

**Česká společnost intenzivní medicíny**  
Zápis ze schůze výboru ČSIM

**5.12.2023 12:00-14:00**

**Místnost 355, Ministerstvo zdravotnictví**

---

Přítomni: Vedení MZ včetně odborů (právní, vzdělávací), zástupců pojišťoven a IPVZ (Maříková), UZIS (Dušek). ČSIM: Duška, Vymazal, Balík

On-line: Šrámek, Bláha, Beneš, Dostál

Omluveni: Bělohávek, Matějovič, Maňák

Body programu:

- 1.) Obor intenzivní medicína je náročný na kvalifikaci a suverénně nejdražší medicínský obor, který konzumuje ročně okolo 28 mld Kč ze 140 mld za nemocniční péči.
- 2.) Vzdělávací program je v ČR jako v řadě jiných zemích EU 2-letý nástavbový. Standardy (Cobatrice) jsou 20 let přebírány z partnerské evropské společnosti (ESICM), která je určuje od roku 1985. V Evropě standardizované 2-leté kurikulum má také EU diplom v intenzivní medicíně (EDIC), který garantuje a zkouší ESICM od roku 1998. Řada kolegů z ČSIM byla a je desítky let členy výborů ESICM, od roku 2011 pomáhala přetvořit EDIC do nového formátu OCSE (objective clinical skill exam). Zkouška má Part I (MCQ test) a praktickou Part II, celková úspěšnost kandidátů je okolo 40%. Praha je zkušební centrum od roku 2015. Jsouc ministrem Válem vyzváni k větší účasti v evropských strukturách musíme namítnout, že naši pozici v EU výborech by logicky posílilo, kdybychom nejen (již 12 let) EDIC vytvářeli pro EU a zkoušeli ho v Praze, ale kdyby byl postaven na úroveň národní nástavbové atestace v IM. Čeští lékaři by měli možnost si vybrat mezi českou atestací a EDIC, zkušební komise na IPVZ by u držitelů EDIC jen kontrolovala kurikulum kandidátů. Tento návrh byl hodnocen MZ jako velmi obtížně realizovatelný pro potřebu otevřít legislativu týkající se atestací. IM však absenteje mezi základními odbornostmi v registru UEMS, náš dodatek by se týkal jen nástavbové atestace v IM. Podobný model má minimálně šest zemí EU plus Švýcarsko. Kombinace těžké zkoušky s volnějším kurikulem by byla pro řadu lékařů řešením v situaci, kdy mají problémy s pobyty na akreditovaných pracovištích. ČSIM by tedy ráda znala právní překážky v realizaci tohoto návrhu a nabízí svoji kapacitu k jejich řešení.
- 3.) Požadavek na atestaci v IM pro péči ve škále TISS již nad 15, nikoli nad 30, jako je tomu nyní. Efekt spočívá ve zvýšení bezpečnosti pacientů i na nižším stupni péče, dále viz bod 8.) níže.
- 4.) NRIP a databáze budovaná součinností s UZIS – v ČR neexistuje přehled o poskytované intenzivní péči. Naši lékaři mají možnost srovnávat se zahraničím např. u UK (ICNARC), nebo švédský registr. Průměr EU je 11.5 intenzivního lůžka /100.000 obyvatel, nejméně 4.5 Portugalsko, nejvíce 30 Německo. ČR vykazuje 54 lůžek/100.000 obyvatel (!). Význam pro benchmarking, další postup pro poskytovatele zdravotní péče ve financování a reklasifikaci oddělení. U řady pracovišť by se jednalo o přechod z JIP (=ICU, tj. TISS škála odpovídající 0051, 0052, 0053) na intermediární péči (=HDU, tj. TISS škála odpovídající 0057, 0058). To u řady oddělení může změnit požadavky na povinné materiálové a personální vybavení.
- 5.) Výbor ČSIM podporuje udržení DRG zahrnující i urgentní a intenzivní péči, kdy DRG systém financování je vnímán jako stimulus pro udržení medicínské a tím i finanční efektivity. S tím souvisí i požadavky na kvalifikaci v intenzivní medicíně zmiňované v bodě 2.) výše. V ČR je nadbytek tzv. intenzivních lůžek (z nichž některá intenzivní péči vlastně neposkytují) a tzv. chronické intenzivní péče (NIP), nedostatková jsou lůžka DIOP a nižšího stupně následné a rehabilitační péče. ČR má 6x méně pacientů na domání umělé plicní ventilaci (DUPV) proti průměru EU. ČSIM podporuje finanční a sociální analýzu dalšího postupu v této oblasti a možnosti podpory rozvoje DUPV.
- 6.) Byl schválen KDP AZV pro telemedicínu, kdy odbornost IM poskytuje telemedicínské konzultace pro těžká kardiopulmonální selhání s možnou potřebou ECMO na komplexních kardiologických centrech, a také telemedicínské konzultace pro pacienty na domácí UPV. Ti jsou v případě komplikací směřováni v režimu 24/7 na svoje “domácí” pracoviště

## Česká společnost intenzivní medicíny

### Zápis ze schůze výboru ČSIM

intenzivní medicíny, kde jejím poskytnuta pomoc a jsou po zlepšení vráceni opět do domácí péče. Tento systém již funguje na některých pracovištích.

- 7.) ČSIM preferuje, aby další diskuze o restrukturalizaci IP v ČR probíhaly na platformě MZ-UZIS-ČSIM/ČSARIM-pojišťovny. Tzv. “Pracovní skupinu pro restrukturalizaci IP”, která vznikla na MZ v minulém volebním období nepovažujeme za vhodnou platformu k jednání, protože vznikla bez podpory výborů odborných společností v roce 2021, a navíc zcela bez vědomí výboru ČSIM. Komise se od roku 2021 neschází a nefunguje.
  - 8.) Dispečink IM a zákon o el. zdravotnictví – povinnost pro nemocnice s návazností na zřizování rapid response systems (RRS) oborem intenzivní medicína, návaznost na urgentní příjem a ZZS. Návrh ČSIM spočívá ve zřízení povinnosti zařízení poskytujících intermediární a intenzivní péči na jednotkách (JIP) úrovně 0057, 0058, 0053, 0052 a 0051. Představa ČSIM je ta, že pokud v nemocnici jakékoli úrovně existuje JIP/ARO, minimálně jeho vedoucí a jeho zastupující lékař v ÚPS musí počítat s konziliární službou pro nemocnici ve formě rapid response systems. Příklad existujícího systému (12 let ve VFN) přikládám v příloze zápisu, jde o jednoduché systémy časného varování u horšících se pacientů v nemocnici, které může aktivovat NLZP nebo oš. lékař příslušného oddělení. To intenzivistům umožní mít přehled o závažných pacientech, jejich advanced care planning, eliminaci nitronemocničních resuscitací (marker špatné kvality péče) a efektivnější plánování lůžkové péče s nutností udržování menšího počtu intenzivních lůžek. Personální náklady navíc u lékařů jsou prakticky nulové, NLZP obsluhující dispečink je dle stávající vyhlášky součástí každého urgentního příjmu akutních nemocnic kde poskytuje informace o volných lůžkových kapacitách v režimu 24/7. Jelikož cca 2/3-3/4 příjmů do intenzivní péče jsou pacienti z vlastní nemocnice, je zde nutný input intenzivisty, který musí mít přehled o vlastní kapacitě a požadavcích na péči nejen z urgentního příjmu, ale především z vlastní nemocnice. Přehled o kapacitě intenzivní péče je zásadní pro koordinaci JIP napříč obory daného zařízení, ať už se jedná o pavilonový systém nemocnic nebo monoblok. Koordinujícího intenzivistu generuje zdravotnické zařízení konsenzuálně, zvláště pokud je v nemocnici více pracovišť intenzivní péče s odborníky majícími odpovídající kvalifikaci v intenzivní medicíně.
  - 9.) Směny vs přesčas v novém zákoně, bezpečnost pacientů s vyšší illness severity a stanovisko CSIM, kdy podporujeme 24h směny pro udržení kontinuity péče jako podmínky udržení kvality poskytované péče. Prezentováno již i mediálně.
  - 10.) VP v IM pro NLZP – vs VP pro záchranáře. Intenzivní medicína doslova stojí a padá s dostupností NLZP – specialistek/ů pro intenzivní péči. Jejich nedostatek je celosvětový problém. ČSIM proto pro udržení úrovně péče preferuje asymetrický model, kdy záchranář potřebuje praxi v nemocnici, ale PG student oboru ošetřovatelství rok praxe v přednemocniční péči (dispečink RZP...) nikoli. Je zde otázka, zda je to k řešení na univerzitní úrovni mimo MZ.
-