Załącznik nr 1 do uchwały nr 1428/199/26
Zarządu Województwa Mazowieckiego
z dnia 11 sierpnia 2026 r.

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

tel. (22) 59-79-900, email: zdrowie@mazovia.pl

Program Polityki Zdrowotnej Samorządu Województwa Mazowieckiego

Mazowsze. serce Polski

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego

okres realizacji: lata 2026-2028

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Program został opracowany 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.

Warszawa 2026 r.

Spis treści

Słowniczek ... 3

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

1.1. Opis problemu zdrowotnego ... 4

1.2. Dane epidemiologiczne ... 7

1.3. Opis obecnego postępowania ... 9

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji ... 13

2.1. Cel główny ... 13

2.2. Cele szczegółowe ... 13

2.3. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej ... 13

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej ... 14

3.1. Populacja docelowa ... 14

3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej ... 15

3.3. Planowane interwencje ... 16

3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej ... 21

3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej ... 22

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej ... 23

4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów ... 23

4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych ... 26

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej ... 27

5.1. Monitorowanie ... 27

5.2. Ewaluacja ... 29

6. Budżet programu polityki zdrowotnej ... 30

6.1. Koszty jednostkowe ... 30

6.2. Koszty całkowite ... 32

6.3. Źródła finansowania ... 32

Bibliografia ... 33

Załącznik A1. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania wraz z formularzem zgłoszeniowym – I oraz II grupa docelowa (osoby pełnoletnie) ... 35

Załącznik A2. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania – I grupa docelowa (osoby niepełnoletnie) ... 36

Załącznik A3. Wzór świadomej zgody – III grupa docelowa (personel medyczny) ... 37

Załącznik B1. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie – pełnoletni uczestnicy ... 38

Załącznik B2. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie niepełnoletniego uczestnika I grupy docelowej ... 39

Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – II grupa docelowa ... 40

Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – III grupa docelowa (personel medyczny) ... 41

Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego* ... 42

Załącznik E. Wzór testu wiedzy uczestników „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego" na lata 2026-2028 ... 46

Załącznik F. Wzór kwartalnego sprawozdania kosztowego ... 49

Słowniczek

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Czerniak – nowotwór złośliwy skóry.

ICD-10 – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (International Classification of Diseases).

DALY – „lata życia skorygowane niesprawnością" wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa (disability-adjusted life years).

Uczestnik – osoba spełniająca kryteria włączenia do programu i bezpośrednio korzystająca z co najmniej jednej interwencji zaplanowanej w programie.

I grupa docelowa – populacja ogólna.

II grupa docelowa – osoby powyżej 18 roku życia, które obarczone są przynajmniej jednym czynnikiem ryzyka wskazanymi w rozdziale *3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej*.

III grupa docelowa – personel medyczny pracujący na terenie województwa mazowieckiego (ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy i pielęgniarek POZ).

Koszty bezpośrednie - koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

Koszty pośrednie – koszty kwalifikowane, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie. Zalicza się do nich np.: zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną i księgową. Do kosztów pośrednich należą także koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu.

Kryteria włączenia - warunki, które musi spełnić osoba aplikująca, aby skorzystać z programu.

Kryteria wyłączenia - warunki, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w programie.

Organizator - Województwo Mazowieckie.

Osoba aplikująca do programu – osoba, która zgłosiła chęć udziału w programie (np. została zapisana na wizytę/szkolenie lub wpisana na listę oczekujących) oraz wypełniła (samodzielnie lub telefonicznie przez osobę prowadzącą kwalifikację wraz z formularzem zgłoszeniowym).

Program - Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2026-2028.

Realizator – wybrany w drodze konkursu podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

WHO – *(ang. World Health Organization)* Światowa Organizacja Zdrowia.

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

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Nowotwory skóry (głównie rak podstawnokomórkowy i płaskonabłonkowy) stanowią jedne z najczęściej występujących nowotworów u ludzi o jasnej karnacji. Odpowiadają one za ponad 90% wszystkich nowotworów skóry i około 1/3 wszystkich nowotworów złośliwych. Niestety w ciągu ostatnich lat zaobserwowano podwojenie zachorowań na czerniaka skóry, najbardziej złośliwego ze znanych nowotworów. Poza ww. rodzajami nowotworów skóry występuje jeszcze nowotwór neuroendokrynny Merkla, mięsak Kaposiego i nowotwór skóry Pageta. [1]

Nowotwór podstawnokomórkowy skóry na ogół jest efektem przewlekłej ekspozycji na słońce, ale również jego przyczyną może być długi i częsty kontakt z arsenem. Głównymi objawami ww. nowotworu są zmiany guzkowate, rany o różnym stopniu zaczerwienienia, mające perłową powierzchnię oraz rozszerzone naczynia krwionośne. Przy raku podstawnokomórkowym przerzuty są rzadkie, gdyż jest to zmiana małoinwazyjna.

Nowotwór płaskonabłonkowy skóry występuje rzadziej, natomiast cechuje się szybkim tempem wzrostu i namnażaniem się komórek o dużej złośliwości. Występowanie przerzutów zależne jest od lokalizacji oraz pierwotnej przyczyny rozwoju tego nowotworu. Rak płaskonabłonkowy ma tendencje do naciekania, czyli wrastania komórek nowotworowych w głębsze warstwy skóry.[2]

Czerniak (łac. melanoma malignum) natomiast jest jednym z najbardziej złośliwych nowotworów skóry. Ta odmiana nowotworu jest guzem wywodzącym się z wyspecjalizowanych komórek zwanych melanocytami, które wytwarzają barwnik melanina. Zwykle zaczyna się w skórze, ale może występować także w innych miejscach tj.: we wnętrzu oka, ustach, jamie nosowej lub przełyku. Występowanie czerniaka wiąże się z nadmierną ekspozycją na słońce, zwłaszcza z ciężkimi oparzeniami słonecznymi. Ten typ nowotworu charakteryzuje się szybkim wzrostem oraz wczesnymi i licznymi przerzutami, dlatego tak ważne jest prawidłowe rozpoznanie w początkowej fazie choroby.[3] Podejrzenie czerniaka skóry mogą nasuwać zmiany skóry, które rozwinęły się de novo lub na podłożu znamienia barwnikowego. Wywiad chorobowy powinien uwzględniać pytania o stan skóry, to znaczy informacje o zmianach w obrębie istniejących znamion na skórze, wystąpieniu nowych ognisk barwnikowych i towarzyszące im objawy (np. świąd) oraz czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na czerniaki skóry (m.in. przebyte oparzenia słoneczne, korzystanie z łóżek samoopalających — solarium, występowanie czerniaków w rodzinie, przebycie niemelanocytowych nowotworów skóry oraz wyników histopatologicznych dotychczas usuniętych zmian barwnikowych oraz przebyte leczenie immunosupresyjne czy też zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności — HIV, human immunodeficiency virus).[4]

[1] Kapka-Skrzypczak L., Dudra-Jastrzębska M., Czajka M., i inni, Charakterystyka kliniczna oraz molekularne podstawy nowotworów skóry, 2014, Lublin;
[2] https://www.akademiaczerniaka.pl/o-czerniaku/nowotwory-zlosliwe-skory-rodzaje-i-objawy, (dostęp: 26.05.2026 r.);
[3] https://www.mp.pl/pacjent/dermatologia/choroby/nowotwory_skory/74371,czerniak, (dostęp: 25.05.2026 r.);
[4] Rutkowski P., Wysocki PJ., Kozak K.. et al. Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na czerniaki, 2024.

Czerniak skóry może dawać przerzuty zarówno miejscowe, jak i odległe. Odbywa się to drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych oraz poprzez naciekanie tkanek w bezpośrednim sąsiedztwie. Rozróżnia się kilka typów czerniaka w zależności od sposobu szerzenia się zmian, z których się wywodzi, np. występuje czerniak wywodzący się z plamy soczewicowatej, guzowaty, błon śluzowych, szerzący się powierzchownie czy dystalny. Zachorowalność na czerniaka może znacząco wzrosnąć w zależności od narażenia na czynniki ryzyka rozwoju czerniaka.[5] Zmiany na podłożu których może się rozwinąć czerniak to:

1) znamiona melanocytowe powstałe na skutek nieprawidłowości rozwojowych skóry w życiu płodowym, które ujawniają się w różnym okresie życia:
    a) znamię dysplastyczne (atypowe);
    b) znamię melanocytowe wrodzone;
    c) znamię łączące (brzeżne);
    d) znamię błękitne;
2) plamy barwnikowe (bardzo rzadko).[5]

Do czynników ryzyka powstawania nowotworów skóry zalicza się:

- I i II fototyp skóry (jasna karnacja, osoby o rudych lub blond włosach, niebieskich oczach, licznych piegach z tendencją do oparzeń słonecznych);
- duża liczba znamion barwnikowych, znamion w miejscach drażnienia;
- liczne oparzenia słoneczne, szczególnie powstałe w dzieciństwie;
- słaba tolerancja na słońce;
- przebywanie w pełnym słońcu powyżej godziny dziennie (z punktu widzenia wykonywanego zawodu najbardziej narażeni są m.in. rolnicy, pracownicy branży budowlanej i drogowej);
- czynniki genetyczne, występowanie w rodzinie czerniaka lub innych nowotworów skóry;
- korzystanie z solarium.[6]

W przypadku nowotworów skóry nadal znaczącą rolę odgrywa prewencja. W czasie korzystania z promieni słonecznych należy pamiętać o używaniu kremów ochronnych z filtrami UVA i UVB o wysokim faktorze, wodoodpornych i fotostabilnych, o noszeniu okularów przeciwsłonecznych z filtrami SPF oraz unikaniu nadmiernych ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe w godzinach od 10 do 15 (kiedy warstwa ozonowa filtrująca ultrafiolet jest najmniej aktywna, stąd penetracja promieniowania UV jest najbardziej intensywna). Ponadto, należy stale obserwować własne ciało, nie bagatelizując niepokojących zmian pojawiających się na skórze, ponieważ wczesne rozpoznanie nieczerniakowych nowotworów skóry i zastosowanie odpowiedniego leczenia ambulatoryjnego daje pacjentom duże szanse na wyzdrowienie. Podobnie w przypadku wczesnego stadium czerniaka, kiedy grubość nowotworu nie przekracza 1 mm, leczenie sprowadza się tylko do usunięcia niepokojącej zmiany na skórze. Podsumowując, prewencja stanowi prosty i najlepszy sposób unikania przykrych konsekwencji zachorowania na czerniaka, bądź inny równie groźny nowotwór skóry.[1]

[5] Hałas P., Charakterystyka czerniaka oraz ocena poziomu wiedzy studentów na temat czerniaka złośliwego, 2017, Bydgoszcz;
[6] https://www.akademiaczerniaka.pl/o-czerniaku/czerniak-co-to-jest, (dostęp: 25.05.2026 r.).

Najbardziej znany jest amerykański system kliniczny ABCDE, używany obecnie głównie do celów dydaktycznych, gdyż pozwala na identyfikację jedynie części czerniaków, głównie czerniaków szerzących się powierzchownie i w znaczącej części czerniaków zaawansowanych. Nie może on służyć jako przesiewowe narzędzie diagnostyczne w praktyce klinicznej. System kliniczny ABCDE nie pozwala na właściwe zakwalifikowanie około 50% czerniaków.

- A (asymmetry) – asymetria (czerniak, w odróżnieniu od łagodnych zmian 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 po czarny, stalowy) z nierównomiernym rozkładem barwnika, często z jego punktowymi depozytami (szczególnie dobrze widoczne w badaniu dermatoskopowym).
- D (diameter) – średnica większa niż 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 wypuklenia zmiany pierwotnej jest powiększanie średnicy.[4]

Zgodnie z wynikami przeglądu systematycznego Herinkson 2018, 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%. Ponadto, prowadzenie działań edukacyjnych skutkuje obniżeniem częstości zgłaszania oparzeń słonecznych o ok. 15-26%. Biorąc pod uwagę fakt, że ww. poparzenia stanowią jeden z głównych czynników wystąpienia raka skóry można wnioskować, że poddanie ludzi edukacji z tego zakresu skutkuje przyswajaniem i praktykowaniem prozdrowotnych wzorców, jak np. stosowanie kremów z filtrem, noszenie okularów przeciwsłonecznych lub unikanie przebywania w pełnym słońcu.[7] Badaniem wykorzystywanym we wstępnej diagnostyce jest dermatoskopia, które polega na oglądaniu wszystkich zmian na skórze pacjenta za pomocą dermatoskopu ręcznego ze światłem spolaryzowanym lub niespolaryzowanym z imersją w powiększeniu 10-krotnym.[8] Dzięki dermoskopii, możliwa jest poprawa czułości diagnostycznej o około 30%. Najprostsza zasada oceny dermoskopowej (tzw. trzypunktowa skala dermoskopowa wg Argenziano) opiera się na podejrzeniu klinicznym czerniaka w przypadku spełnienia dwu z trzech następujących kryteriów:

1. asymetryczny rozkład struktur dermoskopowych w obrębie zmiany;
2. atypowa siatka barwnikowa;
3. niebiesko-biały welon.

[7] Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów; nr: OT.434.7.2025 „Profilaktyka nowotworów skóry", AOTMiT;

[8] Kamińska-Winciorek G, Placek W. The most common mistakes on dermatoscopy of melanocytic lesions. Postepy Dermatol Alergol. 2015; 32(1): 33–39, doi: 10.5114/pdia.2014.44029, indexed in Pubmed: 25821425.

Czułość tej metody diagnostycznej dochodzi do 96,3%, a jej swoistość do 94,2%. Inne metody analizy dermoskopowe, w tym metoda dermoskopowa ABCD, analiza wzorca, skala siedmiopunktowa, metoda Menziesa lub algorytm CASH (color, architecture, symmetry, homogeneity) charakteryzuje porównywalna czułość przy nieco większej swoistości. Systemy oceny dermoskopowej nie znajdują zastosowania w ocenie zmian w „lokalizacjach szczególnych", obejmujących skórę twarzy i okolic akralnych — dłonie i podeszwy oraz w obrębie płytki paznokciowej, na błonach śluzowych jamy ustnej oraz narządów płciowych. W takich przypadkach niezbędne jest zastosowanie algorytmów dermoskopowych, opracowanych odrębnie na podstawie charakterystycznych cech i wzorców dermoskopowych dla powyższych lokalizacji szczególnych.

Wstępne rozpoznanie dermoskopowe można zweryfikować za pomocą refleksyjnej mikroskopii konfokalnej (w ramach porady specjalistycznej dermatologicznej). W uzasadnionych przypadkach, gdy biopsja wycinająca nie jest możliwa (np. przy podejrzeniu czerniaka w obrębie rozległych znamion wrodzonych u małych dzieci), możliwe jest wykonanie biopsji do badania histopatologicznego pod kontrolą dermoskopu (*dermoscopy-guided biopsy*). Podstawą rozpoznania czerniaków skóry jest histopatologiczne badanie całej wyciętej chirurgicznie zmiany barwnikowej. Postępowanie inne niż biopsja wycinająca (tzw. mikrostopniowanie I) nie daje prawidłowego rozpoznania.**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

1.2. Dane epidemiologiczne

Analiza wskazuje na znaczny wzrost globalnego obciążenia czerniakiem w ciągu ostatnich 3 dekad, wraz ze wzrostem zapadalności i śmiertelności oraz rosnącym wpływem na zdrowie na świecie.[9] W epidemiologicznej ocenie globalnych danych dotyczących nowotworów oszacowano, że w 2020 roku odnotowano 325 000 nowych przypadków czerniaka i 57 000 zgonów z jego powodu, przy czym zapadalności na czerniaka w poszczególnych krajach i regionach świata jest bardzo zróżnicowana geograficznie. Jeśli wskaźniki z 2020 utrzymają się na stabilnym poziomie, szacuje się, że do 2040 roku globalne obciążenie czerniakiem wzrośnie do 510 000 nowych przypadków i 96 000 zgonów.[10]

Czynniki ryzyka obejmowały częstsze palenie tytoniu, spożycie alkoholu, niezdrową dietę, otyłość i choroby metaboliczne. Trendy wzrostu zachorowań obserwowano głównie w krajach europejskich. U obu płci w grupie wiekowej 50 lat i powyżej zaobserwowano znaczący wzrost zapadalności.[11] W 2022 r. odnotowano 331 722 nowe przypadki nowotworu skóry na świecie (179 953 u mężczyzn i 151 769 u kobiet) oraz 58 667 zgonów (33 160 u mężczyzn i 25 507 u kobiet).[12] W 2025 r. WHO uznała choroby skóry za globalny priorytet zdrowotny.[13]

---

[9] Sun Y., Shen Y., Liu Q., et al. Global trends in melanoma burden: A comprehensive analysis from the Global Burden of Disease Study, 1990-2021; Journal of the American Academy of Dermatology; 2024 (https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962224028937 (dostęp: 26.05.2026 r.);

[10] Arnold M., Singh D, Laversanne M., et al. Global Burden of Cutaneous Melanoma in 2020 and Projections to 2040; JAMA Dermatol; 2022 (ttps://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2790344 dostęp: 26.05.2026 r.);

[11] Huang J., Chai Chan S., Ko S., et al. Global Incidence, Mortality, Risk Factors and Trends of Melanoma: A Systematic Analysis of Registries; American Journal of Clinical Demartology; 2023 (https://link.springer.com/article/10.1007/s40257-023-00795-3 dostęp: 26.05.2026 r.).

[12] Skin cancer statistics; World Cancer Research Fund; https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/skin-cancer-statistics/ (dostęp: 25.05.2026 r.);

[13] WHO resolution: Skin Diseases Recognised as a Global Public Health Priority (https://www.worldscabiesprogram.org/news-and-publications/news/2025/who-resolution-skin-diseases-recognised-as-a-global-public-health-priority/ dostęp: 26.05.2026 r.);

Najnowsza analiza, przeprowadzona w ramach paneuropejskiego badania pt. „Burden of Skin Disease in Europe", dotyczyła 19 015 osób z różnymi schorzeniami dotyczącymi skóry. Były to takie choroby, jak m.in. łuszczyca, trądzik, atopowe zapalenie skóry (egzema), pokrzywka, łysienie plackowate, grzybicze infekcje skórne, **nowotwory skóry** oraz choroby przenoszone drogą płciową dające objawy na skórze. Wcześniejsze wyniki uzyskane w tym samym szeroko zakrojonym badaniu wskazują, że niemal połowa europejskiej populacji osób dorosłych deklaruje, iż ma co najmniej jedną z chorób dermatologicznych.[14]

Analiza Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022–2026 wykazała brak dostępnych danych dotyczących rozpowszechnienia nowotworów skóry w populacji Polski. W 2022 roku w Polsce zarejestrowano 4 028 przypadków czerniaka skóry, z czego najwięcej w województwie mazowieckim (604), oraz 15 716 przypadków innych złośliwych nowotworów skóry (KRN 2025). Surowy wskaźnik zachorowalności na czerniaka wyniósł 10,74 na 100 tys. ludności, natomiast w przypadku pozostałych nowotworów skóry – 41,55 na 100 tys.

W tym samym roku odnotowano 1 343 zgony z powodu czerniaka skóry oraz 1 343 zgony spowodowane innymi złośliwymi nowotworami skóry. Surowy wskaźnik umieralności w obu grupach nowotworów kształtował się na poziomie 3,55 na 100 tys. ludności (KRN 2025).

W 2023 roku w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zrealizowano 109 785 porad związanych z czerniakiem złośliwym oraz 217 032 porady dotyczące innych nowotworów złośliwych skóry, przy czym największą liczbę świadczeń udzielono w województwie mazowieckim (BASiW 2025).[15]Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie mazowieckim w 2023 r. były choroby nowotworowe – 277 zgonów na 100 tys. mieszkańców. Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r.) rekomendowanym kierunkiem działań dla województwa mazowieckiego jest podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe oraz promowanie profilaktyki nowotworowej.

Na podstawie prognozy GUS, 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 mazowieckim może wzrosnąć o 29%.[16]

W chwili rozpoznania u około 80% chorych czerniak skóry ma charakter zmiany miejscowej, podczas gdy stadium regionalnego zaawansowania i uogólnienia występuje pierwotnie jedynie u odpowiednio około 15% i 5% chorych. Postępy w leczeniu uzupełniającym oraz paliatywnym u chorych na uogólnionego czerniaka skóry są nadal niezadowalające. Wskaźniki 5-letnich przeżyć wynoszą we wczesnych postaciach czerniaka 70–95% oraz, odpowiednio, 20–70% i 20–30% w stadium

[14] Nauka w Polsce (PAP). Badanie potwierdza: choroby skóry istotnym źródłem stresu psychicznego (https://scienceinpoland.pap.pl/aktualnosci/news%2C98865%2Cbadanie-potwierdza-choroby-skory-istotnym-zrodlem-stresu-psychicznego.html dostęp: 26.05.2026 r.);

[15] Opinia Rady Przejrzystości nr 121/2025 z dnia 14 lipca 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów skóry (dostęp: 05.05.2026 r.)

[16] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych

regionalnego zaawansowania i uogólnienia przy zastosowaniu nowoczesnego leczenia systemowego.[4,17]

Ogólnopolskie badanie ankietowe przeprowadzone wśród dorosłych mieszkańców Polski (n = 500) wykazało, że świadomość społeczeństwa w zakresie szkodliwego wpływu promieniowania ultrafioletowego (UV) na skórę jest umiarkowanie wysoka, zwłaszcza w odniesieniu do ryzyka nowotworów skóry. Jednocześnie stwierdzono istotne braki w wiedzy szczegółowej, w tym w zakresie rozróżniania typów promieniowania UV, prawidłowej interpretacji wskaźnika SPF oraz znajomości czynników fotouczulających. Uzyskane wyniki wskazują na rozbieżność pomiędzy deklarowaną świadomością zagrożeń a praktyczną wiedzą niezbędną do skutecznej profilaktyki, co uzasadnia potrzebę wdrażania działań edukacyjnych.[18]

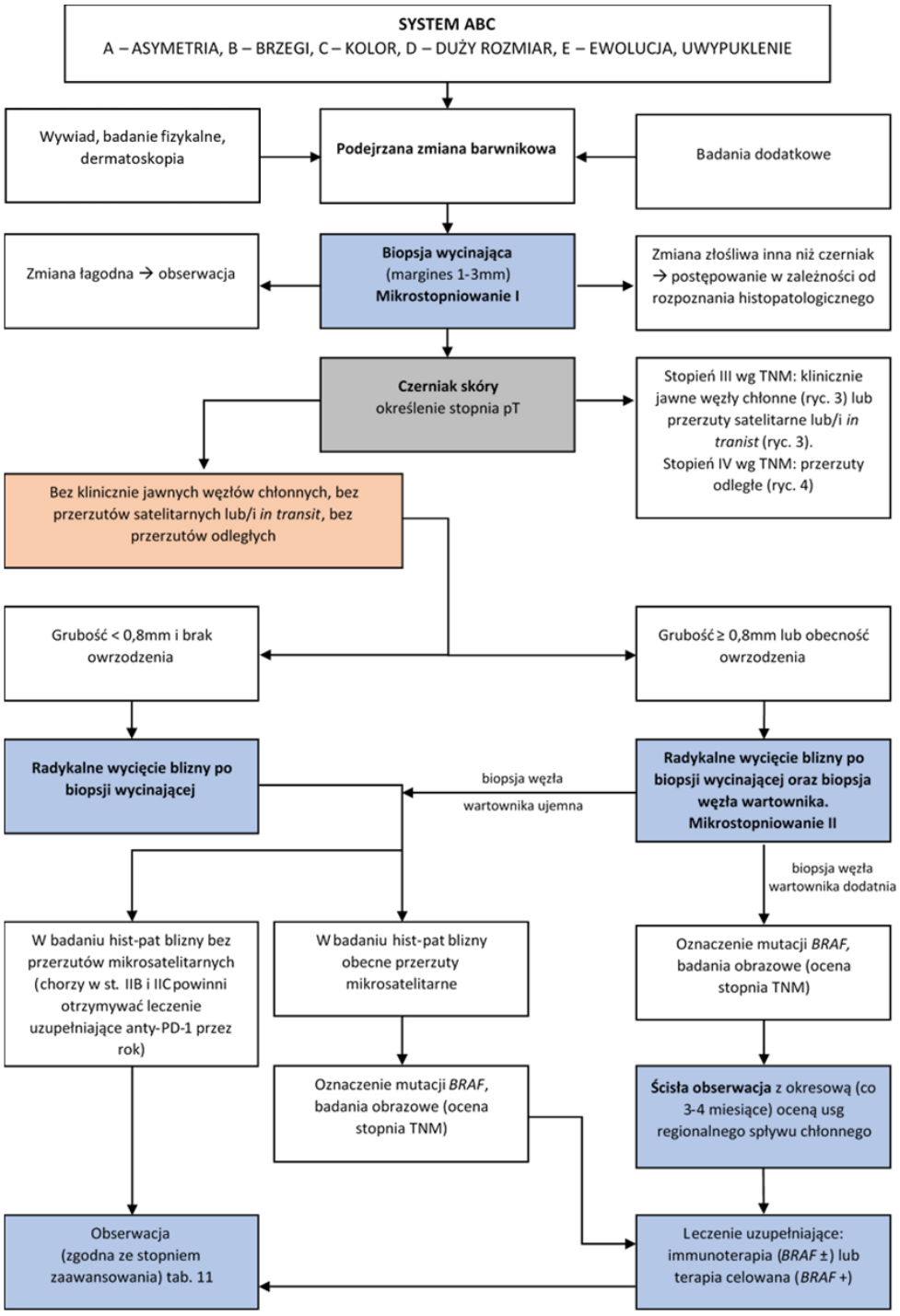
1.3. Opis obecnego postępowania

Według wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wywiad chorobowy powinien uwzględniać pytania o stan skóry (tzn. informacje o zmianach w obrębie istniejących znamion na skórze, wystąpieniu nowych ognisk barwnikowych i towarzyszące im objawy, np. świąd) oraz czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na czerniaki skóry (m.in. przebyte oparzenia słoneczne, korzystanie z łóżek samoopalających – solarium, występowanie czerniaków w rodzinie oraz przebyte leczenie immunosupresyjne czy tez zakażenie wirusem HIV). Natomiast w 60% przypadkach czerniaków rozpoznanych w czasie badania lekarskiego pacjent nie podaje w wywiadzie jakichkolwiek danych, które mogą być pomocne w postawieniu rozpoznania. Najważniejszym elementem pozwalającym na wczesne rozpoznanie jest całościowe badanie skóry, które powinno być przeprowadzane przez każdego lekarza podczas wizyty chorego w ambulatorium lub w trakcie hospitalizacji. Zasadą badania jest ocena skóry całego ciała w dobrym oświetleniu z uwzględnieniem okolic trudno dostępnych (głowa, okolice akralne — dłonie i stopy, przestrzenie międzypalcowe, okolice narządów płciowych i odbytu oraz błony śluzowe). Natomiast zalecanym badaniem, wykorzystywanym we wstępnej, szybkiej, nieinwazyjnej diagnostyce, jest dermoskopia (dermatoskopia).[19,8] Poniżej przedstawiony został schemat postepowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na czerniaki skóry (Rycina 1).[4]

[17] Dummer R, Hauschild A, Lindenblatt N, et al. ESMO Guidelines Committee. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2015; 26 Suppl 5: v126–v132, doi: 10.1093/annonc/mdv297, indexed in Pubmed: 26314774.

[18] Przybylak Z., Kordus K. Badanie świadomości społeczeństwa odnośnie wpływu promieniowania UV na skórę. Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. K. Milanowskiej w Poznaniu; ogólnopolskie badanie ankietowe

[19] Gajda M, Kamińska-Winciorek G. Do not let to be late: overview of reasons for melanoma delayed diagnosis. Asian Pac J Cancer Prev. 2014; 15(9): 3873–3877, indexed in Pubmed: 24935566.



Rycina 1. Schemat postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na czerniaki skóry. BAC – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa; TNM (tumor-node-metastases) – klasyfikacja stopnia zaawansowania guz/węzeł chłonny/przerzut.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016 poz. 357 z późn. zm.), ogłoszonym w formie tekstu jednolitego Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r., w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów skóry w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej realizowane są w szczególności następujące świadczenia gwarantowane:

- porada specjalistyczna w zakresie dermatologii i wenerologii;
- porada specjalistyczna w zakresie onkologii;
- porada specjalistyczna w zakresie chirurgii onkologicznej;
- porada specjalistyczna w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci

Świadczenia te stanowią podstawowy element systemu wczesnej diagnostyki, różnicowania oraz leczenia nowotworów skóry, w tym czerniaka oraz innych nowotworów złośliwych i niezłośliwych skóry[20]

Ponadto w Polsce dostępny jest „pakiet onkologiczny" przeznaczony dla pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy, ww. pakiet uprawnia w dostępie do szybkiej diagnostyki i leczenia. Natomiast powyższy pakiet nie obejmuje raka skóry, a jedynie czerniaka w odniesieniu do nowotworów skóry. Szczegóły zawarte są w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2025 r.. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.[21]

Zgodnie z informacjami pochodzącymi ze strony Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa (podległego pod Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi) realizowany jest „Program profilaktyki nowotworów skóry". Program skierowany jest do osób między 50-64 r.ż., osób powyżej 65 r.ż., wciąż aktywnych zawodowo oraz 15-49 lat, u których lekarz stwierdził niepokojące zmiany skórne. W ramach tygodnia świadomości czerniaka przypadającego na 12-18 maja, Akademia Czerniaka prowadzi działania informacyjno-edukacyjne ukierunkowane na omawiany problem zdrowotny. Celem inicjatywy jest zwiększanie wiedzy i świadomości społeczeństwa o czynnikach ryzyka, metodach profilaktycznych oraz zagrożeniach zdrowotnych płynących z tego nowotworu. Zgodnie z uchwałą nr 11 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r., Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych został uchylony. Jednocześnie, na drodze uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu pod nazwą „Narodowa Strategia Onkologiczna" na lata 2020–2030 (M.P. z 2020 r. poz. 189), zakłada się kontynuowanie wybranych zadań NPZChN (MZ 2025),

Warto nadmienić iż grupa osób aktywnych zawodowo stosunkowo rzadko korzysta z konsultacji w ramach świadczeń gwarantowanych. Eksperci kliniczni zaznaczają, że przesiewowe badania populacyjne w kierunku raka skóry nie są z reguły uzasadnione ekonomicznie i o trudnej do udowodnienia korzyści klinicznej z powodu częstości występowania czerniaka w Polsce. Dowody np. nowe rekomendacje (m.in. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, National Institute for Health and Clinical Excellence, Institute for Clinical Systems Improvement, British Association of Dermatologists, U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement) wskazują, że realizację programów należy ograniczyć do dwóch specjalizacji: chirurga onkologa i dermatologa z zastrzeżeniem konieczności wykonywania prostej dermatoskopii w celu ograniczenia wykonywania niepotrzebnych wycięć, nienowotworowych zmian skórnych. W przypadku uzyskania rozpoznania wdraża się leczenie w zależności od stopnia zaawansowania choroby. Moment zgłoszenia się pacjenta do lekarza dermatologa jest kluczowy, ze względu na szanse wyleczenia i przeżywalność

[20] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016 poz. 357);
[21] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2025 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;

5-letnią. Z tego powodu świadomość czynników ryzyka, wczesnych niepokojących objawów oraz dostępność świadczenia zdrowotnego może istotnie zaważyć na szansach pacjenta na wyleczenie, bądź poprawę jakości życia. Biopsja lub planowane wycięcie zmiany skórnej nie powinny być wykonywane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjent z podejrzeniem nowotworu skóry powinien zostać skierowany na konsultację specjalistyczną do lekarza dermatologa lub chirurga plastycznego. Okres oczekiwania na ww. konsultację w przypadku podejrzenia nowotworu skóry nie powinien być dłuższy niż 2 tygodnie.[22]

Program stanowi wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Problem zdrowotny opisany w programie jest zgodny z „Kierunkami działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022-2026”[23] w zakresie kierunków: nr *5. Profilaktyka chorób nowotworowych* oraz nr *6. Edukacja zdrowotna i kształtowanie wśród mieszkańców Mazowsza postaw prozdrowotnych*. Ponadto, powyższy problem zdrowotny wpisuje się także w cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026 [24]: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne pn. *Działania edukacyjne dotyczące wpływu środowiska życia na zdrowie*.[25] Założenia programu są zgodne z rekomendacją *3.2. Intensyfikacja działań w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej ludności. Aktywizacja świadczeniodawców, w tym POZ, do zwiększenia zaangażowania w realizację działań z zakresu promocji zdrowia* Wojewódzkiego Planu Transformacji na lata 2022-2026.

Wskazana w programie edukacja zdrowotna realizuje zapisy Ustawy z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium. Zgodnie z art. 3 pkt 1 i 2 ww. Ustawy organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego są obowiązane do podejmowania działań mających na celu ochronę zdrowia społeczeństwa przed następstwami korzystania z solarium. Działania, o których mowa wyszczególnione zostały w pkt 2 powyższej ustawy i brzmią następująco:

1) upowszechnianie wiedzy na temat szkodliwości korzystania z solarium, w szczególności wśród dzieci i młodzieży;
2) minimalizowanie negatywnych następstw korzystania z solarium;
3) leczenie osób uzależnionych od solarium;
4) profilaktykę nowotworów skóry, w szczególności czerniaka złośliwego.[26]

[22] NFZ, Podstawowa opieka zdrowotna. Potencjał i jego wykorzystanie. Zarys analizy, Warszawa, styczeń – luty 2016;

[23] Uchwała nr 313/303/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 8 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pn.: „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022-2026”

[24] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 grudnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, Warszawa, 2025;

[25] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026, Warszawa, 2021;

[26] Ustawa z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium;

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy[27] z zakresu nowotworów skóry, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 70% uczestników I oraz II grupy docelowej.

2.2. Cele szczegółowe

Cel szczegółowy nr 1
Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu **wysokiego poziomu wiedzy**[27] teoretycznej i praktycznej wśród 70% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów skóry.

Cel szczegółowy nr 2
Zwiększenie o 70% liczby osób prowadzących samokontrolę znamion wśród uczestników szkolenia z zakresu samokontroli.

2.3. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej

Miernik nr 1 – dotyczy celu głównego.
Odsetek osób (uczestnicy I oraz II grupy docelowej), u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy[27] w zakresie profilaktyki nowotworów skóry, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.

$$\text{Miernik nr } 1 = \frac{\text{liczba uczestników I oraz II grupy docelowej z wysokim poziomem wiedzy w post} - \text{teście}}{\text{liczba uczestników I oraz II grupy docelowej, którzy wpełnili pre} - \text{test}} \; x \; 100\%$$

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.
Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 70% uwzględniając poziom wiedzy uczestników przed przystąpieniem do edukacji zdrowotnej oraz czynniki niezależne od Organizatora, tj. m.in. sposób przekazywania informacji przekazywanych przez osoby edukujące, mające wpływ na skuteczność podejmowanych działań.

Miernik nr 2 – dotyczy celu szczegółowego nr 1.
Odsetek przedstawicieli personelu medycznego (III grupa docelowa), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.

$$\text{Miernik nr } 2 = \frac{\text{liczba uczestników III grupy docelowej z wysokim poziomem wiedzy w post} - \text{teście}}{\text{liczba uczestników III grupy docelowej, którzy wypełnili pre} - \text{test}} \; x \; 100\%$$

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.
Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 70% uwzględniając poziom wiedzy uczestników przed przystąpieniem do szkolenia oraz czynniki niezależne od Organizatora, tj. m.in. sposób przekazywania informacji przekazywanych przez osoby edukujące, mające wpływ na skuteczność podejmowanych działań.

[27] **Wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.**

Miernik nr 3 – dotyczy celu szczegółowego nr 2.

Odsetek osób decydujących się na prowadzenie samokontroli znamion (z II grupy docelowej), zgodnie z zasadami zaprezentowanymi na szkoleniach, względem wszystkich osób biorących udział w szkoleniu.

$$\text{Miernik nr } 3 = \frac{\begin{matrix}\text{liczba osób II grupy docelowej decydująca się} \\ \text{na prowadzenie samokontroli znamion}\end{matrix}}{\begin{matrix}\text{liczba osób II grupy docelowej, która wzięła} \\ \text{udział w szkoleniach samokontroli znamion}\end{matrix}} \; x\; 100\%$$

Wartość docelowa miernika: minimum 70%

Wartość docelowa miernik przyjęta została na poziomie minimum 70% uwzględniając możliwość niezadeklarowania prowadzenia samokontroli znamion przez uczestników II grupy docelowej, zgodnie z zasadami zaprezentowanymi na szkoleniach.

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

3.1. Populacja docelowa

Do programu włączone zostaną osoby, które spełniły kryteria kwalifikacji do udziału w programie wskazane w rozdziale 3.2. *Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.*

W programie wyróżnia się trzy grupy uczestników:

- I grupa – populacja ogólna;
- II grupa – osoby powyżej 18 roku życia, które obarczone są przynajmniej jednym czynnikiem ryzyka wskazanymi w rozdziale 3.2. *Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej;*
- III grupa – personel medyczny pracujący na terenie województwa mazowieckiego (ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy i pielęgniarek POZ).

Zgodnie z danymi GUS województwo mazowieckie w 2024 roku miało ok. 5 508 322 mieszkańców, z czego 2 870 645 stanowią kobiety, a 2 637 677 mężczyźni.[28] W porównaniu z poprzednim rokiem liczba mieszkańców spadła o 2,2 tys. osób.[29] Warto podkreślić fakt, że wartość wskaźnika zachorowalności dla czerniaka skóry stopniowo wzrasta z wiekiem, począwszy już od grupy wiekowej 10-14 lat. Najwyższa wartość wskaźnika odnotowano wśród osób między 75 a 79 r.ż.[30] W 2024 r. na terenie województwa zamieszkiwało 201 514 osób w wieku 75-79 lat (78 146 mężczyzn i 126 995 kobiet).[31] Zachorowania te powstają w dużej mierze przez niestosowanie prewencji we wcześniejszych latach. Jak wynika z map potrzeb zdrowotnych liczba pielęgniarek w województwie mazowieckim w 2024 roku wynosiła 52 369, natomiast liczba lekarzy w województwie mazowieckim wynosiła 36 498.[32]

[28] Rocznik Statystyczny Województwa Mazowieckiego, Warszawa 2025

[29] Stan i ruch naturalny ludności w województwie mazowieckiem w 2024 r.

[30] Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów – profilaktyka nowotworów skóry - AOTMiT

[31] Rocznik Statystyczny Województwa Mazowieckiego, Warszawa 2025

[32] Mapy potrzeb zdrowotnych 2024 https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/

W przypadku dużego zainteresowania programem i dużej liczby chętnych do udziału w nim, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o zwiększeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe.

3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej – I grupa docelowa:

Osoba aplikująca do programu w dniu kwalifikacji musi:

1) mieszkać na terenie województwa mazowieckiego, tj. być osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;
2) przedłożyć wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie;
3) złożyć pisemne oświadczenie, że nie był uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze w okresie ostatnich 2 lat.

Kryteria włączenia do udziału w programie – II grupa docelowa:

Osoba aplikująca do programu w dniu kwalifikacji musi:

1) mieć ukończony 18 rok życia;
2) mieszkać na terenie województwa mazowieckiego, tj. być osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;
3) przedłożyć wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie;
4) złożyć pisemne oświadczenie, że nie był uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze w okresie ostatnich 2 lat.

<u>oraz dodatkowo:</u>

5) u osoby aplikującej do programu, podczas wywiadu, musi zostać stwierdzony co najmniej jeden z poniższych czynników ryzyka:
   - jasna karnacja, oczy i włosy z predyspozycją do poparzeń słonecznych,
   - obciążający wywiad rodzinny: rak skóry wśród członków rodziny,
   - osoby z dużą liczbą znamion i pieprzyków (>100),
   - narażenie na długotrwałe promieniowanie słoneczne z tytułu wykonywanego zawodu,
   - osoby korzystające z urządzeń do opalania się.

Weryfikacja kryteriów z pkt. 2 – 4 odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku – zgodnego z treścią zawartą w załączniku A1 do programu. Weryfikacja kryterium 5 odbywa się na podstawie wypełnionego formularza zgłoszeniowego.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej – II grupa docelowa:

1) ze szkolenia można skorzystać tylko raz, niemożliwe jest ponowne aplikowanie do programu i skorzystanie ze szkolenia drugi raz;
2) programem nie mogą być objęte osoby z już zdiagnozowanym nowotworem skóry, pozostające pod opieką poradni onkologicznej;

3) uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tematykę z zakresu profilaktyki czerniaka w ciągu poprzednich 2 lat;
4) przeciwskazania medyczne (na czas ich wystąpienia), np. rany, owrzodzenia, infekcje skórne.
5) niespełnienie, co najmniej jednego z kryteriów włączenia do programu lub przedłożenie realizatorowi przez uczestnika programu pisemnej lub ustnej rezygnacji z udziału w programie. Odstąpienie od udziału w programie możliwe jest na każdym jego etapie.

Kryteria włączenia do udziału w programie – III grupa docelowa (personel medyczny):

Osoba aplikująca do programu w dniu kwalifikacji musi:

1) wykonywać zawód medyczny np.: lekarz, lekarz specjalista, pielęgniarka koordynator opieki medycznej;
2) przedłożyć wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie;

Weryfikacja kryteriów z pkt. 1 – 2 odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku – zgodnego z treścią zawartą w załączniku A3 do programu.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej – III grupa docelowa (personel medyczny):

1) ze szkolenia można skorzystać tylko raz, niemożliwe jest ponowne aplikowanie do programu i skorzystanie ze szkolenia drugi raz;
2) niespełnienie kryterium włączenia do programu lub przedłożenie realizatorowi przez uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału w programie, zgodnej z treścią załącznika B do programu lub ustnej rezygnacji;
3) ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat;
4) dysponowanie wiedzą i doświadczeniem w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.

Uczestnictwo w programie w ramach I lub II grupy docelowej nie jest przeciwskazaniem do uczestnictwa w nim jako personel medyczny w III grupie docelowej, jeśli spełnione są kryteria kwalifikacji.

3.3. Planowane interwencje

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

1) działania informacyjno-edukacyjne;
2) szkolenia z zakresu samokontroli znamion;
3) szkolenia dla personelu medycznego.

Kwalifikacje personelu wymaganego do przeprowadzenia poszczególnych interwencji wskazano w rozdziale 4.2.

Przystąpienie do programu

Osoby chętne do udziału w programie zgłaszają się do podmiotów realizujących program telefonicznie lub osobiście podając obowiązkowe dane. Aby zostać uczestnikiem programu należy spełnić kryteria

kwalifikacji (rozdział 3.2.) stwierdzone na podstawie deklaracji w formularzu zgłoszeniowym do programu.

Edukacja zdrowotna

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła zajęcia edukacyjne, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy uczestnika programu. Przez wysoki poziom wiedzy rozumie się wynik wypełnionego testu na poziomie minimum 75%. Test stanowi Załącznik E do programu.

Forma oraz zakres tematyczny działań edukacyjnych powinien być dopasowany do odbiorców programu. Rekomenduje się przeprowadzanie edukacji zdrowotnej w grupach o zbliżonych kategoriach wiekowych (sugerowane grupy wiekowe: 0-18 lat; 19-59 lat; 60+ lat).

Edukacja zdrowotna powinna obejmować informacje dotyczące profilaktyki raka skóry, w tym:

1. profilaktyki, przyczyn, niepokojących symptomów (zmian rozmiarów znamienia: nowych zmian, owrzodzeń bądź wyprysków nie mogących się zaleczyć), wczesnych objawów, diagnostyki i leczenia nowotworów skóry, a także informowaniu o przebiegu i skutkach zdrowotnych nieleczonego raka skóry;
2. głównych czynników zwiększających ryzyko nowotworów skóry, np. jasna karnacja, nadmierna ekspozycja na światło słoneczne, korzystanie z lamp emitujących promieniowanie ultrafioletowe oraz nieużytkowanie środków ochrony przeciwsłonecznej;
3. fotoprotekcji – unikania bezpośredniej ekspozycji na intensywne światło słoneczne. Realizator zobowiązany jest wskazywać na potencjalne szkody płynące ze stałego unikania promieni słonecznych jak zaburzenia nastroju, zaburzenia snu, podwyższone ciśnienie krwi oraz zaburzenia w metabolizmie witaminy D. W ramach edukacji realizator powinien zwracać także uwagę uczestników na: prawidłowy ubiór chroniący przed promieniami słonecznymi obejmujący m.in.: noszenie czapek, kapeluszy z rondem zasłaniającym twarz, okularów przeciwsłonecznych, ubrań zakrywających ramiona i nogi; korzystanie z kremów z filtrem o szerokim spektrum ochronnym, w szczególności na obszar głowy, karku, ramion i dłoni. Realizator ma obowiązek informować, iż stosowanie środków miejscowych na skórę uszkodzoną przez słońce może być związane z działaniami niepożądanymi w postaci rumienia, podrażnienia skóry i strupów.

Należy podkreślać, że aplikacja i środków profilaktycznych nie jest równoznaczna z wydłużeniem czasu bezpiecznego przebywania na słońcu oraz zachęcać do prowadzenia samodzielnej kontroli stanu skóry. Realizator powinien zwrócić szczególną uwagę na ochronę dzieci ze względu na wrażliwość ich skóry na wszelkie poparzenia słoneczne oraz na powszechne mity dotyczące postępowania w pełnym słońcu.

Edukacja zdrowotna może być prowadzona indywidualnie lub w grupach maksymalnie 15-osobowych, oraz nie może trwać krócej niż 30 minut. Kryteria dotyczące personelu prowadzącego edukację zdrowotną są opisane w pkt. 4.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Zakres tematyczny edukacji zdrowotnej musi być dostosowany

do wieku i percepcji odbiorców. W przypadku działań edukacyjnych dla II grupy docelowej edukacja zdrowotna powinna odbyć się przed szkoleniem z samobadania znamion.

Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej. Ponadto, podczas edukacji powinna być zapewniona możliwość zadawania przez uczestników pytań dotyczących zakresu edukacji zdrowotnej, a osoba prowadząca edukację powinna udzielać odpowiedzi na zadane pytania zgodnie z obowiązującym stanem wiedzy medycznej. 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). Rzetelne źródła dot. profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry: Narodowy Portal Onkologiczny, Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, Wojewódzka i Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne, europejska kampania społeczna „Euromelanoma".

W przypadku działań edukacyjnych dla II grupy docelowej edukacja zdrowotna powinna zostać poprowadzona stacjonarnie ze względu na późniejszy praktyczny charakter spotkana tj. szkolenie z samobadania znamion. O czasie, miejscu i formie przeprowadzenia działań szkoleniowych decyduje realizator. Forma edukacji zdrowotnej dla uczestników I grupy docelowej powinna być dostosowana do ich potrzeb, np. szkolenia w formie e-learningu, wykładów, materiałów audiowizualnych, konferencji. Realizator zobowiązany jest zapewnić wszystkim uczestnikom możliwość wypełnienia pre- i post-testu oraz zadawania pytań prowadzącemu. W ramach interwencji nie dopuszcza się możliwości umieszczenia gotowych materiałów do samodzielnego zapoznania się na platformach edukacyjnych jako jedynej formy edukacji zdrowotnej.

Dopuszcza się modyfikowanie przez realizatora zaproponowanego testu wiedzy (załącznik E do programu) w taki sposób, aby był dostosowany do wieku i percepcji uczestnika go wypełniającego. Test musi się jednak składać z minimum 10 pytań w formie testowej (abc).

Szkolenia z zakresu samokontroli znamion:

Warunkiem przystąpienia do szkolenia jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest do wypełnienia post-testu po zakończeniu szkolenia. Szkolenia mają charakter praktycznych warsztatów, w czasie których uczestnicy nabywają i ćwiczą umiejętności z zakresu samokontroli, Szkolenia powinny skupiać się na zapoznaniu uczestników z podstawowymi metodami prowadzenia samokontroli znamion i pieprzyków. Należy przedstawić podstawowe cechy znamion o potencjale nowotworowym.

Szkolenia muszą 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 znamiona: nieregularną pigmentacje; nieregularne granice znamienia; stan zapalny; uczucie swędzenia lub zaburzenie czucia; rozmiar większy niż pozostałych na ciele: sączenie się bądź tworzenie się strupa na powierzchni znamienia.

Podczas szkoleń należy podkreślać uczestnikom w szczególności, że:

- nie każde znamię o odmiennym kolorze lub o nieregularnym kształcie jest nowotworem skóry;
- znamiona na skórze, o podejrzanej pigmentacji są najlepiej oceniane w dobrym świetle z lub bez szkieł powiększających;
- 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. Samoocena powinna być przeprowadzana przynajmniej raz w miesiącu.

Należy informować uczestników o ścieżce dalszego postępowania w przypadku identyfikacji podejrzanej zmiany skórnej, przedstawić informacje o dostępnych świadczeniach gwarantowanych z zakresu diagnostyki raka skóry.

Szkolenie z zakresu samokontroli znamion musi być prowadzone stacjonarnie ze względu na praktyczny charakter szkolenia, może być prowadzone indywidualnie lub w grupach maksymalnie 15-osobowych, oraz nie może trwać krócej niż 60 minut. **Realizator zobowiązany jest zapytać uczestnika szkolenia, czy deklaruje prowadzenie samokontroli znamion w przyszłości, sporządzenia notatki i dołączenia jej do dokumentacji programowej.** O czasie, miejscu i formie przeprowadzenia działań szkoleniowych decyduje realizator. Szkolenie przeprowadzane będzie bezpośrednio po zakończeniu edukacji zdrowotnej. Kryteria dotyczące personelu prowadzącego szkolenie z zakresu samokontroli znamion są opisane w pkt. 4.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Szkolenia dla personelu medycznego

Warunkiem przystąpienia do szkolenia jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest do wypełnienia post-testu po zakończeniu szkolenia. Forma szkolenia powinna być dostosowana do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykładów, materiałów audiowizualnych, konferencji. Realizator zobowiązany jest zapewnić wszystkim uczestnikom możliwość wypełnienia pre- i post-testu oraz zadawania pytań prowadzącemu. W ramach interwencji nie dopuszcza się możliwości umieszczenia gotowych materiałów do samodzielnego zapoznania się na platformach edukacyjnych jako jedynej formy szkolenia Należy zapoznać personel medyczny w szczególności z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki, różnicowania, interpretacji wyników oraz leczenia nowotworów skóry, a także w zakresie czynników ryzyka wystąpienia tych nowotworów oraz metod ochrony skóry przed nadmiernym narażeniem na promieniowanie słoneczne. Należy przedstawić nieinwazyjne metody oceny znamion, a w szczególności:

— 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).

Realizator zobowiązany jest 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;
- 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 zaleca się ujęcie analizy przypadków pacjentów w celu wskazania prawidłowego postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadkach budzących wątpliwości.

Edukacja powinna mieć charakter naukowo-profesjonalny. Szkolenia skierowane są do III grupy docelowej – personel medyczny wykonujący zawód na terenie województwa mazowieckiego.

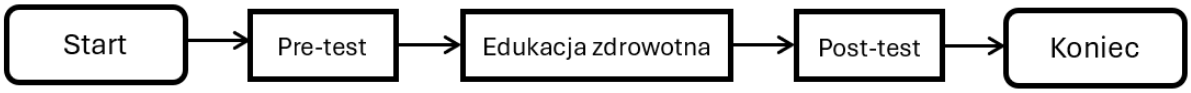
Uczestnicy szkolenia będą poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy personelu medycznego . Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy uczestnika programu. Przez wysoki poziom wiedzy rozumie się wynik wypełnionego testu na poziomie minimum 75%. Test wiedzy przedstawiony zostanie przez realizatora na etapie konkursu. Obligatoryjnym jest, aby test składał się z min. 10 pytań z minimum trzema wariantami odpowiedzi wraz z kluczem odpowiedzi. Pytania muszą być związane z planowaną w programie tematyką szkolenia.

Szkolenie może być prowadzone indywidualnie lub w grupach maksymalnie 15 osobowych. Każdy uczestnik programu powinien odbyć co najmniej 60 minut edukacji podczas jednego spotkania. Szkolenie może być prowadzone stacjonarnie lub przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych. Narzędzie teleinformatyczne musi umożliwiać interakcję pomiędzy prowadzącym a uczestnikami szkolenia, przeprowadzenie testów wiedzy oraz ankiety satysfakcji. O czasie, miejscu i formie przeprowadzenia działań szkoleniowych decyduje realizator. Kryteria dotyczące personelu prowadzącego szkolenia dla personelu medycznego są opisane w pkt. 4.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

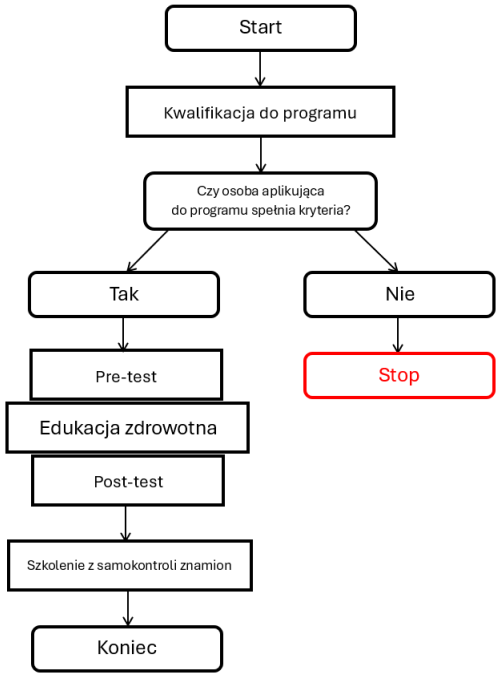
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Realizator programu musi zapewnić równocześnie możliwość rejestracji telefonicznej lub elektronicznej. Zaplanowane interwencje będą udzielane zgodnie z opisem wskazanym w rozdziale 3.3.

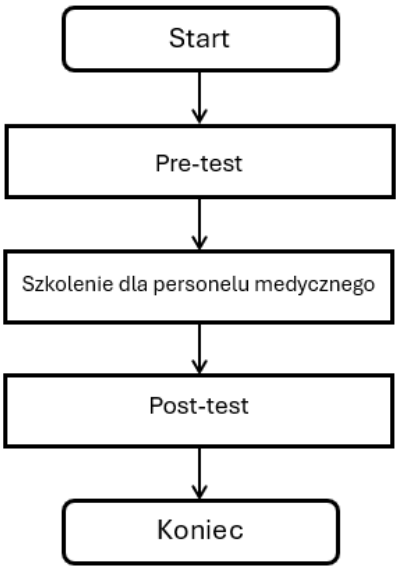
Schematy postępowania podczas realizacji programu dla poszczególnych grup docelowych



*Rycina 2 Schemat postępowania podczas realizacji programu w **I grupie docelowej** (źródło: opracowanie własne)*



*Rycina 3 Schemat postępowania podczas realizacji programu w **II grupie docelowej** (źródło: opracowanie własne)*



*Rycina 4 Schemat postępowania podczas realizacji programu w **III grupie docelowej (personel medyczny)** (źródło: opracowanie własne)*

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach programu zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Działania prowadzone w ramach trwania programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia pacjentów. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

1) przedłoży realizatorowi druk zgodny z treścią załącznika B1 (pełnoletni uczestnicy wszystkich grup docelowych) lub B2 (niepełnoletni uczestnicy I grupy docelowej) – wzorów pisemnych rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie;
2) zostaną mu udzielone wszystkie interwencje przewidziane w programie;
3) bez wcześniejszego zgłoszenia realizatorowi, nie będzie uczestniczył w zaplanowanej interwencji;
4) zaistnieje kryterium wyłączenia, o którym mowa w rozdziale 3.2.

Uczestnicy, którzy zrezygnowali powinni zostać uwzględnieni w sprawozdaniach w części opisowej w liczbie osób, które zrezygnowały z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału. Uczestnik, który ukończył interwencję realizowaną w ramach programu nie może wziąć w nim ponownie udziału jako uczestnik z tej samej grupy docelowej.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

1) opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów programu polityki zdrowotnej 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 PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
3) przeprowadzenie otwartego konkursu ofert;
4) wybór realizatorów programu;
5) przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ;
6) działania informacyjno-promocyjne;
7) kwalifikacja uczestników do programu oraz przeprowadzenie interwencji wskazanych w programie;
8) bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie realizacji programu oraz późniejszą ewaluację;
9) zakończenie realizacji programu polityki zdrowotnej;
10) rozliczenie finansowania programu polityki zdrowotnej;
11) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji programu i przesłanie go do AOTMiT, wraz z załączonym pierwotnym programem polityki zdrowotnej, który został wdrożony do realizacji.

Ad 1. Realizatorzy programu będą wybrani w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie. Ogłoszenie zostanie opublikowane na stronie www.mazovia.pl w zakładce „Otwarte konkursy ofert" oraz w siedzibie Organizatora tj. na Elektronicznej Tablicy Ogłoszeń Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa.

Realizatorami programu będą podmioty wybrane w drodze konkursu ofert i wykonujące działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Decyzja o rozstrzygnięciu konkursu zostanie podjęta w formie odrębnej uchwały Zarządu Województwa Mazowieckiego.

Ad 2. Województwo Mazowieckie oraz realizatorzy programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie. Dopuszczone są inne formy przekazywania informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora (np. plakaty, ulotki, bezpośredni kontakt). Materiały informacyjno-promocyjne wymagają wcześniejszej akceptacji Województwa Mazowieckiego oraz muszą zawierać logo i/lub herb Województwa Mazowieckiego – szczegóły w tym zakresie regulować będzie umowa na realizację programu.

Ad 3. Realizatorzy programu będą prowadzili kwalifikacje uczestników do programu zgodnie z kryteriami określonymi w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej. Po zakwalifikowaniu uczestników realizator będzie przeprowadzał interwencje wskazane w programie.

Ad 4. Przeprowadzenie przez realizatora następujących interwencji:

1) działania informacyjno-edukacyjne;
2) szkolenia z zakresu samokontroli znamion;
3) szkolenia dla personelu medycznego

Szczegółowy opis przeprowadzenia powyższych interwencji przedstawiono w rozdziale 3.3. Planowane interwencje.

Ad 5. Z Realizatorami programu, wybranymi w drodze konkursu ofert, zostaną podpisane umowy, w których określone zostaną obowiązki realizatora w tym m.in warunki składania sprawozdań (merytorycznych i kosztowych) oraz warunki płatności za wykonane interwencje.

Ad 6. W trakcie realizacji programu prowadzony będzie monitoring obejmujący ocenę zgłaszalności do programu, oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie, oceny efektywności programu, a po jego zakończeniu zostanie przeprowadzona ewaluacja w zakresie i na zasadach opisanych w rozdziale 5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu przedstawia Tabela 1. Przyjęty harmonogram ma charakter orientacyjny, a daty wskazane w nim mogą ulec zmianie.

Tabela 1 Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu (źródło: opracowanie własne)

Lp.	Nazwa działania	Wykonawca	Planowane rozpoczęcie	Planowane zakończenie
1.	Decyzja o kontynuacji programu	ZWM	24 kwietnia 2026 r.	24 kwietnia 2026 r.
2.	Aktualizacja treści projektu PPZ	ZD	24 kwietnia 2026 r.	19 czerwca 2026 r.
3.	Wycena świadczeń	ZD	19 czerwca 2026 r.	3 lipca 2026 r.
4.	Uchwała o przyjęciu do realizacji PPZ	ZWM	14 lipca 2026 r.	14 lipca 2026 r.
5.	Przesłanie oświadczenia o zgodności programu z rekomendacją AOTMiT	ZD	15 lipca 2026 r.	15 lipca 2026 r.
6.	Przygotowanie dokumentacji konkursowej	ZD	15 lipca 2026 r.	3 sierpnia 2026 r.
7.	Uchwała o ogłoszeniu konkursu na wybór realizatorów PPZ	ZD	4 sierpnia 2026 r.	4 sierpnia 2026 r.
8.	Składanie ofert konkursowych	Oferenci	5 sierpnia 2026 r.	21 sierpnia 2026 r.
9.	Ocena formalna i merytoryczna ofert	ZD	24 sierpnia 2026 r.	11 września 2026 r.
10.	Ogłoszenie wyników konkursu	ZWM	15 września 2026 r.	15 września 2026 r.
11.	Podpisywanie umów z realizatorami	ZD, Realizatorzy	16 września 2026 r.	30 września 2026 r.
12.	Realizacja PPZ	Realizatorzy	od dnia podpisania umów	30 listopada 2028 r.
13.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2026 r.	Realizatorzy	1 stycznia 2027 r.	31 stycznia 2027 r.
14.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2027 r.	Realizatorzy	1 stycznia 2028 r.	31 stycznia 2028 r.
15.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2028 r. oraz sprawozdań końcowych	Realizatorzy	1 grudnia 2028 r.	15 grudnia 2028 r.
16.	Opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ (3 miesiące)	ZD	15 grudnia 2028 r.	15 marca 2029 r.
17.	Zaakceptowanie raportu końcowego przez ZWM	ZWM	20 marca 2029 r.	20 marca 2029 r.
18.	Przekazanie raportu końcowego PPZ do AOTMiT oraz zamieszczenie jego treści na BIP Organizatora	ZD	21 marca 2029 r.	21 marca 2029 r.

Rozwinięcie skrótów użytych w tabeli:
PPZ - Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2026-2028;
JST – Jednostki Samorządu Terytorialnego
AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
ZD - Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;
ZWM - Zarząd Województwa Mazowieckiego.

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

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Realizator musi podczas realizacji programu posiadać do dyspozycji następujący personel:

Wymagania dotyczące personelu:

1) w zakresie edukacji zdrowotnej: co najmniej 1 pielęgniarka i/lub asystent medyczny i/lub edukator zdrowotny i/lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach programu;
2) w zakresie szkolenia z zakresu samokontroli znamion: co najmniej 1 lekarz i/lub pielęgniarka i/lub asystent medyczny i/lub edukator zdrowotny i/lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia szkolenia z zakresu samokontroli znamion, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach programu;
3) w zakresie działań edukacyjnych dla personelu medycznego (III grupy docelowej): co najmniej 1 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.

Wszystkie interwencje powinny być prowadzone z zachowaniem warunków sanitarnych i ustalonych dla procedur medycznych, wynikających z aktualnych norm i przepisów prawnych. Budynek, w którym odbywać się będą świadczenia powinien być dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Realizator musi posiadać odpowiednie instrumenty diagnostyczne stosowane w ramach programu zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz z przyjętymi normami i rekomendacjami. Realizator jest zobowiązany do zapewnienia zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Dokumentacja medyczna wytworzona w trakcie realizacji programu powinna być prowadzona i przechowywana w placówce medycznej udzielającej świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w przepisach z zakresu dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych.

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej:

1) Realizator musi wykonywać interwencje w ramach programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.
2) Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.

3) Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z treścią załącznika A1, A2 lub A3 przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto, uczestnik programu musi zostać poinformowany o źródłach finansowania programu.
4) O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia podane w rozdziale 3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
5) Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Województwem Mazowieckim a realizatorem.
6) Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może wziąć w nim ponownie udziału jako uczestnik z tej samej grupy docelowej.
7) Realizator w trakcie realizacji programu zobowiązany jest do udzielania zaplanowanych interwencji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi i rekomendacjami.
8) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych. Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie realizator programu.
9) Realizator zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji programowej. Dokumentacja programowa zawierać będzie dokumenty uzyskane w trakcie realizacji programu nie będące dokumentacją medyczną. Dokumentacja programowa powinna zawierać m.in. zgody uczestników na udział w programie, rezygnacje z dalszego uczestnictwa w programie, ankiety satysfakcji obydwu grup docelowych oraz testy wiedzy uczestników szkolenia i edukacji zdrowotnej oraz formularz kwalifikacji.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

5.1. Monitorowanie

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

1) oceny zgłaszalności do programu,
2) oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie,
3) oceny efektywności programu.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników programu w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w programie, 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 programu;
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
- data zakończenia udziału w programie wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie

wszystkich interwencji, zakończenie realizacji programu, wycofanie zgody na uczestnictwo w programie).

Obowiązek informacyjny związany z przetwarzaniem danych osobowych musi zostać spełniony przez realizatora i będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych. Administratorem danych osobowych uczestników oraz osób aplikujących do programu jest realizator.

W ramach monitoringu, każdy realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

1) sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik D do programu;
2) sprawozdania kosztowego z wykonanych świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik F do programu;
3) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu z grupy I oraz grupy II – zgodnie z treścią wzorów ankiet stanowiących załączniki C1, C2 do programu.

Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone we wzorze, które realizator uzna za niezbędne. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Ad 1. Ocena zgłaszalności do programu

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu.

Definicja osoby aplikującej do programu znajduje się w słowniczku na początku programu. Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

1) imiona i nazwiska osób ubiegających się o udział w programie;
2) dane kontaktowe do osób ubiegających się o udział w programie.

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych. Administratorem danych osobowych osób ubiegających się o udział w programie oraz uczestników programu jest podmiot realizujący program.

Realizator ma obowiązek prowadzenia rejestru osób aplikujących do programu także w przypadku przekroczenia liczby osób, którym można zapewnić udział w programie w ramach zaplanowanych środków finansowych. Informacja dotycząca liczby osób aplikujących do programu może stanowić podstawę do podjęcia przez Zarząd Województwa Mazowieckiego decyzji o zwiększeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe. Ocena zgłaszalności do programu monitorowana będzie na podstawie danych przedstawionych przez realizatorów programu zgodnie z załącznikiem D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/ końcowego.

Ad 2. Ocena jakości świadczeń w programie

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu oraz uczestników szkolenia. W przypadku uczestników programu z II oraz III grupy docelowej, jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji zgodnymi z treścią załączników C1 lub C2 do programu. Każdy uczestnik zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie Realizatorowi ankiety po:

1) udzieleniu uczestnikowi wszystkich interwencji, w których uczestniczył lub
2) rezygnacji z dalszego udziału w programie.

W przypadku kadry medycznej, tj.– III grupy docelowej, jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiety satysfakcji zgodnej z treścią załącznika C2 do programu. Każdy uczestnik szkolenia zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po zakończeniu szkolenia.

Ankiety mogą być prowadzone w formie papierowej lub w formie elektronicznej.

Analizy wyników ankiet satysfakcji muszą zawierać:

1) liczbę osób biorących udział w badaniu satysfakcji;
2) powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
3) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Realizator musi przedstawić odrębne analizy dla poszczególnych załączników. Sugeruje się, aby analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zawierała wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych. Analizy wyników ankiet mogą zawierać inne elementy, które realizator uzna za niezbędne lub pomocne.

Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu do konkretnego realizatora programu lub do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Realizator ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

Ad 3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o ilości wykonanych świadczeń w ramach programu - zgodnie z załącznikiem D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.

5.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w rozdziale 2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Realizator jest zobowiązany do przedłożenia po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji, sprawozdania końcowego ze świadczeń zrealizowanych w ramach programu. Sprawozdanie końcowe musi obejmować cały okres trwania programu oraz musi zawierać te same elementy, co sprawozdanie roczne. Sprawozdanie końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone w programie, które realizator uzna za niezbędne. W przypadku wprowadzenia modyfikacji w sprawozdaniu rocznym,

sprawozdanie końcowe musi również zostać zmodyfikowane. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Analiza sprawozdań pozwoli uzyskać dane na temat zgłaszalności do programu, a co za tym idzie zapotrzebowania na świadczenia w zakresie diagnozowania i leczenia czerniaków i innych nowotworów skóry wśród mieszkańców województwa mazowieckiego.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu 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. Raport końcowy przygotują pracownicy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie m.in. sprawozdań końcowych oraz innych danych otrzymanych od realizatorów programu.

Na podstawie, między innymi raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji.

6. Budżet programu polityki zdrowotnej

6.1. Koszty jednostkowe

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Definicje poszczególnych kategorii kosztów znajdują się w słowniczku na początku programu. Na potrzeby oszacowania kosztu wsparcia uczestnika programu, ustalono sztywną wartość kosztów pośrednich, wynoszącą 10% wartości kosztów bezpośrednich. W ramach kosztów pośrednich uwzględniono m.in. koszty przeprowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej, przygotowania materiałów edukacyjnych, informacyjnych i promocyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, koszty administracyjne, koszty personelu obsługowego oraz monitoringu i ewaluacji programu.

Budżet programu wynosi 1 200 000 zł. Na przeprowadzenie interwencji dla:

- I grupy docelowej – planuje się przeznaczenie ok. 20% środków (240 000,00 zł);
- II grupy docelowej – planuje się przeznaczenie ok. 60% środków (720 000,00 zł);
- III grupy docelowej – planuje się przeznaczenie ok. 20% środków (240 000,00 zł).

W związku z opracowywaniem projektu programu Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie przesłał zapytanie z prośbą o wycenę głównych świadczeń do 57 podmiotów prowadzących działalność leczniczą na terenie województwa mazowieckiego.

Wartości poszczególnych elementów kosztu jednostkowego zaproponowanego w programie są średnią arytmetyczną tych samych elementów z wycen uwzględnionych podczas analizy.

Tabela 2. Średnia wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika I oraz II grupy docelowej (źródło: opracowanie własne)[33]

Nazwa elementu	**Koszt jednostkowy elementu wraz z kosztami pośrednimi (zł)**
Kwalifikacja uczestnika do programu (*koszt przypadający na 1 uczestnika II grupy docelowej)*	125,71 zł
Edukacja zdrowotna uczestnika wraz z pre-testem i post-testem *(koszt przypadający na 1 uczestnika I lub II grupy docelowej)*	142,80 zł
Szkolenie uczestnika z zakresu samokontroli znamion (*koszt przypadający na 1 uczestnika II grupy docelowej)*	195,82 zł

Maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika I grupy docelowej wynosi **142,80** zł.

Maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika II grupy docelowej wynosi **464,33** zł.

W przypadku innej niż ww. szacunkowa liczba osób, które skorzystają ze świadczeń, środki można przeznaczyć zgodnie z realnym zapotrzebowaniem. Jednakże, suma kosztów nie może przekroczyć budżetu programu.

Tabela 3. Wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika III grupy docelowej (źródło: opracowanie własne)[34]

Nazwa elementu	**Koszt jednostkowy elementu wraz z kosztami pośrednimi (zł)**
Szkolenia personelu medycznego wraz z pre-testem i post-testem *(koszt przypadający na 1 uczestnika)*	357,14 zł

Maksymalny koszt udziału w programie jednej osoby III grupy docelowej wynosi **357,14** zł.

Powyższa kwota zawiera również koszt kwalifikacji uczestnika III grupy docelowej do programu.

Koszty przedstawione w tabelach 2 i 3 są kwotami maksymalnymi, jakie oferenci mogą przedstawić w swoich ofertach w ramach konkursu na wybór realizatora programu.

Szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji interwencjami można objąć około:

1680 uczestników I grupy docelowej, w tym:

- w 2026 r. 280 osób;
- w 2027 r. 700 osób;
- w 2028 r. 700 osób;

1550 uczestników II grupy docelowej, w tym:

- w 2026 r. 258 osób;

[33] Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 12 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe przypadające na 1 uczestnika.

[34] Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 11 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe przypadające na 1 uczestnika.

- w 2027 r. 646 osób;
- w 2028 r. 646 osób;

oraz 672 uczestników III grupy docelowej, w tym:

- w 2026 r. 112 osób;
- w 2027 r. 280 osób;
- w 2028 r. 280 osób.

6.2. Koszty całkowite

Okres realizacji Programu został zaplanowany na lata 2026-2028. Planowany budżet programu został określony w wysokości 1 200 000 zł, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2026 r.: 200 000 zł;
- 2027 r.: 500 000 zł;
- 2028 r.: 500 000 zł.

6.3. Źródła finansowania

Program zostanie sfinansowany ze środków własnych Województwa Mazowieckiego. W przypadku posiadania dodatkowych środków finansowanych w budżecie Województwa Mazowieckiego, budżet programu może zostać zwiększony.

Bibliografia

Publikacje:

- Kapka-Skrzypczak L., Dudra-Jastrzębska M., Czajka M., i inni, Charakterystyka kliniczna oraz molekularne podstawy nowotworów skóry, 2014, Lublin;
- Rutkowski P., Wysocki PJ., Kozak K.. et al. Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na czerniaki, 2024;
- Hałas P., Charakterystyka czerniaka oraz ocena poziomu wiedzy studentów na temat czerniaka złośliwego, 2017, Bydgoszcz;
- Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów; nr: OT.434.7.2025 „Profilaktyka nowotworów skóry", AOTMiT;
- Kamińska-Winciorek G, Placek W. The most common mistakes on dermatoscopy of melanocytic lesions. Postepy Dermatol Alergol. 2015; 32(1): 33–39, doi: 10.5114/pdia.2014.44029, indexed in Pubmed: 25821425;
- Sun Y., Shen Y., Liu Q., et al. Global trends in melanoma burden: A comprehensive analysis from the Global Burden of Disease Study, 1990-2021; Journal of the American Academy of Dermatology; 2024, (https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962224028937, dostęp: 26.05.2026 r.);
- Arnold M., Singh D, Laversanne M., et al. Global Burden of Cutaneous Melanoma in 2020 and Projections to 2040; JAMA Dermatol; 2022 (https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2790344, dostęp: 26.05.2026 r.);
- Huang J., Chai Chan S., Ko S., et al. Global Incidence, Mortality, Risk Factors and Trends of Melanoma: A Systematic Analysis of Registries; American Journal of Clinical Demartology; 2023 (https://link.springer.com/article/10.1007/s40257-023-00795-3 dostęp: 26.05.2026 r.);
- Opinia Rady Przejrzystości nr 121/2025 z dnia 14 lipca 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów skóry (dostęp: 05.05.2026 r.);
- Dummer R, Hauschild A, Lindenblatt N, et al. ESMO Guidelines Committee. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2015; 26 Suppl 5: v126–v132, doi: 10.1093/annonc/mdv297, indexed in Pubmed: 26314774;
- Przybylak Z., Kordus K. Badanie świadomości społeczeństwa odnośnie wpływu promieniowania UV na skórę. Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. K. Milanowskiej w Poznaniu; ogólnopolskie badanie ankietowe;
- Gajda M, Kamińska-Winciorek G. Do not let to be late: overview of reasons for melanoma delayed diagnosis. Asian Pac J Cancer Prev. 2014; 15(9): 3873–3877, indexed in Pubmed: 24935566;
- NFZ, Podstawowa opieka zdrowotna. Potencjał i jego wykorzystanie. Zarys analizy, Warszawa, styczeń – luty 2016;
- Stan i ruch naturalny ludności w województwie mazowieckiem w 2024 r.;
- Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów – profilaktyka nowotworów skóry – AOTMiT;
- Rocznik Statystyczny Województwa Mazowieckiego, Warszawa 2025;
- Mapy potrzeb zdrowotnych 2024 https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/.

Źródła internetowe:

- https://www.akademiaczerniaka.pl/o-czerniaku/nowotwory-zlosliwe-skory-rodzaje-i-objawy, dostęp: 26.05.2026 r.);
- https://www.mp.pl/pacjent/dermatologia/choroby/nowotworyskory/74371,czerniak, (dostęp: 25.05.2026 r.);
- https://www.akademiaczerniaka.pl/o-czerniaku/czerniak-co-to-jest, (dostęp: 25.05.2026 r.);
- Skin cancer statistics; World Cancer Research Fund; https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/skin-cancer-statistics/ (dostęp: 25.05.2026 r.);
- WHO resolution: Skin Diseases Recognised as a Global Public Health Priority (https://www.worldscabiesprogram.org/news-and-publications/news/2025/who-resolution-skin-diseases-recognised-as-a-global-public-health-priority/ dostęp: 26.05.2026 r.);
- Nauka w Polsce (PAP). Badanie potwierdza: choroby skóry istotnym źródłem stresu psychicznego (https://scienceinpoland.pap.pl/aktualnosci/news%2C98865%2Cbadanie-potwierdza-choroby-skory-istotnym-zrodlem-stresu-psychicznego.html, dostęp: 26.05.2026 r.).

Akty prawne:

- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych;
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2025 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- Uchwała nr 313/303/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 8 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pn.: „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022-2026”;
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 grudnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, Warszawa, 2025;
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026, Warszawa, 2021;
- Ustawa z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium;
- Rocznik Statystyczny Województwa Mazowieckiego, Warszawa 2025;

Załącznik A1. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania wraz z formularzem zgłoszeniowym[1] – I oraz II grupa docelowa (osoby pełnoletnie)

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego" (dalej zwany „programem") mieszkam na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego*.

Świadoma zgoda na udział w programie

- Oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu, oraz otrzymałam(em) wyczerpujące i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.
- Zostałam(em) poinformowana(y) o możliwości zgłaszania uwag do konkretnego realizatora programu lub do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie.
- Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Mazowieckiego.
- Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.
- Oświadczam, że nie byłem uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze w okresie ostatnich 2 lat.
- Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.
- Otrzymałem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

Formularz zgłoszeniowy (tylko dla uczestników II grupy docelowej):

Deklaruję wystąpienie co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka:

- jasna karnacja, oczy i włosy z predyspozycją do poparzeń słonecznych,
- rak skóry wśród członków rodziny,
- duża liczbą znamion i pieprzyków (>100),
- narażenie na długotrwałe promieniowanie słoneczne z tytułu wykonywanego zawodu,
- korzystanie z urządzeń do opalania się.

.....
Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia**

* Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

** Niepotrzebne skreślić.

Załącznik A2. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania – I grupa docelowa (osoby niepełnoletnie)

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego uczestnika

.....
Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

.....
Numer telefonu do kontaktu z rodzicem/opiekunem prawnym uczestnika

Oświadczenie o miejscu zamieszkania

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że w chwili aplikowania mojego dziecka do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego" (dalej zwany „programem") jest ono mieszkańcem województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego*.

Świadoma zgoda na udział w programie

- Oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące udziału mojego dziecka w programie oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.
- Zostałam(em) poinformowana(y), o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Mazowieckiego.
- Oświadczam, że nie byłem uczestnikiem innego programu o podobnym w okresie ostatnich 2 lat.
- Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w tym programie i jestem świadom faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny.
- Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.
- Oświadczam, że otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....
Miejscowość, data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oryginał/kopia**

* Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

** Niepotrzebne skreślić.

Załącznik A3. Wzór świadomej zgody – III grupa docelowa (personel medyczny)

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego" (dalej zwany „programem") pracuję w placówce na terenie województwa mazowieckiego.

Świadoma zgoda na udział w programie

- Oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.
- Zostałam(em) poinformowana(y) o możliwości zgłaszania uwag do konkretnego realizatora programu lub do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie.
- Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Mazowieckiego.
- Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.
- Oświadczam, że nie byłem uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze w okresie ostatnich 2 lat.
- Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.
- Otrzymałem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....

Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia*

* niepotrzebne skreślić

Załącznik B1. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie – pełnoletni uczestnicy

…….....

Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego”.

Powodem rezygnacji jest**:

……
……
…….

……

Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia*

* Niepotrzebne skreślić.

** Wskazanie powodu rezygnacji jest nieobowiązkowe

Załącznik B2. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie niepełnoletniego uczestnika I grupy docelowej

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego dziecka w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego".

Powodem rezygnacji jest**:

……
……
…….

……

Miejscowość, data i podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika

Oryginał/kopia*

* Niepotrzebne skreślić.

** Wskazanie powodu rezygnacji jest nieobowiązkowe

Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – II grupa docelowa

Ankieta ta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag dotyczących udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego" (dalej zwany „programem"). Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o wypełnienie ankiety i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-3 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:
1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. Jak ocenia Pani/Pan postawę personelu (życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość)?

   1 2 3 4 5

2. Jak ocenia Pani/Pan kompetencje osoby przeprowadzającej szkolenie z zakresu samokontroli znamion?

   1 2 3 4 5

3. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?

   1 2 3 4 5

4. Które z poniższych zagadnień poruszone podczas edukacji zdrowotnej było najbardziej interesujące?
   - ☐ czynniki ryzyka nowotworów skóry w szczególności czerniaka,
   - ☐ metody ochrony skóry przed nadmiernym narażeniem na promienie słoneczne,
   - ☐ samokontrola znamion i pieprzyków metodą ABCDE,
   - ☐ bezpośrednie skutki zdrowotne związane z nowotworami skóry
   - ☐ wszystkie wymienione.

5. Skąd dowiedział/a się Pani/Pan o możliwości aplikowania do programu?
   (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)
   - ☐ z pracy
   - ☐ z Internetu
   - ☐ od znajomych
   - ☐ z placówki medycznej
   - ☐ inne (jakie?) ……

6. Czy według Pana/Pani program powinien być kontynuowany w następnych latach?
   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

7. Jakie zmiany, według Pani/Pana opinii, powinny zostać wprowadzone do programu?

   .....

8. Inne uwagi

   .....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – III grupa docelowa (personel medyczny)

Ankieta ta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag dotyczących udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego" (dalej zwany „programem"). Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o wypełnienie ankiety i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-3 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:
1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. Jak ocenia Pani/Pan postawę personelu (życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość)?
   1 2 3 4 5
2. Jak ocenia Pani/Pan kompetencje eksperta przeprowadzającego szkolenie?
   1 2 3 4 5
3. Jak ocenia Pani/Pan organizację szkolenia (pomoce dydaktyczne, formę szkolenia, interakcję z prowadzącym)?
   1 2 3 4 5
4. Które z poniższych tematów poruszonych podczas szkolenia było najbardziej interesujące?
   - ☐ czynniki ryzyka nowotworów skóry w szczególności czerniaka,
   - ☐ metody ochrony skóry przed nadmiernym narażeniem na promienie słoneczne,
   - ☐ samokontrola znamion i pieprzyków metodą ABCDE oraz inne metody,
   - ☐ bezpośrednie skutki zdrowotne związane z nowotworami skóry,
   - ☐ wszystkie wymienione.
5. Skąd dowiedział/a się Pani/Pan o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)
   - ☐ z pracy
   - ☐ z Internetu
   - ☐ od znajomych
   - ☐ od rodziny
   - ☐ inne (jakie?) ……
6. Czy według Pana/Pani program powinien być kontynuowany w następnych latach?
   - ☐ Tak
   - ☐ Nie
7. Jakie zmiany, według Pani/Pana opinii, powinny zostać wprowadzone do programu?

…….

8. Inne uwagi

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety

Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego*

Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe* z realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego"

Dane realizatora: …… (nazwa, adres)

Nr umowy: ……

Sprawozdanie za okres: ……

Sprawozdanie z wykonania świadczeń w programie w okresie sprawozdawczym – I oraz II grupa docelowa

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób aplikujących do programu.	
2.	Liczba osób, która wzięła udział w co najmniej 1 interwencji w ramach programu.	
3.	Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie*.	
4.	Liczba osób, które wypełniły pre-test.	
5.	Liczba osób, które wypełniły post-test.	
6.	Liczba osób, które skorzystały ze szkolenia z zakresu samokontroli znamion.	
7.	Liczba osób, u których w post-teście wzrósł lub utrzymał się wysoki poziom wiedzy (ponad 75% prawidłowych odpowiedzi) z zakresu nowotworów skóry, obejmujące zagadnienia teoretyczne i praktyczne.	
8.	Liczba osób, które zadeklarowały prowadzenie samokontroli znamion po przebytym szkoleniu.	

* powody rezygnacji…….

Sprawozdanie z wykonania świadczeń w programie w okresie sprawozdawczym – III grupa docelowa

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób aplikujących do udziału w szkoleniu dla personelu medycznego.	
2.	Liczba przeprowadzonych szkoleń dla personelu medycznego (indywidualnie lub grupowo).	
3.	Liczba uczestników szkolenia dla personelu medycznego .	
4.	Liczba uczestników, którzy wypełnili pre-test.	
5.	Liczba uczestników, którzy wypełnili post-test.	
6.	Liczba uczestników szkolenia dla personelu medycznego, u których odnotowano wzrost wiedzy lub utrzymanie się wysokiego poziomu wiedzy w post-teście (ponad 75% prawidłowych odpowiedzi).	

Sprawozdanie z osiągniecia mierników efektywności programu (dot. sprawozdania końcowego)

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Odsetek osób (uczestnicy I oraz II grupy docelowej), u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki nowotworów skóry, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (dotyczy celu głównego).	
2.	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego (III grupa docelowa), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test (dotyczy celu szczegółowego nr 1).	
3.	Odsetek osób decydujących się na prowadzenie samokontroli znamion (z II grupy docelowej), zgodnie z zasadami zaprezentowanymi na szkoleniach, względem wszystkich osób biorących udział w szkoleniu (dotyczy celu szczegółowego nr 2).	

Uwagi:

.....

Część opisowa, zawierająca m.in. informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz opis podjętych działań modyfikujących:

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji **C1** za okres sprawozdawczy.

Pytanie	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Liczba odpowiedzi**
1. Jak ocenia Pani/Pan postawę personelu (życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość)?						
2. Jak ocenia Pani/Pan kompetencje osoby przeprowadzającej szkolenie z zakresu samokontroli znamion?						
3. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?						

4. Które z poniższych tematów poruszonych podczas szkolenia było najbardziej interesujące?	**Liczba odpowiedzi**
czynniki ryzyka nowotworów skóry w szczególności czerniaka	
metody ochrony skóry przed nadmiernym narażeniem na promienie słoneczne	
samokontrola znamion i pieprzyków metodą ABCDE oraz inne metody	
bezpośrednie skutki zdrowotne związane z nowotworami skóry	
wszystkie wymienione	

5. Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości aplikowania do programu?	**Praca**	**Internet**	**Znajomi**	**Placówka medyczna**	**Inne****	**Liczba odpowiedzi**

Pytanie	**Tak**	**Nie**	**Liczba odpowiedzi**
6. Czy uważają Państwo, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?			

**Wypisać odpowiedzi

……

7. Jakie zmiany, według Pani/Pana opinii, powinny zostać wprowadzone do programu? (wypisać odpowiedzi)

……

8. Inne uwagi

(wypisać odpowiedzi).

……

Analiza wyników ankiet satysfakcji **C2** za okres sprawozdawczy.

Pytanie	1	2	3	4	5	Liczba odpowiedzi
1. Jak ocenia Pani/Pan postawę personelu (życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość)?						
2. Jak ocenia Pani/Pan kompetencje eksperta przeprowadzającego szkolenie?						
3. Jak ocenia Pani/Pan organizację szkolenia (pomoce dydaktyczne, formę szkolenia, interakcję z prowadzącym)?						

4. Które z poniższych tematów poruszonych podczas szkolenia było najbardziej interesujące?	Liczba odpowiedzi
czynniki ryzyka nowotworów skóry w szczególności czerniaka	
metody ochrony skóry przed nadmiernym narażeniem na promienie słoneczne	
samokontrola znamion i pieprzyków metodą ABCDE oraz inne metody	
bezpośrednie skutki zdrowotne związane z nowotworami skóry	
wszystkie wymienione	

5. Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości aplikowania do programu?	Praca	Internet	Znajomi	Rodzina	Inne**	Liczba odpowiedzi

Pytanie	Tak	Nie	Liczba odpowiedzi
6. Czy uważają Państwo, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?			

7. Jakie zmiany, według Pani/Pana opinii, powinny zostać wprowadzone do programu?

(wypisać odpowiedzi)

……

8. Inne uwagi

(wypisać odpowiedzi).

……

Analiza wyników oświadczenia uczestników	
Czynnik ryzyka	Liczba osób które deklarują wystąpienie danego czynnika
jasna karnacja, oczy i włosy z predyspozycją do poparzeń słonecznych	
rak skóry wśród członków rodziny	
duża liczbą znamion i pieprzyków (>100)	
narażenie na długotrwałe promieniowanie słoneczne z tytułu wykonywanego zawodu	
korzystanie z urządzeń do opalania się	

.....

Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....

Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie

Załącznik E. Wzór testu wiedzy uczestników „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego" na lata 2026-2028

Test ma za zadanie ocenić poziom Pani/Pana wiedzy z zakresu profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry.

Proszę o wypełnienie testu. W pytaniach należy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

Pre-test/post-test*

1. **Czerniak charakteryzuje się**:
   a. powolnym wzrostem
   b. szybkim wzrostem
   c. niezwykle dynamicznym wzrostem

2. **Czerniak może być:**
   a. nowym znamieniem na skórze
   b. może powstać z już istniejącego zdrowego znamienia
   c. a i b prawidłowe

3. **Charakterystyczne cechy czerniaka to:**
   a. regularne brzegi, mały rozmiar, w kolorze czerni
   b. asymetryczny kształt, nieregularne brzegi i kolor w różnych odcieniach czerni
   c. nieregularne brzegi, duży rozmiar, w kolorze ciemnej czerwieni

4. **Czerniak może pojawić się:**
   a. tylko w jednym miejscu na skórze
   b. kilku miejscach na ciele, jedno ognisko choroby nie wyklucza pojawienia się kilku innych
   c. max w trzech miejscach na skórze

5. **Najlepszą ochronę przed promieniami słonecznymi stanowi krem z filtrem SPF:**
   a. co najmniej 50
   b. 30
   c. nie ma znaczenia

6. **Melanocyty to:**
   a. komórki barwnikowe wytwarzające melaninę, odpowiedzialną za kolor skóry, które ulegają złośliwym przemianom.
   b. komórki krwi
   c. komórki somatyczne

7. Co powoduje oparzenie skóry spowodowane promieniowaniem UV:

a. zwiększone ryzyko czerniaka
b. trwałe blizny na skórze
c. nie ma wpływu na zdrowie, ponieważ skóra szybko się regeneruje

8. Solaria zwiększają ryzyko nowotworów skóry:

a. tak
b. nie
c. czasami

9. Profilaktyka czerniaka polega na:

a. smarowaniu skóry kremami nawilżającymi
b. zażywaniu witaminy C
c. unikania przebywania w pełnym słońcu w godzinach 11.00-16.00 i stosowania filtrów UV

10. Które z poniższych są środkami ochrony przeciwsłonecznej:

a. krem z filtrem UV, witamina C stosowana doustnie, odzież z filtrem UV, picie dużej ilości wody
b. parasole z filtrem UV, olej z pestek malin stosowany na skórę, krem z filtrem UV, odzież z filtrem UV
c. krem z filtrem UV, odzież z filtrem UV, nakrycie głowy z filtrem UV, parasole z filtrem UV

Bardzo dziękujemy za wypełnienie testu

*niepotrzebne skreślić

Klucz odpowiedzi do testu wiedzy dla uczestników programu.

1. c

2. c

3. b

4. b

5. a

6. a

7. a

8. a

9. c

10. c

Dopuszcza się modyfikowanie przez realizatora zaproponowanego testu wiedzy w taki sposób, aby był dostosowany do wieku i percepcji uczestnika go wypełniającego.

Test musi składać się z minimum 10 pytań w formie testowej (abc).

Załącznik F. Wzór kwartalnego sprawozdania kosztowego

Kwartalne sprawozdanie kosztowe z realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry dla mieszkańców województwa mazowieckiego" na lata 2026-2028

Dane realizatora: ……(nazwa, adres)

Nr umowy: ……

Sprawozdanie za okres: ……

Lp.	Nazwa wskaźnika	Liczba wykonanych świadczeń
1.	Liczba przeprowadzonych **kwalifikacji uczestników** do programu (uczestników II grupy docelowej).	
2.	Liczba uczestników (I oraz II grupy docelowej), którzy zostali poddani **edukacji zdrowotnej wraz z pre- oraz post-testem**.	
3.	Liczba uczestników (II grupy docelowej), których **przeszkolono z zakresu samokontroli znamion**.	
4.	Liczba osób z personelu medycznego (III grupa docelowa), których **przeszkolono wraz z pre- oraz post-testem**.	

……
Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

……
Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie