PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

ABCDE samokontroli znamion

- OGÓLNOPOLSKI PROGRAM

PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY

Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Spis treści:

1.1 Nazwa programu…….. 3
1.2 Okres realizacji programu: 2017-2023…….. 3
1.3 Autorzy programu …… 3
1.4 Kontynuacja/trwałość programu …….. 3

II. Opis problemu zdrowotnego
2.1 Problem zdrowotny …… 4
2.2 Epidemiologia …… 5
2.3 Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu …… 8
2.4 Obecne postępowanie …….. 8
2.5 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu …… 8

III Cele Programu
3.1 Cel główny ……10
3.2 Cele szczegółowe …… 10
3.3 Oczekiwane efekty …… 10
3.4 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu …… 11

IV Adresaci programu
4.1 Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe ……12
4.2 Tryb zapraszania do programu ……12

V Organizacja programu
5.1 Części składowe, etapy i działania organizacyjne …….. 13
5.2 Planowane interwencje ……... 13
5.3 Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/ do poszczególnych etapów programu……... 17
5.4 Zasady udzielania świadczeń w ramach programu ……..... 17
5.5 Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi…….. 18
5.6 Spójność merytoryczna i organizacyjna ……19
5.7 Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu……..... 19
5.8 Bezpieczeństwo planowanych interwencji …….. 19
5.9 Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu……... 20
5.10 Dowody skuteczności planowanych działań……..... 20

VI Koszty
6.1 Koszty jednostkowe …….. 21
6.2 Planowane koszty całkowite ……... 21
6.3 Źródła finansowania, partnerstwo …….. 22
6.4 Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne …….. 22

VII Monitorowanie i ewaluacja
7.1 Ocena zgłaszalności do programu …… 23
7.2 Ocena jakości świadczeń w programie ……..... 23
7.3 Ocena efektywności programu ……..... 24
7.4 Ocena trwałości efektów programu ……... 24

8. Załączniki
8.1 Karta pacjenta …….. 24
8.2 Schemat ścieżek przystąpienia pacjenta do programu …… 26

1.1 Nazwa programu: ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry.

1.2 Okres realizacji programu: 2017-2023

1.3 Autorzy programu:

Grupa robocza ds. nowotworów skóry składająca się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawicieli organizacji pacjentów przy merytorycznym udziale i wsparciu lek. med. Joanny Nowak.

Przygotowano w ramach projektu „Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej" nr POWR.05.01.00-00-0001/15 współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

1.4 Kontynuacja/trwałość programu:

Program zostanie poddany ewaluacji, po której możliwa będzie jego kontynuacja również ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych do końca 2023 r.

Program został stworzony z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych - zgodnie z zapisem art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

II. Opis problemu zdrowotnego

2.1 Problem zdrowotny

Nowotwory złośliwe skóry należą do najliczniejszej grupy nowotworów złośliwych u ludzi rasy białej. Zajmują od kilkunastu lat 5-te miejsce na liście największych problemów onkologicznych.
Należą do nich:
- nowotwory nabłonkowe (raki) - wśród nich najczęściej występują:
  - raki podstawnokomórkowe,
  - raki płaskonabłonkowe,
- nowotwory rozwijające się z melanocytów (czerniaki),
- inne rzadkie nowotwory nienabłonkowe.

Raki skóry rozwijają się pod wpływem uszkadzającego działania promieniowania słonecznego (ultrafioletowego), czynników chemicznych. Stąd najbardziej narażoną grupą są osoby pracujące w ekspozycji na niekorzystne czynniki atmosferyczne (światło słoneczne) i chemiczne: rolnicy, pracownicy branży budowlanej i drogowej.
Nowotwory, głównie SCC, rozwijają się stosunkowo powoli, na podłożu degeneracyjnych zmian skórnych i stanów przedrakowych (np. leukoplakia, dermatozy zawodowe, nie gojące się owrzodzenia).

Zgodnie z zapisami map potrzeb zdrowotnych - mapa w zakresie onkologii dla Polski (w tym dokumencie nie uwzględniano nieczerniakowych nowotworów złośliwych skóry) dostępna pod adresem http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/mapy-potrzeb-zdrowotnych-dokumenty/
w latach 2010 - 2012 w Polsce leczono 13,5 tys. pacjentów z czerniakiem, z czego 12 świadczeniodawców hospitalizowało więcej niż 2% pacjentów w skali kraju. Łącznie tych 12 świadczeniodawców hospitalizowało około 45% wszystkich pacjentów z czerniakiem. Zdecydowanie najwięcej pacjentów z tym nowotworem (ponad 1,2 tys.) leczono w Centrum Onkologii - Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Wśród nowotworów skóry:
1 Największą grupę stanowią raki podstawnokomórkowe (łac. carcinoma basocellulare, basal cell carcinoma -BCC). Pochodzą z komórek warstwy podstawnej naskórka lub pochewki mieszków włosowych. Stanowi on ok. ¾ wszystkich nowotworów złośliwych na skórze, przy czym najczęściej występuje w rejonie głowy i szyi, zwłaszcza powyżej linii łączącej kąciki ust z przewodami słuchowymi zewnętrznymi (75% - 86%).

2. Raki płaskonabłonkowe, zwane kolczystokomórkowymi (łac. carcinoma planoepitheliale, carcinoma spinocellulare, squamous cell carcinoma - SCC) są drugą co do częstości grupą nowotworów skóry. Stanowi on ok. 15% - 20% ogółu nowotworów złośliwych skóry. Najczęściej występuje na odsłoniętych okolicach ciała np. twarzy, plecach, kończynach, wardze. Rośnie agresywniej niż rak podstawnokomórkowy, daje przerzuty do węzłów chłonnych oraz przerzuty odległe.

3.W ramach nowotworów skóry uwagę należy zwrócić na **Czerniaka**, zwany też czerniakiem złośliwym (łac. melanoma malignum) – nowotwór złośliwy skóry, błon śluzowych lub błony naczyniowejoka wywodzący się z melanocytów. Stanowi od 5% do 7% nowotworów złośliwych skóry człowieka. Czerniak przed 40. rokiem życia jest rzadki, szczyt zachorowań przypada na siódmą i ósmą dekadę życia.

Najczęściej pojawia się na skórze niezmienionej, choć może powstać w obrębie znamion barwnikowych.

Rozpoznanie należy potwierdzić za pomocą badania histopatologicznego. Rokowanie zależy od histologicznej złośliwości guza, zaawansowania miejscowego i ogólnego.

Zmiany w obrębie znamienia, budzące niepokój onkologiczny, są określane jako **reguła ABCDE** - Freidmana i Rigela
•**A** – asymetria (ang. asymetry) - zmiana kształtu znamienia z okrągłej na niesymetryczną
•**B** – brzegi, granica (ang. border) - nierówne, postrzępione brzegi znamienia,
•**C**- czerwony, czarny lub niejednorodny kolor (ang. colour) zmiana w zabarwieniu znamienia: ściemnienie, rozjaśnienie, różne kolory w obrębie tego samego znamienia,
•**D** - duży rozmiar, średnica znamienia (ang. diameter) - ocenie powinny być poddane wszelkie znamiona o wielkości powyżej 6 mm,
•**E** - ewolucja (ang. evolving over time) - postępujące zmiany zachodzące w znamieniu.

Zaproponowano rozbudowanie tej reguły, które jest szczególnie pomocne w odniesieniu do czerniaka guzowatego (ang. nodular melanoma -NM):
• E - uniesiony (ang. elevated) - uniesiony ponad powierzchnie skóry,
• F - twardy (ang. firm) - twardy w dotyku,
• G - rozwój, rośnięcie (ang. growing) – szybki wzrost w ciągu kilku tygodni lub miesięcy.

2.2 Epidemiologia

W krajach pasa podzwrotnikowego złośliwe nowotwory skóry stanowią 50% wszystkich nowotworów u ludzi rasy białej. Jest to ponadto grupa nowotworów typowa dla ludzi starszych. Najwyższe na świecie współczynniki zachorowalności na czerniaka obserwuje się w ostatnich latach w Australii. Wynosi on około 57 przypadków na 100 000 populacji na rok. Czerniak złośliwy skóry stanowi około 2% wszystkich nowotworów na świecie oraz 1% wszystkich zgonów na całym świecie. Rocznie zachorowalność na świecie wynosi 272,000 przypadków w tym bardzo rzadko występuje w Japonii a w Australii jest 100 razy częstszy[1].

[1] J Appl Phycol. 2017;29(2):941-948. doi: 10.1007/s10811-016-0979-0. Epub 2016;

Zachorowalność na czerniaka skóry rośnie szybciej niż na inne nowotwory, z wyjątkiem raka płuc i piersi u kobiet
Według American Cancer Society (ACS) w 2012 roku u 3.3 milionów osób zdiagnozowano 5.4 miliony nieczerniakowych nowotworów skóry w tym 80% stanowiły raki podstawnokomórkowe (BCC). Rak kolczystokomórkowy (SCC) stanowi 20 % ogółu wszystkich nowotworów skóry. Liczba zachorowalności jest trudna do oszacowania. W 2006 w USA zdiagnozowano 3.5 miliona nieczerniakowych nowotworów skóry, w tym były to przypadki raka kolczysto-komórkowego.
Epidemiologia w Polsce: Zachorowalność na raka skóry stanowi u mężczyzn około 6,8% zachorowań, u kobiet 7,5% zachorowań. Liczba zarejestrowanych zachorowań na raka skóry wynosiła w 2010 roku ponad 10000, po około 5000 u mężczyzn i kobiet.
Liczba zachorowań na raka skóry wzrasta z wiekiem, w szczególności po 20 roku życia, przy czym najwięcej zachorowań u obu płci notuje się w ósmej dekadzie życia. Do połowy szóstej dekady życia cząstkowe współczynniki zachorowalności są wyższe u kobiet niż u mężczyzn. U obu płci i we wszystkich grupach wiekowych od trzech dekad trwa wzrost zagrożenia rakiem skóry. Wyjątkiem wydaje się być grupa mężczyzn w średnim wieku (45-64 lat), gdzie zachorowalność utrzymuje się na stałym poziomie.

Tabela 1. Zachorowalność na raka skóry w Polsce w latach 1990-2010[2]

Rok	Mężczyźni		
	Liczba	Wsp. surowy	Wsp. stand.
1990	1960	10,6	9,5
1995	2193	11,7	10,0
2000	2629	14,0	11,0
2005	3971	21,5	15,1
2010	4792	25,7	16,1
Rok	Kobiety		
	Liczba	Wsp. surowy	Wsp. stand.
1990	1992	10,2	6,5
1995	2335	11,8	7,2
2000	2733	13,8	7,8
2005	4339	22,0	11,5
2010	5261	26,5	12,4
Rok	Ogółem		
	Liczba	Wsp. surowy	Wsp. stand.
1990	3952	10,4	7,7
1995	4528	11,7	8,3
2000	5362	13,9	9,1
2005	8310	21,8	12,8
2010	10053	26,1	13,8

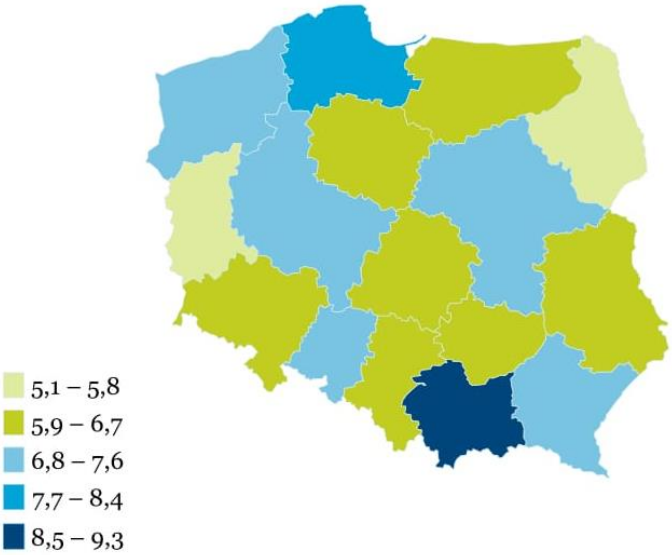
W Polsce w 2010 Czerniak skóry stanowił u mężczyzn około 1,7% zachorowań, u kobiet 1,9% zachorowań nowotworowych.
Liczba zachorowań na czerniaka skóry wynosiła w 2010 roku prawie 1200 u mężczyzn i 1350 u kobiet
Liczba zachorowań na czerniaka skóry wzrasta po 20 roku życia, przy czym najwięcej zachorowań u obu płci notuje się między 50 a 64 rokiem życia (ponad 1/3 u obu płci). Do połowy szóstej dekady życia cząstkowe współczynniki zachorowalności są wyższe u kobiet niż u mężczyzn Zachorowalność na czerniaka skóry wykazuje tendencję rosnącą u obu płci – współczynnik zachorowalności w ciągu trzech dekad wzrósł prawie 3-krotnie. U obu płci i we wszystkich grupach wiekowych od trzech dekad trwa wzrost zagrożenia czerniakiem skóry. Wśród młodych mężczyzn (20-44 lat) w latach 1980-2010 zachorowalność wzrosła ponad dwukrotnie; wśród mężczyzn w średnim wieku (45-64 lat) obserwowano prawie 3-krotny wzrost zachorowalności; w najstarszej grupie wiekowej przyrost zachorowalności był

[2] Źródło: www.onkologia.rog.pl - http://onkologia.org.pl/nowotwory-skory-c44/

największy – prawie 5-krotny. Wśród kobiet obserwowano podobne tendencje: ponad 2-krotny wzrost zachorowalności u młodych kobiet, prawie 3-krotny wśród kobiet w średnim wieku i ponad 3-krotny wzrost u najstarszych kobiet Czerniak skóry powoduje u mężczyzn około 1,4% zgonów, u kobiet 1,2% zgonów nowotworowych Umieralność z powodu czerniaka skóry w Polsce jest nieco wyższa niż przeciętna dla Unii Europejskiej (o około 20%).

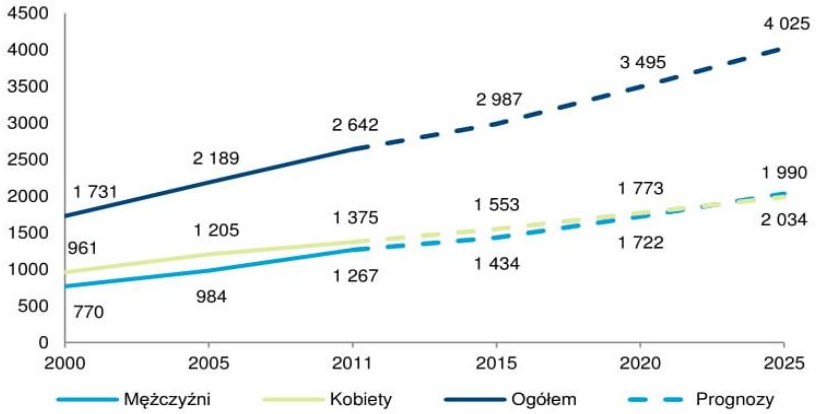
Epidemiologia w danych województwach Dane :Krajowy Rejestr Nowotworów.

Wykres 122. Współczynnik zachorowań na czerniaka skóry na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 roku.



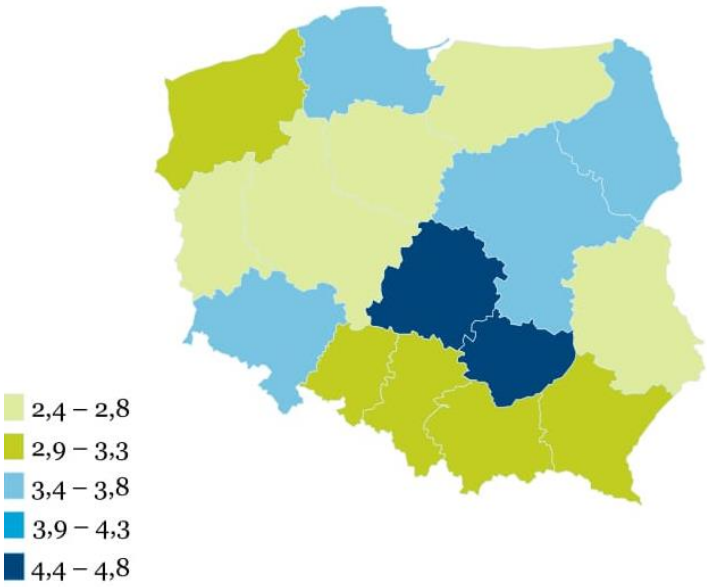
Źródło: KRN

Wykres 124. Liczba zachorowań na czerniaka skóry w latach 2000-2011 oraz prognoza na lata 2015, 2020, 2025.*



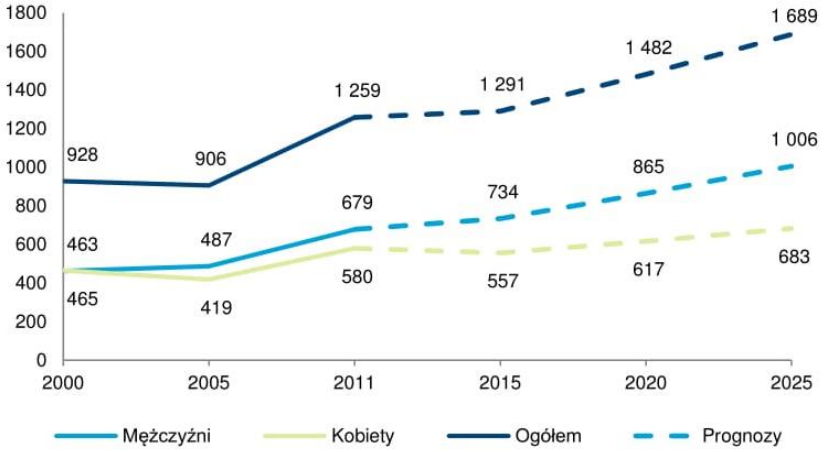
Źródło: KRN

Wykres 126. Współczynnik zgonów na czerniaka skóry na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 roku.



Źródło: KRN

Wykres 128. Liczba zgonów w wyniku czerniaka skóry w latach 2000-2011 oraz prognoza na lata 2015, 2020, 2025.*



Źródło: KRN

2.3 Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Opierając się na danych GUS[3] osoby w wieku 50-64 w Polsce stanowią 8.080.054 osób. Osoby z tej grupy będą mogły przystąpić do programu. Dodatkowo wsparcie będą mogły otrzymać osoby będące w wieku, w którym nabyli już uprawnienia emerytalne, ale są ciągle aktywne zawodowo. Także osoby w przedziale wiekowym 15-49 będzie mogła uzyskać wsparcie w przypadku wystąpienia objawów. Informacja o realizacji programu będzie ogólnodostępna. Każdy będzie mógł się zgłosić do lekarza specjalisty lub lekarza POZ po świadczenie. W związku z ograniczeniami budżetowymi ilość osób, które otrzymają wsparcie będzie ograniczona. Z tego względu o możliwości otrzymania usługi będzie decydować kolejność zgłoszeń.

Ponadto część edukacyjna będzie kierowana do wszystkich osób aktywnych zawodowo. Działania edukacyjne będą w szczególności (aczkolwiek nie wyłącznie) skierowane do grup najbardziej narażonych, tj. zgodnie z zaleceniami National Helath Service[4] osób u których w rodzinie były przypadki nowotworów skóry, osób które mają jasną karnację i nie opalają się łatwo, mają wiele piegów, miały wcześniej uszkodzenia skóry spowodowane poparzeniami słonecznymi lub radioterapią, osoby z osłabionym systemem immunologicznym spowodowanym przyjmowanymi lekami lub HIV/AIDS.

2.4 Obecne postępowanie

Programy polityki zdrowotnej w zakresie nowotworów skóry były realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego, tj. m. in.:
- „Program profilaktyki raka skóry dla mieszkańców województwa lubelskiego na lata 2014 - 2017", który otrzymał pozytywną opinię nr 43/2014 z dnia 7 kwietnia 2014 r. wydaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- „Program wczesnej diagnostyki i profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka" miasto Kędzierzyn-Koźle, który otrzymał pozytywną opinię nr 44/2014 z dnia 7 kwietnia 2014 r. wydaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

W zakresie leczenia od stycznia 2017 r. obowiązuje ujednolicony program lekowy: „Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych (ICD-10 C43)".
Wprowadzono również program: „Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem (ICD-10 C44)" - załącznik B.88 oraz „Leczenie czerniaka skóry (ICD-10 C43)".
Źródło danych dot. programów lekowych: www.mz.gov.pl – Programy lekowe W opisie zakresu świadczenia gwarantowanego programów lekowych wskazane są kryteria kwalifikacji pacjenta do leczenia, kryteria wyłączenia z programu, schemat dawkowania leków, oraz sposób podawania leków, wykaz badań diagnostycznych wykonywanych przy kwalifikacji pacjenta do programu oraz koniecznych do monitorowania leczenia.

2.5 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Zgodnie z zapisami *Opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 43/2014 z dnia 7 kwietnia 2014 r.:* pacjenci z grupy bardzo wysokiego ryzyka powinni zostać zidentyfikowani przez pracowników podstawowej opieki zdrowotnej a następnie poddani badaniu fizykalnemu całego ciała przez lekarza dermatologa lub wykwalifikowanego lekarza innej specjalizacji (w szczególności onkologa po kursie z zakresu dermatoskopii) jako coroczne badanie podstawowe. Powinni zostać także wyedukowani w kierunku samobadania skóry ciała i profilaktyki nowotworów skóry przez

[3] Stańczak J i wsp.: Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2015 r. Stan w dniu 31 XII. Warszawa 2016 r. Zakład Wydawnictw Statystycznych, str. 18.

[4] http://www.nhs.uk/Conditions/Malignant-melanoma/Pages/Causes.aspx

świadczeniodawcę (lekarza, pielęgniarkę). Zgodnie z wyżej zacytowanymi sugestiami został stworzony przedmiotowy program.

Analiza efektywności ogólnokrajowego badania przesiewowego populacyjnego w kierunku nowotworów skóry prowadzonego w Niemczech w 2008 wykazała, że pomimo, iż nie miał on istotnego wpływu na śmiertelność z powodu czerniaka, jest on skuteczny pod względem wyższej częstości diagnozowania nowotworów złośliwych skóry, a tym samym może przyczynić się do poprawy wczesnego wykrywania raka skóry[5]. Powyższe wskazuje, że nie ma podstaw do odrzucenia badań przesiewowych[6] w kierunku nowotworów skóry[7].

Działania diagnostyczne będą stanowić zwiększenie dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, do których dostęp jest uzależniony od skierowania od lekarza POZ. Dyżury dermatologiczne w programie będą realizowane częściowo w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w postaci konsultacji weekendowych, co obecnie nie jest dostępne w ramach publicznego systemu.

Edukacja zdrowotna z zakresu profilaktyki nowotworów skóry oraz stwarzanie warunków dla określonych zachowań (środki profilaktyczne, samobadanie/badanie znamion) wśród osób w wieku aktywności zawodowej powinny zainicjować efekt w postaci mniejszej ekspozycji na promieniowanie UV oraz zmniejszenia zachorowań na nowotwory skóry. Program łączy element prewencji I fazy obejmujący edukację w zakresie bezpiecznego korzystania z promieni słonecznych wg zasad WHO z prewencją drugorzędową czyli działaniami zorientowanymi na wczesne wykrywanie chorób, w tym u osób ze zwiększonym ryzykiem – samokontrola znamion (system ABCDE) oraz badania dermatoskopowe.

Z badania przeprowadzonego wśród lekarzy POZ z 11 krajów europejskich (Chorwacji, Estonii, Gruzji, Irlandii, Malty, Polski, Słowacji, Słowenii, Hiszpanii i Szwecji) wynika, że ponad połowa z nich napotkała bariery przy wdrażaniu działań promujących zdrowie, jak np. brak czasu czy gratyfikacji finansowej. 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 na ten temat od swoich lekarzy rodzinnych[8].

Działania w ramach programu są zgodne z Narodowym Programem Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Program z zakresu profilaktyki zdrowotnej nowotworów skóry i ich wczesnej identyfikacji jest zgodny z polityką kraju w tym zakresie. Działania są komplementarne do Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych 2016–2024, który zmierza do przybliżenia do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów nowotworowych w Polsce.

---

[5] Kaiser M, Schiller J, Schreckenberger Ch. The effectiveness of a population-based skin cancer screening program: evidence from Germany Eur J Health Econ. 2017; (ISSN: 1618-7601).

[6] American Cancer Society zaleca dokładne badanie skóry co 3 lata u osób w wieku od 20 do 40 lat oraz corocznie powyżej 40 roku życia. Polski Komitet Zwalczania Raka zaleca coroczne fizykalne badanie lekarskie u osób po 14 roku życia oraz propagowanie samobadania skóry. Źródło: http://www.e-onkologia.am.wroc.pl/docs/CZERNIAK%20I%20INNE%20NOWOTWORY%20SKORY.pdf

[7] Stanowisko dot. braku podstaw do odrzucenia badań przesiewowych w nowotworach skóry:

https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/skin-cancer-screening
https://www.guideline.gov/summaries/summary/50416/screening-for-skin-cancer-us-preventive-services-task-force-recommendation-statement?q=screening+skin+cancer

[8] Podstawowa opieka zdrowotna potencjał i jego wykorzystanie (zarys analizy). Podstawowa opieka zdrowotna i profilaktyka w podstawowej opiece zdrowotnej w Europie. NFZ; Strona 54; Warszawa, styczeń-luty 2016 r.

III Cele Programu

3.1 Cel główny

Wzrost dzięki edukacji, w okresie realizacji programu, świadomości grupy docelowej na temat zapobiegania nowotworom skóry i metod samobadania znamion.

3.2 Cele szczegółowe

1) Podniesienie poprzez edukację w okresie realizacji programu kwalifikacji (wiedzy i umiejętności) personelu medycznego (w szczególności lekarzy POZ) w zakresie diagnostyki, wykrywania nowotworów skóry

2) Podniesienie kwalifikacji specjalistów w okresie realizacji programu w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w zakresie programu i włączenie ich do aktywnej profilaktyki nowotworów skóry

3) Wzrost, poprzez edukację, wiedzy grupy docelowej w zakresie reguły ABCDE – Freidmana i Rigela w okresie realizacji programu

4) Zwiększenie dostępności do wiedzy i edukacji dla grupy docelowej programu w okresie jego trwania w zakresie czynników ryzyka nowotworów skóry poprzez organizację edukacyjnych wydarzeń masowych/kampanii

5) Wzrost wiedzy i nawyków odnośnie samoobserwacji zmian na skórze, w tym przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii (np. aplikacji, programów komputerowych) wśród grupy docelowej programu, w okresie jego realizacji.

6) Zwiększenie skuteczności rozpoznawania nowotworów skóry na wczesnym etapie rozwoju choroby przez przeszkolony personel medyczny poprzez zwiększenie liczby wykrytych podejrzeń zmian nowotworowych skóry[9] w okresie realizacji programu.

3.3 Oczekiwane efekty

W ramach programu profilaktyki pierwotnej oczekiwanymi efektami będą:
- wzrost wiedzy o nowotworach skóry wśród pracowników ochrony zdrowia objętych projektem (ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej - POZ) oraz wśród osób wspartych (objętych programem) w okresie i na terenie realizacji projektu,
- większa dostępność edukacji dla grupy docelowej projektu w zakresie czynników ryzyka i wczesnych objawów nowotworów skóry oraz metod samokontroli znamion w okresie i na terenie realizacji projektu,
- wzrost wykrywalności nowotworów skóry we wczesnych stadiach zaawansowania w okresie i na terenie realizacji projektu.

Dodatkowo przewiduje się efekty odległe w czasie, które są ponadto trudno mierzalne:
- W perspektywie minimum dekady od rozpoczęcia realizacji Programu, poprawa odsetka przeżyć 5-letnich u pacjentów z nowotworami skóry (w tym czerniakiem).
- Skrócenie czasu pobytu w szpitalu i całego okresu leczenia osoby z nowotworem skóry.

---

[9] American Cancer Society zaleca dokładne badanie skóry co 3 lata u osób w wieku od 20 do 40 lat oraz corocznie powyżej 40 roku życia. Polski Komitet Zwalczania Raka zaleca coroczne fizykalne badanie lekarskie u osób po 14 roku życia oraz propagowanie samobadania skóry. Źródło: http://www.e-onkologia.am.wroc.pl/docs/CZERNIAK%20I%20INNE%20NOWOTWORY%20SKORY.pdf

- Liczba uratowanych istnień ludzkich - sposób monetaryzacji efektu: Efekt oszacowano posługując się zakładaną liczbą uratowanych pacjentów. Zakłada się, że realizacja projektu pozwoli zwiększyć szanse przeżycia pacjentów, u których zdiagnozowano we wczesnym etapie zmiany nowotworowe skóry lub poprzez zabieg usunięcia znamienia zapobiegnie się nowotworowi. Założono, że w okresie roku liczba uratowanych pacjentów będzie wynosić 2. W związku z powyższym, w celu prezentacji efektu ekonomicznego w tej części analizy posłużono się wskaźnikiem PKB na mieszkańca. Wskaźnik ten, liczony jako wartość dodana wypracowaną przez całą gospodarkę w ciągu roku przypadająca na jednego mieszkańca, jest więc uśrednioną miara „możliwości produkcyjnych" jednego mieszkańca (niezależnie od tego czy faktycznie wypracowuje PKB, czy też nie). Jako taki wydaje się najbardziej odpowiednią i najbardziej obiektywną miarą, jaką można wykorzystać. Pozwala on umownie wyrazić „wartość" ludzkiego życia bez wprowadzania dodatkowych założeń, których doprecyzowanie byłoby – jak wyjaśniono wyżej – niemożliwe Dla oszacowania korzyści w ujęciu pieniężnym posłużono się wskaźnikiem PKB na jednego mieszkańca w roku 2015 (26 210,00 USD (http: //statisticstimes.com/economy/projected-world-gdp-capita-ranking.php)). Do przewalutowania przyjęto średni kurs NBP z ostatnich 6 miesięcy (4,03 PLN). Docelowo szacowane korzyści wyniosą około 650 tys. zł. W przedmiotowym wyliczeniu nie jest brany pod uwagę koszt leczenia pacjenta z późno wykrytym nowotworem, a tylko utrata jego możliwej produktywności. W przypadku leczenia lekami Wemurafenib (Zelboraf - w tabletkach), który pacjent mógłby zażywać w domu, oraz yervoy (w zastrzykach) koszty są znaczące, gdyż terapia miesięczna Wemurafenib (Zelboraf) kosztuje około 30 tys. zł, drugim lekiem - ponad 300 tys. zł. Roczne leczenie drugim lekiem kosztuje ok. 1,2 mln złotych.
- Uniknięcie spadku aktywności zawodowej osób w wyniku nowotworów skóry - sposób monetaryzacji efektu: W ramach analizy przyjęto, że ok. 8% pacjentów (w związku z wykryciem zmian skórnych na wcześniejszym etapie) będzie mogła wcześniej wrócić do aktywności zawodowej. Okres skrócenia czasu braku aktywności zawodowej założono na poziomie 15 dni w ciągu roku (co stanowi około 4% wszystkich dni w roku, tj. 26 210 USD razy 4% daje 105 USD razy kurs 4,03 daje ok. 423 zł). W celu kalkulacji efektu posłużono się wskaźnikiem PKB per capita, który został opisany powyżej (4300 osób przebadanych x 8% x 423 zł co daje około 145.000 zł).

3.4 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

a. Liczba osób, współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które **zostały przeszkolone** z zakresu wdrażania programu profilaktycznego (w zakresie diagnostyki i wykrywania nowotworów skóry) – co najmniej **815,**
b. Liczba osób, współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które dzięki EFS **podnieśli swoje kompetencje** z zakresu wdrażania programu profilaktycznego (w zakresie diagnostyki i wykrywania nowotworów skóry) – co najmniej **692,**
c. Liczba edukacyjnych wydarzeń masowych/eventów/kampanii lokalnych zrealizowanych, w szczególności (aczkolwiek nie wyłącznie) w słoneczne dni letnie w miejscu opalania się - co najmniej po 2 w każdym województwie,
d. Liczba osób przeszkolonych z zakresu profilaktyki nowotworów skóry w okresie trwania programu/projektu co najmniej **4300** *(w programie będzie dążyć się do jak największej zgłaszalności i do jak największej liczby usług medycznych),*
e. Odsetek uczestników projektu/programu deklarujących wzrost wiedzy o nowotworach skóry, w szczególności w zakresie samoobserwacji i umiejętności wykorzystania nowoczesnych technologii do samoobserwacji - co najmniej 80% (miernik weryfikowany za pomocą ankiety),
f. Odsetek uczestników projektu/programu ze zdiagnozowanymi zmianami, które zakwalifikowano do usunięcia znamienia w okresie trwania programu/projektu - około 8% z liczby osób przebadanych[10]

[10] Oszacowano na podstawie danych www.stwoczerniak.pl gdzie wskazano, że spośród 6650 przebadanych osób zdecydowano o usunięciu 811 znamion (zakładać należy możliwość usunięcia kilku znamion u jednej osoby). Badania współfinansowano ze środków Miasta Poznania.

g. Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS – co najmniej **4300** *(w programie będzie dążyć się do jak największej zgłaszalności i do jak największej liczby usług medycznych),*
h. Odsetek liczby osób biorących udział w programie/projekcie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do programu.

IV Adresaci programu

4.1 Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Grupa 1 – w zakresie edukacji: lekarze POZ, specjaliści w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatorzy zdrowotni (funkcję ta mogą pełnić również pielęgniarki, absolwenci adekwatnych studiów medycznych), dermatolodzy, onkolodzy
Grupa 2 – w zakresie edukacji:
grupa docelowa pacjentów, tj. osoby aktywne zawodowo, tj. osoby w wieku 15-64 lata, lub starsze pod warunkiem że są nadal aktywne zawodowo.
Grupa 3 – w zakresie badań przesiewowych:
a) osoby w wieku 50-64,
b) osoby w wieku 15-49 będą mogły otrzymać wsparcie w przypadku jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion,
c) osoby po 65 r. ż. pod warunkiem że są nadal aktywne zawodowo będą mogły otrzymać wsparcie w przypadku występowania czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion,

Zgodnie z informacjami statystycznymi Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 30-09-2017 r. w Polsce liczba praktykujących lekarzy w dziedzinie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych oraz pediatrii wynosiła 36 760 lekarzy. Natomiast zgodnie z raportem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w 2016 r. liczba pielęgniarek (które obok innych zawodów mogą pełnić funkcję specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatorów zdrowotnych) w Polsce zgłoszonych do realizacji umów na realizację świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej wynosiła 38 161. Program w zakresie szkoleń i edukacji będzie skierowany do lekarzy POZ oraz edukatorów zdrowotnych, zatrudnionych w jednostkach, które podpiszą umowę współpracy z realizatorem programu. Ponadto warto podkreślić, że liczba praktykujących specjalistów w zakresie dermatologii i wenerologii wynosiła 1 874, a liczba onkologów 866 (stan na dzień 30-09-2017 r.)
Zakłada się przeszkolenie co najmniej 1002 osób, współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej.

Opierając się na danych GUS[11] osoby w wieku 50-64 w Polsce stanowią 8.080.054 osób. Osoby z tej grupy będą mogły przystąpić do programu w zakresie uzyskania badania dermatoskopowego (wideodermatoskopowego). Dodatkowo w przypadku **jasnych zaleceń lekarza** związanych z występowania niepokojących znamion bądź czynników ryzyka zachorowania wsparcie będą mogły otrzymać osoby w wieku 15-49 oraz po 65 r. ż, gdy są nadal aktywne zawodowo. Ponadto część edukacyjna będzie kierowana do wszystkich osób aktywnych zawodowo. Działania edukacyjne będą w szczególności (aczkolwiek nie wyłącznie) skierowane do grup najbardziej narażonych, tj. zgodnie z zaleceniami National Health Service[12] osób u których w rodzinie były przypadki nowotworów skóry, osób które mają jasną karnację i nie opalają się łatwo, mają wiele piegów, miały wcześniej uszkodzenia skóry spowodowane poparzeniami słonecznymi lub radioterapią, osoby z osłabionym systemem immunologicznym spowodowanym przyjmowanymi lekami lub HIV/AIDS.

[11] Stańczak J i wsp.: Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2015 r. Stan w dniu 31 XII. Warszawa 2016r. Zakład Wydawnictw Statystycznych

[12] http://www.nhs.uk/Conditions/Malignant-melanoma/Pages/Causes.aspx

4.2 Tryb zapraszania do programu.

Informacja o realizacji programu będzie ogólnodostępna - dystrybuowana będzie przez realizatora projektu. Każdy z realizatorów wybranych w naborze konkursowym będzie informował o projekcie i możliwości otrzymania wsparcia na stronie internetowej. Informacja o projekcie będzie dostępna w szczególności w placówkach POZ, które będą brały udział w projekcie. Ponadto lekarze i pielęgniarki POZ będą przekazywać przedmiotowe informacje pacjentom przychodzącym do POZ. Każdy będzie mógł się zgłosić do lekarza specjalisty lub lekarza POZ po świadczenie.

Dodatkowo informacja o możliwości otrzymania wsparcia (badanie przesiewowe jak i edukacja) będzie rozpowszechniana wraz z organizacją eventów/wydarzeń edukacyjnych - na terenie na którym eventy będą miały miejsce.

Badania dermatoskopowe wykonywane będą również w godzinach popołudniowych i wieczornych, co przyczyni się do zmniejszenia barier w dostępie do badań profilaktycznych dla osób pracujących.

W związku z ograniczeniami budżetowymi ilość osób, które otrzymają wsparcie będzie ograniczona. Z tego względu o możliwości otrzymania usługi będzie decydować kolejność zgłoszeń.

V Organizacja programu

5.1 Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Przygotowanie i ogłoszenie procedury naboru konkursowego na realizatorów programu polityki zdrowotnej. Program będzie realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój. Alokacja na konkurs została zaplanowana w wysokości 15 mln zł. W ramach ogłoszonego przez Ministerstwo Zdrowia konkursu wybrani zostaną Realizatorzy programu.

Na początku realizacji programu, doprecyzowane zostaną treści materiałów edukacyjno-informacyjnych, których zarys przedstawiony jest w niniejszym programie. Następnie przeprowadzona zostanie kampania rekrutacyjno - edukacyjna podczas, której będzie przekazywane zaproszenie do uczestnictwa w programie.

Edukacja pacjentów będzie skupiać się na 2 głównych obszarach:

1. Działaniach zapobiegającym nowotworowi (w zakresie zaleceń WHO dot. ekspozycji na promieniowanie UV),
2. Wiedzy o samokontroli w zakresie zmian skórnych oraz możliwościach wykorzystania do tego nowoczesnych technologii (np. aplikacji na smartfon).

Równolegle rozpocznie się organizacja edukacyjnych wydarzeń/eventów, podczas których oprócz edukacji w obu ww. zakresach możliwe będzie zbadanie niepokojących znamion skórnych (badanie dermatologiczne z oceną dermatoskopową/wideodermatoskopową).

Następnie rozpocznie się realizacja edukacji indywidualnych osób wraz z przesiewowym badaniem prowadzonym przez ośrodki POZ.

Na bieżąco prowadzony będzie monitoring programu

5.2 Planowane interwencje

<u>Edukacja kadry medycznej:</u>
Lekarze POZ będą edukowani przez lekarzy dermatologów zapewnionych przez realizatora programu w zakresie diagnostyki skóry możliwej do prowadzenia na poziomie POZ oraz czynników ryzyka nowotworów. Kursy będą przygotowane przez specjalistów w zakresie nowotworów skóry zawierały przedstawienie przykładów klinicznych znamion czerniaka i innych nowotworów skóry. Przekazywana będzie wiedza dot. typów skóry oraz kwestii ilości znamion barwnikowych na skórze danego pacjenta etc., które stwarzają większe ryzyko nowotworów skóry. Kształcenie powinno trwać łącznie co najmniej

14 godzin. Zaleca się przeprowadzenie kolejnego szkolenia po okresie ok. pół roku dla przeszkolonych już lekarzy POZ. Dopuszczalne będzie także prowadzenie szkoleń dla lekarzy POZ z zakresu przeprowadzania badań dermatoskopowych.

Możliwe będzie również dokształcanie specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatorów zdrowotnych (w tym pielęgniarek pełniących takie funkcje) w tematyce programu profilaktycznego.

Przedstawione zostaną informacje odnośnie reguły ABCDE - Freidmana i Rigela. Dodatkowo przekazywana będzie informacja o innych algorytmach stosowanych w diagnostyce czerniaka: „Analiza wzorca", „Siedmiopunktowa lista kontrolna", „CASH", „Menzies".

Poruszane będą również tematy:

Zasady opieki nad chorymi na nowotwory skóry po zakończeniu leczenia.

Zasady kierowania chorych do ośrodków specjalistycznych.

Edukacja lekarzy odwoływać się będzie m. in. do publikacji „Złośliwe nowotwory skóry - praktyczny przewodnik dla lekarzy" pod redakcją M. Krzakowskiego, J. Jassem, P. Rutkowski, Gdańsk 2011, dostępnej tu: http://www.akademiaczerniaka.pl/dla-lekarzy/materialy-do-pobrania/zlosliwe-nowotwory-skory-praktyczny-przewodnik-dla-lekarzy/

Edukacja prozdrowotna grupy docelowej

Edukacja pacjentów będzie skupiać się na 2 głównych obszarach:
1. działaniach zapobiegającym nowotworowi (w zakresie zaleceń WHO dot. ekspozycji na promieniowanie UV),

2. Wiedzy o samokontroli w zakresie zmian skórnych oraz możliwościach wykorzystania do tego nowoczesnych technologii (np. aplikacji na smartfon). Przekazywana będzie informacja, że istnieją aplikacje (np. „Wykryjraka", „DermoApp", „Dermocheck", „SkinCheck", „Skin Vision") na smartfon posiadające możliwość swoistego sprawdzenia znamion poprzez zrobienie im zdjęcia i analizę go przez aplikację (należy podkreślać, że nie jest to diagnoza lekarska, a jedynie narzędzie wspomagające samokontrolę). Następnie pacjent może w aplikacji ustawić przypominanie, aby po upływie określonego czasu, np. za 2 m-ce ponownie zrobić zdjęcie znamienia i porównać czy ono się nie zmienia, a w przypadku zmian uznać to za podstawę do udania się na konsultację lekarską.

Występują również aplikacje (np. „FotoSkin"), w których można określić swój „skin phototype" czyli fototyp skóry i jej stopień narażenia na prawdopodobieństwo wystąpienia zmian nowotworowych. W ramach niektórych aplikacji możliwe jest również wykonanie sobie testu „actinic damage" czyli rogowacenia słonecznego, co może pomóc w zwiększeniu świadomości co do konieczności prowadzenia systematycznej samokontroli skóry.

Aplikacje dotyczące nowotworów skóry zawierają również komponent edukacyjny dot. profilaktyki i zapobiegania na co będzie zwracana uwaga podczas realizacji programu.

Przekazana zostanie również informacja o istniejących stronach internetowych i aplikacjach na smartfony na których można sprawdzić aktualny Indeks UV, np. http://www.pogodynka.pl/indeksuv bądź aplikacja „World UV". Taka wiedza powinna przyczynić się do ograniczenia zbytniej ekspozycji na promieniowanie UV w wybrane dni.

W zależności od decyzji i doświadczenia ekspertów możliwe będzie również przekazanie wiedzy o interaktywnym plastrze UV nazwanym „Mój plaster UV". Jest to plaster, który (przy pomocy aplikacji na smartfon) podpowie, jak długo możemy bezpiecznie przebywać na słońcu. Na chwilę obecną, tj. połowę 2017 r. produkt jest dostępny za darmo na stronie internetowej http://www.laroche-posay.pl/artyku%C5%82/Zostan-Skin-Checkerem/a27290.aspx

Wraz z informacjami o istniejących aplikacjach i innych pomocnych narzędziach informatycznych podkreślane będzie, że nie jest to właściwa diagnoza, a jedynie narzędzia pomocne przy edukacji i samokontroli.

Działania edukacyjne w profilaktyce nowotworów skóry będą poruszać kwestię samoobserwacji zmian skórnych oraz możliwości wykorzystania do tego celu nowoczesnych technologii (aplikacji na smartfony). Przekazanie wiedzy odnośnie reguły ABCDE - Freidmana i Rigela.
W związku z powyższym będzie zachęcać się odbiorców programu do zapoznania się ze stanem swojej skóry (w tym skóry narażonej na nadmierną ekspozycję słoneczną), jak również do zwracania uwagi na występujące na niej zmiany oraz konsultowania tych zmian z lekarzem.

W miarę możliwości wspierane będą działania mające na celu poprawę profilaktyki nowotworów skóry przez pracodawców w ramach bezpieczeństwa i higieny pracy.

Edukacja będzie prowadzona przez specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatorów zdrowotnych (którymi mogą być również m. in.: pielęgniarki, lekarzy POZ i inni). Prowadzona będzie podczas wizyty w podmiotach POZ.
Edukacja będzie odbywać się również podczas edukacyjnych wydarzeń/eventów/kampanii profilaktycznych, w szczególności, choć nie wyłącznie, terminach i miejscach, gdzie ludzie zażywają kąpieli słonecznych. W przypadku wydarzeń masowych/eventów edukacja i promocja może być realizowana przez specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatorów zdrowotnych posiadających stosowne kwalifikacje, np. absolwentów adekwatnych studiów, w tym studiów podyplomowych na kierunku zdrowie publiczne lub promocja zdrowia.
W odniesieniu do działań edukacyjnych i eventów 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 wydawane osobom, które wezmą udział w panelu edukacyjnym/szkoleniu podczas eventu.

Edukacja odwoływać się będzie również do informacji zawartych na portalu www.programedukacjionkologicznej.pl m. in. do publikacji z 2014 „Co warto wiedzieć. Rak skóry czerniak i znamiona skóry", opracowanej przy udziale National Cancer Institute of United States, Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Curie Skłodowskiej w Warszawie oraz Fundacji Tam i z Powrotem. Pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Ministra Edukacji Narodowej, Polskiej Unii Onkologii, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Publikacja dostępna jest tu: http://www.sarcoma.pl/pliki/Inicjatywy/2014PEOCWWrak-skory.pdf

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,
- możliwe 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, ocienione place zabaw, unikanie przebywania na słońcu w godzinach popołudniowych),
- w przypadku Solar UV Index (wskaźnik słonecznego promieniowania UV) powyżej 3 - stosowanie rozległej profilaktyki przeciwsłonecznej.

Osoby będące w grupach ryzyka zachorowania na nowotwór skóry będą wyedukowani w kierunku konieczności wykonywania regularnego samobadania skóry (zalecane raz w miesiącu) oraz konsultowania swojego stanu skóry na regularnych wizytach specjalistycznych.

Komponent dotyczący badań przesiewowych *(schemat poniżej opisanych 3 ścieżek przystąpienia pacjenta do programu znajduje się na końcu programu)***.**

Występują 3 równoległe ścieżki dotarcia do zasadniczego badania przesiewowego, tj. badania dermatoskopem lub wieodermatoskopem:

1. **Ścieżka dłuższa** (najpierw wizyta w POZ i potem w uzasadnionych przypadkach u specjalisty – przejście do punktu 2):

Wypełnienie „Karty objawów" przez lekarza POZ - stanowiącej załącznik nr 1.
Możliwe do wykorzystania są algorytmy stosowane w diagnostyce czerniaka: „ABCDE" „Analiza wzorca", „Siedmiopunktowa lista kontrolna", „CASH", „Menzies".

konsultacje z lekarzem POZ

Lekarz POZ na podstawie reguły ABCDE będzie badał poszczególne zmiany.
-dokładny wywiad medyczny: np. historia rodzinna na złośliwe nowotwory skóry, przebyty nowotwór skóry, etc.
-szczegółowe badanie skóry całego ciała.
- w przypadku wykrycia niepokojących zmian lekarz POZ może wykonać badanie dermatoskopowe (jeśli posiada adekwatne przeszkolenie) lub będzie kierował do lekarza specjalisty na takie badanie.

Do badania przesiewowego będą mogły przystąpić oraz zostać zaproszone wszystkie osoby w wieku 50-64 lat. Dodatkowo w przypadku **jasnych zaleceń lekarza** związanych z występowaniem niepokojących znamion bądź czynników ryzyka zachorowania wsparcie będą mogły otrzymać osoby w wieku 15-49 oraz po 65 r. ż, gdy są nadal aktywne zawodowo. W szczególności na poziomie POZ przy zapraszaniu osób do udziału w programie pod uwagę będzie brane, czy dana osoba jest narażona/styka się z co najmniej jednym z poniżej wskazanych czynników ryzyka:

Czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory skóry	
Czynniki genetyczne	- zespół znamiom atypowych (FAMS, familial atypical nevi syndrome) - zaburzenia genetyczne w chromosomach: 1p36, 6q, 7q31, 9p21, 10q23, 11q23; zaburzenia genów p16/CDK4, p14 i p53 - występowanie czerniaka w rodzinie: W pierwszym pokoleniu (zwiększenia ryzyka około 200-krotnie), • Około 2-4% rejestrowanych czerniaków skóry - rodzinne zachorowania na nowotwory
Czynniki środowiskowe	- promieniowanie ultrafioletowe (UVA, UVB) - ekspozycja na substancje chemiczne - promieniowanie jonizujące
Choroby ułatwiające	- immunosupresja (np. transplantacje, chłoniaki) - zmiany stanu hormonalnego - przewlekłe zakażenia (w tym HPV 16 i 18)

Dodatkowo przy identyfikacji grup wysokiego ryzyka będzie oparta także na wieku i płaci pacjenta, historii wcześniejszego czerniaka lub nowotworu skóry nie czerniakowego, liczba znamion (zwykłych i atypowych), historia czerniaka w wywiadzie rodzinnym, koloryt skóry i włosów, reakcja skóry na ekspozycję słoneczną.

2.
Badanie u specjalisty będzie oferowane każdej osobie, która zostanie skierowana przez lekarza POZ. Jeżeli dany specjalista będzie posiadał wideodermatoskop lub zostanie umożliwione jego zakupienie w ramach programu wykonywane będzie badanie wideodermatoskopowe jako bardziej czułe oraz umożliwiające porównywanie znamion w czasie. W przypadku braku wideodermatoskopu wykonywane będzie badanie dermatoskopowe. Niedopuszczalne będzie wykonywanie obu badań jednej osobie.
Przedmiotowe badania będą dostępne również podczas wydarzeń/eventów edukacyjnych.

a) **Badanie dermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty** (dermatologa lub onkologa - jeśli posiada ukończone kursy w tym zakresie) - W pierwszej kolejności nanosi się

płyn kontaktowy (olej, żel do ultrasonografii) na dana zmianę skórną, który służy do ograniczenia odbicia światła oraz rozpraszanie światła. Urządzeniem używanym przez lekarza, jest dermatoskop, czyli połączenie lupy o powiększeniu 10-20× z wystandaryzowanym źródłem światła, co pozwala uzyskiwać wystandaryzowane obrazy. Światło spolaryzowane stosowane w dermatoskopie wnika w skórę co sprawia, że struktury położone głębiej stają się widoczne. Odbywa się równocześnie konsultacja z lekarzem:
- dokładny wywiad medyczny: np. historia rodzinna na złośliwe nowotwory skóry, przebyty nowotwór skóry, etc.
- szczegółowe badanie skóry całego ciała

Porada zawiera element omówienia przeprowadzonego badania. Po badaniu pacjent otrzyma informację, czy wykryto u niego zmiany podejrzane, oraz jak powinien postępować z wybranymi zmianami skórnymi. W zakresie diagnostyki zmian skórnych jak i omówienia wyników badań z pacjentem możliwe będzie wykorzystania, zgodnie z obowiązującym prawem, narzędzi **telemedycyny**.

Istnieją specjalne szkolenia z zakresu obsługi dermatoskopu stanowiące zasadnicza kwestie, na których jest omawiana lista dermatoskopowych kryteriów. Aby osiągnąć pewien poziom biegłości, niezbędna jest stała praktyka oraz możliwość regularnego korzystania z metody.

b) Badanie wideodermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty (dermatologa lub onkologa - jeśli posiada ukończone kursy w tym zakresie) - Urządzeniem używanym przez lekarza, jest wideodermatoskop, który daje większą niż dermatoskop ręczny możliwość powiększenia: 70-krotnego lub nawet 100-krotnego. Dodatkową zaletą wideodermatoskopów jest możliwość rejestracji obrazu na nośniku cyfrowym i przez to monitorowanie ewolucji zmian skórnych. Do badania konieczne jest posiadanie programu komputerowego sprzężonego z wideodermatoskopem. Oprogramowanie wideodermaskopu powinno mieć możliwość wskazywania stawek barwnikowych znamion i wyświetlania ich charakterystyki (rozmiar, kolor, symetria itp.) na ekranie.

Odbywa się równocześnie konsultacja z lekarzem:
- dokładny wywiad medyczny: np. historia rodzinna na złośliwe nowotwory skóry, przebyty nowotwór skóry, etc.
- szczegółowe badanie skóry całego ciała.

Porada zawiera element omówienia przeprowadzonego badania. Po badaniu pacjent otrzyma informację, czy wykryto u niego zmiany podejrzane, oraz jak powinien postępować z wybranymi zmianami skórnymi. W zakresie diagnostyki zmian skórnych jak i omówienia wyników badań z pacjentem możliwe będzie wykorzystania, zgodnie z obowiązującym prawem, narzędzi **telemedycyny**.

Wideodermatoskopia jest oparta na tej samej zasadzie, co dermatoskopia. Różni się jedynie możliwością odtworzenia obrazu dermatoskopowego na ekranie komputera. Jest bardziej precyzyjna niż zwykła dermatoskopia. Podstawową zaletą nowych systemów wideodermatoskopowych jest możliwość zapisania obrazu w formie elektronicznej i ocena przy kolejnym badaniu kontrolnym, czy znamię barwnikowe uległo zmianie w okresie między badaniami. W zakresie diagnostyki zmian skórnych możliwe będzie wykorzystania, zgodnie z obowiązującym prawem, narzędzi **telemedycyny.**

W związku z wyżej opisanymi zaletami wideodermatoskopu, w regulaminie naboru konkursowego w ramach PO WER zostanie zdefiniowane czy możliwy jest zakup wideodermatoskopu w ramach realizacji programu profilaktycznego.

3. **Ścieżka „eventowa”** - osoba będąc uczestnikiem eventu/wydarzenia edukacyjnego w miejscu publicznym będzie mogła skorzystać z badania dermatoskopowego/wideodermatoskopowego., gdyż zapewniona zostanie taka możliwość przez organizatora. W miejscach udzielania świadczeń zostanie zapewnione bezpieczeństwo oraz wymagany prawem standard udzielania świadczeń medycznych. Event/wydarzenie będzie mogło być zorganizowane przez realizatora projektu lub być elementem innego, większego wydarzenia (np. pikniku naukowego, czy koncertu plenerowego). Podczas takiego wydarzenia ogólnodostępne dla wszystkich zainteresowanych będą materiały

edukacyjne w zakresie profilaktyki nowotworów skóry (np. załącznik nr 3). Do badania dermatologicznego/wideodermatologicznego będą zapraszane w szczególności osoby w wieku 50-64. Dodatkowo w przypadku jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem niepokojących znamion **bądź czynników ryzyka** zachorowania wsparcie będą mogły otrzymać osoby w wieku 15-49 oraz po 65 r. ż, gdy są nadal aktywne zawodowo. Po badaniu pacjenci otrzymają również informacje o czynnikach ryzyka i metodach zapobiegania nowotworom skóry.

5.3 Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/do poszczególnych etapów programu

Rekrutacja będzie otwarta i powszechna, co oznacza, że swój udział będzie mogła zgłosić każda osoba spełniająca kryteria programu.

Program zdrowotny ma charakter otwarty. Jedynym kryterium włączenia do edukacji w programie jest aktywność zawodowa osoby w wieku – 15 – 64 lata, lub starsze pod warunkiem że są nadal aktywne zawodowo. Do badania przesiewowego będą mogły przystąpić osoby wyrażające taką wolę.
Do badań przesiewowych (dermatoskopii/ wideodermatoskopii) będą mogły przystąpić osoby w wieku 50-64 lata lub starsze pod warunkiem że są nadal aktywne zawodowo. W przypadku jasnych zaleceń lekarza takie badanie przesiewowe będzie mogło być wykonane dla osób w wieku 15-49 lat.

Zaplanowane zostały **2 równoległe ścieżki przystąpienia do programu** (zobrazowane na załączonej grafice):

1. Dłuższa - pacjenci mogą zgłaszać się lub być zapraszani do programu poprzez POZ-y, który będą miały podpisaną umowę współpracy z Realizatorem programu;
2. Podczas eventów - bez umawiania się, podczas edukacyjnych wydarzeń/eventów/kampanii profilaktycznych realizowanych przez realizatora (w szczególności choć nie wyłącznie w miejscach publicznych, gdzie zażywa się kąpieli słonecznych).

Dana osoba będzie mogła tylko raz skorzystać ze wsparcia w postaci badania przesiewowego.
Programem nie mogą być objęte osoby z już zdiagnozowanym nowotworem skóry.

5.4 Zasady udzielania świadczeń w ramach programu.

Udział w świadczeniach w ramach programu będzie dobrowolny i bezpłatny dla osób, które otrzymają zaproszenie lub zgłoszą się na konsultację dermatologiczną wraz z badaniem dermatoskopowym/wideodermatoskopowym bez konieczności posiadania skierowania. Świadczenia udzielane będą do wyczerpania środków w programie.

a) Na poziomie POZ

Realizacja programu profilaktyki wtórnej prowadzona będzie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia w POZ powinny być udzielane w taki sposób, aby zapewnić do nich dostęp w godzinach 8-18, co najmniej 2 razy w tygodniu. Dodatkowo sugeruje się, aby realizatorzy przewidzieli, w miarę możliwości, dostęp w soboty (co najmniej jedna sobota w miesiącu).

b) Na poziomie specjalisty

Badania dermatoskopowe będą wykonywane przez dermatologa lub onkologa (jeśli onkolog posiada ukończone kursy w zakresie dermatoskopii lub wideodermatoskopii). Świadczenia w zakresie badań dermatoskopowych powinny być udzielane w taki sposób, aby zapewnić do nich dostęp w godzinach 8-18, co najmniej 2 razy w tygodniu. Dodatkowo sugeruje się, aby realizatorzy przewidzieli, w miarę możliwości, dostęp w soboty (co najmniej jedna sobota w miesiącu).

c) Podczas eventów

Świadczenia będą mogły być udzielane również podczas edukacyjnych wydarzeń/eventów/kampanii profilaktycznych, które będą organizowane, w szczególności choć nie wyłącznie, miesiącach letnich oraz ewentualnie w ciepłych miesiącach jesiennych i wiosennych w dni słoneczne w miejscach, gdzie ludzie zażywają kąpieli słonecznych. Co najmniej połowa eventów edukacyjnych przygotowanych przez danego realizatora musi odbyć się poza powiatem, gdzie ma on siedzibę.

5.5 Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi.

Działania diagnostyczne będą stanowić zwiększenie dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, do których dostęp jest uzależniony od skierowania od lekarza POZ. Dyżury dermatologiczne w programie będą realizowane w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w postaci konsultacji weekendowych w ramach eventów/wydarzeń edukacyjnych. Dodatkowo szkolenie lekarzy POZ z zakresu reguły ABCDE zwiększy wiedzę i świadomość tej grupy zawodowej co przyczyni się do poprawy udzielanych przez nich świadczeń także w ramach świadczeń które finansuje płatnik publiczny.

Program wspiera aktualnie dostępne świadczenia. W przypadku potwierdzenia rozpoznania nowotworu skóry lub konieczności usunięcia zmian skórnych zalecone zostanie leczenie/zabieg w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków płatnika publicznego. Osobie biorącej udział w programie zostaną przekazane wszelkie dane co do dalszego postępowania raz ośrodków, które udzielają świadczeń niezbędnych dla danej osoby. Zalecone będzie monitorowanie przebiegu leczenia chorych ustalonego przez specjalistów.

Warunki konieczne do realizacji diagnostycznych pakietów onkologicznych określono w załączniku 5c do Zarządzenia nr 62/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
Nowotwory skóry - czerniak, diagnostyka wstępna oznaczona została kodem 5.32.00.0000021. Przypisane są do niej świadczenia w zakresie onkologii, chirurgii onkologicznej, dermatologii i wenerologii, chirurgii ogólnej. Z kolei diagnostyka pogłębiona oznaczona jest kodem 5.33.00.0000011. Z zakresami świadczeń onkologii, chirurgii onkologicznej, dermatologii i wenerologii, chirurgii ogólnej. Dla każdej zrealizowanej procedury ICD-9, konieczne jest spełnienie warunków realizacji określonych w Rozporządzeniu AOS. Przy rozliczaniu pakietów, jednym z nieodzownych warunków jest wykazanie w raporcie statystycznym zrealizowanych istotnych procedur medycznych według ICD-9. Istotne procedury wskazane są w załączniku 5c do ww. Zarządzenia.

Od stycznia 2017 r. obowiązuje ujednolicony program lekowy: „Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych (ICD-10 C43)" - załącznik B.59.
Wprowadzono również program: „Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem (ICD-10 C44)" - załącznik B.88 oraz „Leczenie czerniaka skóry (ICD-10 C43)" - załącznik B.48.
Źródło danych dot. programów lekowych: www.mz.gov.pl – Programy lekowe W opisie zakresu świadczenia gwarantowanego programów lekowych wskazane są kryteria kwalifikacji pacjenta do leczenia, kryteria wyłączenia z programu, schemat dawkowania leków, oraz sposób podawania leków, wykaz badań diagnostycznych wykonywanych przy kwalifikacji pacjenta do programu oraz koniecznych do monitorowania leczenia.

5.6 Spójność merytoryczna i organizacyjna

Program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w ust. 1 Ustawy o świadczeniach, realizowanymi przez właściwych Ministrów oraz NFZ.

5.7 Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu.

W przypadku potwierdzenia rozpoznania nowotworu skóry lub konieczności usunięcia zmian skórnych zalecone zostanie leczenie/zabieg w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków płatnika publicznego. Zalecone będzie monitorowanie przebiegu leczenia chorych ustalonego przez specjalistów. Pacjent kierowany będzie do stałej dalszej obserwacji w POZ. W ramach prowadzonego Programu uczestnicy mają możliwość zakończenia udziału na każdym etapie programu i leczenia. Program winien się charakteryzować transparentnością i dostępnością informacji na każdym etapie leczenia, zarówno lekarza rodzinnego, jak i specjalisty.
Każdy pacjent uczestniczący 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.

5.8 Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Interwencja informacyjna i szkoleniowo-edukacyjna związana z realizacją Programu nie niesie ze sobą ryzyka zdrowotnego i nie stanowi problemu z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego. Za opracowanie merytoryczne materiałów informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, odpowiedzialni będą pracownicy posiadający co najmniej stopnień naukowy doktora oraz udokumentowany dorobek naukowy z dziedziny projektu.

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[13]. 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 szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
Bezpieczeństwo danych medycznych, które są danymi szczególnie wrażliwymi, należeć będzie do realizatora, który odpowiedzialny będzie za administrowanie bezpieczeństwem informacji oraz będzie pełnił rolę Administratora Bezpieczeństwa Systemów Informatycznych.

Wszystkie dane osobowe pozyskane w trakcie realizacji programu będą przetwarzane zgodnie z art. 24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

---

[13] Kamińska-Winciorek G., Śpiewak R. Podstawy dermoskopii zmian melanocytowych dla początkujących. Postępy Hig Med Dosw., 2011; 65: 501-508.

5.9 *Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu.*

Realizatorzy części logistyczno-administracyjnej programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu.
Szczegółowe kwestie zostaną określone w regulaminie naboru konkursowego. Na tym etapie zakłada się (może to ulec modyfikacji w regulaminie naboru), że projektodawcą może być uczelnia medyczna działająca w oparciu o ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym lub instytut badawczy uczestniczący w systemie ochrony zdrowia działający w oparciu o ustawę z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych lub podmiot leczniczy: posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej łącznie w rodzaju leczenie szpitalne oraz w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie kompleksowego leczenia onkologicznego, zatrudniający (bez względu na formę zatrudnienia) co najmniej jednego pracownika naukowego (posiadającego co najmniej tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych).

Personel medyczny będzie musiał spełniać następujące warunki:

a) Lekarz dermatolog, onkolog lub chirurga onkolog znający kryteria ABCDE;
b) Lekarz POZ znający lub przeszkolony w programie z zakresu reguły ABCDE. W pierwszej kolejności wybierani będą lekarze, którzy mają doświadczenie w edukowaniu pacjentów z zakresu profilaktyki.
c) Specjalista w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/Edukator zdrowotny (funkcję taką może pełnić również: lekarz lub pielęgniarka lub np. absolwentów studiów, w tym studiów podyplomowych na kierunku zdrowie publiczne lub promocja zdrowia) znający regułę ABCDE oraz czynniki ryzyka nowotworów skóry. Znający i potrafiący wyedukować pacjentów w zakresie zaleceń WHO dotyczących ekspozycji na promieniowanie UV (słońce, solaria). W pierwszej kolejności wybierani będą specjaliści, którzy mają doświadczenie w edukowaniu pacjentów z zakresu profilaktyki.

5.10 *Dowody skuteczności planowanych działań.*

Zgodnie z zapisami *Opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 43/2014 z dnia 7 kwietnia 2014 r.:* pacjenci z grupy bardzo wysokiego ryzyka powinni zostać zidentyfikowani przez pracowników podstawowej opieki zdrowotnej a następnie poddani badaniu fizykalnemu całego ciała przez lekarza dermatologa lub wykwalifikowanego lekarza innej specjalizacji jako coroczne badanie podstawowe. Powinni zostać także wyedukowani w kierunku samobadania skóry ciała i profilaktyki nowotworów skóry przez świadczeniodawcę (lekarza, pielęgniarkę). Zgodnie z wyżej zacytowanymi sugestiami został zaplanowany przedmiotowy program.

Analiza efektywności ogólnokrajowego badania przesiewowego populacyjnego w kierunku nowotworów skóry prowadzonego w Niemczech w 2008 wykazała, że pomimo, iż nie miał on istotnego wpływu na śmiertelność z powodu czerniaka, jest on skuteczny pod względem wyższej częstości diagnozowania nowotworów złośliwych skóry, a tym samym może przyczynić się do poprawy wczesnego wykrywania raka skóry14. Powyższe oraz inne badania naukowe wskazują, że **nie ma podstaw do odrzucenia badań przesiewowych w kierunku nowotworów skóry**[15].

---

14 Kaiser M, Schiller J, Schreckenberger Ch. The effectiveness of a population-based skin cancer screening program: evidence from Germany Eur J Health Econ. 2017; (ISSN: 1618-7601).

15 Stanowisko dot. braku podstaw do odrzucenia badań przesiewowych w nowotworach skóry:

https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/skin-cancer-screening
https://www.guideline.gov/summaries/summary/50416/screening-for-skin-cancer-us-preventive-services-task-force-recommendation-statement?q=screening+skin+cancer

Edukacja zdrowotna z zakresu profilaktyki nowotworów skóry oraz stwarzanie warunków dla określonych zachowań (środki profilaktyczne, samobadanie/badanie znamion) wśród osób w wieku aktywności zawodowej powinny zainicjować efekt w postaci mniejszej ekspozycji na promieniowanie UV oraz zmniejszenia zachorowań na nowotwory skóry. Program łączy element prewencji I fazy obejmujący edukację w zakresie bezpiecznego korzystania z promieni słonecznych wg zasad WHO z prewencją drugorzędową czyli działaniami zorientowanymi na wczesne wykrywanie chorób, w tym u osób ze zwiększonym ryzykiem – samokontrola znamion (system ABCDE) oraz badania dermatoskopowe. Edukacja zdrowotna ma ogromne znaczenie w kontekście Teorii pól Lalonde'a, gdzie wskazuje się, że największy, bo 53% wpływ na zdrowie człowieka ma **styl życia**, na który składają się między innymi takie elementy jak: aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętności radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne) czy, w tym przypadku nadmierna ekspozycja na promienie UV.

VI Koszty

6.1 Koszty jednostkowe

Koszty 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*, dostępnych tu: https://www.mr.gov.pl/strony/zadania/fundusze-europejskie/wytyczne/wytyczne-na-lata-2014-2020/

Zaleca się rozliczenie kosztów metodami uproszczonymi, opisanymi w ww. *Wytycznych*. Szczegółowy opis sposobu rozliczania zostanie doprecyzowany w umowie o dofinansowanie projektu.

Na podstawie rozeznania rynku, wyceny eksperta oraz NFZ określone są szacunkowe koszty poszczególnych procedur:

- Koszt wizyty/konsultacji u lekarza POZ – 48 zł
- Koszt wizyty u specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatora zdrowotnego - ok.76 zł
- Koszt badania dermatoskopowego wraz z poradą specjalisty – 109 zł
- Koszt badania wideodermatoskopowego wraz z poradą specjalisty – 168 zł

6.2 Planowane koszty całkowite

Całkowita alokacja na wdrożenie przedmiotowego programu polityki zdrowotnej wynosi 15 milionów złotych. W przypadku dostępności dodatkowych środków możliwe będzie zwiększenie całkowitej alokacji na konkurs, którym zostaną wybrani realizatorzy programu (podmioty z którymi zostanie podpisana umowa na dofinansowanie projektu).

Następujące koszty potencjalnie będą możliwe do uznania za kwalifikowalne przy odpowiednim uzasadnieniu wnioskodawcy oraz założeniu racjonalnych kosztów opartych o wycenę rynkową:

- Edukacja personelu medycznego w celu prowadzenia profilaktyki nowotworów skóry
- Edukacja pacjentów w zakresie profilaktyki pierwotnej i samokontroli znamion skóry
- Koszt materiału edukacyjnego nierozłącznie związanego ze środkiem zmniejszającym ryzyko nowotworu tj. kremem do opalania lub nakryciem głowy itp.
- Badanie dermatoskopowe/videodermatoskopowe (w uzasadnionych przypadkach: koszt zakupu wideodermatoskopu z oprogramowaniem)
- Konsultacja u lekarza POZ
- Koszty związane z wydarzeniami edukacyjnymi/eventami/kampaniami profilaktycznymi w tym promocją skierowaną do grupy docelowej

Koszty pośrednie oraz koszty ewaluacji i inne.
Szacuje się, że wydatki związane z edukacją zdrowotną i działaniami szkoleniowymi (w tym eventami), jako główne zadanie w programie, będzie stanowić co najmniej 40% całkowitego budżetu programu.

6.3 Źródła finansowania, partnerstwo

Projekt, w ramach którego realizowany będzie Program, współfinansowany będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Przy realizacji projektów wdrażających program możliwe będzie występowanie partnerstwa. 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 poźn. zm.).

6.4 Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Zgodnie z zapisami zawartymi w dokumencie strategicznym pn. „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020"problemem polskiego systemu opieki zdrowotnej są: niska świadomość zdrowotna społeczeństwa oraz wykrywalność chorób w zaawansowanych stadiach rozwojowych, co znacznie zmniejsza szanse na całkowite wyleczenie. Sytuacja ta wynika m.in. z faktu, że w Polsce odnotowuje się deficyt finansowania działań profilaktycznych, nie tylko służących zwiększeniu dostępu do badań diagnostycznych, ale również mających na celu podniesienie wiedzy społeczeństwa w zakresie chorobotwórczych czynników ryzyka i zdrowego stylu życia. Proponowany Program profilaktyki nowotworów skóry wypełnia istniejące braki w zakresie dążenia do zwiększania wiedzy i świadomości społecznej w celu zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób nowotworowych (kierunek interwencji dla celu operacyjnego A).
W celu pełnej oceny wykorzystania posiadanych zasobów należy odnieść się również do efektów niejako pośrednich realizacji programu, ale bardzo istotnych, m. in.:
- Liczba uratowanych istnień ludzkich - sposób monetaryzacji efektu: Efekt oszacowano posługując się zakładaną liczbą uratowanych pacjentów. Zakłada się, że realizacja projektu pozwoli zwiększyć szanse przeżycia pacjentów, u których zdiagnozowano we wczesnym etapie zmiany nowotworowe skóry lub poprzez zabieg usunięcia znamienia zapobiegnie się nowotworowi. Założono, że w okresie roku liczba uratowanych pacjentów będzie wynosić 2. W związku z powyższym, w celu prezentacji efektu ekonomicznego w tej części analizy posłużono się wskaźnikiem PKB na mieszkańca. Wskaźnik ten, liczony jako wartość dodana wypracowaną przez całą gospodarkę w ciągu roku przypadająca na jednego mieszkańca, jest więc uśrednioną miara „możliwości produkcyjnych" jednego mieszkańca (niezależnie od tego czy faktycznie wypracowuje PKB, czy też nie). Jako taki wydaje się najbardziej odpowiednią i najbardziej obiektywną miarą, jaką można wykorzystać. Pozwala on umownie wyrazić „wartość" ludzkiego życia bez wprowadzania dodatkowych założeń, których doprecyzowanie byłoby – jak wyjaśniono wyżej – niemożliwe Dla oszacowania korzyści w ujęciu pieniężnym posłużono się wskaźnikiem PKB na jednego mieszkańca w roku 2015 (26 210,00 USD (http: //statisticstimes.com/economy/projected-world-gdp-capita-ranking.php)). Do przewalutowania przyjęto średni kurs NBP z ostatnich 6 miesięcy (4,03 PLN). Docelowo szacowane zdyskontowane korzyści wyniosą około 650 tys. zł. W przedmiotowym wyliczeniu nie jest brany pod uwagę koszt leczenia pacjenta z późno wykrytym nowotworem, a tylko utrata jego możliwej produktywności. W przypadku leczenia lekami Wemurafenib (Zelboraf - w tabletkach), który pacjent mógłby zażywać w domu, oraz yervoy (w zastrzykach) koszty są znaczące, gdyż terapia miesięczna Wemurafenib (Zelboraf) kosztuje około 30 tys. zł, drugim lekiem - ponad 300 tys. zł. Roczne leczenie drugim lekiem kosztuje ok. 1,2 mln złotych.

- Uniknięcie spadku aktywności zawodowej osób w wyniku nowotworów skóry - sposób monetaryzacji efektu: W ramach analizy przyjęto, że ok. 8% pacjentów (w związku z wykryciem zmian skórnych na wcześniejszym etapie) będzie mogła wcześniej wrócić do aktywności zawodowej. Okres skrócenia czasu braku aktywności zawodowej założono na poziomie 15 dni w ciągu roku (co stanowi około 4% wszystkich dni w roku, tj. 26 210 USD razy 4% daje 105 USD razy kurs 4,03 daje ok. 423 zł). W celu

kalkulacji efektu posłużono się wskaźnikiem PKB per capita, który został opisany powyżej (4300 osób przebadanych x 8% x 423 zł co daje około 145.000 zł).

VII Monitorowanie i ewaluacja

7.1 Ocena zgłaszalności do programu

Przewiduje się, iż w ramach programu powołany zostanie zespół monitorujący/ rada ds. oceny i ewaluacji.
Zespół będzie odpowiedzialny za bieżące monitorowanie programu oraz tworzenie kwartalnych raportów, które będą przekazywane do organizatora konkursu na realizatorów Programu.

Monitorowaniem objęta zostanie m.in. zgłaszalność do programu - odsetek osób przebadanych w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do programu, a także zdefiniowane powyżej mierniki efektywności, w tym także:

- liczba przeszkolonych lekarzy POZ
- liczba przeszkolonych specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatorów zdrowotnych (w tym pielęgniarek pełniących takie funkcje)
- liczba przebadanych osób w POZ
- liczba konsultacji udzielonych
- liczba przebadanych osób przez specjalistę (przez dermatologa lub onkologa), w tym:
  - i. które zostały skierowane przez POZ
  - ii.które zgłosiły się same bezpośrednio do poradni/specjalisty
  - iii. przystąpiły do badania podczas wydarzeń/eventów.

Wskaźniki monitorowania oraz oczekiwane efekty realizacji Programu będą poddane szczegółowej analizie epidemiologicznej i statystycznej, tak jak ma to miejsce w przypadku innych ogólnopolskich programów profilaktyki. Monitorowaniu podlegać będzie również liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie. Weryfikowane będą powody rezygnacji ze świadczeń oferowanych w ramach programu. Badana będzie także ocena zadowolenia osób z uczestnictwa w programie przy pomocy ankiety. 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.

7.2 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 wskazana zostanie osoba odpowiedzialna za utrzymanie odpowiedniej jakości świadczeń.
Dodatkowo w ramach programu przeprowadzone będzie badanie ankietowe na losowej grupie w zakresie satysfakcji uczestnika programu.
Jakość świadczeń edukacyjnych oraz efektywność promocji programu będzie także sprawdzana ankietowo.

7.3 Ocena efektywności programu

Jednym z podstawowych elementów ewaluacji powinna być analiza i ocena efektywności niniejszego Programu. Ponadto, ocena ma opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu.
Brana będzie pod uwagę, w szczególności:

a. liczba wykrytych znamion złośliwych
b. liczba wykrytych znamion zakwalifikowanych do usunięcia
c. ocena zmian wskaźników przeżyć 3 i 5-letnich u chorych objętych programem (minimum po 10 latach realizacji programu)
d. ocena zmian współczynnika umieralności dla tej grupy nowotworów.

7.4 Ocena trwałości efektów programu

Ewaluacja programu zostanie zlecona do wykonania podmiotowi zewnętrznemu po zakończeniu realizacji programu lub po zrealizowaniu większej jego części.
Ciągłość i trwałość programu zostanie zachowana. Opracowany i przetestowany program polityki zdrowotnej zostanie udostępniony dla jednostek samorządu terytorialnego w celu jego kontynuacji, przy niezbędnych modyfikacjach, np. w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych 2014-2020 i/lub ewentualnie innych środków.

8. Załączniki

8.1 Załącznik nr 1:

KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY

NAZWISKO:

IMIĘ:

DATA URODZENIA:

WYWIAD CHOROBOWY:

- Historia rodzinna (czerniak oraz inne nowotwory złośliwe skóry)
  ……
  ……
- Historia rodzinna (Zespół znamion atypowych: nieregularnych)
  ……
  ……
- Historia rodzinna (np. rak trzustki, guz mózgu: Gwiazdziak i inne)
  ……
  ……
- Przebyty czerniak /czerniaki
  ……
  ……..
- Oparzenia słoneczne w dzieciństwie
  ……
  ……..
- Zauważalne zmiany kliniczne przez pacjenta: Reguła ABCDE
  ……
  ……..
- Typ wykonywanej pracy oraz miejsce
  ……

BADANIE KLINICZNE:

Szczegółowe badanie skóry całego ciała

- fototyp skóry ……
- ilość znamion/w przybliżeniu
  ……
- znamiona atypowe oraz zmiany skórne niebarwnikowe kwalifikowane przez lekarza do wycięcia chirurgicznego oraz histopatologii
  ……
  ……

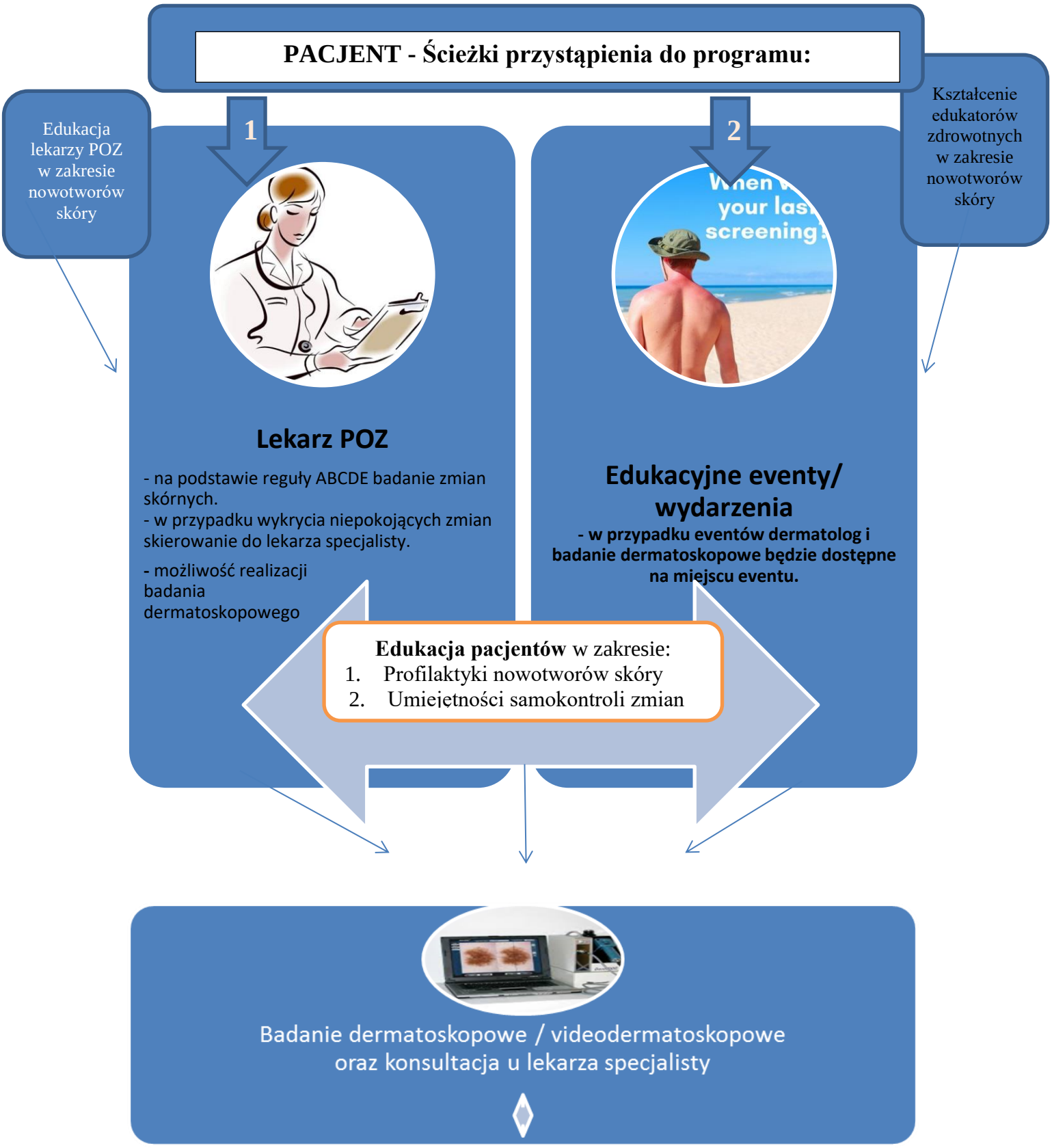
ZALECENIA *(zaznaczyć właściwe)*:

☐ skierowanie do poradni chirurgii onkologicznej/chirurgii dermatologicznej onkologicznej

☐ wizyta kontrolna: co 6 miesięcy / 12 miesięcy

……

Załącznik nr 2 - Schemat ścieżek przystąpienia pacjenta do programu



Załącznik nr 3 – Dwustronna ulotka dot. profilaktyki onkologicznej (do ewentualnego wykorzystania w ramach zachowania komplementarności z NPZChN) [16]

[16] źródło: http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych/