

P. P. J. J. J.

# KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE REUMATOLOGII



prof. dr hab. n. med. Witold TŁUSTOCHOWICZ

Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii CSK MON  
Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

04-141 Warszawa ul. Szaserów 128, tel. +48 22 68 16 491, fax +48 22 68 16 920  
e-mail: tlustochowicz@go2.pl

Departament Dialogu Społecznego

2014 -07- 04

Znak sprawy .....  
przekazano ..... 1844

Warszawa 01.07.2014

SEKRETARIAT  
PODSEKRETARZA STANU  
Cezarego Rzemka

04. 07. 2014

WPLYNEŁO  
Poz. nr. MR-4624

J. B. J.  
PODSEKRETARZ STANU  
w Ministerstwie Zdrowia

Cezary Rzemek

Szanowny Pan

Cezary Rzemek

Podsekretarz Stanu

Ministerstwo Zdrowia

00-952 Warszawa, Miodowa 15

016 -07- 04

Szanowny Panie Ministerze

W odpowiedzi na pismo MZ-DS-0760-3402-6/PJ/14 z dnia 25.06.2014. dotyczące statystyk zachorowalności na choroby reumatyczne w Polsce podaję dane (Tabela 1) prezentowane przez dyr. Andrzeja Śliwczyńskiego z Departamentu Gospodarki Lekami z Centrali NFZ za lata 2008 – 2012 (nie posiadam danych za rok 2013 ale stan nie ulega istotnym zmianom). Pomiąłem chorobę zwyrodnieniową która nie powinna być przedmiotem zainteresowania reumatologów tylko lekarzy rodzinnych. W tabeli 2 zestawilem rozpoznania rzs w podziale na województwa. Budując bazę danych w zakresie chorób reumatycznych, z systemów informatycznych NFZ pobrano informację o leczeniu wszystkich pacjentów, którzy jako rozpoznanie główne mieli wykazane w sprawozdaniu rozliczeniowym kod choroby wg ICD-10 przytoczony powyżej. Do analizy użyte zostały dane pobrane ze wszystkich rodzajów świadczeń. Zostali również uwzględnieni pacjenci wobec których prowadzono terapię innych chorób, a jako rozpoznanie współistniejące wykazano rozpoznanie wg ICD-10. Na podstawie przekazywanego w raportach statystycznych numeru PESEL pacjenta oraz wykazywanego rozpoznania ICD-10 obliczono liczbę pacjentów o poszczególnych rozpoznaniach. Wg naszych obliczeń błąd metody nie przekracza 1%.

Wg mojej wiedzy są to jedyne dostępne w Polsce dane policzone wg powtarzalnej, wiarygodnej, opisaną powyżej metody, obejmującej wszystkich chorych. Potencjalne

rozbieżności i błędy metody mogą wynikać z np. z kryteriów wyszukiwania. Przyjeliśmy za wiarygodne jedynie rozpoznania szpitalne i z poradni reumatologicznych, uwzględniliśmy czynnik migracji (np. na rzs chorowało średnio 154 643 chorych jeśli potraktowaliśmy Polskę jako całość, po zsumowaniu ilości chorych wykazanych w województwie liczba ta wyniosła 160 748 – różnica wynika z migracji chorych między województwami). Ale można założyć że nie wszyscy chorzy trafili do szpitala lub też nie są leczeni przez reumatologa (brak danych w systemie o chorych leczonych wyłącznie przez lekarzy rodzinnych - jeśli tacy istnieją), nie ma ich więc w naszej statystyce. Jeśli uwzględniliśmy rozpoznania sprawozdane przez lekarzy wszystkich specjalności chorych na rzs było 225 199 w roku 2011 i 230 892 w roku 2012 (1). Różnica wynika prawdopodobnie ze swobody w ustaleniu rozpoznania, reumatolodzy kierują się tylko im znanymi ściśle opisanymi międzynarodowymi kryteriami. Ale i tutaj nie potrafimy wyjaśnić czemu np. wskaźnik chorobowości na MIZS wyniósł 0,414 na 1000 dzieci dla województwa mazowieckiego i tylko 0,190 dla opolskiego (średnia dla Polski 0,298), dla rzs 10,58 na 1000 dorosłych mieszkańców dla województwa świętokrzyskiego i 5,04 dla małopolskiego (średnia 5,99), dla tocznia rumieniowatego układowego 77,7 na 100 tys mieszkańców dla województwa kujawsko - pomorskiego i 34,3 dla lubuskiego (średnia 52,183). (1,2,3). Generalnie obserwujemy korelację ilości chorych z ilością reumatologów w poszczególnych województwach, różnic nie można wytłumaczyć czynnikami genetycznymi wobec jednorodności populacji polskiej.

Nie wiem na czym polegają podnoszone przez partnerów społecznych kontrowersje, będę się mógł do nich odnieść jeśli otrzymam szczegółowe publikacje (ja takich dotyczących Polski po prostu nie znam), ocenię ich metodykę i wiarygodność. Np. prof. Anna Filipowicz Sosnowska w rozdziale Reumatologia (4) podaje jedynie że „na podstawie 14 badań populacyjnych, wykonanych w latach 1950-1968 w różnych grupach etnicznych, opierających się na kryteriach ARA z 1958 r. Wolfe i wsp. wykazali że częstość występowania rzs waha się od 0,3 do 1,5% populacji. W 1994 oceniono, że w Stanach Zjednoczonych wynosi ona 1% populacji”. W dalszej części podaje jeszcze inne dane liczbowe w zależności od rasy, populacji itp. – wszystko to są dane szacunkowe, oparte o ekstrapolację badań na niewielkich grupach chorych w różnych częściach świata, absolutnie nie przystają one do warunków polskich. W świetle obecnych możliwości trzeba je traktować jako historyczne, trudno je uznać za wiarygodne, niezależnie od tego że dotyczą zupełnie innych grup etnicznych, społecznych itp., a zachorowalność w znacznej mierze zależy od czynników genetycznych i środowiskowych.

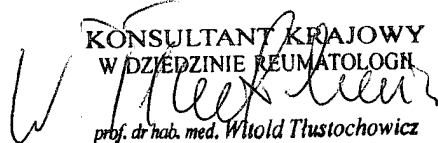
W roku 2002 Symmons i wsp. wykazali że częstość występowania RZS w latach 1991-1992 zmniejszyła się w porównaniu z rokiem 1981-82 o 31% u kobiet i 19% u mężczyzn w związku z wprowadzeniem nowych kryteriów rozpoznania w roku 1987. Alamanos i wsp. analizując prace opublikowane w latach 1988-2005 oceniają częstość występowania choroby w Europie na 0,2 – 0,85% (6), a więc 0,6% dla Polski mieści się w tym zakresie. W oparciu o dane Symmonsa Kobalt i Kasteng w swoim opracowaniu przyjęły że w Polsce na rzs choruje 0,45% dorosłej populacji (podobnie jak w Niemczech) co dało im 131,546 chorych, czyli liczba podobna do podawanej przez nas (7).

Zupełnie inną sprawą jest liczba leczonych chorych. Jeśli przyjmiemy że w Polsce mamy około 150 tysięcy chorych na rzs to z innych moich opracowań wynika (dane sprzedaży IMS) że leczone jest (wykupuje leki) niespełna 100 tysięcy (średnio 95 tysięcy). Dane te również nie odbiegają od podawanych w Europie, gdzie szacuje się że 30% chorych nie jest leczone farmakologicznie.

Uważam że podawane przez NFZ dane są jedynymi pełnymi i zupełnie wiarygodnymi danymi dotyczącymi populacji polskiej, mimo iż zapewne obarczone są opisanymi powyżej błędami nie zmieniającymi w sposób istotny całości, absolutnie nie widzę podstaw aby mówić o ich kontrowersyjności. Ale oczekuję na dostarczenie przez partnerów społecznych podstaw naukowych do takiego stwierdzenia, być może wspólnie dojdziemy do innej prawdy a ja zmienię moje zdanie.

Zachorowalność na choroby reumatyczne zależy od podłoża genetycznego (np. antygen HLA B27 w zask, HLA Dr1 i 4 w rzs, HLA DR3 w toczeniu) różnego dla różnych populacji, oraz czynników środowiskowych np. palenie papierosów dla rzs, opalanie się i używanie niektórych leków dla toczenia układowego, zakażenia chlamydiami, bakteriami jelitowymi, boreliozą dla spondyloartropatii ale być może także dla rzs, także różnych w różnych populacjach. Z tego wynika więc że należy dla każdej narodowości opracować własne dane epidemiologiczne (co staramy się robić) i z bardzo dużym dystansem przenosić dane np. z Żydów Aszkenazyjskich (bardzo duża zachorowalność na zask) czy osób rasy czarnej w USA (duża zachorowalność na toczeń, zła odpowiedź na leki standardowe poza mykofenolanem mofetylu) na inne populacje.

Z poważaniem

KONSULTANT KRAJOWY  
W DZIEDZINIE REUMATOLOGII  
  
prof. dr hab. med. Witold Tlustochowicz

## Piśmiennictwo:

- 1/.A. Śliwczyński i wsp.: Wskaźnik chorobowości na reumatoidalne zapalenia stawów w Polsce w latach 2008-2012 w regionach wiejskich i miejskich. Praca w przygotowaniu do druku.
- 2/. M. Tlustochowicz i wsp.: Wskaźnik chorobowości młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów w regionach miejskich i wiejskich w Polsce w latach 2008-2012. J. Envir. Med. w druku.
- 3/. A. Śliwczyński i wsp.: Ocena chorobowości oraz finansowania toczenia układowego w Polsce w latach 2008-2012. Praca w przygotowaniu do druku.
- 4/. A. Filipowicz Sosnowska: Reumatoidalne zapalenie stawów. Rozdział 21 w I. Zimmermann Górska, PZWL, Warszawa 2008.
- 5/. (Symmons D, Turner G, Webb R, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: new estimates for a new century. Rheumatology (Oxford) 2002;41(7):793-800.
- 6/. Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. Semin Arthritis Rheum 2006;36(3):182-8).
- 7/. (Kobelt G., Kasteng F.: Access to innovative treatments in rheumatoid arthritis in Europe. A report prepared for the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). Lund University (Sweden) Oct. 2009).

Tabela 1.

Rozpoznanie	Rok 2008	Rok 2009	Rok 2010	Rok 2011	Rok 2012	Średnio
Reumatoidalne zapalenie stawów (M05 i M06)	146 458	148 058	152 868	152 642	156 645	151 334
Młodzięcze przewlekłe zapalenia stawów (M08, M09)	8 004	8 309	7 669	7 854	8 202	8 008
Łuszczycowe zapalenie stawów (M07, L40.05)	15 305	17 085	17 708	19 179	20 591	17 974
Inne zapalenia stawów (M13)	25 180	29 549	31 501	36 617	37 878	32 163
Układowe choroby tkanki łącznej (M30, M33, M34, M60)	20 263	14 748	19 921	22 370	26 054	20 671
Toczeń rumieniowaty układowy (M32)	18 390	20 218	19 967	20 351	21 049	19 995

Tabela 2. Ilość chorych z rozpoznaniem rzs wykazanym przez lekarzy reumatologów w poszczególnych województwach.

województwo	Rok 2011	Rok 2012	Średnia
Dolnośląskie	10 441	11 389	10 915
Kujawsko-pomorskie	10 905	11 650	11 277
Lubelskie	7 266	7 158	7 212
Lubuskie	3 069	3 230	3 150
Łódzkie	10 697	10 983	10 840
Małopolskie	10 782	11 136	10 959
Mazowieckie	22 118	22 337	22 227
Opolskie	3 904	4 063	3 983
Podkarpackie	8 466	8 845	8 855
Podlaskie	3 875	4 354	4 114
Pomorskie	12 758	12 644	12 701
Śląskie	20 228	20 015	20 121
Świętokrzyskie	7 547	7 921	7 734
Warmińsko-mazurskie	6 224	6 518	6 371
Wielkopolskie	13 850	13 486	13 668
Zachodniopomorskie	6 662	6 968	6 815
Łącznie	158 792/152 642	162 694/156 645	160 748/154 643