



# MINISTER ZDROWIA

MZ-ZP-Z-070-29451-1/AR/14

GABINET MARSZAŁKA SENATU  
wpłynęło dn. 25.04.2014 r.  
nr 1823 podpis M. Burec

Warszawa, 2014-04-15

SEKRETARIAT  
Biura Prac Senackich  
Wpłynęło dn. 28.04.14 zał. ....  
nr 2771 podpis R. Turle

Pan

**Bogdan Borusewicz**

**Marszałek Senatu**

**Rzeczypospolitej Polskiej**

*Szanowny Panie Marszałku!*

W odpowiedzi na pismo z dnia 26 marca 2014 r., znak: BPS/043-51-2221/14, przy którym przekazane zostało oświadczenie złożone przez Pana Ryszarda Knosalę, Senatora Rzeczypospolitej Polskiej, dotyczące kompleksowych rozwiązań w zakresie walki z chorobą Alzheimera, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Choroba Alzheimera (Alzheimer's disease – AD) jest typowa dla wieku podeszłego i stanowi wyzwanie XXI wieku, jako jeden z głównych problemów zdrowotnych tej grupy wiekowej. W Polsce leczenie choroby Alzheimera oraz innych chorób neurodegeneracyjnych podejmowane jest w ramach szeregu różnych specjalności i form opieki, tj. geriatry, neurologii czy w ramach opieki długoterminowej.

Choroba Alzheimera jest pierwotną zwyrodnieniową chorobą mózgu z charakterystycznymi cechami neuropatologicznymi i neurochemicznymi. Choroba zaczyna się w średnim wieku lub wcześniej (choroba Alzheimera w wieku przedstarczym) ale zapadalność jest wyższa w wieku późniejszym (choroba Alzheimera wieku starczego).<sup>1</sup> Choroba Alzheimera jest najczęstszą postacią otępienia (demencji), które to schorzenie związane jest ze starzeniem się. Liczbę chorych cierpiących z powodu różnego rodzaju zespołów otępiennych na świecie ocenia się na ok. 30 mln. Przewiduje się, że wzrośnie ona do 60 mln w 2030 r. i aż do 114 mln w 2050 r. Choroba Alzheimera jest główną przyczyną otępienia wśród rasy białej i stanowi od 50% do 70% wszystkich otępień.<sup>2</sup> W Polsce brak pewnych danych odnośnie liczby osób, u których rozpoznano otępienie na tle zmian zwyrodnieniowych mózgu typu Alzheimerowskiego. Można oprzeć się tylko o dane pochodzące z badań prowadzonych w innych krajach i szacunkowo przyjąć, że w Polsce ok. 200 tys. osób spełnia kryteria diagnostyczne określone dla otępienia Alzheimerowskiego. Częstość występowania otępień,

<sup>1</sup> „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. ICD-10 V rozdział”, s. 52.

<sup>2</sup> „Zaburzenia funkcji poznawczych u osób w starszym wieku” (W:): PolSenior „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce” (Red:) Zespół, s. 109.

w tym otępienia Alzheimerowskiego wzrasta wraz z wiekiem, więc należy się spodziewać, że w najbliższych latach liczba chorych z tym otępieniem będzie wzrastała.

Należy podkreślić, iż Minister Zdrowia – w ramach swoich kompetencji – podejmuje działania mające na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Podstawę działań stanowią przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia opieki zdrowotnej zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane, finansowane są ze środków publicznych, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Przysługują zatem wszystkim świadczeniobiorcom, w tym osobom chorym na chorobę Alzheimera, kwalifikującym się do danego typu leczenia.

Wraz z wpływem wyraźnie wzrastającej tendencji do zachorowań na chorobę Alzheimera na jednostki i społeczeństwo, bardzo ważną rolę odgrywa wczesne diagnozowanie schorzenia, gdyż pozwala ono osobie dotkniętej chorobą oraz członkom jej rodziny na przygotowanie się i zaplanowanie przyszłości i wczesne podjęcie leczenia. Według opublikowanego w 2011 r. raportu World Alzheimer Report<sup>3</sup> tylko u jednej trzeciej do połowy osób cierpiących na chorobę Alzheimera choroba została zdiagnozowana. Dotychczas nie znaleziono leku, cofającego lub chociaż zatrzymującego postęp choroby. Leczenie farmakologiczne koncentruje się na objawowym leczeniu zaburzeń pamięci i funkcji poznawczych. Przy rozpoznaniu demencji i choroby Alzheimera, zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrow. Poz. 42) na dzień 1 marca 2014 r., we wskazaniu określonym stanem klinicznym: „choroba Alzheimera” refundowane są leki psychoanaleptyczne - inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu ww. jednostki chorobowej. Niniejsze leki zawierają następujące substancje czynne: donepezilum (36 produktów, z odpłatnością pacjenta w przedziale od 7,28 zł do 24,86 zł); rywastygminum (68 produktów w postaci doustnej – kapsułki twarde, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, roztwór doustny – z odpłatnością pacjenta w przedziale od 6,94 zł do 189,55 zł); rywastygminum (4 produkty w postaci systemu transdermalnego - z odpłatnością pacjenta w przedziale od 134,61 zł do 246,14 zł).

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, iż w roku 2013 w porównaniu z latami 2011-2012 - uległa zmniejszeniu liczba świadczeń udzielonych osobom z chorobą

---

<sup>3</sup> Alzheimer Disease International World Alzheimer Report 2011 <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011.pdf>.

Alzheimera poniżej 60 r.ż. w poszczególnych rodzajach. Odnotowano również tendencję spadkową w przypadku osób powyżej 60 r.ż. (z wyjątkiem świadczeń w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, którymi w 2013 r. w porównaniu z rokiem 2011 dodatkowo objęto 2.956 osób).

Szczegółowe dane dotyczące liczby świadczeniobiorców z chorobą Alzheimera, w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, przedstawione zostały w poniższej tabeli.

Tabela 1. Liczba świadczeniobiorców z chorobą Alzheimera poniżej i powyżej 60. roku życia w latach 2011-2013.

<b>Liczba świadczeniobiorców z chorobą Alzheimera poniżej 60 roku życia</b>			
<b>Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej</b>	<b>Rok realizacji</b>		
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)	1818	1961	1281
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)	2414	2344	2033
Leczenie Szpitalne (LSZ)	330	300	236
Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	6	7	5
<b>Liczba świadczeniobiorców z chorobą Alzheimera powyżej 60 roku życia</b>			
<b>Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej</b>	<b>Rok realizacji</b>		
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)	26520	30484	27535
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)	26774	31951	29730
Leczenie Szpitalne (LSZ)	5196	5289	5015
Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	43	35	20

W 2013 r. najwięcej świadczeniobiorców z chorobą Alzheimera poniżej 60. roku życia było w województwie śląskim (POZ-277, AOS-420, LSZ-38), a najmniej w województwie podlaskim (POZ -24, AOS -28, LSZ -3).

W przypadku osób z chorobą Alzheimera powyżej 60. roku życia najwięcej świadczeniobiorców było natomiast w województwie śląskim (POZ-5724, LSZ-1275) i mazowieckim (AOS-6635), a najmniej w województwie warmińsko-mazurskim (POZ -557, AOS -579, LSZ -87).

Ponadto szczególnie ważnym przykładem prowadzonych działań na rzecz osób starszych, w tym chorych na chorobę Alzheimera, jest opracowany dokument pn.: „Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020”, przyjęty Uchwałą Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 (M.P. z 2014 r., poz. 118).

W pracach nad ww. dokumentem uczestniczyła Rada ds. Polityki Senioralnej, powołana w lutym 2013 r., jako organ pomocniczy MPiPS. Do udziału w jej pracach zaproszono przedstawicieli ministerstw i urzędów centralnych, a także samorządów, organizacji

pozarządowych oraz ekspertów. Zgodnie z założeniami ww. dokumentu, celem polityki senioralnej w Polsce będzie wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych.

Główne zidentyfikowane wyzwania dla polityki senioralnej, wokół których wypracowano kierunki interwencji, to m.in. wydłużenie okresu aktywności zawodowej, wykorzystanie potencjału osób starszych w obszarze aktywności społecznej i obywatelskiej, zapotrzebowanie na rozwiązania pozwalające na godzenie życia zawodowego z rodzinnym osób pracujących w wieku 50+ (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi).

Polityka senioralna skupia się na takich obszarach jak zdrowie i samodzielność, gdzie wskazano m.in. konieczność rozwoju opieki geriatrycznej i usług opiekuńczych, oraz kładzie się nacisk na profilaktykę i odpowiednie przygotowanie się do starości, a także zachęcanie do aktywności fizycznej. Kolejnym istotnym obszarem jest aktywność zawodowa. W dokumencie podkreśla się, że głównym celem polityki senioralnej w tym obszarze jest zaplanowanie działań, które umożliwią jak najlepsze wykorzystanie potencjału osób starszych na rynku pracy i tym samym pozwolą na zwiększenie i przedłużenie aktywności zawodowej osób 50+ oraz 60+. Kolejne obszary polityki to: aktywność społeczna i edukacyjna osób starszych; tu wskazuje się m.in. na edukację prozdrowotną, obywatelską, upowszechnianie wolontariatu, aktywności kulturalnej. W założeniach mowa jest również o tzw. silver economy, czyli srebrnej gospodarce - systemie ekonomicznym ukierunkowanym na wykorzystanie potencjału osób starszych i uwzględniającym ich potrzeby. Autorzy założeń wskazali także na relacje międzypokoleniowe i konieczność budowania pozytywnego wizerunku osób starszych zakładającego spojrzenia na starość jako na naturalny etap życia człowieka i przedstawianie osób starszych jako grupy zróżnicowanej i wnoszącej istotny wkład w życie społeczne.

Jednocześnie należy zaznaczyć, iż kwestie związane z koniecznością podjęcia działań na rzecz osób starszych w obszarze zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych zostały ujęte w rozdziale 2 pn.: „Zdrowie i samodzielność”, w szczególności w podrozdziale 2.1.1 Priorytet 1. pn.: „Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych” oraz w podrozdziale 2.1.3 Priorytet 3. pn.: „Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych”.

Aktualnie trwają prace dotyczące wypracowania modelu opieki nad osobami przewlekle chorymi, w podeszłym wieku oraz niepełnosprawnymi, wymagającymi świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

Przedmiotowe prace realizowane są we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej i dotyczą głównie kwestii związanych ze stanem opieki pielęgniarskiej w kontekście zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej.

*Z powołaniem*

Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU

*Igor Radziewicz-Winnicki*