

Załącznik nr 5
do uchwały nr 769 Zarządu
Województwa Zachodniopomorskiego
z dnia 9 maja 2018 r.



REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów skóry na lata 2019 - 2021

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. 2017 r. poz. 1938 ze zm.).

Szczecin, 2018 r.

Spis treści:

I	Opis choroby i uzasadnienie wprowadzenia programu	2
I.1	Opis problemu zdrowotnego.....	2
I.2	Dane epidemiologiczne	8
I.3	Opis obecnego postępowania	10
II	Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	12
II.1	Cel główny	12
II.2	Cele szczegółowe	12
II.3	Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	12
III	Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji	13
III.1	Populacja docelowa	13
III.2	Kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu ..	14
III.3	Planowane interwencje	14
III.4	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu	18
III.5	Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	19
IV	Organizacja programu polityki zdrowotnej	20
IV.1	Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów....	20
IV.2	Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	21
V	Monitorowanie i ewaluacja	22
V.1	Monitorowanie.....	22
V.2	Ewaluacja.....	23
VI	Budżet programu.....	24
VI.1	Koszty całkowite.....	24
VI.2	Koszty jednostkowe.....	24
VI.3	Źródła finansowania	26
VII	Bibliografia	27

I Opis choroby i uzasadnienie wprowadzenia programu

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Nowotwory skóry stanowią jeden z najczęściej występujących nowotworów wśród ludzi rasy białej¹. Nowotwory skóry skutkują poważnymi następstwami zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi, nie tylko w skali jednostki, ale również społeczeństwa. Mają istotny wpływ na pogorszenie jakości życia chorego. Profilaktyka oraz wczesne wykrycie nowotworów skóry umożliwia szybkie wdrożenie właściwej terapii, co pozwala na osiągnięcie zadowalających skutków terapeutycznych.

Proponowany program polityki zdrowotnej dotyczy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów skóry. Wpisuje się zatem w priorytet zdrowotny uwzględniony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126): „*zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych*”.

Definicja

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, nowotworom skóry zostały przyporządkowane poszczególne kody: czerniak złośliwy skóry - C43, inne nowotwory złośliwe skóry - C44 oraz inne nowotwory niezłośliwe skóry - D23². Podziału histopatologicznego nowotworów skóry dokonuje się na:

- 1) Raki skóry wywodzące się z:
 - a) warstwy podstawnej naskórka (rak podstawnokomórkowy, Carcinoma basocellulare, ang. *Basal Cell Carcinoma* – BCC),
 - b) komórek warstwy Malpighiego naskórka (rak kolczystokomórkowy, Carcinoma spinocellulare, ang. *Squamous Cell Carcinoma* – SCC),
- 2) Rak neuroendokrynnny Merkla.
- 3) Nowotwory przydatków skóry (Adnexoma cutis).
- 4) Rogowiak kolczystokomórkowy (Keratoacanthoma).
- 5) Choroba Bowena (SCC w stadium Carcinoma in situ).
- 6) Czerniak złośliwy (Melanoma malignum).
- 7) Choroba Pageta jako rak gruczołu sutkowego z przewodów mlecznych szerzący się w obrębie naskórka.
- 8) Mięsak Kaposiego (Sarcomatosis idiopathica haemorrhagica multiplex) jako nowotwór pochodzenia naczyniowego szerzący się w obrębie skóry.
- 9) Chłoniak skóry typu T (ziarniniak grzybiasty, Mycosis fungoides).
- 10) Przerzuty do skóry (najczęściej pochodzące z ognisk pierwotnych czerniaka, raka płuca, jelita grubego, jamy ustnej, nerki, żołądka oraz raka jajnika i piersi u kobiet)³.

Obraz kliniczny nowotworu skóry cechuje się pojawieniem na skórze małego guzka lub nacieku, który może przybierać nieregularne kształty oraz krwawić. Zazwyczaj rośnie

¹ Nowotwory skóry. Opolska Fundacja Antynowotworowa. http://www.ofa.com.pl/pobierz/rak_skory.pdf [dostęp: 27.10.2017].

² Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10, Tom I, wydanie 2008. <http://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf> [dostęp: 27.10.2017].

³ Chicheł A, Skowronek J. Współczesne leczenie raka skóry – dermatologia, chirurgia czy radioterapia? Współczesna Onkologia 2005; 9 (10): 429–435.

powoli od około kilku do nawet kilkunastu lat dając u niektórych pacjentów przerzuty do węzłów chłonnych. Jego najczęstszą lokalizacją są eksponowane na promienie słoneczne części ciała takie jak: twarz, ramiona, czy przedramiona⁴.

Wśród nowotworów skóry 95%, stanowią zachorowania na raki skóry: rak podstawnokomórkowy i rak płaskonabłonkowy⁵. Najczęściej występującą postacią nowotworu skóry jest rak podstawnokomórkowy. Występuje on niemal 5 razy częściej niż rak płaskonabłonkowy i stanowi blisko 75% wszystkich przypadków. Cechami charakterystycznymi tego nowotworu jest pojawienie się twardego, częściowo upigmentowanego, białawego lub przezroczystego guzka, który w bardziej zaawansowanym stadium powoduje owrzodzenie centralne otoczone perełkowanym wałem. Najczęstszą jego lokalizacją jest twarz, szyja lub grzbiet dłoni. Charakteryzuje się również miejscowym wzrostem i małą zdolnością do tworzenia przerzutów. Drugim co do częstości występowania nowotworem skóry jest rak płaskonabłonkowy. W odróżnieniu od raka podstawnokomórkowego, płaskonabłonkowy cechuje się gwałtownym wzrostem, jak również większą zdolnością do miejscowej destrukcji oraz tworzenia przerzutów. Jego obraz kliniczny jest zróżnicowany oraz uzależniony od umiejscowienia (najczęściej lokalizuje się w okolicach szyi, głowy, kończyn, tułowia jak również narządów płciowych). Za objawy późne raka płaskonabłonkowego uznaje się: owrzodzenie, ból, krwawienie⁶.

Czerniak

Czerniak to nowotwór złośliwy skóry, wywodzący się z melanocytów, czyli komórek wytwarzających barwnik zwany melanicą, który sprawia, że skóra ciemnieje w kontakcie z promieniowaniem ultrafioletowym. Czerniak pojawia się głównie na skórze, ale może wystąpić także w obrębie ust, nosa czy gałki ocznej. U kobiet ten typ nowotworu najczęściej umiejscowiony jest na kończynach, u mężczyzn zaś często występuje na tułowiu. Może rozwinąć się na podstawie już istniejących znamion barwnikowych lub powstać na nowo, na skórze niezmienionej. Niepokój budzić powinny wszelkie zmiany dotyczące już istniejących znamion. Do najczęstszych objawów, wymagających konsultacji dermatologa, należą m.in.: zgrubienie; zaczerwienienie wokół znamienia; swędzenie; krwawienie; stan zapalny i/lub strup w obrębie znamienia; zmiany zabarwienia; zmiana symetrii znamienia itd.⁷.

Wyróżnia się następujące typy czerniaka:

- 1) czerniak szerzący się powierzchownie (występujący najczęściej);
- 2) czerniak powstający w plamie soczewicowatej (zmianie skórnej barwy jasnobrązowej) zwany czerniakiem lentiginalnym (około 20% przypadków);
- 3) czerniak guzkowy (około 10% przypadków);
- 4) czerniak odsiebnych części kończyn, pod paznokciowy (około 7% przypadków);
- 5) inny typ, np. desmoplastyczny⁸ (około 1–4% przypadków).

⁴ Nowotwory skóry. Opolska Fundacja Antynowotworowa. http://www.ofa.com.pl/pobierz/rak_skory.pdf [dostęp: 27.10.2017].

⁵ J., Wojciechowska U.. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. <http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/> [dostęp: 27.10.2017].

⁶ Serwis medyczny dla pacjentów i lekarzy. http://www.onkonet.pl/dl_nskory.html [dostęp: 27.10.2017].

⁷ Bień S., Żyłka S., Klimas A., Kamiński B., Okła S., Postuła S., Ziółkowska M.: Nowotwory złośliwe skóry i szyi. Charakterystyka epidemiologiczna i kliniczna. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej. Tom 3. Kielce 2006.

⁸ Czerniak delmoplastyczny – większość zmian występuje w obrębie skóry wystawionej na działanie promieni słonecznych, choć może występować w miejscach osłoniętych. Najczęściej lokalizuje się w obrębie głowy i szyi, w tym ucha, nosa i wargi.

Czynniki ryzyka

Za główną przyczynę powstawania nowotworów złośliwych skóry uznaje się przewlekłą ekspozycję na promieniowanie słoneczne, głównie w dzieciństwie. Elementem odpowiedzialnym za ich rozwój są promienie UV (ultrafiolet, składnik promieniowania słonecznego). Wpływ na wystąpienie nowotworu może mieć typ ekspozycji na światło. Wyróżnia się m.in. ekspozycję na dawkę skumulowaną, która najczęściej towarzyszy ludziom pracującym na świeżym powietrzu, gdzie narażenie na dużą dawkę promieni słonecznych jest wysokie. Ten typ ekspozycji bardzo często wiąże się z powstawaniem raka płaskonabłonkowego. Występowanie raka podstawnokomórkowego lub czerniaka charakterystyczne jest dla okresowej ekspozycji na promieniowanie słoneczne (np. podczas opalania się lub pracy na wolnym powietrzu)⁹.

Kolejnym z czynników ryzyka powstania czerniaka są znamiona atypowe i zespół znamion atypowych. Znamię barwnikowe, potocznie nazywane pieprzykiem, zbudowane jest z namnażających się melanocytów, czyli tzw. komórek barwnikowych skóry. Znamiona zazwyczaj mają charakter łagodny, jednak występują również znamiona atypowe, czyli takie, które charakteryzują się niejednorodnym kolorem, nieregularnym kształtem i wielkością powyżej 6 mm. Zespół znamion atypowych jest uwarunkowany genetycznie¹⁰.

Czynniki zwiększającymi ryzyko zachorowania są niekorzystne dla zdrowia zachowania takie jak: oparzenia słoneczne spowodowane opalaniem się, długa ekspozycja na promienie UV, niestosowanie kremów ochronnych oraz regularne korzystanie z urządzeń opalających w solariach, które emitują promienie UV^{11, 12}. Każda wizyta w solarium zwiększa ryzyko wystąpienia czerniaka o 1,8%, natomiast promienie UV emitowane w solarium podwyższają ryzyko nowotworów skóry nawet do 75% w porównaniu do osób, które nigdy nie korzystały z solarium. Dotyczy to w szczególności osób poniżej 30 roku życia.

Wysokie ryzyko zachorowania na czerniaka skóry mają również osoby o jasnej karnacji (blada lub piegowata skóra, jasne włosy, niebieskie oczy), ponieważ są bardziej podatne na oparzenia słoneczne. Osoby o jasnej karnacji mają dwukrotnie większe prawdopodobieństwo zachorowania na czerniaka niż osoby z ciemniejszą karnacją.

Wpływ na rozwój czerniaka mają również czynniki genetyczne. Wystąpienie nowotworu skóry w rodzinie może zwiększyć prawdopodobieństwo zachorowania nawet czterokrotnie¹³. W tabeli nr 1 przedstawiono czynniki ryzyka nowotworów skóry.

⁹ Europejski kodeks walki z rakiem (2003). Polskie wydanie pod redakcją prof. dr. hab. n. med. Witolda Zatońskiego, str. 51-54.

¹⁰ Bień S., Żyłka S., Klimas A., Kamiński B., Okła S., Postuła S., Ziółkowska M: Nowotwory złośliwe skóry i szyi. Charakterystyka epidemiologiczna i kliniczna. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej. Tom 3., Kielce 2006.

¹¹ Europejski kodeks walki z rakiem (2003). Polskie wydanie pod redakcją prof. dr. hab. n. med. Witolda Zatońskiego, str. 51-54.

¹² Informacja na temat skutków zdrowotnych wynikających z nadmiernego korzystania solarium przez młodzież. http://psse.olawa.ibip.wroc.pl/public/get_file_contents.php?id=120380

¹³ Didkowska J., Wojciechowska U.. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. <http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/>

Czynniki ryzyka nowotworów skóry:^{14 15}

- 1) „fenotyp nordycki” (jasna karnacja skóry, jasne lub rude włosy, niebieskie bądź zielone tęczówki – niska zawartość barwnika w skórze), z fenotypem tym związane są oparzenia słoneczne i uszkodzenia skóry pod wpływem promieni słonecznych i promieniowania UV,
- 2) intensywne działanie promieniowania ultrafioletowego naturalnego (promienie słoneczne), oparzenia słoneczne zwłaszcza w dzieciństwie i wczesnej młodości,
- 3) intensywne działanie promieniowania sztucznego (np. łóżka opalające, solaria),
- 4) ekspozycja skóry na promieniowanie jonizujące,
- 5) narażenie skóry na działanie środków chemicznych, takich jak: arsen, węglowodory aromatyczne, herbicydy, pestycydy, pochodne ropy naftowej,
- 6) przewlekłe stany zapalne skóry np.: owrzodzenia, blizny, przetoki,
- 7) zmiany zanikowe skóry,
- 8) stałe drażnienie mechaniczne,
- 9) zespół znamion dysplastycznych, występowanie tzw. plam soczewicowatych,
- 10) predyspozycje genetyczne – zachorowania na czerniaka w rodzinie, wady genetyczne odpowiedzialne za występowanie zespołów: albinizmu, skóry żółtej pergaminowej, epidermo dysplazji brodawczakowatej, czy dziedzicznego zespołu znamion podstawnokomórkowych,
- 11) przewlekła immunosupresja np. u osób po przeszczepach narządów, czy u chorych z zespołem AIDS,
- 12) zmiany stanu hormonalnego,
- 13) przebyty czerniak lub inne choroby nowotworowe skóry,
- 14) mnogie znamiona,
- 15) starszy wiek.
- 16) przewlekłe zakażenia (w tym HPV 16 i 18) – czynnik ryzyka tylko dla raków skóry.

Rozpoznanie

Do najczęstszych objawów, wymagających konsultacji lekarza (onkolog, chirurg onkolog, dermatolog) należą między innymi: zgrubienie, zaczerwienienie wokół znamienia, swędzenie, krwawienie, stan zapalny i/lub strup w obrębie znamienia, powiększenie – powyżej 6 mm, zmiany zabarwienia, zmiana kształtu – asymetria, nieregularne granice, uniesienie powyżej poziomu otaczającej skóry. Rozpoznanie raka skóry ustala się na podstawie obrazu klinicznego oraz badania histopatologicznego. Konieczne jest, zbadanie węzłów chłonnych w okolicy, w której znajduje się nowotwór. Po wykryciu jakiegokolwiek zmiany podstawą rozpoznania jest badanie mikroskopowe wycinka skóry, a bardzo przydatną metodę stanowi algorytm diagnostyczny ABCDE¹⁶.

Wykrywanie czerniaka na wczesnym etapie zaawansowania jest priorytetem w walce o zmniejszenie śmiertelności. Czerniak może powstać na skórze zarówno wcześniej niezamienionej, jak i w zakresie istniejących znamion skórnych. Czerniaki o grubości poniżej 1mm zwykle wykrywane są w trakcie badania lekarskiego.

¹⁴ Bień S., Żyłka S., Klimas A., Kamiński B., Okła S., Postuła S., Ziółkowska M: Nowotwory złośliwe skóry i szyi. Charakterystyka epidemiologiczna i kliniczna. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej. Tom 3., Kielce 2006.

¹⁵ Biernat W.: Skóra – rozrosty niemelanoctarne. W: Nowotwory – zarys patologii. Korek R., Woźniak L., Biernat W. (red.). Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 2001.

¹⁶ Krajowy Rejestr Nowotworów: „Czerniak skóry”, <http://onkologia.org.pl/czerniakskory-2/> [dostęp: 27.10.2017].

W celu oceny stopnia zaawansowania czerniaka stosuje się klasyfikację TNM:

- 1) „T” określające ognisko pierwotne, czyli zmianę skórną,
- 2) „N” mówiące o występowaniu przerzutów do węzłów chłonnych,
- 3) „M” określające występowanie przerzutów do odległych narządów.

Leczenie

W większości przypadków leczenie chirurgiczne lub radioterapia zapewniają znakomite oraz porównywalne wyniki leczenia. O doborze metody powinny decydować lepszy potencjał terapeutyczny oraz akceptowalny efekt kosmetyczny i zachowana funkcja leczonej okolicy anatomicznej. Istotnymi czynnikami mającymi znaczenie w procesie decyzyjnym są lokalizacja zmiany, zajęcie przyległych tkanek, głębokość nacieku, stopień zaawansowania i złośliwości guza, uprzednio wdrożone leczenie oraz stan ogólny pacjenta. W strategię postępowania w rakach skóry zaangażowane są trzy specjalności lekarskie: dermatologia, chirurgia i radioterapia onkologiczna¹⁷.

Chirurgiczne wycięcie guza z marginesem tkanek zdrowych jest podstawowym sposobem leczenia raków skóry. Leczenie kriochirurgiczne jest efektywne w przypadku: raków podstawnokomórkowych o wyraźnych granicach, ognisk nowotworowych położonych nad tkanką chrzęstną lub kostną, guzów na powiekach, nosie i małżowinach. Ponadto stosowane są: terapia fotodynamiczna; 5% maść 5-fluorouracylowa lub imikwimod; radioterapia; laser CO₂; interferon α-2 oraz rekombinowany interferon β¹⁸.

Rokowanie

Rak podstawnokomórkowy jest całkowicie wyleczalny w przypadku podjęcia leczenia chirurgicznego. Praktycznie nie daje przerzutów odległych. W przypadku raka kolczystokomórkowego wyleczalność mierzona 5-letnim okresem wolnym od choroby wynosi 90%. W przypadku stwierdzenia obecności przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych 5-letnie przeżycie wynosi 70%, zaś w przypadku obecnych przerzutów odległych – 30%¹⁹. Usunięcie czerniaka, kiedy choroba nie jest jeszcze zaawansowana, pozwala na wyleczenie aż 80% chorych. Dlatego tak ważne jest jego szybkie i prawidłowe rozpoznanie choroby.

Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania nowotworów skóry wskazują na dużą dynamikę wzrostu liczby zachorowań. W latach 1982 – 2002 liczba zachorowań w Polsce zwiększyła się prawie 3-krotnie²⁰. Specyfika woj zachodniopomorskiego polega na tym, że problem zdrowotny jest powodowany czynnikami środowiskowymi - długi pas nadmorski przyczynia się do zwiększonej ekspozycji na słońce mieszkańców województwa i w związku z tym zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory skóry. Choroba z kolei może przyczynić się do wykluczenia z rynku pracy. We wczesnym stadium choroby nowotwór ten charakteryzuje się wysokim odsetkiem wyleczeń. Kluczowa jest jednak wczesna diagnoza i szybkie usunięcie zmiany. W porównaniu z krajami Europy Zachodniej wskaźnik

¹⁷ Chicheł A, Skowronek J. Współczesne leczenie raka skóry – dermatologia, chirurgia czy radioterapia? Współczesna Onkologia 2005; 9 (10): 429–435.

¹⁸ Maciejewska J. Nowotwory złośliwe skóry (raki skóry). Medycyna Praktyczna. Dermatologia. https://dermatologia.mp.pl/choroby/nowotwory_skory/74462,nowotwory-zlosliwe-skory-raki-skory [dostęp: 27.10.2017].

¹⁹ Jastrzębski T. Rak skóry (carcinoma cutis) - klasyfikacja i leczenie. http://www.onkonet.pl/dp_nskory2.php [dostęp: 27.10.2017].

²⁰ Rutkowski P., Wysocki P., *Zalecenia postępowania w nowotworach złośliwych: Czerniaki skóry*, http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTOK_2013_09_Czerniaki%20skory.pdf [dostęp: 31.10.2017].

wyleczeń w Polsce jest o 30% niższy. Sytuacja ta jest spowodowana wykrywaniem nowotworu w wyższym zaawansowaniu wyjściowym niż w innych państwach europejskich²¹.

W przypadku braku przerzutów interwencja chirurgiczna jest skuteczna u prawie 90% pacjentów. Jeżeli grubość zmiany nie przekracza 0,75 mm szanse na przeżycie wynoszą blisko 100%. U 20% chorych czerniak wykryty zostaje jednak w zbyt zaawansowanym stanie, by jego wycięcie było skuteczne²².

Ze względu na wzrastającą liczbę zachorowań na nowotwory skóry oraz znaczenia ich wczesnego wykrywania uzasadnione są działania edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości społecznej w zakresie profilaktyki nowotworów skóry, a co za tym idzie również zwiększenie wczesnej zgłaszalności na badania profilaktyczne²³. Podobne wnioski zawarto w opinii wydanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, mimo że przesiewowe badania populacyjne nie są z reguły uzasadnione ekonomicznie oraz charakteryzują się trudną do udowodnienia korzyścią kliniczną z powodu częstości występowania czerniaka w naszym kraju, to pozytywnie opiniowane są działania ogólnokrajowe i regionalne mające na celu profilaktykę pierwotną i wtórną, ze szczególnym uwzględnieniem działań edukacyjnych i ułatwiających dostęp do lekarza specjalisty²⁴.

Proponowany program polityki zdrowotnej dotyczy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów skóry. Wpisuje się zatem w priorytet zdrowotny uwzględniony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126): „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych”.

²¹ Rutkowski P., *Postęp w leczeniu zaawansowanego czerniaka jest duży, ale...*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Prof-Rutkowski-postep-w-leczeniu-zaawansowanego-czerniaka-jest-duzy-ale,160259,1013.html> [dostęp: 31.10.2017].

²² Rutkowski P., *Polacy są w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na czerniaka*, <http://www.medexpress.pl/prof-rutkowski-polacy-sa-w-grupie-wysokiego-ryzyka-zachorowania-na-czerniaka/64546> [dostęp: 31.10.2017].

²³ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 174/2017 z dnia 25 lipca 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej na lata 2018-2020”.

²⁴ Agencja Oceny Technologii Medycznych: „Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 43/2014 z dnia 7 kwietnia 2014 r. o projekcie programu 'Program profilaktyki raka skóry dla mieszkańców województwa lubelskiego na lata 2014–2017'”.

I.2 Dane epidemiologiczne

Według Światowej Organizacji Zdrowia częstość występowania nieczerniakowych nowotworów skóry jak i czerniaka wzrasta w ostatnich dziesięcioleciach. Corocznie odnotowuje się 2 do 3 mln nieczerniakowych nowotworów skóry i 132 tys. przypadków czerniaka na świecie. Jak podaje Skin Cancer Foundation Statistics, co piąty Amerykanin zachoruje na nowotwór skóry. Określa się, że 10-procentowe zmniejszenie poziomu ozonu w atmosferze ziemskiej spowoduje dodatkowe 300 tys. zachorowań na nieczerniakowe nowotwory skóry oraz 4,5 tys. na czerniaka²⁵. Najwięcej nowotworów skóry rozpoznaje się w krajach o dużym nasłonecznieniu (USA, Australia, Nowa Zelandia). W Australii choruje na nowotwory skóry ponad 360 tys. osób rocznie, ale rozpoznawane są na tyle wcześnie, że w ich wyniku umiera jedynie 1,7 tys. osób²⁶.

Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), w 2014 r. standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe skóry (ICD-10: C44) w Polsce u mężczyzn wyniósł 20,1/100 tys., zaś na czerniaka skóry (C43) 5,1 na 100 tys. Wśród kobiet było to odpowiednio 15,6 na 100 tys. (C44) oraz 4,8 na 100 tys. (C43). W tym samym roku z powodu czerniaka skóry zmarło 672 mężczyzn (wsp. standaryzowany 2,19 na 100 tys.) oraz 635 kobiet (wsp. standaryzowany 1,44 na 100 tys.)²⁷. Prognozy KRN wskazują, iż do 2025 r. liczba zachorowań na czerniaka skóry w Polsce może zwiększyć się dwukrotnie²⁸.

Według raportu KRN w województwie zachodniopomorskim czerniak stanowił 1,6% zachorowań (53 przypadki) na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w 2014 r. W grupie kobiet odnotowano 83 przypadki czerniaka. Współczynnik surowy zachorowalności na czerniaka (na 100 tys. mieszkańców) dla obu płci wyniósł 7,92. Inne nowotwory złośliwe skóry rozpoznano u 351 mężczyzn oraz u 408 kobiet w Regionie (odpowiednio dla ogółu: wsp. surowy 44,18, wsp. standaryzowany 20,82). Zarejestrowano 18 zgonów wśród mężczyzn i 22 zgony wśród kobiet z powodu czerniaka (dla obu płci: wsp. surowy 2,33, wsp. standaryzowany 1,32). Inne nowotwory złośliwe skóry były przyczyną zgonu 6 mężczyzn i 5 kobiet (dla obu płci: wsp. surowy 0,64, wsp. standaryzowany 0,26)²⁹.

Dane KRN w bazie on-line z lat 1999-2015 wskazują na wzrost liczby zachorowań na czerniaka w województwie zachodniopomorskim zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet. Ta sama tendencja wzrostu liczby zachorowań dotyczy również innych nowotworów złośliwych skóry (tabela 1 i 2).

²⁵ *Skin cancers*. World Health Organization, <http://www.who.int/uv/faq/skincancer/en/index1.html> [dostęp: 30.10.2017].

²⁶ *Nowotwory skóry*. Kodeks Walki z Rakiem, <http://www.kodekswalkizrakiem.pl/nowotwory-skory/> [dostęp: 09.12.2017].

²⁷ Wojciechowska U, Olasek P, Czuderna K, Didkowska J. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku*. Warszawa 2016. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie, <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp: 12.11.2017].

²⁸ Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: *Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r.* Warszawa 2009.

²⁹ Wojciechowska U, Olasek P, Czuderna K, Didkowska J. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku*. Warszawa 2016. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie, <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp: 12.11.2017].

	Zachorowania - C43 Czerniak złośliwy skóry						Zgony - C43 Czerniak złośliwy skóry					
	Mężczyźni			Kobiety			Mężczyźni			Kobiety		
	Zachorowania	Wsp. surowy	Wsp. stand. (W)	Zachorowania	Wsp. surowy	Wsp. stand. (W)	Zgony	Wsp. surowy	Wsp. stand. (W)	Zgony	Wsp. surowy	Wsp. stand. (W)
1999	12	1,4	1,1	23	2,6	1,9	24	2,8	2,3	12	1,4	0,9
2000	19	2,3	1,7	24	2,7	2,1	18	2,1	2,0	15	1,7	1,4
2001	54	6,4	5,4	38	4,3	3,2	20	2,4	1,8	19	2,2	1,6
2002	44	5,3	4,3	63	7,3	5,0	18	2,2	1,7	21	2,4	1,6
2003	34	4,1	3,1	48	5,5	4,3	26	3,2	2,5	19	2,2	1,1
2004	40	4,9	4,1	44	5,1	3,4	20	2,4	2,2	21	2,4	1,5
2005	51	6,2	4,6	64	7,4	4,8	18	2,2	1,6	17	2,0	1,2
2006	52	6,3	4,5	52	6,0	3,8	20	2,4	1,8	13	1,5	0,7
2007	61	7,4	5,3	58	6,7	4,6	22	2,7	2,0	29	3,3	1,7
2008	42	5,1	3,6	72	8,3	5,1	29	3,5	2,5	23	2,6	1,4
2009	50	6,1	4,4	77	8,8	5,8	28	3,4	2,5	21	2,4	1,4
2010	48	5,7	3,8	51	5,8	3,5	22	2,6	1,7	18	2,0	0,9
2011	59	7,0	4,6	57	6,5	3,9	26	3,1	2,0	27	3,1	1,6
2012	82	9,8	6,2	87	9,9	5,8	25	3,0	2,0	20	2,3	1,0
2013	43	5,1	3,1	81	9,2	5,5	36	4,3	2,7	21	2,4	1,0
2014	53	6,3	4,1	83	9,4	5,6	18	2,2	1,3	22	2,5	1,4
2015	87	10,4	6,4	111	12,6	8,0	27	3,2	1,9	26	3,0	1,2

Tabela 1. Zachorowania i zgony na czerniaka złośliwego skóry (C43) w grupie kobiet i mężczyzn w województwie zachodniopomorskim w latach 1999-2015.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KRN³⁰ (współczynniki na 100 tys.).

³⁰ Wojciechowska U, Olasek P, Czuderna K, Didkowska J. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku*. Warszawa 2016. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie, <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp: 09.12.2017]

Rok	Zachorowania - C44 Inne nowotwory złośliwe skóry						Zgony - C44 Inne nowotwory złośliwe skóry					
	Mężczyźni			Kobiety			Mężczyźni			Kobiety		
	Zachorowania	Wsp. surowy	Wsp. stand. (W)	Zachorowania	Wsp. surowy	Wsp. stand. (W)	Zgony	Wsp. surowy	Wsp. stand. (W)	Zgony	Wsp. surowy	Wsp. stand. (W)
1999	112	13,2	11,2	108	12,2	8,4	7	0,8	0,6	7	0,8	0,5
2000	71	8,4	7,2	63	7,1	4,5	2	0,2	0,2	6	0,7	0,3
2001	73	8,6	7,5	102	11,5	7,4	7	0,8	0,8	6	0,7	0,4
2002	90	10,9	8,9	78	9,0	5,5	7	0,9	0,9	5	0,6	0,3
2003	64	7,8	6,0	64	7,4	4,1	6	0,7	0,5	8	0,9	0,4
2004	79	9,6	7,9	84	9,7	5,8	7	0,9	1,0	8	0,9	0,4
2005	113	13,7	10,4	118	13,6	7,2	7	0,9	0,7	3	0,4	0,2
2006	115	14,0	10,4	147	16,9	8,8	6	0,7	0,6	7	0,8	0,3
2007	112	13,6	9,4	147	16,9	9,1	9	1,1	0,9	10	1,2	0,4
2008	67	8,2	5,7	89	10,2	4,7	13	1,6	1,1	10	1,2	0,5
2009	72	8,8	6,3	98	11,3	5,5	7	0,9	0,6	9	1,0	0,3
2010	113	13,5	9,0	157	17,8	9,1	12	1,4	1,0	6	0,7	0,3
2011	112	13,3	8,4	137	15,5	7,5	6	0,7	0,5	17	1,9	0,6
2012	322	38,4	23,1	375	42,5	20,3	15	1,8	1,1	5	0,6	0,1
2013	344	41,1	24,8	360	40,8	17,5	10	1,2	0,8	6	0,7	0,3
2014	351	42,0	24,0	408	46,3	19,5	6	0,7	0,4	5	0,6	0,2
2015	391	46,9	25,8	442	50,3	20,9	19	2,3	1,2	23	2,6	0,8

Tabela 2. Zachorowania i zgony na inne nowotwory złośliwe skóry (C44) w grupie kobiet i mężczyzn w województwie zachodniopomorskim w latach 1999-2015.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KRN³¹ (współczynniki na 100 tys.).

I.3 Opis obecnego postępowania

Polska bierze udział w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych 2016–2024. Jest to program wieloletni, realizowany na podstawie art. 136 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.). Głównym celem Programu jest dążenie do przybliżenia się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce.

W celu zwiększenia świadomości społeczeństwa i jego edukacji będą realizowane działania zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym, polegające w głównej mierze na akcjach

³¹ Wojciechowska U, Olasek P, Czuderna K, Didkowska J. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku*. Warszawa 2016. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie, <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp: 09.12.2017]

informacyjnych, promocyjnych i edukacyjnych, przeciwdziałających zachorowaniom na nowotwory, m.in. takich jak:

- 1) działania promujące aktywny tryb życia;
- 2) działania promujące zdrowe odżywianie;
- 3) działania na rzecz ograniczenia palenia tytoniu;
- 4) działania na rzecz ograniczenia spożywania alkoholu;
- 5) działania na rzecz profilaktyki **nowotworów złośliwych skóry, w szczególności czerniaka złośliwego**;
- 6) działania na rzecz zwiększenia zgłaszalności na badania przesiewowe;
- 7) działania promujące karmienie piersią.

W powyższych działaniach szczególną wagę przykładac się będzie do wczesnego wykrywania nowotworów piersi, płuca, jelita grubego i szyjki macicy.

Program był realizowany również w latach 2006–2015. Doświadczenia Polski i innych krajów Unii Europejskiej pozwalają zauważyć, że poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa, w tym na temat zagrożeń chorobami nowotworowymi i skutecznej profilaktyki, stanowią długotrwały proces, polegający na ciągłym i powtarzalnym podejmowaniu aktywności edukacyjno-informacyjnych. W efekcie mają one zmienić nastawienie społeczeństwa do kwestii konieczności regularnego wykonywania badań profilaktycznych (np. w Finlandii poziom zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne wynosi 80–90%, po 20 latach realizacji skriningów populacyjnych³².

W Polsce ostatnio wzmociono działania edukacyjno-profilaktyczne skierowane do społeczeństwa oraz wdrożenia szkoleń z zakresu dermatoskopii dla lekarzy, głównie chirurgów/onkologów i dermatologów. Jednym z liderów w tym zakresie jest Akademia Czerniaka (www.akademiaczerniaka.pl) – sekcja naukowa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, nagrodzona wyróżnieniem „Sukces Roku 2014 – Liderzy Medycyny”, w ramach działalności edukacyjno-profilaktycznej³³.

Na podstawie danych pozyskanych z Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne (NFZ) [<http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/> data dostępu: 15.12.2017 r.] w woj. zachodniopomorskim funkcjonowały 4 oddziały dermatologiczne (dla dorosłych). W zależności od oddziału liczba oczekujących waha się od 0 do 98 osób, a czas oczekiwania od 0 do 30 dni (przypadek stabilny). Liczba poradni dermatologicznych dla dorosłych (posiadających kontrakt z NFZ) w woj. zachodniopomorskim wynosi 61. Liczba osób oczekujących w zależności od placówki waha się od 0 do 444, a czas oczekiwania od 0 do 68 dni (przypadek stabilny).

³² Załącznik do uchwały nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. (poz. 1165) „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024”.

³³ Rutkowski P.: „Postępy w terapii czerniaków skóry”, http://www.ptcho.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=201:postepy-w-terapii-czerniakow-skory-2015-r&catid=101&Itemid=502 [dostęp: 24.11.2017].

II Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Wzrost świadomości mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w zakresie dotyczącym wczesnego wykrywania nowotworów skóry w latach 2019-2021.

II.2 Cele szczegółowe

- 1) Zwiększenie o co najmniej 50% liczby wykrywanych przypadków nowotworów skóry we wczesnym stadium.
- 2) Objęcie działaniami informacyjnymi minimum 25% osób w wieku aktywności zawodowej z terenu województwa zachodniopomorskiego.
- 3) Podniesienie poziomu wiedzy na temat zapobiegania nowotworom skóry u co najmniej 50 % uczestników spotkań edukacyjnych.
- 4) Zwiększenie o co najmniej 50% liczby osób z wykonanym badaniem zmian skórnych.

II.3 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

1. Liczba wykrywanych przypadków nowotworów skóry we wczesnym stadium
2. Liczba objętych działaniami informacyjnymi osób w wieku aktywności zawodowej z terenu województwa zachodniopomorskiego
3. Liczba osób u których uzyskano podniesienie poziomu wiedzy na temat zapobiegania nowotworom
4. Liczba osób z wykonanym badaniem zmian skórnych.
5. liczba osób dokonujących samobadanie skóry pod kątem możliwych zmian nowotworowych, w szczególności w kierunku czerniaka.

III Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

III.1 Populacja docelowa

Na potrzeby programu osoby w wieku aktywności zawodowej będą definiowane jako kobiety w wieku 15-59 lat oraz mężczyźni w wieku 15-64 lat. Zgodnie z danymi Banku Danych Lokalnych (stan na 30.06.2017 r.) w województwie zachodniopomorskim mieszka 515 216 kobiet oraz 590 411 mężczyzn z grupy docelowej³⁴. Razem daje to liczbę 1 105 627 osób. Z uwagi na fakt, że program realizowany będzie w okresie 3 lat, konieczne jest uwzględnienie również 2 dodatkowych roczników, które znajdą się w grupie docelowej w okresie trwania programu. W oparciu o dane BDL należy oszacować liczebność grupy docelowej na ok 1,126 mln osób.

Działania informacyjno-edukacyjne skierowane będą do całej populacji docelowej (1,126 mln osób), czyli do ogółu mieszkańców województwa w wieku aktywności zawodowej. Z podstawowych badań dermatologicznych skorzystać będą mogły osoby z grupy docelowej, u których obecne są zmiany skórne mogące mieć charakter nowotworowy.

Badanie dermatoskopowe wykonane będzie u osób, u których wykryto podejrzane zmiany skórne wymagające pogłębionej diagnostyki. W oparciu o dane Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), w standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe skóry w Polsce w 2014 r. u mężczyzn wyniósł 20,1/100 tys., zaś na czerniaka skóry (C43) 5,1 na 100 tys. Wśród kobiet było to odpowiednio 15,6 na 100 tys. (C44) oraz 4,8 na 100 tys. (C43)³⁵. Na tej podstawie można oszacować, że rocznie w woj. zachodniopomorskim na nowotwory skóry zapadnie ok 148 mężczyzn i 105 kobiet w wieku aktywności zawodowej, czyli 253 osoby. W okresie trwania programu będzie to około 759 osób. Można założyć, że u część osób z podejrzeniem nowotworu skóry pogłębiona diagnostyka nie potwierdzi zmian nowotworowych. Z tego względu należy założyć, że liczba osób skierowanych na pogłębioną diagnostykę może być 2-3 razy większa.

Biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne dla województwa zakłada się, iż przesiew obejmie około 4000 osób w wieku aktywności zawodowej, dodatkowo około 1500 osób przejdzie pogłębione badania dermatologiczne, co stanowi około 2 razy większą liczbę osób niż wynika z danych dotyczących zachorowań.

Działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego zostaną skierowane do lekarzy POZ, pielęgniarek POZ oraz lekarzy dermatologów.

Zgodnie z danymi opublikowanymi w Roczniku Statystycznym Województwa Zachodniopomorskiego na terenie województwa w roku 2016 pracowało 58 lekarzy posiadających specjalizację z dermatologii i wenerologii.

Zgodnie z danymi Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego za 2015 rok Urzędu Statystycznego w Szczecinie opublikowanego przez Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki, na terenie województwa pracowało 823 lekarzy POZ i 948 pielęgniarek POZ.

³⁴ Bank Danych Lokalnych [data dostępu: 30.10.2017 r.]

³⁵ Wojciechowska U, Olasek P, Czuderna K, Didkowska J. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku*. Warszawa 2016. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie, <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp: 12.11.2017]

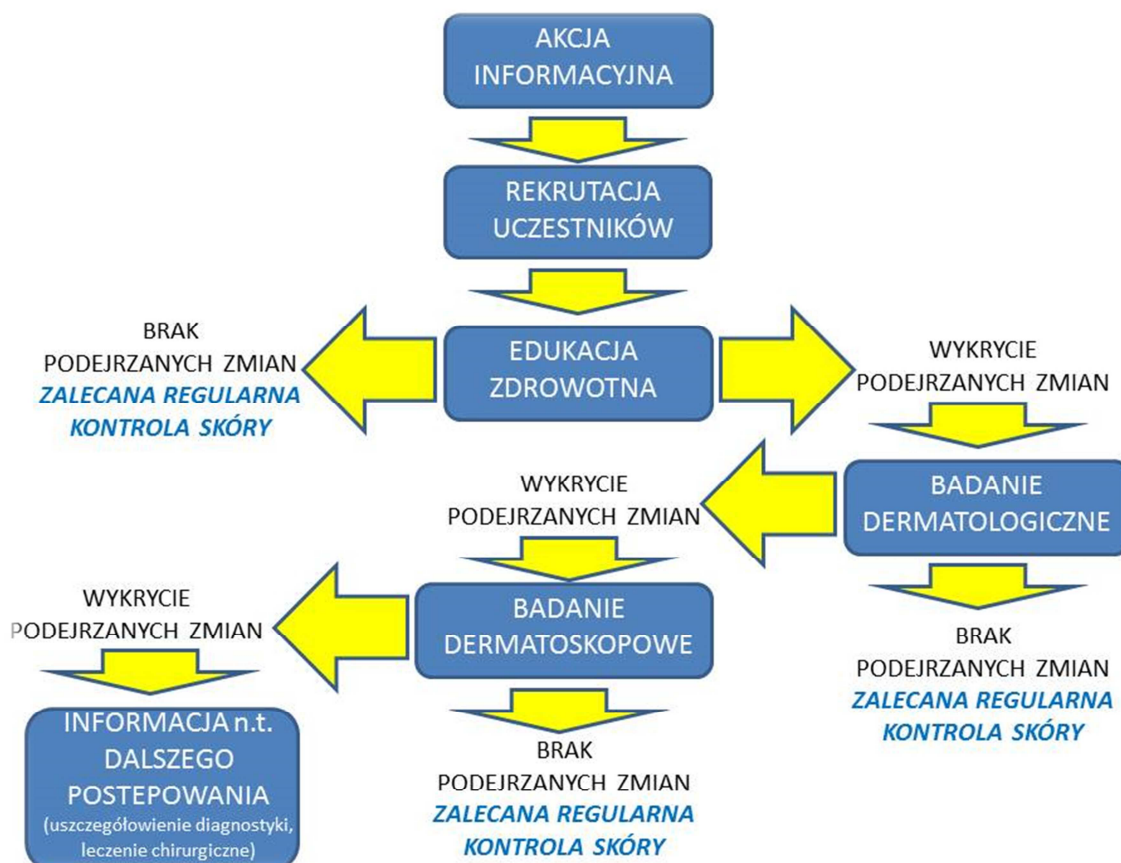
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu

Kluczowym kryterium formalnym kwalifikacji do udziału w programie będzie posiadanie statusu mieszkańca województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej, a także podpisanie przez uczestnika/opiekuna uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w programie. Podpisany druk trafi do dokumentacji powstającej w trakcie interwencji zaplanowanych w programie.

Kryterium wyłączenia z programu to: brak podejrzanych zmian skórnych, w tym po pierwszym badaniu dermatologicznym oraz po badaniu diagnostycznym pogłębionym.

III.3 Planowane interwencje

Schemat organizacyjny interwencji:



Rysunek 1. Schemat organizacyjny interwencji zaplanowanych w ramach programu.

Źródło: opracowanie własne.

Każda osoba z grupy docelowej spełniająca warunki włączenia do programu będzie mogła skorzystać z cyklu działań informacyjno-edukacyjnych z zakresu chorób nowotworowych ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka.

W zakresie modułu merytorycznego związanego z działaniami informacyjno-edukacyjnymi planowane są spotkania dla członków grupy docelowej, na których poruszone zostaną zagadnienia dotyczące chorób skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka, jego

diagnostyki, objawów oraz realizacji dalszych badań, jeżeli zaistnieje taka potrzeba. Omówione będą ogólne zasady postępowania ograniczającego ryzyko nowotworów skóry, a także sposoby leczenia występujących zaburzeń.

Podczas działań informacyjno-szkoleniowych będą poruszane zagadnienia z zakresu przesiewowych badań w kierunku wykrywania nowotworów skóry. Spotkania będą połączone z warsztatami praktycznymi dotyczącymi zwiększenia umiejętności indywidualnych poszczególnych uczestników i sprawdzenia wiedzy w praktyce.

W grupie osób, które na podstawie wiedzy uzyskanej w trakcie działań informacyjno-edukacyjnych stwierdzą podejrzane zmiany dermatologiczne, zostanie przeprowadzona wstępna i pogłębiona diagnostyka mająca na celu wykrycie ewentualnego czerniaka.

Osoby, które na podstawie uzyskanej wiedzy stwierdzą u siebie niepokojące zmiany skórne, według nich wymagające dokładnego zdiagnozowania, będą mogły zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który po przeprowadzeniu wstępnej oceny i potwierdzeniu podejrzanych zmian skórnych, podejmie decyzję dotyczącą dalszej konsultacji dermatologicznej oraz, w razie potrzeby wykonania badania dermatoskopowego.

Badanie dermatoskopowe ma ocenić, czy dana struktura to zmiana barwnikowa (melanocytowa), a jeśli tak, to czy jest ona łagodna, podejrzana, czy złośliwa. Jest to badanie proste do przeprowadzenia i całkowicie nieinwazyjne. Stosowanie dermatoskopii zmniejsza liczbę niepotrzebnych diagnostycznych resekcji, zwiększa dokładność diagnostyczną, pomaga w obserwacji klinicznej chorych z dużą liczbą atypowych znamion oraz w różnicowaniu znamion barwnikowych i bezbarwnych.

Jest to badanie mikroskopowe powierzchni skóry umożliwiające obserwację w powiększeniu i ocenę struktur barwnikowych na poziomie naskórka i górnych warstw skóry właściwej, które pozwala na specjalistyczną ocenę ww. nieprawidłowości. Stworzy możliwość nie tylko obejrzenia zmiany w powiększeniu, ale także częściowego zajrzenia w głąb skóry. Zmiany obserwowane są w świetle odbitym z zastosowaniem olejku immersyjnego zwiększającego przejrzystość skóry i zmniejszającego odbicia światła zakłócające obraz.

Pacjent uczestniczący w programie zostanie poinformowany przez lekarza dermatologa o wykrytych schorzeniach skórnych i otrzyma informację z zaleceniem dalszego postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia np. leczenia chirurgicznego. Zapewniona zatem zostanie kontynuacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Dowody skuteczności planowanych działań

Opinie ekspertów klinicznych

„Tematem zaawansowanego czerniaka zajmuję się zawodowo od 15 lat. Jest to choroba, która ciągle stanowi źródło frustracji dla onkologów. Przez wiele lat, my lekarze, nie mogliśmy w tym temacie zrobić nic. Większość naszych pacjentów niestety umierała, w przeciwieństwie do wczesnych czerniaków, które w większości wyleczyliśmy chirurgicznie. W medycynie dość często nadużywane jest stwierdzenie, że coś jest przełomem. Niemniej jednak w przypadku czerniaka w ciągu ostatnich pięciu lat rzeczywiście nastąpiła rewolucja. Rewolucja ta jest coraz trwalsza i co ważniejsze wyniki leczenia chorych

na zaawansowanego czerniaka są spektakularne. Na ostatniej konferencji onkologicznej ASCO immunoterapia, po raz kolejny, potwierdziła swoją wartość. Wiemy, że terapia powinna być stosowana od razu u pacjentów z przerzutami. Tylko takie jej zastosowanie pozwala ponad połowie chorych przeżyć 2 lata. Należy przy tym pamiętać, że jeszcze do niedawna po roku żył zaledwie co trzeci chory. To jest niesamowity postęp i sukces w walce z chorobą” – twierdzi prof. Piotr Rutkowski³⁶.

„Pacjenci trafiają do nas, gdy pojawiają się przerzuty. Nie mamy dostępu do Interleukiny II – leku kosztownego, ale dającego szansę wyleczenia nawet w zaawansowanej chorobie. Ministerstwo Zdrowia nie ma ani jednego badania, które porównałoby koszty leczenia zaawansowanych postaci nowotworów z kosztami profilaktyki. Według moich wyliczeń profilaktyka czerniaka byłaby 5–6-krotnie tańsza niż leczenie”- powiedział prof. Cezary Szczylik³⁷.

Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

Podstawowe cele i kierunki działań na rzecz ograniczenia epidemii chorób nowotworowych w Polsce określone zostały w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN). Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że w celu zahamowania wzrostu zachorowań i zmniejszenia umieralności na nowotwory konieczne jest upowszechnianie i wdrażanie zaleceń Kodeksu Walki z Rakiem oraz realizacja zadań zapisanych w NPZChN. Do kluczowych zagadnień należą:

- 1) Wprowadzenie regulacji prawnych dostosowanych do potrzeb realizacji programu zwalczania chorób nowotworowych oraz stałe monitorowanie funkcjonowania programu pozwalające na zarządzanie zmianą.
- 2) Profilaktyka pierwotna – edukacja społeczeństwa obejmująca upowszechnienie wiedzy na temat czynników ryzyka nowotworów, m.in. dotycząca korzyści ograniczania palenia tytoniu, promowania właściwej diety i aktywności fizycznej, unikania otyłości.
- 3) Profilaktyka wtórna – kontynuacja istniejących populacyjnych programów przesiewowych w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego wraz z działaniami zwiększającymi uczestnictwo w programach oraz systematyczną oceną ich jakości i skuteczności.
- 4) Diagnostyka i leczenie chorób nowotworowych – przyspieszenie procesu diagnostycznego oraz wykorzystanie nowoczesnych metod leczenia (wdrożenie postępowania wielodyscyplinarnego, planowania i koordynacji w procesie leczenia oraz wdrożenie do praktyki diagnostycznej i leczniczej metod biologii molekularnej i immunologii).
- 5) Opieka nad pacjentem po leczeniu – polepszenie dostępności do rehabilitacji po leczeniu, wdrożenie najnowszych metod leczenia objawowego i walki z bólem dla chorych terminalnych.
- 6) Kształcenie lekarzy i personelu medycznego – rozwój i upowszechnienie nauczania onkologii w kształceniu przed- i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych.
- 7) Badania naukowe i ich wdrożenia – rozwój badań naukowych, zwłaszcza w dziedzinach rokujących szybkie zastosowanie praktyczne (epidemiologia analityczna, biologia

³⁶ Gazeta Lekarska, *Immunoterapia to przełom w walce z czerniakiem*, <http://gazetalekarska.pl/?p=17290> [dostęp: 12.12.2017]

³⁷ Interia.pl: „Czerniak – Stop. Skóra pod kontrolą”, <http://kobieta.interia.pl/archiwum/news-czerniak-stop-skora-pod-kontrola,nld,391009> [dostęp: 12.12.2017]

molekularna, genetyka, immunologia) oraz systemu monitorowania czynników ryzyka nowotworów.

- 8) Polityka zdrowotna ograniczenia następstw chorób nowotworowych – podjęcie skoordynowanych działań systemowych, najlepiej w postaci długofalowego, narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, kontynuowanego w kolejnych dekadach i finansowanego głównie ze środków publicznych, stosownie do potrzeb zdrowotnych i społecznych, z uwzględnieniem grup wysokiego ryzyka oraz nierówności społeczno-ekonomicznych i regionalnych w dostępie do zdrowia i opieki zdrowotnej³⁸.

Zgodnie z Zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych opublikowanego w 2013 r. przez Polskie Towarzystwo Onkologiczne najważniejszym elementem pozwalającym na wczesne rozpoznanie czerniaka jest badanie skóry pacjenta, które powinno być przeprowadzane przez każdego lekarza podczas każdej wizyty chorego w ambulatorium lub w trakcie hospitalizacji. Badanie powinno obejmować ocenę skóry całego ciała w dobrym oświetleniu z uwzględnieniem okolic trudno dostępnych. Dodatkowo przeprowadzić należy wywiad chorobowy uwzględniający pytania o stan skóry (zmiany w obrębie istniejących znamion na skórze lub wystąpienie nowych znamion) oraz czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na czerniaki skóry (np. występowanie czerniaków w rodzinie, oparzenia słoneczne, korzystanie z solarium). Zalecanym badaniem, wykorzystywanym we wstępnej diagnostyce, jest dermoskopia, dzięki której możliwa jest poprawa czułości diagnostycznej o około 30%³⁹.

Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Z powodu ograniczonych dowodów naukowych dotychczas nie określono skuteczności, ani efektywności kosztowej badań przesiewowych w kierunku czerniaka. Jednak ze względu na rosnącą liczbę zachorowań oraz znaczenie wczesnego wykrywania choroby rekomenduje się prowadzenie działań mających na celu profilaktykę pierwszorzędną i wtórną⁴⁰. Szczególny nacisk należy położyć na kampanie edukacyjne, ukierunkowane zwłaszcza na grupy wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory skóry⁴¹. Zasadność prowadzenia kampanii informacyjnych podkreślają również wytyczne National Institute for Health and Care Excellence⁴².

Spójność

Niniejszy program polityki zdrowotnej dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, określonych w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Program przewiduje realizację usług zdrowotnych ponadstandardowych wykraczających poza zakres świadczeń gwarantowanych oraz usług zdrowotnych wymienionych w katalogu świadczeń gwarantowanych niezbędnych do realizacji programu, stanowiąc logiczną całość.

³⁸ Załącznik do uchwały nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. (poz. 1165) „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024”.

³⁹ Rutkowski P., Wysocki P., *Zalecenia postępowania w nowotworach złośliwych: Czerniaki skóry*, http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTOK_2013_09_Czerniaki%20skory.pdf [dostęp: 12.12.2017].

⁴⁰ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 43/2014 z dnia 7 kwietnia 2014 r. o projekcie programu „Program profilaktyki raka skóry dla mieszkańców województwa lubelskiego na lata 2014-2017”.

⁴¹ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 174/2017 z dnia 25 lipca 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej na lata 2018-2020”.

⁴² National Institute for Health and Care Excellence, *Skin cancer prevention*, NICE 2011.

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu

Do programu zostaną zaproszeni mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej spełniający kryteria włączenia. Podstawowym kryterium formalnym, obok posiadania statusu mieszkańca województwa zachodniopomorskiego będzie wyrażenie chęci wzięcia udziału w programie. Ponadto, niezbędne będzie podanie numeru telefonu kontaktowego. Informacje te zostaną zgromadzone w siedzibie wykonawcy programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych⁴³.

Oprócz powyższych zasad, świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące cechy:

- 1) Świadczenia w ramach Programu są udzielane uczestnikom Programu bezpłatnie.
- 2) Udział w Programie jest dobrowolny.
- 3) Działania Programu skierowane są również do członków personelu medycznego,
- 4) Świadczenia Programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Wyjątkiem są świadczenia udzielane poza pomieszczeniami beneficjenta, bądź przez niego wynajmowanymi⁴⁴.
- 5) Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach Programu nie będzie wpływało negatywnie na świadczenia zdrowotne finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 6) Uczestnicy programu będą poinformowani o źródłach finansowania programu.
- 7) Uczestnicy będą włączani do Programu do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci w poszczególnych projektach.
- 8) Świadczeń w ramach Programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje.⁴⁵
- 9) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych^{46 47}.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie województwa zachodniopomorskiego przez realizatora lub realizatorów wybranych w drodze otwartego konkursu ofert.

Ze względu na charakter grupy docelowej akcja będzie miała charakter ciągły. Osoby z grupy docelowej będą przyjmowane w trakcie całego roku kalendarzowego z zastosowaniem dywersyfikacji godzin w celu utrzymania maksymalnej dostępności.

⁴³ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz 896.

⁴⁶ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie polega na udziale w cyklu działań edukacyjnych z zakresu chorób nowotworowych ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka. Dodatkowo te osoby, które na podstawie uzyskanej wiedzy stwierdzą u siebie podejrzane zmiany, według nich wymagające dokładnego zdiagnozowania, będą mogły skorzystać z konsultacji dermatologicznej oraz w razie potrzeby – z badania dermatoskopowego.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie akcji. Może to mieć miejsce na życzenie uczestnika/opiekuna uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

IV Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Realizatorzy Programu wyłonieni zostaną w procedurze konkursowej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 11 lipca 2014 roku o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.).

Pierwszy moduł programu będą stanowiły działania informacyjno-promocyjne, realizowane przez poszczególnych beneficjentów. Zostanie przeprowadzona kampania informacyjna skierowana do mieszkańców, a w szczególności populacji docelowej osób w wieku aktywności zawodowej, zachęcająca do aktywnego udziału w programie.

Drugi moduł to działania informacyjno-edukacyjne prowadzone wśród osób uczestniczących w programie oraz personelu POZ.

Każda osoba z grupy docelowej spełniająca warunki włączenia do programu będzie mogła skorzystać z cyklu działań edukacyjnych z zakresu chorób nowotworowych ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka. Na prelekcjach i w materiałach informacyjnych podjęte zostaną takie zagadnienia, jak: samobadanie skóry, rozpoznawanie wczesnych symptomów nowotworów skóry oraz czynniki ryzyka i metody zapobiegania zmianom chorobowym.

To kompleksowe podejście zapewni podniesienie świadomości populacji docelowej na temat problemu nowotworów skóry.

Trzeci moduł to działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego. W zakresie tej części modułu merytorycznego związanego planowane są spotkania dla pielęgniarek i lekarzy POZ, na których poruszone zostaną zagadnienia dotyczące chorób skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka, jego diagnostyki, objawów oraz realizacji dalszych badań, jeżeli zaistnieje taka potrzeba. Omówione będą ogólne zasady postępowania ograniczającego ryzyko nowotworów skóry, a także sposoby leczenia występujących zaburzeń.

Czwarty moduł programu będą stanowiły podstawowe badanie przesiewowe w kierunku wykrycia nowotworów skóry, poprzedzone rekrutacją uczestników do badania.

Podstawowe badanie dermatologiczne – screening: Będzie ono przeprowadzane wśród osób, które po uczestnictwie w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej oraz praktycznym zastosowaniu uzyskanej wiedzy wyrażą zainteresowanie uzupełniającą diagnostyką w tym kierunku, wykonane przez lekarza POZ i screeningowa ocena skóry w celu wykrycia "podejrzanych" znamion z reguły obejmie najczęściej kilka lub kilkanaście znamion w typowych lokalizacjach.

Piąty moduł będą stanowiły pogłębione badania dermatoskopowe, wykonywane przez lekarza dermatologa: Zostanie wykonane wśród uczestników programu, u których wykryto podejrzane zmiany skórne wymagające pogłębionej diagnostyki. Będzie to kompleksowe badanie dermatoskopowe skóry wszystkich znamion na skórze, mające na celu wykrycie znamion podejrzanych o możliwość zezłośliwienia nowotworowego na bardzo wczesnym etapie.

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

Badania przesiewowe będą realizowane przez lekarzy POZ, badania specjalistyczne dermatologiczne, w tym dermatoskopowe będą realizowane przez lekarzy dermatologów w poradniach dermatologicznych/podmiotach leczniczych, wybranych do realizacji programu.

Program będzie prowadzony z zachowaniem wszelkich wymogów wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa. Wyroby medyczne stosowane podczas interwencji będą spełniały kryteria bezpieczeństwa oraz normy wyznaczone dla tego typu świadczeń⁴⁸. Personel będzie spełniał wymogi gwarantujące fachowość i bezpieczeństwo wszystkich działań⁴⁹.

Realizator będzie dysponował wymaganą kadrą oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania interwencji zaplanowanych w programie.

Działania informacyjno-edukacyjne oraz szkoleniowe będą prowadzone przez wykwalifikowane osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych, lekarzy specjalistów z zakresu dermatologii, pielęgniarce oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie zdrowia publicznego.

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora akcji zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych^{50 51}.

Realizator programu winien dysponować kadrą niezbędną do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu. Będą to specjaliści z zakresu dermatologii. Realizator zostanie też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania (m.in. dermatoskopy, komputer, rzutnik, tablica itp.).

Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych dotyczące personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną będą zgodne z rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Warunki szczegółowe realizacji procedur w ramach programu

- 1) Wymagania formalne:
 - a) program będzie realizowany przez podmiot leczniczy/podmioty lecznicze, wyłonione w drodze konkursu ofert.
- 2) Personel świadczący usługi na rzecz realizatora programu lub zapewnienie przez realizatora w ramach programu dostępu do:
 - a) lekarza POZ
 - b) lekarza dermatologa, w tym do badań dermatoskopowych.
- 3) Organizacja udzielania procedur w miejscu realizacji programu:

⁴⁸ Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876, z późn. zm.).

⁴⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz 896.

⁵⁰ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

⁵¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.

- a) pokój spotkań indywidualnych i grupowych lub sala konferencyjna;
- b) gabinet lekarski.
- 4) Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:
 - a) dermatoskop,
 - b) komputerowe urządzenia do archiwizacji elektronicznej danych klinicznych.
- 5) Fakultatywne wymagania:
 - a) certyfikaty lub udokumentowane stosowanie standardów i rekomendacji Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego;
 - b) posiadanie udokumentowanego wewnętrznego systemu zarządzania jakością, w tym: udokumentowane posiadanie ustalonych procedur mających na celu ochronę informacji pozyskiwanej w trakcie realizacji procedur medycznych.

V Monitorowanie i ewaluacja

V.1 Monitorowanie

Monitoring projektu w praktyce będzie polegał na analizie dwóch podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do programu stanowiąca podstawowe kryterium stałej oceny programu. Ocena zgłaszalności do programu będzie kluczowym elementem bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby osób uczestniczących w programie zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych. Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Zmiana ich liczby w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej będzie użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Dodatkowo będzie to stanowiło odzwierciedlenie zmian w zakresie świadomości społeczeństwa. Ponadto, szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie. Zostaną wzięte pod uwagę i przeanalizowane przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski zostaną wykorzystane w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w ewentualnych kolejnych latach trwania programu.

Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie.

Ocena jakości świadczeń zostanie dokonana przez koordynatora Programu. Jakość świadczeń będzie na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta będzie miała charakter anonimowy. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski będą służyły do zwiększenia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja przez Beneficjenta *zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej*, nastąpi bezpośrednio po zakończeniu realizacji Programu i dotyczyć będzie jego całości. Ewaluacja będzie analizą danych z Programu, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań/interwencji. Ewaluacja Programu i ocena efektywności programu będzie porównaniem stanu końcowego ze stanem wyjściowym w oparciu o wcześniej zdefiniowane mierniki efektywności programu.

Głównym elementem tego procesu będzie analiza efektywności realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania będą miały charakter wybitnie długofalowy.

Podstawowe mierniki poddane analizie to:

- 1) liczba wykrywanych przypadków nowotworów skóry we wczesnym stadium,
- 2) liczba objętych działaniami informacyjnymi osób w wieku aktywności zawodowej z terenu województwa zachodniopomorskiego,
- 3) liczba osób u których uzyskano podniesienie poziomu wiedzy na temat zapobiegania nowotworom,
- 4) liczba osób z wykonanym badaniem zmian skórnych,
- 5) liczba osób dokonujących samobadanie skóry pod kątem możliwych zmian nowotworowych, w szczególności w kierunku czerniaka.

Ocena poszczególnych wskaźników zachorowalności będzie dokonywana w ramach danych gromadzonych przez dedykowane do tego zadania instytucje np. Instytut Onkologii w Warszawie. Pewną rolę w ocenie efektywności programu odegrają również statystyki ogólnopolskie gromadzone i publikowane np. w Krajowym Rejestrze Nowotworów lub w oparciu o badania epidemiologiczne z tego zakresu.

Ewaluację Programu równocześnie przeprowadza na poziomie regionalnym, IZ - Instytucja Zarządzająca RPO WZ 2014-2020 lub wskazana przez IZ RPO, właściwa IP - Instytucja Pośrednicząca, w tym przypadku Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie. Ewaluacja ta może być finansowana z Pomocy Technicznej RPO, zgodnie z Planem Ewaluacji RPO. Ewaluacja IZ RPO winna korzystać z danych gromadzonych w trakcie realizacji RPZ (w tym od Beneficjenta) i mieć wymiar jakościowy i ilościowy.

VI Budżet programu

VI.1 Koszty całkowite

Na realizację Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Zachodniopomorskiego pn.: „**Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów skóry**” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014–2020, zaplanowano kwotę **1 235 294 zł**.

Podział kosztów na elementy składowe w ramach programu

CAŁKOWITA ALOKACJA		1 235 294,00 zł
1)	Działania organizacyjno-administracyjne	97 894,00 zł
2)	Działania informacyjno-promocyjne	68 400,00 zł
3)	Działania informacyjno-edukacyjne	342 000,00 zł
4)	Szkolenia personelu medycznego	72 000,00 zł
5)	Podstawowe badanie dermatologiczne – screening	400 000,00 zł
6)	Badanie dermatoskopowe pogłębione	180 000,00 zł
7)	Zakup sprzętu	75 000,00 zł

VI.2 Koszty jednostkowe

1) Koszty działań organizacyjno-administracyjnych: 97 894 zł

Wydatki obejmą następujące elementy: koszty działania biura realizatora programu, zarządzania, koordynacji i nadzoru realizacji programu, monitorowanie programu, przeprowadzenie badania satysfakcji pacjenta, opracowanie dokumentów i raportów, wynajem pomieszczeń. Ostatecznie koszty zostaną określone zgodnie z wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach EFS.

2) Koszty działań informacyjno-promocyjnych: 68 800 zł

Wydatki obejmą organizację kampanii informacyjnej, zaprojektowanie, przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej i plakatów informacyjnych, przygotowanie i opracowanie sposobu i materiałów do rekrutacji uczestników, ankiet oraz koszty procesu kwalifikacji do udziału w programie.

Koszty działań promocyjnych i informacyjnych będą przeprowadzane na terenie wszystkich 114 gmin województwa zachodniopomorskiego przy współudziale miejscowych podmiotów POZ. Koszty planowane są na poziomie około 600 zł na gminę.

$600 \text{ zł} \times 114 \text{ gmin} = 68\,400 \text{ zł}$.

3) Koszty realizacji działań informacyjno-edukacyjnych: 342 000 zł

W ramach działań informacyjno-edukacyjnych zostaną przeprowadzone spotkania dla osób z populacji docelowej. Na spotkaniach tych zostaną poruszone zagadnienia dotyczące nowotworów skóry, profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian skórnych.

Organizacja spotkań edukacyjnych powinna odbywać się co najmniej dwa razy w roku, na terenie wszystkich 114 gmin województwa zachodniopomorskiego przy współudziale miejscowych podmiotów POZ.

Koszty przeprowadzenia spotkania wyniosą 250 zł za jedno spotkanie (wynagrodzenie prelegenta, wydruk materiałów informacyjnych dla uczestników, wynajem sali).

Szacunkowe koszty działań edukacyjnych:

liczba gmin	liczba grup edukacyjnych	ilość sesji w roku kalendarzowym	liczba lat edukacji	koszt jednostkowy	koszt działań edukacyjnych
114	2	2	3	250 zł	342 000 zł

4) Koszty realizacji szkoleń dla personelu medycznego: 72 000 zł

Równolegle z badaniami planowane są szkolenia dla personelu medycznego – lekarzy i pielęgniarek POZ. Podczas szkoleń będą poruszane zagadnienia z zakresu przesiewowych badań w kierunku wykrywania nowotworów skóry. Spotkania będą połączone z warsztatami praktycznymi dotyczącymi zwiększenia umiejętności indywidualnych poszczególnych uczestników i sprawdzenia wiedzy w praktyce. Zakłada się, iż odbędą się co najmniej 12 spotkań edukacyjnych w czasie trwania programu (1 kwartalnie w każdym roku trwania programu).

Koszty organizacji jednego spotkania szkoleniowego dla personelu POZ zostały oszacowane na około 6 000 zł (prelegenci, materiały szkoleniowe, wynajem sali).

12 szkoleń x 6 000 zł = 72 000 zł

5) Koszty podstawowego badania dermatologiczne – screening: 400 000 zł

Wydatki będą przeznaczone na podstawowe wstępne badania dermatologiczne dla ok. 4000 osób. Koszt badania jednej osoby określono na poziomie 100 zł.

100 zł x 4000 osób = 400 000 zł

6) Koszty badania dermatoskopowego pogłębionego: 180 000 zł

Biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne dla województwa zakłada się, iż badanie dermatologiczne pogłębione obejmie około 1500 osób, co stanowi około 2 razy większą liczbę osób niż wynika z danych dotyczących zachorowań. Koszt jednego badania oszacowano na poziomie 120 zł na osobę.

120 zł x 1500 osób = 180 000 zł

7) Koszty zakupu sprzętu: 75 000 zł

W ramach kosztów w programie możliwe będzie doposażenie beneficjentów uczestniczących w niniejszym programie w urządzenia do przeprowadzenia oceny dermatoskopowej skóry, celem ograniczenia nierówności w dostępie do świadczeń i zmniejszenia barier diagnostycznych np. na terenach wiejskich. Planuje się zakup 50 dermatoskopów x 1500 zł = 75 000 zł.

Powyższe wyliczenia są symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

Istnieje możliwość sfinansowania innych rodzajów kosztów zgodnych z typem operacji wskazanych w SOOP RPOWZ 2014-2020, co może poszerzyć katalog wydatków w projekcie w stosunku do katalogu zapisanego w Programie.

Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020 oraz Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

VI.3 Źródła finansowania

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych RPO WZ 2014-2020 z udziałem:

- 1) 85% środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
- 2) 10% budżetu państwa,
- 3) 5% wkładu własnego beneficjenta.

VII Bibliografia

- 1) Nowotwory skóry. Opolska Fundacja Antynowotworowa. http://www.ofa.com.pl/pobierz/rak_skory.pdf [dostęp: 27.10.2017].
- 2) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10, Tom I, wydanie 2008. <http://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf> [dostęp: 27.10.2017].
- 3) Chicheł A, Skowronek J. Współczesne leczenie raka skóry – dermatologia, chirurgia czy radioterapia? *Współczesna Onkologia* 2005.
- 4) Nowotwory skóry. Opolska Fundacja Antynowotworowa. http://www.ofa.com.pl/pobierz/rak_skory.pdf [dostęp: 27.10.2017].
- 5) J., Wojciechowska U.. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. <http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/> [dostęp: 27.10.2017].
- 6) Serwis medyczny dla pacjentów i lekarzy. http://www.onkonet.pl/dl_nskory.html [dostęp: 27.10.2017].
- 7) Bień S., Żyłka S., Klimas A., Kamiński B., Okła S., Postuła S., Ziółkowska M.: Nowotwory złośliwe skóry i szyi. Charakterystyka epidemiologiczna i kliniczna. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej*. Tom 3. Kielce 2006.
- 8) Europejski kodeks walki z rakiem (2003). Polskie wydanie pod redakcją prof. dr. hab. n. med. Witolda Zatońskiego.
- 9) Bień S., Żyłka S., Klimas A., Kamiński B., Okła S., Postuła S., Ziółkowska M.: Nowotwory złośliwe skóry i szyi. Charakterystyka epidemiologiczna i kliniczna. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej*. Tom 3., Kielce 2006.
- 10) Informacja na temat skutków zdrowotnych wynikających z nadmiernego korzystania solarium przez młodzież http://psse.olawa.ibip.wroc.pl/public/get_file_contents.php?id=120380.
- 11) Biernar W.: Skóra – rozrosty niemelanocytarne. W: Nowotwory – zarys patologii. Korek R., Woźniak L., Biernar W. (red.). Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 2001.
- 12) Krajowy Rejestr Nowotworów: „Czerniak skóry”, <http://onkologia.org.pl/czerniakskory-2/> [dostęp: 27.10.2017].
- 13) Chicheł A, Skowronek J. Współczesne leczenie raka skóry – dermatologia, chirurgia czy radioterapia? *Współczesna Onkologia* 2005; 9 (10): 429–435.
- 14) Maciejewska J. Nowotwory złośliwe skóry (raki skóry). *Medycyna Praktyczna. Dermatologia*. https://dermatologia.mp.pl/choroby/nawotwory_skory/74462,nawotwory-zlosliwe-skory-raki-skory [dostęp: 27.10.2017].
- 15) Jastrzębski T. Rak skóry (carcinoma cutis) - klasyfikacja i leczenie. http://www.onkonet.pl/dp_nskory2.php [dostęp: 27.10.2017].
- 16) Rutkowski P., Wysocki P., *Zalecenia postępowania w nowotworach złośliwych: Czerniaki skóry*, http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTOK_2013_09_Czerniaki%20skory.pdf [dostęp: 31.10.2017].
- 17) Rutkowski P., *Postęp w leczeniu zaawansowanego czerniaka jest duży, ale...*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Prof-Rutkowski-postep-w-leczeniu-zaawansowanego-czerniaka-jest-duzy-ale,160259,1013.html> [dostęp: 31.10.2017].

- 18) Rutkowski P., *Polacy są w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na czerniaka*, <http://www.medexpress.pl/prof-rutkowski-polacy-sa-w-grupie-wysokiego-ryzyka-zachorowania-na-czerniaka/64546> [dostęp: 31.10.2017].
- 19) Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 174/2017 z dnia 25 lipca 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej na lata 2018-2020”.
- 20) Agencja Oceny Technologii Medycznych: „Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 43/2014 z dnia 7 kwietnia 2014 r. o projekcie programu 'Program profilaktyki raka skóry dla mieszkańców województwa lubelskiego na lata 2014–2017'”.
- 21) *Skin cancers*. World Health Organization, <http://www.who.int/uv/faq/skincancer/en/index1.html> [dostęp: 30.10.2017].
- 22) *Nowotwory skóry*. Kodeks Walki z Rakiem, <http://www.kodekswalkizrakiem.pl/nowotwory-skory/> [dostęp: 09.12.2017].
- 23) Wojciechowska U, Olasek P, Czuderna K, Didkowska J. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku*. Warszawa 2016. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie, <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp: 12.11.2017].
- 24) Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: *Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r.* Warszawa 2009.
- 25) Załącznik do uchwały nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. (poz. 1165) „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024”.
- 26) Bank Danych Lokalnych [data dostępu: 30.10.2017 r.].
- 27) Gazeta Lekarska, *Immunoterapia to przełom w walce z czerniakiem*, <http://gazetalekarska.pl/?p=17290> [dostęp: 12.12.2017].
- 28) Interia.pl: „Czerniak – Stop. Skóra pod kontrolą”, <http://kobieta.interia.pl/archiwum/news-czerniak-stop-skora-pod-kontrola,nld,391009> [dostęp: 12.12.2017].
- 29) National Institute for Health and Care Excellence, *Skin cancer prevention*, NICE 2011.
- 30) Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.
- 31) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739.
- 32) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz 896.
- 33) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.
- 34) Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876, z późn. zm.).