



## Opinia Prezesa

### Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

nr 25/2020 z dnia 21 kwietnia 2020 r.

### o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka jelita grubego dla mieszkańców powiatu częstochowskiego na lata 2020-2021”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuje projekt programu polityki zdrowotnej pt. „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka jelita grubego dla mieszkańców powiatu częstochowskiego na lata 2020-2021” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

#### Uzasadnienie

Program zakłada przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Postępowanie to jest zalecane przez rekomendacje kliniczne oraz może stanowić uzupełnienie dostępnych świadczeń w ramach systemu ochrony zdrowia. Niemniej jednak opiniowany projekt wymaga doprecyzowania, co omówiono poniżej:

- Cel główny w zaproponowanej formie może być trudny do osiągnięcia i pomiaru, więc warto rozważyć jego modyfikację. Mierniki efektywności wymagają poprawy, zgodnie z uwagami w dalszej części opinii, gdyż w obecnym brzmieniu nie spełniają swojej roli.
- W ankiecie kwalifikującej do programu należy uwzględnić zagadnienia opisane w treści programu dotyczące wywiadu rodzinnego oraz wcześniejszego wykonywania badań.
- W zakresie interwencji nie uzasadniono wykonywania badania per rectum. Mając na uwadze wytyczne kliniczne, badanie to nie jest zalecanym badaniem przesiewowym, więc nie powinno stanowić warunku późniejszego wykonania kolonoskopii.
- W projekcie założono, że znieczulenie podczas kolonoskopii oraz badanie histopatologiczne powyżej 2 wycinków będzie dodatkowo płatne dla uczestnika. Należy zaznaczyć, że może to stanowić ograniczenie w dostępie dla niektórych pacjentów, więc warto rozważyć możliwość sfinansowania przez program ww. procedur. dla osób uboższych.
- Monitorowanie i ewaluacja nie budzą zastrzeżeń.
- W budżecie nie uwzględniono kosztów akcji promującej projekt oraz kosztów monitorowania i ewaluacji, co należy uzupełnić.

#### Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu w zakresie profilaktyki i wczesnej diagnostyki raka jelita grubego (RJG). Budżet przeznaczony na realizację programu został oszacowany na 219 200 zł, zaś okres realizacji to lata 2020-2021.

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.

W projekcie odniesiono się do danych epidemiologicznych. Na podstawie danych KRN określono, że w 2016 r. w województwie śląskim zarejestrowano 1 454 przypadki nowych zachorowań oraz 1 109 zgonów z powodu tego nowotworu. Z kolei w powiecie częstochowskim w 2016 r. zarejestrowano 38 nowych zachorowań oraz 24 zgony.

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych (MPZ) dla województwa śląskiego w 2016 r. zapadalność rejestrowana dla rozpoznania nowotworów z grupy „dolny odcinek przewodu pokarmowego” wyniosła 26,0 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 67,7. Na rycinie 1 zaprezentowano zapadalność rejestrowaną na choroby z analizowanej grupy w 2016 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta (lewa) oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (prawa). W województwie śląskim zapadalność wyniosła 3,4 tys.

### Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „zmniejszenie liczby zgonów z powodu nowotworu jelita grubego wśród mieszkańców powiatu częstochowskiego”. Warto wskazać, że cel główny powinien być zdefiniowany wyraźnie i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Powyższe założenie jest mierzalne, natomiast biorąc pod uwagę diagnostyczny charakter programu oraz dwuletni okres realizacji, osiągnięcie założonego celu może być utrudnione.

W projekcie określono 3 cele szczegółowe, tj.:

- „zwiększenie wykrywalności raka jelita grubego i nowotworów we wczesnych stadiach zaawansowania”,
- „zwiększenie dostępności do bezpłatnych badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego dla mieszkańców powiatu częstochowskiego”,
- „zwiększenie wiedzy i świadomości w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka jelita grubego, w tym czynników ryzyka jego powstania oraz wczesnych objawów poprzez działania edukacyjne”. Wnioskodawca nie określił wartości docelowych, do jakich chce dążyć.

Cele szczegółowe są możliwe do realizacji, przy czym należy podkreślić, że cel drugi nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego.

W projekcie przedstawiono 10 mierników efektywności, tj.: (1) „liczba osób biorących udział w programie”, (2) „liczba osób, u których przeprowadzona została edukacja zdrowotna”, (3) „liczba osób, u których wykonana została kolonoskopia”, (4) „liczba osób, które zostały wykluczone z programu z powodu nie spełnienia warunków kwalifikacji”, (5) „liczba wykonanych biopsji w trakcie badania kolonoskopowego”, (6) „liczba wykonanych polipektomii”, (7) „ilość wykrytych i potwierdzonych histopatologicznie nowotworów jelita grubego”, (8) „liczba osób skierowanych do dalszej diagnostyki i/lub leczenia”, (9) „liczba osób, u których nie zweryfikowano podejrzeń zmian nowotworowych” oraz (10) „współczynnik zapadalności i umieralności z powodu nowotworów jelita grubego w perspektywie wieloletniej”.

Należy zaznaczyć, że 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.

Wskaźniki 1, 2, 3, 4 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania realizacji programu, jako mierniki postępu. Nie przedstawiono prawidłowo sformułowanych mierników do celu szczegółowego dot. działań edukacyjnych. Część z przedstawionych wskaźników nie odnosi się bezpośrednio do celów programu, jednak mogą one stanowić źródło informacji wykorzystywane w ramach ewaluacji programu. Niemniej jednak konieczne jest opracowanie wskaźników, które pozwolą na sprawdzenie czy w wyniku programu nastąpiła zmiana w stosunku do sytuacji sprzed jego realizacji.

#### Populacja docelowa

Populacją docelową programu będą osoby:

- w wieku 50-65 lat dla populacji bezobjawowej, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
- w wieku 40-49 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego,
- w wieku 25-49 lat pochodzące z rodziny HNPCC lub Lyncha (z potwierdzeniem z poradni genetycznej, że osoby dotychczas nie leczyły się z powodu nowotworów jelita grubego).

Zgodnie z informacjami zamieszczonymi w projekcie programu, populacja mieszkańców w wieku 50-65 lat w powiecie wynosi ok. 28 193 osób, w wieku 40-49 lat – 19 984 osób, a w wieku 25-49 lat - 49 763 osób. Łącznie 77 956 osób, przy czym przedział wiekowy 40-49 wliczany jest podwójnie z uwagi na grupy: 40-49 lat oraz 25-49 lat. Przedstawione dane są zbliżone do danych GUS. Wskazano, że planowane jest objęcie program 300 osób z populacji docelowej rocznie.

Określono również kryteria kwalifikacji do udziału w programie, tj. kryterium wieku, zamieszkanie na terenie powiatu, a także wyrażenie zgody na udział w programie. Każdemu z pacjentów wykonane zostanie badanie lekarskie kwalifikujące do przeprowadzenia kolonoskopii.

W projekcie zaznaczono, że do badania nie będą kwalifikowane osoby, które miały wykonaną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat.

Do projektu dołączono również ankietę kwalifikującą, zawierającą szereg pytań dot. m.in. obecności krwi w kale, tendencji do biegunek i zaparc czy występowania chorób nowotworowych w rodzinie, a także pytania dot. ogólnego stanu zdrowia (współwystępowania innych chorób, palenia papierosów, stosowania leków). W ankiecie w sposób ogólny odniesiono się do występowania chorób nowotworowych w rodzinie. Nie uwzględniono szczegółowych pytań dotyczących występowania raka jelita grubego w rodzinie u przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia, co stanowi kryterium włączenia do programu. Dodatkowo w ankiecie nie odniesiono się do kwestii wykonywania kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat. Konieczne jest uwzględnienie w ankiecie opisanych w projekcie kryteriów kwalifikacji.

Populacja docelowa w projekcie jest zgodna z zapisami odnalezionych wytycznych.

#### Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie konsultacji lekarskiej, w ramach której przeprowadzona zostanie kwalifikacja do programu (na podstawie ankiety), wywiad lekarski, badanie per rectum. Pacjentowi zostaną przekazane informacje dot. przygotowania do badania. W projekcie wskazano również, że w ramach wizyty przeprowadzona zostanie krótka edukacja zdrowotna.

Pacjenci zakwalifikowani do diagnostyki, zostaną poddani badaniu przesiewowemu - kolonoskopia diagnostyczna, z możliwością pobrania wycinków do oceny histopatologicznej. W projekcie wskazano, że badania może odbywać się w znieczuleniu ogólnym.

Po badaniu pacjent otrzyma zalecenia dalszego postępowania, a w przypadku nieprawidłowego wyniku zostanie skierowany do dalszej diagnostyki ze wskazaniem placówki medycznej posiadającej umowę z NFZ.

W projekcie nie wskazano w jakim celu ma być przeprowadzone badanie per rectum u pacjentów i czy będzie ono stanowiło aspekt mający wpływ na kwalifikację do kolonoskopii. Według zaleceń ACS 2014 badanie palpacyjne per rectum nie jest zalecane jako test przesiewowy ze względu na jego małą czułość, powinno bezwzględnie być jednak wykonywane przed badaniem wzornikowym.

Badanie kolonoskopowe jest zalecanym badaniem w kierunku diagnostyki raka jelita grubego. Zgodnie z wytycznymi wykonanie pełnej kolonoskopii jest zalecane co 10 lat. W przypadku pacjentów z niskim ryzykiem zaleca się wykonywanie kolonoskopii co 5 lat, jeśli wynik poprzedniej był negatywny. W przypadku gdy wynik kolejnej kolonoskopii również jest negatywny należy przestać wykonywania kolonoskopii.

Warto wskazać, że obecnie realizowany jest krajowy Program Badań Przesiewowych (PBP) w kierunku RJG, który obejmuje:

1. 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).
2. w systemie z zaproszeniami – osoby w wieku 55-64 lat - niezależnie od występowania lub braku objawów klinicznych sugerujących RJG.

W projekcie zaznaczono, że na terenie powiatu częstochowskiego nie ma żadnej placówki medycznej realizującej program ogólnopolski, niemniej jednak na stronie głównej PBP RJG odnaleziono dane na temat dwóch placówek realizujących program bez zaproszeń na terenie powiatu częstochowskiego. Wg informacji zawartej na stronie program realizują Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny – Oddział Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej Pracownia Endoskopii w Częstochowie oraz Alfamedica Sp. z o. o. w Częstochowie. Natomiast nie odnaleziono placówek realizujących świadczenia w systemie z zaproszeniami .

Biorąc pod uwagę powyższe istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń i należy dołożyć staranności, aby to ryzyko zredukować.

#### 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.

W projekcie poprawnie odniesiono się do oceny zgłaszalności oraz oceny jakości.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano analizę: „wartości współczynnika zapadalności i umieralności z powodu nowotworów jelita grubego w powiecie częstochowskim w perspektywie wieloletniej”, „osiągalności kątnicy”, „wskaźnika wykrywalności gruczolaków”, „liczby wykonanych polipektomii”, „liczby wykrytych nowotworów jelita grubego, które zostały potwierdzone histopatologicznie”, „stopnia zaawansowania nowotworów jelita grubego” oraz „ilości osób, które skierowane zostały do diagnostyki lub leczenia”. Ww. zaplanowane wskaźniki są poprawne, uwzględniono również porównanie stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu.

#### Warunki realizacji

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

Całkowity budżet zaplanowany na realizację programu wynosi 219 200 zł. Oszacowano koszty jednostkowe poszczególnych interwencji, które są niższe niż odnalezione ceny rynkowe. W projekcie

programu wskazano, że koszty związane ze znieczuleniem ogólnym będzie pokrywał pacjent. Natomiast w przypadku kolonoskopii diagnostycznej z wycinkiem histopatologicznym powiat pokryje koszty dwóch wycinków. W programie nie wskazano finansowania kosztów monitorowania i ewaluacji oraz nie uwzględniono kosztu akcji promocyjne. Co wymaga uzupełnienia w projekcie.

Program ma zostać sfinansowany ze środków powiatu częstochowskiego. Zaznaczono, że gmina będzie ubiegała się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie w latach 2019-2020 na podstawie art. 48d ust. 1 Ustawy.

## **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 gruczolowe 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

Odnaleziono wytyczne kliniczne następujących towarzystw:

- Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK )2015
- American Cancer Society (ACS) 2018
- US Preventive Services Task Force (USPSTF) 2016,
- US Multi-Society Task Force of Colorectal Cancer (MSTF) 2017
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2014,
- American College of Physicians ( ACP) 2012,
- International Agency for Research on Cancer/ World Health Organization (IARC/WHO) 2010,
- American College of Gastroenterology (ACG) 2009
- British Columbia Guidelines (BCG) 2013

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, sigmofiberoskopię 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.

Zgodnie z wytycznymi PTOK 2015 wskazanie do kolonoskopii w związku ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na nowotwór stanowi obciążający wywiad rodzinny:

- jeden krewny 1 stopnia z rozpoznaniem rakiem jelita grubego  $\geq$  60 roku życia – standardowy protokół badania przesiewowego, ale od 40. roku życia,
- dwóch lub więcej krewnych 1 stopnia z rozpoznaniem rakiem jelita grubego  $\geq$  60 roku życia lub jeden krewny 1 stopnia z rozpoznaniem rakiem jelita grubego  $<$  60 roku życia – standardowy protokół badania przesiewowego od 40 roku życia lub 10 lat wcześniej niż postawienie diagnozy raka jelita grubego u najmłodszego krewnego,
- wywiad w kierunku HNPCC – od 20-25 roku życia pełna kolonoskopia (z usunięciem polipów) co 1–2 lata, od 30 roku życia gastroscopia co 2 lata, u kobiet coroczne badania przesiewowe pod kątem raka trzonu macicy (biopsja aspiracyjna endometrium, przezpochwowe badanie USG), począwszy od 25-35 roku życia,
- wywiad w kierunku FAP – badanie genetyczne i kolonoskopia co 12 miesięcy od 12-15 roku życia,

U chorych ze schorzeniami zapalnymi jelit (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna) – kolonoskopia (z losowym pobraniem wycinków) co 1–2 lata; badanie należy rozpocząć po 8 latach trwania choroby przy pancolitis lub po 15 latach, jeżeli schorzenie dotyczy lewej połowy okrężnicy. Ostatnio w eksperckich ośrodkach zamiast losowego pobierania wycinków stosuje się chromoendoskopię z użyciem karminu indygo, który pozwala identyfikować obszary jelita grubego wymagające pobrania wycinków.

Według zaleceń ACS 2014 badanie palpacyjne per rectum nie jest zalecane jako test przesiewowy ze względu na jego małą czułość, powinno bezwzględnie być jednak wykonywane przed badaniem wzornikowym.

Wytyczne wskazują, że wykonywanie kolonoskopii po 45 r.ż. (ACS 2018) lub po 50 r.ż. (USPSTF 2016, MSTF 2017, PTOK 2015, ACOG 2014, ACP 2012, IARC/WHO 2010, ACG 2009) w populacji bezobjawowej jest zasadne. Jako górną granicę do wykonania badania wskazuje się wiek 75 lat (USPSTF 2016, MSTF 2017, ACS 2018, ACP 2012, NZGG 2011, IARC/WHO 2010). Rekomendacje USPSTF 2016 wskazują, że w grupie wiekowej 76-85 lat kolonoskopia w populacji bezobjawowej może być wykonywana, jednak w tym przypadku decyzja odnośnie badania powinna być podejmowana indywidualnie biorąc pod uwagę ogólny stan zdrowia (m.in. zdolność do odbycia leczenia w przypadku wykrycia RJG i brak występowania chorób współistniejących, które mogą w znaczący sposób wpłynąć na długość życia) oraz historię odbytych badań (najwięcej korzyści mogą odnieść pacjenci, którzy nie mieli wcześniej wykonywanego badania kolonoskopowego). Podobnie do powyższej kwestii odnoszą się rekomendacje ACS 2018 i MSTF 2017 gdzie również wskazuje się, że wykonanie kolonoskopii u osób w wieku 76-85 lat powinno być uzależnione od stanu zdrowia pacjenta oraz historii wcześniejszych badań kolonoskopowych.

Zgodnie z odnalezionymi dowodami naukowymi wykorzystanie kolonoskopii w porównaniu do braku jakiegokolwiek profilaktyki, zmniejsza o 57% śmiertelność z powodu raka jelita grubego (Elmunzer 2015).

Należy podkreślić, że zgodnie z wytycznymi (ACS 2018, MSTF 2017, PTOK 2015, ACOG 2014, BCG 2013, ACG 2009) wykonanie pełnej kolonoskopii jest zalecane co 10 lat. Wytyczne NZGG 2011 określają, że w przypadku pacjentów z niskim ryzykiem zaleca się wykonywanie kolonoskopii co 5 lat jeśli wynik poprzedniej był negatywny. W przypadku gdy wynik kolejnej kolonoskopii również jest negatywny należy przestać wykonywania kolonoskopii.

Wytyczne BCG 2013 określają, że wykonywanie kolonoskopii raz na 10 lat może stanowić alternatywę dla wykonywania FOBT. Pacjenci po przeprowadzonej kolonoskopii nie wymagają już innych badań przesiewowych (np. FOBT). Rekomendacje PTOK 2015 wskazują, że w momencie, kiedy wykonanie kolonoskopii nie jest możliwe, metodą o udowodnionej wartości w skriningu jest powtarzane co rok badanie kału na krew utajoną.

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

**Tryb wydania opinii**

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.441.21.2020 „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka jelita grubego dla mieszkańców powiatu częstochowskiego na lata 2020-2021” realizowany przez: Powiat częstochowski, Warszawa, marzec 2020 oraz Aneksu „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów jelita grubego – wspólne podstawy oceny”, maj 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 82/2020 z dnia 14 kwietnia 2020 roku o projekcie programu „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka jelita grubego dla mieszkańców powiatu częstochowskiego na lata 2020-2021”