



Rekomendacja nr 59/2026

z dnia 13 maja 2026 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących rehabilitacji leczniczej dla osób po chorobie COVID-19

Prezes Agencji rekomenduje przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań informacyjno-edukacyjnych związanych z powrotem do zdrowia po przechorowaniu COVID-19 skierowanych do populacji ogólnej, szkoleń dla personelu medycznego dotyczących rehabilitacji pacjentów z utrzymującymi się objawami po COVID-19 oraz rehabilitacji oddechowej dla osób, u których podczas wizyty kwalifikacyjnej stwierdzono powikłania pulmonologiczne po COVID-19.

Prezes Agencji nie rekomenduje stosowania w ramach programów polityki zdrowotnej technologii nieskutecznych lub o nieudowodnionej skuteczności.

Uzasadnienie

Niniejsza rekomendacja stanowi aktualizację Rekomendacji nr 1/2021 z dnia 14 maja 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących rehabilitacji leczniczej dla osób po chorobie COVID-19, zgodnie z art. 48aa ust. 8. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

COVID-19 to choroba zakaźna, w której przebiegu dochodzi do zakażenia dróg oddechowych przez SARS-CoV-2 (koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej 2), należącego do rodziny koronawirusów (*Coronaviridae*). Dodatkowo, w literaturze pojawia się także termin long-COVID. Odnosi się on do objawów, które utrzymują się lub rozwijają po ostrej fazie choroby. Long-COVID obejmuje zarówno wariant przedłużającej się choroby, jak i zespołu pokowidowego.

Prezes Agencji biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, odnalezione dowody naukowe, opinie ekspertów klinicznych, obowiązujące przepisy prawa oraz dane epidemiologiczne dotyczące COVID-19, zaleca przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ):

- kampanii informacyjno-edukacyjnej dotyczącej procesu rehabilitacji po COVID-19, w tym prostych, możliwych do wykonania w domu ćwiczeń i zdrowego stylu życia skierowanej do populacji ogólnej;
- szkolenia dla personelu medycznego dotyczącego diagnostyki, leczenia oraz rehabilitacji pacjentów po COVID-19;
- wizyty kwalifikacyjnej, której celem jest weryfikacja objawów oraz indywidualny dobór programu rehabilitacji oddechowej dla osób po chorobie COVID-19;
- rehabilitacji oddechowej dla osób, u których powstałe w czasie COVID-19 ubytki funkcjonalne mimo upływu czasu nie ustąpiły.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia, od początku pandemii do końca 2023 r. w Polsce zarejestrowano ponad 6,5 mln zakażeń SARS-CoV-2 oraz ponad 169 tys. zgonów z powodu COVID-19. Z kolei szczyt zachorowalności na COVID-19 w 2024 i 2025 roku przypadł na 38. tydzień roku (połowa września), osiągając liczbę przypadków odpowiednio 142/100 tys. oraz 96,3/100 tys. Najniższą liczbę przypadków zachorowania na COVID-19 odnotowano w 18. tygodniu roku (przełom kwietnia i maja) zarówno w 2024 roku – 1,6/100 tys. jak i w 18. tygodniu 2025 roku – 2,9/100 tys. (CeZ 2026).

W wytycznych wskazuje się na zasadność prowadzenia działań rehabilitacyjnych wraz z działaniami z zakresu rehabilitacji dla osób po przebyciu zakażenia COVID-19. Zwraca się także uwagę na edukację, która jest ważnym elementem mającym wpływ nie tylko na zwiększenie zgłaszalności do tych działań, ale także na powodzenie realizowanych działań rehabilitacyjnych.

Niniejsza rekomendacja obejmuje zarówno etapy realizowane przez podmiot wdrażający projekt programu polityki zdrowotnej, jak i te przeprowadzane przez jego realizatora. Szczegóły przedstawiono w dalszej części poświęconej warunkom realizacji programu.

1. Problem zdrowotny i epidemiologia

COVID-19 to choroba zakaźna, w której przebiegu dochodzi do zakażenia dróg oddechowych przez SARS-CoV-2 (koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej 2), należącego do rodziny koronawirusów (*Coronaviridae*). Wszystkie poznane dotąd koronawirusy powodujące zakażenia u ludzi są wirusami, które wywołują objawy ze strony układu oddechowego. W przypadku objawów ze strony innych narządów i układów, są one stosunkowo rzadkie. Do 2019 roku rozpoznano 6 wirusów powodujących zakażenia u ludzi. Cztery z nich (229E, OC43, NL63, HKU1) są przyczyną przeziębienia o łagodnym przebiegu. Dwa pozostałe (wirusy SARS i MERS) mogą prowadzić do zagrażającej życiu ostrej niewydolności oddechowej. SARS-CoV-2 jest wirusem odpowiedzialnym za światową pandemię, która rozpoczęła się w marcu 2020 roku.

Wirus SARS-CoV-2 ma wysoki wskaźnik występowania błędów przy replikacji, co prowadzi do mutacji i skutkuje powstawaniem nowych wariantów. Od początku epidemii COVID-19 obserwuje się zachodzącą zmienność genetyczną SARS-CoV-2, a WHO monitoruje sytuację, sprawdzając czy nowo wykrywane warianty wirusa mogą mieć inną zdolność transmisji, obraz kliniczny oraz ryzyko ciężkiego przebiegu, oraz czy mogą wpłynąć na efektywność stosowanych środków profilaktycznych.

Wirus COVID-19 przenosi się między ludźmi drogą wziewną, głównie kropelkową choć istnieje także zagrożenie wynikające z drogi powietrznej. Poza placówkami opieki medycznej transmisja wirusa drogą powietrzną może wystąpić w szczególnych okolicznościach, np. w zatłoczonych bądź źle wentylowanych zamkniętych pomieszczeniach.

U chorych z krytycznym przebiegiem COVID-19 śmiertelność sięga 50%. Oszacowane wskaźniki śmiertelności różnią się w zależności od kraju i charakterystyki demograficznej danej grupy chorych. Na świecie od początku pandemii, do 05.2025 r. u chorych z potwierdzonym zachorowaniem na COVID-19, śmiertelność wyniosła ~1%. Śmiertelność w zakażeniach wariantem Omikron jest znacznie mniejsza w porównaniu z obserwowaną na wcześniejszych etapach pandemii i wynosi ok. 0,03%.

Zgodnie z danymi CeZ z lat 2024 i 2025, szczyt zachorowań na COVID-19 w obydwu latach przypadł na 38. tydzień roku (połowa września). Liczba przypadków wyniosła odpowiednio 142/100 tys. oraz 96,3/100 tys. Najniższą liczbę przypadków zachorowań na COVID-19 odnotowano w 18. tygodniu roku (przełom kwietnia i maja) zarówno w 2024 roku – 1,6/100 tys. jak i w 2025 roku – 2,9/100 tys. W obydwu analizowanych latach najwięcej zachorowań odnotowano wśród dzieci od 0-4 roku życia, a następnie wśród osób w wieku 35-39 lat. W 2025 roku, najwyższe wskaźniki zachorowalności wyniosły 159,7/100 tys. wśród dzieci 0-4 lat oraz 119,4/100 tys. wśród osób w wieku 35-39 lat.

W ramach serwisu EPIMELD, prowadzonym przez NZIP-PZH PIB, zaprezentowano dane wskazujące na rok 2021, jako szczyt zachorowalności na COVID-19 – ponad 2,834 mln zachorowań. W zestawieniu z kolejnymi latami, liczba zachorowań stopniowo spadała, osiągając poziom 276 066 przypadków w roku 2024. Odsetek pacjentów wymagających hospitalizacji na przestrzeni lat 2020-2024 wahał się między 4,7% a 8,5%.

Odnosząc się do liczby zgonów z powodu COVID-19, informacje na ten temat zaprezentowano w ramach map potrzeb zdrowotnych. Zgodnie z ich treścią, w Polsce od początku pandemii do końca 2023 r. zarejestrowano ponad 169 tys. zgonów z powodu COVID-19. Największą liczbę zgonów odnotowano wiosną 2021 r. w liczbie 4,5 tys.

W BASiW dostępne są analizy dotyczące liczby pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych z NFZ, z podziałem na jednostki chorobowe. Zgodnie z zawartymi w bazie danymi w 2024 roku ze świadczeń rehabilitacyjnych skorzystało 336 osób z rozpoznaniem „U09 Zdrowie pacjenta po zakończeniu covid-19”.

2. Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych w odniesieniu do ocenianej technologii

Odnaleziono i włączono do analizy wyłącznie najaktualniejsze rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania wydane przez: Polskich Ekspertów w formie opinii (OPE 2021), American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (AAPMR 2025, AAPMR 2021), Bateman Horne Centre (BHC 2025), Canadian Guidelines for Post Covid-19 Condition (CANPCC 2025), European Agency for Safety and Health at Work (EASHW 2025), The World Health Organization (WHO 2025), U.S. Department of Veterans Affairs (USVA 2024), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2024), British Society of Rehabilitation Medicine (BSMR 2023), Clinical Excellence Queensland (CEQ 2022), The Health and social care services rehabilitation framework (HSCSRF 2021), Polskie Towarzystwo Chorób Płuc i Polskie Towarzystwo Alergologiczne (PTChP/PTA 2021), Krajowa Izba Fizjoterapeutów – (KIF 2020), Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu (UMW 2020), German Respiratory Society (GRS 2020), Pan American Health Organization (PAHO 2020), European Respiratory Society and American Thoracic Society (ERS&ATS 2020), British Psychological Society (BPS 2020), Defence Medical Rehabilitation Centre (DMRC 2020).

Podsumowanie najważniejszych informacji z rekomendacji włączonych do analizy:

Populacja docelowa działań rehabilitacyjnych COVID-19

- W ramach rekomendacji klinicznych wskazano, że działaniami z zakresu rehabilitacji po zakażeniu COVID-19 powinny zostać objęte wszystkie osoby, które przeszły to zakażenie, i u których stwierdza się długotrwałą obecność poszczególnych objawów jak np. duszności, utrata powonienia, obniżona wydolność fizyczna czy problemy z oddychaniem (AAPMR 2025, BHC 2025, CANPCC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, USVA 2024, NICE 2024, BSMR 2023, CEQ 2022, HSCSRF 2021, PTChP/PTA 2021, AAPMR 2021, OPE 2021, KIF 2020, UMW 2020, GRS 2020, PAHO 2020, ERS&ATS 2020, BPS 2020, DMRC 2020).
- Pewna część rekomendacji wskazuje na zasadność uwzględnienia w inicjatywach edukacyjnych dot. rehabilitacji, także personelu medycznego oraz opiekunów wspierających pacjentów po przebytych COVID-19, którzy wymagają pomocy w codziennym funkcjonowaniu (BHC 2025, CANPCC 2025, WHO 2025, NICE 2024, HSCSRF 2021).

Proces rehabilitacji po COVID-19

- Towarzystwa naukowe rekomendują zindywidualizowane podejście do pacjenta po przebytych COVID-19, opierającym się na dostosowaniu interwencji do jego osobistych potrzeb, ograniczeń i obecnych objawów (CANPCC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, USVA 2024, BSMR 2023, CEQ 2022, AAPMR 2021, PTChP/PTA 2021, OPE 2021, KIF 2020, ERS&ATS 2020, DMRC 2020).
- Część dostępnych rekomendacji wskazuje na potrzebę przeprowadzenia konsultacji specjalistycznych, w ramach których personel medyczny powinien dokonać oceny potrzeb pacjentów kwalifikujących się do działań rehabilitacyjnych. Ocenę można przeprowadzić na drodze konsultacji lub zastosowania odpowiednich narzędzi (BHC 2025, WHO 2025, NICE 2024, BSMR 2023, CEQ 2022, HSCSRF 2021, OPE 2021, KIF 2020, DMRC 2020).
- W przypadku obecności u pacjenta objawów po COVID-19, głównie wpływających na wydolność fizyczną, siłę mięśni czy funkcjonalność oddechową, zaleca się wdrożenie działań z zakresu aktywności fizycznej. Działania z tego zakresu mogą wpływać na wiele objawów po zakażeniu COVID-19 i powinny być one dostosowane do możliwości pacjenta, jego tolerancji wysiłku fizycznego oraz do ograniczeń jakie generują poszczególne dolegliwości. Aktywność fizyczna powinna być zwiększana stopniowo, z uwagi na względy bezpieczeństwa (BHC 2025, CANPCC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, USVA 2024, HSCSRF 2021, PTChP/PTA 2021, AAPMR 2021, KIF 2020, UMW 2020, PAHO 2020, DMRC 2020).
- Przed wdrożeniem interwencji z zakresu aktywności fizycznej zaleca się przeprowadzenie testów ukierunkowanych na ocenę wydolności i tolerancji wysiłku przez pacjenta, u którego stwierdza się potrzebę wdrożenia takich działań. Organizacje wskazują, że omawiana ocena powinna być przeprowadzana przy użyciu prostych testów tj. „6-minutowy test chodu”, „siądź i wstań” czy „wstań i idź” (AAPMR 2025, EASHW 2025, WHO 2025, USVA 2024, PTChP/PTA 2021, OPE 2021, ERS&ATS 2020, GRS 2020).

- W związku ze złożonością następstw zdrowotnych wynikających z zakażenia COVID-19, organizacje wskazują zróżnicowane interwencje możliwe do prowadzenia w sytuacji utrzymywania się określonych dolegliwości. W zależności od objawów, zaleca się realizację:
 - rehabilitacji poznawczej – dotyczy sytuacji, gdy u pacjenta stwierdza się zaburzenia poznawcze obejmujące m.in. procesy myślowe, analityczne czy też przetwarzania informacji (BHC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, USVA 2024, BSMR 2023, CEQ 2022, HSCSRF 2021, AAPMR 2021, PTChP/PTA 2021, DMRC 2020, BPS 2020);
 - ćwiczeń oddechowych – w przypadku obecności zaburzeń oddychania czy duszności (EASHW 2025, WHO 2025, USVA 2024, CEQ 2022, HSCSRF 2021, PTChP/PTA 2021, OPE 2021, KIF 2020, UWM 2020, GRS 2020, ERS&ATS 2020);
 - interwencji nacełowanych na ćwiczenia z zakresu mowy, przełykania, jedzenia i picia – w przypadku wystąpienia zaburzeń ze strony mowy, języka oraz trudności w spożywaniu pokarmów (BHC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, HSCSRF 2021).

Wszystkie z wymienianych interwencji powinny zostać dopasowane do możliwości, potrzeb, tolerancji i nasilenia objawów u pacjenta (CANPCC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, NICE 2024, BSMR 2023, CEQ 2022, AAPMR 2021, HSCSRF 2021, PTChP/PTA 2021, OPE 2021, DMRC 2020, ERS&ATS 2020, KIF 2020).

Działania informacyjno-edukacyjne

- Rekomendacje wskazują na zasadność realizacji działań informacyjno-edukacyjnych, jako elementu uzupełniającego działania rehabilitacyjne. Edukacja w ramach omawianego problemu zdrowotnego powinna głównie koncentrować się na zwiększeniu wiedzy i świadomości pacjentów o ich stanie zdrowia, czym się on charakteryzuje oraz jakie mogą być długofalowe skutki nieleczonych upośledzeń. Dodatkowo, istotnym elementem edukacji pacjentów po przebyciu COVID-19, z utrzymującymi się objawami, są także działania jakie pacjent może wdrożyć we własnym zakresie w celu redukcji odczuwanych objawów (BHC 2025, CANPCC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, NICE 2024, BSMR 2023, CEQ 2022, HSCSRF 2021, PTChP/PTA 2021, AAPMR 2021, KIF 2020, UMW 2020, PAHO 2020).
- Pewna część rekomendacji wskazuje także na konieczność wdrożenia działań z zakresu modyfikacji stylu życia (BHC 2025, CANPCC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, HSCSRF 2021, UMW 2020).
- Dodatkowo, działania edukacyjne powinny także dotyczyć personelu medycznego. W ramach szkoleń, wskazuje się na zasadność zwiększania wiedzy personelu medycznego w zakresie problematyki rehabilitacji osób po COVID-19, złożoności problemu zdrowotnego oraz możliwości leczenia poszczególnych objawów omawianego problemu zdrowotnego (BHC 2025, CEQ 2022, HSCSRF 2021).

Inne interwencje

- Odnalezione rekomendacje zalecają także prowadzenie działań ukierunkowanych na wspieranie pacjentów w aktywnościach życia codziennego. Jest to spowodowane faktem, że w niektórych przypadkach poziom zaburzeń funkcjonalnych, może prowadzić do znacznych utrudnień w możliwościach wykonywania poszczególnych czynności z życia codziennego (AAPMR 2025, BHC 2025, WHO 2025, NICE 2024).

3. Dowody naukowe

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono 26 metaanaliz (Pérez-Gisbert 2026, Chen 2025, da Costa Correia 2025, Du 2025, Li 2025, Romanet 2025, Tan 2025, Yue 2025, Calvache-Mateo 2024, Cheng 2024, Deng 2024, Martínez-Pozas 2024, Martinez-Pozas 2024b, Martins 2024, Nantakool 2024, Xavier 2024, Yang 2024, Zheng 2024, Ashra 2023, Asvapoositkul 2023, Calvache-Mateo 2023, Hwang 2023, Meléndez-Oliva 2023, Pouliopoulou 2023, Torres 2023, Vieira 2022) oraz 3 przeglądy systematyczne (McDowell 2025, Zeraatkar 2024, Arienti 2023). Ponadto uwzględniono także dowody naukowe odnalezione na potrzeby wydania poprzedniej rekomendacji: Liu 2020 i Hermann 2020.

Poniżej przedstawiono kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych dla populacji spójnej z niniejszą rekomendacją – dalsze szczegóły znajdują się w Raporcie Analitycznym Agencji.

3.1 Wnioski z analizy dowodów naukowych

Rehabilitacja ogółem

- Rehabilitacja ukierunkowana na aktywność fizyczną o wysokiej intensywności, u osób dorosłych z dusznościami po COVID-19, istotnie statystycznie zmniejszyła nasilenie duszności – SMD=-0,60 [95%CI: (-0,94; -0,27)] (Romanet 2025).
- Trening mięśni oddechowych u osób z long-COVID, w porównaniu do grupy kontrolnej, istotnie statystycznie poprawił:
 - wynik w teście 6MWT – MD=89,54 m [95%CI: (9,86; 169,23)];
 - nasilenie duszności (mMRC) – MD=-1,02 [95%CI: (-1,86; -0,18)];
 - MIP – MD=15,98 cmH₂O [95%CI: (4,24; 27,71)];
 - MEP – MD=14,48 cmH₂O [95%CI: (2,62; 26,37)] (Tan 2025).
- Rehabilitacja osób starszych (64,37±7,94 lat) z long-COVID, w porównaniu do standardowej opieki lub braku interwencji, istotnie statystycznie pozytywnie wpłynęła na:
 - wynik 6MWT – MD=15,77 m [95%CI: (5,40; 26,13)];
 - wynik 30STST – MD=4,11 [95%CI: (2,46; 5,76)];
 - nasilenie zmęczenia – SMD=-0,66 [95%CI: (-1,13; -0,19)];
 - jakość życia (SF-36), w aspekcie:
 - funkcjonowania fizycznego – MD=11,41 [95%CI: (5,59; 17,24)];
 - ogólnego zdrowia – MD=7,98 [95%CI: (4,29; 11,67)];
 - funkcjonowania społecznego – MD=7,09 [95%CI: (3,59; 10,59)] (Deng 2024).

Rehabilitacja krążeniowo-oddechowa

- Wykazano istotny statystycznie wpływ 2-4 tygodniowej rehabilitacji krążeniowo-oddechowej na:
 - poprawę ogólnej wydolności fizycznej (początek rehabilitacji: 6MWT = 230,9 [± 153,6] m; koniec rehabilitacji: 6MWT = 360,9 [± 134,6] m);
 - odczucia pacjentów dotyczące ich faktycznego samopoczucia (początek rehabilitacji: samopoczucie = 40,0 [40,0–55,0] pkt; koniec rehabilitacji: samopoczucie = 80,0 [67,5–84,0] pkt) (Hermann 2020).

Rehabilitacja pulmonologiczna

- Rehabilitacja pulmonologiczna, u osób po infekcji COVID-19, w porównaniu do grupy kontrolnej istotnie statystycznie poprawiła poniższe parametry:
 - wydolność fizyczna mierzona w teście 6MWT – MD=77,95 m [95%CI: (50,91; 104,99)];
 - FEV₁ – MD=0,38 l [95%CI: (0,14; 0,63)];
 - FVC – MD=0,21 l [95%CI: (0,08; 0,34)];
 - MIP – MD=14,08 cmH₂O [95%CI: (8,09; 20,07)];

- MEP – MD=11,05 cmH₂O [95%CI: (0,58; 21,51)];
- nasilenie duszności – SMD=-0,70 [95%CI: (-1,04; -0,37)];
- nasilenie zmęczenia – SMD=-0,58 [95%CI: (-1,04; -0,13)];
- odczuwalny wysiłek w skali Borga – MD=-1,80 pkt [95%CI: (-2,32; -1,29)] (Li 2025).
- Wykazano istotny statystycznie wpływ 6 tygodniowej rehabilitacji oddechowej na poprawę:
 - wyników testów czynnościowych płuc (początek rehabilitacji: FVC = 1,79 [± 0,53] l, DLCO = 60,3 [± 11,3] % normy; koniec rehabilitacji: FVC = 2,36 [± 0,49] l, DLCO = 78,1 [± 12,3] % normy),
 - wyników testu wydolności wysiłkowej (początek rehabilitacji: 6MWT = 162,7 [± 72,0] m; koniec rehabilitacji: 6MWT = 212,3 [± 82,5] m),
 - jakości życia pacjentów ocenianych na podstawie kwestionariusza oceny SF-36 (początek rehabilitacji: zdrowie fizyczne 52,4 [± 6,2] pkt, zdrowie psychiczne 61,5 [± 6,5] pkt; koniec rehabilitacji: zdrowie fizyczne 71,6 [± 7,6] pkt, zdrowie psychiczne 73,7 [± 7,6] pkt) (Liu 2020).
- Wykazano brak statystycznie istotnego wpływu 6 tygodniowej rehabilitacji oddechowej na poprawę:
 - wyniku samooceny depresji wg. skali SDS (początek rehabilitacji: SDS = 56,4 [± 7,9] pkt; koniec rehabilitacji: SDS = 54,5 [± 5,9] pkt);
 - codziennej aktywności życiowej pacjentów (początek rehabilitacji: FIM = 109,2 [± 13] pkt; koniec rehabilitacji: FIM = 109,4 [± 11,1] pkt) (Liu 2020).

Telerehabilitacja:

- Interwencje z zakresu telerehabilitacji obejmujące ćwiczenia fizyczne, trening oddechowy i edukację zdrowotną, u pacjentów z long-COVID w porównaniu do interwencji o podobnym charakterze bez nadzoru, istotnie statystycznie poprawiły wyniki:
 - 6MWT – MD=34,14 m [95%CI: (2,54; 65,74)];
 - 30STST – MD=1,41 [95%CI: (0,67; 2,15)];
 - nasilenie zmęczenia na skali FSS – MD=-1,59 [95%CI: (-2,64; -0,53)].
- Natomiast nie wykazano istotnego statystycznie wpływu na nasilenie duszności (mMRC), FEV₁(%pred), FVC(%pred) oraz FEV₁/FVC (Tan 2025).

Trening węchowy

- Trening węchowy u pacjentów po COVID-19, u których wystąpiła dysfunkcja węchu trwająca dłużej niż 16 tygodni, istotnie statystycznie poprawił wyniki:
 - w subiektywnej ocenie węchu na skali VAS – MD=2,14 pkt [95%CI: (1,69; 2,58)];
 - w obiektywnej ocenie węchu SST-TDI – MD=4,55 pkt [95%CI: (3,35; 5,75)] (Chen 2025).

Aktywność fizyczna

- Działania z zakresu aktywności fizycznej ogółem u osób z long-COVID, w porównaniu do braku interwencji, istotnie statystycznie wpłynęły na:
 - 6MWT – MD=88,25 m [95%CI: (60,04; 116,46)];
 - VO_{2peak} – MD=2,16 ml/kg.min [95%CI: (0,76; 3,56)];
 - nasilenie duszności (mMRC) – MD=-1,03 [95%CI: (-1,73; -0,33)] (Du 2025).
- Na podstawie metaanalizy sieciowej porównującej poszczególne interwencje z zakresu aktywności fizycznej do braku interwencji najskuteczniejsze w poprawie funkcjonalności oddechowej (FEV₁/FVC) okazały się ćwiczenia aerobowe skojarzone z treningiem mięśni oddechowych – MD=8,2 [95%CI: (3,0; 13,0)], a następnie same ćwiczenia aerobowe – MD=4,9 [95%CI: (0,35; 9,0)] (Du 2025).

4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

Zgodnie z odnalezionymi publikacjami, proces rehabilitacji pacjentów po przebytych COVID-19 jest złożony. Biorąc pod uwagę szeroki katalog objawów, zróżnicowany przebieg oraz rokowania jeśli chodzi o pełne wyzdrowienie, rehabilitacja powinna w głównej mierze koncentrować się na osobistych potrzebach pacjentów oraz na występujących u nich objawach. W celu zidentyfikowania tych potrzeb należy skorzystać z dostępnych prostych testów w kierunku określenia ograniczeń w kluczowych obszarach funkcjonalności.

Rekomendacje naukowe zwracają uwagę, że głównym celem proponowanych działań z zakresu rehabilitacji powinno być przywrócenie pacjentowi funkcjonalności, pozwalającej na wykonywanie czynności życia codziennego. Proces rehabilitacji może dotyczyć fizycznych, poznawczych oraz oddechowych aspektów funkcjonalności. Ze względu także na stosunkowo krótki okres czasu w jakim COVID-19 istnieje w przestrzeni naukowej, oraz z uwagi na fakt, że w obecnej sytuacji epidemiologicznej dużo częściej występują łagodne postaci COVID-19, towarzystwa naukowe nie są w stanie wytyczyć jednorodnej ścieżki rehabilitacyjnej dla tej grupy pacjentów. Z tych samych powodów, w wielu przypadkach, brak jest wysokiej jakości dowodów aby jednoznacznie określić profil bezpieczeństwa oraz efektywność omawianych działań rehabilitacyjnych.

Część z dostępnych rekomendacji, podkreśla także istotę realizacji działań ukierunkowanych na edukację pacjenta. Interwencje z tego zakresu obejmują docelowo przekazywanie mu informacji o potencjalnych zagrożeniach wynikających z zakażenia COVID-19 oraz długotrwałych konsekwencjach zdrowotnych po zakończeniu ostrej fazy choroby. Dodatkowo, istotnym elementem edukacji pacjentów po przebyciu COVID-19, z utrzymującymi się objawami, jest także przekazywanie informacji nt. działań jakie pacjent może wdrożyć we własnym zakresie w celu redukcji odczuwanych objawów. Ostatecznie, edukacja może zostać także zorientowana na rozpowszechnianie informacji dotyczących modyfikacji stylu życia, m.in. higieny snu i wzorców żywieniowych.

5. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego oraz wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji

Treści przedstawione w tej części rekomendacji zostały oparte o odnalezione dowody naukowe, wytyczne kliniczne, wnioski płynące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej z omawianego zakresu oraz opinie ekspertów. Rekomendowane przez Prezesa Agencji technologie medyczne/działania wraz z warunkami ich realizacji oraz sposobem monitorowania i ewaluacji zostały przygotowane z uwzględnieniem obowiązującego wzoru programu polityki zdrowotnej.

Opracowane modelowe rozwiązanie stanowi optymalne i uniwersalne rozwiązanie możliwe do wdrożenia przez jednostkę samorządu terytorialnego na dowolnym szczeblu. Niemniej jednak w celu dostosowania rozwiązań do potrzeb i możliwości jednostek samorządu terytorialnego, w poszczególnych elementach programu przedstawiono kilka wariantów rozwiązań, lub ramy, w jakich poruszać się można przy realizacji programu. Ostateczny kształt programu polityki zdrowotnej ustalany powinien być przez decydentów planujących realizację programu.

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476).

5.1 Uzasadnienie wprowadzenia PPZ

5.1.1 Dane epidemiologiczne

Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikować obszary, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dostępne dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawiać jego sytuację na tle kraju.

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych.

5.1.2 Opis obecnego postępowania

Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu obecnego postępowania i wprowadzić ewentualne zmiany.

5.2 Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakiem „.....%” (procent). Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profilu populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym postępowaniem jest

nawiązanie dialogu z przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

5.2.1 Cel główny

Zwiększenie w takcie trwania programu wydolności oddechowej u% uczestników rehabilitacji oddechowej prowadzonej w ramach PPZ.

** wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.*

5.2.2 Cele szczegółowe

5.2.2.1 Poprawa w takcie trwania programu parametrów spirometrycznych u% uczestników rehabilitacji oddechowej prowadzonej w ramach PPZ.

5.2.2.2 Poprawa wyniku w kwestionariuszu oceny jakości życia o co najmniej ...% względem wartości początkowej u% osób po przebyciu COVID-19, które rozpoczęły rehabilitację oddechową w ramach PPZ.

5.2.2.3 Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród% personelu medycznego w zakresie diagnostyki, leczenia COVID-19 oraz rehabilitacji pacjentów po przejściu zakażenia.

** wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.*

5.2.3 Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	Odsetek osób włączonych do interwencji rehabilitacji oddechowej, które w pomiarze końcowym uzyskały poprawę wyników badań 6MWT lub uzyskały niższy stopień duszności w zmodyfikowanej skali Borga. Ww. pomiary wykonywane są w programie dwukrotnie. Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z warunków.
5.2.2.1.	Odsetek osób włączonych do interwencji rehabilitacji oddechowej, które w pomiarze końcowym uzyskały poprawę wyników badań spirometrycznych. Ww. pomiar wykonywany jest w programie dwukrotnie. Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z warunków.
5.2.2.2.	Odsetek osób włączonych do interwencji rehabilitacji oddechowej, które w pomiarze końcowym z wykorzystaniem wystandaryzowanego kwestionariusza EQ-5D uzyskały poprawę wyników jakości życia. Ww. kwestionariusz wypełniany jest w programie dwukrotnie. Brak końcowego wypełnienia kwestionariusza (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie warunku.
5.2.2.3.	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test. (Iloraz liczby przedstawicieli personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy

	w post-teście w stosunku do liczby przedstawicieli personelu medycznego, którzy wzięli udział w szkoleniach skierowanych do tej grupy osób. Wynik wyrażony w procentach) * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
--	---

5.3 Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Istotne jest określenie liczebności populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większy odsetek populacji zostanie włączony do PPZ, tym większe są możliwości zaobserwowania efektów zdrowotnych we wskaźnikach epidemiologicznych.

Liczebność populacji docelowej powinna zostać oszacowana dla każdego z etapów PPZ. Niezbędne jest wskazanie na źródła danych (liczba uczestników w danej grupie wiekowej z podziałem na płeć np. w oparciu o dane z Głównego Urzędu Statystycznego) i wykorzystanych odniesień do literatury, opis przyjętych założeń oraz przedstawienie wykonanych obliczeń. Należy skupić się na przedstawieniu danych lokalnych, czyli dotyczących obszaru, na którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej.

5.3.1 Populacja docelowa

- o Działania informacyjno-edukacyjne prowadzone w ramach programu skierowane są do populacji ogólnej.
- o Z uwagi na zróżnicowane potrzeby, zaleca się wydzielenie subpopulacji o spójnych potrzebach edukacyjnych i informacyjnych (np. osób chorych na COVID-19 lub opiekunów osób, które na skutek przebytego zakażenia COVID-19, nie są w stanie samodzielnie realizować zadań z zakresu życia codziennego). Forma oraz treść prowadzonych działań powinna być dostosowana do uczestników. Każda z subpopulacji powinna być zdefiniowana niezależnie, zaś działania skierowane do różnych subpopulacji mogą być prowadzone równolegle.
- o Edukacja i szkolenia skierowane są do personelu medycznego, w tym w szczególności personelu realizującego interwencje w programie.
- o Działania w ramach interwencji fizjoterapeutycznych i rehabilitacyjnych skierowane są do osób po chorobie COVID-19, u których powstałe w czasie COVID-19 ubytki funkcjonalne nie ustąpiły mimo upływu czasu.

5.3.2 Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

UWAGA: Na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach. Każde dodatkowo wprowadzane kryterium powinno zostać wyczerpująco uzasadnione. Przy wprowadzaniu dodatkowych kryteriów należy pamiętać o zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym wszelkie wprowadzane kryteria powinny być oparte wyłącznie na przesłankach merytorycznych, np. danych epidemiologicznych przytaczanych z wiarygodnych źródeł. Możliwe jest jedynie zawężenie populacji względem tej, która została określona w treści niniejszej rekomendacji.

Z uwagi na możliwą zmienność poziomu dostępnych zasobów w kolejnych latach realizacji PPZ, sugerowanym jest opisanie w treści projektu PPZ postępowania pozwalającego na dostosowywanie kryteriów do możliwości jednostki (np. harmonogram aktualizowany w oparciu o dane pochodzące z monitorowania realizacji PPZ) zamiast deklarowania stosowania zawężenia kryteriów na określonym, stałym poziomie. Informacje dotyczące przebiegu programu powinny zostać zamieszczone w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Kampania informacyjno-edukacyjna	Ogólna	Brak
Szkolenia dla personelu medycznego	- Personel medyczny np.: lekarze, lekarze specjaliści, fizjoterapeuci, pielęgniarki. - W pierwszej kolejności działaniami należy objąć personel realizujący interwencje w programie.	- Ukończenie szkolenia obejmującego tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat. - Wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.
Wizyta kwalifikacyjna	- Osoby pełnoletnie u których powstałe w czasie COVID-19 ubytki funkcjonalne mimo upływu czasu nie ustąpiły (wymagany wpis w dokumentacji medycznej rozpoznania: - U07 - awaryjne użycie u07 lub - U08 - historia przebiegu covid-19 u pacjenta, lub - U09 - zdrowie pacjenta po zakończeniu covid-19, lub - U10 - wieloukładowy zespół zapalny powiązany z covid-19). W pierwszej kolejności należy włączać pacjentów: - leczonych na COVID-19 na oddziale intensywnej terapii lub przy pomocy wysokoprzepływowej tlenoterapii.	- Wpis w dokumentacji medycznej o rozpoznaniu COVID-19 lub powikłań (U07-U10) więcej niż 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu. - Stan uniemożliwiający wykonywanie ćwiczeń. - Udział w rehabilitacji oddechowej po przebytej chorobie COVID-19 w ciągu ostatnich 6 miesięcy.
Rehabilitacja oddechowa	Osoby dorosłe które przeszły zakażenie COVID-19 i u których stwierdza się obniżone wyniki badań przeprowadzanych podczas wizyty kwalifikacyjnej.	- Brak powikłań oddechowych po COVID-19. - Wpis w dokumentacji medycznej o rozpoznaniu COVID-19 lub powikłań (U07-U10) więcej niż 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu. - Stan uniemożliwiający wykonywanie ćwiczeń. - Udział w rehabilitacji oddechowej po przebytej chorobie COVID-19 w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

5.3.3 Planowane interwencje

W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.

ETAP: KAMPANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNA (BHC 2025, CANPCC 2025, EASH 2025, WHO 2025, NICE 2024, BSMR 2023, CEQ 2022, HSCSRF 2021, PTChP/PTA 2021, AAPMR 2021, KIF 2020, UMW 2020, PAHO 2020, eksperci kliniczni).

- Samorządy powinny podejmować współpracę z różnymi podmiotami i instytucjami, które są już zaangażowane w rehabilitację osób po przebyciu zakażenia COVID-19 na danym obszarze lub z takimi, które posiadają doświadczenie i kompetencje w konkretnych obszarach, np. edukacji zdrowotnej (AAPMR 2025).
- Działania informacyjno-edukacyjne powinny być kierowane do określonej, jasno zdefiniowanej w projekcie PPZ grupy docelowej. W PPZ realizowanych może być równolegle więcej niż jeden etap informacyjno-edukacyjny, gdyż każdy z nich może obejmować inną subpopulację. Przedstawione poniżej zalecenia dotyczące interwencji mają w większości charakter ogólny, co ma umożliwić elastyczne dostosowanie działań do potrzeb i możliwości grupy docelowej.
- Zaleca się przekazywanie informacji na temat dostępności prowadzonego przez JST programu oraz korzyści płynących z udziału w tym programie.
- Działania informacyjne mogą uwzględniać proces aktywnej rekrutacji do programu. Proces ten może obejmować stworzenie listy osób kwalifikujących się do programu, do których kierowane będą działania rekrutacyjne np.: kontakt telefoniczny (dedykowana infolinia rejestracyjna), prowadzenie naborów w wybranych lokalizacjach dostosowanych do charakterystyki populacji docelowej (np. lokalne ośrodki zdrowia, apteki).
- Forma oraz zakres tematyczny działań informacyjno-edukacyjnych powinien być dopasowany do odbiorców programu.
- Do prowadzenia działań promocyjnych programu zaleca się wykorzystanie nośników miejskich/gminnych np. wyświetlane prezentacje (slajdy) w autobusach/tramwajach/ pociągach oraz mediach miejskich/gminnych (dedykowanych mieszkańcom portalach/aplikacjach). Ponadto warto prowadzić także akcje promocyjne w mediach społecznościowych w formie np. grafik informujących o prowadzeniu działań edukacyjnych. Zalecane formy prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych to także kampanie społeczne (np.: telewizja, radio, media społecznościowe); materiały informacyjne (np. ulotki, plakaty, filmy, webinary) (WHO 2025, eksperci kliniczni).
- Kampania informacyjno-edukacyjna powinna być nakierowana na podniesienie wiedzy populacji docelowej (należy posługiwać się słownictwem zrozumiałym dla rozmówcy) nt. procesu rehabilitacji po COVID-19 w zakresie:
 - możliwych do samodzielnego wykonania w domu ćwiczeń, wspomagających proces powrotu do sprawności tj. technik oddychania, ćwiczeń głosowych (EASHW 2025, WHO 2025, PTChP/PTA 2021, eksperci kliniczni);
 - prowadzenia zdrowego stylu życia (AAPMR 2025, eksperci kliniczni);
 - radzenia sobie z poszczególnymi długotrwałymi objawami występującymi po zakażeniu COVID-19 (BHC 2025, eksperci kliniczni);
 - procesu powrotu do regularnej aktywności fizycznej, z uwzględnieniem własnych możliwości i ograniczeń, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa oraz technik oszczędzania energii (BHC 2025, WHO 2025, eksperci kliniczni);
 - dostępności do sprzętu adaptacyjnego i wspierającego pacjenta, który doświadcza znaczących ograniczeń w związku z przebytą chorobą (BHC 2025, WHO 2025, eksperci kliniczni).

- Dodatkowo, w ramach kampanii informacyjno-edukacyjnej warto uwzględnić treści skierowane do opiekunów wspierających osoby, które na skutek przebytego zakażenia COVID-19, nie są w stanie samodzielnie realizować zadań z zakresu życia codziennego. Informacje w tym zakresie mogą dotyczyć metod wspierania pacjenta w codziennym funkcjonowaniu, roli opiekuna we wspieraniu procesu rehabilitacji uczestnika oraz jego udziału w ćwiczeniach realizowanych w domu.
- W przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich) (np. dostęp z dnia 12.05.2026 r.):
 - Krajowa Izba Fizjoterapeutów
<https://fizjoterapiaporusza.pl/rehabilitacja-po-covid>
 - Ministerstwo Zdrowia
<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/samodzielna-rehabilitacja-po-covid-19>
 - Narodowy Fundusz Zdrowia
<https://akademia.nfz.gov.pl/8-tygodni-do-zdrowia-po-covid-19/>

ETAP: SZKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO (BHC 2025, CEQ 2022, HSCSRF 2021, opinie ekspertów klinicznych).

- Warunkiem przystąpienia do szkolenia jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest do wypełnienia post-testu po zakończeniu szkolenia.
- Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, seminaria, materiały audiowizualne, telekonferencje.
- W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez aktualne wytyczne metodami w zakresie diagnostyki, leczenia COVID-19 oraz rehabilitacji pacjentów po przejściu zakażenia.
- Tematyka poruszana na szkoleniach i/lub w materiałach edukacyjnych powinna w szczególności obejmować:
 - informacje nt. stanów zdrowotnych mogących występować u pacjenta po zakażeniu COVID-19;
 - metody i testy służące określaniu nasilenia objawów, potrzeb i ograniczeń rehabilitacyjnych u pacjentów, którzy przeszli COVID-19;
 - postępowanie z pacjentem prezentującym długotrwałe objawy, będące konsekwencją zakażenia;
 - zagadnienie procesu rehabilitacyjnego dla pacjentów po COVID-19, przy jednoczesnym podkreśleniu znaczenia dostosowania go do indywidualnych potrzeb i ograniczeń pacjentów.
- W ramach szkoleń zaleca się ujęcie analizy przypadków pacjentów w celu wskazania prawidłowego postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadkach budzących wątpliwości.
- Edukacja powinna mieć charakter naukowo-profesjonalny.

ETAP: WIZYTA KWALIFIKACYJNA (AAPMR 2025, BHC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, NICE 2024, USVA 2024, BSMR 2023, CEQ 2022, HSCSRF 2021, PTChP/PTA 2021, OPE 2021, eksperci kliniczni)

- W ramach wizyty kwalifikacyjnej wykonywana jest diagnostyka funkcjonalna. Przeprowadzane jest badanie podmiotowe i przedmiotowe. Analizowana jest dokumentacja medyczna pod kątem kryteriów włączenia i wyłączenia do działań rehabilitacyjnych. Podczas wizyty należy przeprowadzić co najmniej:
 - badanie spirometryczne z pomiarem FEV₁ i FVC;
 - sześciominutowy test chodu (6MWT) – z pomiarem saturacji krwi przed i po teście;
 - ocenę stopnia duszności wg zmodyfikowanej skali duszności Borga;
 - ocenę jakości życia z użyciem kwestionariusza EQ-5D (AAPMR 2025, EASHW 2025, WHO 2025, USVA 2024, PTChP/PTA 2021, OPE 2021).

- W ramach badań fizykalnych zaleca się przeprowadzić pomiary podstawowych parametrów życiowych tj. puls, częstość oddechów, ciśnienie krwi (AAPMR 2025, WHO 2025, PTChP/PTA 2021, OPE 2021).
- Podczas wywiadu określa się dolegliwości zgłaszane przez świadczeniobiorcę. Szczególną uwagę należy zwrócić na objawy charakterystyczne dla zespołu post-COVID (tzw. „long COVID”), tj. duszność, zmęczenie, bóle lub zawroty głowy, trudność ze skupieniem uwagi, zaburzenia pamięci (AAPMR 2025, WHO 2025, OPE 2021).
- Rolą osoby prowadzącej wizytę jest kwalifikacja do działań rehabilitacyjnych oraz właściwy dobór programu ćwiczeń zależnie od indywidualnych objawów i potrzeb pacjenta (BHC 2025, WHO 2025, NICE 2024, BSMR 2023, CEQ 2022, HSCSRF 2021, OPE 2021, ekspert kliniczny).
- Osoby, które nie wykazują powikłań oddechowych będących następstwem przejścia COVID-19 kończą udział w programie.
- Osoby, u których zidentyfikowano przeciwwskazania do udziału w rehabilitacji oddechowej, otrzymują indywidualną informację dotyczącą dalszego postępowania i kończą udział w programie.

ETAP: REHABILITACJA ODDECHOWA (CANPCC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, NICE 2024, BSMR 2023, CEQ 2022, AAPMR 2021, HSCSRF 2021, PTChP/PTA 2021, OPE 2021 eksperci kliniczni)

- W związku ze złożonością oraz intensywnością następstw zdrowotnych wynikających z zakażenia COVID-19, plan rehabilitacji należy dostosować do osobistych potrzeb pacjenta. W celu ich określenia należy wykorzystać wyniki uzyskane w ramach wizyty kwalifikacyjnej (CANPCC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, USVA 2024, BSMR 2023, CEQ 2022, AAPMR 2021, PTChP/PTA 2021, OPE 2021).
- Podczas planowania procesu rehabilitacji, zaleca się także uwzględnienie indywidualnych możliwości, tolerancji i nasilenia objawów u poszczególnych pacjentów. Uwzględnione w ramach programu działania rehabilitacyjne powinny być dopasowane w takim stopniu, aby pacjent był w stanie je realizować oraz by nie stwarzały one dla niego zagrożenia (CANPCC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, NICE 2024, BSMR 2023, CEQ 2022, AAPMR 2021, HSCSRF 2021, PTChP/PTA 2021, OPE 2021).
- Udział w interwencji rozpoczyna indywidualne spotkanie z fizjoterapeutą (bezpośrednio, bez użycia rozwiązań teleinformatycznych), w czasie którego realizowany jest instruktaż poprawnego wykonywania ćwiczeń. Fizjoterapeuta koryguje błędy. Wskazane jest przedstawienie instruktażu technik manualnych przy ćwiczeniach przepony.
- Jeśli nie wpłynie to ujemnie na efektywność interwencji, możliwe jest realizowanie jej z wykorzystaniem rozwiązań teleinformatycznych (za wyjątkiem instruktażu).
- Każdy świadczeniobiorca jest zobowiązany do uzupełniania dziennika codziennych aktywności. Wpisywane są wykonywane ćwiczenia (np. czas, liczba powtórzeń, opór). Dziennik aktywności jest systematycznie analizowany w czasie zajęć rehabilitacyjnych. Dziennik aktywności po zakończeniu rehabilitacji oddechowej stanowi dokumentację programu i pozostaje u realizatora. Treść dziennika aktywności jest poddawana szczegółowej analizie na koniec interwencji.
- Należy ustalić zasady kontaktu ze świadczeniobiorcą podczas rehabilitacji oddechowej (kontakt bezpośredni, telerehabilitacja, inne formy kontaktu optymalne ze strony prowadzącego i świadczeniobiorcy) niezbędne w celu monitorowania przebiegu ćwiczeń, przypominania o konieczności bieżącego wypełniania dziennika aktywności oraz udzielenia odpowiedzi na ewentualne pytania pacjenta.
- Rehabilitacja oddechowa powinna także uwzględniać element edukacyjny poświęcony prawidłowym technikom realizacji poszczególnych ćwiczeń oddechowych w domu. Należy także zachęcić uczestnika do ich wykonywania, w miarę swoich możliwości. Takie działanie może wspomóc proces rehabilitacji, zwiększając jego efektywność.
- Kluczowym elementem procesu rehabilitacji oddechowej są działania z zakresu aktywności fizycznej. Działania z tego zakresu mogą wpływać na wiele objawów po zakażeniu COVID-19 i powinny być one dostosowane do możliwości pacjenta, jego tolerancji wysiłku fizycznego oraz do ograniczeń jakie generują poszczególne dolegliwości. Omawiany segment interwencji może być realizowany z wykorzystaniem:
 - treningów siłowych,

- treningów aerobowych,
- ćwiczeń koordynacyjnych,
- multikomponentowych treningów fizycznych (BHC 2025, CANPCC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, USVA 2024, HSCSR 2021, PTChP/PTA 2021, AAPMR 2021).
- Działania z zakresu aktywności fizycznej powinny być wdrażane stopniowo, z uwagi na zagrożenia dla pacjenta płynące z niskiej wydolności i tolerancji wysiłkowej w związku z przebyłym zakażeniem (BHC 2025, CANPCC 2025, EASHW 2025, WHO 2025, USVA 2024, HSCSR 2021, PTChP/PTA 2021, AAPMR 2021).
- Przykładowe elementy rehabilitacji mogą obejmować:
 - fizjoterapię oddechową z podkreśleniem kluczowej roli treningu wytrzymałościowego (ćwiczeń aerobowych) oraz elementy fizjoterapii neurologicznej,
 - ćwiczenia oddechowe czynne i wspomagane, z aktywizacją mięśni wspomagających,
 - ćwiczenia efektywnego kaszlu,
 - trening i ćwiczenia przepony,
 - ćwiczenia rozciągające mięśnie klatki piersiowej i obręczy barkowej,
 - kształtowanie nawyku prawidłowej postawy i lokomocji,
 - ćwiczenia oporowe mięśni czworogłowych,
 - ćwiczenia oddechowe czynne z oporem (opór w czasie wdechu i/lub w czasie wydechu – urządzenie z zastawką wdechową i wydechową),
 - czynne ćwiczenia oddechowe,
 - ćwiczenia ogólnousprawniające,
 - ćwiczenia rozluźniające i relaksujące,
 - ćwiczenia samoobsługi,
 - ćwiczenia koordynacji ruchowej,
 - reedukacja chodu,
 - metody reedukacji nerwowo-mięśniowej,
 - metody neurofizjologiczne,
 - masaż vibracyjny,
 - aktywność ruchowa na świeżym powietrzu (eksperti kliniczni).
- Rehabilitacja oddechowa nie obejmuje stosowania zabiegów fizykalnych (m. in. działanie ciepła, prądu elektrycznego, fal elektromagnetycznych, pola magnetycznego), hydroterapii.
- Rehabilitacja oddechowa powinna trwać do 6-tygodni i być realizowana co najmniej 2 razy w tygodniu np. w formie zajęć grupowych, pod nadzorem prowadzącego fizjoterapeuty. Dodatkowo pacjent powinien być zachęcany do wykonywania codziennych samodzielnych ćwiczeń w domu – minimum raz dziennie, w formie co najmniej 10 minutowych ćwiczeń analogicznych do wykonywanych na zajęciach grupowych.
- Po zrealizowaniu indywidualnego programu rehabilitacji oddechowej należy podsumować wyniki z dzienniczka aktywności oraz przeprowadzić badania tożsame z tymi wykonywanymi podczas wizyty kwalifikacyjnej, w tym co najmniej:
 - badanie spirometryczne z pomiarem FEV₁ i FVC;
 - sześciominutowy test chodu (6MWT) – z pomiarem saturacji krwi przed i po teście;
 - ocenę stopnia duszności wg zmodyfikowanej skali duszności Borga;
 - ocenę jakości życia z użyciem kwestionariusza EQ-5D.

- o Po przeprowadzeniu zaplanowanych badań, uczestnik kończy udział w programie. Należy także poinformować go o znaczeniu dalszego kontynuowania działań z zakresu aktywności fizycznej i ćwiczeń we własnym zakresie, aby utrzymać osiągnięte korzyści.

5.3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5.3.5 Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- o w przypadku osób, u których podczas wizyty kwalifikacyjnej nie potwierdzono powikłań oddechowych będących następstwem przejścia COVID-19, ich udział w programie kończy się wraz zakończeniem wizyty kwalifikacyjnej;
- o w przypadku osób, u których podczas wizyty kwalifikacyjnej zidentyfikowano przeciwwskazania do udziału w rehabilitacji oddechowej, ich udział w programie kończy się wraz otrzymaniem indywidualnych zaleceń dotyczących dalszego postępowania;
- o zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji;
- o zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ na każdym jego etapie;
- o zakończenie realizacji PPZ.

5.4 Organizacja PPZ

5.4.1 Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

- 1 Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.
- 2 Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3 Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- 4 Wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
- 5 Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji.
- 6 Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
- 7 Zakończenie realizacji PPZ.
- 8 Rozliczenie finansowania PPZ.
- 9 Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

5.4.2 Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapisy projektu PPZ należy dostosowywać do ewentualnych zmian w tym zakresie.

Wymagania przedstawione w projekcie PPZ powinny być jasno związane z dążeniem do uzyskania wysokiej efektywności programu. Dla każdego warunku należy przedstawić uzasadnienie jego wprowadzenia, w tym odnieść się do roli jaką pełni w osiągnięciu założonych celów. Warto wskazać, że zamieszczenie wygórowanych warunków może utrudnić wyłonienie realizatora, a tym samym będzie barierą wdrożenia PPZ.

Wymagania dotyczące personelu:

Etap PPZ	Kwalifikacje personelu
Kampania informacyjno-edukacyjna	Pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie przeprowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnych.
Szkolenia dla personelu medycznego	Eksperci: - lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub pulmonologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu oraz rehabilitacji pacjentów po przejściu zakażenia COVID-19 lub - fizjoterapeuta posiadający prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii oraz doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i rehabilitacji pacjentów po przejściu zakażenia COVID-19.
Wizyta kwalifikacyjna	- Lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub pulmonologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu oraz rehabilitacji pacjentów po przejściu zakażenia COVID-19 lub - fizjoterapeuta - posiadający doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i rehabilitacji pacjentów po przejściu zakażenia COVID-19.
Rehabilitacja oddechowa	Fizjoterapeuta - posiadający doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i rehabilitacji pacjentów po przejściu zakażenia COVID-19 lub - po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego. Osoby uprawnione do prowadzenia tego typu zajęć/ świadczeń zgodnie z przepisami prawa.

5.5 Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

5.5.1 Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności, uzyskanych efektów jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez niezależnego od realizatora eksperta zewnętrznego.

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczba osób z personelu medycznego, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych;
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie kwalifikacyjnej;
- liczba osób, u których zrealizowano działania rehabilitacyjne;
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ;
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

5.5.2 Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy przedstawić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetek osób z personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat np.: diagnostyki, leczenia COVID-19 oraz rehabilitacji pacjentów po przejściu zakażenia,
- odsetek osób, u których podczas wizyty kwalifikacyjnej stwierdzono obecność ograniczeń funkcjonalności wynikającej z przebytego zakażenia COVID-19,
- odsetek osób, u których na skutek przeprowadzonych działań rehabilitacyjnych doszło do poprawy funkcjonalności oddechowej (na podstawie porównania wyników badań spirometrycznych w ramach wizyty kwalifikacyjnej do tych uzyskanych po zakończeniu rehabilitacji);
- odsetek osób, u których na skutek przeprowadzonych działań rehabilitacyjnych doszło do poprawy wydolności fizycznej (na podstawie porównania wyników testów wydolnościowych)

przeprowadzonych w ramach wizyty kwalifikacyjnej do tych uzyskanych po zakończeniu rehabilitacji);

- o odsetek osób, u których na skutek przeprowadzonych działań rehabilitacyjnych doszło do poprawy jakości życia (na podstawie porównania wyników kwestionariusza EQ-5D przed i po wdrożeniu działań rehabilitacyjnych).

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

5.6 Budżet PPZ

W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.

Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.

5.6.1 Koszty jednostkowe

Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów częściowych.

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- o koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej w tym przygotowania materiałów edukacyjnych;
- o koszt prowadzenia edukacji personelu medycznego;
- o koszt przeprowadzenia wizyty kwalifikacyjnej;
- o koszt przeprowadzenia działań zaplanowanych w ramach rehabilitacji oddechowej;
- o koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
[1]	[2]	[3]	[4]	[5=3x4]
Koszty pośrednie				
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowania ¹ projektu			
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			

¹ Ewaluacja i monitorowanie - do 10% całkowitego budżetu PPZ

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
[1]	[2]	[3]	[4]	[5=3x4]
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
Koszty bezpośrednie				
1	Koszt przeprowadzenia etapu „kampania informacyjno-edukacyjna” ... (wyszczególnienie działań)			
2	Koszt przeprowadzenia etapu „edukacja personelu medycznego” ... (wyszczególnienie działań)			
3	Koszt przeprowadzenia etapu „Wizyta kwalifikacyjna” ... (wyszczególnienie działań)			
4	Koszt przeprowadzenia etapu „rehabilitacja oddechowa” ... (wyszczególnienie działań)			
....				
SUMA				

5.6.2 Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20xx r.	
20xx r.	
Koszt całkowity	

5.6.3 Źródła finansowania

Istotne jest wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.) oraz raportu nr DPPZ.452.1.2026 „Rehabilitacja lecznicza dla osób po chorobie COVID-19” (data ukończenia: kwiecień 2026), po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 71/2026 z dnia 21 kwietnia 2026 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących rehabilitacji leczniczej dla osób po chorobie COVID-19.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Piśmiennictwo

Opinia RP	Opinia Rady Przejrzystości nr 71/2026 z dnia 21 kwietnia 2026 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących rehabilitacji leczniczej dla osób po chorobie COVID-19.
Raport	Raport nr DPPZ.452.1.2026 „Rehabilitacja lecznicza dla osób po chorobie COVID-19”; data ukończenia: kwiecień 2026
Źródła rekomendacji	
AAPMR 2025	Cheng A.L., Herman E., Abramoff B et al. (2025). Multidisciplinary collaborative guidance on the assessment and treatment of patients with Long COVID: A compendium statement. PM R. 17(6): 684-708
BHC 2025	Bateman Horne Center (2025). CLINICAL CARE GUIDE: Managing ME/CFS, Long COVID, and Infection-Associated Chronic Conditions (IACCs). Pozyskano z: https://batemanhornecenter.org/wp-content/uploads/2025/05/Clinical-Care-Guide-First-Edition-2025-1.pdf , dostęp z 22.01.2026
CANPCC 2025	Canadian Guidelines for Post Covid-19 Condition (2025). Canadian Guidelines for Post Covid-19 Condition. Pozyskano z: https://can-pcc.recmmap.org/guideline/p_l_yyuan_mcmaster_ca_0_41095229-af8b-4e06-b56f-b14c8addb280 , dostęp z 23.01.2026
EASHW 2025	European Agency for Safety and Health at Work (2025). Long COVID: Worker Rehabilitation, Assessment of Work Ability and Return to Work Support. Pozyskano z: https://osha.europa.eu/en/highlights/long-covid-rehabilitation-and-practical-workplace-support , dostęp z 14.01.2026
WHO 2025	The World Health Organization (2025). Clinical management of COVID-19. Pozyskano z: https://www.who.int/publications/i/item/B09467 , dostęp z 20.01.2026
NICE 2024	National Institute for Health and Care Excellence (2024). COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/ng188 , dostęp z 19.01.2026
USVA 2024	U.S. Department of Veterans Affairs (2024). Long COVID Clinic Guide Nervous System. Pozyskano z: https://www.va.gov/covidtraining/docs/longCOVID/LongCOVID-Clinic-Guide-Nervous-System-09172024.pdf , dostęp z 22.01.2026
BSRM 2023	British Society of Rehabilitation Medicine (2023). Rehabilitation in the wake of Covid-19 - A phoenix from the ashes. Pozyskano z: https://www.bsprm.org.uk/resources/guideline-documents/ , dostęp z 13.01.2026
CEQ 2022	Clinical Excellence Queensland (2022). Guideline statement for considering impact on rehabilitation services in response to COVID-19. Pozyskano z: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0021/1321194/Guideline-statement-for-COVID-rehab.pdf , dostęp z 14.01.2026
HSCSRF 2021	The Health and social care services rehabilitation framework (2021). REHABILITATION NEEDS OF PEOPLE AFFECTED BY THE IMPACT OF COVID-19. Pozyskano z: https://www.gov.wales/sites/default/files/publications/2021-03/rehabilitation-needs-of-people-affected-by-the-impact-of-covid-19_0.pdf , dostęp z 16.01.2025
PTChP/PTA 2021	Piotrowski W.J., Barczyk A., Chciałowski A. et al. (2021). Stanowisko Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc (PTChP) i Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (PTA) dotyczące leczenia powikłań płucnych u chorych po przebyciu zakażenia SARS-CoV-2. Pozyskano z: https://ptchp.org/content/uploads/2021/05/Stanowisko-PTChP-i-PTA-dotyczace-leczenia-

	powiklan-plucnych-u-chorych-po-przebytych-zakazeniach-SARS-CoV-2_v2.pdf, dostęp z 21.01.2026
AAPMR 2021	Fine J.S., Amrose A.F., Didehba (2021). Multi-disciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of cognitive symptoms in patients with post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). PMR. 14(1): 96-111
OPE 2021	Opinie polskich ekspertów (2021). Kompleksowa opieka nad chorym z zespołem Post-COVID-19 (PC19). Pozyskano z: https://abm.gov.pl/download/1/2330/000121-MEDICAKsiazkaKOnCHzZPCovid-.pdf , dostęp z 21.01.2026
KIF 2020	A. Pyszora, P. Szczepański, D. Banik, T. Maciążek, S. Szyper, T. Niewiadomski, Z. Wroński. (2020). Program fizjoterapii dla osób, po przebyciu COVID-19.
UMW 2020	M. Majewska-Pulsakowska, A. Królikowska. (2020). Zalecenia, dotyczące prowadzenia fizjoterapii pacjentów dorosłych ze zdiagnozowanym COVID-19. UMW
GRS 2020	Glöckl R., Buhr-Schinner H., Koczulla A. R. et al. DGP-Empfehlungen zur pneumologischen Rehabilitation bei COVID-19. Pneumologie 2020; 74(08): 496 - 504. doi:10.1055/a-1193-9315
PAHO 2020	Kwestie fizjoterapeutyczne podczas epidemii COVID-19. (2020).
ERS&ATS 2020	Spruit MA, Holland AE, Singh SJ, et al. COVID-19: interim guidance on rehabilitation in the hospital and post-hospital phase from a European Respiratory Society- and American Thoracic Society-coordinated international task force. Eur Respir J 2020; 56: 2002197 [https://doi.org/10.1183/13993003.02197-2020].
DMRC 2020	Barker-Davies RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, et al The Stanford Hall consensus statement for postCOVID-19 rehabilitation British Journal of Sports Medicine 2020;54:949-959.
Źródła dowodów wtórnych	
Chen 2025	Chen C.H., Shih C.F., Hummel T. et al. (2025). Multidimensional benefits of olfactory training for chronic COVID-19-related olfactory dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Rhinology. 63(4): 431-440
Deng 2024	Deng J., Qin C., Lee M. et al. (2024). Effects of rehabilitation interventions for old adults with long COVID: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J. Glob. Health. 14: 05025
Du 2025	Du S., Cui Z., Xu X. et al. (2025). Clinical efficacy of exercise in the treatment of post-COVID-19 syndrome: a systematic review and network meta-analysis. Front. Physiol. 16: 1656713
Li 2025	Li S., Dai B., Hou Y. et al. (2025). Effect of pulmonary rehabilitation for patients with long COVID-19: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Ther. Adv. Respir. Dis. 19: 17534666251323482
Romanet 2025	Romanet C., Wormser J., Cachanado M. et al. (2025). Effectiveness of physiotherapy modalities on persisting dyspnoea in long COVID: A systematic review and meta-analysis. Respir. Med. 236: 107909
Tan 2025	Tan C., Meng J., Dai X. et al. (2025). Effects of therapeutic interventions on long COVID: a meta-analysis of randomized controlled trials. EClinicalMedicine. 87: 103412
Źródła dowodów pierwotnych	
Hermann 2020	Hermann M., Pekacka-Egli A., Witassek F. et al. (2020). Feasibility and Efficacy of Cardiopulmonary Rehabilitation After COVID-19. Am J Phys Med Rehabil 2020;99:865-869
Liu 2020	Liu K., Zhang W., Yang Y. et al. (2020). Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. Complementary Therapies in Clinical Practice 39

Problem zdrowotny/epidemiologia	
BASiW 2024	Baza Analiz Strategicznych i Wdrożeniowych (2024). Podstawowa opieka zdrowotna. Pozyskano z: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ , dostęp z: 19.01.2026
CeZ 2025	Centrum e-Zdrowia (2025). Raport o chorobach zakaźnych. Pozyskano z: https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/raport-o-chorobach-zakaznych , dostęp z 15.01.2026
GIS 2025	Główny Inspektorat Sanitarny (2025). COVID-19. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/gis/covid-19 , dostęp z 07.01.2026
GUS 2025	Główny Urząd Statystyczny (2025). Zgony według przyczyn. Pozyskano z: https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica , dostęp z 19.01.2026
MP 2025	Medycyna praktyczna (2025). COVID-19 (choroba spowodowana przez SARS-CoV-2). Pozyskano z: https://www.mp.pl/interna/chapter/B01.XI.C.18.1. , dostęp z 07.01.2026
MZ 2025	Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r. Pozyskano z: https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2025/42/akt.pdf , dostęp z: 19.01.2026
NIZP PZH-PIB 2025	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy (2025). EPIMELD. Pozyskano z: https://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html , dostęp z 16.01.2026