

Základní prvky reformy intenzivní a perioperační péče

Vladimír Černý



prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, FESAIC, FGIN

Klinika anesteziologie, perioperační a
intenzivní medicíny, Masarykova nemocnice
v Ústí nad Labem, Universita J. E. Purkyně
v Ústí nad Labem

Národní institut kvality a excelence
zdravotnictví, ÚZIS, Praha

Klinika anesteziologie a resuscitace
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Univerzita Karlova v Praze, 3. LFUK, Praha
Černý & Zvoníček znalecká kancelář

Dept. of Anaesthesia, Pain Management
and Perioperative Medicine, Dalhousie
University, Halifax, Canada

Klinika anesteziologie, resuscitace a
intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v
Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Technická univerzita Liberec

Constantine the Philosopher University in
Nitra, Faculty of Social Sciences and
Health Care, Slovak Republic

Reforma intenzivní péče v ČR

15. 1. 2026

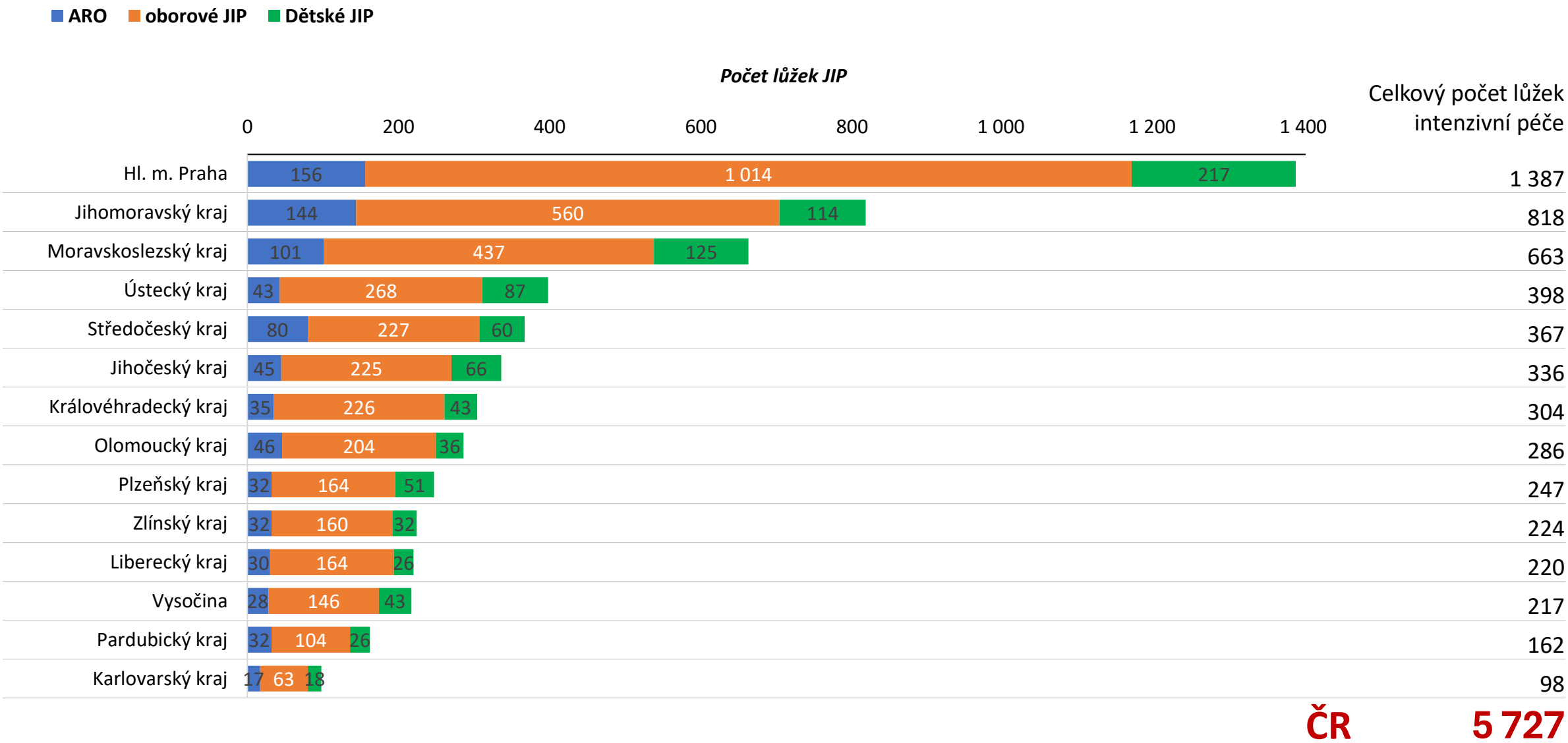
Zdravotní výbor PSP ČR

Hlavní důvody pro „reformu“ IP

- 1) Nadbytek lůžek IP v ČR ve srovnání s jinými zeměmi
- 2) Neúčelné indikace do IP
- 3) „Špatné“ dlouhodobé výsledky
- 4) Variabilita kvality, absence národních QI
- 5) Změna struktury pacientů a stárnutí populace
- 6) Nedostatek personálu nyní i v budoucnu

JIP lůžka definovaná na základě odborností dle krajů (2024)

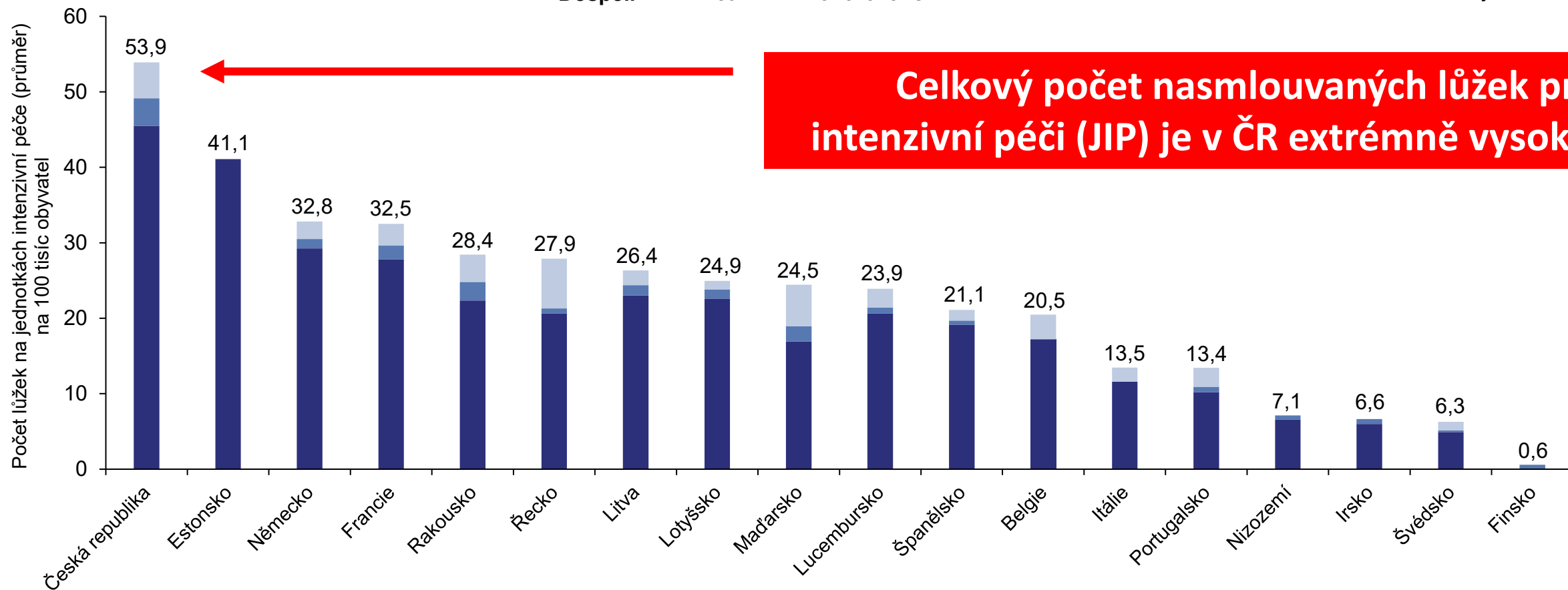
Zdroj dat: NRHZS 2024



Celkový počet lůžek na jednotkách intenzivní péče v roce 2021/2022

■ Dospělí ■ Děti ■ Novorozenci

Zdroj dat: OECD



Pozn. Estonsko, Itálie, Nizozemí, Švédsko (*Difference in methodology*); Nizozemí (*Estimated value*); Litva, Nizozemí, Španělsko (*Break*); Portugalsko, Španělsko (*Provisional value*). U nejaktuálnějšího roku 2022 nebyla dostupná data u všech států. V roce 2021 nebyla dostupná data u Bulharska, Dánska, Chorvatska, Polska, Rumunska, Slovenska a Slovinska. U Kypru, Malty nejsou údaje sbírány.

Přežití za 1 rok po propuštění
z IP je v ČR **nízké** ve srovnání
s jinými zeměmi

Long-term outcomes of hospital survivors following an ICU stay: A multi-centre retrospective cohort study

2022

Zakary Doherty^{1,2*}, Rebecca Kippen¹, David Bevan³, Graeme Duke⁴, Sharon Williams³, Andrew Wilson⁵, David Pilcher^{2,5,6,7}

1 School of Rural Health, Monash University, Melbourne, Victoria, Australia, **2** Alfred Health, Melbourne, Victoria, Australia, **3** Department of Health and Human Services, Melbourne, Victoria, Australia, **4** Eastern Health, Melbourne, Victoria, Australia, **5** Safer Care Victoria, Melbourne, Victoria, Australia, **6** The Australian and New Zealand Intensive Care Society (ANZICS) Centre for Outcome and Resource Evaluation, Melbourne, Victoria, Australia, **7** School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Melbourne, Victoria, Australia

Steenbergen et al. *BMC Anesthesiology* (2015) 15:142
DOI 10.1186/s12871-015-0121-x



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Long-term treated intensive care patients outcomes: the one-year mortality rate, quality of life, health care use and long-term complications as reported by general practitioners



Simone Steenbergen*, Saskia Rijkenberg, Tamara Adonis, Gerda Kroeze, Ilse van Stijn and Henrik Endeman

1 year survival
= 90%

1 year survival
= 72%

Klíčová změna systému = **Revize klasifikace, struktury a sítě IP**

- Navrhovaná struktura IP v ČR je založena na výkladově jasné reklasifikaci typů pracovišť IP, která definuje minimální odborné, personální, technické a kompetenční požadavky.
- Cílem je revidovat síť pracovišť IP a dosáhnout standardizaci organizace IP v nemocnicích a jejich efektivní lokální / regionální koordinace

Vybrané organizační aspekty

V nemocnicích

- Koordinátor IP
- Dispečink IP
- MET týmy (určené k rychlé reakci na časné známky klinického zhoršování pacienta na standardních odděleních)
- Organizovaná a řízená spolupráce pracovišť IP s Urgentním příjmem a pracovišti paliativní medicíny
- Systém “Advanced care planning” u poskytovatelů lůžkové péče

(PS KIP VR NIKEZ)



Česká společnost anesteziologie,
resuscitace a intenzivní medicíny

Reforma IP

Koncepce organizace systému akutní intenzivní péče v České republice

Základní principy organizace systému

V. Černý a PS IP ČSARIM a ČSIM
(M. Balík, T. Vymazal, M. Matějovič, J. Beneš,
P. Štourač, D. Mach, P. Dostál)

I. Úvod

II. Kontext a potřeba nové koncepce organizace systému intenzivní péče	
2.1 Význam intenzivní péče a měnící se potřeby zdravotního systému.....	
2.2 Současné uspořádání systému intenzivní péče v České republice	
2.3 Hlavní systémové limity současného uspořádání.....	
2.4 Data, kvalita a dlouhodobé výsledky péče	
2.5 Potřeba jednotné koncepce organizace systému intenzivní péče	

III. Základní principy organizace systému intenzivní péče.....	
3.1 Intenzivní péče jako jednotný nemocniční systém.....	
3.2 Funkční organizace systému	
3.3 Pacient jako střed systému	
3.4 Koordinace a sdílení kapacit	
3.5 Medicínská přiměřenost a cíle péče	
3.6 Kontinuita a mezioborová spolupráce.....	
3.7 Datově řízený systém	
3.8 Kvalita, bezpečnost a transparentnost	
3.9 Adaptabilita a připravenost systému	

IV. Organizační rámec poskytovatele akutní lůžkové péče	
V. Vazby systému intenzivní péče na ostatní segmenty nemocniční péče	
5.1 Obecné principy organizačních vazeb systému intenzivní péče	
5.2 Vazba na urgentní příjem	
5.3 Vazba na perioperační péči	
5.4 Vazba na systém MET/RRT	
5.5 Vazba na standardní lůžkovou péči.....	
5.6 Vazba na paliativní péči	
5.7 Vazba na transplantační a dárcovský program.....	
5.8 Vazba na následnou péči	
5.9 Vazba na krizové řízení nemocnice	

6.3 Implementace u poskytovatelů akutní lůžkové péče

Poskytovatelé akutní lůžkové péče provedou implementaci Koncepce IP zejména prostřednictvím vytvoření jednotného systému intenzivní péče, reklasifikace pracovišť podle jednotné klasifikace, ustanovení organizačních a koordinačních mechanismů, zavedení základních organizačních procesů a vytvoření podmínek pro jednotný sběr a vyhodnocování dat.

Koordinací přípravy a zavedení organizačních změn systému intenzivní péče by měl poskytovatel pověřit pracoviště nebo odborného garanta disponujícího odpovídající odborností, zkušeností a organizačními předpoklady pro řízení implementace. V podmínkách České republiky bude tuto roli zpravidla plnit pracoviště oboru anesteziologie a intenzivní medicína, neboť jde o jediný klinický obor, jehož hlavní odbornou náplní je poskytování anesteziologické a intenzivní péče napříč celým spektrem pacientů bez ohledu na věk, základní diagnózu nebo odbornost, která pacienta primárně léčí. Pracoviště AIM mají současně dlouhodobou zkušenost s poskytováním intenzivní péče v celém jejím rozsahu a s koordinací intenzivní péče napříč nemocnicí. Příprava a implementace organizačních změn však musí probíhat jako multidisciplinární proces za účasti všech klinických oborů podílejících se na poskytování intenzivní péče. Tím není dotčena odborná odpovědnost jednotlivých klinických oborů za diagnostiku a léčbu základního onemocnění ani multidisciplinární charakter systému intenzivní péče.

6.4 Navazující metodické dokumenty

Tento Věstník stanovuje koncepční rámec organizace systému akutní intenzivní péče.

Jednotlivé oblasti implementace budou rozpracovány v navazujících metodických dokumentech Ministerstva zdravotnictví, v nichž bude rozpracováno následující:

- klasifikace pracovišť (4. čtvrtletí 2026),
- organizační rámec poskytovatele (4. čtvrtletí 2026),
- minimální datový standard (4. čtvrtletí 2026),
- národní indikátory kvality, metodika hodnocení kvality (4. čtvrtletí 2026),
- řízená dokumentace (4. čtvrtletí 2026),
- indikace do IP (4. čtvrtletí 2026),
- systém MET/RRP (1. čtvrtletí 2027),
- následná intenzivní péče (1. čtvrtletí 2027),
- následná intenzivní neurorehabilitace – NINR (1. čtvrtletí 2027),
- vazby systému IP na ostatní segmenty lůžkové péče (2. čtvrtletí 2027),
- systém IP a příprava na situace hromadného postižení osob (2. čtvrtletí 2027),

(Re)klasifikace pracovišť IP

typ I:

= monitorace fyziologických funkcí (včetně telemedicíny)

typ II: intermediární péče

= monitorace + farmakologická podpora orgánových funkcí + HFNO

typ III: intenzivní péče

= typ II + přístrojová podpora orgánových funkcí

Perioperační péče

Klíčové prvky

Organizační

- systém koordinace perioperační péče plánované i neplánované
- jednotný systém plánování operativy a využití anestezie
- jednotná klasifikace časové naléhavosti výkonů
- jednotka poanesthetické péče
- anesteziologická ambulance
- ukotvení role NLZP

Klíčové prvky

Odborné

- obor AIM jako koordinátor procesu
- systém implementace specifických cest pacienta (PBM, prehabilitace, ERAS)
- jednotný systém evidence komplikací
- národní QI