



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 97/2016 z dnia 25 maja 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
raka pęcherza moczowego” realizowany przez powiat
Zduńskowski

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki raka pęcherza moczowego”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnej kwestii, jaką jest wczesne wykrywanie raka pęcherza moczowego.

Główną przesłanką za negatywną opinią Prezesa Agencji jest zaplanowanie w ramach programu świadczeń o nieznannej skuteczności i bezpieczeństwie (podawanie preparatów leczniczych), których opis budzi liczne wątpliwości. Planowanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań, które swoim charakterem przypominają programy badawcze jest niewłaściwe. Proszę mieć także na uwadze, że wskazany w projekcie preparat leczniczy nie jest dopuszczony do obrotu na terenie Polski, zatem wydaje się niedopuszczalne stosowanie go w ramach programu polityki zdrowotnej.

Zaplanowane cele programowe mogą okazać się trudne do realizacji, ze względu na krótki okres trwania programu, natomiast mierniki efektywności zaproponowane w projekcie nie spełniają swojej roli.

Program ma zostać skierowany do niewielkiego odsetka populacji docelowej, przez co niemożliwe może być uzyskanie widocznych efektów zdrowotnych w populacji. Zaplanowane w programie badania diagnostyczne nie są zalecane jako metody przesiewowe we wczesnym wykrywaniu raka pęcherza moczowego w populacji bezobjawowej.

Podkreślić także należy, większość zaplanowanych świadczeń jest finansowanych w ramach świadczeń gwarantowanych, zatem możliwe jest ich powielanie.

Należy także wskazać, że prowadzenie postępowania, które de facto pozostawia pacjenta bez opieki z wynikiem badania może budzić wątpliwości natury etycznej oraz powodować wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty w regionie.

W zakresie profilaktyki nowotworowej istotne jest prowadzenie działań edukacyjnych kierowanych do całej populacji. W projekcie przewiduje się takie działania, jednak zasadne wydaje się ich rozszerzenie, tak aby swoim zasięgiem objęły możliwie największą liczbę osób.

W projekcie w sposób niepoprawny odniesiono się do monitorowania i ewaluacji. Element ten należy uzupełnić określając wskaźniki, które umożliwią ocenę realizacji programu oraz wpływ działań na stan zdrowia populacji.

W przedstawionym budżecie brakuje odniesienia do kosztu zaplanowanych działań edukacyjnych oraz stosowania wskazanego preparatu leczniczego.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wykrywania raka pęcherza moczowego. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 49 500 zł, zaś okres realizacji to rok 2016.

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

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnej kwestii, jaką jest wczesne wykrywanie chorób nowotworowych.

Problem zdrowotny został opisany w sposób prawidłowy. Wskazano także ogólne dane epidemiologiczne.

Dane epidemiologiczne pochodzące z dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski” wskazują, że w 2012 roku w Polsce rozpoznano ok. 8,2 tys. nowych przypadków nowotworu złośliwego pęcherza moczowego. Najczęściej spotykanymi nowotworami był rak płuca, piersi oraz gruczołu krokowego i jelita grubego.

Woj. łódzkie charakteryzowało się stosunkowo niską liczbą zgonów spowodowanych rakiem pęcherza moczowego (ok. 700 przypadków w okresie 2011-2013 r.) w porównaniu do innych województw. Jednak w tym samym regionie odnotowano wysokie wskaźniki chorobowości szpitalnej ze względu na ww. nowotwór – współczynnik standaryzowany wynosił ok. 107 przypadków choroby rocznie.

Cele i efekty programu

Głównym celem projektu programu jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców powiatu, którzy ukończyli 35 rok życia, ale nie przekroczyli 60 roku życia. Biorąc pod uwagę jednoroczny okres realizacji programu, cel ten wydaje się wątpliwy do osiągnięcia w tak krótkim okresie czasu. Ponadto, wątpliwości budzi poprawa zdrowia i jakości życia wszystkich mieszkańców przy zastosowaniu zaplanowanych interwencji w tak małej grupie populacji docelowej (30 osób z powiatu zduńskowolskiego). Warto cele programowe tworzyć zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być m. in. szczegółowy (zawierający czytelny przekaz), mierzalny (liczbowe określenie stopnia jego realizacji), realistyczny (możliwy do osiągnięcia), ambitny/atrakcyjny i terminowy (określony w czasie).

W projekcie określono oczekiwane efekty programu i mierniki efektywności, jednak obie kwestie zostały przedstawione w projekcie w sposób zdawkowy.

Wśród mierników efektywności, oprócz liczby osób biorących udział w programie i liczby osób skierowanych do dalszego leczenia w ramach NFZ, warto uwzględnić :stan wiedzy uczestników przed i po edukacji zdrowotnej, zgłaszalność na badania profilaktyczne (również jako miernik efektywności działań edukacyjnych), liczbę zachorowań na raka pęcherza moczowego oraz koszty ponoszone na leczenie tych pacjentów również w odniesieniu do populacji ogólnej i sytuacji z lat ubiegłych.

Populacja docelowa

Populację docelową projektu programu stanowią mieszkańcy od 35 do 60 roku życia z powiatu zduńskowolskiego. Działaniami programu zostanie objętych 30 osób z ww. grupy wiekowej, co stanowi ok. 0,01% populacji docelowej. Należy mieć na uwadze, że taki odsetek uczestników może nie pozwolić na uzyskanie widocznych efektów zdrowotnych oraz nie przełoży się na realizację celu programu.

Nie przedstawiono metodologii wyboru populacji docelowej. Wiadomym jest, że do działań w programie zostaną zakwalifikowane osoby należące do potencjalnych grup ryzyka raka pęcherza moczowego, prawdopodobnie w wyniku kwalifikacji lekarskiej.

Wśród głównych kryteriów włączenia do programu wskazuje się: wiek: 35 - 60 lat, ryzyko zawodowe (narażenie na kancerogeny), wieloletnie czynne palenie tytoniu (i ewentualnie bierne - do chwili obecnej nie potwierdzone), nawracające (abakteryjne) infekcje układu moczowego (powyżej trzech udokumentowanych epizodów w ostatnich trzech latach, leczone farmakologicznie), przetrwała infekcja onkogenną postacią wirusa HPV szyjki macicy, potwierdzona pozytywnym wynikiem badania molekularnego. Osoby spełniające większość (co najmniej 3) ww. kryteriów zostaną zakwalifikowane do etapu diagnostycznego programu.

Należy podkreślić, że odnalezione w ramach przygotowania raportu rekomendacje/wytyczne postępowania medycznego wskazują, że nie zaleca się skriningu w kierunku raka pęcherza moczowego w populacji bezobjawowej. Większość wytycznych rekomenduje jednak badania przesiewowe w kierunku ww. jednostki chorobowej w grupach podwyższonego ryzyka wystąpienia choroby (tj. m.in. wśród osób narażonych na trwałą ekspozycję kancerogenów np. w pracy zawodowej, wśród osób z problemami związanymi z układem moczowo-płciowym lub z przebyłym nowotworem pęcherza moczowego w przeszłości, wśród nałogowych palaczy tytoniu). Kryteria te zostały uwzględnione w projekcie programu.

Interwencja

Projekt programu zakłada realizację działań edukacyjnych w ramach szeroko rozbudowanej kampanii informacyjnej oraz postępowanie diagnostyczne, w zakresie którego wykonane zostaną: wizyty lekarskie, badanie ogólne moczu z oceną osadu i badanie bakteriologiczne moczu z antybiogramem, katetyzacja pęcherza moczowego, cytologia moczu, test UroVysion (w ramach 1-3 etapu projektu programu), uretrocystoskopia przezcewkowa z wykorzystaniem techniki PDD (Photodynamic Diagnosis) wraz z badaniem histopatologicznym (w ramach etapu 4), elektrokoagulacja (w niektórych przypadkach), badanie molekularne w kierunku onkogennych typów HPV w próbkach DNA z osadu moczu (alternatywnie wykorzystanie techniki FISH), molekularną analizę profilu metylacji genów CDKN2A/ARF oraz TP53 w próbkach DNA i ekspresji mRNA w próbkach RNA wyizolowanych z osadu moczu (w ramach etapu 5).

Biorąc pod uwagę odnalezione wytyczne, badania w kierunku wczesnego rozpoznania raka pęcherza moczowego są uzasadnione w grupach ryzyka, nie ma natomiast wystarczających dowodów na ich korzyści w populacji bezobjawowej. Jednakże National Cancer Institute podkreśla, że badania przesiewowe w kierunku raka pęcherza i innych nowotworów dróg moczowych spowodowałyby zastosowanie zbędnych procedur diagnostycznych towarzyszących zachorowalności na ww. jednostki chorobowe.

Wśród interwencji najczęściej wymienianych w grupach ryzyka raka pęcherza moczowego, podkreśla się znaczenie dokładnego wywiadu lekarskiego, badań cytologicznych moczu i obrazowych pęcherza moczowego oraz złotego standardu - cystoskopii. Dodatkowo wskazuje się, że celem skuteczniejszego wykrywania zmian nowotworowych pęcherza moczowego warto zastosować diagnostykę fotodynamiczną. Wszelkie rezultaty badań należy jednak traktować z wielką ostrożnością ze względu na wysokie ryzyko wyników fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych. Nie zaleca się rutynowych badań z zastosowaniem testów molekularnych, oznaczaniem markerów nowotworowych we wczesnym rozpoznawaniu choroby. Wciąż brakuje rzetelnych badań potwierdzających ich skuteczność i zasadność stosowania we wczesnej diagnostyce raka pęcherza moczowego.

Większość ww. wymienionych świadczeń stosowanych jest w standardowej praktyce diagnostycznej w kierunku raka pęcherza moczowego i jednocześnie należy do koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach AOS i leczenia szpitalnego. Może zatem istnieć ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Oprócz ww. interwencji w projekcie wspomina się także o krótkoterminowym leczeniu uczestników po wykonanym zabiegu uretrocystoskopii zgodnie z praktyką lekarską oraz wytycznymi EAU. Kwestia

ta jest bardzo niejasna, brakuje szczegółów dot. wymienionej interwencji. Nie została ona również uwzględniona w zestawieniu kosztów całkowitych projektu programu.

Następnie wśród części uczestników („pacjentów w grupie badanej”) zostanie wdrożone leczenie preparatem Uronatura plus®, zaś u pozostałych („pacjentów w grupie kontrolnej”) zostanie podane placebo. Opis tych interwencji jest bardzo niejasny. Na jego podstawie można wnioskować, że w ramach programu ma zostać zrealizowany program badawczy. Nieznane jest również pochodzenie, ani charakterystyka ww. preparatu. Zgodnie z informacjami udostępnionymi przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, preparat ten nie znajduje się w rejestrze produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terenie Polski. Kwestia ta pozostawia zbyt dużo nieścisłości i wiąże się z wątpliwościami natury etycznej.

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia istnieją dwa kluczowe czynniki wczesnego wykrywania nowotworu, mianowicie edukacja w zakresie promocji wczesnej diagnostyki oraz badania przesiewowe. Edukacja zdrowotna wielokrotnie, w opiniach Prezesa Agencji, wskazywana jest jako wartość dodana dla realizacji programu polityki zdrowotnej przy niewielkim nakładzie finansowym. W związku z powyższym, działania te w ramach kampanii informacyjnej w projekcie programu są jak najbardziej uzasadnione. Należy mieć jednak na uwadze, aby działania edukacyjne skierowane były do całej populacji kobiet.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu zakłada się jego monitorowanie i ewaluację. Jednak opis tych kwestii został przedstawiony w sposób nieprecyzyjny i zdawkowy.

Projekt odnosi się głównie do sprawowania kontroli nad poszczególnymi zadaniami w toku jego realizacji. Nie uwzględnia jednak prawidłowo skonstruowanej oceny zgłaszalności do programu, jakości realizowanych świadczeń czy też dobrze opracowanej oceny efektywności całego programu. Wobec powyższego projekt wymaga uzupełnienia o te elementy.

Warunki realizacji

Zgodnie z ustawową definicją programu polityki zdrowotnej jest to „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego”. W ocenie Prezesa Agencji przesłany przez powiat zduńskowolski projekt wydaje się mieć charakter programu badawczego, gdyż dotyczy znikomej liczby osób (biorąc pod uwagę zasoby ludzkie powiatu) oraz rozbudowanych interwencji w kierunku wykrywania, ale i leczenia raka pęcherza moczowego (niekoniecznie zalecanych w ramach przesiewu w grupie ryzyka ww. choroby nowotworowej). Ponadto, w ramach planowanych interwencji odniesiono się do realizacji wewnętrznego badania w zakresie leczenia raka pęcherza moczowego w grupie badanej preparatem Uronatura plus w porównaniu do grupy z placebo. Realizacja takich działań w ramach programów polityki zdrowotnej jest niedopuszczalna. Należy mieć ponadto na uwadze, że na prowadzenie badań klinicznych wymagana jest zgoda komisji bioetycznej, co warunkują zapisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381).

W projekcie nie przedstawiono sposobu wyboru realizatora. Zgodnie z wymogami ustawowymi powinien być wybrany na zasadach konkursu ofert, celem uzyskania najkorzystniejszych dla wnioskodawcy i potencjalnego uczestnika programu warunków.

Opis schematu organizacyjnego projektu programu jest skonstruowany w sposób chaotyczny. Zakończenie udziału w programie jest tożsame z wyodrębnieniem grup dyspanseryjnych i skierowaniem podejrzanych obserwacji do dalszego postępowania/leczenia w ramach NFZ. W projekcie brakuje informacji czy pacjenci będą mogli wycofać się z udziału w programie na każdym jego etapie.

W projekcie przedstawiono zestawienie kosztów realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach programu dla jednego uczestnika programu, odnoszą się również do kosztów obsługi programu oraz całkowitych wydatków przeznaczonych na ich realizację. Wykonanie wszystkich zaplanowanych interwencji w ramach etapu diagnostycznego zostało oszacowane na kwotę 1,5 tys. zł od osoby, natomiast koszt obsługi programu to 150 zł. Na realizację celu głównego projektu programu przeznaczono kwotę 49,5 tys. zł.

W ww. zestawieniu kosztów programu nie uwzględniono działań edukacyjnych w ramach kampanii informacyjnej, jak również kosztów wdrożenia elementu badawczego (testowanie leku Uronatura plus).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rak pęcherza moczowego zajmuje 2. miejsce pod względem zapadalności na nowotwory złośliwe układu moczowego. Ryzyko zachorowania na ww. nowotwór wzrasta wraz z wiekiem, natomiast znaczna część nowych rozpoznań choroby dot. mężczyzn. Blisko 90% przypadków nowotworów pęcherza moczowego wywodzi się z nabłonka przejściowego (TCC). Do pozostałych typów histologicznych kwalifikowane są: rak płaskonabłonkowy, gruczolakorak, rak niezróżnicowany i mięsak.

W literaturze naukowej znajduje się potwierdzenie dla wzrostu ryzyka zachorowań na raka pęcherza moczowego związanego z czynnym, jak i z biernym paleniem, ale coraz większy problem stanowi narażenie na działanie metali ciężkich, które odgrywają ogromną rolę w procesie powstawania raka pęcherza moczowego. Ekspozycja na metale ciężkie (jak np. arsen, chrom, nikiel, kadm) i ich przemiany metaboliczne indukują wytwarzanie wolnych rodników tlenowych i powstawanie stresu oksydacyjnego (odpowiedzialnego m.in. za uszkodzenie DNA). Czynniki takie jak występowanie kamicy moczowej czy nieprawidłowa dieta mogą także prowadzić do rozwoju raka pęcherza moczowego.

Alternatywne świadczenia

W Polsce świadczenia z zakresu wczesnego rozpoznawania nowotworów pęcherza moczowego finansowane są w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego.

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.

Ocena technologii medycznej

National Cancer Institute wskazuje, że skrining populacyjny w kierunku raka pęcherza moczowego nie jest rekomendowany, jednak niektórzy lekarze w wyniku rzetelnego wywiadu z pacjentem mogą zalecać, w ramach jego wczesnego wykrywania następujące interwencje: badania ogólnego moczu oraz cytologii moczu, oznaczenie markerów w moczu poprzez zastosowanie testu UroVysion, badanie antygeny BTA, Immunocyt, NMP22 BladderChek. Jednak w związku z wysokim ryzykiem zafałszowań wyników przedstawianych przez ww. świadczenia nie zaleca się ich jako badania przesiewowe. NCI wskazuje też, że wykonanie cystoskopii oraz katetyzacji pęcherza moczowego i/lub cytologii moczu jest skutecznym działaniem w zakresie kontroli i postępowania diagnostycznego w kierunku raka pęcherza moczowego w populacji z nowotworem w historii choroby (potencjalnej grupie ryzyka).

Amerykański konsensus ekspercki specjalistów urologii (Jimenez 2016) również zaznacza, że badania wczesnego wykrywania raka pęcherza moczowego są dobrym rozwiązaniem dla grup ryzyka, gdzie wykorzystywane będą testy paskowe w kierunku krwimoczu, badanie cytologiczne moczu i oznaczanie biomarkerów. Wskazuje również, że wraz ze wczesną diagnostyką należy prowadzić stosowne działania edukacyjne w kierunku zaprzestania palenia tytoniu.

European Association of Urology podkreśla, że rutynowe wykonywanie badań przesiewowych w kierunku raka pęcherza, nie powinno być zalecane nawet w grupach ryzyka. Mimo że testy UroVysion/NMP22 mogą być pomocnymi narzędziami w diagnostyce nowotworów pęcherza

moczowego, to wciąż są interwencjami mało-opłacalnymi przy stosunkowo niskim poziomie zachorowalności w Europie. EAU zaznacza, że w normalnym, indywidualnym postępowaniu diagnostycznym, w przypadku podejrzenia raka pęcherza moczowego stosuje się: wywiad lekarski, USG pęcherza moczowego, urografię/urograficzną tomografię komputerową (ale tylko w uzasadnionych przypadkach) oraz cystoskopię.

Stanowisko ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia dodaje, że oznaczanie markerów nowotworowych (mimo wysokiej czułości) nie jest rekomendowane we wczesnym wykrywaniu i kontroli raka pęcherza moczowego. Złotym standardem jest cystoskopia (mimo swej inwazyjności i kosztów).

Wytyczne NICE (2015) uwzględniają, że nie można zastępować cystoskopii oznaczeniami biomarkerów nowotworowych w podejrzeniu raka pęcherza moczowego. Wśród osób z podejrzeniem raka pęcherza moczowego należy rozważyć także zastosowanie przezcewkowej elektroresekcji guza pęcherza moczowego (TURBT) przy białym świetle z jednym z elementów diagnostyki dodatkowej, gdzie wskazuje się: diagnozowanie fotodynamiczne (PDD), obrazowanie wąskopasmowe, cytologię moczu, oznaczenia biomarkerów (test UroVysion z wykorzystaniem fluorescencyjnej hybrydyzacji in situ [FISH], test ImmunoCyt lub test molekularny NMP22). Jednak każde z badań powinno być przeprowadzane lub nadzorowane przez doświadczonego lekarza urologa.

Z kolei grupa francuskich ekspertów towarzystw urologicznych (Clin 2014) rekomenduje cytologię moczu jako badanie pierwszej linii w rozpoznaniu raka pęcherza moczowego, w grupach trwałej (co najmniej 20-letniej) ekspozycji na czynniki kancerogenne. Zaleca się cykliczność wykonywania badań cytologicznych (powtarzanych co pół roku).

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Urologicznego wskazują, że w ostatnich latach pojawiło się wiele analiz wykorzystania oznaczenia markerów nowotworowych, jednak żaden z nich nie został przyjęty jako procedura obserwacyjna (ani w urologii rutynowej, ani w zaleceniach jako standard diagnostyczny). Podkreśla się, że zarówno cytologia moczu, jak i testy molekularne nie są zalecane do rutynowego stosowania w przesiewie, w kierunku raka pęcherza moczowego. Natomiast cystoskopia oraz przezcewkowe wycięcie są procedurami standardowymi w diagnostyce raka pęcherza moczowego. Celem poprawy stopnia wykrywalności raka pęcherza moczowego stosuje się dodatkowo diagnozowanie fotodynamiczne (PDD). Warto dodać, że Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej sugeruje iż każdy epizod widocznych objawów, podejrzeń wystąpienia raka pęcherza moczowego (krwiomocz, gwałtowna potrzeba oddania moczu, częstomocz, zaburzenia mikcji) w przypadku ujemnego wyniku posiewu moczu jest bezwzględny wskazaniem do dalszej diagnostyki.

Amerykańskie wytyczne podobnie, jak zalecenia innych towarzystw naukowych nie wskazują zasadności skringingu w kierunku raka pęcherza moczowego w populacji bezobjawowej. Jednak w grupie ryzyka raka pęcherza moczowego, w ramach wczesnej diagnostyki stosuje się mikroskopowe badania moczu (w kierunku krwiomoczu), cytologię moczu oraz oznaczenie biomarkerów w osadzie. Należy pamiętać, że lekarz podejmujący decyzję o zakwalifikowaniu potencjalnego pacjenta z grupy ryzyka do badań indywidualnych w kierunku rozpoznania raka pęcherza moczowego, powinien mieć na uwadze wysokie ryzyko wyników fałszywie dodatnich, co może prowadzić do niepotrzebnego lęku i szkód związanych z nadrozpoznowalnością, wykonywaniem niepotrzebnej diagnostyki, dodatkowych cystoskopii i biopsji, etykietowaniem pacjentów.

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.441.65.2016 „Program profilaktyki raka pęcherza

moczowego” realizowany przez: Powiat Zduńskowolski, Warszawa maj 2016 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 161/2016 z dnia 23 maja 2016 roku o projekcie programu „Program profilaktyki raka pęcherza moczowego” powiatu zduńskowolskiego