

Koncepce hospicové péče pro Českou republiku

(stanovisko a doporučení APHPP, 2017)

Vymezení pojmů

Paliativní péče

definice:

„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s životem ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“ (WHO)

Kdo poskytuje paliativní péči - může se poskytovat v nemocnicích, domovech seniorů, léčebnách dlouhodobě nemocných či jiných typech léčeben podle odborného zaměření, domácím prostředí, lůžkových i domácích hospicích, stacionářích, ambulancích i jinde. Doba poskytování obecné paliativní péče není obecně vymezena a odvíjí se od typu onemocnění konkrétního pacienta a je zaměřena pouze na řešení zdravotních komplikací, nikoliv na jeho potřeby sociální, duševní i duchovní.

Hospicová péče

definice:

Hospicová péče je specializovaná integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je předpokládána prognóza délky života na základě rozumného lékařského posouzení kratší, než šest měsíců, u kterých byla ukončena aktivní léčba. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče, což je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc již nereaguje na léčení vlastního závažného onemocnění. Zásadní je léčba bolesti, dušnosti a dalších symptomů terminálního stadia onemocnění, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních potřeb a problémů nemocných a návazně i jejich rodinných příslušníků. **Časový horizont 6 měsíců do očekávaného úmrtí tak zásadně odlišuje péči**

hospicovou od péče nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných nebo ošetrovatelských ústavů.

kdo poskytuje hospicovou péči:

„speciální lůžková zařízení hospicového typu“ (§22a zákona č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění, v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách, §2. písm. a), §ř, odst. 2, písm. h), §9 písm. d)

Pozor na záměnu: paliativní medicína ani paliativní péče nejsou synonymem hospicové péče!

Cílový stav:

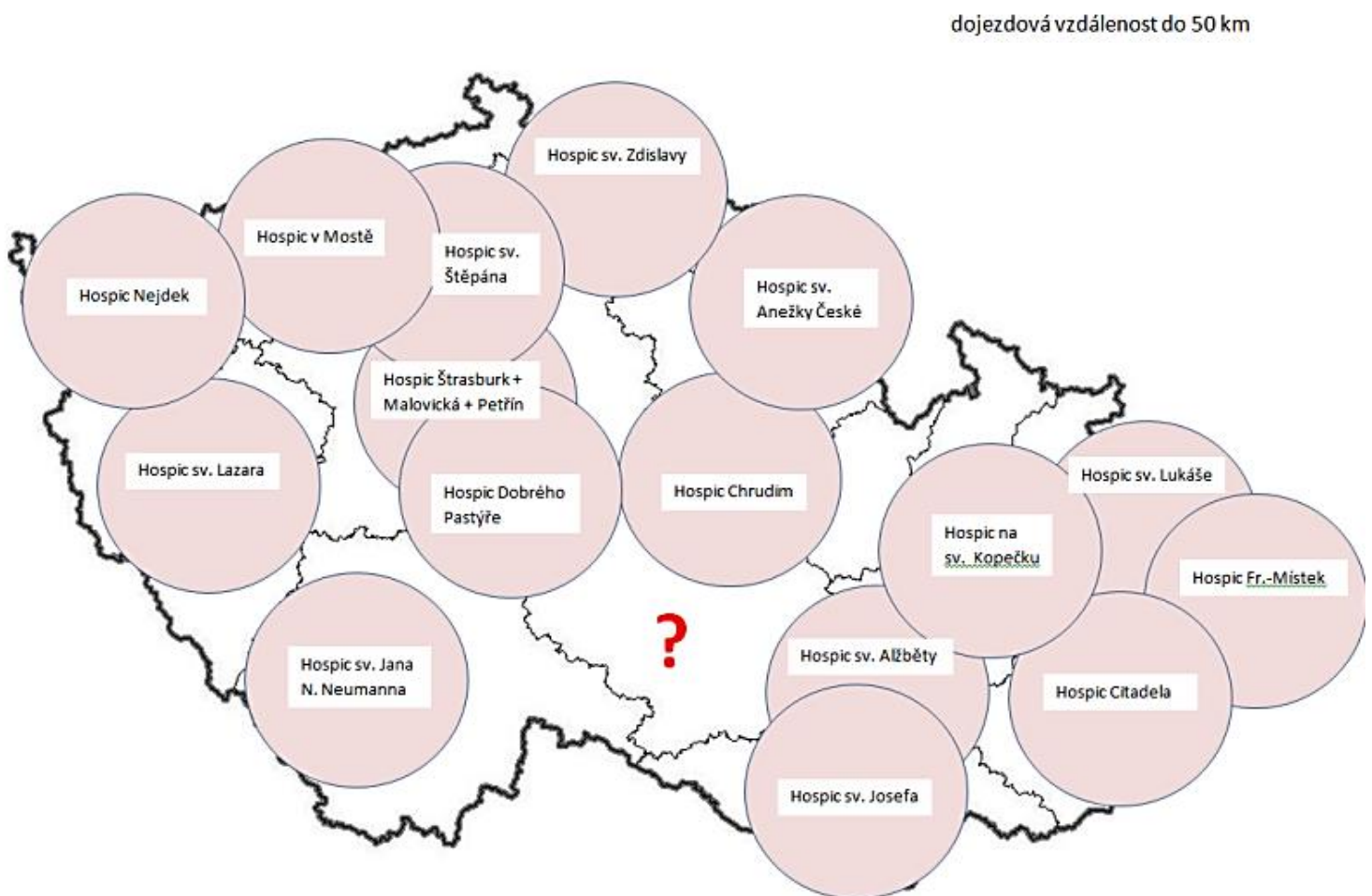
A. Lůžkový hospic (LH)

- dosažení stavu, kdy v ČR poskytují hospicovou péči samostatně stojící specializovaná lůžková zařízení hospicového typu v rozsahu alespoň „1 kraj = lůžkový 1 hospic“
- dostupnost - hustota pokrytí by měla dosahovat 5 lůžek / 100 tis. obyv.; dojezdová vzdálenost obvykle nečiní více než 70 km
- každé lůžkové zařízení dodržuje standardy APHPP pro tento typ péče (např. převažují jednolůžkové pokoje, přistýlky pro blízké, vlastní sociální vybavení pokoje, požadavky na personální a technické vybavení dle OD 00030 – vyhl. č. 134/97 Sb. Seznam výkonů, v platném znění, atd.)
- legislativní ukotvení medicínského rozměru péče a zároveň nemedicínského rozměru péče v zákonech o zdravotních službách a o sociálních službách
- zajištěný legislativní rámec pro dostatečné financování - financování na smluvním základě se zdravotními pojišťovnami
- kvalitní zdravotní péče (paliativní medicína) je pro působení hospice podmínkou nutnou, nikoli však postačující
- důraz na sociální, psychologický a duchovní rozměr komplexně poskytované péče
- zabezpečení kvality duchovní péče (pravidelné bohoslužby; pastor. asistent/nem. kaplan/kněz - dostupnost pacientům každý den)
- zpravidla vždy samostatně působící, nestátní neziskové zařízení, většina jeho činnosti a působení se věnuje péči o terminálně nemocné pacienty (viz definice)
(srov. např. tzv. paliativní oddělení nemocnice Jihlava, kde cca 50% hospitalizovaných je přeloženo z LDN na pal. lůžko a po té zpět na LDN - zdroj: VZP, ÚZIS)

Parametry potřebnosti lůžkové hospicové péče v ČR

- dostupnost - hustota pokrytí by měla dosahovat 5 lůžek / 100 tis. obyv. = **naplněno** s výjimkou kraje Vysočina (požadavek WHO, 20 let praxe lůžkových hospiců v ČR, strategie MZČR)
- dojezdová vzdálenost obvykle nečiní více než 70 km = **naplněno**
- lůžkový hospic - zařízení dodržuje „Standardy“ APHP = **naplněno**
- čekací lhůty na přijetí nejsou obvykle žádné, průběžná nabídka disponibilních míst = **naplněno**

ÚZEMNÍ POKRYTÍ ČR - DOJEZDOVÁ VZDÁLENOST DO LŮŽKOVÉHO HOSPICE



ZÁVĚR: lůžková hospicová péče dle doporučení Světové zdravotnické organizace i dle zkušenosti provozu hospiců v ČR za 20 let je kapacitně („5/100“) v ČR pokryta s výjimkou kraje Vysočina

Úkol: dobudovat lůžkový hospic v kraji Vysočina.

B. Domáci hospic (DH)

je organizace hospicového typu působící v ČR, registrovaná jako poskytovatel zdravotních služeb dle Zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a provozující hospicovou péči dle Zákona č. 48/1997, v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. a zároveň poskytuje registrované služby dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách.

Domáci hospic je integrovaná forma zdravotní, sociální, psychologické a duchovní péče, poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin v terminální fázi onemocnění, ve vlastním sociálním prostředí, u nichž je předpokládána prognóza délky života na základě rozumného lékařského posouzení kratší, než šest měsíců. V rámci domácí hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče, to je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na léčení vlastního závažného onemocnění. Zásadní je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních potřeb a problémů nemocných.

„Domáci hospicová péče je poskytována pacientům v terminální fázi onemocnění v jejich vlastním sociálním prostředí“. Není obvykle hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

V současnosti je většina těchto registrovaných specializovaných zdravotnických zařízení (domáci hospice) bez smlouvy se zdravotními pojišťovnami s nepravdivým odkazem, že tuto specializovanou hospicovou péči dostatečně poskytují v regionu agentury běžné domácí zdravotní péče (925). Mnoho zkušeností z praxe však dokládá, že řada pacientů těchto agentur je odesílána při zhoršení stavu jejich onemocnění a vzniku dalších komplikací (terminalita, zvýšení nároků na péči) odesílána do lůžkových zařízení různého typu, nejčastěji LDN a ošetrovatelských lůžek. Jedná se tak o selhání pojišťovnami proklamovaného tvrzení, že je poskytována domácí hospicová péče.

Skutečná domácí hospicová péče je nyní financována většinou z darů jednotlivců a sponzorů...

Domáci hospic - odlišení od ostatních agentur domácí zdravotní péče

- péči poskytuje ošetrující lékař (definice dle z. č. 48/1997 Sb., § 18, písm. c) a Stavovského předpisu ČLK č. 16, včetně závazného stanoviska vědecké rady ČLK č. 2/2011 v platném znění - pro lékaře pracující v hospicích – kmen **chirurgický, interní, všeobecné praktické lékařství, anesteziologický, neurologický, ortopedický, otorinolaryngologický, onkologie, psychiatrie,**) a samostatný multidisciplinární tým skládající se z ošetrovatelského personálu, dle potřeby a přání pacienta - ambulantní specialista, psycholog, duchovní atd.
- každé zařízení DH dodržuje standardy APHPP pro tuto oblast specializované péče
- klientelou DH se rozumí výhradně terminálně nemocní (umírající)

- potřebný počet poskytovatelů: optimálně 1 DH / 100 000 obyv. (**cca 1 DH = 1 okres**)
- souběžné působení DH v režimu běžné domácí zdravotní péče o neterminální pacienty není přípustné
- dostupnost pro terminálně nemocného pacienta (časová, finanční, odborná)
- dostupnost ošetřujícího lékaře 24/365
- dostupnost zdravotních sester a PSS 24/365
- dostupnost duchovní péče 24/365
- důraz na sociální, psychologický a duchovní rozměr péče
- nejméně 65% úmrtí nastane do 3 měsíců
- max. 35% pacientů může být přeloženo do lůžkového zařízení nebo prodloužena domácí péče (max. 6 měs.)
- DH disponuje vlastní půjčovnou pomůcek, včetně přístrojů
- DH pečuje o pozůstalé v období zármutku
- důraz na sociální, psychologický a duchovní rozměr péče

personální obsazení

- zdravotní sestry S2 a praktická sestra S1 (samostatně pracující, pracující pod dozorem)
- ošetřující lékaři dle definice v z. č. 48/97 Sb., § 18, písm. c) o veřejném zdravotním pojištění, včetně souvisejících předpisů (vyhl. č. 134/98 Sb. v platném znění – Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami), dle stavovského předpisu ČLK č. 16 a Závazného stanoviska ČLK č. 2/2011 v platném znění
- ošetřovatelé/pracovník v sociálních službách - přímá obslužná péče
- sociální pracovník
- kněz/pastorační asistent/nemocniční kaplan

Úhrada výkonů domácího hospice z veřejného zdravotního pojištění – v souladu s platnými vyhláškami:

- 1) č. 134/98 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v aktuálním znění pro daný kalendářní rok
- 2) tzv. úhradovou vyhláškou, která se vydává pro každý aktuální kalendářní rok

Upozornění APHPP:

Tzv. Pilotní program VZP a ČSPM nezajišťuje plošnou dostupnost v ČR. Parametry Pilotního programu jsou realizovatelné pouze ve velkoměstech (cca od 100 000 obyv.). Péče je tak

nedostupná ve středně velkých městech a na venkově, tj. nedostupná pro většinu obyvatel ČR - dle údajů ČSÚ žije v ČR v Praze a krajských městech pouze 28 % obyvatel, zbývajících 72 % obyvatel ČR žije ve městech menších a na venkově.

Nejvýraznější nedostatky Pilotního programu:

- 1) je nejméně o 1/3 dražší, než běžný výkonový způsob úhrady (zcela postačující)
- 2) je personálně postaven tak, že v případě jeho akceptace se domácí hospicová péče stane nedostupnou pro 2/3 populace v ČR. Důvod - týmy domácích hospiců mimo velkoměsta nedosáhnou na předdimenzované personální požadavky (jak povinnost mít v týmu paliativce, kterých je a bude nedostatek, tak nepotřebně vysoký počet sester).
- 3) neumožňuje úhradu této péče specializovaným agenturám domácí hospicové péče, které lege artis poskytují služby již více jak 10 let ke spokojenosti pacientů a rodin
- 4) neumožňuje úhradu této péče pojištěncům jiných pojišťoven než VZP, neboť tzv. ošetřovací den domácí hospicové péče a vysoká výše úhrady jsou pro tyto ostatní pojišťovny nepřijatelné - upřednostňují úhradu klasickým výkonovým způsobem.
- 5) je nadbytečně drahý - požaduje vyšší úhrady, než na lůžku následné péče v nemocnici (LDN, ošetřovatelská lůžka), i když se jedná o klasickou návštěvní lékařskou a ošetřovatelskou péči v domácím prostředí pacienta, kdy veškeré režijní náklady jsou k tíži domácnosti pacienta, nikoliv zdravotnického zařízení, jako je tomu v případě nemocnic.

Popis současné situace:

- 1) Zdravotní pojišťovny, především VZP, dlouhodobě nenasmlouvávají péči se specializovanými agenturami domácí hospicové péče s nepravdivým poukazem na to, že tuto péči mají dostatečně zajištěnu v rámci domácí zdravotní péče (kapitola 925 dle Seznamu výkonů).
- 2) Domácí hospicová péče je v současné době financována formou darů a částečně úhradou od pacientů, kteří ačkoli jsou řádně zdravotně pojištěni, přesto ZP (zejména VZP) odmítají tuto péči nasmlouvat a hradit – v souladu s dikcí z. č. 48/1997 Sb. a navazujících vyhlášek z veřejného zdravotního pojištění.
- 3) domácí hospicovou péči nasmlouvávají pojišťovny v současné době většinou pouze s „běžnými“ agenturami domácí zdravotní péče 925 – sestra domácí zdravotní péče s možností využití tzv. signálního kódu 06349 – ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu. *Nejedná se však o specializované, odborně a technicky

vybavené již existující týmy domácí hospicové péče s přirozenou vazbou na existující lůžkový hospic. Obvykle působí pouze 7:00-15:30, většina pacientů v jejich péči není terminálně nemocná, nenaplnují platné Standardy APHPP, při zvýšených nárocích na lékařskou a ošetrovatelskou péči překládají pacienty do nemocnic. Toto není specializovaná domácí hospicová péče (přes verbální proklamaci některých agentur)! Naopak domácí hospice Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče se soustřeďují výhradně na pacienty v termální fázi onemocnění, nabízejí a garantují cílenou a specializovanou vyšší odbornou, technickou i personální kvalitu péče dle Standardů APHPP, zaručují nonstop lege artis péči ve všech fázích onemocnění a nepřekládají do nemocnic.

4) Argument pojišťoven, především VZP, zní: „To přece pro paliativu stačí“ nelze přijmout ani z odborného, ani z lidského hlediska.

5) V současnosti působí v ČR tyto specializované domácí hospice APHPP:

- domácí hospic RUAH, o.p.s., Benešov,
- Hospic Anežky České, Červený Kostelec,
- Domácí hospic Duha, o.p.s., Hořice,
- Hospic sv. Zdislavy, o.p.s., Liberec,
- Hospic sv. Alžběty, o.p.s., Brno - Tabita,
- mobilní Hospic sv. Kryštofa Ostrava,
- Hospic sv. Kleofáše, o.p.s., Třeboň,
- Domácí hospic Athelas, Písek,
- Hospic svaté Rodiny, Nový Hrozenkov
- Mobilní hospic Pokojný přístav, Opava,
- Domácí hospic Duha, Vrchlabí,
- Domácí hospic sv. Veroniky, Č. Budějovice,
- Domácí hospic Setkání, Rychnov n. Kněžnou,
- Domácí hospic sv. Jiří, o.p.s., Cheb
- Domácí hospic Dobrého Pastýře, Čerčany
(mimo APHPP pak např.: Mobilní hospic Ondrášek o.p.s., Sdílení o.p.s. Telč, Domácí hospic Jordán o.p.s. Tábor)

Vznikají další domácí hospice dle Standardů APHPP, které budou hledat ukotvení v systému zdravotní péče v ČR. Dle doporučení odborníků APHPP i zkušeností z praxe by mělo být v ČR k dispozici domácích hospiců cca 80 až 90, v každém okrese jeden.

6) Stávající financování z veřejného zdravotního pojištění u skutečných specializovaných domácích hospiců: **0 - 30%** (dle počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny) **ze zdrav. pojištění**, zbytek nákladů pokrývají dary drobných přispěvatelů a jiné nenárokové příjmy

Efektivní řešení domácí hospicové péče v krajích ČR

cílový stav:

- dostupnost pro každého potřebného pacienta (časová, finanční, odborná)
- dostupnost lékaře i sestry 24/365
- kvalitní zdravotní péče (paliativní medicína) je pro působení hospice podmínkou nutnou, nikoli však postačující
- dosažení stavu, kdy v každém kraji poskytují domácí hospicovou péči samostatné specializované (nikoli kombinované) týmy a pokrývají celý kraj, včetně venkova
- každé zařízení DH dodržuje a řídí se standardy APHPP
- klientelou DH se rozumí výhradně terminálně nemocní (souběžné působení v režimu běžné domácí péče není přípustné)
- péči poskytuje ošetřující lékař pacienta a samostatný multidisciplinární tým (ad Standardy APHPP)
- dostupnost - hustota pokrytí je taková, kdy dojezdová vzdálenost DH do domácnosti pacienta obvykle nečiní více než 30 km; tj. v praxi: 1 DH / 100 000 obyv., max. 1 domácí hospic / 1 okres
- dostupnost péče pro každého potřebného pacienta v terminálním stavu (nonstop 24 h denně, finanční, odborná)
- lékařskou péči zajišťuje ošetřující lékař (PL, nebo ambulantní specialista) dle stavovského předpisu ČLK č. 16 a z. č. 48/97 Sb., § 18, písm. c)
- spolupráce mezi lůžkovým hospicem a domácími hospici - vzájemná prostupnost pacientů dle přání pacientů a rodiny
- důraz na sociální, psychologický a duchovní rozměr péče zabezpečení kvality duchovní péče (pravidelné bohoslužby; pastor. asistent/nem. kaplan/kněz - dostupnost pacientům každý den)
- nejméně 65% úmrtí nastane do 3 měsíců
- max. 35% pacientů může být přeloženo do lůžkového zařízení nebo prodloužena domácí péče (max. 6 měs.)
- péče o tělo zemřelého
- péče o pozůstalé v období zármutku
- vlastní půjčovna pomůcek, včetně přístrojů

Tento osvědčený, erudovaný, efektivní a relativně levný druh péče agentury „klasické“ domácí zdravotní péče 925 nezabezpečují.

lůžkové a domácí hospice (2017)



LUZKOVÉ
HOSPICE

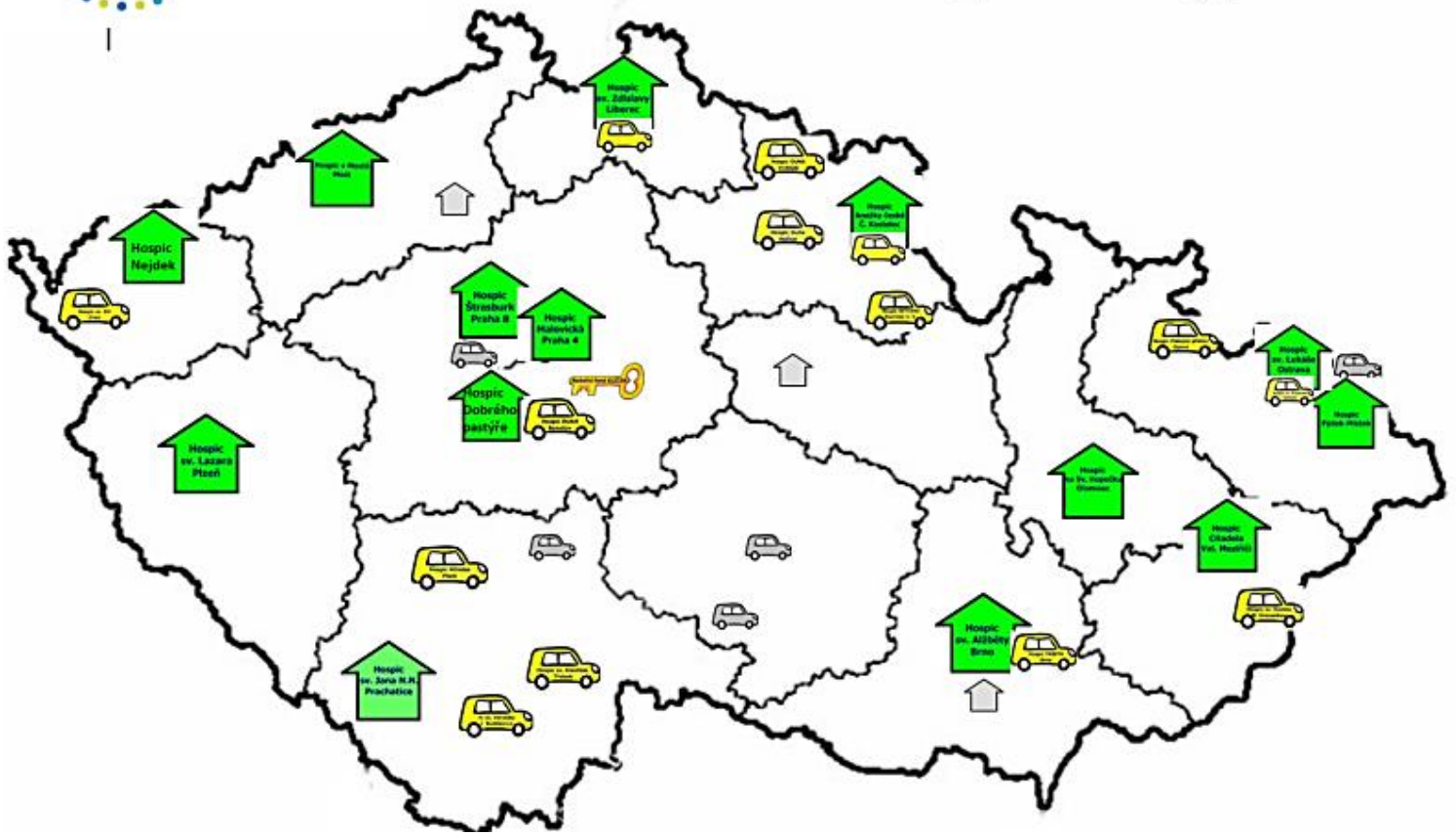
členské hospice APHPP
(naplňují Standardy)



DOMÁCÍ
HOSPICE

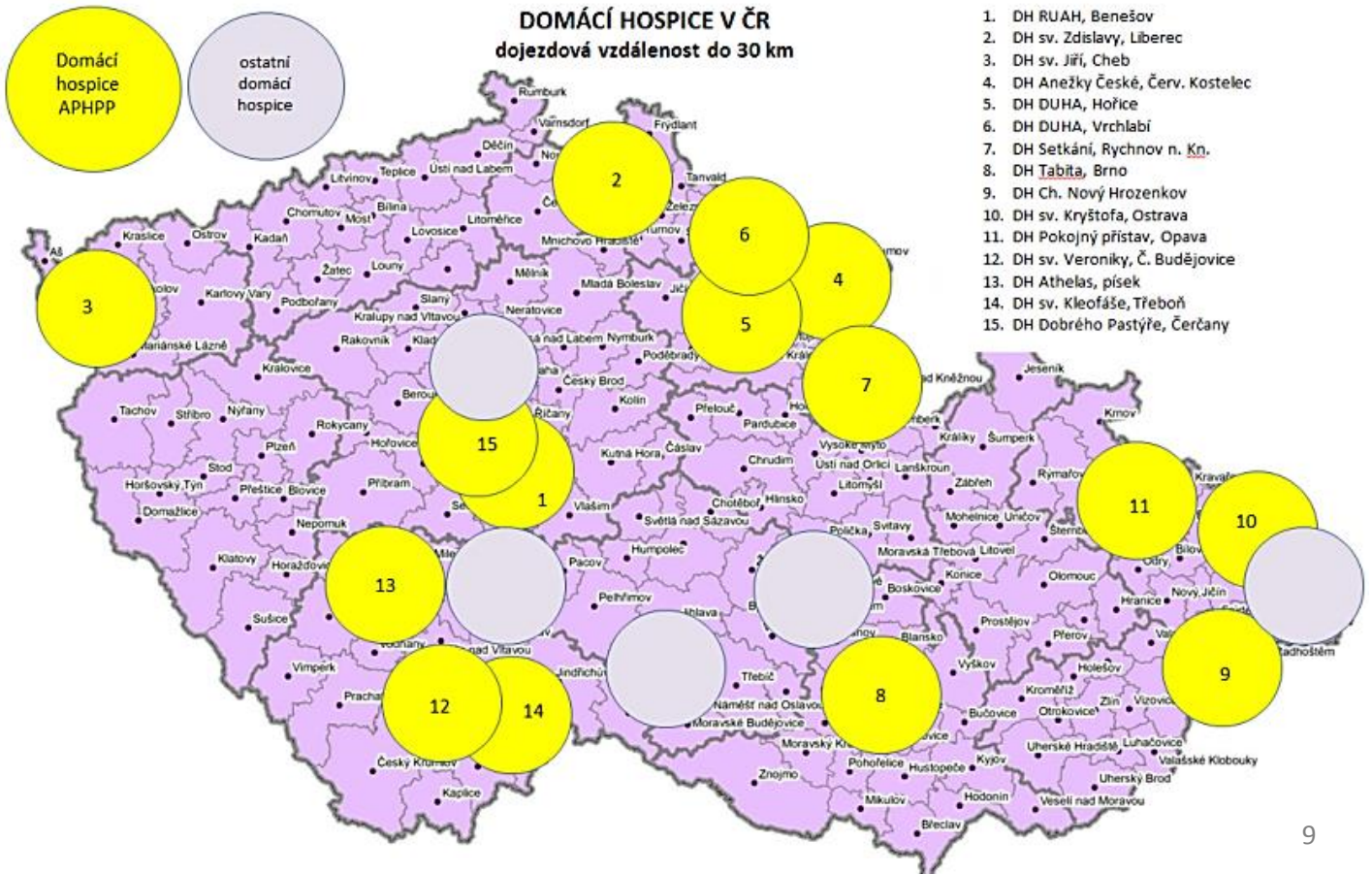


ostatní hospice



DOMÁCÍ HOSPICE V ČR dojezdová vzdálenost do 30 km

1. DH RUAH, Benešov
2. DH sv. Zdislavy, Liberec
3. DH sv. Jiří, Cheb
4. DH Anežky České, Červ. Kostelec
5. DH DUHA, Hořice
6. DH DUHA, Vrchlabí
7. DH Setkání, Rychnov n. K.
8. DH Tabita, Brno
9. DH Ch. Nový Hrozenkov
10. DH sv. Kryštofa, Ostrava
11. DH Pokojný přístav, Opava
12. DH sv. Veroniky, Č. Budějovice
13. DH Athelas, pisek
14. DH sv. Kleofáše, Třeboň
15. DH Dobrého Pastýře, Čerčany



úkol:

- 1) Zajistit dostupnost domácího hospice v oblastech doposud nepokrytých poskytovateli domácí hospicové péče.
- 2) Je potřeba, aby vedení krajů a správní a dozorčí rady zdravotních pojišťoven působily na jednotlivé zdravotní pojišťovny, zejména na VZP, aby nasmlouvalo tuto péči se specializovanými agenturami (domácími hospici) APHPP – za podmínek uvedených v Seznamu zdravotních výkonů jako odbornost 925 – domácí zdravotní péče s výhradou poskytování pouze domácí hospicové péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění.

PALIATIVNÍ PÉČE (PP) OSTATNÍ, NEŽ HOSPICOVÉHO TYPU

Nezaměňovat rozšiřování paliativní péče za humanizaci poměrů v nemocnicích!

Současný stav:

- chybí paliativní lůžka v nemocnicích
- nízká erudice v PP nemocnic všech typů akutní i následné péče i řady PL

Cíl:

- a) zvýšení kvality - erudice lékařů a zdravotních sester v PP (nemocnice, PL, agenturní sestry)
- b) zvýšení dostupnosti obecné PP - časové, prostorové
- c) humanizace nemocničního prostředí - věcné a technické vybavení

Prostředky:

ad a) školení, kurzy

ad b) zřídit alespoň 2 paliativní lůžka v každé okresní nemocnici či léčebně (mimo rámec hospicového lůžka OD 00030) – např. na každých započatých 50 lůžek akutní či následné péče 1 lůžko paliativní.

Paliativní lůžka by měla být na samostatných pokojích, mimo rámec běžného oddělení.

ad c) snížení počtu vícelůžkových pokojů v nemocnicích, obnova lůžkového fondu - nákup automatických polohovacích lůžek zejména na oddělení následné péče (LDN, ONP), zajištění a vybudování soukromí pro pacienty a jejich blízké, zlepšení dostupnosti duchovní péče v nemocnicích všech typů dle metodického pokynu MZ – Věstník MZ č. 4/2017 – Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních.

*Automatické využití úhrady podle tzv. „ošetřovacího dne“ OD 00030, jež se vykazuje ve speciálních zařízeních hospicového typu (v souladu s §22a zák. č. 48/1997 Sb.) je mimo lůžkový hospic nepřipustné. Autorem OD 00030 je APHPP a je koncipován personálně, technickým vybavením i úhradou léčiv a zdravotnických prostředků pouze na lůžkové hospice se zvýšeným nárokem na personální odborné vybavení (viz registrační list). **Pokud lůžkové zařízení nedisponuje potřebným počtem zdravotnického personálu dle OD 00030 (např. nemocnice), je třeba vytvořit nový typ OD, který by personálně naplňoval reálnou skutečnost a možnost v těchto zařízeních.**

Personální obsazení OD 00030 dle platného registračního listu (autor APHPP):

Personální vybavení OD 00030 – hospic - 30 lůžek, obložnost 85 %

nositel	úvazek	Čas na 1 lůžko/1 den
L3	0,20	3 min.
L2	1,5	21 min.
L2 ÚPS	0,12	5 min.
S3	2,0	29 min.
S2 1 sm.	1,0	14 min.
S2 3 sm.	8,0	108 min.
S1	5,0	71 min.
strava	70 Kč	
Pmat	150 Kč	
PLP	180 Kč	

Pro porovnání OD 00024 – LDN - 30 lůžek, obložnost 95 %

nositel	úvazek	Čas na 1 lůžko/1 den
L3	0,33	4 min.
L2	0,96	12 min.
L1	0,37	5 min.
L2 ÚPS	0,12	5 min.
S3	1,33	17 min.
S2 1 sm-	0,56	7 min.
S2 3 sm.	6,0	72 min.
S1	2,0	26 min.
strava	70 Kč	
Pmat	100 Kč	
PLP		

Je třeba trvat na úhradě paliativních lůžek buď podle nové kalkulace se stanovením potřebného personálu všech typů (ošetřovatelský, lékařský atd.), nebo přiřadit paliativní lůžka vyhláškou č. 134/98 Sb. k jinému typu OD, který personálně odpovídá a je mu nejbližší. Vzhledem k tomu, že paliativní lůžka vzniknou pravděpodobně z lůžek LDN či ošetřovatelských lůžek, je jejich personálnímu obsazení nejbližší OD 00024 – lůžka ostatních odborných léčebných ústavů (čili LDN), neboť při nedostatku zdravotnického personálu (lékaři, ošetřovatelský personál) nebude většina lůžkových zařízení schopna zajistit nárůst personálu dle OD 00030

Možné formy ostatní PP:

- A. ambulance paliativní medicíny - v krajských městech již povětšinou působí, jinde spíše proklamativně (ambulanci při ARO nelze považovat za adekvátní pro potřeby v terénu; pal. medicína je rovněž jinou odborností, než ARO)
- B. PP v nemocnici, LDN
- viz výše (ad 2 lůžka v každé z nemocnic)
- C. PP v domovech seniorů všech typů
- školení personálu - stáže v hospicích, odborné kurzy
(návštěvní služba MSPP dle koncepce Vysočiny je nerelevantní - zásadní věcný odpor APSS, MZČR aj., ve skutečné praxi nerealizovatelné)
- D. PP ve stacionáři
- v ČR neexistuje (kromě NF Klíček), není doložená její potřeba, k řešení nerelevantní
- E. PP u agentur domácí péče
- viz domácí hospic

CÍLOVÝ STAV - SHRNUÍ

- 1) provoz lůžkového hospice v každém kraji, který splňuje standardy APHPP
 - naplněno (vyjma kraje Vysočina)

- 2) působení samostatných domácích hospiců, které splňují standardy APHPP
 - cca 25x naplněno, cca 70 domácích hospiců v ČR schází
 - špatný stav financování - nutná systémová změna z veřejného zdravotního pojištění

- 3) V každé z nemocnic potřeba zajistit alespoň 2 paliativní lůžka (nejlépe na každých započatých 50 lůžek 1 lůžko paliativní)
 - až na výjimky scházejí
 - limity - neexistuje legislativní vymezení, ani vyhrazený způsob financování

- 4) Proškolení personálu domovů seniorů, domovů se zvláštním režimem aj. v paliativní péči (kurzy a stáže ve stávajících lůžkových hospicích)

- 5) Investice do nemocnic
 - snížení počtu vícelůžkových pokojů v nemocnicích
 - obnova lůžkového fondu (nákup automatických polohovacích lůžek zejm. pro následnou péči - LDN, ONP ap.) – nikoliv navyšování počtu lůžek
 - vybudování soukromí pro doprovázení blízkými
 - zlepšení dostupnosti duchovní péče dle Metodického pokynu MZ – Věstník MZ č. 4/2017