



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 152/2018 z dnia 27 lipca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program
rehabilitacji oddechowej
jako droga powrotu do aktywności zawodowej i społecznej na lata
2019-2022”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny program rehabilitacji oddechowej jako droga powrotu do aktywności zawodowej i społecznej na lata 2019-2022” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada kompleksowe działania z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej, które opierać się mają zarówno na zabiegach skierowanych do pacjentów jak również szkoleniach personelu medycznego i edukacji zdrowotnej. Stanowić on może uzupełnienie obecnie funkcjonujących świadczeń. Należy jednak zaznaczyć, że w celu zachowania wysokiej jakości programu, konieczne są korekty niektórych jego elementów.

Zaproponowane w projekcie cele programowe wymagają doprecyzowania zgodnie z zasadą SMART. Dobrze sformułowany cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Uzupełnienia wymaga również kwestia mierników efektywności, które powinny umożliwić ocenę skutków programu.

Populację docelową będą osoby cierpiące na przewlekłe choroby układu oddechowego w wieku aktywności zawodowej w zakresie rehabilitacji oraz personel medyczny w zakresie szkoleń.

W projekcie zaplanowano szeroki wachlarz świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej, która jest działaniem rekomendowanym, a zaplanowane interwencje znajdują swoje odzwierciedlenie w wytycznych klinicznych. Konieczne jest jednak odpowiednie dostosowanie liczby zajęć i czasu ich trwania do potrzeb uczestników.

W zakresie edukacji zdrowotnej i szkoleń działania te są zalecane i rekomendowane. Warto jednak dostosować czas szkoleń i przekazywane treści do potrzeb i możliwości odbiorców.

Monitorowanie i ewaluacja zostały zaplanowane poprawnie.

Budżet należy zweryfikować pod kątem uwzględnienia kosztów monitorowania i ewaluacji.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu chorób układu oddechowego. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 8 425 329 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2022.

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 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 programu polityki zdrowotnej odnosi się do przewlekłych chorób układu oddechowego, w tym m.in. przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP) i astmy oskrzelowej. Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytet zdrowotny zawarty w rozporządzeniu MZ z dn. 27 lutego 2018 r. ws. priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 poz.469): „rehabilitacja”.

W projekcie programu uwzględniono szczegółowy opis sytuacji epidemiologicznej przytaczając dane światowe, europejskie, krajowe oraz dane z map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu oddechowego (przewlekłych) dla województwa śląskiego.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu oddechowego (przewlekłych) województwo śląskie charakteryzowało się następującymi wskaźnikami:

- współczynnik zapadalności rejestrowanej na astmę w 2014 r. wynosił 585,14 na 100 tys. mieszkańców (wartość średnia dla Polski – 548,8/100 tys. mieszkańców) i była to najwyższa wartość na tle kraju;
- współczynnik zapadalności rejestrowanej na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc w 2014 r. wynosił 272,32 na 100 tys. mieszkańców (wartość średnia dla Polski – 233,6/100 tys. mieszkańców) i była to trzecia najwyższa wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „utrzymanie bądź przywrócenie zdolności do aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym 50 lat i więcej, dzięki kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej prowadzonej na terenie województwa śląskiego w latach 2019-2022”. Projekt programu zawiera również pięć celów szczegółowych dotyczących, m.in. zwiększenia dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji pulmonologicznej, wzrostu motywacji do poprawy zachowań zdrowotnych, poprawy kontroli czynników ryzyka chorób układu oddechowego, zwiększenia poziomu wiedzy na temat zdrowego trybu życia, a także zwiększenia poziomu wiedzy wśród kadry medycznej prowadzącej rehabilitację pulmonologiczną.

Powyższe cele programowe warto przeformułować zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy. Ponadto należy wskazać, że cele szczegółowe stanowią uzupełnienie celu głównego, a ich osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W ocenianym projekcie odniesiono się również do mierników efektywności programu, które nie odnoszą się do wszystkich założonych celów programu. Należy uzupełnić ten element programu o wskaźniki odnoszące się do celu dotyczącego zwiększenia dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji pulmonologicznej w okresie realizacji programu w populacji docelowej oraz celu dotyczącego wzrostu motywacji uczestników do poprawy zachowań zdrowotnych. Ponadto w projekcie nie wskazano uzasadnienia dla założonych wartości jakie osiągnięte zostać mają w ramach realizacji programu. Zgodnie z definicją mierniki efektywności powinny być wskaźnikami, które umożliwią obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Należy pamiętać, aby

wartości wskaźników określone były przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Populację docelową w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej będą pacjenci w wieku produkcyjnym powyżej 50 r.ż., aktywni zawodowo ze zdiagnozowaną astmą oskrzelową, w tym dychawicą oskrzelową i stanem astmatycznym oraz Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc (POChP).

Kryterium włączenia do programu będzie również brak korzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (weryfikacja na podstawie oświadczenia uczestnika) oraz brak przeciwwskazań zdrowotnych do skorzystania ze świadczeń z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej w trybie ambulatoryjnym (weryfikacja przez lekarza).

W projekcie wskazano, że liczebność populacji ogólnej w wieku adresatów programu w województwie śląskim wynosi 1 412 231 osób., co nie jest zgodne z danymi GUS, które wskazują że liczebność ta wynosi 780 776 osób. Kwestia ta wymaga doprecyzowania.

Na podstawie danych Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Urzędu Statystycznego w Katowicach oszacowano, że liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie wynosi 20 700 osób. Jednak z uwagi na ograniczenia finansowe kompleksową rehabilitacją pulmonologiczną w ramach programu objętych zostanie 3 900 uczestników, co zgodnie z szacunkami stanowić ma 19% populacji docelowej.

Wątpliwości budzą określone w projekcie pojęcia „wiek aktywności zawodowej” oraz „wiek produkcyjny”. Zgodnie z definicją GUS wiek produkcyjny, jest to wiek zdolności do pracy, tj. dla mężczyzn grupa wieku 18-64 lata, dla kobiet - 18-59 lat. Natomiast osoba w wieku aktywności zawodowej, zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS, jest to osoba w wieku 15 lat i więcej, a o przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia.

Interwencja

W projekcie programu założono przeprowadzenie kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej, obejmującej kwalifikacyjną wizytę lekarską, poradę pielęgniarki/fizjoterapeuty, cykl sesji fizjoterapeutycznych, porady dietetyczne, porady psychologiczne, rehabilitację domową, działania edukacyjne oraz kontrolną wizytę lekarską. Dodatkowo prowadzone mają być również grupy wsparcia dla palaczy, a także edukacja skierowana do członków rodzin uczestników oraz przedstawicieli personelu medycznego.

Wytyczne są zgodne, że rehabilitacja pulmonologiczna jest integralną częścią procesu terapeutycznego u osób z POChP i innymi chorobami układu oddechowego. Należy jednak zaznaczyć, że British Thoracic Society (BTS 2013) w swoich rekomendacjach, nie zaleca rutynowego kierowania na rehabilitację oddechową pacjentów chorujących na astmę, jednak wskazuje, że powinni być oni informowani o korzyściach płynących z dodania ćwiczeń fizycznych do swojego stylu życia. Również w dostępnych dowodach naukowych, w przypadku osób chorujących na POChP wskazuje się, że rehabilitacja oddechowa jest korzystna dla poprawy jakości życia zależnej od zdrowia, a także poprawia funkcjonowanie emocjonalne i zwiększa poczucie pacjentów, że mają kontrolę nad stanem w jakim się znajdują.

Wytyczne American Thoracic Society (ATS 2002) oraz Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK 2017) wskazują inne zakresy prawidłowych wyników testu 6-minutowego zaplanowanego w ramach kwalifikacji do programu (program: 600 m; wytyczne: od 400 do 700m), co należy uwzględnić w programie.

W odnalezionych rekomendacjach/wytycznych wskazuje się na istnienie dowodów skuteczności różnych form ćwiczeń fizycznych jako części rehabilitacji oddechowej. Są to m.in. trening oporowy, wytrzymałościowy, interwałowy, ćwiczenia kończyn górnych i elektrostymulacja nerwowo-mięśniowa

(ATS/European Respiratory Society ERS 2015, British Thoracic Society BTS 2013), które również mają być realizowane w ramach programu. Należy jednak wskazać, że nie rekomenduje się prowadzenia rutynowego stosowania treningu mięśni wdechowych jako istotnego elementu rehabilitacji oddechowej (BTS 2013, American College of Chest Physicians/American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation ACCP/AACPR 2007).

Program zakłada 8-tygodniową realizację 2 sesji w tygodniu, obejmujących 3 procedury dziennie, zgodnie z indywidualnym planem fizjoterapeutycznym, co nie znajduje w pełni odzwierciedlenia w wytycznych. Część wytycznych sugeruje, żeby programy rehabilitacji oddechowej w POChP trwały od 6 do 12 tygodni gdzie podczas ich trwania powinno odbyć się minimum 12 sesji pod nadzorem lekarza. Z kolei (ATS/ERS 2013) uznaje, że pacjent powinien być poddany minimum 20 sesjom trwającym przez 3-4 tygodnie. W wytycznych GOLD 2017 wskazuje się natomiast, że najbardziej efektywne są cykle trwające od 6 do 8 tygodni oraz że nie ma dowodów wskazujących na zalety wynikające z przedłużenia rehabilitacji do 12 tygodni.

Należy wskazać, że interwencje z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej jakie planuje się przeprowadzić w ramach programu w większości znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, jednakże zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych, ze względu na ograniczoną dostępność świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków NFZ, prowadzenie przez samorządy programów polityki zdrowotnej obejmujących kompleksową rehabilitację, wydaje się być uzasadnione.

Projekt zakłada spotkania z psychologiem i dietetykiem. Podczas porady dietetycznej zostanie rozpisany indywidualny jadłospis dla pacjenta, a także będzie monitorowanie masy ciała. Ponadto uczestnicy będą zachęceni do poprawy nawyków żywieniowych w kontekście czynników ryzyka chorób układu oddechowego. Natomiast w ramach porady psychologicznej uczestnicy programu będą mogli uzyskiwać informacje dotyczące metod radzenia sobie w sytuacji kryzysowej jaką jest choroba, a także sposobów radzenia sobie ze stresem. Podejście to jest poparte wytycznymi.

W ramach programu realizowane mają być także działania z zakresu edukacji personelu medycznego. Edukacja lekarzy, pielęgniarek i położnych dotyczyć ma m.in. techniki komunikacji z pacjentem, umiejętności motywowania pacjenta do zmiany zachowań zdrowotnych, najnowsze wytyczne i rekomendacje w zakresie omawianej tematyki, innowacyjne techniki rehabilitacji pulmonologicznej, stosowanie kwestionariuszy i innych narzędzi oceny stanu zdrowia oraz kwestię konieczności uwzględniania psychoedukacji w rehabilitacji pacjentów. Należy podkreślić, że udział w programach z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej wykwalifikowanego, multidyscyplinarnego zespołu specjalistów, również jest powszechnie zalecany (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GOLD 2017, ATS/ERS 2015) i ma mieć na celu zapewnienie pacjentom optymalnej opieki.

Zaplanowano również przeprowadzenie działań edukacyjnych wśród uczestników programu i członków ich rodzin z zakresu edukacji zdrowotnej i żywieniowej oraz spotkań psychoedukacyjnych. Należy zaznaczyć, że rekomendacje/wytyczne w przedmiotowym zakresie są zgodne, że edukacja powinna być integralną częścią rehabilitacji oddechowej. Zakres tematyczny przedstawiony w programie jest zgodny z wytycznymi ATS/ERS 2013, w których wskazano również na zasadność angażowania rodziny osób poddawanych rehabilitacji w proces terapeutyczny oraz ich edukowanie.

Ponadto, projekt zakłada utworzenie grupy wsparcia dla palaczy. Realizacja edukacji „celowanej” dla wyodrębnionych grup lub indywidualnych pacjentów, z podobnym konkretnym problemem (np. palących) w formie grup wsparcia również zgodna jest z rekomendacjami (BTS 2013, GOLD 2018).

Monitorowanie i ewaluacja

Ocena zgłaszalności do programu została przygotowana w sposób poprawny. Opierać się będzie na określeniu liczby osób biorących udział w poszczególnych działaniach realizowanych w ramach programu, określeniu liczby członków rodzin pacjentów uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej oraz liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania.

W ramach oceny jakości zaplanowano coroczne przeprowadzenie anonimowej ankiety wśród uczestników programu, co jest podejściem poprawnym. Dodatkowo będzie istniała możliwość zgłaszania pisemnych uwag dotyczących realizacji programu do realizatora.

Ewaluacja programu ma zostać przeprowadzona na podstawie określonych w projekcie mierników efektywności. Wartości ww. mierników mają być określane przed wprowadzeniem działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, co również jest działaniem prawidłowym. Należy również zaznaczyć, że ocena efektywności powinna być działaniem długofalowym, który w sposób kompleksowy oceniać będzie wpływ programu na zdrowie populacji.

Warunki realizacji

Wybór realizatora programu nastąpi w ramach konkursu ofert, co zgodne jest z wymaganiami ustawowymi. W treści projektu odniesiono się również do wymagań względem personelu, warunków lokalowych i sprzętu.

Budżet został przedstawiony w sposób szczegółowy, obejmując poszczególne koszty jednostkowe świadczeń zaplanowanych w ramach programu. Należy jednak uwzględnić także koszty przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji.

Koszty całkowite oszacowano na 8 425 329 zł, z czego 85% (7 161 529,65 zł) pochodzić ma ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, natomiast pozostałe 15% finansowane ma być ze środków własnych beneficjenta oraz z budżetu państwa.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Przewlekłe niezakaźne choroby układu oddechowego stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie i w krajach UE. Najczęstszą z nich jest przewlekła obturacyjna choroba płuc, na którą choruje w Polsce około 2 milionów osób, a rocznie umiera z jej powodu około 14 000. Częstą przyczyną zgonów jest przewlekła niewydolność oddychania. Wśród chorób, które prowadzą do ostrej lub zaostrzenia przewlekłej niewydolności oddychania wymienia się także inne, poza POChP, przewlekłe choroby obturacyjne, jak astma oskrzelowa, rozstrzenie oskrzeli oraz choroby restrykcyjne płuc i klatki piersiowej, choroby nerwowo-mięśniowe. W rozwoju ostrej czy zaostrzeniu przewlekłej niewydolności oddychania ważne miejsce odgrywają zaburzenia oddychania w czasie snu - niewyrównany obturacyjny bezdech senny (OBS) czy zespół hipowentylacji otyłych (ZHO).

Alternatywne świadczenia

Rehabilitacja pulmonologiczna znajduje się wśród świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Ocena technologii medycznej

Odnaleziono wytyczne kliniczne z zakresy rehabilitacji pulmonologicznej:

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD 2017,
- American Thoracic Society / European Respiratory Society - ATS/ERS 2015,
- British Thoracic Society - BTS 2013,
- American College of Chest Physicians/ American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation - ACCP/AACVPR 2007,

Wszystkie wytyczne są zgodne, że rehabilitacja pulmonologiczna jest integralną częścią procesu terapeutycznego u osób z POChP. Powinna być rozważana jako część zintegrowanej opieki nad pacjentem i powinna uwzględniać udział wykwalifikowanego, multidyscyplinarnego personelu medycznego w celu zapewnienia optymalnej opieki.

Sugeruje się w pierwszej kolejności przeprowadzenie wywiadu, z pacjentem chorującym na POChP, w formie testu – co pozwoliłoby na zindywidualizowanie rehabilitacji oddechowej w danym przypadku klinicznym.

W wytycznych GOLD 2017 rekomenduje się, aby przed poddaniem pacjenta rehabilitacji, wykonać u niego dokładną ocenę uwzględniającą identyfikację celów i specyficznych potrzeb zdrowotnych pacjenta, statusu palenia tytoniu, odżywiania, zdolności do samoopieki, rozumienie przez pacjenta przekazów zdrowotnych (tzw. „health literacy”), zdrowia psychicznego oraz okoliczności socjalnych.

Nie ma zgodności co do czasu i intensywności trwania rehabilitacji pulmonologicznej. Część wytycznych sugeruje, żeby programy rehabilitacji oddechowej w POChP trwały od 6 do 12 tygodni gdzie podczas ich trwania powinno odbyć się minimum 12 sesji pod nadzorem lekarza. Z kolei (ATS/ERS 2013) uznaje, że pacjent powinien być poddany minimum 20 sesjom trwającym przez 3-4 tygodnie. Zdaniem ATS/ERS 2013 jest to skuteczne podejście dające więcej korzyści niż bardziej wydłużone cykle np. 10 tygodniowe. W wytycznych GOLD 2017 wskazuje się natomiast, że najbardziej efektywne są cykle trwające od 6 do 8 tygodni oraz że nie ma dowodów wskazujących na zalety wynikające z przedłużenia rehabilitacji do 12 tygodni. Wytyczne w większości są zgodne, że 2 sesje w tygodniu należy wykonywać pod nadzorem lekarza/rehabilitanta, natomiast 3 sesja może być wykonywana już samodzielnie przez pacjenta bez nadzoru.

Udowodniono skuteczność różnych form ćwiczeń fizycznych jako część rehabilitacji oddechowej. Są to: ćwiczenia interwałowe, trening siłowy, ćwiczenia kończyn górnych i elektrostymulacja nerwowo-mięśniowa (ATS/ERS 2015, BTS 2013).

Nie zaleca się stosowania treningu mięśni wdechowych jako rutynowego postępowania w przypadku rehabilitacji oddechowej w POChP. Rutynowe skierowanie pacjentów chorujących na astmę na rehabilitację oddechową nie jest zalecane, jednak wszyscy pacjenci chorujący na astmę powinni zostać poinformowani o korzyściach płynących z dodania ćwiczeń fizycznych do swojego stylu życia).

Dodatkowo zachęca się do regularnej aktywności fizycznej 5 razy w tygodniu przez 30 minut zgodne z przyjętymi normami dla zdrowego trybu życia.

W związku z faktem, że nie jest określona dokładna struktura prowadzenia rehabilitacji oddechowej, niezbędne jest przeprowadzenie dużych badań w zakresie jakości życia, efektywności kosztowej, co powinno przełożyć się na zwiększenia dostępności do rehabilitacji oddechowej. W wytycznych sugeruje się wykorzystanie doświadczeń wynikających z rehabilitacji oddechowej u pacjentów z POChP w innych przewlekłych chorobach układu oddechowego.

Główne korzyści wynikające z zastosowania rehabilitacji oddechowej w przypadku POChP to: poprawa wydolności fizycznej, zmniejszenie intensywności duszności, poprawa jakości życia, zmniejszenie liczby hospitalizacji i liczby dni w szpitalu, zmniejszenie niepokoju i ewentualnej możliwości wystąpienia depresji związanej z POChP. Z kolei ćwiczenia siłowe oraz wytrzymałościowe górnych kończyn poprawiają ich funkcjonowanie. Ponadto trening mięśni oddechowych, może dawać wymierne korzyści szczególnie w połączeniu z treningiem ogólnym oraz wzmacnia działanie długo działających leków rozszerzających oskrzela.

W związku z faktem, że z biegiem czasu wydolność po przebytych programie rehabilitacyjnym obniża się, należy wprowadzić powtarzalność tego typu programu w celu podniesienia wydolności. Sugeruje się powtórzenie cyklu rehabilitacji oddechowej po ok. 1 roku czasu.

Wszystkie wytyczne są zgodne, że edukacja powinna być integralną częścią rehabilitacji oddechowej. Edukacja powinna dodatkowo zawierać informacje na temat prewencji oraz leczenia w przypadku pogorszenia się stanu pacjenta (zaostżenia choroby). Tematyka edukacyjna powinna zostać dopasowana do wieku i stanu intelektualnego pacjentów wśród których ma być przeprowadzana: o strategii oddychania – oddychanie przez „zasnurowane” usta, czynny wydech, oddychanie przeponowe, przyjmowanie określonych pozycji ciała i koordynowanie rytmicznego oddychania z podejmowanymi aktywnościami o prawidłowa czynność płuc i patofizjologia chorób płuc o prawidłowe stosowanie leków, w tym tlenu o techniki toalety drzewa oskrzelowego o korzyści z ćwiczeń i utrzymywania aktywności fizycznej o techniki oszczędzania energii i upraszczania pracy

o prawidłowe odżywianie się unikanie czynników podrażniających o zapobieganie i wczesne leczenie zaostrzeń choroby – chorych należy pouczyć, by reagowali wczesnie w przebiegu zaostrzenia i postępowali zgodnie z ustalonym planem działania o rekreacja i podróże o radzenie sobie z przewlekłą chorobą płuc o panowanie nad lękiem i napadami paniki, w tym techniki relaksacyjne i radzenie sobie ze stresem.

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 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.117.2018 „Regionalny program rehabilitacji oddechowej jako droga powrotu do aktywności zawodowej i społecznej na lata 2019-2022” realizowany przez: Województwo Śląskie, Warszawa, lipiec 2018 r. oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r., raportów szczegółowych nr OT.440.1.2017.MiS oraz OT.441.70.2017.MiS. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 193/2018 z dnia 23 lipca 2018 roku o projekcie programu „Regionalny program rehabilitacji oddechowej jako droga powrotu do aktywności zawodowej i społecznej na lata 2019-2022”.