



Česká společnost anesteziologie,
resuscitace a intenzivní medicíny

XXX. kongres ČSARIM

Setkání s vedoucími pracovišť oboru AIM

Agenda

- 1) Úvodní slovo
- 2) Došlé podněty
- 3) Aktuální témata výboru

Došlé podněty

- 1) Personální problematika a mzdové ohodnocení
- 2) Vzdělávání v oboru a akreditace pracovišť
- 3) Redukce pracovišť a zajištění péče při nedostatku zdrojů
- 4) Výsledky péče v delším časovém horizontu
- 5) Navýšení kompetencí sester v rámci anesteziologické péče

Personální problematika a mzdové ohodnocení

- Konkrétní podněty a potřeba pracovišť
- Role a možnosti výboru
- Diskuze

Vzdělávání v oboru a akreditace pracovišť

- Konkrétní podněty a potřeba pracovišť
- Aktuální otázky AK
- Role a možnosti výboru
- Diskuze

Redukce pracovišť a zajištění péče při nedostatku zdrojů

- Konkrétní podněty a potřeba pracovišť
- Role a možnosti výboru
- Diskuze

Výsledky péče v delším časovém horizontu

- Konkrétní podněty a potřeba pracovišť
- Role a možnosti výboru
- Diskuze

Navýšení kompetencí sester v rámci anesteziologické péče

- Konkrétní podněty a potřeba pracovišť
- Stanovisko výboru
- Diskuze

Aktuální témata výboru k informaci a spolupráci

- 1) Reforma intenzivní péče
- 2) NIKEZ a ČSARIM - tvorba tzv. operativních doporučení
 - bezpečná analgosedace
 - definice časové naléhavosti operačních výkonů
 - PBM
- 3) ČSARIM a MZ
 - optimalizace perioperační péče
 - poanestetická péče
 - organizace pooperační péče u jednodenních výkonů
 - revize dokumentu „předoperační vyšetření“
 - léčba předoperační anemie

9. 9. 2024

REFORMA INTENZIVNÍ PÉČE

NIKEZ NÁRODNÍ INSTITUT
KVALITY A EXCELENCE
ZDRAVOTNICTVÍ

Vladimír Černý

nikez.mzcr.
CZ



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

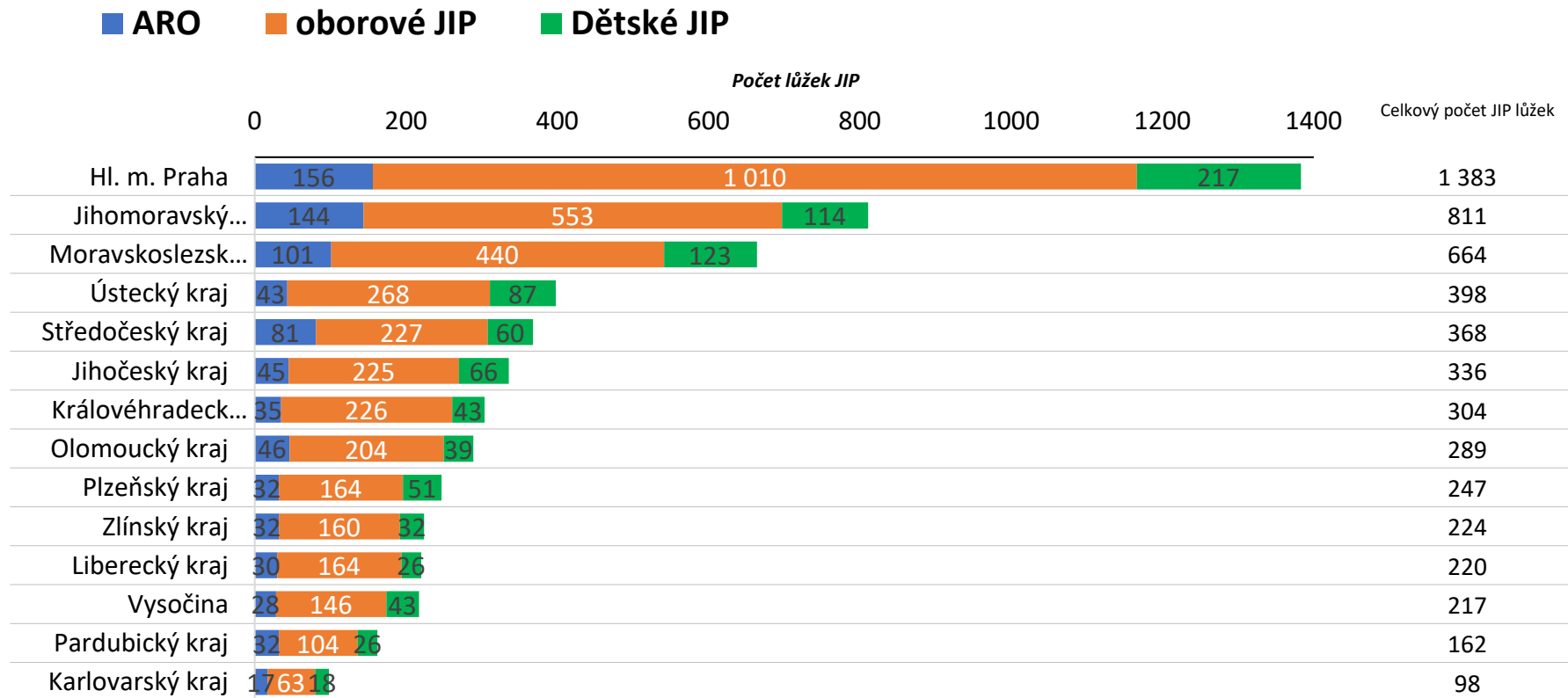


- 1) Základní východiska
- 2) Cíle
- 3) Aktuální stav

- 1) Vysoká proporce čerpání veřejných zdrojů pro IP
- 2) Nejednotná terminologie IP
- 3) Vyšší počet lůžek s názvem „IP“ ve srovnání s jinými vyspělými zeměmi
- 4) Mění se struktura nemocných a stárnutí populace
- 5) Selektivní nedostatek (regionální asymetrie) lůžek typu:
 - *poanestetická péče*
 - *rehabilitační péče*
 - *paliativní péče*
 - *navazující následná péče*

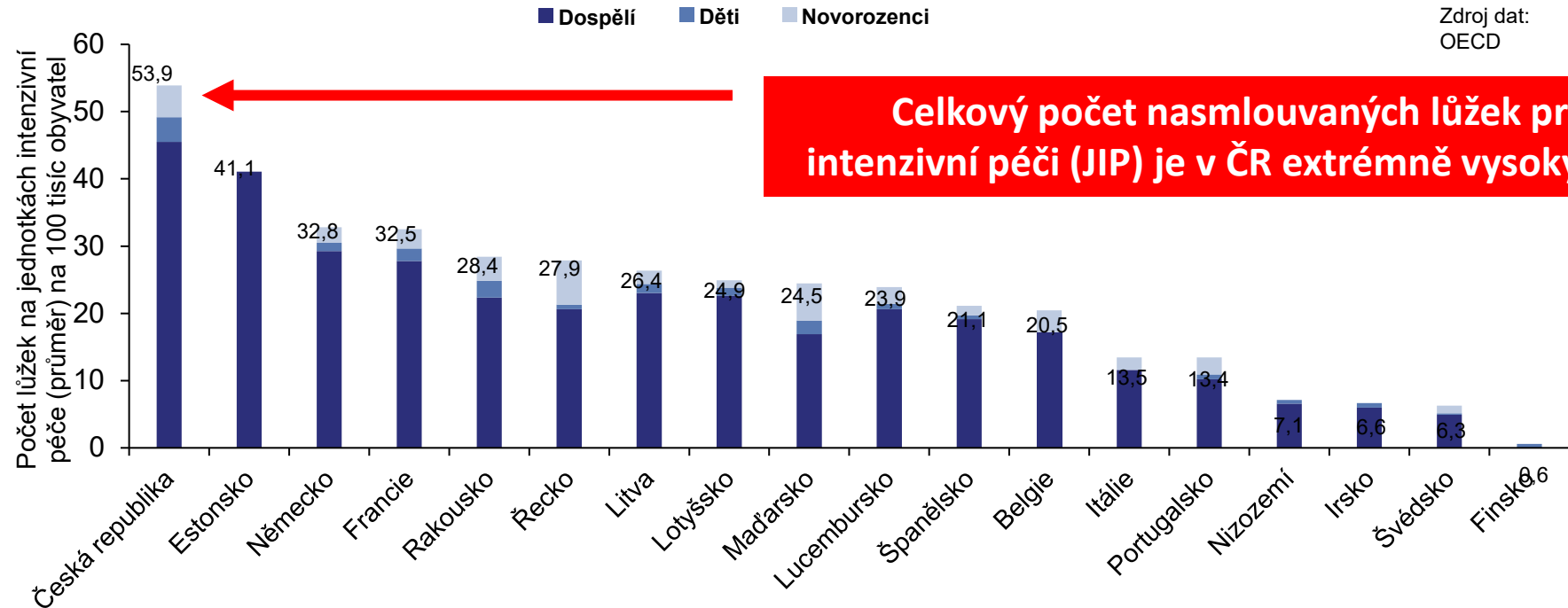
JIP lůžka definovaná na základě odborností dle krajů (2023)

Zdroj dat: NRHZS 2023



ČR **5 721**

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



Celkový počet nasmlouvaných lůžek pro intenzivní péči (JIP) je v ČR extrémně vysoký.

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.

Dlouhodobý trend v objemu akutní lůžkové péče: hospitalizace na ARO/JIP

Celkově klesající objem akutní lůžkové péče se avšak netýká seniorních skupin obyvatel, objem akutní péče o pacienty ve věku 65+ naopak trvale roste. Tento trend bude vysoce pravděpodobně dále pokračovat v důsledku demografického stárnutí populace.

Všichni pacienti na ARO/JIP

| Rok | Celkový počet hospitalizací | |
|------|-----------------------------|--------------|
| | Akutní HP | HP s operací |
| 2010 | 317 017 | 157 404 |
| 2011 | 321 228 | 158 752 |
| 2012 | 322 084 | 160 226 |
| 2013 | 313 415 | 155 320 |
| 2014 | 313 668 | 155 255 |
| 2015 | 307 385 | 150 851 |
| 2016 | 302 829 | 149 141 |
| 2017 | 299 450 | 148 822 |
| 2018 | 299 301 | 148 319 |
| 2019 | 302 426 | 151 508 |
| 2020 | 273 482 | 132 351 |
| 2021 | 280 798 | 129 948 |
| 2022 | 299 608 | 152 105 |
| 2023 | 288 692 | 149 152 |

2010 -> 2023:
-9% / -5%

Pacienti ve věku 65 – 84 let

| Rok | Celkový počet hospitalizací | |
|------|-----------------------------|--------------|
| | Akutní HP | HP s operací |
| 2010 | 118 950 | 59 860 |
| 2011 | 122 123 | 61 474 |
| 2012 | 125 744 | 64 045 |
| 2013 | 126 020 | 64 327 |
| 2014 | 128 414 | 65 973 |
| 2015 | 128 547 | 65 022 |
| 2016 | 129 729 | 66 903 |
| 2017 | 130 762 | 68 020 |
| 2018 | 131 945 | 68 266 |
| 2019 | 134 646 | 70 419 |
| 2020 | 125 675 | 61 416 |
| 2021 | 126 997 | 59 718 |
| 2022 | 136 667 | 73 303 |
| 2023 | 134 371 | 73 476 |

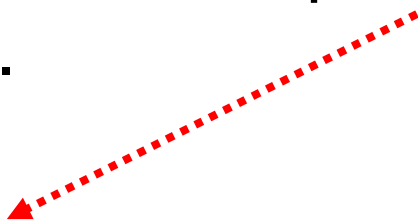
2010 -> 2023:
+13% / +23%

Pacienti ve věku 85+

| Rok | Celkový počet hospitalizací | |
|------|-----------------------------|--------------|
| | Akutní HP | HP s operací |
| 2010 | 16 123 | 5 939 |
| 2011 | 17 264 | 6 517 |
| 2012 | 18 279 | 6 772 |
| 2013 | 18 339 | 6 957 |
| 2014 | 19 122 | 7 111 |
| 2015 | 19 364 | 7 353 |
| 2016 | 19 377 | 7 272 |
| 2017 | 19 727 | 7 474 |
| 2018 | 19 760 | 7 504 |
| 2019 | 19 825 | 7 474 |
| 2020 | 18 534 | 7 040 |
| 2021 | 16 435 | 6 231 |
| 2022 | 17 432 | 6 927 |
| 2023 | 17 004 | 6 905 |

2010 -> 2023:
+5% / +16%

- 1) Kvalita IP není definována = variabilita „kvality“
- 2) Absence národních QI pro IP
- 3) Nízká efektivita IP z pohledu dlouhodobých výsledků ...

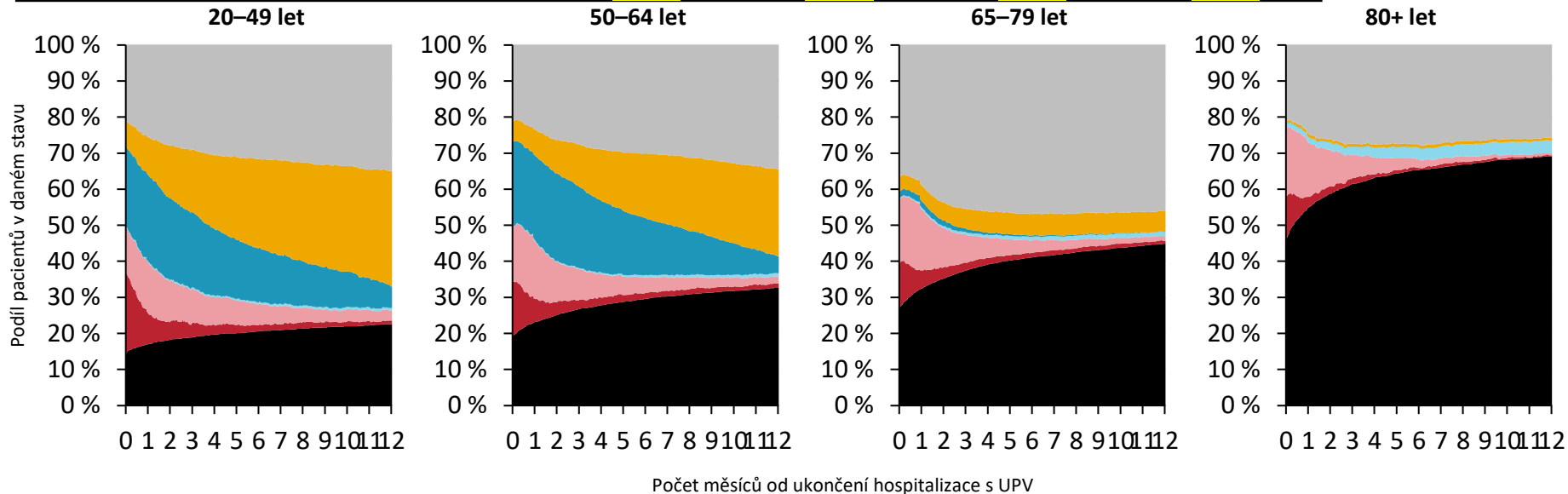


Pozn.: ukazatel efektivita IP nemůže být „ICU survival“, ale např. stav pacienta za 1 rok po propuštění z IP

Stav pacienta v 1. roce po ukončení hospitalizace s UPV: dle věku

Zdroj: Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHSZ), Národní sociální informační systém (NSIS), IS Zemřelí

| Stav po 1 roce; pacienti z roku 2022 | 20–49 let | 50–64 let | 65–79 let | 80+ let |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | N = 4 092 (100 %) | N = 6 659 (100 %) | N = 13 125 (100 %) | N = 2 666 (100 %) |
| Doma, bez zaměstnání | 35,0 % | 34,6 % | 46,1 % | 25,7 % |
| Zaměstnání / OSVČ | 32,3 % | 24,5 % | 5,7 % | 0,8 % |
| Dočasná pracovní neschopnost | 5,6 % | 4,2 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Sociální pobytové služby | 0,7 % | 0,9 % | 1,2 % | 3,5 % |
| Následná/dlouhodobá lůžková péče | 2,8 % | 1,9 % | 1,2 % | 0,5 % |
| Akutní lůžková péče | 1,0 % | 1,2 % | 0,8 % | 0,3 % |
| Úmrtí | 22,6 % | 32,7 % | 44,9 % | 69,2 % |



ČR (UPV, věk 65-79, resp. 80+)

1 year survival =
55%, resp. 31%

RESEARCH ARTICLE

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

2015



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%

Klíčové oblasti / cíle

**Poskytování IP pouze nemocným,
kde to je z medicínského pohledu
účelné a kde je reálný předpoklad
přínosu IP**

IP jako vysoce nákladná a specializovaná péče má být poskytována jen tam, kde může přinést zlepšení stavu a vést k obnovení integrity orgánových funkcí

(... a nikoliv generovat pacienty, kteří jsou další „zátěží“ pro systém bez reálné naděje na zlepšení jejich stavu a kde pokračování léčby vede k prodlužování umírání a/nebo utrpení nemocných)

- Navázání systému IP v krajích na systém UP
- Maximální možná centralizace IP tam, kde to je smysluplné a propojení IP s perioperační péčí
- Institut „koordinace IP“ v jednotlivých ZZ a krajích
- Nutnost propojení s primární a paliativní péčí
(advanced care planning = do IP nemají jít pacienti v terminální etapě svého onemocnění – např. srdeční selhání, plicní onemocnění, onkologická onemocnění)

- Revize počtu a struktury pracovišť akutní IP
- Revize potřeby počtu pracovišť NIP
- Sjednocení terminologie typů IP pro hodnocení kvality a nastavení úhrad
- Zavedení národních indikátorů kvality a výkonnosti

Pracovní skupina pro kvalitu intenzivní péče v ČR (PSKIP)

VÝKONNÁ RADA
NÁRODNÍHO INSTITUTU KVALITY A EXCELENCE
ZDRAVOTNICTVÍ (NIKEZ)
MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Článek 2

Působnost a úkoly PSKIP

(1) Předmětem činnosti pracovní skupiny je plnění úkolů zadanych na základě činnosti NIKEZ týkajících se restrukturalizace a optimalizace sítě pracovišť intenzivní péče a poskytování intenzivní péče pro dospělé pacienty

- prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, FESAIC (předseda)
- doc. MUDr. Martin Balík, Ph.D., EDIC Balík (místopředseda)
- prof. MUDr. Jan Beneš, Ph.D. (tajemník)
- doc. MUDr. Pavel Dostál, Ph.D., MBA
- MUDr. Dušan Mach
- prof. MUDr. Petr Štourač, Ph.D., MBA, FESAIC
- prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.
- prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D. (ÚZIS)
- PhDr. Miloslav Klugar, Ph.D. (NIKEZ)

- Struktura auditu
- Audit na pracovištích IP v ČR
- Jednání se všemi “stakeholders” k dosažení většinové shody nad cíli reformy



- **Koncepční materiál pro MZ ČR a pojišťovny do konce roku 2025**