

Projekt

z dnia .....

**UCHWAŁA NR .....  
RADY MIASTA OPOLA**

z dnia ..... 2026 r.

**w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki półpaśca oraz neuralgii półpaścowej  
w populacji osób w wieku od 55 lat**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153; zm. Dz. U. z 2025 r. poz. 1436 oraz z 2026 r. poz. 252) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461; Dz. U. z 2025 r. poz. 1083, poz. 1537, poz. 1739 oraz z 2026 r. poz. 203) – Rada Miasta Opola uchwala, co następuje:

**§ 1.** Przyjmuje się Program profilaktyki półpaśca oraz neuralgii półpaścowej w populacji osób w wieku od 55 lat, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Opola.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały Nr .....  
Rady Miasta Opola  
z dnia ..... 2026 r.



Program polityki zdrowotnej  
Miasta Opola

**Program profilaktyki pólpaśca oraz neuralgii pólpaścowej  
w populacji osób w wieku od 55 lat**

Opracowano na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.)

Opole, kwiecień 2026 r.

## Spis treści

<b>I. OPIS CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ .....</b>	<b>4</b>
I.1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO .....	4
I.2. DANE EPIDEMIOLOGICZNE .....	6
I.3. OPIS OBECNEGO POSTĘPOWANIA .....	10
<b>II. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI .....</b>	<b>12</b>
II.1. CEL GŁÓWNY .....	12
II.2. CELE SZCZEGÓŁOWE .....	12
II.3. MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ .....	12
<b>III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ .....</b>	<b>13</b>
III.1. POPULACJA DOCELOWA .....	13
III.2. KRYTERIA KWALIFIKACJI DO UDZIAŁU W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ ORAZ KRYTERIA WYŁĄCZENIA Z PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ .....	14
Kryteria włączenia do programu.....	14
Kryteria wyłączenia z programu .....	15
III.3. PLANOWANE INTERWENCJE .....	16
Etap I - działania organizacyjne .....	16
Etap II - działania edukacyjne i interwencja profilaktyczna .....	19
Etap III - działania kontrolne i sprawozdawcze.....	22
III.4. SPOSÓB UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ .....	23
III.5. SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ .....	25
<b>IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....</b>	<b>27</b>
IV.1. ETAPY PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I DZIAŁANIA PODEJMOWANE W RAMACH ETAPÓW .....	27
IV.2. WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCE PERSONELU, WYPOSAŻENIA I WARUNKÓW LOKALOWYCH .....	28
Warunki lokalowe.....	28
Sprzęt i materiały.....	28
Dokumentacja i bezpieczeństwo prawne.....	29
Wymagania wobec realizatora i personelu .....	29
<b>V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....</b>	<b>29</b>
V.1. MONITOROWANIE.....	30
V.2. EWALUACJA .....	32
<b>VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....</b>	<b>32</b>
VI.1. KOSZTY JEDNOSTKOWE .....	32
VI.2. KOSZTY CAŁKOWITE .....	34
1. Koszty organizacyjne.....	34
2. Koszty interwencji.....	34
3. Koszty całkowite programu .....	36
VI.3. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA .....	36
<b>VII. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>37</b>
<b>VIII. ZAŁĄCZNIKI - WZORY DOKUMENTÓW DO WYKORZYSTANIA PRZEZ REALIZATORA .....</b>	<b>38</b>
ZAŁĄCZNIK 1. ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU - WZÓR.....	38
ZAŁĄCZNIK 2. ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE - WZÓR.....	40
ZAŁĄCZNIK 3. FORMULARZ KWALIFIKACJI UCZESTNIKA DO PROGRAMU- WZÓR .....	42
ZAŁĄCZNIK 4. TEST WIEDZY UCZESTNIKA PROGRAMU- WZÓR.....	44

## Spis tabel

Tabela 1. Klasyfikacja ICD-10 - półpasiec oraz neuralgia półpaścowa.....	4
Tabela 2. Rozpowszechnienie półpaśca w Polsce w podziale na województwa w roku 2023 .....	8
Tabela 3. Rozpowszechnienie neuralgii półpaścowej w Polsce w podziale na województwa w roku 2023 .....	10
Tabela 4. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład programu - osoby bez refundacji szczepionki .....	32
Tabela 5. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład programu - osoby spełniające kryteria częściowej refundacji szczepionki.....	33

Tabela 6. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład programu - osoby spełniające kryteria pełnej refundacji szczepionki.....	33
Tabela 7. Rodzaje rocznych kosztów organizacyjnych .....	34
Tabela 8. Roczne koszty realizacji programu .....	35

## I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

### I.1. Opis problemu zdrowotnego

Półpasiec jest chorobą wirusową wywoływaną przez VZV (varicella zoster virus), ulegający reaktywacji w stanach obniżonej odporności u osób, które wcześniej przebyły pierwotne zakażenie w postaci ospy wietrznej, niezależnie od stopnia jego ciężkości. Niewielka część osób, które przechorowały pierwotne zakażenie (2-3%) może nie być świadomym tego faktu. Wirus może rezydować w komórkach zwojów nerwowych korzeni grzbietowych oraz nerwów czaszkowych przez wiele lat w formie latentnej, zanim wystąpią czynniki umożliwiające mu reaktywację. Dzięki tego rodzaju specyficznemu przystosowaniu wirus może przetrwać wiele lat, nawet jeśli w jego otoczeniu nie znajdują się osoby wrażliwe na zachorowanie na ospę wietrzną. Zdecydowana większość ludzi choruje na półpaśca tylko raz, a prawdopodobieństwo powtórnego zachorowania wynosi około 5%. W związku z faktem, że prawie cała populacja polska po 50. roku życia przebyła ospę wietrzną, w praktyce prawie wszystkie osoby starsze są narażone na zachorowanie na półpaśca.

Półpasiec (łac. herpes zoster) stanowi istotne wyzwanie zdrowia publicznego w starzejących się społeczeństwach, ponieważ wraz z wiekiem rośnie ryzyko reaktywacji zakażenia, ciężkiego przebiegu oraz długotrwałych powikłań bólowych. Choroba ta ma nie tylko wymiar kliniczny, lecz również społeczno-ekonomiczny - prowadzi do obniżenia jakości życia, zwiększonego korzystania ze świadczeń zdrowotnych, absencji zawodowej oraz kosztów leczenia, zwłaszcza wśród osób z chorobami przewlekłymi.

W tabeli 1 przedstawiono kody rozpoznania zgodnie z klasyfikacją ICD-10 dla opisywanego problemu zdrowotnego.

Tabela 1. Klasyfikacja ICD-10 - półpasiec oraz neuralgia półpaścowa

ICD-10	Opis
<b>B02</b>	Choroba zakaźna wywołana przez wirus herpes zoster [półpasiec]
<b>B02.0</b>	Zapalenie mózgu wywołane przez wirus herpes zoster
<b>B02.1</b>	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez wirus herpes zoster
<b>B02.2</b>	Półpasiec z zajęciem innych części układu nerwowego
<b>B02.3</b>	Choroba gałki ocznej wywołana przez wirus herpes zoster
<b>B02.7</b>	Półpasiec rozsiany
<b>B02.8</b>	Półpasiec z innymi powikłaniami
<b>B02.9</b>	Półpasiec bez powikłań
<b>G53.0</b>	Nerwoból po przebyłym półpaścu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie ICD-10

Szczególnie narażone na reaktywację zakażenia Varicella Zoster Virus (VZV) i rozwój półpaśca są osoby starsze (w wieku 65 lat i więcej) oraz chorzy z osłabioną funkcją układu odpornościowego, w tym w szczególności chorzy na nowotwory (układu krwiotwórczego i chłonnego, guzy lite), cukrzycę, a także zakażeni wirusem HIV. Ryzyko zachorowania na półpasiec rośnie z wiekiem - po 85. roku życia ryzyko zachorowania w ciągu życia wynosi aż 50%. Zakaźność u osób z kontaktu jest dużo mniejsza niż w przypadku ospy wietrznej i dotyczy przede wszystkim osób wrażliwych na zakażenie VZV tylko w razie kontaktu z wykwitami pęcherzykowymi na ciele chorego. Jak już wspomniano, po pierwszej

infekcji wirus w formie latentnej bytuje w organizmie człowieka. Przy reaktywacji infekcji zwykle pierwszym objawem jest wystąpienie bólu w obrębie jednego dermatomu (70-80% przypadków). Epizody bólowe mają różny charakter - może być to ból przerywany lub ciągły, kłujący, piekący lub pulsujący. Mogą im towarzyszyć świąd skóry, uczucie mrowienia i inne parestezje. Epizody te pojawiają się zwykle na 3-4 dni przed wystąpieniem objawów skórnych. W przebiegu choroby można zaobserwować także dodatkowo objawy grypopodobne (ból głowy, złe samopoczucie, gorączka). Głównym czynnikiem reaktywacji infekcji VZV i wystąpienia pólpaśca jest obniżenie odporności.

Warto podkreślić, że w warunkach współczesnych - z rosnącą długością życia, powszechnością chorób przewlekłych oraz częstym stosowaniem terapii immunosupresyjnych - częstość występowania pólpaśca systematycznie wzrasta. Choroba, choć w większości przypadków nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia, może prowadzić do trwałych następstw neurologicznych, pogorszenia funkcji poznawczych, zaburzeń snu i depresji. Z tego względu profilaktyka poprzez szczepienia stanowi istotny element polityki zdrowotnej ukierunkowanej na utrzymanie samodzielności i jakości życia osób starszych.

Obserwacje epidemiologiczne wskazują, że pierwotne zakażenie VZV rozpoczyna się replikacją w komórkach nabłonka błony śluzowej górnych dróg oddechowych, a po trwającym 10-21 dni okresie inkubacji pojawia się typowa dla ospy wietrznej wysypka pęcherzykowa. Wirus następnie rozprzestrzenia się do migdałków i okolicznej tkanki limfatycznej, skąd zakażone limfocyty T mogą go przenosić przez krwioobieg do odległych miejsc organizmu. Pólpaśec jest rozpoznawany najczęściej na podstawie charakterystycznego dla tej choroby obrazu klinicznego, opisanego w poprzednim akapicie. Badanie przedmiotowe powinno obejmować porównanie zajętego dermatomu z przeciwległą, zdrową stroną. Badania dodatkowe zlecane są zazwyczaj podczas prowadzenia diagnostyki w kierunku pólpaśca u osoby z zaburzeniami funkcji układu odpornościowego. Czynnikiem etiologicznym w przypadku tej choroby możliwy jest do zidentyfikowania poprzez wykrywanie materiału genetycznego wirusa metodą reakcji łańcuchowej polimerazy (PCR), na przykład w płynie pochodzącym z pęcherzyków. Możliwa jest także identyfikacja antygenów VZV w zmienionych chorobowo komórkach naskórka.

Najnowsze wytyczne dobrej praktyki klinicznej sugerują rozważenie leczenia przeciwwirusowego u osób w wieku >50 lat, pacjentów w każdym wieku z niedoborem odporności lub pacjentów z zajęciem nerwu trójdzielnego z objawem Hutchinsona lub bez niego (osutka na czubku nosa odzwierciedlająca zajęcie nerwu nosowo-rzęskowego, co wskazuje na zajęcie gałki ocznej). Leczenie przeciwwirusowe rozpoczęte w ciągu 72 godzin od początku wystąpienia osutki jest najskuteczniejsze w skracaniu ostrej fazy choroby. Jeśli pacjent zgłasza się po 72 godzinach od wystąpienia osutki, lek przeciwwirusowy należy podać w przypadku potwierdzonego niedoboru odporności lub gdy nadal pojawiają się nowe zmiany, co wskazuje na trwającą replikację wirusa. W leczeniu ostrego bólu w przebiegu pólpaśca zaleca się stosowanie prostych leków przeciwbólowych w monoterapii lub w skojarzeniu. W ostateczności może być konieczne zastosowanie silnych opioidów jako leczenie krótkoterminowe u osób z silnym bólem, ale nie zaleca się ich długotrwałego stosowania. Po wygojeniu zmian skórnych można rozważyć stosowanie leków miejscowych.

Według aktualnych danych klinicznych (m.in. ECDC 2024, CDC 2023, PTW/PTMR/PTD/PTBB/PTN 2023), właściwie przeprowadzone szczepienie przeciwko pólpaścowi (dwudawkowy preparat rekombinowany, szczepionka Shingrix) pozwala na redukcję zachorowań nawet o 90% w populacji osób powyżej 50. roku życia oraz znaczące zmniejszenie ryzyka neuralgii pólpaścowej. Wysoka

skuteczność i bezpieczeństwo potwierdzone w badaniach RCT stanowią podstawę do rekomendacji realizacji szczepień w ramach programów polityki zdrowotnej jednostek samorządu terytorialnego.

Najczęstszym wyniszczającym powikłaniem półpaśca jest neuralgia półpaścowa, charakteryzująca się utrzymywaniem się bólu neuropatycznego i zaburzeń prawidłowego odczuwania przez tygodnie, miesiące, a nawet lata po wygojeniu wysypki. W zależności od czasu trwania ból związany z półpaścem można sklasyfikować jako ostry (<30 dni od początku), podostry (30-90 dni) lub właśnie neuralgię półpaścową (>90 dni). Częstość występowania tego powikłania wzrasta z wiekiem. Ból towarzyszący neuralgii półpaścowej z uwagi na duże nasilenie znacząco obniża komfort życia chorego. Inne poważne powikłania półpaśca obejmują zajęcie oczu mogące prowadzić do ślepoty, powikłania neurologiczne mogące skutkować utratą słuchu, waskułopatie i związane z nimi udary mózgu.

Profilaktyka przeciwwirusowa jest nieocenionym elementem ochrony zdrowia przede wszystkim pacjentów, u których może się rozwinąć stan immunosupresji w konsekwencji wystąpienia choroby nowotworowej oraz jej leczenia, czy innych czynników upośledzających funkcję układu odpornościowego. Należy podkreślić, że u pacjentów z obniżoną odpornością półpasiec ma zwykle znacznie cięższy przebieg niż u osób zdrowych. Faza wykwitów skórnych utrzymuje się dłużej i może mieć większy zakres, może dojść do zajęcia narządów wewnętrznych i w konsekwencji - zapalenia płuc i/lub wątroby, a także do wspomnianej już neuralgii półpaścowej. Co warto podkreślić, wystąpienie półpaśca może spowodować u chorego odsunięcie w czasie terapii przeciwnowotworowej, co dodatkowo podkreśla istotę profilaktyki przeciwwirusowej. Farmakologiczną profilaktykę przeciwwirusową stosuje się u chorych w stanie immunosupresji, w tym leczonych przeciwnowotworowo. Wszystkie stosowane obecnie w tym celu leki blokują replikację wirusa.

Opisana w poprzednim akapicie profilaktyka przeciwwirusowa zmniejsza ryzyko reaktywacji infekcji VZV u chorych z osłabioną funkcją układu odpornościowego, ale nie zmniejsza ryzyka powikłań, zwłaszcza w postaci neuralgii półpaścowej. Z tego względu szczególnie istotne jest stosowanie profilaktyki w formie szczepień ochronnych w populacji osób z grup ryzyka. Szczepienia stosuje się u osób, które w przeważającej większości już przebyły infekcję pierwotną VZV i wytworzyły wobec niego odpowiedź, jednak jest ona niedostateczna i utrzymujący się u nich wirus w postaci latentnej może ulegać reaktywacji, co w konsekwencji doprowadzi do rozwoju półpaśca.

Podsumowując, półpasiec i jego powikłania stanowią realne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia, a wdrożenie programu polityki zdrowotnej w postaci szczepień ochronnych jest działaniem o udowodnionej skuteczności, które wpisuje się w krajowe priorytety zdrowotne oraz rekomendacje ekspertów klinicznych, a także Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Program ma na celu nie tylko ograniczenie zachorowań, ale również poprawę jakości życia osób starszych, zmniejszenie obciążenia systemu opieki zdrowotnej oraz promowanie postaw prozdrowotnych w populacji 55+.

## **I.2. Dane epidemiologiczne**

Półpasiec oraz powikłania tej choroby, w tym neuralgia półpaścowa, to globalny problem zdrowotny, który dotyczy głównie osób starszych. Szacuje się, że u prawie co trzeciej osoby dojdzie w ciągu życia do rozwoju półpaśca. W praktyce w Polsce prawie wszystkie osoby starsze są narażone na zachorowanie na półpasiec, ponieważ przechorowały kiedyś ospę wietrzną. Ryzyko półpaśca gwałtownie wzrasta po 50. roku życia. Podobnie wraz z wiekiem gwałtownie wzrasta ryzyko rozwoju neuralgii półpaścowej. Drugą grupą osób o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec są osoby o upośledzonej odporności w związku z chorobą lub otrzymywanym leczeniem. Ryzyko półpaśca w tej

grupie osób jest kilkakrotnie a nawet kilkunastokrotnie wyższe niż w populacji ogólnej. U większości pacjentów bóle zwykle ustępują w ciągu kilku miesięcy, niemniej jednak w niektórych przypadkach mogą utrzymywać się nawet przez wiele lat.

Z danych epidemiologicznych wynika, że wraz ze starzeniem się populacji w krajach rozwiniętych, w tym w Polsce, obserwuje się wyraźny trend wzrostowy zapadalności na półpasiec. Szacunkowo rocznie w krajach Unii Europejskiej rejestruje się od 1,5 do 2,5 miliona nowych przypadków, z czego ponad połowa dotyczy osób powyżej 60. roku życia (ECDC, 2023). Choroba ta, choć rzadko prowadzi do zgonu, generuje istotne koszty pośrednie - w postaci utraty produktywności, zwiększonej liczby wizyt lekarskich i hospitalizacji oraz kosztów leczenia bólu przewlekłego. W badaniach ekonomicznych wykazano, że średni koszt leczenia jednego przypadku półpaśca w Europie wynosi około 400-600 euro, a neuralgii półpaścowej nawet powyżej 1000 euro.

Ryzyko zachorowania na półpasiec różni się w zależności od regionu świata. Wyższe od europejskich wskaźniki zapadalności obserwuje się w Oceanii, Azji oraz Ameryce Północnej. W przeglądzie systematycznym Pinchinat 2013 zapadalność na półpasiec wynosiła od 2,0 do 4,6/1 000 osobolat. Wskaźniki te gwałtownie rosły w starszych grupach wiekowych i wynosiły około 7-8/1 000 w grupie osób po 50 roku życia oraz nawet do 10/1 000 w grupie osób po 80 roku życia. Ocenia się, że ryzyko półpaśca w krajach europejskich jest zbliżone. Z kolei w przeglądzie systematycznym van Oorschot 2021 ogólna zapadalność na półpasiec w populacji w wieku 50 lat i więcej w Europie została oszacowana na poziomie od 5,23 do 10,9 nowych przypadków na 1 000 osobolat.

W większości krajów, w tym krajów europejskich (m.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. Półpasiec nie znajduje się na wykazie zakażeń i chorób zakaźnych objętych ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Tym samym choroba ta nie podlega obowiązkowi zgłaszania do Powiatowych Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych i dlatego dokładna liczba przypadków półpaśca w Polsce nie jest znana. Niedostępne są także dane epidemiologiczne dotyczące częstości zachorowania na półpasiec w Polsce w meldunkach o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce publikowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Brak systematycznego rejestrowania przypadków półpaśca powoduje, że dane Narodowego Funduszu Zdrowia stanowią obecnie najważniejsze źródło informacji o rzeczywistym obciążeniu systemu opieki zdrowotnej. W praktyce oznacza to, że rzeczywista liczba przypadków może być znacznie wyższa niż wskazują raporty - część chorych nie zgłasza się do lekarza lub jest leczona objawowo, bez kodowania rozpoznania w systemie ICD-10.

W odniesieniu do Map Potrzeb Zdrowotnych (w tym edycji 2022-2026 oraz kolejnych okresów planistycznych) należy wskazać, że nie zawierają one szczegółowych analiz epidemiologicznych odnoszących się bezpośrednio do problemu zdrowotnego półpaśca i neuralgii półpaścowej w zakresie umożliwiającym ich wykorzystanie jako podstawowego źródła danych dla niniejszego programu. Z tego względu opis sytuacji epidemiologicznej oraz szacunki populacyjne programu oparto na dostępnych danych literaturowych, danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz danych demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego.

W biuletynie „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce” publikowanym przez ww. instytucję dostępne są wyłącznie dane o liczbie zgonów z powodu półpaśca (ICD-10: B02). Informacje te opierają się na danych Departamentu Badań Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). W latach 2015-2021 w Polsce z powodu półpaśca zmarło łącznie 29 osób (w 2015 r. - 3 osoby, w 2016 r. - 4, w 2017 r. - 1, w 2018 r. - 3, w 2019 r. - 4, w 2020 r. - 6, w 2021 r. - 8) i obserwuje się w tym obszarze w okresie ostatnich kilku lat tendencję wzrostową. Wszystkie zgony w 2020 r. dotyczyły osób w wieku co najmniej 70 lat, natomiast zgony w 2021 r. - osób w wieku 60 lat i więcej.

Zgodnie z danymi Serwisu Rzeczypospolitej Polskiej przedstawionymi w zbiorze „Koszty leczenia pacjentów według rozpoznań” w 2022 roku leczono łącznie 121 602 pacjentów z rozpoznaniem B02, w tym 9 545 pacjentów w wieku 0-17 lat (7,8%), 56 467 pacjentów w wieku 18-64 lat (46,4%) oraz 55 590 pacjentów w wieku 65 lat i więcej (45,8%). Zgodnie z danymi Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, w roku 2023 leczono w Polsce już prawie 128,4 tys. osób. Można zatem szacować, że w okresie 2022-2023 odnotowano wzrost liczby pacjentów z półpaścem na poziomie około 5,6%. Najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia omawianego problemu zdrowotnego w roku 2023 odnotowano w województwie łódzkim (387,6/100 tys. ludności), najniższe - w lubuskim (309,5/100 tys. ludności). W województwie mazowieckim w analizowanym okresie odnotowano drugi najniższy wskaźnik rozpowszechnienia półpaśca - było to 314,1/100 tys. ludności przy średniej dla kraju na poziomie 341,2/100 tys. ludności.

Dane te potwierdzają, że półpasiec staje się coraz bardziej powszechnym problemem w populacji osób starszych, a tempo wzrostu zachorowań jest zgodne z obserwacjami epidemiologicznymi w innych krajach Europy Zachodniej. W świetle tych tendencji wprowadzenie lokalnych programów szczepień ochronnych może znacząco ograniczyć ryzyko wystąpienia choroby i jej powikłań, a także odciążyc system podstawowej opieki zdrowotnej.

Tabela 2. Rozpowszechnienie półpaśca w Polsce w podziale na województwa w roku 2023

Obszar	Liczba przypadków	Liczba ludności	Liczba przypadków/ 100 tys. ludności
Łódzkie	9 158	2 362 519	387,6
Świętokrzyskie	4 414	1 168 499	377,7
Podlaskie	4 223	1 138 216	371,0
Śląskie	15 955	4 320 130	369,3
Warmińsko-mazurskie	4 852	1 357 910	357,3
Zachodniopomorskie	5 756	1 631 784	352,7
Lubelskie	7 012	2 011 047	348,7
<b>Opolskie</b>	<b>3 249</b>	<b>936 725</b>	<b>346,8</b>
Polska	128 399	37 636 508	341,2
Dolnośląskie	9 788	2 879 271	339,9
Kujawsko-pomorskie	6 724	1 996 003	336,9
Podkarpackie	6 878	2 071 676	332,0
Wielkopolskie	11 423	3 487 973	327,5
Małopolskie	11 143	3 429 632	324,9
Pomorskie	7 497	2 359 573	317,7
Mazowieckie	17 309	5 510 527	314,1
Lubuskie	3 018	975 023	309,5
Warszawa	4 995	1 861 599	268,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centrali NFZ, Mazowieckiego OW NFZ oraz GUS.

W roku 2023 z powodu pólpaśca leczono 3 249 mieszkańców województwa opolskiego. Największa liczba przypadków omawianego problemu zdrowotnego dotyczy populacji w wieku 65 lat i więcej (54,4% ogółu).

Omawiając dane epidemiologiczne należy pokreślić, że część pacjentów z pólpaścem w procesie leczenia może nie mieć przypisanego kodu B02/B02.x według klasyfikacji ICD-10, dlatego też prezentowane dane Narodowego Funduszu Zdrowia mogą być niedoszacowane. Tak jak wspomniano w poprzednich akapitach, dane z systemów opieki zdrowotnej są ograniczone do przypadków objętych opieką medyczną i mogą pomijać m.in. te, które są łagodniejsze lub mają utrudniony dostęp do systemu opieki zdrowotnej, a także te, które z różnych względów zostały w systemie opieki zdrowotnej zakwalifikowane do innego rozpoznania.

W kontekście województwa opolskiego zauważa się także charakterystyczne zjawisko - wysoki odsetek osób w wieku poprodukcyjnym (ponad 28% mieszkańców regionu), co wprost przekłada się na zwiększone ryzyko występowania chorób wieku starszego, w tym pólpaśca. Z tego względu program polityki zdrowotnej realizowany lokalnie może przynieść szczególnie wymierne efekty zdrowotne i społeczne.

Najczęstszym powikłaniem pólpaśca jest neuralgia pólpaścowa, której globalna częstość rozwoju waha się od 5% do nawet 30%, w zależności od badania epidemiologicznego, grupy wiekowej i przyjętej definicji tego problemu zdrowotnego. Na podstawie wyników przeglądu systematycznego Kawai 2014 ocenia się, że ponad 30% pacjentów z neuralgią pólpaścową doświadcza bólu trwającego ponad rok. Z kolei w badaniu Hillebrand 2015 wykazano, że omawiane powikłanie pólpaśca występuje u około 13% pacjentów z pólpaścem w grupie wiekowej 50-59 lat oraz u ponad 20% pacjentów powyżej 80 roku życia.

Zgodnie z danymi oraz opiniami ekspertów dotyczącymi liczebności chorych z neuralgią pólpaścową w Polsce, przedstawionymi we wniosku o objęcie refundacją leku Lyrica w ramach leczenia dorosłych pacjentów z neuralgią pólpaścową, chorobowość w przypadku tego schorzenia szacuje się na poziomie 30/100 tys. ludności. Eksperti wskazują, że 1-2% pacjentów ma silne i bardzo silne dolegliwości, wymagające długotrwałego leczenia. Wskazuje się także, że ból neuropatyczny dotyczy około 10% pacjentów po przebyciu pólpaścu i jest zazwyczaj bardzo nasilony i oporny na leczenie.

Zgodnie z danymi Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2023 z powodu neuralgii pólpaścowej (G53.0) leczono w Polsce ponad 3,4 tys. osób. Najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia omawianego problemu zdrowotnego w roku 2023 odnotowano w województwie małopolskim (11,3/100 tys. ludności), najniższe - w lubuskim (5,1/100 tys. ludności).

W roku 2023 z powodu neuralgii pólpaścowej leczono 79 mieszkańców województwa opolskiego. Największa liczba przypadków omawianego problemu zdrowotnego dotyczy populacji w wieku 65 lat i więcej (83,8% ogółu).

Wysoka częstość występowania neuralgii pólpaścowej i jej przewlekły, bolesny charakter potwierdzają konieczność podejmowania działań profilaktycznych na poziomie lokalnym. Wdrożenie programu szczepień na terenie Miasta Opole może w perspektywie kilku lat przyczynić się do zauważalnego spadku liczby zachorowań, zmniejszenia wydatków na leczenie bólu neuropatycznego oraz poprawy jakości życia mieszkańców regionu.

Tabela 3. Rozpowszechnienie neuralgii półpaścowej w Polsce w podziale na województwa w roku 2023

Obszar	Liczba przypadków	Liczba ludności	Liczba przypadków/ 100 tys. ludności
Warszawa	216	1 861 599	11,6
Małopolskie	389	3 429 632	11,3
Dolnośląskie	317	2 879 271	11,0
Mazowieckie	591	5 510 527	10,7
Lubelskie	214	2 011 047	10,6
Łódzkie	230	2 362 519	9,7
Podlaskie	106	1 138 216	9,3
Śląskie	396	4 320 130	9,2
Polska	3 411	37 636 508	9,1
Warmińsko-mazurskie	120	1 357 910	8,8
<b>Opolskie</b>	<b>79</b>	<b>936 725</b>	<b>8,4</b>
Kujawsko-pomorskie	167	1 996 003	8,4
Pomorskie	194	2 359 573	8,2
Świętokrzyskie	96	1 168 499	8,2
Zachodniopomorskie	134	1 631 784	8,2
Wielkopolskie	207	3 487 973	5,9
Podkarpackie	121	2 071 676	5,8
Lubuskie	50	975 023	5,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centrali NFZ, Mazowieckiego OW NFZ oraz GUS.

### I.3. Opis obecnego postępowania

Obecnie w Polsce profilaktyka w postaci szczepień przeciwko półpaścowi jest realizowana wyłącznie poprzez szczepienia dobrowolne. Zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych na rok 2025 (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2024 r. poz. 93) oraz na rok 2026 (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2025 r. poz. 85) szczepienie przeciw półpaścowi jest szczepieniem zalecanym, niefinansowanym jako świadczenie gwarantowane, kierowanym do osób dorosłych z określonych grup ryzyka.

Szczepienia przeciw półpaścowi zalecane są osobom dorosłym, które przebyły pierwotne zakażenie wirusem ospy wietrznej (VZV), w szczególności:

- osobom z wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, w tym m.in. z immunosupresją jatrogenną, zakażeniem wirusem HIV, nowotworami układu krwiotwórczego (białaczką, chłoniak, szpiczak mnogi), po przeszczepieniu narządu mięszonego lub macierzystych komórek krwiotwórczych,
- osobom z przewlekłymi chorobami serca, płuc, wątroby i nerek,
- osobom z chorobami autoimmunizacyjnymi,
- osobom z cukrzycą,
- osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym depresją,
- osobom po ukończeniu 50. roku życia.

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2025 r. szczepionka przeciw półpaścowi i neuralgii półpaścowej Shingrix jest objęta refundacją dla dwóch grup pacjentów spełniających nw. kryteria medyczne:

- dla osób w wieku 65 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec - refundacja 100%, szczepionka wydawana bezpłatnie (lista S),
- dla osób dorosłych w wieku 18 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec - refundacja 50%, pacjent ponosi koszt 375,58 zł za jedną dawkę szczepionki.

Do grupy pacjentów o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec należą osoby m.in. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, po przeszczepie narządu litego, reumatoidalnym zapaleniem stawów, łuszczycą, łuszczycowym zapaleniem stawów, nieswoistymi zapaleniami jelit, zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, stwardnieniem rozsianym, toczniem układowym.

Refundacja dotyczy wyłącznie pacjentów spełniających powyższe kryteria kliniczne.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi międzynarodowymi (CDC 2024, ECDC 2023, PTW/PTMR/PTD/PTBB/PTN 2023) szczepienie przeciwko półpaścowi zaleca się wszystkim osobom w wieku  $\geq 50$  lat, niezależnie od wcześniejszego wystąpienia półpaśca, a także osobom młodszym z istotnym obniżeniem odporności. Rekomenduje się podanie dwóch dawek szczepionki rekombinowanej w odstępie 2-6 miesięcy.

W Polsce szczepienia te nie są finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych, a zatem pacjent ponosi pełny lub częściowy koszt szczepionki. Brak powszechnego finansowania stanowi istotną barierę dostępności, szczególnie wśród osób w wieku emerytalnym, które są najbardziej narażone na zachorowanie. Z tego względu lokalne programy polityki zdrowotnej, takie jak niniejszy, odgrywają kluczową rolę w zwiększaniu dostępności szczepień oraz wyrównywaniu nierówności społecznych.

Warto dodać, że według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (2024) poziom wyszczepialności przeciwko półpaścowi w Polsce nie przekracza 1% populacji docelowej, co oznacza bardzo niski poziom ochrony w porównaniu z krajami zachodniej Europy (np. w Niemczech - około 15%, w Wielkiej Brytanii - 20%). Wskazuje to na znaczącą lukę pomiędzy rekomendacjami a rzeczywistą realizacją profilaktyki.

Brak krajowego programu finansowania szczepień profilaktycznych przeciwko półpaścowi sprawia, że inicjatywy jednostek samorządu terytorialnego mają kluczowe znaczenie w budowaniu systemu ochrony przed chorobami wieku starszego. Jednostki samorządu terytorialnego poprzez organizację lokalnych programów szczepień realizują zasadę subsydiarności w zdrowiu publicznym, zwiększając dostępność profilaktyki i wspierając system ochrony zdrowia w obszarach nieuwzględnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podsumowując, obecne postępowanie opiera się wyłącznie na działaniach zalecanych i indywidualnej decyzji pacjenta, co powoduje niską zgłaszalność do szczepień. Wprowadzenie lokalnego programu polityki zdrowotnej na terenie Miasta Opole stanowi więc konieczne i uzupełniające działanie, mające na celu objęcie profilaktyką osób, które - mimo wskazań klinicznych - nie korzystają ze szczepień z przyczyn ekonomicznych lub organizacyjnych.

## II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

### II.1. Cel główny

Osiągnięcie odsetka co najmniej 75% osób zaszczepionych pełnym schematem szczepienia przeciw półpaścowi w populacji mieszkańców zakwalifikowanych do programu z Miasta Opola w wieku 55 lat i więcej w latach jego realizacji.

### II. 2. Cele szczegółowe

1. Uzyskanie w każdym roku realizacji programu odsetka co najmniej 90% podań drugiej dawki szczepionki w przedziale czasowym zgodnym z Charakterystyką Produktu Leczniczego (tj. w zalecanym odstępie pomiędzy dawkami), wśród uczestników, którzy otrzymali pierwszą dawkę w ramach programu.
2. Uzyskanie po zakończeniu działań edukacyjnych odsetka co najmniej 75% uczestników programu z wysokim poziomem wiedzy ( $\geq 75\%$  poprawnych odpowiedzi) w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej.

Cele szczegółowe odnoszą się do skutków zastosowania interwencji zdrowotnych i stanowią uzupełnienie celu głównego. Każdy z nich został określony w sposób mierzalny, a jego osiągnięcie będzie stanowiło o skuteczności realizacji programu.

### II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Cel	Miernik efektywności (%)
Główny	Odsetek osób zaszczepionych przeciw półpaścowi pełnym schematem szczepienia (2 dawki) w stosunku do liczby osób zakwalifikowanych do programu w latach jego realizacji.
Szczegółowy 1	Odsetek osób, które przyjęły drugą dawkę szczepionki w zalecanym odstępie czasowym zgodnym z Charakterystyką Produktu Leczniczego, w stosunku do liczby osób, które przyjęły pierwszą dawkę w ramach programu.
Szczegółowy 2	Odsetek uczestników, którzy uzyskali $\geq 75\%$ poprawnych odpowiedzi w teście wiedzy po zakończeniu edukacji, w stosunku do liczby uczestników, którzy wypełnili pre-test.

Wartości wskaźników dotyczące szczepień określane będą w trakcie oraz po zakończeniu realizacji programu, natomiast wskaźniki dotyczące poziomu wiedzy - po zakończeniu działań edukacyjnych. Uzyskane zmiany w zakresie tych wartości oraz ich wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

Pomiar efektywności będzie prowadzony w sposób ciągły - po każdym roku realizacji oraz w ramach ewaluacji końcowej.

Przyjęte wartości docelowe dla celu głównego oraz celów szczegółowych programu oparto na dotychczasowych doświadczeniach innych jednostek samorządu terytorialnego, które realizowały podobne programy z zakresu profilaktyki szczepień i chorób zakaźnych w populacji osób starszych. Procentowy poziom skuteczności działań mieści się w przedziale realnych i osiągalnych wyników potwierdzonych zarówno przez realizatorów programów polityki zdrowotnej, jak i praktykę kliniczno-epidemiologiczną.

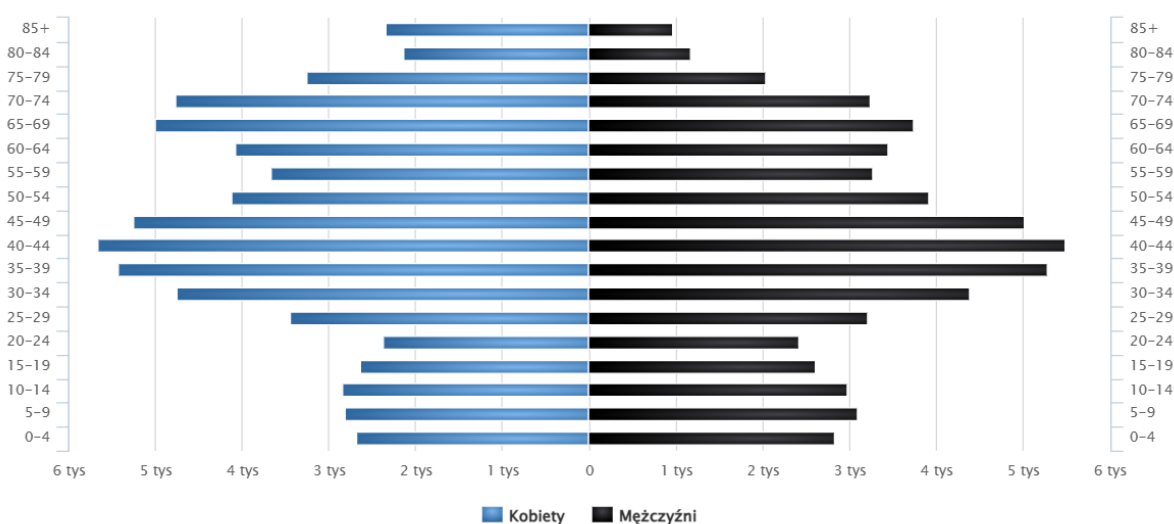
Wartości te zostały przyjęte jako możliwe do uzyskania przy założeniu niezmiennego poziomu finansowania. W przypadku zmian organizacyjnych lub finansowych wartości celów będą poddawane stosownej korekcie po każdym roku realizacji, z zachowaniem ciągłości oceny efektywności.

### III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

#### III.1. Populacja docelowa

Opole jest średniej wielkości miastem z liczbą mieszkańców wynoszącą 125 812, z czego 53,2% stanowią kobiety, a 46,8% mężczyźni. W latach 2002-2024 liczba mieszkańców zmalała o 2,7%. Średni wiek mieszkańców wynosi 44,0 lata i jest porównywalny do średniego wieku mieszkańców województwa opolskiego oraz porównywalny do średniego wieku mieszkańców całej Polski. Prognozowana liczba mieszkańców Miasta Opola w 2050 roku wynosi 90 600, z czego 48 006 to będą kobiety, a 42 594 mężczyźni.

Ludność w podziale według płci i wieku według danych GUS, znajduje się na rycinie 1.



Rycina 1. Piramida wieku mieszkańców Opola

Źródło: <https://www.polskawliczbach.pl/Opole#dane-demograficzne>

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego populacja osób w wieku powyżej 55 lat na terenie Miasta Opola liczy 63 827 osób. Większą część populacji po 55 roku życia stanowią kobiety - 38 241 osób, liczba mężczyzn wynosi - 25 586 osób.

Grupa ta stanowi ponad 50% całej populacji miasta, co potwierdza istotne wyzwanie demograficzne związane ze starzeniem się mieszkańców. Wzrost odsetka osób starszych w strukturze demograficznej miasta prowadzi do zwiększenia zapotrzebowania na działania profilaktyczne, w tym dotyczące chorób wieku dojrzałego i starszego, takich jak pólpasiec i jego powikłania.

Program będzie skierowany do osób w wieku 55 lat i więcej, zamieszkałych na terenie Miasta Opola, spełniających kryteria kwalifikacji.

Wybór populacji docelowej uzasadniony jest zarówno względami epidemiologicznymi, jak i klinicznymi - ryzyko zachorowania na półpasiec znacząco wzrasta po 50. roku życia, a największą liczbę przypadków obserwuje się w grupie 60-79 lat. Zastosowanie dolnej granicy wieku 55 lat pozwala objąć działaniami również osoby aktywne zawodowo, które już wkraczają w okres wzmożonego ryzyka reaktywacji wirusa VZV.

Populacja docelowa została określona na podstawie danych GUS (Bank Danych Lokalnych, 2024) oraz danych demograficznych Urzędu Miasta Opola. Zakłada się, że w okresie realizacji programu liczba osób kwalifikujących się do udziału w nim utrzyma się na zbliżonym poziomie, z tendencją do nieznacznego wzrostu w związku z procesem starzenia się populacji.

Dobór populacji docelowej jest w pełni zgodny z zaleceniami zawartymi w opiniach Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczącymi programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej, które rekomendują kierowanie działań do osób powyżej 55 roku życia, w szczególności z chorobami przewlekłymi lub innymi czynnikami ryzyka obniżonej odporności. Włączenie całej populacji 55+ zapewnia szerokie i równoprawne dotarcie do grupy najbardziej narażonej na zachorowanie.

### **III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej**

#### **Kryteria włączenia do programu**

1. Wiek  $\geq 55$  lat (osoby w wieku 55 lat i starsze, zamieszkałe na terenie Miasta Opola).
2. Stałe zamieszkanie lub zameldowanie na terenie Miasta Opole - potwierdzone dokumentem tożsamości lub oświadczeniem.
3. Świadoma zgoda na udział w programie, potwierdzona podpisem uczestnika po uzyskaniu informacji o celu, zakresie i przebiegu programu.
4. Zgoda lekarza kwalifikującego do szczepienia (po przeprowadzeniu wywiadu i badania kwalifikacyjnego).
5. Uczestnik nie korzysta równoległe z innego programu finansowanego ze środków publicznych obejmującego szczepienia przeciw półpaścowi.

#### **Dla części profilaktycznej (szczepienia/edukacja):**

1. Osoby bez przeciwwskazań medycznych do szczepienia przeciw półpaścowi (szczepionką inaktywowaną - rekombinowaną).
2. Osoby, które nie były wcześniej szczepione przeciw półpaścowi.
3. Osoby, które nie przebyły półpaśca w ciągu ostatnich 12 miesięcy.
4. Osoby z chorobami przewlekłymi (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, POChP, przewlekła choroba nerek), jeśli choroby te są stabilne klinicznie.
5. Dopuszcza się udział osób z łagodnymi, umiarkowanymi lub kontrolowanymi zaburzeniami odporności (np. leczenie immunosupresyjne, przewlekła choroba nowotworowa, zakażenie HIV), o ile lekarz po indywidualnej ocenie klinicznej nie stwierdzi przeciwwskazań do zastosowania szczepionki inaktywowanej.

### **Kryteria wyłączenia z programu**

1. Brak pisemnej zgody na udział w programie lub cofnięcie zgody w trakcie jego trwania.
2. Brak potwierdzenia zamieszkania na terenie Miasta Opola w momencie kwalifikacji do programu.
3. Wiek < 55 lat.
4. Indywidualne przeciwwskazania medyczne do szczepienia stwierdzone podczas badania kwalifikacyjnego (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego szczepionki Shingrix).
5. Przebycie półpaśca w ciągu ostatnich 12 miesięcy (dotyczy części profilaktycznej).
6. Uczestnictwo w innym programie finansowanym ze środków publicznych obejmującym szczepienia przeciw półpaścowi.
7. Uczulenie na którykolwiek składnik szczepionki.
8. Wystąpienie ciężkiej reakcji alergicznej (anafilaksji) po podaniu pierwszej dawki szczepionki przeciw półpaścowi.
9. Ostra infekcja przebiegająca z gorączką - do czasu ustąpienia objawów (czasowe odroczenie szczepienia).
10. Ciężkie, niekontrolowane zaburzenia odporności lub intensywne leczenie immunosupresyjne w stopniu, który - zgodnie z indywidualną kwalifikacją lekarską - uniemożliwia bezpieczne podanie szczepionki inaktywowanej.

W przypadku osób w wieku  $\geq 65$  lat, którzy spełniają kryteria refundacji szczepionki Shingrix określone w aktualnym obwieszczeniu Ministra Zdrowia (refundacja 100% - lista S), Miasto Opole nie finansuje kosztu zakupu szczepionki, natomiast pokrywa koszty kwalifikacji, edukacji i pozostałych działań realizowanych w ramach programu.

W przypadku osób, które spełniają kryteria częściowej refundacji szczepionki (refundacja 50%), program może przewidywać dofinansowanie części kosztów szczepionki ponad poziom refundacji ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W takim przypadku Miasto Opole pokrywa różnicę pomiędzy ceną zakupu a kwotą refundacji, bez dublowania finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Uczestnicy będą przyjmowani do programu do momentu osiągnięcia limitu liczby osób określonego w umowie zawartej pomiędzy Miastem Opole a realizatorem programu. Programem zostaną objęte osoby należące do populacji docelowej, spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji, zabezpieczonych w umowie z Miastem Opole.

W przypadku pojawienia się w trakcie realizacji programu nowych okoliczności spełniających którekolwiek z kryteriów wyłączenia, uczestnik zostanie skreślony z listy beneficjentów programu z zachowaniem zasady bezpieczeństwa zdrowotnego.

Kwalifikacja uczestników do programu odbywać się będzie w sposób przejrzysty i udokumentowany - każdorazowo z wypełnieniem formularza kwalifikacyjnego zawierającego dane osobowe, oświadczenie o zgodzie na udział oraz potwierdzenie braku przeciwwskazań zdrowotnych. Dokumentacja ta będzie archiwizowana przez realizatora zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych i dokumentacji medycznej.

Program nie obejmuje diagnostyki ani leczenia półpaśca lub neuralgii półpaścowej. W przypadku podejrzenia zachorowania (objawy sugerujące półpasiec) lub dolegliwości bólowych wymagających diagnostyki uczestnik otrzymuje informację i zalecenie pilnego kontaktu z lekarzem POZ/specjalistą w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Realizator programu nie prowadzi w tym zakresie odrębnej ścieżki terapeutycznej.

### **III.3. Planowane interwencje**

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań w ramach programu, w zakresie profilaktyki półpaścowej.

W ramach programu realizator przeprowadzi następujące działania:

#### Etap I - działania organizacyjne

1. Kampania informacyjna.
2. Rekrutacja uczestników.

#### Etap II - działania edukacyjne i interwencja profilaktyczna

1. Działania edukacyjne.
2. Interwencja profilaktyczna: kwalifikacja lekarska do szczepienia i szczepienie.

#### Etap III - działania kontrolne i sprawozdawcze

1. Monitorowanie prac w ramach programu.
2. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

### **Etap I - działania organizacyjne**

#### **Ad. 1. Kampania informacyjna**

Skierowana będzie do mieszkańców Miasta Opola. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego, a także kościoły parafialne i pozostałe placówki opieki duszpasterskiej.

Mieszkańcy Opola zostaną poinformowani m.in. w zakresie:

- zagrożeń związanych z zachorowaniem na półpasiec i jego powikłaniami (w tym z neuralgią półpaścową),
- możliwości profilaktyki poprzez szczepienia ochronne,
- znaczenia wczesnego rozpoznania i leczenia objawów półpaśca,
- dostępności udziału w miejskim programie polityki zdrowotnej.

Działania informacyjne obejmą:

- przygotowanie i dystrybucję plakatów oraz ulotek w miejscach publicznych (urzędy, przychodnie, apteki, biblioteki, sklepy, parafie),
- publikację ogłoszeń i artykułów informacyjnych w lokalnej prasie oraz na stronie internetowej gminy i profilach społecznościowych,
- rozsyłanie informacji do placówek medycznych i instytucji pomocy społecznej celem przekazania ich pacjentom i podopiecznym,
- wskazanie w każdym materiale informacyjnym kryteriów kwalifikacji, sposobu zgłoszenia się do programu oraz danych kontaktowych realizatora,
- zamieszczenie informacji o czasie trwania programu i zasadach uczestnictwa.

Każda forma kampanii będzie prowadzona z uwzględnieniem dostępności dla osób z niepełnosprawnościami (czytelna czcionka, kontrast kolorów, możliwość uzyskania informacji telefonicznie).

Dodatkowo kampania zostanie zaprojektowana w sposób zapewniający spójność komunikacji wizualnej - z jednolitym logotypem programu i krótkim hasłem przewodnim (np. „Zaszczep się przeciw półpaścowi - ochroń siebie przed bólem”). W materiałach informacyjnych znajdą się elementy graficzne ułatwiające rozpoznawalność programu.

W pierwszym miesiącu trwania kampanii szczególny nacisk zostanie położony na dotarcie do osób starszych poprzez ośrodki pomocy społecznej, uniwersytety trzeciego wieku, organizacje senioralne oraz kluby aktywności. W dalszej fazie działania informacyjne będą kontynuowane w trybie ciągłym przez cały okres naboru uczestników.

Efektywność kampanii będzie oceniana m.in. liczbą zgłoszeń uczestników w pierwszym miesiącu po jej rozpoczęciu oraz liczbą wejść na stronę internetową programu.

Dodatkowymi wskaźnikami skuteczności będą: liczba wyświetleń publikacji online, liczba rozdanych materiałów drukowanych oraz liczba osób, które po kontakcie z kampanią zgłosiły chęć szczepienia. Wyniki te zostaną uwzględnione w raporcie sprawozdawczym realizatora.

## **Ad. 2. Rekrutacja do programu**

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgody, zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje wykluczeń z programu.

Podstawowe kryteria formalne to:

- status mieszkańca Miasta Opola (potwierdzony dokumentem lub oświadczeniem),
- wyrażenie chęci udziału w programie i podpisanie świadomej zgody,
- brak przeciwwskazań zdrowotnych.

Kryteria szczegółowe zostały opisane w rozdziale III.2.

Podział zadań w procesie rekrutacji:

- pracownik administracyjny realizatora - weryfikuje spełnienie wymagań formalnych, w tym dokumentów potwierdzających miejsce zamieszkania, kompletność dokumentacji oraz podpisanie zgody,
- lekarz lub pielęgniarka (posiadająca kwalifikacje w zakresie szczepień ochronnych) - przeprowadza kwalifikację medyczną, w tym ocenę ankiety kwalifikacyjnej uczestnika (Załącznik Nr 3) oraz badanie wstępne pod kątem przeciwwskazań zdrowotnych.

Ankieta kwalifikacyjna obejmuje m.in.:

- informacje o stanie zdrowia,
- opis dolegliwości bólowych,
- pytania dotyczące ewentualnych chorób przewlekłych, przebytych szczepień, reakcji alergicznych oraz aktualnie przyjmowanych leków, co umożliwi indywidualną ocenę bezpieczeństwa szczepienia.

#### Dokumentacja rekrutacyjna:

- wszystkie zgody na udział w programie oraz dokumenty kwalifikacyjne będą gromadzone w siedzibie realizatora z zachowaniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych oraz zasad przechowywania dokumentacji medycznej,
- realizator zapewni dostępność formularzy w formie papierowej i elektronicznej, a w razie potrzeby - pomoc w ich wypełnieniu,
- wzory dokumentów (formularz zgody, ankieta kwalifikacyjna, karta badania lekarskiego) stanowią załączniki do programu i będą stosowane w ujednoliconej formie przez cały okres jego realizacji,
- dokumentacja zostanie zarchiwizowana po upływie co najmniej 5 lat od zakończenia realizacji programu, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Po pozytywnej kwalifikacji uczestnika do programu realizowane będą interwencje zgodnie z harmonogramem i zakresem świadczeń przewidzianych w programie.

#### Procedura kwalifikacji po zgłoszeniu:

- uczestnik zostanie umówiony na wizytę kwalifikacyjną,
- lekarz lub pielęgniarka (zgodnie z posiadanymi uprawnieniami) przeprowadzi wywiad i badanie, które oceni przeciwwskazania oraz potwierdzi spełnienie kryteriów włączenia,
- uczestnik podpisuje świadomą zgodę na udział w programie,
- w zależności od wyniku kwalifikacji:
  - a) osoba zostaje zakwalifikowana do szczepienia,
  - b) w przypadku występowania przeciwwskazań do szczepienia - zakończenie udziału w programie - uczestnik otrzyma informację wraz z uzasadnieniem decyzji i ewentualnym wskazaniem dalszych kroków (np. konsultacji specjalistycznej już poza programem).

#### Zasady rekrutacji i dostępności:

- rekrutacja będzie prowadzona w sposób ciągły do momentu wyczerpania limitu uczestników określonego w umowie pomiędzy Miastem Opole a realizatorem programu, wynikającego z wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację programu,
- nabór do programu będzie otwarty i równy dla wszystkich uprawnionych mieszkańców Miasta Opola - bez względu na płeć, status zawodowy czy przynależność społeczną,
- realizator zapewni możliwość zgłoszenia się do programu osobiście oraz telefonicznie,
- w przypadku zgłoszeń przekraczających dostępny limit miejsc określony w umowie pomiędzy Miastem Opole a realizatorem programu, wynikający z wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację programu, zostanie utworzona lista rezerwowa, z której uczestnicy będą kwalifikowani w przypadku rezygnacji lub wyłączenia innych osób.

#### Monitorowanie procesu rekrutacji:

- realizator prowadzi ewidencję liczby zgłoszeń, kwalifikacji pozytywnych, rezygnacji oraz wyłączeń - dane te będą raportowane do jednostki samorządu terytorialnego w ramach sprawozdań okresowych,
- analiza demograficzna uczestników (wiek, płeć) pozwoli ocenić skuteczność kampanii informacyjnej i zasięg programu w różnych grupach mieszkańców.

## **Etap II - działania edukacyjne i interwencja profilaktyczna**

### **Ad. 3. Działania edukacyjne**

Materiały informacyjne i edukacyjne zostaną opracowane pod względem merytorycznym i graficznym przez realizatora programu. Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora (strona internetowa, media społecznościowe, plakaty, ulotki, tablice informacyjne i inne). W ramach kampanii istnieje również możliwość wykorzystania mediów lokalnych (radio, prasa, media społecznościowe). Informacja o programie znajdzie się również na stronie internetowej Miasta Opola. Realizowane w ramach opisywanej interwencji działania:

- obejmują kampanię informacyjną mającą na celu przekazanie mieszkańcom podstawowych założeń programu,
- obejmują kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie poziomu wiedzy populacji ogólnej nt. czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej, w tym m. in. na temat:
  - ✓ ochrony jaką zapewniają szczepionki, ich skuteczności oraz częstości występowania ewentualnych niepożądanych odczynów poszczepiennych (należy podkreślać, że szczepienie jest najskuteczniejszym sposobem ochrony przed reaktywacją wirusa *Varicella zoster virus* (VZV) oraz rozwojem półpaśca i jego powikłań),
  - ✓ bezpieczeństwa dostępnych szczepionek oraz mitów na temat szczepień,
  - ✓ epidemiologii zakażeń wirusem ospa-półpaśca, sposobów zapobiegania (w tym przestrzegania podstawowych zasad higieny), postępowania w przypadku zachorowania oraz możliwych powikłań (w tym neuralgii półpaścowej) i ich konsekwencji zdrowotnych i ekonomicznych,
  - ✓ grup ryzyka narażonych na wysokie prawdopodobieństwo ciężkiego przebiegu choroby oraz powikłań (należy wskazać, że półpasiec może wystąpić u każdej osoby, która przebyła pierwotne zakażenie ospą wietrzną, natomiast u osób z chorobami przewlekłymi przebieg choroby może być cięższy i wiązać się z gorszym rokowaniem),
  - ✓ miejsc i godzin otwarcia punktów prowadzących szczepienia;
- realizowane są za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w *social mediach*, posty na stronie internetowej realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),
- realizowane są z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne opracowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Ministerstwo Zdrowia, Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne),
- realizowane są z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu.

Działania edukacyjne będą prowadzone w formie indywidualnej, podczas wizyty kwalifikacyjnej. W trakcie spotkań edukacyjnych uczestnicy otrzymają materiały informacyjne, będą mieli możliwość zadania pytań oraz uzyskania wyjaśnień od personelu medycznego. Działania te mają na celu nie tylko przekaz wiedzy, lecz także wzmocnienie zaufania do szczepień i zwiększenie zgłaszalności do programu.

Zakres tematyczny działań edukacyjnych obejmuje w szczególności:

- mechanizm reaktywacji wirusa VZV i rozwój półpaśca,
- powikłania choroby, w tym przewlekły ból neuropatyczny,

- znaczenie szczepień ochronnych w redukcji ryzyka zachorowania i neuralgii półpaścowej,
- aktualne zalecenia medyczne (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego szczepionki Shingrix),
- bezpieczeństwo szczepień oraz obowiązujące procedury kwalifikacji medycznej.

Edukacja będzie dostosowana do potrzeb odbiorców - zwłaszcza osób starszych - z uwzględnieniem prostego języka oraz większej czytelności materiałów.

W ramach działań edukacyjnych realizator przeprowadzi również anonimowy test wiedzy (pre-test i post-test) wśród uczestników spotkań, co umożliwi ocenę efektywności edukacji i realizację miernika celu szczegółowego określonego w rozdziale II ( $\geq 75\%$  uczestników uzyskuje  $\geq 75\%$  poprawnych odpowiedzi). Wyniki testów będą zestawione w raportach okresowych i końcowym.

Materiały edukacyjne będą dostępne w formatach przyjaznych dla osób z niepełnosprawnościami - duża czcionka, wysoki kontrast oraz dostępność w punktach programu dla osób z ograniczoną mobilnością.

Działania edukacyjne są kluczowym elementem programu - stanowią podstawę zwiększenia świadomości zdrowotnej i akceptacji dla szczepień wśród mieszkańców. Ich ciągłość i powtarzalność w całym okresie realizacji programu pozwoli utrzymać wysoki poziom zainteresowania profilaktyką i zapobiegać spadkowi uczestnictwa.

#### **Ad. 4. Interwencja profilaktyczna**

1. Wizyta kwalifikacyjna przeprowadzona przez osobę uprawnioną wraz z edukacją pacjenta (przed podaniem pierwszej dawki szczepionki)
  - realizowana celem wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego danego preparatu szczepionkowego,
  - obejmująca 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,
  - obejmująca indywidualną edukację zdrowotną pacjenta w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej,
  - obejmująca również ocenę aktualnego stanu zdrowia, analizę przyjmowanych leków, chorób współistniejących oraz wcześniejszych doświadczeń poszczepiennych w celu indywidualnej oceny bezpieczeństwa wykonania szczepienia,
  - zawierająca obowiązkowe poinformowanie pacjenta o konieczności przyjęcia drugiej dawki w określonym odstępie czasu, aby uzyskać pełną skuteczność immunizacji.
2. Szczepienie przeciwko półpaścowi - pierwsza dawka (wraz z ankietą badania poziomu wiedzy i satysfakcji):
  - szczepienie należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualnie dostępnej szczepionki,
  - schemat szczepienia podstawowego składa się z dwóch dawek po 0,5 ml: dawki początkowej oraz drugiej dawki podanej 2 miesiące później,

- jeśli jest konieczność zastosowania elastycznego schematu szczepienia, druga dawka może być podana w okresie od 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 od 1 do 2 miesięcy po podaniu pierwszej dawki,
- szczepionka przeznaczona jest do wstrzykiwania domięśniowego, najlepiej w mięsień naramienny,
- w przypadku pojawienia się na polskim rynku nowego preparatu - dopuszcza się możliwość jego zastosowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego tego preparatu,
- po wykonaniu szczepienia pacjentowi należy przekazać do wypełnienia ankietę satysfakcji oraz badania poziomu wiedzy w związku ze zrealizowaną na wizycie kwalifikacyjnej edukacją zdrowotną, opracowaną przez realizatora, uwzględniającą min. 5 pytań zamkniętych,
- po szczepieniu uczestnik pozostaje pod obserwacją personelu medycznego przez minimum 15 minut w celu wykluczenia wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP), zgodnie z obowiązującymi procedurami,
- wszystkie wykonane szczepienia zostaną odnotowane w dokumentacji medycznej oraz w systemie e-zdrowie (P1).

W przypadku wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP) realizator niezwłocznie zgłasza zdarzenie do właściwej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

3. Wizyta kwalifikacyjna przeprowadzona przez osobę uprawnioną (przed podaniem drugiej dawki)
  - realizowana celem wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego danego preparatu szczepionkowego,
  - obejmuje ponowną ocenę stanu zdrowia pacjenta, w tym występowanie ewentualnych niepożądanych odczynów po pierwszej dawce szczepionki, zmian w farmakoterapii lub nowych przeciwwskazań,
  - lekarz lub pielęgniarka informuje pacjenta o konieczności ukończenia cyklu szczepień w celu uzyskania trwałej odporności oraz udziela odpowiedzi na pytania dotyczące bezpieczeństwa drugiej dawki.
4. Szczepienie przeciwko półpaścowi - druga dawka:
  - szczepienie należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualnie dostępnej szczepionki,
  - druga dawka zostanie podana w tym samym punkcie szczepień, w którym wykonano dawkę pierwszą, aby zapewnić ciągłość opieki i jednolitą dokumentację,
  - po wykonaniu szczepienia uczestnik ponownie pozostaje pod obserwacją przez minimum 15 minut,
  - uczestnik otrzymuje potwierdzenie ukończenia cyklu szczepień w formie wpisu do dokumentacji medycznej oraz w systemie e-zdrowie (P1) z zaleceniami dotyczącymi dalszej profilaktyki zdrowotnej,

- realizator odnotowuje zakończenie pełnego cyklu szczepień w rejestrze uczestników programu oraz w sprawozdaniu dla jednostki samorządu terytorialnego.

Interwencja profilaktyczna stanowi kluczowy etap programu, ponieważ łączy element edukacji, profilaktyki oraz medycznej oceny stanu zdrowia uczestnika. Proces realizowany będzie w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami, zasadami bezpieczeństwa pacjenta oraz wytycznymi dotyczącymi szczepień ochronnych dorosłych.

### **Etap III - działania kontrolne i sprawozdawcze**

#### **Ad. 5. Monitorowanie działań w ramach programu**

Monitoring jest kluczowym elementem realizacji programu i obejmuje:

- 1) weryfikację zgłaszalności uczestników - bieżące monitorowanie liczby osób zakwalifikowanych i korzystających z interwencji w stosunku do założonej populacji docelowej,
- 2) ocenę jakości świadczeń - kontrola zgodności wykonywanych świadczeń z założeniami programu (zakres, czas trwania, metodyka),
- 3) ankiety ewaluacyjne - po zakończeniu udziału w programie każdy uczestnik wypełnia krótką ankietę oceniającą:
  - satysfakcję z udziału w programie,
  - ocenę jakości świadczeń,
  - subiektywną poprawę stanu zdrowia lub samopoczucia.

Zebrane dane posłużą do opracowania raportu rocznego przez realizatora.

Monitoring będzie prowadzony w sposób ciągły, obejmując miesięczne zestawienia liczby osób zakwalifikowanych, zaszczepionych pierwszą i drugą dawką oraz uczestniczących w działaniach edukacyjnych. Dane będą porównywane z wartościami docelowymi przyjętymi w celach programu (rozdział II).

Za prowadzenie monitoringu odpowiada koordynator programu powołany przez realizatora. Będzie on nadzorował: poprawność prowadzenia dokumentacji, terminowość szczepień, kompletność raportów oraz zgodność z procedurami medycznymi. Miasto Opole będzie miało dostęp do zbiorczych danych w celu bieżącej kontroli postępów realizacji programu.

W ramach monitoringu realizator będzie również analizował częstość występowania ewentualnych niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) oraz ich charakter - dane te zostaną włączone do sprawozdania rocznego.

Raporty okresowe (roczne) obejmą: liczbę osób zgłoszonych, zakwalifikowanych, zaszczepionych, rezygnujących oraz liczbę przeprowadzonych działań edukacyjnych i testów wiedzy. Wskaźniki efektywności będą analizowane zarówno ilościowo, jak i procentowo.

#### **Ad. 6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość**

Ewaluacja ma na celu ocenę skuteczności, jakości i trwałości rezultatów programu.

1. Ocena efektywności krótkoterminowej - porównanie wyników testów wykonanych podczas kwalifikacji wstępnej i po zakończeniu cyklu interwencji.
2. Ocena satysfakcji uczestników - analiza danych z ankiet ewaluacyjnych.
3. Ocena trwałości rezultatów - w miarę możliwości realizator będzie pozyskiwał dane długofalowe (np. po 6-12 miesiącach od zakończenia programu) w celu oceny efektów zdrowotnych.
4. Wskaźniki epidemiologiczne - w ewaluacji można wykorzystać m.in.:

- wskaźniki zapadalności,
- wskaźniki chorobowości,

dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem, zgodnie z rutynową praktyką w analogicznych interwencjach.

Ewaluacja programu będzie prowadzona w dwóch wymiarach:

- ilościowym - na podstawie liczby uczestników, dawek szczepionki, wyników testów wiedzy i ankiet satysfakcji,
- jakościowym - na podstawie opinii uczestników, oceny organizacji programu oraz rekomendacji personelu medycznego.

Raport końcowy zostanie przygotowany po zakończeniu programu i będzie zawierał:

- podsumowanie liczby uczestników,
- zestawienie przeprowadzonych interwencji,
- wyniki oceny skuteczności,
- wnioski i rekomendacje na przyszłość.

W raporcie końcowym znajdzie się również analiza zgodności osiągniętych efektów z celami i miernikami określonymi w rozdziale II programu, w tym: odsetek osób zaszczepionych pełnym schematem, zmiana poziomu wiedzy uczestników.

W ramach ewaluacji dokonana będzie także analiza kosztów jednostkowych programu (koszt jednej osoby objętej działaniem edukacyjnym i koszt jednej osoby zaszczepionej). Pozwoli to na ocenę efektywności kosztowej interwencji i będzie stanowiło materiał do podejmowania decyzji o kontynuacji programu w kolejnych latach.

Wszystkie dane zebrane w procesie monitoringu i ewaluacji będą przetwarzane zgodnie z RODO oraz zasadami ochrony danych medycznych.

Ewaluacja końcowa zostanie przeprowadzona w ciągu 3 miesięcy od zakończenia programu.

#### **III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

Uczestnicy programu będą przyjmowani w trakcie całego okresu jego realizacji.

Aby zapewnić jak najwyższą dostępność świadczeń, realizator zagwarantuje dywersyfikację godzin przyjęć. Informacje o harmonogramie będą rozpowszechniane przy użyciu dostępnych środków i kanałów komunikacji.

Wskazane jest, aby realizator świadczył usługi co najmniej 5 razy w tygodniu, po minimum 8 godzin dziennie, a docelowo także w godzinach popołudniowych, tak aby umożliwić uczestnikom skorzystanie z interwencji po zakończeniu pracy zawodowej.

Program ma charakter ciągły i będzie realizowany w cyklu rocznym. W trakcie trwania programu do udziału będą włączane kolejne osoby spełniające kryteria kwalifikacji.

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach programu zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizator wyłoniony zostanie w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Po podaniu szczepionki, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego danego preparatu, należy podjąć odpowiednie środki ostrożności w celu ochrony pacjenta przed ewentualnymi omdleniami czy utratą równowagi mogącymi prowadzić do wystąpienia urazów.

Świadczenia udzielane w ramach niniejszego programu nie będą u danego uczestnika powielały świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych, w szczególności świadczeń realizowanych w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz w ramach Programu Szczepień Ochronnych. W przypadku świadczeń, które stanowią element spójnego ciągu profilaktycznego, finansowanie ze środków programu obejmuje wyłącznie zakres wykraczający poza świadczenia gwarantowane.

Świadczenia w ramach programu będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych, z zapewnieniem dostępu do gabinetu szczepień wyposażonego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowego wyposażenia gabinetu profilaktyki i szczepień ochronnych. Realizator zapewni dostęp do zestawu przeciwwstrząsowego, lodówki z termometrem i rejestracją temperatury oraz zestawu reanimacyjnego.

Każdy pacjent po szczepieniu pozostanie pod obserwacją przez minimum 15 minut, a w przypadku wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego - do momentu ustabilizowania stanu zdrowia. Wszystkie działania będą prowadzone zgodnie z zasadami bezpieczeństwa pacjenta i obowiązującymi procedurami medycznymi.

### **Dowody skuteczności planowanych działań**

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodnie z oceną Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w obszarze szczepień przeciwko półpaścowi oraz rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, takich jak: Centers for Disease Control and Prevention (Rekomendacje CDC 2024), Australian Government Department of Health (AGDoHAC 2023), Government of Canada (GoC 2023), Polskie Towarzystwo Wakcynologii, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, Polskie Towarzystwo Badania Bólu i Polskie Towarzystwo Neurologiczne (PTW/PTMR/PTD/PTBB/PTN 2023).

Badania kliniczne potwierdzają wysoką skuteczność szczepionki rekombinowanej przeciwko półpaścowi (Shingrix), która w populacji osób powyżej 50 roku życia osiąga skuteczność ochrony przed półpaścem na poziomie 90-97%, a przed neuralgią półpaścową - 88-91%. Wysoka immunogenność utrzymuje się przez co najmniej 10 lat po pełnym cyklu szczepienia.

Zastosowanie szczepień populacyjnych w grupie wysokiego ryzyka zostało uznane przez WHO, CDC i ECDC za interwencję o wysokim wskaźniku efektywności kosztowej, co potwierdza zasadność realizacji niniejszego programu na poziomie samorządowym.

### **Świadczenia udzielane w ramach programu:**

- nie będą wpływać na realizację świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- będą obejmowały usługi ponadstandardowe oraz wybrane świadczenia wymienione w katalogu gwarantowanym, jeśli są one niezbędne do realizacji programu i stanowią spójną całość,
- będą uzupełnione o działania edukacyjne stanowiące wartość dodaną, zwiększającą skuteczność interwencji.

Połączenie w jednym czasie i miejscu interwencji profilaktycznej i edukacji zdrowotnej jest elementem zwiększającym efektywność programu i podnoszącym jego wartość w stosunku do standardowej oferty finansowanej ze środków publicznych.

Realizator będzie zobowiązany do prowadzenia ewidencji wszystkich udzielonych świadczeń, dane te będą stanowiły podstawę do sprawozdawczości i analizy efektywności programu.

### **Zasady realizacji świadczeń**

Przed rozpoczęciem udziału w programie każdy uczestnik zostanie poinformowany o:

- źródłach finansowania programu,
- zasadach jego realizacji,
- warunkach uczestnictwa.

### **Świadczenia realizowane w ramach programu będą spełniały następujące warunki:**

- działania edukacyjne mogą obejmować także członków rodzin uczestników,
- interwencja profilaktyczna będzie prowadzona w pomieszczeniach spełniających wymogi określone w przepisach prawa,
- świadczeń będą udzielać wyłącznie osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe,
- dokumentacja medyczna będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych,
- realizator zapewni ciągłość świadczeń oraz zastępstwo personelu w przypadku absencji, tak aby uniknąć przerw w realizacji szczepień,
- wszyscy pracownicy zaangażowani w realizację programu zostaną przeszkoleni w zakresie zasad kwalifikacji, prowadzenia szczepień, bezpieczeństwa pacjenta oraz procedur postępowania w przypadku wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych.

### **Ryzyka i ograniczenia realizacji programu**

Realizacja programu może wiązać się z wystąpieniem czynników ograniczających skuteczność interwencji, w tym:

- indywidualnych różnic w stanie zdrowia uczestników, które mogą ograniczyć uzyskanie pełnego schematu szczepienia,
- czynników zewnętrznych (hospitalizacje, wyjazdy, obowiązki zawodowe lub rodzinne),
- nieujawnionych wcześniej przeciwwskazań zdrowotnych lub pogorszenia stanu zdrowia w trakcie trwania programu.

Realizator będzie minimalizował powyższe ryzyka poprzez:

- indywidualizację planu szczepień,
- bieżący monitoring uczestnictwa,
- edukację zdrowotną w zakresie samodzielnego dbania o zdrowie,
- kontakt przypominający o drugiej dawce szczepienia (np. SMS lub telefoniczny),
- dostosowanie harmonogramu szczepień do możliwości uczestnika,
- prowadzenie rejestru nieukończonych szczepień w celu analizy przyczyn rezygnacji i poprawy efektywności programu.

### **III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Kompletne uczestnictwo w programie oznacza zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji dostosowanych indywidualnie do jego potrzeb zdrowotnych oraz wskazań lekarza.

Ze względu na charakter programu, udział w nim ma charakter ciągły - trwa do momentu:

- zakończenia udziału w programie po działaniach edukacyjnych realizowanych w ramach wizyty kwalifikacyjnej (w przypadku osób niezakwalifikowanych do szczepienia ochronnego),
- zrealizowania przez uczestnika pełnego schematu szczepień,
- zgłoszenia przez uczestnika chęci zakończenia udziału w programie,

- zakończenia realizacji programu.

Zakończenie udziału w programie zostanie każdorazowo odnotowane w dokumentacji medycznej uczestnika, z podaniem daty i rodzaju zrealizowanych świadczeń. W przypadku osób zaszczepionych - realizator potwierdzi wykonanie pełnego cyklu szczepienia poprzez wpis do dokumentacji medycznej oraz do systemu e-Zdrowie (P1), zgodnie z obowiązującymi przepisami.

### **Procedura zakończenia udziału**

Po zakończeniu cyklu interwencji uczestnik otrzyma:

- zalecenia dalszego postępowania w zakresie utrzymania poziomu odporności,
- informację o możliwości kontynuowania profilaktyki w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia lub komercyjnie,
- wytyczne do samoobserwacji objawów i profilaktyki nawrotów dolegliwości.

W przypadku szczepień uczestnik zostanie poinformowany o możliwych reakcjach poszczepiennych i sposobie postępowania w przypadku ich wystąpienia.

Lekarz lub inny uprawniony personel medyczny realizujący szczepienie przekaze uczestnikowi zalecenia dotyczące dalszego monitorowania stanu zdrowia, m.in. zgłoszenia się do lekarza POZ w razie wystąpienia objawów bólowych, wysypek lub innych reakcji skórnych.

W przypadku wykrycia w trakcie programu nieprawidłowości wymagających pogłębionej diagnostyki uczestnik zostanie poinformowany o konieczności wykonania dodatkowych badań oraz skierowany - poza programem, ale w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia - do właściwych podmiotów leczniczych (np. poradni chorób zakaźnych, neurologicznej lub dermatologicznej).

Analogicznie, w przypadku stwierdzenia innych problemów zdrowotnych (np. zaburzeń immunologicznych, metabolicznych, hematologicznych), realizator udzieli uczestnikowi informacji o dostępnych formach dalszej opieki w ramach systemu publicznego oraz przekaze zalecenia dotyczące dalszego postępowania.

### **Przerwanie udziału w programie**

Uczestnik może przerwać udział w programie na każdym etapie:

- decyzja taka musi być potwierdzona na piśmie,
- oświadczenie zostanie dołączone do dokumentacji medycznej,
- uczestnik musi być poinformowany o potencjalnych negatywnych skutkach zdrowotnych wynikających z przerwania programu oraz o braku możliwości ponownego udziału w programie przez 12 miesięcy od rezygnacji.

W przypadku przerwania udziału w programie po przyjęciu pierwszej dawki szczepionki realizator informuje uczestnika o konieczności samodzielnego dokończenia szczepienia (poza programem) w celu uzyskania pełnej odporności. Informacja ta zostanie odnotowana w dokumentacji.

### **Usunięcie uczestnika z programu**

Realizator może obligatoryjnie wykluczyć uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Fakt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej.

W sytuacjach losowych (np. długotrwała hospitalizacja, utrata zdolności do samodzielnego uczestnictwa, zmiana miejsca zamieszkania poza Miastem Opole) realizator może zakończyć udział uczestnika w programie z przyczyn niezależnych od obu stron - z odnotowaniem tego faktu w dokumentacji.

Po zakończeniu programu uczestnik, niezależnie od powodu zakończenia udziału w nim, zachowa prawo do uzyskania informacji o wynikach badań, przeprowadzonych interwencjach oraz o dostępnych możliwościach kontynuacji działań profilaktycznych.

#### **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

Sugerowane etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów wymienione są poniżej:

1. Opracowanie programu - przygotowanie dokumentu zawierającego wszystkie elementy wymagane przez przepisy oraz zgodnego z wytycznymi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
2. Uzyskanie pozytywnej opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - po jej otrzymaniu przyjęcie przez Radę Miasta Opola uchwały o wdrożeniu programu do realizacji.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert w celu wyboru realizatora programu - zgodnie z właściwymi przepisami prawa.
4. Wybór podmiotu realizującego program - dokonany w oparciu o wyniki konkursu i zgodnie z procedurami określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Działania organizacyjne - etap I.1 i I.2.
6. Działania edukacyjne i interwencja profilaktyczna - etap II.3 i II.4.
7. Kwalifikacja do szczepień i szczepienie - etap II.4.
8. Monitoring działań - etap III.5.
9. Ewaluacja programu i sprawozdawczość - etap III.6.

Dla zapewnienia ciągłości, skuteczności i bezpieczeństwa programu zaleca się wyznaczenie koordynatora programu odpowiedzialnego za nadzór merytoryczny i organizacyjny, współpracę z Miastem Opole, sprawozdawczość oraz komunikację z uczestnikami i personelem realizującym program.

##### **IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów**

W ramach programu realizator przeprowadzi następujące działania:

###### Etap I - Działania organizacyjne

1. Kampania informacyjna - przekazanie informacji o programie mieszkańcom Miasta Opola za pomocą dostępnych kanałów (strona internetowa realizatora, media społecznościowe, plakaty, ulotki, ogłoszenia w instytucjach publicznych, itp.).
2. Rekrutacja uczestników - przyjmowanie zgłoszeń od osób spełniających kryteria włączenia, kwalifikacja wstępna i ustalanie harmonogramu udziału.

###### Etap II - Działania edukacyjne i interwencja profilaktyczna

1. Działania edukacyjne - przekazanie uczestnikom wiedzy na temat czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej.
2. Interwencja profilaktyczna: kwalifikacja lekarska do szczepienia i szczepienie.

###### Etap III - Działania kontrolne i sprawozdawcze

1. Monitorowanie działań w ramach programu - bieżąca kontrola frekwencji, jakości świadczeń i zgodności działań z założeniami programu.
2. Ewaluacja programu i sprawozdawczość - analiza skuteczności programu, ocena trwałości efektów i przygotowanie raportów rocznych.

#### **IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

Zaplanowane interwencje będą realizowane przez podmiot wybrany w drodze konkursu ofert, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Działania będą prowadzone na terenie Miasta Opola w lokalizacjach wskazanych przez realizatora. Informacja o miejscach i terminach realizacji programu zostanie upowszechniona poprzez dostępne kanały komunikacji. W oparciu o dane organizacyjne (m. in. listę uczestników, frekwencję z lat ubiegłych) zostaną zabezpieczone wymagane materiały i sprzęt, w tym wyroby medyczne jednorazowego użytku.

Wszystkie procedury kwalifikacyjne i profilaktyczne muszą być prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, standardami bezpieczeństwa i obowiązującymi warunkami sanitarnymi.

Realizator zobowiązany jest do zapewnienia pomieszczeń spełniających wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a w szczególności do wyposażenia gabinetu szczepień w: lodówkę z termometrem i rejestracją temperatury, zestaw przeciwwstrząsowy, apteczkę, środki do dezynfekcji, pojemniki na odpady medyczne oraz miejsce do obserwacji pacjenta po szczepieniu.

#### **Warunki lokalowe**

Pomieszczenia do prowadzenia interwencji muszą:

- być dostępne dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- posiadać pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami,
- spełniać wymogi przepisów BHP oraz innych przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy,
- być wyposażone w sprzęt i urządzenia adekwatne do planowanych działań.

Wskazane jest, aby w miejscu realizacji programu zapewniono wydzieloną przestrzeń do edukacji zdrowotnej uczestników oraz bezpieczne miejsce przechowywania dokumentacji medycznej.

#### **Sprzęt i materiały**

W programie wykorzystane zostaną wyłącznie preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny:

- zarejestrowane i dopuszczone do obrotu w Polsce,
- rekomendowane w krajowych wytycznych i zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe.

Wykorzystywane szczepionki muszą posiadać aktualne pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane przez Europejską Agencję Leków (EMA) lub Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL). Ich przechowywanie i transport muszą odbywać się w warunkach tzw. „zimnego łańcucha” - od +2°C do +8°C - zgodnie z wytycznymi producenta i przepisami prawa farmaceutycznego.

Realizator musi posiadać zaplecze techniczne umożliwiające realizację działań edukacyjnych i informacyjnych, a także zapewnić ciągłość programu w warunkach podwyższonego reżimu sanitarnego (np. w stanie zagrożenia epidemicznego).

### **Dokumentacja i bezpieczeństwo prawne**

Dokumentacja medyczna będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych, w szczególności:

- z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).

Realizator musi posiadać polisę OC i NNW obejmującą czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zabezpieczającą roszczenia wynikające ze zdarzeń medycznych.

Ponadto realizator zapewni zgodność działań z zasadami bezpieczeństwa farmakoterapii, w tym zgłaszanie niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

### **Wymagania wobec realizatora i personelu**

Świadczenia medyczne w ramach programu mogą realizować wyłącznie podmioty wykonujące działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 i art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej), posiadające w strukturze komórki organizacyjne uprawnione do udzielania świadczeń z zakresu profilaktyki i szczepień ochronnych.

Każda z osób realizujących program powinna posiadać minimum 3-letnie doświadczenie zawodowe.

Personel realizujący program obejmuje:

- lekarza posiadającego uprawnienia do kwalifikowania do szczepień ochronnych,
- pielęgniarkę lub położną posiadającą aktualne uprawnienia do wykonywania szczepień ochronnych oraz (w przypadku ukończenia kursu specjalistycznego) uprawnienia do kwalifikowania do szczepień,
- pracownika administracyjnego odpowiedzialnego za ewidencję uczestników i obsługę dokumentacji,
- koordynatora programu nadzorującego organizację, monitoring i sprawozdawczość działań.

Wszyscy członkowie personelu będą zobowiązani do ukończenia szkolenia wewnętrznego z zakresu procedur medycznych, bezpieczeństwa pacjenta, raportowania niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz zasad ochrony danych osobowych.

### **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

Monitoring i ewaluacja programu będą realizowane w sposób ciągły przez cały okres jego obowiązywania, a ich celem będzie zapewnienie wysokiej jakości świadczeń, ocena skuteczności interwencji oraz uzyskanie wiarygodnych danych do ewentualnej kontynuacji programu w kolejnych latach.

Ewaluacja oparta będzie na analizie trzech głównych obszarów:

- 1) zgłaszalności uczestników do programu - podstawowe kryterium bieżącej oceny skuteczności działań informacyjnych, edukacyjnych i rekrutacyjnych
- 2) oceną jakości realizowanych świadczeń - przez uczestników za pomocą ankiety,
- 3) analizą efektywności i trwałości realizacji programu - w oparciu o wskaźniki produktu, rezultatu i oddziaływania, z wykorzystaniem mierników epidemiologicznych stosowanych w podobnych interwencjach.

### **Cele monitoringu i ewaluacji**

- Zapewnienie zgodności realizacji programu z przyjętymi założeniami.
- Weryfikacja skuteczności działań edukacyjnych i profilaktycznych.
- Ocena dostępności i jakości świadczeń dla populacji docelowej.
- Identyfikacja barier udziału i przyczyn rezygnacji uczestników.
- Wykazanie efektów profilaktycznych oraz społecznych programu.
- Uzyskanie informacji o poziomie wyszczerpienia populacji docelowej na półpasiec i neuralgię półpaścową.

### **Kontynuacja/trwałość programu**

Rozpoczęcie realizacji programu planowane jest w 2026 roku z możliwością kontynuacji w kolejnych latach w zależności od posiadanych zasobów finansowych oraz wyników ewaluacji. Rekomendacje dotyczące ewentualnej kontynuacji zostaną opracowane na podstawie:

- poziomu zgłaszalności uczestników,
- jakości realizowanych świadczeń,
- osiągniętych efektów profilaktycznych i społecznych,
- kosztów realizacji w przeliczeniu na uczestnika;
- zmian w wytycznych krajowych i międzynarodowych dotyczących profilaktyki półpaśca oraz aktualizacji Programu Szczepień Ochronnych.

### **V.1. Monitorowanie**

**Bieżąca ocena realizacji programu będzie oparta na analizie:**

- liczby uczestników zgłaszających się do programu,
- stopnia realizacji harmonogramu działań,
- zgodności działań z planem interwencji,
- jakości dokumentacji medycznej i sprawozdawczej.

W ramach monitoringu realizator będzie prowadził bieżącą sprawozdawczość dotyczącą liczby osób zakwalifikowanych, zaszczepionych oraz występowania ewentualnych niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP), zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami raportowania do jednostki samorządu terytorialnego.

### **Zakres gromadzonych danych:**

- 1) data wyrażenia zgody na udział w programie (w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych i kontakt - numer telefonu, adres e-mail),
- 2) numer PESEL uczestnika wraz ze zgodą na jego przetwarzanie w celu oceny efektów profilaktyki,
- 3) informacje o świadczeniach, z których uczestnik skorzystał (rodzaj, liczba, czas trwania),
- 4) data zakończenia udziału w programie wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie cyklu, rezygnacja, przeciwwskazania medyczne),
- 5) data podania pierwszej i drugiej dawki szczepionki oraz nazwa i numer serii preparatu,
- 6) wyliczenie odstępu między dawkami względem okna wskazanego w Charakterystyce Produktu Leczniczego szczepionki,
- 7) raportowanie odsetka terminowych drugich dawek,
- 8) informacja o wystąpieniu ewentualnych niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) i ich charakterze.

## **Wskaźniki monitorowania i ewaluacji**

Wskaźniki zostaną ustalone w umowie pomiędzy realizatorem a Miastem Opole i mogą obejmować:

### 1. Wskaźniki produktu (bieżącej realizacji):

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie,
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym,
- liczba osób zaszczepionych (w podziale na pierwszą i drugą dawkę),
- liczba osób, które nie zostały zakwalifikowane do szczepienia,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie wraz ze wskazaniem przyczyny,
- liczba przeprowadzonych wizyt kwalifikacyjnych i wydanych zaleceń medycznych,
- liczba zgłoszonych działań niepożądanych (NOP) w stosunku do liczby wykonanych szczepień.

### 2. Wskaźniki oddziaływania (efektów długoterminowych):

- zwiększenie poziomu wiedzy uczestników programu na temat półpaśca i jego profilaktyki (na podstawie wyników testu wiedzy),
- wzrost odsetka osób zaszczepionych w populacji 55+ mieszkańców Miasta Opola.

## **Źródła danych**

- Dokumentacja medyczna uczestników prowadzona przez realizatora.
- Elektroniczna baza danych programu (np. arkusz Excel) z bieżącą aktualizacją.
- Ankiety ewaluacyjne uczestników.
- Raporty okresowe i roczne realizatora.

## **Ocena jakości świadczeń**

- Ocena uczestników - ankieta anonimowa, dostępna w formie papierowej i/lub elektronicznej, umożliwiająca ocenę jakości udzielonych świadczeń i zrozumiałości przekazanych informacji oraz satysfakcji z udziału w programie. Ankiety umieszczane np. w przygotowanej urnie lub przesyłane online.
- Ocena wewnętrzna - analiza kompletności dokumentacji, terminowości szczepień oraz zgodności działań z harmonogramem programu.

## **Analiza przyczyn rezygnacji z programu**

Szczególny nacisk zostanie położony na identyfikację przyczyn rezygnacji, takich jak:

- bariery logistyczne (dojazd, godziny realizacji),
- zmiany stanu zdrowia uniemożliwiające kontynuację programu,
- czynniki osobiste i rodzinne,
- brak motywacji lub obawy przed szczepieniem.

Wnioski posłużą do zmniejszenia skali rezygnacji i poprawy komunikacji zdrowotnej w kolejnych latach realizacji programu.

## **Raport okresowy**

Po zakończeniu każdego roku realizacji programu zostanie przygotowany raport okresowy obejmujący:

- realizację wskaźników produktu, rezultatu i oddziaływania,
- analizę zgłaszalności i przyczyn rezygnacji,
- ocenę jakości świadczeń (w tym opinie uczestników),
- analizę kosztów jednostkowych,
- rekomendacje dotyczące kontynuacji, modyfikacji lub zakończenia programu.

## V.2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie przeprowadzona po zakończeniu realizacji programu, a jej wyniki zostaną przedstawione w raporcie końcowym z realizacji całego programu.

Ocena efektywności programu zostanie przedstawiona na podstawie następujących mierników:

- odsetek osób, u których w teście wiedzy uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły test,
- odsetek osób, które przyjęły drugą dawkę szczepionki w zalecany odstęp czasowy zgodnym z Charakterystyką Produktu Leczniczego, w stosunku do liczby osób, które przyjęły pierwszą dawkę w ramach programu,
- odsetek osób zaszczepionych przeciwko półpaścowi pełnym schematem szczepień względem wszystkich osób z populacji docelowej zakwalifikowanych do programu.

Dodatkowo, w ramach ewaluacji zostanie przeprowadzona analiza jakościowa obejmująca:

- ocenę satysfakcji uczestników z udziału w programie (na podstawie ankiet ewaluacyjnych),
- analizę skuteczności działań edukacyjnych (liczba uczestników, którzy w pre- i post-testach uzyskali zwiększenie wiedzy w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki półpaśca i neuralgii półpaścowej),
- ocenę organizacyjną programu (terminowość, dostępność, sposób komunikacji z uczestnikami),
- analizę kosztów jednostkowych realizacji programu w przeliczeniu na uczestnika.

Wyniki ewaluacji będą stanowić podstawę do opracowania rekomendacji dotyczących ewentualnej kontynuacji, rozszerzenia lub modyfikacji programu w kolejnych latach.

## VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

### VI.1. Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład programu przedstawione poniżej są szacunkowe. Faktyczne koszty będą wynikały z ofert złożonych przez podmioty lecznicze, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tabela 4. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład programu - osoby bez refundacji szczepionki

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
Szczepienia pierwszą dawką - wizyta kwalifikacyjna wraz z edukacją zdrowotną pacjenta, podanie szczepionki	240
Szczepienia drugą dawką - wizyta kwalifikacyjna, podanie szczepionki	140
Zakup szczepionki (760 zł x 2 dawki)	1 520
<b>Razem</b>	<b>1 900</b>

Źródło: opracowanie własne

Tabela 5. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład programu - osoby spełniające kryteria częściowej refundacji szczepionki

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
Szczepienia pierwszą dawką - wizyta kwalifikacyjna wraz z edukacją zdrowotną pacjenta, podanie szczepionki	240
Szczepienia drugą dawką - wizyta kwalifikacyjna, podanie szczepionki	140
Zakup szczepionki (760 zł x 2 dawki x 50%)	760
<b>Razem</b>	<b>1 140</b>

Źródło: opracowanie własne

Tabela 6. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład programu - osoby spełniające kryteria pełnej refundacji szczepionki

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
Szczepienia pierwszą dawką - wizyta kwalifikacyjna wraz z edukacją zdrowotną pacjenta, podanie szczepionki	240
Szczepienia drugą dawką - wizyta kwalifikacyjna, podanie szczepionki	140
<b>Razem</b>	<b>380</b>

Źródło: opracowanie własne

Przyjęty podział kosztów jednostkowych uwzględnia:

#### 1. Aktualny stan refundacji szczepionki przeciw półpaścowi Shingrix

Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2025 r. (wykaz na 1 października 2025 r.) szczepionka Shingrix jest objęta dwoma poziomami refundacji:

- refundacja 100% - dla osób  $\geq 65$  lat spełniających kryteria zwiększonego ryzyka zachorowania na półpasiec,
- refundacja 50% - dla osób dorosłych  $\geq 18$  lat spełniających wskazane kryteria medyczne,
- brak refundacji - dla osób niespełniających powyższych warunków.

#### 2. Zasady finansowania świadczeń ze środków publicznych i unikanie podwójnego finansowania

Zgodnie z art. 48 i 48d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jednostka samorządu terytorialnego może finansować program polityki zdrowotnej, pod warunkiem, że nie finansuje świadczeń, które w całości są objęte refundacją w ramach systemu świadczeń gwarantowanych.

Z tego powodu Miasto Opole:

- nie finansuje zakupu szczepionki u osób, dla których Shingrix jest refundowany w 100% ze środków publicznych,
- w przypadkach refundacji 50% kosztów szczepionki ze środków publicznych - program obejmuje wyłącznie tę część kosztu zakupu preparatu, która nie jest refundowana,
- w przypadkach braku refundacji kosztów szczepionki ze środków publicznych - program finansuje pełny koszt szczepionki.

#### 3. Racjonalne gospodarowanie środkami publicznymi i zgodność z praktyką Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Przyjęty model odpowiada zaleceniom Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczącym:

- różnicowania kosztów jednostkowych w zależności od dostępnej refundacji,

- zapewnienia zgodności finansowania z poziomami odpłatności określonymi przez Ministra Zdrowia,
- minimalizacji kosztów programu tam, gdzie refundacja ze środków publicznych pokrywa cały koszt preparatu,
- przejrzystości i efektywności ekonomicznej interwencji w programach polityki zdrowotnej.

#### 4. Przejrzystość i możliwość oferowania świadczeń różnym grupom mieszkańców

Podział kosztów na trzy tabele umożliwia:

- jednoznaczne wskazanie kosztów po stronie samorządu,
- łatwe zastosowanie w postępowaniu konkursowym,
- prawidłowe rozliczenie świadczeń przez realizatora,
- dostosowanie populacji programu do różnych grup wieku i ryzyka.

### **VI.2. Koszty całkowite**

Na całkowity budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowe, wskazane poniżej w ujęciu rocznym.

#### **1. Koszty organizacyjne**

Koszty roczne organizacyjne szacuje się na poziomie 3 500 zł, w tym:

- koszty ewaluacji i monitoringu - około 1 000 zł rocznie,
- koszty obsługi ogólnej (zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, obsługa administracyjna) – około 1 000 zł rocznie,
- koszty informacyjno-promocyjne kampanii lub innych działań zwiększających skuteczność interwencji - około 1 000 zł rocznie,
- koszty zarządzania programem/rezerwa (przygotowanie raportów, wydruki, transport materiałów) - około 500 zł rocznie.

Rezerwa może być przeznaczona na zwiększenie liczby uczestników programu lub rozszerzenie działań edukacyjnych.

Tabela 7. Rodzaje rocznych kosztów organizacyjnych

<b>Rodzaj kosztu</b>	<b>Wartość zł</b>
ewaluacja i monitorowanie	1 000
obsługa ogólna	1 000
koszty informacyjno-promocyjne	1 000
koszty zarządzania/rezerwa	500
<b>Razem koszty organizacyjne</b>	<b>3 500</b>

Źródło: opracowanie własne

#### **2. Koszty interwencji**

Koszty roczne interwencji obejmują:

- badanie kwalifikacyjne, w tym działania edukacyjne,
- cykl szczepień profilaktycznych,
- koszty sprzętu, materiałów jednorazowych oraz utylizacji.

Przyjęto maksymalne stawki mieszczące się w średnich kosztach rynkowych. Koszty roczne interwencji oszacowano na poziomie 186 500 zł.

Zakłada się, że w skali roku do programu może zgłosić się do 110 uczestników spełniających kryteria włączenia, przy czym ta liczba odnosi się do osób rozpoczynających udział w programie.

Przyjęto, że w skali roku może zostać zrealizowanych około 85 pełnych cykli szczepień (dwie dawki), co wynika z naturalnej rotacji uczestników oraz możliwości rezygnacji w trakcie procesu.

Na etapie planowania kosztów nie jest możliwe określenie, ilu uczestników będzie kwalifikowało się do pełnej refundacji szczepionki (100%), ilu do refundacji częściowej (50%), a ilu nie będzie objętych refundacją.

W związku z tym przyjęto kosztorys odzwierciedlający maksymalne możliwe obciążenie budżetu Miasta Opola, tj. sytuację, w której wszystkie osoby zakwalifikowane wymagają finansowania pełnego kosztu szczepionki po stronie samorządu.

Takie podejście zapewnia możliwość pokrycia kosztów szczepień niezależnie od struktury klinicznej populacji uczestników oraz pozwala na płynne rozliczenie świadczeń przez realizatora programu. Ewentualne różnice wynikające z refundacji częściowej lub pełnej zostaną uwzględnione na etapie rozliczeń rocznych.

Przyjęto, że pełny cykl szczepienia (dwie dawki) może zostać zrealizowany przez mniejszą liczbę uczestników niż liczba osób zgłaszających się do programu, co wynika z:

- czynników zdrowotnych,
- ograniczeń czasowych,
- rezygnacji uczestników.

Dlatego liczba dawek w kosztorysie została oszacowana z uwzględnieniem przewidywanej liczby osób kończących cykl oraz możliwej rotacji uczestników.

Powyższa kwota obejmuje koszty:

- badania kwalifikacyjnego wraz z działaniami edukacyjnymi oraz oceną stanu zdrowia uczestnika przed pierwszą dawką szczepionki - do 26 400 zł rocznie,
- wizyty kontrolnej przed drugą dawką szczepionki - do 11 900 zł rocznie,
- zakupu preparatu szczepionkowego (dwie dawki) - do 148 200 zł rocznie.

Tabela 8. Roczne koszty realizacji programu

Pozycja	Maksymalny koszt jednostkowy (zł)	Liczba świadczeń/dawek	Koszt całkowity (zł)
Kwalifikacja i podanie I dawki szczepionki	240	110 wizyt kwalifikacyjno-szczepiennych	26 400
Szczepionka - I dawka	760	110 dawek	83 600
Kwalifikacja i podanie II dawki szczepionki	140	85 wizyt kwalifikacyjno-szczepiennych	11 900
Szczepionka - II dawka	760	85 dawek	64 600
<b>RAZEM - roczne koszty interwencji w ramach programu</b>			<b>186 500</b>
Koszty administracyjne/organizacyjne			3 500
<b>RAZEM - koszty roczne programu</b>			<b>190 000</b>

Źródło: opracowanie własne

### **3. Koszty całkowite programu**

Zaplanowane przez realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny oferty przez komisję konkursową. Realizator, na etapie oferty na realizację programu, przygotowuje szczegółowy budżet zawierający podział kosztów na personel, materiały, świadczenia zdrowotne, ubezpieczenia i działania informacyjne.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą 190 000 zł w roku 2026.

Środki finansowe przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w kolejnych latach jego realizacji w zależności od możliwości finansowych Miasta Opola, a także zmian cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu.

### **VI.3. Źródła finansowania**

Niniejszy program polityki zdrowotnej finansowany będzie w 100% ze środków budżetu Miasta Opola określonych w uchwale budżetowej na każdy rok.

Miasto Opole w okresie realizacji programu bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem.

## VII. Bibliografia

1. Gajewski P, Duszczyk E, Zaborowski P. Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych. 2012: 2215-2219.
2. Bujanowska-Fedak M., Węgierek P., Pacjent z półpaścem w praktyce lekarza rodzinnego, Forum Medycyny Rodzinnej 2018, tom 12, nr 3, 107-114.
3. Własiuk P., Giannopoulos K., Zakażenia wirusem półpaśca - epidemiologia, diagnostyka i profilaktyka w świetle rosnącego problemu klinicznego.
4. McGuinness J., Serpell M., Holistic approach needed to manage postherpetic neuralgia, The Practitioner, 2021; 265 (1853): 25-29.
5. Bricout H, Haugh M, Olatunde O, Prieto RG. Herpes zoster-associated mortality in Europe: a systematic review. BMC Public Health (2015) 15:466.
6. Curran D, Callegaro A, Fahrback K, Neupane B, Vroiling H, et al. Meta-Regression of Herpes Zoster Incidence Worldwide. Infect Dis Ther. 2022 Feb; 11(1): 389-403.
7. Pinchinat S, Cebrián-Cuenca AM, Bricout H, Johnson RW. Similar herpes zoster incidence across Europe: results from a systematic literature review. BMC Infectious Diseases 2013, 13:170
8. van Oorschot D, Vroiling H, Bunge E, Diaz-Decaro J, Curran D, Yawnd B. A systematic literature review of herpes zoster incidence worldwide. Hum Vaccin Immunother. 2021; 17(6): 1714-1732.
9. Szczepionka przeciw półpaścowi Shingrix w profilaktyce półpaśca oraz neuralgii półpaścowej u osób w wieku 18 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec, Analiza problemu decyzyjnego, Pracownia HTA, październik 2024 r.
10. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [Dz.U. 2024 poz. 924].
11. Informacje o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach, NIZP- PZH-PIB [wwwold.pzh.gov.pl].
12. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2022 roku, GIS, Warszawa 2023 [wwwold.pzh.gov.pl].
13. Koszty leczenia pacjentów według rozpoznań, NFZ, dane na 02.01.2024 r. [dane.gov.pl].
14. Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective. BMJ Open 2014;4:e004833.
15. Hillebrand K, Bricout H, Schulze-Rath R, Schink T, Garbe E. Incidence of herpes zoster and its complications in Germany, 2005-2009. J Infect. 2015 Feb;70(2):178-86.
16. Analiza weryfikacyjna wniosku o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leku Lyrica (pregabalina) w ramach leczenia dorosłych pacjentów z neuralgią półpaścową, AOTMiT 2015.
17. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2024 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2025 (Dz. Urz. Min. Zdr. 2024, poz. 93).
18. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2025 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2026 (Dz. Urz. Min. Zdr. 2025, poz. 85).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2017 r. w sprawie programu polityki zdrowotnej oraz raportu końcowego z jego realizacji (Dz.U. z 2017 r. poz. 2476)
20. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdr. 2024, poz. 44).
21. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdr. 2025, poz. 67) - wykaz obowiązujący od dnia 1 października 2025 r.).
22. Charakterystyka produktu leczniczego Shingrix - Szczepionka przeciw półpaścowi.
23. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].
24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025. Dz.U. 2021 poz. 642.
25. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych. DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69.
26. Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r. GUS. Warszawa 2024 r.
27. Opinia AOTMiT nr 63/2024 z dnia 20 września 2024 r. oraz nr 13/2025 z dnia 3 marca 2025 r. [bip.aotm.gov.pl].
28. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [Tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 581].
29. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [Tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 2465 z późn. zm.].
30. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz. U. z 2019 r. poz. 1781].

**VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora**  
**ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór**

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW**

Program profilaktyki pólpaśca oraz neuralgii pólpaścowej w populacji osób w wieku od 55 lat

Data wypełnienia ankiety: .....

Płeć:  Kobieta  Mężczyzna    Wiek:  55-64  65-74  75+

Data wizyty: .....

**CZĘŚĆ A. Ocena wizyty szczepiennej**

**Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty?**

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Empatia w trakcie rozmowy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Jak ocenia Pan(i) poziom opieki medycznej w trakcie wizyty?**

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Źyczliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Udzielenie pełnej informacji o szczepieniu, możliwych działaniach niepożądanych oraz postępowaniu po szczepieniu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Inne uwagi dotyczące wizyty szczepiennej**

--

## CZĘŚĆ B. Ocena działań edukacyjnych

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, edukacyjnych w których brała/ł Pani/Pan udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy przekazane informacje zwiększyły Pani/Pana świadomość i kompetencje zdrowotne?

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy osoba prowadząca edukację posiadała odpowiednie przygotowanie merytoryczne i przekazywała informacje w przystępny sposób?

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy osoba prowadząca edukację zachęcała uczestników do aktywnego udziału i odpowiadała na pytania?

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy materiały edukacyjne i sposób przekazu były pomocne w zrozumieniu tematu?

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości działania edukacyjne?

Inne uwagi dotyczące działań edukacyjnych

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.  
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom programu.  
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

## **ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór**

### **ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE**

Program profilaktyki pólpaśca oraz neuralgii pólpaścowej w populacji osób w wieku od 55 lat

Ja ..... niżej  
podpisany(a).....oświadczam,  
że zostałem(am) poinformowany(a) o celu, zakresie, zasadach realizacji oraz możliwych  
korzyściach i ograniczeniach związanych z udziałem w ww. programie.  
Uzyskałem(am) informacje dotyczące programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące,  
satisfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej  
chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny.  
Wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na moje dalsze prawo do korzystania ze świadczeń  
zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.  
Przez podpisanie niniejszej zgody nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.  
Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie programu  
zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym z Rozporządzeniem Parlamentu  
Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO), wyłącznie w celu realizacji, monitorowania i  
ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....  
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....  
Data i czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz  
udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca realizatora programu

.....  
Data i czytelny podpis i pieczęć

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO)**

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym: imienia, nazwiska, wieku, numeru PESEL, danych kontaktowych) przez ..... (nazwa realizatora) jako Administratora danych, w celu:

- potwierdzenia mojego uczestnictwa w programie,
- prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości,
- realizacji obowiązków wynikających z przepisów o programach polityki zdrowotnej.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w jasny, zrozumiały i jednoznaczny sposób.

Mam świadomość, że:

- przysługuje mi prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie,
- przysługuje mi prawo dostępu do moich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- dane będą przetwarzane wyłącznie w związku z realizacją programu i nie będą przekazywane osobom trzecim poza przypadkami przewidzianymi prawem.

.....  
Data i czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki programu

ORYGINAŁ/KOPIA

### ZAŁĄCZNIK 3. Formularz kwalifikacji uczestnika do programu- wzór

#### FORMULARZ KWALIFIKACJI UCZESTNIKA DO PROGRAMU

Program profilaktyki półpaśca oraz neuralgii półpaścowej w populacji osób w wieku od 55 lat

#### 1. Dane uczestnika programu

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: ..... E-mail (opcjonalnie): .....

Płeć:  K  M

Wiek: ..... lat

#### 2. Wywiad zdrowotny

Prosimy o zaznaczenie odpowiedzi „TAK” lub „NIE” przy każdym pytaniu.

Lp.	Pytanie	TAK	NIE	Uwagi
1	Czy był(a) Pan(i) wcześniej szczepiony(a) przeciwko półpaścowi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Czy chorował(a) Pan(i) na półpasiec w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Czy w momencie badania występuje u Pana/Pani gorączka lub infekcja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Czy ma Pan(i) uczulenie na jakikolwiek składnik szczepionki (np. białka, adiuwanty)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Czy choruje Pan(i) przewlekle (np. cukrzyca, nadciśnienie, POChP, choroby serca, choroby nowotworowe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Czy stosuje Pan(i) obecnie leki immunosupresyjne (np. sterydy, cytostatyki)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Czy w ostatnich 30 dniach otrzymał(a) Pan(i) jakiegokolwiek inne szczepienie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Czy występowały u Pana/Pani ciężkie reakcje alergiczne po poprzednich szczepieniach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Czy rozpoznano u Pana/Pani chorobę powodującą niedobór odporności (np. HIV, nowotwory układu krwiotwórczego, chłoniaki)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Czy w ostatnim czasie wystąpiło znaczne pogorszenie stanu zdrowia lub hospitalizacja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia lub przyjmowanych lekach:

.....  
.....

.....  
Data i czytelny podpis uczestnika

### 3. Badanie kwalifikacyjne

Temperatura ciała: ..... °C

Ciśnienie tętnicze: ...../..... mmHg

Tętno: ...../min

Inne istotne obserwacje: .....  
.....

### 4. Decyzja o kwalifikacji do udziału w programie

Uczestnik zakwalifikowany do szczepienia przeciwko półpaścowi.

Uczestnik nie zakwalifikowany z powodu: .....  
.....

Uczestnik skierowany do konsultacji do POZ: .....

.....  
Data i podpis osoby kwalifikującej  
(lekarza/pielęgniarki)

### 5. Informacja o szczepieniu (wypełnia osoba wykonująca szczepienie)

Preparat: .....

Numer serii: .....

Data ważności: .....

Dawka:  I  II

Data podania: .....

### 6. Uwagi po szczepieniu/obserwacja:

.....  
.....

### 7. Adnotacje realizatora programu

Numer uczestnika w ewidencji PPZ: .....

Uwagi administracyjne/kontrolne: .....

.....

Data i podpis osoby wykonującej szczepienie: .....

## **ZAŁĄCZNIK 4. Test wiedzy uczestnika programu- wzór**

### **TEST WIEDZY UCZESTNIKA PROGRAMU**

#### **Program profilaktyki półpaśca oraz neuralgii półpaścowej w populacji osób w wieku od 55 lat**

##### Instrukcja dla uczestnika

Test ma na celu ocenę wiedzy o półpaścu i sposobach jego profilaktyki.

Prosimy o zaznaczenie przy każdym pytaniu tylko jednej odpowiedzi, którą uważa Pan/Pani za prawidłową.

Test wypełniany jest dwukrotnie - przed rozpoczęciem udziału w programie („Test wstępny”) oraz po jego zakończeniu („Test końcowy”).

Odpowiedzi są anonimowe, a wyniki posłużą wyłącznie do oceny skuteczności programu.

Rodzaj testu:  wstępny       końcowy

##### **PYTANIA:**

##### **1. Co jest przyczyną zachorowania na półpasiec?**

- a) bakterie przenoszone drogą kropelkową
- b) wirus ospy wietrznej, który uaktywnia się po latach
- c) grzyby występujące na skórze
- d) nieprawidłowa dieta

##### **2. Kto jest najbardziej narażony na zachorowanie na półpasiec?**

- a) dzieci w wieku przedszkolnym
- b) osoby w wieku powyżej 50 lat oraz osoby z obniżoną odpornością
- c) osoby aktywne fizycznie
- d) osoby, które nigdy nie chorowały na ospę

##### **3. Jakie jest najczęstsze powikłanie półpaśca?**

- a) zapalenie płuc
- b) neuralgia półpaścowa (ból utrzymujący się po chorobie)
- c) biegunka
- d) wysoka gorączka

##### **4. Czy półpasiec jest chorobą zakaźną?**

- a) tak, ale tylko dla osób, które nie chorowały wcześniej na ospę wietrzną
- b) nie, półpasiec nie jest zakaźny w żadnych okolicznościach
- c) tak, półpasiec jest bardzo zakaźny dla wszystkich
- d) zakaźny tylko w przypadku kontaktu przez powietrze

##### **5. Jak można zapobiec zachorowaniu na półpasiec?**

- a) stosując dietę wysokobiałkową
- b) poprzez szczepienie ochronne
- c) poprzez częste mycie rąk
- d) poprzez zażywanie witamin

**6. Jak często półpasiec może wystąpić u tej samej osoby?**

- a) tylko raz w życiu
- b) może wystąpić ponownie, choć rzadko
- c) co kilka lat
- d) co roku

**7. Kiedy szczepienie przeciw półpaścowi jest najbardziej zalecane?**

- a) po ukończeniu 50. roku życia
- b) tylko w dzieciństwie
- c) w czasie ciąży
- d) po przebytych przeziębieniu

**8. Jakie objawy powinny skłonić do szybkiego kontaktu z lekarzem?**

- a) ból i wysypka wzdłuż nerwu
- b) lekki kaszel
- c) biegunka
- d) spadek apetytu

**9. Czy szczepienie przeciw półpaścowi jest refundowane dla osób powyżej 65 lat z chorobami przewlekłymi?**

- a) tak, częściowo (50%)
- b) nie, szczepienie nie jest refundowane
- c) tak, w całości
- d) tylko dla osób po przeszczepie

**10. Czy po szczepieniu mogą wystąpić łagodne objawy uboczne (np. ból w miejscu wkłucia)?**

- a) tak, to normalna reakcja organizmu
- b) nie, szczepienie nigdy nie powoduje żadnych objawów
- c) tak, ale tylko u osób chorych
- d) nie wiem

WYNIK TESTU (wypełnia realizator):

Liczba punktów: ...../10 (≥7 poprawnych odpowiedzi = wynik wysoki)

## Uzasadnienie

### **do projektu uchwały w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki półpaśca oraz neuralgii półpaścowej w populacji osób w wieku od 55 lat**

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.) zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym również z zakresu ochrony zdrowia, należy do zadań własnych gminy.

Natomiast art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) określa, iż do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy m.in. opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Półpasiec jest chorobą wywołaną przez wirus ulegający reaktywacji w stanach obniżonej odporności u osób, które wcześniej przebyły pierwotne zakażenie w postaci ospy wietrznej. Wirus może rezydować w komórkach zwojów nerwowych korzeni grzbietowych oraz nerwów czaszkowych przez wiele lat w formie latentnej, zanim wystąpią czynniki umożliwiające mu reaktywację. Dzięki tego rodzaju specyficznemu przystosowaniu wirus może przetrwać wiele lat. W związku z faktem, że prawie cała populacja po 50. roku życia przebyła kiedyś ospę wietrzną, w praktyce prawie wszystkie osoby starsze są narażone na zachorowanie na półpaśca.

Półpasiec stanowi istotne wyzwanie zdrowia publicznego w starzejących się społeczeństwach, ponieważ wraz z wiekiem rośnie ryzyko reaktywacji zakażenia, ciężkiego przebiegu choroby oraz długotrwałych powikłań bólowych (tzw. neuralgii półpaścowej). Choroba, choć w większości przypadków nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia, może prowadzić do trwałych następstw neurologicznych, pogorszenia funkcji poznawczych, zaburzeń snu i depresji. Z tego względu profilaktyka poprzez szczepienia stanowi istotny element polityki zdrowotnej ukierunkowanej na utrzymanie samodzielności i jakości życia osób starszych.

Obecnie w Polsce profilaktyka w postaci szczepień przeciwko półpaścowi jest realizowana wyłącznie poprzez szczepienia dobrowolne, zalecane. Szczepionka przeciw półpaścowi jest objęta refundacją tylko dla pacjentów spełniających nw. kryteria medyczne:

- 1) wiek  $\geq$  65 lat i zwiększone ryzyko zachorowania na półpasiec - refundacja 100%,
- 2) wiek  $>$  18 lat do 64 lat i zwiększone ryzyko zachorowania na półpasiec - refundacja 50%.

Do grupy pacjentów o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec należą osoby m.in. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, po przeszczepie narządu litego, reumatoidalnym zapaleniem stawów, łuszczycą, łuszczycowym zapaleniem stawów, nieswoistymi zapaleniami jelit, zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, stwardnieniem rozsianym, toczeniem układowym.

Refundacja dotyczy wyłącznie pacjentów spełniających powyższe kryteria kliniczne. Pozostałe osoby, które chcą się zaszczepić, zmuszone są do opłacenia sobie pełnego kosztu szczepionki, który obecnie wynosi ponad 1.500 zł za pełny cykl szczepienia (2 dawki).

Z tego też powodu poziom wyszczepialności przeciwko półpaścowi w Polsce nie przekracza 1% populacji docelowej, co oznacza bardzo niski poziom ochrony w porównaniu z krajami zachodniej Europy (np. w Niemczech wynosi on około 15%, a w Wielkiej Brytanii - 20%).

W ramach niniejszego programu Miasto Opole będzie finansować tylko te świadczenia, które w całości lub w części nie są objęte refundacją.

W przypadku osób, które spełniają kryteria 100% refundacji szczepionki, Miasto Opole nie sfinansuje kosztu zakupu szczepionki, natomiast pokryje koszty kwalifikacji do szczepienia, edukacji i pozostałych działań realizowanych w ramach programu.

W przypadku osób, które spełniają kryteria częściowej 50% refundacji szczepionki, program przewiduje dofinansowanie części kosztów szczepionki ponad poziom refundacji. W takim przypadku Miasto Opole pokryje różnicę pomiędzy ceną zakupu szczepionki a kwotą refundacji oraz dodatkowo koszty kwalifikacji do szczepienia, edukacji i pozostałych działań realizowanych w ramach programu.

Z danych epidemiologicznych wynika, że wraz ze starzeniem się populacji w krajach rozwiniętych, w tym w Polsce, obserwuje się wyraźny trend wzrostowy zapadalności na półpasiec. Również wysoka częstość występowania powikłań w postaci neuralgii półpaścowej i jej przewlekły, bolesny charakter potwierdzają konieczność podejmowania działań profilaktycznych na poziomie lokalnym. Wdrożenie programu szczepień na terenie Miasta Opola może w perspektywie kilku lat przyczynić się do zauważalnego spadku liczby zachorowań, zmniejszenia wydatków na leczenie bólu neuropatycznego oraz poprawy jakości życia mieszkańców.

Program finansowany będzie ze środków budżetu Miasta Opola określonych w uchwale budżetowej na każdy rok. W 2026 r. na jego realizację zabezpieczono kwotę 190.000,00 zł.