



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 248/2017 z dnia 5 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. Program profilaktyki
nowotworu gruczołu krokowego dla mężczyzn zamieszkałych na
terenie Gminy Toszek w wieku 50-69 lat”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki nowotworu gruczołu krokowego dla mężczyzn zamieszkałych na terenie Gminy Toszek w wieku 50-69 lat” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada wykonanie badań przesiewowych w populacji mężczyzn należących do grup ryzyka, co jest zgodne z odnalezionymi rekomendacjami. Niemniej jednak konieczne jest naniesienie poprawek na niektóre części projektu tak, aby realizowany program był możliwie najwyższej jakości.

Cele programowe warto opisać zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności wymagają uzupełnienia.

Populacja docelowa, która zostanie włączona do programu obejmuje mężczyzn w wieku 50-69 r.ż. z grup ryzyka, co jest zgodne z wytycznymi. Należy jednak wskazać, że w treści projektu nie uściślono, jakie wyniki prowadzonej ankiety kwalifikacyjnej decydować będą o udziale w programie.

W ramach interwencji należy doprecyzować w jakiej kolejności prowadzone będą badania PSA i per rectum. Uściślić należy także, w jakich warunkach przeprowadzona ma zostać konsultacja lekarska wraz z badaniem per rectum. Ponadto należy doprecyzować, którzy pacjenci kierowani będą do badania USG TRUST.

Monitorowanie i ewaluację zaplanowano poprawnie.

Budżet nie budzi zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu dotyczący wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 199 025,48 zł, zaś okres realizacji to lata 2018-2021.

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 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

Przedmiotowy program odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego, jakim są choroby nowotworowe. Projekt programu odnosi się szczególnie do wczesnej diagnostyki w kierunku nowotworów raka gruczołu krokowego (RGK). Projekt programu zawiera również opis sytuacji epidemiologicznej w zakresie raka gruczołu krokowego.

Dane epidemiologiczne pochodzące z dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski” wskazują, że w 2012 roku w Polsce rozpoznano 14,6 tys. nowych przypadków nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (co daje 3 miejsce wśród wszystkich nowotworów, zaraz po raku płuca i piersi). Największą liczbę przypadków odnotowano w województwach mazowieckim (2 343) oraz śląskim (2 120). Współczynnik zapadalności (liczba nowych przypadków/100 tys. mężczyzn) w Polsce w 2012 roku wynosił blisko 78.

Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów, w latach 2010-2014, w powiecie gliwickim, w którym położona jest gmina Toszek, odnotowano w sumie 157 przypadków zachorowań oraz 57 zgonów z powodu nowotworu złośliwego gruczołu krokowego.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie wykrywalności nowotworu gruczołu krokowego u mężczyzn zamieszkałych na terenie Gminy Toszek, a tym samym wczesne wprowadzenie leczenia”. W projekcie wskazano także 5 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie dla ww. założenia głównego. Należy zwrócić uwagę, aby cele programowe były tworzone zgodnie z zasadą SMART, według której cel główny powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W projekcie odniesiono się do mierników efektywności programu, które częściowo pozostają w zgodzie z założeniami programu. Jednak kwestia ta wymaga uzupełnienia. Poza wskazanymi wskaźnikami, powinny one również odnosić się także do zmiany poziomu wiedzy nabytej poprzez działania edukacyjne w programie.

Populacja docelowa

Populację docelową projektu programu stanowią mężczyźni między 50. a 69. rokiem życia z terenu gminy Toszek. Zgodnie z treścią projektu, w 2018 roku populacja kwalifikująca się do udziału w programie, w przypadku edukacji (wiek 50-69 lat), wyniesie 1283 osoby, natomiast w przypadku diagnostyki (55-69 lat) – 932 osoby. W kolejnych latach realizacji programu liczebności populacji docelowej wynosić będzie 3887 osób z grup wiekowej 50-69 lat i 2971osób z grupy wiekowej 55-69 lat.

Należy wskazać, że zgodnie z danymi GUS, w 2016 r. gminę Toszek zamieszkiwały 1 244 osoby w wieku 50-69 lat oraz 882 osoby w wieku 55-69 lat. Można więc stwierdzić, że dane przedstawione w projekcie są zbliżone do danych GUS.

Założono, że w programie udział weźmie 80% populacji docelowej, tj. 4108 mężczyzn w ciągu 4 lat trwania programu.

American Cancer Society w swoich rekomendacjach z 2010 i 2016 r. zaleca, aby informacje o możliwości realizacji takiego badania powinny być przekazane pacjentom w wieku powyżej 50. r.ż. Pacjenci o podwyższonym ryzyku zachorowania na raka prostaty (w warunkach polskich: przede wszystkim pokrewieństwo pierwszego stopnia z mężczyzną z rakiem stercza zdiagnozowanym przed 65. r.ż.), powinni otrzymać tę informację w wieku 45 lat, zaś pacjenci o znacznym ryzyku choroby (rodziny, w których u wielu najbliższych członków (np. ojciec i dwóch braci) został zdiagnozowany rak stercza przed 65. r.ż.), powinni otrzymać tę informację w wieku 40 lat.

W treści projektu odniesiono się również do kryteriów kwalifikacji do programu. W przypadku działań diagnostycznych, oprócz kryterium wiekowego (55-69 r.ż.) konieczne ma być również występowanie czynników ryzyka oraz brak stwierdzonej choroby gruczołu krokowego. W tym celu przeprowadzona będzie ankieta, która odnosi się do rozpoznania w przeszłości nowotworu gruczołu krokowego, występowania RGK w najbliższej (dziadek, ojciec lub brat) lub dalszej rodzinie, przypadków innych

nowotworów wśród krewnych, palenia papierosów, spożywania alkoholu, spadku masy ciała oraz czasu, jaki upłynął od ostatniego badania morfologicznego, PSA oraz per rectum.

Informacje zawarte w ankiecie, odpowiadają rekomendacjom The National Comprehensive Cancer Network, w których wskazano, że przed przystąpieniem do badań wczesnego wykrywania RGK należy rozważyć następujące czynniki: wiek pacjenta, oczekiwaną długość życia, historię rodzinną, pochodzenie etniczne oraz wcześniejsze wyniki testów diagnostycznych (NCCN 2016).

Należy jednak wskazać, że w treści projektu nie uściślono, jakie wyniki ankiety kwalifikować będą uczestników do udziału w programie, co należy doprecyzować.

Niemniej jednak przeprowadzanie skryningu oportunistycznego w grupach ryzyka, ma swoje odzwierciedlenie w rekomendacjach klinicznych.

Interwencja

W ramach przedmiotowego projektu zaplanowano przeprowadzenie badań diagnostycznych w kierunku RGK w populacji mężczyzn między 55. a 69. r.ż., u których dotychczas nie stwierdzono RGK lub nigdy się w tym kierunku nie badali, a także przeprowadzenie kampanii edukacyjnej w populacji mężczyzn między 50 a 69 r.ż.

Odnalezione rekomendacje są zgodne co do tego, że prowadzenie badań przesiewowych w kierunku raka gruczołu krokowego w populacji bezobjawowych mężczyzn, nie ma uzasadnienia. Natomiast wytyczne (The American Cancer Society 2010, 2016, American College of Physicians 2013, American Urological Association 2013, National Health and Medical Research Council 2016) oraz eksperci kliniczni zwracają uwagę, że warto skoncentrować się na realizacji programów skryningu oportunistycznego (badania tylko w grupach ryzyka).

W projekcie nie uściślono, w jakich warunkach przeprowadzona ma zostać konsultacja lekarska wraz z badaniem per rectum. Wskazano dwie możliwe ścieżki – poradę lekarza POZ oraz konsultację urologiczną. Nie doprecyzowano jednak od czego zależeć ma wybór specjalisty. W treści projektu wskazano również, że ze względu na niepewność korzyści związanych z wczesnym wykryciem i leczeniem raka stercza, ważne jest aby przekazywane informacje zawierały rzetelne dane nt. spodziewanych korzyści oraz ryzyka związanego z badaniem przesiewowym. Nie wskazano jednak dokładnego zakresu informacji jakie będą przekazywane uczestnikom.

W projekcie wskazano, że prawidłowe stężenie PSA w surowicy wynosi od 0 do 4 ng/ml, a wartości równe lub większe od górnej granicy wymagają pogłębionej diagnostyki. Nie przedstawiono jednak informacji dotyczących odstępów czasowych w jakich planowane badanie powinno być wykonywane.

Wytyczne nie są zgodne w kwestii górnej granicy prawidłowego stężenia PSA, stosowanej w badaniach przesiewowych w kierunku raka stercza. Część wytycznych zaleca stosowanie określonych wartości granicznych w zależności do wieku, najczęściej jednak za górną granicę przyjmuje się stężenie PSA 4 ng/ml. Podkreśla się jednak, że nie zostało dotychczas określone stężenie PSA, poniżej którego bardzo mało prawdopodobna jest obecność raka stercza, a powyżej którego prawdopodobieństwo nowotworu jest wystarczająco wysokie, aby uzasadnić dalsze inwazyjne badania diagnostyczne.

W projekcie wskazuje się również na możliwość przeprowadzenia badania USG TRUST, co ujęto w budżecie programu. Nie rozwinięto jednak tej kwestii w zakresie planowanych interwencji, zatem nie wiadomo którzy uczestnicy będą do niego kierowani.

W rekomendacjach American College of Preventive Medicine wskazuje się, że badanie TRUST nie jest obecnie testem diagnostycznym z wyboru w diagnostyce raka stercza. Może być przydatne w badaniu pacjentów o nieprawidłowych wynikach badania per rectum lub stężenia PSA.

Należy zwrócić uwagę, że zaplanowane postępowanie może powielać świadczenia już finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych.

Oprócz części diagnostycznej, w projekcie zaplanowano także działania edukacyjne w formie spotkań z uczestnikami programu. Warto wskazać, że edukacja stanowi ważny aspekt, który może przyczynić się do zmiany zachowań zdrowotnych i przełożyć na poprawę zdrowia uczestników.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie poprawnie opisano jego monitorowanie, uwzględniając zarówno ocenę zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń. Warto jednak wskazać, że w przypadku programów przesiewowych w kierunku RGK zasadnym wydaje się uzupełnienie powyższych wskaźników o liczbę mężczyzn, którzy po uzyskaniu rzetelnych informacji nt. korzyści i ryzyka związanego z badaniami, nie wyrazili na nie zgody.

W odniesieniu do ewaluacji należy mieć na uwadze, że stanowi ona źródło danych o wpływie prowadzonych działań na zdrowie populacji i powinna być oceną długoterminową wykraczającą znacznie poza okres trwania programu. Zaplanowane w projekcie wskaźniki, które mają być wykorzystane w ramach ewaluacji nie budzą zastrzeżeń.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Opisano także kompetencje, jakie powinien spełniać realizator programu.

W sposób pobieżny przedstawiono organizację programu. Wskazano informacje na temat konieczności przygotowania pacjenta do badań. Jednak w projekcie pojawiają się niejasne informacje co do kolejności wykonania per rectum i PSA, co należy doprecyzować, gdyż kolejność wykonania badań może rzutować na wynik PSA. Zgodnie z opiniami ekspertów w pierwszej kolejności powinno się pobrać krew do badania PSA, a później wykonać badanie per rectum.

Całkowity koszt realizacji programu w ciągu 4 lat jego trwania wynieść ma 199 025,48 zł. Ponadto, w projekcie oszacowano koszty jednostkowe oraz koszty poszczególnych składowych programu. Przedstawiony budżet nie budzi zastrzeżeń.

Z treści projektu programu wynika, że założono jego współfinansowanie z NFZ w wysokości 40%, zgodnie z art. 48d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy mieć na uwadze, że budżet będzie wymagał aktualizacji po otrzymaniu decyzji o przyznaniu bądź braku dofinansowania.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rak gruczołu krokowego (stercza) jest nowotworem złośliwym, wywodzącym się pierwotnie z obwodowej strefy gruczołu krokowego. Jest najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w krajach wysokorozwiniętych. Obserwowany w ostatnich latach wzrost wykrywalności tego nowotworu tłumaczy się częściowo zwiększeniem dostępności badań diagnostycznych, zwłaszcza oznaczeń antygeny gruczołu krokowego.

Chorzy z miejscowo lub regionalnie zaawansowanym rakiem gruczołu krokowego zazwyczaj nie mają objawów lub mają objawy typowe dla łagodnego przerostu prostaty (częstomocz, nykturia, naglące parcie na mocz, pieczenie w czasie mikcji, uczucie niepełnego wypróżnienia, wąski strumień moczu). Sporadycznie objawem jest krwiomocz. W zaawansowanym stadium choroby mogą wystąpić: ból kostny (m.in. w okolicy lędźwiowego odcinka kręgosłupa), utrata masy ciała, rzadziej objawy ucisku na rdzeń kręgowy.

Podczas badania palcem przez odbytnicę możliwe jest wykrycie guza zlokalizowanego w tylnej i bocznych częściach stercza (25–30% guzów jest niewyczuwalnych palpacyjnie); typowo wyczuwa się niesymetryczne obszary stwardnień lub guzki (w odróżnieniu od symetrycznego powiększenia i gładkiej powierzchni gruczołu w łagodnym rozroście).

Wybór metody leczenia zależy od stopnia zaawansowania choroby, stanu ogólnego pacjenta oraz jego wieku. Leczenie radykalne, czyli operacyjne lub radioterapia jest wskazane w przypadku raka

ograniczonego do gruczołu krokowego, przy spodziewanym czasie przeżycia naturalnego nie mniejszym niż 10 lat.

Alternatywne świadczenia

Badanie stercza *per rectum* jest podstawowym badaniem, które powinno być regularnie wykonywane przez urologa, ale także internistę lub lekarza rodzinnego.

Podobnie jak konsultacja urologiczna, oznaczenie stężenia PSA (całkowitego oraz wolnego) oraz ewentualne dalsze badania diagnostyczne w kierunku raka gruczołu krokowego (jak np. transrektalne USG) ograniczone są do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Konsultacja urologiczna w ramach ubezpieczenia zdrowotnego możliwa jest wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczenia w ramach ważnej umowy z NFZ. Lekarz POZ, kierujący pacjenta do lekarza specjalisty, zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

Jeżeli pacjent objęty opieką specjalisty – w tym wypadku urologa, wymaga wykonania dodatkowych badań diagnostycznych, jak oznaczenie PSA, skierowania na te badania wystawia świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Ocena technologii medycznej

Odnalezione dowody naukowe oraz wytyczne (m.in. Polska Unia Onkologii 2009/2010, Światowa Organizacja Zdrowia, European Association of Urology 2010) wskazują, że oznaczenie PSA oraz badanie *per rectum* jest standardową metodą diagnostyczną w badaniach przesiewowych w kierunku wykrywania raka prostaty. Podkreślają jednak, że żadna z dostępnych metod nie jest doskonała. Z powodu niewystarczającej liczby badań klinicznych nie można w pełni uzasadnić prowadzenia populacyjnego skriningu w kierunku raka stercza u bezobjawowych mężczyzn.

Populacyjne badania przesiewowe w kierunku RGK oparte na badaniu PSA, redukują śmiertelność z powodu tego nowotworu, jednak kosztem nadwykrywalności i niepotrzebnego leczenia, przez co nie są rekomendowane (ESMO 2015, 2016). Dowody naukowe wskazują na korzyści w prowadzeniu przesiewu w redukcji liczby zgonów z powodu raka prostaty o 21%, jednakże główne szkody leczenia mężczyzn, na podstawie fałszywie pozytywnego wyniku badania PSA, nadal przewyższają korzyści (UK NSC 2016). Dot

Przeprowadzając w/w badania jako badania przesiewowe należy mieć na uwadze możliwość uzyskania wyników fałszywie dodatnich, a co za tym idzie - podejrzenia raka, tam, gdzie faktycznie on nie występuje. Może mieć to niekorzystny wpływ na zdrowie pacjenta, gdyż naraża go na wysoki, niepotrzebny stres i niekorzystne skutki stosowanych metod terapeutycznych. Dlatego należy pamiętać, aby przed przystąpieniem do badań przedstawić pacjentowi rzetelne informacje na temat korzyści oraz ryzyka, jakie są związane z zastosowaniem danych metod diagnostycznych.

W odnalezionych wytycznych (m.in. European Association of Urology, American Urological Association) nie ma jednogłośnej zgody co do wieku rozpoczęcia prowadzenia badań przesiewowych. Zdecydowana większość zaleca jednak, by w przypadku bezobjawowych mężczyzn oznaczenie PSA wykonywać od 50 r. ż. w przypadku mężczyzn z wysokim ryzykiem choroby. Wytyczne wskazują wiek 75 lat lub oczekiwany czas przeżycia wynoszący 10–15 lat jako moment, w którym powinno się zaprzestać udziału w badaniach przesiewowych w kierunku wykrywania raka stercza.

U pacjentów z historią rodzinną raka gruczołu krokowego (szczególnie pierwszy stopień pokrewieństwa), decyzja o badaniu przesiewowym powinna być podjęta po uzyskaniu przez pacjenta dokładnych informacji na temat tego badania (Spanish Society of Medical Oncology 2016). Wszystkie odnalezione rekomendacje podkreślają, że nie poddawać mężczyzn badaniom PSA, bez przedstawienia informacji na temat potencjalnego ryzyka i korzyści (NCCN 2016, EAU 2016, PTOK 2013, Prescrire 2009, 2012, 2013). Podczas rozmowy na temat ryzyka i korzyści związanych z wczesnym wykrywaniem RGK, lekarz powinien edukować pacjentów w zakresie odróżniania objawów chorób dolnych dróg moczowych, spowodowanych łagodnym przerostem gruczołu prostaty od RGK (NCCN 2016). Pacjenci powinni być informowani o tym, że celem badań przesiewowych jest wykrycie agresywnych postaci nowotworu, a w ramach badań przesiewowych często wykrywane są

nowotwory o niskim ryzyku, oraz że nowotwory te mogą nie wymagać leczenia i mogą być poddane regularnej obserwacji (NCCN 2016). Rekomenduje się aby badanie PSA było oferowane zdrowym, dobrze poinformowanym mężczyznom w wieku 45-75 lat. Badanie to może być uzupełnione badaniem per rectum (NCCN 2016, ACS 2010, 2016).

ACS w swoich rekomendacjach z 2010 i 2016 r. zaleca aby informacje o możliwości realizacji takiego badania powinny być przekazane pacjentom w wieku od 50 lat. Pacjenci o podwyższonym ryzyku zachorowania na raka prostaty (Afroamerykanie, pokrewieństwo pierwszego stopnia z mężczyzną ze zdiagnozowanym rakiem stercza przed 65. r. ż.) powinni otrzymać tę informację w wieku 45 lat (ACS 2010, 2016, NHMRC 2016), zaś pacjenci o znacznym ryzyku choroby (wielu członków najbliższej rodziny np. ojciec i dwóch braci z rakiem stercza zdiagnozowanym przed 65. r. ż.) powinni otrzymać tę informację w wieku 40 lat (ACS 2010, 2016, NHMRC 2016). AUA w rekomendacjach z 2013 r. zaleca mężczyznom w wieku 55-69 lat (ACP 2013 – mężczyźni 50-69 lat), podjęcie decyzji o rozpoczęciu skryningu z wykorzystaniem oznaczania stężenia PSA, po rozmowie z lekarzem prowadzącym, po dokładnej analizie zalet i potencjalnych zagrożeń badania.

CTFPHC w zaleceniach z 2014 r. dot. wszystkich mężczyzn, którzy nie byli wcześniej poddawani diagnostyce w kierunku RGK także z objawami ze strony dolnych dróg moczowych lub z łagodnym przerostem gruczołu krokowego, nie rekomenduje wykonywania badań przesiewowych w kierunku RGK za pomocą badania PSA mężczyznom poniżej 55 r.ż., mężczyznom w wieku 55-69 lat ani mężczyznom w wieku 70 lat i starszym.

W rekomendacjach dot. badań przesiewowych w kierunku wykrywania RGK uroflowmetria nie jest wskazywana jako badanie, które powinno się lub które można by wykonać aby wykryć RGK we wczesnym stadium. Wskazaniem do badania są zaburzenia w oddawaniu moczu. Wytyczne zalecają wykonywanie badania uroflowmetrycznego przy dolegliwościach ze strony dolnych dróg moczowych (lower urinary tract symptoms – LUTS) na tle nieneurologicznym u mężczyzn ≥ 40 roku życia. Wnioskodawca jedynie wymienia, że planuje to badanie wykonywać u osób z podejrzeniem nowotworu, jednak nie argumentuje zasadności jego wykonywania. Badanie to może generować niepotrzebne dodatkowe koszty w programie.

Istotnym elementem jest zapewnienie uczestnikom dostępu do dalszych świadczeń medycznych po uzyskaniu przez nich nieprawidłowego wyniku badania. Wskazane byłoby prowadzenie takich działań w ramach programu, jednak jeśli nie jest to możliwe należałoby zapewnić pacjentom jak najszybszy dostęp do świadczenia w ramach NFZ.

W zwiększeniu odsetka pacjentów poddających się badaniom przesiewowym znaczenie ma odpowiednio prowadzona edukacja zdrowotna. Powinna przedstawiać głównie korzyści płynące z poddawania się badaniom, tak aby zachęcić jak największą liczbę osób do uczestnictwa w programach. Edukacja powinna kształtować odpowiednie postawy w społeczeństwie, które wpłyną na zwiększenie odsetka osób poddających się badaniom poza programami polityki zdrowotnej.

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.441.236.2017 „Program profilaktyki nowotworu gruczołu krokowego dla mężczyzn zamieszkałych na terenie Gminy Toszek w wieku 50-69 lat” realizowany przez: Gmina Toszek, Warszawa, sierpień 2017 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego – wspólne podstawy oceny”, listopad 2016. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 290/2017 z dnia 4 września 2017 roku o projekcie programu „Program profilaktyki nowotworu gruczołu krokowego dla mężczyzn zamieszkałych na terenie Gminy Toszek w wieku 50-69 lat”