



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

nr 249/2014 z dnia 27 października 2014 r.

o projekcie programu „Profilaktyka i wczesna diagnostyka astmy, chorób alergicznych u dzieci, mieszkańców Częstochowy na lata 2014-2018”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu zdrowotnego „Profilaktyka i wczesna diagnostyka astmy, chorób alergicznych u dzieci, mieszkańców Częstochowy na lata 2014-2018”, pod warunkiem uwzględnienia zaproponowanych w uzasadnieniu zmian.

Uzasadnienie

Program odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego, który został prawidłowo przedstawiony.

Projekt zakłada przeprowadzenie akcji promocyjno-informacyjnej, a następnie kwalifikację członków grupy docelowej – uczniów klas I-VI szkół podstawowych którzy uzyskali zgodę rodziców lub opiekunów na uczestnictwo w programie - do dalszej części programu, tj. badań diagnostycznych i konsultacji.

Kwalifikacja, która będzie miała kluczowe znaczenie dla skuteczności działań w ramach programu, ma być dokonywana na podstawie wyników ankiety przesiewowej.

W projekcie nie przedstawiono jednak wzoru ankiety i nie omówiono zasad interpretacji jej wyników. Projekt programu powinien być w tym zakresie uzupełniony.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego Miasta Częstochowa z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania alergii. Celem głównym programu jest wczesne rozpoznanie astmy i innych chorób alergicznych u dzieci 1-6 klasy szkoły podstawowej oraz poprawa jakości życia dzieci chorujących na te choroby. Adresatami programu są dzieci w wieku szkolnym (klasy I-VI) mieszkające w Częstochowie, jak również ich rodzice, nauczyciele i pielęgniarki szkolne poprzez bezpośrednie uczestnictwo w spotkaniach edukacyjnych dot. profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób alergicznych (szczególnie astmy). Program ma być realizowany w latach 2014-2018. Planowane, roczne koszty całkowite realizacji programu wynoszą 100 600 zł. Koszty realizacji programu zostaną w całości pokryte ze środków własnych Miasta Częstochowa.



Problem zdrowotny

Według klasycznej definicji alergię rozumie się jako swoiste, niekorzystne dla organizmu reakcje, zależne od wtórnej odpowiedzi immunologicznej na zatknięcie z obcym antygenem, zazwyczaj nieszkodliwym dla osób zdrowych.

W nowej klasyfikacji rozdzielono termin „nadwrażliwość” i „alergię”, uznając pierwszy za szerszy. Tak więc nadwrażliwość oznacza powtarzalne objawy podmiotowe lub przedmiotowe wywołane przez ekspozycję na określony bodziec w dawce tolerowanej przez osoby zdrowe. Nadwrażliwość może mieć charakter alergiczny i niealergiczny. Za alergiczny uznaje się reakcję zapoczątkowaną przez mechanizmy immunologiczne. Mogą one zależeć zarówno od przeciwciał, jak i od komórek. Często przeciwciała te to immunoglobuliny klasy IgE, dziedziczna skłonność do nadmiernego wytwarzania IgE to atopia. Nadwrażliwość nieimmunologiczna często ma taki sam obraz kliniczny jak nadwrażliwość alergiczna, ale jej patomechanizm jest inny lub nieznan.

Astma³ to heterogenna choroba, zwykle związana z przewlekłym zapaleniem dróg oddechowych, zdefiniowana przez zespół objawów ze strony układu oddechowego jako świsły, duszności, ucisk w klatce piersiowej i kaszel, zmieniających się w czasie i o różnym nasileniu, którym towarzyszy zmienna obturacja dróg oddechowych.

Rozpoznanie astmy⁴ stawia się na podstawie charakterystycznych objawów (ich zmienność, czynniki prowokujące, ustępowanie samoistne lub pod wpływem leków) i potwierdza testem odwracalności obturacji (próba rozkurczowa) lub innymi badaniami czynnościowymi (testy prowokacyjne swoiste lub nieswoiste, zmienność PEF₅, poprawa czynności płuc po leczeniu). Eksperci podkreślają, że w astmie zwykle występuje nadreaktywność dróg oddechowych i zapalenie, ale ich stwierdzenie nie jest równoznaczne z rozpoznaniem astmy, bo mogą występować także w innych jednostkach chorobowych.

Alternatywne świadczenia:

Świadczenia bezpłatne finansowane w ramach NFZ to:

1. Badania alergologiczne
 - a. Testy skórne – punktowe i płatkowe,
 - b. Badanie poziomu IgE.
2. Spirometria

Lekarz POZ wystawia skierowanie do lekarza alergologa bądź pulmonologa, którzy wykonują takie testy bezpłatnie.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:

Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania alergii:

Wyniki badania ECAP wykazały, że Polska należy do jednego z najbardziej zalergizowanych społeczeństw świata. W zależności od regionu i płci cechy alergii deklarowało do 40% respondentów, stany zapalne błony śluzowej nosa występują u blisko 35% populacji niektórych większych miast, alergiczny nieżyt nosa u 25% natomiast astmę rozpoznano

u około 10% mieszkańców. Egzema jest najczęściej występującym schorzeniem alergicznym wśród dzieci w wieku 6/7 lat – 47,8% na terenie miejskim 29,1% na terenie wiejskim, na drugim miejscu znajduje się nieżyt nosa z wynikiem 39,7% i 21,6% odpowiednio dla terenów miejskich i wiejskich. Podobnie sytuacja wygląda u dzieci w wieku 13/14 – egzema występuje u 40,9% osób zamieszkujących tereny miejskie oraz u 25,0% mieszkańców terenów wiejskich, w przypadku nieżyty nosa liczby te wynoszą odpowiednio 36,2% i 22,1%.

Opinie Ekspertów Klinicznych:

- Programy z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania alergii u dzieci i młodzieży powinny być prowadzone i finansowane przez samorządy, zwłaszcza badania epidemiologiczne. Realizacja badań epidemiologicznych daje możliwość oceny różnic terytorialnych w występowaniu alergii oraz prawidłowej lokalizacji badań specjalistycznych. W chwili obecnej brak jest innych podmiotów zainteresowanych tego typu działalnością profilaktyczną.
- Profilaktyka alergii i wczesne wykrywanie alergenów/ haptenu najczęściej występujących i oddziałujących na uczniów może w perspektywie czasu zmniejszyć liczbę przedwczesnych zgonów, niezdolności do pracy, chorób przewlekłych oraz obniżenia jakości życia a w efekcie wpłynąć na ogólne zdrowie populacji. Profilaktyczny program dla dzieci i młodzieży związany z alergenami środowiskowymi w indywidualnych przypadkach może przyczynić się do wykrycia przyczyny dolegliwości u danego dziecka.

Podsumowanie wytycznych:

Niezależnie od wieku wszystkie dzieci z ostrymi, utrzymującymi się lub nawracającymi objawami alergii oraz dzieci wymagające ciągłego leczenia profilaktycznego powinny być badane na obecność alergii. Zakres przeprowadzonych testów powinien być uzależniony od wieku dziecka, wyników przeprowadzonego wywiadu rodzinnego oraz charakteru występujących objawów (włączając w to objawy sezonowe). Wskazaniami do wykonania testów na alergię są:

- Objawy żołądkowo-jelitowe: wymioty, biegunka, kolka – o nieznannej przyczynie, trwałe lub pojawiające się okresowo (szczególnie w przypadku zgłaszania innych objawów atopowych).
- Atopowe zapalenie skóry (AZS) – utrzymujące się objawy (szczególnie w przypadku zgłaszania innych objawów atopowych).
- Ostra pokrzywka/ obrzęk lub pokrzywka utrzymująca się powyżej 6 tygodni.
- Dzieci w wieku <3-4 lat z astmą/ nawracającymi świstami – utrzymujące się ostre objawy i potrzeba codziennego leczenia.
- Dzieci w wieku >3-4 lat z astmą – zawsze powinny być testowane na istotne alergeny.
- Nieżyt nosa – przypadki odporne na leczenie zawsze powinny być testowane na obecność astmy.
- Zapalenie spojówek – przypadki odporne na leczenie.
- Reakcja na użądlenie owada – tylko w przypadkach ostrych reakcji systemowych typu III-IV, lokalne reakcje/ pokrzywka nie są wskazaniem do wykonywania testów.

Wywiad chorobowy:

Dokładny wywiad obejmujący rodzaj, częstość występowania i nasilenie objawów, wywiad rodzinny w kierunku alergii, narażenie na czynniki środowiskowe (warunki mieszkaniowe, warunki w szkolne oraz warunki środowiska, w którym dziecko spędza swój wolny czas), kontakt ze zwierzętami, dymem tytoniowym itp. W trakcie przeprowadzania wywiadu chorobowego można korzystać w wystandaryzowanych kwestionariuszy. Stosowanie jedynie wywiadu lekarskiego lub badania lekarskiego pozwala na wykrycie jedynie 50% przypadków alergii. Niewłaściwa diagnoza może prowadzić do dalszej ekspozycji na alergen i rozwoju poważniejszych chorób alergicznych.

Przeprowadzenie testów diagnostycznych:

1. Punktowe testy skórne

Warunkiem uzyskania wiarygodnych wyników jest postępowanie zgodnie z wytycznymi oraz korzystanie zarówno z wystandaryzowanych wyciągów alergenowych, jaki i wystandaryzowanych metod badawczych. Za pozytywny wynik testu uznaje się powstanie bąbla o średnicy co najmniej o 3 mm większej niż w próbie kontrolnej. Panel alergenów stosowanych w punktowych testach skórnych powinien być uzależniony od wieku dziecka, wyników przeprowadzonego wywiadu chorobowego oraz może się różnić pomiędzy regionami. Dolna granica wieku, od której rekomendowane jest przeprowadzanie punktowych testów skórnych nie została ustalona.

Punktowe testy skórne, posiadające wysoką czułość lecz mniejszą specyficzność, stosowane we właściwym połączeniu z innymi testami/ narzędziami są użytecznym testem przesiewowym. W trakcie wykonywania punktowych testów skórnych należy liczyć się z możliwością wystąpienia reakcji anafilaktycznej i być odpowiednio przygotowany na taką sytuację.

Punktowe testy skórne nie powinny być wykonywane w przypadku obecności aktywnego wyprysku atopowego w miejscu wykonywania testów. Należy również wziąć pod uwagę inne czynniki mogące zakłócać wyniki testów, jak stosowanie odpowiednich leków (m.in. przeciwhistaminowych) lub maści sterydowych.

2. Oznaczanie przeciwciał IgE – całkowitych lub specyficznych

Badanie surowicy dla alergenoswoistych IgE ma podobnie wysoką czułość jak punktowe testy skórne, ale jest mniej specyficzne. Obecność alergeno-specyficznych przeciwciał IgE w surowicy wskazuje jedynie na to, że osoba jest uczulona na dany alergen.

a) IgE całkowite – należy pamiętać, że prawidłowy poziom IgE nie wyklucza obecności alergii.

b) IgE specyficzne – test może być przeprowadzany u wszystkich dzieci niezależnie od wieku. Wskazania do wykonywania oznaczania specyficznych przeciwciał IgE są jednakowe jak dla punktowych testów skórnych i powinny być powiązane z wywiadem chorobowym.

W przypadku rozbieżności pomiędzy wynikiem wywiadu chorobowego a wynikiem punktowego testu skórniego można dodatkowo wykonać oznaczanie specyficznych IgE (odwrotna kombinacja również jest dopuszczalna).

3. Testy prowokacyjne

Próby prowokacyjne wykonuje się w diagnostyce alergologicznej celem wykazania, że podejrzewany czynnik jest odpowiedzialny za wywoływanie objawów choroby alergicznej. Nie wykonuje się ich u wszystkich pacjentów, tylko u tych u których wywiad, badanie przedmiotowe oraz badania dodatkowe nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie który alergen wywołuje objawy – czyli w przypadkach wątpliwych. W codziennej praktyce klinicznej, kiedy możemy spodziewać się obiektywnej reakcji, wykonuje się tzw. otwartą próbę prowokacyjną. Doustne testy prowokacyjne z podwójnym zaślepieniem oraz próbą kontrolną z placebo (DBPCFC – double-blind placebo-controlled food challenge) wykonuje się w przypadku, gdy chcemy wykazać, że spożywana żywność zaostrza przebieg atopowego zapalenia skóry oraz u dzieci w wieku powyżej 2-3 lat. Otwarta próba prowokacyjna może wymagać potwierdzenia poprzez wykonanie DBPCFC w celu uniknięcia wyniku fałszywie dodatniego. Wszystkie próby prowokacyjne powinny być przeprowadzane w specjalistycznych ośrodkach pediatrycznych posiadających odpowiedni sprzęt na wypadek wystąpienia niepożądanych systemowych reakcji alergicznych. W diagnozowaniu alergii pokarmowej w przypadku całkowitej zgodności pomiędzy wynikami wywiadu chorobowego i wynikami testów skórnych i/lub wynikiem oznaczania specyficznych przeciwciał IgE nie ma potrzeby dodatkowego wykonywania prób prowokacyjnych.

W interpretowaniu wyników testów skórnych i testów krwi kluczową rolę odgrywają informacje zebrane w trakcie przeprowadzonego wywiadu lekarskiego i badania lekarskiego. Testy powinny być wykonywane przez pracowników służby zdrowia posiadających odpowiednie kwalifikacje w celu zapewnienia właściwego wyboru badania oraz jego przeprowadzenia i prawidłową interpretację uzyskanych wyników.

4. Płatkowe testy skórne

Płatkowe testy skórne mają wyższą czułość i specyficzność w przypadku wykrywania opóźnionych reakcji alergicznych, a tym samym większą wartość diagnostyczną w porównaniu do punktowych testów skórnych i metody polegającej na oznaczaniu przeciwciał IgE.

Postępowanie w alergii pokarmowej u dzieci:

Lekarz powinien wychwycić występujące objawy za pomocą pogłębionego wywiadu klinicznego oraz określić alergeny podejrzane o wywoływanie reakcji alergicznej (również poprzez analizę sposobu żywienia pacjenta). W trakcie przeprowadzania wywiadu klinicznego lekarz powinien skupić się na uzyskaniu informacji dotyczących rodzaju żywności, której spożycie wywołuje objawy alergii, określeniu czasu od momentu spożycia pokarmu do momentu wystąpienia objawów, ich powtarzalności, obecności (lub braku obecności) innych czynników mogących wywoływać objawy oraz czasu, który minął od kiedy ostatni raz wystąpiły objawy. Przed przeprowadzeniem wywiadu nie należy wykonywać testów wykrywających alergię. Przeprowadzenie badania podmiotowego powinno mieć na celu uzyskanie informacji dotyczących następujących kwestii:

- Historii występowania chorób atopowych u badanej osoby (astma, atopowe zapalenie skóry lub alergiczny nieżyt nosa).
- Historii wstępowania chorób atopowych w rodzinie (astma, atopowe zapalenie skóry, alergiczny nieżyt nosa) lub alergię pokarmową u rodziców lub rodzeństwa.

- Szczegółów dotyczących unikania pewnych rodzajów żywności wraz z powodami ich unikania.
- Ocenę występujących objawów oraz innych symptomów mogących mieć związek z alergią pokarmową – wiek w którym po raz pierwszy wystąpiły symptomy choroby, szybkość wystąpienia objawów po kontakcie z żywnością, czas trwania objawów, nasilenie reakcji, częstość występowania, miejsce, w którym nastąpił reakcja (np. szkoła lub dom), powtarzalność objawów przy wielokrotnej ekspozycji, jaki rodzaj jedzenia i w jakiej ilości spowodował reakcję.
- Czynniki kulturowe i religijne, które wpływają na rodzaj spożywanej żywności.
- Alergen podejrzany o wywołanie alergii.
- Historię karmienia – czy dziecko było karmione piersią i do jakiego wieku, jeżeli dziecko nadal jest karmione piersią należy rozważyć czy sposób żywienia matki nie wpływa na występowanie objawów alergii.
- Szczegóły dotyczące wcześniejszego leczenia oraz odpowiedzi na zastosowane leczenie, w tym leczenie związane z występującymi objawami.
- Każda odpowiedź na zmianę sposobu żywienia – eliminacja lub ponowne wprowadzenie do żywienia określonych pokarmów.

W przypadku podejrzenia alergii pokarmowej IgE-zależnej należy przeprowadzić punktowe testy skórne i/lub badanie krwi dla alergenoswoistych IgE. W warunkach podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku podejrzenia alergii pokarmowej IgE-zależnej nie należy wykonywać testów płatkowych oraz doustnych prób prowokacyjnych.

W przypadku podejrzenia alergii pokarmowej IgE-niezależnej należy podjąć próbę wyeliminowania podejrzanego alergenu oraz jego ponownego wprowadzenia (zwykle trwa to od 2 do 6 tygodni) w tym celu należy zwrócić się do dietetyka posiadającego odpowiednie kompetencje.

Postępowanie diagnostyczne w AZS u dzieci:

Stosowanie prawidłowo zdefiniowanych kryteriów diagnostycznych jest istotne w diagnostyce AZS, zwłaszcza u pacjentów o nietypowym fenotypie choroby. Powszechnie akceptowanymi kryteriami diagnostycznymi są kryteria Hanifin i Rajka. Najistotniejszym elementem diagnostyki różnicowej w AZS jest odróżnienie od innych postaci zapalenia skóry (m.in. kontaktowego zapalenie skóry z podrażnienia). Badanie czynników zaostrzających przebieg AZS obejmuje wywiad podmiotowy, przeprowadzenie specyficznych testów skórnych oraz testów krwi, a także testów prowokacyjnych – wybór narzędzi diagnostycznych jest uzależniony od stopnia nasilenia choroby oraz czynników podejrzanych o jej wywołanie.

- Alergia pokarmowa – niezależnie od wieku, zarówno punktowe testy skórne oraz oznaczanie specyficznych IgE mogą być stosowane w ocenie uczulenia na pokarmy. Standaryzowany pokarmowy test prowokacyjny, którego wykonanie jest nadzorowane przez lekarza jest najdokładniejszym narzędziem diagnostycznym.
- Alergia oddechowa – uczulenie na alergeny wziewne jest często spotykane u pacjentów z AZS. Uczulenie można wykrywać za pomocą punktowych testów skórnych (w czasie, gdy wyprysk nie jest obecny na skórze) lub oznaczania specyficznych przeciwciał IgE, dodatkowo można stosować atopowy test płatkowy.

- Alergia kontaktowa - występuje głównie u dorosłych pacjentów z AZS, alergię kontaktową należy rozważyć w przypadku, gdy choroba postępuje pomimo leczenia. Za pomocą testów płatkowych należy wykluczyć możliwość kontaktowego zapalenia skóry (KZS).

Programy profilaktyki astmy u dzieci:

Zalecenia wynikające z odnalezionych wytycznych:

Kryterium wstępnej diagnozy astmy jest występowanie więcej niż jednego z następujących objawów (gdy nie można ich wytłumaczyć w inny sposób): świszczący oddech, kaszel, trudności w oddychaniu, uczucie ucisku w klatce piersiowej. Najnowsze definicje mówią także o nadreaktywności dróg oddechowych i stanie zapalnym dróg oddechowych jako elemencie choroby.

Dzieci \geq 6 lat:

Podstawą rozpoznania jest przeprowadzenie wywiadu z pacjentem, który obejmuje zadanie pytań istotnych dla rozpoznania astmy. Pytania mogą być zadane w formie kwestionariusza wypełnianego przez rodziców dziecka. Do najistotniejszych należą następujące pytania:

- Czy objawy typowe dla astmy nasilone są w nocy i nad ranem?
- Czy występowały napady świszczącego oddechu w ciągu ostatniego roku?
- Czy pacjent ma dokuczliwy kaszel w nocy i czy budzi się z powodu kaszlu lub bezdechu w nocy?
- Czy kaszel jest powodowany śmiechem lub płaczem?
- Czy występowały epizody kaszlu lub innych objawów typowych dla astmy, które nie były związane z infekcją?
- Czy występowały objawy ze strony układu oddechowego po ekspozycji na alergeny lub czynniki drażniące?
- Czy w czasie infekcji górnych dróg oddechowych objawy „schodzą w dół”?
- Czy nieżyt dróg oddechowych u pacjenta przechodzi po upływie więcej niż 10 dni?
- Czy pacjent chorował na zapalenie oskrzeli/płuc częściej niż 3 razy w ciągu roku z powodu zapalenia dróg oddechowych?
- Czy objawy (kaszel, duszność, świszczący oddech) pojawiają się w wyniku narażenia na specyficzne czynniki: bierne palenie, zwierzęta, zwiększona wilgotność powietrza, zimne powietrze, wysiłek fizyczny, emocje?
- Czy występują objawy nosowe: świąd, katar, kichanie?
- Czy występuje krótki oddech (dzień czy noc)?
- Czy odczucie zmęczenia pojawia się dość często i powoduje zmniejszoną aktywność fizyczną?
- Czy występuje złe samopoczucie?
- Czy objawy są łagodzone po lekach rozszerzających oskrzela i/lub lekach przeciwzapalnych, czyli lekach typowych dla astmy?

- Czy występują specyficzne objawy lub zostały stwierdzone następujące choroby alergiczne: alergiczny nieżyt nosa, uporczywy obrzęk błony śluzowej, atopowe zapalenie skóry, alergiczne zapalenie spojówek, alergia pokarmowa, alergia na leki, pokrzywka?
- Czy istnieje pozytywny wywiad rodzinny w kierunku astmy i innych chorób alergicznych (rodzice, rodzeństwo)?

Kaszel związany z astmą:

- jest zwykle połączony ze świszczącym oddechem lub występowaniem krótkiego oddechu,
- może być przeważającym objawem astmy (szczególnie, gdy pojawia się w nocy) ale niezwykle rzadko występuje jako jedyny objaw - koncepcja astmy związanej głównie z kaszlem była popularyzowana w latach 80-tych XX wieku i spowodowała zawyżoną diagnozę astmy i niewłaściwą terapię. W takim przypadku niezwykle istotnym dla prawidłowej diagnostyki jest zbadanie zmienności funkcji płuc lub nadreaktywności dróg oddechowych, a także obecności eozynofili w płwocinie. „Kaszlową” astmę należy odróżnić od eozynofilowego zapalenia oskrzeli, które charakteryzuje się kaszlem oraz eozynofilami w płwocinie z zachowanymi prawidłowymi funkcjami płuc.

Kolejnym etapem jest wykonanie badań czynnościowych układu oddechowego:

U pacjentów > 5 lat (przydatność pomiarów nie została określona dla wieku < 5 lat) pomiar funkcji płuc może znacznie zwiększyć pewność diagnozy astmy. Dwie metody pomiaru uzyskały powszechną akceptację do stosowania: spirometria i pikflometria. Są one najszerszej stosowanymi i dostępnymi metodami.

- Spirometria (pomiar FEV oraz FVC) jest rekomendowaną metodą pomiaru ograniczeń w oddychaniu. Do interpretacji wyników służy wartość stosunku FEV/FVC, który normalnie jest wyższy niż 0,75 – 0,80, a u dzieci wyższy nawet od 0,90. Każda niższa wartość sugeruje ograniczenia w oddychaniu;
- Pikflometria (pomiar PEF) nie może być stosowana zamiennie ze spirometrią – spirometr jest preferowany. Może być formą szacunkowej obiektywizacji stanu dróg oddechowych, tylko przy braku dostępu do spirometru. Pikflometr może niedoszacować poziomu ograniczenia w oddychaniu.

W ramach diagnostyki dodatkowej zalecane się (w dowolnej kolejności):

- sprawdzić odpowiedź na leki rozszerzające oskrzela - próba odwracalności obturacji (próba rozkurczowa) pod wpływem beta-2-mimetyku,
- dokonać pomiaru reaktywności dróg oddechowych w odpowiedzi na kontakt ze środkami kurczącymi oskrzela - z wziewną metacholiną, histaminą lub mannitolem (na alergeny nie zalecany) – może pomóc ostatecznie zdiagnozować astmę u dzieci z objawami charakterystycznymi dla astmy i jednocześnie wykazującymi prawidłowe funkcje płuc; test ten jest czuły ale ma ograniczoną swoistość,
- testy w kierunku alergii - pozytywny wynik testu na alergeny domowe jest u dzieci silnie powiązany z astmą. Negatywny wynik nie wyklucza jednak astmy. U dzieci ze świszczącym oddechem, wysokim poziomem uczulenia na pokarm i wziewne alergeny istnieje znaczne ryzyko rozwoju astmy.
 - testy skórne - alergeny dobrane stosownie do wieku pacjenta,

- test in vitro w kierunku specyficznych IgE - gdy standardowy test skórny nie może być przeprowadzony (atopowe zapalenie skóry, egzema),
- pomiar ilości specyficznych IgE w surowicy krwi - nie jest dokładniejszy niż standardowy test skórny; obecnie nie ma wystarczających dowodów potwierdzających znaczenie badania poziomu IgE dla zdiagnozowania astmy - może mieć ono znaczenie przy ocenie ostrości choroby lub odpowiedzi na leczenie,
- pomiar ilości eozynofiliów w płwocinie i we krwi,
- testy wysiłkowe (preferowany bieg przez 8 min.) mogą potwierdzić astmę indukowaną wysiłkiem – duszność wysiłkowa nie jest zawsze związana z astmą nawet u dzieci z potwierdzoną astmą; niektóre dzieci z astmą mają jedynie astmę indukowaną wysiłkiem fizycznym,
- prześwietlenie klatki piersiowej - można zastosować już na pierwszej wizycie (wg PRACTALL); u wszystkich dzieci z podejrzeniem astmy oskrzelowej (zalecenia polskie); powinno być zarezerwowane dla dzieci z ostrymi oznakami astmy lub wynikami badań sugerującymi inne schorzenia (wg SIGN),
- dokonać oceny laryngologicznej (zalecenia polskie) - w przypadku zdiagnozowania polipów nosowych należy wykluczyć zwłóknienie torbielowate,
- pomiar ilości NO w wydychanym powietrzu - może wskazać obecność alergicznego stanu zapalnego,
- pomiar hiperwentylacji przy kontakcie z zimnym powietrzem.

Obecność chorób alergicznych zwiększa prawdopodobieństwo diagnostyki astmy u pacjentów z charakterystycznymi objawami astmy ze strony układu oddechowego (istnieją silne powiązania pomiędzy astmą i alergicznym nieżytem nosa). Pozytywne testy skórne, poziom eozynofiliów we krwi $\geq 4\%$, lub podwyższony poziom IgE w odpowiedzi na sierść kota, psa lub roztocza może zwiększać prawdopodobieństwo zdiagnozowania astmy u dzieci ze świszczącym oddechem, szczególnie powyżej 5 r.ż.

Nie odnaleziono dowodów naukowych dotyczących efektywności kosztowej profilaktyki astmy u dzieci (a w tym diagnostyki m.in. za pomocą spirometru). Bezpieczeństwo stosowania poszczególnych narzędzi diagnostycznych nie zostało przedstawione w żadnej z odnalezionych publikacji. W odnalezionych pierwotnych i wtórnych (głównie niesystematyczne przeglądy) dowodach naukowych nie była oceniana, porównywana skuteczność poszczególnych narzędzi diagnostycznych. Z tego powodu przedstawiono jedynie narzędzia diagnostyczne, które były wymieniane w poszczególnych publikacjach. Najczęściej wymienianymi były: badanie kwestionariuszowe (możliwe do wykonania w każdej grupie wiekowej – do wieku pacjenta 6-7 lat kwestionariusz jest wypełniany przez rodziców), badanie spirometryczne (możliwe do wykonania od 6 r.ż.), alergiczne testy skórne, prześwietlenie klatki piersiowej oraz pomiar poziomu IgE.

Wnioski z oceny projektu programu Miasta Częstochowa:

Dot. problemu zdrowotnego:

Samorządowy program profilaktyki i wczesnego wykrywania astmy i chorób alergicznych u dzieci w wieku szkolnym dotyczy dobrze zdefiniowanego, określonego problemu zdrowotnego. Realizuje on priorytet zdrowotny „zmniejszenie zachorowalności i

przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego”. Działania przewidziane w ramach realizacji Programu wpisują się w Priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

Problem zdrowotny w projekcie programu został przedstawiony w sposób krótki i zwięzły. Jednak definicja alergii przedstawiona przez Wnioskodawcę wydaje się być nieprawidłowa. Alergia (zgodnie ze słownikiem pojęć medycznych) polega na nadmiernej, nieprawidłowej reakcji układu immunologicznego na występujące w środowisku obce dla organizmu substancje (alergeny). U osób zdrowych substancje te nie powodują żadnych dolegliwości, natomiast u osób uczulonych są przyczyną szeregu nieprzyjemnych, a nawet groźnych dla zdrowia reakcji. Zasadnym byłoby również odniesienie się do zagadnienia astmy u dzieci, gdyż choroba ta jest szczegółowo brana pod uwagę w celach i oczekiwanych efektach opiniowanego programu.

Sytuacja epidemiologiczna chorób alergicznych w populacji docelowej programu została prawidłowo opisana.

Główny cel programu stanowi wczesne rozpoznanie astmy i innych chorób alergicznych u dzieci I-VI klasy szkoły podstawowej oraz poprawa jakości ich życia. Dodatkowo Wnioskodawca określa 6 celów szczegółowych programu, gdzie m.in. planuje się również wsparcie i pomoc medyczną dzieciom, rodzicom i nauczycielom chorych oraz propagowanie aktywności fizycznej w leczeniu astmy jako wsparcie farmakoterapii oraz działań naprawczych. Ostatnie, wymienione założenie nie znajduje jednak odzwierciedlenia w działaniach organizacyjnych programu.

Oczekiwane efekty programu zostały prawidłowo określone. Mierniki efektywności z kolei zostały źle zinterpretowane. Zamiast wskaźników takich jak: liczba dzieci z konkretną alergią, rozpowszechnienie astmy w populacji docelowej, liczba rodziców/nauczycieli uczestniczących w spotkaniach edukacyjnych etc., Wnioskodawca wspomina o ankiecie dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej diagnostyki oraz ocenie ekonomicznej edukacji i profilaktyki w chorobach alergicznych.

Dot. populacji:

Populację docelową danego programu stanowią dzieci uczęszczające do klas I-VI wybranych szkół podstawowych w Częstochowie, których rodzice wyrazili zgodę na udział w realizacji jego głównych założeń. Wnioskodawca oszacował liczebność populacji kwalifikującej się do uczestnictwa w programie, jak i liczbę uczestników, których włączenie do programu jest możliwe. Z ponad 10 tys. dzieci w danej grupie wiekowej, do programu rocznie zostanie zakwalifikowanych 2 tys. osób, a ok. 15% z nich zostanie zaproszonych do dalszego postępowania diagnostycznego w formie konsultacji specjalistycznych (ok. 300 dzieci). Wnioskodawca nie uzasadnia, dlaczego akurat taki odsetek osób zostanie włączony do uczestnictwa w badaniach diagnostycznych.

Zgodnie z opinią ekspertów (Aneks [Zal 1]) programy ukierunkowane na specyficzną grupę chorych, środowisko lub rodzinę wydają się być bardziej skuteczne w prewencji chorób alergicznych. Badacze powinni więc podjąć próbę wyodrębnienia specyficznej grupy, do której należałoby zaadresować program profilaktyki. Można to zrobić na podstawie wyników z testów czy badań lekarskich. Program edukacyjny można ukierunkować na określone środowisko lub rodzinę i zaangażować inne podmioty zdolne skutecznie prowadzić edukację.

Dlatego też w projekcie programu edukacją zdrowotną objęto rodziców/opiekunów dzieci, jak również ich nauczycieli i pielęgniarki pracujące w danych szkołach podstawowych. Wnioskodawca nie odnosi się jednak do liczebności w/w populacji.

Tryb zapraszania do udziału w programie stanowi akcja promocyjna w szkołach, na stronach internetowych oraz w lokalnych mediach skierowana bezpośrednio do rodziców/opiekunów dzieci klas I-VI. Dodatkowo zaznacza się, że za funkcję promocyjną będą odpowiadać również spotkania edukacyjne przewidziane w ramach programu oraz drobne ogłoszenia w budynkach podmiotów leczniczych. Nie sprecyzowano jak dokładnie będzie wyglądać w/w akcja, nie załączono też materiałów akcydensowych (o ile Wnioskodawca przewiduje tego typu narzędzia informacyjno-promocyjne). Dobrze zorganizowana akcja promocyjno-informacyjna jest jednym z wyznaczników równego dostępu do świadczeń.

Podstawowym kryterium kwalifikacji uczestników do opiniowanego programu jest zgoda rodziców/opiekunów prawnych na udział ich dzieci oraz kryterium wiekowe (uczniowie klas I-VI szkół podstawowych). Wyżej wymieniona populacja otrzyma ankiety przesiewowe wzorowane na ISAAC, a na podstawie otrzymanych ankiet zwrotnych do dalszej części programu (tj. badań diagnostycznych i konsultacji) zostaną zakwalifikowane osoby z chorobą alergiczną lub dodatnim wynikiem ankiety (w projekcie nie omówiono interpretacji wyników w/w ankiety, jak również nie załączono jej wzoru).

Wytyczne (Aneks [Za1 1]) sugerują, że niezależnie od wieku wszystkie dzieci z ostrymi, utrzymującymi się lub nawracającymi objawami alergii oraz dzieci wymagające ciągłego leczenia profilaktycznego powinny być badane na obecność alergii. Zakres testów powinien być uzależniony od wieku dziecka, wyników przeprowadzonego wywiadu rodzinnego oraz charakteru występujących objawów (włączając w to objawy sezonowe). Wskazaniemi do wykonania tego typu testów na alergię są m.in.:

- objawy żołądkowo-jelitowe (wymioty, biegunka etc.)
- atopowe zapalenie skóry (AZS)
- ostra pokrzywka/ obrzęk lub pokrzywka utrzymująca się powyżej 6 tygodni,
- dzieci w wieku >3-4 lat z astmą – zawsze powinny być testowane na istotne alergeny,
- nieżyt nosa,
- zapalenie spojówek,
- reakcja na użądlenie owada (tylko w przypadkach ostrych reakcji systemowych typu III-IV).

W związku z powyższym, badania diagnostyczne nie są zalecane w populacji ogólnej. W projekcie programu nie odniesiono się szczegółowo do tej kwestii.

Dot. interwencji:

Wnioskodawca informuje, że Realizator programu zostanie wybrany na podstawie konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W projekcie programu dokładnie odniesiono się do rodzaju interwencji, jakie zaplanowano w ramach jego realizacji. Dla całej populacji docelowej (tj. 2 tys. osób rocznie) przygotowano ankiety przesiewowe, dzięki którym uczniowie/rodzice mogą ocenić występowanie alergii i czynniki ryzyka jej wystąpienia. Wzór danej ankiety nie został dołączony do projektu programu, w związku z czym, nie jest możliwe ocenienie jego formy i treści. Wnioskodawca

wspomina jednak, że stworzony kwestionariusz będzie oparty o wzorzec przedstawiony przez ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). Ankieta zgodnie z wytycznymi stanowi pewien element wywiadu chorobowego, który powinien obejmować rodzaj, częstość występowania i nasilenie objawów, historię choroby członków rodziny w kierunku alergii, narażenie na czynniki środowiskowe (warunki mieszkaniowe, warunki w szkolne oraz warunki środowiska, w którym dziecko spędza swój wolny czas), kontakt ze zwierzętami, dymem tytoniowym etc. Warto zaznaczyć, że samo stosowanie wywiadu lub badania lekarskiego pozwoli na wykrycie jedynie 50% przypadków alergii. Natomiast niewłaściwa diagnoza może prowadzić do dalszej ekspozycji na alergen i rozwoju poważniejszych chorób alergicznych. W związku z czym, Wnioskodawca zaplanował w wyniku zgromadzonych ankiet dalsze konsultacje specjalistyczne wraz z diagnostyką dla osób z podejrzeniem wystąpienia alergii lub istniejącą już chorobą alergiczną. Informacje, które zostały zawarte w ankietach zwrotnych od rodziców powinny być szczególnie brane pod uwagę podczas wykonywania badania lekarskiego. W ramach realizacji celu programu przewiduje się badania diagnostyczne tj. morfologię krwi, rozmaz manualny, testy pokarmowe czy inhalacyjne, spirometrię z próbą rozkurczową, badanie poziomu tlenu azotu w wydychanym powietrzu lub badanie poziomu IgE w surowicy krwi (tylko w koniecznych przypadkach).

W przypadku podejrzenia alergii pokarmowej (przez pracownika służby zdrowia, rodziców/opiekunów) pracownik służby zdrowia z odpowiednimi kompetencjami (m.in. lekarz ogólny) powinien przeprowadzić dokładny wywiad kliniczny ukierunkowany na wykrywanie alergii i uwzględniający występujące objawów oraz wiek dziecka lub młodej osoby. Przed przeprowadzeniem wywiadu nie należy wykonywać testów wykrywających alergię. Przeprowadzenie badania podmiotowego powinno mieć na celu uzyskanie informacji dotyczących następujących kwestii:

- Historii występowania chorób atopowych u badanej osoby (astma, atopowe zapalenie skóry lub alergiczny nieżyt nosa).
- Historii występowania chorób atopowych w rodzinie (astma, atopowe zapalenie skóry, alergiczny nieżyt nosa) lub alergię pokarmową u rodziców lub rodzeństwa.
- Szczegółów dotyczących unikania pewnych rodzajów żywności wraz z powodami ich unikania
- Ocenę występujących objawów oraz innych symptomów mogących mieć związek z alergią pokarmową – wiek w którym po raz pierwszy wystąpiły symptomy choroby, szybkość wystąpienia objawów po kontakcie z żywnością, czas trwania objawów, nasilenie reakcji, częstość występowania, miejsce, w którym nastąpił reakcja (np. szkoła lub dom), powtarzalność objawów przy wielokrotnej ekspozycji, jaki rodzaj jedzenia i w jakiej ilości spowodował reakcję.
- Czynniki kulturowe i religijne, które wpływają na rodzaj spożywanej żywności.
- Alergen podejrzany o wywołanie alergii.
- Historię karmienia – czy dziecko było karmione piersią i do jakiego wieku, jeżeli dziecko nadal jest karmione piersią należy rozważyć czy sposób żywienia matki nie wpływa na występowanie objawów alergii.
- Szczegóły dotyczące wcześniejszego leczenia oraz odpowiedzi na zastosowane leczenie, w tym leczenie związane z występującymi objawami.

- Każda odpowiedź na zmianę sposobu żywienia – eliminacja lub ponowne wprowadzenie do żywienia określonych pokarmów.

W przypadku podejrzenia alergii pokarmowej IgE-zależnej należy przeprowadzić punktowe testy skórne i/lub badanie krwi dla alergenoswoistych IgE. W warunkach podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku podejrzenia alergii pokarmowej IgE-zależnej nie należy wykonywać testów płatkowych oraz doustnych prób prowokacyjnych. W przypadku podejrzenia alergii pokarmowej IgE-niezależnej należy podjąć próbę wyeliminowania podejrzanego alergenu oraz jego ponownego wprowadzenia (zwykle trwa to od 2 do 6 tygodni) w tym celu należy zwrócić się do dietetyka posiadającego odpowiednie kompetencje.

W projekcie programu nie wskazano, jakie kwestie będzie szczegółowo poruszało badania podmiotowe, co zgodnie z wytycznymi ma istotny wpływ w procesie diagnozowania alergii pokarmowej.

Autorzy nie podali również, jakie dokładnie testy zamierzają przeprowadzić. Sygnalizują jedynie, że będą to testy pokarmowe /inhalacyjne (w przypadku podejrzenia astmy) czy też właśnie badanie poziomu IgE. Zgodnie z istniejącymi rekomendacjami powinny być to:

- w przypadku alergii pokarmowej – niezależnie od wieku, zarówno punktowe testy skórne oraz oznaczanie specyficznych IgE mogą być stosowane w ocenie uczulenia na pokarmy. Standaryzowany pokarmowy test prowokacyjny, którego wykonanie jest nadzorowane przez lekarza jest najdokładniejszym narzędziem diagnostycznym.
- w przypadku alergii oddechowej – uczulenie można wykrywać za pomocą punktowych testów skórnych (w czasie, gdy wyprysk nie jest obecny na skórze) lub oznaczania specyficznych przeciwciał IgE, dodatkowo można stosować atopowy test płatkowy.
- w przypadku alergii kontaktowej - alergię kontaktową należy rozważyć w przypadku, gdy choroba postępuje pomimo leczenia. Za pomocą testów płatkowych należy wykluczyć możliwość kontaktowego zapalenia skóry (KZS).

W projekcie programu szczególnie zwraca się uwagę na problem działań profilaktycznych i wczesnego wykrywania astmy u dzieci. Zgodnie z zaleceniami wynikającymi z odnalezionych wytycznych w grupie dzieci powyżej 6 roku życia podstawa rozpoznania jest przeprowadzenie wywiadu z pacjentem, który obejmuje zadanie pytań istotnych dla rozpoznania astmy (również w formie kwestionariusza). Kolejnym etapem w diagnostyce jest wykonanie badań czynnościowych układu oddechowego, gdzie pomiar funkcji płuc może zwiększyć pewność diagnozy choroby astmatycznej. Powszechnie zaakceptowano dwie metody pomiaru, mianowicie spirometrię (o której wspomniano w treści opiniowanego projektu, wartości stosunku FEV/FVC poniżej 0,90 sugerują ograniczenie w oddychaniu u dzieci), jak i pikflometrię (PEF nie może być stosowana zamiennie ze spirometrią, wysokie ryzyko niedoszacowania ograniczenia w oddychaniu). Dodatkowo zaleca się (w dowolnej kolejności): wykonanie próby rozkurczowej (co również zostało zasugerowane w projekcie), pomiar reaktywności dróg oddechowych, testy w kierunku alergii (skórne – alergeny dobrane do wieku pacjenta; in vitro w kierunku specyficznych IgE – przy niemożności przeprowadzenia tradycyjnego testu skórniego; pomiar ilości specyficznych IgE w surowicy krwi; pomiar ilości eozynofiliów w płwocinie i we krwi), testy wysiłkowe, prześwietlenie klatki piersiowej (zgodnie z zaleceniami polskimi u wszystkich dzieci z podejrzeniem astmy oskrzelowej), pomiar ilości NO w wydychanym powietrzu (co sygnalizuje Wnioskodawca), dokonanie oceny laryngologicznej czy też pomiaru hiperwentylacji przy kontakcie z zimnym powietrzem. Nie odnaleziono jednak wśród przeglądów wtórnych dowodów naukowych na skuteczność w/w narzędzi diagnostycznych. Natomiast do najczęściej stosowanych należą

przede wszystkim badania kwestionariuszowe, badania spirometryczne (możliwe do wykonania od 6 roku życia), alergiczne testy skórne, prześwietlenie klatki piersiowej i pomiar poziomu IgE.

W ramach planowanych interwencji, Wnioskodawca przewiduje również realizację spotkań edukacyjnych dla pielęgniarek szkolnych, nauczycieli (szczególnie wychowania fizycznego) oraz rodziców dzieci objętych działaniami programu. Na początku zrealizowane mają być szkolenia pielęgniarek w zakresie rozpoznawania objawów astmy, anafilaksji i pierwszej pomocy, jak i wśród nauczycieli w zakresie astmy i innych zagrażających dzieciom chorób alergicznych. Następnie zaplanowano spotkanie lekarzy z rodzicami nt. chorób alergicznych, astmy, postępowania z chorym dzieckiem oraz profilaktyki w danym zakresie. Współcześnie, edukacja zdrowotna jest bardzo istotnym elementem profilaktyki chorób. Zgodnie z treścią Białej Księgi Alergii Światowej Organizacji Alergii 2011-2012, odpowiednie szkolenie i edukacja chorych i ich rodzin stanowią fundamentalną część postępowania w chorobach alergicznych. Jednak dowody naukowe wskazujące na skuteczność edukacji i szkolenia są względnie słabej jakości. Metody te są, z kolei, uznawane za skuteczne w astmie i mniejszym stopniu w zapaleniu skóry i anafilaksji. Metody edukacji powinny być dostosowane do wieku i grup etnicznych. Współczesne technologie informacyjne są cenne, zwłaszcza w celu edukacji młodszych osób. Ponadto program edukacji i szkolenia powinien zawierać pisemny plan samodzielnego postępowania w chorobie. Dzięki odpowiednio wykwalifikowanemu zespołowi edukatorów zdrowotnych (promotorów zdrowia) oraz dobrze przygotowanym formom edukacji można zaobserwować poprawę w zakresie jakości życia beneficjentów, jak również ich ewentualnego leczenia. Z kolei w programie nie przedstawiono dokładnego harmonogramu spotkań edukacyjnych oraz osób za nie odpowiedzialnych. Brakuje też odniesienia do dokładnej treści przeprowadzanych spotkań jak i edukacji populacji bezpośrednio, czyli dzieci z klas I-VI.

Dot. monitorowania i ewaluacji:

Wnioskodawca zaplanował w ramach projektu program jego ewaluację i monitorowanie. Ocena zgłaszalności do programu została precyzyjnie określona, z kolei w ocenie jakości świadczeń w programie przewiduje się ankietę zadowolenia pacjenta z uzyskanych świadczeń oraz tzw. AQLQ (wersja „mini”, z ang. Asthma Quality of Life Questionnaire) – test jakości życia chorych na astmę. Wymienione wzory ankiet nie zostały załączone celem weryfikacji treści. Ocena efektywności programu została potraktowana w sposób zdawkowy. Warto uściślić dotyczące jej informacje.

Okres realizacji programu jest wieloletni, tj. 2014-2018 r.

Obecnie, od 2008 r., realizowany jest program edukacyjny POLASTMA (Narodowy Program Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Astmy, 10-letni), który angażuje społeczeństwo, jak i same środowiska medyczne w szeroko prowadzoną edukację mającą podnieść jakość opieki medycznej i zwiększyć jej dostępność dla potrzebujących chorych na astmę oskrzelową w Polsce.

Dot. planowanych kosztów:

W projekcie programu dokładnie przedstawiono jego planowane, roczne koszty całkowite oraz koszty jednostkowe. Wnioskodawca oszacował, że koszt dwóch konsultacji specjalistycznych wraz z badaniami diagnostycznymi będzie wynosił 280 zł, natomiast roczny koszt spotkań edukacyjnych to 4600 zł. Dodatkowo odnosi się do kosztu jednorazowej opłaty

licencyjnej za ankiety (2 tys. zł) oraz kosztu ich wydrukowania, przeprowadzenia i opracowania informatycznego (5zł). Brakuje natomiast odniesienia do kosztu przeprowadzenia akcji promocyjnej. Z kolei w treści programu wspomniano, że znaczną część akcji promocyjnej będą stanowić spotkania edukacyjne z personelem medycznym, nauczycielami oraz rodzicami dzieci. Dlatego też pozostałe działania typu ogłoszenia na tablicach informacyjnych mogą wiązać się z niewielkim kosztem dla budżetu Miasta.

Całość programu finansowana będzie z budżetu Miasta Częstochowa, a Wnioskodawca zaznacza, że szczegółowy kosztorys zostanie przedstawiony przez jednostki przystępujące do konkursu ofert na Realizatora programu.

Wnioskodawca odwołuje się do źródeł naukowych, tym samym umożliwiając sprawdzenie wiarygodności zamieszczonych informacji. Dodatkowo do programu dołączono piśmiennictwo, z którego korzystano podczas tworzenia jego treści.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

- I. Program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego, jakim są choroby alergiczne u dzieci w wieku szkolnym.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów - projekt zakłada przeprowadzenie akcji promocyjno-informacyjnej o programie co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności świadczeń przewidzianych w programie.
- III. Skuteczność działań – autorzy nie odnieśli się odpowiednio do skuteczności planowanych działań.
- IV. Roczny koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 100 600 zł., podano również koszty jednostkowe interwencji. Całość programu będzie finansowana z Budżetu Miasta.
- V. Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację, jednak ocena efektywności programu została przedstawiona zbyt ogólnie.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-182/2014 „Profilaktyka i wczesna diagnostyka astmy, chorób alergicznych u dzieci, mieszkańców Częstochowy na lata 2014-2018” realizowany przez: Miasto Częstochowa, Warszawa, październik 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania alergii – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, wrzesień 2012 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy profilaktyki astmy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, marzec 2011.