Załącznik
do uchwały nr CCLV/5037/2026
Zarządu Województwa Lubelskiego
z dnia 16 czerwca 2026 r.

REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY

Zdrowa Skóra Lubelszczyzny - program profilaktyki nowotworów skóry na lata 2026–2029

Program opracowano na podstawie Rekomendacji nr 150/2025 z dnia 17 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów skóry

Podstawa opracowania Regionalnego Programu Zdrowotnego:
Art. 48 a ust. 1, 2 , art. 48 aa ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.).



LUBLIN 2026

Nazwa Dokumentu:
Regionalny Program Zdrowotny pn.:

Zdrowa Skóra Lubelszczyzny - program profilaktyki nowotworów skóry na lata 2026–2029

dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w związku z projektem pn.: „Opracowanie czterech programów związanych ze środowiskiem pracy, w tym dwóch programów profilaktycznych w obszarze chorób układu krążenia i nowotworowych oraz dwóch programów rehabilitacyjnych w obszarze chorób układu krążenia i układu nerwowego” w ramach Działania 9.5 Ochrona środowiska pracy Priorytet IX Zaspokajanie potrzeb rynku pracy programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

Nr Umowy: 12/FELU.09.05-IZ.00-0012/24-00

Autorzy Dokumentu:

Rada Programowa do opracowania programu profilaktyki chorób nowotworowych skóry w ramach projektu pn. „Opracowanie czterech programów związanych ze środowiskiem pracy, w tym dwóch programów profilaktycznych w obszarze chorób układu krążenia i nowotworowych oraz dwóch programów rehabilitacyjnych w obszarze chorób układu krążenia i układu nerwowego” współfinasowanego ze środków Unii Europejskiej

1. Anna Rutczyńska-Rumińska - Dyrektor WOMP CP-L w Lublinie - Przewodnicząca Rady
2. Iwona Kochaniec - Kierownik Ośrodka Profilaktyki i Promocji Zdrowia - Członek Rady
3. Tomasz Nowosad – Starszy specjalista Ośrodka Profilaktyki i Promocji Zdrowia - Członek Rady
4. Anna Szponar-Bojda – dr n. med., specjalista w dziedzinie dermatologii i wenerologii - Członek Rady,
5. Jakub Chodorowski – dr n. med., specjalista w dziedzinie dermatologii i wenerologii - Członek Rady,

przy współpracy z ekspertem:

Konsultant wojewódzki w dziedzinie dermatologii i wenerologii – Prof. dr hab. n. med. Dorota Krasowska

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej 4

1.1. Opis problemu zdrowotnego 4
1.2. Dane epidemiologiczne 8
1.3. Opis obecnego postępowania 21
1.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia regionalnego programu zdrowotnego 25

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji 30

2.1. Cel główny 30
2.2. Cele szczegółowe 30
2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej 31

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej 32

3.1. Populacja docelowa 32
3.2. Kryteria włączenia i wyłączenia do udziału w regionalnym programie zdrowotnym oraz kryteria wyłączenia z regionalnego programu zdrowotnego 35
3.3. Planowane interwencje 38
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach regionalnego programu zdrowotnego 48

IV. Organizacja regionalnego programu zdrowotnego.....49

4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów 49
4.2. Schemat realizacji programu 54
4.3. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 55

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....56

5.1. Monitorowanie 56
5.2. Ewaluacja 58

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej 60

6.1. Budżet i metodologia szacowania kosztów programu 60
6.2. Koszty jednostkowe 60
6.3. Koszty całkowite 61
6.4. Źródła finansowania 63

Bibliografia 64

Załączniki: 66

SŁOWNIK SKRÓTÓW

AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BAEL	Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności
BASiW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
BCC	basal cell carcinoma (rak podstawnokomórkowy)
CEIDG	Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej
DALY	Lata życia skorygowane niesprawnością z (ang. *disability-adjusted life years*)
DILO	Diagnostyka i Leczenie Onkologiczne (karta DILO)
EFS Plus	Europejski Fundusz Społeczny Plus
FEL	Program Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
GUS	Główny Urząd Statystyczny
ICD-10	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
IZ	Instytucja Zarządzająca Programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
JST	Jednostka samorządu terytorialnego
KPT	Karta Praw Pacjenta
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
MM	melanoma malignum (czerniak złośliwy)
MPZ	Mapa Potrzeb Zdrowotnych
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NICE	Narodowy Instytut Doskonałości Zdrowia i Opieki (ang. *National Institute for Health Care Excellence*)
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
NSO	Narodowa Strategia Onkologiczna
OK	Ośrodek Koordynujący
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
RODO	Rozporządzenie o Ochronie Danych Osobowych
RPZ	Regionalny Program Zdrowotny
SCC	squamous cell carcinoma (rak kolczystokomórkowy)
SGI	Indeks społeczno-demograficzny (Socio-Demographic Index)
SIGN	Szkocka Międzyuczelniana Sieć Wytycznych (ang. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*)
UE	Unia Europejska
UMWL	Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie
UV	ultraviolet (promieniowanie ultrafioletowe)
UVA	promieniowanie ultrafioletowe typu A
UVB	promieniowanie ultrafioletowe typu B
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*)
WPT	Wojewódzki Plan Transformacji
YLD	Lata życia z niepełnosprawnością (ang. *years lived with disability*)
YLL	Utracone potencjalne lata życia (ang. *years of life lost*)
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

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

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Rak skóry stanowi niejednolitą grupę nowotworów pochodzenia nabłonkowego i zajmuje pierwsze miejsce w statystyce onkologicznych chorób skóry. Najczęściej występuje: rak podstawnokomórkowy, kolczystokomórkowy oraz czerniak. Zdecydowana większość nowotworów skóry zostaje zdiagnozowana już w momencie, gdy osiągają rozmiar powyżej 1 cm. W początkowych fazach rozwoju nowotwory te nie różnią się w znaczący sposób od innych znamion znajdujących się na skórze pacjenta.

Biorąc pod uwagę epidemiologię, nowotwór złośliwy skóry może rozwijać się pod wpływem czynników fizycznych, takich jak promieniowanie słoneczne (ultrafioletowe), temperatura, a także czynników chemicznych. Stąd 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, na podłożu degeneracyjnych zmian skórnych (np. fotostarzenie, zmiany atroficzne w przebiegu dermatoz zawodowych) i stanów przedrakowych (np. leukoplakia, dermatozy zawodowe, nie gojące się owrzodzenia). Stanowią 95% wszystkich nowotworów złośliwych skóry[1].

Realizacja programu profilaktyki w województwie lubelskim jest konieczna z uwagi na rosnącą zapadalność na nowotwory skóry. Według danych epidemiologicznych, wskaźniki zachorowalności w regionach o dużej ekspozycji na promieniowanie UV (w tym rolnicze tereny Lubelszczyzny) wykazują tendencję wzrostową, co generuje potrzebę wczesnej diagnostyki i kompleksowej opieki w celu powrotu do sprawności.

Nowotwory złośliwe skóry stanowią istotną część Rozdziału II klasyfikacji ICD-10 (Nowotwory). Program skupia się na następujących jednostkach:

C43 – Czerniak złośliwy skóry (najbardziej agresywny, wymagający szybkich interwencji).

C44 – Inne nowotwory złośliwe skóry (np. rak podstawnokomórkowy, rak kolczystokomórkowy).

D03 – Czerniak in situ (stadium przedinwazyjne).

L57 – Zmiany skóry wywołane przewlekłą ekspozycją na promieniowanie niejonizujące (stany przednowotworowe, np. rogowacenie słoneczne).

Największą grupę wśród nowotworów stanowi **rak podstawnokomórkowy** *(łac. carcinoma basocellulare, basal cell carcinoma - BCC).* Pochodzi on z nierogowaciejących komórek warstwy podstawnej naskórka. Stanowi 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%). Rośnie powoli i rzadko daje przerzuty. Diagnostyka nowotworów jest realizowana przede wszystkim w oparciu o badanie przedmiotowe (kliniczne).

[1] Włodarkiewicz A., Kozicka D., Michajłowski I., Sobjanek M., Niekra M., Nałęcz D.: Rak skóry –analiza epidemiologiczna, kliniczna i wyników leczenia chirurgicznego 1406 chorych. Przegląd Dermatologiczny 2011. Nr 2 (98).

Kluczowym elementem jest jak najwcześniejsze rozpoznanie nowotworu i szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia. W krajach, gdzie diagnozuje się przypadki raka podstawnokomórkowego o niskim zaawansowaniu klinicznym wyleczenia sięgają 99%-100%.

Kolejną grupą nowotworów złośliwych skóry stanowi **rak płaskonabłonkowy**, dawniej zwany kolczystokomórkowym *(łac. carcinoma planoepitheliale, carcinoma spinocellulare, squamous cell carcinoma - SCC)*. Stanowi on ok. 15% - 20% ogółu nowotworów złośliwych skóry. Biorąc pod uwagę lokalizację, nowotwór złośliwy najczęściej występuje na odsłoniętych okolicach ciała np. twarzy, plecach, kończynach, wardze. Rośnie agresywniej niż rak podstawnokomórkowy, dając przerzuty do węzłów chłonnych oraz przerzuty odległe (kości, płuca, mózg)[2]. Biorąc pod uwagę diagnostykę rozpoznanie należy potwierdzić za pomocą badania histopatologicznego. Rokowanie zależy od histologicznej złośliwości guza, zaawansowania miejscowego i ogólnego. Średnie 5-letnie przeżycia ogółem sięgają 90%, ale przy obecności przerzutów do węzłów chłonnych już poniżej 70%, a przy przerzutach odległych 20% - 30%.

Czerniak złośliwy *(łac. melanoma malignum- MM)* jest nowotworem wywodzącym się z komórek barwnikowych – melanocytów. Stanowi około 2% - 5% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe skóry głowy oraz szyi i jest przyczyną ok. 75% zgonów w tej grupie nowotworów. Czerniak jest jednym z najgroźniejszych i równocześnie najbardziej agresywnych nowotworów skóry. Może dawać przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych, a także przerzuty odległe, najczęściej do płuc, mózgu, wątroby, kości i ośrodkowego układu nerwowego[3]. Najczęstszym punktem wyjścia czerniaka jest skóra, ale może on powstawać także w obrębie błon śluzowych przewodu pokarmowego oraz w gałce ocznej.

Czerniak jest nowotworem wyleczalnym we wczesnym stadium rozwoju. Średnie 5-letnie przeżycia w czerniaku o grubości nacieku wg Breslowa do 0,75 mm jest bliskie 100%, przy nacieku grubości 0,76 – 1,5 mm – 91%, a powyżej 4 mm grubości – 46%. W przypadku obecności przerzutów do węzłów chłonnych średnie 5-letnie przeżycia spadają do ok. 30%.

U kobiet czerniak najczęściej umiejscowiony jest na kończynach, w przypadku mężczyzn najczęstszym umiejscowieniem czerniaka jest tułów. Czerniak może rozwinąć się, pod wpływem różnych czynników (patrz - czynniki ryzyka), na podłożu już istniejących znamion barwnikowych lub powstać na skórze nie zmienionej.

Niepokój budzić powinny wszelkie zmiany dotyczące już istniejących znamion. Do najczęstszych objawów, wymagających konsultacji lekarza (onkologa, chirurga onkologa, dermatologa) należą między innymi:

- zgrubienie,
- zaczerwienienie wokół znamienia,
- swędzenie,
- krwawienie,
- stan zapalny i/lub strup w obrębie znamienia,

[2] 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.

[3] https://www.akademiaczerniaka.org/dla-pacjentow/diagnoza-leczenie-lista-osrodkow/przerzuty, dostęp 20.03.2026

- powiększenie – powyżej 6 mm,
- zmiany zabarwienia,
- zmiana kształtu – asymetria, nieregularne granice,
- uniesienie powyżej poziomu otaczającej skóry.

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 - kolor *(ang. colour)* – zmiana w zabarwieniu znamienia: ściemnienie, rozjaśnienie, różne kolory w obrębie tego samego znamienia,
- D - 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.
- Ostatnio zaproponowano rozbudowanie tej reguły, która jest szczególnie pomocna 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[4]

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

- nadmierna ekspozycja na promieniowanie UV, zarówno słońce, jak i sztuczne opalanie, czyli solaria; promieniowanie UVA oraz UVB może być jednakowo szkodliwe, choć to pierwsze jest istotniejsze.
- kumulacyjna ekspozycja na słońce (także w dzieciństwie) z poważnymi słonecznymi oparzeniami skóry ma ścisły związek ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na czerniaka.
- jasny fenotyp skóry (rasa biała, włosy rude albo blond, wysoka skłonność do oparzeń słonecznych daje pewną predyspozycję do czerniaka).
- wiek i płeć (ryzyko zachorowania jest większe u kobiet i wzrasta wraz z wiekiem).
- czerniak skóry w wywiadzie (u ok. 5-10% osób wcześniej chorujących na czerniaka można się spodziewać powtórnego zachorowania).
- dodatni wywiad rodzinny, czyli występowanie czerniaka u osób blisko spokrewnionych, zwiększa ryzyko czerniaka.
- 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 ok. 1% populacji).

[4] Czerniaki skóry – zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w 2016 roku, Piotr Rutkowski, Piotr J. Wysocki, Anna Nasierowska-Guttmejer, Jacek Fijuth, Ewa Kalinka-Warzocha, Tomasz Świtaj, Arkadiusz Jeziorski, Milena Szacht, Wojciech Zegarski, Wojciech M. Wysocki, Lidia Rudnicka, Witold Owczarek, Maciej Krzakowski, Przegląd Dermatologiczny 2016, 103, 1–18

- immunosupresja, czyli celowe hamowanie aktywności układu oporności owego u chorych, np. po transplantacji narządów. u ludzi otrzymujących ciągłe leczenie immunosupresyjne wzrasta ryzyko czerniaka.
- podłoże genetyczne (odpowiedzialne za ok. 3% zachorowań).[5]

Ze względu na to, że program dotyczy nowotworów skóry, których występowanie związane jest ze środowiskiem pracy można wymienić następujące czynniki ryzyka:

- długotrwała ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe (UV),
- promieniowanie jonizujące,
- ekspozycja na wiele czynników chemicznych, w tym m.in. na paki, sadzę, smołę węglową, substancje powstające przy produkcji koksu i gazyfikacji węgla, oleje łupkowe i mineralne, arsen i jego związki (stosowane przy produkcji pestycydów, wytapianiu miedzi, ołowiu i cynku), produkty ropopochodne zawierające wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (WWA), w tym szczególnie dibenzoantracen.6

Przy postępowaniu orzeczniczym prowadzonym w Polsce w związku z podejrzeniem nowotworu jako choroby zawodowej uwzględnia się substancje chemiczne i mieszaniny sklasyfikowane jako rakotwórcze oraz wykaz czynników oraz procesów technologicznych związanych z uwalnianiem substancji chemicznych i mieszanin o działaniu rakotwórczym lub mutagennym stanowiący załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2024 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym w środowisku pracy. Obejmuje on:

I Czynniki fizyczne: promieniowanie jonizujące.

II Procesy technologiczne, w których dochodzi do uwalniania substancji chemicznych, ich mieszanin lub czynników o działaniu rakotwórczym lub mutagennym:

- produkcja auraminy,
- prace związane z narażeniem na wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, obecne w sadzy węglowej, smołach węglowych i pakach węglowych,
- prace związane z narażeniem na pyły, dymy i aerozole tworzące się podczas wypalania i elektrorafinowania surówek miedziowo-niklowych,
- produkcja alkoholu izopropylowego metodą mocnych kwasów,
- prace związane z narażeniem na pył drewna,
- prace związane z narażeniem na krzemionkę krystaliczną – frakcję respirabilną powstającą w trakcie pracy,
- prace związane z narażeniem przez skórę na działanie olejów mineralnych użytych wcześniej w silnikach spalinowych wewnętrznego spalania w celu smarowania i schładzania części ruchomych silnika,
- prace związane z narażeniem na spaliny emitowane z silników Diesla.

[5] https://onkologia.org.pl/pl/czerniak-skory-czynniki-ryzyka#page-main-image (dostęp: 16.03.2026)

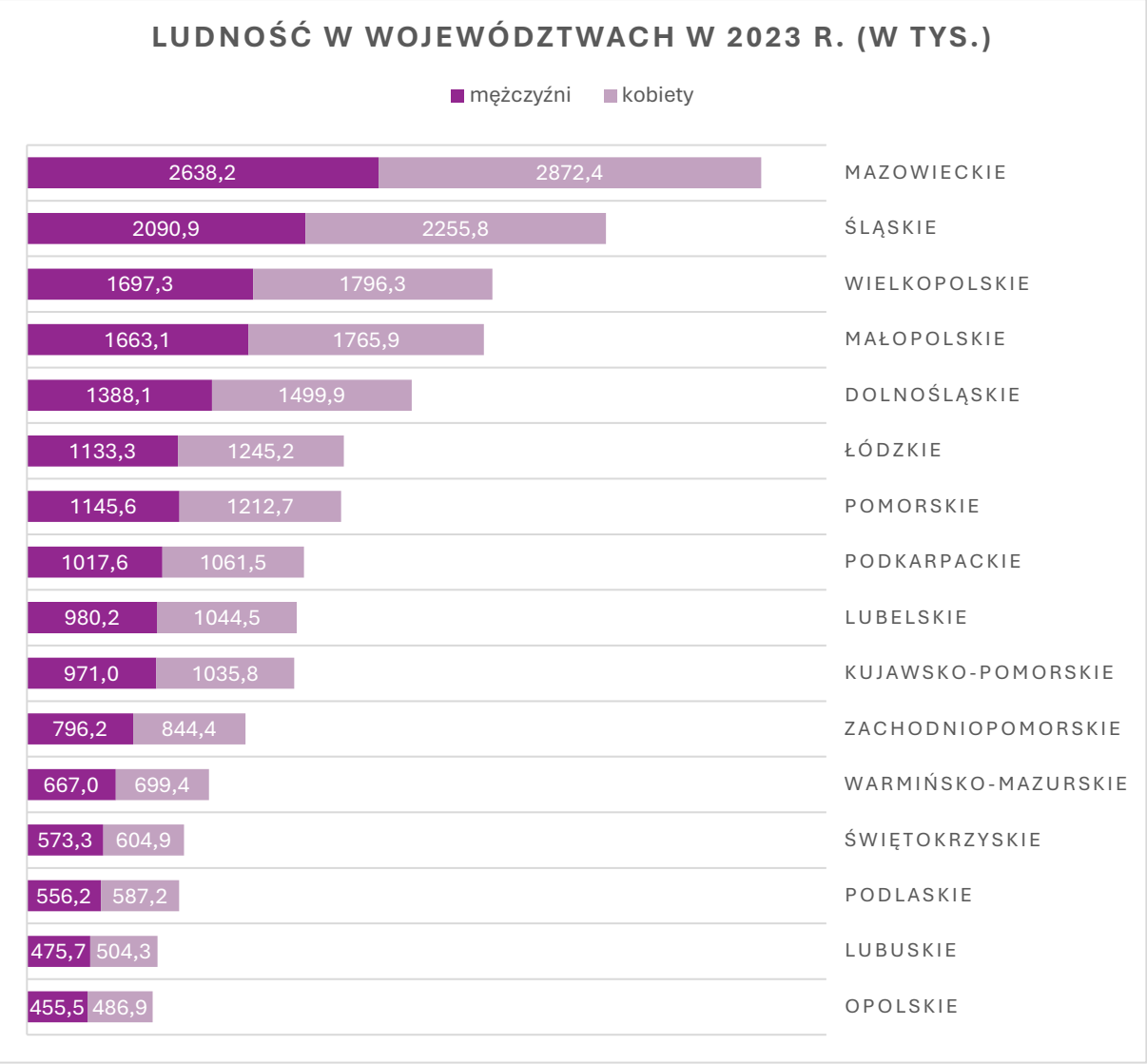
[6] Narodowy Program Zdrowia na lata 2021 – 2025, Wytyczne do profilaktyki, rozpoznawania i powrotów do pracy w chorobach zawodowych: Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi: NOWOTWÓR SKÓRY (pozycja 17.4 wykazu chorób zawodowych)

1.2. Dane epidemiologiczne

1.2.1. Demografia populacji Polski

Województwo lubelskie należy do obszarów depopulacyjnych. Liczba ludności województwa z roku na rok systematycznie maleje. Jest to wynikiem utrzymującego się stale ujemnego salda migracji, które występuje od połowy lat dziewięćdziesiątych XX wieku oraz ujemnego przyrostu naturalnego od końca lat dziewięćdziesiątych.[7]

Populacja Polski w 2023 r. wynosiła ponad 37,6 mln, natomiast liczba mieszkańców w poszczególnych województwach przedstawia poniższy wykres:



Struktura ludności według płci w województwie lubelskim w perspektywie ostatnich dwudziestu kilku lat nie zmieniła się znacząco. W 2023 r. w województwie lubelskim kobiety stanowiły, tak jak w 2022 r., 51,6% ogółu ludności województwa wobec 51,4% w 2000 r. Struktura ludności według wieku zmienia się z roku na rok. Systematycznie maleje liczba dzieci i młodzieży (poniżej 20 lat), a równocześnie wzrasta liczba ludności w starszych

[7] Wojewódzki plan transformacji województwa lubelskiego na lata 2022-2026, Lublin 2021

rocznikach (powyżej 65 lat). Oznacza to, że w województwie lubelskim, podobnie jak w kraju, trwa proces starzenia się społeczeństwa.[8]

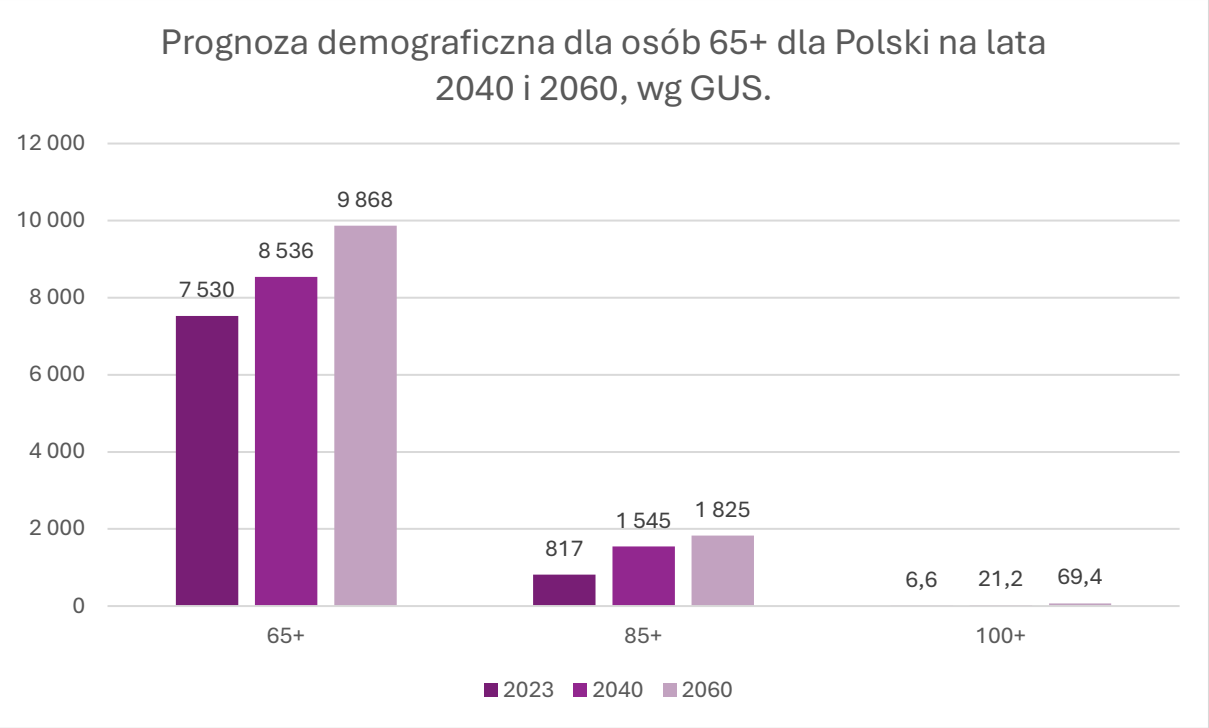
W 2023 r. we wszystkich województwach odnotowano ubytek naturalny. Najwyższy przyrost naturalny występował przez ostatnie kilka lat w woj. pomorskim - w 2019 r. współczynnik wyniósł 1,5‰, obecnie jest ujemny. Następnym województwem, podobnym pod tym względem do woj. pomorskiego, jest małopolskie, w którym po raz kolejny od kilku lat odnotowano ujemny przyrost. Województwa te cechuje wysoka rodność i jednocześnie stosunkowo niska umieralność. Z kolei woj. mazowieckie notuje od lat najwyższe saldo stałych migracji wewnętrznych i zagranicznych (o natężeniu 2,3‰ w 2023 r.) oraz jedno z wyższych natężeń urodzeń.

W 2023 r. liczba mieszkańców zmniejszyła się w 14 województwach. Od kilkunastu lat dotyczy to województw: łódzkiego, opolskiego, lubelskiego, śląskiego i podlaskiego. Od 2010 r. dołączyły do nich jeszcze świętokrzyskie i zachodniopomorskie, w 2018 r. podkarpackie, a następnie wielkopolskie i małopolskie. Od kilku lat największy ubytek liczby ludności ma miejsce w woj. świętokrzyskim – w 2023 r. było to -0,8%. Występuje tu najwyższy współczynnik ubytku naturalnego wynoszący -6,1‰ oraz jeden z najwyższych współczynników ujemnego salda migracji na pobyt stały (-2,3‰)

Najnowsze prognozy demograficzne Głównego Urzędu Statystycznego przewidują, że populacja spadnie do 35,3 mln w 2040 r. i do 32,9 mln w 2060 r. (o 12,5% w stosunku do 2023 r.).[9]

Trwający proces starzenia się ludności Polski będący wynikiem korzystnego zjawiska, jakim jest wydłużanie trwania życia i dalszego trwania życia, jest pogłębiany przez niski poziom dzietności. Obecnie indeks starości wynosi 133, tj. na 100 „wnuczków” (dzieci w wieku 0-14 lat) przypada 133 „dziadków” (osób w wieku 65 i więcej lat), a różnica w wielkości tych populacji wynosi 1,9 mln na niekorzyść dzieci (w miastach sięga 1,8 mln, a na terenach wiejskich – 79 tys.). Indeks starości wzrasta z roku na rok (w 2022 r. wynosił 126), co w przyszłości będzie skutkować zmniejszaniem się podaży pracy i utrudnieniami w systemie zabezpieczenia społecznego w wyniku wzrostu liczby i odsetka osób w starszym wieku.[10]

[8] „Sytuacja demograficzna województwa lubelskiego w 2023 r.” https://lublin.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/sytuacja-demograficzna-wojewodztwa-lubelskiego-w-2023-r-,1,23.html
[9] Prognoza ludności na lata 2023–2060, GUS, Warszawa 2023
[10] Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2023 r., GUS Warszawa 2023



Wyniki „Prognozy ludności na lata 2023–2060" wskazują na prognozowany wyraźny ubytek ludności do 2060 r. W scenariuszu głównym przewiduje się spadek do 30,4 mln osób (natomiast w scenariuszach alternatywnych odpowiednio do 26,7 mln w niskim oraz do 34,8 mln w wysokim).

Będzie postępował proces starzenia się ludności Polski, co oznacza wzrost odsetka osób w wieku 65 lat i więcej oraz duży spadek liczby dzieci i młodzieży (0–17 lat). Jedynie w scenariuszu wysokim przewiduje się utrzymanie liczby osób poniżej 18 lat na poziomie zbliżonym do 2022 r.

Proces starzenia się ludności postrzegany w wymiarze jednostkowym i społecznym stawia trudne wyzwania o wielopłaszczyznowym wymiarze, a więc nie tylko w sferze ekonomicznej, lecz również zdrowotnej i socjalnej.

Polska, dla której prognozy rozwoju ludności są obecnie niesprzyjające, będzie musiała zmierzyć się ze wszystkimi problemami wynikającymi z niekorzystnych trendów demograficznych. Dotyczy to także regionów i mniejszych jednostek terytorialnych, szczególnie tych o najstarszej strukturze wieku mieszkańców, w których dodatkowo proces starzenia będzie się najbardziej pogłębiał.

Najczęstszą przyczyną zgonów mieszkańców Polski od lat są zdecydowanie choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe. Te dwie grupy chorób w 2023 r. były odpowiedzialne za 60,3% ogółu zgonów ludności Polski[11] "

1.2.2. Główne przyczyny zgonów w latach 2021-2023 w Polsce

W analizowanym okresie lat 2021–2023 główną przyczyną zgonów w Polsce niezmiennie pozostawały choroby układu krążenia (I00–I99), odpowiadając za najwyższy odsetek zgonów w każdym roku. W 2021 roku choroby te były przyczyną śmierci 180 760 osób, co

[11]NIZP-PZH "Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025

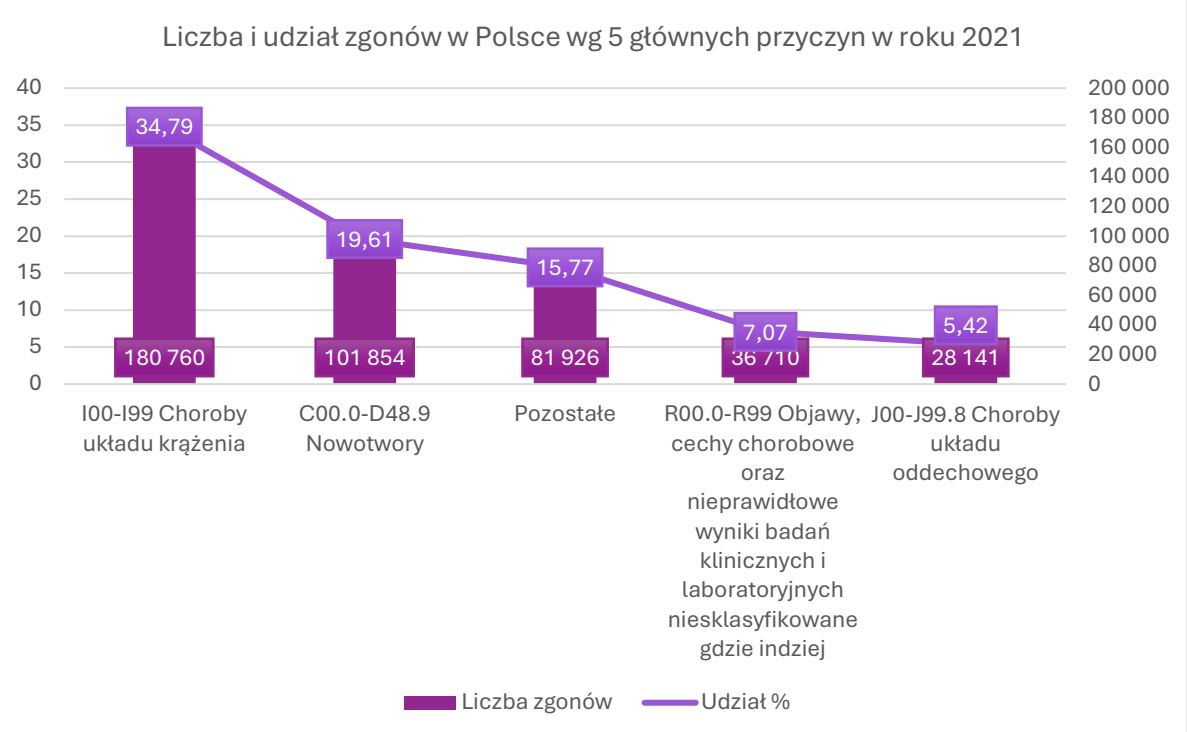
stanowiło 34,79% wszystkich zgonów. W kolejnych latach ich udział procentowy nieznacznie rósł – do 35,95% w 2022 roku (161 231 zgonów) oraz do 36,91% w 2023 roku (150 957 zgonów), co wskazuje na stałą, dominującą rolę schorzeń sercowo-naczyniowych w strukturze umieralności w Polsce.

Drugą najczęstszą przyczyną zgonów były nowotwory (C00.0–D48.9), odpowiadające za 109 226 zgonów (26,7%) w 2023 roku. Ich udział w ogólnej liczbie zgonów systematycznie rósł – z 19,61% w 2021 roku (101 854 zgonów), poprzez 23,62% w 2022 roku (105 945), co może świadczyć o stopniowym wzroście znaczenia chorób nowotworowych w populacji starzejącego się społeczeństwa.

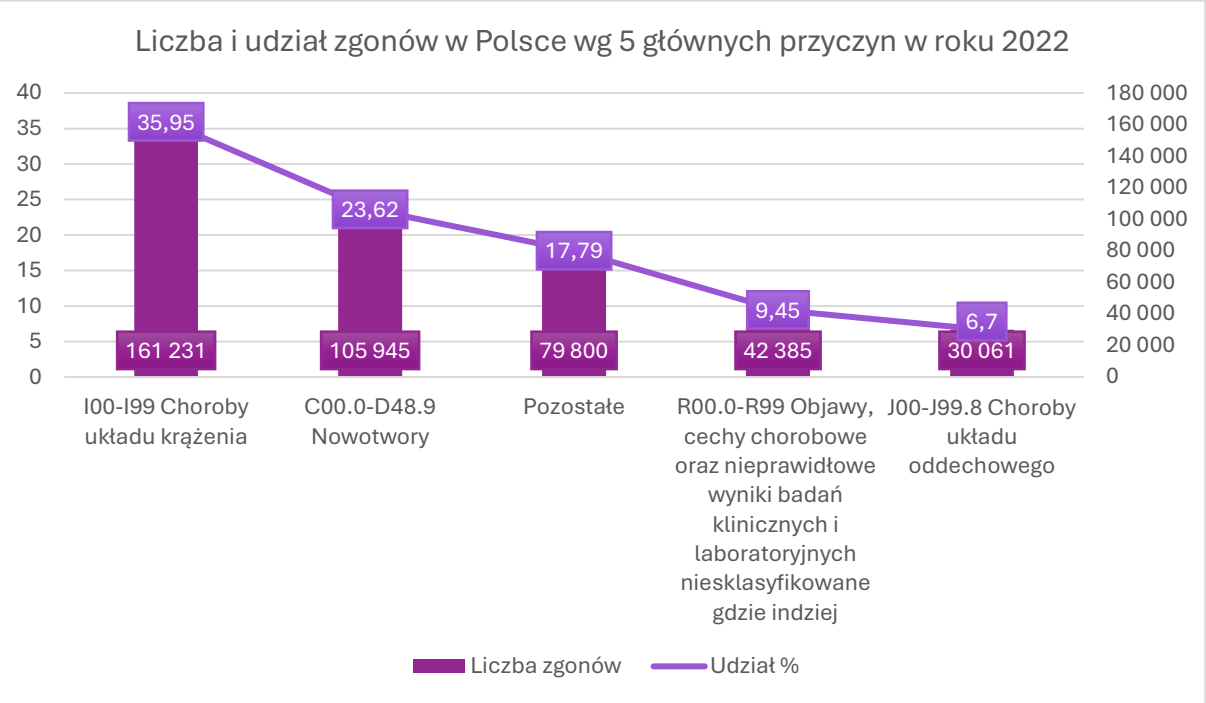
Istotny wpływ na strukturę przyczyn zgonów miał również COVID-19 (U07). W 2021 roku odpowiadał on za aż 90 126 zgonów, co stanowiło 17,35% ogółu zgonów, a więc jedną z głównych przyczyn śmierci w czasie największego natężenia pandemii. W kolejnych latach liczba zgonów z powodu COVID-19 systematycznie malała – do 29 026 w 2022 roku (6,47%) i nie została już ujęta w danych za 2023 rok, co potwierdza ograniczenie wpływu pandemii na śmiertelność w populacji.

Względnie stabilny udział w zgonach utrzymywały również choroby układu oddechowego (J00–J99.8), których liczba wzrosła z 28 141 zgonów w 2021 roku (5,42%) do 30 382 w 2023 roku (7,43%). Odnotowano również istotny udział zgonów przypisanych do grupy R00–R99, obejmującej objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej – w 2023 roku było to 9,58% wszystkich zgonów (39 187), co może wskazywać na trudności diagnostyczne lub ograniczenia w dostępności danych przyczynowych.

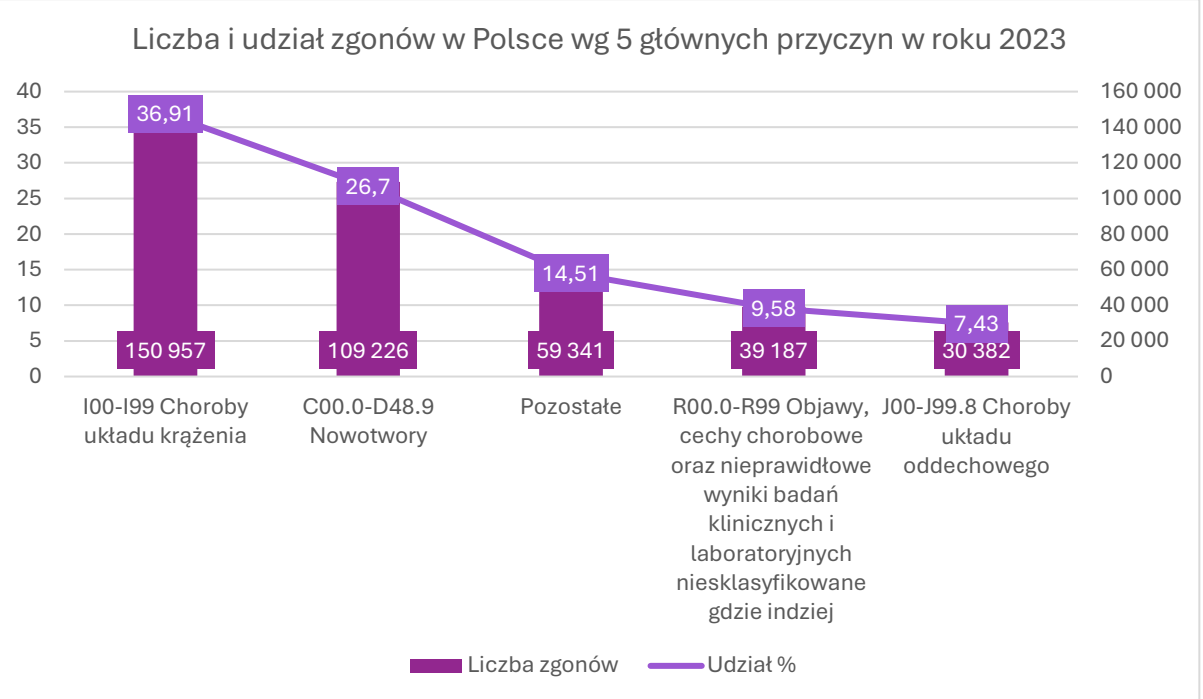
Pozostałe przyczyny zgonów – sklasyfikowane jako „pozostałe” – miały znaczący, choć malejący udział: z 81 926 zgonów (15,77%) w 2021 roku do 59 341 (14,51%) w 2023 roku. Choroby układu pokarmowego (K00.0–K92.9) odpowiadały za 19 943 zgony w 2023 roku, co stanowiło 4,88% wszystkich przypadków.



Wykres: Oprac. własne na podstawie danych Map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Analizy, Epidemiologia, Liczba i udział zgonów w Polsce wg 5 głównych przyczyn w roku 2021



Wykres 10: Oprac. własne na podstawie danych Map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Analizy, Epidemiologia, Liczba i udział zgonów w Polsce wg 5 głównych przyczyn w roku 2022

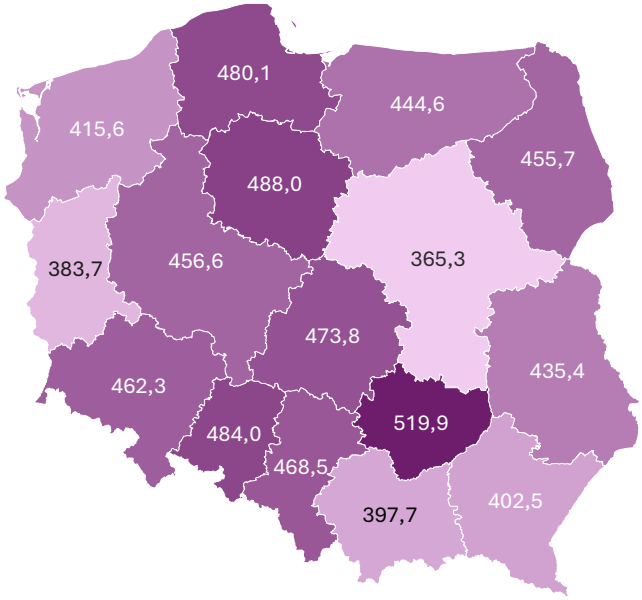


Wykres: Oprac. własne na podstawie danych Map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Analizy, Epidemiologia, Liczba i udział zgonów w Polsce wg 5 głównych przyczyn w roku 2023

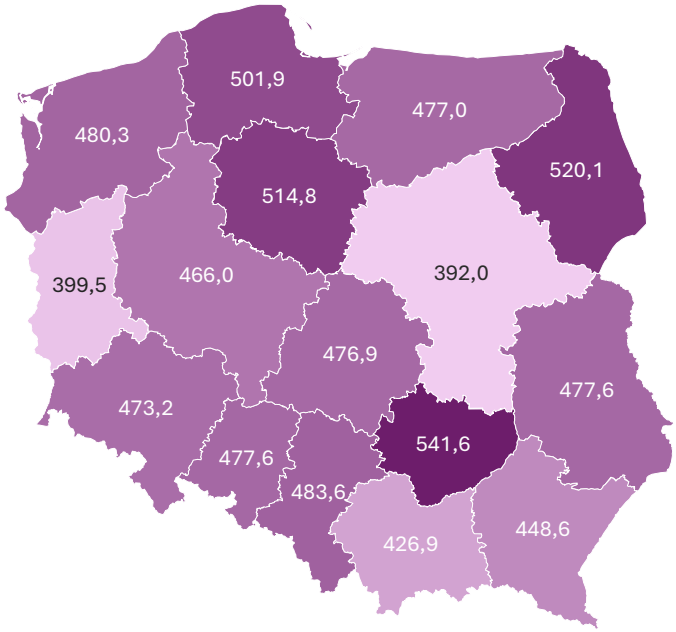
1.2.3. Epidemiologia nowotworów

W 2022 r. w Polsce zarejestrowano 175,1 tys. nowych przypadków nowotworów złośliwych, czyli o 5,1% (8,6 tys.) więcej niż rok wcześniej – taki sam wzrost odnotowano również względem 2019 r. Współczynnik zachorowalności wyniósł 463,0 na 100 tys. mieszkańców, co oznacza wzrost o 24,6 przypadków w porównaniu z 2021 r. oraz o 28,9 względem 2019 r.

Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wg województw w 2021 r.



Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wg województw w 2022 r.



W 2022 roku niemal wszystkie województwa w Polsce odnotowały wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe w porównaniu z rokiem 2021, co wpisuje się w ogólnokrajowy trend zwiększonej liczby diagnoz po okresie pandemii. Najwyraźniejsze skoki wystąpiły w województwach podlaskim, podkarpackim, małopolskim i kujawsko-pomorskim, gdzie wskaźniki wzrosły od około 26 do ponad 60 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Oznacza to, że regiony dotąd charakteryzujące się niższą zachorowalnością zaczęły nadrabiać zaległości diagnostyczne lub doświadczać realnego wzrostu liczby przypadków, co może wynikać ze starzenia się populacji lub poprawy dostępu do badań. Jedynym wyjątkiem było województwo opolskie, gdzie wskaźnik nieznacznie spadł.

Województwa tradycyjnie obciążone wyższą zachorowalnością – jak świętokrzyskie, pomorskie czy kujawsko-pomorskie – utrzymały wysokie wartości, przekraczające 500 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Z kolei regiony takie jak lubuskie, małopolskie czy mazowieckie pozostają w grupie o niższych wskaźnikach, choć i tam widoczny jest wzrost. Szczególnie interesujące jest Mazowsze, które mimo największej populacji i wysokiego poziomu urbanizacji ma jeden z najniższych wskaźników, co może wynikać z młodszej struktury demograficznej lub lepszej profilaktyki.

Całość danych wskazuje na wyraźne zróżnicowanie regionalne, ale także na wspólny kierunek zmian: wzrost liczby diagnozowanych nowotworów w całym kraju. Może to oznaczać zarówno poprawę wykrywalności, jak i narastające obciążenie chorobami nowotworowymi, co podkreśla potrzebę intensyfikacji działań profilaktycznych i badań przesiewowych, zwłaszcza w regionach o największych wzrostach.

Województwo lubelskie wpisuje się w ogólnokrajowy trend wzrostu zachorowalności na nowotwory złośliwe, ale jego pozycja na tle innych regionów pokazuje kilka istotnych zależności. W 2021 r. wskaźnik wynosił tam 435,4 przypadków na 100 tys. mieszkańców, a w 2022 r. wzrósł do 477,6, co oznacza jeden z większych skoków w kraju (o 42,2). Ten wzrost plasuje Lubelskie w grupie województw, które zanotowały wyraźne odbicie po okresie pandemii, podobnie jak Podkarpackie, Podlaskie czy Małopolskie. Wskazuje to na możliwe nadrabianie zaległości diagnostycznych, poprawę dostępu do badań lub realny wzrost liczby zachorowań związany ze starzeniem się populacji.

Na tle innych regionów Lubelskie przesunęło się z grupy województw o niższej zachorowalności do poziomu zbliżonego do średniej krajowej. W 2022 r. jego wskaźnik jest wyższy niż w Mazowieckiem, Lubuskiem, Małopolskiem czy Podkarpackiem, ale nadal niższy niż w województwach o najwyższych wartościach, takich jak Świętokrzyskie, Podlaskie, Pomorskie czy Kujawsko-pomorskie. Oznacza to, że region nie należy do najbardziej obciążonych, ale dynamika wzrostu jest wyraźna i powinna być sygnałem do wzmocnienia działań profilaktycznych.

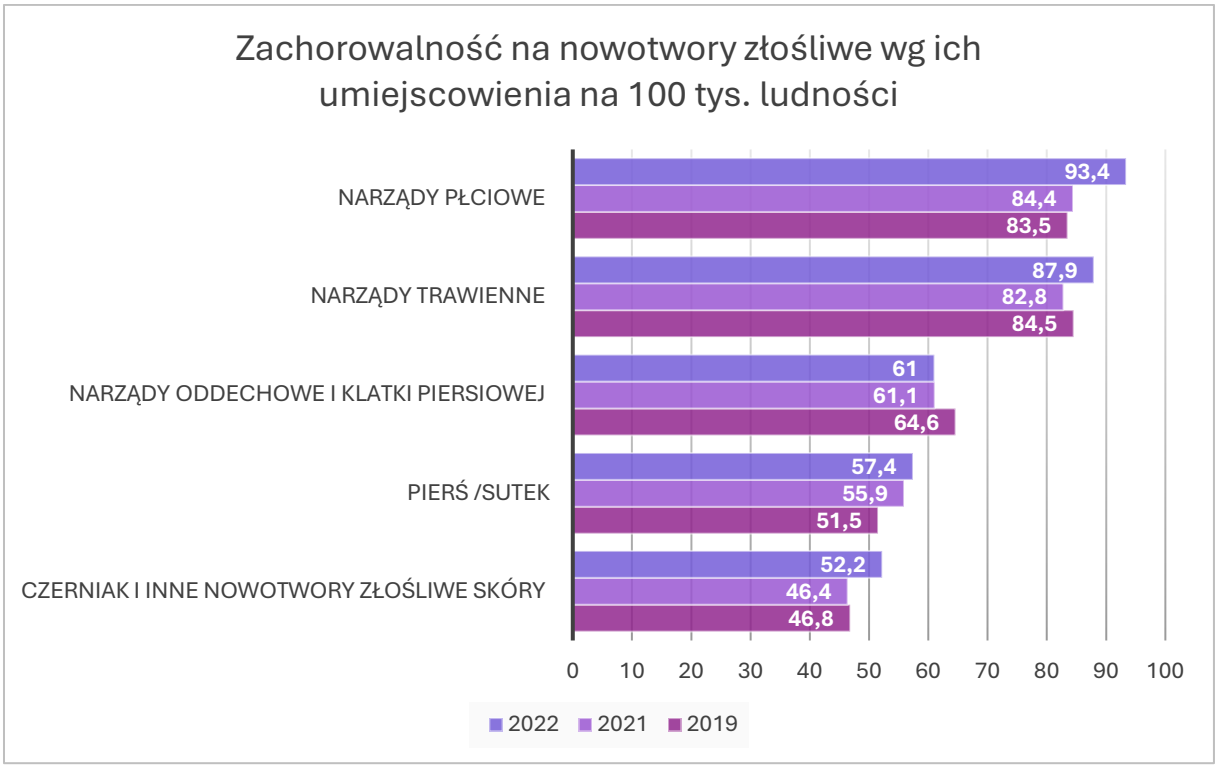
W szerszym ujęciu Lubelskie znajduje się w grupie województw, które w krótkim czasie zanotowały duży przyrost zachorowań, co może świadczyć o zmianach demograficznych, poprawie wykrywalności lub rosnącym wpływie czynników ryzyka. Jednocześnie nie osiąga ekstremalnie wysokich wartości, co sugeruje, że sytuacja epidemiologiczna jest poważna, ale nie odbiega od średniego poziomu krajowego.

Struktura zachorowań według układów narządowych pozostała zbliżona do tej z poprzednich lat. Największą grupę stanowiły nowotwory narządów płciowych – 20,2% wszystkich przypadków (35,3 tys., o 3,3 tys. więcej niż rok wcześniej). Kolejne były nowotwory układu

trawiennego – 19,0% (33,2 tys., wzrost o 1,8 tys.) oraz nowotwory układu oddechowego i klatki piersiowej – 13,2% (23,1 tys., o 0,1 tys. mniej). Łącznie te trzy grupy odpowiadały za 55% wszystkich nowych zachorowań. Dużą kategorię stanowiły także nowotwory piersi – 12,4% (21,7 tys., wzrost o 0,5 tys.) oraz nowotwory skóry, w tym czerniak – 11,3% (19,7 tys., o 2,1 tys. więcej). Najrzadziej diagnozowano nowotwory kości i chrząstki stawowej – 0,3% (0,5 tys.), międzybłonka i tkanek miękkich – 1,0% (1,7 tys.) oraz nowotwory o nieprecyzyjnie określonym umiejscowieniu – 1,7% (2,9 tys.).

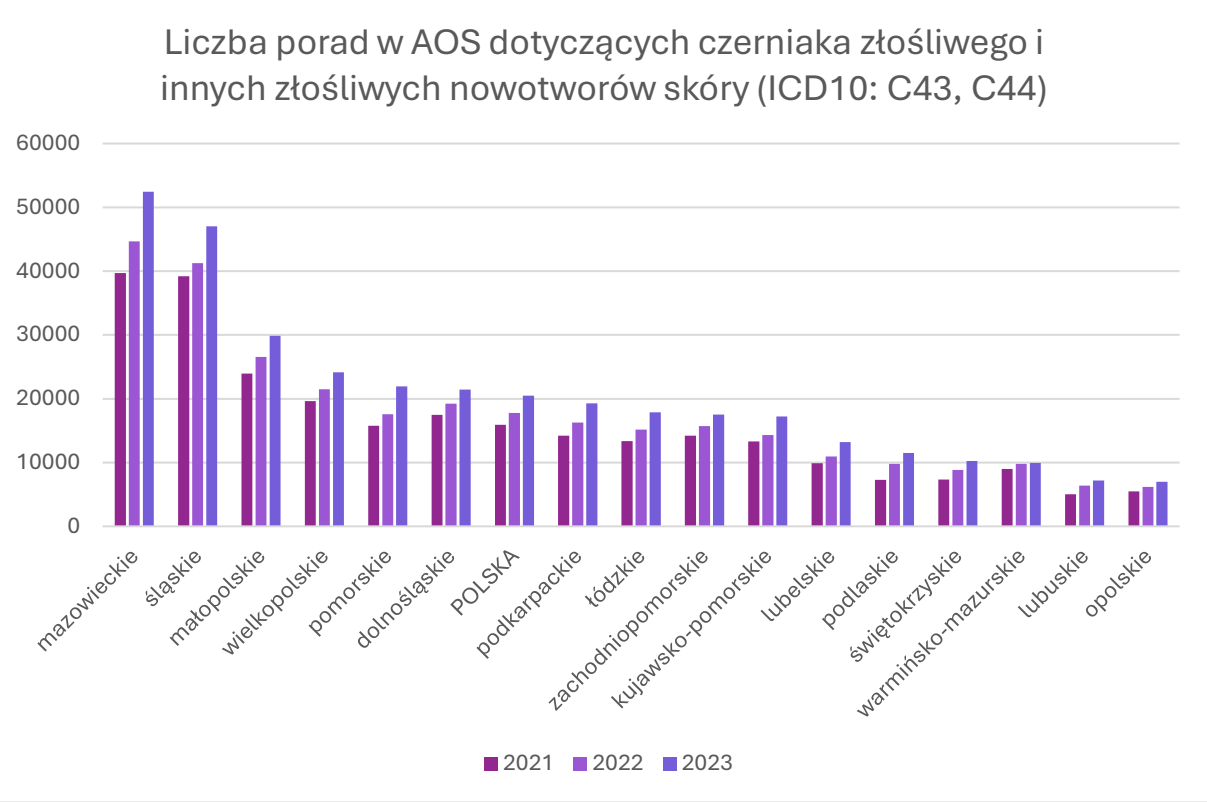
W 2022 r. wskaźniki zachorowalności na 100 tys. mieszkańców dla najczęściej występujących lokalizacji wyniosły:

- nowotwory narządów płciowych – 93,4 (o 9,0 więcej niż w 2021 r. i o 9,9 więcej niż w 2019 r.),
- nowotwory układu trawiennego – 87,9 (wzrost o 5,1 względem 2021 r. i o 3,3 względem 2019 r.),
- nowotwory układu oddechowego i klatki piersiowej – 61,0 (spadek o 0,1 w porównaniu z 2021 r. i o 3,6 względem 2019 r.),
- nowotwory piersi – 57,4 (o 1,5 więcej niż rok wcześniej i o 5,9 więcej niż w 2019 r.),
- czerniak i inne nowotwory skóry – 52,2 (wzrost o 5,8 względem 2021 r. i o 5,4 względem 2019 r.).[12]



Analiza liczby porad w AOS dotyczących czerniaka złośliwego i innych złośliwych nowotworów skóry (ICD10: C43, C44)[13]

[12] Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r., GUS 2025,
[13] Krajowy Rejestr Nowotworów



Liczba porad ambulatoryjnych związanych z czerniakiem (C43) i innymi złośliwymi nowotworami skóry (C44) w latach 2021–2023 w całej Polsce rośnie w sposób wyraźny i przyspieszający, co odzwierciedla zarówno realny wzrost zachorowań, jak i poprawę wykrywalności oraz dostępności diagnostyki. W 2021 r. udzielono 254 806 porad, w 2022 r. już 276 587, a w 2023 r. aż 307 835, co oznacza wzrost o 20,8% w ciągu dwóch lat. Dynamika ta przyspiesza – między 2021 a 2022 r. wyniosła 8,55%, natomiast między 2022 a 2023 r. już 11,30%. Dane te wpisują się w ogólny trend epidemiologiczny, zgodnie z którym nowotwory skóry – zwłaszcza raki skóry (C44) – należą do najszybciej rosnących nowotworów w Polsce, a czerniak (C43) pozostaje jednym z najbardziej niebezpiecznych nowotworów z uwagi na wysoką śmiertelność przy późnym rozpoznaniu.

Na tle tego ogólnopolskiego obrazu województwo lubelskie prezentuje się jako region stabilny, ale jednocześnie wymagający szczególnej uwagi w zakresie profilaktyki. Liczba porad wzrosła tu z 9 913 w 2021 r. do 10 514 w 2022 r. i 11 861 w 2023 r., co daje łączny wzrost o 19,65% – niemal identyczny jak średnia krajowa. Wzrost między 2021 a 2022 r. był umiarkowany (6,06%), natomiast między 2022 a 2023 r. nastąpiło wyraźne przyspieszenie (12,81%), przewyższające dynamikę ogólnopolską. Oznacza to, że w ostatnim roku obserwacji województwo lubelskie rozwijało diagnostykę nowotworów skóry szybciej niż przeciętnie w kraju, co może świadczyć o zwiększonej zgłaszalności pacjentów, intensyfikacji działań profilaktycznych lub rosnącej liczbie wykrywanych zmian skórnych.

Udział województwa lubelskiego w ogólnej liczbie porad w Polsce pozostaje stabilny i wynosi około 3,8–3,9%, co odpowiada udziałowi ludności regionu w populacji kraju. Oznacza to, że lubelskie nie odbiega od średniej krajowej ani pod względem poziomu, ani dynamiki wzrostu, a jego pozycja w zestawieniu województw jest adekwatna do wielkości populacji. Jednocześnie region znajduje się w dolnej połowie zestawienia, co jest naturalne demograficznie, ale nie oznacza mniejszego ryzyka – przeciwnie, struktura populacji

województwa lubelskiego, z dużym udziałem osób starszych i mieszkańców terenów wiejskich, sprzyja wzrostowi zachorowań na nowotwory skóry.

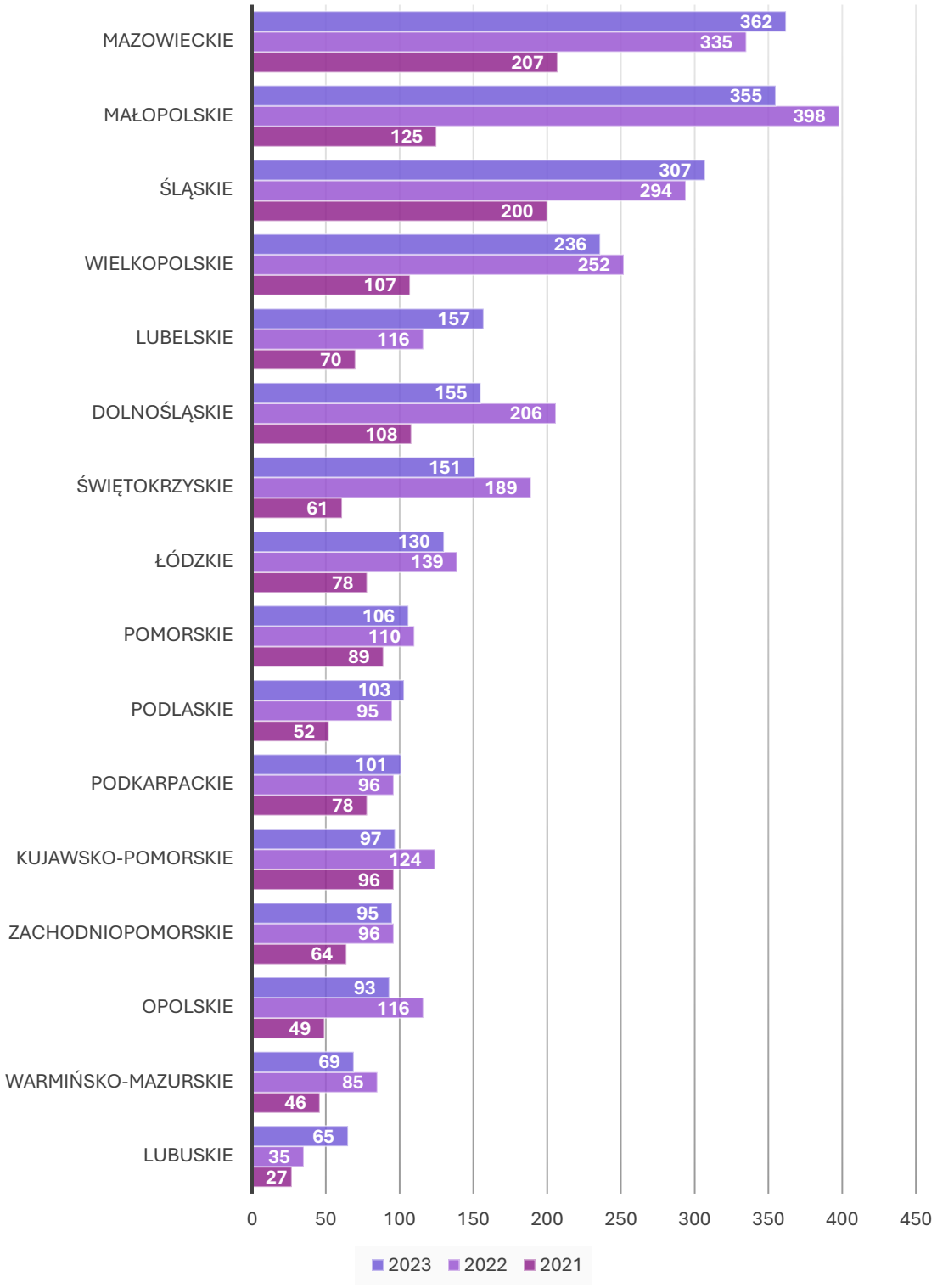
To właśnie ta specyfika regionu uwypukla konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych. Województwo lubelskie charakteryzuje się dużym udziałem populacji pracującej na zewnątrz (rolnictwo, budownictwo, prace sezonowe), co wiąże się z przewlekłą ekspozycją na promieniowanie UV – główny czynnik ryzyka rozwoju zarówno czerniaka, jak i raków skóry. Jednocześnie dostęp do dermatologów i onkologów jest bardziej skoncentrowany w Lublinie i kilku większych miastach, co może powodować opóźnienia diagnostyczne w mniejszych miejscowościach. Wzrost liczby porad w 2023 r. może świadczyć o tym, że system zaczyna lepiej wychwytywać przypadki wcześniej niewykrywane, ale jednocześnie sygnalizuje, że problem narasta i wymaga działań wyprzedzających.

Województwo lubelskie, ze względu na swoją strukturę demograficzną i zawodową, jest regionem szczególnie narażonym na rozwój nowotworów skóry, a rosnąca liczba porad AOS potwierdza, że skala problemu zwiększa się z roku na rok. Konieczne jest zatem wzmocnienie działań profilaktycznych, takich jak regularne kampanie edukacyjne dotyczące ochrony przeciwsłonecznej, organizacja bezpłatnych badań dermatoskopowych, szkolenia dla lekarzy POZ w zakresie wczesnego rozpoznawania zmian skórnych oraz zwiększenie dostępności porad dermatologicznych w mniejszych miejscowościach. Wczesne wykrycie czerniaka znacząco poprawia rokowanie, a raki skóry wykryte na wczesnym etapie są w większości przypadków w pełni wyleczalne. Dane z lat 2021–2023 jednoznacznie wskazują, że profilaktyka w województwie lubelskim powinna stać się priorytetem, ponieważ region znajduje się w grupie szczególnego ryzyka, a rosnąca liczba porad jest sygnałem ostrzegawczym, który wymaga zdecydowanej reakcji systemowej.

Zgony z powodu czerniaka i innych nowotworów złośliwych skóry (C43–C44) w latach 2021–2023 wykazują w Polsce wyraźny i konsekwentny wzrost, obejmujący wszystkie województwa, choć z różną dynamiką. W 2021 r. wartości były relatywnie niskie, natomiast w 2022 r. nastąpił silny skok w większości regionów, a w 2023 r. liczby nadal rosły lub stabilizowały się na wysokim poziomie. Największe wzrosty odnotowano w województwach małopolskim, mazowieckim, śląskim i wielkopolskim, gdzie liczby zgonów zwiększyły się o ponad 100 przypadków w ciągu dwóch lat, a w Małopolsce nawet o ponad 200. Z kolei najmniejsze zmiany dotyczyły województw kujawsko-pomorskiego, zachodniopomorskiego, warmińsko-mazurskiego i podkarpackiego, gdzie wzrosty były umiarkowane lub minimalne.

Województwo lubelskie wpisuje się w ogólnopolski trend wzrostowy, ale jego dynamika jest umiarkowana na tle regionów o najwyższych wartościach. Liczba zgonów wzrosła tam z 70 w 2021 r. do 116 w 2022 r. i 157 w 2023 r., co oznacza przyrost o 87 przypadków w ciągu dwóch lat. W 2023 r. Lubelskie plasuje się w środku krajowego zestawienia: ma wyższe wartości niż województwa o najmniejszej liczbie zgonów (np. lubuskie, opolskie, podlaskie), ale niższe niż regiony o największym obciążeniu (mazowieckie, śląskie, małopolskie, wielkopolskie). Dane wskazują więc na stabilny, rosnący trend w całym kraju, w którym województwo lubelskie zajmuje pozycję typową dla regionów średniej wielkości, z wyraźnym, lecz nie ekstremalnym wzrostem liczby zgonów z powodu czerniaka i innych nowotworów skóry.

Zgony z powodu czerniaka i innnych nowotworów złośliwych skóry (C43, C44) liczby bezwzględne

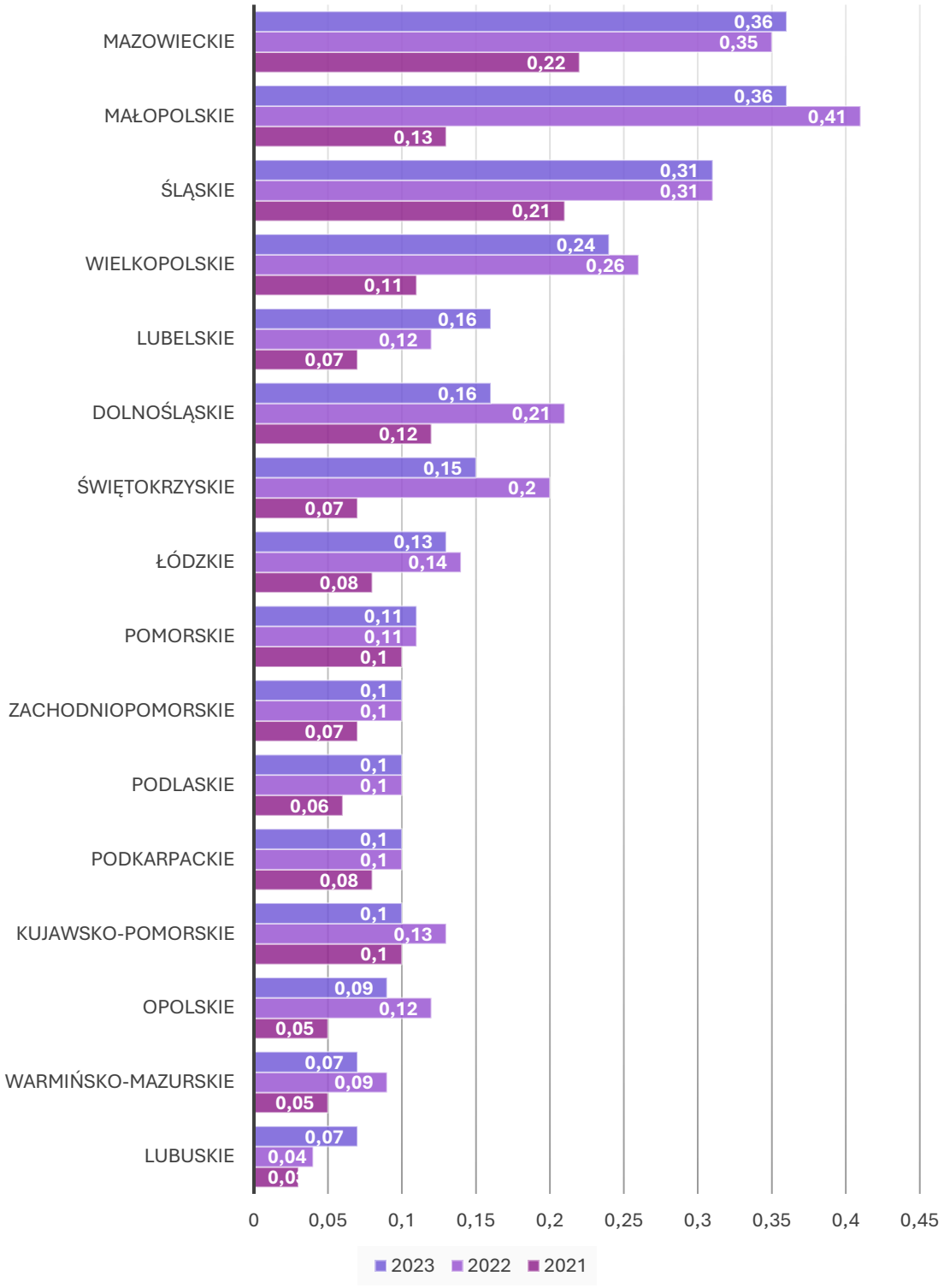


Udział odsetkowy zgonów z powodu czerniaka i innych nowotworów złośliwych skóry (C43–C44) w latach 2021–2023 pokazuje wyraźnie rosnące znaczenie tych nowotworów w strukturze umieralności w Polsce, przy czym dynamika zmian różni się istotnie między województwami. W 2021 r. najwyższe udziały notowano w Małopolsce (0,41), Mazowszu (0,35) i Śląsku (0,31), natomiast najniższe w Lubuskiem (0,07), Warmińsko-Mazurskiem

(0,09) i Opolskiem (0,12). Rok 2022 przyniósł spadki w wielu regionach, co widać szczególnie w Małopolsce (z 0,36 do 0,13), Dolnośląskiem (z 0,21 do 0,12) czy Lubelskiem (z 0,12 do 0,07), ale jednocześnie w części województw udział pozostał stabilny lub wzrósł, jak w Pomorskiem (z 0,10 do 0,11) czy Kujawsko-Pomorskiem (z 0,13 do 0,10). W 2023 r. nastąpił ponowny, wyraźny wzrost udziałów w większości regionów, szczególnie w Mazowieckiem (0,36), Śląskiem (0,31), Wielkopolskiem (0,24) i Lubelskiem (0,16), co wskazuje na zwiększenie udziału nowotworów skóry w ogólnej liczbie zgonów.

Województwo lubelskie wpisuje się w ten ogólny trend, ale z charakterystycznym wahnięciem: w 2021 r. udział wynosił 0,12, w 2022 r. spadł do 0,07, a w 2023 r. wzrósł do 0,16, osiągając wartość wyższą niż dwa lata wcześniej. Oznacza to, że w 2023 r. nowotwory skóry stanowiły większy odsetek wszystkich zgonów w regionie niż w większości województw o podobnej wielkości populacji. Lubelskie plasuje się powyżej województw o najniższych udziałach (Lubuskie, Warmińsko-Mazurskie, Opolskie), ale poniżej regionów o największym obciążeniu (Mazowieckie, Śląskie, Wielkopolskie). Dane te pokazują, że udział procentowy zgonów z powodu C43–C44 rośnie w Polsce w sposób nierównomierny, a Lubelskie znajduje się w grupie województw o umiarkowanym, ale wyraźnie zwiększającym się udziale tych nowotworów w strukturze umieralności.

Zgony z powodu czerniaka i innnych nowotworów złośliwych skóry (C43, C44) udział odsetkowy



1.3. Opis obecnego postępowania

Leczenie nowotworów skóry w Polsce stanowi integralny element systemu opieki onkologicznej i obejmuje działania z zakresu profilaktyki, diagnostyki, terapii oraz opieki po zakończeniu leczenia. Organizacja tego procesu opiera się na regulacjach systemowych oraz współpracy różnych poziomów systemu ochrony zdrowia. Kluczową rolę w kształtowaniu polityki zdrowotnej oraz finansowaniu świadczeń odgrywają instytucje publiczne, w szczególności Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Celem funkcjonowania systemu jest zapewnienie pacjentom dostępu do kompleksowej i skoordynowanej opieki medycznej, obejmującej zarówno działania zapobiegawcze, jak i nowoczesne metody leczenia.

Istotnym elementem systemu opieki zdrowotnej w odniesieniu do nowotworów skóry jest profilaktyka, która obejmuje zarówno zapobieganie powstawaniu choroby, jak i jej wczesne wykrywanie. Profilaktyka pierwotna koncentruje się na ograniczaniu czynników ryzyka, wśród których najważniejszym jest nadmierna ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe. Działania profilaktyczne obejmują przede wszystkim edukację zdrowotną społeczeństwa w zakresie bezpiecznej ekspozycji na promieniowanie słoneczne, stosowanie preparatów z filtrami przeciwsłonecznymi, noszenie odzieży ochronnej oraz ograniczenie korzystania z urządzeń emitujących promieniowanie UV, takich jak solaria. Istotne znaczenie ma również kształtowanie właściwych postaw zdrowotnych już od najmłodszych lat, ponieważ oparzenia słoneczne w okresie dzieciństwa i młodości istotnie zwiększają ryzyko rozwoju nowotworów skóry w późniejszym wieku.

Profilaktyka wtórna polega na wczesnym wykrywaniu zmian nowotworowych, co ma kluczowe znaczenie dla rokowania i skuteczności leczenia. W jej ramach istotną rolę odgrywa regularna samoobserwacja skóry przez pacjentów oraz okresowe badania dermatologiczne, w tym badanie dermatoskopowe. W Polsce prowadzone są także kampanie edukacyjne oraz akcje profilaktyczne umożliwiające bezpłatne badania znamion skórnych. Wczesne rozpoznanie zmian, zwłaszcza czerniaka, umożliwia zastosowanie skutecznego leczenia chirurgicznego i znacząco zwiększa szanse całkowitego wyleczenia.

Zgodnie z zapisami wytycznych praktyki klinicznej oraz wynikami wtórnych dowodów naukowych kluczowym elementem profilaktyki raka skóry są działania edukacyjne, ponieważ poszerzają wiedzę społeczeństwa w zakresie czynników ryzyka i skutków zdrowotnych związanych z ww. jednostką chorobową. W wytycznych brak jest wskazań do prowadzenia populacyjnych badań przesiewowych ukierunkowanych na wykrywanie nowotworów skóry. Towarzystwa naukowe dostrzegają jednak pewien potencjał w realizacji przesiewu jedynie w wariancie oportunistycznym, czyli u pacjentów, u których występuje wysokie ryzyko zachorowania na nowotwory skóry. [14]

Organizacja leczenia nowotworów skóry w Polsce opiera się na wielopoziomowym modelu opieki zdrowotnej. Pierwszym etapem jest zazwyczaj podstawowa opieka zdrowotna, gdzie lekarz rodzinny dokonuje wstępnej oceny zmiany skórnej i w razie podejrzenia procesu

[14] Rekomendacja nr 150/2025 z dnia 17 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów skóry

nowotworowego kieruje pacjenta do dalszej diagnostyki specjalistycznej. Kolejnym etapem jest ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w ramach której pacjent konsultowany jest przez dermatologa, chirurga onkologicznego lub onkologa klinicznego. Na tym poziomie wykonywane są szczegółowe badania diagnostyczne, takie jak dermatoskopia, biopsja lub chirurgiczne wycięcie zmiany z następową oceną histopatologiczną, stanowiącą podstawę ostatecznego rozpoznania choroby.

Jednym z najważniejszych czynników organizacji opieki onkologicznej w Polsce jest funkcjonowanie tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej, w ramach której pacjent z podejrzeniem nowotworu może otrzymać kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Rozwiązanie to ma na celu skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę i rozpoczęcie leczenia, a także poprawę koordynacji procesu terapeutycznego. Dzięki temu pacjent uzyskuje dostęp do niezbędnych badań diagnostycznych oraz konsultacji specjalistycznych w możliwie najkrótszym czasie.[15]

Ważnym elementem organizacyjnym systemu leczenia nowotworów w Polsce jest również funkcjonowanie Krajowej Sieci Onkologicznej[16], której celem jest poprawa jakości i efektywności leczenia onkologicznego poprzez standaryzację postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz lepszą koordynację opieki nad pacjentem. Sieć ta opiera się na współpracy ośrodków o różnym poziomie referencyjności, co umożliwia kierowanie pacjentów do placówek dysponujących odpowiednim zapleczem diagnostycznym i terapeutycznym. W procesie leczenia uczestniczą wielodyscyplinarne zespoły specjalistów, obejmujące między innymi dermatologów, chirurgów onkologicznych, onkologów klinicznych, radioterapeutów, patomorfologów oraz radiologów.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357, z późn. zm.)[17] dostępne są m.in.: porada specjalistyczna z zakresu dermatologii i wenerologii, porada specjalistyczna z zakresu onkologii, badanie z użyciem mikroskopu optycznego, badanie z użyciem USG. Ponadto realizowane są także badania diagnostyczne tj. dermatoskopia i wideodermatoskopia.

Istotnym elementem systemu leczenia nowotworów skóry w Polsce są także programy lekowe finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Programy te umożliwiają pacjentom dostęp do nowoczesnych metod terapii, takich jak immunoterapia czy terapie celowane, stosowane przede wszystkim w leczeniu zaawansowanego czerniaka. Kwalifikacja do leczenia w ramach programów lekowych odbywa się w wyspecjalizowanych ośrodkach onkologicznych i jest uzależniona od spełnienia określonych kryteriów medycznych.[18]

Od 2020 roku w Polsce realizowana jest Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO)[19], będąca strategicznym i kompleksowym programem wyznaczającym kierunki rozwoju w obszarze

[15] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2025 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. 2025 poz. 490)
[16] Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz.U. 2024 poz. 1208)
[17] Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357, z późn. zm.)
[18] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 marca 2026 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 kwietnia 2026 r.
[19] Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej

onkologii. Jest to wieloletni program państwowy, którego celem jest kompleksowa poprawa systemu opieki onkologicznej w Polsce. Strategia obejmuje działania w zakresie profilaktyki, diagnostyki, leczenia oraz rehabilitacji pacjentów onkologicznych. Jej głównym założeniem jest zwiększenie liczby pacjentów przeżywających co najmniej pięć lat po zakończeniu leczenia, poprawa wczesnego wykrywania chorób nowotworowych oraz podniesienie jakości życia osób chorych. Program kładzie także duży nacisk na edukację zdrowotną i działania profilaktyczne, ponieważ według danych około połowie przypadków nowotworów można zapobiec poprzez odpowiednie działania prewencyjne.

Ważnym działaniem jest również opieka profilaktyczna nad pracownikiem.

Kluczowe znaczenie w prewencji nowotworów skóry ma profilaktyka higieniczna przed kontaktem ze szkodliwymi substancjami chemicznymi, m.in. poprzez:

- opracowanie szczegółowych procedur mających na celu poprawę warunków pracy i ochronę zdrowia przed szkodliwym wpływem czynników zawodowych oraz ścisły nadzór nad ich przestrzeganiem,
- monitorowanie zanieczyszczeń środowiska pracy, ze szczególnym uwzględnieniem oceny powierzchni roboczych dotykanych przez pracowników,
- zmianę procesu technologicznego w celu zmniejszenia emisji substancji do środowiska (hermetyzacja, automatyzacja procesu produkcyjnego),
- zmianę surowca wykorzystywanego w tym procesie na mniej szkodliwy,
- stosowanie ochron osobistych wykluczających kontakt bezpośredni substancji chemicznej ze skórą (rękawice, odzież ochronna).

Chociaż promieniowanie elektromagnetyczne nadfioletowe nie zostało wymienione wśród czynników fizycznych o działaniu kancerogennym lub mutagennym dla człowieka w warunkach narażenia zawodowego ze względu na powszechną ekspozycję środowiskową, w ramach profilaktyki u pracowników wykonujących prace w przestrzeni otwartej należy zwrócić szczególną uwagę przy doborze i zastosowaniu środków protekcyjnych (np. osłon głowy, okularów przeciwsłonecznych z filtrem, odzieży impregnowanej filtrem przeciwsłonecznym), a także przy organizacji pracy (np. rotacja pracowników, przerwy). Działania profilaktyczne w ramach opieki lekarzy służby medycyny pracy sprawowanej nad osobami aktywnymi zawodowo powinny koncentrować się na:

- zapobieganiu rozwojowi chorób skóry, m.in. poprzez profesjonalne doradztwo dla pracodawcy i służb bhp w zakresie poprawy warunków pracy oraz przez sprawowanie nadzoru medycznego i prowadzenie działań edukacyjnych u osób podejmujących pracę i pracowników ze zmianami skórnymi,
- redukcji ryzyka zaostrzeń choroby skóry, jeżeli doszło do jej rozwoju, oraz powikłań poprzez wspieranie współpracy pacjenta z jego lekarzem prowadzącym (dermatologiem, onkologiem) w zakresie systematycznych wizyt kontrolnych i stosowania się do zaleceń.

Profilaktyczna opieka medyczna nad pracownikami obejmuje badania profilaktyczne wstępne, okresowe i kontrolne, których minimalny zakres określony jest we „Wskazówkach metodycznych w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników” stanowiących załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy ze zm.

Zakres badań pracowników, zgodnie z wytycznymi określonymi w tym załączniku, w żadnym wypadku nie wymienia obligatoryjnej konsultacji dermatologicznej, jakkolwiek w uzasadnionych przypadkach lekarz przeprowadzający badanie profilaktyczne pracownika ma możliwość poszerzenia zakresu tego badania konsultację dermatologiczną. Szczególne zwrócenie uwagi na skórę podczas każdego przedmiotowego badania lekarskiego obowiązuje w przypadku ekspozycji pracownika na promieniowanie optyczne (nadfioletowe – UV, podczerwone – IR, laserowe, światła widzialnego) z częstością takiego badania nie rzadziej niż raz na 3 lata, przy czym w przypadku ponad 10-letniej ekspozycji na UV oraz IR u pracowników po 50 r.ż. badania należy wykonywać co najmniej raz na 2 lata.

W przepisach nie podkreślono konieczności oceny skóry przy ekspozycji przewlekłej na związki arsenu, WWA i oleje mineralne, a są to związki o udowodnionym potencjale kancerogennym dla człowieka. Dlatego sprawując opiekę profilaktyczną nad pracownikami, należy uszczegółowić dane z wywiadu dotyczące zmian skórnych i dokonać wzrokowej oceny skóry podczas badania przedmiotowego u narażonych pracowników. Istotne znaczenie w profilaktyce rozwoju chorób zawodowych, w tym chorób skóry, ma także wykonywanie badań celowanych w ramach medycyny pracy. W wypadku rozpoznania choroby zawodowej u pracownika takim badaniom powinni zostać poddani wszyscy zatrudnieni na stanowiskach związanych z ekspozycją na czynniki szkodliwe, na które narażony był pracownik z chorobą zawodową. Termin przeprowadzenia tych badań jest oczywiście niezależny od planowego terminu badań okresowych. W przypadku wydania decyzji stwierdzającej nowotwór zawodowy skóry inni pracownicy o podobnej ekspozycji zawodowej powinni zostać poddani co najmniej badaniu lekarskiemu.[20]

Na stronie Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa (podległego pod Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi) odnaleźć można informacje, wskazujące na realizację „Programu profilaktyki nowotworów skóry". Program skierowany jest do osób między 50-64 lata; powyżej 65 lat, wciąż aktywnych zawodowo oraz 15-49 lat, u których lekarz stwierdził niepokojące zmiany skórne. Sam program koncentruje się głównie na działaniach informacyjno-edukacyjnych, z uwzględnieniem edukowania o metodach sprawowania kontroli nad znamionami, zgodnie z zasadami ABCDE. Głównym celem jest wzrost świadomości społeczeństwa na temat zapobiegania nowotworom skóry i metod samokontroli znamion.

W województwie lubelskim od 2014 roku realizowany jest „Program profilaktyki raka skóry dla mieszkańców województwa lubelskiego na lata 2022 – 2026 (kontynuacja programu realizowanego w latach 2014 – 2021)" który otrzymał pozytywną opinię nr 43/2014 z dnia 7 kwietnia 2014 r. wydaną przez AOTMiT. Celem głównym Programu jest podniesienie świadomości mieszkańców województwa lubelskiego w zakresie nowotworów złośliwych skóry oraz zmniejszenie zachorowalności na te chorobę.

Program odnosił się zarówno do profilaktyki I-rzędowej – ukierunkowanej edukacji w zakresie czynników ryzyka występowania nowotworów skóry i sposobów ich eliminacji, jak również II-rzędowej obejmującej wczesną diagnostykę (badania dermatoskopowe) z komponentem

[20] Narodowy Program Zdrowia na lata 2021 – 2025, Wytyczne do profilaktyki, rozpoznawania i powrotów do pracy w chorobach zawodowych: Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi: NOWOTWÓR SKÓRY (pozycja 17.4 wykazu chorób zawodowych)

edukacyjno-szkoleniowym. W latach 2014 – 2025 w Programie wzięło udział 18 858 osób, w tym 1396 osób zostało skierowanych do dalszej diagnostyki i leczenia.

1.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia regionalnego programu zdrowotnego

Regionalny Program Zdrowotny „Zdrowa Skóra Lubelszczyzny – program profilaktyki nowotworów skóry na lata 2026–2029" został oparty na Rekomendacji nr 150/2025 z dnia 17 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów skóry, co stanowi w pełni uzasadniony wybór z punktu widzenia aktualnej wiedzy naukowej, zgodności z krajowymi standardami oraz efektywności planowanych działań. Rekomendacja ta uwzględnia najnowsze dane epidemiologiczne wskazujące na wysoką i rosnącą zachorowalność na nowotwory skóry, a także opiera się na wynikach przeglądów systematycznych, metaanaliz oraz wytycznych międzynarodowych towarzystw naukowych, co zapewnia jej wiarygodność i adekwatność do współczesnych potrzeb zdrowotnych populacji. Zgodnie z jej założeniami kluczowym elementem profilaktyki nowotworów skóry są działania informacyjno-edukacyjne, które wykazują wysoką skuteczność w kształtowaniu prozdrowotnych postaw, zwiększaniu stosowania ochrony przeciwsłonecznej oraz częstotliwości samokontroli znamion, a także w ograniczaniu ekspozycji na czynniki ryzyka, takie jak promieniowanie UV.
Założenia te znajdują bezpośrednie odzwierciedlenie w merytorycznej strukturze programu, w szczególności w Etapie II (działania informacyjne) oraz Etapie V (działania edukacyjne obejmujące kampanię świadomościową, szkolenia i warsztaty), co potwierdza jego zgodność z podejściem opartym na dowodach naukowych. Jednocześnie rekomendacja wskazuje na brak zasadności prowadzenia populacyjnych badań przesiewowych w kierunku nowotworów skóry, dopuszczając ich zastosowanie jedynie w grupach wysokiego ryzyka w modelu oportunistycznym , co zostało uwzględnione w programie poprzez skoncentrowanie się na edukacji, identyfikacji osób zagrożonych oraz kierowaniu ich do dalszej diagnostyki, zamiast realizacji kosztownych i mało efektywnych badań przesiewowych na poziomie populacyjnym. Istotnym elementem rekomendacji jest również konieczność prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego w zakresie profilaktyki, diagnostyki i rozpoznawania zmian skórnych, co zostało w pełni zaimplementowane w Etapie IV programu. Działanie to zwiększa kompetencje kadry medycznej i przyczynia się do poprawy jakości wczesnego wykrywania nowotworów skóry, co ma kluczowe znaczenie dla rokowania pacjentów. Program odzwierciedla także zalecany model organizacyjny programów polityki zdrowotnej, obejmujący przygotowanie organizacyjne (Etap I), działania informacyjne i rekrutacyjne (Etap II i III), realizację interwencji (Etap IV i V), zakończenie udziału uczestników (Etap VI) oraz monitoring i ewaluację (Etap VII), co zapewnia jego spójność, przejrzystość oraz możliwość skutecznego zarządzania i oceny efektów.
Dodatkowo rekomendacja podkreśla konieczność objęcia działaniami zarówno populacji ogólnej, jak i grup wysokiego ryzyka, co zostało uwzględnione w programie poprzez szeroko zakrojoną kampanię edukacyjną oraz ukierunkowane działania rekrutacyjne i szkoleniowe. Wprowadzenie Etapu VII, obejmującego monitoring i ewaluację programu, jest zgodne z zaleceniami dotyczącymi oceny efektywności interwencji, umożliwiając analizę osiągniętych

rezultatów, takich jak wzrost poziomu wiedzy czy zwiększenie odsetka osób prowadzących samokontrolę znamion .
Wykorzystanie Rekomendacji nr 150/2025 AOTMiT jako podstawy opracowania programu „Zdrowa Skóra Lubelszczyzny – program profilaktyki nowotworów skóry na lata 2026-2029" gwarantuje jego zgodność z aktualnymi standardami medycznymi i organizacyjnymi, racjonalne wykorzystanie dostępnych zasobów oraz wysokie prawdopodobieństwo osiągnięcia zakładanych efektów zdrowotnych, w szczególności w zakresie zwiększenia świadomości zdrowotnej społeczeństwa i wczesnego wykrywania nowotworów skóry.
Program jest zgodny z poniższymi celami zdefiniowanymi w dokumencie **Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030** r., Celem "Zdrowej Przyszłości" jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Oczekiwanym efektem jest wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. co jest zgodne z założeniami "Zdrowej Przyszłości" w zakresie poprawy jakości życia i zdrowia. Cel 1.1 Dostępność. Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnym do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych − Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych − Narzędzie 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących − Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia. Kluczowe dla realizacji programu jest Narzędzie 1.2. Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących. Głównym celem projektów w ramach przedmiotowego narzędzia powinno być wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących. Jest to szczególnie ważne, ponieważ profilaktyka i promocja zdrowia są kluczowe dla zapobiegania chorobom i wspierania długotrwałego zdrowia oraz dobrostanu społeczeństwa. Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych – „Zdrowa przyszłość podkreśla, że poza czynnikami związanymi z procesem leczenia, w myśl zasady „lepiej zapobiegać, niż leczyć" bardzo istotne jest zapobieganie chorobom i ograniczanie ich rozwoju poprzez skuteczne działania z zakresu zdrowia publicznego, m.in. edukację zdrowotną, promocję zdrowego stylu życia, rozwój profilaktyki (...). Bardzo ważnymi działaniami podejmowanymi w ramach programów zdrowotnych są m.in. realizacja programów profilaktycznych, promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych oraz wzmocnienie działań w obszarze zdrowia środowiskowego (szczególnie w zakresie edukacji, monitorowania zagrożeń w miejscach pracy, promocji zdrowej żywności i poprawy warunków środowiskowych oraz redukcji ryzyk zdrowotnych, takich jak środowiskowe czy behawioralne). Program wspiera nie tylko powrót do pracy, ale również promuje zdrowy styl życia i postawy prozdrowotne, zgodnie z dokumentem "Zdrowa Przyszłość".
Działania założone w projekcie są zgodne z **Mapą potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r**. lub danymi źródłowymi do ww. mapy dostępnymi na internetowej platformie danych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych udostępnionej przez Ministerstwo Zdrowia[21] i z rekomendacjami wynikającymi z tych map.
Program „Zdrowa Skóra Lubelszczyzny - program profilaktyki nowotworów skóry na lata 2026–2029" jest spójny z kierunkami wyznaczonymi w **Krajowym Planie Transformacji**

[21] https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/

2027–2031[22], ponieważ odpowiada na kluczowe problemy zdrowotne opisane w diagnozie KPT i realizuje cele wskazane w rozdziałach dotyczących zdrowia publicznego, profilaktyki i onkologii. KPT podkreśla rosnące obciążenie chorobami nowotworowymi oraz konieczność przesunięcia akcentu z leczenia na działania zapobiegawcze, a program profilaktyki raka skóry wpisuje się w to bezpośrednio, oferując działania edukacyjne, umożliwiające wyposażenie społeczeństwa w wiedzę i umiejętności, dzięki którym mogą zminimalizować ryzyko zachorowania.
W rozdziałach dotyczących zdrowia publicznego KPT akcentuje potrzebę wzmacniania kompetencji zdrowotnych społeczeństwa oraz prowadzenia działań populacyjnych – program realizuje te założenia poprzez kampanie informacyjne, działania edukacyjne i promocję samokontroli skóry. W części KPT poświęconej czynnikom ryzyka podkreśla się konieczność redukcji zachowań sprzyjających chorobom przewlekłym; program odpowiada na to, koncentrując się na jednym z kluczowych czynników środowiskowych, czyli nadmiernej ekspozycji na UV w tym korzystaniu z solariów. W rozdziałach dotyczących chorób nowotworowych KPT wskazuje na potrzebę skracania ścieżki diagnostycznej i zwiększania wykrywalności we wczesnych stadiach. KPT mocno akcentuje także rolę POZ jako pierwszego punktu kontaktu i elementu opieki koordynowanej; program jest zgodny z tym kierunkiem, ponieważ angażuje lekarzy i pielęgniarki POZ w identyfikację zmian skórnych, kierowanie na dalszą diagnostykę i edukację pacjentów. W rozdziałach dotyczących nierówności zdrowotnych KPT podkreśla potrzebę wyrównywania dostępu do profilaktyki w regionach o gorszych wskaźnikach zdrowotnych; program regionalny realizowany na terenie każdego powiatu województwa lubelskiego, zwłaszcza jeśli obejmuje mniejsze miejscowości i obszary wiejskie, bezpośrednio wspiera ten cel, poprawiając dostępność badań i edukacji dla mieszkańców. Dzięki temu program „Zdrowa Skóra Lubelszczyzny - program profilaktyki nowotworów skóry na lata 2026–2029" jest merytorycznie zgodny z głównymi kierunkami transformacji systemu ochrony zdrowia określonymi w KPT 2027–2031, szczególnie w obszarach profilaktyki, zdrowia publicznego, onkologii, redukcji czynników ryzyka oraz wyrównywania nierówności w zdrowiu.

Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Warszawa, sierpień 2021

Za jeden z największych wzrostów wartości zgonów w Polsce w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. będą odpowiadać nowotwory (różnica wartości latami to 29,86 na 100 tys. ludności, przyrost na poziomie 9,4%).

Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r. Warszawa, czerwiec 2025

Zgodnie z MPZ 2027-2031 epidemiologia i prognoza epidemiologiczna wskazują, że drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 284 zgony na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców).
Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 493 osoby na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)
Największą zapadalność odnotowano na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego – 75 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz raka sutka – 54 osoby na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 57 osób na 100 tys.

[22] Krajowy Plan Transformacji na lata 2027-2031, Warszawa, 2025

mieszkańców). W porównaniu do sytuacji w kraju, zanotowano również wyższą zapadalność na nowotwory złośliwe skóry – 48 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 42 osoby na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[23], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć silniej niż w Polsce (wzrost zapadalności w województwie o 33%, w Polsce o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 41% w województwie, 40% w Polsce) oraz dla nowotworu złośliwego skóry (wzrost zapadalności o 39% w województwie, 39% w Polsce).
Wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej jest zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe, w szczególności gruczołu krokowego i skóry, a rekomendowanym kierunkiem działań jest promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających badania dermatoskopowe mieszkańców w kierunku nowotworów złośliwych skóry).[24]
W województwie lubelskim, podobnie jak w całej Polsce, obserwuje się systematyczny wzrost zachorowań na nowotwory skóry, które należą do grupy nowotworów o największej dynamice wzrostu w ostatnich dekadach.
Wzrost zachorowań w regionie wynika z kilku czynników: starzenia się populacji, dużej ekspozycji mieszkańców na promieniowanie UV (szczególnie w związku z pracą w rolnictwie), a także utrwalonych zachowań związanych z przebywaniem na słońcu.
Dokument podkreśla, że województwo lubelskie należy do regionów o ponadprzeciętnym udziale osób starszych, co zwiększa ryzyko nowotworów skóry
Część przypadków nowotworów skóry — zwłaszcza czerniaka — jest diagnozowana w bardziej zaawansowanych stadiach, co pogarsza rokowanie i zwiększa śmiertelność.
Dokument podkreśla, że czerniak należy do nowotworów o wysokim obciążeniu DALY, co wynika z utraty wielu lat życia w przypadku późnego rozpoznania
Profilaktyka w regionie pozostaje niewystarczająca. Dokument wskazuje, że działania edukacyjne dotyczące ochrony przeciwsłonecznej są prowadzone głównie lokalnie i niesystemowo, a poziom świadomości mieszkańców jest niski. W rozdziale dotyczącym czynników ryzyka i profilaktyki podkreślono konieczność zwiększenia działań edukacyjnych, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Zaktualizowany Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022-2026

Nowotwory skóry, w tym czerniak, wpisują się w szerszy problem rosnącej zachorowalności na choroby nowotworowe w województwie lubelskim. Dokument podkreśla, że nowotwory należą do najważniejszych wyzwań zdrowotnych regionu, a prognozy epidemiologiczne wskazują na dalszy wzrost liczby zachorowań. Wzrost ten jest konsekwencją przede wszystkim starzenia się populacji – województwo lubelskie należy do najszybciej starzejących się regionów w kraju, co zwiększa ryzyko występowania nowotworów skóry, ponieważ ich częstość rośnie wraz z wiekiem. Dodatkowo czynniki środowiskowe, takie jak ekspozycja na promieniowanie UV, oraz styl życia mieszkańców sprzyjają dalszemu wzrostowi zachorowań.

[23] GUS
[24] Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r. Warszawa, czerwiec 2025

Dokument zwraca uwagę, że kluczowym problemem w przypadku nowotworów skóry jest zbyt późne wykrywanie zmian, co szczególnie w przypadku czerniaka znacząco pogarsza rokowanie. Wczesna diagnostyka jest jednym z najważniejszych elementów skutecznego leczenia, dlatego plan podkreśla konieczność zwiększenia wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach. Oznacza to potrzebę poprawy oddziaływań profilaktycznych w rozpoznawaniu podejrzanych zmian skórnych oraz prowadzenia działań edukacyjnych zwiększających świadomość mieszkańców.
W dokumencie wyraźnie wskazano, że działania profilaktyczne dotyczące nowotworów powinny zostać wzmocnione. Obejmują one edukację zdrowotną, promowanie zachowań zmniejszających ryzyko zachorowania oraz zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne. Choć dokument szczegółowo opisuje programy dotyczące innych nowotworów, zasady te odnoszą się również do nowotworów skóry – w tym konieczność prowadzenia kampanii informacyjnych dotyczących ochrony przed promieniowaniem UV i samokontroli skóry.
Jedną z rekomendacji wskazaną w WPT jest dążenie do zabezpieczenia dostępu w każdym powiecie województwa (łącznie dla miast na prawach powiatu oraz powiatów obwarzankowych) do poradni: kardiologicznej, neurologicznej, okulistycznej, chirurgii urazowo - ortopedycznej, chirurgii ogólnej, diabetologicznej, dermatologicznej, otolaryngologicznej, urologicznej. Działaniem wymagającym koordynowania na poziomie województwa jest utworzenie poradni dermatologicznej w ramach nowego podmiotu leczniczego lub jako komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego w powiecie łukowskim, chełmskim, zamojskim, bialskim i hrubieszowskim. Uzasadnieniem tego działania jest zapewnienie równego i równomiernego dostępu do świadczeń, zróżnicowanie terytorialne w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych a w konsekwencji brak dostępu do poradni.[25] To również wskazuje na konieczność realizacji świadczeń w zakresie profilaktyki raka skóry., aby choć w pewnym stopniu zaspokoić w tym obszarze potrzeby mieszkańców wskazanych w WPT terenów.

[25] Zaktualizowany Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022-2026

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy z zakresu nowotworów skóry, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 70%* uczestników działań edukacyjnych.

2.2. Cele szczegółowe

Cel 1: Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 70%*personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów skóry.

Cel 2: Zwiększenie o 25%** liczby osób prowadzących samokontrolę znamion wśród uczestników warsztatów z zakresu samokontroli.

* Wartości docelowe mierników określono na podstawie własnych doświadczeń oraz doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej tj. *Program profilaktyki nowotworowej skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego na lata 2020-2023.* Program przewidywał realizację mierników, na podstawie, których została dokonana ocena stopnia realizacji celów Programu, na poziomie minimum 80%. Mierniki zostały osiągnięte na wyższym niż zakładano poziomie. Spośród 21 567 osób zgłoszonych: 93,63% osób zadeklarowało wzrost wiedzy w zakresie czynników ryzyka zachorowania na nowotwory skóry; 93,50% osób zadeklarowało wzrost wiedzy w zakresie szkodliwości promieniowania UV; 92,63% osób zadeklarowało wzrost wiedzy w zakresie skutecznej ochrony przeciwsłonecznej; 93,78% osób zadeklarowało wykazywanie zachowań prozdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworów skóry; 93,50% osób zadeklarowało umiejętności i wyrobienia nawyku samokontroli skóry podczas codziennych zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych; 95,63% osób zadeklarowało umiejętności rozpoznawania swoistych/nieswoistych sygnałów wymagających konsultacji ze specjalistą dermatologiem. W ramach Programu przeszkolono lekarzy POZ oraz przedstawicieli kadr medycznych, a także personelu branży beauty i rehabilitantów w zakresie właściwego badania skóry, czynników ryzyka nowotworów skóry oraz wykrywania podejrzeń zmian nowotworowych skóry. W w/w szkoleniach wzięło udział łącznie 647 osób, z czego wzrost wiedzy z tematyki szkoleń zadeklarowało 636 osób, co stanowi 98,23% i spełnia założenia Programu.
Doświadczenia własne wskazują, że w ramach innego programu zdrowotnego, pomimo odmiennej tematyki, odnotowano osiągnięcie efektów edukacyjnych wyrażających się wzrostem poziomu wiedzy uczestników po przeprowadzonej interwencji edukacyjnej. W efekcie realizacji *Programu prozdrowotnego w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2022-2026 (kontynuacja programu realizowanego w latach 2012-2015 oraz 2017-2021)* w kolejnych latach osiągnięto wzrost wiedzy u następującej ilości uczestników: 2025 – 87,50%, 2024 – 94,25%, 2023 – 92,60%, 2022 – 83,84%, 2021 – 84,78%, 2020 – 82%.

**Według *Profilaktyka nowotworów skóry. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów* zastosowanie działań edukacyjno-informacyjnych nakierowanych na promowanie prozdrowotnych zachowań w zakresie raka skóry skutkuje podwyższeniem odsetka osób decydujących się na prowadzenie regularnych samokontroli znamion o ok. 24%.

2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Cel	Mierniki efektywności	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
Cel główny	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* w zakresie profilaktyki nowotworów skóry, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test. * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.	Co najmniej 70% uczestników edukacji podniesie lub utrzyma wysoki poziom wiedzy* w zakresie profilaktyki nowotworów skóry. * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.	Wynik testu wiedzy (post-testu) wyrażony w procentach (iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników). * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
Cel szczegółowy nr 1	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test. * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy	Co najmniej 70% uczestników przedstawicieli personelu medycznego podniesie lub utrzyma wysoki poziom wiedzy* w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów skóry. * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.	Wynik testu wiedzy (post-testu) wyrażony w procentach (iloraz liczby przedstawicieli personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby przedstawicieli personelu medycznego, którzy wzięli udział w szkoleniach skierowanych do tej grupy osób). * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
Cel szczegółowy nr 2	Odsetek osób decydujących się na prowadzenie samokontroli znamion, zgodnie z zasadami zaprezentowanymi na warsztatach, względem wszystkich osób biorących udział w szkoleniu.	Zwiększy się o co najmniej 25% liczba osób deklarujących prowadzenie samokontroli znamion.	Wynik deklaracji uczestników warsztatów wyrażony w procentach (iloraz liczby osób decydujących się na prowadzenie samokontroli do liczby osób, która wzięła udział w warsztatach samokontroli znamion).

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

3.1. Populacja docelowa

Zgodnie z *Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027*, Podrozdział 7.2. Regionalne programy zdrowotne oraz zapisami programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 Priorytet IX Zaspokajanie potrzeb rynku pracy, cel szczegółowy 4d) w ramach interwencji EFS+ programy profilaktyczne realizowane będą dla pracowników i dotyczyć będą chorób związanych z miejscem pracy.

Dlatego też, program jest przeznaczony dla osób pracujących z terenu województwa lubelskiego, w tym osób narażonych na zawodowe czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na nowotwory skóry.

Stąd też, skierowany jest on do tych osób pracujących, które z racji wykonywanego zawodu narażone są na zwiększone ryzyko zachorowania na raka skóry, czyli wykonujących zawody wymagające pozostawania na zewnątrz, w pełnym słońcu, lub zatrudnionych w środowisku z ekspozycją na promieniowanie UV, jonizujące, kontakt z substancjami chemicznymi powodującymi raka skóry, np.

a) rolnicy, pracownicy gospodarstw rolnych, sadownicy;
b) pracownicy branży budowlanej;
c) pracownicy zawodów medycznych;
d) leśnicy i drwale;
e) pracownicy zieleni miejskiej, ogrodnicy;
f) ratownicy wodni, instruktorzy sportów wodnych, trenerzy plenerowi;
g) kierowcy (maszyn rolniczych, koparek, pojazdów z otwartą kabiną lub kierowcy autobusów, taksówek i ciężarówek);
h) przewodnicy turystyczni, animatorzy.
i) pracownicy branży gastronomicznej, obsługa ogródków letnich;
j) marynarze, rybacy i pracownicy portów;
k) listonosze, kurierzy rowerowi, dostawcy na skuterach;
l) animatorzy kolonijni, opiekunowie wczasowi, instruktorzy harcerscy;
m) służby mundurowe;
n) geodeci;
o) pracowników branży lotniczej, celniczej;
p) przedstawiciele innych zawodów narażonych na zawodowe czynniki ryzyka raka skóry występujące w środowisku pracy.

Łącząc ogólne czynniki ryzyka z charakterystyką województwa lubelskiego, można wskazać na trzy kluczowe obszary zagrożeń:

1. Rolnicy, sadownicy, leśnicy, rybacy spędzają większość dnia na otwartej przestrzeni, często w godzinach szczytowego promieniowania UV (11:00-15:00); prace sezonowe

(zbiory, opryski) odbywają się latem, co przy braku nawyku stosowania kremów z filtrem drastycznie zwiększa ryzyko zachorowania.
2. Pracownicy budowlani i drogowi są narażeni nie tylko na bezpośrednie słońce, ale także na promieniowanie odbite od betonu czy asfaltu; duża liczba nowych inwestycji w regionie oznacza tysiące osób pracujących na nasłonecznionych placach budowy bez naturalnego zacienienia.
3. Region lubelski charakteryzuje się jednym z najwyższych wskaźników nasłonecznienia w Polsce (szczególnie południowo-wschodnia część); wysoka liczba dni słonecznych sprzyja aktywności na zewnątrz, co przy braku odpowiedniej wiedzy przekłada się na wzrost ryzyka fotouszkodzeń.

Populację mieszkańców województwa lubelskiego szacuje się na 1 996 440 osób (2024 r.). W latach 2020-2023 odnotowywano systematyczny spadek liczby mieszkańców – we wskazanym okresie wyniósł on -2,2% (ubytek o 45,8 tys. mieszkańców). Ostatecznie, w 2024 r. liczba mieszkańców województwa zmniejszyła do poziomu poniżej 2 mln osób. Podobny trend jest obserwowany w skali kraju. Populacja kwalifikująca się do udziału w programie zostanie wyłoniona spośród pracujących mieszkańców województwa lubelskiego, w wieku od 18 do 70 lat[26]. Ich liczba w 2024 r. wynosiła 1 378 673 osób[27].

Województwo lubelskie charakteryzuje się znacznie wyższym niż średnia krajowa udziałem osób pracujących w sektorach narażonych na promieniowanie UV (głównie rolnictwo). Rolnictwo stanowi dominujący sektor gospodarki województwa lubelskiego. Łącznie osoby pracujące w rolnictwie, sadownictwie, leśnictwie, łowiectwie i rybactwie stanowią ponad 18% osób pracujących w województwie.

Wśród wszystkich mieszkańców wsi 31,6% to ludność związana z gospodarstwem rolnym. Natomiast w ogólnej liczbie osób aktywnych zawodowo zamieszkałych na wsi osoby aktywne zawodowo związane z gospodarstwem rolnym stanowiły 40,0%[28]. Na obszarach wiejskich województwa zamieszkuje 1,1 mln osób, tj. 53,9% ogółu mieszkańców, przy czym w rolnictwie zatrudnionych jest 143,2 tys. osób, tj. 18,8% ogółu pracujących[29]. Natomiast, w województwie lubelskim przeciętne zatrudnienie w budownictwie wynosi 18,6 tys. osób. [30].

[26] Główny Urząd Statystyczny (GUS), w ramach Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), definiuje ludność aktywną zawodowo jako osoby w wieku 15-89 lat, które są uznawane za: pracujące (wykonujące jakąkolwiek pracę przynoszącą dochód, w tym pracujący na własny rachunek, zatrudnieni itp.) lub bezrobotne (aktywne poszukujące pracy i gotowe ją podjąć). Definicja ta jest zgodna z zaleceniami Międzynarodowej Organizacji P racy (MOP/ILO) i 19. Międzynarodowej Konferencji Statystyków Pracy (ICLS). Jest to szerokie ujęcie, które pozwala na porównywalność danych na poziomie międzynarodowym. Odrębnie od definicji BAEL, w Polsce tradycyjnie wyróżnia się pojęcie wieku produkcyjnego, które jest związane z określeniem wieku emerytalnego i określa grupę, która ma tworzyć główną siłę roboczą. Dla kobiet jest to przedział: 18-59 lat, natomiast dla mężczyzn: 18-64 lata. Ten podział opiera się na prawnie określonym wieku emerytalnym w Polsce.
Uzupełnieniem wieku produkcyjnego są: wiek przedprodukcyjny: osoby do 17. roku życia włącznie oraz wiek poprodukcyjny: osoby po osiągnięciu wieku emerytalnego (60 lat dla kobiet, 65 lat dla mężczyzn). Na potrzeby niniejszego opracowania, jako osoby aktywne zawodowo określono osoby w wieku 18-70 lat, bez różnicowania na płeć.
[27] Na podstawie GUS. Bank danych lokalnych [online]. Stan ludności. Ludność wg pojedynczych roczników wieku i płci (dane półroczne).Aktualizacja: 15.05.2025 r.; https://bdl.stat.gov.pl.
[28] Rynek pracy w województwie lubelskim w 2024 r. Urząd Statystyczny w Lublinie, Lublin 2025
[29] Raport o stanie województwa lubelskiego. Podsumowanie działalności zarządu województwa lubelskiego w 2024 roku. Lublin 2024
[30] Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa lubelskiego 2025. Lublin 2025

Biorąc pod uwagę, iż osoby o niskim fototypie skóry (I i II wg skali Fitzpatricka), charakteryzujące się wysoką wrażliwością na promieniowanie UV i skłonnością do oparzeń słonecznych, stanowią przynajmniej 50% populacji regionu, z grupy osób pracujących na zewnątrz (outworkers), statystycznie połowa z nich tj. ok. 75 000 osób będzie bardziej narażona na ryzyko zachorowania na raka/nowotwory skóry. Przyjęto, że szacunkowo 65% z nich stanowić będą osoby pracujące na zewnątrz. Zostaną one objęte kampanią świadomościową.

Z powyższej grupy część osób zostanie objęta działaniami edukacyjnymi – a z nich zostaną wyłonione osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia raka skóry, które zostaną zakwalifikowane do szkoleń z samokontroli znamion.

Grupę docelową w programie stanowić będzie również personel medyczny. Na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Lublinie w województwie lubelskim pracuje ponad 29 tysięcy osób wykonujących zawody medyczne, w tym m.in. 7622 lekarzy, 2019 lekarzy dentystów, 15456 pielęgniarek i położnych, 1820 fizjoterapeutów, 751 diagnostów laboratoryjnych oraz 2144 farmaceutów[31]. Spośród tej populacji do udziału w programie *„Zdrowa Skóra Lubelszczyzny – program profilaktyki nowotworów skóry na lata 2026–2029”* zostanie zakwalifikowana 100-osobowa grupa personelu medycznego reprezentujących różne profesje: (np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej), w szczególności zaangażowanych w realizację programu. W województwie lubelskim, w ramach programu zostanie przeszkolonych łącznie **100 przedstawicieli personelu medycznego** (średnio 10 osób u każdego realizatora).

3.1.1. Grupa osób kwalifikujących się do działań informacyjnych (koszty pośrednie)

Dostęp do informacji zamieszczonych na ulotkach i plakatach informacyjnych, na stronie internetowej realizatora ma cała populacja województwa lubelskiego bez względu na płeć, status społeczny i aktywność zawodową.

3.1.2. Grupa osób kwalifikujących się do kampanii świadomościowej

Działania świadomościowe prowadzone za pomocą lokalnej kampanii medialnej przy wykorzystaniu środków masowego przekazu i mediów społecznościowych, w postaci m.in. krótkich materiałów wideo i komunikatów podnoszących świadomość społeczną w zakresie profilaktyki nowotworów skóry w szczególności w związku ze sposobem i miejscem wykonywanej pracy, kierowane są w założeniu do całej populacji osób pracujących z terenu województwa lubelskiego. Przyjmuje się, że na terenie województwa lubelskiego populacja ta stanowi 1 378 673 osoby[32].

3.1.3. Grupa osób kwalifikujących się do szkoleń dla personelu medycznego

Będą to przedstawiciele personelu medycznego np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, edukatorzy, koordynatorzy opieki medycznej w szczególności zaangażowanego w realizację Programu.

[31] Rocznik Statystyczny Województwa Lubelskiego, Lublin 2023
[32] Na podstawie GUS. Bank danych lokalnych [online]. Stan ludności. Ludność wg pojedynczych roczników wieku i płci (dane półroczne).Aktualizacja: 15.05.2025 r.; https://bdl.stat.gov.pl.

Metody edukacyjne stosowane w tej grupie to: szkolenia, e-learning, wykłady, materiały audiowizualne, analizy przypadków pacjentów itp. Szkoleniami zostanie objętych 100 osób.

3.1.4. Grupa osób kwalifikujących się do szkoleń

Będą to osoby pracujące z terenu województwa lubelskiego o zwiększonym ryzku zawodowym raka skóry. Metody edukacyjne, które mogą być stosowane w tej grupie to m.in.: konferencje, wykłady, szkolenia, warsztaty, prezentacje, materiały edukacyjne, itp. Dopuszcza się możliwość uczestnictwa w formie online. Działaniami edukacyjnymi zostanie objętych 20 000 osób pracujących z terenu województwa lubelskiego.

3.1.5. Grupa osób kwalifikujących się do warsztatów z zakresu samokontroli znamion

Będą to osoby pracujące w warunkach narażenia na zawodowe czynniki ryzyka nowotworów skóry, przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia raka skóry, co zastanie stwierdzone na podstawie deklaracji w Karcie Ryzyka, (zał. Nr 1 do Programu) tj.:

- osoby o jasnej karnacji, oczach i włosach z predyspozycją do poparzeń słonecznych
- znamiona i pieprzyki w znacznej ilości (>100)
- osoby z rodzinną lub osobistą historią raka skóry,
- osoby korzystające z urządzeń do opalania się.

Metody edukacyjne stosowane w tej grupie to: wykłady, szkolenia praktyczne, warsztaty, prezentacje, trening, demonstracje i powtarzanie itp. Warsztatami z zakresu samokontroli znamion zostanie objętych 7 500 osób.

3.2. Kryteria włączenia i wyłączenia do udziału w regionalnym programie zdrowotnym oraz kryteria wyłączenia z regionalnego programu zdrowotnego

Populację kwalifikującą się do udziału w interwencji stanowią osoby, które spełniają łącznie wszystkie kryteria włączenia oraz u których nie stwierdzono żadnego z kryteriów wyłączenia.

Etap Programu	**Kryteria włączenia**	**Kryteria wyłączenia**
Szkolenia dla personelu medycznego	Personel medyczny, np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, edukatorzy, koordynatorzy opieki medycznej w szczególności zaangażowany w realizację Programu.	• Uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat. • Wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim
Działania edukacyjne	**Kampania świadomościowa** – populacja osób pracujących* z terenu województwa lubelskiego	Brak
	Szkolenia – populacja osób pracujących* z terenu województwa lubelskiego, narażonych na zawodowe czynniki ryzyka nowotworów skóry	Brak statusu osoby pracującej z terenu województwa lubelskiego w warunkach narażenia na zawodowe czynniki ryzyka raka skóry

	Warsztaty samokontroli znamion Populacja osób pracujących* w warunkach narażenia na zawodowe czynniki ryzyka raka skóry przynależąca do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia raka skóry, stwierdzona na podstawie deklaracji w formularzu zgłoszeniowym do programu, tj.: • osoby o jasnej karnacji, oczach i włosach z predyspozycją do poparzeń słonecznych • znamiona i pieprzyki w znacznej ilości (>100) • osoby z rodzinną lub osobistą historią raka skóry • osoby korzystające z urządzeń do opalania się. • odbycie szkolenia w zakresie edukacji profilaktyki nowotworów skóry	• Brak statusu osoby pracującej z terenu województwa lubelskiego w warunkach narażenia na zawodowe czynniki ryzyka raka skóry • Uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat • Pozostawanie pod opieką poradni onkologicznej • Przeciwwskazania medyczne (na czas ich wystąpienia), np. rany, owrzodzenia, infekcje skórne

*Zawężenie grupy docelowej do osób pracujących w warunkach narażenia na zawodowe czynniki ryzyka chorób związanych z miejscem pracy wynika z zapisów:

1. Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Priorytet IX Zaspokajanie potrzeb rynku pracy w ramach celu szczegółowego 4d) wspieranie dostosowania pracowników, przedsiębiorstw i przedsiębiorców do zmian, wspieranie aktywnego i zdrowego starzenia się oraz zdrowego i dobrze dostosowanego środowiska pracy, które uwzględnia zagrożenia dla zdrowia,
2. Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027
3. Rekomendacji Komitetu Sterującego do spraw koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia.

3.2.1. Sposób informowania o regionalnym programie zdrowotnym

W ramach realizacji Programu „Zdrowa Skóra Lubelszczyzny – program profilaktyki nowotworów skóry na lata 2026–2029” przewiduje się wdrożenie spójnych i systematycznych działań informacyjnych, których celem jest zapewnienie powszechnego dostępu do informacji o założeniach, zakresie oraz możliwościach uczestnictwa w programie. Działania te będą prowadzone w sposób ciągły przez cały okres realizacji programu.

Program rozpoczyna się od rekrutacji, której celem jest zapewnienie skutecznego i równomiernego naboru uczestników do wszystkich działań przewidzianych w Programie, z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych grup docelowych. Rekrutacja prowadzona jest w sposób otwarty i ciągły, do wyczerpania limitów miejsc, z wykorzystaniem odpowiednio dobranych kanałów komunikacji. Obejmuje trzy równoległe ścieżki:

- nabór do szkoleń kierowanych do osób pracujących w warunkach narażenia na zawodowe czynniki ryzyka raka skóry (również poprzez organizacje zrzeszające pracodawców oraz pracowników),
- kwalifikowanie personelu medycznego realizatora np.: lekarzy, lekarzy specjaliści, pielęgniarki, edukatorów, koordynatorów opieki medycznej lub personelu zaangażowanego w realizację Programu do specjalistycznych szkoleń
- rekrutację osób pracujących w warunkach narażenia na zawodowe czynniki ryzyka raka skóry oraz przynależących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na raka skóry do warsztatów z zakresu samokontroli znamion.

Proces rekrutacji obejmuje rozpowszechnianie informacji o Programie, przyjmowanie zgłoszeń w formie elektronicznej lub bezpośrednio u realizatora oraz kwalifikację uczestników według kolejności zgłoszeń, z zachowaniem zasad równego dostępu.

Strona internetowa programu

Podstawowym narzędziem komunikacji z mieszkańcami województwa będzie oficjalna strona internetowa programu. Na stronie publikowane będą w szczególności:

- informacje dotyczące celów, zakresu i zasad uczestnictwa w programie,
- harmonogram działań, w tym terminy szkoleń, warsztatów i wydarzeń edukacyjnych,
- materiały edukacyjne dotyczące profilaktyki nowotworów skóry, w tym instrukcje samokontroli znamion, infografiki oraz materiały multimedialne,
- aktualności związane z realizacją programu oraz komunikaty organizacyjne,
- materiały do pobrania (ulotki, plakaty, broszury informacyjne).

Strona umożliwi rejestrację uczestników. Strona internetowa będzie aktualizowana na bieżąco, a jej treści dostosowane do potrzeb różnych grup odbiorców.

Profil programu w serwisie społecznościowym

Drugim kluczowym kanałem komunikacji będzie oficjalny profil programu w serwisie społecznościowym, umożliwiający szybkie i szerokie dotarcie do mieszkańców regionu. W ramach tego kanału przewiduje się:

- publikację cyklicznych komunikatów edukacyjnych,
- zamieszczanie materiałów multimedialnych (np. krótkich nagrań edukacyjnych, wypowiedzi ekspertów),
- tworzenie wydarzeń dotyczących szkoleń, warsztatów.

Materiały informacyjne w przestrzeni publicznej

W celu zwiększenia rozpoznawalności programu przewiduje się dystrybucję materiałów informacyjnych, takich jak plakaty i ulotki, w miejscach publicznych, w szczególności:

- w placówkach ochrony zdrowia,
- w aptekach,
- w urzędach administracji publicznej,

- w bibliotekach, domach kultury i innych instytucjach lokalnych,
- w podmiotach wykonujących zadania służby medycyny pracy,
- w zakładach pracy, również poprzez organizacje zrzeszające pracodawców i pracowników.

Partnerzy będą zachęcani do udostępniania informacji o programie na swoich stronach internetowych oraz profilach w mediach społecznościowych.

Komunikacja bezpośrednia

Informacje o programie będą przekazywane również w formie bezpośredniej, w szczególności:

- przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki oraz edukatorów zdrowotnych podczas wizyt pacjentów,
- podczas wizyt u lekarza medycyny pracy,
- uczestnikom wcześniejszych programów zdrowotnych, z wykorzystaniem dostępnych form kontaktu (np. e-mail, SMS – wyłącznie za zgodą odbiorców).

3.2.2. Elastyczność realizacji programu i dostosowanie do zasobów

Z uwagi na możliwą zmienność poziomu dostępnych zasobów finansowych, kadrowych i organizacyjnych w kolejnych latach realizacji programu polityki zdrowotnej, zakłada się wdrożenie mechanizmu elastycznego dostosowywania zakresu interwencji.

Dostosowanie to obejmować będzie w szczególności liczbę uczestników, intensywność działań edukacyjnych, formy realizacji świadczeń oraz harmonogram działań. Decyzje w tym zakresie będą podejmowane corocznie na podstawie analizy danych pochodzących z bieżącego monitorowania realizacji programu, w tym poziomu zgłaszalności uczestników, efektywności działań oraz dostępności zasobów.

Harmonogram realizacji programu oraz zakres poszczególnych działań mogą podlegać aktualizacji w trakcie trwania programu, w oparciu o wyniki monitoringu i ewaluacji, z zachowaniem zgodności z celami programu oraz zapewnieniem ciągłości i jakości udzielanych świadczeń.

Wszelkie zmiany dotyczące powyższych warunków realizacji powinny być uzgodnione z Instytucją Zarządzającą FEL 2021-2027.

Przyjęcie powyższego mechanizmu ma na celu zapewnienie efektywnego wykorzystania dostępnych zasobów oraz zwiększenie skuteczności realizowanych interwencji zdrowotnych.

3.3. Planowane interwencje

3.3.1. ETAP IV. SZKOLENIE DLA PERSONELU MEDYCZNEGO

Do szkoleń dla personelu medycznego zostanie zakwalifikowana grupa przedstawicieli personelu medycznego reprezentujących różne profesje: lekarzy, pielęgniarek,

koordynatorów opieki medycznej, edukatorów zdrowotnych w szczególności zaangażowanych w realizację programu. W województwie lubelskim, w ramach programu zostanie przeszkolonych łącznie **100 przedstawicieli personelu medycznego** (średnio 10 osób u każdego realizatora).

Edukacja personelu medycznego powinna mieć charakter naukowo-profesjonalny.
Szkolenia dla personelu medycznego będą odbywały się cyklicznie.
Forma szkolenia powinna być dostosowana do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykładów, materiałów audiowizualnych, telekonferencji.

Podczas szkoleń personel medyczny w szczególności powinien zostać zapoznany z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki, różnicowania, interpretacji wyników oraz leczenia nowotworów skóry, a także w zakresie czynników ryzyka wystąpienia tych nowotworów w miejscu pracy oraz metod ochrony skóry przed nadmiernym narażeniem na promieniowanie słoneczne, czy innymi czynnikami.

Ponadto w tematyce szkolenia należy uwzględnić nieinwazyjne metody oceny znamion, a w szczególności:

- metodę ABCDE:
  - „A” (asymmetry) — asymetria (czerniak jest asymetryczny względem każdej osi, w odróżnieniu od łagodnych zmian, które zwykle są okrągłe lub owalne, a także prezentuje obraz nieregularny, złożony z wyniosłości określanych mianem wysp);
  - „B” (borders) — brzegi nierówne i postrzępione;
  - „C” (color) — kolor różnorodny (od jasnobrązowego do czarnego lub stalowego), z nierównomiernym rozkładem barwnika oraz często, z jego punktowymi depozytami (szczególnie dobrze widoczne w badaniu dermatoskopowym);
  - „D” (diameter) — średnica > 5 mm lub (dynamics) dynamika zmian morfologicznych w guzie;
  - „E” (elevation lub evolution) — uwypuklenie powierzchni ponad poziom otaczającego zmianę naskórka. Cienkie czerniaki (grubość ≤1 mm wg Breslowa) nie tworzą wyczuwalnego palpacyjnie zgrubienia w porównaniu z prawidłową skórą w otoczeniu zmiany. Ważniejsze od uwypuklenia zmiany pierwotnej jest powiększanie średnicy.
- dermatoskopii wraz z omówieniem szczegółowych metod diagnostyki nowotworów skóry jak np. tzw. trzypunktowa skala dermoskopowa wg Argenziano (stosowana w diagnostyce czerniaka skóry), skala siedmiopunktowa, metoda Menziesa, algorytm dwustopniowy lub algorytm TADA (ang. Triage Amalgamated Dermoscopy Algorithm).

Zaleca się także, aby podczas szkoleń personelu medycznego wskazywać m.in., że:

- wykonanie dermatoskopii jest szczególnie ważne w przypadkach nietypowych, wymagających wykluczenia zmian o odmiennej etiologii, przy ocenie zmian o niewielkim rozmiarze czy też różnicowaniu ognisk rogowacenia słonecznego z przedinwazyjnym SCC (in situ),
- podstawą rozpoznania czerniaków skóry jest histopatologiczne badanie całej wyciętej chirurgicznie zmiany barwnikowej,
- wcześniejsze rozpoznanie i usunięcie czerniaka nie tylko poprawia rokowanie, ale daje szansę wyleczenia u blisko 90% chorych.

W ramach szkoleń w celu lepszego przyswajania wiedzy oraz uatrakcyjnienia przekazywanych treści, powinny być wykorzystywane różne metody edukacyjne począwszy od metod podających np. wykład z wykorzystaniem technik audiowizualnych, e-learning, poprzez aktywizujące, takie jak seminaria, dyskusje, a także oparte na doświadczeniu i rozwiązywaniu problemów np. analizy przypadków pacjentów w celu wskazania prawidłowego postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadkach budzących wątpliwości.

Warunkiem przystąpienia do szkolenia dla personelu medycznego jest wypełnienie pre-testu badającego poziom wiedzy przed edukacją. Po zakończeniu szkolenia uczestnicy wypełniają post-test, zawierający te same pytania, co pozwoli na wykazanie stopnia wzrostu wiedzy u ankietowanych. Ponadto uczestnicy otrzymają zaświadczenie o ukończeniu szkolenia.

3.3.2. ETAP V. DZIAŁANIA EDUKACYJNE

Etap ten będzie składał się z trzech działań: kampanii świadomościowej, szkoleń i warsztatów z samokontroli znamion.

3.3.2.1. Kampania świadomościowa

Kampania świadomościowa skierowana będzie do populacji osób pracujących z terenu województwa lubelskiego, ze szczególnym ukierunkowaniem na osoby narażone w środowisku pracy na czynniki wywołujące nowotwory złośliwe skóry.

Aktualnie rekomendowane jest prowadzenie krajowych oraz lokalnych kampanii medialnych za pomocą środków masowego przekazu podnoszących świadomość społeczną w zakresie profilaktyki nowotworów skóry (Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 2017, NICE 2016, Cancer Council Australia/Australian College of Dermatologist CCA/COSoA 2014). Komunikaty kampanii powinny dążyć do uświadomienia ludziom potrzeby myślenia o ich codziennej ekspozycji na światło słoneczne. W związku z powyższym, w programie planuje się organizowanie przez realizatorów kampanii świadomościowych. Harmonizacja warunków prowadzenia promocji zdrowia ma na celu osiągnięcie efektu skali i umożliwi dotarcie z informacjami do szerokiej rzeszy odbiorców. Dobór środków przekazu: Internet, prasa, radio pozwoli objąć działaniami świadomościowymi osoby szczególnie narażone na zachorowania, np. zatrudnionych w rolnictwie i budownictwie. Działania świadomościowe zatem polegać będą na uruchomieniu profilu programu w mediach społecznościowych; informacji o programie w prasie, radiu i innych mediach lokalnych oraz w programach tematycznych, w tym kierowanych do grup zawodowych o zwiększonym ryzyku zachorowania, a także przygotowanie materiałów edukacyjnych. Realizatorzy mogą opracować i dystrybuować pakiety zawierające materiały edukacyjne i środki profilaktyczne (broszura, krem z wysokim filtrem UV) wśród pracujących mieszkańców woj. lubelskiego, priorytetowo w pobliżu miejsc pracy związanych z długotrwałym narażeniem na promienie słoneczne (np. place budowy, roboty drogowe). Realizatorzy w ramach kampanii świadomościowej powinni starać się dotrzeć z informacją o programie do podmiotów z obszaru realizacji projektu, w których wykonywana jest głównie praca z ekspozycją na słońce np. branża budowlana, drogowa czy rolnicza, praca w kontakcie z promieniowaniem jonizującym, ekspozycja na czynniki chemiczne powodujące raka skóry.

Kampania rozpocznie się od zaprojektowania ulotek, plakatów i informacji dla środków masowego przekazu oraz mediów społecznościowych (także w formie elektronicznej) zawierających najważniejsze informacje dotyczące raka skóry, etiologii, profilaktyki, propagowania konieczności konsultacji dermatologicznej zmienionych znamion. Ponadto zostanie uruchomiona strona internetowa dla Programu oraz profil programu w serwisie społecznościowym. Zostaną także przygotowane krótkie prezentacje, które będą mogły być udostępnianie w przestrzeniach publicznych, w zakładach pracy, w których występują narażenia na nowotwory skóry, podczas szkoleń i konferencji oraz podczas akcji miejskich/gminnych promujących zdrowie. Ulotki, plakaty, informacje, prezentacje i pozostałe formy promocji Programu będą rozpowszechniane na terenie województwa lubelskiego, że szczególnym uwzględnianiem miejsc, w których mogą znajdować się odbiorcy mający zwiększone ryzyko nowotworów skóry, takich jak zakłady pracy z narażeniami na czynnik predysponujące do wystąpienia nowotworów skóry lub miejsca z większą możliwością zwrócenia uwagi na konieczność kontroli znamion np. ośrodki zdrowia, apteki, salony kosmetyczne, fryzjerskie itp. Informację również zostaną zamieszczone na stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych realizatora.

Materiały edukacyjne zostaną przygotowane w sposób estetyczny, czytelny, zrozumiały dla przeciętnego odbiorcy, bez zbędnego żargonu medycznego, w formie mającej zachęcić do udziału w programie.

Szczegółowe treści dotyczące polityki informacyjnej programu zamieszczono w poprzednim podrozdziale 3.2.1. który omawia sposób informowania o regionalnym programie zdrowotnym.

3.3.2.2. Szkolenia

Szkolenia skierowane będą do populacji osób pracujących narażonych w środowisku pracy na czynniki ryzyka nowotworów złośliwych skóry z uwagi na Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027 oraz zapisy programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021 - 2027.

Celem szkoleń będzie zwiększenie poziomu wiedzy populacji docelowej w zakresie czynników ryzyka raka skóry, profilaktyki oraz rozpoznawania potrzeby konsultacji specjalistycznej, a także kształtowanie prozdrowotnych postaw i zachowań.

Szkolenia będą skierowane do 20 000 osób pracujących z terenu województwa lubelskiego narażonych na zawodowe czynniki ryzyka nowotworów złośliwych skóry.

Szkolenie ma na celu dostarczenie wiedzy nt.:

- nowotworów złośliwych skóry – podstawowe informacje z zakresu etiologii i epidemiologii,
- czynników ryzyka (w tym wpływu promieniowania słonecznego i ultrafioletowego na skórę oraz nieużywania środków ochrony przeciwsłonecznej), w tym czynników związanych z miejscem i sposobem wykonywania pracy,
- niepokojących objawów sugerujących raka skóry (m.in. zmiany rozmiarów znamienia, nowopowstałych zmian, owrzodzeń lub zmian długo niegojących się),

- profilaktyki nowotworów złośliwych skóry,
- fotoprotekcji (m.in. unikanie bezpośredniej ekspozycji na intensywne światło słoneczne, prawidłowy ubiór chroniący przed promieniami słonecznymi (noszenie czapek, kapeluszy z rondem zasłaniającym twarz, okularów przeciwsłonecznych, ubrań zakrywających ramiona i nogi), umiejętnego korzystania z kremów z filtrem o szerokim spektrum ochronnym, w szczególności na obszar głowy, karku, ramion i dłoni),
- szkód wynikających ze stałego unikania promieni słonecznych tj. zaburzeń nastroju, zaburzeń snu, podwyższonego ciśnienie krwi oraz zaburzeń w metabolizmie witaminy D,
- roli samoobserwacji w profilaktyce nowotworów,
- diagnostyki i leczenia nowotworów skóry,
- przebiegu i skutków nieleczonego raka skóry,
- świadczeń gwarantowanych i programów zdrowotnych zajmujących się edukacją ukierunkowaną na profilaktykę nowotworów skóry oraz diagnostyką i leczeniem tych schorzeń.

W ramach szkoleń będą prowadzone wykłady i szkolenia, w tym w formie online, na potrzeby których zostaną przygotowane materiały edukacyjne w postaci broszur/książeczek (także w postaci elektronicznej) zawierające wyżej wymienione treści edukacyjne. Materiały edukacyjne będą dostępne podczas szkoleń.

Materiały edukacyjne zostaną przygotowane w sposób estetyczny, czytelny, zrozumiały dla przeciętnego odbiorcy, bez zbędnego żargonu medycznego, w formie pozwalającej w jak największym stopniu przyswoić wiedzę. Treści dostosowane będą do profilu grupy docelowej.

W przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich):

- Narodowy Portal Onkologiczny
  https://onkologia.pacjent.gov.pl/pl/kompendium-chorob-nowotworowych/skora
- Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia
  https://pacjent.gov.pl/zapobiegaj/5-zasad-ochrony-przed-sloncem

  https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/jak-chronic-sie-przed-nowotworem-skory

  https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/skora-zawsze-zdrowa

  https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/zdrowa-skora-w-wakacje

  https://szkolpacjent.ezdrowie.gov.pl/programy-profilaktyczne/profilaktyka-nowotworow-skory
- Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne
  https://www.gov.pl/web/gis/stacje-sanitarno-epidemiologiczne

  https://www.gov.pl/web/psse-krotoszyn/profilaktyka-nowotworow-skory--abcde-samokontroliznamion-projekt-wielkopolskiego-centrum-onkologicznego
- europejska kampania społeczna „Euromelanoma”.
  https://www.euromelanoma.eu/pl-pl/.

W celu zwiększenia zaangażowania uczestników oraz utrwalenia efektów edukacji, realizator może przewidzieć materiały motywacyjne w postaci akcesoriów promujących ochronę przeciwsłoneczną, m.in.: materiały edukacyjne (książki, zakładki z instruktażem samokontroli), środki ochrony osobistej (kremy i pomadki UV, odzież ochronną – czapki, daszki) oraz gadżety, takie jak opaski i naklejki mierzące natężenie promieniowania UV.[33]

Uczestnicy warsztatów wypełnią „Kartę ryzyka", która będzie kwalifikowała do warsztatów z zakresu samokontroli znamion.

Przed przystąpieniem do szkolenia uczestnicy wypełnią pre-test, a po zakończeniu udziału w szkoleniu post-test.

3.3.2.3. Warsztaty z zakresu samokontroli znamion

Do warsztatów z zakresu samokontroli znamion zostanie zakwalifikowanych 7 500 osób pracujących w warunkach narażenia na zawodowe czynniki ryzyka nowotworów skóry przynależących do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia raka skóry, tj.:

- osoby o jasnej karnacji, oczach i włosach z predyspozycją do poparzeń słonecznych
- znamiona i pieprzyki w znacznej ilości (>100)
- osoby z rodzinną lub osobistą historią raka skóry,
- osoby korzystające z urządzeń do opalania się,
- osoby, które odbyły szkolenie w zakresie edukacji profilaktyki nowotworów skóry w ramach programu.

Każdy z uczestników przed przystąpieniem do warsztatów wypełni pre-test.

Warsztaty będą odbywać się cyklicznie i będą miały charakter praktyczny, w czasie których uczestnicy nabędą i przećwiczą umiejętności z zakresu samokontroli znamion. Warsztaty powinny skupiać się na zapoznaniu uczestników z podstawowymi metodami prowadzenia samokontroli znamion i pieprzyków oraz podstawowymi cechami znamion o potencjale nowotworowym.

Treści przekazywane podczas warsztatów powinny być zgodne z klinicznymi zasadami oceny znamion m.in.:

- metodą ABCDE: (A) – geometryczna asymetria w dwóch płaszczyznach; (B) – nieregularne granice znamienia; (C) – co najmniej dwa kolory występujące na powierzchni znamienia; (D) – maksymalna średnica >6 mm; (E) – rozwój/zmiana w strukturze znamienia
- 7 elementową skalą oceny, obejmującą: ocenę zmiany rozmiaru znamienia; nieregularną pigmentacje; nieregularne granice znamienia; stan zapalny; uczucie swędzenia bądź zaburzenie czucia; rozmiar znamienia większy niż pozostałych na ciele; sączenie się bądź tworzenie się strupa na powierzchni znamienia

Podczas szkoleń zaleca się, aby podkreślać uczestnikom w szczególności, że:

[33] Rekomendacja nr 150/2025 z dnia 17 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów skóry

- znamiona na skórze, o podejrzanej pigmentacji, są najlepiej oceniane w dobrym świetle z lub bez szkieł powiększających;
- nie każde znamię o odmiennym kolorze lub o nieregularnym kształcie jest nowotworem skóry;
- obecność większości cech wymienionych w 7 elementowej skali oceny bądź którejkolwiek cechy z narzędzia ABCDE stanowi podstawę do konsultacji lekarskiej;
- niektóre czerniaki mogą nie prezentować żadnych cech wymienionych w obu ww. skalach
- powinno się konsultować z lekarzem nietypowe pieprzyki oraz zmiany na powierzchni skóry
- powinno się regularnie kontrolować stan własnej skóry (w tym także mniej widoczne miejsca np. podeszwy stóp) oraz obserwować znamiona bądź podejrzane zmiany, a samoocena powinna być przeprowadzana przynajmniej raz w miesiącu

Uczestnicy warsztatów powinni również otrzymać wsparcie informacyjne dotyczące ścieżki dalszego postępowania w przypadku identyfikacji podejrzanej zmiany skórnej oraz otrzymać informacje o dostępnych świadczeniach gwarantowanych z zakresu diagnostyki raka skóry, a także o programach profilaktyki nowotworów skóry realizowanych na terenie województwa lubelskiego i o akcjach profilaktycznych w tym zakresie.

Na zakończenie warsztatów każdy uczestnik wypełni post-test.

3.3.3. Rekomendacje naukowe dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym oraz skuteczność i bezpieczeństwo planowanych działań

Profilaktyka nowotworów skóry, zgodnie z rekomendacjami licznych instytucji i towarzystw naukowych (m.in. NCI 2025; SIGN 2025; ACD 2024; RACGP 2024; NIO-PIB 2024a, 2024b; CDC 2024a, 2024b; AAD 2020; ACD 2019; PTOK 2019; ESMO 2019; USPSTF 2018; CCA 2017; SIGN 2017; NICE 2016a, 2016b; PTD 2015; NICE 2015a, 2015b), powinna obejmować całą populację, ponieważ każdy jest narażony na promieniowanie ultrafioletowe, będące głównym czynnikiem ryzyka. Jednocześnie podkreśla się konieczność szczególnej ochrony osób z grup zwiększonego ryzyka – o jasnej karnacji, jasnych oczach i włosach, licznymi znamionami, skłonnością do oparzeń słonecznych oraz z osobistą lub rodzinną historią nowotworów skóry (SIGN 2025; RACGP 2024; NIO-PIB 2024b; CDC 2024b; AAD 2020; ACD 2019; USPSTF 2018; CCA 2017; NICE 2016a; USPSTF 2016). Rekomendacje obejmują również dzieci i młodzież, mimo że zachorowania w tej grupie są rzadkie, ponieważ wczesne kształtowanie nawyków ochrony przed UV ma istotne znaczenie dla zdrowia w dorosłości (SIGN 2025; CDC 2024a; ACD 2019; USPSTF 2018; RACGP 2018; CCA 2017; USPSTF 2016; NICE 2016a).

Z uwagi na opracowanie Programu w ramach projektu dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus pn.: „Opracowanie czterech programów związanych ze środowiskiem pracy, w tym dwóch programów profilaktycznych w obszarze chorób układu krążenia i nowotworowych oraz dwóch programów rehabilitacyjnych w obszarze chorób układu krążenia i układu nerwowego” w ramach Działania 9.5 Ochrona

środowiska pracy Priorytet IX Zaspokajanie potrzeb rynku pracy programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, niniejszy RPZ dotyczy profilaktyki chorób związanych z miejscem pracy i skierowany jest do osób pracujących. Stanowi to zgodność z Rekomendacjami Komitetu Sterującego ds. koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia dla kryteriów wyboru projektów w zakresie profilaktyki związanej z miejscem pracy i rehabilitacji w ramach celu szczegółowego 4d – Wspieranie aktywnego i zdrowego starzenia się oraz zdrowego i dobrze dostosowanego środowiska pracy, które uwzględnia zagrożenia dla zdrowia.

Kluczowym elementem profilaktyki są działania edukacyjne kierowane do całego społeczeństwa, które mają zwiększać świadomość zagrożeń wynikających z przewlekłej ekspozycji na promieniowanie UV (NCI 2025; SIGN 2025; ACD 2024; RACGP 2024; CDC 2024a, 2024b; ADA 2020; ACD 2019; ESMO 2019; NICE 2016; NICE 2015). Edukacja powinna obejmować informacje o konieczności stosowania ochrony osobistej – odpowiedniego ubioru, nakryć głowy, unikania słońca w godzinach największego nasłonecznienia oraz regularnego używania kremów z filtrem – a także o znaczeniu znajomości wyglądu własnej skóry i systematycznej obserwacji znamion (NCI 2025; SIGN 2025; ACD 2024; RACGP 2024; CDC 2024a, 2024b). Pacjenci powinni być informowani, że zarówno preparaty stosowane na skórę uszkodzoną przez słońce, jak i filtry przeciwsłoneczne mogą powodować łagodne działania niepożądane, takie jak podrażnienia czy reakcje alergiczne (NCI 2025). Ważnym elementem edukacji jest nauka samodzielnej oceny znamion metodą ABCDE, która pomaga wcześnie wykrywać zmiany o charakterze nowotworowym (PTOK 2019; ESMO 2019), oraz zachęcanie do konsultacji lekarskiej w przypadku zauważenia niepokojących objawów (NCI 2025; SIGN 2025; ACD 2024; RACGP 2024; CDC 2024a, 2024b).

Rekomendacje podkreślają również potrzebę szkolenia personelu medycznego w zakresie oceny znamion, identyfikacji czynników ryzyka oraz zasad ochrony przed UV (SIGN 2017; NICE 2015a). Szkolenia dotyczące dermatoskopii zwiększają precyzję diagnostyczną, choć w przypadku osób niedoświadczonych mogą obniżać czułość badania (SIGN 2025).

W odniesieniu do badań przesiewowych wskazuje się, że nie ma podstaw do prowadzenia populacyjnego screeningu w kierunku nowotworów skóry – zarówno z użyciem dermatoskopii, jak i oceny ABCDE (ACD 2024; NIO-PIB 2024a, 2024b; USPSTF 2023). Jednocześnie towarzystwa naukowe dostrzegają wartość badań oportunistycznych, szczególnie w grupach wysokiego ryzyka, gdzie mogą one umożliwić wcześniejsze wykrycie zmian i poprawić rokowanie (ACD 2024; RACGP 2024).

Rekomendacje krajowe i zagraniczne:

– AAD 2020 - American Academy of Dermatology (2020). American Academy of Dermatology: Skin cancer statement. Pozyskano z: https://www.aad.org/media/stats-indoortanning, Dostęp z: 23.04.2020

- ACD 2019 - The Australasian College of Dermatologists. (2019). The Australasian College of Dermatologists Position Statement Skin Cancer in Australia.
- ACD 2024 - The Australasian College of Dermatologists (2024). Position statement – population-based screening for melanoma. Pozyskano z: https://www.dermcoll.edu.au/wp-content/uploads/2024/01/ACD-Position-Statement-Population-screening-for-melanoma-January-2024.pdf, dostęp z 26.05.2025
- CCA 2017 - Cancer Council Australia (2017). Position statement - Screening and early detection of skin cancer. Pozyskano z: https://wiki.cancer.org.au/policy/Position_statement_-_Screening_and_early_detection_of_skin_cancer. Dostęp z: 06.05.2020 SIGN 2017 Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (2017). Cutaneous Melanoma: A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- CDC 2024a - U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2024). Guidelines for School Programs to Prevent Skin Cancer. Pozyskano z: https://www.cdc.gov/skin-cancer/php/guidelines-for-school-programs/index.html#cdc_generic_section_3-recommendations, dostęp z 27.05.2025
- CDC 2024b - U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2024). Reducing Risk for Skin Cancer. Pozyskano z: https://www.cdc.gov/skin-cancer/prevention/index.html, dostęp z 27.05.2025
- ESMO 2019 - European Society for Medical Oncology. (2019). Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, Annals of Oncology 30: 1884–1901, 2019
- NCR 2025 - National Cancer Institute (2025). Skin Cancer Prevention (PDQ®)–Health Professional Version. Pozyskano z: https://www.cancer.gov/types/skin/hp/skin-prevention-pdq, dostęp z 27.05.2025
- NICE 2015a - National Collaborating Centre for Cancer (UK. (2015). Melanoma: assessment and management. NICE 2015b National Institute for Health and Care Excellence, (2015). VivaScope1500 and 3000 imaging systems for detecting skin cancer lasions. NICE guideline. National Institute for Health and Care Excellence
- NICE 2016 - NICE 2016a National Institute for Health and Care Excellence, (2016). Sunlight exposure: risks and benefits. NICE guideline. National Institute for Health and Care Excellence NICE 2016b National Institute for Health and Care Excellence, (2016). Skin cancer. NICE quality standard. National Institute for Health and Care Excellence
- NIO-PIB 2024a - Rutkowski P., Wysocki P. J., Kozak K. et al. (2024). Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na czerniaki. Pozyskano z: https://nio.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Wytyczne-czerniaki_ver_2.pdf, dostęp z 26.05.2025
- NIO-PIB 2024b - Rutkowski P., Dolecki K., Dudzisz-Śledź M. et al. (2024). Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na raka skóry. Pozyskano z: https://nio.gov.pl/wp-content/uploads/2025/01/Wytyczne-raki-skory_aktualizacja_31.12.2024r_v2.pdf, dostęp z 26.05.2025

- PTD 2015 - Polskie Towarzystwo Dermatologiczne(2015). Zalecenia dotyczące leczenia raka podstawnokomórkowego i raka kolczystokomórkowego przygotowane przez Sekcję Onkologiczną Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego i Sekcję Akademia Czerniaka Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Oncol Clin Pract 2015, 11: 246–255. SIGN 2014 Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (2014). Management of primary cutaneous squamous cell carcinoma: A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- PTOK 2019 - Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej.(2019). Czernika Skóry. Onkologia w Praktyce Klinicznej — edukacja 2019, tom 5, nr 1. Oncol Clin Pract 2017,13(6):241- 258.
- RACGP 2024 - Royal Australian College of General Practitioners (2024). Guidelines for preventive activities in general practice. Pozyskano z: https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/preventive-activities-in-general-practice/about-the-red-book, dostęp z 26.05.2025
- RAGCP 2018 - The Royal Australian College of General Practitioners. (2018). Guidelines for preventive activities in general practice.9th edn, updated. East Melbourne, Vic: RACGP, 2018
- SIGN 2025 - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2025). SIGN 146 – Cutaneous melanoma – a national clinical guideline. Pozyskano z: https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/cutaneous-melanoma/, dostęp z 26.05.2025
- USPSTF 2018 - Grossman, D. C., Curry, S. J., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., ... & Kubik, M. (2018). Behavioral counseling to prevent skin cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Jama, 319(11), 1134-1142.
- USPSTF 2023 - US Preventive Services Task Force (2023). Screening for Skin Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 329(15): 1290-1295

3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach regionalnego programu zdrowotnego

Program realizowany będzie przez podmioty wybrane w trybie konkurencyjnym zgodnie z przepisami ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027. Realizatorami programu - Beneficjentami – będą podmioty w rozumieniu art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. z 2025 r. poz. 1733 z późn. zm.), na podstawie art. 2 pkt 9 rozporządzenia ogólnego 2021/1060.

Szczegółowe wytyczne zostały opisane w części 4.3. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Świadczenia będą udzielane w dni robocze, w godzinach zarówno przed- jak i popołudniowych oraz w miarę możliwości w soboty w celu umożliwienia udziału w programie osobom wykonującym pracę zawodową w różnych dniach i godzinach.

Po przeprowadzeniu naboru w jednostce Realizatora zostanie wyznaczony koordynator – odpowiedzialny za przygotowanie personelu do przeprowadzenia planowanych interwencji zgodnie z przedstawionym Programem oraz za przebieg realizacji projektu, sprawozdawczość i wszelkie sprawy formalne. Koordynator wraz z personelem realizującym Program oraz personelem zaangażowanym w działania administracyjne w projekcie dba o zachowanie założeń przyjętych w Programie, a mianowicie:

- wszystkie interwencje zaplanowane do realizowania w ramach Programu będą udzielane uczestnikom nieodpłatnie,
- interwencje zrealizowane w ramach Programu nie mogą być kwalifikowane do rozliczeń z innymi płatnikami (np. NFZ, ZUS, KRUS),
- wszelkie interwencje zaplanowane w Programie będą udzielane bezpośrednio w siedzibie Realizatora lub w miejscu przez niego zapewnionym,
- dokumentacja projektowa i programowa będzie zapewniona przez Realizatorów,
- dokumentacja opracowana do Programu prowadzona i przechowywana w będzie siedzibie Realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami.[34]
- udzielane świadczenia muszą opierać się na standardach i wytycznych medycznych popartych badaniami naukowymi, muszą zapewniać uczestnikom maksymalne bezpieczeństwo i być udzielane przez personel dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami.

Interwencje w Programie są uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie dermatologii i wenerologii, poszerzają zakres świadczeń zdrowotnych o dodatkową edukację w zakresie:

- samoobserwacji i samokontroli zmian skórnych oraz znamion przez pacjentów ,
- czynników ryzyka występowania nowotworów skóry personelu medycznego.

Interwencje będą się odbywały w siedzibie Realizatora lub przez niego wynajętych pomieszczeniach zgodnie z wymaganiami stawianymi przez obowiązujące przepisy prawa.

[34] Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)

IV. Organizacja regionalnego programu zdrowotnego

4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Przed przystąpieniem do realizacji Programu zostaną podjęte następujące działania:

1. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów RPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.
2. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu RPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie naboru realizatorów zgodnie z przepisami ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027. Realizatorami programu - Beneficjentami – będą podmioty w rozumieniu art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. z 2025 r. poz. 1733 z późn. zm.), na podstawie art. 2 pkt 9 rozporządzenia ogólnego 2021/1060.
4. Wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym RPZ).

Wyłoniony realizator podejmie działania przewidziane w Programie w postaci:

5. Przeprowadzenie opisanych w projekcie RPZ interwencji. (tj.: przygotowanie organizacyjne Programu, działania informacyjne i kampania świadomościowa, działania rekrutacyjne, szkolenie dla personelu medycznego, działania edukacyjne, zakończenie udziału w programie)
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (monitoring Programu),
7. Zakończenie realizacji RPZ.
8. Rozliczenie finansowania RPZ.
9. Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji RPZ (realizator) i przesłanie go do Agencji (UMWL), wraz z załączonym pierwotnym RPZ, który został wdrożony do realizacji (ewaluacja Programu).

4.1.1. Etap I. Przygotowanie organizacyjne programu (koszty pośrednie)

Etap przygotowania organizacyjnego Programu stanowi kluczowy fundament jego prawidłowego wdrożenia. Na tym etapie prowadzone są działania, których celem jest zapewnienie spójności, wysokiej jakości oraz operacyjnej gotowości całego systemu realizacyjnego.

Obejmuje on opracowanie procedury postępowania z pacjentem na każdym poziomie realizacji programu zdrowotnego, ze szczególnym uwzględnieniem zasad kwalifikacji, przebiegu interwencji i monitorowania postępów uczestników.

Równolegle będą realizowane prace nad przygotowaniem działań informacyjnych z określeniem głównych przekazów i kanałów komunikacji najefektywniejszych dla grupy docelowej. Na tym etapie zostaną zaprojektowane również materiały edukacyjne kierowane do uczestników programu oraz strona internetowa i profil w mediach społecznościowych

W celu zapewnienia odpowiedniego przygotowania zespołów realizacyjnych na tym etapie odbędą się szkolenie dla osób realizujących program uwzględniające organizację Programu w placówce. Szkolenia będą prowadzone przez koordynatora – w zakresie organizacji Programu.

Równocześnie prowadzone będą prace administracyjne, w tym utworzenie dokumentacji projektowej i programowej, takie jak formularze, regulaminy, wzory zgód i kart uczestnictwa.

Całość podejmowanych działań ma na celu przygotowanie jednolitych, przejrzystych i efektywnych rozwiązań organizacyjnych, które zapewnią sprawne funkcjonowanie programu w dalszych etapach jego realizacji.

I etap realizacji programu – przygotowanie:

1. Organizacja biura projektu – przygotowanie infrastruktury i zatrudnienie do pracy.

   Do zadań osób zatrudnionych będą należały m.in.:

   - działania administracyjne związane z realizacją programu,
   - nadzór nad realizacją poszczególnych zadań programu zgodnie z przyjętym harmonogramem,
   - rekrutacja uczestników programu,
   - przygotowanie szkoleń oraz wysyłanie zaproszeń na szkolenia do odpowiednich grup.
2. Przygotowanie strony internetowej wraz z systemem rejestracji oraz profilu w mediach społecznościowych. Opracowanie, produkcja materiałów informacyjnych i edukacyjnych dla wszystkich grup, adresatów programu i przygotowanie kampanii społecznej oraz ulotek, plakatów, spotów informacyjno-edukacyjnych, materiałów prasowych.
3. Nawiązanie współpracy z instytucjami i urzędami (m.in. urzędy miast, gmin, starostwa powiatowe), zakładami pracy oraz poradniami POZ i poradniami specjalistycznymi, medycyny pracy, organizacjami zrzeszającymi pracodawców i pracowników.
4. Opracowanie szczegółowych terminów realizacji poszczególnych elementów programu (w tym działań promocyjnych, terminów szkoleń i warsztatów).
5. Rozpowszechnienie informacji o możliwości uczestnictwa w programie.

4.1.2. ETAP II: Działania informacyjne (koszty pośrednie)

Działania informacyjne skierowane będą do populacji ogólnej z terenu województwa lubelskiego. Celem działań promocyjnych będzie zwiększenie zgłaszalności do programu oraz dotarcie z informacją o możliwości udziału w działaniach profilaktycznych do jak najszerszej grupy populacji docelowej.

Promocja Programu rozpocznie się od zaprojektowania ulotek, plakatów i informacji dla środków masowego przekazu oraz mediów społecznościowych (także w formie elektronicznej) zawierających informację o realizowanym Programie, grupach docelowych oraz rekrutacji do poszczególnych interwencji. Na tym etapie mogą zostać wykorzystane takie kanały jak: lokalne mass media: radio, prasa telewizja, informacje zamieszczone na stronach realizatorów projektów, dystrybucja ulotek i plakatów, szczególnie w miejscach, gdzie dużo osób korzysta z tzw. kąpieli słonecznych np. kąpieliskach, basenach, parkach. Dobrym rozwiązaniem jest również wykorzystanie nośników lokalnych (miejskich / osiedlowych / dzielnicowych / gminnych) np. wyświetlanie informacji w autobusach, pociągach i przestrzeniach publicznych. Informacje powinny być również udostępniane w zakładach pracy z narażeniami na zawodowe czynniki raka skóry oraz w organizacjach zrzeszających pracodawców i pracowników.

Materiały promocyjne zostaną przygotowane w sposób estetyczny, czytelny, zrozumiały dla przeciętnego odbiorcy, bez zbędnego żargonu medycznego, w formie mającej zachęcić do udziału w programie.

Ponadto w ramach działań informacyjnych będzie prowadzony proces aktywnej rekrutacji osób kwalifikujących się do działań edukacyjnych, czyli osób pracujących narażonych na zawodowe czynniki ryzyka raka skóry oraz przynależących do jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia raka skóry (osoby o jasnej karnacji, oczach i włosach z predyspozycją do poparzeń słonecznych, mających znamiona i pieprzyki w znacznej ilości (>100), osoby z rodzinną lub osobistą historią raka skóry, osoby korzystające z urządzeń do opalania się).

4.1.3. ETAP III. Działania rekrutacyjne (koszty pośrednie)

Rekrutacja będzie prowadzona trzema ścieżkami, różniącymi się w zależności od grupy docelowej, przy zastosowaniu odpowiednio dobranych kanałów komunikacji oraz metod przekazywania informacji.

W ramach części projektu obejmującej kampanię świadomościową nie przewiduje się prowadzenia rekrutacji, co wynika z jej ogólnego charakteru.

Warunkiem udziału w programie jest wypełnienie formularza uczestnictwa w programie z niezbędnymi zgodami, m.in. RODO, udziału w Programie.

Rekrutacja będzie prowadzona będzie w sposób otwarty i ciągły, aż do wyczerpania limitów. Wykorzystywane będą różne kanały komunikacji.

O włączeniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń, a rekrutacja będzie prowadzona do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

4.1.3.1. Ścieżka 1. Rekrutacja do szkoleń dla personelu medycznego.

Realizator zakwalifikuje do szkolenia personel medyczny, który będzie zaangażowany w realizację programu. Do Programu zostanie zakwalifikowana 100-osobowa grupa pracowników medycznych reprezentujących różne profesje: np. lekarzy, pielęgniarek, koordynatorów opieki medycznej, edukatorów zdrowotnych, w szczególności zaangażowanych w realizację programu. W województwie lubelskim, w ramach programu zostanie przeszkolonych łącznie **100 pracowników medycznych** (średnio 10 osób u każdego realizatora).

Udział w szkoleniach jest dobrowolny i bezpłatny. Uczestnicy otrzymają zaświadczenie o ukończeniu szkolenia.

Przed przystąpieniem do szkolenia personel medyczny wypełni pre-test, a po zakończeniu udziału post-test.

4.1.3.2. Ścieżka 2. Rekrutacja do szkoleń

Szkolenia będą prowadzone dla populacji osób pracujących z uwzględnieniem zawodowych czynników ryzyka nowotworów złośliwych skóry. Wykorzystywane będą różne kanały komunikacji: cyfrowe (media społecznościowe, e-mail, strony www, połączenia online) oraz tradycyjne (prasa, telewizja, radio, eventy). Natomiast edukacja będzie realizowana za pomocą takich form jak: szkolenia, wykłady, rozmowy indywidualne, prelekcje. Zgłoszenia przyjmowane będą w formie elektronicznej lub bezpośrednio u realizatora Programu. O zakwalifikowaniu decydować będzie kolejność zgłoszeń, z uwzględnieniem równomiernego dostępu do szkoleń dla różnych grup zawodowych oraz obszarów województwa lubelskiego.

4.1.3.3. Ścieżka 3. Rekrutacja do warsztatów z zakresu samokontroli znamion

Do świadczeń w postaci warsztatów z samokontroli znamion będą kwalifikowane osoby pracujące w narażeniu na zawodowe czynniki ryzyka raka skóry i przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia raka skóry, stwierdzone na podstawie deklaracji w Karcie ryzyka, tj.:

- osoby o jasnej karnacji, oczach i włosach z predyspozycją do poparzeń słonecznych
- znamiona i pieprzyki w znacznej ilości (>100)
- osoby z rodzinną lub osobistą historią raka skóry,
- osoby korzystające z urządzeń do opalania się.

Rekrutacja osób z grup ryzyka zachorowania na raka skóry do udziału w warsztatach z zakresu samokontroli znamion będzie prowadzona w sposób otwarty i ciągły, aż do wyczerpania limitów. Osoby będą rekrutowane podczas szkoleń z zakresu profilaktyki raka skóry. Warunkiem zakalikowania do warsztatów będzie deklaracja uczestnika o przynależności do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia raka skóry, ukończenie ww. szkolenia oraz wypełnienie pre-testu.

O zakwalifikowaniu decydować będzie kolejność zgłoszeń, z uwzględnieniem równego dostępu do warsztatów dla różnych grup zawodowych oraz obszarów województwa lubelskiego.

Etapy IV – V opisane są w rozdziale 3.3 „Planowane interwencje”

4.1.4. Etap VI: Zakończenie udziału w programie

Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej będzie związany z rodzajem świadczeń, jakie będzie uzyskiwał uczestnik programu.
Zakończenie udziału w RPZ:

- Uczestnikami szkoleń będą osoby pracujące z terenu województwa lubelskiego z uwzględnieniem pracowników narażonych na czynniki wywołujące nowotwory skóry (np. pracownicy branży budowlanej, rolnictwa, medycyny i inne). Uczestnicy tych szkoleń otrzymają materiały edukacyjne. Zakończeniem udziału w przypadku braku deklaracji o

przynależności do co najmniej jednej z grup ryzyka raka skóry będzie wypełnienie post-testu. W przypadku deklaracji o przynależności do co najmniej jednej z grup ryzyka raka skóry uczestnik również wypełni post-test i jednocześnie może skorzystać z warsztatów z zakresu samokontroli znamion, które zakończy po wypełnieniu post-testu.

- Przedstawiciele personelu medycznego skorzysta z całodniowego szkolenia z zakresu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji zdrowotnej. Przedstawione zostaną najnowsze rozwiązania i inicjatywy podejmowane w tym zakresie w krajach Unii Europejskiej i na świecie. Warunkiem zakończeniem udziału będzie wypełnienie post-testu. Uczestnicy tych szkoleń otrzymają materiały edukacyjne oraz zaświadczenia o uczestnictwie w szkoleniu.
- Uczestnikami warsztatów z zakresu samokontroli znamion będą osoby pracujące w warunkach narażenia na zawodowe czynniki ryzyka nowotworów skóry i przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia raka skóry (7500 osób). Uczestnicy tych warsztatów otrzymają materiały edukacyjne. Warunkiem zakończeniem udziału będzie wypełnienie post-testu.
- Zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w RPZ.
- Zakończenie realizacji RPZ.

Po zakończeniu udziału w Programie uczestnicy będą wypełniali ankietę satysfakcji w ramach oceny jakości i działań monitorujących przebieg Programu.
Uczestnicy mają możliwość rezygnacji z udziału w Programie na każdym etapie jego realizacji bez podania przyczyn.

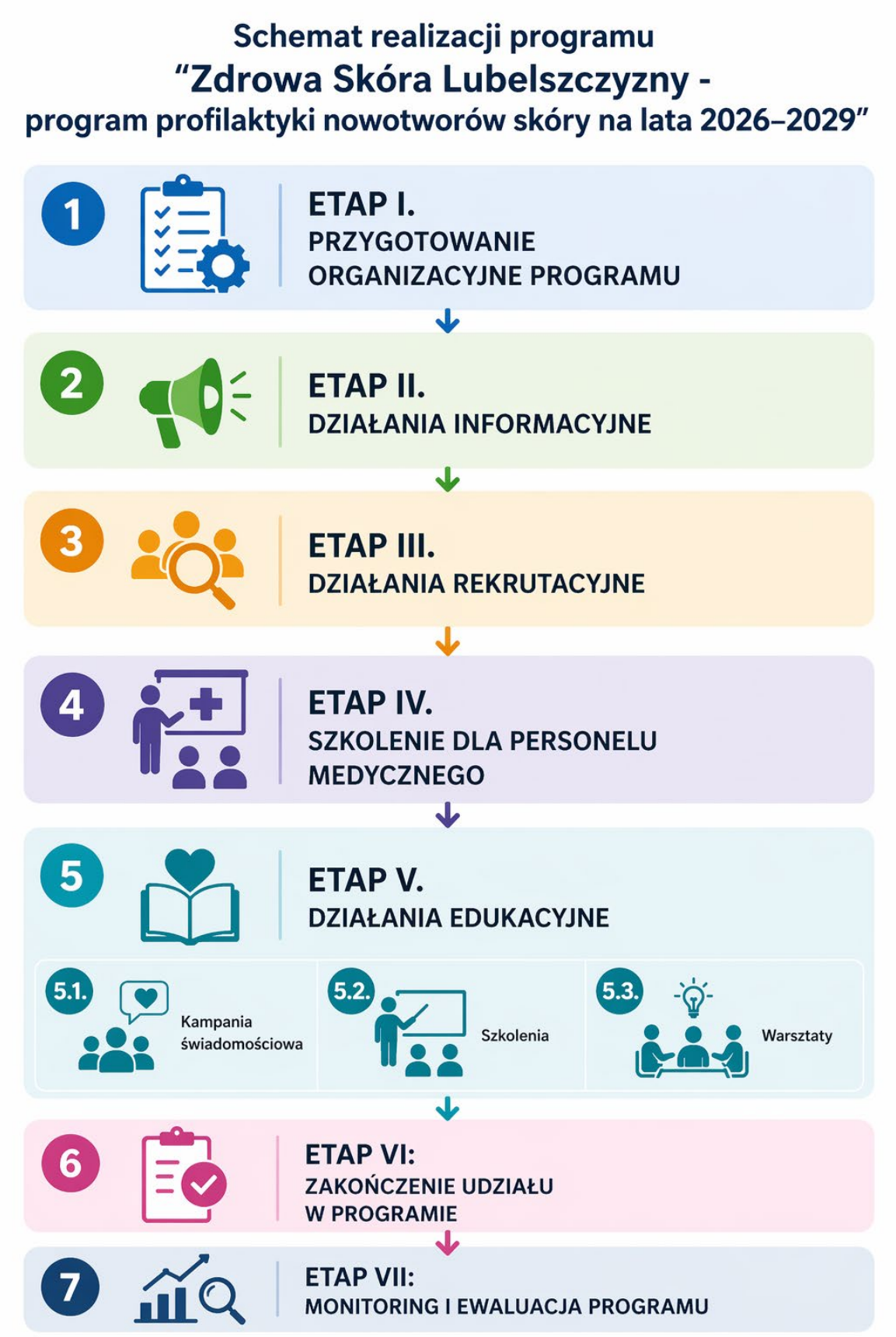
4.1.5. Etap VII: Monitoring i ewaluacja Programu

Monitorowanie będzie prowadzone na bieżąco i raportowane po każdej zakończonej edycji programu. Zakończy się wraz z końcem realizacji programu. Ewaluacja programu będzie polegać na analizie danych i będzie realizowana realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Opis tych działań został przedstawiony w rozdziale V „Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej”.

Rozliczenie finansowe RPZ dokonywane będzie przez realizatora, zgodnie z zapisami umów o dofinansowanie oraz Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027.

4.2. Schemat realizacji programu



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

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

Realizator programu musi spełniać wymagania określone w obowiązujących przepisach, w szczególności w:

- Ustawie z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 roku, pozycja 1781), w związku z wdrożeniem Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz przepisów szczególnych, w tym w zakresie dokumentacji medycznej, obowiązujących podmioty prowadzące działalność medyczną.
- dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

W szczególności, realizator zapewni:

- dysponowanie personelem medycznym oraz niezbędnym sprzętem do realizacji programu,
- personel/kadrę z odpowiednimi kwalifikacjami do prowadzenia szkoleń/warsztatów edukacyjnych w zakresie poszczególnych interwencji:
  - szkolenia dla personelu medycznego - lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie dermatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów skóry („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.
  - szkolenia - pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie przeprowadzenia zajęć edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach RPZ
  - warsztaty dla uczestników - lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia praktycznego szkolenia z zakresu samokontroli znamion, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach RPZ
- opracowanie oraz dystrybucję materiałów edukacyjnych,
- przygotowanie i prowadzenie strony internetowej projektu umożliwiającej promocję programu oraz rejestrację uczestników, aktywność programu w mediach społecznościowych,

- dystrybucję wśród uczestników „Kart ryzyka” (załącznik nr 1 do Programu), agregację i analizę danych z "Karty ryzyka", która stanowić będzie element niezbędny do oceny czynników ryzyka wystąpienia nowotworów skóry,
- dystrybucję i agregację pre-testów i post-testów, które stanowić będą zbadanie utrzymania/wzrostu poziomu wiedzy wśród uczestników poszczególnych interwencji,
- przeprowadzenie badań ankietowych w zakresie satysfakcji uczestnika programie (załącznik 2 do Programu).
- prowadzenie rejestru uczestników programu zawierającego:
  - datę wyrażenia zgody na uczestnictwo w RPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
  - numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych RPZ;
  - informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
  - data zakończenia udziału w RPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji RPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w RPZ).
- przygotowanie i przedstawienie raportów obejmujących mierniki efektywności programu i ewaluację jakości programu.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Założenia systemu monitorowania i ewaluacji programu uwzględniają wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476). System uwzględnia ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń w programie oraz ocenę jego efektywności i ocenę trwałości efektów programu.

5.1. Monitorowanie

Monitoring będzie prowadzony na bieżąco. System monitorowania będzie oparty również na sprawozdawczości w ramach Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 danych raportowanych przez Beneficjentów (realizatorom projektów) w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie. Ewentualne kwestie problemowe wynikające z danych, stwierdzane w trakcie realizacji projektów, będą powodować działania zaradcze.

5.1.1. Ocena zgłaszalności do programu

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

- liczby osób, które zgłosiły się do udziału w programie,
- liczby osób z grup podwyższonego ryzyka
- liczby osób biorących udział w edukacji

- liczba osób, które wzięły udział w warsztatach edukacyjnych z zakresu samokontroli znamion,
- liczba przeszkolonego personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne,
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów;
- liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie; weryfikowane będą przyczyny rezygnacji ze świadczeń oferowanych w ramach programu.

Dodatkowo, jeśli realizator będzie miał takie możliwości, należy monitorować:

- liczbę wejść na stronę internetową programu.
- wskaźniki zasięgu komunikacji (liczba fanów, liczba obserwujących profil) i zaangażowanie (polubienia, komentarze, udostępnienia) mierzone podczas prowadzenia działań promujących program i profilaktykę zdrowotną w mediach społecznościowych.

Ponadto Beneficjent będzie prowadził rejestr uczestników programu zawierający:

- datę wyrażenia zgody na uczestnictwo w RPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych RPZ;
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
- data zakończenia udziału w RPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji RPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w RPZ).

5.1.2. Ocena Jakości świadczeń w programie

Program, w ramach ewaluacji, będzie oceniany w zakresie jakości przeprowadzanych procedur. Zrealizowane będzie badanie ankietowe w zakresie satysfakcji uczestnika – ocena zadowolenia osób z uczestnictwa w programie przy pomocy ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 2 do programu).
Na zakończenie programu w celu przeprowadzenia oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach RPZ, każdy uczestnik zobowiązany będzie wypełnić ankietę satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, powinny zostać przedstawione w raporcie końcowym.

5.1.3. Ocena efektywności Programu

Jednym z podstawowych elementów ewaluacji powinna być analiza i ocena pod kątem efektywności i skuteczności podejmowanych interwencji w ramach niniejszego programu. Ponadto, ocena ma opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu.
Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie wskaźników opisanych szczegółowo w podrozdziale 2.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej. odpowiadające celom programu. Monitoring w zakresie mierników efektywności, specyficznych i określonych dla Programu będzie prowadzony poprzez sprawozdania merytoryczne z realizacji programu, o określonym wzorze, przesyłane okresowo przez

beneficjentów realizujących program. Dotyczy to mierników przedstawionych w Części 2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej. Monitoring w zakresie wskaźników wymaganych dla projektów współfinansowanych z EFS Plus będzie prowadzony poprzez informacje o postępie rzeczowym dotyczące osiągnięcia wskaźników uwzględnione we wnioskach o płatność, dotyczących kolejnych okresów rozliczeniowych.
Realizatorzy będą na bieżąco monitorować jakość, skuteczność i efektywność prowadzonych interwencji.

5.1.4. Ocena trwałości efektów programu

Przeprowadzone działania w zakresie edukacji zdrowotnej wpłyną na zwiększenie świadomości zdrowotnej, motywacji pacjentów, co będzie miało przełożenie na zapewnienie trwałości efektów programu.
Trwałość efektów programu w odniesieniu do pacjentów zapewnią w szczególności działania świadomościowe i edukacyjne, w tym warsztaty, poprzez wzrost wiedzy, zwiększenie świadomości, zmiany zachowań i nawyków.
W odniesieniu do personelu medycznego, a szczególnie lekarzy, którzy mają wieloletni kontakt z populacją woj. lubelskiego i są kluczowym ogniwem w edukacji zdrowotnej i wczesnej diagnostyce chorób trwałości służą działania edukacyjne. Uzyskane kwalifikacje i kompetencje będą przez nich wykorzystywane także po i poza programem w ramach świadczeń realizowanych w codziennej praktyce.

5.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie polegać na analizie danych i będzie realizowana po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ewaluacja będzie opierała się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej. W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową. Ewaluacja Programu zostanie przeprowadzona poprzez porównanie wartości wskazanych powyżej mierników efektywności przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu jego realizacji i będzie dokonana na postawie pre-testów i post-testów oraz kwestionariuszy wykorzystywanych w Programie.
Efektem przeprowadzonej ewaluacji będzie opracowanie przez Realizatora raportu ewaluacyjnego. Raport ten, poza wskazanymi poniżej miernikami efektywności, będzie również zawierać opis innych wskaźników epidemiologicznych, dostępnych w statystyce publicznej, dotyczących problemu nowotworów skóry na obszarze województwa oraz kraju (np. zachorowalność, chorobowość, liczba zgonów).

Na zakończenie realizacji projektu, każdy z realizatorów / beneficjentów zobowiązany będzie do przygotowania Raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki

zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

W raporcie końcowym beneficjent poda wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetek osób, u których doszło do wzrostu/utrzymania poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat profilaktyki nowotworów skóry;
- odsetek osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu/utrzymania poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);
- odsetek pacjentów zaznajomionych i decydujących się realizować działania z zakresu samokontroli znamion, zgodnie z treściami przedstawionymi na zaplanowanych szkoleniach.

Skuteczność programu zostanie zbadana przy okazji realizacji ewaluacji wpływu Priorytetu VIII i IX, w ramach których w programie FEL 2021-2027 realizowane są Regionalne Programy Zdrowotne. Ocena skuteczności programu zostanie dokonana w oparciu o zdefiniowane mierniki efektywności, odpowiadające celowi głównemu oraz celom szczegółowym.

Dodatkowo Realizator zobowiązany będzie do prowadzenia monitorowania realizacji projektu oraz wskaźników związanych z systemem realizacji programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 wynikających z:

- Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027,
- Wytycznych dotyczących warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2021-2027,
- Listy Wskaźników Kluczowych 2021-2027 – EFS+.

Szczegółowe zasady dotyczące monitorowania uczestników projektu oraz wskaźników określone zostaną w Regulaminie wyboru projektów oraz w Umowie o dofinansowanie Projektu.
Dotyczyć to będzie monitorowania w szczególności takich wskaźników jak:

- Liczba osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia (wskaźnik produktu – PLDKCO01)
- Liczba osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (wskaźnik rezultatu – PLDCR03).

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

6.1. Budżet i metodologia szacowania kosztów programu

Budżet programu sporządzono zgodnie z wytycznymi Rekomendacji nr 150/2025 z dnia 17 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów skóry, tj. z uwzględnieniem wszystkich kosztów poszczególnych składowych programu. W budżecie rozróżniono koszty bezpośrednie (realizacja działań merytorycznych) oraz koszty pośrednie (zarządzanie, administracja, promocja).

Koszty programu zostały skalkulowane w oparciu o analizę stawek rynkowych. Analiza ta objęła koszty osobowe personelu medycznego i niemedycznego zaangażowanego w realizację programu, a także stawki za niezbędne materiały i usługi. W strukturze kosztów wyróżniono następujące kategorie:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej;
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt prowadzenia edukacji;
- koszt realizacji szkoleń z zakresu samokontroli znamion;
- koszt szkolenia personelu medycznego;
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Wydatki uwzględnione w niniejszym programie muszą być ponoszone na warunkach określonych Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 oraz Regulaminie wyboru projektów.
Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu / projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach ogłoszonego naboru. Zaplanowane przez realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie. Przygotowany przez Wnioskodawcę budżet projektu będzie podstawą do oceny kwalifikowalności i racjonalności kosztów i powinien bezpośrednio wynikać z opisanych zadań i ich etapów. W budżecie projektu ujmowane są jedynie wydatki kwalifikowalne spełniające warunki określone w Wytycznych kwalifikowalności. We wniosku o dofinansowanie projektu beneficjent przedstawia koszty bezpośrednie w formie budżetu zadaniowego oraz koszty pośrednie, o których mowa w podrozdziale 3.12. Wytycznych kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027. Dodatkowo, we wniosku o dofinansowanie projektu wykazywany jest szczegółowy budżet ze wykazem jednostkowych kosztów bezpośrednich, który jest podstawą oceny kwalifikowalności wydatków na etapie oceny.

6.2. Koszty jednostkowe

6.2.1. Koszt interwencji

Szacowany koszt wykonania pełnego świadczenia w każdej z interwencji programu przedstawia się następująco:

- Szkolenie dla personelu medycznego – 100 000,00 zł – koszt dla 1 uczestnika –1 000,00 zł przy założeniu, że z interwencji skorzysta 100 osób
- Działania edukacyjne - 4 939 336,50 zł, w tym:
  - Kampania świadomościowa – 689 336,50 zł
  - Szkolenia – 2 000 000,00 zł – koszt dla 1 uczestnika – 100,00 zł przy założeniu, że z interwencji skorzysta 20 000 osób
  - Warsztaty z zakresu samokontroli znamion – 2 250 000,00 zł – koszt dla 1 uczestnika – 300,00 zł przy założeniu, że z interwencji skorzysta 7 500 osób

Łączny koszt interwencji (koszty bezpośrednie) wynosi: **5 039 336,50 zł**, z uwagi na zróżnicowaną specyfikę interwencji ogólny koszt jednostkowy dla uczestnika programu jest niemożliwy do oszacowania.

6.2.2. Koszty pośrednie

W ramach kosztów pośrednich ujęte zostały następujące koszty personelu organizacyjnego, zarządzającego, w tym: koordynatora projektu, pracowników biura projektu, obsługa prawno-finansowa oraz koszty związane z działaniami promocyjno-informacyjnymi na łączną kwotę: **503 933,65 zł**.

6.3. Koszty całkowite

Na realizację niniejszego programu zaplanowano środki finansowe w wysokości **5 543 270,15 zł**

W 2026 r. planuje się ogłoszenie naboru wniosku o dofinansowanie projektów na realizację programów w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027. W przypadku dostępności środków nabór może zostać powtórzony.

Na potrzeby stworzenia szacunkowego budżetu programu założono, że koszty pośrednie będą stanowić 10% całkowitych łącznych kosztów bezpośrednich

d

Kategoria kosztów	Nazwa zadania	Nazwa kosztu	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
KOSZTY BEZPOŚREDNIE	**ETAP IV: Szkolenie dla personelu medycznego**	Szkolenie personelu medycznego w każdym powiecie - wykłady/seminaria i analizy przypadków.	**100**	1 000,00	**100 000,00**
	ETAP V: Działania edukacyjne - Kampania świadomościowa	Opracowanie, druk i kolportaż materiałów edukacyjnych na potrzeby działań świadomościowych, opracowanie graficzne prezentacji - w zależności od przyjętej formy materiałów edukacyjnych oraz utworzenie i utrzymanie strony internetowej i profilu w mediach społecznościowych, na których będą publikowane treści edukacyjne	**1 378 673**	0,50	**689 336,50**
	ETAP V: Działania edukacyjne - Szkolenia	Opracowanie i wydruk materiałów edukacyjnych na potrzeby działań edukacyjnych	**20 000**	100,00	**2 000 000,00**
		Koszty przeprowadzenia wykładów i szkoleń, w tym wynagrodzenia prelegentów i wynajem sal			
	ETAP V: Warsztaty z zakresu samokontroli znamion	Opracowanie druk materiałów edukacyjnych na potrzeby szkoleń. Koszty przeprowadzenia szkoleń, w tym wynagrodzenia prelegentów i wynajem sal.	**7 500**	300,00	**2 250 000,00**
RAZEM KOSZTY BEZPOŚREDNIE					**5 039 336,50**
KOSZTY POŚREDNIE	**ETAP I Przygotowanie organizacyjne programu**	Wynagrodzenia koordynatora			**503 933,65**
		Koszty administracyjno-biurowe			
		Obsługa operacyjna i prawno-finansowa Programu			
	ETAP II Działania informacyjne	Koszt opracowania i prowadzenia działań promocyjno-informacyjnych: w tym publikacje internetowe i prasowe, wydruk materiałów promocyjnych: opracowanie i wydruku ulotek i plakatów			
	ETAP III Działania rekrutacyjne	Koszt personelu zaangażowanego w proces rekrutacji uczestników programu			
	ETAP VI Zakończenie udziału w programie	Koszty administracyjne: w tym koszty wynagrodzenia personelu zaangażowanego w zarządzanie, monitorowanie, rozliczanie (w tym zamknięcie rzeczowe i finansowe projektu) i inne działania administracyjne w projekcie,			
	ETAP VII Monitoring i ewaluacja programu				
RAZEM KOSZTY POŚREDNIE					**503 933,65**
KOSZTY OGÓŁEM					**5 543 270,15**

Proponowane koszty całkowite realizacji RPZ w podziale na lata:

Rok realizacji RPZ	Koszt całkowity (w zł)
2026	801 324,32
2027	1 580 648,61
2028	1 580 648,61
2029	1 580 648,61
SUMA	5 543 270,15

6.4. Źródła finansowania

Realizacja regionalnego programu zdrowotnego pn. „Zdrowa Skóra Lubelszczyzny - program profilaktyki nowotworów skóry na lata 2026–2029” będzie finansowana ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

Całkowita alokacja na nabór będzie określona w Regulaminie wyboru projektów. Instytucja Zarządzająca programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 może zdecydować, w przypadku dostępności środków, o zwiększeniu wysokości środków na dany nabór.

Planowany montaż finansowy w ramach realizowanych projektów:

– finansowanie z Unii Europejskiej – środki Europejskiego Funduszu Społecznego Plus – 85% wartości projektu,

– środki budżetu państwa – 5% wartości projektu,

– wkład własny beneficjenta/realizatora projektu – 10% wartości projektu.

Instytucją Organizującą Nabór będzie Zarząd Województwa Lubelskiego jako Instytucja Zarządzająca programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

Czynności związane z przeprowadzeniem postępowania w zakresie wyboru projektów do dofinansowania podejmować będzie Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie.

Bibliografia

1. 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.
2. Czerniaki skóry – zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w 2016 roku, Piotr Rutkowski, Piotr J. Wysocki, Anna Nasierowska-Guttmejer, Jacek Fijuth, Ewa Kalinka-Warzocha, Tomasz Świtaj, Arkadiusz Jeziorski, Milena Szacht, Wojciech Zegarski, Wojciech M. Wysocki, Lidia Rudnicka, Witold Owczarek, Maciej Krzakowski, Przegląd Dermatologiczny 2016, 103, 1–18
3. https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/
4. https://lublin.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/sytuacja-demograficzna-wojewodztwa-lubelskiego-w-2023-r-,1,23.html
5. https://onkologia.org.pl/pl/czerniak-skory-czynniki-ryzyka#page-main-image (dostęp: 16.03.2026)
6. https://www.akademiaczerniaka.org/dla-pacjentow/diagnoza-leczenie-lista-osrodkow/przerzuty, dostęp 20.03.2026
7. Krajowy Plan Transformacji na lata 2027-2031, Warszawa, 2025
8. Krajowy Rejestr Nowotworów
9. Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2023 r., GUS Warszawa 2023
10. Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r. Warszawa, czerwiec 2025
11. GUS. Bank danych lokalnych [online]. Stan ludności. Ludność wg pojedynczych roczników wieku i płci (dane półroczne).Aktualizacja: 15.05.2025 r.; https://bdl.stat.gov.pl.
12. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021 – 2025, Wytyczne do profilaktyki, rozpoznawania i powrotów do pracy w chorobach zawodowych: Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi: NOWOTWÓR SKÓRY (pozycja 17.4 wykazu chorób zawodowych)
13. NFZ, Podstawowa opieka zdrowotna. Potencjał i jego wykorzystanie. Zarys analizy, Warszawa, styczeń – luty 2016
14. NIZP-PZH "Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025
15. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 marca 2026 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 kwietnia 2026 r.
16. Prognoza ludności na lata 2023–2060, GUS, Warszawa 2023
17. Raport o stanie województwa lubelskiego. Podsumowanie działalności zarządu województwa lubelskiego w 2024 roku. Lublin 2024
18. Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa lubelskiego 2025. Lublin 2025
19. Rekomendacja nr 150/2025 z dnia 17 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów skóry
20. Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357, z późn. zm.)

21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,(Dz. U. z 2022 r., poz. 402)
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,(Dz. U. z 2024 r., poz. 798, ze zm.)
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2025 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. 2025 poz. 490)
24. Rynek pracy w województwie lubelskim w 2024 r. Urząd Statystyczny w Lublinie, Lublin 2025
25. Sytuacja demograficzna województwa lubelskiego w 2023 r.
26. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)
27. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156).
28. Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej
29. Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz.U. 2024 poz. 1208)
30. Włodarkiewicz A., Kozicka D., Michajłowski I., Sobjanek M., Niekra M., Nałęcz D.: Rak skóry –analiza epidemiologiczna, kliniczna i wyników leczenia chirurgicznego 1406 chorych. Przegląd Dermatologiczny 2011. Nr 2 (98).
31. Wojewódzki plan transformacji województwa lubelskiego na lata 2022-2026, Lublin 2021
32. Zaktualizowany Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022-2026
33. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r., GUS 202

Załączniki:

Zał. 1 Przykładowa Karta ryzyka
Zał. 2 Przykładowa ankieta satysfakcji udziału w programie,
Zał. 3 Przykładowe test PRE-POST: (test dla uczestnika szkolenia)
Zał. 4 Przykładowe test PRE-POST: (test dla uczestnika warsztatów),
Zał. 5 Przykładowe test PRE-POST: (test dla personelu medycznego)

ZAŁ. 1. PRZYKŁADOWA KARTA RYZYKA

Data wypełnienia ankiety: .....

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Data urodzenia: .....

Obecnie wykonywany zawód: .....

Obszar zamieszkania:

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

Płeć:

☐ K
☐ M

Wykształcenie:

☐ podstawowe
☐ zawodowe
☐ średnie
☐ wyższe

Sposób uzyskania informacji o programie:

☐ Internet (www, profile społecznościowe)
☐ media lokalne
☐ Informacja z zakładu pracy
☐ Informacja od personelu medycznego
☐ Plakaty, ulotki

Motywacja do udziału w badaniu:

☐ z powodu wielu pieprzyków, przebarwień, znamion na skórze
☐ znamię zmieniło się lub wygląda podejrzanie, pojawiła się nowa zmiana

☐ w przeszłości zdiagnozowano u mnie nowotwór skóry
☐ w mojej rodzinie zdiagnozowano raka skóry
☐ chcę zwiększyć swoją wiedzę na temat profilaktyki raka skóry
☐ chcę nauczyć się badać znamiona
☐ inna, jaka

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

☐ tak
☐ nie

Liczba badań dermatoskopowych w przeszłości: ……

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

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

Czy Pana/Pani aktywność zawodowa jest lub była związana z narażeniem na promieniowanie jonizujące? Jeśli tak to przez ile lat?

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

Czy Pana/Pani aktywność zawodowa jest lub była związana z narażeniem na czynniki chemiczne takie jak: arsen, węglowodory aromatyczne, herbicydy, pestycydy, pochodne ropy naftowej? Jeśli tak to przez ile lat?

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

Czy ma Pan/i jasną karnację, oczy i włosy?

☐ nie
☐ tak

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

☐ zawsze ulega oparzeniom, nigdy się nie opala (opala się zawsze tylko na czerwono)
☐ zawsze ulega oparzeniom, opala się minimalnie lub z trudnością (opala się zawsze na czerwono tylko nieznacznie zmieniając później kolor na brązowy)
☐ najpierw ulega oparzeniom, a następnie się opala (najpierw opala się na czerwono dopiero później na brązowo)

☐ ulega oparzeniom w sposób minimalny, opala się bez trudu (opala się zawsze na brązowo)

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

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

Czy korzysta Pan/i z solarium?

☐ nie
☐ tak, do 20 razy w życiu
☐ tak, więcej niż 20 razy w życiu

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

☐ tak
☐ nie
☐ nie pamiętam

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

☐ nigdy
☐ rzadko
☐ często
☐ zawsze
☐ nie opalam się

Jakich kremów z filtrem UV najczęściej Pan/Pani używa?

☐ poniżej 10 SPF
☐ 10-20 SPF
☐ 20 SPF
☐ 20-40 SPF
☐ 50 SPF i więcej

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

☐ nigdy
☐ czasem
☐ zawsze
☐ nie wiem czy moje okulary przeciwsłoneczne mają filtr UV

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

☐ częściej niż raz w roku
☐ raz w roku raz
☐ na 2 lata
☐ jeżeli pojawia mi się jakaś niepokojąca zmiana
☐ nigdy nie byłem/am na badaniu dermatoskopowym

Czy zna Pan/Pani liczbę znamion na ciele?

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

Czy przeprowadzał/a Pan/Pani regularną samokontrolę skóry , z wykorzystaniem metody ABCDE (Asymetria, Brzegi, Kolor, Średnica, Ewolucja w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

☐ tak
☐ nie

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

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

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

☐ tak
☐ nie

Czy chorował/a Pan/Pani na czerniaka?

☐ tak
☐ nie

Czy chorowała Pani/Pan na inne nowotwory skóry?

☐ tak
☐ nie

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

☐ nie
☐ tak, 1 osoba
☐ tak, 2 osoby lub więcej
☐ nie wiem

Czy przyjmuje Pan/Pani leki immunosupresyjne?

☐ tak
☐ nie

Czy cierpi Pan/Pani na przewlekłe choroby zapalne skóry?

☐ tak
☐ nie

ZAŁ. 2
Przykładowa ankieta satysfakcji udziału w programie „Zdrowa Skóra Lubelszczyzny – Program Profilaktyki Nowotworów Skóry 2026–2029”

Szanowni Państwo,

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety (krzyżyk przy wybranej odpowiedzi) która pozwoli nam ocenić skuteczność realizacji celów szczegółowych programu pn. **„Zdrowa Skóra Lubelszczyzny – Program Profilaktyki Nowotworów Skóry 2026–2029”**.
Ankieta jest anonimowa, a Państwa odpowiedzi pomogą nam udoskonalić przyszłe edycje programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w oznaczonym do tego miejscu.

Data wypełnienia: ___ / ___ / 20___

I. Ocena ogólna Programu

1.	Jak ocenia Pani/Pan ogólną skuteczność programu?	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle

W jakim działaniu edukacyjnym brał/a Pan/i udział:

Rodzaj działania edukacyjnego	Właściwe zaznacz:
Szkolenia dla personelu medycznego	☐
Szkolenia	☐
Warsztaty samokontroli znamion	☐

I. Ocena ogólna i wiedza o profilaktyce

1. Jak ocenia Pani/Pan ogólną użyteczność i jakość merytoryczną programu? [ ] Bardzo dobrze [ ] Dobrze [ ] Przeciętnie [ ] Źle [ ] Bardzo źle

2. Czy udział w programie zwiększył Pani/Pana wiedzę na temat czynników ryzyka i metod profilaktyki nowotworów skóry? [ ] Zdecydowanie tak [ ] Raczej tak [ ] Raczej nie [ ] Zdecydowanie nie

3. Jeśli tak, to jak ocenia Pani/Pan ten przyrost wiedzy (procentowo)? [ ] 0-25% (niewielki przyrost) [ ] 26-50% (umiarkowany przyrost) [ ] 51-75% (duży przyrost) [ ] 76%-100% (bardzo duży przyrost)

II. Zmiana zachowań i nawyków zdrowotnych (ochrona przed promieniowaniem UV)

4. Jak często stosowała Pani/Pan kremy z filtrem UV (SPF 30+) lub odzież ochronną podczas dłuższego przebywania na słońcu PRZED przystąpieniem do programu? [ ] Zawsze/Prawie zawsze [ ] Często [ ] Rzadko [ ] Nigdy/Prawie nigdy

5. Czy po udziale w programie planuje Pani/Pan częściej lub bardziej regularnie stosować ochronę przed promieniowaniem UV (kremy, odzież, unikanie słońca w godzinach szczytu)? [ ] Zdecydowanie tak [ ] Raczej tak [ ] Raczej nie [ ] Zdecydowanie nie [ ] Nie dotyczy (już wcześniej stosowałem/am pełną ochronę)

6. Czy po udziale w programie planuje Pani/Pan całkowicie zrezygnować lub znacznie ograniczyć korzystanie z solarium? [ ] Zdecydowanie tak [ ] Raczej tak [ ] Raczej nie [ ] Zdecydowanie nie [ ] Nie dotyczy (nie korzystam z solarium)

III. Umiejętność samokontroli skóry

8. Czy po udziale w programie, czuje się Pani/Pan na siłach, aby regularnie i poprawnie przeprowadzać samokontrolę skóry metodą ABCDE? [ ] Zdecydowanie tak [ ] Raczej tak [ ] Raczej nie [ ] Zdecydowanie nie

9. Jak ocenia Pani/Pan swoją obecną pewność w rozpoznawaniu niepokojących zmian skórnych (procentowo)? [ ] 0-25% (brak pewności) [ ] 26-50% (mała pewność) [ ] 51-75% (umiarkowana pewność) [ ] 76%-100% (duża pewność)

II. Ocena rekrutacji

10. **Jak Pan(i) ocenia:**	**Bardzo dobrze**	**Dobrze**	**Przeciętnie**	**Źle**	**Bardzo źle**
szybkość załatwienia formalności podczas rekrutacji?					
uprzejmość osób rekrutujących?					
jakość i ilość informacji na temat programu i jego celów?					

III. Ocena warunków panujących w Ośrodku

11. **Jak Pan(i) ocenia:**	**Bardzo dobrze**	**Dobrze**	**Przeciętnie**	**Źle**	**Bardzo źle**
czystość w gabinetach					
dostępność dla osób z niepełnosprawnościami					
oznakowanie gabinetów					
dostęp i czystość w toaletach					

IV. Poziom satysfakcji z udzielanych świadczeń w ramach programu

12. **Jak Pan(i) ocenia:**	**Bardzo wysoko**	**wysoko**	**średnio**	**nisko**	**Bardzo nisko**
ogólne zadowolenie z programu:					
jakość materiałów edukacyjnych dostarczanych w ramach programu					

13. **Jak Pan(i) ocenia jakość edukacji w:**	**Bardzo wysoko**	**wysoko**	**średnio**	**nisko**	**Bardzo nisko**
szkolenie personelu medycznego					
szkolenie dot. profilaktyki raka skóry					
warsztaty samokontroli znamion					

14. Co uważa Pan/Pani za najmocniejszą stronę programu?

15. Jakie zmiany lub ulepszenia sugerował(a)by Pan(i) w ramach programu?

16. Dodatkowe uwagi i komentarze:

Dziękujemy za udział w ankiecie. Twoje opinie są dla nas bardzo cenne i pomogą w dalszym doskonaleniu programu.

ZAŁ. 3 Przykładowy test PRE-POST (test dla uczestników szkolenia)

1. Jak często należy obserwować swoją skórę?

A. Raz w roku
B. Raz w miesiącu
C. Tylko gdy pojawi się coś niepokojącego
D. Nigdy

2. Która zmiana skórna powinna wzbudzić niepokój?

A. Mała, jasna pieprzyk od urodzenia
B. Zmiana, która rośnie i zmienia kolor
C. Pieprzyk, który nigdy się nie zmienia
D. Przebarwienie po siniaku

3. Co należy zrobić, gdy zauważysz podejrzaną zmianę?

A. Zignorować
B. Posmarować kremem
C. Zgłosić się do lekarza (np. dermatologa)
D. Zakleić plastrem

4. Jak najlepiej chronić skórę przed promieniowaniem UV?

A. Nosić okulary przeciwsłoneczne
B. Stosować krem z filtrem SPF
C. Pić dużo wody
D. Unikać mycia skóry

5. Czerniak to:

A. Łagodna zmiana skórna
B. Zakażenie skóry
C. Złośliwy nowotwór skóry
D. Reakcja alergiczna

6. Czerniak może powstać:

A. Tylko na twarzy
B. Tylko u osób starszych
C. Na skórze i błonach śluzowych
D. Tylko po oparzeniu

7. Czy korzystanie z solarium jest bezpieczne?

A. Tak, zawsze
B. Tak, ale tylko zimą
C. Nie, zwiększa ryzyko nowotworów skóry
D. Tylko dla osób młodych

8. Który czynnik NIE jest związany z zwiększonym ryzykiem raka skóry?

A. Promieniowanie UV
B. Immunosupresja
C. Predyspozycje genetyczne
D. Stosowanie kremów z filtrem UV

9. Co oznacza SPF 50?

A. Można przebywać na słońcu bez ograniczeń
B. Krem chroni przed wszystkimi chorobami skóry
C. Wysoki poziom ochrony przed promieniowaniem UV
D. Krem jest wodoodporny

10. Najlepszą metodą leczenia podejrzanej zmiany jest:

A. Krem sterydowy
B. Antybiotyk
C. Chirurgiczne usunięcie i badanie histopatologiczne
D. Naświetlanie lampą kwarcową

11. Dlaczego ważna jest regularna obserwacja skóry?

A. Bo wszystkie zmiany są groźne
B. Bo zmiany mogą się rozwijać stopniowo
C. Bo skóra zawsze choruje
D. Nie ma to znaczenia

12. Jaka średnica zmiany jest uznawana za podejrzaną?

A. Mniejsza niż 2 mm
B. Około 3 mm
C. Większa niż 6 mm
D. Każda zmiana

13. Reguła ABCDE powinna być stosowana:

A. Wyłącznie przez lekarzy
B. Tylko w warunkach szpitalnych
C. Zarówno przez lekarzy, jak i pacjentów w samokontroli znamion
D. Wyłącznie w badaniu dermatoskopowym

KLUCZ

1. **B** – raz w miesiącu
2. **B** – zmiana, która rośnie i zmienia kolor
3. **C** – zgłosić się do lekarza (np. dermatologa)
4. **B** – stosować krem z filtrem SPF
5. **C** – złośliwy nowotwór skóry
6. **C** – na skórze i błonach śluzowych
7. **C** – nie, zwiększa ryzyko nowotworów skóry
8. **D** – stosowanie kremów z filtrem UV
9. **C** – wysoki poziom ochrony przed promieniowaniem UV
10. **C** – chirurgiczne usunięcie i badanie histopatologiczne
11. **B** – bo zmiany mogą się rozwijać stopniowo
12. **C** – większa niż 6 mm
13. **C** – zarówno przez lekarzy, jak i pacjentów w samokontroli znamion

ZAŁ. 4 Przykładowy test PRE-POST (test dla uczestników warsztatów)

1. Które stwierdzenie najlepiej definiuje kliniczne zastosowanie reguły ABCDE w ocenie zmian barwnikowych skóry?

A. Jest to skala służąca do histopatologicznej klasyfikacji czerniaka
B. Jest to narzędzie kliniczne umożliwiające wczesną identyfikację zmian podejrzanych o czerniaka na podstawie cech morfologicznych
C. Służy wyłącznie do oceny zmian łagodnych
D. Jest metodą obrazowania wykorzystywaną w dermatoskopii

2. Które stwierdzenie najlepiej opisuje zasadę ABCDE?

A. Służy do leczenia zmian skórnych
B. Pomaga ocenić ryzyko czerniaka
C. Określa typ skóry
D. Dotyczy tylko dzieci

3. Jak wyglądają niepokojące brzegi zmiany?

A. Gładkie i równe
B. Rozmyte i poszarpane
C. Wyraźne i regularne
D. Okrągłe

4. Co oznacza litera „A” w skali ABCD?

A. Aktywność zmiany
B. Asymetria
C. Alergia
D. Anatomia

5. Co oznacza litera „B”?

A. Ból
B. Brzegi nieregularne
C. Bariera skóry
D. Blizna

6. Co oznacza litera „C”?

A. Czas trwania
B. Ciepło skóry
C. Kolor zmiany
D. Ciśnienie

7. Co oznacza litera „D”?

A. Dermatolog
B. Długość życia
C. Duży rozmiar (średnica)
D. Dotyk

8. Co oznacza litera „E” w rozszerzonej skali ABCDE?

A. Energia
B. Ewolucja zmiany
C. Efekt leczenia
D. Elastyczność

9. Która zmiana koloru powinna zaniepokoić?

A. Jeden jednolity kolor
B. Brak koloru
C. Wiele kolorów (np. brązowy, czarny, czerwony)
D. Jasnoróżowy odcień

10. Czy każda zmiana spełniająca jedno kryterium ABCDE jest niebezpieczna?

A. Tak, zawsze oznacza raka
B. Nie, ale wymaga kontroli lekarskiej
C. Nie ma żadnego znaczenia
D. Tylko u dzieci

11. Który objaw dodatkowy może sugerować czerniaka?

A. Brak odczuć
B. Swędzenie lub krwawienie
C. Suchość skóry
D. Bladość
E. Zimno skóry

12. Kiedy należy zgłosić się do lekarza?

A. Gdy znamię jest małe
B. Gdy spełnia kryteria ABCDE
C. Tylko gdy boli
D. Raz na 10 lat

13. Która cecha asymetrii jest niepokojąca?

A. Obie połowy identyczne
B. Jedna połowa różni się od drugiej
C. Idealny okrąg
D. Gładkie brzegi
E. Jednolity kolor

KLUCZ

1. **B** – narzędzie kliniczne do wczesnej identyfikacji zmian podejrzanych o czerniaka
2. **B** – pomaga ocenić ryzyko czerniaka
3. **B** – rozmyte i poszarpane brzegi
4. **B** – asymetria
5. **B** – brzegi nieregularne
6. **C** – kolor zmiany
7. **C** – duży rozmiar (średnica)
8. **B** – ewolucja zmiany
9. **C** – wiele kolorów
10. **B** – nie, ale wymaga kontroli lekarskie
11. **B** – swędzenie lub krwawienie
12. **B** – gdy spełnia kryteria ABCDE
13. **B** – jedna połowa różni się od drugiej

ZAŁ. 5 Przykładowy test PRE-POST (test dla personelu medycznego)

1. Co oznacza grubość Breslowa?

A. Kolor zmiany
B. Głębokość nacieku czerniaka
C. Powierzchnię zmiany
D. Czas trwania choroby

2. Który parametr ma największe znaczenie prognostyczne w czerniaku?

A. Lokalizacja zmiany
B. Grubość wg Breslowa
C. Kolor zmiany
D. Wiek pacjenta

3. Który typ czerniaka charakteryzuje się najczęściej fazą wzrostu radialnego?

A. Czerniak guzkowy (nodular melanoma)
B. Czerniak szerzący się powierzchownie (SSM)
C. Czerniak podpaznokciowy
D. Czerniak amelanotyczny

4. Który nowotwór skóry najczęściej daje miejscowe naciekanie, ale rzadko przerzuty?

A. Czerniak
B. Rak płaskonabłonkowy
C. Rak podstawnokomórkowy
D. Mięsak Kaposiego

5. Rak z komórek Merkla jest:

A. Łagodnym nowotworem
B. Nowotworem o wysokiej złośliwości
C. Zmianą zapalną
D. Typem czerniaka

6. Najczęstsza lokalizacja raka podstawnokomórkowego:

A. Skóra owłosiona głowy
B. Twarz (okolice eksponowane na UV)
C. Plecy
D. Stopy

7. Który typ czerniaka częściej występuje u osób o ciemnej karnacji?

A. SSM
B. Czerniak guzkowy
C. Czerniak akralny
D. Czerniak lentigo maligna

8. Leczenie pierwszego rzutu raka podstawnokomórkowego:

A. Chemioterapia
B. Radioterapia
C. Chirurgiczne wycięcie zmiany
D. Antybiotykoterapia

9. Która mutacja najczęściej występuje w czerniaku skóry?

A. KRAS

B. BRAF V600E
C. EGFR
D. ALK

10. Która cecha najbardziej sugeruje raka płaskonabłonkowego?

A. Perłowy guzek z teleangiektazjami
B. Owrzodziała zmiana z hiperkeratozą
C. Jednolita, płaska plama
D. Zmiana barwnikowa o nieregularnych brzegach

11. Który z poniższych nowotworów skóry ma największą tendencję do wznowy miejscowej?

A. Rak podstawnokomórkowy typu naciekającego
B. Czerniak szerzący się powierzchownie
C. Rak płaskonabłonkowy dobrze zróżnicowany
D. Czerniak akralny

12. Który typ czerniaka najczęściej występuje na twarzy u osób starszych?

A. Czerniak guzkowy
B. Czerniak szerzący się powierzchownie
C. Lentigo maligna melanoma
D. Czerniak akralny

13. Który typ raka skóry ma największe ryzyko przerzutów?

A. Rak podstawnokomórkowy
B. Rak płaskonabłonkowy
C. Czerniak
D. Rak z komórek Merkla podaj odpowiedzi

Klucz odpowiedzi

1. B – głębokość nacieku czerniaka
2. B – grubość wg Breslowa
3. B – czerniak szerzący się powierzchownie (SSM)
4. C – rak podstawnokomórkowy
5. B – nowotwór o wysokiej złośliwości
6. B – twarz (okolice eksponowane na UV)
7. C – czerniak akralny
8. C – chirurgiczne wycięcie zmiany
9. B – BRAF V600E
10. B – owrzodziała zmiana z hiperkeratozą
11. A – rak podstawnokomórkowy typu naciekającego
12. C – lentigo maligna melanoma
13. D – rak z komórek Merkla