакцине ни за 2013. годину, а ни за 2014. годину, а обавезна је примена по клиничким индикацијама према Правилнику, планирана је за све оне који су пропуштени, односно оне којима је потребна за ревакцинацију.

Реализација купопродајних уговора за 2014.годину није правовремена и потпуна, према количинама уговореним по кварталима, као и претходних година, чиме се опет стварају пропуштене прилике, невакцинисана и непотпуно вакцинисана лица. Диманика дистрибуције према уговору за 2014. годину за квартал 1.4–30.6.2014. године, када је у питању ММР вакцина није поштована од стране Института Торлак, односно у периоду када се поред деце у 2. години, вакцинишу сва деца пред полазак у школу у 7. години живота, што је довело до прекида у ревакцинацији, а потом и вакцинацији овом вакцином. Поред прекида имунизације овом вакцином дошло је и до прекида имунизације БЦГ, ОПВ, Хиб вакцином и након спроведених окружних и међуокружних прерасподела, чиме се компромитује спровођење имунизације у општој и стручној јавности. Као и низ претходних година поново указујемо на неопходност постојања залиха свих вакцина од најмање 25% потреба у случају епидемија, ванредних стања, проблема у производњи, прекида у дистрибуцији, како би се у тим околностима обезбедио континуитет, односно примениле вакцине као противеписидемијска мера. Напомињемо да су се све наведене околности које намећу неопходност постојања залиха већ десиле у

Србији (прекиди у дистрибуцији су били најчешћи неколико година уназад, недостатак ОПВ, ДТП и ТТ вакцине за спровођење редовне имунизације након 50 година од почетка примене, епидемије морбила 2007. и 2010/11, проблем у набавци петовалентне комбиноване вакцине, ванредна ситуација без довољних количина ММР вакцине за редовну имунизацију, итд.)

Исказане потребе ХДЦ вакцине и ХРИГа у плану је израдио Пастеров завод као референтна установа за беснило, имајући у виду да је њима поверена набавка и дистрибуција ових препарата, као и комуникација и координација са антирабичним станицама у систему.

ХТИГ и ХБИГ у складу са Правилником се планирају од 2006.године, као и вакцине и други имунобиолошки препарати, али се до данас никада нису централизовано набављали и дистрибуирали.

План је израђен на основу броја обвезника одређених годишта из статистичких података, односно вакциналних картотека и броја доза који је предвиђен Правилником о имунизацији за спровођење обавезне имунизације лица одређеног узраста, имунизације по експозицији и по клиничким индикацијама. У планирани број доза урачунат је растур у складу са препорукама СЗО када су у питању вишедозна паковања и поштовање политике отворених бочица, а у циљу поштовања безбедне имунизационе праксе. Уочене потешкоће и предлози превазилажења скоро да се у целости понављају годинама уназад, па и реализацију планирања чине веома тешком и проблематичном.

Методологија израде плана потреба за сваку вакцину и имунобиолошки препарат према Правилнику о изменама и допунама Правилника о имунизацији („Сл. гласник РС” бр. 25/13), у складу са Календаром имунизације који чин његов саставни део, мора се заснивати на броју обвезника у годишту које је планирано за имунизацију у 2014. години (према доступним статистичким подацима и подацима из картотеке), броју доза вакцина које се примењују, растуру који је дефинисан у складу са препорукама СЗО у односу на политику отворених бочица код вишедозних паковања вакцина у циљу спровођења безбедне имунизационе праксе.

10. ПРЕДЛОГ МЕРА

1. Хитно обезбедити синхронизовану комуникацију и координацију сходно надлежностима Министарства здравља, РФЗО, ИЈЗ Србије, Института Торлак, АЛИМС-а, добављача и произвођача вакцина како се не би у континуитету понављале грешке у свим радњама које за последицу имају неправовремену и непотпуну имунизацију популације са падом обухвата испод циљних вредности и стварањем услова за епидемијско јављање ВПБ, због неправовремене доступности вакцина на вакциналним пунктовима
2. Поново иницирати обезбеђивање залиха од најмање 25% годишњих потреба вакцина у складу са препорукама СЗО, како би се ситуације које су биле у претходним годинама, као и низ других могућих (нпр. епидемије, ванредна стања, прекид у производњи или испоруци вакцина итд.) преудупредиле и обезбедио континуитет у спровођењу имунизације.
3. Развити и финализовати план потреба вакцина за више година (нпр. 3-5 година), као и стратегију набавке вакцина и разматрати опцију групне набавке вакцина са земљама у региону преко УНИЦЕФ-а.
4. Реализовати већ више година иницирану иницијативу доношења новог Закона о заштити становништва од заразних болести кроз проширење листе заразних болести против којих се спроводи имунизација лица одређеног узраста, а следствено и доношење новог Правилника о имунизацији. Регулисати неопходност адекватног вакциналног статуса запослених у здравственим установама, као и деце у предшколским и школским установама.

5. Обезбедити све предуслове за обезбеђивање имплементације на вакциналним пунктовима Правилника о изменама и допунама Правилника о имунизацији који је донет још почетком 2013. године, када је реч о примени петовалентне комбиноване вакцине од 1.1.2015. године.
6. Јачање координативних функција носилаца послова у области имунизације (Обезбедити координацију носилаца послова имунизације преко сектора за јавно здравље Министарства здравља. Иницирати округле столове са представницима МЗ, РФЗО, произвођачима вакцина, мрежом ИЈЗ/ЗЈЗ, АЛИМС-ом и другим у циљу што хитнијег решавања нагомиланих проблема).
7. Реализовати иницирани предлог још од 2008. године за формирање Националног саветодавног комитета за имунизацију при Влади, који би окупљао стручњаке различитих профила како би свако из свог домена допринео очувању и унапређењу значаја имунизације као веома значајне мере на здравље народа у целини са мултисекторским приступом (лекари, економисти, правници, фармацеути, представници медија, просветни радници, психолози, социолози, представници родитеља итд.). Потреба фомирања овог тела је сазрела, имајући у виду нарастајући антивакцинални лоби у држави и неопходност израде националног акционог плана за његово сузбијање.
8. Дефинисати критеријуме кроз правну регулативу за регистровање вакцина и имунобиолошких препарата од стране АЛИМС-а, као и за стављање истих на листу лекова РФЗО о трошку здравственог осигурања.
9. Примењивати критеријуме у тендерској документацији и дефинисане услове у купопродајним уговорима којима се обезбеђује реализација и одрживост правремене и потпуне дистрибуције вакцина. Омогућити расписивање тендера за календарски период од годину дана, јер се тако реализује и планирање.

10. Спроводити интензиван здравствено васпитни рад у циљу промоције имунизације ради усвајања знања, изградње ставова и понашања различитих циљних група у вези са имунизацијом.
11. Континуирано спроводити едукацију кадра који ради на пословима имунизације у вези са свим елементима безбедне имунизационе праксе.
12. Обезбедити јединствен информациони систем за електронско прикупљање и обраду података о спровођењу имунизације, дистрибуцији, утрошку и залихама према Правилнику.
13. Обезбедити проток информација из приватног сектора према државној здравственој служби у вези са вакциналним статусом лица.
14. Увођењем изабраног лекара, који увек и није педијатар на вакциналном пункту и гашењем места сестара/техничаре за имунизацију у вакциналним пунктовима у саветовалиштима у предшколским и школским диспансерима, који су такође реорганизовани, региструју се потешкоће у организацији спровођења континуиране имунизације у школској популацији која и резултира падом обухвата у истој, па је потребно размотрити враћање организације на старо. Потребно је вратити преко потребан ауторитет здравственим радницима и градити поверење.
15. Вакцине повући из државних и приватних апотека, јер већ дужи низ година се примењују у државном сектору по препоруци лекара или на захтев родитеља, што од округа до округа утиче на проблеме у планирању потреба, али и реализацију плана и растур. Примена комбинованих петовалентних вакцина није у складу са важећим Правилником о имунизацији који дефинише примену ОПВ вакцине у примовакцинацији против дечије парализе, а ДТП у примовакцинацији против дифтерије, великог кашља и тетануса. Примена других вакцина које се могу наћи у апотекама није у складу са законским и подзаконским актима који регулишу област имунизације.

16. Ревизијом вакциналних картотека сву децу која су невакцинисна и непотпуно вакцинисана за свој узраст у условима када су вакцине доступне вакцинисати, односно ревакцинисати у складу са узрастом.
17. Доносиоци законских регулатива морају да воде рачуна о усклађености са већ постојећим, јер доношењем Закона о правима пацијента у августу 2013. имунизација је изједначена са другим мерама и пацијент сам одлучује о њеној примени (писани пристанак) што је у супротности са Законом о заштити становништва од заразних болести по којој се она спроводи као обавезна превентивна мера од општег интереса за популацију у целини.
18. Заједничко деловање засновано на научно доказаним чињеницама, САНУ, СЛД, Министарства здравља, Одбора за здравље и породицу Народне скупштине, медицинских факултета у земљи, Лекарске коморе, ИЈЗ Србије и мреже ИЈЗ/ЗЈЗ и других у изградњи позитивних ставова према овој мери.

11. ЗАКЉУЧАК

Законом о заштити становништва од заразних болести („Сл. гласник РС”бр. 125/04) и Правилником о имунизацији и начину заштите лековима („Сл. гласник РС”бр. 11/06,25/13, 63/13, 99/13, 118/13, 65/14) предвиђено је спровођење обавезне имунизације у земљи и има приоритет.

Проблем дисконтинуитета и неправовремене набавке вакцина доводи до компромитовања имунизације у општој и стручној популацији.

Прекид у дистрибуцији и недостатак вакцине против морбила, рубеле и паротитиса (ММР), одбијање имунизације овом вакцином која се путем ненаучних канала информисања доводи у вези са аутизмом, последично нагомилавање осетљиве невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце, индикатори квалитета који указују на пасиван надзор, актуелна епидемиолошка ситуација морбила у Европском региону и земљи, доводе у питање достизање елиминације ове болести у предвиђеном року.

У случају епидемије вакцинама превентбилне болести нема вакцина за њено сузбијање.

Прекиди у континуитету спровођења имунизације због недостатка вакцина, али и одбијање имунизације и антивакцинални лоби, довели су у питање одрживост достигнутих циљних вредности обухвата вакцинама према националном програму имунизације, који се хронично одржава стварајући услове за нагомилавање осетљиве популације и епидемијско јављање, што су нажалост дочекале многе земље западне Европе, укључујући и смртне исходе од малих богиња и рубеле.

Када је реч о основним стратегијама земља мора да има јасан став Владе о инвестирању у програме имунизације, легислативу која је усклађена са регионално дефинисаним циљевима, независни саветодавни комитет за имунизацију према препорученим критеријумима, план комуникације у одговору на епидемије ВПБ и/или нежељене реакције након имунизације, уведен електронски имунизациони регистар, опадајући тренд у разлици обухвата између ДТП1 и ДТП3, достигнуте циљане вредности индикатора надзора над морбилама/рубелом, полио и морбили лабораторије акредитоване од стране СЗО, експертски комитет за спровођење процене озбиљних нежељених реакција, потпуно функционалне националне регулаторне ауторитете, јавно доступно и омогућено размењивање података о ценама вакцина, канале комуникације и координације путем медија, планове комуникације у условима интензивирања антивакциналних активности, тренинге и едукације здравствених радника, развијене планове за више година, развијене алате за мониторинг и евалуацију програма имунизације, укључене специјалне и маргинализоване популације у програме имунизације, итд.

