



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 52/2024 z dnia 12 sierpnia 2024 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja Zdrowotna**  
**i Wspieranie Aktywności ruchowej Mieszkańców Gminy Rybno**  
**na lata 2024-2026”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja Zdrowotna i Wspieranie Aktywności ruchowej Mieszkańców Gminy Rybno na lata 2024-2026” **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może zapewniać wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Zaplanowane interwencje określono zgodnie z wytycznymi, co wzięto pod uwagę przy wydaniu pozytywnej opinii. Oceniany dokument zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej. Należy zatem mieć na uwadze, aby zaplanowane interwencje nie powielaty świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Aby w pełni wykorzystać możliwości zaplanowanego programu należy także uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części opinii. W szczególności doprecyzowania wymagają cele programu (główny i szczegółowe) tak, aby były zdefiniowane w sposób konkretny i mierzalny. Należy także zwrócić uwagę na uzupełnienia w zakresie jednej z zaplanowanych interwencji tj. edukacji zdrowotnej, która została pominięta w niektórych częściach projektu. Ponadto zastrzeżenia budzą niekompletne wskaźniki efektywności programu, co potencjalnie może wpłynąć na rzetelność oceny efektywności podjętych w ramach programu działań i konieczne jest ich uzupełnienie. W zaplanowanym budżecie projektu zwrócono uwagę również na nieścisłości, które wymagają weryfikacji i doprecyzowania.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej zaplanowany przez Gminę Rybno na lata 2024-2026.

Całkowity koszt programu oszacowano na 127 644 zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

## Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

### Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu, w części poświęconej problemowi zdrowotnemu, odnosi się do opisu działań ukierunkowanych na zapobieganie niepełnosprawności (rehabilitacja). Przedstawiono również korzyści płynące z podejmowania regularnej aktywności ruchowej.

Projekt zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowany został opis problemu zdrowotnego.

W zakresie sytuacji epidemiologicznej korespondującej z przedmiotowym problemem zdrowotnym, odniesiono się tylko do danych światowych (nie przedstawiono danych ogólnopolskich, regionalnych i lokalnych).

Nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ). Warto podkreślić, że wg MPZ na lata 2022-2026 wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa mazowieckiego wskazano m.in. skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie *rehabilitacja ambulatoryjna* poprzez zawieranie dodatkowych umów.

### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest zwiększenie dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, których dostępność w ramach umów z NFZ jest ograniczona, a także poprawa stanu zdrowia mieszkańców Gminy Rybno. Zakłada się, że realizacja kompleksowych działań rehabilitacyjnych na terenie Gminy Rybno umożliwi powrót do sprawności, co najmniej 10% uczestników w obszarach, u których wykryto zaburzenia funkcjonowania.

Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Cel główny składa się z kilku odrębnych założeń. Pierwsze, dotyczące zwiększenia dostępu do świadczeń, nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Drugie założenie dotyczące poprawy stanu zdrowia, zostało sformułowane w sposób zbyt ogólny, co utrudnia dobór mierników efektywności. Należy także zaznaczyć, że na stan zdrowia uczestnika PPZ wpływ może mieć znacznie więcej czynników niż te, które uwzględnione zostały w programie. Tym samym jego osiągnięcie może nie być uzależnione od realizacji programu. Ostatnie założenie dotyczące powrotu do sprawności uczestników PPZ wydaje się możliwe do zrealizowania w wyniku zaplanowanych interwencji. Należy także zaznaczyć, że ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań. Wskazana w projekcie skala VAS umożliwi ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego, co pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie. Nie wskazano jednak uzasadnienia dla założonej wartości docelowej.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) zmniejszenie poziomu dolegliwości bólowych, wśród co najmniej 10% uczestników projektu;
- 2) wzrost motywacji do utrzymywania wyuczonych w trakcie programu zachowań;
- 3) poprawa kontroli wybranych czynników ryzyka chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego (aktywność fizyczna, masa ciała);
- 4) wzrost samodzielności ruchowej;
- 5) zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki urazów oraz chorób układu ruchowego.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej.

Zaproponowany cel szczegółowy nr 1 wydaje się możliwy do zrealizowania w wyniku planowanych interwencji. Należy jednak podkreślić, że nie wskazano uzasadnienia dla założonej wartości docelowej. Cele szczegółowe nr 2, 3 i 4 zostały sformułowane niepoprawnie. Cel szczegółowy nr 2 nie jest mierzalny. Natomiast cele szczegółowe nr 3 i 4 są określone zbyt ogólnie, co utrudnia dobór mierników efektywności i weryfikację parametrów. Należy podkreślić, że jednym z rekomendowanych narzędzi służących do pomiaru aktywności fizycznej jest m.in. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ). Cel szczegółowy nr 5 odnosi się do zwiększenia wiedzy uczestników PPZ. Należy zaznaczyć, że w projekcie zdawkowo odniesiono się do zaplanowanych działań edukacyjnych. Ponadto nie uwzględniono odpowiedniego sposobu pomiaru wiedzy uczestników. Prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować, co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 75% poprawnych odpowiedzi w pre-teście). Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%). Podobnie jak w przypadku celu głównego, nie wskazano uzasadnienia dla założonych wartości docelowych celów szczegółowych. Dodatkowo, w celach szczegółowych 2-5 nie wskazano wartości docelowej do jakiej należy dążyć.

Biorąc pod uwagę powyższe, opis celu głównego i celów szczegółowych wymaga odpowiedniej korekty i uzupełnienia.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami;
- 2) odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji.

Miernik nr 1 odnosi się pośrednio do celu szczegółowego nr 1, natomiast miernik nr 2 odnosi się do 5 celu szczegółowego. Zaznacza się, że liczba mierników efektywności powinna odpowiadać liczbie celów (tzn. na każdy cel w projekcie powinien przypadać odpowiedni miernik).

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy Gminy Rybno z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu kostno-stawowego i mięśniowego urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego.

W projekcie wskazano, że gminę Rybno zamieszkuje 3 412 osób. W programie nie określono kryterium wiekowego. Zgodnie z treścią projektu, działaniami objęte mają zostać ok. 144 osoby rocznie, tj. 432 osoby w czasie trwania 3-letniego PPZ.

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia i wyłączenia z programu.

#### Interwencja

Zgodnie z treścią projektu interwencje zaplanowane w programie obejmują:

- działania z zakresu rehabilitacji leczniczej (indywidualny plan rehabilitacyjny, np. zabiegi takie jak: elektroterapia, laseroterapia, ultradźwięki, lampa Sollux, pole magnetyczne oraz ćwiczenia w obciążeniu).
- edukację zdrowotną.

Zaplanowane interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm). Należy zatem uwzględnić działania, mające na celu eliminację sytuacji, w której zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu powielająby świadczenia finansowane ze środków publicznych.

W projekcie zdawkowo odniesiono się do zaplanowanej edukacji zdrowotnej. W opisie programu nie przedstawiono informacji o zakresie jej realizacji, co wymaga uzupełnienia.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych uzyskanych w programie, realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu obejmie analizę liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie oraz liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

Zaproponowane wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo. Należy jednak zaznaczyć, że nie przedstawiono wskaźnika dotyczącego działań edukacyjnych.

W zakresie oceny jakości świadczeń zaplanowano analizę wyników ankiety satysfakcji pacjenta oraz analizę pisemnych uwag zgłaszanych przez pacjentów dotyczących realizacji programu. Do projektu załączono prawidłowy wzór ww. ankiety.

Ocena efektywności programu przewiduje analizę: (1) odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej, (2) odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej, (3) odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie, (4) liczby osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem urazu w stosunku do ogółu uczestników oraz (5) liczby osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem choroby układu ruchu lub układu nerwowego w stosunku do ogółu uczestników.

Należy zaznaczyć, że trzy z przedstawionych wskaźników (1, 4, 5) odnoszą się bardziej do monitorowania niż oceny efektywności programu.

Należy podkreślić, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie. Niemniej, nie wszystkie zaplanowane w projekcie wskaźniki efektywności zostały sformułowane prawidłowo, zatem przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności może okazać się utrudnione.

#### Warunki realizacji

Program zawiera opis etapów i działań. Pierwszym etapem ma być akcja informacyjna. Następnie zaplanowano indywidualne plany rehabilitacji i analizę kwartalnych sprawozdań dotyczących zgłaszalności. W kolejnych etapach uwzględniono ewaluację oraz przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu.

W opisie etapów programu nie uwzględniono działań edukacyjnych, co wymaga uzupełnienia.

W projekcie zdawkowo przedstawiono informacje dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Całkowity budżet oszacowano na 127 644 zł. W ramach kosztów jednostkowych uwzględniono koszty: planu rehabilitacyjnego, akcji informacyjnej oraz monitorowania i ewaluacji. W zaplanowanym budżecie projektu zauważono pewne nieścisłości. Przy oszacowaniach miesięcznych (2 cykle dla 12 osób) wnioskodawca wskazał kwotę 3 500 zł, natomiast zgodnie z wyliczeniami analityka, kwota ta powinna wynosić 3 504 zł. Dodatkowo, istnieją również różnice w zakresie kosztów rocznych, tj. w 2024 roku wskazano koszt całkowity na kwotę 42 548 zł, natomiast w latach 2025-2026 na kwotę 42 580 zł. Powyższe wymaga weryfikacji i przedstawienia dokładnych oszacowań.

Zaplanowano, że działania o charakterze informacyjno-promocyjnym będą realizowane za pośrednictwem Internetu, plakatów oraz ogłoszeń w miejscowym ośrodku zdrowia oraz w kościele parafialnym.

Program ma być finansowany ze środków budżetu gminy Rybno.

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

### Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) termin niepełnosprawność definiuje jako ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu.

Światowe Badanie Zdrowia (ang. World Health Survey) wskazało, że około 785 milionów (15,6%) osób w wieku  $\geq 15$  lat żyje z niepełnosprawnością, a spośród tych osób – 110 milionów (2,2%) ma bardzo poważne trudności w funkcjonowaniu.

Rehabilitacja zmierza do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej poprzez działania organizacyjne, lecznicze, psychologiczne, techniczne, szkoleniowe i społeczne.

### Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże.

### Podsumowanie rekomendacji klinicznych:

- Dorośli (18–64 lata) powinni podejmować regularną aktywność fizyczną. Powinni wykonywać fizyczne ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150-300 minut w tygodniu lub intensywne ćwiczenia aerobowe przez co najmniej 75-150 minut w tygodniu (lub równoważną im kombinację ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności) dla osiągnięcia znacznych korzyści zdrowotnych. Powinni również wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o aktywności na poziomie umiarkowanym lub wyższym, angażujące wszystkie główne grupy mięśni przez 2 lub więcej dni w tygodniu, co zapewnia dodatkowe korzyści zdrowotne (WHO 2020).
- Plan opieki rehabilitacyjnej powinien przede wszystkim zapobiegać pogorszeniu funkcjonowania organizmu i skupiać się na promocji zdrowia. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien być zorientowany na cel i mieć określone ramy czasowe (RCA/PGLO 2021).

- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej, aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009).
- W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017). W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMA 2021).

#### Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- W przeglądzie systematycznym Price 2022 wykazano, że interwencja polegająca na połączeniu ćwiczeń motorycznych z ćwiczeniami segmentowymi jest skuteczniejsza w krótkotrwałym leczeniu bólu/niepełnosprawności w porównaniu z innym ćwiczeniami, niemniej nie są znane rozmiary jej efektów w obserwacji długoterminowej. Optymalna dawka takiej terapii również jest nieznaną.
- W większości z 28 RCT włączonych do przeglądu systematycznego i metaanalizy (Viiswanathan 2018) ćwiczenia wytrzymałościowe (ET) wiązały się ze istotną redukcją bólu w porównaniu z innymi interwencjami (oraz wynikami uzyskanymi w grupach nie stosujących ćwiczeń). W podobnych porównaniach stwierdzono też poprawę w zakresie niepełnosprawności na korzyść ET. Należy jednak podkreślić, że w niektórych badaniach w grupie interwencyjnej stwierdzono podobne, istotne różnice w zakresie zmniejszania intensywności bólu i stopnia niepełnosprawności. W badaniach z długim okresem obserwacji nie zaobserwowano poprawy pod względem redukcji bólu i niepełnosprawności.
- Wyniki przeglądu systematycznego wskazują na korzyści wynikające ze stosowania różnych form fizjoterapii (zarówno ćwiczeń fizycznych, jak i innych technik fizjoterapii) w rehabilitacji pacjentów z bólami szyi różnego pochodzenia (Tsegay 2023, Price 2022, Tatsios 2022, Yang 2022, De Zoete 2021, Lin 2021, Corvillo 2020, Wilhelm 2020, Wu 2020, Coulter 2019, Martin-Gomez 2019, Viiswanathan 2018, De Araujo 2017, Yang 2017).
- Na podstawie metaanalizy Holden 2023 wykazano, że realizacja w ramach rehabilitacji terapii zajęciowej skoncentrowanej na edukacji oraz ćwiczeniach ruchowych, może wpłynąć na zwiększenie poziomu sprawności funkcjonalnej pacjenta z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego i/lub biodrowego, zarówno w krótkim (12 tygodni) -4,46 [95%CI: (-5,95; -2,98)], średnim (5 miesięcy) -2,71 [95%CI: (-4,63; -0,78)], jak i długim (1 rok) -3,39 [95%CI: (-4,97; -1,81)] okresie obserwacji. Dodatkowo, zaplanowana interwencja ma istotny statystycznie wpływ na obniżanie intensywności odczuwanego przez tych pacjentów bólu. Dotyczy to zarówno krótkiego (12 tygodni) -6,36 [95%CI: (-8,45; -4,27)], średniego (5 miesięcy) -3,77 [95%CI: (-5,97; -1,57)], jak i długiego (1 rok) -3,43 [95%CI: (-5,18; -1,69)] okresu obserwacji.

#### *Podsumowanie opinii ekspertów*

- Opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym oraz ma wpływ przede wszystkim na rozwój jednostki oraz jakość jej życia. Często wpływa także na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonowanie i zdrowie jej rodziny. Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności, a kontakt z zespołem leczącym stanowi istotną formę wsparcia społecznego.

- Realizacja programów z zakresu rehabilitacji leczniczej może wpłynąć na poprawę jakości rehabilitacji, zwłaszcza na jej kompleksowość i ciągłość. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, możliwości rozpoczęcia rehabilitacji na najwcześniejszym możliwym etapie leczenia i ciągłości procesu rehabilitacji.
- Eksperti wskazują także na zasadność prowadzenia działań edukacyjnych w ramach PPZ, które powinny dotyczyć zagadnień z zakresu: czynników ryzyka współczesnych chorób cywilizacyjnych, sposobów radzenia sobie po incydencie kardiologicznym oraz z POChP, roli aktywności fizycznej w chorobach cywilizacyjnych oraz najczęstszych dysfunkcjach narządów ruchu, profilaktyki w chorobach cywilizacyjnych, właściwej diety jako sposobu zapobiegania powstawaniu chorób cywilizacyjnych, profilaktyki upadków dla pacjentów z problemami neurologicznymi lub z osteoporozą, sposobów radzenia sobie ze stresem i/lub instruktażu ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych.

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

z upoważnienia Prezesa

p.o. ZASTĘPCY DYREKTORA BIURA PREZESA

Łukasz Andrzejczyk

*/dokument podpisany elektronicznie/*

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu OT.431.49.2023 o programie polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja Zdrowotna i Wspieranie Aktywności ruchowej Mieszkańców Gminy Rybno na lata 2024-2026” oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 125/2024 z dnia 12 sierpnia 2024 roku o projekcie programu „Rehabilitacja Zdrowotna i Wspieranie Aktywności Ruchowej Mieszkańców Gminy Rybno na lata 2024-2026”.