



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 146/2018 z dnia 27 lipca 2018 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program**  
**Rehabilitacji Osób z Chorobami Układu Krążenia na lata 2019-2022”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny Program Rehabilitacji Osób z Chorobami Układu Krążenia na lata 2019-2022” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy realizowania profilaktyki trzeciorzędowej u pacjentów z chorobami układu krążenia. Należy wskazać, że są one jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w kraju, co uzasadnia prowadzenie działań profilaktycznych w tym kierunku. Należy mieć jednak na uwadze, że pomimo zaplanowania w projekcie szeroko rekomendowanych i zalecanych działań konieczna jest poprawa programu, tak aby treści w nim przedstawiane nie budziły zastrzeżeń.

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 choroby niedokrwiennej serca oraz choroby układu krążenia w wieku aktywności zawodowej w zakresie rehabilitacji oraz personel medyczny w zakresie szkoleń.

Interwencje opisane w projekcie są zgodne z wytycznymi i rekomendacjami. Należy jednak podkreślić, że konieczne jest zwiększenie częstotliwości ćwiczeń w ramach cyklu sesji fizjoterapeutycznych.

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 dotyczący rehabilitacji kardiologicznej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 23 299 672 zł., zaś okres jego 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 dotyczy chorób układu krążenia oraz związanej z nimi rehabilitacji kardiologicznej. Problem zdrowotny został opisany w sposób prawidłowy i wpisuje się on w priorytet zdrowotny zawarty w rozporządzeniu MZ z dn. 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469.): „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu”.

W projekcie programu uwzględniono szczegółowy opis sytuacji epidemiologicznej w województwie śląskim, przytaczając dane pochodzące z map potrzeb zdrowotnych.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii województwo śląskie charakteryzowało się następującymi wskaźnikami:

- współczynnik zapadalności na chorobę niedokrwienną serca wynosił 684/100 tys. osób;
- współczynnik zapadalności na niewydolność serca wynosił 291/100 tys. osób.

### Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „zmniejszenie ryzyka powikłań chorób układu krążenia oraz utrzymanie bądź przywrócenie zdolności do aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym 40 lat i więcej, dzięki kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej prowadzonej na terenie województwa śląskiego w latach 2019-2022”. Projekt programu zawiera również pięć celów szczegółowych, dotyczących zwiększenia dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej, wzrostu motywacji do poprawy zachowań zdrowotnych, poprawy kontroli czynników ryzyka chorób układu krążenia, zwiększenia poziomu wiedzy na temat zdrowego trybu życia, a także zwiększenia poziomu wiedzy wśród kadry medycznej prowadzącej rehabilitację kardiologiczną m.in. na temat technik komunikacji z pacjentem czy umiejętności motywowania pacjenta do zmiany zachowań zdrowotnych.

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.

Przedstawione mierniki efektywności w większości odpowiadają postawionym celom. 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. Należy uzupełnić mierniki efektywności o wskaźniki odnoszące się do celu dotyczącego zwiększenia dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w okresie realizacji programu w populacji docelowej oraz celu dotyczącego wzrostu motywacji uczestników do poprawy zachowań zdrowotnych.

### Populacja docelowa

Populację docelową będą stanowiły osoby aktywnie zawodowo w wieku produkcyjnym powyżej 40 r.ż. (kobiety 40-59 lat oraz mężczyźni 40-64 lata), z grup:

- grupa I: osoby hospitalizowane z powodu choroby niedokrwiennej serca (wg ICD 106: I20 – dusznica bolesna, I21 – ostry zawał serca, I24 – inne ostre postacie choroby niedokrwiennej serca, I25 – przewlekła choroba niedokrwiennej serca) lub niewydolności serca (I50) lub osoby po zabiegach rewaskularyzacji przezskórnej lub chirurgicznej tętnic wieńcowych w okresie co najmniej dwóch lat przed zgłoszeniem się do programu (na podstawie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego przedstawianej przez uczestnika),
- grupa II: osoby, u których zdiagnozowano chorobę układu krążenia (wg ICD 10: I20, I21, I24, I25, I50), ale u których nie doszło jeszcze do incydentów takich jak ostry zespół wieńcowy, zaostrenie niewydolności serca wymagające hospitalizacji i którzy nie byli poddawani zabiegom przezskórnej lub chirurgicznej rewaskularyzacji tętnic wieńcowych (weryfikacja na

podstawie zaświadczenia lekarza POZ lub kardiologa, lub na podstawie kopii dokumentacji medycznej).

Kryterium włączenia do programu będzie również brak korzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej 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 kardiologicznej w trybie ambulatoryjnym (weryfikacja przez lekarza).

W projekcie wskazano, że liczebność populacji w wieku adresatów programu w województwie śląskim wynosi 1 412 231 osób., co jest zbliżone do danych GUS.

Na podstawie danych Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Urzędu Statystycznego w Katowicach oszacowano, że liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie wynosi 54 674 osoby. Jednak z uwagi na ograniczenia finansowe kompleksową rehabilitacją kardiologiczną w ramach programu objętych zostanie 10 400 uczestników, co zgodnie z szacunkami stanowić ma 19% populacji docelowej.

Projekt odnosi się do pojęć „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.

Należy podkreślić, że odnalezione wytyczne wskazują, że rehabilitacja kardiologiczna powinna być równo dostępna dla wszystkich pacjentów, w szczególności dla grup, których dostęp do tych świadczeń byłby mniej prawdopodobny (mniejszości etniczne/narodowe, osoby starsze, osoby z socjoekonomicznie niższych grup, kobiet, osób z obszarów wiejskich oraz osób ze współistniejącymi chorobami psychicznymi oraz fizycznymi) (NZGG 2002, NICE 2007).

### Interwencja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie:

1. Szkoleń kadry medycznej;
2. Akcji promocyjno-edukacyjna;
3. Kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

#### Ad. 1

Pierwszym etapem programu będą szkolenia dla lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii lub rehabilitacji medycznej, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w dziedzinie kardiologii lub rehabilitacji medycznej, pielęgniarek, fizjoterapeutów, osób pracujących w przychodniach lub na oddziałach kardiologicznych, oddziałach chorób wewnętrznych o profilu kardiologicznym, oddziałach rehabilitacji leczniczej lub w lecznictwie uzdrowiskowym.

Szkolenia mają być realizowane w trybie jednodniowym w ramach 8 godzin lekcyjnych (po 45 min) w maksymalnie 30 osobowych grupach. Zakres tematyczny obejmować ma techniki komunikacji z pacjentem, umiejętności motywowania pacjenta do zmiany zachowań zdrowotnych, najnowsze wytyczne i rekomendacje w zakresie omawianej tematyki, innowacyjne techniki rehabilitacji kardiologicznej, stosowanie kwestionariuszy i innych narzędzi oceny stanu zdrowia w kardiologii oraz kwestię konieczności uwzględniania psychoedukacji w rehabilitacji pacjentów.

#### Ad. 2

Drugim etapem programu będzie przeprowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej, której celem będzie zapewnienie jak największej zgłaszalności do programu.

W ramach tego etapu zaplanowano zaprojektowanie i przygotowanie materiałów edukacyjnych m.in. na temat ryzyka ChUK i zdrowego stylu życia w formie plakatów i ulotek. Ponadto wskazano, że informacje o programie będą umieszczane na stronach internetowych oraz portalach społecznościowych.

### Ad. 3

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna będzie obejmować:

- Kwalifikacyjną wizytę lekarską przeprowadzaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub rehabilitacji leczniczej (ocena stanu klinicznego, badanie ECHO, badanie EKG, badania laboratoryjne, 6-minutowy test marszu z oceną dystansu i stopnia odczuwania duszności w skali Borga, wywiad dotyczący przebiegu choroby oraz wywiad w zakresie chorób towarzyszących, oceny aktywności fizycznej pacjenta);
- Poradę realizowaną przez pielęgniarkę lub fizjoterapeutę obejmującą wywiad z pacjentem, przeprowadzenie kwestionariusza oceny zdrowia HAQ, dokonanie oceny jakości życia na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF, oceny obiektywnej aktywności fizycznej na podstawie kwestionariusza IPAQ, pomiar masy ciała oraz ustalenie i omówienie indywidualnego planu rehabilitacji;
- Cykl sesji fizjoterapeutycznych;
- Porady dietetyczne;
- Porady psychologiczne;
- Rehabilitację domową;
- Działania edukacyjne obejmujące spotkania dotyczące edukacji zdrowotnej, edukacji żywieniowej oraz spotkania psychoedukacyjne;
- Kontrolne wizyty lekarskie;
- Utworzenie grup wsparcia dla palaczy oraz dla osób z nadwagą/otyłością.

Przeprowadzenie kwalifikacyjnej wizyty lekarskiej jest zgodne z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK 2017) w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, które wskazują, że warunkiem rozpoczęcia rehabilitacji jest stabilny klinicznie stan pacjenta i wyrażenie przez pacjenta zgody na udział w jej realizacji. Zaplanowane badania w ramach wizyty są zgodne z powyższymi wytycznymi. Należy jednak podkreślić, że wytyczne PTK wskazują, że EKG powinno być wykonane u wszystkich pacjentów przed rozpoczęciem i na zakończenie każdego etapu rehabilitacji oraz w każdym przypadku wystąpienia pogorszenia stanu klinicznego (PTK 2017).

Zaplanowane w ramach porady pielęgniarskiej lub fizjoterapeutycznej przeprowadzenie kwestionariuszy HAQ, WHOQOL-BREF oraz IPAQ jest działaniem zalecanym.

W ramach cyklu sesji fizjoterapeutycznych zaplanowano 1 sesję w tygodniu obejmującą co najmniej 3 procedury dziennie, zgodnie z indywidualnym planem fizjoterapeutycznym. Cały cykl trwać ma 10 tygodni (10 sesji u każdego pacjenta). Należy podkreślić, że zgodnie z wytycznymi PTK w przypadku rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, ćwiczenia powinny być przeprowadzane 3–5 dni w tygodniu, w tym 3 dni w tygodniu powinny stanowić treningi nadzorowane medycznie. Natomiast SIGN rekomenduje ćwiczenia 2 razy w tygodniu przez co najmniej 8 tygodni (SIGN 2002). Ponadto należy wskazać, że odnalezione rekomendacje (National Stroke Foundation – NSF 2010, Veterans Health Administration-Department of Defense – VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Powyższe wytyczne nie znajdują odzwierciedlenia w przedmiotowym programie.

Włączenie do programu rehabilitacji kardiologicznej porad realizowanych przez dietetyka i psychologa, zgodnie jest z wytycznymi, w których podkreśla się konieczność udziału

multidyscyplinarnego zespołu specjalistów (PTK 2017, BACPR 2012, AACVPR/AHA 2012, NZGG 2002). W rekomendacjach wskazuje się również, że obok powszechnych zaleceń dotyczących aktywności fizycznej, powinny być stosowane również odpowiednie zalecenia z zakresu profilaktyki wtórnej dotyczące odżywienia, stosowania alkoholu oraz palenia, mające na celu zmianę nawyków stylu życia, jak również odpowiednie zalecenia dotyczące farmakoterapii (PTK 2013, BACPR 2012), co zakłada przedmiotowy program.

W ramach programu wśród uczestników oraz członków ich rodzin (w sumie założono udział 10 400 członków rodzin) zaplanowano przeprowadzenie szeregu spotkań edukacyjnych z zakresu edukacji zdrowotnej i żywieniowej oraz spotkań psychoedukacyjnych, co jest zalecane w rekomendacjach (PTK 2017, NCGC 2010).

#### 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.

W projekcie podano, że ocena efektywności programu przeprowadzona ma zostać na podstawie wskaźników wskazanych jako mierniki efektywności odpowiadające celom programu. Wartości ww. mierników mają być określane przed wprowadzeniem działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, co również jest działaniem prawidłowym. Dodatkowo w ocenie efektywności można uwzględnić np.:

- regularne przyjmowanie przepisanych leków,
- kontynuację/utrzymanie zdrowego stylu życia – przestrzegania diety, aktywności fizycznej, rzucenia palenia, przestrzegania zaleceń lekarskich, regularnych wizyt u specjalisty, a także czasu utrzymania/utrwalenia tych zmian w codziennym życiu,
- poziom wydatków na leczenie kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych,
- hospitalizacje z powodu kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych,
- normalizację poziomu cholesterolu LDL,
- normalizację poziomu glikemii oraz HbA1c,
- normalizację wagi,

Należy mieć przy tym na uwadze, że proces ewaluacji jest procesem długofalowym, który powinien rozpocząć się po zakończeniu działań programowych.

#### 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 23 299 672 zł, z czego 85% (19 804 721,20 zł) pochodzić ma ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, natomiast pozostałe 15% finansowane ma być ze środków własnych beneficjenta oraz z budżetu państwa. Przedstawiono budżet w rozbiciu na

poszczególne elementy programu (związane z promocją programu, ze szkoleniami oraz z funkcjonowaniem programu).

## **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

### Problem zdrowotny

Choroby układu krążenia są najważniejszą przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych. Według Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego za najważniejszą grupę docelową działań profilaktycznych uważa się osoby z chorobami układu krążenia na podłożu miażdżycowym. Rehabilitacja, edukacja i kontrola czynników ryzyka wiążą się z poprawą rokowania i poprawą jakości życia osób z chorobami układu krążenia.

### Alternatywne świadczenia

W ramach NFZ rehabilitacja kardiologiczna jest finansowana w warunkach stacjonarnych i/lub w oddziale/ośrodku dziennym. Dodatkowo rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń układu krążenia, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym.

### Ocena technologii medycznej

W toku przeprowadzonego wyszukiwania odnaleziono wytyczne *Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, National Institute for Health and Care Excellence, British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, Royal Dutch Society for Physical Therapy, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, American Heart Association – AHA, 2012, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation/American Heart Association.*

Wykazano, że programy rehabilitacji kardiologicznej redukują śmiertelność wśród pacjentów z chorobą sercowo-naczyniową. Wytyczne są zgodne, że rehabilitacja kardiologiczna nie może być uważana za osobną formę albo etap terapii lecz musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej, gdyż stanowi jeden z jej aspektów. Rehabilitacja kardiologiczna daje szansę nauczania i zachęcenia do pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii.

Rehabilitacja kardiologiczna powinna być równo dostępna dla wszystkich pacjentów, w szczególności dla grup których dostęp do tych świadczeń byłby mniej prawdopodobny (mniejszości etniczne/narodowe, osoby starsze, osoby z socjoekonomicznie niższych grup, osób z obszarów wiejskich oraz osób ze współistniejącymi chorobami psychicznymi oraz fizycznymi).

Każdy program rehabilitacji kardiologicznej aby zapewnić efektywność kliniczną i osiągnąć trwałe efekty zdrowotne powinien uwzględniać 7 następujących komponentów: zmiana stylu życia i edukacja, zarządzanie czynnikami ryzyka związanymi ze stylem życia (aktywność fizyczna, dieta, zaprzestanie palenia tytoniu), zdrowie psychospołeczne, zarządzanie medycznymi czynnikami ryzyka, terapie kardioprotekcyjne, zarządzanie długookresowe, ocena i ewaluacja. Zespół prowadzący rehabilitację może składać się z: kardiologa, lekarza ogólnego, pielęgniarki, fizjoterapeuty, fizjologa, dietetyka, terapeuty zajęciowego.

Kompleksowe programy rehabilitacji kardiologicznej powinny uwzględniać elementy edukacji zdrowotnej oraz zwalczania stresu. Wszystkie zalecenia są zgodne, że obok zaleceń dotyczących aktywności fizycznej, powinny być stosowane również odpowiednie zalecenia z zakresu profilaktyki wtórnej dotyczące odżywienia, stosowania alkoholu oraz palenia, mające na celu zmianę nawyków stylu życia, jak również odpowiednie zalecenia dotyczące farmakoterapii.

Wszystkie wytyczne są zgodne, że interwencje psychospołeczne, uwzględniające edukację pacjenta powinny stanowić element kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Kompleksowa rehabilitacja powinna uwzględniać zalecenia/wskazówki zawodowe, aby pomóc w odpowiednim i realistycznym powrocie do pracy. W celu zwiększenia wykorzystania rehabilitacji kardiologicznej, powinno stosować się formy przypomnienia telefoniczne, telefoniczne połączone z bezpośrednim kontaktem z personelem medycznym.

W grupie pacjentów po zawale serca niezbędna jest zmiana stylu życia, regularne stosowanie leków i rehabilitacja kardiologiczna, aby zapobiec kolejnym incydentom sercowo-naczyniowym i zminimalizować ryzyko zgonu. Zgodnie z „Optymalnym Modelem Rehabilitacji Kardiologicznej” PTK, po opuszczeniu ośrodka stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej, rehabilitacja powinna być kontynuowana w formie ambulatoryjnych sesji szkoleniowych.

Zgodnie z zaleceniami PTK, w pierwszej kolejności w programach kompleksowej rehabilitacji/wtórnej prewencji powinni brać udział pacjenci z ChNS (choroba niedokrwienna serca) lub niewydolnością serca, osoby po zabiegach kardiochirurgicznych, osoby po ostrym zespole wieńcowym. Pacjenci ze stabilną chorobą niedokrwienną serca, w tym po planowym zabiegu angioplastyki wieńcowej, u których czynniki ryzyka nie będą wystarczająco kontrolowane powinni być kierowani do ośrodków prowadzących ambulatoryjną edukację i rehabilitację kardiologiczną. Ambulatoryjna edukacja powinna składać się co najmniej 6 godzin w grupach składających się z maksymalnie 10 pacjentów.

Programy rehabilitacji kardiologicznej powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów, z naciskiem na ćwiczenia, minimalizację czynników ryzyka i zmianę stylu życia. Program ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej powinien być kontynuacją szpitalnego programu rehabilitacji kardiologicznej. Personel szpitalny powinien informować pacjentów o korzyściach płynących z dalszej rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

**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.441.111.2018 „Regionalny Program Rehabilitacji Osób z Chorobami Układu Krążenia na lata 2019-2022” realizowany przez: Województwo Śląskie, 11 lipiec 2018 r. oraz z Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 187/2018 z dnia 23 lipca 2018 roku o projekcie programu „Regionalny Program Rehabilitacji Osób z Chorobami Układu Krążenia na lata 2019-2022”.