

UCHWAŁA NR 365/VII/24/2016
RADY MIEJSKIEJ KONSTANCIN-JEZIORNA

z dnia 26 października 2016 r.

w sprawie uchwalenia programu polityki zdrowotnej "profilaktyka i wczesna diagnostyka nowotworów skóry, ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka"

Na podstawie art. 18 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2016 r. po.446) oraz art.7 ust.1 pkt.1, art.48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz.581 ze zm.) Rada Miejska Konstancin-Jeziorna uchwala co następuje:

§ 1. Przyjmuje do realizacji program polityki zdrowotnej "Profilaktyka i wczesna diagnostyka nowotworów skóry, ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka" dla Gminy Konstancin-Jeziorna na 2016 rok, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Środki na realizację programu zostały zabezpieczone w budżecie gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2016 w dziale 851, rozdziale 85121, § 4300 w kwocie 20.000 zł.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza Burmistrzowi Gminy Konstancin-Jeziorna.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej

Andrzej Cieślowski

2016r.

Załącznik do Uchwały Nr 365/VII/24/2016
Rady Miejskiej Konstancin-Jeziorna
z dnia 26 października 2016 r.

Profilaktyka i wczesna diagnostyka nowotworów skóry, ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka

program polityki zdrowotnej

dr n. o zdr.
Jacek Borowicz



Spis treści

1. Opis problemu zdrowotnego.....	4
a. Problem zdrowotny	4
Etiologia	4
Czerniak	5
Czynniki ryzyka	6
Wykrywanie.....	6
Algorytm ABCDE	7
Typy morfologiczne	7
b. Epidemiologia	8
Świat	8
Polska.....	9
c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu	11
d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	12
e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	13
2. Cele programu	15
a. Cel główny	15
b. Cele szczegółowe.....	15
c. Oczekiwane efekty.....	15
d. Mierniki efektywności	15
3. Adresaci programu	16
a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe.....	16
b. Tryb zapraszania do programu	16
4. Organizacja programu	18
a) Etapy organizacyjne programu.....	18
1. Rekrutacja uczestników do akcji.....	18

2. Edukacja zdrowotna	18
3. Podstawowe badanie dermatologiczne - screening.....	18
4. Badanie dermatoskopowe – pogłębiona diagnostyka	19
b. Planowane interwencje.....	19
Działania informacyjno-edukacyjne	20
Diagnostyka	21
c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników.....	22
d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu	22
e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.....	23
f. Spójność merytoryczna i organizacyjna	23
g. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu	23
h) Bezpieczeństwo planowanych interwencji	24
i) Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu.....	24
Warunki szczegółowe realizacji procedur w ramach programu	24
j. Dowody skuteczności planowanych działań	25
Opinie ekspertów klinicznych.....	25
Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek.....	26
Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej	28
Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego	28
5. Koszty	30
a. Koszty jednostkowe.....	30
b. Planowane roczne koszty całkowite.....	30
Koszty organizacyjne	31
Koszty realizacji interwencji	31
Koszty ogólne programu.....	32

c. Źródła finansowania, partnerstwo.....	33
d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.....	33
6. Monitoring i ewaluacja.....	35
a. Ocena zgłaszalności do programu	35
b. Ocena jakości świadczeń w programie.....	35
c. Ocena efektywności programu.....	36
d. Ocena trwałości efektów programu.....	36
7. Okres realizacji programu.....	37
8. Bibliografia.....	38
9. Załączniki	41
a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń.....	41
b. Ankieta satysfakcji.....	42
c. Zgoda na udział w programie.....	44

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Etiologia

„Nowotwór, to nieprawidłowa tkanka charakteryzująca się nadmiernym rozrostem, niepodporządkowanym prawidłowym funkcjom organizmu. Niekontrolowane przez mechanizmy fizjologiczne mnożenie się komórek prowadzi do uszkodzenia narządu macierzystego oraz sąsiadujących” [1].

Wyróżnia się dwa rodzaje nowotworów: łagodne i złośliwe. Nowotwory łagodne rosną powoli i nie przenoszą się na sąsiadujące organy. Nowotwory złośliwe zaś często mogą dawać przerzuty na inne organy i występują w postaci różnej wielkości guzów [1]. Aby ograniczyć zapadalność na nowotwory, należy zwiększyć świadomość ludzi na temat czynników ryzyka i możliwości profilaktyki, w tym o potrzebie wykonywania badań skriningowych w celu wczesnego wykrycia zmian w organizmie [2].

Nowotwory złośliwe skóry to takie, których pierwotnym miejscem powstania jest skóra.

Do najczęstszych raków skóry należą:

- rak podstawnokomórkowy (*basal cell carcinoma* – BCC);
- rak kolczystokomórkowy (*squamous cell carcinoma* – SCC).

Na nowotwory skóry zapada około 6,8% mężczyzn i 7,5% kobiet [3]. Choroba rozwija się pod wpływem uszkadzającego działania promieniowania słonecznego (ultrafioletowego), temperatury, czynników chemicznych. Dlatego najbardziej narażoną grupą są osoby pracujące w ekspozycji na niekorzystne czynniki atmosferyczne i chemiczne: rolnicy, pracownicy branży budowlanej i drogowej. Nowotwory te rozwijają się stosunkowo powoli (np. na początku występuje leukopatia czyli nadmierne rogowacenie lub powstają niegojące się owrzodzenia).

Nowotwory podstawnokomórkowe pochodzą z nierogowaciejących komórek warstwy podstawowej naskórka. Są jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych skóry. Charakteryzują się niskim stopniem złośliwości, powolnym wzrostem i bardzo rzadkim przerzutowaniem. Najczęściej występują w rejonie głowy i szyi, zwłaszcza powyżej linii łączącej kąćki ust z przewodami słuchowymi zewnętrznymi (75–86%). Do rozpoznania

tego raka w większości przypadków wystarczy badanie kliniczne. Dostyc łatwo się leczy. W krajach, gdzie rozpoznaje się przypadki o niskim zaawansowaniu klinicznym, wyleczenie sięga około 99% [4].

Raki płaskonabłonkowe, dawniej zwane kolczystokomórkowymi, są drugimi pod względem częstości występowania nowotworami skóry i stanowią 20% wszystkich raków skóry niebędących czerniakami. Najczęściej występują na odsłoniętych okolicach ciała, np. na twarzy, plecach, kończynach, wardze. Rosną agresywniej niż rak podstawnokomórkowy, dają przerzuty do węzłów chłonnych oraz przerzuty odległe (np. do kości, płuc, mózgu itd.). Rozpoznanie należy potwierdzić za pomocą badania histopatologicznego. Rokowanie zależy od histologicznej złośliwości guza oraz zaawansowania rozwoju. Średnie 5-letnie przeżycia ogółem sięgają 90%, ale przy obecności przerzutów do węzłów chłonnych – już poniżej 70%, a przy przerzutach odległych – około 30% [4].

Czerniak

Czerniak to nowotwór złośliwy skóry. Wywodzi się z melanocytów – komórek wytwarzających barwnik zwany melaniną, który sprawia, że skóra ciemnieje w kontakcie z promieniowaniem ultrafioletowym. Czerniak pojawia się głównie na skórze, ale może wystąpić także w obrębie ust, nosa czy gałki ocznej [5].

U kobiet najczęściej umiejscowiony jest na kończynach, u mężczyzn zaś często występuje na tułowie. Może rozwinąć się na podstawie już istniejących znamion barwnikowych lub powstać na nowo, na skórze niezmienionej.

Niepokój budzić powinny wszelkie zmiany dotyczące już istniejących znamion.

Do najczęstszych objawów, wymagających konsultacji dermatologa, należą m.in.:

- zgrubienie;
- zaczerwienienie wokół znamienia;
- swędzenie;
- krwawienie;
- stan zapalny i/lub strup w obrębie znamienia;
- zmiany zabarwienia;
- zmiana symetrii znamienia itd. [6].

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka są to wszystkie okoliczności, które mogą, choć nie muszą, prowadzić do powstania nowotworu, takie jak:

- nadmierna ekspozycja na promieniowanie UV, zarówno słońce, jak i sztuczne opalanie, czyli solaria; promieniowanie UVa oraz UVb może być równie szkodliwe.
- kumulacyjna ekspozycja na słońce (także w dzieciństwie) z poważnymi słonecznymi oparzeniami skóry (ściśle związek).
- jasny fenotyp skóry (rasa biała, włosy rude albo blond, wysoka skłonność do oparzeń słonecznych stwarzają pewną predyspozycję).
- wiek i płeć (ryzyko zachorowania jest większe u kobiet i wzrasta wraz z wiekiem).
- czerniak skóry w wywiadzie (u około 5–10% osób wcześniej chorujących na czerniaka można się spodziewać powtórnego zachorowania).
- dodatni wywiad rodzinny, czyli występowanie czerniaka u osób blisko spokrewnionych (zwiększa ryzyko).
- mnogie znamiona (u osób z minimum pięcioma znamionami o wielkości powyżej 6 mm ryzyko zachorowania jest wyższe niż u osób bez znamion).
- zespół znamion atypowych (minimum 50 znamion o średnicy powyżej 2 mm – rzadkie schorzenie dziedziczone w złożony sposób).
- obecność znamion wrodzonych (występują u około 1% populacji).
- immunosupresja, czyli celowe hamowanie aktywności układu odpornościowego u chorych, np. po transplantacji narządów (u ludzi otrzymujących ciągłe leczenie immunosupresyjne ryzyko wzrasta).
- podłoże genetyczne (odpowiedzialne za około 3% zachorowań).

Wykrywanie

Wykrywanie czerniaka na wczesnym etapie zaawansowania jest priorytetem w walce o zmniejszenie śmiertelności. Czerniak może powstać na skórze zarówno wcześniej niezmienionej, jak i w zakresie istniejących znamion skórnych. Czerniaki o grubości poniżej 1mm zwykle wykrywane są w trakcie badania lekarskiego. Po wykryciu jakiegokolwiek zmiany podstawą rozpoznania jest badanie mikroskopowe wycinka skóry, a bardzo przydatną metodę stanowi algorytm diagnostyczny ABCDE, zaproponowany przez Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne.

Algorytm ABCDE

jest to akronim niżej wymienionych angielskich nazw cech znamion barwnikowych, na które należy zwrócić uwagę przy ich badaniu i obserwacji:

- Assymetry (asymetria): badamy ją poprzez wytyczenie linii przez środek znamienia; w znamieniu asymetrycznym obie połówki nie będą sobie równe, czerniak jest asymetryczny w każdej osi w przeciwieństwie do zmian łagodnych (zwykle owalnych lub okrągłych).
- Border (granice): we wczesnym czerniaku bywają nierówne; brzegi zmiany mogą być łuskowate lub karbowane.
- Color (kolor): niepokojącym znakiem może być nierównomierna barwa zmiany. Pojawić się mogą jednocześnie różne odcienie brązu, beżu lub czerni. Czerniak może też stać się czerwony, niebieski albo przybrać inną barwę.
- Diameter (średnica): czerniaki są często o średnicy około 6 mm, ale rozpoznane wcześniej mogą też być mniejsze.
- Evolving (ewolucja zmian skórnych): szczególną uwagę powinna zwrócić każda zmiana zachodząca w znamieniu barwnikowym, taka jak zmieniający się rozmiar, kolor, uwypuklenie dotychczas płaskiej zmiany, a także nowe objawy, jak krwawienie, swędzenie czy powstawanie strupów [7].

W celu oceny stopnia zaawansowania czerniaka stosuje się **klasyfikację TNM**:

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

Typy morfologiczne

Wyróżnia się następujące typy czerniaka:

- czerniak szerzący się powierzchownie (występujący najczęściej);
- czerniak powstający w plamie soczewicowatej (zmianie skórnej barwy jasnobrażowej) zwany czerniakiem lentiginalnym (około 20% przypadków);
- czerniak guzkowy (około 10% przypadków);
- czerniak odsiebnych części kończyn, pod paznokciowy (około 7% przypadków);

- inny typ, np. desmoplastyczny¹ (około 1–4% przypadków).

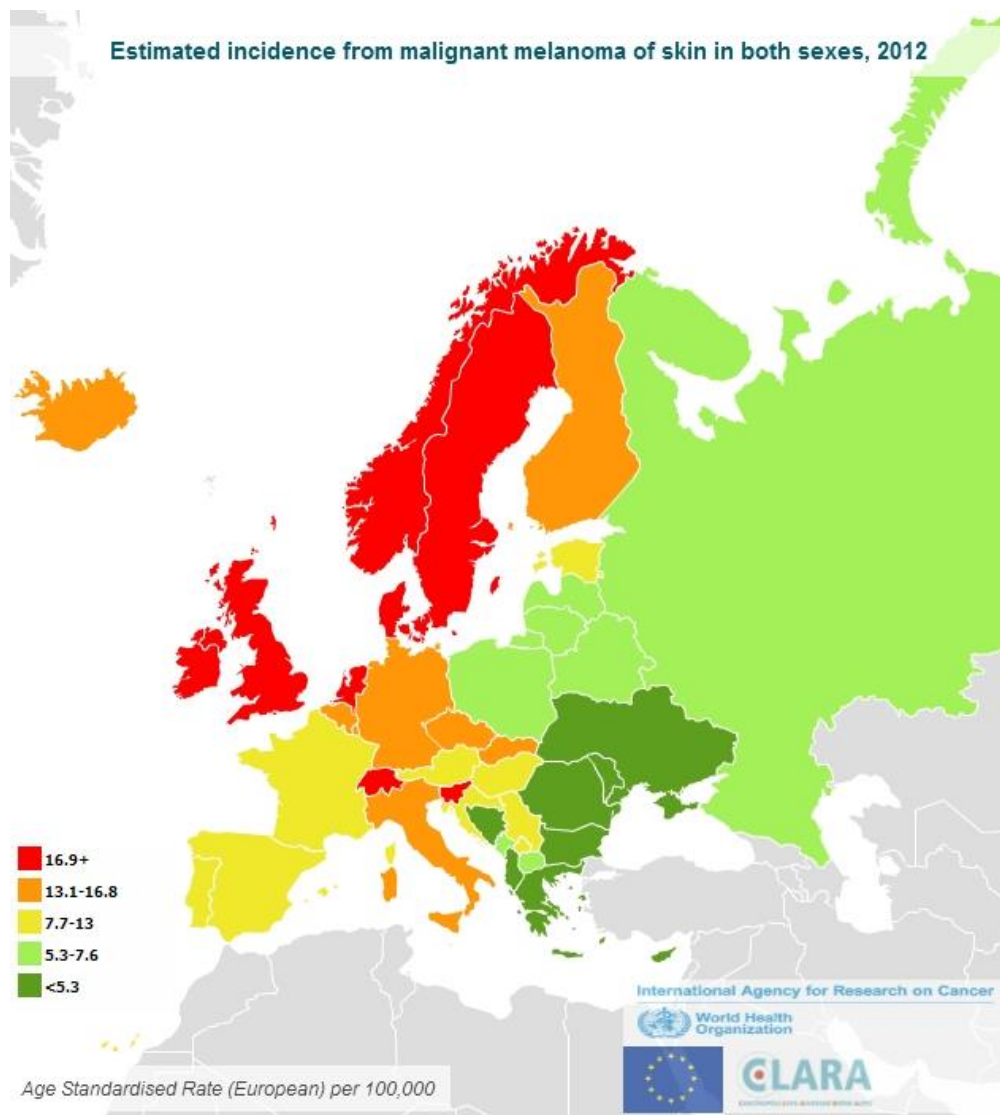
Czerniaki stanowią główną przyczynę zgonów z powodu nowotworów złośliwych skóry. W Polsce zachorowalność na czerniaka wynosi średnio sześć przypadków na 100 tys. mieszkańców, co oznacza około 2,4 tys. nowych zachorowań rocznie. Nowotwór ten charakteryzuje się agresywnym wzrostem oraz wczesnymi i licznymi przerzutami, które są trudne w leczeniu farmakologicznym. Tymczasem usunięcie czerniaka, kiedy choroba nie jest jeszcze zaawansowana, pozwala na wyleczenie aż 80% chorych. Dlatego tak ważne jest jego szybkie i prawidłowe rozpoznanie.

b. Epidemiologia

Świat

W 2012 roku na świecie było zarejestrowanych 14,1 mln nowych przypadków zachorowań na nowotwory i 8,2 mln zgonów. W ciągu ostatnich 5 lat zarejestrowano 32 mln nowych przypadków na całym świecie [2]. Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) mówią, że każdego roku od 2 do 3 mln osób na świecie zapada na raki skóry inne niż czerniak, a u ponad 130 tys. osób diagnozowany jest czerniak. Najwyższe współczynniki zachorowalności na tę postać raka obserwowano w ostatnich latach w Australii (13,6–28,9/100 tys. mieszkańców w przypadku mężczyzn i 18–25,3 – u kobiet) oraz w Stanach Zjednoczonych (12,4). Według danych Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (International Agency for Research on Cancer, IARC), w Europie czerniak złośliwy występuje najczęściej w Szwajcarii, Norwegii, Szwecji oraz Danii. Polska należy do krajów o średnioniskiej zachorowalności. W Polsce zapadalność w 2012 roku wynosiła około 6/100 tys. mieszkańców (ryc. 1). Najmniej zachorowań występuje w Albanii, gdzie zapadalność wynosi 0,7 [8; 9; 10].

¹ Czerniak desmoplastyczny – większość zmian występuje w obrębie skóry wystawionej na działanie promieni słonecznych, choć może występować w miejscach osłoniętych. Najczęściej lokalizuje się w obrębie głowy i szyi, w tym ucha, nosa i wargi (źródło: [https://pl.wikipedia.org/wiki/Czerniak_\(nowotw%C3%B3r\)#Czerniak_desmoplastyczny](https://pl.wikipedia.org/wiki/Czerniak_(nowotw%C3%B3r)#Czerniak_desmoplastyczny)).

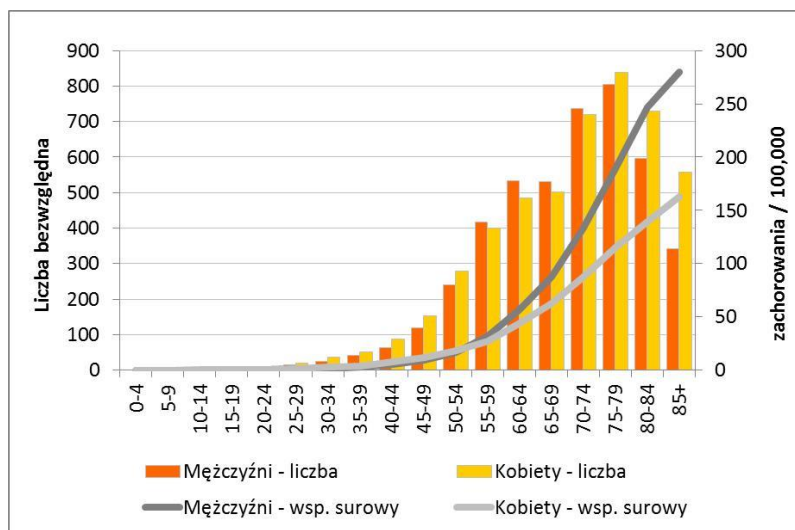


Rycina 1. Zapadalność na czerniaka złośliwego wśród mężczyzn i kobiet w 2012 roku

Źródło: WHO, EUCAN: „Malignant melanoma of skin”, <http://eco.iarc.fr/eucan/Cancer.aspx?Cancer=20> [dostęp: 04.06.2016].

Polska

W Polsce w ciągu ostatnich trzech dekad liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wzrosła dwukrotnie. W 1980 roku wynosiła 64 820, a w 2010 – 140 564. Ryzyko zapadnięcia na ten typ nowotworu zwiększa się wraz z wiekiem. Większość zachorowań (70% u mężczyzn i 60% u kobiet) występuje po 60. roku życia. Ryzyko wystąpienia raka skóry także wzrasta z wiekiem, osiągając maksimum po 80. roku życia. Do połowy szóstej dekady życia cząstkowe współczynniki zachorowalności są wyższe u kobiet niż u mężczyzn (ryc. 2) [3; 11].



Rycina 2. Zachorowalność na raka skóry w Polsce w latach 2008–2010 w zależności od wieku

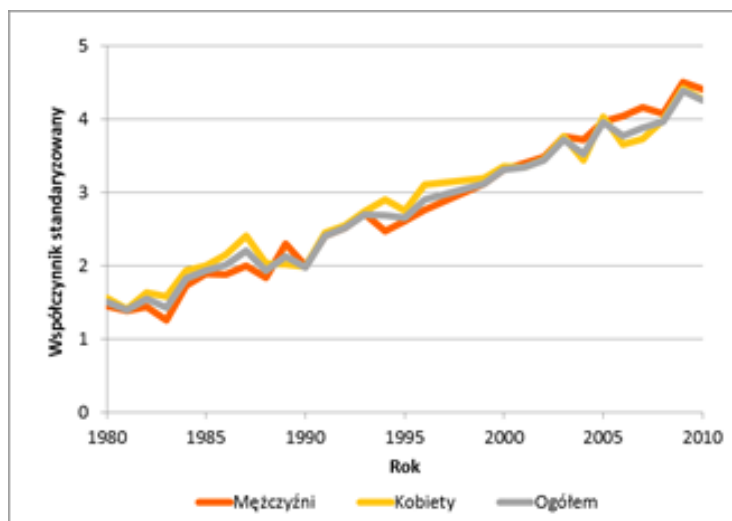
Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów: „Nowotwory skóry (C44)”, <http://onkologia.org.pl/nowotwory-skory-c44> [dostęp: 04.06.2016].

W Polsce w 2011 roku do rejestrów nowotworów złośliwych wpłynęły informacje o ponad 144,3 tys. nowych zachorowań i stwierdzono ponad 92,5 tys. zgonów z tego powodu. Nowotwory te stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce (w 2011 roku ponad 26% wśród mężczyzn i 23% wśród kobiet).

Nowotwory złośliwe to istotny problem nie tylko w odniesieniu do osób starszych. Są one także główną przyczyną umieralności przedwczesnej (przed 65. rokiem życia). Zjawisko to pozostaje szczególnie widoczne w populacji kobiet w tym wieku. Już od kilku lat choroba ta jest najczęstszą przyczyną śmierci w tej grupie, powodując 32% zgonów wśród młodych kobiet i ponad 48% wśród kobiet w średnim wieku [12].

Zachorowalność na czerniaka skóry wykazuje tendencję rosnącą u obu płci – współczynnik zachorowalności w ciągu trzech dekad wzrósł prawie trzykrotnie. U obu płci ryzyko zachorowania utrzymuje na tym samym poziomie – wskaźnik mężczyźni/kobiety w całym okresie jest bliski jedności (ryc. 3). W roku 2010 według danych Krajowego Rejestru Nowotworów zapadalność na czerniaka wśród mężczyzn wynosiła 4,4/100 tys., a wśród kobiet – 4,3/100 tys. Natomiast w roku 2012 zapadalność wśród mężczyzn wzrosła

do 6/100 tys., a wśród kobiet – do 5,3/100 tys. W 2013 roku zarejestrowanych było ponad 3 tys. przypadków, a w spótczynnik wynosił około 7 [7; 12].



Rycina 3. Trendy zachorowalności na czerniaka skóry w Polsce w latach 1980-2010.

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów: „Czerniak skóry”, <http://onkologia.org.pl/czerniak-skory-2/> [dostęp: 04.06.2016].

Trend zachorowalności w Polsce wzrósł podczas ostatnich 30–40 lat dla obu płci, zwłaszcza od 2002 roku. Kontynuacja dotychczasowych trendów spowoduje wzrost zachorowalności na czerniaka u obu płci. Liczba przypadków w całej populacji może do 2025 roku ulec nawet podwojeniu, przy czym największego wzrostu należy się spodziewać wśród osób najstarszych (po 65. roku życia) [13].

c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Populacja całościowa zamieszkująca gminę Konstancin-Jeziorna stanowi 23 666 osób. W tej grupie znajduje się 12 540 kobiet oraz 11 126 mężczyzn. Program kierowany jest do wszystkich osób mających status mieszkańca gminy Konstancin-Jeziorna w wieku powyżej 18 lat. Populacja ta stanowi 19 265 osób.

d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

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

W celu zwiększenia świadomości społeczeństwa i jego edukacji będą realizowane działania zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym, polegające w głównej mierze na akcjach informacyjnych, promocyjnych i edukacyjnych, przeciwdziałających zachorowaniom na nowotwory, m.in. takich jak:

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

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

Program był realizowany również w latach 2006–2015. Doświadczenia Polski i innych krajów Unii Europejskiej pozwalają zauważyć, że poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa, w tym na temat zagrożeń chorobami nowotworowymi i skutecznej profilaktyki, stanowią długotrwały proces, polegający na ciągłym i powtarzalnym podejmowaniu aktywności edukacyjno-informacyjnych. W efekcie mają one zmienić nastawienie społeczeństwa do kwestii konieczności regularnego wykonywania badań profilaktycznych (np. w Finlandii poziom zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne wynosi 80–90%, po 20 latach realizacji skriningów populacyjnych [14]).

W Polsce ostatnio wzmożono działania edukacyjno-profilaktyczne skierowane do społeczeństwa oraz wdrożenia szkoleń z zakresu dermatoskopii dla lekarzy, głównie chirurgów/onkologów i dermatologów. Jednym z liderów w tym zakresie jest Akademia Czerniaka (www.akademiaczerniaka.pl) – sekcja naukowa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, nagrodzona wyróżnieniem „Sukces Roku 2014 – Liderzy Medycyny”, w ramach działalności edukacyjno-profilaktycznej [15].

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

W związku z danymi epidemiologicznymi dotyczącymi nowotworów skóry w Polsce, które wskazują na dużą dynamikę wzrostu liczby zachorowań, oraz z niższym o 30% w porównaniu z krajami europejskimi wskaźnikiem wyleczeń wydaje się zasadne wdrażanie programów profilaktycznych podnoszących świadomość społeczną w tym zakresie. W Polsce czerniak wykrywany jest w wyższym niż w krajach Europy Zachodniej zaawansowaniu wyjściowym, co przekłada się na zmniejszenie odsetka wyleczeń do poziomu około 60–70%. Podobne wnioski wydane zostały przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i mimo że eksperci zaznaczają, iż przesiewowe badania populacyjne nie są z reguły uzasadnione ekonomicznie oraz charakteryzują się trudną do udowodnienia korzyścią kliniczną z powodu częstotliwości występowania czerniaka w naszym kraju, to pozytywnie opiniują działania ogólnokrajowe i regionalne mające na celu profilaktykę pierwotną i wtórną, ze szczególnym uwzględnieniem działań edukacyjnych i umożliwienia dostępu do lekarza specjalisty [16].

O potrzebie działań edukacyjnych w zakresie nowotworów skóry świadczą wyniki badań opinii publicznej dotyczące postaw Polaków wobec czerniaka. Było to ogólnopolskie badanie, przeprowadzone w dniach 14–17 kwietnia 2011 roku na reprezentatywnej, losowo wybranej grupie 1002 Polaków w wieku powyżej 15. roku życia – cykliczny sondaż wielotematyczny „Omnimas” realizowany za pośrednictwem bezpośrednich wywiadów kwestionariuszowych *face-to-face* wspomaganych komputerowo (CAPI). Z badania wynikało, że: tylko 25% Polaków ma świadomość posiadania na swoim ciele znamienia (pieprzyka, plamki, narośli), które może stanowić potencjalne zagrożenie. Przekonanie o braku takich znamion najczęściej pojawia się w wypowiedziach ludzi młodych (43% nastolatków) oraz osób znajdujących się w złej sytuacji materialnej (42%). Około 14% badanych zdarzyło się pójść

do lekarza po to, by sprawdzić, czy podejrzenie wyglądające znamię jest groźne. Do konsultacji medycznych częściej przyznawali się 40-latkowie (20%), natomiast najrzadziej 20-latkowie (9%), ludzie z wykształceniem podstawowym (8%) oraz znajdujący się w złej sytuacji materialnej (9%). Zmianom na skórze przygląda się niemal dwukrotnie więcej kobiet (40%) niż mężczyzn (22%), a także częściej są to osoby z wykształceniem wyższym (42%) niż podstawowym (23%). Jednocześnie 39% badanych, którzy mają niepokojące znamię, przyznaje, że ogląda je rzadko lub że w ogóle tego nie robi.

Dynamicznie rozwijające się nowotwory o dużej złośliwości obarczone są wysoką śmiertelnością. Wymagają rozległego leczenia chirurgicznego, po którym w większości przypadków dochodzi do rozsiewu – nie ma dla niego standardowego, skutecznego leczenia systemowego. Co ważne, czerniaki są to nowotwory o wysokim odsetku wyleczeń, gdy zaawansowanie choroby ograniczone jest miejscowo do skóry. Dziesięcioletnie przeżycie w grupie chorych na czerniaka o grubości ≤ 1 mm i bez owrzodzenia wynosi 97%. Odsetek chorych przeżywających 5 lat gwałtownie spada wraz z kolejnymi stopniami zaawansowania choroby. Dlatego też tak istotna jest promocja wiedzy o tym raku i wczesnej diagnostyce zmian skórnych. Ze względu na wzrastającą liczbę zachorowań na nowotwory skóry w Polsce oraz znaczenie wczesnego ich wykrywania wszelkie działania ogólnokrajowe i regionalne mające na celu profilaktykę pierwotną i wtórną, ze szczególnym naciskiem na działania edukacyjne i umożliwienie dostępu do lekarza specjalisty, powinny być wdrażane w Polsce [17; 18].

2. Cele programu

a. Cel główny

Podniesienie świadomości mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna w zakresie nowotworów złośliwych skóry (w szczególności czerniaka złośliwego) oraz zmniejszenie zachorowalności na te choroby.

b. Cele szczegółowe

- wzrost wykrywanych przypadków nowotworów skóry we wczesnym stadium;
- spadek zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych skóry i czerniaka;
- wzrost świadomości społeczeństwa na temat nowotworów skóry, czynników ryzyka;
- podwyższenie świadomości na temat samobadania skóry i profilaktyki nowotworów skóry, w szczególności czerniaka;
- poprawa jakości życia mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna;
- zmniejszenie kosztów leczenia poprzez zmniejszenie liczby osób w zaawansowanym stadium choroby, wymagających specjalistycznego leczenia i hospitalizacji.

c. Oczekiwane efekty

- objęcie profilaktyką pierwotną możliwie jak największego odsetka mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna;
- zmniejszenie zapadalności na nowotwory złośliwe skóry i czerniaka;
- zmniejszenie liczby zgonów z powodu nowotworów złośliwych skóry i czerniaka;
- zwiększenie wiedzy na temat nowotworów skóry i możliwej profilaktyki tych chorób;
- zwiększenie zainteresowania programem wśród mieszkańców Konstancina-Jeziorny.

d. Mierniki efektywności

- liczba mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna, którzy wzięli udział w programie;
- długookresowe badanie występowania złośliwych nowotworów skóry wśród mieszkańców Konstancina-Jeziorny;
- ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników.

3. Adresaci programu

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program skierowany jest do wszystkich osób mających status mieszkańca gminy Konstancin-Jeziorna w wieku powyżej 18 lat.

Na podstawie danych meldunkowych na dzień 1 czerwca 2016 roku populacja docelowa programu liczy 19 265 osób. W kolejnych latach trwania projektu (jest on planowany na okres 3 lat) będą do niego przystępować kolejne osoby spełniające kryteria włączenia do programu. Biorąc pod uwagę dane demograficzne z tego terenu, należy przyjąć, że w każdym kolejnym roku do programu będzie mogło przystąpić dodatkowo około 250 osób. Biorąc pod uwagę aktualne dane i trendy demograficzne w czasie 3 lat trwania projektu akcją powinno zostać objętych około 19 750 osób.

Organizator programu corocznie oszacuje liczebność populacji oraz wysokość środków finansowych niezbędną do zrealizowania programu. Posiadane środki finansowe umożliwiają włączenie do programu do 400 osób z docelowej populacji spełniającej kryteria włączenia, co stanowi około 2% populacji docelowej, z czego około 60 % będzie mogło skorzystać z pogłębionej diagnostyki dermatologicznej.

b. Tryb zapraszania do programu

Kluczowym założeniem programu jest dotarcie do wszystkich osób z populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji. W celu realizacji tego założenia zostanie przeprowadzona kampania informacyjno-edukacyjna skierowana do mieszkańców z populacji docelowej zachęcająca do aktywnego udziału w akcji. Mieszkańcy gminy Konstancin-Jeziorna będą informowani o programie polityki zdrowotnej za pośrednictwem lokalnych i regionalnych mediów, takich jak np. kanały telewizji regionalnej, regionalne rozgłoszenie radiowe, prasa (np. gazeta *Nad Wisłą*), strona internetowa miasta, biuletyn informacyjny gminy oraz lokalne fora internetowe. Ponadto zostaną wykorzystane narzędzia konwencjonalnej reklamy, takie jak plakaty i ulotki.

Ponadto, podczas zgłaszania nowych mieszkańców gminy do ewidencji ludności zostaną przekazane instrukcje dotyczące aktualnych programów polityki zdrowotnej dostępnych dla mieszkańców wraz z podstawowymi informacjami organizacyjnymi i logistycznymi. W ramach działań uzupełniających zastosuje się interwencje, takie jak np. kontakt telefoniczny lub ogłoszenie w trakcie mszy świętej w lokalnym kościele parafialnym.

Zakres przekazywanych informacji i kanały dostępu zależą od podmiotu uczestniczącego w akcji informacyjnej:

1. Organizator programu:

- informacja o programie na stronie internetowej, tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta;
- audycje radiowe/telewizyjne poświęcone programowi w mediach lokalnych, banery, plakaty, reklamy w prasie lokalnej, spoty radiowe.

2. Realizatorzy programu (podmioty lecznicze wyłonione w drodze konkursu ofert):

- informacje na stronie internetowej oraz w siedzibie realizatora o przebiegu programu, o szkołach, w których będzie realizowany program, oraz o sposobie jego przeprowadzani;
- zaproszenia do udziału w programie;

4. Organizacja programu

a) Etapy organizacyjne programu

Pierwszym etapem programu będzie akcja informacyjna, prowadzona na zasadach opisanych w punkcie 3 dotyczącym adresatów programu zdrowotnego. Grupa docelowa zostanie poinformowana o kryteriach włączenia oraz ogólnych ramach organizacyjnych akcji. Będą rozprowadzone także materiały informacyjne zawierające dane dotyczące podstawowych objawów czerniaka, prostych testów diagnostycznych, które można samodzielnie wykonać w warunkach domowych, a także na temat krótko- i dalekosiężnych skutków nieleczonych schorzeń skóry, w tym szczególnie jej nowotworów.

Właściwa część programu będzie się składała z następujących modułów mających zapewnić realizację założonych celów:

1. Rekrutacja uczestników do akcji

Podstawowe kryterium formalne będzie stanowiło, obok posiadania statusu mieszkańca gminy Konstatncin-Jeziorna, wyrażenie chęci wzięcia udziału w akcji. Niezbędne będzie podanie numeru telefonu kontaktowego. Informacje te zostaną zgromadzone w siedzibie realizatora programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych [35].

2. Edukacja zdrowotna

Etap ten obejmie dorosłe wszystkie osoby z grupy docelowej i będzie dotyczył nowotworów złośliwych skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka. Na prelekcjach i w materiałach informacyjnych podjęte zostaną takie zagadnienia, jak: samobadanie skóry, rozpoznawanie wczesnych symptomów nowotworów skóry oraz czynniki ryzyka i metody zapobiegania zmianom chorobowym. To kompleksowe podejście zapewni podniesienie świadomości populacji docelowej na temat tego poważnego problemu zdrowia publicznego.

3. Podstawowe badanie dermatologiczne - screening

Będzie ono przeprowadzane wśród osób, które po uczestnictwie w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej oraz praktycznym zastosowaniu uzyskanej wiedzy wyrażą zainteresowanie uzupełniającą diagnostyką w tym kierunku.

Badanie podstawowe przez lekarza dermatologa i screeningowa ocena skóry w celu wykrycia "podejrzanych" znamion z reguły obejmie najczęściej kilka lub kilkanaście znamion w typowych lokalizacjach. Szczególnie będą to przypadki uszkodzenia znamienia, swędzenia, nagłej zmiany barwy i wielkości znamion.

4. Badanie dermatoskopowe – pogłębiona diagnostyka

Zostanie wykonane wśród uczestników programu, u których wykryto podejrzane zmiany skórne wymagające pogłębionej diagnostyki.

Kompleksowe i kompletne badanie dermatoskopowe skóry to badanie wszystkich znamion na skórze. To znaczy, że każde znamię zostanie zbadane dermatoskopem. Głównym celem tego badania jest wykrycie znamion podejrzanych o możliwość zezłośliwienia nowotworowego na bardzo wczesnym etapie (kiedy są jak najmniejsze).

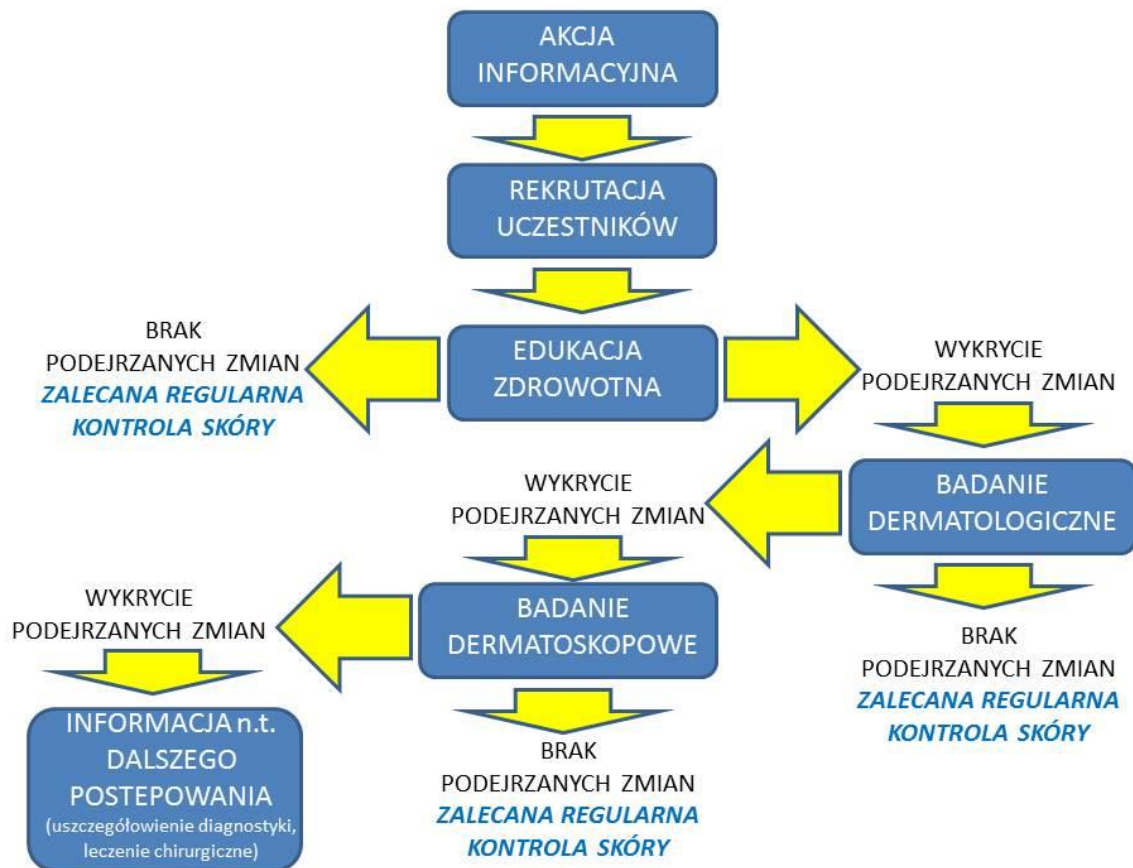
b. Planowane interwencje

Każda osoba z grupy docelowej spełniająca warunki włączenia do programu będzie mogła skorzystać z cyklu działań edukacyjnych z zakresu chorób nowotworowych ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka. Dodatkowo te osoby, które na podstawie uzyskanej wiedzy stwierdzą u siebie podejrzane zmiany, według nich wymagające dokładnego zdiagnozowania, będą mogły skorzystać z konsultacji dermatologicznej oraz w razie potrzeby – z badania dermatoskopowego.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie gminy Konstancin-Jeziorna przez realizatorów wybranych w drodze otwartego konkursu ofert, w postępowaniu ogłoszonym zgodnie z art. 48b Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [36].

O wykrytych schorzeniach dermatologicznych zostanie poinformowany lekarz podstawowej opieki zdrowotnej danego uczestnika, który w oparciu o tę wiedzę podejmie decyzje dotyczące dalszego leczenia. pacjent uczestniczący w programie otrzyma od lekarza informację z zaleceniem dalszego postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia np. leczenia chirurgicznego. Zapewniona zatem została kontynuacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Schemat organizacyjny interwencji przedstawiono na rycinie 4.



Rycina 4. Schemat organizacyjny interwencji zaplanowanych w ramach programu.

Źródło: opracowanie własne

Działania informacyjno-edukacyjne

W zakresie modułu merytorycznego (działania informacyjno-edukacyjne) planowane są spotkania dla członków grupy docelowej, na których poruszone zostaną zagadnienia dotyczące chorób skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka, jego diagnostyki, objawów oraz realizacji dalszych badań, jeżeli zaistnieje taka potrzeba. Omówione będą ogólne zasady postępowania ograniczającego ryzyko nowotworów skóry, a także sposoby leczenia występujących zaburzeń.

Diagnostyka

W grupie osób, które na podstawie wiedzy uzyskanej w trakcie działań edukacyjnych stwierdzą podejrzenie zmiany dermatologicznej, zostanie przeprowadzona dogłębna diagnostyka mająca na celu wykrycie ewentualnego czerniaka.

W pierwszej kolejności przeprowadzona będzie konsultacja dermatologiczna wraz z badaniem lekarskim, a w razie potrzeby – dodatkowo badanie dermatoskopowe.

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

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

Podział zadań pomiędzy organizatora programu (Urząd Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna) i realizatora (wyłonionego w trakcie otwartego konkursu ofert) zawiera tabela 1.

Tabela 1. Podmiot odpowiedzialny za realizację zadań w ramach programu

ZADANIE	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY
Przygotowanie programu polityki zdrowotnej	Organizator programu
Wyznaczenie koordynatora programu	Organizator programu
Opiniowanie programu	AOTMiT
Ogłoszenie konkursu na realizatora programu	Organizator programu
Wyłonienie realizatora programu	Organizator programu

Rekrutacja uczestników	Realizator programu
Realizacja programu	Realizator programu
Monitoring realizacji programu	Organizator + realizator programu
Pomiar okresowych i końcowych efektów programu na podstawie mierników	Realizator programu
Ewaluacja programu	Realizator programu
Sprawozdanie okresowe do Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna	Realizator programu
Sprawozdanie roczne do Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna	Realizator programu
Przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu	Realizator programu
Zakończenie realizacji programu	Organizator + realizator programu

Źródło: opracowanie własne.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Kluczowym kryterium formalnym będzie posiadanie statusu mieszkańca gminy Konstancin-Jeziorna, a także podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w akcji (druk zgody w załączniku). Podpisany druk trafi do dokumentacji.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenie w postaci uczestnictwa w działaniach edukacyjnych oraz wykonania badania będzie mógł otrzymać każdy mieszkaniec spełniający kryteria włączenia do programu. Akcja będzie miała charakter ciągły i będzie się odbywała w cyklu rocznym. Konkretny termin realizacji danego modułu merytorycznego wyniknie z kwestii organizacyjnych.

W kolejnych latach trwania programu będą do niego włączane następne osoby kwalifikujące się do wzięcia w nim udziału.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Aktualnie na terenie Polski nie ma świadczeń alternatywnych dotyczących podejmowanego tematu dla zakładanej programem populacji docelowej.

Niniejsze działania będą uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

f. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Niniejszy program polityki zdrowotnej dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, określonych w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie ma zatem jego odpowiednika w zakresie świadczeń gwarantowanych. Należy jednak podkreślić, że jego zakres merytoryczny oraz organizacyjny oparty jest na aktualnych podstawach naukowych i nie budzi zastrzeżeń.

g. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu

Kompletne uczestnictwo w programie polega na udziale w cyklu działań edukacyjnych oraz badaniu diagnostycznym mającym na celu wykrycie ewentualnych chorób skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka. Uczestnicy programu będą mogli skorzystać z pełnego cyklu działań edukacyjnych zaplanowanych w niniejszym programie polityki zdrowotnej. W razie wykrycia nieprawidłowości zostaną udzielone informacje na temat możliwości dalszego postępowania (uszczegółowienie diagnostyki) i leczenia specjalistycznego (jak np. leczenie chirurgiczne) w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

h) Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program badań dermatologicznych oraz dermatoskopowych będzie realizowany przez podmiot leczniczy/podmioty lecznicze, które zostaną wybrane do realizacji programu. Akcja będzie prowadzona z zachowaniem wszelkich wymogów wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa. Wyroby medyczne stosowane podczas interwencji będą spełniały kryteria bezpieczeństwa oraz normy wyznaczone dla tego typu świadczeń [31; 32]. Personel będzie spełniał wymogi gwarantujące fachowość i bezpieczeństwo wszystkich działań [33].

i) Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu

Realizator będzie dysponował wymaganą kadrą oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania interwencji zaplanowanych w programie. Akcje edukacyjne poprowadzi wykwalifikowany personel mający właściwe doświadczenie pedagogiczne. Będą to specjaliści z zakresu dermatologii. Akcja odbędzie się na terenie placówek zlokalizowanych na terenie gminy Konstancin-Jeziorna.

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora akcji zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [30; 34; 35].

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

Warunki szczegółowe realizacji procedur w ramach programu

1. Wymagania formalne:

- program będzie realizowany przez podmiot leczniczy/podmioty lecznicze, wyłonione w drodze negocjacji.

2. Personel w miejscu realizacji programu:

- lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii I i II stopnia.

3. **Personel świadczący usługi na rzecz realizatora programu lub zapewnienie przez realizatora w ramach programu dostępu do:**

- badań dermatoskopowych.

4. **Organizacja udzielania procedur w miejscu realizacji programu:**

- pokój spotkań indywidualnych, pokój spotkań grupowych lub sala konferencyjna;
- gabinet lekarski.

5. **Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:**

- dermatoskop;
- komputerowe urządzenia do archiwizacji elektronicznej danych klinicznych.

6. **Fakultatywne wymagania:**

- certyfikaty lub udokumentowane stosowanie standardów i rekomendacji Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego;
- posiadanie udokumentowanego wewnętrznego systemu zarządzania jakością, w tym: udokumentowane posiadanie ustalonych procedur mających na celu ochronę informacji pozyskiwanej w trakcie realizacji procedur medycznych.

j. Dowody skuteczności planowanych działań

Opinie ekspertów klinicznych

„Tematem zaawansowanego czerniaka zajmuję się zawodowo od 15 lat. Jest to choroba, która ciągle stanowi źródło frustracji dla onkologów. Przez wiele lat, my lekarze, nie mogliśmy w tym temacie zrobić nic. Większość naszych pacjentów niestety umierała, w przeciwieństwie do wczesnych czerniaków, które w większości wyleczyliśmy chirurgicznie. W medycynie dość często nadużywane jest stwierdzenie, że coś jest przełomem. Niemniej jednak w przypadku czerniaka w ciągu ostatnich pięciu lat rzeczywiście nastąpiła rewolucja. Rewolucja ta jest coraz trwalsza i co ważniejsze wyniki leczenia chorych na zaawansowanego czerniaka są spektakularne. Na ostatniej konferencji onkologicznej ASCO immunoterapia, po raz kolejny, potwierdziła swoją wartość. Wiemy, że terapia powinna być stosowana od razu u pacjentów z przerzutami. Tylko takie jej zastosowanie pozwala ponad połowie chorych przeżyć 2 lata. Należy przy tym pamiętać, że jeszcze do niedawna po roku żył zaledwie co trzeci chory. To jest niesamowity postęp i sukces w walce z chorobą” – twierdzi prof. Piotr Rutkowski [19].

Według prof. dr hab. n. med. Lidii Rudnickiej: „Statystyki są takie, że choruje jedna osoba na 300. Przy czym ze statystykami wiąże się wiele niedogodności. Po pierwsze, są one zawsze bardzo opóźnione. To wynika z procedur ich przygotowywania. Drugi problem jest taki, że aby czerniak wszedł do statystyki, lekarz, który go rozpoznał i usunął, musi go zgłosić do bazy danych statystycznych. Jesteśmy coraz bardziej zapędzeni i mniej skupieni na rzeczach administracyjnych. Z tego też powodu dane statystyczne mogą być sztucznie zaniżone” [20].

„Pacjenci trafiają do nas, gdy pojawiają się przerzuty. Nie mamy dostępu do Interleukiny II – leku kosztownego, ale dającego szansę wyleczenia nawet w zaawansowanej chorobie. Ministerstwo Zdrowia nie ma ani jednego badania, które porównałoby koszty leczenia zaawansowanych postaci nowotworów z kosztami profilaktyki. Według moich wyliczeń profilaktyka czerniaka byłaby 5–6-krotnie tańsza niż leczenie”- powiedział prof. Cezary Szczylik [21].

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

Wśród zaleceń zawartych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 są następujące cele:

- cel strategiczny nr 2 – zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych;
- cel operacyjny nr 12 – aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia społeczeństwa;
- cel operacyjny nr 14 – usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej;
- cel operacyjny nr 15 – zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej [22].

Podstawowe cele i kierunki działań na rzecz ograniczenia epidemii chorób nowotworowych w Polsce są nakreślone również w Narodowym Programie Zwalczenia Chorób

Nowotworowych (NPZChN). Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że zahamowanie wzrostu zachorowań i zmniejszenie umieralności na nowotwory powinno być powiązane z upowszechnianiem i wdrażaniem zaleceń Kodeksu Walki z Rakiem oraz realizacją zadań zapisanych w NPZChN.

Szczególnie istotne są:

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

programu zwalczania chorób nowotworowych, kontynuowanego w kolejnych dekadach i finansowanego głównie ze środków publicznych, stosownie do potrzeb zdrowotnych i społecznych, z uwzględnieniem grup wysokiego ryzyka oraz nierówności społeczno-ekonomicznych i regionalnych w dostępie do zdrowia i opieki zdrowotnej [23].

Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Dotychczas nie są znane dowody potwierdzające lub wykluczające skuteczność badań przesiewowych w kierunku nowotworów skóry. Oparte na ograniczonych dowodach naukowych, rutynowe badanie fizykalne skóry całego ciała przeprowadzane przez pracowników podstawowej opieki zdrowotnej nie jest rekomendowane wśród pacjentów z grupy niskiego lub średniego ryzyka wystąpienia nowotworu skóry [17].

Chorobowość 5-letnia jest miarą, która określa liczbę żyjących chorych z rozpoznaniem nowotworu zdiagnozowanym w ciągu poprzedzających 5 lat. W 2006 roku chorobowość 5 letnią w Polsce oszacowano na 323 tys., w 2012 roku wynosiła ona już 364 tys. Wzrosła również chorobowość wyrażona jako współczynnik na 100 tys. populacji z 847 do 945. Według oszacowań chorobowości przeprowadzonych dla 2012 roku przez European Cancer Observatory wskaźnik ten w Polsce jest niższy niż w większości krajów europejskich. Stanowi on pochodną struktury nowotworów złośliwych w danym kraju, częstości zachorowań, wczesnej diagnozy i skuteczności leczenia. Wzrost wskaźnika może wskazywać na to, że każdy sposób propagujący wczesne wykrycie nowotworu daje lepsze możliwości przeprowadzenia leczenia.

Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego

W Polsce są prowadzone akcje edukacyjne. Przykładem jest akcja „Czerniak STOP. Skóra pod kontrolą. Celem akcji jest popularyzowanie rozsądnego korzystania ze słońca i regularnych badań profilaktycznych. Podobne prowadzone są z sukcesem w Australii od lat osiemdziesiątych („Melanoma Awareness Day”) oraz od kilkunastu lat w USA („Melanoma Day”). Organizatorami akcji w naszym kraju są lekarze: Kliniki Dermatologii CSK, Fundacji PRZYJAZNE ŚRODOWISKO – ZDROWA SKÓRA jako inicjatorzy oraz Kliniki Onkologii Wojskowego Instytutu Medycznego, Samodzielnego Okulistycznego Szpitala Klinicznego, Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii [25].

Podobna akcja przeprowadzona w 2015 roku pod nazwą „Słońce bez czerniaka”, która miała promować wśród dzieci i rodziców bezpieczne korzystanie ze słońca oraz propagowanie profilaktyki przeciwczerńkowej, czyli badania dermatologiczne znamion [26].

Akademia Czerniaka zainauguowała program profilaktyczno-edukacyjny „Znamię! Znam je?”. W jego ramach co roku w maju odbywa się także Tydzień Świadomości Czerniaka, który ma zachęcić społeczeństwo do regularnego badania skóry oraz przestrzegania podstawowych zasad ochrony przed czerniakiem tym nowotworem. Podczas Tygodnia Świadomości Czerniaka Polacy dowiadują się, kto jest najbardziej narażony na zachorowanie, na co zwracać przy czerniaku uwagę i jak skutecznie się przed nim bronić. Na potrzeby kampanii „Znamię! Znam je?” Akademia Czerniaka sprawdziła, w ramach badań TNS OBOP i sondy ulicznej, co Polacy wiedzą o czerniaku. Przygotowane zostały również materiały edukacyjne w postaci ulotki i plakatu z kluczowymi informacjami na jego temat [27].

Ponadto co roku w różnych miejscowościach Polski realizowane są Programy Profilaktyczne dotyczące czerniaka. Przykładem może być powiat mikołowski, województwo lubelskie, miasto Kędzierzyn-Koźle [17; 28; 29].

5. Koszty

Zgodnie z decyzją Rady Miejskiej Konstancina-Jeziorny na realizację „Programu Polityki Zdrowotnej Gminy Konstancin-Jeziorna na lata 2016–2018, obejmującego profilaktykę i wczesną diagnostykę nowotworów skóry, ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka” została przeznaczona kwota 20 tys. zł na każdy rok jego realizacji.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji uzyskanych z Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna wybrano populację docelową w ramach zadanego programu zdrowotnego.

Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badania lekarskiego, a także działań edukacyjnych.

a. Koszty jednostkowe

Całkowity budżet programu został zaplanowany przy założeniach przedstawionych w tabeli 2.

Tabela 2. Założenia całkowitego rocznego budżetu programu diagnostycznego

Populacja korzystających	Koszt jednostkowy programu
około 400 osób	około 50 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

Na niżej opisany koszt składają się koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, działań edukacyjnych, realizacji badania lekarskiego i badań diagnostycznych.

b. Planowane roczne koszty całkowite

Na całkowity budżet projektu składają się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

Koszty organizacyjne

a) po stronie organizatora

- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie zakładki na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna dotyczącej projektu (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie);
- utrzymanie zakładki i aktualizacja informacji w serwisie na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna dotyczącej projektu;
- zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych.

b) po stronie realizatora

- opracowanie szczegółowych zasad organizacji programu, sposobu raportowania, zasad monitorowania realizacji zadań;
- przygotowanie wniosków aplikacyjnych i opracowanie sposobu rekrutacji uczestników;
- przygotowanie regulaminów i ankiet walidacyjnych dla uczestników;
- organizacja kampanii informacyjnej;
- monitoring jakości i rzetelności świadczeń w ramach programu przez zewnętrznego eksperta;
- przygotowanie narzędzi oraz pomiar okresowych i końcowych efektów programu na podstawie określonych mierników.

Całkowite koszty organizacyjne przewidziane na roczny okres trwania programu według założeń nie powinny przekroczyć 1 tys. zł.

Koszty realizacji interwencji

- działania edukacyjne;
- wykonanie badania.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od wyceny przedstawionej przez oferentów w procedurze konkursowej, a także od liczebności populacji uczestniczącej. Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń i maksymalne stawki za realizację poszczególnych interwencji w ramach programu, które będą jednym z kryteriów oceny

w procedurze konkursowej. Maksymalne stawki wyceny świadczeń przedstawione przez realizatora muszą mieścić się w średnich kosztach rynkowych danej procedury.

Koszty realizacji badania

Koszty realizacji badań diagnostycznych zakładane są na poziomie około 50 zł za konsultację lekarską.

Koszt działań edukacyjnych

Koszty działań edukacyjnych planowane są na poziomie do 10% budżetu całkowitego: około **1,5 tys. zł** (składa się na nie ewentualne wynagrodzenie prelegentów i koszt materiałów edukacyjnych).

Koszty ogólne programu

- rezerwa budżetowa (wynika z różnicy pomiędzy zaplanowanymi a poniesionymi wydatkami) – zakłada się ją na poziomie do 10% budżetu całkowitego, tj. około **1,5 tys. zł**.

Rezerwę będzie można wykorzystać na zwiększenie przeprowadzenia interwencji wśród populacji w poszczególnych latach realizacji programu, rozszerzenie działań edukacyjnych, intensyfikację kampanii informacyjnej lub inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji.

Tabela 3. Planowany budżet całkowity

Rodzaj kosztów	Kwota
1. Koszty organizacyjne	1,0 tys. zł
2. Koszty realizacji badania	17,5 tys. zł
3. Koszty ogólne programu	1,5 tys. zł
Razem	20,0 tys. zł

Źródło: opracowanie własne.

Przy zakładanym budżecie dostępne środki finansowe przeznaczone na realizację „Programu Polityki Zdrowotnej Gminy Konstancin-Jeziorna na lata 2016–2018 obejmującego profilaktykę i wczesną diagnostykę nowotworów skóry, ze szczególnym uwzględnieniem

czerniaka” umożliwiają objęcie ww. akcją oraz działaniami z zakresu promocji zdrowia około 400 osób z całej populacji docelowej.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Program finansowany będzie ze środków budżetu gminy Konstancin-Jeziorna, zgodnie z umowami zawartymi z jego realizatorami. Środki finansowe przeznaczone na ten cel mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w kolejnych latach w zależności od możliwości budżetowych gminy.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Doświadczenia Polski i innych krajów Unii Europejskiej pozwalają zauważyć, że poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa, w tym na temat zagrożeń chorobami nowotworowymi i skutecznej profilaktyki, stanowią długotrwały proces, polegający na ciągłym i powtarzalnym podejmowaniu aktywności edukacyjno-informacyjnych. W efekcie mają one zmienić nastawienie społeczeństwa do kwestii konieczności regularnego wykonywania badań profilaktycznych

W Polsce ostatnio wzmożono działania edukacyjno-profilaktyczne skierowane do społeczeństwa oraz wdrożenia szkoleń z zakresu dermatoskopii dla lekarzy, głównie chirurgów/onkologów i dermatologów.

Czerniaki stanowią główną przyczynę zgonów z powodu nowotworów złośliwych skóry. Tymczasem usunięcie czerniaka, kiedy choroba nie jest jeszcze zaawansowana, pozwala na wyleczenie aż 80% chorych. Dlatego tak ważne jest jego szybkie i prawidłowe rozpoznanie.

W związku z danymi epidemiologicznymi dotyczącymi nowotworów skóry w Polsce, które wskazują na dużą dynamikę wzrostu liczby zachorowań, oraz z niższym o 30% w porównaniu z krajami europejskimi wskaźnikiem wyleczeń wydaje się zasadne wdrażanie programów profilaktycznych podnoszących świadomość społeczną w tym zakresie. W Polsce czerniak wykrywany jest w wyższym niż w krajach Europy Zachodniej zaawansowaniu wyjściowym, co przekłada się na zmniejszenie odsetka wyleczeń do poziomu około 60–70%.

Ze względu na wzrastającą liczbę zachorowań na nowotwory skóry w Polsce oraz znaczenie wczesnego ich wykrywania wszelkie działania ogólnokrajowe i regionalne mające na celu profilaktykę pierwotną i wtórną, ze szczególnym naciskiem na działania edukacyjne i umożliwienie dostępu do lekarza specjalisty, powinny być wdrażane w Polsce.

Organizacja badania została tak zaplanowana, by uzyskać maksymalną efektywność przy zakładanych kosztach działań. Realizacja programu polityki zdrowotnej w przedstawiony sposób gwarantuje optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów. Uwzględniono nie tylko koszty samych procedur medycznych, lecz również działań informacyjnych.

6. Monitoring i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja projektu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do programu stanowiąca podstawowe kryterium stałej oceny programu. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Ostatnim elementem procesu będzie analiza efektywności realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania będą miały charakter wybitnie długofalowy.

a. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników programu zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Dodatkowo będzie to stanowiło odzwierciedlenie zmian w zakresie świadomości społeczeństwa związanej z tematyką akcji.

Ponadto szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski zostaną wykorzystane w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Zostanie ona dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie dermatologii. Ocenie podlegać będzie całość programu zdrowotnego ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie nadzorował koordynator

programu. Jakość świadczeń będzie na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom akcji, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta będzie miała charakter anonimowy. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia (kwestionariusz w załączniku). Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

c. Ocena efektywności programu

Podstawowe elementy poddane analizie to:

- liczba uczestników, którzy wezmą udział w programie;
- liczba nowych rozpoznań chorób skóry wśród uczestników programu ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka;
- liczba odbiorców akcji informacyjno-edukacyjnej – osoby dorosłe,

Należy pamiętać, że trwałe obniżenie wskaźnika rozpoznań czerniaka może być trudne do wykazania w krótkim (np. rocznym) okresie. Przewiduje się, że ten trend będzie miał charakter wybitnie długofalowy. Pewną rolę w ocenie efektywności programu odegrają również statystyki ogólnopolskie.

d. Ocena trwałości efektów programu

Program planowany jest na lata 2016–2018, niemniej planowana jest jego kontynuacja w kolejnych interwałach czasowych (okresy 3–4 lat). Będą na to miały wpływ przede wszystkim: kwestia dostępnych środków finansowych oraz pozytywna ocena efektywności programu prowadzona na zasadach opisanych w punkcie 6 c.

7. Okres realizacji programu

Program planowany jest na okres 2016–2018 (tzn. na 3 lata). W następujących po sobie latach do akcji będą zapraszane kolejne osoby spełniające kryteria kwalifikujące je do wzięcia udziału w akcji.

8. Bibliografia

1. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, informacje ogólne, https://ptok.pl/dla_pacjentow/wazne_informacje/informacje_ogolne [dostęp: 06.07.2016].
2. European Commision: „Cancer”, http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/cancer/index_en.htm [dostęp: 06.06.2016].
3. Krajowy Rejestr Nowotworów: „Nowotwory skóry (C44)”, <http://onkologia.org.pl/nowotwory-skory-c44> [dostęp: 04.06.2016].
4. Włodarkiewicz A., Kozicka D., Michajłowski I., Sobjanek M., Niekra M., Nałęcz D.: „Rak skóry – analiza epidemiologiczna, kliniczna i wyników leczenia chirurgicznego 1406 chorych”, *Przegl Dermatol* 2011;2(98).
5. Akademia Czerniaka, <http://www.akademiaczerniaka.pl/dla-pacjentow/czerniak-co-to-jest/> [dostęp: 04.06.2016].
6. Bień S., Żyłka S., Klimas A., Kamiński B., Okła S., Postuła S., Ziółkowska M.: *Nowotwory złośliwe skóry i szyi. Charakterystyka epidemiologiczna i kliniczna*. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej. Tom 3. Kielce 2006.
7. Krajowy Rejestr Nowotworów: „Czerniak skóry”, <http://onkologia.org.pl/czerniak-skory-2/> [dostęp: 04.06.2016].
8. WHO, EUCAN: „Malignant melanoma of skin”, <http://eco.iarc.fr/eucan/Cancer.aspx?Cancer=20> [dostęp: 04.06.2016].
9. Michalska-Jakubus M., Jakubus T., Krasowska D.: „Czerniak – epidemiologia, etiopatogeneza i rokowanie”, *Med Rodz*, 2006;2:45–53.
10. National Cancer Institute: „Fact sheets: Melanoma of the skin”, <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/melan.html> [dostęp: 04.06.2016].
11. Niemiec T.: *Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat*, Polska 2006.
12. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, Warszawa 2013.
13. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: *Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe do 2025 r.*, Warszawa 2009.
14. Załącznik do uchwały nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. (poz. 1165) „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024”.

15. Rutkowski P.: „Postępy w terapii czerniaków skóry”, http://www.ptcho.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=201:postepy-w-terapii-czerniakow-skory-2015-r&catid=101&Itemid=502 [dostęp: 04.06.2016].
16. Rutkowski P.: „Nowe leki przedłużają życie w zaawansowanym czerniaku”, Puls Med, 2013;13(270).
17. Agencja Oceny Technologii Medycznych: „Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 43/2014 z dnia 7 kwietnia 2014 r. o projekcie programu 'Program profilaktyki raka skóry dla mieszkańców województwa lubelskiego na lata 2014–2017'”.
18. Akademia Czerniaka: „Wzrasta świadomość czerniaka wśród Polaków. Profilaktyka nadal lekceważona”, <http://www.akademiaczerniaka.pl/artykuly/pokaz-artykul,wzrasta-swiadomosc-czerniaka-wsrod-polakow-profilaktyka-nadal-lekcewazona> [dostęp: 06.07.2016].
19. Zwrotnikraka.pl: „Leczenie czerniaka skóry. Nowoczesna terapia zaawansowanych nowotworów”, <http://www.zwrotnikraka.pl/leczenie-czerniaka-skory-raka/> [dostęp: 04.06.2016].
20. Karbarczyk M., Figielska M.: „Czerniakowi STOP”, 2007, <http://www.nazdrowie.pl/artikul/czerniakowi-stop> [dostęp: 04.06.2016].
21. Interia.pl: „Czerniak – Stop. Skóra pod kontrolą”, http://kobieta.interia.pl/archiwum/news-czerniak-stop-skora-pod-kontrola,nld,391009#utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=chrome [dostęp: 06.07.2016].
22. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Uchwała Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r.
23. Potrykowska A., Strzelecki Z., Szymborski J., Witkowski J.: *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, Warszawa 2013.
24. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. Załącznik do Uchwały nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. (poz. 1165).
25. Interia.pl: „Czerniak – Stop. Skóra pod kontrolą”, <http://kobieta.interia.pl/archiwum/news-czerniak-stop-skora-pod-kontrola,nld,391009> [dostęp: 04.06.2016].

26. Kosmato: „Podsumowanie akcji Świadome Opalanie `Słońce bez czerniaka’ ”, <http://www.kosmetomama.pl/podsumowanie-akcji-swiadome-opalanie-slonce-bez-czerniaka/> [dostęp: 04.06.2016].
27. Akademia Czerniaka, <http://www.akademiaczerniaka.pl/akademia-czerniaka/kampania-znamie-znam-je/o-kampanii/> [dostęp: 04.06.2016].
28. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 200/2012 z dnia 17 września 2012 r. o projekcie programu „Wczesna diagnostyka i profilaktyka nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka” powiatu mikołowskiego
29. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 44/2014 z dnia 7 kwietnia 2014 r. o projekcie programu „Program wczesnej diagnostyki i profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka” miasto Kędzierzyn-Koźle.
30. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883.
31. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654.
32. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679.
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz 896.
34. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883.
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2014 r., poz. 177.
36. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

9. Załączniki

a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

PIECZĘĆ/NAZWA JEDNOSTKI

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI CZERNIAKA DLA MIESZKAŃCÓW GMINY KONSTANCIN-JEZIORNA NA LATA 2016–2018

1. Sprawozdanie za okres
2. Liczba ogółem przyjętych uczestników
3. Liczba odmów udziału w programie
4. Liczba uczestników warsztatów informacyjnych
5. Liczba osób, które zgłosiły się na konsultacje dermatologiczne
6. Liczba uczestników skierowanych na badanie dermatoskopowe
7. Liczba stwierdzonych przypadków czerniaka
8. Uwagi:
.....
.....
.....

.....

Data

.....

Podpis

b. Ankieta satysfakcji

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU PROFILAKTYKI CZERNIAKA DLA MIESZKAŃCÓW GMINY KONSTANCIN-JEZIORNA NA LATA 2016–2018

Jak oceniają Państwo poziom świadczeń w trakcie programu?

1. Stosunek do uczestnika (życzliwość, zaangażowanie, troska o badanego)

- a. Bardzo dobrze
- b. Dobrze
- c. Średnio
- d. Źle
- e. Nie mam zdania

2. Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)

- a. Bardzo dobrze
- b. Dobrze
- c. Średnio
- d. Źle
- e. Nie mam zdania

3. Zapewnianie intymności uczestnikom podczas wizyt

- a. Bardzo dobrze
- b. Dobrze
- c. Średnio
- d. Źle
- e. Nie mam zdania

4. Punktualność realizatorów

- a. Bardzo dobrze
- b. Dobrze
- c. Średnio
- d. Źle
- e. Nie mam zdania

5. Sprawność obsługi

- a. Bardzo dobrze
- b. Dobrze
- c. Średnio
- d. Źle
- e. Nie mam zdania

6. Inne uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

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

c. Zgoda na udział w programie

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CZERNIAKA DLA MIESZKAŃCÓW GMINY KONSTANCIN-JEZIORNA NA LATA 2016–2018

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w akcji nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie akcji zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 29.08.1997).

Uczestnik programu:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu
(ręką uczestnika programu)

ORYGINAŁ/KOPIA

UZASADNIENIE

Do Uchwały Nr 365/VII/24/2016 Rady Miejskiej Konstancin-Jeziorna z dnia 26 października 2016 r. w sprawie uchwalenia programu polityki zdrowotnej "Profilaktyka i wczesna diagnostyka nowotworów skóry, ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka"

Programy polityki zdrowotnej uchwalane przez jednostki samorządu terytorialnego są uzupełnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pozwalają na podniesienie świadomości potrzeb dbania o zdrowie wśród mieszkańców, wpływają także na poziom profilaktyki zdrowotnej. Skierowane są do konkretnych grup mieszkańców.