



ДОКЛАД ПО ОЦЕНКЕ
ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ
ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ
В ОТНОШЕНИИ ВАКЦИН
2015 г.

СТРАТЕГИЧЕСКАЯ
КОНСУЛЬТАТИВНАЯ
ГРУППА
ЭКСПЕРТОВ
ПО ИММУНИЗАЦИИ

РАБОЧЕЕ РЕЗЮМЕ

Глобальным планом действий в отношении вакцин (ГПДВ) установлены амбициозные, но достижимые цели: спасти с помощью вакцинации тысячи людей в ходе текущего Десятилетия вакцин, завершающегося в 2020 году.

Нынешний курс осуществления Десятилетия вакцин не позволит реализовать в полной мере её потенциал. В некоторых странах, в т.ч. насчитывающих много непривитых детей, был достигнут качественный прогресс. Для того, чтобы вернуть осуществление плана в нужное русло, эти изолированные улучшения должны стать нормой.

В рекомендациях доклада относительно необходимых изменений акцентируются **две серьезные проблемы**, сдерживающие прогресс в осуществлении Десятилетия вакцин:

- Стратегии ликвидации материнского и неонатального столбняка, а также кори и краснухи и порядок их осуществления неотложно требуют внесения изменений и надлежащего финансирования.
- Система мониторинга и обеспечения подотчетности в связи с Глобальным планом действий в отношении вакцин страдает пробелами в механизмах подотчетности, что подрывает практическую реализацию целей плана.

На этом критическом этапе, приходящемся на середину Десятилетия вакцин, СКГЭ сформулировала девять рекомендаций по основным проблемам.

Чтобы повысить подотчетность для достижения целей Глобального плана действий в отношении вакцин, СКГЭ рекомендует:

1. В странах должны приниматься ежегодные планы иммунизации, согласующиеся с Глобальным планом действий в отношении вакцин и соответствующими региональными планами действий по вакцинам. Министерством здравоохранения, финансов и другим соответствующим министерствам следует проявить лидерство, учредив ежегодный процесс мониторинга и обеспечения подотчетности на национальном и субнациональном уровнях. Мониторинг должен осуществлять независимый орган, например национальная техническая консультативная группа по иммунизации (НТКГИ). Каждой стране следует ежегодно направлять в региональное бюро ВОЗ доклад по мониторингу, в т.ч. продвижения к достижению результатов, а также информировать о надлежащей практике.
2. После завершения (к декабрю 2015 г.) разработки региональных планов действий по вакцинам региональным бюро ВОЗ следует развернуть процесс ежегодного обзора прогресса силами региональных технических консультативных групп и представлять доклад соответствующим региональным комитетам. В странах, уже составляющих ежегодные планы в соответствии с Глобальным планом действий в отношении вакцин, первый ежегодный обзор следует провести в первой половине 2016 года. В рамках глобального процесса обзора в СКГЭ должны ежегодно представляться доклады региональных комитетов ВОЗ.
3. Глобальным, региональным и национальным партнерам по вопросам развития следует согласовывать свои действия, оказывая странам поддержку в усилении их руководства и механизмов подотчетности и в осуществлении их национальных планов. При этом следует также создать и/или усилить на каждом уровне механизмы координации деятельности партнеров.

4. Учреждениям при секретариате Десятилетия вакцин следует представить в 2016 г. СКГЭ доклады об оказании ими поддержки в 10 странах, где проживает большинство невакцинированных и недостаточно вакцинированных детей. Этот механизм ежегодной отчетности должен включать обсуждение этих докладов региональными техническими консультативными группами.

Чтобы устранить недостатки в осуществлении Глобального плана действий в отношении вакцин применительно к конкретным болезням, СКГЭ рекомендует:

5. С учетом слабого прогресса в ликвидации материнского и неонатального столбняка и относительно небольшого дефицита финансирования, необходимого для достижения этой цели, ВОЗ и ЮНИСЕФ следует созвать совещание глобальных партнеров и остающихся 21 страны для согласования плана действий, ресурсов и соответствующих обязанностей, чтобы достичь эту цель не позднее 2017 г. и обеспечить после этого принятие во всех странах стратегий по сохранению ликвидации.
6. Глобальным, региональным и национальным партнерам по развитию следует оказывать странам поддержку в обеспечении необходимых ресурсов и в осуществлении их стратегий и планов ликвидации кори и краснухи или борьбы с ними. После одобрения со стороны СКГЭ рекомендаций по результатам среднесрочного обзора в 2016 г. хода осуществления глобального стратегического плана по кори и краснухе, эти рекомендации должны учитываться при доработке планов и в процессе мониторинга и повышения качества осуществления этих планов.

Чтобы улучшить охват иммунизацией, особенно там, где проживает большое число невакцинированных или недостаточно вакцинированных детей, в т.ч. в условиях конфликтов и кризисов, СКГЭ рекомендует:

7. Глобальным, региональным и страновым партнерам по развитию координировать и согласовывать свою деятельность по оказанию странам поддержки в иммунизации большего числа детей путем укрепления их систем медицинского обслуживания в сочетании с целенаправленными подходами по охвату детей, систематически выпадающих из поля зрения обычных систем обслуживания, особенно в тех странах, где показатели вакцинации или субнациональные показатели вакцинации, если это более крупные страны, ниже 80%, а также в обслуживании групп населения, подвергшихся перемещению в результате конфликта (как внутренне перемещенных лиц, так и беженцев) .
8. ВОЗ обеспечить для стран и партнеров руководящие указания по осуществлению программ и стратегий иммунизации в условиях конфликтов и хронической нестабильности.

Доклад по оценке осуществления Глобального плана действий в отношении вакцин в 2016 г. будет также использован для среднесрочного обзора Десятилетия вакцин, и СКГЭ рекомендует:

9. Этот доклад представить Всемирному экономическому форуму в Давосе, на котором был дан старт Десятилетию вакцин. В докладе 2016 г. следует попытаться отразить те направления деятельности, которые кардинально изменили ситуацию на глобальном, региональном и страновом уровнях.

СОДЕРЖАНИЕ

1. НА ПОЛПУТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДЕСЯТИЛЕТИЯ ВАКЦИН	6
2. ГДЕ НАХОДЯТСЯ НЕВАКЦИНИРОВАННЫЕ ЛЮДИ?	7
3. ЦЕЛИ В ОТНОШЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ	10
4. УСПЕХИ, КОТОРЫЕ МОГУТ СТАТЬ НОРМОЙ	13
5. ОБЩИЕ ФАКТОРЫ УСПЕШНЫХ УСИЛИЙ	15
6. РУКОВОДСТВО И ПОДОТЧЕТНОСТЬ – ПУТЬ ВПЕРЕД	18
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ	22
ПРИЛОЖЕНИЕ 1: ЧЛЕНЫ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПО ДЕСЯТИЛЕТИЮ ВАКЦИН СТРАТЕГИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ ЭКСПЕРТОВ ПО ИММУНИЗАЦИИ (СКГЭ)	24
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 : ЧЛЕНЫ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ ЭКСПЕРТОВ ПО ИММУНИЗАЦИИ	26

1. НА ПОЛПУТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДЕСЯТИЛЕТИЯ ВАКЦИН

Все страны заявили о приверженности целям и стратегиям Глобального плана действий в отношении вакцин, обязались ликвидировать материнский и неонатальный столбняк, корь, синдром врожденной краснухи и полиомиелит, избавить всех детей от предотвращаемых с помощью вакцинации болезней, где бы они не проживали, и рассмотреть потенциальные возможности спасения с помощью вакцин еще большего числа людей.

Год назад СКГЭ выпустила доклад с критикой прогресса в продвижении к целям Глобального плана действий в отношении вакцин. Было бы нереально ожидать существенного изменения основных показателей, не только по причине отставания в процессе сбора данных, но и потому, что для изменений необходимо время. Важно сознавать, что должно быть достигнуто на каждом уровне, к какому сроку и кем.

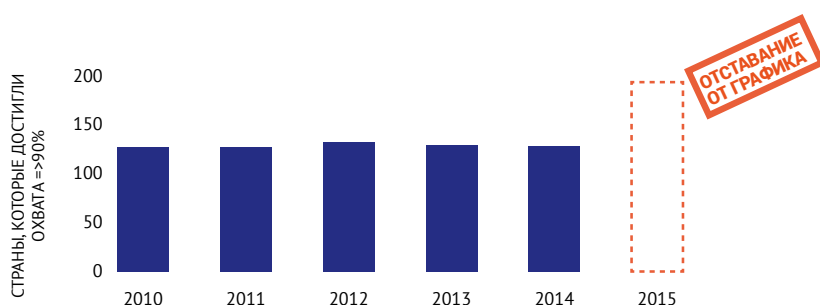
До наступления 2020 г. каждый случай невыполнения задач Глобального плана действий в отношении вакцин будет оборачиваться упущенной возможностью избавить от смертоносных болезней еще большее число детей. Во второй половине текущего Десятилетия вакцин страны, регионы и глобальные партнеры могут и должны добиться результатов.

В центре внимания этого третьего доклада СКГЭ – обеспечение руководства и систем подотчетности для стран, регионов и на глобальном уровне, которые позволят добиться успеха в осуществлении Глобального плана действий в отношении вакцин.

2. ГДЕ НАХОДЯТСЯ НЕВАКЦИНИРОВАННЫЕ ЛЮДИ?

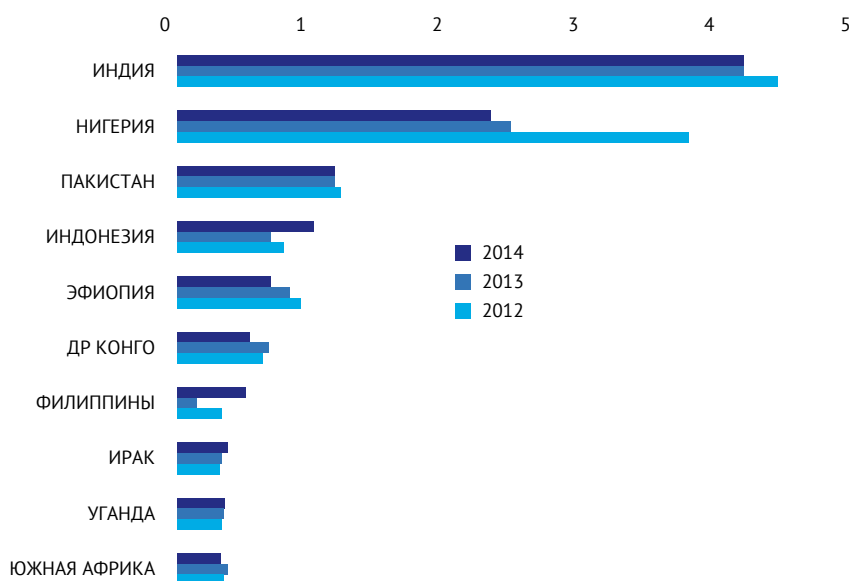
В докладе СКГЭ 2014 г. внимание было сосредоточено на пяти неудовлетворительных ключевых целевых ориентирах по болезням из Глобального плана действий в отношении вакцин. Первый из них – национальный охват иммунизацией КДСЗ – показывает, сколько детей в стране защищены от болезней. Он также позволяет судить о функциональности программы иммунизации и, в более широком плане, системы здравоохранения.

Была поставлена цель добиться к 2015 г. 90%-го охвата во всех 194 странах. В 2014 г. 90%-го охвата достигли только 129 стран: на одну меньше, чем в 2013 г., и лишь на одну больше, чем в 2010 году.



ДЕСЯТЬ СТРАН, В КОТОРЫХ ПРОЖИВАЕТ БОЛЬШИНСТВО НЕВАКЦИНИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Во всем мире прививке КДСЗ подвергаются 86% детей, и за последние пять лет этот показатель существенно не изменился. Все десять стран, в которых проживает наибольшее число невакцинированных и недостаточно вакцинированных детей, имеют низкие или средне-низкие доходы. В большинстве этих стран высокая общая численность невакцинированных детей связана с наличием большого населения и низкой эффективностью. В некоторых странах могут также существовать проблемы с качеством данных.



СТРАНЫ, НЕ ДОСТИГШИЕ ЛИКВИДАЦИИ

Во многих странах помимо 10 вышеуказанных существуют зоны низкой иммунизации. Только 54 государства-члена сообщили о достижении 90%-го национального охвата прививками КДСЗ, а также 80%-го или большего охвата во всех округах, что является вторым элементом цели в отношении национального охвата вакцинацией. В 73 странах данные на уровне округов по-прежнему отсутствуют.

Обслуживание транзитных мигрантов в городах и пригородных зонах, а также коренного населения является недостаточным. Стремительной урбанизации сопутствуют новые пробелы в охвате иммунизацией в тех случаях, когда медицинские службы не в состоянии удовлетворить спрос. В странах, где дети оказываются неохваченными, сегодня имеются группы невакцинированных подростков и взрослых. Некоторые страны сталкиваются со стихийными бедствиями и конфликтами, которые порождают особые проблемы.

В семи странах иммунизации подвергаются менее половины всех детей.

СЕМЬ СТРАН, В КОТОРЫХ БОЛЕЕ 50% ДЕТЕЙ НЕ БЫЛИ ВАКЦИНИРОВАНЫ ИЛИ ПОДВЕРГЛИСЬ НЕДОСТАТОЧНОЙ ВАКЦИНАЦИИ (НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОХВАТ КДСЗ В 2014 Г.).

Экваториальная Гвинея	24
Южный Судан	39
Сомали	42
Сирийская Арабская Республика	43
Чад	46
Центральноафриканская Республика	47
Гаити	48

Невакцинированные беженцы из стран, чьи системы здравоохранения пострадали в результате войн и стихийных бедствий, осели в соседних странах или более дальнем зарубежье. Имеются внутренне перемещенные дети, лишенные доступа к службам иммунизации, и существуют зоны, в которых вакцинация крайне затруднена из-за продолжающихся боевых действий. ВОЗ завершила разработку механизма принятия решений относительно выбора вакцин в условиях острых гуманитарных чрезвычайных ситуаций¹, однако существует потребность в дополнительных руководящих указаниях относительно обеспечения устойчивой иммунизации в условиях продолжающихся конфликтов или кризисов для внутренне перемещенных лиц и беженцев в других странах.

АНАЛИЗ КОНКРЕТНОЙ СИТУАЦИИ: УЛУЧШЕНИЯ В СОМАЛИ, ДОСТИГНУТЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАПРЯЖЕННЫХ УСИЛИЙ

Детская смертность в Сомали, одной из стран Африканского Рога, невероятно высока: 20% детей умирают, не достигнув пятилетнего возраста. Ведущая причина смерти – инфекционная болезнь, контролируемая во многих частях мира с помощью вакцинации. Двадцатилетняя гражданская война и междоусобица разрушили систему здравоохранения Сомали, что в сочетании с недостаточным питанием повлекло катастрофическую ситуацию, которая благоприятна для такой оппортунистической вирусной инфекции, как корь.

¹ Vaccination in acute humanitarian emergencies: a framework for decision making, WHO, 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92462/1/WHO_IVB_13.07_eng.pdf

Сомали располагает лишь слабым подобием элементов системы здравоохранения, которые должны обеспечивать функционирование эффективной программы иммунизации. Центральное правительство пребывает в состоянии коллапса, и правовой или руководящий механизм проведения иммунизации отсутствует. Многие медработники покинули страну и медицинские учреждения были разрушены. В некоторых регионах продолжается насилие и конфликт. В стране много внутренне перемещенных лиц, уровень безопасности является низким, и рассеянное кочевое население борется за свое выживание в условиях повторяющейся засухи и отсутствия продовольственной безопасности.²

В процессе восстановления на протяжении прошедшего десятилетия была развернута программа иммунизации, которая заполнила координационный вакуум, существовавший между 40 партнерами по иммунизации в Сомали. В 2012 г. было создано национальное подразделение, чему предшествовало создание в 2008 г. подразделений в Сомалиленде и Пунтленде. В частях страны, которые стали сегодня доступны, наблюдаются начавшиеся улучшения. Разворачиваемая система иммунизации сталкивается с огромными трудностями в сфере доступа, стратегического руководства, обеспечения кадров и ресурсов.

Несмотря на эти тяжелые обстоятельства, Сомали удалось остановить две вспышки полиомиелита благодаря самоотверженности медработников местных сообществ и поборникам иммунизации на местах. Однако улучшения в сфере плановой иммунизации достигаются напряженными усилиями. В обеспечении охвата возникают препятствия, и только 30 – 40 % детей подвергаются иммунизации от тяжелых детских болезней. В недоступных районах проживает более полумиллиона детей, которым по-прежнему необходима подчищающая вакцинация. Благодаря дням здоровья детей, проводимым при поддержке ВОЗ и ЮНИСЕФ, охват возрос на 20%, однако эта стратегия обходится дорого: на один её раунд требуется израсходовать 4,5 млн. долл., которые приходится финансировать из внешних источников. Средства же отсутствуют.

НЕВАКЦИНИРОВАННЫЕ ДЕТИ ПОДВЕРГАЮТСЯ БОЛЬШЕМУ РИСКУ

Практика показывает, что ребенок, для которого иммунизация недоступна, вероятно маргинализирован, проживает в плохо обслуживаемых сельских или отдаленных районах, социально неблагополучных городских кварталах, нестабильных государствах или районах, охваченных беспорядками.³ Этот ребенок в большей степени подвержен болезням, которые можно предотвратить с помощью вакцинации, и располагает более ограниченным доступом к лечению. Смерть детей от болезней, которые предотвращаются с помощью легкодоступных вакцин, недопустима.

В этих странах следует вакцинировать больше детей, и иммунизация должна носить устойчивый характер. Крайне важно добиваться поступательных улучшений во времени, а также относительно собственных прежних результатов страны. В частности, в 2014 г. в Нигерии и Индии было меньше невакцинированных младенцев, чем в 2012 году. В этих же двух странах были отмечены крупные позитивные сдвиги в направлении ликвидации болезней. Обе страны добились таких итогов с помощью систем подотчетности, в рамках которых все партнеры обязались осуществить согласованные ими мероприятия, направленные на достижение реальных результатов.

Неприглядное лицо несправедливости – у детей, чей риск заболеть выше, и вероятность иммунизации самая низкая.

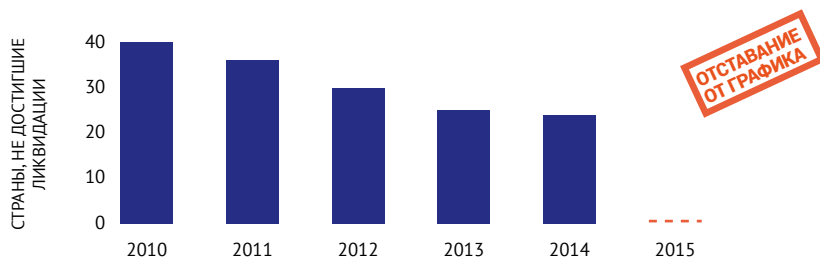
² Country Cooperation Strategy for WHO and Somalia 2010–2014, WHO, 2010; http://applications.emro.who.int/docs/CCS_Somalia_2010_EN_14487.pdf

³ Vaccins et vaccination : la situation dans le monde, Troisième édition, 2009, OMS, UNICEF et Banque mondiale ; http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242563863_fre.pdf?ua=1.

3. ЦЕЛИ В ОТНОШЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

МАТЕРИНСКИЙ И НЕОНАТАЛЬНЫЙ СТОЛБНЯК

24 СТРАНЫ НЕ ДОСТИГЛИ МНС ЛИКВИДАЦИИ В 2014 Г.



В число ключевых целей Глобального плана действий в отношении вакцин входит достижимая цель ликвидировать к концу 2015 г. материнский и неонатальный столбняк. Сегодня ясно, что эта цель практически наверняка не будет достигнута. Для стран, регионов и мира является удручающей картина сохраняющегося бремени, которое эта болезнь налагает на лиц, обладающих ограниченными ресурсами, и ненужных страданий, которым она подвергает невинных.

Ликвидация материнского и неонатального столбняка на устойчивой основе достижима

Материнский и неонатальный столбняк наглядно свидетельствует о шокирующей несправедливости в оказании медицинской помощи. Бактерии, вызывающие столбняк, никогда не будут ликвидированы, однако соблюдение чистоты при родах и обработке пуповины, а также вакцинация матерей в ходе беременности предотвращают формирование материнского и неонатального столбняка, спасая матерей и младенцев.

Недостающее финансирование для избавления человечества от материнского и неонатального столбняка оценивается в 130 млн. долл., мизерную сумму по сравнению с 1,1 млрд. долл., которые израсходовал в 2014 г. Альянс по вакцинам ГАВИ на его программы в отношении новых и недостаточно используемых вакцин. Во второй половине Десятилетия вакцин страны и глобальные партнеры имеют возможность переориентировать усилия и добиться цели ликвидации на устойчивой основе.

АНГОЛА	КАМБОДЖА	ДЕМОКРАТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА КОНГО	ЭКВАТОРИАЛЬНАЯ ГВИНЕЯ	ЭФИОПИЯ	ГВИНЕЯ	ИНДИЯ	ИНДОНЕЗИЯ	МАВРИТАНИЯ	ФИЛИППИНЫ	ЧАД	ГАИТИ	КЕНИЯ	НИГЕР	НИГЕРИЯ	ПАКИСТАН	ПАПУА-НОВАЯ ГВИНЕЯ	СУДАН	АФГАНИСТАН	ЦЕНТРАЛЬНОАФРИКАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА	МАЛИ	СОМАЛИ	ЮЖНЫЙ СУДАН	ЙЕМЕН
10 СТРАН НА ПОРОГЕ ЛИКВИДАЦИИ										8 СТРАН КРАЙНЕ ОТСТАЮТ НЕСМОТЯ НА ОТНОСИТЕЛЬНО СТАБИЛЬНУЮ ПОЛИТ. СИТУАЦИЮ								6 СТРАН СДАЮТ ПОЗИЦИИ ИЗ-ЗА ПОЛИТ. НЕСТАБИЛЬНОСТИ					

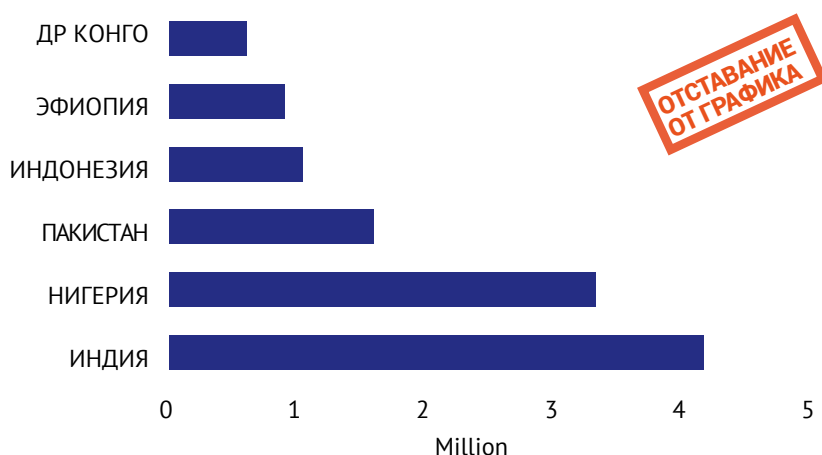
КОРЬ И КРАСНУХА

Три региона ВОЗ – Восточное Средиземноморье, Европейский и Западной части Тихого океана – приняли обязательство ликвидировать корь к концу 2015 года. Все регионы обязались добиться этого в течение десятилетия. Первая цель не будет достигнута, и 2020 г. не за горами. Более того, вспышки болезни происходят там, где о кори давно забыли, в результате завоза кори из стран, где показатели вакцинации недостаточно высоки, чтобы остановить распространение болезни среди лиц, вакцинируемых в недостаточной степени или неупорядоченно или же умышленно не вакцинируемых.

Корь является оппортунистической инфекционной болезнью. Для её ликвидации необходимо, чтобы дети получали две дозы вакцины и чтобы страны обеспечили 95%-ный или больший охват в национальных масштабах и в каждом округе. Однако мировой охват удерживается последние пять лет на уровне примерно 85%.

Половина из 20,6 млн. детей в мире, которые вообще не были вакцинированы от кори в 2014 г., проживают в шести странах, на которые пришлось две трети из 145 000 случаев смерти от кори, имевших место в 2014 г. согласно скромным оценкам.

ДЕТИ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, НЕ ПОЛУЧИВШИЕ ПЕРВОЙ ДОЗЫ ПРИВИВКИ ОТ КОРИ В 2014 Г., В МЛН.



Глобальный план действий в отношении вакцин содержит ключевую цель ликвидировать к концу 2015 г. краснуху в двух регионах ВОЗ. Хотя Американский регион добился её ликвидации в 2015 г., в других регионах эта цель практически наверняка не будет достигнута. Регионы Юго-Восточной Азии, Африканский регион и Регион Восточного Средиземноморья ВОЗ не сформулировали задачи ликвидировать краснуху, а Регионом Западной части Тихого океана не установлен крайний срок достижения ликвидации. Европа поставила цель ликвидировать эту болезнь в 2015 г. однако уклонилась от намеченного курса.

Ликвидация кори и краснухи – упускаемая возможность

Краснуха обычно является лёгким заболеванием, однако в начале беременности она может повлечь врождённые пороки и смерть плода или пожизненную инвалидность из-за синдрома врожденной краснухи. К декабрю 2014 г. 140 стран стали применять вакцины, сдерживающие краснуху. Глобальный охват возрастает, однако остаётся низким -- 46% в 2014 г. (по сравнению с 41% в 2010 г.). Во многих странах охват не увеличивается, и 54 страны всё ещё не включили вакцины для сдерживания краснухи в свою национальную схему вакцинации.

Комбинированная вакцина от кори и краснухи представляет собой экономичное решение, и неспособность увязать ликвидацию краснухи с ликвидацией кори является на сегодняшний день упущенной возможностью.

Мировому сообществу следует всерьёз подойти к цели ликвидации кори, равняясь на то, что было мобилизовано странами, регионами и глобальными партнерами для избавления человечества от полиомиелита. Краснуху следует включить в новую стратегию, чтобы добиться реального прогресса в отношении обеих целей.

4. УСПЕХИ, КОТОРЫЕ МОГУТ СТАТЬ НОРМОЙ

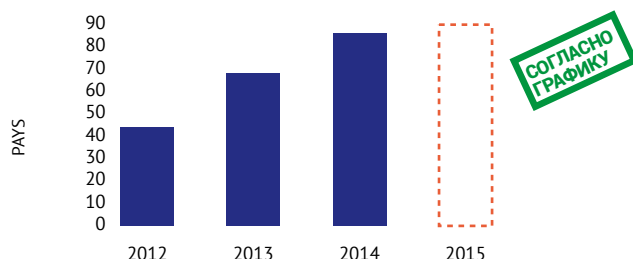
В 2015 г. во всем мире результаты деятельности по-прежнему расходятся с ключевыми целями по иммунизации, однако некоторые страны добились крупных успехов, и в отношении некоторых целей работа продвигается в правильном направлении.

> КРУПНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В СФЕРЕ НОВЫХ ВАКЦИН

Были оперативно разработаны и протестированы вакцины-кандидаты против Эболы, открывающие возможности для защиты людей от этой тяжелой болезни. Во всем мире выдерживается курс к цели Глобального плана действий в отношении вакцин, предусматривающей внедрение новых или недостаточно используемых вакцин: 86 стран с низким и средним уровнем доходов внедрились с 2010 г. (и поддерживали использование в течение, по крайней мере, одного года) в общей сложности 128 вакцин.

Хотя реализация этой цели осуществляется согласно графику, охват на глобальном уровне остается низким, и устойчивость в странах, имеющих право на получение поддержки со стороны Альянса по вакцинам ГАВИ, по-прежнему вызывает беспокойство, равно как и способность обеспечить вакцины странами со средним уровнем доходов, которые такого права не имеют. Во всем мире охват вакцинами против ротавирусов и пневмококков остается низким (соответственно, 19% и 31% в 2014 г.).

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ И НЕДОСТАТОЧНО ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ВАКЦИН⁴



Использование новых вакцин на правильном пути, однако имеются значительно более широкие возможности для спасения людей

> УЛУЧШЕНИЕ ДАННЫХ О ЦЕНАХ НА ВАКЦИНЫ

После принятия Всемирной ассамблеей здравоохранения резолюции о ценах на вакцины⁵ Секретариат ВОЗ сотрудничает со странами с целью обмена данными о ценах. На данный момент такую информацию предоставили ВОЗ 40 стран.

Страны, недавно утратившие право на получение внешней помощи, располагают доступом к информации ГАВИ о ценах и к механизму закупок ЮНИСЕФ, однако они остаются уязвимыми в переходный период, когда им требуется увеличить внутренние ресурсы. Страны со средним уровнем доходов, никогда не получавшие значительную помощь от ГАВИ и полагающиеся на самостоятельные закупки, испытывают уязвимость в связи с ценами на вакцины и проблемами

⁴ Государства-члены с низким и средним уровнем доходов, включившие в национальную программу иммунизации минимум одну новую и недостаточно используемую вакцину и продолжившие использование вакцины в течение, по крайней мере, 12 месяцев.

⁵ Резолюция WHA68.6 «Глобальный план действий в отношении вакцин», http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R6-en.pdf

истощения запасов. Сохраняется проблема снабжения вакцинами , которая рассматривается ниже.

> УСПЕХ В ЛИКВИДАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ

Несмотря на по-прежнему замедленный мировой прогресс в отношении целей по болезням, некоторые страны добились крупных успехов.

- Был подтвержден факт освобождения от материнского и неонатального столбняка Индии, которая продемонстрировала возможность ликвидировать эту тяжелую болезнь даже в нелегких условиях. Индия относится к числу стран с наибольшим числом неиммунизированных и недостаточно иммунизированных детей. Индия присоединилась к Камбодже и Мавритании, которые также были объявлены свободными от материнского и неонатального столбняка в первой половине 2015 г. и к Мадагаскару, объявленному освободившимся от этой болезни в 2014 году.
- С августа 2014 г. в Африке не было зарегистрировано ни одного случая заражения диким полиовирусом, что является огромным достижением. Нигерия не является более эндемичной по полиомиелиту страной; остались лишь две таких страны – Афганистан и Пакистан, где в 2015 г. имели место случаи заражения диким полиовирусом. Индия смогла добиться в последнее время успехов в иммунизации, воспользовавшись инфраструктурой борьбы против полиомиелита. Аналогичным образом, противополиомиелитные ресурсы были использованы в процессе сдерживания вспышки вируса Эболы в Африке.
- Американский регион первым ликвидировал краснуху и синдром врожденной краснухи, что является крупным достижением.

5. ОБЩИЕ ФАКТОРЫ УСПЕШНЫХ УСИЛИЙ

В своих предыдущих докладах Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации сосредоточила внимание, в частности, на следующем:

- качестве данных
- вовлечении местных сообществ
- поставках вакцин.

Эти три элемента входили в набор факторов в тех странах, которые добились в 2015 г. значительных результатов относительно целей по болезням.

КАЧЕСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ

Не зная, кто был вакцинирован и от какой болезни на местном, страновом, региональном и глобальном уровнях, невозможно распределить ограниченные ресурсы туда, где они обеспечат максимальную отдачу, или понять, как повысить эффективность и результативность программ. Данные должны быть полезными и отражаться в стратегии на каждом уровне.

В Индии стратегия ликвидации материнского и неонатального столбняка опиралась на данные. Ликвидация поддерживалась Миссией Индрадхануш (Радуга), кампанией вакцинации 2015 г., которая эффективно использовала ресурсы, сосредоточив усилия на зонах низкого охвата вакцинацией с целью максимизации успеха. Каждый свой шаг Миссия Индрадхануш сверяла с данными: начиная уяснением того, почему дети оказываются неохваченными, и осуществлением стратегий по преодолению такой ситуации, и кончая сосредоточением внимания на округах с низкими показателями вакцинации. Данные были также доступны на уровне практической работы – сеансы вакцинации сопровождались тщательным планированием с целью найти неучтенных детей и непрерывным мониторингом результатов. Данные учитывались стратегией ликвидации материнского и неонатального столбняка в Индии и в более широком плане с целью определить потребности в области обучения и подготовки и укомплектовать кадры медработников и медсестер – были подготовлены 500 000 медработников для работы на местах, модернизации клиник первичной медико-санитарной помощи для обеспечения акушерской помощи с учетом потребностей местных сообществ и интеграции иммунизации и дородовой помощи для максимизации успеха.

Качество данных имеет ключевое значение, и, вероятно, ни одна страна не понимает этого лучше Мексики, которой пришлось пойти на 'снижение' показателей вакцинации, чтобы улучшить их.

АНАЛИЗ КОНКРЕТНОЙ СИТУАЦИИ: 'НИЗКИЕ' РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТКРЫВАЮТ ПУТЬ К РЕАЛЬНЫМ УЛУЧШЕНИЯМ

ЕВ 2013 г. в Мексике был начат процесс улучшения качества данных для программы иммунизации, который включал пересмотр демографических данных, а также замену устаревшей информационной системы.

В результате этого процесса усовершенствований в 2013 г. показатели охвата иммунизацией снизились.

С повышением качества данных в каждом штате и появлением возможности для более точного учета показатели охвата в 2014 г. улучшились и эта тенденция, вероятно, получит продолжение.

Мексика проявила настойчивость в реализации плана повышения качества данных и сегодня, располагая более качественными данными, делает шаг вперед к более целенаправленному устранению пробелов в охвате иммунизацией.

СОПРИЧАСТНОСТЬ МЕСТНЫХ СООБЩЕСТВ

Проведенный ВОЗ обзор стран, успешно ликвидировавших материнский и неонатальный столбняк, продемонстрировал важность активного вовлечения на раннем этапе местных сообществ. Эффективность мероприятий силами медработников местных сообществ хорошо документирована, особенно среди сельского и маргинализированного населения.⁶

В Африке ликвидация полиомиелита преобразилась благодаря вовлечению лидеров общин на местном и окружном уровнях и многочисленным работникам местных сообществ, даже в таких хронически нестабильных странах, как Сомали.

Успех Индии в борьбе с материнским и неонатальным столбняком также достигнут в значительной мере благодаря медработникам местных сообществ и организациям гражданского общества. Решающий фактор состоит в том, что добровольцы происходят из тех же местных сообществ, в которых они ведут работу.

ИМЕЮЩИЕСЯ ВАКЦИНЫ

В 2014 г. Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации обратила внимание на нехватку качественных данных о ценовой доступности вакцин и их поставках. Для того, чтобы повысить показатели вакцинации, вакцины должны иметься в наличии.

В 2014 г. в общей сложности 33 страны сообщили о перебоях в обслуживании из-за нехватки вакцин. Более чем в половине случаев истощения запасов это было связано с проблемами в самих странах. Истощение запасов на национальном уровне влекло их истощение на окружном уровне, из-за которого прерывались услуги по иммунизации.

⁶ How effective are community health workers? an overview of current evidence with recommendations for strengthening community health worker programs to accelerate progress in achieving the health-related millennium development goals, Perry H and Zulliger R, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, September 2012; http://www.coregroup.org/storage/Program_Learning/Community_Health_Workers/review%20of%20chhw%20effectiveness%20for%20mdgs-sept2012.pdf

Ясно, что эта проблема должна решаться на уровне законодательно оформленных механизмов снабжения и национальных планов иммунизации. Истощение запасов вакцин по причине несовершенных механизмов снабжения или отсутствия планирования поставит под угрозу программы вакцинации. Ребенок приходит сделать прививку, а вакцина отсутствует. Этого следует избегать всеми силами, т.к. лишенный мотивации провайдер медицинской помощи повторно не появится, что означает риск для большого числа недостаточно иммунизированных детей. Эту проблему следует решать в рамках процессов планирования иммунизации и стратегического руководства ею.

АНАЛИЗ КОНКРЕТНОЙ СИТУАЦИИ: УСТАРЕЛАЯ СИСТЕМА ЗАКУПОК ЧРЕВАТА РИСКОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Филиппины финансируют свою программу иммунизации с 1990-х годов, однако в последние годы сложный закупочный процесс, распространяющийся на все госзакупки товаров и услуг, оборачивается длительными задержками и возобновлениями закупок.

Истощение запасов вакцин по-прежнему тормозит иммунизацию, что сказывается сегодня на охвате в 2014 г. показатель иммунизации упал ниже 80%.

6. РУКОВОДСТВО И ПОДОТЧЕТНОСТЬ – ПУТЬ ВПЕРЕД

Вот уже более года в Нигерии не регистрируется ни один случай заражения диким полиовирусом. 25 сентября 2015 г. Генеральный директор ВОЗ объявила, что Нигерия не является более эндемичной по полиомиелиту страной. Спросите любого, кто был к этому причастен, что обеспечило этот исключительный успех. В ответ вы скоро услышите слово: подотчетность. Страна и ее технические партнеры учредили ясные системы подотчетности и обеспечили их функционирование, чтобы измерять результаты, поощрять тех, кто их достигает, а также требовать соблюдения дисциплины от тех, кто их не добился, или прекращать с ними отношения. Этот фактор не был единственным, но имел решающее значение.

Хотя Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации (СКГЭ) не ожидает крупных ежегодных глобальных сдвигов относительно ключевых целей по болезням, СКГЭ проанализировала изменения в самих программах вакцинации за последний год. Подотчетность незначительно возросла, но далеко не настолько, как это требуется. Подотчетность является ключевым фактором успеха.

В успешных программах, проанализированных СКГЭ в 2015 г., ключевая роль принадлежала фактору национального руководства. В Сомали отсутствие национального руководства сказывается на обслуживании, укомплектовании кадров, информации и, особенно, финансировании. Даже в случае выделения и доставки вакцин внешними учреждениями и кампаниями по оказанию помощи, из-за исходных проблем системы медобслуживания сохранение изменений становится маловероятным.

В Индии успешная стратегия ликвидации материнского и неонатального столбняка имела много сильных сторон, но несомненно, что одной из них стало руководство в обеспечении подотчетности на каждом уровне.

Разница между неудачей и успехом зависит от качества руководства

АНАЛИЗ КОНКРЕТНОЙ СИТУАЦИИ: ДЛЯ УСПЕХА МИССИИ ИНДРАДХАНУШ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ РУКОВОДСТВА

Миссия Индрадхануш в Индии (Радуга) получала поддержку от руководства на всех уровнях. Эта кампания в масштабах всей Индии осуществлялась в течение четырех месяцев 2015 г. в сочетании с плановой иммунизацией с целью дополнительно вакцинировать 6,65 млн. детей и 1,73 млн. беременных женщин.

Правительство Индии выделило для Миссии Индрадхануш ресурсы и было привержено её успеху на высшем уровне. Премьер-министр выступил с общенациональным заявлением. Министр здравоохранения обратился в письменном виде ко всем медработникам на местах, участвовавшим в этой программе. Им вторили руководители окружного и местного уровня.

Руководство осуществлялось также на уровне местных сообществ. Как показали исследования, важными факторами выпадения детей из сферы охвата вакцинацией являются отсутствие информированности и страх. Стратегия найма многочисленных медработников в местных сообществах, которые сыграли ключевую роль в социальной мобилизации, сочеталась с такими иными мерами, как перевод материалов на местные языки для достижения успеха, а также комплексной стратегией в отношении СМИ.

Благодаря руководству Миссия Индрадхануш пользовалась поддержкой. Руководство обеспечило Миссии Индрадхануш её авторитетность и ресурсы. Руководство также обеспечило поступление ресурсов туда, где они требовались. И, наконец, руководство мобилизовало организации гражданского общества, которые, в свою очередь, смогли играть руководящую роль в местных сообществах.

Рабочая группа СКГЭ была информирована рядом поддерживающих организаций, которые применяют инновационные методы сотрудничества со странами в целях совершенствования руководства, устанавливая партнерские связи между странами с низким уровнем доходов и странами, недавно вышедшими из-под опеки ГАВИ, которые хорошо понимают возникающие проблемы. Благодаря своему процессу планирования Альянс по вакцинам ГАВИ имеет возможность предпринимать крупные шаги в направлении не только совершенствования систем медицинской помощи в плане их устойчивости, но также улучшения руководства в странах, что позволит гарантировать устойчивость и обеспечить ясность в вопросах подотчетности.

Подотчетность с целью обеспечить достижение целей Глобального плана действий в отношении вакцин должна иметь место на трех уровнях:

- В странах – где достигаются реальные результаты
- В регионах ВОЗ – где Глобальный план действий в отношении вакцин получает воплощение в региональном механизме, обеспечивается поддержка и происходит обмен передовой практикой
- На глобальном уровне – где партнеры по Глобальному плану действий в отношении вакцин могут внести большой вклад в оказание странам поддержки в достижении подотчетности, в чем СКГЭ может оказать им помощь.

ПОДОТЧЕТНОСТЬ В СТРАНАХ

Страны заявили о своей приверженности достижению целей Глобального плана действий в отношении вакцин. В качестве элемента системы подотчетности каждой стране следует принять национальный план действий в отношении вакцин. В настоящее время 72 страны, поддерживаемые Альянсом по вакцинам ГАВИ и еще 9 другими странами, располагают комплексными многолетними планами, являющимися частью системы планирования. Новые руководящие указания по вопросам планирования отражают цели и стратегии Глобального плана действий в отношении вакцин, и с помощью этих новых указаний был или будет подготовлен 61 план, включая недавно пересмотренные или пересматриваемые в настоящее время планы. Другие страны подготовят национальные планы иммунизации, которые необходимо сегодня увязать с Глобальным планом действий в отношении вакцин и его региональными аналогами.

Прогресс в достижении результатов, сформулированных в планах, должен ежегодно анализироваться независимым органом, обладающим техническими знаниями и опытом, например национальной технической консультативной группой страны по иммунизации (НТКГИ) и органом, обладающим знаниями и опытом в сфере управления, например межучрежденческим координационным комитетом (МКК). В 2014 г. 123 страны сообщили о существовании НТКГИ, и лишь 25 стран из них отвечали критериям получения поддержки от ГАВИ. Только 81 страна имела НТКГИ, соответствующий критериям ВОЗ в отношении функциональности, и лишь 15 стран из этого числа входили в сферу

Подотчетность за достижение целей ГПДВ обеспечивается странами

охвата ГАВИ. Все страны должны располагать независимой технической консультативной группой, наделенной набором обязанностей, не последнее место среди которых должна занимать ключевая роль в сфере подотчетности.

Должны существовать кадровые и физические ресурсы для подготовки планов, и интеграция с другими службами медицинской помощи может обеспечить условия для достижения результативности и сокращения упущенных возможностей. В случаях отсутствия этих слагающих элементов устойчивых систем медицинского обслуживания значительную поддержку смогут оказать глобальные партнеры.

Поскольку большинство невакцинированных и недостаточно вакцинированных детей проживает либо в конкретных географических регионах, где внутри стран существует неравенство, либо в странах со слабыми системами здравоохранения, национальные планы должны включать стратегии содействия усилению справедливости в иммунизации на протяжении всего жизненного цикла и с охватом всех групп населения.

Будет значительно лучше, чтобы планы приносили пользу, чем составлялись для «галочки», и поэтому те, кто осуществляет планы, должны играть ключевую роль в их разработке. Планы странового уровня должны опираться на более подробные окружные планы реализации с тем, чтобы ограниченные ресурсы направлялись туда, где они принесут максимальную пользу.

ПОДОТЧЕТНОСТЬ В РЕГИОНАХ ВОЗ

В прошлом году регионам ВОЗ было предложено завершить разработку собственных планов действий в отношении вакцин. В 2015 г., в середине десятилетия, три из шести регионов располагают региональным планом действий в отношении вакцин. Регионы играют руководящую роль в обеспечении актуальности целей Глобального плана действий в отношении вакцин для конкретного региона, а также ключевую роль в отношении системы подотчетности в связи с планом.

Региональные планы разработаны Африканским, Европейским регионами и Регионом Западной части Тихого океана. На момент подготовки настоящего доклада Регионы стран Америки и Восточного Средиземноморья находились в процессе принятия планов. Региону стран Юго-Восточной Азии следует в приоритетном порядке завершить разработку собственного плана, и, безусловно, все планы надлежит завершить к концу 2015 г. и принять в 2016 г., чтобы обеспечить для стран руководящие указания в процессе их собственного планирования.

Принимая в 2012 г. Глобальный план действий в отношении вакцин, Всемирная ассамблея здравоохранения призвала страны ежегодно докладывать в ходе Десятилетия вакцин своим региональным комитетам об усвоенных уроках, достигнутом прогрессе, сохраняющихся проблемах и скорректированных мероприятиях. В каждом регионе сегодня должны быть развернуты официальные процессы мониторинга и обеспечения подотчетности. Результаты деятельности стран в сопоставлении с планами должны рассматриваться на региональном уровне региональной технической консультативной группой по иммунизации и региональным комитетом.

В прошлом году ВОЗ созвала совещание стран, в которых показатели вакцинации ниже 80 %. В этом году СКГЭ сосредоточила внимание на десяти странах, где проживает большинство невакцинированных и недостаточно вакцинированных детей, и на семи странах, показатели

**Региональные планы
служат для стран основой
обеспечения подотчетности**

вакцинации которых ниже 50 %. Регионам следует вести работу со странами, показатели вакцинации в которых являются низкими, с целью оказать им поддержку в укреплении систем здравоохранения и повышении показателей иммунизации.

ГЛОБАЛЬНАЯ ПОДОТЧЕТНОСТЬ

У СКГЭ по-прежнему нет ясности относительно механизмов обеспечения подотчетности на глобальном уровне. Каждая партнерская организация располагает собственными механизмами планирования и оценки. Нет ясности в том, как обеспечиваются руководство и подотчетность, чтобы способствовать достижению целей Глобального плана действий в отношении вакцин. В областях наибольшего отставания – материнского и неонатального столбняка и кори/ краснухи – координация имеет ключевое значение, однако для достижения целей Глобального плана действий в отношении вакцин необходима также более широкая подотчетность.

Страны подотчетны в первую очередь за выполнение Глобального плана действий в отношении вакцин, и поддержка со стороны технических партнеров всегда должна увязываться с собственными стратегиями и механизмами стран. Однако многим странам могла бы пригодиться дополнительная помощь технических партнеров в разработке их механизмов подотчетности. Поэтому партнерам предстоит сыграть важную роль в укреплении механизмов подотчетности в странах, сосредоточив внимание на развитии руководства и улучшениях в системах здравоохранения.

В связи с резолюцией ВАЗ, утвердившей Глобальный план действий в отношении вакцин, ВОЗ было предложено усилить увязку и координацию глобальных усилий всех заинтересованных сторон в области иммунизации в поддержку плана. Сегодня, когда половина десятилетия пройдена, глобальным партнерам, включая основную группу ГПДВ в составе ВОЗ, ЮНИЕФ, ГАВИ, Фонда Билли и Мелинды Гейтс и Национального института аллергии и инфекционных заболеваний, следует увязывать свои усилия и выделяемые средства с целью добиться прогресса в осуществлении целей ГПДВ в плане как конкретных целей по болезням, так и более широкой повестки дня в области иммунизации. Они могут это сделать лучше всего, оказывая странам поддержку в совершенствовании систем здравоохранения и усилении подотчетности. Альянс по вакцинам ГАВИ уже осуществляет это в рамках его процессов в отношении комплексных многолетних планов, обеспечивающих подотчетность и эффективное использование ресурсов для достижения изменений в системах здравоохранения. У глобальных партнеров имеются рычаги воздействия в виде предоставляемых ресурсов и технической поддержки, чтобы многого достичь.

Крайне важно обеспечить, чтобы поддержка, оказываемая странам в осуществлении Глобального плана действий в отношении вакцин во второй половине Десятилетия вакцин, носила преобразующий характер и не стала повторением практиковавшихся до сих пор подходов «шаг за шагом» и «работа как обычно».

СКГЭ, играющая ключевую роль в оценке продвижения к целям Глобального плана действий в отношении вакцин силами рабочей группы по Десятилетию вакцин, будет готовить вплоть до 2020 г. ежегодные доклады, опираясь на отчеты глобальных партнеров об их усилиях по оказанию странам поддержки в укреплении руководства и подотчетности и об их вкладе в укрепление систем здравоохранения, а также на доклады из регионов ВОЗ о прогрессе в странах.

**Глобальным партнерам
следует усилить
подотчетность стран**

7. ГЛОБАЛЬНЫМ ПАРТЕРАМ СЛЕДУЕТ УСИЛИТЬ ПОДОТЧЕТНОСТЬ СТРАН

Десятилетие вакцин достигло своей критически важной середины. Осуществление Глобального плана действий в отношении вакцин по-прежнему хромает, хотя в докладе 2015 г. по оценке приводятся основания для оптимизма. Если успех, достигнутый некоторыми странами благодаря руководству и подотчетности на всех уровнях, удастся воспроизвести, то во второй половине Десятилетия вакцин будет достигнут необходимый глобальный прогресс в осуществлении Глобального плана действий в отношении вакцин.

СКГЭ РЕКОМЕНДУЕТ:

Чтобы повысить подотчетность для достижения целей Глобального плана действий в отношении вакцин, СКГЭ рекомендует:

1. В странах должны приниматься ежегодные планы иммунизации, согласующиеся с Глобальным планом действий в отношении вакцин и соответствующими региональными планами действий по вакцинам. Министерствам здравоохранения, финансов и другим соответствующим министерствам следует проявить лидерство, учредив ежегодный процесс мониторинга и обеспечения подотчетности на национальном и субнациональном уровнях. Мониторинг должен осуществлять независимый орган, например национальная техническая консультативная группа по иммунизации (НТКГИ). Каждой стране следует ежегодно направлять в региональное бюро ВОЗ доклад по мониторингу, в т.ч. продвижения к достижению результатов, а также информировать о надлежащей практике.
2. После завершения (к декабрю 2015 г.) разработки региональных планов действий по вакцинам региональным бюро ВОЗ следует развернуть процесс ежегодного обзора прогресса силами региональных технических консультативных групп и представлять доклад соответствующим региональным комитетам. В странах, уже составляющих ежегодные планы в соответствии с Глобальным планом действий в отношении вакцин, первый ежегодный обзор следует провести в первой половине 2016 года. В рамках глобального процесса обзора в СКГЭ должны ежегодно представляться доклады региональных комитетов ВОЗ.
3. Глобальным, региональным и национальным партнерам по вопросам развития следует согласовывать свои действия, оказывая странам поддержку в усилении их руководства и механизмов подотчетности и в осуществлении их национальных планов. При этом следует также создать и/или усилить на каждом уровне механизмы координации деятельности партнеров.
4. Учреждениям при секретариате Десятилетия вакцин следует представить в 2016 г. СКГЭ доклады об оказании ими поддержки в 10 странах, где проживает большинство невакцинированных и недостаточно вакцинированных детей. Этот механизм ежегодной отчетности должен включать обсуждение этих докладов региональными техническими консультативными группами.

Чтобы устранить недостатки в осуществлении Глобального плана действий в отношении вакцин применительно к конкретным болезням, СКГЭ рекомендует:

5. С учетом слабого прогресса в ликвидации материнского и неонатального столбняка и относительно небольшого дефицита финансирования, необходимого для достижения этой цели, ВОЗ и ЮНИСЕФ следует созвать совещание глобальных партнеров и остающихся 21 страны для согласования плана действий, ресурсов и соответствующих обязанностей, чтобы достичь эту цель не позднее 2017 г. и обеспечить после этого принятие во всех странах стратегий по сохранению ликвидации.
6. Глобальным, региональным и национальным партнерам по развитию следует оказывать странам поддержку в обеспечении необходимых ресурсов и в осуществлении их стратегий и планов ликвидации кори и краснухи или борьбы с ними. После одобрения со стороны СКГЭ рекомендаций по результатам среднесрочного обзора в 2016 г. хода осуществления глобального стратегического плана по кори и краснухе, эти рекомендации должны учитываться при доработке планов и в процессе мониторинга и повышения качества осуществления этих планов.

Чтобы улучшить охват иммунизацией, особенно там, где проживает большое число невакцинированных или недостаточно вакцинированных детей, в т.ч. в условиях конфликтов и кризисов, СКГЭ рекомендует:

7. Глобальным, региональным и страновым партнерам по развитию координировать и согласовывать свою деятельность по оказанию странам поддержки в иммунизации большего числа детей путем укрепления их систем медицинского обслуживания в сочетании с целенаправленными подходами по охвату детей, систематически выпадающих из поля зрения обычных систем обслуживания, особенно в тех странах, где показатели вакцинации или субнациональные показатели вакцинации, если это более крупные страны, ниже 80%, а также в обслуживании групп населения, подвергшихся перемещению в результате конфликта (как внутренне перемещенных лиц, так и беженцев) .
8. ВОЗ обеспечить для стран и партнеров руководящие указания по осуществлению программ и стратегий иммунизации в условиях конфликтов и хронической нестабильности.

Доклад по оценке осуществления Глобального плана действий в отношении вакцин в 2016 г. послужит также среднесрочным обзором Десятилетия вакцин, и СКГЭ рекомендует:

9. Этот доклад представить Всемирному экономическому форуму в Давосе, на котором был дан старт Десятилетию вакцин. В докладе 2016 г. следует попытаться отразить те направления деятельности, которые кардинально изменили ситуацию на глобальном, региональном и страновом уровнях.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 : ЧЛЕНЫ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПО ДЕСЯТИЛЕТИЮ ВАКЦИН СТРАТЕГИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ ЭКСПЕРТОВ ПО ИММУНИЗАЦИИ (СКГЭ)

ЧЛЕНЫ СКГЭ

- Narendra Arora (председатель рабочей группы), Исполнительный директор, Международная сеть клинической эпидемиологии, Индия
- Yagob Al-Mazrou, Генеральный секретарь – Совет служб здравоохранения Королевства Саудовская Аравия, Саудовская Аравия
- Alejandro Cravioto, старший эпидемиолог, Глобальные научные оценки, Сизтл, США (с февраля 2015 г., до этого главный научный сотрудник, Международный институт по вакцинам, Сеул, Республика Корея) (член СКГЭ с октября 2015 г.)

ЭКСПЕРТЫ

- Fuqiang Cui, профессор эпидемиологии, заместитель директора Национальной программы по иммунизации, Центр Китая по борьбе с болезнями, Китай
- Elizabeth Ferdinand, младший лектор, Университет Вест-Индии – Кейв-Хилл, Барбадос (с сентября 2014 г., до этого ст. мед. сотрудник по вопросам здравоохранения и руководитель Расширенной программы иммунизации, Барбадос)
- Alan Hinman, ст. научный сотрудник по вопросам общественного здравоохранения – целевая группа по глобальному здравоохранению, США
- Stephen Inglis, директор Национального института биологических стандартов и контроля, Агентство по охране здоровья, Соединенное Королевство
- Marie-Yvette Madrid, независимый консультант, Женева, Швейцария (с июня 2014 г. взамен Shawn Gilchrist)
- Amani Mahmoud Mustafa, руководитель проекта, Инициатива Судана по обучению кадров общественного здравоохранения, Центр Картера, Судан (с мая 2014 г., до этого руководитель Расширенной программы иммунизации, министерство здравоохранения, Судан).
- Rebecca Martin, директор отдела глобальной иммунизации, Центры по контролю и профилактике заболеваний, США
- Rozina Mistry, лектор и директор курса, Университет Ага-Хана, Пакистан

- Helen Rees, исполнительный директор – отдел исследований в области репродуктивного здоровья, Университет Витватерсранда, Южная Африка (прежний председатель СКГЭ в 2010 – 2013 гг.)
- David Salisbury, младший сотрудник, Центр по безопасности глобального здравоохранения, Чэтэм-Хаус, Лондон, Соединенное Королевство (с января 2014 г., до этого директор по вопросам иммунизации, Департамент здравоохранения, Соединенное Королевство, и бывший председатель СКГЭ в 2005 – 2010 гг.)
- Независимый консультант: Mary-Rose MacColl

СЕКРЕТАРИАТ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

- Фонд Билла и Мелинды Гейтс
- Альянс по вакцинам ГАВИ
- Национальный институт по аллергии и инфекционным болезням Соединенных Штатов Америки
- Детский фонд Организации Объединенных Наций
- Всемирная организация здравоохранения

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 : ЧЛЕНЫ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ ЭКСПЕРТОВ ПО ИММУНИЗАЦИИ (СКГЭ)

- Jon Abramson (Председатель СКГЭ), председатель Факультета педиатрии Медицинского института при Университете Уэйк Форест, Соединенные Штаты Америки
- Yagob Yousef Al-Mazrou, генеральный секретарь – Совет служб здравоохранения Королевства Саудовская Аравия, Саудовская Аравия
- Narendra Arora Kumar, исполнительный директор, Международная сеть клинической эпидемиологии, Индия
- Alejandro Cravioto, старший эпидемиолог, Глобальные научные оценки США, Инк., Соединенные Штаты Америки
- Juhani Eskola, генеральный директор, Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения (THL), Финляндия (членство в СКГЭ истекло в октябре 2015 г.)
- Hlesh Jani, генеральный директор, Национальный институт здравоохранения, Мозамбик
- Jaleela Jawad, руководитель отдела иммунизации; Директорат общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения, Бахрейн
- Kari Johansen, эксперт по болезням, предотвращаемым с помощью вакцин, Европейский центр профилактики болезней и борьбы с ними, Швеция
- Terry Nolan, руководитель Мельбурнского института населения и глобального здравоохранения, Мельбурнский университет, Австралия
- Kate O'Brien, профессор международного здравоохранения, Институт общественного здравоохранения им. Блумберга при Университете Джона Хопкинса, Соединенные Штаты Америки
- Claire-Anne Siegrist, руководитель сотрудничающего центра ВОЗ по вакцинной иммунологии, Университетская больница Женевы, Швейцария
- Piyanit Tharmaphornpilas, ст. консультант по медицине, Отдел борьбы с болезнями, Министерство здравоохранения, Таиланд
- Nikki Turner, адъюнкт-профессор, директор Консультативного центра по иммунизации, Оклендский университет, Новая Зеландия
- Frederick Were, декан Института медицины, Университет Найроби, Кения
- Charles Shey Wiysonge, профессор и заместитель директора, Центр медицинской помощи на основе фактических данных, Стелленбошский университет, Южная Африка

