Projekt z dnia 25.05.2023 r.

Rozporządzenie

Ministra zdrowia[[1]](#footnote-1))

z dnia ……………… 2023 r.

w sprawie programu pilotażowego „Recepta na Ruch”

Na podstawie 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, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa program pilotażowy „Recepta na Ruch”, zwany dalej „programem pilotażowym”.

§ 2. 1. 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, uzupełnioną o realizację indywidualnych programów treningowych i żywieniowych dostosowanych do możliwości i potrzeb świadczeniobiorcy.

2. Cele szczegółowe programu pilotażowego obejmują:

1) upowszechnianie w społeczeństwie aktywności fizycznej dostosowanej do indywidualnych potrzeb;

2) upowszechnianie w społeczeństwie odżywiania dostosowanego do indywidualnych potrzeb;

3) umożliwienie beneficjentom programu pilotażowego dostępu do profesjonalnej opieki fizjoterapeutycznej i dietetycznej.

§ 3. 1. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

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.

2. 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 przez wybranych realizatorów programu pilotażowego;

3) monitorowanie przez Fundusz realizacji programu pilotażowego.

4) gromadzenie danych służących do obliczenia wskaźników, o których mowa w § 9.

§ 4. Programem pilotażowym zostanie objętych maksymalnie 15 000 świadczeniobiorców, którzy ukończyli 25 rok życia i spełniają kryteria włączenia do programu określone w załączniku do rozporządzenia.

§ 5. Zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego, warunki ich udzielania i organizacji, sposób rozliczenia tych świadczeń, kryteria włączenia świadczeniobiorcy do programu pilotażowego, a także schemat postępowania ze świadczeniobiorcą zakwalifikowanym do programu pilotażowego określa załącznik do rozporządzenia.

§ 6. Realizatorem programu pilotażowego jest świadczeniodawca, który spełnia warunki udzielania i organizacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego określone w załączniku do rozporządzenia oraz zawarł umowę z Funduszem na realizację programu pilotażowego.

§ 7. 1. Świadczeniobiorcy przysługuje prawo wyboru realizatora programu pilotażowego.

2. Fundusz i oddziały wojewódzkie Funduszu udostępniają wykaz realizatorów programu pilotażowego na swoich stronach internetowych. Informacja o programie pilotażowym z linkami do stron internetowych Funduszu i oddziałów wojewódzkich Funduszu jest dostępna na stronie pacjent.gov.pl oraz przez Telefoniczną Informację Pacjenta pod numerem: 800 190 590.

§ 8. Dane gromadzone w aplikacji mojeIKP dotyczące udziału świadczeniobiorcy w programie pilotażowym są udostępniane realizatorowi realizatorów programu pilotażowego w celu oceny prawidłowej realizacji programu pilotażowego, w tym monitorowania postępów świadczeniobiorcy.

§ 9. Wskaźnikami realizacji programu pilotażowego są:

1) liczba świadczeniobiorców, w podziale na wiek i płeć, objętych programem pilotażowym w stosunku do populacji świadczeniobiorców 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 pilotażowym przez ocenę tempa restytucji tlenowej i wartości MET przed udziałem w programie pilotażowym i po jego zakończeniu.

§ 10. 1. Pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego dokonuje Fundusz przez ocenę gromadzonych danych w związku z zawarciem umowy na realizację programu pilotażowego oraz jej rozliczeniem, a także gromadzonych danych w Systemu Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555, 2280 i 2705 oraz z 2023 r. poz. 650).

2. Świadczeniodawcy przekazują dane do określenia poziomu wskaźników, o których mowa w § 9 pkt 1−3, na koniec każdego kwartału.

§ 11. Fundusz, w ramach etapu ewaluacji programu pilotażowego dokonuje oceny wyników programu pilotażowego przez sporządzenie analizy wskaźników tego programu pilotażowego i przekazuje tę ocenę ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

§ 12. Podmiotem obowiązanym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego jest Fundusz.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

minister zdrowia

 ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,

 LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

 Damian Jakubik

Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia

 /podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

 UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Recepta na Ruch” stanowi odpowiedź na obserwowane w Rzeczypospolitej Polskiej trendy, w tym niezahamowany dotychczas wzrost nadwagi i otyłości oraz zbyt niski poziom aktywności fizycznej lub niewłaściwe jej spersonalizowanie. Mimo wielu podejmowanych wysiłków, działań systemowych czy inicjatyw edukacyjnych na rzecz promocji zasad zdrowego stylu życia, konieczne jest wdrażanie dostępnych, innowacyjnych rozwiązań, jakim jest projektowany program pilotażowy „Recepta na Ruch”.

Zgodnie z danymi zaprezentowanymi w cyklicznej publikacji Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego[[2]](#footnote-2)1 regularnie (5–7 razy w tygodniu) ćwiczy 2%, a dość systematycznie (1–4 razy tygodniowo) 20% mieszkańców Polski. Aż 65% Polaków nie uprawia sportu w ogóle, jest to 3-ci najwyższy odsetek wśród państw UE (po Portugalii i Grecji) – w ciągu ostatnich 5 lat zwiększył się on o 9 p.p., najbardziej wśród wszystkich porównywanych krajów. Należy zauważyć, że 63,6% Polaków (61,6% mężczyzn i 65,5% kobiet) w wieku 20 lat lub więcej nie podejmuje aktywności fizycznej w żadnej formie rekreacyjnej. Dla obu płci odsetek osób nieaktywnych zwiększa się wraz z wiekiem. Należy również zauważyć fakt, że w 2020 r., na skutek m.in. pandemii COVID−19, 34,3% mieszkańców Polski zmniejszyło swoją aktywność fizyczną, nie tylko jeśli chodzi o aktywność rekreacyjną, ale również, jeśli chodzi o codzienne zajęcia tj. praca, aktywność w domu, przemieszczanie się. W stosunku do 2018 r. odsetek Polaków niepodejmujących rekreacyjnej aktywności fizycznej zwiększył się o 3,8 p.p., w sposób zbliżony dla obu płci (o 3,9 p.p. wśród mężczyzn i 3,8 p.p. wśród kobiet).

Ocenę aktywności fizycznej w  Rzeczypospolitej Polskiej na tle innych krajów umożliwiają wyniki międzynarodowego projektu oceny 23 wskaźników zdrowotnych z  udziałem państw członków Unii Europejskiej przeprowadzonego w 2015 r. (Eurostat 2017). Stwierdzono, że w Rzeczypospolitej Polskiej rekomendacje co do ruchu o umiarkowanej intensywności ≥ 30 min/dobę przez 5 dni w tygodniu (150 min/tydzień) lub przez 5 dni w  tygodniu intensywnego wysiłku (75 min/tydzień) przestrzega 18% mieszkańców w wieku 15 i więcej lat. Dla mężczyzn i kobiet w wieku 15−69 lat wskaźniki dla czasu wolnego wynosiły odpowiednio: 21,5% i 16%, zaś czasu wolnego i drogi do pracy łącznie – 23% i 18%. Wśród krajów UE, które wzięły udział w tym projekcie, średni odsetek mieszkańców wykonujących zaleconą aktywność fizyczną wyniósł 30%. Najwyższy, wśród krajów, które wzięły udział w tym projekcie, odsetek osób prawidłowo aktywnych fizycznie był w Islandii, Norwegii i Danii. W tych krajach wynosił on 55-65%. W Finlandii, Szwecji, Austrii i Niemczech wahał się od 45% do 55%. Polska z 18% znalazła się razem z Grecją na 24 miejscu. Gorsze wskaźniki stwierdzono tylko w Bułgarii i Rumunii[[3]](#footnote-3).

Nie bez znaczenia dla poziomu podejmowanej aktywności fizycznej w populacji polskiej był okres pandemii COVID-19, w trakcie której wprowadzono obostrzenia oddziałujące na różne sektory gospodarcze, w tym podmioty prowadzące działalność sportową, rozrywkową i rekreacyjną. Pandemia spowodowała wiele zmian w stylu życia, funkcjonowaniu codziennym, sposobie żywienia i poziomie aktywności fizycznej ludzi na całym świecie. Obok zaobserwowanego wzrostu odsetka osób z nadmierną masą ciała (BMI ≥25 kg/m2) zauważono niekorzystne zmiany w profilu aktywności fizycznej (spadek częstości, zakresu i czasu trwania wybranych form aktywności fizycznej, ograniczenia w dostępie do zajęć zorganizowanych w siłowniach, klubach fitness). Nastąpiło wydłużenie czasu przebywania w pozycjach biernych, siedzących co ma znaczący wpływ na osłabienie mięśni posturalnych, dystonię mięśniową szczególnie zginaczy i prostowników stawu biodrowego, gorsze krążenie obwodowe. Bezruch, sedentarny tryb życia niesie za sobą szereg powikłań zdrowotnych w większości układów organizmu człowieka.

Brak wystarczającej dawki ruchu w czasie pandemii COVID-19, spędzanie wielu godzin przed komputerem, stres i dodatkowe spożywanie pomiędzy posiłkami miały negatywny wpływ na samopoczucie, zdrowie oraz sylwetkę Polaków[[4]](#footnote-4). 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[[5]](#footnote-5).

Zgodnie z wynikami badania Multisport Index 2022[[6]](#footnote-6), obecnie 65% Polaków deklaruje podejmowanie aktywności fizycznej przynajmniej raz w miesiącu. Zaledwie 41% Polaków w grupie wiekowej od 18 do 64 lat wypełnia podstawowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) podejmując co najmniej 150 minut umiarkowanej lub 75 minut intensywnej aktywności fizycznej w tygodniu. Po latach pandemii główną motywacją do podejmowania aktywności fizycznej wśród Polaków jest chęć wsparcia kondycji psychicznej.

Zgodnie z raportem Głównego Urzędu Statystycznego „Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej 2021 r.”[[7]](#footnote-7) − w 2021 r. bardzo dobrą i dobrą kondycję fizyczną zadeklarowało (w subiektywnej ocenie) 65,7% osób (w 2016 r. 59,8%), w tym jako osoby bardzo sprawne oceniło się 22,0% członków gospodarstw domowych (tj. o 1,5 punktu proc. więcej niż w 2016 r.). Osób oceniających swoją kondycję fizyczną, jako złą lub bardzo złą było 7,8%. Uczestnictwo w sporcie lub rekreacji ruchowej zadeklarowało 38,8% osób (36,7% kobiet i 41,0% mężczyzn).

Najczęściej jako motyw uprawiania sportu lub rekreacji ruchowej członkowie gospodarstw domowych podawali przyjemność i rozrywkę – 67,5% mężczyzn oraz 62,3% kobiet. Znaczenie miało też utrzymanie kondycji fizycznej oraz zachowanie właściwej sylwetki. Nieznacznie więcej kobiet (41,0%) niż mężczyzn (39,8%) wskazało tę przyczynę. Ważnym motywem było także zdrowie oraz zalecenia lekarza (kobiety – 27,3%, mężczyźni – 21,9%). Pozostałe motywy (spotkania ze znajomymi, uprawianie sportu lub rekreacji w przeszłości i inne) nie przekroczyły 10% odpowiedzi.

Obok ograniczonej aktywności fizycznej, istotny problem stanowią także występujące dolegliwości ze strony układu ruchu. Często problem ten wynika z nadmiernych obciążeń, niewłaściwej ergonomii pracy, snu, odpoczynku, codziennego funkcjonowania, diety, braku aktywności fizycznej czy też chorób przewlekłych. Zaprzestanie aktywności fizycznej stanowi obciążenie dla całego organizmu, stając się dodatkowym czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób układu oddechowego, chorób układu krążenia, 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, stany depresyjne). Dodatkowym czynnikiem potęgującym obserwowane niekorzystne zjawiska jest niedostateczny dostęp do fizjoterapeutów, zarówno w zakresie właściwie dobranej aktywności fizycznej, zmiany w funkcjonowaniu i ergonomii dnia codziennego, jak i rehabilitacji po przebytych urazach, chorobach, czy też w aktualnie dotykających świadczeniobiorcę jednostkach chorobowych.

Nadwaga i otyłość to zjawiska o zasięgu globalnym. W wielu krajach otyłość przybrała rozmiary epidemii, obejmującej także dzieci i młodzież. Epidemiczny charakter otyłości, zwłaszcza w krajach uprzemysłowionych, stanowi poważny problem zdrowotny i społeczny. Omawiane zjawiska dotyczą także Polski. Otyłość niesie za sobą negatywne konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Ma ona również wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne na wszystkich etapach życia. Waga i znaczenie problemu, jaki stanowi otyłość jest podkreślana w licznych analizach i publikacjach. Wnioski płynące z dostępnych prac na temat potrzeby podjęcia pilnych i strategicznych działań na rzecz osiągnięcia globalnych celów dotyczących ograniczenia otyłości, pozostają wciąż aktualne.

Zgodnie ze statystykami opublikowanymi w 2021 r. przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), w 2019 r. w porównaniu z poprzednimi latami, w Polsce wzrósł odsetek osób z nadmierną masą ciała. Nadmierną masę ciała (nadwagę lub otyłość) w 2019 r. miało 57% dorosłych mieszkańców Polski, podczas gdy w 2014 r. nieco ponad 53%. W ciągu tych lat populacja dorosłych mężczyzn z nadwagą lub otyłością wzrosła o 3%. W 2019 r. niemal 65% ogółu mężczyzn miało nadmierną masę ciała (około 46% miało nadwagę, a niecałe 20% otyłość). Populacja dorosłych kobiet z nadwagą lub otyłością w 2019 r. także się zwiększyła o ponad 3 % w porównaniu z 2014 r. Niemal 49% ogółu dorosłych kobiet miało nadmierną masę ciała (ponad 31% miało nadwagę, a niemal 18% – otyłość).

W ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016−2020[[8]](#footnote-8) w latach 2017−2020 realizowano kompleksowe badania epidemiologiczne dotyczące sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa polskiego, w tym m.in. w grupie osób dorosłych, wraz z identyfikacją czynników ryzyka zaburzeń odżywiania, oceną poziomu aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu. Realizatorem badania w populacji osób dorosłych był Warszawski Uniwersytet Medyczny. W badanej populacji osób w wieku 19–64 lat, u blisko 15% badanych mężczyzn oraz u 22% kobiet występowały (zgodnie z ich deklaracjami) choroby przewlekłe. Połowa badanej populacji w wieku 19–64 lat, niezależnie od płci, miała nadmierną masę ciała. Odsetek osób z nadmierną masą ciała wzrastał wraz z wiekiem i w najstarszej grupie wiekowej (51–64 lata), zarówno wśród kobiet, jak mężczyzn, osiągał najwyższe wartości (69% mężczyzn i 65% kobiet). W grupie młodych mężczyzn (19–30 lat) stwierdzono znacznie większy odsetek osób z nadmierną masą ciała w porównaniu z grupą najmłodszych kobiet (44 vs 26%).

W listopadzie 2020 r. opublikowane zostały nowe rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące aktywności fizycznej[[9]](#footnote-9). Zgodnie z nowymi rekomendacjami dorośli (18−64 lata) powinni wykonywać aktywność fizyczną przez 150–300 minut tygodniowo o umiarkowanej intensywności lub 75–150 minut o dużej intensywności. Dorośli powinni również wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o umiarkowanej lub większej intensywności, które obejmują wszystkie główne grupy mięśni. Ćwiczenia te powinny być wykonywane 2 lub więcej dni w tygodniu, ponieważ zapewniają one dodatkowe korzyści zdrowotne.

W przypadku osób po 65. roku życia, także osób z niepełnosprawnościami czy chorobami przewlekłymi, należy zachować ostrożność i przed podjęciem ćwiczeń skonsultować się z lekarzem. U osób starszych aktywność fizyczna pomaga zapobiegać upadkom i urazom związanym z upadkami, a także pogorszeniu zdrowia kości i sprawności. W ramach swojej cotygodniowej aktywności fizycznej osoby starsze powinny wykonywać różnorodne, wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, które kładą nacisk na równowagę i trening wzmacniający mięśnie z umiarkowaną lub większą intensywnością. Ćwiczenia te powinny być wykonywane 3 lub więcej dni w tygodniu, aby zwiększyć wydolność i zapobiec upadkom.

Po raz pierwszy pojawiają się specjalne zalecenia dla określonych populacji, w tym dla kobiet w ciąży i po porodzie. Zaleca się, aby wszystkie kobiety w ciąży i po porodzie bez przeciwwskazań lekarskich do wykonywania aktywności fizycznej podejmowały regularną aktywność fizyczną przez cały okres ciąży i po porodzie. Powinny wykonywać one co najmniej 150 minut aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności przez cały tydzień, a także ćwiczenia wzmacniające mięśnie. Korzystne może być również dodanie delikatnego rozciągania. Dodatkowo kobiety, które przed zajściem w ciążę na co dzień wykonywały ćwiczenia aerobowe o dużej intensywności lub były aktywne fizycznie, mogą kontynuować te zajęcia w okresie ciąży i połogu.

Celem projektowanego 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. Należy zauważyć, że jednym z czynników wpływających na jakość i długość życia ludzkiego jest wydolność tlenowa (aerobowa). Do niezależnego funkcjonowania potrzebne jest pewne minimum wydolności tlenowej organizmu, tj. około 13–14 ml/kg/min maksymalnego pochłaniania tlenu (VO2max). VO2max zmniejsza się ok. 10% na dekadę od 25. roku życia[[10]](#footnote-10). 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[[11]](#footnote-11). Zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego, warunki ich udzielania i organizacji, sposób rozliczenia tych świadczeń, kryteria kwalifikacji świadczeniobiorcy do programu pilotażowego, a także schemat postępowania ze świadczeniobiorcą zakwalifikowanym do programu pilotażowego jest określony w załączniku 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 obejmie:

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 przez wybranych realizatorów programu pilotażowego;

3) monitorowanie przez Fundusz realizacji programu pilotażowego;

4) gromadzenie danych służących do wyliczenia wskaźników, o których mowa w § 9 projektu rozporządzenia.

Realizatorem programu pilotażowego będzie 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 projektu rozporządzenia, oceny wyników programu pilotażowego przez sporządzenie analizy wskaźników tego programu, określonych w § 9 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 świadczeniobiorcy.

W załączniku do projektu rozporządzenia wskazano zamknięty katalog specjalizacji lekarskich uprawionych do wystawiania świadczeniobiorcom skierowania do programu pilotażowego. Dziedziny medycyny uwzględnione w tym katalogu są w największym stopniu powiązane z założeniami programu pilotażowego i obejmują najczęstsze dolegliwości, w których zalecana jest właściwie dobrana aktywność fizyczna oraz prawidłowo zbilansowana dieta.

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 mojeIKP, jak i od dietetyka) i innych treści dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Zaplanowane treningi jak i prowadzenie świadczeniobiorcy realizowane będą z wykorzystaniem interfejsu aplikacji Finezjo, której właścicielem biznesowym jest Krajowa Izba Fizjoterapeutów. Realizacja programu pilotażowego przewiduje komunikację dwustronną pomiędzy aplikacją Finezjo i mojeIKP, a także systemem P1, z którym Finezjo już jest powiązane. Za tym rozwiązaniem przemawia również fakt dużej popularności aplikacji Finezjo wśród fizjoterapeutów, a jest to szczególnie istotne w kontekście uwzględnienia w realizacji programu pilotażowego także małych praktyk fizjoterapeutycznych.

Program pilotażowy realizowany będzie przez 3 cykle postępowania, które łącznie będą trwać 18 tygodni. Dobór zakresu działań i metod przez fizjoterapeutę będzie uzależniony od stanu zdrowia i bazowej wydolności organizmu świadczeniobiorcy (kondycji fizycznej).

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.

Programem pilotażowym planuje się objęcie 15 000 świadczeniobiorców. Liczba ta została podzielona na województwa, proporcjonalnie do ogólnej liczby potencjalnych świadczeniobiorców, którzy ukończyli 25 rok życia w danym województwie. Ustalono w ten sposób maksymalne limity świadczeniobiorców w każdym województwie. Fundusz odpowiedzialny będzie za przestrzeganie określonych limitów w trakcie procesu zawierania umów z realizatorami i w trakcie monitorowania programu pilotażowego. Maksymalna liczba świadczeniobiorców w podziale na województwa została zamieszczona w poniższej tabeli.



W trakcie realizacji programu pilotażowego, w związku z bieżącymi wynikami monitorowania, rozważona zostanie możliwość zwiększenia ww. limitów, a także wydłużenia okresu realizacji programu pilotażowego. Ewentualne zmiany będą wiązały się z koniecznością wprowadzenia odpowiednich zmian w rozporządzeniu.

Postęp osiąganych przez świadczeniobiorcę efektów będzie monitorowany przez aplikację, jak i samego fizjoterapeutę przez cały okres realizacji programu pilotażowego, zalecenia będą aktualizowane i dostosowywane w zależności od uzyskiwanych efektów. Dzięki udziałowi w programie pilotażowym 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 w populacji polskiej 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.

Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Proponowane rozwiązanie nie będzie miało negatywnego oddziaływania na adresatów przepisów i tym samym nie naruszy zasady demokratycznego państwa prawnego. Nie budzi wątpliwości, że sprawne działanie państwa, zwłaszcza w czasie stanu zagrożenia epidemicznego COVID-19 obowiązującego od 16 maja 2022 r. oraz minimalizowanie negatywnych skutków epidemii COVID-19, stanowią przesłankę ważnego interesu państwa, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461).

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.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projektowane rozporządzenie nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

1. ) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932). [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 B. Wojtyniak, P. Goryński S*ytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, 2022 [↑](#footnote-ref-2)
3. W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski, Raport KZP PAN *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego,* Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, 2021 [↑](#footnote-ref-3)
4. Wyniki badania MultiSport Index, 2020 [↑](#footnote-ref-4)
5. 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-5)
6. Badanie MultiSport Index, 2022: Dwa lata w pandemii. Raport z badania aktywności fizycznej i samopoczucia Polaków. Badanie MultiSport Index (2022) przeprowadzone zostało na zlecenie Benefit Systems przez Kantar we współpracy z firmą badawczą Minds&Roses na reprezentatywnej, losowej próbie 1400 Polaków powyżej 18. roku życia. Jest to cykliczne badanie realizowane od 2017 r. [↑](#footnote-ref-6)
7. Źródło: [https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/kultura-turystyka-sport/sport/uczestnictwo-w-sporcie-i-rekreacji-ruchowej-w-2021-r-,5,2.html](https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/kultura-turystyka-sport/sport/uczestnictwo-w-sporcie-i-rekreacji-ruchowej-w-2021-r-%2C5%2C2.html) stan na dzień 29.08.2022 r. [↑](#footnote-ref-7)
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. poz. 1492) [↑](#footnote-ref-8)
9. Źródło: https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128 [↑](#footnote-ref-9)
10. prof. dr hab. n. med. T. Kostka, *Aktywność fizyczna u osób w podeszłym wieku*, Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 2012 r. [↑](#footnote-ref-10)
11. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm. [↑](#footnote-ref-11)