



Rekomendacja nr 150/2025

z dnia 17 października 2025 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów skóry

Prezes Agencji rekomenduje przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki nowotworów skóry, szkoleń z zakresu samokontroli znamion, szkoleń dla personelu medycznego.

Uzasadnienie

Niniejsza rekomendacja stanowi aktualizację Rekomendacji nr 7/2020 z dnia 30 listopada 2020 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 zgodnie z art. 48aa ust. 8. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

Prezes Agencji biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, odnalezione dowody naukowe, opinie ekspertów klinicznych, obowiązujące przepisy prawa oraz dane epidemiologiczne dotyczące nowotworów skóry, zaleca przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ):

- działań edukacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem: ochrony przed promieniowaniem UV, czynników ryzyka i bezpośrednich skutków zdrowotnych związanych z nowotworami skierowanych do populacji ogólnej, w szczególności populacji pediatrycznej;
- szkolenia z zakresu samokontroli znamion dla osób z grupy wysokiego ryzyka;
- szkoleń dla personelu medycznego w zakresie zalecanych przez rekomendacje m.in.: metod profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów skóry.

Dostępne dane epidemiologiczne, potwierdzają celowość realizacji działań profilaktycznych w zakresie raka skóry. Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) w Polsce w 2022 roku odnotowano 4 028 przypadków czerniaka skóry (surowy współczynnik zapadalności 10,74/100 tys.) i 15 716 przypadków innych złośliwych nowotworów skóry (surowy współczynnik zapadalności 41,55/100 tys.). We wskazanym okresie odnotowano łącznie 2 686 przypadków zgonów z powodu nowotworów skóry z czego połowa dotyczyła czerniaka.

W wytycznych zwraca się uwagę, że kluczowym elementem profilaktycznym nowotworów skóry są działania informacyjno-edukacyjne. W wytycznych nie odnaleziono bezpośrednich zaleceń, które wskazywałyby na zasadność prowadzenia w populacji ogólnej przesiewowych badań dermatoskopowych ukierunkowanych na wykrywanie nowotworów skóry. Dopuszcza się natomiast możliwość realizacji tego typu badań w wariacie oportunistycznym, czyli u pacjentów, u których występuje wysokie ryzyko zachorowania na nowotwory skóry. W ocenie towarzystw naukowych może to wpłynąć na wcześniejszą identyfikację nowotworów, a tym samym zwiększyć szanse na ich skuteczne wyleczenie.

Programy polityki zdrowotnej prowadzone przez JST mogą stanowić uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w tym programów profilaktycznych, a także kampanii społecznych (np. „Euromelanoma”) realizowanych w skali całego kraju.

Niniejsza rekomendacja obejmuje zarówno etapy realizowane przez podmiot wdrażający projekt programu polityki zdrowotnej, jak i te przeprowadzane przez jego realizatora. Szczegóły przedstawiono w dalszej części poświęconej warunkom realizacji programu.

1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Rak skóry stanowi niejednorodną grupę nowotworów pochodzenia nabłonkowego i zajmuje pierwsze miejsce w statystyce onkologicznych chorób skóry. Najczęściej występuje: rak podstawnokomórkowy, kolczystokomórkowy oraz czerniak.

Rak podstawnokomórkowy (BBC) wywodzi się z podstawnych komórek nabłonka mieszkająca włosowego okolicy wyrzuczenia włosów anagenowych, komórek macierzy włosa lub pluripotencjalnych komórek naskórka. Zazwyczaj charakteryzuje się wolnym przebiegiem, miejscową złośliwością i niską śmiertelnością. Może niekiedy prowadzić do znacznych destrukcji otaczających tkanek i narządów, naciekania i deformacji chrząstek, a nawet kości.

Rak kolczystokomórkowy (SCC) wywodzi się z komórek keratynizujących naskórka i charakteryzuje się powolnym wzrostem, zdolnością do tworzenia przerzutów, a późno zdiagnozowany może prowadzić do destrukcji otaczających tkanek i powstania poważnych defektów estetycznych. Ryzyko tworzenia przerzutów szacuje się na ok. 4% wszystkich przypadków SCC.

Czerniak (kod ICD-10: C43 – czerniak złośliwy skóry) jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z neuroektodermalnych komórek melanocytarnych skóry, rzadziej gałki ocznej, błon śluzowych lub bez ustalonego ogniska pierwotnego. Podejrzenie czerniaka skóry mogą nasuwać zmiany skóry, które rozwinęły się de novo lub na podłożu znamienia barwnikowego (zgrubienie, zmiana powierzchni, zabarwienia i brzegów lub wystąpienie swędzenia i/lub krwawienia). Kliniczne objawy są niekiedy grupowane w systemach mających ułatwić rozpoznawanie. Najbardziej znany jest system ABCDE, używany głównie do celów dydaktycznych, gdyż pozwala na identyfikację jedynie części czerniaków.

Najważniejszym elementem pozwalającym na wczesne rozpoznanie choroby jest badanie skóry, które powinno być wykonywane 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, stopy, przestrzenie międzypalcowe, okolice narządów płciowych i odbytu). Badaniem wykorzystywanym we wstępnej diagnostyce jest dermatoskopia. Najprostsza technika dermatoskopowa, to tzw. trzypunktowa skala dermatoskopowa wg Argenziano. Inne metody analizy, w tym metoda demoskopowa ABCD, analiza wzorca, skala siedmiopunktowa, metoda Menzies lub algorytm CASH (color, architecture, symmetry, homogeneity), charakteryzuje porównywalna czułość przy nieco większej swoistości. Należy podkreślić, że te systemy oceny dermatoskopowej nie znajdują zastosowania w ocenie zmian w „lokalizacjach szczególnych”, w tym zmian na skórze dłoni i stóp, na skórze owłosionej głowy, skórze twarzy lub błonach śluzowych jamy ustnej oraz narządów płciowych. W takich przypadkach niezbędne jest zastosowanie algorytmów dermatoskopowych opracowanych odrębnie dla specyfiki skóry w każdej lokalizacji.

Z danych KRN za 2022 r. wynika, że liczba przypadków zachorowań na czerniaka skóry wyniosła 4 028 (najwięcej w województwie mazowieckim 604, najmniej w opolskim 92), a współczynnik surowy zapadalności na ten typ nowotworu 10,74/100 tys. przypadków (najwyższy w województwie podlaskim – 14,92/100 tys., najniższy w dolnośląskim 7,5/100 tys.). W odniesieniu natomiast do innych złośliwych nowotworów skóry, wystąpiło 15 716 przypadków zachorowań (zachorowalność dla całego kraju 41,55/100 tys.). Odnośnie liczby zgonów w 2022 r. odnotowano ich po 1 343 z powodu czerniaka i innych nowotworów złośliwych skóry (surowy wskaźnik umieralności dla całego kraju wynosił zarówno dla czerniaka jak i pozostałych nowotworów skóry 3,55/100 tys.).

Z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych w 2023 r. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), zrealizowano łącznie 109 785 porad związanych z czerniakiem złośliwym oraz 217 032 porad nacelowanych na inne nowotwory złośliwe skóry. Najwięcej porad z tego zakresu wykonano w województwie mazowieckim (18 324 dla czerniaka i 34 100 dla innych nowotworów skóry).

2. Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych w odniesieniu do ocenianej technologii

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono do analizy rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania wydane przez: National Cancer Institute (NCI 2025), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2025), The Australasian College of Dermatologists (ACD 2024), Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy (NIO-PIB 2024a, NIO-PIB 2024b), The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2024), U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC 2024a, CDC 2024b), US Preventive Services Task Force (USPSTF 2023). Ponadto ujęto także wytyczne z poprzedniej rekomendacji wydane przez: American Academy of Dermatology (AAD 2020), The Australasian College of Dermatologists (ACD 2019), European Society for Medical Oncology (ESMO 2019), Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK 2019), USPSTF 2018 i 2016, Cancer Council Australia (CCA 2017), SIGN 2017, National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016a, NICE 2016b, NICE 2015a, NICE 2015b), Polskie Towarzystwo Dermatologów (PTD 2015).

Podsumowanie najważniejszych informacji z rekomendacji włączonych do analizy:

Populacja docelowa działań profilaktycznych

- Zgodnie z zapisami rekomendacji, działaniami profilaktycznymi w kierunku nowotworów skóry powinna być objęta populacja ogólna, z uwagi na powszechność głównego czynnika ryzyka jakim jest promieniowanie ultrafioletowe (NCI 2025, SIGN 2025, ACD 2024, RACGP 2024, NIO-PIB 2024a, NIO-PIB 2024b, CDC 2024a, CDC 2024b, AAD 2020, ACD 2019, PTOK 2019, ESMO 2019, USPSTF 2018, CCA 2017, SIGN 2017, NICE 2016a, NICE 2016b, PTD 2015, NICE 2015a, NICE 2015b).
- Zaznacza się także istotność realizacji działań profilaktycznych w populacji wysokiego ryzyka wystąpienia nowotworów skóry. Dotyczy to w szczególności osób o jasnej karnacji, oczach i włosach, z predyspozycją do poparzeń słonecznych, ze znaczną ilością pieprzyków i znamion oraz z rodzinną lub osobistą historią występowania tych nowotworów (SIGN 2025, RACGP 2024, NIO-PIB 2024b, CDC 2024b, AAD 2020, ACD 2019, USPSTF 2018, CCA 2017, NICE 2016a, USPSTF 2016).
- Zaleca się, aby działaniami profilaktycznymi objąć populację dzieci i młodzieży (SIGN 2025, CDC 2024a, ACD 2019, USPSTF 2018, RAGCP 2018, CCA 2017, USPSTF 2016, NICE 2016a), pomimo faktu, że nowotwory te w tej populacji występują rzadko, to zasadne jest kształtowanie pozytywnych zachowań zdrowotnych skoncentrowanych na ochronie przed promieniowaniem UV (SIGN 2025, CDC 2024a).

Działania edukacyjne

- Realizacja działań informacyjno-edukacyjnych jest kluczowym elementem profilaktycznym nowotworów skóry. Działania te powinny dotyczyć populacji ogólnej z uwagi na powszechność głównego czynnika ryzyka oraz wysoki potencjał prewencyjny tej grupy nowotworów (NCI 2025, SIGN 2025, ACD 2024, RACGP 2024, CDC 2024a, CDC 2024b).
- Zakres przekazywanych pacjentom informacji powinien uwzględniać kwestię szkodliwości stałej ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe (NCI 2025, SIGN 2025, ACD 2024, RACGP 2024, CDC 2024a, CDC 2024b, ADA 2020, ACD 2019, ESMO 2019, Nice 2016, NICE 2015).
- W ramach edukacji należy poruszyć kwestie istotności stosowania środków ochrony osobistej przeciwko promieniom słonecznym (kapelusze, ubiór, pozostawanie w cieniu w czasie największej intensywności słońca, stosowanie kremów z filtrem), zaznajomienia się z wyglądem własnej skóry i obecnych na niej pieprzyków i znamion (NCI 2025, SIGN 2025, ACD 2024, RACGP 2024, CDC 2024a, CDC 2024b), a także przekazywać informacje o czynnikach ryzyka i bezpośrednich skutkach zdrowotnych związanych z nowotworami skóry (ADA 2020, ACD 2019, ESMO 2019, NICE 2016).
- Pacjentów należy zachęcić do regularnych kontroli powierzchni ciała oraz znamion, z jednoczesnym poinformowaniem o konieczności kontaktu z lekarzem w sytuacji zaobserwowania niepokojących zmian (NCI 2025, SIGN 2025, ACD 2024, RACGP 2024, CDC 2024a, CDC 2024b).

- Pacjent powinien zostać poinformowany na temat istoty prowadzenia samokontroli znamion, które przejawiają cechy zmiany nowotworowej. Docelową metodą prowadzenia samokontroli znamion i pieprzyków jest tzw. metoda ABCDE (PTOK 2019, ESMO 2019).
- Stosowanie środków miejscowych na skórę uszkodzoną przez słońce może być związane z działaniami niepożądanymi w postaci rumienia, podrażnienia skóry i strupów (NCI 2025).
- Kremy z filtrem słonecznym mogą być związane z wystąpieniem działań niepożądanych, choć w zdecydowanej większości przypadków są one łagodne i obejmują głównie reakcję alergiczną skóry (NCI 2025).
- Zaleca się prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego. Tematyka szkoleń powinna przede wszystkim obejmować: prowadzenie oceny znamion z wykorzystaniem metody ABCDE, czynniki ryzyka wystąpienia raka skóry oraz metod ochrony skóry przed nadmiernym narażeniem na promienie słoneczne (SIGN 2017, NICE 2015a). Prowadzenie szkoleń w zakresie korzystania z dermatoskopii poprawia precyzję diagnostyczną omawianego narzędzia, jednak może negatywnie wpłynąć na czułość badania w przypadku dermatologów niebędących ekspertami bądź niedoświadczonych w stosowaniu tego instrumentu (SIGN 2025).

Badania przesiewowe

- W ramach rekomendacji odnoszących się do kwestii realizacji badań przesiewowych w kierunku nowotworów skóry, wskazuje się na brak zasadności realizacji populacyjnych badań przesiewowych. Dotyczy to zarówno zastosowania dermatoskopii jak i oceny zmian naskórných metodą ABCDE (ACD 2024, NIO-PIB 2024a, NIO-PIB 2024b, USPSTF 2023). Mimo to jednak towarzystwa naukowe dostrzegają pewien potencjał w realizacji badań przesiewowych w wariacie oportunistycznym. Wdrożenie ich w populacjach wysokiego ryzyka może prowadzić do wczesnej identyfikacji przypadków tych nowotworów, co może zwiększyć szanse na ich skuteczne wyleczenie (ACD 2024, RACGP 2024).

3. Dowody naukowe

Do analizy włączono 25 publikacji: w tym 17 odnalezionych w ramach aktualizacji (12 metaanaliz, 5 przeglądów systematycznych) oraz 8 przeglądów systematycznych/metaanaliz ujętych w poprzedniej rekomendacji. Analizie poddano dowody wtórne (przeglądy systematyczne i metaanalizy), które stanowią zbiorcze podsumowanie dowodów pierwotnych.

Poniżej przedstawiono kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych dla populacji spójnej z niniejszą rekomendacją – dalsze szczegóły znajdują się w Raporcie Analitycznym Agencji.

3.1 Wnioski z analizy dowodów naukowych

Badania przesiewowe:

- Badania w kierunku raka kolczystokomórkowego prowadzone przez doświadczonego dermatologa:
 - w przypadku skojarzenia badania fizykalnego z innymi metodami obrazowania:
 - czułość – 79,0% [95%CI: (0,628; 0,893)];
 - swoistość – 89,1% [95%CI: (0,705; 0,965)];
 - w przypadku skojarzenia dermatoskopii z innym obrazowaniem:
 - czułość – 83,7% [95%CI: (0,766; 0,890)];
 - swoistość – 87,4% [95%CI: (0,789; 0,928)] (Chen 2025).
- Badanie diagnostyczne w kierunku czerniaka skóry, prowadzone przez doświadczonego dermatologa:
 - w przypadku zastosowania badania fizykalnego w połączeniu z innym obrazowaniem:
 - czułość – 76,9% [95%CI: (0,693; 0,831)];
 - swoistość – 89,1% [95%CI: (0,769; 0,953)];
 - w przypadku zastosowania dermatoskopii w połączeniu z innym obrazowaniem:
 - czułość – 85,7% [95%CI: (0,825; 0,883)];
 - swoistość – 81,3% [95%CI: (0,763; 0,854)] (Chen 2025).
- Refleksyjna mikroskopia konfokalna, stosowa w kierunku wykrycia czerniaka skóry:
 - czułość – 94% [95%CI: (0,87; 0,98)];
 - swoistość – 76% [95%CI: (0,67; 0,85)].
- Badania w kierunku czerniaka skóry, przy wykorzystaniu dermatoskopii:
 - czułość – 84% [95%CI: (0,71; 0,95)];
 - swoistość – 47% [95%CI: (0,31; 0,63)] (Liu 2024).
- Dermatoskopia we wczesnym wykrywaniu nowotworów skóry:
 - czułość – 71% [95%CI: (67-76%)];
 - swoistość – 81% [95%CI (78-84%)] (Carapeba 2019, Hao 2019, Lan 2019)
- Stosowanie zasady ABCDE wraz z dermatoskopią we wczesnym wykrywaniu nowotworów skóry:
 - czułość - 85% [95%CI: (73-93%)];
 - swoistość - 72% [95%CI: (65-78%)] (Harrington 2017).
- Stosowania tzw. zasady 7-punktowej kontroli znamion wraz z dermatoskopią:
 - czułość - 77% [95%CI: (61-88%)];
 - swoistość - 80% [95%CI: (59-92%)] (Harrington 2017).

- Wykrywanie nowotworów skóry na podstawie obrazów dermatoskopowych z wykorzystaniem metod sztucznej inteligencji:
 - czułość – 87,0% [95%CI: (0,817; 0,909)];
 - swoistość – 77,1% [95%CI: (0,698; 0,830)] (Salinas 2024).
- Wykrywanie nowotworów skóry na podstawie obrazów dermatoskopowych analizowanych przez lekarzy ogółem:
 - czułość 79,8% [95%CI: (0,732; 0,851)];
 - swoistość 73,6% [95%CI: (0,665; 0,796)] (Salinas 2024).
- Realizacja przez pacjenta działań z zakresu samokontroli stanu własnej skóry, w celu identyfikacji podejrzanych zmian skórnych o odmiennej pigmentacji:
 - czułość – 58,6% [95%CI: (0,541; 0,630)];
 - swoistość – 82,1% [95%CI: (0,533; 0,948)] (Jiyad 2022).
- Prowadzenia samokontroli znamion przez okres:
 - 2-3 miesiące to ponad dwukrotnie wyższa szansa wykrycia nowotworu skóry we wczesnym stadium: OR=2,31 [95%CI: (1,90-2,82)];
 - 6-7 miesięcy to ponad dwukrotnie wyższa szansa wykrycia nowotworu skóry we wczesnym stadium: OR=2,03 [95%CI: (1,58-2,61)];
 - dłużej niż 1 rok, to prawie dwukrotna szansa na wykrycie zmian nowotworowych skóry we wczesnym stadium: OR=1,93 [95%CI: (1,38- 2,70)].
- Zastosowanie przez lekarza całościowego badania skóry wiąże się ze wzrostem liczby wykrywanych, we wczesnym stadium, czerniaków oraz innych nowotworów. W efekcie tego wzrasta wskaźnik zapadalności na czerniaka (wzrost z 1,6/100 tys. do poziomu 24/100 tys.) oraz na inne nowotwory skóry (wzrost z 16,5/100 tys. do poziomu 50,2/100 tys.). Dochodzi również do wzrostu wskaźnika wcześniej wykrywanych przypadków czerniaka skóry z poziomu 0,3/100 tys. do nawet 9,0/100 tys. osób. Wraz ze wzrostem ww. wskaźników dochodzi także do spadku wskaźników umieralności na ten typ nowotworów (Brunssen 2016).

Czynniki ryzyka

- Poparzenie słoneczne w dzieciństwie, niezależnie od jego ciężkości, wpływa istotnie statystycznie na zwiększenie szansy wystąpienia raka podstawnokomórkowego skóry – OR=1,43 [95%CI: (1,19; 1,72)] (Lashway 2023).
- Korzystanie z kremów przeciwsłonecznych jest działaniem profilaktycznym, determinującym istotnie statystycznie obniżenie szans wystąpienia raka skóry – OR=0,51 [95%CI: (0,34; 0,77)] (Li 2022).
- Częsta ekspozycja na promienie słoneczne, w związku z pracą zawodową i/lub czasem wolnym, jest istotnie statystycznie powiązana ze wzrostem szans wystąpienia raka skóry – OR=3,22 [95%CI: (2,16; 4,81)].
- Wykazano, że korzystanie przez pacjenta z domowych urządzeń do opalania się, niezależnie od typu, mogą prowadzić do istotnego statystycznie zwiększenia ryzyka wystąpienia:
 - wczesnego raka skóry niebędącego czerniakiem – RR=1,81 [95%CI: (1,38; 2,37)];
 - wczesnego raka kolczystokomórkowego skóry – RR=1,99 [95%CI: (1,48; 2,68)];
 - raka kolczystokomórkowego skóry – RR=1,58 [95%CI: (1,38; 1,81)];
 - wczesnego raka podstawnokomórkowego skóry – RR=1,79 [95%CI: (1,15; 2,77)];
 - raka podstawnokomórkowego skóry – RR=1,24 [95%CI: (1,00; 1,55)] – wynik na granicy istotności statystycznej;
 - wczesnego czerniaka skóry – RR=1,75 [95%CI: (1,14; 2,69)];
 - soczewicowatego czerniaka złośliwego – RR=2,83 [95%CI: (1,37; 5,84)] (An 2021).

Działania informacyjno-edukacyjne:

- Działania edukacyjne wpływają na częstsze stosowanie ochrony przed słońcem i zwiększone prawdopodobieństwo udziału w testach genetycznych związanych z rakiem skóry (Chang 2024).
- Wykazano, że realizacja działań edukacyjnych dla personelu medycznego, z zakresu badań dermatoskopowych, determinuje istotne statystycznie podwyższenie szansy na zwiększenie precyzji diagnostycznej tych badań – OR=1,27 [95%CI: (1,05; 1,55)] (Gonna 2022).
- Działania edukacyjne nakierowane na promowanie prozdrowotnych zachowań w zakresie raka skóry:
 - zwiększają o 24% odsetek osób decydujących się na prowadzenie regularnych samokontroli znamion;
 - obniżają o 15-26% częstotliwość zgłaszania oparzeń słonecznych (Herinkson 2018).

4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

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

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

Od 2020 roku w Polsce realizowana jest Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO), będąca strategicznym i kompleksowym programem wyznaczającym kierunki rozwoju w obszarze onkologii. Celem nadrzędnym NSO jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej, a także zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach jak również poprawa jakości życia w trakcie i po ukończonym leczeniu.

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

5. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego oraz wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji

Treści przedstawione w tej części rekomendacji zostały oparte o odnalezione dowody naukowe, wytyczne kliniczne, wnioski płynące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej z omawianego zakresu oraz opinie ekspertów. Rekomendowane przez Prezesa Agencji technologie medyczne/działania wraz z warunkami ich realizacji oraz sposobem monitorowania i ewaluacji zostały przygotowane z uwzględnieniem obowiązującego wzoru programu polityki zdrowotnej.

Opracowane modelowe rozwiązanie stanowi optymalne i uniwersalne rozwiązanie możliwe do wdrożenia przez jednostkę samorządu terytorialnego na dowolnym szczeblu. Niemniej jednak w celu dostosowania rozwiązań do potrzeb i możliwości jednostek samorządu terytorialnego, w poszczególnych elementach programu przedstawiono kilka wariantów rozwiązań, lub ramy, w jakich poruszać się można przy realizacji programu. Ostateczny kształt programu polityki zdrowotnej ustalany powinien być przez decydentów planujących realizację programu.

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476).

5.1 Uzasadnienie wprowadzenia PPZ

5.1.1 Dane epidemiologiczne

Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikować obszary, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dostępne dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawią jego sytuację na tle kraju.

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych.

5.1.2 Opis obecnego postępowania

Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu obecnego postępowania i wprowadzić ewentualne zmiany.

5.2 Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%” (procent) oraz „..... p.p.” (punkty procentowe). Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profilu populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym

postępowaniem jest nawiązanie dialogu z przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

5.2.1 Cel główny

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

* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.

5.2.2 Cele szczegółowe

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

5.2.2.2 Zwiększenie o% liczby osób prowadzących samokontrolę znamion wśród uczestników szkolenia z zakresu samokontroli.

* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.

5.2.3 Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	<p>Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* w zakresie profilaktyki nowotworów skóry, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.</p> <p><i>(Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach)</i></p> <p>* wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p>
5.2.2.1.	<p>Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.</p> <p><i>(Iloraz liczby przedstawicieli personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby przedstawicieli personelu medycznego którzy wzięli udział w szkoleniach skierowanych do tej grupy osób. Wynik wyrażony w procentach)</i></p> <p>* wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p>
5.2.2.2.	<p>Odsetek osób decydujących się na prowadzenie samokontroli znamion, zgodnie z zasadami zaprezentowanymi na szkoleniach, względem wszystkich osób biorących udział w szkoleniu.</p> <p><i>(Iloraz liczby osób decydujących się na prowadzenie samokontroli do liczby osób która wzięła udział w szkoleniach samokontroli znamion. Wynik wyrażony w procentach).</i></p>

5.3 Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Istotne jest określenie liczebności populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większy odsetek populacji zostanie włączony do PPZ, tym większe są możliwości zaobserwowania efektów zdrowotnych we wskaźnikach epidemiologicznych.

Liczebność populacji docelowej powinna zostać oszacowana dla każdego z etapów PPZ. Niezbędne jest wskazanie na źródła danych (liczba uczestników w danej grupie wiekowej z podziałem na płeć np. w oparciu o dane z Głównego Urzędu Statystycznego) i wykorzystanych odniesień do literatury, opis przyjętych założeń oraz przedstawienie wykonanych obliczeń. Należy skupić się na przedstawieniu danych lokalnych, czyli dotyczących obszaru, na którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej.

5.3.1 Populacja docelowa

- Edukacja prowadzona w ramach programu skierowana jest do populacji ogólnej.
- Z uwagi na zróżnicowane potrzeby, zaleca się wydzielenie subpopulacji o spójnych potrzebach edukacyjnych i informacyjnych (np. grupy wiekowe). Forma oraz treść prowadzonych działań powinna być dostosowana do uczestników. Każda z subpopulacji powinna być zdefiniowana niezależnie, zaś działania skierowane do różnych subpopulacji mogą być prowadzone równolegle.
- Szkolenia personelu medycznego skierowane do personelu medycznego w szczególności mającego kontakt z uczestnikami PPZ.
- Szkolenia z samokontroli znamion, skierowane są do osób przynależących do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka (grupy wysokiego ryzyka – patrz tabela w rozdziale 5.3.2.).

5.3.2 Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

UWAGA: Na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach. Każde dodatkowo wprowadzane kryterium powinno zostać wyczerpująco uzasadnione. Przy wprowadzaniu dodatkowych kryteriów należy pamiętać o zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym wszelkie wprowadzane kryteria powinny być oparte wyłącznie na przesłankach merytorycznych, np. danych epidemiologicznych przytaczanych z wiarygodnych źródeł. Możliwe jest jedynie zawężenie populacji względem tej, która została określona w treści niniejszej rekomendacji.

Z uwagi na możliwą zmienność poziomu dostępnych zasobów w kolejnych latach realizacji PPZ, sugerowanym jest opisanie w treści projektu PPZ postępowania pozwalającego na dostosowywanie kryteriów do możliwości jednostki (np. harmonogram aktualizowany w oparciu o dane pochodzące z monitorowania realizacji PPZ) zamiast deklarowania stosowania zawężenia kryteriów na określonym, stałym poziomie. Informacje dotyczące przebiegu programu powinny zostać zamieszczone w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Edukacja	Populacja ogólna.	Brak.
Szkolenia personelu medycznego	Personel medyczny (np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej),	<ul style="list-style-type: none"> • Uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
	w szczególności zaangażowany w realizację programu.	samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat <ul style="list-style-type: none"> • Wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.
Szkolenia z samokontroli znamion	Przynależności do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia raka skóry, stwierdzona na podstawie deklaracji w formularzu zgłoszeniowym do programu, tj.: <ul style="list-style-type: none"> ○ osoby o jasnej karnacji, oczach i włosach z predyspozycją do poparzeń słonecznych ○ znamiona i pieprzyki w znacznej ilości (>100) ○ osoby z rodzinną lub osobistą historią raka skóry ○ osoby wykonywujące zawody wymagające pozostawania na zewnątrz, w pełnym słońcu ○ osoby korzystające z urządzeń do opalania się. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat • Pozostawanie pod opieką poradni onkologicznej • Przeciwwskazania medyczne (na czas ich wystąpienia), np. rany, owrzodzenia, infekcje skórne.

5.3.3 Planowane interwencje

W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.

ETAP: EDUKACJA (NCI 2025, SIGN 2025, CDC 2024a, CDC 2024b, PIB 2024b, RACGP 2024, USPSTF 2023, AAD 2020, ACD 2019, ESMO 2019, PTOK 2019, NICE 2016a, PTD2015, Chang 2024, Henrikson 2018, eksperci kliniczni).

- Samorządy powinny podejmować współpracę z różnymi podmiotami i instytucjami (Państwowa Inspekcja Sanitarna, Ośrodki Pomocy Społecznej, organizacje samorządowe), które są już zaangażowane w profilaktykę raka skóry na danym obszarze lub z takimi, które posiadają doświadczenie i kompetencje w konkretnych obszarach, np. edukacji zdrowotnej.
- Działania informacyjno-edukacyjne powinny być kierowane do określonej, jasno zdefiniowanej w projekcie PPZ grupy docelowej. W PPZ realizowanych może być równolegle więcej niż jeden etap informacyjno-edukacyjny, gdyż każdy z nich może obejmować inną subpopulację. Przedstawione poniżej zalecenia dotyczące interwencji mają w większości charakter ogólny, co ma umożliwić elastyczne dostosowanie działań do potrzeb i możliwości grupy docelowej.
- Zaleca się przekazywanie informacji na temat dostępności prowadzonego przez JST programu oraz korzyści płynących z udziału w tym programie.
- Działania informacyjne powinny uwzględniać proces aktywnej rekrutacji do programu. Proces ten może obejmować stworzenie listy osób kwalifikujących się do szkolenia z zakresu samokontroli znamion, do których kierowane będą działania rekrutacyjne np.: kontakt telefoniczny (dedykowana infolinia rejestracyjna), prowadzenie naborów w wybranych lokalizacjach dostosowanych do charakterystyki populacji docelowej (np. lokalne ośrodki zdrowia, apteki, solaria).
- Do prowadzenia działań promocyjnych programu zaleca się wykorzystanie nośników miejskich/gminnych np. wyświetlane prezentacje (slajdy) w autobusach/tramwajach/ pociągach oraz mediach miejskich/gminnych (dedykowanych mieszkańcom portalach/aplikacjach). Ponadto warto prowadzić także akcje promocyjne w mediach społecznościowych w formie np. grafik informujących o prowadzeniu działań edukacyjnych.

- Przykładowe formy prowadzenia działań edukacyjnych to wykład, szkolenie i warsztaty, konferencja, a także kampanie społeczne (np.: telewizja, radio, media społecznościowe); materiały informacyjne (np. ulotki, plakaty). Dodatkowo dopuszcza się możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.
- Forma oraz zakres tematyczny działań edukacyjnych powinien być dopasowany do odbiorców programu (CDC 2024a, eksperci kliniczni).
- Kampania edukacyjno-informacyjna powinna być nakierowana na podniesienie wiedzy populacji docelowej (należy posługiwać się słownictwem zrozumiałym dla rozmówcy) nt. profilaktyki raka skóry:
 - profilaktyka, przyczyny, niepokojące symptomy (zmiany rozmiarów znamienia; nowe zmiany, owrzodzenia bądź wypryski nie mogące się zaleczyć), wczesne objawy, diagnostyka i leczenie nowotworów skóry (CDC 2024a, RACGP 2024, AAD 2020, eksperci kliniczni), a także zaleca się informowanie o przebiegu i skutkach zdrowotnych nieleczzonego raka skóry;
 - główne czynniki zwiększające ryzyko nowotworów skóry, np. jasna karnacja, nadmierna ekspozycja na światło słoneczne, korzystanie z lamp emitujących sztuczne promieniowanie ultrafioletowe oraz nieużytkowanie środków ochrony przeciwsłonecznej (NCI 2025, SIGN 2025, CDC 2024a, CDC 2024b, PIB 2024b, RACGP 2024, USPSTF 2023, NICE 2016a, Henrikson 2018, eksperci kliniczni);
 - fotoprotekcja poprzez m.in.:
 - unikanie bezpośredniej ekspozycji na intensywne światło słoneczne (SIGN 2025, Chang 2024, AAD 2020, Chang 2024, Henrikson 2018). Zaleca się, aby wskazywać na potencjalne szkody płynące ze stałego unikania promieni słonecznych jak zaburzenia nastroju, zaburzenia snu, podwyższone ciśnienie krwi oraz zaburzenia w metabolizmie witaminy D (NCI 2025);
 - prawidłowy ubiór chroniący przed promieniami słonecznymi obejmujący m.in.: noszenie czapek, kapeluszy z rondem zasłaniającym twarz, okularów przeciwsłonecznych, ubrań zakrywających ramiona i nogi (SIGN 2025, RACGP 2024, CDC 2024a, CDC 2024b, AAD 2020, ESMO 2019, Chang 2024, Henrikson 2018);
 - korzystanie z kremów z filtrem o szerokim spektrum ochronnym (SIGN 2025, CDC 2024b, RACGP 2024, USPSTF 2023, PTD2015, Chang 2024, ESMO 2019, Chang 2024, Henrikson 2018), w szczególności na obszar głowy, karku, ramion i dłoni (RACGP 2024). Zaleca się, aby informować, iż stosowanie środków miejscowych na skórę uszkodzoną przez słońce może być związane z działaniami niepożądanymi w postaci rumienia, podrażnienia skóry i strupów (NCI 2025).
 - należy podkreślać, że aplikacja kremów i środków profilaktycznych nie jest równoznaczna z wydłużeniem czasu bezpiecznego przebywania na słońcu (SIGN 2025);
 - zachęcanie do prowadzenia samodzielnej kontroli stanu skóry (SIGN 2025, ACD 2024, CDC 2024b, RACGP 2024, AAD 2020, CCA 2017, SIGN 2017, PTD2015);
 - zaleca się, aby zwracać szczególną uwagę na ochronę dzieci ze względu na wrażliwość ich skóry na wszelkie poparzenia słoneczne (AAD 2020);
 - zwracać uwagę na powszechne mity dotyczące postępowania w pełnym słońcu. Należy prezentować zrównoważony obraz ryzyka i korzyści ekspozycji na promienie słoneczne (NICE 2016a).
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła zajęcia edukacyjne, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Zaleca się wzmacnianie motywacji i efektów edukacyjnych poprzez premiowanie wiedzy za pomocą gadżetów związanych z profilaktyką raka skóry np. breloki, magnesy, książki.
- 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) (np. dostęp z dnia 17.10.2025 r.):
 - Narodowy Portal Onkologiczny

<https://onkologia.pacjent.gov.pl/pl/kompedium-chorob-nowotworowych/skora>

- Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia
<https://pacjent.gov.pl/zapobiegaj/5-zasad-ochrony-przed-slonecem>
<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/jak-chronic-sie-przed-nowotworem-skory>
<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/skora-zawsze-zdrowa>
<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/zdrowa-skora-w-wakacje>
<https://szkolpacjent.ezdrowie.gov.pl/programy-profilaktyczne/profilaktyka-nowotworow-skory>
- Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne
<https://www.gov.pl/web/gis/stacje-sanitarno-epidemiologiczne>
<https://www.gov.pl/web/psse-krotoszyn/profilaktyka-nowotworow-skory--abcde-samokontroli-znamion-projekt-wielkopolskiego-centrum-onkologicznego>
- europejska kampania społeczna „Euromelanoma”.
<https://www.euromelanoma.eu/pl-pl/>

ETAP: SZKOLENIA Z ZAKRESU SAMOKONTROLI ZNAMION (SIGN 2025, ACD 2024, PIB 2024a, AAD 2020; ESMO 2019, PTOK 2019, RAGCP 2018, CCA 2017, SIGN 2017, PTD 2015, eksperci kliniczni).

- 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 mogą 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 (PIB 2024a, SIGN 2025, ESMO 2019, PTOK 2019, RAGCP 2018);
 - 7 elementową skalą oceny, obejmującą: ocenę zmiany rozmiaru znamiona; nieregularną pigmentację; nieregularne granice znamienia; stan zapalny; uczucie swędzenia bądź zaburzenie czucia; rozmiar znamienia większy niż pozostałych na ciele; sączenie się bądź tworzenie się strupa na powierzchni znamienia (SIGN 2025; RAGCP 2018; SIGN 2017).
- Podczas szkoleń zaleca się, aby podkreślać uczestnikom w szczególności, że:
 - znamiona na skórze, o podejrzanej pigmentacji, są najlepiej oceniane w dobrym świetle z lub bez szkła powiększających;
 - nie każde znamię o odmiennym kolorze lub o nieregularnym kształcie jest nowotworem skóry;
 - obecność większości cech wymienionych w 7 elementowej skali oceny bądź którejkolwiek cechy z narzędzia ABCDE stanowi podstawę do konsultacji lekarskiej;
 - niektóre czerniaki mogą nie prezentować żadnych cech wymienionych w obu ww. skalach (SIGN 2025);
 - powinno się konsultować z lekarzem nietypowe pieprzyki oraz zmiany na powierzchni skóry (ACD 2024, CDC 2024b, AAD 2020; CCA 2017);
 - powinno się regularnie kontrolować stan własnej skóry (w tym także mniej widoczne miejsca np. podeszwy stóp) oraz obserwować znamiona bądź podejrzane zmiany (ACD 2024, CDC 2024b, CCA 2017). Samoocena powinna być przeprowadzana przynajmniej raz w miesiącu (PTD 2015).

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

ETAP: SZKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO (SIGN 2025, PIB 2024a, NIO-PIB 2024b, ESMO 2019, PTOK 2019, RAGCP 2018, CCA 2017, Gonna 2022, eksperci kliniczni)

- Warunkiem przystąpienia do szkolenia jest wypełnienie pre-test. 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, telekonferencji.
- 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 (eksperti kliniczni).
- Przedstawienie nieinwazyjnych metod 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 określanymi 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. (PIB 2024a, SIGN 2025, ESMO 2019, PTOK 2019, RAGCP 2018).
 - Dermatoskopii (SIGN 2025, NIO-PIB 2024b; PTOK 2019, ESMO 2019, RAGCP 2018, CCA 2017, NICE 2015a, Gonna 2022) wraz z omówieniem szczegółowych metod diagnostyki nowotworów skóry jak np. tzw. trzypunktowa skala dermoskopowa wg Argenziano (stosowana w diagnostyce czerniaka skóry), skala siedmiopunktowa, metoda Menzies, algorytm dwustopniowy lub algorytm TADA (ang. Triage Amalgamated Dermoscopy Algorithm) (PIB 2024a).
- Zaleca się, aby wskazywać m.in., że:
 - wykonanie dermatoskopii jest szczególnie ważne w przypadkach nietypowych, wymagających wykluczenia zmian o odmiennej etiologii, przy ocenie zmian o niewielkim rozmiarze czy też różnicowaniu ognisk rogowacenia słonecznego z przedinwazyjnym SCC (in situ) (SIGN 2025; NIO-PIB 2024b, NICE 2016b);
 - podstawą rozpoznania czerniaków skóry jest histopatologiczne badanie całej wyciętej chirurgicznie zmiany barwnikowej (PTOK 2019);
 - wcześniejsze rozpoznanie i usunięcie czerniaka nie tylko poprawia rokowanie, ale daje szansę wyleczenia u blisko 90% chorych (PTOK 2019).
- 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.

5.3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5.3.5 Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- W przypadku osób, które nie zadeklarują obecności określonych czynników ryzyka raka skóry, udział w programie kończy się wraz z zakończeniem działań edukacyjnych.
- Zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ.
- Zakończenie realizacji PPZ.

5.4 Organizacja PPZ

5.4.1 Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

- 1 Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ 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 konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- 4 Wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
- 5 Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji.
- 6 Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
- 7 Zakończenie realizacji PPZ.
- 8 Rozliczenie finansowania PPZ.
- 9 Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

5.4.2 Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapisy projektu PPZ należy dostosowywać do ewentualnych zmian w tym zakresie.

Wymagania przedstawione w projekcie PPZ powinny być jasno związane z dążeniem do uzyskania wysokiej efektywności programu. Dla każdego warunku należy przedstawić uzasadnienie jego wprowadzenia, w tym odnieść się do roli jaką pełni w osiągnięciu założonych celów. Warto wskazać, że zamieszczenie wygórowanych warunków może utrudnić wyłonienie realizatora, a tym samym będzie barierą wdrożenia PPZ.

Wymagania dotyczące personelu:

Etap PPZ	Kwalifikacje personelu
Edukacja	<ul style="list-style-type: none"> • Pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie przeprowadzenia zajęć edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.
Szkolenia samokontroli znamion	<ul style="list-style-type: none"> • Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia praktycznego szkolenia z zakresu samokontroli znamion, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ
Szkolenia personelu medycznego	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

5.5 Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

5.5.1 Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności, uzyskanych efektów jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez niezależnego od realizatora eksperta zewnętrznego.

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym;
- liczba osób, które ukończyły szkolenie z zakresu samokontroli znamion;
- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn.

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

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, 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 PPZ;
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

5.5.2 Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy przedstawić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

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

Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, należy przedstawić:

- porównanie współczynnika chorobowości na nowotwory skóry w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia (z podziałem na poszczególne grupy wiekowe);
- porównanie współczynnika zapadalności na nowotwory skóry w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia (z podziałem na poszczególne grupy wiekowe).

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

5.6 Budżet PPZ

W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.

Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.

5.6.1 Koszty jednostkowe

Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.).

Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów cząstkowych.

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

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

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
[1]	[2]	[3]	[4]	[5=3x4]
Koszty pośrednie				
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie ¹ projektu			
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
Koszty bezpośrednie				
1	Koszt przeprowadzenia etapu „Edukacja” ... (wyszczególnienie działań)			
2	Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenie personelu medycznego” ... (wyszczególnienie działań)			
3	Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenie z zakresu samokontroli znamion” ... (wyszczególnienie działań)			
....				
SUMA				

¹ Ewaluacja i monitorowanie - do 10% całkowitego budżetu PPZ

5.6.2 Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20xx r.	
20xx r.	
Koszt całkowity	

5.6.3 Źródła finansowania

Istotne jest wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii 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. Raportu nr OT.434.7.2025 „Profilaktyka nowotworów skóry”; data ukończenia: lipiec 2025 r.

Z upoważnienia Prezesa

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczyk

/dokument podpisany elektronicznie/

Piśmiennictwo

Opinia RP	Opinii 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.
Raport	Raportu nr OT.434.7.2025 „Profilaktyka nowotworów skóry”; data ukończenia: lipiec 2025 r.
Źródła rekomendacji	
NCR 2025	National Cancer Institute (2025). Skin Cancer Prevention (PDQ®)–Health Professional Version. Pozyskano z: https://www.cancer.gov/types/skin/hp/skin-prevention-pdq , dostęp z 27.05.2025
SIGN 2025	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2025). SIGN 146 – Cutaneous melanoma – a national clinical guideline. Pozyskano z: https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/cutaneous-melanoma/ , dostęp z 26.05.2025
ACD 2024	The Australasian College of Dermatologists (2024). Position statement – population-based screening for melanoma. Pozyskano z: https://www.dermcoll.edu.au/wp-content/uploads/2024/01/ACD-Position-Statement-Population-screening-for-melanoma-January-2024.pdf , dostęp z 26.05.2025
RACGP 2024	Royal Australian College of General Practitioners (2024). Guidelines for preventive activities in general practice. Pozyskano z: https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/preventive-activities-in-general-practice/about-the-red-book , dostęp z 26.05.2025
NIO-PIB 2024a	Rutkowski P., Wysocki P. J., Kozak K. et al. (2024). Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na czerniaki. Pozyskano z: https://nio.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Wytyczne-czerniaki_ver_2.pdf , dostęp z 26.05.2025
NIO-PIB 2024b	Rutkowski P., Dolecki K., Dudzisz-Śledź M. et al. (2024). Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na raka skóry. Pozyskano z: https://nio.gov.pl/wp-content/uploads/2025/01/Wytyczne-raki-skory_aktualizacja_31.12.2024r_v2.pdf , dostęp z 26.05.2025
CDC 2024a	U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2024). Guidelines for School Programs to Prevent Skin Cancer. Pozyskano z: https://www.cdc.gov/skin-cancer/php/guidelines-for-school-programs/index.html#cdc_generic_section_3-recommendations , dostęp z 27.05.2025
CDC 2024b	U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2024). Reducing Risk for Skin Cancer. Pozyskano z: https://www.cdc.gov/skin-cancer/prevention/index.html , dostęp z 27.05.2025
USPSTF 2023	US Preventive Services Task Force (2023). Screening for Skin Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 329(15): 1290-1295
AAD 2020	American Academy of Dermatology (2020). American Academy of Dermatology: Skin cancer statement. Pozyskano z: https://www.aad.org/media/stats-indoortanning , Dostęp z: 23.04.2020
PTOK 2019	Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej.(2019). Czerniaka Skóry. Onkologia w Praktyce Klinicznej — edukacja 2019, tom 5, nr 1. Oncol Clin Pract 2017,13(6):241- 258.
ACD 2019	The Australasian College of Dermatologists. (2019). The Australasian College of Dermatologists Position Statement Skin Cancer in Australia.
ESMO 2019	European Society for Medical Oncology. (2019). Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, Annals of Oncology 30: 1884–1901, 2019
USPSTF 2018	Grossman, D. C., Curry, S. J., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., ... & Kubik, M. (2018). Behavioral counseling to prevent skin cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Jama, 319(11), 1134-1142.
RAGCP 2018	The Royal Australian College of General Practitioners. (2018). Guidelines for preventive activities in general practice.9th edn, updated. East Melbourne, Vic: RACGP, 2018
CCA 2017	Cancer Council Australia (2017). Position statement - Screening and early detection of skin cancer. Pozyskano z: https://wiki.cancer.org.au/policy/Position_statement_-_Screening_and_early_detection_of_skin_cancer . Dostęp z: 06.05.2020 SIGN 2017 Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (2017). Cutaneous Melanoma: A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network

NICE 2016	NICE 2016a National Institute for Health and Care Excellence, (2016). Sunlight exposure: risks and benefits. NICE guideline. National Institute for Health and Care Excellence NICE 2016b National Institute for Health and Care Excellence, (2016). Skin cancer. NICE quality standard. National Institute for Health and Care Excellence
NICE 2015a	National Collaborating Centre for Cancer (UK. (2015). Melanoma: assessment and management. NICE 2015b National Institute for Health and Care Excellence, (2015). VivaScope1500 and 3000 imaging systems for detecting skin cancer lasions. NICE guideline. National Institute for Health and Care Excellence
PTD 2015	Polskie Towarzystwo Dermatologiczne(2015). Zalecenia dotyczące leczenia raka podstawnokomórkowego i raka kolczystokomórkowego przygotowane przez Sekcję Onkologiczną Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego i Sekcję Akademia Czerniaka Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Oncol Clin Pract 2015, 11: 246–255. SIGN 2014 Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (2014). Management of primary cutaneous squamous cell carcinoma: A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network
Źródła dowodów pierwotnych	
An 2021	An S., Kim K., Moon S. et al. (2021). Indoor Tanning and the Risk of Overall and Early-Onset Melanoma and Non-Melanoma Skin Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. Cancers (Basel). 13(23): 5940
Chang 2024	Chang R.C., Yen H., Heskett K.M. et al. (2024). The Role of Health Literacy in Skin Cancer Preventative Behavior and Implications for Intervention: A Systematic Review. J. Prev. 45(6): 957-972
Chen 2025	Chen J.Y., Fernandez K., Fadadu R.P. et al. (2025). Skin Cancer Diagnosis by Lesion, Physician, and Examination Type: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Dermatol. 161(2): 135-146
Collins 2024	Collins L.G., Gage R., Sinclair C. et al. (2024). The Cost-Effectiveness of Primary Prevention Interventions for Skin Cancer: An Updated Systematic Review. Appl. Health Econ. Health Policy. 22(5): 685-700
Gonna 2022	Gonna N., Tran T., Bassett R. L. et al. (2022). Sensitivity and Specificity for Skin Cancer Diagnosis in Primary Care Providers: a Systematic Literature Review and Meta-analysis of Educational Interventions and Diagnostic Algorithms. J. Cancer. Educ. 37(5): 1563-1572
Henrikson 2023	Henrikson N.B., Ivlev I., Blasi P.R. et al. (2023). Skin Cancer Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 329(15): 1296-1307
Jiyad 2022	Jiyad Z., Plasmeijer E. I., Keegan S. et al. (2022). Defining the Validity of Skin Self-Examination as a Screening Test for the Detection of Suspicious Pigmented Lesions: A Meta-Analysis of Diagnostic Test Accuracy. Dermatology. 238(4): 640-648
Lashway 2023	Lashway S.G., Worthen A.D.M., Abuasbeh J.N. (2023). A meta-analysis of sunburn and basal cell carcinoma risk. Cancer Epidemiol. 85: 102379
Li 2022	Li Y., Wang J., Xiao W. et al. (2022). Risk Factors for Actinic Keratoses: A Systematic Review and Meta-Analysis. Indian. J. Dermatol. 67(1): 92
Liu 2024	Liu H., Jiang H., Shan Q. et al. (2024). Reflectance confocal microscopy versus dermoscopy for the diagnosis of cutaneous melanoma: a head-to-head comparative meta-analysis. Melanoma Res. 34(4): 355-365
Salinas 2024	Salinas M.P., Sepúlveda J., Hidalgo L. et al. (2024). A systematic review and meta-analysis of artificial intelligence versus clinicians for skin cancer diagnosis. NPJ. Digit. Med. 7(1): 125

Carapeba 2019	Carapeba, M. D. O. L., Pineze, M. A., & Nai, G. A. (2019). Is dermoscopy a good tool for the diagnosis of lentigo maligna and lentigo maligna melanoma? A metaanalysis. <i>Clinical, cosmetic and investigational dermatology</i> , 12, 403.
Hao 2019	Hao, T., Meng, X. F., & Li, C. X. (2019). A meta-analysis comparing confocal microscopy and dermoscopy in diagnostic accuracy of lentigo maligna. <i>Skin Research and Technology</i> .
Lan 2019	Lan, J., Wen, J., Cao, S., Yin, T., Jiang, B., Lou, Y., ... & Zhang, Y. (2019). The diagnostic accuracy of dermoscopy and reflectance confocal microscopy for amelanotic/hypomelanotic melanoma: a systematic review and meta-analysis. <i>British Journal of Dermatology</i> .
Henrikson 2018	Henrikson, N. B., Morrison, C. C., Blasi, P. R., Nguyen, M., Shibuya, K. C., & Patnode, C. D. (2018). Behavioral counseling for skin cancer prevention: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. <i>Jama</i> , 319(11), 1143-1157.
Brunssen 2016	Brunssen, A., Waldmann, A., Eisemann, N., & Katalinic, A. (2016). Impact of skin cancer screening and secondary prevention campaigns on skin cancer incidence and mortality: A systematic review. <i>Journal of the American Academy of Dermatology</i> , 76(1), 129-139.
Harrington 2017	Harrington 2017 Harrington, E., Clyne, B., Wesseling, N., Sandhu, H., Armstrong, L., Bennett, H., & Fahey, T. (2017). Diagnosing malignant melanoma in ambulatory care: a systematic review of clinical prediction rules. <i>BMJ open</i> , 7(3), e014096.
Guy 2011	Guy, G. P., & Ekwueme, D. U. (2011). Years of potential life lost and indirect costs of melanoma and non-melanoma skin cancer. <i>Pharmacoeconomics</i> , 29(10), 863- 874
Problem zdrowotny/epidemiologia	
BASiW 2025	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2025). Mapy potrzeb zdrowotnych – Analizy: Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna. Pozyskano z: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ , dostęp z 23.05.2025
KRN 2025	Krajowy Rejestr Nowotworów (2025). Raporty. Pozyskano z: https://onkologia.org.pl/pl/raporty , dostęp z 22.05.2025
MZ 2025	Ministerstwo Zdrowia (2025). Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac). Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11 , dostęp z 22.05.2025
RSK 2025	Rejestr Systemów Kodowania (2025). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa. Pozyskano z: https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details , dostęp z 22.05.2025
ARMR	Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa (2025). Program profilaktyki nowotworów skóry. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/arimr/program-profilaktyki-nowotworow-skory , dostęp z 23.05.2025
Pabiańczyk 2011	Pabiańczyk R., Cieślak K., Tuleja T. (2011). Metody leczenia raka podstawnomórkowego skóry. <i>Chirurgia Polska</i> 13, 1:48-58
Lesiak 2019	Lesiak A., Czuwara J., Kamińska-Winciołek G. et al. (2019). Rak kolczystokomórkowy skóry i rak z komórek Merkla. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. <i>Przegl. Dermatol.</i> 106, 127-149.
Crowson 2010	Crowson A.N., Magro C.M., Mihm M.C. (2010). Squamous cell carcinoma and its precursors. <i>Biopsy Interpretation of the Skin: Primary Non-Lymphoid Cutaneous Neoplasia</i> : 288-339.
Szczeklik 2017	Krzakowski M., Krzemieniecki K. (2017). Interna Szczeklika 2017. <i>Medycyna Praktyczna</i> , Kraków: 2332-2336
Rutkowski 2019	Rutkowski P., Wysocki P.J., Nasierowska-Guttmejer A. et al. (2019). Cutaneous melanomas. <i>Oncol Clin Pract</i> 15.