

10. CHOROBA ALZHEIMERA I CHOROBY POKREWNE – ISTOTNY PROBLEM ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE

Aleksander Pawlewicz, Beata Koń, Aneta Machnio

(Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń,
Narodowy Fundusz Zdrowia)

Wprowadzenie do problemu choroby Alzheimera w Polsce

Choroba Alzheimera to najczęstsza choroba neurodegeneracyjna przebiegająca z otępieniem – szacuje się, że stanowi 60–70% przypadków otępienia¹. Charakteryzuje się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych. Po kilku latach trwania prowadzi do całkowitej utraty samodzielności intelektualnej i fizycznej. Leczenie choroby Alzheimera polega na stosowaniu tzw. objawowych leków prokognitywnych oraz różnych form terapii wspierającej pacjenta i opiekuna².

Choroba Alzheimera stanowi przedmiot badań od wielu lat, jednak jej przyczyny nie są w pełni znane. Na jej rozwój wpływa wiele czynników, między innymi: czynniki genetyczne, czynniki demograficzne (jednym z najważniejszych czynników rozwoju choroby Alzheimera i chorób pokrewnych jest wiek), czynniki medyczne (dysfunkcja naczyń mózgowych, wynikająca z współwystępowania naczyniopochodnych czynników ryzyka, jak nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, choroba niedokrwienna serca, czy cukrzyca typu 2), czynniki psychiczne i społeczne (samotne życie, brak kontaktów towarzyskich i rodzinnych sprzyja rozwojowi otępienia)³.

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

² NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne, komentarz do raportu prof. Agnieszki Słowik, Konsultant Krajowej w dziedzinie neurologii, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-choroba-alzheimera-i-choroby-pokrewne>

³ <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-choroba-alzheimera-i-choroby-pokrewne>

W niniejszym rozdziale zaprezentowano sytuację epidemiologiczną choroby Alzheimera i chorób pokrewnych, oszacowaną na podstawie danych o świadczeniach sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Przedstawione analizy są rozszerzeniem danych zawartych w raporcie NFZ o zdrowiu. *Choroba Alzheimera i choroby pokrewne*³.

Wykorzystano dane sprawozdawane do Narodowego Funduszu Zdrowia komunikatem SWIAD (dane o świadczeniach ambulatoryjnych oraz stacjonarnych). Oznacza to, że w analizie nie uwzględniono danych sprawozdawanych m.in. w ramach leczenia uzdrowiskowego czy niektórych programach profilaktycznych.

Chorobowość rejestrowana choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w roku t została zdefiniowana jako liczba osób, które żyły na koniec roku t oraz w latach od $t - 3$ do t (włącznie) miały udzielone co najmniej jedno świadczenie z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym o kodzie ICD-10 z zakresów F00–F01 (wszystkie rozszerzenia, także rozpoznania bez wskazanego rozszerzenia), F02.1–F02.3, G30 (wszystkie rozszerzenia, także 3-znakowe) oraz rozpoznania G31.0, G31.1, G31.8, G31.9. Populację pacjentów ograniczono do osób w wieku 55 lat i więcej (wg rocznika urodzenia). Przedstawiono informacje o chorobowości rejestrowanej w latach 2014–2023, którą można interpretować jako liczbę osób z rozpoznaną chorobą żyjących w tych latach. Drugim wskaźnikiem wykorzystanym do opisu epidemiologii rejestrowanej jest zachorowalność rejestrowana. Tak jak w przypadku chorobowości rejestrowanej wskaźnik ten został oszacowany na podstawie świadczeń sprawozdanych do NFZ.

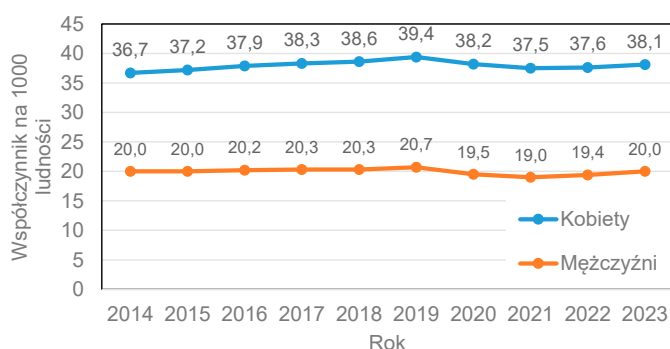
Zachorowalność rejestrowana została zdefiniowana jako liczba pacjentów, którzy w danym roku (t) mieli udzielone świadczenie z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym F00–F01 (wszystkie rozszerzenia, także rozpoznania bez sprawozdanego rozszerzenia), F02.1–F02.3, G30 (wszystkie rozszerzenia, także rozpoznania bez sprawozdanego rozszerzenia) oraz rozpoznania G31.0, G31.1, G31.8, G31.9 wg ICD-10 i nie mieli udzielonego takowego świadczenia w latach od $t - 3$ do $t - 1$. Tak jak w przypadku chorobowości rejestrowanej, informacje odnoszą się do osób, które w roku t miały 55 lat lub więcej.

Należy mieć na uwadze, że przedstawione informacje zostały oszacowane na podstawie danych sprawozdawczych NFZ, zatem nie uwzględniają informacji o osobach, które miały udzielane świadczenia finansowane wyłącznie ze środków innych niż NFZ lub nie korzystały ze świadczeń w związku z chorobą Alzheimera i chorobami pokrewnymi.

Skala problemu zdrowotnego i charakterystyka populacji chorych zdiagnozowanych

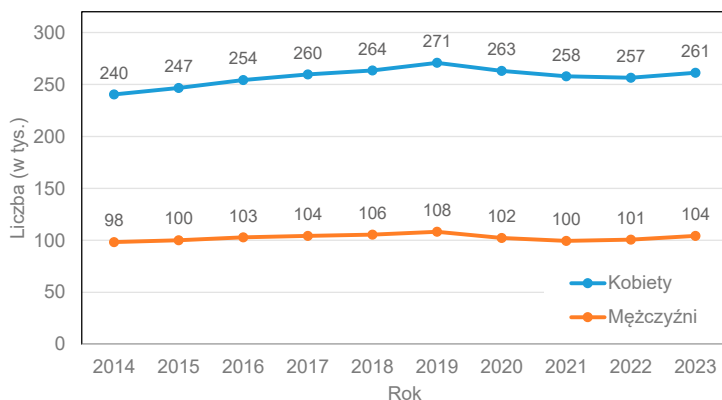
W niniejszej części przedstawiono informacje o sytuacji epidemiologicznej choroby Alzheimera i chorób pokrewnych. Przedstawiono informacje o chorobowości rejestrowanej w latach 2014–2023, które można interpretować jako liczbę osób z rozpoznaną chorobą żyjących w tych latach. Podrozdział zawiera także informacje o zachorowalności rejestrowanej odnoszącej się do liczby nowych przypadków choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w systemie opieki zdrowotnej finansowanym ze środków publicznych.

Współczynnik chorobowości na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne wyrażony w przeliczeniu na 1000 osób, zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet, pozostawał na podobnym poziomie na przestrzeni lat 2014–2023 (ryc. 10.1). W przypadku mężczyzn w wieku 55 lat i więcej wynosił on około 20, a w przypadku kobiet wahał się od około 37 do 39.



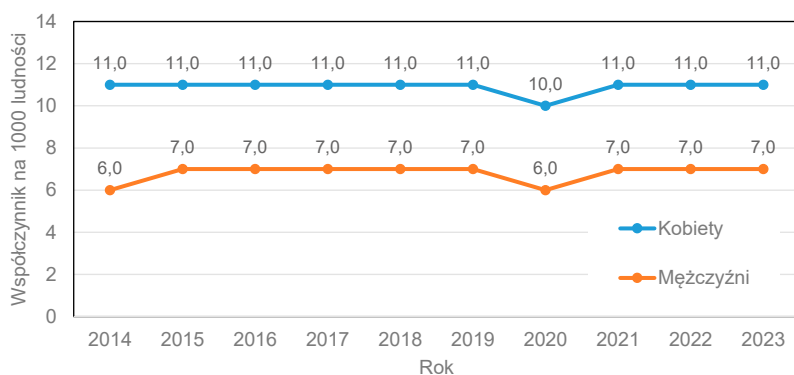
Ryc. 10.1. Szacowany współczynnik chorobowości choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w Polsce w przeliczeniu na 1000 ludności w wieku 55+ (dane GUS i NFZ)

W latach 2014–2023 w Polsce więcej kobiet niż mężczyzn chorowało na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne (rocznie około 250 tys. chorych kobiet, w 2023 r. 261,3 tys.) (ryc. 10.2). W analizowanym okresie najwięcej chorych kobiet odnotowano w 2019 r. – 270,8 tys. Liczba chorych mężczyzn oscylowała natomiast w okolicach 100 tys. W 2023 r. było to 104,2 tys. mężczyzn w wieku 55+.



Ryc. 10.2. Szacowana liczba osób chorych na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce (2014–2023) w wieku 55+ (dane NFZ)

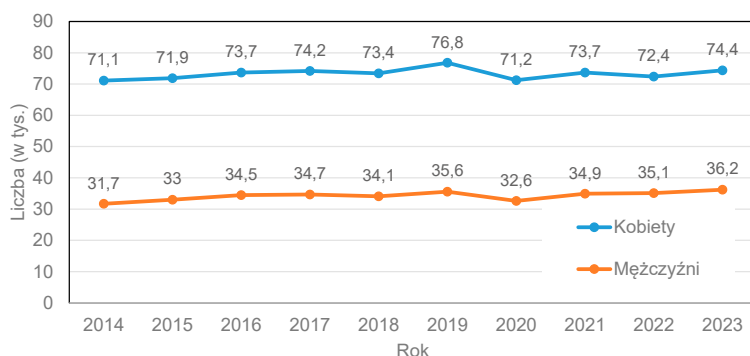
W latach 2014–2023 współczynnik zachorowalności rejestrowanej (wyrażony w odniesieniu do 1000 ludności w wieku 55 lat i więcej) na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne wynosił wśród mężczyzn około 7 (ryc. 10.3). W przypadku kobiet współczynnik zachorowalności wyniósł 11. W przypadku obu płci zauważalny jest spadek współczynnika zachorowalności w 2020 r., co najprawdopodobniej wynika ze zmniejszonej liczby udzielanych świadczeń w związku z pandemią COVID-19.



Ryc. 10.3. Szacowany współczynnik zachorowalności na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce w przeliczeniu na 1000 ludności w wieku 55+ (2014–2023) (dane GUS i NFZ)

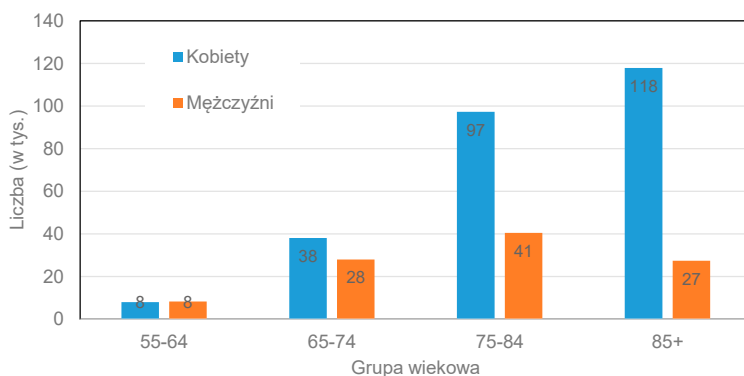
Rycina 10.4 przedstawia zachorowalność rejestrowaną na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w populacji 55+. W przypadku mężczyzn, w latach 2014–2023, rocznie notowano około 35 tys. nowych przypadków choroby. Wartości dla

kobiet oscylowały w tym okresie od 71,1 tys. do 76,8 tys. nowych przypadków rocznie.



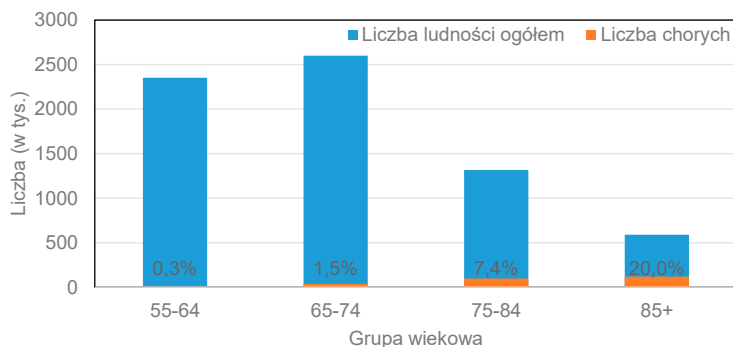
Ryc. 10.4. Szacowana liczba nowych zachorowań na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce (2014–2023) (dane NFZ)

Rycina 10.5 przedstawia informacje o liczbie osób chorych na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne w 2023 r. w podziale na grupy wiekowe. W najmłodszej analizowanej grupie wiekowej, 55–64 lata, odnotowano 8,3 tys. chorych mężczyzn i 8,0 tys. chorych kobiet. Im starsza grupa wiekowa, tym więcej chorych kobiet. W 2023 r. najwięcej chorych było w grupie wiekowej 85+, około 117,9 tys. W przypadku mężczyzn najwięcej chorych zaobserwowano w grupie wiekowej 75–84 lata – 40,5 tys.



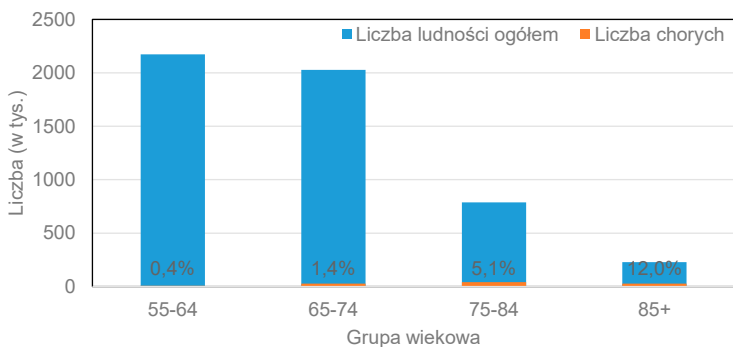
Ryc. 10.5. Liczba osób chorych na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne wg płci i grup wiekowych – 2023 r. (dane NFZ)

Dane z 2023 r. wskazują, że wraz ze wzrostem wieku rośnie odsetek osób cierpiących na chorobę Alzheimera oraz choroby pokrewne (ryc. 10.6). W grupie wiekowej 55–64 lata około 0,3% kobiet było chorych, co przekłada się na około 7,99 tys. pacjentek. Z kolei w grupie wiekowej 85 lat i więcej, odsetek kobiet cierpiących na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne wyniósł w 2023 r. 20%.



Ryc. 10.6. Liczba i odsetek ludności chorej na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne według grup wiekowych – kobiety, 2023 r. (dane GUS i NFZ)

Dane przedstawione na rycinie 10.7 wskazują, że w 2023 r. wśród mężczyzn najwyższy odsetek chorych na chorobę Alzheimera oraz choroby pokrewne występował w najstarszych grupach wiekowych. Wśród osób w wieku 55–64 lata około 0,4% mężczyzn (około 8,3 tys.) cierpiało na tę chorobę. Największa liczba chorych mężczyzn występowała w grupie wiekowej 75–84 lata, gdzie odnotowano 40,5 tys. chorych, co stanowiło 5,1% mężczyzn w tej grupie wiekowej. Z kolei w grupie wiekowej 85+ odsetek chorych mężczyzn wynosił 12%, jednak liczba bezwzględna chorych była niższa niż w grupie 75–84 lata i wynosiła 27,4 tys. mężczyzn.



Ryc. 10.7. Liczba i odsetek ludności chorej na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne według grup wiekowych – mężczyźni, 2023 r. (dane GUS i NFZ)

Dynamika – zmiana chorobowości i zachorowalności w czasie

Tabela 10.1 przedstawia chorobowość rejestrowaną choroby Alzheimer’a i chorób pokrewnych w Polsce w latach 2014–2023. W tabeli przedstawiono dane dotyczące populacji osób 55+. Liczba chorych w tym okresie wzrosła o około 7,9% – z 338,7 tys. do 365,5 tys. W przypadku kobiet był to wzrost o 8,7%, a w przypadku mężczyzn o 6,0%. Współczynnik chorobowości rejestrowanej na 1000 osób w wieku 55+ wzrósł nieznacznie na przestrzeni lat z 29,5 w 2014 r. do 30,3 w 2023 r., natomiast współczynnik standaryzowany względem wieku nawet nieznacznie zmniejszył się. Współczynnik chorobowości był wyższy wśród kobiet niż mężczyzn – w 2023 r. o 90,2%. Duża część tej różnicy jest związana ze starszą strukturą wieku kobiet – standaryzowany względem wieku współczynnik chorobowości kobiet był wyższy niż mężczyzn o 40,2%.

Tabela 10.2 przedstawia zachorowalność rejestrowaną na chorobę Alzheimer’a i choroby pokrewne w Polsce w latach 2014–2023 wśród osób w wieku 55+. Liczba nowych przypadków wzrastała w latach 2014–2023 z poziomu 102,8 tys. w 2014 r. do poziomu 110,7 tys. w 2023 r. (wzrost o 7,7%). W przypadku kobiet liczba nowych przypadków wzrosła w 2023 r. w porównaniu do 2014 r. o 4,6%, a w przypadku mężczyzn liczba ta wzrosła o 14,2%. Współczynnik zachorowalności na 1000 osób w wieku 55+ wzrósł z 9,0 w 2014 r. do 9,2 w 2023 r. (wzrost o 2%). Standaryzowany względem wieku współczynnik zachorowalności na 1000 osób w wieku 55+ zmniejszył się w analizowanych latach z 11,2 do poziomu 10,5 w przypadku kobiet i pozostał na tym samym poziomie w populacji mężczyzn (około 9,5). Nadwyżka standaryzowanego współczynnika zachorowalności kobiet w porównaniu z mężczyznami utrzymuje się na poziomie kilkunastu procent i w 2023 r. wyniosła 11,7%.

Zróznicowanie częstości występowania i zmiana w czasie w zależności od województwa zamieszkania

Tabela 10.3 przedstawia informacje o standaryzowanym europejską strukturą wieku współczynnikiem chorobowości choroby Alzheimer’a i chorób pokrewnych w 2023 r. w podziale na województwo zamieszkania pacjenta. Wartość wskaźnika oscylowała w przedziale 25,1–36,3 i była najniższa w województwie podlaskim a najwyższa w województwie podkarpackim.

Tabela 10.1 Chorobowość rejestrowana oraz współczynnik chorobowości rejestrowanej choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w Polsce, lata 2014–2023 (dane GUS, NFZ)

Rok	Liczba chorych ogółem (w tys.)	Liczba chorych kobiety (w tys.)	Liczba chorych mężczyźni (w tys.)	Współczynnik chorobowości ogółem na 1000 osób w wieku 55+	Współczynnik chorobowości kobiet na 1000 osób w wieku 55+	Współczynnik chorobowości mężczyzn na 1000 osób w wieku 55+	Współczynnik chorobowości standaryzowa- ny względem wieku na 1000 osób w wieku 55+ (ogółem)	Współczynnik chorobowości standaryzowa- ny względem wieku na 1000 osób w wieku 55+ (kobiety)	Współczynnik chorobowości standaryzowa- ny względem wieku na 1000 osób w wieku 55+ (męż- czyźni)
2014	338,7	240,4	98,3	29,5	36,7	20,0	32,8	37,9	27,6
2015	346,6	246,6	100,1	29,8	37,2	20,0	32,9	38,1	27,6
2016	357,1	254,3	102,8	30,3	37,9	20,2	33,0	38,2	27,8
2017	364,1	259,7	104,3	30,6	38,3	20,3	33,0	38,3	27,7
2018	369,0	263,5	105,5	30,7	38,6	20,3	33,0	38,3	27,7
2019	379,0	270,8	108,2	31,3	39,4	20,7	33,3	38,8	27,8
2020	365,3	263,0	102,3	30,1	38,2	19,5	31,9	37,5	26,3
2021	357,2	257,8	99,5	29,5	37,5	19,0	31,1	36,6	25,6
2022	357,1	256,5	100,6	29,7	37,6	19,4	31,2	36,6	25,9
2023	365,5	261,3	104,2	30,3	38,1	20,0	31,4	36,6	26,1

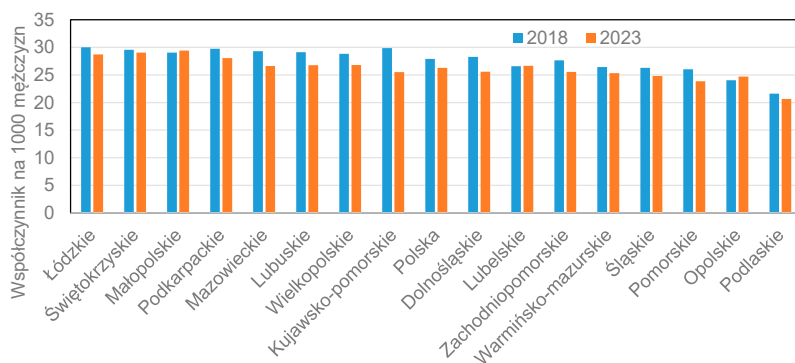
Tabela 10.2 Zachorowalność rejestrowana oraz współczynnik zachorowalności rejestrowanej choroby Alzheimer i chorób pokrewnych w Polsce, lata 2014–2023 (dane GUS, NFZ)

Rok	Liczba nowych przypadków ogółem (w tys.)	Liczba nowych przypadków kobiety (w tys.)	Liczba nowych przypadków mężczyźni (w tys.)	Współczynnik zachorowalności na 1000 osób w wieku 55+	Współczynnik zachorowalności kobiet na 1000 osób w wieku 55+	Współczynnik zachorowalności mężczyźni na 1000 osób w wieku 55+	Współczynnik zachorowalności daryzowany względem wieku na 1000 osób w wieku 55+ (ogółem)	Współczynnik zachorowalności daryzowany względem wieku na 1000 osób w wieku 55+ (kobiety)	Współczynnik zachorowalności daryzowany względem wieku na 1000 osób w wieku 55+ (mężczyźni)
2014	102,8	71,1	31,7	9,0	10,9	6,5	10,3	11,2	9,5
2015	104,9	71,9	33,0	9,0	10,8	6,6	10,3	11,1	9,6
2016	108,2	73,7	34,5	9,2	11,0	6,8	10,4	11,0	9,8
2017	108,9	74,2	34,7	9,1	11,0	6,8	10,3	10,9	9,7
2018	107,5	73,4	34,1	8,9	10,7	6,6	10,0	10,7	9,3
2019	112,4	76,8	35,6	9,3	11,2	6,8	10,2	11,0	9,5
2020	103,8	71,2	32,6	8,6	10,3	6,2	9,5	10,2	8,8
2021	108,7	73,7	34,9	9,0	10,7	6,7	10,0	10,5	9,5
2022	107,5	72,4	35,1	9,0	10,6	6,8	9,8	10,4	9,3
2023	110,7	74,4	36,2	9,2	10,9	6,9	9,9	10,5	9,4

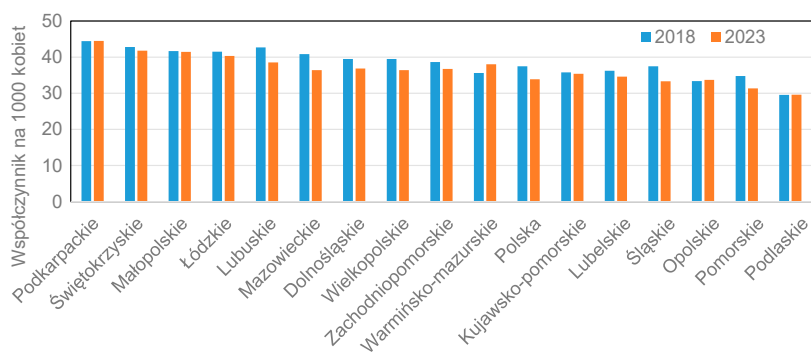
Tabela 10.3 Standaryzowany europejską strukturą wieku współczynnik chorobowości choroby Alzheimera oraz chorób pokrewnych w przeliczeniu na 1000 ludności według województwa zamieszkania pacjenta, 2023 r. (dane NFZ)

Województwo	Standaryzowany europejską strukturą wieku współczynnik chorobowości
Dolnośląskie	31,21
Kujawsko-pomorskie	29,40
Lubelskie	32,34
Lubuskie	32,66
Łódzkie	34,52
Małopolskie	35,43
Mazowieckie	31,51
Opolskie	29,19
Podkarpackie	36,27
Podlaskie	25,11
Pomorskie	27,60
Śląskie	29,71
Świętokrzyskie	35,43
Warmińsko-mazurskie	30,35
Wielkopolskie	31,59
Zachodniopomorskie	29,71

W każdym z województw, zarówno w 2018 r. jak i w 2023 r., współczynnik chorobowości choroby Alzheimera oraz chorób pokrewnych był wyższy w przypadku kobiet niż mężczyzn (ryc. 10.8, ryc. 10.9). W 2023 r. najwyższą wartość wśród mężczyzn obserwowano w województwie małopolskim (29,4), a w przypadku kobiet w województwie podkarpackim (44,47). Najniższą wartości w 2023 r. zarówno wśród mężczyzn i kobiet odnotowano w województwie podlaskim (20,65 w przypadku mężczyzn i 29,58 w przypadku kobiet). W większości województw wartość współczynnika chorobowości była niższa w 2023 r. niż w 2018 r.. W przypadku mężczyzn wyższe wartości w 2023 r. zaobserwowano w trzech województwach – małopolskim, lubelskim, opolskim a w przypadku kobiet w czterech województwach – podkarpackim, lubelskim, opolskim i podlaskim.



Ryc. 10.8 Standaryzowane współczynniki chorobowości z powodu choroby Alzheimera oraz chorób pokrewnych mężczyzn w wieku 55 lat i więcej w przeliczeniu na 1000 mężczyzn według województwa zamieszkania w 2018 r. i 2023 r. (dane NFZ)



Ryc. 10.9 Standaryzowane współczynniki chorobowości z powodu choroby Alzheimera oraz chorób pokrewnych kobiet w wieku 55 lat i więcej w przeliczeniu na 1000 kobiet według województwa zamieszkania w 2018 r. i 2023 r. (dane NFZ)

Zróznicowanie częstości występowania i zmiana w czasie w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania

Tabela 10.4 przedstawia wartości standaryzowanego europejską strukturą wieku współczynnika chorobowości rejestrowanej choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w podziale na wielkość miejscowości zamieszkania w latach 2018 i 2023. Zarówno w 2018 r. jak i 2023 r. najwyższe wartości współczynnika chorobowości obserwowane były w przypadku miast o liczbie mieszkańców do 10 tys. i stopniowo

zmniejszały się wraz ze wzrostem wielkości miast – najniższe współczynniki chorobowości charakteryzowały miasta o liczbie ludności 100–200 tys. a w największych miastach współczynnik nieznacznie zwiększał się. W 2023 r. współczynnik chorobowości mieszkańców wsi i najmniejszych miast poniżej 10 tys. mieszkańców zwiększył się w stosunku do 2018 r. natomiast mieszkańców pozostałych miast zmniejszył się. Nadwyżka chorobowości kobiet w porównaniu do mężczyzn była największa wśród mieszkańców wsi a najmniejsza wśród mieszkańców największych miast.

Tabela 10.4 Standaryzowane współczynniki chorobowości rejestrowanej choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w przeliczeniu na 1000 ludności w Polsce według płci oraz wielkość miejscowości zamieszkania osób w wieku 55 lat i więcej w 2018 i 2023 r. (dane GUS i NFZ)

Rok	Płeć	Wieś	Miasta do 10 tys. mieszkańców	Miasta od 10 tys. do 20 tys. mieszkańców	Miasta od 20 tys. do 50 tys. mieszkańców	Miasta od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców	Miasta od 100 tys. do 200 tys. mieszkańców	Miasta od 200 tys. mieszkańców
2018	Kobiety	49,7	60,5	44,7	39,3	38,1	36,8	39,2
2018	Mężczyźni	35,3	47,4	32,6	28,7	27,4	27,2	29,9
2018	Ogółem	42,7	54,3	38,7	34,0	32,8	32,0	34,5
2023	Kobiety	53,8	64,7	43,8	37,4	35,6	34,8	34,5
2023	Mężczyźni	36,9	47,8	31,3	27,3	26,1	25,7	26,1
2023	Ogółem	45,4	56,6	37,6	32,4	30,8	30,3	30,3

Tabela 10.5 przedstawia wartości współczynników zachorowalności rejestrowanej na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w 2018 oraz w 2023 r. w podziale na wielkość miejscowości oraz płeć. Podobnie jak w przypadku współczynnika chorobowości rejestrowanej, najwyższe wartości zaobserwowano w miastach do 10 tys. mieszkańców – obserwacja ta dotyczy zarówno 2018 r., jak i 2023 r. Najniższe wartości występowały w miastach liczących 100–200 tys. mieszkańców oraz w miastach liczących ponad 200 tys. mieszkańców. W odróżnieniu od wskaźnika chorobowości nie dla wszystkich wielkości miejscowości wartości dla kobiet były wyższe niż wartości dla mężczyzn – niższe wartości odnotowano w 2018 r. na wsiach, w miastach do 10 tys. mieszkańców oraz w miastach od 10–20 tys. mieszkańców. W 2023 niższe wartości dla kobiet występowały jedynie na wsiach oraz w miastach do 10 tys. mieszkańców.

Zróźnicowanie częstości występowania choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w Polsce w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania może wynikać z wielu czynników. Należą do nich elementy związane z ograniczeniem

wykorzystanego zbioru danych – zgodnie z metodyką oszacowanie nie uwzględnia danych o świadczeniach finansowanych ze środków innych niż publiczne. Można w związku z tym oczekiwać, że w większych miastach, w których należy spodziewać się wyższego odsetka tego typu świadczeń, może występować wyższy stopień niedoszacowania liczby osób chorych czy nowo zdiagnozowanych.

Tabela 10.5 Standaryzowany europejską strukturą wieku współczynnik zachorowalności rejestrowanej choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w przeliczeniu na 1000 ludności w Polsce w podziale na płeć oraz wielkość miejscowości osób w wieku 55+, lata 2018 i 2023 (dane GUS i NFZ)

Rok	Płeć	Wieś	Miasta do 10 tys. mieszkańców	Miasta od 10 tys. do 20 tys. mieszkańców	Miasta od 20 tys. do 50 tys. mieszkańców	Miasta od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców	Miasta od 100 tys. do 200 tys. mieszkańców	Miasta od 200 tys. mieszkańców
2018	Kobiety	23,0	30,2	15,8	12,5	10,8	10,0	10,9
	Mężczyźni	24,1	36,3	14,6	11,2	9,6	8,8	9,5
	Ogółem	23,5	32,9	15,2	11,8	10,2	9,4	10,2
2023	Kobiety	23,3	29,7	15,8	12,4	11,0	10,6	10,0
	Mężczyźni	22,9	33,4	14,6	11,5	10,1	9,2	8,8
	Ogółem	23,1	31,4	15,2	11,9	10,5	9,9	9,4

Inne możliwe przyczyny wiążą się z czynnikami ryzyka zachorowania na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne. W piśmiennictwie wskazuje się, że ryzyko wystąpienia otępienia zależy od poziomu edukacji formalnej – osoby z niższym wykształceniem mają wyższe ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera⁴. Innymi czynnikami ryzyka, które mogą tłumaczyć różnice pomiędzy poszczególnymi klasami miejsca zamieszkania, są choroby związane ze stylem życia (m.in. cukrzyca typu 2, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, otyłość czy niedowaga)^{5,6,7}.

⁴ Hersi, M., Irvine, B., Gupta, P., Gomes, J., Birkett, N., Krewski, D., 2017. Risk factors associated with the onset and progression of Alzheimer's disease: A systematic review of the evidence. *Neurotoxicology* 61, 43–187.

⁵ Li, X., Song, D., Leng, S.X., 2015. Link between type 2 diabetes and Alzheimer's disease: from epidemiology to mechanism and treatment. *Clinical Interventions in Aging* 10, 549

⁶ Silva, M.V.F., Loures, C.d.M.G., Alves, L.C.V., de Souza, L.C., Borges, K.B.G., das Graças Carvalho, M., 2019. Alzheimer's disease: risk factors and potentially protective measures. *Journal of biomedical science* 26, 33

⁷ Qu, Y., Hu, H.Y., Ou, Y.N., Shen, X.N., Xu, W., Wang, Z.T., Dong, Q., Tan, L., Yu, J.T., 2020. Association of body mass index with risk of cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.

Zróznicowanie częstości występowania i zmiana w czasie w zależności od płci i wieku

Zgodnie z informacjami o chorobowości rejestrowanej, które przedstawia tabela 10.6, liczba osób chorych w 2018 r. była wyższa niż w 2014 r., a w 2023 r. wyższa niż w 2018 r., niezależnie od grupy wiekowej. Zmiany wynikają ze zmian w liczbie ludności – wartości współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 1000 osób, niezależnie od płci grupy wiekowej (z kilkoma wyjątkami) cechowały się odwrotną zależnością – wartość w 2018 r. była niższa niż w 2014 r., a wartość w 2018 r. niższa niż 2023 r. Grupa wiekowa 85+ stanowi wyjątek od tej reguły – zarówno w populacji ogółem, jak i wśród kobiet.

Tabela 10.6 Chorobowość rejestrowana choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w Polsce w podziale na grupy wiekowe, lata 2014, 2018 i 2023 (dane GUS, NFZ)

Grupa wiekowa	Rok	Liczba chorych ogółem (w tys.)	Liczba chorych kobiety (w tys.)	Liczba chorych mężczyźni (w tys.)	Współczynnik chorobowości ogółem na 1000 osób w danej grupie wieku	Współczynnik chorobowości kobiet na 1000 osób w danej grupie wieku	Współczynnik chorobowości mężczyzn na 1000 osób w danej grupie wieku
55–64	2014	34,0	17,3	16,8	6,1	5,9	6,3
	2018	26,4	13,5	12,9	5,0	4,9	5,1
	2023	16,3	8,0	8,3	3,6	3,4	3,8
65–74	2014	56,4	33,6	22,8	17,6	18,5	16,5
	2018	63,8	37,4	26,4	15,9	16,6	15,1
	2023	66,1	38,1	28,0	14,3	14,7	13,8
75–84	2014	138,7	100,2	38,4	68,9	77,4	53,7
	2018	139,5	100,0	39,5	72,1	80,9	56,6
	2023	137,8	97,3	40,5	65,5	73,9	51,4
85+	2014	109,6	89,3	20,3	164,9	183,8	113,6
	2018	139,2	112,5	26,7	176,4	197,8	121,0
	2023	145,3	117,9	27,4	177,8	200,1	120,2

W przypadku zachorowalności rejestrowanej – zarówno w wartościach bezwzględnych, jak i przeliczeniu na 1000 osób, z uwzględnieniem grup wiekowych

– brak jest jednoznacznego kierunku zmian w latach 2014, 2018 i 2023, przy czym wyraźnie zmniejszają się współczynniki zachorowalności w najmłodszej grupie wieku 55–64 lata (tabela 10.7).

Tabela 10.7 Zachorowalność rejestrowana na choroby Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce w podziale na grupy wiekowe, lata 2014, 2018 i 2023 (dane GUS i NFZ)

Grupa wiekowa	Rok	Liczba nowych przypadków ogółem (w tys.)	Liczba nowych przypadków kobiety (w tys.)	Liczba nowych przypadków mężczyźni (w tys.)	Współczynnik zachorowalności ogółem na 1000 osób w danej grupie wieku	Współczynnik zachorowalności kobiet na 1000 osób w danej grupie wieku	Współczynnik zachorowalności mężczyzn na 1000 osób w danej grupie wieku
55–64	2014	8,3	4,2	4,1	1,5	1,4	1,6
	2018	6,4	3,2	3,2	1,2	1,2	1,3
	2023	4,6	2,2	2,4	1,0	0,9	1,1
65–74	2014	15,9	9,3	6,6	5,0	5,1	4,8
	2018	18,0	10,3	7,7	4,5	4,6	4,4
	2023	21,3	11,9	9,4	4,6	4,6	4,7
75–84	2014	41,7	28,9	12,8	20,7	22,3	17,8
	2018	40,9	27,9	13,0	21,2	22,6	18,6
	2023	42,0	28,0	14,0	20,0	21,3	17,8
85+	2014	37,0	28,7	8,3	55,7	59,1	46,4
	2018	42,1	31,9	10,2	53,4	56,1	46,3
	2023	42,7	32,4	10,3	52,3	54,9	45,4