

Nazwa projektu projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otepiennych, polityki publicznej do roku 2030”	Data sporządzenia 01.10.2025
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia	Źródło: art. 21f ust. 4 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2025 r. poz. 198)
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pani Katarzyna Kęcka, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	Nr w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: ID125
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Dagmara Korbańska-Chwedczuk, Dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu, dep-rz@mz.gov.pl , tel. (22) 530 03 18	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Zmiany, które zachodzą w strukturze wiekowej światowej populacji przyczyniają się do wzrostu liczby osób dotkniętych chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera. Z tego powodu uznaje się te schorzenia za choroby cywilizacyjne współczesnego świata i jedno z większych wyzwań stojących przed ludzkością w XXI wieku. Potwierdza to World Alzheimer Report 2021, według którego 55 milionów osób na świecie cierpi na demencję. Według prognoz zawartych w tym raporcie do 2030 r. problemy te mogą dotyczyć nawet 78 milionów osób¹. Według szacunków Alzheimer's Disease International (ADI), do 2050 r. liczba osób cierpiących na choroby otępienne w skali światowej może wzrosnąć do 152 milionów. Oznacza to, że liczba chorych ulegnie do tego czasu potrojeniu.

W ostatnich latach także w Rzeczypospolitej Polskiej obserwowany jest nasilający się proces starzenia się społeczeństwa. Udział osób starszych w populacji mieszkańców naszego kraju systematycznie rośnie. Zwiększa się także rozpowszechnienie chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera, gdyż wiek stanowi główny czynnik ryzyka rozwoju tychże chorób. Dotykają one głównie osób powyżej 60. roku życia i są jedną z istotnych przyczyn niepełnosprawności wśród osób starszych.

Według szacunków Narodowego Funduszu Zdrowia, dokonanych w oparciu o dane Institute for Health Metrics and Evaluation, w 2019 r. w kraju na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne chorowało 585 tys. osób (1,5% populacji).

Dane pochodzące z projektu *PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* (realizowanego w latach 2017–2020) wskazują, że częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych w populacji osób starszych w Rzeczypospolitej Polskiej jest wysoka. Średnio co szósta osoba w wieku 60. i więcej lat w Rzeczypospolitej Polskiej 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% przypadków. 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*, wskazują, że na przestrzeni dekady wzrosła w starszej populacji nie tylko częstość podejrzenia otępienia ogółem, ale wzrost ten dotyczył również bardziej zaawansowanych etapów choroby (umiarkowanego i znacznego) – z 3,6% do 4,2% w porównaniu do badania *PolSenior1*. Wzrost ten obserwowano zwłaszcza w grupie kobiet.

Sytuacja ta stanowi 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 mózgu².

Zgodnie z wynikami najnowszych badań – około 45% przypadków chorób otępiennych można potencjalnie zapobiec koncentrując się na 14. czynnikach ryzyka rozwoju tych chorób na różnych etapach życia³. Dlatego tak ważna jest edukacja społeczeństwa i upowszechnianie działań profilaktycznych.

¹ Zob. Mroczo, P., *Kryminologiczne, prawne i medyczne aspekty choroby Alzheimera*, rozprawa doktorska, Uniwersytet w Białymstoku, Białystok 2021.

² 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.

³ *Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission*, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01296-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01296-0/abstract), dostęp: 18.09.2024 r.

Stan osoby z zaburzeniami otępiennymi oraz wpływ zastosowanej terapii na tempo rozwoju choroby w dużej mierze zależą od czasu, w którym została postawiona diagnoza oraz rozpoczęto leczenie. Zbyt późne rozpoznanie, a tym samym późne rozpoczęcie procesu leczniczego, może pozostawić trwałe, nieodwracalne skutki (ubytki pamięci). Szybka diagnostyka różnicowa wraz z odpowiednio wcześniej włączonym leczeniem, jest warunkiem optymalnego przedłużenia okresu względnej samodzielności i niezależności chorych. „Uważa się, że nawet od 50 do 80% osób z otępieniem nie uzyskuje odpowiedniej diagnostyki i rozpoznania, a tym samym traci szanse na adekwatne leczenie. W części przypadków choroba zostaje rozpoznana na tyle późno, że włączenie leczenia objawowego, opóźniającego progresję zaburzeń poznawczych, nie przynosi już efektów.”⁴

Niezbędne jest także zapewnienie odpowiedniego wsparcia osobom chorym oraz ich bliskim. Obecnie brakuje rozwiązań systemowych ukierunkowanych na wsparcie osób z chorobami otępiennymi i osób bliskich w ich środowisku, nie ma wystarczającej liczby miejsc opieki dziennej. Brakuje łatwo dostępnych i praktycznych źródeł informacji o możliwościach uzyskania pomocy w procesie leczenia i opieki, a także o specyfice chorób otępiennych.

Większość opiekunów nieformalnych nie posiada wystarczającej wiedzy i umiejętności pomocnych w udzielaniu w sposób właściwy opieki domowej swoim starszym, niesamodzielnym bliskim. Może to niejednokrotnie prowadzić nie tylko do wystąpienia dodatkowych problemów zdrowotnych u osoby chorej, ale również do pogorszenia stanu zdrowia opiekuna (np. na skutek nieumiejętnego dźwigania osoby leżącej). Opiekunom osób chorych z zaburzeniami otępiennymi niejednokrotnie brakuje możliwości uzyskania porady i wsparcia emocjonalnego.

Aby efektywnie zarządzać interwencjami ukierunkowanymi na zarządzanie problemami wynikającymi z rozpowszechnienia chorób otępiennych, konieczne jest zabezpieczenie dostępu do wiarygodnych danych w celu poznania skali zjawiska oraz problemów osób chorych i ich opiekunów, a także prowadzenie badań naukowych dotyczących rozwoju diagnostyki i terapii w tym obszarze.

Celem głównym działań zaplanowanych w ramach „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych na lata 2025–2030”, zwanego dalej „Programem”, jest wzrost liczby osób, u których przeprowadzono testy oceniające funkcje poznawcze w podstawowej opiece zdrowotnej, a także zwiększenie dostępu do wsparcia dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi

Opracowanie Programu ma na celu usystematyzowanie i skoordynowanie działań aktualnie prowadzonych na rzecz osób z chorobami otępiennymi i ich bliskich, a także wypracowanie nowych rozwiązań – stanowiących efekt współpracy międzyresortowej oraz dialogu strony rządowej ze stroną społeczną – które w realny sposób wpłyną na poprawę jakości życia i funkcjonowania, głównie w środowisku lokalnym, osób chorych i ich opiekunów.

Nie ma możliwości osiągnięcia celu projektowanych zmian za pomocą innych środków niż dokument o charakterze strategicznym.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Prace nad propozycją konkretnych działań zostały poprzedzone diagnozą stanu faktycznego. Diagnozę oparto zarówno na ogólnodostępnych danych statystycznych dotyczących sytuacji osób z chorobami otępiennymi w Rzeczypospolitej Polskiej, jak i różnego rodzaju raportach i opracowaniach dotyczących tej tematyki. Ponadto, starano się brać pod uwagę propozycje kierunków działań przekazywanych przez przedstawicieli administracji publicznej oraz sektora społecznego podczas spotkań, w których uczestniczyli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia. Na ich podstawie sformułowano obszary strategiczne, do których przypisano poszczególne działania.

Wskazano główne obszary tematyczne Programu skupiające w szczególności następujące działania:

I. PODNOSZENIE ŚWIADOMOŚCI SPOŁECZNEJ

Działania mające na celu ograniczenie zachowań stygmatyzujących oraz ukierunkowane na uwrażliwienie społeczeństwa na potrzeby osób z chorobami otępiennymi i ich bliskich, działania edukacyjne dla różnych grup odbiorców, działania mające na celu tworzenie przestrzeni przyjaznej osobom chorym.

II. ZMNIEJSZANIE RYZYKA ZACHOROWANIA

Działania informacyjne na temat modyfikowalnych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń otępiennych oraz możliwych do podjęcia działań profilaktycznych, projektowanie działań promujących aktywność fizyczną, intelektualną i artystyczną, przygotowywanie wytycznych, np. dla jednostek samorządu terytorialnego w zakresie działań aktywizujących, wspierających prewencję chorób otępiennych.

⁴ Członkowski, T., Sienkiewicz-Jarosz, H., *Organizacja opieki nad chorymi z otępieniem w Polsce – aktualna sytuacja i propozycje rozwiązań systemowych*, praca dyplomowa, Gdański Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2023, s. 38.

III. WSPARCIE WCZESNEJ DIAGNOSTYKI

Usprawnienie diagnostyki osób z podejrzeniem występowania zaburzeń otępiennych, w tym ewentualnego zaimplementowania do systemu nowych metod i sposobów diagnostyki, wdrożenie narzędzi zwiększających wykrywalność zaburzeń otępiennych na wczesnym etapie oraz określenie ich etiologii.

IV. LECZENIE, OPIEKA I WSPARCIE DLA CHORYCH

Opracowanie zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia chorób otępiennych, a także działania z zakresu rozwoju opieki dziennej oraz domowej, ochrony praw osób z zaburzeniami otępiennymi, w tym systemu wspieranego podejmowania decyzji i wyrażania woli, zebranie i upowszechnienie informacji odnoszących się do wsparcia dostępnego dla chorych i ich bliskich w różnych sytuacjach, np. w przypadku nieobecności opiekuna spowodowanej nagłą hospitalizacją.

V. WSPARCIE DLA OPIEKUNÓW

Działania z zakresu wsparcia psychologicznego i informacyjnego opiekunów nieformalnych, opieka wytchnieniowa, działania szkoleniowe.

VI. BUDOWANIE SYSTEMÓW GROMADZENIA DANYCH

Gromadzenie oraz monitorowania danych na temat chorób otępiennych.

VII. BADANIA NAUKOWE

Prowadzenie badań naukowych oraz opracowywanie i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań w zakresie chorób otępiennych, wsparcie nowoczesnych technologii w opiece nad osobami z demencją.

Program ma charakter dokumentu strategicznego, wskazującego na zasadność podjęcia działań w określonych obszarach. Posłużą one jako podstawa do stworzenia systemu wsparcia dla osób chorych i ich bliskich. Program na obecnym etapie nie identyfikuje konieczności wprowadzenia zmian ustawowych, jednakże sposób wdrażania projektowanych rozwiązań może obejmować zmiany obowiązujących przepisów lub zaprojektowanie nowych aktów prawnych. Realizacja poszczególnych działań w dużej mierze będzie odbywać się w formie projektów finansowanych ze środków krajowych, np. w ramach Narodowego Programu Zdrowia, ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2024 r. poz. 1491, z późn. zm.) lub ze środków Unii Europejskiej, np. w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych lub Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027. Jednocześnie realizacja poszczególnych inicjatyw może obejmować przygotowanie dokumentów, które nie będą aktami prawa powszechnie obowiązującego, takimi jak: wytyczne, standardy postępowania albo zalecenia.

Program ma zwrócić uwagę na konieczność uwzględnienia potrzeb grupy osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów w projektowaniu działań publicznych w wielu wymiarach (m.in. zdrowia, zabezpieczenia społecznego, edukacji oraz rynku pracy). Umożliwi to podejmowanie skuteczniejszych i bardziej efektywnych działań na rzecz tych grup odbiorców, także po zakończeniu obecnie projektowanej edycji Programu. Działania z zakresu wczesnej diagnostyki chorób otępiennych (wprowadzone do wykazu świadczeń gwarantowanych) powinny pozwolić na oszacowanie z większą precyzją liczby osób z zaburzeniami otępiennymi w Rzeczypospolitej Polskiej i na zaplanowanie skali dalszych interwencji. Wypracowane rezultaty pozwolą na osiągnięcie celu głównego Programu: wzrostu liczby osób, u których przeprowadzono testy oceniające funkcje poznawcze w podstawowej opiece zdrowotnej, a także zwiększenie dostępu do wsparcia dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi.

Planuje się, że efektami prowadzonych działań będą przede wszystkim:

- 1) zwiększenie wiedzy i świadomości społecznej na temat chorób otępiennych, w tym głównie uwrażliwienie społeczeństwa na ten problem;
- 2) wypracowanie efektywnych rozwiązań z zakresu wczesnej diagnostyki, aby osoby z chorobami otępiennymi uzyskiwały diagnozę na jak najwcześniejszym etapie choroby;
- 3) usprawnienie działań z zakresu leczenia i opieki nad osobami z chorobami otępiennymi, aby osoby po uzyskaniu diagnozy, na każdym etapie choroby, otrzymywały wsparcie adekwatne do zidentyfikowanych potrzeb;
- 4) zaoferowanie kompleksowego wsparcia opiekunom nieformalnym osób chorych, w tym psychologicznego, edukacyjnego, informacyjnego oraz wytchnieniowego;
- 5) prowadzenie badań naukowych w zakresie chorób otępiennych pozwalających na wypracowanie nowych rozwiązań oraz metod leczenia i opieki, które w dłuższej perspektywie mogłyby zostać zaimplementowane do systemu.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W dniu 29 maja 2017 r. 70. Światowe Zgromadzenie Zdrowia w Genewie zatwierdziło „Globalny plan działania dotyczący reakcji zdrowia publicznego na demencję na lata 2017–2025” (Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025). Został on jednogłośnie przyjęty przez 194 kraje WHO.

Pierwszy cel wspomnianego dokumentu, zatytułowany „choroby otępienne jako priorytet zdrowia publicznego”, zakłada, iż 75% państw członkowskich WHO (146 krajów) opracuje do 2025 r. stosowne polityki, strategie, plany czy ramy działania dotyczące chorób otępiennych, albo jako odrębne dokumenty albo jako składowe zintegrowanych strategii lub planów.

Strategie przyjęło 48 krajów i terytoriów, w tym 39 państw członkowskich WHO (czyli ok. 27% ze 146 krajów wskazanych jako wartość docelowa w powyższym „Globalnym planie działania dotyczącym reakcji zdrowia publicznego na demencję na lata 2017–2025”).

WHO opracowało wytyczne „*Towards a dementia plan: a WHO guide*” jako wsparcie dla państw przygotowujących dokumenty strategiczne adresujące kwestie dotyczące chorób otępiennych. Wskazano w nim na zasadność zebrania interwencji i inicjatyw ukierunkowanych na wsparcie osób z chorobami otępiennymi i ich otoczenia w krajowym „planie” czy „programie”, co ma szansę przełożyć się na zwiększenie świadomości wyzwań, z którymi wiąże się narastająca zachorowalność na choroby otępienne i ułatwić koordynację działań ukierunkowanych na zmniejszenie stygmatyzacji, zapewnienie odpowiednich rozwiązań chroniących prawa chorych i ich bliskich, usprawniających proces diagnozy, leczenia i organizację opieki. Autorzy wytycznych przedstawiając argumenty uzasadniające potrzebę opracowania krajowego planu wobec demencji wskazali, iż jest to wyniszczająca choroba, na którą obecnie nie ma lekarstwa. Środki inwestowane w badania dotyczące chorób otępiennych pozostają na stosunkowo niskim poziomie w porównaniu z badaniami nad innymi chorobami o podobnym znaczeniu, takimi jak nowotwory czy choroby układu krążenia, co utrudnia identyfikację metod leczenia zapobiegawczego i modyfikującego przebieg choroby. Dlatego też kluczowe jest skupienie się na tym, jak można poprawić jakość życia osób z demencją, ich opiekunów i rodzin. Chorzy mają złożone potrzeby, które powinny być zaadresowane w wielu sektorach. Rozpoznanie i zaspokojenie tych potrzeb wymaga skoordynowanych wysiłków na wszystkich poziomach administracji – lokalnym, regionalnym i krajowym. Stworzenie planu dotyczącego demencji to okazja do ścisłej współpracy z odpowiednimi interesariuszami, a przede wszystkim osobami żyjącymi z demencją, ich opiekunami i rodzinami. Sformułowanie planu dotyczącego demencji nie tylko sygnalizuje polityczne zaangażowanie w identyfikację problemów wynikających ze zmian demograficznych i zwiększającej się liczby chorych, a także w postrzeganie chorób otępiennych jako priorytetu zdrowia publicznego, ale także daje możliwość zidentyfikowania rozwiązań, które obecnie nie są efektywne, usług, które wymagają racjonalizacji i zasobów, które można lepiej wykorzystać.

W przywołanych Wytycznych wskazano siedem priorytetowych obszarów działań wyodrębnionych w Globalnym planie działań na rzecz osób z demencją:

- demencja jako priorytet zdrowia publicznego,
- świadomość społeczna i życzliwość wobec osób z demencją,
- redukcja ryzyka wystąpienia demencji,
- diagnoza, leczenie, opieka i wsparcie dla chorych,
- wsparcie dla opiekunów osób z demencją,
- systemy informacyjne dotyczące demencji,
- badania i innowacje w zakresie demencji.

Przy tworzeniu pierwszego polskiego Programu posłużyły wskazówkami zawartymi we wspomnianym dokumencie WHO, w tym powołaniami na rozwiązania zastosowane w innych krajach.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
osoby z chorobami otępiennymi	Szacuje się, że średnio co szósta osoba w wieku 60 i więcej lat (a zatem 1,6 mln osób w 2020 r.) w Rzeczypospolitej Polskiej prezentuje deficyt poznawczy w stopniu nasuwającym podejrzenie otępienia (16,8% osób w wieku 60 i więcej lat w	„Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem PolSenior2”, 2021.	Zapewnienie kompleksowego systemu wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi. Realizacja działań, zarówno z zakresu diagnostyki, leczenia i opieki, jak również zapobieganie stygmatyzacji tychże osób przez działania edukacyjno-świadomościowe realizowane m.in. w grupach dzieci, młodzieży, przedstawicieli zawodów

	Rzeczypospolitej Polskiej prezentuje łagodne zaburzenia poznawcze, a u 15,8% wysunięto podejrzenie otępienia).		mających częsty kontakt z osobami chorymi.
opiekunowie nieformalni osób z chorobami otępiennymi	Min. ok. 468 tys. osób (według danych Institute for Health Metrics and Evaluation, w 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne chorowało 585 tys. osób) ⁵	Większość osób starszych i z niepełnosprawnościami wymagającymi wsparcia otrzymuje w kraju opiekę nieformalną– odsetek ten stanowi w zależności od badania od 80% do 93%. ⁶	Prowadzenie działań mających wpływ na poprawę poziomu funkcjonowania psychicznego opiekunów i radzenia sobie z osobistymi wyzwaniami związanymi z opieką, a także utrzymanie jak najlepszego poziomu zdrowia fizycznego.
organy administracji publicznej	• Prezes Rady Ministrów oraz ministrowie: – Cyfryzacji – Edukacji – Finansów – Funduszy i Polityki Regionalnej – Infrastruktury – Kultury i Dziedzictwa Narodowego – Nauki i Szkolnictwa Wyższego – Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – Rolnictwa i Rozwoju Wsi – Rozwoju i Technologii – Sportu i Turystyki – Sprawiedliwości – Spraw Wewnętrznych i Administracji – Zdrowia • Rzecznik Praw Obywatelskich • Rzecznik Praw Pacjenta	15	Baza JST Samorząd terytorialny w kraju, podstrona Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji: https://www.gov.pl/web/mswia/baza-jst (stan na 01.01.2025 r.) Działania ujęte w „Krajowym Programie Działań wobec Chorób Otępiennych 2025–2030” dotyczą wielu obszarów tematycznych, dlatego do jego skutecznej realizacji konieczne jest aktywne zaangażowanie nie tylko administracji rządowej centralnej oraz terenowej, ale także samorządu terytorialnego.
	samorządy gminne	2479 (w tym 302 miejskie, 718 miejsko-wiejskie i 1459 wiejskie)	

⁵ NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne, Warszawa 2022

⁶ Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce, Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, Bank Światowy, 2015

	samorządy powiatowe,	314	
	samorządy wojewódzkie	16	
Związek Stowarzyszeń Alzheimer Polska i Polskie Stowarzyszenie na Pomoc Osobom Niesamodzielnym	2	–	Realizacja kompleksowych i ponadsektorowych działań, mających na celu zapewnienie najefektywniejszego wsparcia osobom chorym i ich bliskim wymaga zaangażowania organizacji wchodzących w skład społeczeństwa obywatelskiego, które działają na rzecz grupy docelowej projektowanych działań.
populacja Rzeczypospolitej Polskiej w wieku 10 lat i więcej	34 020 948	Główny Urząd Statystyczny (stan ludności na 05.06.2024 r.)	Upowszechnienie informacji o zasadach profilaktyki i zdrowego stylu życia.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt uchwały w ramach konsultacji publicznych i opiniowania (z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag) otrzymują:

- 1) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 3) Prezes Agencji Badań Medycznych;
- 4) Główny Inspektor Farmaceutyczny;
- 5) Główny Inspektor Sanitarny;
- 6) Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- 7) Centrum e-Zdrowia;
- 8) Rzecznik Praw Pacjenta;
- 9) Rzecznik Praw Obywatelskich;
- 10) Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 11) Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 12) Naczelna Rada Lekarska;
- 13) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 14) Naczelna Rada Aptekarska;
- 15) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 16) Krajowa Rada Fizjoterapeutów;
- 17) Krajowa Rada Ratowników Medycznych;
- 18) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;
- 19) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 20) Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego;
- 21) Forum Związków Zawodowych;
- 22) Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność”;
- 23) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” - 80;
- 24) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 25) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 26) Ogólnopolski Związek Lekarzy;
- 27) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 28) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 29) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 30) Konfederacja „Lewiatan”;
- 31) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 32) Związek Pracodawców - Business Centre Club;
- 33) Federacja Przedsiębiorców Polskich;
- 34) Organizacja Pracodawców Rada Przedsiębiorców;
- 35) Krajowa Izba Gospodarcza;
- 36) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 37) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 38) Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 39) Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 40) Konfederacja Pracodawców Polskich;

- 41) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia - Porozumienie Zielonogórskie;
- 42) Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej;
- 43) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 44) Ogólnopolski Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych;
- 45) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 46) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów;
- 47) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 48) Izba Lecznictwa Polskiego;
- 49) Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia;
- 50) Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Farmaceutycznych;
- 51) Rada Dialogu Społecznego;
- 52) Rada Działalności Pożytku Publicznego;
- 53) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 54) Wojewoda Dolnośląski;
- 55) Wojewoda Kujawsko-Pomorski;
- 56) Wojewoda Lubelski;
- 57) Wojewoda Lubuski;
- 58) Wojewoda Łódzki;
- 59) Wojewoda Małopolski;
- 60) Wojewoda Mazowiecki;
- 61) Wojewoda Opolski;
- 62) Wojewoda Podkarpacki;
- 63) Wojewoda Podlaski;
- 64) Wojewoda Pomorski;
- 65) Wojewoda Śląski;
- 66) Wojewoda Świętokrzyski;
- 67) Wojewoda Warmińsko-Mazurski;
- 68) Wojewoda Wielkopolski;
- 69) Wojewoda Zachodniopomorski;
- 70) Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego;
- 71) Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego;
- 72) Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego;
- 73) Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego;
- 74) Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego;
- 75) Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego;
- 76) Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie;
- 77) Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego;
- 78) Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego;
- 79) Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego;
- 80) Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego;
- 81) Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego;
- 82) Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego;
- 83) Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego;
- 84) Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego;
- 85) Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego;
- 86) Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii;
- 87) Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii;
- 88) Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii;
- 89) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego;
- 90) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego;
- 91) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej;
- 92) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 93) Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 94) Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere;
- 95) Stowarzyszenie Polska Unia Szpitali Klinicznych;
- 96) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 97) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy;
- 98) Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji;
- 99) Ośrodek Badawczo-Naukowo-Dydaktyczny Chorób Ośpionych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu;
- 100) Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej;

- 101) Alzheimer Polska;
102) Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera;
103) Fundacja na rzecz standardów opieki w chorobach otępiennych Wyspy Pamięci;
104) Fundacja CARE;
105) Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego.

Projekt uchwały zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione, po ich zakończeniu, w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2025 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											Łącznie (0-10)
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem		0,3	4,8	13,7	222,2	223,9	223,3					688,3
budżet państwa		0,08	4,7	13,6	15,1	16,8	16,2					68,5
JST			0,1	0,1	0,1	0,1	0,1					0,5
NFZ			0,01	0,01	207	207	207					621,02
ABM		0,2										0,2
Saldo ogółem		-0,3	-4,8	-13,7	-222,2	-223,9	-223,3					-688,3
budżet państwa		-0,08	-4,7	-13,6	-15,1	-16,8	-16,2					-68,5
JST			-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1					-0,5
NFZ			-0,01	-0,01	-207	-207	-207					-621,02
ABM		-0,2										-0,2

Źródła finansowania

Prowadzenie efektywnych działań na rzecz poprawy jakości życia osób z chorobami otępiennymi i ich bliskich wymaga poniesienia wymiernych nakładów finansowych.

Działania zaplanowane w „Krajowym Programie Działań wobec Chorób Otępiennych na lata 2025–2030” będą finansowane ze środków jednostek sektora finansów publicznych, w tym z budżetu środków europejskich. W ramach środków krajowych zaplanowane działania mają być wdrażane m.in. budżetu państwa, w tym m.in. ze środków Narodowych Programów Zdrowia (NPZ), realizowanych w latach 2025-2030. W przypadku prowadzenia działań w ramach NPZ planuje się ich realizację głównie w trybie konkursowym. Sumarycznie realizacja Programu będzie wymagała zaangażowania kwoty ponad 756 mln zł w całym okresie jego realizacji, w tym ponad 67,8 mln zł ze środków Unii Europejskiej. Środki te wskazano jako potencjalne źródła finansowania planowanych działań przy założeniu dopuszczalności finansowania interwencji danego typu ze środków polityki spójności i będą one mogły zostać uruchomione zgodnie z obowiązującymi procedurami wyłaniania projektów do dofinansowania.

Planowane koszty realizacji działań w poszczególnych obszarach Programu:

- I. Podnoszenie świadomości społecznej – 21 533 000 zł
- II. Zmniejszanie ryzyka zachorowania – 4 570 000 zł
- III. Wsparcie wczesnej diagnostyki – 624 440 000 zł
- IV. Leczenie, opieka i wsparcie dla chorych – 64 699 998 zł
- V. Wsparcie dla opiekunów – 41 205 257,27 zł
- VI. Budowanie systemów gromadzenia danych – działania bezkosztowe
- VII. Badania naukowe – 200 000 zł

Duża część środków europejskich będzie pochodziła z Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 (FERS). Część działań została już zaakceptowana, np. projekt Rzecznika Praw Pacjenta pt. „Helpline – uruchomienie i utrzymanie bezpłatnej infolinii dla osób chorych na chorobę Alzheimera lub inne zaburzenia otępienne oraz ich rodzin i opiekunów”.

Należy wskazać, że działania finansowane ze środków NFZ będą wprowadzane zgodnie z procesem kwalifikacji nowych świadczeń gwarantowanych, uwzględniającym uprzednią ocenę wnioskowanego świadczenia w oparciu o kryteria określone w art. 31a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), a zatem także skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Wszelkie skutki finansowe wynikające z projektowanej uchwały w zakresie wydatków z katalogu określonego w art. 131c ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będą pokrywane corocznie w ramach wysokości środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia, ustalonej zgodnie z art. 131c ust. 1 pkt 1 wspomnianej ustawy bez konieczności ich zwiększania, w tym w ramach niezwiększonego funduszu wynagrodzeń.

Zakłada się, że część projektów ukierunkowanych na wsparcie osób z chorobami otępiennymi i ich otoczenia będzie w kolejnych latach finansowana z programów rządowych dotyczących wsparcia osób starszych (ze względu na plany dotyczące wprowadzenia stosownych kryteriów do prowadzonych naborów), niemniej jednak trzeba wyraźnie podkreślić, że premiowanie inicjatyw ukierunkowanych na wsparcie osób z chorobami otępiennymi i ich bliskich nie spowoduje zwiększenia wysokości budżetów tychże programów.

Jako znaczące źródło finansowania działań o charakterze badawczym wskazano środki na konkursy na niekomercyjne badania kliniczne, prowadzone przez Agencję Badań Medycznych. Także w tym przypadku ujęcie tych działań w powyższych konkursach nie spowoduje zwiększenia kwoty alokacji na ich realizację.

Rozwiązania w obszarze polityki społeczno-gospodarczej będą wdrażane w sposób, który nie naruszy stabilności finansów publicznych.

Projektowana regulacja zostanie sfinansowana w ramach środków zaplanowanych w ustawie budżetowej na dany rok w budżetach poszczególnych dysponentów oraz nie będzie stanowić podstawy do ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa na ten cel.

Nie występuje ryzyko podwójnego finansowania działań wykazanych w Programie.

Działania wskazane do finansowania z NPZ od 2026 r. będą realizowane, jeżeli w NPZ zostaną zapewnione środki finansowe – o ile do tego czasu nie zakończą się prace nad nowym NPZ.

Szacunki kosztów zostały opracowane w oparciu o dane wynikające z doświadczeń związanych z realizacją zamówień w latach ubiegłych, dotychczasową praktykę w zakresie prowadzonych działań oraz informacji przekazywanych przez instytucje koordynujące realizację poszczególnych działań.

Koszty działań informacyjnych były szacowane głównie na podstawie:

- kosztów działań tego rodzaju realizowanych w latach ubiegłych, np. kampanii zleconej przez Ministerstwo Zdrowia w latach 2022-2023, opracowań tematycznych dotyczących organizacji i projektowania przestrzeni wewnętrznych pod kątem potrzeb osób starszych;
- rozeznania kosztów analogicznych działań (nagrody w konkursach dla studentów i doktorantów, opracowanie broszur, informatorów).

Koszty działań szkoleniowych były szacowane na podstawie bieżących cen rynkowych, a także doświadczeń z działań prowadzonych w ostatnich latach w ramach NPZ oraz FERS. Działania edukacyjne skierowane do pracowników pomocy i integracji społecznej (w tym pracowników organizacji pozarządowych), zaplanowane do realizacji przez ROPS wyceniono na podstawie zgłoszeń tychże Ośrodków (część ROPS planuje zrealizować odnośne działania edukacyjne w ramach już realizowanych projektów ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2021-2027).

Szacunek kosztów wdrożenia rozwiązań z zakresu wczesnej diagnostyki chorób otępiennych oparto na wycenie poszczególnych świadczeń, które planowano wprowadzić w ramach Programu pilotażowego z zakresu wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych i wycenie AOTMiT dokonanej w 2022 r. (po odpowiednim zwiększeniu o koszty inflacji). Grupę odbiorców tychże świadczeń określono na podstawie danych o rocznej zachorowalności rejestrowanej, zamieszczonych raporcie NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne.

Koszty działań planowanych do finansowania w programie FERS podano zgodnie z podpisaną umową na utworzenie infolinii dla osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów, a także z alokacją środków

	na ogłoszony w 2025 r. konkurs dotyczący wsparcia psychologicznego opiekunów osób starszych i ustaloną alokacją na konkurs dotyczący pilotażowego wdrożenia Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci. Działania związane z profilaktyką depresji i zapobiegania samobójstwom wśród opiekunów osób z chorobami otępiennymi wyceniono zgodnie ze zgłoszeniem Instytutu Psychiatrii i Neurologii, który prowadził już analogiczne działania w ostatnich latach. Szacunek kosztów działań obejmujących analizę systemową populacji polskiej dotkniętej chorobami otępiennymi oparto na wycenie przeprowadzonej przez Agencję Badań Medycznych. Finansowanie Budżet państwa • Budżety części, których dysponentami są ministrowie, w tym środki na realizację programów strategicznych, jak Narodowy Program Zdrowia na lata 2026-2030 Budżety JST Budżety innych JSFP, w tym NFZ Środki UE
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Zachodzące zmiany demograficzne w Rzeczypospolitej Polskiej będą prowadziły do zwiększającej się liczby chorych na choroby otępienne (ryzyko rozwoju choroby Alzheimera i otępienia wzrasta wraz z wiekiem) i konieczności zwiększania nakładów związanych z leczeniem i opieką nad tymi osobami. Planuje się, że wprowadzenie Programu w dłuższym okresie będzie miało pozytywny wpływ na sektor finansów publicznych, ponieważ przyczyni się m.in. do: 1) ograniczenia wzrostu kosztów leczenia i opieki, dzięki działaniom profilaktycznym, zmniejszającym ryzyko zachorowania lub odsuwającym je w czasie, wcześniejszemu diagnozowaniu i wdrożeniu leczenia (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 leczenie i opiekę nad chorymi z nowotworami, chorobami sercowo-naczyniowymi oraz udarami mózgu) i wydłużenia samodzielności osób chorych; 2) lepszej organizacji usług zdrowotnych i społecznych, co pozwoli na bardziej efektywne wykorzystanie zasobów publicznych; 3) ograniczenia wzrostu obciążeń systemu opieki społecznej, dzięki wsparciu dla nieformalnych opiekunów osób z chorobami otępiennymi; 4) ograniczenia wzrostu obciążeń dla systemu świadczeń socjalnych, dzięki temu, że opiekunowie osób z chorobami otępiennymi będą pozostawać dłużej na rynku pracy. Przewiduje się, że liczba osób z chorobami otępiennymi na świecie potroi się w ciągu najbliższych 30. lat, co będzie wiązało się z ciągłym wzrostem kosztów leczenia i opieki nad tą grupą. Podobnie sytuacja może wyglądać także w kraju. Ze względu na brak jak dotąd skutecznego leczenia – sytuacja ta ma coraz większy wpływ na zdrowie publiczne i powoduje konieczność ukierunkowania działań na skuteczne strategie zapobiegawcze. Zjawisko to coraz poważniej obciąża kraje o niskich i średnich dochodach. Należy wskazać, że – zgodnie z dostępnymi źródłami – interwencje ukierunkowane na zmniejszanie oddziaływania modyfikowalnych czynników ryzyka demencji są wysoce opłacalne, zarówno w środowiskach o wysokich, niskich, jak i średnich dochodach⁷.

⁷ Walsh, S., Brain, J., Mukadam, N., Anderson, R., Greene, L., Govia, I., Kuhn, I., Anstey, K. J., Knapp, M., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2022). A systematic review of the cost-effectiveness of community and population interventions to reduce the modifiable risk factors for dementia.

	Dodatkowo badania z krajów o wysokich dochodach wykazały znaczące zmniejszenie zapadalności na choroby otępienne w ostatnich dekadach, co stanowi empiryczny dowód na to, że chociaż choroby te są silnie związane ze starzeniem się, wystąpienie części zachorowań można opóźnić, a nawet im zapobiec. Potencjalne korzyści mogą być większe w krajach o niskich i średnich dochodach oraz we wszystkich krajach, w których interwencje na poziomie populacji, nie są jeszcze wprowadzone⁸. Należy zwrócić uwagę, iż - z ekonomicznego punktu widzenia – interwencje niezbędne w zaawansowanych stadiach chorób otępiennych są czynnikami wysoko kosztotwórczymi, zatem opóźnienie demencji może znacząco przyczynić się do zmniejszenia kosztów opieki zdrowotnej.⁹ Istnieją zatem także korzyści z wczesnego diagnozowania demencji. Po pierwsze, zaczynają pojawiać się dowody na to, że wczesne leczenie choroby Alzheimera opóźnia spadek funkcji poznawczych. Po drugie, wczesna świadomość diagnozy ułatwia podejmowanie świadomych decyzji, np. związanych z planowaniem spraw finansowych i prawnych lub organizacją opieki w przyszłości. Wreszcie, wraz z pojawieniem się terapii modyfikujących przebieg choroby, które są ukierunkowane na patofizjologię choroby Alzheimera i opóźnienie jej postępu, znaczenie wczesnej diagnostyki otępienia będzie rosło w nadchodzących latach. Wczesne rozpoznanie choroby może umożliwić lekarzom interwencję i podjęcie próby opóźnienia pogorszenia funkcjonowania i niepełnosprawności.
--	--

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe								
Skutki								
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	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.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projektowany dokument może mieć pośredni wpływ na godzenie obowiązków opiekuńczych z aktywnością zawodową opiekunów osób z chorobami otępiennymi.						
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Brak.						
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								

⁸ Ibidem.

⁹ Braun, A., Höfler, M., & Auer, S. (2024). Cost-effectiveness of prevention for people at risk for dementia: A scoping review and qualitative synthesis. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 11(2), 402–413. <https://doi.org/10.14283/jpad.2024.12>

☒ nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne: ...	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne: ...
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy

Komentarz:
Brak

9. Wpływ na rynek pracy

Zaprojektowanie odpowiedniego systemu wsparcia dla opiekunów nieformalnych może wpłynąć na ułatwianie godzenia przez przedstawicieli tej grupy obowiązków rodzinnych (opiekuńczych) z pracą zawodową oraz ułatwienie powrotu na rynek pracy osobom, które sprawują lub sprawowały opiekę nad członkiem rodziny.

Realizacja zadań w tym zakresie ma za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób chorych przez wsparcie ich w codziennych obowiązkach przez zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki dysponować będą czasem, który będą mogły przeznaczyć na wykonywanie pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne: ...	☒ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
--	---	--

Omówienie wpływu	Ze względu na fakt, iż choroby otępienne, w tym choroby Alzheimera, dotyczą głównie osób powyżej 60. roku życia, a także mając na uwadze, że opiekunowie nieformalni tychże osób niejednokrotnie już są, bądź niebawem będą, seniorami, działania zaplanowane w programie skierowane są przede wszystkim do grupy osób starszych. Realizacja założeń Programu może w realny sposób wpłynąć na poprawę zdrowia, w tym przede wszystkim jakości życia związanej ze zdrowiem, osób z chorobami otępiennymi oraz ich bliskich. Wdrożenie działań z zakresu wczesnej diagnostyki umożliwi rozpoczęcie leczenia na wczesnym etapie i tym samym opóźnienie postępu choroby. Planuje się, że wsparcie, które w ramach Programu oferowane będzie opiekunom również wpłynie na poprawę ich zdrowia fizycznego, psychicznego, a także ułatwi im codzienne funkcjonowanie.
------------------	--

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Planowany termin przyjęcia uchwały przez Radę Ministrów to IV kwartał 2025 r. Uchwała ma wejść w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Należy jednak podkreślić, że samo wejście przepisów w życie nie rozwiąże problemów związanych z rosnącą liczbą przypadków chorób otępiennych, a jedynie da podstawę do wdrożenia instrumentów niezbędnych do jego rozwiązania. Wejście w życie uchwały umożliwi skuteczne wdrażanie tychże działań w perspektywie do 2030 r.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Realizacja celów i działań ujętych w Programie będzie podlegała stałemu monitoringowi przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Będzie on prowadzony w następujący sposób:

- 1) roczna, pełna sprawozdawczość z realizacji Programu, obejmująca opis zrealizowanych działań, zgodność realizacji z harmonogramem, sposób i poziom finansowania działań oraz wnioski i rekomendacje;
- 2) po 3 latach przegląd działań składających się na realizację poszczególnych celów Programu, z możliwością ich aktualizacji oraz dodawania nowych propozycji.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak.

