

Projekt z dnia 15.09.2025 r.

U C H W A Ł A N R ...
R A D Y M I N I S T R Ó W

z dnia2025 r.

**w sprawie „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Ośrodkowych, polityki publicznej
do roku 2030”**

Na podstawie art. 21f ust. 4 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2025 r. poz. 198) Rada Ministrów uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się politykę publiczną pod nazwą „Krajowy Program Działań wobec Chorób Ośrodkowych, polityka publiczna do roku 2030”, stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2. Monitorowanie realizacji polityki publicznej pod nazwą „Krajowy Program Działań wobec Chorób Ośrodkowych, polityka publiczna do roku 2030” powierza się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

PREZES RADY MINISTRÓW

UZASADNIENIE

Według szacunków Alzheimer's Disease International (ADI) w 2019 r. liczba osób cierpiących na choroby otępienne w skali światowej to ponad 50 milionów a do 2050 r. liczba ta może wzrosnąć do 152 milionów. Oznacza to, że liczba chorych ulegnie do 2050 r. potrojeniu. Do sytuacji tej przyczyniają się zmiany zachodzące w strukturze wiekowej światowej populacji, wynikające z nasilenia się procesu starzenia się społeczeństw. Wiek stanowi bowiem główny czynnik ryzyka rozwoju chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera. Choroby te dotyczą głównie, choć nie tylko, osób powyżej 60 roku życia i są jedną z istotnych przyczyn niepełnosprawności wśród osób starszych.

W ostatnich latach także w Rzeczypospolitej Polskiej jest obserwowany nasilający się proces starzenia się społeczeństwa.

Dane pochodzące z projektu PolSenior2 „Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem” (realizowanego w latach 2017–2020 w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020) są także alarmujące. Częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych w populacji osób starszych w Rzeczypospolitej Polskiej jest wysoka. Średnio co szósta osoba w wieku 60 lat i więcej prezentuje deficyt poznawczy w stopniu nasuwającym podejrzenie otępienia. Oszacowano, iż 16,8% osób w wieku 60 i więcej lat w Rzeczypospolitej Polskiej prezentuje łagodne zaburzenia poznawcze. Objawy otępienia występują u 15,8% osób w wieku 60 lat lub więcej, przy czym w większości przypadków jest to otępienie o nasileniu lekkim (11,6%). Otępienie o nasileniu umiarkowanym i ciężkim stanowi odpowiednio 2,8% i 1,4% przypadków¹. Wykazano wyraźne narastanie częstości podejrzenia otępienia od 12,2% w najmłodszej grupie wieku (60–64 lata), aż do ponad połowy populacji osób w wieku 90 i więcej lat. Wyniki prezentowanego badania, w porównaniu do wyników projektu PolSenior1, zrealizowanego w latach 2007–2012, sfinansowanego ze środków, którymi dysponowało Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, wskazują, że na przestrzeni dekady wzrosła w starszej populacji nie tylko częstość podejrzenia otępienia ogółem, ale wzrost ten dotyczył również bardziej zaawansowanych

¹ Zagożdżon, P., „Zaburzenia funkcji poznawczych. Występowanie objawów depresyjnych.”, w: P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.), „PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem”, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021.

etapów choroby (umiarkowanego i znacznego) – z 3,6% do 4,2% w porównaniu do badania PolSenior1. Wzrost ten obserwowano zwłaszcza w grupie kobiet. Stanowi to coraz większe wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej oraz polityki społecznej, bowiem koszty leczenia i opieki nad chorym z otępieniem wzrastają bardzo wyraźnie wraz z postępem choroby, a wydatki te należą obecnie do największych, po wydatkach na nowotwory, choroby sercowo-naczyniowe oraz udary mózgu.

Jednocześnie należy pamiętać, że na choroby otępienne zapadają nie tylko osoby starsze.

Według szacunków Narodowego Funduszu Zdrowia, opartych o dane Institute for Health Metrics and Evaluation, w 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne chorowało 585 tys. osób (1,5% populacji, o 0,2 p.p. więcej niż w 2014 r.). Standaryzowany wiekiem odsetek chorych na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne był w 2019 r. na zbliżonym poziomie co w 2014 r. i nie różnił się znacząco od standaryzowanego wiekiem odsetka dla Unii Europejskiej².

Zgodnie z danymi raportu „NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne”, opublikowanego w maju 2022 r. i zaktualizowanego w 2023 r., chorobowość rejestrowana (określona na podstawie informacji o udzielonych świadczeniach finansowanych przez NFZ) choroby Alzheimera i chorób pokrewnych wynosiła w 2022 r. 357 tys. i była o 5% wyższa niż w 2014 r. W latach 2000–2019 w Rzeczypospolitej Polskiej rosła liczba nowych zachorowań na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne. W 2022 r. było 107,2 tys. nowo rozpoznanych przypadków choroby Alzheimera i chorób pokrewnych. Wartość ta była wyższa o 4% niż w 2014 r.

Do najczęstszych przyczyn otępień należą choroby neurodegeneracyjne i naczyniowe mózgowia. Szacuje się, że około 60–70% przypadków otępień rozwija się w przebiegu choroby Alzheimera. Pozostałe przypadki to otępienia naczyniowe, otępienia o etiologii mieszanej (choroba Alzheimera ze współistniejącą etiologią naczyniową), otępienia z ciałami Lewy’ego, otępienia w przebiegu neurodegeneracji czołowo-skroniowej (tzw. otępienia czołowo-skroniowe) i inne.

² Por. Barcikowska-Kotowicz, M., Barczak, A., Gabryelewicz, T., Gałązka-Sobotka, M. i in., „NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne”, NFZ, Warszawa 2022.

Z prognoz wynika, że ludzie coraz częściej będą umierać na choroby układu nerwowego (o 22,2% więcej zgonów w 2028 r. w porównaniu do 2019 r.), w tym szczególnie na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne (o 24,5%)³.

Szybko rosnąca liczba chorych implikuje liczne istotne konsekwencje zdrowotne, społeczne i ekonomiczne. Skutki chorób otępiennych mają wymiar zarówno indywidualny, jak i społeczny. Osobie dotkniętej chorobą zazwyczaj towarzyszą jej bliscy. Zaburzenia tego rodzaju powodują ogromne obciążenie fizyczne, psychiczne i finansowe dla opiekunów nieformalnych i osób z najbliższego otoczenia chorego. W ujęciu globalnym dane szacunkowe zebrane w „World Alzheimer Report 2019” wskazują, iż całkowite roczne koszty spowodowane chorobami demencyjnymi na świecie wynoszą 1 bln USD, a według prognoz do 2030 r. mogą ulec podwojeniu.

Dostępne obecnie sposoby terapii nie są w stanie „wyleczyć z demencji”. Dodatkowo, otępienia, pomimo rosnącej zachorowalności, wciąż traktowane są jako temat tabu, a osoby chore często spotykają się z niezrozumieniem ze strony otoczenia, a nawet dyskryminacją. Dzieje się tak za sprawą braku dostatecznej wiedzy o przyczynach oraz, często kłopotliwych dla otoczenia, symptomach choroby. Brak akceptacji dla chorych powoduje izolację społeczną nie tylko ich samych, ale także opiekunów, osób bliskich. We wczesnych stadiach choroby objawy zaburzeń otępiennych często mylone są przez chorego i jego otoczenie z objawami naturalnego, fizjologicznego starzenia się lub innych stanów emocjonalnych. Psychologiczne mechanizmy obronne powodują u chorych tendencję do racjonalizowania pojawiających się trudności i niepokojących objawów. Uwarunkowania te przyczyniają się w wielu przypadkach do rezygnacji z poszukiwania diagnozy dla zaobserwowanych objawów.

Mając świadomość zachodzących zmian demograficznych, wpływających istotnie na wzrost liczby osób z chorobami otępiennymi, w 2017 r., podczas 70. Światowego Zgromadzenia Zdrowia w Genewie, państwa członkowskie WHO (w tym Rzeczpospolita Polska) jednogłośnie zaakceptowały cele wskazane w „Globalnym planie działania odnoszącym się do odpowiedzi zdrowia publicznego na demencję na lata 2017–2025” („Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025”). W jednym z głównych celów wspomnianego dokumentu, określonym jako „demencja jako priorytet zdrowia publicznego”, założono, iż 75% państw członkowskich WHO opracuje strategie wobec

³ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., przyjęta obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych.

demencji do 2025 r. Plany strategicznych działań odnoszących się do chorób otępiennych opracowano już w kilkunastu krajach europejskich.

Inicjatywa ta znajduje także uzasadnienie we wnioskach Najwyższej Izby Kontroli, która zwracała uwagę na zasadność podjęcia przez Ministra Zdrowia – w ścisłej współpracy z Ministrem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – działań, mających na celu wypracowanie i wdrożenie rozwiązań pozwalających na skuteczne rozwiązywanie problemów zdrowotnych i opiekuńczych osób z chorobą Alzheimera, w tym:

1) zabezpieczenie dostępu do wiarygodnych danych w celu poznania skali zjawiska oraz problemów osób chorych i ich opiekunów;

2) opracowanie i wdrożenie standardów dotyczących wczesnego wykrywania symptomów choroby Alzheimera oraz standardów postępowania leczniczego i opiekuńczego wobec osób chorych.

W dokumencie zatytułowanym „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO–UCZESTNICTWO–SOLIDARNOŚĆ”, przyjętym uchwałą Nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. (M.P. poz. 1169) i stanowiącym projekt strategiczny wskazany w „Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)”, wskazano zadanie obejmujące opracowanie programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne. Zadanie to zostało przypisane do koordynacji Ministerstwu Zdrowia.

Natomiast w dokumencie „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, przyjętym przez Radę Ministrów uchwałą nr 196/2021 z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej, wskazano, iż „Ważnym elementem opieki na styku systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej jest organizacja wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi, niepełnosprawnych i starszych oraz opiekunów osób wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu.”. W Strategii deinstytucjonalizacji: Opieka zdrowotna nad osobami starszymi, stanowiącej załącznik nr 1 do wspomnianego dokumentu przyjętego przez Radę Ministrów uchwałą nr 196/2021, zadeklarowano: „Mając na uwadze potrzebę stworzenia kompleksowego systemu opieki nad osobami z demencją, podjęto decyzję dotyczącą opracowania i wdrożenia krajowego planu działań wobec demencji.”.

Biorąc pod uwagę przywołane przesłanki, sformułowano dokument identyfikujący działania, które powinny zostać podjęte w najbliższych latach przez instytucje publiczne w celu wsparcia osób chorych i ich bliskich i poprawy jakości życia tych osób.

Jako główne obszary działania Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otepiennych na lata 2025–2030 wskazano:

I. PODNOSZENIE ŚWIADOMOŚCI SPOŁECZNEJ

W tym obszarze szczególnie istotne są działania mające na celu ograniczenie zachowań stygmatyzujących; ukierunkowane na uwrażliwienie społeczeństwa na potrzeby osób z chorobami otepiennymi i ich bliskich; edukacyjne dla różnych grup odbiorców; mające na celu tworzenie przestrzeni przyjaznej osobom chorym.

II. ZMNIEJSZANIE RYZYKA ZACHOROWANIA

Obszar ten obejmuje w szczególności działania informacyjne na temat modyfikowalnych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń otepiennych oraz możliwych do podjęcia działań profilaktycznych; działania promujące aktywność fizyczną, intelektualną i artystyczną; przygotowywanie wytycznych, np. dla jednostek samorządu terytorialnego w zakresie działań aktywizujących wspierających prewencję chorób otepiennych.

III. WSPARCIE WCZESNEJ DIAGNOSTYKI

W tym obszarze szczególnie istotne są działania z zakresu usprawnienia diagnostyki osób z podejrzeniem występowania zaburzeń otepiennych, w tym ewentualnego zaimplementowania do systemu nowych metod i sposobów diagnostyki, wdrożenie narzędzi zwiększających wykrywalność zaburzeń otepiennych na wczesnym etapie oraz określenie ich etiologii.

IV. LECZENIE, OPIEKA I WSPARCIE DLA CHORYCH

Obszar ten obejmuje w szczególności działania z zakresu rozwoju opieki dziennej oraz domowej, ochrony praw osób z zaburzeniami otepiennymi, w tym systemu wspieranego podejmowania decyzji i wyrażania woli.

V. WSPARCIE DLA OPIEKUNÓW

W tym obszarze szczególnie istotne są działania z zakresu wsparcia psychologicznego i informacyjnego opiekunów nieformalnych, opieka wytechnieniowa, działania szkoleniowe.

VI. BUDOWANIE SYSTEMÓW GROMADZENIA DANYCH

Z kolei w tym obszarze ważne są działania z zakresu gromadzenia oraz monitorowania danych na temat chorób otępiennych.

VII. BADANIA NAUKOWE I INNOWACJE

W tym obszarze szczególnie istotne jest prowadzenie badań naukowych oraz opracowywanie i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań w zakresie chorób otępiennych, wsparcie nowoczesnych technologii w opiece nad osobami z demencją.

Program zakłada współpracę podmiotów z sektora administracji rządowej, samorządowej oraz sektora pozarządowego.

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

Projektowany dokument nie będzie miał bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców, niemniej jednak wykorzystanie potencjału opiekunów osób z chorobami otępiennymi może przyczynić się do rozwoju przedsiębiorczości i innowacyjności kraju.

Projektowany dokument może mieć pośredni wpływ na godzenie obowiązków opiekuńczych z aktywnością zawodową opiekunów osób z chorobami otępiennymi.

Projekt uchwały nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

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

Projekt uchwały 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.

Projekt uchwały 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).

Projekt uchwały nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Dotychczas w Rzeczypospolitej Polskiej nie było polityki publicznej obejmującej działania na rzecz osób z chorobami ośpiennymi oraz ich opiekunów.

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu w stosunku do projektowanej uchwały.