



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 170/2019 z dnia 22 listopada 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
i wczesnego wykrywania raka jelita grubego” realizowanego przez
miasto Kędzierzyn-Koźle**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej – wczesnego wykrywania raka jelita grubego na lata 2020-2022”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji wynika przede wszystkim z faktu, że interwencje zaplanowane w ramach nie znajdują uzasadnienia w odnalezionych wytycznych klinicznych. Należy zaznaczyć, że marker w postaci kalprotektyny nie jest swoisty w wykrywaniu nowotworów jelita grubego. Potwierdzają to odnalezione rekomendacje, w których stwierdza się, że kalprotektyna jest w pierwszej kolejności stosowana w celu diagnozowania chorób zapalnych jelit. Z odnalezionych rekomendacji i opinii eksperckich wynika, że najlepszą metodą wykrywania raka jelita grubego jest kolonoskopia. Jako alternatywne metody diagnostyczne zaleca się test na krew utajoną w kale, sigmoidfiberoskopię oraz wlew doodbytniczy z barytu. Odnosząc się do badania kału na krew utajoną (FOBT) należy wskazać, że zdecydowana większość rekomendacji zaleca prowadzenie ww. badania przesiewowego w populacji osób bez objawów od 50 r.ż., co nie jest w pełni zgodne z grupą wiekową wskazaną w analizowanym projekcie (43-73 lata). W projekcie nie przewidziano kwalifikacji lekarskiej i ewentualnej konsultacji na koniec programu, co nie zapewnia kompleksowego podejścia do uczestnika programu i stanowi istotne ograniczenie programu.

Ponadto, poniżej przedstawiono uwagi dotyczące pozostałych elementów projektu:

- Cel główny oraz cele szczegółowe w zaproponowanej formie są trudne do osiągnięcia i pomiaru;
- Mierniki efektywności nie odnoszą się do wszystkich celów programu, co umożliwi jakościową i ilościową ocenę efektywności programu;
- Do programu ma zostać włączona populacja ogólna. W projekcie nie określono kryteriów klinicznych np. przeszłość nowotworowa, wywiad rodzinny, czynniki ryzyka typu palenie/alkohol, co nie jest spójne z realizowanym ogólnopolskim Programem badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Natomiast programy przesiewowe w kierunku wykrywania raka jelita grubego powinny być skierowane do osób w wieku 55-64 lata w populacji ogólnej, a u osób z ryzykiem wystąpienia dziedzicznego nowotworu zaleca się wykonywanie badań już od 40 r.ż.
- Działania z zakresu edukacji są zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi, jednakże wymagają uszczegółowienia;



- Monitorowanie i ewaluacja w obecnej postaci nie pozwolą na pełną ocenę zgłaszalności i efektywności programu. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu;
- W budżecie nie uwzględniono wszystkich kosztów związanych z realizacją programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu w zakresie profilaktyki u wczesnej diagnostyki raka jelita grubego (RJG). Budżet przeznaczony na realizację programu został oszacowany na 75 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2020-2022.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), 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

Opiniowany program wpisuje się w jeden z priorytetów zdrowotnych określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 469) tj. zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych, a także w działania Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024.

Na podstawie danych KRN oraz Wielkopolskiego Centrum Nowotworów określono, że w województwie opolskim suma zgonów wśród mężczyzn w roku 2013 z powodu nowotworów okrężnicy, odbytnicy i esicy wynosiła 10,05% i wskazywała, że nowotwory jelita grubego stanowią u mężczyzn drugą, po nowotworach płuc, przyczynę zgonu. W roku 2016 udział zgonów na wyżej wymienione nowotwory w stosunku do roku 2013 zmalał o około 7% i wyniósł 2,27%. Natomiast wśród kobiet zgony z powodu nowotworów jelita grubego (C18, C19, C20) stanowiły w roku 2013 łącznie 11,36% wszystkich zgonów, a w roku 2016 odsetek spadł do poziomu 2,08%.

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych (MPZ) w zakresie onkologii, w Polsce w 2016 r. zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „dolny odcinek przewodu pokarmowego” wyniosła 26,0 tys. przypadków, a w woj. opolskim 635 przypadków. Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 67,7, a w woj. opolskim 64,0.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu raka jelita grubego”. Cel został sformułowany w sposób bardzo ogólny, a w przedstawionej formie jest w istocie niemierzalny. Dodatkowo należy zauważyć, że samo wykrycie zmian chorobowych może nie przełożyć się na ograniczenie zdrowotnych i społecznych skutków późnego wykrycia raka jelita grubego. Biorąc pod uwagę charakterystykę problemu zdrowotnego (nowotwory jelita grubego) mało prawdopodobne wydaje się odnotowanie na przestrzeni 3 lat trwania programu obniżenia wskaźników zachorowalności i umieralności.

Zdefiniowano także 5 celów szczegółowych:

- 1) „podnoszenie poziomu wiedzy na temat objawów i wczesnego wykrywania raka jelita grubego”,
- 2) „kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych”,
- 3) „zwiększenie odsetka nowotworów jelita grubego wykrywanych we wczesnym stadium”,
- 4) „obniżenie kosztów leczenia raka jelita grubego”,

- 5) „zwiększenie motywacji do udziału w Programie badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, finansowanego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia”

Należy zaznaczyć, że osiągnięcie celu nr 3 może okazać się trudne do realizacji ze względu na interwencje w postaci badania kału na krew utajoną oraz oznaczania poziomu kalprotektyny, które stanowią testy nieswoiste. W przypadku oznaczania poziomu kalprotektyny należy pamiętać, że jest to marker stosowany w szczególności w wykrywaniu chorób zapalnych jelit, a nie nowotworów jelita grubego w populacji ogólnej. W przypadku celu nr 5 brakuje powiązania pomiędzy obecnie ocenianym programem z programem przesiewowym finansowanym w ramach NFZ. W projekcie nie zakłada się np. skierowań uczestników programu do programu realizowanego przez NFZ.

Cele programowe określone w programie wymagają przeformułowania zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W projekcie określono 3 mierniki efektywności:

- 1) „procentowa liczba osób biorących udział w Programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu”,
- 2) „liczba osób z prawidłowym wynikiem badania”,
- 3) „liczba osób z wykrytymi zmianami chorobowymi”.

Należy podkreślić, że wskaźniki nr 1, 2 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Ponadto miernik nr 1 został niepoprawnie sformułowany, osoby biorące udział w programie można określać liczbowo i/lub w postaci odsetka. Miernik nr 3 można przypisać do celu nr 3. Natomiast nie wskazano mierników dla celu głównego oraz celów szczegółowych nr 1, 2, 4, 5.

Zgodnie z definicją mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary.

Warto także rozważyć zapewnienie trwałości efektów programu poprzez tworzenie wieloletnich programów profilaktyki z uwagi na fakt, że tylko długofalowe działania w tym zakresie są w stanie przynieść efekty populacyjne w postaci obniżenia współczynników umieralności lub też zachorowalności.

Reasumując, powyższy element programu wymaga korekty.

Populacja docelowa

Populację docelową projektu programu stanowią osoby w wieku 43-73 lata. Liczbę adresatów programu oszacowano na 24 696 osób, co pozostaje zbieżne z danymi GUS za 2018 r. W projekcie przyjęto, że do programu zostanie włączonych ok. 278 osób rocznie. Przy czym nie uargumentowano powyższego założenia. W projekcie wskazano, że program dotyczący wykonywania badania na krew utajoną w kale jest realizowany od dłuższego czasu na terenie Miasta. W 2018 r. na 1 485 przebadanych osób, do dalszej pogłębionej diagnostyki skierowano 265 (17%), jednak nie przedstawiono danych w ilu przypadkach potwierdzono/wykryto zmiany. Biorąc pod uwagę założenia obecnie ocenianego programu w poszczególnych latach trwania programu do dalszej diagnostyki może zostać skierowanych po ok. 45 osób rocznie.

Określono kryteria kwalifikacji do udziału w programie, tj. kryterium wieku, zameldowanie na pobyt stały lub czasowy. Nie odniesiono się do warunku wyrażenia zgody na udział w programie. Kryteria wykluczenia stanowi niespełnienie warunków włączenia do programu.

Biorąc pod uwagę treść projektu można wnioskować, że do programu planuje się włączyć populację ogólną. W projekcie nie zaplanowano wywiadu w zakresie określenia np. obecności krwi w kale, występowania biegunek i zaparc czy występowania nowotworów w obrębie jamy brzusznej u krewnych pierwszego stopnia, a także pytania dotyczącego ogólnego stanu zdrowia (współwystępowania innych chorób, palenia papierosów, stosowania leków). Prowadzenie wywiadu jest postępowaniem zalecanym w wytycznych m.in. USPSTF 2016, MSTF 2017, PTOK 2015.

Powyższa kwestia stanowi istotne ograniczenie projektu i wymaga weryfikacji.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano działania edukacyjne oraz badanie kału na krew utajoną i oznaczanie poziomu kalprotektyny.

W ramach działań edukacyjnych przewidziano przeprowadzenie kampanii edukacyjnej, organizację happeningów promujących badania profilaktyczne oraz zdrowy styl życia, jak również specjalistyczne konsultacje lekarskie. Jednakże zapisy dotyczące specjalistycznych konsultacji lekarskich nie zostały uszczegółowione. Należy zaznaczyć, że prowadzenie działań edukacyjnych jest spójne z założeniami ogólnopolskiego Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego (PBP), w którym to kładziony jest nacisk na informowanie i edukowanie na rzecz zmniejszenia zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce poprzez popularyzację zapisów Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem w społeczeństwie, w szczególności w zakresie upowszechniania wiedzy o najczęstszych przyczynach zachorowania na nowotwory.

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jednym z kluczowych czynników wczesnego wykrywania nowotworu jest edukacja w zakresie promocji wczesnej diagnostyki. Ponadto edukacja zdrowotna może stanowić wartość dodaną programu polityki zdrowotnej, możliwą do realizacji przy niewielkim nakładzie finansowym.

W ramach diagnostyki zaplanowano przeprowadzenie testu na krew utajoną w kale. Badanie ma być prowadzone w ogólnej populacji w wieku 43-73 lata. Rekomendacje wskazują, że badanie kału na krew utajoną (FOBT) może być wykorzystywane podczas prowadzenia skryningu (ACS 2018, MSTF 2017, USPSTF 2016, PTOK 2015, IARC/WHO 2010). Zdecydowana większość rekomendacji zaleca prowadzenie ww. badania przesiewowego w populacji osób bez objawów od 50 r.ż. Tym samym wykonywanie testu na krew utajoną w kale w grupie wiekowej wskazanej w projekcie nie znajduje uzasadnienia w odnalezionych rekomendacjach klinicznych.

Ponadto w programie przewidziano oznaczanie poziomu kalprotektyny w kale. Należy zaznaczyć, że marker w postaci kalprotektyny nie jest swoisty w wykrywaniu nowotworów jelita grubego. Potwierdzają to odnalezione rekomendacje NICE 2013, BSG 2016, w których stwierdza się, że kalprotektyna jest w pierwszej kolejności stosowana w celu diagnozowania chorób zapalnych jelit. Stosowanie kalprotektyny jako markera nowotworowego ma zdecydowanie niższą czułość niż ma to miejsce w przypadku diagnozowania chorób zapalnych jelit (IBD). Wyniki metaanalizy Von Roon 2007 wskazują, że czułość i swoistość oznaczania poziomu kalprotektyny w wykrywaniu raka jelita grubego wynosiła odpowiednio 0,36 (0,34-0,39) i 0,71 (0,70-0,73), a wyniki były nieistotne statystycznie.

Należy podkreślić, że świadczenie w postaci badania na krew utajoną w kale jest świadczeniem gwarantowanym w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). W przypadku oznaczania poziomu kalprotektyny badanie nie jest finansowane w zakresie POZ oraz AOS.

Badaniami przesiewowymi w kierunku RJG w ramach ww. programu ogólnopolskiego objęte są:

- w systemie bez zaproszeń (tzw. program oportunistyczny) – osoby bezobjawowe: w wieku 50-65 lat (niezależnie od wywiadu rodzinnego), w wieku 40-49 lat (które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano RJG), w wieku 25-49 lat (z rodzin, w których wystąpił dziedziczny RJG niezwiązany z polipowatością - HNPCC);
- w systemie z zaproszeniami – osoby w wieku 55-64 lat - niezależnie od występowania lub braku objawów klinicznych sugerujących RJG.

W projekcie założono, że do programu zostaną włączone osoby w wieku 43-73 lata, co można by uznać za uzupełnienie świadczeń, jednakże działania powinny być spójne z programem ogólnopolskim i powinny zostać skierowane do wskazanych grup ryzyka.

W ramach programu nie zaplanowano konsultacji lekarskiej po włączeniu uczestnika programu. Z zapisów programu wynika również, że po zakończeniu badań uczestnik nie będzie mieć możliwości omówienia wyników z lekarzem w ramach programu. Wskazano, że uczestnik programu powinien skonsultować wyniki z lekarzem poza programem. Tym samym w projekcie brak jest kompleksowego

podejścia diagnostycznego, co jest niewłaściwe. Pozostawienie pacjenta z wynikiem badań, bez możliwości konsultacji w ramach programu, jest nieuzasadnione. Może to powodować niepotrzebny niepokój i dyskomfort uczestników, a z drugiej strony ogranicza dane, uzyskiwane w ramach programu, niezbędne do oceny jego efektywności.

Z odnalezionych rekomendacji i opinii eksperckich wynika, że najlepszą metodą wykrywania raka jelita grubego jest kolonoskopia. Jako alternatywne metody diagnostyczne zaleca się wykonywanie testu na krew utajoną w kale, sigmoidfiberoskopię oraz wlewu doodbytniczego z barytu. Profilaktyczne badanie kolonoskopowe powinno być wykonywane co 10 lat począwszy od 50 r.ż. U pacjentów z niskim i średnim ryzykiem wystąpienia raka jelita grubego badanie kolonoskopii powinno się wykonywać częściej.

Reasumując, działania zaplanowane w ramach diagnostyki nie są w pełni zgodne z wytycznymi klinicznymi w przedmiotowym zakresie i w zaproponowanym kształcie nie zapewniają kompleksowej ścieżki postępowania z pacjentem, co uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii o projekcie.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Jednakże elementy te wymagają uzupełnienia. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu jego przebiegu i postępu. Natomiast ewaluacja jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu będzie się odbywać na podstawie odsetka wykonanych badań w stosunku do liczby badań zaplanowanych w ramach przyznanych środków. Ponadto w punkcie dot. mierników efektywności określono 2 wskaźniki, które mogą być przydatne podczas oceny zgłaszalności. Dodatkowo zasadnym wydaje się uzupełnienie wskaźników o liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie z podaniem przyczyn oraz liczbę osób, które nie zakwalifikowały się do programu.

W przypadku oceny jakości usług świadczonych w programie zaplanowano analizę ankiet satysfakcji. Jednak do projektu nie załączono wzoru ankiety, zatem nie było możliwe zweryfikowanie jej treści. Ponadto w programie pojawiły się zapisy dotyczące oceny ryzyka wykrywania gruźlicy i chorób płuc w ramach oceny jakości. Nie jest jasne w jakim celu umieszczono w tym punkcie informacje na temat innego problemu zdrowotnego.

Ocena efektywności programu będzie oparta na analizie: „zgłaszalności osób do udziału w Programie”, „liczby osób z prawidłowym wynikiem badania”, „liczby osób z wykrytymi zmianami. Nie przedstawiono większej liczby wskaźników w omawianym zakresie. W związku z tym kompleksowa ocena efektywności podejmowanych działań może okazać się utrudniona. W odniesieniu do ww. wskaźników dotyczących wyników badania i wykrytych zmian, w projekcie nie wskazano dokładnie, kto będzie interpretował wynik badania i nie przewidziano wizyty/konsultacji u lekarza. W ramach oceny efektywności powinno się monitorować stan pacjenta po programie, w kontekście wykrycia choroby i wdrożenia leczenia. Ponadto ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie programu.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Odniesiono się także do kompetencji/warunków niezbędnych do realizacji programu.

Całkowity budżet zaplanowany na realizację programu wynosi 75 000 zł (25 000 zł rocznie). Oszacowano koszty jednostkowe: koszt badania kału na krew utajoną na 15 zł, koszt oznaczania poziomu kalprotektyny na 75 zł. W projekcie programu przedstawiono również koszt działań edukacyjnych (1 250 zł). Jednak nie wskazano kosztów akcji promocyjnej oraz monitorowania i ewaluacji programu.

Program będzie finansowany ze środków miasta.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rak jelita grubego jest nowotworem, którego czynniki etiologiczne nie zostały do końca poznane. Do najczęstszych czynników ryzyka zalicza się polipy gruczołowe jelita grubego, choroby zapalne jelita grubego, czynniki środowiskowe (dieta i brak aktywności fizycznej) oraz wiek (powyżej 50 r. ż.). Rozpoznanie nowotworu jelita grubego opiera się na badaniu podmiotowym, przedmiotowym oraz badaniach dodatkowych. W przypadkach nowotworu odbytnicy często zgłaszaną dolegliwością jest odczuwanie uciążliwego parcia na stolec i kilkakrotne w ciągu doby oddawanie niewielkich objętości stolca z domieszką śluzu lub krwi, co niekiedy nazywane jest „pseudobiegunką”.

Alternatywne świadczenia

Jedynymi zalecanymi świadczeniami, rekomendowanymi przez towarzystwa naukowe są profilaktyka pierwszorzędowa czyli uświadamianie osób, promowanie prozdrowotnego trybu życia oraz prowadzenie akcji związanych chociażby ze zdrowym odżywianiem się. Poza kolonoskopią metodami stosowanymi w prewencji nowotworów jelita grubego są sigmoidoskopia, badanie kału na obecność krwi utajonej metodą klasyczną (fecal occult blood test – FOBT) lub immunochemiczną (fecal immunochemical test – FIT) czy też wlew doodbytniczy metodą podwójnego kontrastu.

Ocena technologii medycznej

Głównym celem prowadzenia badań przesiewowych w kierunku nowotworu jelita grubego jest częstsze wykrywanie nowotworów złośliwych we wczesnych stadiach zaawansowania oraz obniżenie umieralności z powodu raka jelita grubego.

Z odnalezionych rekomendacji i opinii eksperckich wynika, że najlepszą metodą wykrywania raka jelita grubego jest kolonoskopia. Jako alternatywne metody diagnostyczne zaleca się wykonywanie testu na krew utajoną w kale, sigmoidfiberoskopię oraz wlewu doodbytniczego z barytu. Profilaktyczne badanie kolonoskopowe powinno być wykonywane co 10 lat począwszy od 50 r.ż. U pacjentów z niskim i średnim ryzykiem wystąpienia raka jelita grubego badanie kolonoskopii powinno się wykonywać częściej.

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej swoich zaleceniach z 2013 r. określiło, że standardem postępowania w przypadku prowadzenia badań przesiewowych jest wykonanie badania kału na krew utajoną co 12 miesięcy: 2 próbki z 3 kolejnych stolców (wynik pozytywny 1 na 6 jest wskazaniem do kolonoskopii); przeprowadzenie sigmoidoskopii co 5 lat; przeprowadzenie kolonoskopii co 10 lat — w przypadku wykrycia zmiany polipowatej należy wykonywać kontrolną kolonoskopię po 12 miesiącach oraz ewentualnie badanie jelita z podwójnym kontrastem co 5–10 lat. Wskazaniem do wykonania badania przesiewowego jest osiągnięcie 50 r.ż. oraz obciążenie rodzinne.

Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego powinny być prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego, zaś czas prowadzenia programów powinien być możliwie jak najdłuższy.

Programy przesiewowe w kierunku wykrywania raka jelita grubego powinny być skierowane do osób w wieku 55-64 lata w populacji ogólnej; u osób z ryzykiem wystąpienia dziedzicznego nowotworu zaleca się wykonywanie badań już od 40 r.ż., a u osób z zespołem Lyncha w wieku od 25 do 65 lat.

Budżet przeznaczony na realizację takich programów powinien zapewniać realizację na poziomie minimum 500 kolonoskopii przesiewowych w miastach <200 000 mieszkańców i minimum 1 000 kolonoskopii w miastach >200 000 mieszkańców.

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

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.441.158.2019 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego” realizowany przez: Miasto Kędzierzyn-Koźle, Warszawa, listopad 2019, Aneksu „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów jelita grubego – wspólne podstawy oceny”, maj 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 376/2019 z dnia 18 listopada 2019 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego” (m. Kędzierzyn-Koźle).