

Koszty opieki nad chorymi z nowotworem złośliwym u kresu życia na oddziale wewnętrznym szpitala i w hospicjum stacjonarnym

Internal medicine hospital ward and free standing hospice costs of care for terminal cancer patients

Tomasz Grądalski¹, Joanna Sojka¹, Kazimiera Straszak²

¹TPCh Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie

²Oddział Chorób Wewnętrznych Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie

Streszczenie

Większość chorych z daleko zaawansowanymi schorzeniami oczekuje u kresu życia opieki w warunkach domowych. Wczesne włączenie do opieki paliatywnej i planowanie opieki na przyszłość zmniejsza liczbę nieplanowanych hospitalizacji pacjentów z chorobą nowotworową. Obecnie jednak większość z nich w ostatnim miesiącu życia zgłasza się na szpitalne oddziały ratunkowe. Wielu jest następnie przyjmowanych do szpitala i tam umiera.

W pracy porównano 10, tj. wszystkich, chorych z bardzo zaawansowanym nowotworem złośliwym, którzy zostali przyjęci na oddział wewnętrzny szpitala wojewódzkiego, przebywali tam dłużej niż tydzień i zmarli, z 10 wybranymi losowo pacjentami spośród analogicznych 229 pacjentów wolno stojącego hospicjum.

W obu grupach analizowano osoby w podeszłym wieku: pacjenci w hospicjum przebywali dłużej, nie korzystali z transfuzji preparatów krwiopochodnych czy dodatkowych badań obrazowych, rzadziej korzystali z badań laboratoryjnych, konsultacji, rzadziej też otrzymywali antybiotyki, jednakże częściej stosowano u nich opioidy. W hospicjum stwierdzono tendencję do stosowania większych dawek opioidów i mniej nasilonego poziomu cierpienia w skali *Mini Suffering State Examination*. Zarówno bezpośrednio, jak i całkowite koszty oddziału szpitalnego i hospicyjnego były zbliżone (mediana odpowiednio 250,15 vs 283,78 oraz 371,08 vs 389,83 zł), jednak bezpośrednio koszty osobowe w hospicjum były wyższe (283,41 vs 197,67 zł; $p < 0,001$). Refundacja kosztów przez NFZ w hospicjum nie była wystarczająca, zaspokajała je w 53,9% (bez uwzględnienia pomocniczych kosztów zarządzania podmiotem), w szpitalu zaspokajała je odpowiednio w 98,7%.

W szpitalu bardziej kosztowne są procedury diagnostyczno-terapeutyczne, niemające bezpośredniego wpływu na jakość kończącego się życia, w hospicjum większe są koszty osobowe zespołu interdyscyplinarnego i leków objawowych, co bardziej odpowiada potrzebom chorych u kresu.

Słowa kluczowe: koszty leczenia, opieka końca życia, hospitalizacja.

Abstract

The majority of terminally ill patients prefer home care at the end of life. Early inclusion in palliative care and advanced care planning reduces the number of unscheduled hospitalisations of patients with advanced cancer/malignancy. Currently, the majority of these patients in the last month of life are admitted to emergency departments, then referred to hospital and die there.

In this paper all 10 patients with far-advanced cancer admitted to the internal medicine ward of district hospital, who died after over one week stay were compared with 10 patients randomly selected among parallel 229 patients in a free standing hospice.

In both groups the elderly were analysed: patients in the hospice stayed longer, did not receive blood transfusions or take X-ray tests, rarely used laboratory tests, consulted and received antibiotics, however they more often received opioids. In the hospice tendency to use higher opioid doses and less severe level of suffering were noted on the scale of Mini Suffering State Examination. Both direct and total costs of hospital and hospice care were similar (median 250.15 vs. 283.78 and 371.08 vs. 389.83 PLN respectively) but direct hospice staff costs were higher (283.41 vs. 197.67 PLN; $p < 0.001$).

The National Health Fund's reimbursement in the hospice was insufficient, covering 53.9% (excluding indirect management cost) and 98.7% in the hospital.

In the hospital expensive diagnostic and therapeutic procedures do not translate into quality of life improvement, in the hospice multidisciplinary team and symptomatic management better correspond with terminal patients' needs.

Key words: cost, end of life care, hospitalization.

Adres do korespondencji:

Tomasz Grądalski, TPCh Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie, Fatimska 17, 31-831 Kraków,
e-mail: tomgr@mp.pl

WPROWADZENIE

Opieka paliatywna i hospicyjna, której zasadniczym celem jest poprawa jakości życia poprzez zapobieganie, prawidłowe rozpoznawanie objawów i potrzeb fizycznych, psychicznych i społecznych, skierowana jest obecnie głównie do nieuleczalnie chorych u kresu życia [1]. Niezależnie od rozpoznania (choroby nowotworowej czy innych schorzeń), okres schyłkowy, w którym dochodzi do nieodwracalnych, postępujących zmian w ważnych dla życia narządach, prowadzących nieuchronnie do śmierci, charakteryzuje się szczególną kumulacją i fluktuacją wielowymiarowych potrzeb [2]. W tym trudnym dla chorego i opiekunów czasie zwraca się szczególną uwagę na unikanie obciążających metod diagnostycznych i zastępowanie ich rozpoznaniem opartym na danych z wywiadu, uważną obserwację, dedukcję i badanie przedmiotowe. Zwykle także odstępuje się wtedy od leczenia niemającego bezpośredniego wpływu na poprawę komfortu, ograniczając się do działań niezbędnych w łagodzeniu cierpienia [3]. Mimo że chorzy oczekują przede wszystkim opieki domowej, nie zawsze jest ona możliwa [4]. Istnieje opinia, że instytucjonalna opieka paliatywna jest bardziej dostosowana do potrzeb chorych u kresu i jednocześnie utarte przekonanie, że jest ona tańsza od leczenia szpitalnego. Nadal brakuje jednak prac porównawczych w tym zakresie [5]. Celem niniejszego badania była porównanie kosztów opieki szpitalnej na oddziale internistycznym szpitala specjalistycznego z oddziałem medycyny paliatywnej w wolno stojącym hospicjum.

MATERIAŁ I METODY

Retrospektywnej analizie poddano indywidualną dokumentację medyczną chorych z zaawansowanym nowotworem złośliwym hospitalizowanych w ciągu co najmniej 7 dni i zmarłych w okresie od 1 stycznia do 31 października 2014 r. Pierwszą grupę stanowili pacjenci 42-lóżkowego oddziału we-

wnętrznego szpitala wielospecjalistycznego (dalej szpital), druga grupa obejmowała pacjentów 42-lóżkowego wolno stojącego hospicjum stacjonarnego (dalej hospicjum). W szpitalu w badanym czasie zmarło 81 pacjentów, w tym z zaawansowanym nowotworem złośliwym 37, spośród których hospitalizacji trwającej co najmniej 7 dni poddanych było 10 osób. W hospicjum w analogicznym okresie zmarło 445 osób, 408 z zaawansowanym nowotworem złośliwym, z których 229 pozostawało pod opieką przynajmniej tydzień. W dalszej analizie porównano wszystkich 10 pacjentów szpitala z jednakowo liczną grupą losowo wybranych chorych z hospicjum.

W obu grupach ocenie poddano bezpośrednie koszty oddziałów: badań dodatkowych (badań laboratoryjnych, obrazowych i lekarskich konsultacji specjalistycznych), wybranych grup leków (antybiotyków i silnych analgetyków opioidowych z dobowymi równoważnikami doustnej morfiny – *morphine equivalent daily dose*, MEDD) [6], a także koszty działalności pomocniczej (hotelowe i utrzymania oddziałów). W analizie nie uwzględniono kosztów pomocniczych związanych z zarządzaniem całymi podmiotami leczniczymi (szpitalem i hospicjum), mogących wpłynąć na rzetelność porównania kosztów w placówkach znacznie różniących się wielkością. Podjęto próbę oszacowania odnotowanych w dokumentacji medycznej objawów cierpienia w skali *Mini Suffering State Examination* (MSSE) [7], walidowanym narzędziu do klinicznej oceny cierpienia w ostatnim tygodniu życia. Skala obrazuje natężenie cierpienia od 0 (najmniejsze) do 10 (największe), przy czym wartości w przedziale 0–3 wskazują na jego niewielkie natężenie, 4–6 – średniego stopnia i 7–10 znaczne (tab. 1.). W analizie wykorzystano elementy statystyki opisowej oraz test Shapiro-Wilka do oceny normalności rozkładu. Do oceny różnic pomiędzy średnimi dla danych o rozkładzie normalnym użyto testu *t*-Studenta, w przypadku braku normalności wykorzystano test *U* Manna-Whitneya dla zmiennych niepowiązanych. Jako poziom odrzucenia hipotezy zerowej przyjęto $p < 0,05$. Przed zebraniem materiału uzyskano zgodę dyrekcji obu instytucji na przeprowadzenie retrospektywnej oceny.

WYNIKI

Strukturę wieku, płci i rodzaju schorzenia zasadniczego w obydwu grupach przedstawiono w tabeli 2.

W obu placówkach analizowani pacjenci byli w podeszłym wieku: w szpitalu średnio 76,9 roku (odchylenie standardowe, SD = 9,3), w hospicjum 69,1 roku (SD = 10,5), $p = 0,1$. Przeciętny czas pobytu w szpitalu był istotnie krótszy i wyniósł 11 dni (rozstęp ćwiartkowy IQR 25–75% 10–12 dni), podczas gdy w hospicjum odpowiednio 21 (12–30), $p = 0,04$. Pacjenci w szpitalu reprezentowali różne typy nowotworów, w hospicjum dominował rak płuca (4/10). Poziom cierpienia odnotowany w dokumentacji medycznej pacjentów szpitala pozostawał na średnim poziomie (MSSE 4 pkt; IQR 4–4,8) a w hospicjum przeciętnie na niskim poziomie (3 pkt; 3–4), chociaż różnica pomiędzy grupami nie osiągnęła założonego poziomu istotności ($p = 0,1$).

Analizowane grupy chorych istotnie różniły się pod względem liczby wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, transfuzji i zastosowania antybiotyków (tab. 3.).

Wszystkim pacjentom przebywającym w szpitalu wykonywano podstawowe badania laboratoryjne (przeciętnie oznaczano 17 parametrów, IQR 11–20), wszyscy też korzystali z diagnostyki obrazowej, większość (6/10) korzystała z dodatkowych konsul-

Tabela 1. Mini Suffering State Examination

1. Chory niespokojny
2. Chory krzyczący
3. Obecność bólu
4. Obecność odleżyn
5. Wymuszczenie (spadek wagi ciała/hipoalbuminemia)
6. Zaburzenia naturalnego odżywiania
7. Zabiegi inwazyjne (cewnikowanie, opracowywanie odleżyn, nawadnianie parenteralne, intubacja, dializa)
8. Niestabilny stan kliniczny
9. Obecność cierpienia zdaniem rodziny/opiekunów
10. Obecność cierpienia zdaniem personelu medycznego

Przy stwierdzeniu obecności każdego z problemów przyznawany jest 1 pkt, brak – 0 pkt. Poziom cierpienia odzwierciedla suma punktów z 10 problemów.

tacji lekarskich (zwykle wielokrotnie), 4 przetaczano preparaty krwiopochodne i wszyscy otrzymywali co najmniej 1 cykl antybiotykoterapii. Chorym w hospicjum wykonywano natomiast mniejszą liczbę badań laboratoryjnych (przeciętnie 1, IQR 1–3; $p = 0,0002$), nie korzystali oni z diagnostyki obrazowej, konsultacji, przetaczania preparatów krwiopochodnych, rzadziej otrzymywali antybiotyki (3/10). U chorych hospitalizowanych uwidoczniła się ten-

Tabela 2. Charakterystyka chorych poddanych analizie

	Lp.	Wiek (lata)	Płeć	Rozpoznanie główne	Czas opieki (dni)	MSSE
pacjenci szpitala	1	91	M	rak jelita grubego	11	3
	2	57	M	rak wątroby	8	4
	3	77	M	rak płuca	11	4
	4	86	M	rak prostaty	13	3
	5	82	M	rak prostaty	25	6
	6	76	M	rak nerki	10	5
	7	69	K	nieznane ognisko pierwotne	12	7
	8	74	M	białaczka szpikowa	10	4
	9	77	M	białaczka szpikowa	12	4
	10	80	M	czerwieńca prawdziwa	10	4
pacjenci hospicjum	1	72	M	rak krtani	32	4
	2	80	M	rak płuca	20	3
	3	86	M	rak płuca	9	2
	4	73	M	rak płuca	15	3
	5	60	K	rak płuca	10	3
	6	60	M	czerniak gałki ocznej	27	6
	7	53	K	rak szyjki macicy	60	6
	8	70	K	rak jajnika	39	4
	9	77	M	rak prostaty	22	2
	10	60	M	rak nerki	12	3

MSSE – łączna liczba punktów w skali Mini Suffering State Examination

Tabela 3. Badania biochemiczne, obrazowe, konsultacje specjalistyczne i wybrane leczenie

Lp.	Badania laboratoryjne	Liczba	Badania obrazowe	Konsultacje	Trans-fuzje	Antybiotyki	Opioidy	MEDD	
pacjenci szpitala	1	morfologia, AlAT, bilirubina, Na, K, CRP, kreatynina, Mg, Ca, mocznik, glikemia, badanie ogólne moczu, troponina, TSH, HbsAg, anty-HCV, OWA, posiew krwi	32	RTG KLP (2x), echokardiografia	chirurg, onkolog		amoksylicyna z kwasem klawulanowym, ciprofloksacyna, metronidazol		0
	2	morfologia, Na, K, CRP, kreatynina, glikemia, AlAT, AspAT, bilirubina, amylaza, badanie ogólne moczu, amoniak, aPTT, PT	24	RTG KLP	–	–	ciprofloksacyna, neomycyna	morfiny s.c.	1,3
	3	morfologia, AlAT, bilirubina, glikemia, Na, K, CRP, kreatynina, HBsAg, badanie ogólne moczu	20	RTG KLP (2x)	–	–	ciprofloksacyna, amikacyna, metronidazol	morfiny s.c.	7,0
	4	morfologia, AlAT, bilirubina, Na, K, CRP, kreatynina, badanie ogólne moczu, posiew krwi	18	RTG KLP	–	–	klindamycyna, Biseptol, klarytromycyna, gentamycyna		0
	5	morfologia, Na, kreatynina	7	RTG KLP (2x),	neurolog, nefrolog, anestezjolog	KKCz (2 j.)	amoksylicyna z kwasem klawulanowym, cefotaksym	morfiny i.v.	4,8
	6	morfologia, Na, K, bilirubina, kreatynina, CRP	10	RTG KLP	–	–	amoksylicyna z kwasem klawulanowym, ciprofloksacyna	morfiny s.c.	15,5
	7	morfologia, Na, K, CRP, kreatynina, AlAT, aPTT, PT, badanie ogólne moczu	21	RTG KLP, TK brzucha, gastroscopia	chirurg	–	cefotaksym	morfiny s.c., buprenorfina t.d.	9,7
	8	morfologia, Na, K, CRP, kreatynina, glikemia, R K-Z, badanie ogólne moczu, posiew krwi	16	RTG KLP (2x)	hematolog 2x	KKCz (4 j.)	gentamycyna, klarytromycyna, amoksylicyna z kwasem klawulanowym		0
	9	morfologia, Na, K, CRP, kreatynina, posiew krwi	9	RTG KLP, TK głowy	hematolog 2x	KKCz (5 j.), KKPx (2 j.)	gentamycyna, Levo, cefotaksym	tramadol i.v.	35
	10	morfologia, AlAT, bilirubina, Na, K, CRP, kreatynina, badanie ogólne moczu	16	RTG KLP	psychiatra	KKCz (2 j.)	amoksylicyna z kwasem klawulanowym		0
pacjenci hospicjum	1	glikemia, mocznik, kreatynina, Na, K, Ca, albumina	7	–	–	–	jednorazowa dawka gentamycyny	buprenorfina t.d., morfiny s.c.	31,1
	2	glikemia	1	–	–	–	–	tramadol p.o., morfiny s.c.	3,8
	3	glikemia	1	–	–	–	–	morfiny s.c.	31,1
	4	glikemia	1	–	–	–	–	morfiny s.c.	7,0
	5	glikemia, mocznik, kreatynina, Na, K, Ca, albumina	7	–	–	–	–	morfiny s.c.	23,0
	6	glikemia	1	–	–	–	–	tramadol p.o., morfiny s.c., ketamina s.c.	8,1
	7	glikemia	1	–	–	–	jednorazowa dawka gentamycyny	fentanyl t.d., morfiny p.o., s.c.	9,6
	8	glikemia, Na, K, Mg	4	–	–	–	Biseptol	buprenorfina t.d.	2,2
	9	glikemia	1	–	–	–	–	morfiny s.c.	1,8
	10	glikemia	1	–	–	–	–	buprenorfina t.d., morfiny s.c., ME p.o., ketamina s.c.	153,8

RTG KLP – badanie przeglądowe PA klatki piersiowej; KKCz – koncentrat krwinek czerwonych; KKPx – koncentrat krwinek płytkowych napromieniany; s.c. – podskórnym; i.v. – dożylnym; t.d. – przezskórnym; MEDD – dobowy równoważnik doustnej morfiny w miligramach

dencja do stosowania przeciętnie niższych dawek silnych analgetyków opioidowych (3,0 mg MEDD; IQR 0–9) w porównaniu z podopiecznymi hospicjum (8,9 mg; 4,6–29,1; $p = 0,32$).

Całkowite koszty w przeliczeniu na hospitalizację w szpitalu (krótszą niż w hospicjum) były niższe i przeciętnie wynosiły 4529 zł (IQR 1977–2383) vs 7611 zł (4549–12100); $p = 0,044$. W ujęciu dobowym koszty całkowite jednak nie różniły się znacząco (w szpitalu wyniosły one 371 zł (IQR 356–405), w hospicjum 389 zł (346–391); $p = 0,96$). Przeciętne koszty badań, konsultacji i stosowanych preparatów krwio pochodnych były wyższe w szpitalu, stanowiąc niewielką część kosztów całkowitych (ok. 6%). Pozostałe koszty bezpośrednie (związane przede wszystkim z zatrudnieniem liczniejszego, interdyscyplinarnego personelu medycznego) okazały się natomiast wyższe w hospicjum (283 zł (IQR 249–283) vs 197 zł (193–198; $p < 0,001$), co w głównej mierze zaważyło na tym, że łączne koszty bezpośrednie pomiędzy ośrodkami były zbliżone. Koszty działalności pomocniczej były wyższe w szpitalu (tab. 4.).

W hospicjum kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) zabezpieczał około połowy (53,9%) realnie ponoszonych kosztów (żadna hospitalizacja nie skutkowała nadwyżką finansową), podczas gdy w szpitalu pokrywał je niemal w całości (98,7%), przewyższając realne nakłady u 4 z 10 osób.

DYSKUSJA

Chorzy z zaawansowanym nowotworem stanowili w analizowanym okresie niemal połowę umierających w szpitalu (3/4 z nich zmarło tam w ciągu kilku dni od przyjęcia) i ponad 90% pacjentów hospicjum. Obecność symptomów cierpienia odnotowana w indywidualnej dokumentacji medycznej za pomocą skali MSSE, niestosowanej rutynowo w żadnym z ośrodków, w obu grupach pacjentów była zbliżona, na granicy małego i średniego natężenia, z tendencją do wyższych wartości obserwowanych w szpitalu. Podobny jak w badanych grupach chorych poziom cierpienia obserwuje się także u chorych w placówkach długoterminowych [8]. Całkowite koszty opieki nad analizowanymi pacjentami okazały się zbliżone, chociaż istotnie różniły się składowymi. Refundacja stacjonarnej opieki w hospicjum była dalece niewystarczająca, natomiast w szpitalu zabezpieczała przeciętne koszty niemal całkowicie. Zarówno koszt jednego dnia opieki w hospicjum, jak i stopień jego refundacji były zbliżone do wyników uzyskanych w jedynym jak dotychczas krajowym, wieloośrodkowym badaniu perspektywnym, oceniającym stan z 2012 r. (średnio 357 zł sfinansowany w ok. 60%) [9]. Aktualnie (od stycznia 2017 r.) w kraju obowiązują wyższe kwoty

refundacyjne za opiekę na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej, na podstawie analizy kosztów Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), tj. 342,75 zł za osobodzień (iloczyn kosztu świadczenia bazowego, 56,19 zł i taryfy osobodnia, 6,1) [10]. Wyliczenia AOTMiT zostały opracowane na podstawie danych zebranych z jednostek opieki paliatywnej obejmujących lata 2013–2014, a więc okres analizowany w niniejszej pracy. Potwierdza to wykazaną w pracy znaczną dysproporcję pomiędzy realnie ponoszonymi kosztami a ich refundacją w tym czasie, co dowodzi znacznej trudności w zaspokojeniu realnych potrzeb chorych umierających wyłącznie w oparciu o kontraktowanie usług z NFZ. Zwiększenie wyceny świadczeń przez płatnika od 2017 r. było krokiem w dobrym kierunku, lecz niewystarczającym, gdyż zabezpiecza te potrzeby tylko do ok. 82% kosztów ponoszonych już w latach 2013–2014.

Pomimo podobnego w obu grupach natężenia cierpienia, w szpitalu stosowanie silnych leków analgetycznych nie było częste, a ich dawki były małe. Chorzy w hospicjum natomiast wyróżniali się mniejszą liczbą badań diagnostycznych i konsultacji, sporadycznym stosowaniem antybiotykoterapii (w większości aminoglikozydu podawanego w jednej dawce w celu łagodzenia objawów infekcji) [11]. Leczenie objawów opierało się także na wykorzystaniu u wszystkich chorych silnych analgetyków w dostosowanych dawkach o znacznej rozpiętości, do 153,8 mg MEDD w jednym przypadku. Przeciętny koszt leczenia analgetycznego w obu grupach był znikomy w stosunku do globalnych wydatków (np. w hospicjum tylko ok. 3,5‰ kosztów bezpośrednich). W hospicjum wyższe pozostałe bezpośrednie koszty związane były z zatrudnieniem większej liczby osób tworzących zespół interdyscyplinarny, wymiennie wpływający na jakość holistycznej opieki. Większość osób z zaawansowaną chorobą nowotworową (57–81%) oczekuje głównie poprawy komfortu, zmniejszenia cierpienia i wsparcia społeczno-duchowego [12]. Preferowanym przez nich miejscem opieki medycznej u kresu życia jest dom, natomiast najmniej chętnie wybierają oni szpital lub dom opieki społecznej [13]. Wielu (nawet co czwarty [14]) ze zgłaszających się wymaga prostych interwencji, możliwych do przeprowadzenia poza szpitalem. Domowa opieka hospicyjna (tzw. szpital w domu, hospicjum domowe), dzięki stałej dostępności do pielęgniarki i lekarza (także w godzinach nocnych i w weekendy) może poprawić jakość życia niższym kosztem w porównaniu z opieką szpitalną [15]. Włączenie chorych do domowej opieki hospicyjnej może istotnie zmniejszyć prawdopodobieństwo nieplanowanych zgłoszeń chorych do szpitala u kresu życia i skrócić czas pobytu w szpitalu [16]. U większości obejmowanych domową opieką hospicyjną

Tabela 4. Porównanie dobowych kosztów opieki na oddziale szpitalnym i w hospicjum oraz refundacji Narodowego Funduszu Zdrowia (w zł)

lp.	Bezpośrednio związane z leczeniem				Pomocnicze			Całkowite	Refundacja NFZ	Bilans		
	laboratorium	bad. obrazowe	konsultacje	transfuzje	antybiotyki	opioidy	pozostałe				łącznie	
1	56,91	21,82	18,18	0,00	9,51	0,00	186,87	293,29	116,45	409,74	373,45	-36,28
2	19,13	5,00	0,00	0,00	5,78	0,16	209,30	239,37	125,41	364,78	637,00	272,22
3	12,77	7,27	0,00	0,00	21,39	0,47	193,62	235,53	120,07	355,60	359,27	3,67
4	26,50	3,08	0,00	0,00	6,84	0,00	193,62	230,04	120,07	350,11	660,00	309,89
5	2,56	3,20	12,00	18,68	1,33	0,31	198,66	236,74	122,45	359,19	164,32	-194,87
6	5,45	4,00	0,00	0,00	15,62	1,04	197,67	223,78	122,87	346,65	509,60	162,95
7	9,88	51,67	8,33	0,00	1,37	1,29	198,57	271,10	122,93	394,03	342,33	-51,70
8	33,90	8,00	20,00	86,90	14,48	0,00	197,67	360,95	122,87	483,82	410,80	-73,02
9	24,42	40,83	16,67	272,58	11,10	3,05	198,57	567,21	122,93	690,14	281,67	-408,47
10	9,30	4,00	10,00	46,70	4,06	0,00	186,87	260,93	116,45	377,38	57,20	-320,18
mediana	15,95	6,14	9,17	0,00	8,17	0,24	197,67	250,15	122,66	371,08	366,36	-4,71
1	0,76	0,00	0,00	0,00	0,71	2,95	283,41	287,82	106,05	393,87	210,00	-183,87
2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,42	283,41	283,83	106,05	389,88	210,00	-179,88
3	1,46	0,00	0,00	0,00	0,00	2,08	244,17	247,70	93,16	340,86	210,00	-130,86
4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,32	283,41	283,73	106,05	389,78	210,00	-179,88
5	2,43	0,00	0,00	0,00	0,00	1,50	283,41	287,34	106,05	393,39	210,00	-183,39
6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,71	283,41	286,12	106,05	392,17	210,00	-182,17
7	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,21	264,66	265,06	92,7	357,76	210,00	-147,76
8	0,34	0,00	0,00	0,00	0,74	0,66	283,41	285,15	106,05	391,20	210,00	-181,20
9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	244,17	244,28	93,16	337,44	210,00	-127,44
10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,68	244,17	249,85	93,16	343,01	210,00	-133,01
mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,08	283,41	283,78	106,05	389,83	210,00	-179,83
p	< 0,0001	< 0,0002	0,01	0,03	< 0,0001	0,01	< 0,001	0,17	0,008	0,96	0,006	0,079

pacjenci szpitala

pacjenci hospicjum

cyjną (83,5%) możliwe jest jej prowadzenie do końca życia [17]. Jednym ze wskaźników dobrej jakości opieki paliatywnej może być niski odsetek (< 4%) hospitalizacji w ostatnim miesiącu życia [18] oraz ograniczony czas (< 10%) spędzony w tym okresie w szpitalu [19]. W tych krajach Europy, gdzie lekarze rodzinni podejmują się opieki paliatywnej w jej podstawowym zakresie, udaje się uzyskać lepszą jakość opieki wyrażoną niższymi wskaźnikami hospitalizacji [20]. Liczba niepotrzebnych hospitalizacji u kresu życia może być ograniczana dzięki zapewnieniu ciągłości opieki onkologicznej obejmującej także podstawową opieką paliatywną, planowanie opieki na przyszłość (*advance care planning*), a także rozwijanie domowej opieki paliatywnej dopasowanej do rzeczywistych potrzeb pacjentów [21, 22]. Opieka domowa w porównaniu z instytucjonalną z pewnością jest tańsza, często jednak w porównaniach finansowych nie bierze się pod uwagę istotnych wydatków towarzyszących nieformalnej pomocy osób bliskich w domu chorego, mogących sięgać nawet 1/3 całkowitych kosztów tej opieki [23, 24].

Niestety opieka domowa nie zawsze jest możliwa do realizacji w praktyce [25]. Część chorych i ich rodzin widzi właśnie w szpitalu bezpieczniejsze miejsce niż dom na podtrzymanie gasnącej nadziei na przedłużenie kończącego się życia [26, 27]. Do głównych przyczyn zgłaszania się pacjentów do szpitala należą duszności, ból, nudności i wymioty, jak również wyczerpanie się możliwości opiekuńczych, a nawet poczucie bycia ciężarem dla rodziny czy poszukiwanie bezpieczeństwa [28]. W ostatnim miesiącu życia jedna trzecia chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową zgłasza się na szpitalne oddziały ratunkowe (5% wielokrotnie) [29] i tam 10% z nich umiera. Pozostali prawie 5-krotnie częściej niż w ogólnej populacji (mediana 58% vs 12%) są przyjmowani na oddziały szpitalne (głównie onkologiczne) [30]. W związku z priorytetami opieki szpitalnej, nakierowanej na diagnostykę i korygowanie stwierdzanych nieprawidłowości analizowani pacjenci szpitala byli poddawani rutynowej diagnostyce laboratoryjnej i obrazowej, a w związku z ujawnionymi odchyleniami od normy często korzystali z konsultacji specjalistów, otrzymywali antybiotyki i preparaty krwiopochodne. Pomimo wysiłków terapeutycznych stan analizowanych chorych nie poprawiał się, prowadząc do zgonu. Głównym zadaniem szpitali jest niewątpliwie ich funkcja diagnostyczno-lecznicza i trudno przypuszczać, że będą one mogły zastąpić oddziały paliatywne i hospicyjne w ich kompleksowej opiece nad umierającymi. Zbilansowanie się kosztów opieki szpitalnej nad pacjentami u kresu z ich refundacją w szpitalu osiągnięto m.in. dzięki procedurom diagnostycznym i terapeutycznym, niemającym bezpośrednio przełożenia na jakość życia. Tymczasem fundu-

sze przeznaczone obecnie na takie hospitalizacje można by racjonalnie wykorzystać, np. na szybszą diagnostykę pacjentów rokujących wyleczenie i oczekujących na postawienie diagnozy. Koszty opieki instytucjonalnej u kresu życia nie tylko w Polsce są bardzo wysokie. W Stanach Zjednoczonych np. szacuje się, że spośród korzystających z opieki zdrowotnej jedynie 5% to chorzy w ostatnim roku życia, a wydatki instytucjonalne w tej grupie sięgają 25% kosztów całej opieki medycznej w tym kraju [31]. Chorzy przyjmowani w sposób nieplanowany do szpitala rzadko korzystają z konsultacji paliatywnych, nie są kierowani do hospicjów i ograniczają dostęp do szpitali pacjentom wymagającym diagnostyki i leczenia przyczynowego [32].

W Polsce, mimo dynamicznego rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w ostatnim dwudziestoleciu, szpitale nie prowadzą domowej opieki hospicyjnej, a transfer ze szpitala na oddziały paliatywne także nie odbywa się bez przeszkód z uwagi na niską wycenę świadczeń i istniejące limity. Tymczasem właściwe rozpoznanie okresu umierania jest możliwe szczególnie w warunkach opieki paliatywnej. W tym okresie w hospicjach domowych i oddziałach paliatywnych zmniejsza się liczbę niekoniecznych badań diagnostycznych i leków nieistotnych z punktu widzenia bieżącej kontroli objawów, koncentruje się na podawaniu podstawowych leków, osiągając komfort umierania [33]. Chorzy przyjmowani do hospicjów, podobnie jak analizowani w niniejszej pracy, zwykle otrzymują więcej silnych analgetyków i rzadziej są poddawani inwazyjnym procedurom [34]. Rzadziej są też kwalifikowani do transfuzji krwi w przypadku powszechnie występującej u kresu życia astenii z towarzyszącą niedokrwistością (chorób przewlekłych), z uwagi na ich niską (ok. 39%) skuteczność w poprawie komfortu [35]. W hospicjum mogą liczyć na holistyczną opiekę zespołu interdyscyplinarnego, co bezpośrednio przekłada się na lepszą kontrolę objawów, mniejsze obciążenie opiekunów, lepszą efektywność i umieranie w preferowanym przez nich miejscu [36]. Opiekunowie chorych zmarłych zwykle wyżej oceniają opiekę w hospicjum pod kątem skuteczności w opanowywaniu bólu, komunikowania się z chorym i rodziną, pielęgnacji i podtrzymywaniu godności [37].

W niniejszej pracy ocenie poddano jedynie niewielką grupę pacjentów w sposób retrospektywny, bez możliwości pełniejszej analizy występujących objawów, zmian w poziomie cierpienia czy jakości życia, co z pewnością stanowi jej ograniczenie. Istnieje potrzeba szerszych, prospektywnych badań w tym zakresie, pozwalających także na ocenę satysfakcji z opieki oraz zależności pomiędzy stopniem cierpienia a formami opieki paliatywnej czy sposobami leczenia w różnych ośrodkach opieki zdrowotnej.

W żadnym systemie opieki zdrowotnej nie jest możliwe, by cały ciężar opieki paliatywnej przejęły ośrodki opieki paliatywnej i hospicyjnej. Konieczna jest więc współpraca i dzielenie się udziałem w tej opiece wszystkich podmiotów opieki zdrowotnej, do których zgłaszają się nieuleczalnie chorzy. Włączenie w ten proces już na wczesnym etapie choroby lekarzy rodzinnych, ośrodków onkologicznych, a nawet szpitalnych oddziałów ratunkowych może zmniejszyć ryzyko nieplanowanych hospitalizacji [38]. Odciążenie dzięki temu specjalistycznej opieki paliatywnej, także przez wstępne rozpoznanie potrzeb (*triage*) w zakresie leczenia objawowego na SOR, i poprawa współpracy z jednostkami opieki paliatywnej mogą znacząco poprawić sytuację chorych i niemal 3-krotnie ograniczyć koszty pobytu w szpitalu [39, 40]. Równocześnie z niezbędnym zwiększeniem nakładów na opiekę paliatywną i hospicyjną do poziomu zabezpieczających realne koszty [41], konieczna jest także poprawa dostępności do opieki długoterminowej (zarówno środowiskowej jak i instytucjonalnej), tak aby pacjenci wypisywani z hospicjów, stabilni, z dłuższą prognozą przeżycia, wymagający pielęgnowania oraz regularnego przyjmowania leków mogli z niej korzystać. W końcu powszechnie występujące ograniczenia finansowe, jakim podlega cała opieka zdrowotna, już dziś wymagają zainteresowania opieką paliatywną także instytucji niezwiązanych z ochroną zdrowia, a nawet całych społeczności (*compassionate communities*) [42] wrażliwych na los drugiego człowieka (*all in palliative care*).

WNIOSKI

Koszty opieki ostatnich tygodni życia nad chorymi z zaawansowanym nowotworem złośliwym na oddziale szpitalnym i hospicyjnym są zbliżone, jednak ich składowe zasadniczo się różnią – w hospicjum więcej nakładów jest bezpośrednio związana z działaniami poprawiającymi komfort.

Refundacja kosztów opieki instytucjonalnej nad chorymi u kresu życia w hospicjum (w odróżnieniu od szpitala) z NFZ nie jest wystarczająca i dla zbilansowania wydatków konieczne jest pozyskiwanie dodatkowych środków z innych źródeł finansowania.

Istnieje potrzeba szerszego społecznego zainteresowania opieką paliatywną w celu zapewnienia pełnego dostępu do niej wszystkim potrzebującym.

PIŚMIENICTWO

1. Definicja WHO opieki paliatywnej. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> dostęp 05.06.2017 r.
2. Brant JM. Palliative care for adults across the cancer trajectory: from diagnosis to end of life. *Semin Oncol Nurs* 2010; 26: 222-230
3. Lindqvist O, Lindqvist G, Dickman A i wsp. Four Essential Drugs Needed for Quality Care of Dying: A Delphi-Study Based International Expert Consensus Opinion. *J Palliat Med* 2013; 16: 38-43
4. Reyniers T, Deliens L, Pasman HRW i wsp. Appropriateness and avoidability of terminal hospital admissions: Results of a survey among family physicians. *Palliat Med* 2017; 31: 456-464
5. Gardiner C, Ingleton C, Ryan T i wsp. What cost components are relevant for economic evaluations of palliative care, and what approaches are used to measure these costs? A systematic review. *Palliat Med* 2017; 31: 323-337.
6. MEDD dobowy ekwiwalent doustnej morfiny http://palliative.org/NewPC/_pdfs/tools/INSTRUCTIONSsMEDD.pdf dostęp 06.06.2017 r.
7. Aminoff BZ, Purits E, Noy S i wsp. Measuring the suffering of end-stage dementia: reliability and validity of the mini-suffering state examination. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 38: 123e130.
8. Zimmerman S, Cohen L, van der Steen i wsp. Measuring End-of-Life Care and Outcomes in Residential Care / Assisted Living and Nursing Homes. *J Pain Symptom Manage* 2015; 49: 666-679.
9. Ciałkowska-Rysz AD, Pokropska W, Łuczak J i wsp. How much does care in palliative care wards cost in Poland? *Arch Med Sci* 2016; 12: 457-468.
10. Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. <http://bip.aotm.gov.pl/taryfy/obwieszczenie-w-sprawie-taryfy-swiadczen-op-paliatywne/dostep> 19. 06. 2017 r.
11. Clayton J, Fardell B, Hutton-Potts J i wsp. Parenteral antibiotics in a palliative care unit: prospective analysis of current practice. *Palliat Med* 2003; 17: 44-48.
12. Higginson IJ, Gomes B, Calanzani N i wsp. Priorities for treatment, care and information if faced with serious illness: A comparative population-based survey in seven European countries. *Palliat Med* 2013; 28: 101-110.
13. Calanzani N, Moens K, Cohen J i wsp. Choosing care homes as the least preferred place to die: a cross-national survey of public preferences in seven European countries. *BMC Palliat Care* 2014; 13: 48.
14. Delgado-Guay MO, Kim YJ, Shin SH i wsp. Avoidable and unavoidable visits to the emergency department among patients with advanced cancer receiving outpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2015; 49: 497-504.
15. Edes T, Kinosian B, Vuckovic NH i wsp. Better access, quality, and cost for clinically complex veterans with home-based primary care. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62: 1954-1961.
16. May P, Garrido MM, Cassel JB i wsp. Cost analysis of a prospective multi-site cohort study of palliative care consultation teams for adults with advanced cancer: Where do cost-savings come from? *Palliat Med* 2017; 31: 378-386.
17. Grądalski T, Fiałkowski MT, Rachtan J. Domowa opieka hospicyjna nad chorymi umierającymi na nowotwory złośliwe w Hospicjum św. Łazarza w Krakowie w latach 1994-1997. *Przegl Lek* 2005; 62: 671-675.
18. Earle CC, Neville BA, Landrum MB i wsp. Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Health Care* 2005; 17: 505-509.
19. Peruselli C, Marinari M, Brivio B i wsp. Evaluating a home palliative care service: development of indicators for a continuous quality improvement program. *J Palliat Care* 1997; 13: 34-42.
20. De Roo ML, Francke AL, Van den Block L i wsp. Hospitalizations of cancer patients in the last month of life: quality indicator scores reveal large variation between four European countries in a mortality follow-back study. *BMC Palliat Care* 2014; 13: 54.

21. Riolfi M, Buja A, Zanardo C i wsp. Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: A retrospective cohort study. *Palliat Med* 2014; 28: 403-411.
22. Nishie H, Mizobuchi S, Suzuki E i wsp. Living Will Interest and Preferred End-of-life Care and Death Locations among Japanese Adults 50 and over: A Population-based Survey. *Acta Med Okayama* 2014; 68: 339-348.
23. Round J, Jones L, Morris S. Estimating the cost of caring for people with cancer at the end of life: A modelling study. *Palliat Med* 2015; 29: 899-907.
24. Brick A, Smith S, Normand C i wsp. Costs of formal and informal care in the last year of life for patients in receipt of specialist palliative care. *Palliat Med* 2017; 31: 356-368.
25. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE i wsp. Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD009231. DOI: 10.1002/14651858.CD009231.pub2.
26. Robinson J, Gott M, Gardiner C i wsp. A qualitative study exploring the benefits of hospital admissions from the perspectives of patients with palliative care needs. *Palliat Med* 2015; 29: 703-710.
27. Grażdalski T, Wesolek E, Kleja J. Terminal cancer patients' informed consent for palliative care admission and their quality of life. *J Palliat Med* 2012; 15: 847.
28. Green E, Gott M, Wong J. Why do adults with palliative care needs present to the emergency department? A narrative review of the literature. *Progress in Palliat Care* 2016; 24: 195-203.
29. Henson LA, Higginson IJ, Wei Gao; on behalf of BuildCARE. What factors influence emergency department visits by patients with cancer at the end of life? Analysis of a 124,030 patient cohort. *Palliat Med* What factors influence emergency department visits by patients with cancer at the end of life? Analysis of a 124,030 patient cohort. *Palliat Med* 2017 Jun 1. doi: 10.1177/0269216317713428.
30. Kotlińska-Lemieszek A, Wyrwińska A. Pacjenci z chorobą nowotworową na oddziałach ratunkowych. *Medycyna Paliatywna* 2014; 6: 134-139.
31. Riley GF, Lubitz JD. Long-term trends in Medicare payments in the last year of life. *Health Services Research* 2010; 45: 565-576.
32. Salemi JL, Chima CC, Spooner KK i wsp. Unplanned hospitalizations for metastatic cancers: The changing patterns of inpatient palliative care, discharge to hospice care, and in-hospital mortality in the United States. *Family Medicine and Community Health* 2017; 5: 13-28.
33. Lutostańska I, Mrówczyńska E, Mazurkiewicz B i wsp. Ocena postępowania objawowego u pacjentów umierających objętych zintegrowanym systemem opieki na Oddziale Opieki Paliatywnej. *Medycyna Paliatywna* 2010; 3: 154-161.
34. Hwang SJ, Chang HT, Hwang IH i wsp. Hospice Offers More Palliative Care but Costs Less Than Usual Care for Terminal Geriatric Hepatocellular Carcinoma Patients: A Nationwide Study. *J Palliat Med* 2013; 16: 780-785.
35. Woodwark C, Dean A. Do blood transfusions make a difference when you are dying? *Prog Palliat Care* 2017; 25: 126-131.
36. Siouta N, Van Beek K, van der Eerden ME i wsp. Integrated palliative care in Europe: a qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease. *BMC Palliat Care* 2016; 15: 56.
37. Addington-Hall JM, O'Callaghan AC. A comparison of the quality of care provided to cancer patients in the UK in the last three months of life in in-patient hospices compared with hospitals, from the perspective of bereaved relatives: results from a survey using the VOICES questionnaire. *Palliat Med* 2009; 23: 190-197.
38. Antonuzzo A, Vasile E, Sbrana A i wsp. Impact of a supportive care service for cancer outpatients: management and reduction of hospitalizations. Preliminary results of an integrated model of care *Support care Cancer* 2017; 25: 209-212.
39. Philip JAM, Le BHC, Whittal D i wsp. The Development and Evaluation of an Inpatient Palliative Care Admission Triage Tool. *J Palliat Med* 2010; 13: 965-972.
40. Fermia R, Wilkins C, Rodriguez D i wsp. Cost savings of palliative care referrals from the emergency departments. *Physician Leadership Journal Tampa* 2016; 3: 8-11.
41. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T, Łuczak J i wsp. Podsumowanie pracy Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej (sierpień 2011 r. – czerwiec 2012 r.). *Medycyna Paliatywna* 2014; 6: 177-189.
42. Kellehear A. Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. *Q J Med* 2013; 106: 1071-1075.