



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 18/2026 z dnia 18 marca 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej wśród
mieszkańców Poznania w wieku 60-64 na lata 2026-2028”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej wśród mieszkańców Poznania w wieku 60-64 na lata 2026-2028”.

Uzasadnienie

Program polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest półpaśec. Zakłada przeprowadzanie działań informacyjno-edukacyjnych oraz szczepień ochronnych wśród mieszkańców Miasta Poznania w wieku 60-64 lata. Zaplanowana w programie populacja docelowa szczepień znajduje odzwierciedlenie w polskich wytycznych oraz w większości wytycznych zagranicznych, w których zaleca się szczepienie przeciwko półpaścowi osobom z grupy zwiększonego ryzyka zachorowania oraz populacji ogólnej osób starszych (od ≥ 50 r.ż., ≥ 60 r.ż. lub ≥ 65 r.ż.). W odnalezionych rekomendacjach podkreśla się istotę realizacji różnych strategii np. edukacji, przypomnień o szczepieniach, aby promować przestrzeganie dwudawkowego schematu podania. Towarzystwa naukowe w znacznej większości zalecają stosowanie 2 dawek preparatu w odstępie 2-6 miesięcy. Należy zatem wskazać, że zaplanowane w programie interwencje również są zgodne z większością odnalezionych wytycznych klinicznych.

Oceniany program polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i wносить wartość dodaną dla pacjentów w stosunku do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych, szczególnie w kontekście wykazu refundowanych leków, w ramach którego szczepionka Shingrix® jest dostępna z 50% refundacją dla pacjentów ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na półpaśec w wieku 18-64 lat. Biorąc pod uwagę populację docelową zaplanowaną ocenianego PPZ (osoby w wieku 60-64 lat o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpaśec) program obejmie ww. refundacja, w związku z czym Miasto Poznań poniesie pozostałe 50% kosztu szczepionki.

Należy zauważyć, że podobne programy były oceniane przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskały opinie pozytywne warunkowo (63/2024 oraz nr 64/2024). Zgłoszone wówczas uwagi zostały uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki półpaśca i jego powikłań. Program skierowany jest do mieszkańców Miasta Poznania w wieku 60-64 lat spełniających kryteria formalne udziału oraz należących do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania na półpaśec. W ramach programu zaplanowano realizację działań informacyjno-edukacyjnych oraz szczepień przeciw półpaścowi oraz neuralgii półpaścowej. Program ma być realizowany w latach 2026-2028. Koszt całkowity programu oszacowano na 1 048 252,32 zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

W ramach opisu problemu zdrowotnego przedstawiono definicję i klasyfikację wg ICD-10 półpaśca, jego etiologię, czynniki ryzyka, rozpoznanie i obraz kliniczny, a także powikłania. Wskazano m.in., że szczególnie narażone na reaktywację zakażenia Varicella Zoster Virus (VZV) i rozwój półpaśca są osoby starsze (w wieku 60 lat i więcej) oraz chorzy z osłabioną funkcją układu odpornościowego, w tym w szczególności chorzy na nowotwory (układu krwiotwórczego chłonnego, guzy łagodne), cukrzycę, a także zakażeni HIV.

Oceniany projekt zawiera wykaz piśmiennictwa oraz referencje bibliograficzne, na podstawie którego przygotowano treść problemu zdrowotnego.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane światowe, krajowe i lokalne. W kontekście sytuacji globalnej wskazano m.in., że ryzyko zachorowania na półpaśca różni się w zależności od regionu świata. Wyższe od europejskich współczynniki zapadalności obserwuje się w Oceanii, Azji oraz Ameryce Północnej. W odniesieniu do sytuacji w Polsce powołano się na dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP PZH – PIB) i wskazano, że w latach 2015-2023 z powodu półpaśca zmarły łącznie 34 osoby. W projekcie zaznaczono również, że w większości krajów, w tym krajów europejskich (.in.. również w Polsce), nie prowadzi się aktywnego nadzoru i monitorowania w zakresie występowania półpaśca i jego powikłań, przez co dane epidemiologiczne mogą być niedoszacowane. W projekcie wskazano, że najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia omawianego problemu zdrowotnego w roku 2023 odnotowano w województwie łódzkim (387,6/100 tys. ludności), a najniższe – w lubuskim (309,5/100 tys. ludności). W odniesieniu do sytuacji lokalnej zaznaczono, że w 2023 r., zgodnie z danymi pozyskanymi z Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, z powodu półpaśca leczono 1 897 mieszkańców Poznania, co wskazuje na rozpowszechnienie choroby na poziomie 352,3/100 tys. ludności, zatem powyżej wartości wskaźnika dla województwa wielkopolskiego i kraju.

W projekcie nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026, jednakże należy wskazać, że MPZ nie obejmują danych dotyczących przedmiotowego problemu zdrowotnego.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej, wśród co najmniej 70% uczestników działań edukacyjnych”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Cel główny został sformułowany prawidłowo. W programie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym, a załączony do projektu przykładowy test, nie wzbudza zastrzeżeń. W projekcie zdefiniowano, co oznacza wysoki poziom wiedzy, wskazując na min. 75% poprawnych odpowiedzi. Należy jednak zaznaczyć, że nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.

W projekcie zaproponowano 2 cele szczegółowe:

- (1) „uzyskanie nie mniejszego niż 75% poziomu zaszczepienia pełnym schematem szczepienia przeciwko półpaścowi w populacji zakwalifikowanej do Programu”;
- (2) „zmniejszenie o 5% w okresie trwania Programu liczby zachorowań na półpasiec i neuralgię półpaścową wśród populacji mieszkańców Poznania w wieku 60-64 lat”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cele szczegółowe nr 1 i nr 2 są możliwe do realizacji za pomocą działań zaplanowanych w projekcie. Należy jednak zaznaczyć, że podobnie jak dla celu głównego nie przedstawiono uzasadnień dla przyjętych wartości docelowych.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek osób, u których w teście wiedzy uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% poprawnych odpowiedzi) w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły test (Iloraz osób z wysokim poziomem wiedzy w teście w stosunku do wszystkich osób wypełniających test)”;
- (2) „odsetek osób zaszczepionych przeciwko półpaścowi pełnym schematem szczepienia względem wszystkich osób z populacji docelowej zakwalifikowanych do Programu (Iloraz liczby osób zaszczepionych przeciwko półpaścowi pełnym schematem szczepienia i liczby osób z populacji docelowej zakwalifikowanych do Programu)”;
- (3) „odsetek zachorowań na półpaśca i neuralgię półpaścową w populacji osób w wieku 60-64 lat z terenu Poznania w ostatnim roku realizacji Programu w stosunku do ostatniego roku przed jego realizacją. (Iloraz wszystkich zachorowań osób w wieku 60-64 lat z terenu Poznania w ostatnim roku realizacji Programu w stosunku do liczby zachorowań w ostatnim roku przed jego realizacją)”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Przedstawione mierniki zostały zaplanowane prawidłowo i korespondują z zaproponowanymi w programie celami.

Populacja docelowa

Program skierowany jest mieszkańców Miasta Poznania w wieku 60-64 lat spełniających kryteria formalne udziału oraz należących do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania na półpasiec, zgodnie z kryteriami kwalifikacji określonymi w programie. Populację kwalifikującą się do udziału w PPZ oszacowano na ok. 25,9 tys. osób, jednak ze względu na ograniczenia finansowe, program obejmie 334 pacjentów rocznie, co daje łącznie ok. 1 002 osób w trakcie 3-letniego programu.

W odnalezionych rekomendacjach w zakresie populacji docelowej szczepień przeciwko półpaścowi, towarzystwa, wśród osób bez obniżonej odporności oraz bez przeciwwskazań

do szczepień, wskazują grupy wiekowe, w których zaleca się realizację szczepień przeciwko półpaścowi: tj.: osoby w wieku ≥ 50 lat (AGDoHAC 2025, CDC 2024, GoC 2023, PTW/PTMR/PTD/PTBB/PTN 2023, NACI 2018), osoby w wieku ≥ 60 lat (STIKO 2025, SHC 2022, ANZSGM 2018, CPS 2015) – przy czym niektóre organizacje zawężają tę populację do osób między 60 a 79 r.ż. (UK HSA 2024, BTS/UKKA 2023) lub między 60 a 70 r.ż. oraz >80 r.ż. (JCVI 2024) oraz osoby w wieku ≥ 65 lat (HAS 2024, RCPI 2024). Towarzystwa naukowe zalecają również szczepienia przeciwko półpaścowi w konkretnych populacjach, obciążonych dodatkowymi czynnikami ryzyka.

Należy wskazać, że grupa docelowa ocenianego PPZ znajduje odzwierciedlenie w większości wytycznych.

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia do programu.

Interwencja

W ramach PPZ zaplanowano realizację działań informacyjno-edukacyjnych oraz szczepień przeciw półpaścowi i neuralgii półpaścowej poprzedzonych wizytą kwalifikacyjną.

Wizyty kwalifikacyjne

W programie przewidziano dwie wizyty, podczas których pacjentowi zostaną podane dwie dawki szczepionki. Wskazano, że wizyta kwalifikującą ma na celu wykluczenie przeciwwskazań do szczepienia określonych w charakterystyce produktu leczniczego (ChPL) danego preparatu szczepionkowego. Podkreślono, że wizyta obejmować będzie udzielenie kluczowych informacji na temat szczepienia (m.in. zakres działania szczepionki oraz jej bezpieczeństwa), a także udzielenie wyczerpujących odpowiedzi na wszelkie pytania pacjenta związane ze szczepieniem oraz uzyskanie świadomej zgody pacjenta na wykonanie szczepienia. Wizyta kwalifikacyjna obejmie również indywidualną edukację zdrowotną pacjenta w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej. Po wykonaniu szczepienia pacjentowi zostanie przekazana do wypełnienia ankieta satysfakcji oraz test wiedzy, uwzględniający min. 5 pytań zamkniętych. Należy podkreślić, że w projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu pozwalającego na weryfikację wiedzy uczestników PPZ, co jest działaniem zasadnym, a załączony do projektu przykładowy test nie wzbudza zastrzeżeń. Podczas wizyty przewidziano poinformowanie pacjenta o konieczności przyjęcia drugiej dawki w określonym odstępie czasu w celu uzyskania pełnej skuteczności immunizacji.

Szczepienia

W projekcie zaznaczono, że szczepienie należy prowadzić zgodnie z ChPL aktualnie dostępnej szczepionki. Zaznaczono, że szczepionka przeznaczona jest do wstrzykiwania domięśniowego, najlepiej w mięsień naramienny, a schemat szczepienia podstawowego składa się z dwóch dawek po 0,5 ml: dawki początkowej oraz drugiej dawki podanej 2 miesiące później. Podkreślono, że jeśli jest konieczność zastosowania elastycznego schematu szczepienia, druga dawka może być podana w okresie 2 do 6 miesięcy po podaniu pierwszej dawki, u osób, u których występuje lub może wystąpić niedobór odporności lub obniżenie odporności związane z chorobą lub stosowaną terapią, i dla których korzystne byłoby zastosowanie skróconego schematu szczepienia, druga dawka szczepionki może być podana w okresie 1 do 2 miesięcy po podaniu pierwszej dawki.

Zgodnie z danymi Europejskiej Agencji Leków (EMA) oraz Rejestru Produktów Leczniczych, obecnie w Polsce do obrotu dopuszczony jest tylko jeden preparat szczepionkowy przeciwko półpaścowi – Shingrix. Zgodnie z ChPL ww. produktu szczepionkowego, szczepionka Shingrix jest wskazana w profilaktyce półpaśca oraz neuralgii półpaścowej u osób w wieku 50 lat i starszych oraz osób w wieku 18 lat i starszych, o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpaśiec, w schemacie 2-dawkowym po 0,5 ml. Towarzystwa naukowe w znacznej większości zalecają stosowanie 2 dawek RZV w odstępie 2-6 miesięcy (STIKO 2025, CDC 2024, HAS 2024, RCPI 2024, UK HSA 2024, BTS/UKKA 2023, GoC 2023, PTW/PTMR/PTD/PTBB/PTN 2023, NACI 2018). Należy więc wskazać, że zaplanowane w projekcie interwencje znajdują uzasadnienie w wytycznych klinicznych.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu została zaplanowana na podstawie analizy wskaźników: „liczba osób, które zgłosiły się do udziału w Programie”, „liczby osób poddanych działaniom edukacyjnym”, „liczba osób zaszczepionych pierwszą dawką szczepienia w ramach Programu”, „liczba osób zaszczepionych pełnym cyklem szczepienia w jego ramach”, „liczba osób, które nie zostały zakwalifikowane do szczepienia” oraz „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie”. Należy wskazać, że ww. wskaźniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji oraz pisemnych uwag uczestników programu. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności. Warto podkreślić, że przedstawione w projekcie mierniki zostały prawidłowo sformułowane. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało podkreślone również w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w PPZ, sposób informowania o możliwości przystąpienia i zakończenia udziału w programie oraz monitorowanie i ewaluację. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe, w których ujęto koszt monitorowania i ewaluacji oraz akcji informacyjno-promocyjnej.

W projekcie wskazano, że koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład Programu są szacunkowe i opierają się na cenach pozyskanych od potencjalnych realizatorów z terenu Poznania. Faktyczne koszty będą wynikały z ofert złożonych przez podmioty lecznicze, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora.

Koszt całkowity programu oszacowano na 1 048 252,32 zł.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu miasta Poznania.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Półpasiec (ang. shingles, łac. herpes zoster, zoster, HZ) to reaktywacja utajonego zakażenia wirusowego wywołanego przez wirus ospy wietrznej i półpaśca (ang. varicella zoster virus, VZV, określane jako Human Herpesvirus-3 – HHV-3) w stanach obniżonej odporności u osób, które wcześniej przebyły pierwotne zakażenie w postaci ospy wietrznej, niezależnie od stopnia ciężkości zakażenia pierwotnego. Wirus ten może rezydować w komórkach zwojowych rdzenia i zwojach nerwów czaszkowych w postaci latentnej, a w warunkach sprzyjających (przy obniżeniu odporności) ulegać reaktywacji. Neuralgia popółpaścowa (ang. postherpetic neuralgia, PHN) to jedno z powikłań półpaśca. Głównym czynnikiem ryzyka półpaśca jest obniżenie odporności typu komórkowego. Obniżenie odporności może wynikać z wieku, czasu, który upłynął od pierwotnego zakażenia, obecności chorób współistniejących (niekorzystnie wpływających na odporność) lub przyjmowania leków immunosupresyjnych. Szczególnie więc narażone na reaktywację zakażenia VZV i rozwój HZ są osoby starsze.

Do czynników ryzyka zalicza się m.in.: wiek powyżej 65 lat (szczególnie narażone są osoby w 8. i 9. dekadzie życia); nowotwory złośliwe; leczenie immunosupresyjne; leczenie statynami; cukrzyca; zakażenie HIV i inne przyczyny znacznego upośledzenia odporności komórkowej;

u dzieci – przebycie przez matkę ospy wietrznej podczas ciąży (po 20 tyg.) – nie występuje wówczas ospa wrodzona, ale VZV może ulec reaktywacji już w wieku dziecięcym.

Najczęstszym powikłaniem półpaśca jest nerwoból postherpetyczny (ang. postherpetic neuralgia, PHN; 20-50%), który objawia się przewlekłym bólem neuropatycznym, mogącym znacznie ograniczać codzienną aktywność i obniżyć jakość życia. Często prowadzi również do bezsenności oraz depresji.

Zakaźność półpaśca jest znacznie mniejsza niż ospy wietrznej. Zakaźne są jedynie wykwity pęcherzykowe, dlatego w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa należy zakrywać miejsca objęte zmianami skórnymi. Najistotniejszą metodą profilaktyki są szczepienia ochronne przeciwko ospie wietrznej oraz półpaścowi.

Alternatywne świadczenia

Obecnie w Polsce profilaktyka w postaci szczepień przeciwko półpaścowi jest realizowana poprzez szczepienia dobrowolne (zalecane). Zgodnie z PSO na 2026 rok, szczepienia przeciwko półpaścowi zalecane są osobom dorosłym, które przebyły pierwotne zakażenie wirusem ospy wietrznej (VZV) oraz w szczególności: z wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, takim jak: immunosupresja jatrogenna, zakażenie HIV, choroba nowotworowa (białaczka, chłoniak, szpiczak mnogi), przeszczepienie narządu mięsznego lub macierzystych komórek krwiotwórczych (HSCT); z przewlekłymi chorobami serca; z przewlekłymi chorobami wątroby; z przewlekłymi chorobami płuc; z przewlekłymi chorobami nerek; z chorobami autoimmunizacyjnymi; z cukrzycą; z depresją; lub ukończyły 50 r.ż.

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 stycznia 2026 r. szczepionka przeciw półpaścowi (rekombinowana, z adiuwantem) Shingrix® jest dostępna z 50% refundacją dla pacjentów w wieku 18 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec (tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu litego, reumatoidalnym zapaleniem stawów, łuszczycą, łuszczycowym zapaleniem stawów, nieswoistym zapaleniem jelit, zeszytniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, stwardnieniem rozsianym, toczeniem układowym).

Zgodnie z ustawą z dnia 13 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2023 poz. 1733) świadczeniobiorcom po ukończeniu 65. roku życia przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w ustawie o refundacji. Wykaz ten został po raz pierwszy określony w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 września 2023 r. Od 1 kwietnia 2025 r., na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, szczepionka przeciw półpaścowi (rekombinowana, z adiuwantem) Shingrix® została objęta refundacją w ramach wykazu, w tym bezpłatnie u świadczeniobiorców po ukończeniu 65. roku życia.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Zalecenia dot. populacji docelowej szczepień

- Wśród osób bez obniżonej odporności oraz bez przeciwwskazań do szczepień, towarzystwa naukowe wskazują dwie grupy wiekowe, w których zaleca się realizację szczepień przeciwko półpaścowi:
 - osoby w wieku ≥ 50 lat (AGDoHAC 2025, CDC 2024, GoC 2023, PTW/PTMR/PTD/PTBB/PTN 2023, NACI 2018),

- osoby w wieku ≥ 60 lat (STIKO 2025, SHC 2022, ANZSGM 2018, CPS 2015) – przy czym niektóre organizacje zawężają tę populację do osób między 60 a 79 r.ż. (UK HSA 2024, BTS/UKKA 2023) lub między 60 a 70 r.ż. oraz >80 r.ż. (JCVI 2024),
- osoby w wieku ≥ 65 lat (HAS 2024, RCPI 2024).
- Towarzystwa naukowe zalecają również szczepienia przeciwko półpaścowi w konkretnych populacjach, obciążonych dodatkowymi czynnikami ryzyka. Rekomendacje w tym zakresie nie są jednak zgodne, co do wieku populacji. Wśród grup, szczególnie narażonych na zachorowanie na półpaśca, jego ciężki przebieg i powikłania, które powinny zostać zaszczepione wymienia się:
 - osoby z obniżoną odpornością lub immunosupresją spowodowanymi chorobami współistniejącymi lub rodzajem wdrożonego leczenia (lub u których planowane jest wdrożenie leczenia immunosupresyjnego) w wieku:
 - ≥ 16 lat (SHC 2022),
 - ≥ 18 lat (AGDoHAC 2025, HAS 2024, JCVI 2024, RCPI 2024, PTW/PTMR/PTD/PTBB/PTN 2023),
 - ≥ 19 lat (CDC 2024),
 - ≥ 50 lat (STIKO 2025, JCVI 2024, RCPI 2024, UK HSA 2024, BTS/UKKA 2023),
 - 18-49 lat po przeszczepie szpiku kostnego (UK HSA 2024);
 - osoby z grup ryzyka, które mają regularny i bliski kontakt z małymi dziećmi (PTW/PTMR/PTD/PTBB/PTN 2023);
 - osoby w wieku ≥ 50 lat, które mieszkają z osobą z obniżoną odpornością (AGDoHAC 2025).

Zalecenia dot. preparatu szczepionkowego

Na podstawie informacji zawartych w Rejestrze Produktów Leczniczych Centrum e-Zdrowia oraz Europejskiej Agencji Leków obecnie w Polsce ważne pozwolenie na dopuszczenie do obrotu posiada wyłącznie jedna szczepionka przeciwko półpaścowi tj.:

Shingrix® (GlaxoSmithKline Biologicals S.A.) – szczepionka przeciw półpaścowi (rekombinowana, z adiuwantem); postać: proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań.

Szczepionka Zostavax® (Merck Sharp & Dohme B.V.), pomimo wcześniejszego dopuszczenia do obrotu, nie posiada aktualnie ważnego pozwolenia (pozwolenie wygasło w dniu 10 kwietnia 2025 r.).

- Towarzystwa naukowe w znacznej większości zalecają stosowanie 2 dawek RZV w odstępie 2-6 miesięcy (STIKO 2025, CDC 2024, HAS 2024, RCPI 2024, UK HSA 2024, BTS/UKKA 2023, GoC 2023, PTW/ PTMR/ PTD/ PTBB/ PTN 2023, NACI 2018).
- Jedynie w wytycznych *Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine* zaleca się realizację szczepień przy użyciu LZV. Autorzy rekomendacji wskazali, że szczepienie 2-dawkowe RZV należy rozważyć jedynie jako alternatywę, gdyż związane jest z większym ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych, a także ryzykiem nieprzyjęcia drugiej dawki (co wiąże się z obniżeniem skuteczności szczepienia) (ANZSGM 2018). Natomiast kanadyjskie *National Advisory Committee on Immunization* wskazuje, że LZV można rozważyć w populacji osób z prawidłowym poziomem odporności w wieku ≥ 50 lat bez przeciwwskazań, gdy RZV jest przeciwwskazane lub niedostępne (NACI 2018).
- W sytuacji, gdy dana osoba została wcześniej zaszczepiona przy użyciu LZV, wytyczne wskazują na możliwość zaszczepienia również przy użyciu RZV w schemacie 2-dawkowym (JCVI 2024), po upływie co najmniej 12 miesięcy od szczepienia LZV (AGDoHAC 2025, GoC

2023, NACI 2018). U.S. Centers for Disease Control and Prevention wskazuje natomiast na możliwość wykonania szczepienia RZV już po 8 tygodniach (CDC 2024).

- Wytyczne wskazują na brak konieczności potwierdzania przebycia ospy wietrznej na podstawie badań serologicznych przed zaszczepieniem przeciwko półpaścowi (AGDoHAC 2025, STIKO 2025, CDC 2024, PTW/PTMR/PTD/PTBB/PTN 2023).
- Szczepienie przeciwko półpaścowi nie jest zalecane u osób, które otrzymały szczepionkę przeciwko ospie wietrznej (gdy było to wskazane) i które nie zachorowały na ospę wietrzną (przed lub po szczepieniu) (AGDoHAC 2025).
- Osoby, które chorowały w przeszłości na półpasiec, mogą zostać zaszczepione (AGDoHAC 2025, STIKO 2025, CDC 2024, HAS 2024, GoC 2023, ANZSGM 2018, NACI 2018), jednak nie w trakcie aktywnej choroby (CDC 2024, GoC 2023). Szczepienie dwiema dawkami RZV można rozważyć rok po epizodzie półpaśca (GoC 2023, ANZSGM 2018, NACI 2018).
- Szczepionkę Shingrix® (RZV) można podawać jednocześnie z inaktywowaną szczepionką p/grypie, p/pneumokokom (PPV23, PCV13), Tdap oraz szczepionką mRNA p/COVID-19. Nie ma minimalnego odstępu między żadną z tych szczepionek, powinny natomiast być podawane w różne okolice anatomiczne (PTW/PTMR/PTD/PTBB/PTN 2023, STIKO 2025, HAS 2024, SHC 2022).

Zalecenia dot. dodatkowych interwencji realizowanych w ramach programów szczepień przeciwko półpaścowi

- Realizatorzy szczepień powinni rozważyć różne strategie (np. edukację, przypominanie o szczepieniach), aby promować przestrzeganie dwudawkowego schematu szczepień RZV (ponieważ skuteczność szczepionki i czas trwania ochrony po podaniu tylko jednej dawki wciąż są niejasne) (GoC 2023).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

Skuteczność szczepionki rekombinowanej (RZV) w zapobieganiu przypadkom półpaśca

W porównaniu z placebo

- Na podstawie metaanalizy wyników 2 RCT III fazy (ZOE-50 i ZOE-70) wykazano, że szczepienia przeciwko półpaścowi z użyciem RZV u osób starszych w porównaniu z placebo w okresie obserwacji wynoszącym co najmniej 3,2 lata charakteryzują się:
 - istotną statystycznie redukcją ryzyka występowania półpaśca w grupie zaszczepionej – RR=0,08 [95%CI: (0,03; 0,23)] (n=22 022) (de Oliveira Gomes 2023);
 - skutecznością na poziomie 94% w przypadku osób w wieku ≥ 50 lat – VE=94% [95%CI: (79; 98)] (p<0,001) (Zeevaert 2023);
 - skutecznością na poziomie 91,3% w przypadku osób wieku ≥ 70 lat – VE=91,3% [95%CI: (86,8;94,5)] (p<0,001) (Zeevaert 2023).

W porównaniu ze szczepionką żywą (LZV)

- Na podstawie metaanalizy wykazano, że RZV charakteryzuje się istotnie statystycznie wyższą od LZV skutecznością (VE) w zapobieganiu wystąpieniu półpaśca:
 - 41 p.p. w populacji osób ≥ 60 r.ż. – różnica VE=0,41 [95%CI: (0,34; 0,47)] (3 RCT);
 - 54 p.p. w populacji osób ≥ 70 r.ż. – różnica VE=0,54 [95% CI: (0,43; 0,65)] (2 RCT) (McGirr 2019).

U osób z obniżonym poziomem odporności ≥ 18 r.ż.

- W odniesieniu do osób dorosłych z niedoborami odporności, na podstawie pojedynczych RCT wykazano, że skuteczność szczepień w zapobieganiu półpaścowi wyniosła:

- VE=68,2% [95%CI: (55,6; 77,5)] u osób po przeszczepieniu szpiku kostnego;
- VE=80,4% [95% CI: (73,1; 86,5)] u osób z nowotworami hematologicznymi (Zeevaert 2023).
- W ramach metaanalizy powyższych badań wykazano, że pomimo iż skuteczność szczepień w grupie osób z obniżoną odpornością była niższa niż u osób immunokompetentnych (kolejno 70% vs 94%), to ze względu na fakt, iż wyjściowe ryzyko półpaśca było w tej grupie wyższe, liczba przypadków, którym udało się zapobiec zaszczepieniem określonej liczby osób również była wyższa (redukcja o 618 przypadków/10 000 osobołat w przypadku osób z obniżoną odpornością w porównaniu do redukcji o 86 przypadków u immunokompetentnych osób ≥ 50 r.ż.) (Zeevaert 2023).

Skuteczność RZV w zapobieganiu przypadkom neuralgii półpaścowej (PHN)

- W ramach metaanalizy 2 RCT przeprowadzonych na grupie immunokompetentnych osób ≥ 50 r.ż. wykazano istotne statystycznie różnice w zakresie skuteczności zapobiegania występowaniu PHN między RZV a placebo – VE=87% [95%CI: (65; 96)] (n= 13 900) (Tricco 2018).
- Na podstawie metaanalizy 2 RCT (ZOE-50 oraz ZOE-70), oszacowano skuteczność szczepień w zakresie zapobiegania PHN u osób z prawidłowym poziomem odporności na:
 - VE=91,2% [95% CI: (75,9; 97,7)] (p < 0,001) dla osób ≥ 50 r.ż.
 - VE=88,8% [95%CI: (68,7; 97,1)] (p < 0,001) dla osób ≥ 70 r.ż. (Zeevaert 2023).

Podsumowanie dowodów naukowych w zakresie bezpieczeństwa

- Stwierdzono, że ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych (ogółem) było istotnie statystycznie wyższe w grupie osób zaszczepionych RZV w porównaniu do grupy, w której zastosowano placebo – RR=2,41 [95%CI: (2,02; 2,88)] (2 RCT, n=29 311) (de Oliveira Gomes 2023).

Miejscowe zdarzenia niepożądane

- W ramach odnalezionych dowodów naukowych wskazuje się na istotne statystycznie zwiększone ryzyko występowania miejscowych zdarzeń niepożądanych (np. zaczerwienienia, opuchlizny w miejscu wkłucia) w wyniku zastosowania RZV:
 - w porównaniu z placebo:
 - RR=6,89 [95%CI: (6,37; 7,49)]; (1 RCT, n=9 769) (de Oliveira Gomes 2023),
 - RR=5,63 [95%CI: (3,57; 7,29)] (11 RCT, n=92 431) (Tricco 2018).
 - w porównaniu z LZV: RR=1,79 [95%CI: (1,05; 2, 34)] (11 RCT, n=92 431) (Tricco 2018).

Ogólnoustrojowe zdarzenia niepożądane

- W ramach metaanalizy 2 RCT stwierdzono istotnie statystycznie zwiększone ryzyko wystąpienia objawów ogólnoustrojowych (np. gorączki, bólu głowy, bólów mięśni, zmęczenia w populacji osób zaszczepionych RZV w porównaniu z placebo – RR=2,23 [95%CI: (2,12; 2,34)]; (2 RCT; n=9 762) (de Oliveira Gomes 2023).
- Natomiast na podstawie metaanalizy sieciowej 9 RCT z udziałem osób immunokompetentnych oraz osób z deficytami odporności (n=91 196) nie wykazano istotnych statystycznie różnic między preparatami szczepionkowymi oraz placebo w zakresie częstości występowania ogólnoustrojowych zdarzeń niepożądanych (Tricco 2018).

Podsumowanie opinii ekspertów

Eksperci kliniczni przedstawili zarówno argumenty przemawiające za finansowaniem PPZ z zakresu profilaktyki półpaśca i jego powikłań u osób dorosłych, jak i przeciw. Wśród argumentów „za” wskazano m.in: oczekiwany wzrost zapadalności na półpasiec wśród osób dorosłych w związku ze starzeniem się społeczeństwa, potwierdzoną zależnością pomiędzy wiekiem, zachorowaniem na COVID-19 i innymi chorobami współistniejącymi a zwiększonym ryzykiem zachorowania na półpasiec; wysoki koszt szczepionki ograniczający dostępność do szczepień dla ludzi starszych, biedniejszych i schorowanych ; poprawę jakości życia u osób po 60 r.ż. oraz u osób w immunosupresji, w szczególności ze schorzeniami hematologicznymi; wysoką skuteczność szczepienia szczepionką rekombinowaną. Jako argumenty „przeciw” wskazano m.in. występowanie chorób w populacji osób dorosłych, które powodują większą zachorowalność i umieralność niż półpasiec i przeciwko którym są dostępne szczepienia zalecane, odpłatne np. przeciwko pneumokokom, przeciw grypie itd.; nie jest to szczepionka ratująca życie, a jedynie poprawiająca komfort seniorów i jakość ich życia; niska umieralność z powodu półpaśca, niedostępne dane dot. zapadalności na półpasiec i neuralgię półpaścową w Polsce.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.451.2.2026 „Program profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej wśród mieszkańców Poznania w wieku 60-64 na lata 2026-2028”; data ukończenia: marzec 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 30/2026 z dnia 9 marca 2026 roku o projekcie programu „Program profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej wśród mieszkańców Poznania w wieku 60-64 na lata 2026-2028”.