

Załącznik do  
Uchwały nr .....  
Zarządu Województwa Łódzkiego  
z dnia .....

**Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego**

**PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY  
ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM CZERNIAKA ZŁOŚLIWEGO  
DLA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO**

**Okres realizacji Programu: 2020 – 2023**

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Rozporządzenie 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.
3. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020.
4. Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś X, Priorytet Inwestycyjny 8 vi.
5. Wytoczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, zatwierdzone przez Ministra Inwestycji i Rozwoju w dniu 21.06.2019 r., wydane na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020.
6. Krajowe Ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, Rozdział 6.2, Narzędzie 2.

**Łódź, październik 2020 r.**



## Spis treści

<b>Spis treści</b> .....	<b>2</b>
<b>Wstęp</b> .....	<b>3</b>
<b>I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej</b> .....	<b>3</b>
I.1 Problem zdrowotny .....	3
I.2 Epidemiologia .....	5
I.3 Obecne postępowanie .....	8
<b>II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji</b> .....	<b>10</b>
II.1 Cel główny .....	10
II.2 Cele szczegółowe .....	10
II.3 Mierniki efektywności .....	10
<b>III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji</b> .....	<b>12</b>
III.1 Populacja docelowa .....	12
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej .....	13
III.3 Planowane interwencje i sposób udzielania świadczeń w ramach programu .....	15
III.4 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....	21
III.5 Bezpieczeństwo planowanych interwencji .....	21
<b>IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej</b> .....	<b>21</b>
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	21
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	24
<b>V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej</b> .....	<b>25</b>
V.1 Monitorowanie .....	25
V.2 Ewaluacja .....	27
<b>VI. Budżet programu polityki zdrowotnej</b> .....	<b>27</b>
VI.1 Koszty jednostkowe .....	28
VI.2 Koszty całkowite .....	31
VI.3 Źródła finansowania .....	31
VI.4 Zagrożenia dla programu .....	32
<b>VII. Bibliografia</b> .....	<b>32</b>
<b>Załączniki</b> .....	<b>33</b>

## Wstęp

Niniejszy program – „Program profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego”, którego realizacja finansowana będzie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, stanowi program polityki zdrowotnej w rozumieniu definicji z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak również regionalny program zdrowotny w rozumieniu definicji z „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, wydanych przez Ministra Inwestycji i Rozwoju w oparciu o art. 5 ust 1 pkt. 11 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020.

Program opracowano w okresie grudzień 2019 – kwiecień 2020 w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Łódzkiego. Za zgodą Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego skorzystano z części schematu „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców MOF Poznania”<sup>1</sup>. Autorzy niniejszego programu pragną podziękować Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Wielkopolskiego za okazaną pomoc, przekazane informacje i wskazówki. Wiele elementów zostało uzupełnionych lub zmienionych. Intencją tych zmian jest uczynienie działań programu jeszcze bardziej atrakcyjnymi dla podmiotów leczniczych oraz dla pacjentów. Z doświadczeń wynika bowiem, że nie każdy wcześniej uruchamiany program cieszył się oczekiwanym zainteresowaniem, nawet mimo istotnej wagi i skali problemu zdrowotnego.

Niniejszy program ma służyć ograniczeniu problemu zdrowotnego chorób nowotworowych, a konkretnie nowotworów skóry, w szczególności czerniaka złośliwego – nowotworu, na których zachorowalność rośnie najszybciej. Choroby nowotworowe od wielu lat stanowią drugą przyczynę zgonów mieszkańców województwa łódzkiego (po chorobach układu krążenia). Zgodnie z założeniami dokumentów strategicznych dotyczących rozwoju społeczno-gospodarczego (Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020), polityki zdrowotnej (Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020), jak też zewnętrznymi rekomendacjami dotyczącymi działań współfinansowanych z EFS (np. „Analiza sytuacji województw w obszarach oddziaływania Europejskiego Funduszu Społecznego w latach 2015-2017”, badanie wykonane na zlecenie Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju) niezbędne jest podejmowanie działań na rzecz ograniczenia problemu zdrowotnego chorób nowotworowych, w tym dotyczących profilaktyki zdrowotnej. Podjęcie niniejszego programu jest jednym z działań w tym kierunku.

Założenia programu były konsultowane ze środowiskiem medycznym w województwie łódzkim.

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

### I.1 Problem zdrowotny

Choroby onkologiczne stanowią drugą z przyczyn zgonów wśród Polaków (24,5%). Szczególnie niepokojące jest tempo zwiększania zapadalności na nowotwory skóry u obu płci<sup>2</sup>. Według Polskiego

1 Pismo Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego EFSV.901.15.2019.AMP1 z dnia 22 listopada 2019 r. i odpowiedź pismo DEFS-II-PA-1.432.32.2019 z dnia 4 grudnia 2019 r.).

2 Krajowy Rejestr Nowotworów, dostęp: 10 czerwca 2017 r.

Towarzystwa Dermatologicznego obecnie czerniak to jeden z najczęściej występujących nowotworów u młodych kobiet<sup>3</sup>. Wśród przyczyn tego stanu upatruje się zwiększonej ekspozycji na promieniowanie UV (w tym z naturalnych i sztucznych źródeł), jako jednego z głównych czynników ryzyka rozwoju choroby. Według specjalistów w Polsce czerniaki wciąż rosną gorzej niż w innych krajach<sup>4</sup>. Różnice w wyleczalności w porównaniu z krajami Europy Zachodniej nie wynikają w znacznej mierze z drogich terapii, co ma znaczenie w późniejszych fazach choroby. Tkwią one w odsetkach zaawansowanych przypadków,

które w Polsce wynoszą 30%, co determinuje wyniki leczenia<sup>5</sup>. Wśród skutecznych sposobów walki z narastającą zachorowalnością należy uwzględnić szeroką edukację w zakresie profilaktyki, w tym wśród osób w wieku aktywności zawodowej, które mogą zachować wzmoczoną czujność zarówno wobec siebie, jak i innych.

Wśród najczęstszych złośliwych zmian skórnych (80%) wyróżnia się raka podstawnkomórkowego (łac. Carcinoma basocellulare) oraz raka kolczystokomórkowego (łac. Carcinoma spinocellulare). Wymienione wyżej przypadki stanowią łącznie 95% pierwotnych zmian skóry i stanowią poważny problem kliniczny. Rak podstawnkomórkowy jest nowotworem miejscowo złośliwym i nie daje przerzutów, najczęściej diagnozowany jest wśród osób w 5. dekadzie życia i starszych. Przebieg choroby jest wieloletni, a nieleczona powoduje głębokie ubytki skóry oraz innych tkanek. Szybko postępujący rak nabłonkowy kolczystokomórkowy jest drugim co do częstości nowotworem skóry, dającym przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych. Występuje głównie na skórze twarzy poniżej linii kącika ust i przewodu słuchowego zewnętrznego, ale również na granicy czerwieni wargowej i skóry, na skórze kończyn, na zewnętrznych narządach płciowych oraz w innych lokalizacjach.

Najbardziej agresywnym i nieprzewidywalnym nowotworem skóry jest czerniak złośliwy (łac. Melanoma malignum) wywodzący się z neuroektodermalnych komórek melanocytarnych. Charakteryzuje się on szybkim wzrostem oraz wczesnymi i licznymi przerzutami, dlatego tak ważne jest prawidłowe rozpoznanie w początkowej fazie choroby. Podejrzenie czerniaka skóry mogą wzbudzać zmiany powstałe de novo lub na podłożu znamienia barwnikowego, które uległo zgrubieniu, zmieniło powierzchnię/zabarwienie/linię brzegową lub towarzyszą mu objawy swędzenia i/lub krwawienia<sup>6</sup>.

Do najistotniejszych czynników zwiększających ryzyko zachorowania zalicza się: intensywne działanie promieniowania ultrafioletowego naturalnego (promienie słoneczne) i sztucznego (np. łóżka opalające, solaria), stałe drażnienie mechaniczne lub chemiczne, niską zawartość barwnika w skórze oraz predyspozycje genetyczne (np. rodzinny zespół znamion atypowych)<sup>7</sup>. Z punktu widzenia wykonywanego zawodu najbardziej narażeni są m.in. rolnicy, pracownicy branży budowlanej i drogowej. Istnieją dowody wskazujące, iż dla osób pracujących na powietrzu ryzyko rozwoju nowotworów skóry rośnie w zależności od stażu pracy, co ma związek ze skumulowaną dawką promieniowania UV. U osób pracujących na powietrzu przez 7 dni w tygodniu ryzyko zachorowania na raka kolczystokomórkowego może wzrastać nawet 20-krotnie w stosunku do osób pracujących 1-2 dni poza pomieszczeniami zamkniętymi. Ponadto

---

3 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w sprawie projektu Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium, [www.centrumprasowe.pap.gov.pl](http://www.centrumprasowe.pap.gov.pl), dostęp: 1 lipca 2017 r.

4 P. Rutkowski, *Czerniak: szybkość warunkiem sukcesu*, „Medical Tribune”, nr 12, 2015.

5 P. Rutkowski, *Czerniak jest do wyleczenia*, „Puls”, nr 5, 2014, s. 24.

6 P. Rutkowski et al., *Czerniaki skóry – zasady postępowania terapeutycznego w 2016 r.*, „Przegląd Dermatologiczny”, nr 203, 2016 s. 1-18.

7 Ibidem.

niestosowanie ochrony przeciwsłonecznej, w szczególności unikanie cienia oraz ubrań zakrywających skórę istotnie zwiększa ryzyko zachorowania na czerniaka. Tymczasem poważne oparzenia posłoneczne powstałe na skutek zawodowych ekspozycji słonecznych są czynnikiem ryzyka zachorowania na czerniaka. Warunki pracy zawodowej, jak i zachowania badanych w miejscu pracy powinny stać się celem programów edukacyjnych skierowanych do osób zatrudnionych na stanowiskach ekspozycyjnych na UV<sup>8</sup>.

## I.2 Epidemiologia

Sytuacja demograficzna województwa łódzkiego należy do najtrudniejszych w kraju. Region charakteryzuje najniższy w kraju przyrost naturalny na 1000 ludności (-3,0), najkrótsze przeciętne dalsze trwanie życia (72 lata), najwyższa mediana wieku (41,9 lat), najwyższy odsetek osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym (64,9), najwyższy odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej (18,3%), najwyższa liczba zgonów na 1000 ludności (12,1)<sup>9</sup>. Powyższe uwarunkowania każą starannie monitorować sytuację epidemiologiczną województwa i efektywnie realizować regionalną politykę zdrowotną.

Standaryzowany współczynnik zapadalności rejestrowanej na terenie Polski na czerniaka skóry wynosi 16,7/100 000, co stanowi 6,4 tys. przypadków rocznie<sup>10</sup>. Mediana wieku zachorowania jest zbliżona u obu płci i wynosi w przybliżeniu 50 lat. **Tylko w 2016 r. na czerniaka skóry zachorowało 400 mieszkańców województwa łódzkiego (z czego 53% stanowiły kobiety), co stanowi 17 osób na 100 tys. mieszkańców**, 75% chorych to osoby po 54 roku życia. Choroba dotknęła w zdecydowanie większym stopniu mieszkańców miast niż wsi (udział ludności miejskiej w zapadalności rejestrowanej wynosił w 2016 r. 74%). Statystyki w zakresie zapadalności rejestrowanej na czerniaka skóry na 100 tys. ludności w województwie łódzkim w podziale na płeć i w zależności od wieku przedstawia tablica 2. Wynika z niej, że **w przypadku obu płci najwięcej zachorowań notuje się po 50. roku życia**.

**Tab. 2. Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej i płci na 100 tys. mieszkańców – czerniak**

	<18	18-44	45-54	55-64	65+
ogółem	0,5	6,5	13,3	24,9	46,8
mężczyźni	0,5	3,7	15,1	24,4	62,5
kobiety	0,5	9,3	11,5	25,4	37,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ministerstwo Zdrowia, Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa łódzkiego, Warszawa 2018, s. 47 i nast.

Dane GUS w zakresie zachorowań na nowotwory złośliwe, w tym na czerniaka skóry przedstawia tablica 3.

**Tab. 3. Zachorowania na nowotwory złośliwe wg województw w 2017 r.**

	Polska	Łódzkie
ogółem	160097	11002
warga, jama ustna i gardło	4389	323

8 A. Dana, *Zawodowa ekspozycja u pacjentów z nowotworami skóry*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 98 (2), 2017, s. 145-152.

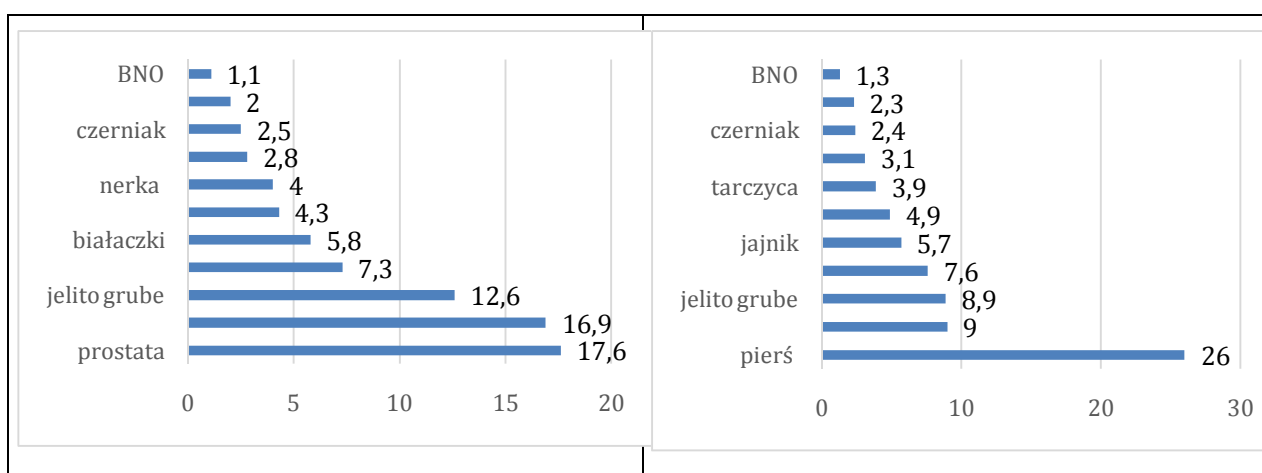
9 GUS, *Rocznik statystyczny województw*, Warszawa 2017.

10 Ministerstwo Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa łódzkiego*, Warszawa 2018, s. 47 i nast.

narządy trawienne	32505	2199
narządy oddechowe i klatki piersiowej	25089	1699
<b>czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry</b>	<b>16470</b>	<b>417</b>
sutek	18245	1440
narządy płciowe	29184	2234
układ moczowy	12421	887
oko, mózg inne części centralnego układu nerwowego	3614	289
tarczycyca i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	3743	239
niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu	3691	288
tkanka limfatyczna, krwiotwórcza i tkanka pokrewna	8955	853

Źródło: GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017r.*, Warszawa 2019.

Strukturę zachorowań na nowotwory złośliwe w 2017 r. w województwie łódzkim wg płci przedstawiają poniższe wykresy.



Źródło: J. Didkowska et al., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 r.*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2019, s. 71-73.

Czerniaki charakteryzują się największą dynamiką wzrostu liczby zachorowań, która w okresie 1980-2010 niemal się potroiła [1,5]. Co gorsza, **liczba zachorowań na nowotwory złośliwe skóry wciąż rośnie. Dotyczy to w równym stopniu obu płci i wszystkich grup wiekowych<sup>11</sup>**. Z prognoz MZ wynika,

że w latach 2020-2029 liczba zachorowań na czerniaka skóry wzrośnie w województwie o ok. 3%<sup>12</sup>.

**Na dzień 31 grudnia 2016 r. na czerniaka skóry w Polsce chorowało 45,4 tys. osób, z czego ponad 3 tys. – w województwie łódzkim.**

Pod względem umieralności, w okresie 2013-2015 w województwie łódzkim stwierdzono 19 682 zgonów z powodów chorób onkologicznych, z których 65% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, zaś 54,6% zmarłych stanowili mężczyźni. Według GUS tylko w 2017 r. 7,7 tys. osób zmarło na raka<sup>13</sup>. Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie łódzkim wyniósł

11 Program Polityki Zdrowotnej, ABCDE samokontroli znamion. Ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, wdrażany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój, s. 5.

12 Ibidem, s. 583 i nast.

13 BDL, *Zgony według przyczyn*, dostęp: 10 lutego 2020 r.

261,6/100 tys. ludności i był wyższy od ogólnopolskiego o 11,8%. Ta wartość plasuje region na niechlubnym 1. miejscu w Polsce.

Z Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że w Polsce w 2017 r. na 99 644 zgonów z powodów nowotworów złośliwych 1410 dotyczyło czerniaka skóry<sup>14</sup>.

### **Choroby nowotworowe, w tym czerniak skóry, są realnym obciążeniem dla gospodarki regionu.**

Koszty bezpośrednio obejmują finansowe implikacje hospitalizacji, których liczba tylko w 2016 r. wyniosła 550 dla 390 pacjentów. Największym świadczeniodawcą jest Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, w którym koncentrowało się ponad 80% przypadków hospitalizacji. Tylko w publicznym systemie służby zdrowia i na przestrzeni 2016 r. 21 tys. pacjentów udzielono 83 tys. porad z zakresu czerniaka skóry. W 2018 r. ZUS odnotował w Łódzkiem 674 tys. dni absencji pracowniczych z powodu chorób nowotworowych (dane dla Polski 8,7 mln). Pod względem liczby dni absencji chorobowej z tytułu chorób nowotworowych osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. ubezpieczonych zdrowotnie dane dla Łódzkiego należą do najwyższych w kraju<sup>15</sup>. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z tytułu chorób nowotworowych tylko w 2018 r. wynosiły 1,7 mld zł<sup>16</sup>. W 2008 r. liczba utraconych - z powodu nowotworów złośliwych - lat życia mieszkańców Łódzkiego wynosiła 62 tys. dla mężczyzn i 56 tys. dla kobiet. Stanowiło to odpowiednio 514 lat na 10 tys. mężczyzn i 420 lat na 10 tys. kobiet w regionie<sup>17</sup>.

Świadomość na temat szkodliwości promieniowania UV w Polsce jest wciąż niska [11], choć wykazuje tendencję rosnącą. Mimo iż świadomość rośnie, **częstym zjawiskiem jest brak korelacji pomiędzy wiedzą a postawami**: badania wskazują, że znaczna część społeczeństwa nadal naraża swoje zdrowie, chcąc uzyskać opaleniznę. W badaniu wpływu wiedzy oraz wybranych czynników socjodemograficznych na profilaktykę i ochronę przez promieniowaniem UV, 1/4 respondentów przyznała się do korzystania z solarium, podczas gdy nawet umiarkowane i zgodne z procedurami korzystanie z solarium uznawane jest za szkodliwe. Wg innych badań, że „sztucznych kąpeli słonecznych” korzysta 36% Polaków, w tym zwłaszcza kobiet i ludzi młodych i odsetek ten stale rośnie. 40% respondentów korzysta z kąpeli słonecznych. Co gorsza, 56% osób opalających się na słońcu stwierdziło, że korzysta ze słońca w najbardziej niebezpiecznych godzinach, tj. 11:00-15:00. Powyższe badanie wykazało także **powierzchność i fragmentaryczność wiedzy dotyczącej skutków promieniowania UV**. Mimo że Polacy na ogół znają negatywne skutki nadmiernej ekspozycji na słońce, a także stosują pewne formy ochrony przed nim (kremy z filtrem, okulary przeciwsłoneczne), to m.in. nie znają zasad fotoochrony, rodzajów promieniowania UV oraz skutków opalania<sup>18</sup>.

**Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy zwraca uwagę, że intensywne działanie promieniowania ultrafioletowego naturalnego należy do grupy fizycznych czynników rakotwórczych mających duże znaczenie z punktu widzenia BHP.** Mimo że kwestia narażenia

---

14 J. Didkowska et al., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 r.*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2019, s. 71-73.

15 ZUS, *Absencja chorobowa w 2018 r.*, Warszawa 2019 r.

16 ZUS, *Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2018 r.*, Warszawa 2019.

17 M. Pikała, I. Maniecka-Bryła, *Years of life lost due to malignant neoplasms characterized by the highest mortality rate*, "Archive of Medical Science", 2014; 10, 5: s. 999-1006.

18 A.Nowak, K. Plewa-Tutaj, *Wpływ wiedzy oraz wybranych czynników socjodemograficznych na profilaktykę i ochronę przez promieniowaniem UV*, „Kosmetologia Estetyczna”, nr 3/2016, vol. 5.

zawodowego na czynniki rakotwórcze i warunków pracy wywołujących lub sprzyjających rozwojowi nowotworów, profilaktyki nowotworów wywoływanych czynnikami zawodowymi jest przedmiotem badań na poziomie europejskim, krajowym i poziomie miejsca pracy<sup>19</sup>, **łatwo można wytypować wrażliwe grupy pracowników w wysokim stopniu narażone na czynnik rakotwórczy w postaci promieniowania UV. Są to zatrudnieni w rolnictwie i budownictwie.**

### I.3 Obecne postępowanie

Diagnostyka problemu zdrowotnego obejmuje wywiad chorobowy oraz wstępne badanie skóry przy użyciu dermatoskopu lub wideodermatoskopu. Podstawą klinicznej diagnostyki różnicowej oraz kwalifikacji do biopsji wycinającej jest dermatoskopia. Cienkie czerniaki (< 1mm grubości wg Breslowa) mogą być wykryte w czasie badania lekarskiego, bardzo rzadko przez chorego lub członków jego rodziny<sup>20</sup>.

Rozpoznanie czerniaka można postawić jedynie po chirurgicznym usunięciu zmiany i poddaniu jej ocenie histopatologicznej. Do badań dodatkowych należą: podstawowe badania krwi, RTG, USG. W przypadku uzyskania rozpoznania wdraża się leczenie w zależności od stopnia zaawansowania choroby. Moment zgłoszenia się pacjenta do lekarza dermatologa jest kluczowy ze względu na szanse wyleczenia i przeżywalność 5-letnią. Z tego powodu świadomość czynników ryzyka, wczesnych niepokojących objawów oraz dostępność świadczenia zdrowotnego może istotnie zaważyć na szansach pacjenta na wyleczenie, bądź poprawę jakości życia. Biopsja lub planowane wycięcie zmiany skórnej nie powinny być wykonywane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjent z podejrzeniem nowotworu skóry powinien zostać skierowany na konsultację specjalistyczną do lekarza dermatologa lub chirurga plastycznego.

Okres oczekiwania na konsultację specjalistyczną w przypadku podejrzenia nowotworu skóry nie powinien być dłuższy niż 2 tygodnie.

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016 poz. 357) aktualnie dostępne są następujące świadczenia gwarantowane w omawianym zakresie:

- porada specjalistyczna - dermatologia i wenerologia,
- porada specjalistyczna - onkologia,
- porada specjalistyczna - chirurgia onkologiczna.

Ponadto w Polsce dostępny jest tzw. pakiet onkologiczny przeznaczony dla pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy. W Polsce obowiązuje „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” na lata 2016-2024. Ponadto realizowana jest kampania Europejskiego Towarzystwa Onkologii Dermatologicznej o nazwie Euromelanoma. Warto nadmienić, iż na podstawie

---

19 Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, *Narażenie na czynniki rakotwórcze a nowotwory zawodowe – przegląd metod*, Bruksela 2014.

20 P. Rutkowski et al., *op.cit.*



analizy potencjału i wykorzystania podstawowej opieki zdrowotnej wnioskować można, iż grupa osób aktywnych zawodowo stosunkowo rzadko korzysta z konsultacji w ramach świadczeń gwarantowanych<sup>21</sup>. Eksperti kliniczni zaznaczają, że przesiewowe badania populacyjne w kierunku raka skóry nie są z reguły uzasadnione ekonomicznie i o trudnej do udowodnienia korzyści klinicznej z powodu częstości występowania czerniaka w Polsce. Dowody naukowe i rekomendacje (m.in. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, National Institute for Health and Clinical Excellence, Institute for Clinical Systems Improvement, British Association of Dermatologists, U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement) wskazują, że realizację programów należy ograniczyć do dwóch specjalizacji: chirurga onkologa i dermatologa z zastrzeżeniem konieczności wykonywania prostej dermatoskopii w celu ograniczenia wykonywania niepotrzebnych wycięć nienowotworowych zmian skórnych<sup>22</sup>.

Na terenie województwa łódzkiego realizowany jest „Program ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), Działania 5.1 Programy profilaktyczne. Program realizowany jest w latach 2017-2023. W konkursie Nr POWR.05.01.00-IP.05-00-005/18 – I RUNDA, przeprowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia przyjęto założenie wyłonienia realizatorów projektów dla sześciu makroregionów (obejmujących 2 lub 3 województwa), a dla każdego makroregionu wyłonienie jednego wykonawcy. Województwo mazowieckie wraz z województwem łódzkim zostało uwzględnione w „makroregionie centralnym”.

W wyniku oceny w tym makroregionie do dofinansowania wyłoniony został projekt pn. „Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawnokomórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim” realizowany przez Warszawski Uniwersytet Medyczny. Działania w ramach ww. programu (a więc też i ww. projektu) obejmują wdrożenie projektów pilotażowych i testujących w zakresie programu profilaktycznego dot. nowotworów skóry, zawierającego m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem, a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem. Wśród rezultatów wymieniono wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej. Proponowany program byłby więc spójny z kierunkiem podejmowanych działań. Zaproponowany program jest także spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w ust. 1 Ustawy, realizowanymi przez ministrów oraz NFZ.

Na terenie województwa łódzkiego dotychczas nie podjęto na poziomie regionalnym (samorząd województwa) żadnego programu polityki zdrowotnej odnoszącego się do czerniaka. Na poziomie lokalnym w latach 2015 – 2019 były natomiast realizowane działania w ramach programu edukacyjnego pn. "Znamie! Znam je?" przez Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Łodzi, powiatowe stacje epidemiologiczne, a także Fundację "Gwiazda Nadziei". Działania te były jednak skoncentrowane na młodzieży 14-19 lat.

---

21 NFZ, *Podstawowa opieka zdrowotna. Potencjał i jego wykorzystanie. Zarys analizy*, Warszawa, styczeń – luty 2016  
22Opinia Prezesa AOTMiT nr 157/2016 z dnia 23 sierpnia 2016 r.

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

### **II.1 Cel główny**

Wzrost wiedzy na temat profilaktyki i zapobiegania nowotworom skóry oraz zwiększenie udziału w świadczeniach dermatologicznych w tym zakresie 6700 mieszkańców woj. łódzkiego w latach 2020-2023.

### **II.2 Cele szczegółowe**

1. Zmiana zachowań mieszkańców woj. łódzkiego w kierunku eliminowania czynników ryzyka zachorowania na nowotwory skóry.
2. Zwiększenie liczby mieszkańców woj. łódzkiego posiadających umiejętność i nawyk samobadania skóry podczas codziennych zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych oraz rozpoznawania swoistych/nieswoistych sygnałów wymagających konsultacji ze specjalistą dermatologiem.
3. Podniesienie poprzez edukację, kompetencji, wiedzy i umiejętności personelu medycznego (w szczególności lekarzy POZ) w zakresie diagnostyki, wykrywania nowotworów skóry.
4. Podniesienie poprzez edukację, kompetencji, wiedzy i umiejętności personelu branży beauty (m.in. lekarzy medycyny estetycznej, kosmetologów, kosmetyczek, masażyistów oraz rehabilitantów) w zakresie wykrywania podejrzeń zmian nowotworowych skóry.
5. Zwiększenie dostępności do badań dermatologicznych i konsultacji dermatoskopowych dla mieszkańców woj. łódzkiego.
6. Zwiększenie skuteczności rozpoznawania nowotworów skóry na wczesnym etapie rozwoju choroby w tym przez przeszkolony personel medyczny oraz personel branży beauty i rehabilitantów poprzez zwiększenie liczby wykrytych podejrzeń zmian nowotworowych skóry w okresie realizacji programu.

### **II.3 Mierniki efektywności**

#### **Mierniki merytoryczne, wynikające ze specyfiki programu**

Poniżej przedstawiono mierniki, na podstawie których zostanie dokonana ocena stopnia realizacji celów Programu, związane ze specyfiką działań merytorycznych:

1. Odsetek osób deklarujących wzrost wiedzy w zakresie czynników ryzyka zachorowania na nowotwory skóry, w tym szkodliwości promieniowania UV, skutecznej ochrony przeciwsłonecznej (CG) – minimum 80%.
2. Odsetek pacjentów wykazujących zachowania prozdrowotne w zakresie profilaktyki nowotworów skóry – monitorowany każdego roku realizacji programu w grupie badanych dermatoskopowo na podstawie informacji zawartych w „Karcie ryzyka” (CS1) – min. 80%.

3. Odsetek pacjentów deklarujących umiejętności i wyrobienie nawyku samobadania skóry podczas codziennych zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych oraz rozpoznawania swoistych/nieswoistych sygnałów wymagających konsultacji ze specjalistą dermatologiem (CS2) – min. 80%.
4. Liczba przeszkolonego personelu medycznego deklarującego wzrost wiedzy w zakresie właściwego samobadania skóry i czynników ryzyka nowotworów skóry / wcześniejszego wykrywania podejrzeń zmian nowotworowych skóry – ankieta przed i po szkoleniu (CS3) – min. 80% z liczby przeszkolonego personelu.
5. Liczba przeszkolonego personelu branży beauty deklarującego wzrost wiedzy w zakresie wykrywania podejrzeń zmian nowotworowych skóry (CS4) – min. 80% z liczby przeszkolonego personelu.
6. Liczba osób objętych badaniem dermatoskopowym / wideodermatoskopowym (CG, CS5) min. 6700.
7. Liczba osób uczestniczących w konsultacjach dermatologicznych (CG, CS5) – min. 6700.
8. Liczba osób objętych badaniem w POZ – badanie obejmujące skórę całego ciała (CG, CS5) – min 2880.
9. Frekwencja występowania podejrzanych zmian skórnych wymagających dalszej diagnostyki w poszczególnych wśród uczestników programu poddanych dermatoskopii (CS6) – min. 670 znamion.

Ponadto monitoring i ocena Programu będzie uwzględniać efekty:

- Liczba akcji świadomościowych.
- Zasięg działań świadomościowych (liczba wejść na stronę internetową realizatorów projektów realizujących program, liczba fanów strony, liczba obserwujących profil) i zaangażowanie (polubienia, komentarze i udostępnienia) mierzone podczas prowadzenia działań w Internecie i w mediach społecznościowych.
- Liczba przeszkolonego personelu medycznego, w szczególności lekarzy POZ, z terenu woj. łódzkiego w zakresie właściwego samobadania skóry i czynników ryzyka nowotworów skóry.
- Liczba przeszkolonego personelu branży beauty i rehabilitantów z terenu województwa łódzkiego w zakresie wcześniejszego wykrywania podejrzeń zmian nowotworowych skóry.
- Liczba osób z prawidłowym wynikiem badania dermatoskopowego / wideodermatoskopowego.
- Liczba osób skierowanych do dalszej diagnostyki / leczenia.
- Liczba pacjentów zgłaszających poparzenie słoneczne w ciągu ostatniego roku – monitorowana każdego roku realizacji programu w grupie badanych dermatoskopowo na podstawie informacji zawartych w „Karcie ryzyka”.
- Liczba wykrytych znamion złośliwych przez personel medyczny i personel branży beauty przeszkolony w programie,
- liczba nowotworów skóry C43, w tym we wczesnej fazie zaawansowania (o ile możliwe będzie ustalenie takich liczb).

a także wskaźniki dotyczące zgłaszalności określone w części V.1 Programu

Wszystkie ww. mierniki będą sprawozdawane przez realizatorów w ramach monitoringu merytorycznego (sprawozdania merytoryczne) lub mierzone w ramach ewaluacji

### **Wskaźniki wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów**

Poniżej przedstawiono wskaźniki wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów na podstawie założeń RPO WŁ oraz krajowych wytycznych horyzontalnych<sup>23</sup>.

Wskaźnik rezultatu bezpośredniego:

- Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne – 6700.

Wskaźniki produktu:

- Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS – 6700<sup>24</sup>,
- Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie – co najmniej 3350.

## **III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji**

### **III.1 Populacja docelowa**

Według GUS w 2018 r. województwo łódzkie zamieszkiwało 24 66 322 osób (1 175 159 mężczyzn i 1 291 163 K), w tym w wieku produkcyjnym (dla mężczyzn wiek 18-64 lata, dla kobiet wiek 18-59 lat) – 1 464 262 osób (777 735 mężczyzn i 686 527 kobiet). 178 862 osób pracowało w rolnictwie, leśnictwie, łowiectwie i rybactwie, a 48 588 osób zatrudnionych było w budownictwie. Jak ustalono powyżej są to dwie grupy zawodowe **w największym stopniu narażone na czynnik rakotwórczy w postaci promieniowania UV.**

Z danych epidemiologicznych wynika, że **najwięcej zachorowań na czerniaka skóry notuje się wśród osób po 50. roku życia.** W 2018 r. na terenie województwa zamieszkiwało 353 200 osób w wieku 55-64 lata (164 479 mężczyzn i 188 721 kobiet).

Program, zgodnie z zaleceniami „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, powinien być

---

23 Zgodnie z krajowymi „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, Załącznik 1, mierniki efektywności odpowiadające celom programu powinny być zgodne ze wskaźnikami określonymi we Wspólnej Liście Wskaźników Kluczowych, stanowiącej załącznik do krajowych „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”.

W związku z takim wymogiem z listy WLWK wybrano wskaźniki odpowiadające programowi profilaktycznemu, które będą generowane przez realizatorów, uzupełniając wskaźniki odpowiadające specyfice interwencji programu, ustalone podczas prac nad programem.

24 Zgodnie z „Wytycznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”, „uczestnikiem projektu jest osoba fizyczna bez względu na wiek bezpośrednio korzystająca z interwencji EFS. Jako uczestników wykazuje się wyłącznie te osoby i podmioty, które można zidentyfikować i uzyskać od nich dane niezbędne do określenia między innymi wspólnych wskaźników produktu (w przypadku osób fizycznych oraz wsparcia pracowników instytucji dotyczących co najmniej płci, statusu na rynku pracy, wieku, wykształcenia) i dla których planowane jest poniesienie określonego wydatku”. Zakres danych uzyskiwanych od podmiotów wskazano w załączniku do niniejszych wytycznych. Osób lub podmiotów niekorzystających z bezpośredniego wsparcia nie należy wykazywać jako uczestników. Bezpośrednie wsparcie uczestnika to wsparcie, na które zostały przeznaczone określone środki, świadczone na rzecz konkretnej osoby/podmiotu, prowadzące do uzyskania korzyści przez uczestnika (np. nabycia kompetencji, podjęcia zatrudnienia). W związku z takimi cechami definicji wskaźnika nie można w nim uwzględnić uczestników działań świadomościowych, którzy nie będą skłonni do przekazywania danych osobowych.

ukierunkowany na grupy docelowe, tj. osoby w wieku aktywności zawodowej<sup>25</sup>, najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub rokujących na powrót na rynek pracy w wyniku udzielanych świadczeń zdrowotnych. W związku z powyższym, wyodrębniono:

- **Grupę 1 dla działań świadomościowych. Działania świadomościowe z zakresu edukacji i promocji zdrowia w programie kierowane są w założeniu do całej populacji zamieszkującej teren woj. łódzkiego.** Wśród nich znajdują się przede wszystkim dorośli mieszkańcy województwa, w tym w pierwszej kolejności o zwiększonym ryzyku zawodowym zachorowania oraz beneficjenci szkoleń z zakresu profilaktyki nowotworów skóry, będący przedstawicielami placówek branży medycznej oraz branży beauty i rehabilitanci. Biorąc pod uwagę budżet programu oraz prognozowaną skuteczność projektowanych działań świadomościowych opisanych szczegółowo w części III.3 i IV.1., **kampania powinna trafić do wskazanych niżej grup, w tym szczególnie Grupy 4. Prognozowane jest, iż kampania świadomościowa obejmie swym zasięgiem ok. 50 tys. osób.**
- **Grupę 2 w zakresie edukacji – działania skierowane będą do personelu medycznego oraz personelu branży beauty i rehabilitantów – ok. 100 osób,**
- **Grupę 3 w zakresie edukacji – osoby spełniające wymogi wieku aktywności zawodowej, które stwierdzają potrzebę badania skóry – ok. 2200 osób**
- **Grupę 4 w zakresie badań przesiewowych, w tym badań diagnostycznych z dermatoskopią znamion, obejmującą:**
  - **osoby w wieku 40-64 – spełniające wymogi wieku aktywności zawodowej – co najmniej 4020 osób**
  - **osoby w wieku 18-39 – spełniające wymogi wieku aktywności zawodowej, które będą mogły otrzymać wsparcie w przypadku jasnych zaleceń lekarza POZ związanych z występowaniem czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion – ok. 2680<sup>26</sup> osób,**

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

#### Kryteria włączenia

Populację docelową w części świadomościowej (dostęp do strony internetowej projektu, aktywność w zakresie profilaktyki zdrowotnej w mediach społecznościowych, spot reklamowy, artykułów w prasie)

---

25 Osoba w wieku aktywności zawodowej - osoba w wieku 15 lat i więcej. O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym);

26 Założono, iż w programie weźmie udział ok 50% osób w wieku 18-49, czyli 2850 osób. Przyjęto, iż osoby te będą posiadały wiele czynników ryzyka jak np. stwierdzenia dużej liczby znamion, nowotwory skóry u bliskich krewnych, jasna karnacja, włosy rude oraz niebieskie lub zielone oczy, obniżona odporność, narażenie na długotrwałe promieniowanie słoneczne z tytułu wykonywanego zawodu lub hobby, zatem niewielki procent z nich nie zostanie zakwalifikowany do dalszego etapu programu, czyli konsultacji dermatologicznej w raz z dermatoskopią. Założono, iż będzie to 7% z ww. grupy wiekowej czyli 200 osób.

stanowią wszyscy mieszkańcy woj. łódzkiego bez względu na płeć, status społeczny i aktywność zawodową.

Konsultacja dermatologiczna wraz z badaniem dermatoskopowym dostępna będzie dla osób mających status mieszkańca woj. łódzkiego, obu płci, spełniających wymogi definicji wieku aktywności zawodowej<sup>27</sup> i przedziałów wiekowych wskazanych poniżej.

Zaplanowane zostały 2 ścieżki przystąpienia do programu.

## **ŚCIEŻKA 1**

**Bezpośrednio do realizatorów na konsultacje dermatologiczne wraz z dermatoskopią zgłaszają się osoby w wieku 40-64 lata**, które stwierdzą u siebie potrzebę badania skóry, zarejestrują się poprzez stronę internetową projektu lub telefonicznie lub też osobiście w podmiocie realizującym program podając obowiązkowe dane dotyczące wieku, miejsca zamieszkania (do wyboru wyłącznie miejscowości z obszaru województwa łódzkiego, ewentualnie ograniczonego do obszaru realizacji projektu). Na etapie rejestracji pacjent wypełnia krótki formularz „Karta ryzyka” stanowiący załącznik 2 do Programu.

## **ŚCIEŻKA NR 2**

**Osoby w wieku 18-39 lat**, będą mogły wziąć udział w programie jedynie w przypadku możliwości przeprowadzenia badania kwalifikującego przez lekarza podmiotu POZ biorącego udział w programie. Osoby te w przypadku stwierdzenia dużej liczby znamion, występowania czynników ryzyka (m.in.: nowotwory skóry u bliskich krewnych, jasna karnacja, włosy rude oraz niebieskie lub zielone oczy, obniżona odporność, narażenie na długotrwałe promieniowanie słoneczne z tytułu wykonywanego zawodu lub hobby, częste wyjazdy zawodowe lub rekreacyjne do słonecznych krajów), które stwierdzą, że istnieją bariery organizacyjne w dostępie do dermatologa w ramach świadczeń gwarantowanych z AOS **zgłaszają się bezpośrednio podmiotów POZ uczestniczących w programie**<sup>28</sup>. Po przeprowadzeniu badania lekarz POZ może stwierdzić, iż konsultacja dermatologiczna nie jest konieczna i wówczas pacjent kończy udział w projekcie na tym etapie. Pacjent, u którego wykryto podejrzaną zmianę wypełnia krótki formularz „Karta ryzyka” stanowiący załącznik 2 do Programu i kierowany jest na wizytę u dermatologa podczas której zostanie poddany badaniu dermatoskopowemu znamion.

„Karta ryzyka” jest narzędziem pomocniczym dla lekarza, który na podstawie podanych w niej informacji oraz swojego doświadczenia i wiedzy medycznej będzie mógł zalecać dalszą diagnostykę/postępowanie. Informacje zawarte w tym dokumencie umożliwią też ewaluację programu (np. analiza zachowań zdrowotnych, częstość przypadków poparzeń skóry). Program przewiduje udzielenie 5500 konsultacji dermatoskopowych w trakcie realizacji.

---

<sup>27</sup> Definicja osoby w wieku aktywności zawodowej zawarta w „Wytocznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, Rozdział 2 – Słownik pojęć.

<sup>28</sup>Przez Podmiot POZ uczestniczący w programie należy rozumieć:

- podmiot POZ będący wnioskodawcą lub partnerem w złożonym wniosku na konkurs lub

- podmiot POZ wykonujący świadczenia w wyniku zlecenia usługi lub wyboru zgodnie z Podrozdziałem 6.5 „Wytocznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”.

Udział w programie jest dobrowolny. Uczestnicy części diagnostycznej Programu zadeklarują zgodę na udział w poszczególnych jego etapach i na każdym z nich mogą zrezygnować. Jeden uczestnik Programu otrzyma świadczenie jeden raz w ciągu realizacji programu.

### **Kryteria wyłączenia**

Programem nie mogą być objęte osoby z już zdiagnozowanym nowotworem skóry.

Programem nie mogą być objęte osoby uczestniczące w „Programie ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry” realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), Działania 5.1 Programy profilaktyczne – tj. mieszkańcy województwa łódzkiego, którzy uczestniczyli w projekcie pn. „Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawnokomórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim” realizowanym przez Warszawski Uniwersytet Medyczny (jedynym projekcie realizowanym w ramach tego programu, w którym mogą uczestniczyć również mieszkańcy woj. łódzkiego). Powyższe informacje będą weryfikowane na podstawie oświadczenia pacjenta.

Programem nie mogą być objęte osoby, które w ostatnich 12 miesiącach przed przystąpieniem do programu, skorzystały z konsultacji dermatologicznej wraz z badaniem dermatoskopowym/wideodermatoskopowym całego ciała w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (weryfikowane na podstawie oświadczenia pacjenta).

Dopuszczalne jest uczestnictwo danej osoby tylko w jednym projekcie w ramach niniejszego programu.

## **III.3 Planowane interwencje i sposób udzielania świadczeń w ramach programu**

### **Profilaktyka pierwotna (koszty bezpośrednie w projekcie)**

#### **Kampania świadomościowa**

**Aktualnie rekomendowane jest prowadzenie krajowych oraz lokalnych kampanii medialnych za pomocą środków masowego przekazu podnoszących świadomość społeczną w zakresie profilaktyki nowotworów skóry** (Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 2017, NICE 2016, Cancer Council Australia/Australian College of Dermatologist CCA/COSoA 2014). Komunikaty kampanii powinny dążyć do uświadomienia ludziom potrzeby myślenia o ich codziennej ekspozycji na światło słoneczne<sup>29</sup>.

W związku z powyższym, w programie planuje się organizowanie przez realizatorów kampanii świadomościowych, według założeń przedstawionych przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego. Harmonizacja warunków prowadzenia promocji zdrowia ma na celu osiągnięcie efektu skali i umożliwi dotarcie z informacjami do szerokiej rzeszy odbiorców. Dobór środków przekazu: Internet, prasa, radio pozwoli objąć działaniami świadomościowymi osoby szczególnie narażone na zachorowania, np. zatrudnionych w rolnictwie i budownictwie, osoby starsze, czy osoby przebywające w miejscach nasłonecznionych (m.in. kąpieliska, baseny, parki). Działania świadomościowe zatem

---

<sup>29</sup> <https://www.nice.org.uk/guidance/ng14> (dostęp: 3 marca 2020 roku)

polegać będą na uruchomieniu profilu programu w mediach społecznościowych; informacji o programie w prasie, radiu i innych mediach lokalnych oraz w programach tematycznych, w tym kierowanych do grup zawodowych o zwiększonym ryzyku zachorowania, a także przygotowanie materiałów edukacyjnych. Realizatorzy mogą opracować i dystrybuować pakiety zawierające materiały edukacyjne i środki profilaktyczne (broszura, krem z wysokim filtrem UV) wśród mieszkańców woj. łódzkiego w wieku aktywności zawodowej, priorytetowo w pobliżu miejsc pracy związanych z długotrwałym narażeniem na promienie słoneczne (kąpieliska, baseny, parki, place budowy). Realizatorzy w ramach kampanii świadomościowej powinni starać się dotrzeć z informacją o programie do podmiotów z obszaru realizacji projektu, w których wykonywana jest głównie praca z ekspozycją na słońce np. branża budowlana, drogową czy rolnicza.

### **Edukacja kadr medycznych i branży beauty oraz rehabilitantów**

Organizacja szkoleń/warsztatów skierowanych zwłaszcza do przedstawicieli placówek POZ, w szczególności lekarzy, funkcjonujących na terenie woj. Łódzkiego, realizujących edukację zdrowotną w populacji aktywnych zawodowo mieszkańców. Lekarz rodzinny ma trwały kontakt z pacjentem i jego rodziną na przestrzeni wielu lat. Stanowi on pierwsze ogniwo w relacji pacjenta z systemem opieki zdrowotnej i ma szansę odegrać kluczową rolę w promocji zdrowia i profilaktyce chorób onkologicznych. Działanie to ma swoje odzwierciedlenie w rekomendacjach, w których wskazuje się, że **wszyscy pracownicy służby zdrowia powinni być świadomi czynników ryzyka występowania nowotworów skóry** (SIGN 2017, NICE 2015). Dane pochodzące z badania przeprowadzonego wśród lekarzy z krajów europejskich (Chorwacji, Estonii, Gruzji, Irlandii, Malty, Polski, Słowacji, Słowenii, Hiszpanii i Szwecji) sugerują, że ponad połowa z nich napotykała bariery przy wdrażaniu działań promujących zdrowie, jak np. brak czasu czy gratyfikacji finansowej. Należy zaznaczyć, że wyniki różniły się znacznie pomiędzy krajami. Według innego badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów placówek POZ w 22 krajach Europy w latach 2008-2009 połowa pacjentów prowadzących niezdrowy tryb życia nie otrzymała żadnych porad od swoich lekarzy rodzinnych<sup>30</sup>. Choć nie ma wystarczających dowodów, aby rekomendować rutynowe badanie całego ciała, ważne jest, aby lekarze zwracali uwagę na stan znamion podczas badania pacjenta z innej przyczyny i mieli na uwadze możliwość wystąpienia czerniaka. Pacjenci z grupy wysokiego ryzyka powinni zostać zidentyfikowani przez pracowników POZ, a następnie poddani badaniu fizykalnemu całego ciała przez lekarza dermatologa lub wykwalifikowanego lekarza innej specjalizacji w ramach corocznego badania podstawowego. Jednocześnie powinni zostać wyedukowani w kierunku samobadania skóry ciała i profilaktyki nowotworów skóry przez personel POZ<sup>31</sup>.

W programie zdecydowano się umożliwić udział w szkoleniach pracownikom branży beauty i rehabilitantom. Branża beauty w Polsce nieustannie się rozwija. Jeszcze 10 lat temu zaledwie raczkowała, a dziś można już skorzystać z najnowocześniejszych zabiegów. Salonów kosmetycznych wciąż przybywa, dlatego żeby wyróżnić się na rynku, muszą one inwestować, przede wszystkim w zespół z odpowiednimi kwalifikacjami. Klienci zwracają szczególną uwagę na higienę i sterylność danego miejsca oraz stosowanie profesjonalnych preparatów z certyfikatami. Jeśli decydujemy się na jakikolwiek

---

30 NFZ, Podstawowa ....., *op. cit.*

31 Opinie Prezesa AOTMiT 43/2014 z dnia 7 kwietnia 2014, nr 157/2016 z dnia 23 sierpnia 2016 r.



zabieg ingerujący w nasz organizm, np. zabiegi medycyny estetycznej, czy makijaż permanentny, to pracownicy salonu powinni przeprowadzić z nami wywiad, zapytać o stan zdrowia i choroby przewlekłe, a także poinformować o skutkach zabiegu. Usługi kosmetyczne cały czas zyskują na popularności i bardzo wiele kobiet, ale także mężczyzn coraz częściej poddaje się wielu zabiegom obejmującym całe ciało. Tym samym specjaliści z branży beauty, a także rehabilitanci mogą edukować swoich klientów/pacjentów w kierunku samobadania skóry ciała, jak również zwracać uwagę podczas prowadzonych zabiegów na miejsca trudno dostępne dla pacjenta jak np. plecy. Możliwość szkolenia personelu tej branży oraz rehabilitantów może odegrać istotną rolę w promocji zdrowia i profilaktyce chorób onkologicznych. Co więcej w wyniku prowadzonych rozmów i konsultacji z personelem medycznym na potrzeby opracowania niniejszego programu, zasadność uwzględnienia branży beauty i powyższe zapotrzebowanie na ww. szkolenia zostało potwierdzone (notatka ze spotkania z udziałem przedstawicieli Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w dniu 6 marca 2020r.). W opinii autorów programu zastosowane podejście może stanowić wartość dodaną wobec dotychczasowych praktyk.

Przedstawiciele ww. instytucji będą wybierani na szkolenia przez realizatorów programu na podstawie kryteriów określonych przez realizatora. Informacja o planowanych szkoleniach będzie zamieszczana na stronie internetowej projektu z możliwością zgłoszenia, wskazująca terminy oraz miejsca szkoleń. Rekrutacja będzie mieć charakter transparentny. Informacja o szkoleniach powinna być ogólnodostępna. Szkolenia swoim zakresem merytorycznym powinny obejmować co najmniej dwie kategorie:

- dla lekarzy – kursy/szkolenia dermatoskopowe w zależności od potrzeb, od podstawowego do zaawansowanego,
- dla lekarzy oraz pozostałego personelu – szkolenia na temat ryzyka występowania nowotworów skóry i profilaktyki tego rodzaju chorób onkologicznych.

Oprócz materiałów szkoleniowych, każdy uczestnik szkoleń otrzyma pakiet materiałów promocyjnych i edukacyjnych oraz plakaty/plansze promujące program i profilaktykę nowotworów skóry w miejscu pracy. Przeszkoleni przedstawiciele placówek POZ z terenu woj. łódzkiego otrzymają od realizatorów w każdym roku realizacji programu pakiet wydrukowanych zaproszeń do udziału w programie.

Pacjent placówki POZ, na podstawie informacji zawartych na plakacie dotyczących czynników ryzyka, będzie mógł poprosić lekarza POZ o konsultację niepokojących go zmian na skórze. Program zapewni większy udział personelu POZ w edukacji i wczesnej profilaktyce nowotworów skóry w populacji mieszkańców woj. łódzkiego. Działania edukacyjne dla personelu medycznego oraz branży beauty i rehabilitantów będą podnosiły czujność onkologiczną i sprzyjały zapewnieniu trwałości efektów programu.

### **Warsztaty edukacyjne – fakultatywnie**

W programie przewiduje się organizację warsztatów edukacyjnych skierowanych zwłaszcza do osób w wieku 40-64 lata, które stwierdzą u siebie potrzebę badania skóry. Warsztat edukacyjny będzie mógł być zorganizowany przez realizatora projektu lub być elementem innego, większego wydarzenia (np.

pikniku, dni walki z rakiem, dni funduszy europejskich). Osoba prowadząca warsztat udzieli konsultacji i porady edukacyjnej. W ramach porady wyjaśni negatywne skutki opalania i korzystania ze sztucznego promieniowania UV – solarium, wskaże sposoby zmniejszenia ryzyka zachorowania, udzieli szczegółowego instruktażu samobadania skóry. Dodatkowo udzieli, adekwatnie do wieku, płci i czynników ryzyka informacji na temat dostępności programów profilaktycznych na terenie woj. łódzkiego i wskaże źródła informacji o systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Edukacja prozdrowotna, skierowana do osób objętych wsparciem oraz osób z ich otoczenia prowadzona będzie przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Wymagane kwalifikacje osób prowadzących warsztaty wskazano w pkt. IV.2. W odniesieniu do działań edukacyjnych i warsztatów rozważona zostanie zasadność udostępniania materiałów edukacyjnych na przedmiotach codziennego użytku, np. kremie do opalania z wysokim filtrem ochrony przed promieniami UV – co jednocześnie będzie stanowiło czynnik profilaktyczny. Przedmioty codziennego użytku będą mogły być wydawane osobom, które wezmą udział w warsztacie. Osoby uczestniczące w programie będą edukowane również w zakresie zaleceń WHO dot. ekspozycji na promieniowanie UV (słońce, solaria):

- ograniczenie przebywania na słońcu w godzinach popołudniowych,
- możliwie najdłuższe przebywanie w miejscach osłoniętych i zacienionych,
- noszenie odzieży chroniącej przed słońcem (w tym kapeluszy i okularów przeciwsłonecznych),
- używanie kremów z filtrami (według danych z badań stosowanie kremów zmniejsza ryzyko zachorowania),
- unikanie korzystania z solariów (zakaz - osoby w wieku 18 lat i młodsze) - tematyka będzie kompatybilna z (obecnie projektem) ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium ,
- ochrona dzieci przed słońcem (odpowiednie ubrania, oclenione place zabaw, unikanie przebywania na słońcu w godzinach popołudniowych),
- w przypadku Solar UV Index (wskaźnik słonecznego promieniowania UV) powyżej 3 - stosowanie rozległej profilaktyki przeciwsłonecznej.

Osoba (w wieku 40-64 lata), będąca uczestnikiem warsztatu edukacyjnego, będzie mogła skorzystać z konsultacji dermatologicznej wraz z badaniem dermatoskopowym „na miejscu”, jeśli zapewniona zostanie taka możliwość przez organizatora. W miejscach udzielania świadczeń zostanie zapewnione bezpieczeństwo oraz wymagany prawem standard udzielania świadczeń medycznych.

#### **Profilaktyka drugorzędowa (koszty bezpośrednie w projekcie)**

Warto podkreślić, iż według sekcji naukowej Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, wśród złotych zasad ochrony przed czerniakiem, obok samobadania skóry raz w miesiącu, należałoby

odwiedzić dermatologa lub chirurga-onkologa przynajmniej raz w roku<sup>32</sup>. Sekcja naukowa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej – Akademia Czerniaka dysponuje danymi z ankiety przeprowadzonej w 2015 r. przez TNS, w której zaledwie 15% respondentów przyznaje, iż kiedykolwiek udało się do lekarza, aby skontrolować znamiona, natomiast 39% twierdzi, że prowadzi samoobserwację skóry raz na 2-3 miesiące<sup>33</sup>. Tymczasem dane pochodzące z doświadczeń kampanii Euromelanoma wskazują, że na 3 700 pacjentów przebadanych dermatologicznie w 2016 r. u 34 pacjentów (1,0%) zdiagnozowano czerniaka natomiast nowotwory nieczerniakowe skóry rozpoznano wśród 93 uczestników akcji (2,6%). Dodatkowo lekarze zidentyfikowali inne podejrzane znamiona atypowe wśród 17,8% uczestników. Wśród głównych przyczyn zgłaszania się na badanie wskazywano dużą liczbę znamion barwnikowych oraz chęć zbadania skóry. Oszacowano, że 16% badanych udało się do dermatologa, gdyż zmienił się wygląd posiadanych znamion a 79% uczestników Euromelanoma 2016 po raz pierwszy poddało się pełnemu badaniu skóry.

**Program przewiduje konsultację dermatologiczną wraz z badaniem dermatoskopowym dla mieszkańców woj. łódzkiego w wieku 40-64 r.ż., którzy zgłoszą się samodzielnie i wstępnie zweryfikują czynniki ryzyka rozwoju nowotworów skóry na podstawie kilku pytań, według procedury opisanej w części III.2.**

W przypadku osób w wieku 18-39, które spełniają przesłanki ryzyka zachorowania na czerniaka skóry zgodnie z kryteriami włączenia do programu opisanymi w części III.2. **ewentualna konsultacja dermatologiczna wraz z badaniem dermatoskopowym zostanie poprzedzona badaniem w POZ finansowanym w programie, obejmującym oglądanie skóry całego ciała z uwzględnieniem okolic trudno dostępnych (głowa, stopy, przestrzenie międzypalcowe, błony śluzowe). W przypadku zidentyfikowania podejrzanych zmian skórnych, pacjent skierowany zostanie na konsultację dermatologiczną wraz z badaniem dermatoskopowym.**

Pacjent uczestniczący w programie otrzyma od lekarza informację z zaleceniem dalszego postępowania profilaktycznego/ diagnostycznego w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia np. leczenia chirurgicznego/onkologicznego, aby miał zapewnioną kontynuację procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Świadczenia te powinny być dostępne także w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w weekendy w placówkach na terenie woj. łódzkiego. Przyczyni się to do zmniejszenia barier w dostępie do badań profilaktycznych dla osób pracujących.

Działania diagnostyczne będą stanowić zwiększenie dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, do których dostęp jest uzależniony od skierowania od lekarza POZ.

Dermatoskopia i wideodermatoskopia znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Program zakłada zwiększenie zainteresowania badaniami

---

<sup>32</sup><https://www.akademiaczerniaka.pl/o-czerniaku/zlote-zasady-ochrony-przed-czerniakiem> (dostęp: 3 marca 2020 roku)

<sup>33</sup> <https://www.akademiaczerniaka.pl/akademia-czerniaka/nasze-kampanie/kampania-znamie-znam-je/co-polacy-wiedza-o-czerniaku> (dostęp: 3 marca 2020 roku)

skóry w kierunku profilaktyki zmian nowotworowych, w związku z czym szacuje się, że pula dodatkowych 6700 miejsc zaspokoi potrzeby beneficjentów programu.

Według Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego niezwykle istotne dla profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów skóry - w grupach ryzyka - są, obok profilaktyki pierwszorzędowej, regularne badania dermoskopowe zmian skórnych oraz diagnostyka i leczenie stanów przedrakowych skóry (np. rogowacenia słonecznego)<sup>34</sup>.

Dane literaturowe wskazują, że ponad 80% pacjentów z nowotworami skóry jest leczona przez dermatologów, którzy dysponują największym doświadczeniem w rozpoznawaniu różnicowym pełnego spektrum patologicznego i klinicznego nowotworów skóry oraz różnorodnymi metodami terapii<sup>35</sup>. Wykorzystanie bezbolesnego, nieinwazyjnego badania dermatoskopowego zwiększa dokładność diagnostyczną, pomaga w obserwacji klinicznej chorych z dużą liczbą atypowych znamion, jest pomocne w różnicowaniu znamion barwnikowych i bezbarwnych, a w konsekwencji zmniejsza liczbę niepotrzebnych diagnostycznych resekcji<sup>36</sup>. Do podstawowych elementów diagnostycznych w zakresie czerniaka skóry należą uwzględnione w programie interwencji - wywiad chorobowy, badanie skóry pacjenta, dermatoskopia lub wideodermatoskopia. Stosowanie dermatoskopii w rekomendacjach szkockich i brytyjskich jest rekomendowane w ramach opieki specjalistycznej u pacjentów skierowanych przez lekarzy POZ do konsultacji specjalistycznej ze względu na niepokojące zmiany skórne podczas rutynowej wizyty kontrolnej (NICE 2016, SIGN 2017).

Dermoskopia (dermatoskopia, mikroskopia epiluminescencyjna, ang. epiluminescence microscopy, skin surface microscopy) jest nieinwazyjną, prostą i sprawdzoną techniką diagnostyczną w dermatologii. Dzięki niej ocenić można struktury w obrębie naskórka i skóry właściwej. Badanie polega na oglądaniu zmian skórnych, głównie barwnikowych, w powiększeniu 10x w tradycyjnych dermoskopach ręcznych oraz do 100 x w wideodermatoskopach. Podstawową zasadą w dermoskopii jest konieczność zbadania wszystkich zmian skórnych w celu zminimalizowania pominięcia czerniaka oraz dla ustalenia profilu znamion barwnikowych uwarunkowanego m.in. fototypem skóry badanego. Wykazano, że zastosowanie dermoskopii w trakcie konsultacji dermatologicznej wydłuża całkowity czas badania o 72 s, a korzyści z jego przeprowadzenia u chorych są nieocenione w aspekcie profilaktyki czerniaka<sup>37</sup>. Podstawowe zasady badania dermoskopowego powinny być znane lekarzom wielu specjalności. Badanie dermoskopowe jest bezpieczne i bezbolesne, możliwe do wielokrotnego wykonywania w każdej grupie wiekowej. Dermoskopia wykonywana przez odpowiednio wyszkolonych specjalistów jest bardziej czułym narzędziem w klasyfikacji zmian skórnych niż badanie kliniczne gołym okiem. Zmniejsza to liczbę niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych w celu usunięcia łagodnych zmian<sup>38</sup>.

---

34 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w sprawie projektu Ustawy o ochronie zdrowia przez następstwami korzystania z solarium, [www.centrumprasowe.pap.gov.pl](http://www.centrumprasowe.pap.gov.pl), dostęp: 1 lipca 2017 r.

35 K.J.Werni, et al., *Screening for Skin Cancer in Adults. Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force JAMA*, 315(4), 2016, s. 436-447 oraz A. Wołodkiwiecz et al., *Rak skóry – analiza epidemiologiczna, kliniczna i wyników leczenia chirurgicznego 1406 chorych*, „Przegląd Dermatologiczny”, nr 2, 2011.

36 G. Kamińska-Wieczorek et al., *Podstawy dermoskopii zmian melanocytowych dla początkujących*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej”, NR 65, 2011, s. 501-508.

37 *Ibidem*.

38 *Ibidem*.

Program realizowany będzie z poszanowaniem praw pacjenta, dane pacjentów uczestniczących w programie podlegać będą ochronie danych osobowych.

### **III.4 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

W sytuacji, w której pacjent wymagał będzie dalszego postępowania diagnostycznego/ terapeutycznego kierowany będzie do chirurga onkologa w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Zachowana zostanie ciągłość prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia leczenia. W programie zostanie poinstruowany w zakresie samobadania skóry oraz otrzyma informację, na jakiej zasadzie i jak często powinien kontrolować jej stan u specjalisty w ramach świadczeń gwarantowanych.

Każdy uczestnik ma możliwość zakończenia udziału w programie na każdym jego etapie.

### **III.5 Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

Przy realizacji programu wykorzystywane będą następujące metody diagnostyczne:

1. Badania dermatoskopowe

lub

2. Badanie wideodermatoskopowe.

Dermoskopia (dermatoskopia, mikroskopia epiluminescencyjna, ang. *epiluminescence microscopy*, *skin surface microscopy*) jest nieinwazyjną, prostą i sprawdzoną techniką diagnostyczną w dermatologii. Dzięki niej ocenić można struktury w obrębie naskórka i skóry właściwej. Badanie polega na oglądaniu zmian skórnych, głównie barwnikowych, w powiększeniu 10× przy użyciu tradycyjnych dermoskopów ręcznych oraz do 100× przy użyciu wideodermatoskopów. Wykazano, że zastosowanie dermoskopii w trakcie konsultacji dermatologicznej wydłuża całkowity czas badania o 72 s, a korzyści z jego przeprowadzenia u chorych są nieocenione w aspekcie profilaktyki czerniaka. Podstawowe zasady badania dermoskopowego powinny być znane lekarzom wielu specjalności. Badanie dermoskopowe jest bezpieczne i bezbolesne, możliwe do wielokrotnego wykonywania w każdej grupie wiekowej. Dermoskopia wykonywana przez odpowiednio wyszkolonych specjalistów jest bardziej czułym narzędziem w klasyfikacji zmian skórnych niż badanie kliniczne gołym okiem.

Powyższe metody uznane są za względnie bezpieczne dla pacjentów i personelu, pod warunkiem zastosowania odpowiednich procedur bezpieczeństwa i higieny pracy oraz procedur zapobiegających.

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

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

#### **Wybór realizatorów/beneficjentów realizujących program w trybie konkursowym**

W celu wyboru realizatorów programu ogłoszony zostanie konkurs zgodnie z wymogami ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, jak również krajowych „Wytucznych w zakresie trybów wyboru

projektów na lata 2014-2020” wydanych na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 4 tej ustawy. W konkursie składane będą wnioski o dofinansowanie realizacji projektów, podlegające ocenie.

#### **Kampania promocyjno-informacyjna (koszty pośrednie w projekcie)**

Informacja o realizacji projektów w ramach programu i naborze do badań przesiewowych zamieszczona zostanie na stronach realizatorów projektów a także w mediach, w tym lokalnej prasie i telewizji, w mediach społecznościowych. W miejscach użyteczności publicznej rozpowszechnione zostaną plakaty promujące rozpoczęcie projektów w ramach programu. Plakaty informujące o projektach zostaną także rozdyskrebowane w miejscach, gdzie przebywa najwięcej osób korzystających z tzw. kąpiele słonecznych, czyli np. kąpieliskach, basenach, parkach. Program zakłada ścisłą współpracę realizatora z podstawową opieką zdrowotną i organizacjami pozarządowymi celem dotarcia do jak największej liczby zainteresowanych.

#### **Kampania świadomościowa (koszty bezpośrednie w projekcie)**

W programie planuje się organizowanie przez realizatorów kampanii świadomościowych, według założeń przedstawionych przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego. Harmonizacja warunków prowadzenia promocji zdrowia ma na celu osiągnięcie efektu skali i umożliwi dotarcie z informacjami do szerokiej rzeszy odbiorców. Dobór środków przekazu: Internet, prasa, radio pozwoli objąć działaniami świadomościowymi osoby szczególnie narażone na zachorowania. Prognozy oparte na doświadczeniach, prowadzonych przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego kampanii, wskazują iż kampanie świadomościowe pod „wspólnym szyldem” mogą trafić do licznej grupy mieszkańców województwa łódzkiego. Szacuje się, że może być to ok. 50 tys mieszkańców województwa.

#### **Edukacja kadr medycznych oraz branży beauty i rehabilitantów**

Szkolenia/warsztaty będą odbywały się zgodnie z założeniami opisanymi w punkcie III.2. niniejszego programu. Wymagane jest, aby przeszkolony personel POZ brał czynny udział w kwalifikacji pacjentów do programu i realizacji projektu. Przyjęto założenie, że każdy z POZ biorących udział w programie obligatoryjnie przeszkoli w tematyce będącej przedmiotem programu odpowiednią liczbę lekarzy w stosunku do planowanej liczby wykonanych badań kwalifikujących do konsultacji dermatologicznych z badaniem dermatoskopowym. Z kolei przeszkolony personel branży beauty i rehabilitanci powinien wspierać działania świadomościowe na temat profilaktyki chorób skóry i podejmować podczas wykonywania swoich codziennych obowiązków działania, które zachęcą osoby z niepokojącymi zmianami skóry do udziału w programie i możliwości skorzystania w przypadku jasnych zaleceń lekarskich,

z konsultacji dermatologicznej wraz z badaniem demoskopowym. Szkolenia dla pozostałego personelu medycznego, branży beauty i rehabilitantów są fakultatywne.

### **Warsztaty edukacyjne (fakultatywnie)**

Warsztaty edukacyjne w szczególności proponowane będą osobom w wieku 40-64, z uwagi na fakt, że osoby te będą mogły skorzystać z krótszej ścieżki dostępu do świadczeń oferowanych w programie, dzięki możliwości przeprowadzenia konsultacji dermatologicznej wraz z badaniem dermatoskopowym w trakcie warsztatów. Jeśli realizator zapewni możliwość badania dermatoskopowego „na miejscu”, wówczas od uczestników należy zebrać zakres danych osobowych zgodny z załącznikiem VII „Wytucznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”. Jeśli warsztaty będą miały charakter wyłącznie edukacyjny, zbierane będą dane osobowe dla wsparcia krótkoterminowego o niskiej intensywności, udzielanego w ramach programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej. Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego (UMWŁ) zobowiązuje jednak realizatora do pozyskania danych osoby, która otrzymała tego typu wsparcie (imię, nazwisko, telefon lub e-mail) umożliwiających weryfikację, czy dana osoba faktycznie została objęta wsparciem. Po pozytywnym zweryfikowaniu przez realizatora faktu skorzystania danej osoby z usługi zdrowotnej (w ramach programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej), może ona zostać wykazana w wartości wskaźnika, pomimo że nie jest formalnie uznana za uczestnika projektu.

### **Badanie lekarskie w POZ**

Badanie będzie obejmowało oglądanie skóry całego ciała z uwzględnieniem okolic trudno dostępnych (głowa, stopy, przestrzenie międzypalcowe, błony śluzowe). W przypadku zidentyfikowania podejrzanych zmian skórnych, pacjent skierowany zostanie na konsultację dermatologiczną wraz z badaniem dermatoskopowym. Lekarz POZ, informując pacjenta o możliwości udziału w programie, wystawia mu „Zalecenie udziału w programie” (załącznik 3 do programu) i kieruje pacjenta do beneficjenta realizującego program.

### **Konsultacja dermatologiczna wraz z badaniem dermatoskopowym**

Badanie dermatoskopowe/ wideodermatoskopowe będzie obejmowało zbadanie wszystkich znamion. Lekarz gromadzi dokumentację kliniczną – opis, pomiary, fotodokumentacja, uzupełni „Kartę badania profilaktycznego” oraz „Informację dla lekarza rodzinnego” przekazaną pacjentowi. W przypadku zidentyfikowania podejrzanych zmian skórnych, w tym nowotworowych, dermatolog skieruje pacjenta do dalszego leczenia - chirurg-onkolog.

### **Weryfikacja efektywności programu, zestawienie wyników badania jakości usług, podsumowanie programu, wnioski końcowe**

Po zakończeniu programu nastąpi przygotowanie raportu ewaluacyjnego zawierającego dane zebrane podczas realizacji programu, zarówno ilościowe jak i jakościowe. Raport ten oprócz dostarczenia informacji o przebiegu i efektywności programu, będzie podstawą planowania i podejmowania dalszych działań w obszarze polityki zdrowotnej dla woj. łódzkiego, a także dla innych podmiotów przygotowujących podobne interwencje.

Schemat realizacji programu przedstawiono w załączniku 1 do programu.

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

Realizator programu (podmiot będący beneficjentem realizującym projekt, w tym podmiot realizujący z nim działania w partnerstwie) powinien posiadać kompetencje i infrastrukturę, które umożliwią efektywną realizację programu, w tym wyposażenie i zapewnić odpowiednio zlokalizowane i wyposażone punkty prowadzenia badań. W szczególności, realizator zapewni:

- dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym z min. rocznym doświadczeniem w zakresie diagnostyki schorzeń skóry z potwierdzoną praktyką w w/w zakresie potwierdzone stosownymi dokumentami, certyfikatami oraz personelem pielęgniarskim;
- dysponowanie niezbędnym sprzętem do realizacji programu (m.in. dermatoskopem, wideodermatoskopem), dopuszczonym do stosowania na podstawie stosownej dokumentacji, w tym nazwa aparatu, rok produkcji, możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizację programu, informacja o stanie technicznym sprzętu);
- dysponowanie gabinetami lekarskimi spełniającymi wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania ww. wymagań;
- zatrudnienie personelu z odpowiednimi kwalifikacjami do prowadzenia szkoleń/warsztatów edukacyjnych:
  - szkolenia dla POZ i branży beauty oraz rehabilitantów - prowadzone w szczególności przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń w dziedzinie dermatologii lub onkologii (lekarz dermatolog, onkolog, chirurg onkolog). W pierwszej kolejności wybierani będą lekarze, którzy mają doświadczenie w edukowaniu personelu medycznego z zakresu profilaktyki.
  - warsztaty edukacyjne dla uczestników - prowadzone w szczególności przez absolwentów studiów, w tym studiów podyplomowych na kierunku zdrowie publiczne lub promocja zdrowia lub osoby uprawnione do udzielania świadczeń w dziedzinie dermatologii lub onkologii (lekarz dermatolog, onkolog, chirurg onkolog).
- współpracę z placówkami POZ na terenie obejmowanym przez program kierując informację o realizacji projektu, możliwości uczestnictwa w szkoleniach, otrzymania materiałów informacyjno-promocyjnych do wszystkich zidentyfikowanych podmiotów POZ z obszaru realizacji projektu i w razie zainteresowania przekazując takie materiały,
- opracowanie oraz dystrybucję materiałów edukacyjnych zgodnych z zaleceniami UMWŁ,
- przygotowanie i prowadzenie strony internetowej projektu umożliwiającej promocję programu oraz rejestrację uczestników, aktywność programu w mediach społecznościowych,
- dystrybucję wśród uczestników „Kart ryzyka” (załącznik nr 2 do programu), agregację i analizę danych z "Karty ryzyka", która stanowić będzie element niezbędny do oceny czynników ryzyka wystąpienia nowotworów skóry i dostarczać informacji z zakresu: fototypu skóry, ekspozycji na



naturalne i sztuczne promieniowanie UV w dzieciństwie i w wieku dorosłym (w tym solarium), stosowanie kremów z filtrem i okularów z filtrem UV, oparzenia słoneczne w wywiadzie, wysokie narażenie na promieniowanie słoneczne z tytułu wykonywanej pracy - budownictwo, rolnictwo, zabiegi elektrokoagulacji w wywiadzie, występowanie czerniaków w rodzinie, leki immunosupresyjne, wieloletni kontakt z substancjami chemicznymi, stan po napromieniowaniu), częstość korzystania z konsultacji dermatologicznych/badania dermatoskopowego,

- opracowanie i dystrybucję formularza „Karty badania profilaktycznego” (obejmującego liczbę i stan znamion, w tym na plecach, rógowacenie słoneczne, znamiona atypowe, zmiany podejrzane, szczegółowy opis badania dermatoskopowego, wynik badania - rozpoznanie, zalecenia), oraz formularza „Informacji dla lekarza rodzinnego”,
- przeprowadzenie badań ankietowych oceniających jakość świadczeń w programie na reprezentatywnej próbie uczestników programu z terenu woj. łódzkiego przed i po zakończeniu udziału w programie (według załącznika 4 do programu).
- prowadzenie rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją programu,
- przygotowanie i przedstawienie raportów rocznych obejmujących mierniki efektywności programu i ewaluację jakości programu.

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

Założenia systemu monitorowania i ewaluacji programu uwzględniają wymogi 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 (Dz.U. 2017 poz. 2476). System monitorowania i ewaluacji programu uwzględnia Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego jako podmiot odpowiedzialny za wdrożenie programu, jak również realizatorów – Beneficjentów realizujących poszczególne projekty (a więc działania Programu). System uwzględnia ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń w programie oraz ocenę jego efektywności i ocenę trwałości efektów programu.

### **V.1 Monitorowanie**

Monitoring będzie prowadzony na bieżąco. System monitorowania będzie oparty przede wszystkim na sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, danych raportowanych przez Beneficjentów (realizatorów projektów) w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie. Na poziomie komórki w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Łódzkiego monitorującej program będą one analizowane i agregowane w całość. Ewentualne kwestie problemowe wynikające z danych, stwierdzone w trakcie realizacji projektów, będą powodować działania zaradcze.

## Ocena zgłaszalności do programu

Monitorowanie zgłaszalności do programu umożliwią dane zebrane w poszczególnych latach programu oraz sumarycznie, na zakończenie realizacji projektu dotyczące:

- Liczby osób, które zgłosiły się do udziału w programie, a także
- Liczby osób które zrezygnowały z udziału w programie. Weryfikowane będą przyczyny rezygnacji ze świadczeń oferowanych w ramach programu.
- Liczby osób korzystających z poszczególnych świadczeń zdrowotnych.
- Zgłaszalność do programu osób z grup podwyższonego ryzyka zaproszonych przez podstawową opiekę zdrowotną.

W odniesieniu do działań informacyjno-edukacyjnych

- Liczba osób, które wzięły udział w warsztatach edukacyjnych.
- Liczba przeszkolonego personelu medycznego (w szczególności lekarzy POZ).
- Liczba przeszkolonego personelu branży beauty i rehabilitantów
- Liczby osób które zrezygnowały z udziału w szkoleniach / warsztatach.

## Ocena jakości świadczeń w programie

Program, w ramach ewaluacji, będzie oceniany poprzez zewnętrznego eksperta posiadającego doświadczenie w zakresie profilaktyki i diagnostyki nowotworów skóry, kontrolującego jakość przeprowadzanych procedur. U każdego wykonawcy powinna zostać wybrana osoba odpowiedzialna za utrzymanie odpowiedniej jakości świadczeń.

Zrealizowane będzie badanie ankietowe w zakresie satysfakcji uczestnika – ocena zadowolenia osób z uczestnictwa w programie przy pomocy ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 4 do programu).

## Ocena efektywności programu

Jednym z podstawowych elementów ewaluacji powinna być analiza i ocena pod kątem efektywności i skuteczności podejmowanych interwencji w ramach niniejszego programu. Ponadto, ocena ma opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu.

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie wskaźników opisanych szczegółowo w punkcie *Mierniki efektywności odpowiadające celom programu*. Monitoring w zakresie mierników efektywności, specyficznych i określonych dla Programu będzie prowadzony poprzez sprawozdania merytoryczne z realizacji programu, o określonym wzorze, przesyłane okresowo przez beneficjentów realizujących program do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Dotyczy to mierników przedstawionych w Części II.3 *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*, pkt *Mierniki merytoryczne*, wynikające ze specyfiki programu.

Monitoring w zakresie wskaźników wymaganych dla projektów współfinansowanych z EFS będzie prowadzony poprzez informacje o postępie rzeczowym dotyczące osiągnięcia wskaźników uwzględnione

we wnioskach o płatność, dotyczących kolejnych okresów rozliczeniowych, wprowadzanych okresowo przez beneficjentów do centralnego systemu teleinformatycznego – SL 2014 i za jego pośrednictwem przesyłanych do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Dotyczy to wskaźników:

- Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS,
- Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie,
- Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne.

Dotyczy to wskaźników przedstawionych w Części II.3 *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*, pkt *Wskaźniki wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów*.

IZ RPO WŁ oraz realizatorzy będą na bieżąco monitorować jakość, skuteczność i efektywność prowadzonych interwencji.

### **Ocena trwałości efektów programu**

Przeprowadzone działania w zakresie edukacji zdrowotnej wpłyną na zwiększenie świadomości zdrowotnej, motywacji pacjentów, co będzie miało przełożenie na zapewnienie trwałości efektów programu.

Trwałość efektów programu w odniesieniu do pacjentów zapewnią w szczególności działania świadomościowe i edukacyjne, w tym warsztaty, poprzez wzrost wiedzy, zwiększenie świadomości, zmiany zachowań i nawyków. W odniesieniu do personelu POZ, a szczególnie lekarzy, którzy mają wieloletni kontakt z populacją woj. łódzkiego i są kluczowym ogniwem w edukacji zdrowotnej i wczesnej diagnostyce chorób trwałości służą działania edukacyjne. Uzyskane kwalifikacje i kompetencje będą przez nich wykorzystywane także po i poza programem w ramach świadczeń realizowanych w POZ.

W przypadku dostępności odpowiednich środków finansowych w przyszłości i satysfakcjonujących efektów realizacji programu, możliwa będzie jego kontynuacja.

## **V.2 Ewaluacja**

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu (realizowana przez podmiot zewnętrzny). Jej głównym celem będzie weryfikacja interwencji programu pod kątem skuteczności oraz efektywności świadczonych usług. Ewaluacja zostanie sfinansowana z innych środków niż realizacja programu (środki Pomocy Technicznej RPO WŁ 2014-2020).

Uwzględnić będzie porównanie stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, w tym analizę zachorowalności i umieralności na nowotwory skóry w woj. łódzkim na zakończenie programu w porównaniu z wskaźnikami sprzed wdrożenia programu.

Ewaluacja powinna również, w miarę możliwości, dostarczać informacji na temat wpływu programu na stan zdrowia osób objętych wsparciem i zmiany w ich zachowaniach zdrowotnych oraz świadomości.

## **VI. Budżet programu polityki zdrowotnej**

## VI.1 Koszty jednostkowe

### 1. Koszty bezpośrednie – dotyczące działań merytorycznych

#### 1.1 Koszty związane z profilaktyką pierwotną, w tym działaniami świadomościowymi

1. **Utworzenie i prowadzenie stron internetowych projektu, aktywność w mediach społecznościowych, produkcja i emisja spotów reklamowych świadomościowych podejmowanych na obszarze realizacji projektu dotyczących czynników ryzyka związanych w szczególności z czerniakiem złośliwym oraz zachęcająca do oglądania skóry i badań, wydruk ulotek edukacyjnych i plakatów – 450 000 zł**

W zależności o liczby wybranych realizatorów oraz z uwagi na bardzo szeroki zasięg planowanych kampanii świadomościowych założono średni koszt na jednego realizatora maksymalnie do 75 000 zł, orientacyjnie przyjęto, że realizowanych będzie ok. 6 projektów.

(6 projektów x 75 000 zł = 450 000 zł).

#### 1.2 Koszty dotyczące świadczeń zdrowotnych

##### 1. Koszty wizyty u lekarza POZ – 325 440 zł

Zgodnie z założeniami programu dla osób z grupy wiekowej 18-39 lat, które spełniają przesłanki ryzyka zachorowania na czerniaka skóry zgodnie z kryteriami włączenia do programu opisanymi w części III.2. ewentualna konsultacja dermatologiczna wraz z badaniem dermatoskopowym zostanie poprzedzona badaniem w POZ obejmującym oglądanie skóry całego ciała. Przyjęto założenie, że z konsultacji skorzysta 2880 osób (40% populacji obejmowanej programem – 2680 osób oraz 200 osób dodatkowo, które zakończą udział na etapie wizyty u lekarza POZ), koszt jednostkowy 1 wizyty to maksymalnie 113 zł.

(2880 osób x 113 zł = 325 440 zł).

##### 2. Koszty konsultacji dermatoskopowej i badania wideodermatoskopowego lub dermatoskopowego – 1 644 850 zł

6700 osób, w szczególności osób w wieku 40-64 r.ż. otrzyma świadczenie w postaci konsultacji dermatologicznej wraz z badaniem dermatoskopowym całego ciała – koszt jednostkowy:

- Dla badania dermatoskopowego z konsultacją dermatologiczną – 179 zł
- Dla badania wideodermatoskopowego z konsultacją dermatologiczną – 274 zł.

oszacowany na podstawie średnich cen świadczeń medycznych wynikających z zapytań do podmiotów leczniczych.

Przyjęto założenie, że 70% uczestników (tj. 4690 osób) będzie mieć wykonane badanie wideodermatoskopowe, a 30% (tj. 2010 osób) badanie dermatoskopowe.

4690 osób x 274 zł = 1 285 060 zł

2010 osób x 179 zł = 359 790 zł

##### 3. Koszty fakultatywnych warsztatów edukacyjnych w szczególności dla osób w wieku 40-64 lata – 220 000 zł

Zakłada się udział do 2200 osób, grupy 10-osobowe, koszt warsztatów dla jednej grupy – 1000 zł;

koszt udziału w warsztatach jednej osoby wynosi więc 100 zł. Czas trwania warsztatów 2 h zegarowe.

(220 grup x 1000 zł = 220 000 zł).

W związku z powyższymi założeniami **średni koszt świadczeń zdrowotnych przypadający na jednego uczestnika programu to 326,91 zł.**

Dopuszcza się możliwość aktualizacji kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych przyjętych w niniejszym pkt. budżetu poz. 1 i 2, w tym zróżnicowania stawek za badanie dermatoskopowe i wideodermatoskopowe, w przypadku podjęcia decyzji o ich rozliczaniu w projektach stawkami jednostkowymi stanowiącymi uproszczoną metodę rozliczania wydatków i oszacowania ich sprawiedliwą, rzetelną i możliwą do zweryfikowania kalkulacją, spełniającą wymogi sekcji 6.6.1 oraz 8.5.1 „Wytucznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”.<sup>39</sup>

### **1.3 Inne koszty**

#### **1. Koszty szkolenia personelu medycznego, w tym POZ oraz przedstawicieli branży beauty i rehabilitantów – 200.000 zł**

Przyjęto, że udział w szkoleniach weźmie około 100 osób. Zakłada się maksymalny koszt 2000 zł /osoba (2000 zł x 100 = 200 000 zł).

#### **2. Koszty zapewnienia dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla uczestników z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem – 80 400 zł.**

Zapewnienie dojazdu dotyczy osób, dla których dojazd stanowi barierę udziału w programie, w tym mieszkańców obszarów wiejskich i słabo zaludnionych. Na potrzeby założeń przyjęto, że z ww. kosztów skorzysta maks. 20% uczestników obejmowanych wizytami w POZ oraz konsultacjami i badaniami dermatoskopowymi, a więc 1340 osób skorzysta ze wsparcia dotyczącego refundacji dojazdów w obydwie strony, dwa razy, średni koszt przejazdu w jedną stronę to 15 zł (1340 osób x 15 zł x 2 przejazdy x w 2 strony (w sumie 4 przejazdy/na osobę) = 1340 osób x 15zł x 4 = 80 400 zł).

#### **3. Koszty zapewnienia opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia – 32 160 zł.**

Na potrzeby założeń Programu przyjęto, że z ww. kosztów skorzysta 2% uczestników z 6700 osób obejmowanych konsultacjami w POZ oraz badaniami dermatoskopowymi, a więc 134 osoby, skorzysta ze wsparcia dotyczącego refundacji opieki nad osobami zależnymi, dwa razy, średni koszt opieki to 120 zł – 6 godzin dziennie, 20 zł / godzina (134 osób x 120 zł x 2 dni opieki

---

<sup>39</sup> Przyjęcie uproszczonej metody rozliczania wydatków pozwala uniknąć konieczności rozliczania i dokumentowania poszczególnych kosztów składowych świadczeń, związanych z tym problemów oraz przybliżyć do formuły rozliczania świadczeń w wygodnej formule, a analogicznej jak z NFZ.

Zgodnie z pismem Ministerstwa Zdrowia OIK.9081.2.2019.JW.2 z dnia 7 listopada 2019 r., Załącznik nr 2 str. 2 pkt.15 wpisanie do programu stawek jednostkowych jest możliwe, również w sytuacji gdy opinia AOTMiT była wydana przy założeniu stosowania kosztów rzeczywistych. W takim przypadku, o ile wyliczona stawka mieści się w ramach określonych w programie zmianie samego sposobu rozliczenia wydaje się możliwa bez konieczności ubiegania się o ponowną opinię.

=  
32 160 zł).

#### 4. **Koszty dotyczące finansowania środków trwałych i cross-financingu – 89 000 zł**

Wydatki dotyczące finansowania środków trwałych bezpośrednio powiązanych z przedmiotem projektu lub wykorzystywanych w celu wspomaganie procesu wdrażania projektu, a także wydatki dotyczące cross-financingu, w tym dostosowania lub adaptacji budynków, pomieszczeń w szczególności do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (koszty bezpośrednie).

Cross-financing to zasada elastyczności, polegająca na możliwości komplementarnego, wzajemnego finansowania działań ze środków EFRR i EFS. Może dotyczyć wyłącznie takich kategorii wydatków, bez których realizacja projektu nie byłaby możliwa.

Ze względu na specyfikę Programu dopuszczalne będzie uwzględnienie ww. kategorii kosztów (przy spełnieniu warunków określonych w regulaminie konkursu uwzględniających wymogi z „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”). Wydatki w ramach projektu na zakup środków trwałych o wartości jednostkowej wyższej niż 10 000 zł netto w ramach kosztów bezpośrednich oraz wydatki w ramach cross-financingu nie mogą łącznie przekroczyć 10% wydatków kwalifikowalnych projektu, w tym cross-financing nie może stanowić więcej niż 10% finansowania unijnego w ramach projektu.

Zakłada się, na podstawie dotychczasowych doświadczeń i specyfiki Programu, że wydatki tego rodzaju wyniosą nie więcej niż ok. 3 %.

**Powyższe działania będą finansowane w ramach kosztów bezpośrednich.**

#### 2. **Koszty pośrednie**

**Wynoszą 761 000 zł**

Koszty pośrednie stanowią koszty administracyjne związane z obsługą projektu m.in. personelu bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, koszty personelu obsługowego, koszty obsługi powierzchni biurowych, działania informacyjno-promocyjne projektu, opłaty za energię i media, koszty usług pocztowych itd. Koszty pośrednie są uwzględniane poprzez stawkę ryczałtową. Stawki dla kosztów pośrednich są określone obligatoryjnie w powiązaniu z wysokością kosztów bezpośrednich w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”. Na podstawie doświadczeń i zakładanych w przybliżeniu wartości projektów założono średnią stawkę kosztów pośrednich 25% kosztów bezpośrednich.

**Koszty ww. działań, za wyjątkiem kosztów pośrednich, których stawki są określone obligatoryjnie w powiązaniu z wysokością kosztów bezpośrednich, zostaną oszacowane przez wnioskodawców zamierzających realizować Program i przedstawione na etapie składania wniosków o dofinansowanie. Będą uzależnione od planowanej liczby osób objętych wsparciem, cen**

rynkowych, specyfiki grupy docelowej i terenu, na którym realizowany będzie projekt oraz planowanych form wsparcia. Doświadczenia przeprowadzonych dotychczas konkursów wskazują na możliwe zróżnicowanie w podejściu wnioskodawców. W związku z powyższym przedstawione kwoty są kwotami orientacyjnymi.

Koszty jednostkowe będą ponoszone zgodnie z zapisami „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 – 2020” oraz „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 – 2020”.

## VI.2 Koszty całkowite

Alokacja przewidziana na realizację Programu wynosi **3 802 850 zł** (w tym dofinansowanie UE: **3 232 422,50 zł**). Program realizowany będzie w latach 2020-2023.

Orientacyjny harmonogram wydatków przedstawiono w poniższej tabeli.

Rok realizacji programu	Środki przeznaczone na program
2020	200 000 zł
2021	1 000 000 zł
2022	1 200 000 zł
2023	1 402 850 zł

W przypadku dostępności dodatkowych środków możliwe będzie zwiększenie całkowitej alokacji na konkurs, w którym zostaną wybrani realizatorzy Programu (podmioty, z którymi zostanie podpisana umowa o dofinansowanie projektu). W takiej sytuacji zwiększeniu uległaby również populacja objęta programem.

## VI.3 Źródła finansowania

Wdrażanie Programu będzie finansowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Poddziałania X.3.2 Programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu. Program będzie współfinansowany ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Zgodnie z założeniami RPO Wł. montaż finansowy projektów to maksymalnie 85% środków z Europejskiego Funduszu Społecznego, maksymalnie 6% środków pochodzących z budżetu państwa, minimalnie 9% stanowi wkład własny beneficjenta (w tym możliwy wkład partnerów) – w formie finansowej lub rzeczowej.

Dopuszczalna jest realizacja projektów dotyczących niniejszego Programu w partnerstwie przez podmioty wnoszące do projektu zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne lub finansowe. Regulacje w zakresie projektów partnerskich wynikają z przepisów art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów operacyjnych polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014 - 2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.).

## VI.4 Zagrożenia dla programu

Program może nie zostać zrealizowany całkowicie lub w części ze względu na:

- przeznaczenie mniejszych środków finansowych w budżecie niż określone w programie,
- mniejsze niż zakładane zgłaszanie się uczestników do programu,
- zmianę przepisów prawnych uniemożliwiających realizację programu.

## VII. Bibliografia

1. Krajowy Rejestr Nowotworów, onkologia.org.pl, dostęp: 10.06.2017 r.
2. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w sprawie projektu "Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium" 08.06.2017, www.centrumprasowe.pap.pl/ , dostęp: 01.07.2017r.
3. Prof. dr hab. Piotr Rutkowski, kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości Czerniaków Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, „Czerniak: szybkość warunkiem sukcesu.” www.podyplomie.pl Medical Tribune 2015, 12
4. Rutkowski P, Czerniak jest do wyleczenia. Puls. Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, 5/2014, Okręgowa Izba Lekarska, Warszawa 2014, s. 24.
5. Rutkowski P., Wysocki P. i wsp. Czerniaki skóry - zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w 2016 roku. Przegl Dermatol 2016, 103, 1-18
6. Dana A. Zawodowa ekspozycja słoneczna u pacjentów z nowotworami skóry. Probl Hig Epidemiol 2017,98 (2), 145-152.
7. www.epid.waw.pl/krn/ dostęp: 12.04.2017r.
8. Absencja chorobowa w III kw. 2016r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według jednostek chorobowych. ZUS.
9. Opinia Prezesa AOTMiT nr 267/2017r. z dnia 21 września 2017r.
10. www.nice.org.uk/guidance/ng14/chapter/Introduction, dostęp: 30.06.2017r.
11. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa łódzkiego. www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl
12. Dla kogo zakaz korzystania z solarium? www.gazeta lekarska.pl
13. Podstawowa opieka zdrowotna potencjał i jego wykorzystanie (zarys analizy). Podstawowa opieka zdrowotna i profilaktyka w podstawowej opiece zdrowotnej w Europie. NFZ. Warszawa, styczeń-luty 2016r.
14. Opinia Prezesa AOTMiT nr 157/2016 z dnia 23 sierpnia 2016 r.
15. www.akademiaczerniaka.pl/dla-pacjentow/zlote-zasady-ochrony-przed-czerniakiem/
16. www.akademiaczerniaka.pl/akademia-czerniaka/kampania-znamie-znam-je/co-polacy-wiedza-o-czerniaku/, dostęp: 01.07.2017r.
17. www.euromelanoma.org/Poland, dostęp: 02.07.2017r.
18. Opinia Prezesa AOTM nr 43/2014 z dnia 7 kwietnia 2014 r.
19. Wernli KJ, Henrikson NB, Morrison CC. Screening for Skin Cancer in Adults Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force JAMA. 2016;316 (4):436-447. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379854/
20. Włodarkiewicz A., Kozicka D., Michajłowski I., Sobjanek M., Niekra M., Nałęcz D.: Rak skóry - analiza epidemiologiczna, kliniczna i wyników leczenia chirurgicznego 1406 chorych. Przegląd Dermatologiczny 2011. Nr 2 (98).

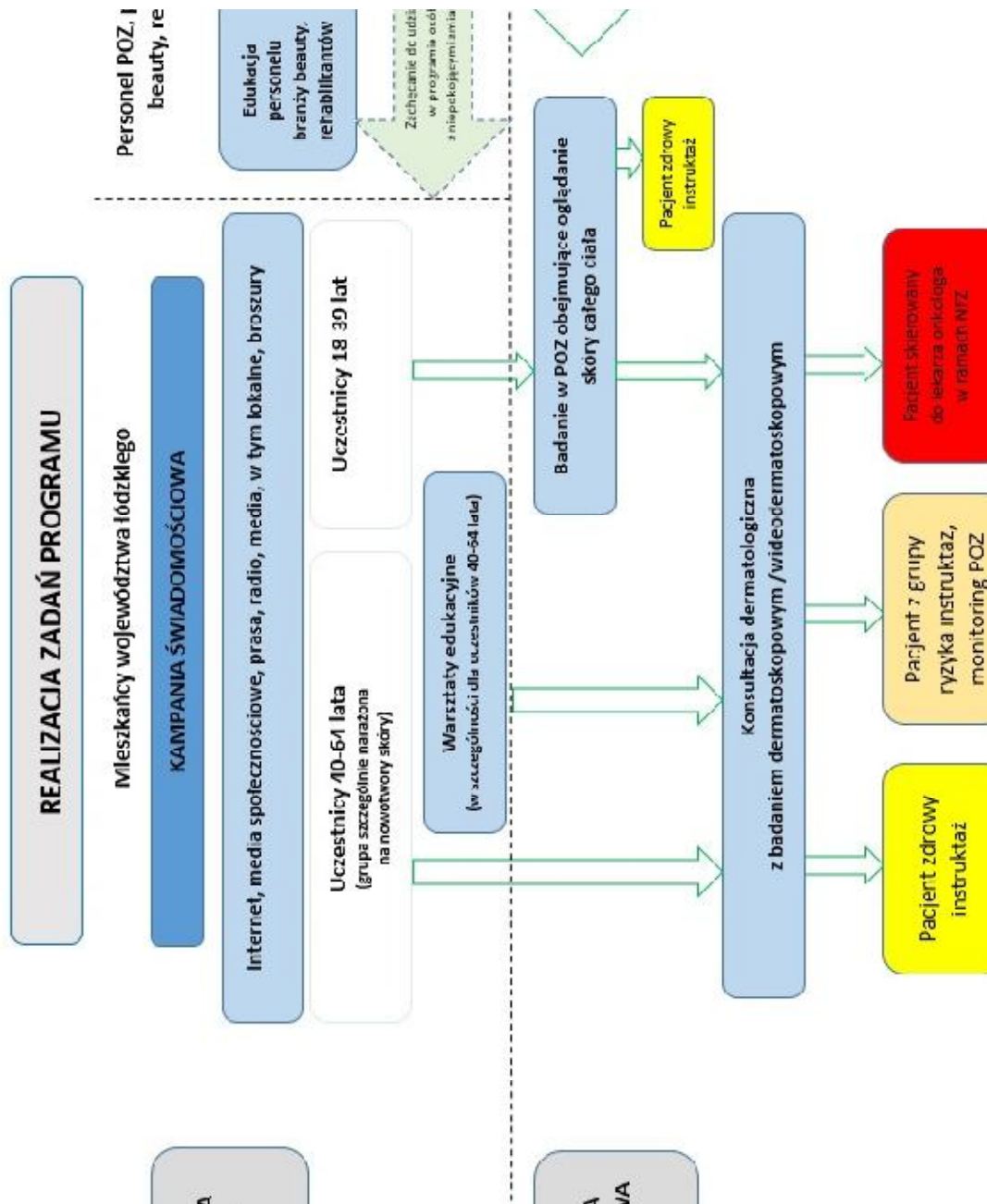


21. Włodarkiewicz A.: Rak skóry - aktualne problemy diagnostyczne i terapeutyczne. Przegl. Dermatologiczny 2007, Nr 94.
22. Jassem J., Krzakowski M.: Złośliwe nowotwory skóry. Praktyczny poradnik dla lekarzy. Via Medica, Gdańsk 2011.
23. Kamińska-Winciorek G., Śpiewak R. Podstawy dermoskopii zmian melanocytowych dlpoczątkujących. Postępy Hig Med Dosw (online), 2011; 65: 501-508.
24. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk), dostęp: 02.07.2017

## Załączniki

1. Schemat programu.
2. Przykładowa „Karta ryzyka”.
3. Zalecenie udziału w programie.
4. Ankieta satysfakcji pacjentów – uczestników programu.

mat programu



Załącznik 2. Przykładowa „Karta ryzyka”

**KARTA RYZYKA – Cz. I - WYPEŁNIA PACJENT**

Data i miejsce wypełnienia ankiety ..... / .....

Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok)..... / .....

Obszar zamieszkania:

- wieś
- miasto do 10 tys. mieszkańców
- miasto do 50 tys. mieszkańców
- miasto od 50 tys.- 100 tys. mieszkańców
- miasto od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców
- miasto powyżej 500 tys. mieszkańców

Płeć:

- K  M

Wykształcenie:

- podstawowe  średnie  
 zawodowe  wyższe

Udział w programie polityki zdrowotnej na terenie woj. łódzkiego:

- pierwszorazowy  
 uczestnik innych programów polityki zdrowotnej woj. łódzkiego

Sposób kwalifikacji do programu:

- rejestracja samodzielna - wiek 40-64 r.ż.  
 zaproszenie od lekarza POZ

Motywacja do udziału w badaniu:

- z powodu wielu pieprzyków, przebarwień, znamion na skórze  
 znamię zmieniło się lub wygląda podejrzanie, pojawiła się nowa zmiana  
 w przeszłości zdiagnozowano u mnie nowotwór skóry  
 w mojej rodzinie zdiagnozowano raka skóry  
 jestem osobą z jasną karnacją, rudą, z niebieskimi lub zielonymi oczami  
 jestem osobą o obniżonej odporności  
 chcę zbadać skórę w ramach profilaktyki  
 inna .....

Czy poddany/a był/a Pan/Pani kiedykolwiek wcześniej badaniu dermatoskopowemu?

- tak  nie

Liczba badań dermatoskopowych w przeszłości:

Czy Pana/Pani aktywność zawodowa jest lub była związana z przebywaniem na słońcu? Jeśli tak to przez ile lat?

- nie  
 tak, przez:  
 1 rok lub mniej  5-10 lat  
 1-5 lat  ponad 10 lat

Obecnie wykonywany zawód:

.....

Jak ocenia Pan/Pani reakcję swojej skóry na promienie słoneczne latem?

- zawsze ulega oparzeniom, nigdy się nie opala (opala się zawsze tylko na czerwono)  
 zawsze ulega oparzeniom, opala się minimalnie lub z trudnością (opala się zawsze na czerwono tylko nieznacznie zmieniając później kolor na brązowy)  
 najpierw ulega oparzeniom, a następnie się opala (najpierw opala się na czerwono dopiero później na brązowo)  
 ulega oparzeniom w sposób minimalny, opala się bez trudu (opala się zawsze na brązowo)

Czy w dzieciństwie doświadczył Pan/Pani poważnego oparzenia słonecznego (bolesne oparzenie z intensywnym zaczerwienieniem lub powstaniem pęcherzy, trwające przez minimum 2 dni)?

- nie
- tak
  - 1-2 razy
  - ponad 2 razy
- nie pamiętam

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył Pan/Pani poważnego oparzenia słonecznego (bolesne oparzenie z intensywnym zaczerwienieniem lub powstaniem pęcherzy, trwające przez minimum 2 dni)?

- nie
- tak
  - 1-2 razy
  - ponad 2 razy
- nie pamiętam

Liczba tygodni w roku podczas których intensywnie przebywa Pan/Pani na słońcu (wczasy, działka, praca zawodowa, hobby): .....

Hobby związane z intensywnym przebywaniem na słońcu

.....

Czy korzysta Pan/i z solarium?

- nie  tak, więcej niż 20 razy w roku
- tak, do 20 razy lub mniej w roku

Czy korzystał Pan/Pani z solarium przed ukończeniem 18 r.ż.?

- tak  nie pamiętam
- nie

Od ilu lat korzysta Pan/i z solarium?

Czy korzystał/a Pan/i z solarium w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- nie
- tak

Jeśli tak, proszę podać ilość wizyt w solarium w ciągu ostatnich 12 miesięcy: .....

Czy korzysta lub korzystał/a Pan/i z lamp kwarcowych?

- nie  tak

Jak często stosowała Pan/i kremy z filtrem UV podczas przebywania na słońcu powyżej 1 h?

- nigdy  zawsze
- czasami

Czy stosowała Pan/i kremy przeciwsłoneczne podczas opalania w ciągu ostatnich 12 miesięcy?:

- nigdy  zawsze
- czasem  nie opalam się

Jakich kremów z filtrem UV najczęściej Pan/Pani używa?

- poniżej 10 SPF
- 10-20 SPF
- 20 SPF
- 20-40 SPF

- 50 SPF i więcej

Czy nosiła Pan/Pani okulary z filtrem UV w słoneczne dni ?

- nigdy  zawsze
- czasem

Czy spędził/a Pan/i rok lub więcej w kraju o znacznie wyższym nasłonecznieniu, niż miejsce obecnego zamieszkania?

- nie
- tak, przed osiągnięciem 18. r.ż./ liczba lat .....
- tak, w życiu dorosłym/ liczba lat .....

Jak często zgłasza się Pan/Pani na badanie swoich znamion?

- częściej niż raz w roku  raz na 2 lata
- raz w roku  to moje pierwsze badanie

Czy zna Pan/Pani liczbę znamion na ciele?

- < 25  >100
- 25-50  nie znam
- 50-100

Czy przeprowadzał/a Pan/Pani samobadanie skóry w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- tak  nie wiem/nie pamiętam
- nie

Jeśli tak, jak często przeprowadzał/a Pan/Pani samobadanie skóry w ciągu ostatnich 12 miesięcy ?

- codziennie  raz w miesiącu
- raz w tygodniu  raz na pół roku

Czy starała się Pan/Pani ograniczać bezpośrednią ekspozycję na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia?

- tak  nie wiem
- nie

Czy starała się Pan/Pani ograniczać bezpośrednią ekspozycję na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- tak  nie wiem
- nie

Czy chorował/a Pan/Pani na czerniaka?

- tak  nie wiem
- nie

Czy chorowała Pani/Pan na inne nowotwory skóry?

- tak  nie
- nie wiem

Czy ktoś w Pani/Pana najbliższej rodzinie chorował na czerniaka (krewni pierwszego stopnia: ojciec, matka, brat i siostra):

- nie
- tak, 1 osoba
  - tak, więcej niż 2 osoby
  - nie wiem

Czy przyjmuje Pan/Pani leki immunosupresyjne?

- tak
- nie
- nie wiem

Czy cierpi Pan/Pani na przewlekłe choroby zapalne skóry?

- tak
- nie
- nie wiem

---

## KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO – Cz. II – WYPEŁNIA LEKARZ

Występowanie czerniaka u krewnych pierwszego stopnia:

- nie
- tak, u więcej niż 2 krewnych
- tak, u 1 krewnego
- pacjent nie wie

Wcześniejsze występowanie raka skóry w wywiadzie osobniczym:

- nie
- tak, czerniak skóry
- tak, nieczerniakowy rak skóry
- pacjent nie wie

Badanie znamion całego ciała przeprowadzono z użyciem:

- dermatoskopu
- wideodermatoskopu

Liczba znamion na skórze pacjenta:

- < 25
- 50–100
- 25–50
- > 100

Obecność zmian atypowych:

- tak, liczba zmian
- nie

Obecność plam soczewicowatych na skórze pleców/klatki piersiowej:

- tak
- nie

Stwierdzono rogowacenie słoneczne:

- tak
- nie

Kliniczne podejrzenie czerniaka:

- nie
- tak, liczba zmian

Kliniczne podejrzenie raka podstawnokomórkowego (BCC):

- nie
- tak, liczba zmian

Kliniczne podejrzenie raka kolczystokomórkowego (SCC):

- nie  tak, liczba zmian

Jeśli obecna jest na ciele pacjenta zmiana, która budzi podejrzenia, kto pierwotnie ją dostrzegł?

- pacjent
- dermatolog
- inny pracownik służby zdrowia
- rehabilitant
- kosmetolog
- partner/współmałżonek
- inna osoba

Szczegółowy opis badania dermatoskopowego wraz z rozpoznaniem:

.....

.....

.....

.....

.....

Wynik badania lekarskiego:

- nie stwierdzono zmian nowotworowych
- zmiana o charakterze sugerującym nieczerniakowy nowotwór skóry
- zmiana podejrzana
- zmiana sugerująca czerniaka

Zalecenia dla pacjenta:

- wizyta kontrolna u dermatologa/chirurga onkologa za 6 miesięcy
- wizyta kontrolna u dermatologa/chirurga onkologa za 12 miesięcy
- skierowano na konsultację onkologa/chirurga onkologa
- skierowano na dalszą diagnostykę:.....

Opracowano na podstawie dokumentu „Ankieta EUROMELANOMA 2015” oraz materiałów zamieszczonych przez KRN.

### **Załącznik 3 – Zalecenie udziału w programie**

**Zalecenie udziału**  
**w programie profilaktyki nowotworów skóry**  
**ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa**  
**łódzkiego**

Imię i nazwisko pacjenta : .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Rozpoznanie stanowiące przyczynę zalecenia (wg ICD 10) .....

.....

data

.....

podpis

#### Załącznik 4 – Ankieta satysfakcji pacjenta

Szanowny Panie/Szanowna Pani,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii oraz uwag na temat **Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego**. Otrzymane informacje pomogą nam na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X. *Ankieta jest anonimowa*

**1. Płeć:**

kobieta

mężczyzna



**2. Data urodzenia:** (proszę wpisać).....

**3. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z udziału w Programie?**

zdecydowanie tak       raczej tak       raczej nie       zdecydowanie nie       trudno powiedzieć

**4. Czy wzięłyby Pan/wzięłyby Pani ponownie udział w podobnym Programie?**

zdecydowanie tak       raczej tak       raczej nie       zdecydowanie nie       trudno powiedzieć

**5. Czy poleciliby Pani/poleciliby Pan ten Program innym osobom?**

zdecydowanie tak       raczej tak       raczej nie       zdecydowanie nie       trudno powiedzieć

**6. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze sposobu organizacji świadczeń w Programie (godziny udzielania świadczeń, warunki lokalowe itd.?)**

zdecydowanie tak       raczej tak       raczej nie       zdecydowanie nie       trudno powiedzieć

**7. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z podejścia personelu medycznego udzielającego świadczeń w Programie (pod względem uprzejmości, życzliwości, zainteresowania pacjentem)?**

zdecydowanie tak       raczej tak       raczej nie       zdecydowanie nie       trudno powiedzieć

**8. Czy zakres świadczeń udzielanych w Programie odpowiadał na Pan/Pani potrzeby zdrowotne?**

zdecydowanie tak       raczej tak       raczej nie       zdecydowanie nie       trudno powiedzieć

**9. Czy przez udział w Programie zwiększył/a Pan/Pani swoją wiedzę na temat samobadania skóry podczas codziennych zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych które może Pan/Pani sam/sama**

**wykonywać w domu?**

zdecydowanie  
tak

raczej tak

raczej nie

zdecydowanie  
nie

trudno  
powiedzieć

Miejsce na Pana/Pani dodatkowe uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!