|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa projektu**  Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Recepta na Ruch”  **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące**  Ministerstwo Zdrowia  **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu**  Pan Waldemar Kraska  Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu**  Pan Dariusz Poznański  Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia ([dep-zp@mz.gov.pl](mailto:dep-zp@mz.gov.pl), tel. 22 530 03 18) | | | | | | | | | | | | | | | **Data sporządzenia 25.05.2023**  **Źródło:**  art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)  **Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia**  **MZ 1524** | | | | | | | | | | | |
| **OCENA SKUTKÓW REGULACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jaki problem jest rozwiązywany?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zbyt niska lub niewłaściwa aktywność fizyczna stanowi bardzo powszechny problem wśród Polaków. Zarzucenie aktywności fizycznej stanowi obciążenie dla całego organizmu, stając się dodatkowym czynnikiem ryzyka w kontekście chorób układu oddechowego, chorób układu krążenia, czy zwiększenia ryzyka wystąpienia nadwagi, otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, ale również problemów w zakresie zdrowia psychicznego (obniżenie poczucia własnej wartości, ograniczenie dostępności zarówno do podstawowych potrzeb, jak i elementów życia społecznego, potęgujące uczucie osamotnienia i mogące prowadzić do stanów depresyjnych). Dodatkowym czynnikiem potęgującym obserwowane niekorzystne zjawiska jest niedostateczny dostęp do fizjoterapeutów, zarówno w zakresie aktywności fizycznej, zmiany w funkcjonowaniu i ergonomii dnia codziennego, jak i rehabilitacji po przebytych urazach, chorobach czy też w aktualnie dotykających świadczeniobiorcę jednostkach chorobowych.  Brak wystarczającej aktywności fizycznej w czasie pandemii COVID-19, spędzanie wielu godzin przed komputerem, stres i spożywanie między posiłkami miały negatywny wpływ na samopoczucie, zdrowie oraz sylwetkę Polaków[[1]](#footnote-1). Okres pandemii COVID-19 spowodował w wielu krajach ofiary śmiertelne, ogromne straty materialne, pogłębił zjawisko nierówności społecznych w zdrowiu i skutki zdrowotne niedostatecznej aktywności fizycznej wszystkich grup społeczeństwa.[[2]](#footnote-2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Celem programu pilotażowego jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców diagnostyką i profilaktyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych, w przypadku których jest zalecana aktywność fizyczna, uzupełniona o realizację indywidualnych programów treningowych i żywieniowych dostosowanych do możliwości i potrzeb świadczeniobiorcy. W projekcie rozporządzenia zaproponowano, aby programem pilotażowym zostali objęci świadczeniobiorcy, którzy ukończyli 25 rok życia. W ramach programu pilotażowego będą realizowane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu określonego w art. 15 ust. 2 pkt 1, 2, 5 i 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego, warunki ich organizacji, udzielania oraz sposób rozliczenia tych świadczeń, a także schemat postępowania ze świadczeniobiorcą zakwalifikowanym do programu pilotażowego określa załącznik do rozporządzenia.  Zakłada się, że okres realizacji programu pilotażowego obejmie:  1) etap realizacji programu pilotażowego, który trwa 24 miesiące od dnia wejścia w życie rozporządzenia;  2) etap ewaluacji programu pilotażowego, który trwa 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego.  Etap realizacji programu pilotażowego obejmuje:  1) zawarcie umów na realizację programu pilotażowego z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „Funduszem”, nie później niż 6 miesięcy przed zakończeniem etapu realizacji programu pilotażowego;  2) realizację programu przez wybranych realizatorów programu pilotażowego;  3) monitorowanie przez Fundusz realizacji programu pilotażowego.  Realizatorem programu pilotażowego jest świadczeniodawca, który spełnia warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego określone w załączniku do rozporządzenia oraz zawarł umowę z Funduszem na realizację programu pilotażowego. Podmiotem zobowiązanym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego będzie Fundusz. Dokonuje on, w ramach etapu ewaluacji programu pilotażowego, o którym mowa w § 3 pkt 2 rozporządzenia, oceny wyników programu pilotażowego przez sporządzenie analizy wskaźników tego programu, określonych w § 8 projektu rozporządzenia i przekazuje tę ocenę ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.  Recepta na ruch to przede wszystkim zalecenia dotyczące określonego poziomu aktywności fizycznej wraz z odesłaniem do konkretnych treningów ruchowych przygotowywanych przez specjalistów w dziedzinie aktywności fizycznej z możliwością ich rozszerzenia o inne działania świadczeniobiorcy, z wykorzystaniem rozwiązań udostępnionych w aplikacji mojeIKP.  Udział w programie pilotażowym poprzedzony będzie oceną dotychczasowego poziomu aktywności fizycznej świadczeniobiorcy, stanu zdrowia i aktualnych możliwości.  Program pilotażowy będzie obejmował dwa moduły. Pierwszym są treningi stacjonarne prowadzone przez fizjoterapeutę. Drugim modułem jest praca własna świadczeniobiorcy, dla której narzędziem jest aplikacja mojeIKP. Dodatkowo świadczeniobiorca będzie miał dostęp do treści dotyczących przygotowanych dla niego zaleceń żywieniowych (które otrzyma zarówno w aplikacji, jak i od dietetyka) i innych treści dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.  Program pilotażowy będzie realizowany przez 3 cykle postępowania z świadczeniobiorcą, trwające w sumie 18 tygodni. Dobór zakresu działań i metod przez fizjoterapeutę będzie uzależniony od stanu zdrowia i bazowej wydolności organizmu świadczeniobiorcy (kondycji fizycznej).  Postęp osiąganych przez świadczeniobiorcę efektów będzie monitorowany, zarówno przez aplikację mojeIKP, jak i samego fizjoterapeutę przez cały okres realizacji projektu, zalecenia będą aktualizowane i dostosowywane w zależności od uzyskiwanych efektów. Dzięki udziałowi w projekcie świadczeniobiorca zyska dostęp do kompleksowego monitoringu kondycji i sprawności fizycznej, które wzmocnią odpowiedzialność za własne zdrowie w przyszłości.  Oczekuje się, że efektem podejmowanych działań w ramach programu pilotażowego będzie podniesienie poziomu aktywności fizycznej oraz adekwatne jej dostosowanie do potrzeb i możliwości świadczeniobiorcy, co przyczyni się w dalszej kolejności do ograniczenia wysokich kosztów społecznych, ale także kosztów, jakie ponosi rynek pracy w przypadku chorób już rozwiniętych oraz Fundusz w związku z ewentualnymi hospitalizacjami czy refundacją. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W krajach anglosaskich (Wielka Brytania, USA, Kanada, Australia, Nowa Zelandia) i w krajach skandynawskich (np. Szwecja, Finlandia) funkcjonuje od dłuższego czasu tzw. recepta na ruch (ang. *green prescription, excercise prescription*). Recepta dla pacjenta w omawianych krajach wystawiania jest przez różnych przedstawicieli zawodów medycznych, przede wszystkim lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.  W Wielkiej Brytanii[[3]](#footnote-3) recepta na ruch może być uzupełniona o porady dietetyczne, w szczególności w ramach grup wsparcia dla osób z otyłością czy cukrzycą. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Podmioty, na które oddziałuje projekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupa | | | Wielkość | | | | | | | Źródło danych | | | | | | | | | | | Oddziaływanie | | | | | |
| Świadczeniobiorcy, którzy ukończyli 25 rok życia | | | 28 341 066 | | | | | | | GUS 2021 r. | | | | | | | | | | | Poprawa poziomu aktywności fizycznej, stanu zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem | | | | | |
| Liczba świadczeniobiorców planowanych do objęcia programem pilotażowym | | | 15 000[[4]](#footnote-4) | | | | | | | AOTMiT | | | | | | | | | | | Poprawa poziomu aktywności fizycznej, stanu zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem | | | | | |
| Świadczeniodawcy spełniający wymagania określone w rozporządzeniu  (lekarze, fizjoterapeuci i dietetycy) określone w rozporządzeniu | | | 139 853 Lekarzy[[5]](#footnote-5) | | | | | | | Centralny Rejestr Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej prowadzony przez NIL, wg stanu na 05.05.2022 r. | | | | | | | | | | | Diagnostyka, ocena efektów realizacji terapii | | | | | |
| 72 389 Fizjoterapeutów | | | | | | | Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów prowadzony przez KIF ze stanem na dzień 30.08.2022 r. | | | | | | | | | | | Diagnostyka, przygotowanie i prowadzenie indywidualnych programów treningowych, ocena efektów realizacji terapii | | | | | |
| 2827 Dietetyków | | | | | | | Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia ze stanem na dzień 31.12.2020 r. | | | | | | | | | | | Prowadzenie indywidualnych programów żywieniowych | | | | | |
| Narodowy Fundusz Zdrowia oraz 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu | | | 17 | | | | | | | Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | | | | | | | | | | | Wdrożenie, finansowanie, monitorowanie i ewaluacja programu pilotażowego | | | | | |
| CeZ | | | 1 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Wdrożenie, nadzór i rozwijanie rozwiązań w aplikacji mojeIKP | | | | | |
| Krajowa Izba Fizjoterapeutów | | | 1 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Dostosowanie i rozwój aplikacji Finezjo na potrzeby aplikacji mojeIKP | | | | | |
| 1. **Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Odnośnie do ww. projektu rozporządzenia nie prowadzono tzw. pre-konsultacji.  Projekt rozporządzenia w ramach opiniowania i konsultacji publicznych (z 10 dniowym terminem zgłaszania uwag) otrzymają:   1. Centrum e-Zdrowia. 2. Konsultant Krajowy w dziedzinie diabetologii; 3. Konsultant Krajowy w dziedzinie endokrynologii; 4. Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii; 5. Konsultant Krajowy w dziedzinie geriatrii; 6. Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii; 7. Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej; 8. Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 9. Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego; 10. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych; 11. Krajowa Rada Fizjoterapeutów; 12. Naczelna Rada Lekarska; 13. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych; 14. Ogólnopolski Związek Lekarzy; 15. Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej; 16. Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia; 17. Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych; 18. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych; 19. Polski Związek Zawodowy Dietetyków; 20. Polskie Stowarzyszenie Dietetyków; 21. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii; 22. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne; 23. Polskie Towarzystwo Nauk Żywieniowych; 24. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji; 25. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia; 26. Rzecznik Praw Pacjenta; 27. Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska;   Projekt zostanie udostępniony na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny” zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2022 r. poz. 348).  Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do oceny skutków regulacji. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na sektor finansów publicznych** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ceny stałe z 2023 r.) | | | | Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | 1 | | 2 | | 3 | 4 | | 5 | 6 | | | 7 | | | 8 | | 9 | | 10 | *Łącznie (0-10)* | |
| **Dochody ogółem** | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| budżet państwa | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| JST | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | | ` | | |  | |  | |  |  | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| **Wydatki ogółem** | | | | 6,4 | | 12,81 | | 6,4 | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | 25,61 mln zł | | |
| budżet państwa | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| JST | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| pozostałe jednostki: NFZ | | | | 6,4 | | 12,81 | | 6,4 | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | 25,61 mln zł | | |
| **Saldo ogółem** | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | - 25,61 mln zł | | |
| budżet państwa | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| JST | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| pozostałe jednostki: NFZ | | | | -6,4 | | -12,81 | | -6,4 | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | - 25,61 mln zł | | |
| Źródła finansowania | | Program pilotażowy będzie finansowany ze środków pozostających w dyspozycji Funduszu. Projekt rozporządzenia nie stanowi podstawy do ubiegania się przez Fundusz o dodatkowe środki z budżetu państwa. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Skutki | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czas w latach od wejścia w życie zmian | | | | | | | 0 | | | 1 | | 2 | | | | 3 | | | 5 | | | | 10 | | | *Łącznie (0-10)* |
| W ujęciu pieniężnym  (w mln zł,  ceny stałe z …… r.) | duże przedsiębiorstwa | | | | | | 0 | | | 0 | | 0 | | | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | 0 |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | 0 | | | 0 | | 0 | | | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | 0 |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | 0 | | | 0 | | 0 | | | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | 0 |
| W ujęciu niepieniężnym | duże przedsiębiorstwa | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | Projekt rozporządzenia będzie miał pozytywny wpływ na średnich i małych przedsiębiorców, a także na mikro-przedsiębiorców, ze względu na zwiększenie ochrony zdrowotnej mieszkańców kraju oraz wzrost świadomości społecznej w zakresie korzyści płynących z właściwej aktywności fizycznej i prawidłowych nawyków żywieniowych dla zdrowia populacji, a tym samym zmniejszeniem absencji chorobowej w pracy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | Projekt rozporządzenia będzie miał pozytywny wpływ na rodziny, obywateli i gospodarstwa domowe, ze względu na zwiększenie ochrony zdrowotnej mieszkańców kraju oraz wzrost świadomości społecznej w zakresie korzyści płynących z właściwej aktywności fizycznej i prawidłowych nawyków żywieniowych dla zdrowia populacji, a tym samym wydłużenie życia w zdrowiu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | osoby niepełnosprawne, osoby starsze | | | | | | Projekt rozporządzenia będzie miał pozytywny wpływ na osoby niepełnosprawne, osoby starsze, ze względu na zwiększenie ochrony zdrowotnej mieszkańców kraju oraz wzrost świadomości społecznej w zakresie korzyści płynących z właściwej aktywności fizycznej i prawidłowych nawyków żywieniowych dla zdrowia populacji, a tym samym wydłużenie życia w zdrowiu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niemierzalne | Nie dotyczy | | | | | | Nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Produkt** | **Wycena** | **Wielkość populacji** | **Odsetek populacji objętej produktem** | **Krotność w programie** | **Koszt** | | Fizjoterapeuta kwalifikacja | 75,88zł | 15 000 | 100% | 1 | 1 138 807,04zł | | 6 tygodniowy cykl | 475,74zł | 3 | 21 419 717,76zł | | Konsultacja psycholog | 99,04zł | 20% | 1 | 297 278,46zł | | Zabieg masażu | 25,92zł | 30% | 12 | 1 400 426,50zł | | Zabiegi fizykalne | 7,59zł | 20% | 10 | 227 821,44zł | | Zabiegi w kriokomorze | 37,50zł | 1 125 600,00zł | | **Razem** | | | | | **25 609 651,20zł** |   Tabela 1. Wycena realizacji programu, źródło: oszacowanie wykonane przez AOTMiT  Metodą płatności za świadczenia realizowane w ramach programu pilotażowego jest płatność za: świadczenie/cykl.  Badania diagnostyczne będą wykonywane w ramach odrębnych umów o udzielanie świadczeń w tym zakresie zawartych z Funduszem.  Zaproponowane wyceny zabiegów fizykalnych i zabiegów masażu obejmują zarówno świadczenia już wskazane w wykazie świadczeń gwarantowanych[[6]](#footnote-6), jak i nowe, zaproponowane na potrzeby realizacji programu pilotażowego, o których mowa w załączniku do rozporządzenia.  Przedstawiona wycena nie uwzględnia kosztów skierowania świadczeniobiorcy do programu pilotażowego, przyjęto założenie, że skierowanie wystawiane jest podczas wizyty świadczeniobiorcy w podmiocie leczniczym.  W ramach programu pilotażowego przewidziane są również konsultacje ze specjalistami. Konsultacje z dietetykiem przewidziane są dla wszystkich świadczeniobiorców w programie pilotażowym, w przypadku konsultacji z psychologiem czy lekarzem specjalistą, konieczność takiej konsultacji stwierdza fizjoterapeuta. Na potrzeby wyceny kosztów programu pilotażowego przyjęto założenia, że konsultacja:  1) świadczeniobiorcy z dietetykiem dotyczyć będzie wszystkich świadczeniobiorców uczestniczących w programie pilotażowym,  2) świadczeniobiorcy z psychologiem dotyczyć będzie do 20% świadczeniobiorców uczestniczących w programie pilotażowym,  3) fizjoterapeuty z lekarzem specjalistą dotyczyć będzie do 20% świadczeniobiorców uczestniczących w programie pilotażowym. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności). | | | | | | | | | tak  nie  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| zmniejszenie liczby dokumentów  zmniejszenie liczby procedur  skrócenie czasu na załatwienie sprawy  inne: … | | | | | | | | | zwiększenie liczby dokumentów  zwiększenie liczby procedur  wydłużenie czasu na załatwienie sprawy  inne: … | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji. | | | | | | | | | tak  nie  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Komentarz:  Nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na rynek pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regulacja wpłynie na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców, a zwłaszcza mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców. Realizacja programu pilotażowego wpłynie na zwiększenie ochrony zdrowotnej mieszkańców kraju oraz wzrost świadomości w zakresie problemów zdrowotnych, a tym samym zmniejszenie absencji chorobowej w pracy.  Przedmiotowy projekt z uwagi na swój charakter nie zawiera przepisów dotyczących zasad podejmowania, wykonywania lub zakończenia działalności gospodarczej, regulacji dotyczących majątkowych praw i obowiązków przedsiębiorców lub praw i obowiązków przedsiębiorców wobec organów administracji publicznej, a zatem nie podlega obowiązkowi dokonania oceny przewidywanego wpływu proponowanych rozwiązań na działalność mikro, małych i średnich przedsiębiorców, stosownie do przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców ani analizy zgodności projektu z tym rozporządzeniem w powyższym zakresie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na pozostałe obszary** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| środowisko naturalne  sytuacja i rozwój regionalny  sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe | | | | | demografia  mienie państwowe  inne: … | | | | | | | | | | | | | informatyzacja  zdrowie | | | | | | | | |
| Omówienie wpływu | | Poprawa dostępności do świadczeń z zakresu fizjoterapii, poprawa wydolności i kondycji fizycznej osób objętych programem pilotażowym, zapobieganie chorobom cywilizacyjnym, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ewaluacja programu pilotażowego przewidziana jest na 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego.  Na potrzeby ewaluacji programu zastosowano wskaźniki określone w rozporządzeniu:  1) liczba świadczeniobiorców, w podziale na wiek i płeć, objętych programem pilotażowym w stosunku do populacji osób uprawnionych do udziału w programie pilotażowym;  2) liczba świadczeniodawców, którzy złożyli wniosek o zawarcie umowy na realizację programu pilotażowego oraz liczba świadczeniodawców, którzy zostali realizatorami programu pilotażowego;  3) liczba świadczeniobiorców, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia po udziale w programie przez ocenę tempa restytucji tlenowej i wartości MET przed udziałem w programie i po jego zakończeniu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brak | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Wyniki badania MultiSport Index, 2020 [↑](#footnote-ref-1)
2. https://www.pzh.gov.pl/niedostateczny-poziom-aktywnosci-fizycznej-w-polsce-jako-zagrozenie-i-wyzwanie-dla-zdrowia-publicznego-raport-komitetu-zdrowia-publicznego-polskiej-akademii-nauk/ [↑](#footnote-ref-2)
3. https://www.nhs.uk/conditions/obesity/treatment/ [↑](#footnote-ref-3)
4. Szacunki AOTMiT - maksymalna liczba świadczeniobiorców w 1 ośrodku w programie w okresie 24 miesięcy tj. ok. 469 świadczeniobiorców. Przyjmując założenie o 2 ośrodkach w województwie, populacja możliwa do objęcia opieką w ramach programu to ok. 15 008 świadczeniobiorców [↑](#footnote-ref-4)
5. Posiadających prawo wykonywania zawodu (bez dodatkowych uwarunkowań i okoliczności) [↑](#footnote-ref-5)
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265) [↑](#footnote-ref-6)