



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 186/2016 z dnia 29 września 2016 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i**  
**wczesna diagnostyka nowotworów skóry”**  
**realizowany przez:**  
**Miasto Konstancin-Jeziorna**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka i wczesna diagnostyka nowotworów skóry”.

**Uzasadnienie**

Na negatywną opinię Prezesa Agencji składa się głównie: zaplanowanie interwencji w małej liczbie populacji docelowej, co nie przełoży się na osiągnięcie widocznych efektów populacyjnych oraz realizację założonych celów. Ponadto w projekcie nie wskazano kryteriów kwalifikacji do programu, nie określono szczegółów dotyczących działań edukacyjnych oraz zaplanowano interwencje w sposób budzący duże wątpliwości (ponowne kierowanie uczestnika do lekarza POZ bez zabezpieczenia szybkiej ścieżki diagnostycznej).

Jednocześnie należy podkreślić, że poruszona w projekcie programu tematyka stanowi ważny problem zdrowotny i w opinii Prezesa Agencji istotne jest podejmowanie inicjatywy w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów skóry. Jednak, aby działania te przynosiły widoczne efekty i korzyści dla lokalnej społeczności, warto rozważyć modyfikacje projektu programu zgodnie z zaproponowanymi sugestiami.

W zakresie celów programowych ważne jest takie ich określenie, aby możliwa była ich realizacja przy wykorzystaniu danych interwencji i w określonym czasie. Mierniki efektywności natomiast powinny być ściśle związane z celami i określać stopień ich realizacji.

Populacja docelowa została określona w sposób ogólny, zaś odsetek uczestników jest zbyt niski, aby osiągnąć widoczną zmianę w zakresie zachorowań. Należy podkreślić, że w przypadku ograniczonych środków finansowych zalecane jest ograniczenie populacji, np. do osób z grup ryzyka bądź danej grupy wiekowej.

W zakresie interwencji wytyczne podkreślają zasadność prowadzenia edukacji zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem informowania o szkodliwych czynnikach, które przyczyniają się do rozwoju nowotworów oraz instruowania uczestników o odpowiednich zachowaniach. Istotne jest przy tym, aby program skierowany był do możliwie najszerszej liczby uczestników (najlepiej całej populacji lokalnej). Szczególną uwagę należy zwrócić na edukowanie dzieci i młodzieży szkolnej, tak aby działania prewencyjne wdrażane były we wczesnych etapach życia.

W zakresie badań dermatologicznych należy podkreślić, że wytyczne jednoznacznie nie stwierdzają zasadności wykonywania przesiewu w kierunku raka skóry. Możliwe jest zatem kierowanie tych działań zarówno do osób bezobjawowych jak i z grup ryzyka. Należy przy tym mieć na uwadze, aby działania te zostały zorganizowane w odpowiedni sposób, tzn. zawierały wywiad z pacjentem, zaś



badanie dermatoskopowe dotyczyło całego ciała. Ponadto ze względu na fakt, że obecnie konsultacje dermatologiczne są finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych należy podjąć działania mające na celu uniknięcie podwójnego finansowania tych interwencji.

Ważne jest także odpowiednie zaopiekowanie się uczestnikiem po wykryciu nieprawidłowej zmiany, tj. bezpośrednio skierowanie uczestnika do dalszej diagnostyki i leczenia.

W zakresie ewaluacji należy doprecyzować wskaźniki pozwalające na ocenę wpływu programu na zdrowie populacji. Monitorowanie zostało zaplanowane poprawnie.

Budżet programu nie budzi zastrzeżeń. Jednak w przypadku zmiany interwencji budżet wymagać będzie aktualizacji.

### **Przedmiot opinii**

Projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy profilaktyki i wczesnej diagnostyki nowotworów skóry. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 20 000 PLN rocznie, zaś okres realizacji to lata 2016-2018.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

### **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

#### Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt dotyczy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów skóry, w szczególności czerniaka. W sposób poprawny opisano problem zdrowotny. Wskazano także krajowe i światowe dane epidemiologiczne.

Problem zdrowotny – nowotwory skóry – wpisują się w priorytet zdrowotny określony jako „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: b) nowotworów złośliwych”, określony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126).

W publikacji „Mapy potrzeb zdrowotnych” wskazano, że w 2012 roku w woj. mazowieckim zdiagnozowano 23 605 nowych przypadków nowotworów złośliwych, co było najwyższą wartością w kraju. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 445 osób – 5. najwyższa wartość w kraju.

Zgodnie z danymi NFZ zdecydowana większość wszystkich rozpoznań wśród czerniaków dotyczy rozpoznania C44.3 Skóra innych i nieokreślonych części twarzy (61,13%), drugim co do częstości jest rozpoznanie C44.5 Skóra tułowia (11,45%).

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest podniesienie świadomości mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna w zakresie nowotworów złośliwych skóry (w szczególności czerniaka złośliwego) oraz zmniejszenie zachorowalności na te choroby. Dodatkowo wskazano 6 celów szczegółowych. Należy zaznaczyć, że cel ten jest dość ogólny i niemożliwa może być jego realizacja w odniesieniu do diagnostycznego charakteru programu. Samo wykrycie chorób nowotworowych nie przyczyni się do poprawy zdrowia, dopiero wdrożony proces terapeutyczny może się przełożyć na osiągnięcie założonego celu. W związku z powyższym cele programowe wymagają przeformułowania. Określając je należy zwrócić uwagę, by były zgodne z zasadą SMART, według której cel powinien być m. in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W projekcie wskazano mierniki efektywności, jednak należy mieć na uwadze, że określenie jedynie liczby i odsetka osób objętych działaniami lub przebadanych nie umożliwi obiektywnej i precyzyjnej oceny stopnia realizacji celów. Zadaniem mierników efektywności jest umożliwienie oceny stopnia realizacji celów. W przypadku modyfikacji celów również mierniki wymagać będą aktualizacji. W omawianym programie warto w ramach mierników określić m.in zmianę w poziomie wiedzy

uczestników, zmianę w postawach prozdrowotnych (m.in. zgłaszalność na badania kontrolne poza programem) oraz strukturę zachorowań na nowotwory skóry w regionie.

### Populacja

Populację docelową stanowią osoby powyżej 18 r.ż. z terenu miasta Konstancin- Jeziorna. W projekcie zaplanowano udział 400 osób, co oznacza objęcie działaniami 1,96% populacji docelowej. Zaznaczono, że badania diagnostyczne będą prowadzone u 60% z powyższej liczby osób, co oznacza objęcie 1,17% populacji docelowej.

W projekcie nie wskazano szczegółowych informacji na temat kwalifikacji uczestników do programu. Poza statusem mieszkańca gminy oraz pisemną zgodą na udział w programie nie decydują inne kryteria. Należy wskazać, że brak kryteriów kwalifikacji do programu, przy tak niskiej liczbie uczestników może spowodować nie dotarcie z interwencją do osób najbardziej narażonych na zachorowania oraz potrzebujących działań w tym zakresie. Istnieje także ryzyko, że do programu zgłaszać się będą osoby, które pozostają już pod opieką dermatologa, jednak z różnych względów (np. czas oczekiwania na wizytę, chęć konsultacji z innym specjalistą) zgłosili się do udziału w programie. Z punktu widzenia zasadności prowadzenia programów polityki zdrowotnej na etapie tworzenia programu należy wyeliminować możliwość zajścia takich sytuacji.

W związku z powyższym, a także faktem ograniczonej liczby osób objętych badaniami warto rozważyć modyfikację programu w celu uwzględnienia osób z podwyższonych grup ryzyka, np. osoby z jasną skórą, osoby pracujące na zewnątrz, osoby poddane immunosupresji, osoby z rodzin w których miały miejsce przypadki nowotworów skóry, osoby z dużą liczbą znamion, osoby narażone na ekspozycję na promienie UV poprzez korzystanie z solarium lub nadmierne opalanie się.

Ponadto w projekcie programu pojawiają się nieścisłości dotyczące populacji docelowej. Wskazuje się m.in., że edukacja skierowana będzie do całej wskazanej populacji, przy czym w dalszej części projektu wskazuje się, że będzie to 400 osób.

German Guideline Program in Oncology (GGPO) i Alberta Health Services (AHS) zwracają uwagę na potrzebę prowadzenia ciągłej edukacji dotyczącej ochrony przed szkodliwym promieniowaniem UV. Główną grupą docelową powyższej edukacji powinny być dzieci w wieku szkolnym. Uczula się, aby edukacja mająca na celu ochronę przed słońcem była skierowana także do rodziców. W publikacji Guenther 2015 dotyczącej nowotworów skóry w Kanadzie podkreśla się znaczenie wczesnego wprowadzenia edukacji dotyczącej ochrony skóry oraz jej kontynuacji przez całe życie.

Massachusetts Department of Developmental Services Adult Screening Recommendations zaleca prowadzenie badania przesiewowego w kierunku wykrycia nowotworów skóry, co 3 lata u osób w wieku 20-39 lat oraz corocznie u osób w wieku 40 lat i więcej.

### Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie cyklu działań edukacyjnych, konsultację dermatologiczną oraz badanie dermatoskopowe (w razie potrzeby).

W projekcie programu nie wskazano szczegółów dotyczących zaplanowanych działań. Nie określono na jakich zasadach będą one prowadzone, jaki będzie dokładny zakres merytoryczny oraz kto będzie odpowiedzialny z realizacją tej interwencji.

Należy wskazać, że w odnalezionych wytycznych wskazuje się na potrzebę prowadzenia edukacji w zakresie nowotworów skóry, ze szczególnym uwzględnieniem m.in. pierwotnej profilaktyki nowotworów skóry poprzez unikanie i zabezpieczanie się przed nadmierną ekspozycją na promieniowanie UV naturalne lub sztuczne.

Istotne wydaje się zaplanowanie działań edukacyjnych skierowanych do całej populacji nie zaś do małej grupy mieszkańców. Działania o szerokim oddziaływaniu mogą podnieść świadomość w regionie oraz przyczynić się do większej zgłaszalności na badania profilaktyczne i wcześniejsze wykrycie zmiany nowotworowej.

W zakresie wykonywania konsultacji dermatologicznej i badania w projekcie nie wskazano szczegółów realizacji świadczenia, tj. na jakiej podstawie uczestnicy będą kwalifikowani do konsultacji i badania. Ponadto w projekcie założono, że w przypadku wykrycia zmiany podejrzanej, uczestnik zostanie skierowany do lekarza POZ celem dalszej diagnostyki i leczenia. Działanie takie jest niezasadne i naraża pacjenta poczucie niepokoju i niepewności odnośnie jego stanu zdrowia. Należy też wskazać, że bezzasadne jest kierowanie uczestnika od specjalisty do lekarza POZ, gdyż to rolę specjalisty jest rozpoznanie niepokojącej zmiany i szybkie skierowanie do dalszego leczenia. Działanie zaplanowane w projekcie spowoduje wydłużony czas oczekiwania na poszerzoną diagnostykę i terapię oraz może spowodować podwójne finansowanie konsultacji u uczestnika. W ramach programu należy zalansować kierowanie pacjentów od razu do poradni dermatologicznej lub onkologicznej celem dalszej diagnozy.

W projekcie wskazano, że badanie podstawowe prowadzone przez lekarza dermatologa, a także późniejsze badanie diagnostyczne będzie prowadzone w ograniczonym zakresie. Należy zwrócić szczególną uwagę, że dermatoskopia powinna objąć całe ciało, proponowane badanie dotyczące tylko wybranych zmian skórnych może spowodować niewykrycie przypadku czerniaka w wyniku czego osoba biorąca udział w takim badaniu będzie miała mylne przeświadczenie o braku nowotworu.

Należy również podkreślić, że konsultacja dermatologiczna wraz z badaniem dermatoskopowym jest obecnie finansowana w ramach świadczeń gwarantowanych zatem w projekcie istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Odnosząc zaplanowaną interwencję do odnalezionych wytycznych należy wskazać nie są one jednoznaczne w zakresie badań przesiewowych w kierunku raka skóry.

US Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2016 wskazuje, że dostępne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i negatywnych efektów badań przesiewowych w kierunku raka skóry. NCI 2016 zaznacza, że zalecanym badaniem przesiewowym skóry jest samobadanie skóry oraz jej kontrola kliniczna. Nie ma wystarczających dowodów potwierdzających, że badanie przesiewowe u osób bezobjawowych skutkowało by zmniejszeniem śmiertelności z powodu nowotworów skóry. Natomiast GGPO 2014 zwraca uwagę, że w badaniach przesiewowych na nowotwór skóry badanie całego ciała jest konieczne, a badanie dermatoskopem jest elementem wstępnej procedury diagnostycznej.

#### Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu zaplanowano jego monitorowanie i ewaluację, jednak warto ten element doprecyzować.

Monitorowanie programu zostało określone poprawnie. W ramach oceny zgłaszalności i jakości świadczeń wskazano wskaźniki, które pozwolą na bieżącą kontrolę przebiegu realizacji programu.

Ewaluacja programu zakłada określenie liczby uczestników programu oraz liczby nowych rozpoznań raka skóry. Należy zwrócić uwagę, że liczba uczestników nie jest wskaźnikiem, który pozwoli na zbadanie wpływu podjętych interwencji na zdrowie populacji. W tym zakresie zasadne jest określenie m.in. odsetka osób, które zostały skierowane na dalsze leczenie, zmiany w poziomie wiedzy uczestników oraz zmiany w postawach zdrowotnych mieszkańców (np. poprzez zwiększoną zgłaszalność na badania profilaktyczne).

Istotne jest także zaplanowanie działań, które mają na celu utrzymanie trwałości uzyskanych efektów zdrowotnych. W tym przypadku może być cykliczność działań edukacyjnych lub stały dostęp uczestników do materiałów edukacyjnych.

#### Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany na zasadach konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. W projekcie wskazano wymagania jakie musi spełniać realizator dotyczące wymagań formalnych, personelu w miejscu realizacji programu (lekarz specjalista - dermatolog), miejsca realizacji programu, wyposażenia w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną.

W projekcie wskazano sposób zakończenia udziału oraz zaplanowano prowadzenie akcji informacyjnej.

Program ma być prowadzony przez 3 lata, w projekcie nie odniesiono się do sytuacji gdy liczba osób, która powinna zostać objęta pogłębionym badaniem diagnostycznym przekroczy limit finansowy przeznaczony na tą interwencję. Nie wskazano czy w takim przypadku przy równoczesnym wydłużeniu czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty dermatologa osoby wymagające badania stanu skóry za pomocą dermstoskopu będą miały je realizowane w ramach wspomnianego programu w kolejnym roku realizacji.

Koszt całkowity został oszacowany na 20 000. zł rocznie. Wskazano, że koszt jednostkowy realizacji świadczenia części diagnostycznej wyniesie ok. 50 zł za osobę. Na budżet całkowity składają się poszczególne koszty: organizacyjne, realizacji badań (u 400 osób), działań edukacyjnych oraz koszty ogólne programu. Przedstawiony budżet nie budzi zastrzeżeń. Jednak w przypadku zmiany interwencji budżet wymagać będzie aktualizacji.

## **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

### Problem zdrowotny

Czerniak jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z melanocytów skóry, błon śluzowych lub błony naczyniowej gałki ocznej. Nowotwór ten stanowi 5-7% wszystkich nowotworów skóry. Mediana wieku zachorowania wynosi 51 lat. W Polsce zachorowalność, jak również umieralność rosną szybko (odpowiednio 10% i 8% rocznie).

Raki skóry są nowotworami nabłonkowymi. Dwoma najczęstszymi są: raki podstawnokomórkowe, raki płaskonabłonkowe.

Rak podstawnokomórkowy skóry jest najczęstszym nowotworem skóry. Występuje głównie u przedstawicieli rasy białej. Miejscowo złośliwy nowotwór skóry pochodzący z nierogowaciejących komórek warstwy podstawnej naskórka. W większości przypadków ten nowotwór występuje na głowie (przede wszystkim na twarzy) i szyi, może też wystąpić w dowolnej okolicy ciała, np. na moshnie lub kroczu. Rak ten cechuje się bardzo dobrym rokowaniem. W większości przypadków można go rozpoznać na podstawie badania klinicznego.

Rak płaskonabłonkowy skóry jest drugim co do częstości, po raku podstawnokomórkowym nowotworem skóry. Jest to nowotwór rosnący powoli, tworzący przerzuty odległe, pochodzenia nabłonkowego, cechujący się różnicowaniem komórek w kierunku ulegających rogowaceniu keratynocytów. Występuje głównie u rasy białej. Poza wymienionymi wyżej czynnikami etiologicznymi można wymienić jeszcze obecność rozległych blizn (zwłaszcza po oparzeniach) lub niegojących się ran (np. w przebiegu zespołu pozakrzepowego). Rak płaskonabłonkowy występuje najczęściej na odsłoniętych okolicach ciała: twarzy, plecach, ramionach o górnej wardze.

### Alternatywne świadczenia

Obecnie w Polsce funkcjonuje „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” w ramach którego prowadzone będą działania na rzecz profilaktyki nowotworów złośliwych skóry, w szczególności czerniaka złośliwego. Powyższe działania mają być realizowane za pomocą działań informacyjnych, promocyjnych, edukacyjnych przeciwdziałających na nowotwory. Grupą szczególnego zainteresowania w kontekście powyższego priorytetu mają być dzieci i młodzież do lat 25.

Od 1 stycznia 2015 r. funkcjonuje w Polsce tzw. pakiet onkologiczny, w ramach którego lekarze POZ oraz poradnictwa ambulatoryjnego/opieki szpitalnej zobowiązani są do kierowania pacjentów z podejrzeniami nowotworów do szybkiej terapii onkologicznej.

Ponadto konsultacja dermatologiczna wraz z badaniem są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

### Ocena technologii medycznej

Rekomendacja National Institute for Health and Care Excellence 2016 (NICE) podkreśla znaczenie pierwotnej profilaktyki nowotworów skóry poprzez unikanie i zabezpieczanie się przed nadmierną ekspozycją na promieniowanie UV naturalne lub sztuczne. Należy mieć na uwadze, że ekspozycja na promieniowanie słoneczne ma też korzyści, takie jak podnoszenie samopoczucia, indukowanie syntezy witaminy D oraz umożliwianie aktywności fizycznej. Ważne jest, aby działania profilaktyczne nie prowadziły do zniechęcania do aktywności fizycznej, a jedynie zachęcało do odpowiedniej ochrony przeciwśłonecznej podczas uprawiania sportów. W rekomendacji wskazuje się, że w planowanych kampaniach medialnych dotyczących profilaktyki nowotworów skóry należy zwrócić szczególną uwagę na podnoszenie świadomości na temat ryzyka ekspozycji na promienie UV i formy ochrony przed nim. Podkreśla się także znaczenie właściwego monitorowania i oceny efektów kampanii przy pomocy odpowiednio dobranych mierników. Lekarze powinni prowadzić niskobudżetowe działania profilaktyczne uświadamiające ryzyko wynikające z promieniowania UV. Kampanie edukacyjne powinny być prowadzone regularnie. Zwraca się uwagę aby ich czas trwania był w okresie wiosny i lata. Zwrócono także uwagę na uwzględnienie w kampaniach grupy wykazujące wyższe ryzyko wystąpienia nowotworów skóry. GGPO 201413 i AHS 201314 zwracają uwagę na potrzebę prowadzenia ciągłej edukacji dotyczącej ochrony przed szkodliwym promieniowaniem UV. Główną grupą docelową powyższej edukacji powinny być dzieci w wieku szkolnym. Uczula się, aby edukacja mająca na celu ochronę przed słońcem była skierowana także do rodziców. W publikacji Guenther 2015 dotyczącej nowotworów skóry w Kanadzie podkreśla się znaczenie wczesnego wprowadzenia edukacji dotyczącej ochrony skóry oraz jej kontynuacji przez całe życie.

GGPO 2014 w ramach działań prowadzących do wczesnego wykrycia nowotworów skóry wskazało, że badania przesiewowe w ramach których przeszkoleni lekarze prowadzą badanie skóry sprzyjają wczesnemu wykrywaniu zmian nowotworowych na wczesnym ich etapie. Badania przesiewowe nowotworów skóry ogólnej populacji dorosłych powoduje początkowy wzrost zachorowalności na raka skóry (w fazie skringingu) i wzrost wykrytych przypadków nowotworów skóry, na wczesnym ich etapie. Badania przesiewowe mogą przyczynić się do zmniejszenia umieralności na nowotwory skóry. Zwraca się uwagę, że w ramach działań profilaktycznych powinno przeprowadzać się badania przesiewowe nowotworów skóry. Większość odnalezionych wytycznych wskazuje na potrzebę edukacji pacjenta w zakresie samobadania skóry oraz odpowiedniej prewencji przed promieniowaniem UV.

US Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2016 wskazuje, że dostępne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i negatywnych efektów badań przesiewowych w kierunku raka skóry. National Cancer Institute 2016 zaznacza, że zalecanym badaniem przesiewowym skóry jest samobadanie skóry oraz jej kontrola kliniczna. Nie ma wystarczających dowodów potwierdzających, że badanie przesiewowe u osób bezobjawowych skutkowałoby zmniejszeniem śmiertelności z powodu nowotworów skóry. GGPO 2014 zwraca uwagę, że w badaniach przesiewowych na nowotwór skóry badanie całego ciała jest konieczne. Pomieszczenie, w którym dokonuje się badanie całego ciała powinno być dobrze oświetlone. Badanie dermatoskopem jest elementem wstępnej procedury diagnostycznej. Osoba wykonujące dermatoskopie powinna być w tym kierunku odpowiednio przeszkolona. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej<sup>18</sup> dermoskopia (lub wideodermoskopia) jest zalecanym badaniem wykorzystywanym we wstępnej diagnostyce. Najprostsza technika dermoskopowa (tzw. trzypunktowa skala dermoskopowa) opiera się na podejrzeniu klinicznym czerniaka w przypadku spełnienia dwu z trzech następujących kryteriów:

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

Czułość tej metody diagnostycznej dochodzi do 96,3%, a jej swoistość do 94,2%. Inne metody analizy dermoskopowej, w tym metoda dermoskopowa ABCD, analiza wzoru, skala siedmiopunktowa, metoda Menziesa lub algorytm CASH (color, architecture, symmetry, homogeneity), charakteryzują

porównywalna czułość przy nieco większej swoistości. Należy podkreślić, że te systemy oceny dermoskopowej nie znajdują zastosowania w ocenie zmian w „lokalizacjach szczególnych”, takich jak zmiany 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 dermoskopowych, opracowanych odrębnie dla specyfiki skóry w każdej lokalizacji. W publikacji Menzies 2013<sup>19</sup>, Castro 2015<sup>20</sup> oraz EADO21 podkreśla się, że użycie dermatoskopu poprawia dokładność w wykryciu czerniaka w porównaniu do oceny gołym okiem.

Massachusetts Department of Developmental Services Adult Screening Recommendations 2014 zaleca prowadzenie badania przesiewowego w kierunku wykrycia nowotworów skóry co 3 lata u osób w wieku 20-39 lat oraz corocznie u osób w wieku 40 lat i więcej. Wytyczne nie są zgodne w zakresie prowadzenia badań przesiewowych w populacji ogólnej. Część z wytycznych (np. rekomendacje australijskie, Cancer Care Ontario, NICE 2016) wskazuje na potrzebę prowadzenia badań u osób z grupy ryzyka: osoby z jasną skórą, dzieci (są bardziej narażone na oparzenia skórne), młodzież, osoby pracując na zewnątrz, osoby poddane immunosupresji, osoby z występowaniem nowotworów skóry w wywiadzie rodzinnym, osoby, które mają dużą liczbę znamion (>50), osoby narażone na ekspozycję na promienie UV poprzez korzystanie z solarium lub

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.175.2016 „Profilaktyka i wczesna diagnostyka nowotworów skóry” realizowany przez: miasto Konstancin-Jeziorna, Warszawa wrzesień 2016 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów skóry – wspólne podstawy oceny”, wrzesień 2012 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 289/2016 z dnia 26 września 2016 roku o projekcie programu „Profilaktyka i wczesna diagnostyka nowotworów skóry” miasta Konstancin-Jeziorna