# Pacjenci i ich rodziny wobec systemu

# Choroba Alzheimera

*Opiekunami osób chorych są najczęściej ich bliscy. Sprawowanie opieki stanowi ogromne obciążenie psychiczne, w tym w dłuższej perspektywie prowadzić może do wypalenia. Opiekunowie chorych nazywani są »ukrytymi ofiarami choroby Alzheimera«. [...]Większość opiekunów zmaga się z opieką samotnie, podlega licznym obciążeniom finansowym, logistycznym, wykluczeniu społecznemu i potrzebuje pomocy.*

*Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych*

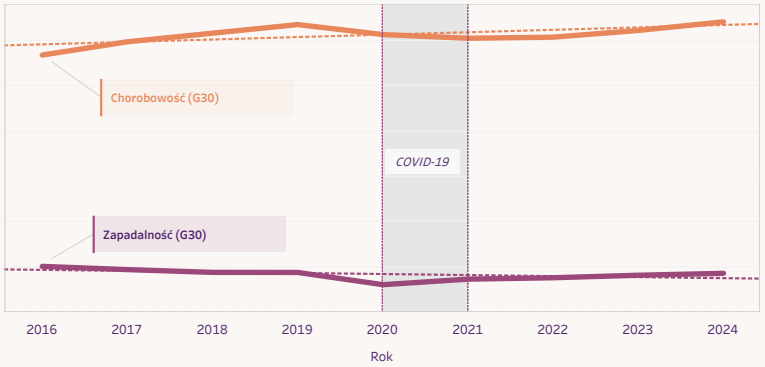
*Raport powstał przy wsparciu firmy Eli Lilly.*

Home
Czego nie widać?
Białe plamy
Pacjenci bez diagnozy
Droga przez system
Koszty
Rekomendacje

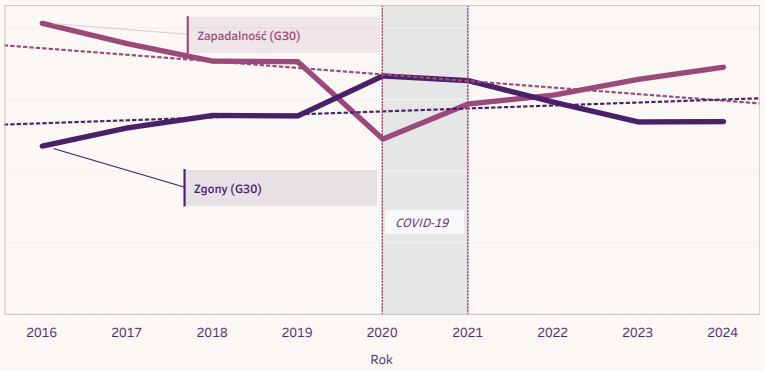
# Czego nie widzi system?

*Chorobowość, zapadalność i zgony*

## Chorobowość i zapadalność




## Zapadalność i zgony




**128 464**

Zarejestrowanych pacjentów (BASiW G30, 2024)

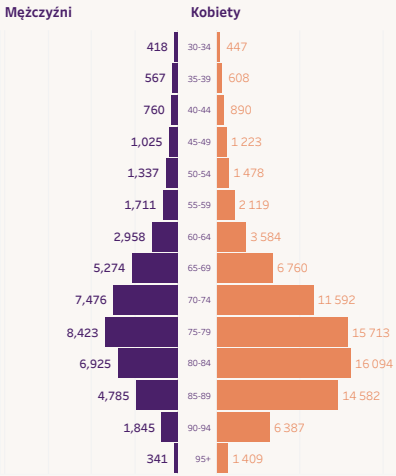
**-14%**

Spadek nowych rozpoznań (zapadalność) od 2016 roku.

**84%**

Pacjentów 65+

## Liczba Chorych




**System rejestruje coraz mniej nowych rozpoznań choroby Alzheimera**, mimo że populacja się starzeje: zapadalność spadła o 14% od 2016 roku. W tym samym czasie liczba osób w rejestrze rośnie, w ciągu ośmiu lat **przybyło 15 tysięcy pacjentów**, do 128 tysięcy w 2024 roku, a rośnie też liczba zgonów: w szczycie pandemii COVID-19 skoczyły o 20% rok do roku i nawet po jej ustaniu nie wróciły do poziomu sprzed 2017 roku. W latach 2016–2024 zmarło łącznie 128 tysięcy osób, niemal tyle, ile system w tej chwili ma w rejestrze.

Modele epidemiologiczne (IHME, Alzheimer Europe) szacują, że rzeczywista liczba chorych w Polsce jest od trzech do pięciu razy wyższa niż liczba zarejestrowana — odpowiednio 447 i 618 tysięcy. Sugerowałoby to dużą lukę diagnostyczną, choć bez krajowych badań przesiewowych nie da się jej dziś precyzyjnie zmierzyć.

**Choroba dotyka przede wszystkim kobiet,** stanowią dwie trzecie pacjentów. Szczyt zapadalności przypada na grupę 75–84 lata, ale blisko 21 tysięcy chorych ma poniżej 65 lat, czyli nie jest to wyłącznie „choroba starości".

Na kolejnych slajdach pokażemy, dlaczego tak wygląda polski system diagnostyczny, zaczynając od fizycznych barier w dostępie do neurologa.

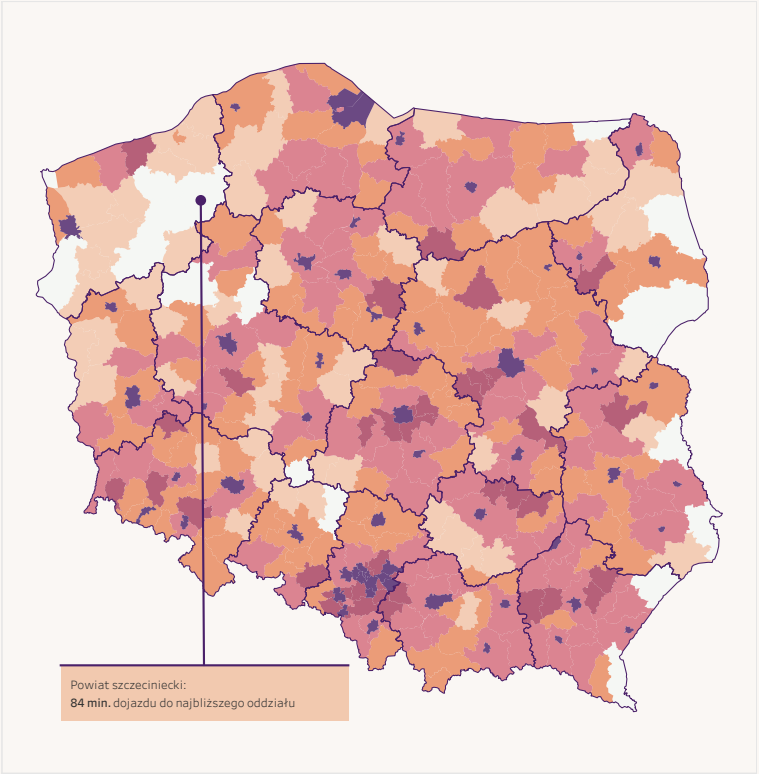
*Źródło: BASiW – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, Mapy potrzeb zdrowotnych MZ, epidemiologia chorób G30, 2016–2024 | Szacunki: IHME/GBD 2023, Alzheimer Europe 2025 | Definicja: ICD-10 G30 (choroba Alzheimera, wszystkie podtypy) | Oprac.: Fundacja Chorób Mózgu / Rafał Szymczak*


Home
Czego nie widać?
Białe plamy
Pacjenci bez diagnozy
Droga przez system
Koszty
Rekomendacje

# Białe plamy na mapie

*Czas dojazdu do najbliższego oddziału neurologicznego (w minutach)*

## Czas dojazdu do oddziału neurologicznego




Czas dojazdu (przedział)

- 0 min (oddział w powiecie)
- 1–20 min.
- 21–30 min.
- 31–45 min.
- 46–60 min.
- ponad 60 min.

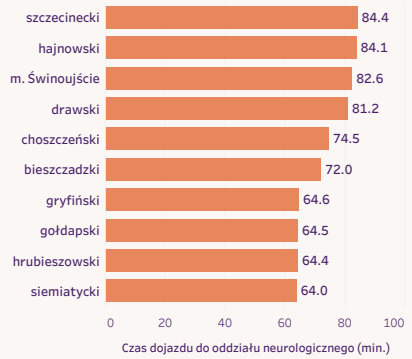
**84 min.**

Najdłuższy czas dojazdu (Powiat szczeciniecki)

**30 min.**

Przeciętny czas dojazdu

## Najdłuższy czas dojazdu




**Daleko od neurologa** **Późna diagnoza** **Zamknięte okno terapeutyczne**

**Co piąty powiat w Polsce jest oddalony ponad 45 minut jazdy od najbliższego oddziału neurologicznego**. W 19 powiatach dojazd przekracza godzinę. Zachodniopomorskie ma najgorszy średni czas dojazdu — 51 minut. Na przeciwnym biegunie śląskie: 14 minut.

Ścieżka diagnostyczna pacjenta z podejrzeniem otępienia zaczyna się w gabinecie lekarza POZ i prowadzi — przez poradnię neurologiczną, psychiatryczną lub geriatryczną — do oddziału neurologicznego, gdzie możliwa jest pełna diagnostyka różnicowa: neuroobrazowanie, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, ocena neuropsychologiczna. To właśnie odległość do oddziału pokazuje ta mapa. Dla rodziny, w której ktoś bliski zaczyna gubić się we własnym domu, każdy z tych etapów — **skierowanie, kolejka, dojazd — to osobna bariera, która oddala moment rozpoznania**.

Wczesna diagnoza to czas, którego później nie da się odzyskać: czas, żeby pacjent sam mógł decydować o swojej opiece, dopóki jeszcze może; czas na wsparcie i rehabilitację poznawczą, które działają najlepiej we wczesnym stadium; czas dla rodziny, żeby się przygotować, zamiast reagować w kryzysie. Każdy miesiąc zwłoki to miesiąc straconych możliwości — dla pacjenta i dla jego bliskich.

*Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych MZ 2024 (odległości gminne, agregacja do powiatów) | Granice: PRG/GUGiK | Oprac.: Fundacja Chorób Mózgu / Rafał Szymczak*

Home
Czego nie widać?
Białe plamy
Pacjenci bez diagnozy
Droga przez system
Koszty
Rekomendacje

# Dlaczego nie diagnozujemy pacjentów?

***Luka diagnostyczna w Chorobie Alzheimera***

## Chorobowość w powiatach vs. czas dojazdu




**Ludność**

18434 500000 1000000 1500000 1863845

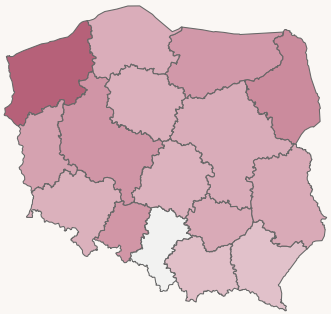
# 55%

O tyle wyższa jest rejestrowana chorobowość G30 w powiatach z najkrótszym dojazdem (poniżej 20 min.) niż w powiatach z najdłuższym (powyżej 43 min.)

# 4,5 vs 2,8

Rozpoznań na 1000 mieszkańców: powiaty z oddziałem neurologicznym vs bez oddziału

## Sredni czas dojazdu wg wojewodztw



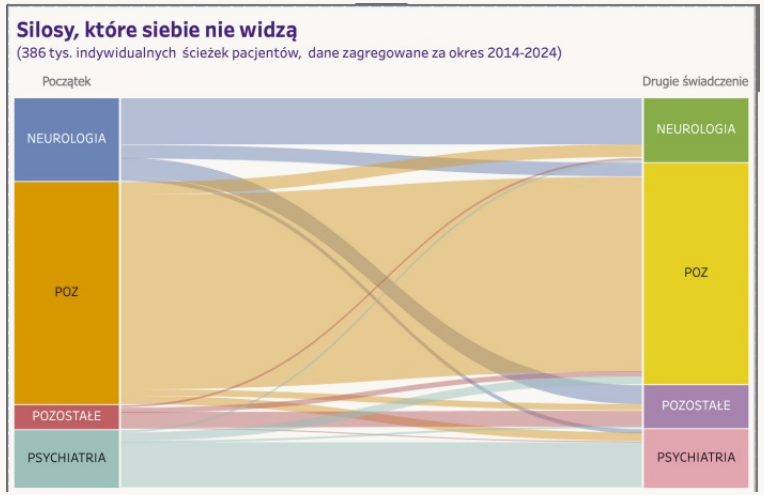
**Powiaty, w których działa oddział neurologiczny, raportują średnio 4,5 rozpoznań choroby Alzheimera na 1000 mieszkańców**. W powiatach bez oddziału - 2,8. Ta różnica nie wynika z epidemiologii. Choroba nie wybiera według kodu pocztowego, wybiera według wieku. Wynika z dostępu do diagnostyki. Linia na wykresie to **średnia krajowa rejestracji G30 w systemie BASiW: 3,4 na 100**0. Połowa powiatów nie osiąga nawet tego poziomu, mimo że nic w epidemiologii choroby nie uzasadnia takiego rozrzutu. Dla porównania: modele epidemiologiczne (IHME, NFZ w szerszej definicji) szacują realną chorobowość na 10–12 na 1000. To punkt odniesienia, który dziś nie osiąga żaden polski powiat, choć jego wiarygodność wymaga krajowych badań przesiewowych.

*Źródło: BASiW — chorobowość G30, 2024 | Ludność: GUS via MZ | Czas dojazdu: MPZ MZ 2024 | Linie ref.: NFZ „O zdrowiu" 2025 (def. szeroka); IHME GBD 2023 | Oprac.: Fundacja Chorób Mózgu / Rafał Szymczak*

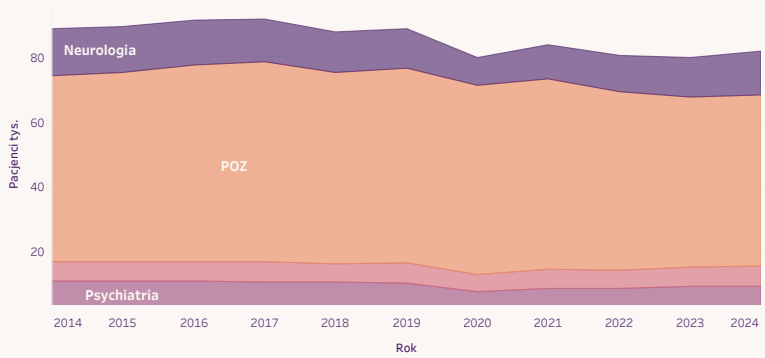

Home
Czego nie widać?
Białe plamy
Pacjenci bez diagnozy
Droga przez system
Koszty
Rekomendacje

# Droga przez system

*Ścieżki pacjentów w systemie ochrony zdrowia*




## Z jakich świadczeń korzystają pacjenci?




**88%**

pacjentów z POZ zostaje w POZ

**0 p.p.**

poprawa sytuacji w ciągu 11 lat

**23%**

pacjentów w ciągu roku trafia do neurologa

**86%**

gmin nie ma programu wczesnego wykrywania otępień, a MZ zrezygnowało z programu pilotażowego

*NIK, maj 2026*

**Bramka otwarta, przejście zamknięte**

POZ wychwytuje 65% pacjentów z pierwszym rozpoznaniem choroby Alzheimera — to najczęstsza brama wejścia do systemu. Problem jest dalej. Spośród 222 tysięcy pacjentów, których pierwszym świadczeniem był kontakt z lekarzem POZ, 88% wróciło do POZ również przy kolejnym świadczeniu. Do neurologa trafiło 5,8% — nieco ponad 12 tysięcy osób. Lekarz rodzinny nie ma ani narzędzi, ani czasu, żeby prowadzić diagnostykę różnicową choroby Alzheimera. A neurolog nigdy nie zobaczy pacjenta, którego nikt nie skierował.

**System, który się nie zmienia**

W ciągu jedenastu lat — od 2014 do 2024 — odsetek pacjentów, którzy w ciągu roku od rozpoznania mieli kontakt z neurologiem, nie zmienił się: 23%. Pandemia COVID-19 obniżyła go do 17%, ale po jej ustaniu wrócił do tego samego poziomu. Tymczasem 86% gmin w Polsce nie ma programu wczesnego wykrywania otępień, a Ministerstwo Zdrowia zrezygnowało z pilotażu przesiewu u osób powyżej 60. roku życia. POZ musi stać się realną bramką diagnostyczną — ze standardem przesiewowym, drożnym kanałem do specjalisty i informacją zwrotną od neurologa. KPDwCO deklaruje takie rozwiązania. NIK stwierdza, że ich nie wdrożono.

*Źródło: NFZ „O zdrowiu: Choroba Alzheimera i choroby pokrewne" aktualizacja 2025, Wykresy 2.9, T2.12, T2.13 (dane 2014–2024, definicja szeroka) | NIK 2026: kontrola ChND, 22.05.2026 | Definicja: ICD-10 G30+F00–F02 | Oprac.: Fundacja Chorób Mózgu / Rafał Szymczak*

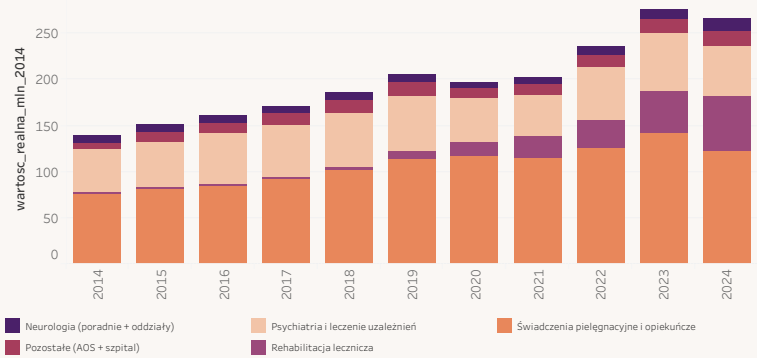

Home
Czego nie widać?
Białe plamy
Pacjenci bez diagnozy
Droga przez system
Koszty
Rekomendacje

# Koszty

***Koszty funkcjonowania systemu i ponoszone przez pacjentów***

## Koszty świadczeń

dla osób z diagnozą Choroby Alzheimera i chorób pokrewnych




**x9**

więcej system wydaje na pielęgnację niż na neurologię

**5%**

budżetu na świadczenia jest przeznaczane na diagnostykę neurologiczną

**44%**

realny wzrost dopłat rodzin do wyrobów medycznych od 2014

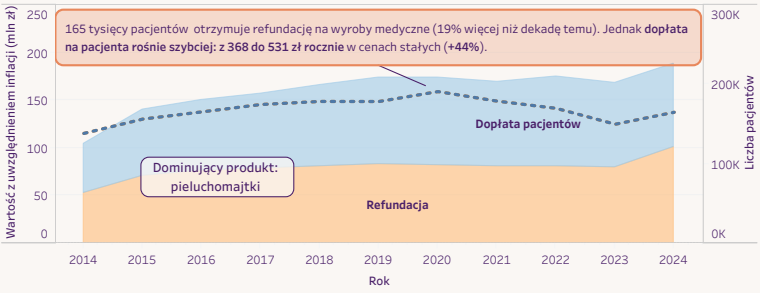
**76%**

Polaków uważa, że chorzy zostają bez wsparcia

*NIK, maj 2026*

## Wyroby medyczne

zlecone pacjentom z rozpoznaniem Choroby Alzheimera




*Wyroby medyczne zlecone pacjentom z rozpoznaniem choroby Alzheimera*
*z rozpoznaniem choroby Alzheimera i chorób pokrewnych (ICD-10: G30, F00–F01, F02.1–3, G31.0/1/8/9), osoby 55+. Dopłata pacjenta =..*

**Rachunek za opóźnioną diagnozę**

W cenach stałych NFZ wydaje na pacjentów z chorobą Alzheimera dwukrotnie więcej niż dekadę temu — 266 milionów złotych rocznie. Rehabilitacja, jedyna interwencja spowalniająca postęp niepełnosprawności, wzrosła trzydziestojednokrotnie i jest pozytywnym trendem. Ale na neurologię — jedyne miejsce zdolne do pełnej diagnostyki — trafia 5% budżetu. Na każdą złotówkę wydaną na rozpoznanie choroby system wydaje dziewięć na pielęgnację jej skutków. Gdyby diagnoza przychodziła wcześniej, rehabilitacja mogłaby zaczynać się w stadium, gdy jest najskuteczniejsza, a nakłady na całodobową opiekę mogłyby rosnąć wolniej.

**Koszty poza rachunkiem**

To, co widzi NFZ, to ułamek. Rodziny dopłacają do wyrobów medycznych 88 milionów rocznie w cenach stałych — o 72% więcej niż dekadę temu. Przez sześć kolejnych lat dopłaty przewyższały refundację. Ale największy koszt jest niewidoczny: opieka nieformalna, globalnie ponad połowa kosztów otępień, w 70% na barkach kobiet. W Polsce nikt tego nie mierzy. 76% Polaków uważa, że chorzy i rodziny zostają bez wsparcia. W systemie, który wydaje 5% budżetu na neurologię, każda odłożona diagnoza to kolejny miesiąc, w którym koszty przesuwają się z leczenia przyczyny na opiekę nad jego skutkami i z systemu na rodzinę.

*Źródło: NFZ „O zdrowiu: ChA i choroby pokrewne" aktualizacja 2025 — T2.5 (koszty świadczeń), Wykres 2.35/2.37 (wyroby med.: refundacja, dopłaty, pacjenci), T2.15 (leki) | Wartości realne w cenach 2014, deflator CPI GUS | NIK 2026: kontrola ChND (22.05.2026) | WHO 2019, IHME 2024: koszty opieki nieformalnej | Definicja: ICD-10 G30, F00–F01, F02.1–3, G31.0/1/8/9, populacja 55+ | Oprac.: Fundacja Chorób Mózgu / Rafał Szymczak*


Home
Czego nie widać?
Białe plamy
Pacjenci bez diagnozy
Droga przez system
Koszty
Rekomendacje

# Wnioski i rekomendacje

## Zasypać lukę diagnostyczną

System rejestruje 128 tys. pacjentów. Szacunki mówią o 447–618 tys. — 70–80% chorych żyje bez diagnozy.

Obowiązkowy przesiew kognitywny 60+ w POZ, wpisany w kontrakt NFZ. Narzędzia są — brakuje standardu.

## Zapewnić dostęp

Co piąty powiat >45 min od oddziału neurologicznego. Powiaty z oddziałem rejestrują o 62% więcej diagnoz.

Telekonsultacja neurolog–POZ + test p-tau217 z krwi (88–96% trafności) w powiatach z dojazdem >45 min.

## Zlikwidować silosy

88% pacjentów z POZ zostaje w POZ. Odsetek z kontaktem z neurologiem — 23%, niezmienny od 2014.

Drożny kanał POZ → neurolog z gwarantowanym terminem (wzór ścieżki onkologicznej DiLO) i obowiązkową informacją zwrotną do POZ.

## Pieniądze na przyczynę, nie na skutki

Na neurologię trafia 5% budżetu, na pielęgnację 9× więcej. Jednocześnie łóżek neurologicznych ubyło 15% (2017→2024), a obłożenie wzrosło z 17 do 23 pacjentów na łóżko. Za późna diagnoza przesuwa wydatki z modyfikacji przebiegu choroby na opiekę  i na rodziny.

Zwiększyć udział neurologii w strukturze wydatków — dziś to 5% budżetu wobec 9-krotnie wyższych nakładów na pielęgnację — tak aby skrócić czas oczekiwania na diagnozę, zwłaszcza w powiatach oddalonych od oddziału neurologicznego.

## Nauczyć system rozpoznawać wcześniej

W skontrolowanych przez NIK placówkach POZ niemal żaden lekarz nie oceniał funkcji poznawczych pacjentów 60+ ani nie stosował standaryzowanych testów przesiewowych, a wśród 230 pacjentów 75+ nie odnotowano ani jednej wstępnej oceny geriatrycznej. Narzędzie ( krótki wywiad + test MMSE) nie wymaga specjalisty ani sprzętu.

Wpisać krótki przesiew kognitywny (wywiad + MMSE) w standard wizyty POZ dla pacjentów 60+, z jasną ścieżką skierowania przy wyniku alarmowym i szkoleniem lekarzy POZ w jego stosowaniu.

## Odciążyć rodziny

76% Polaków uważa, że chorzy i ich rodziny zostają bez wsparcia (59% w 2016). Rodziny dopłacają 88 mln zł rocznie do wyrobów; opieka nieformalna (ponad połowa kosztów), w 70% na barkach kobiet  i nie jest przez nikogo mierzona.

Realne wsparcie opiekunów: urlop wytchnieniowy, świadczenie opiekuńcze, poradnictwo. 86% gmin nie ma żadnego programu. To tu KPDwCO musi zadziałać najpierw.