

Reforma intenzivní péče v ČR:

Proč máme nejvíce lůžek v Evropě, ale horší výsledky?

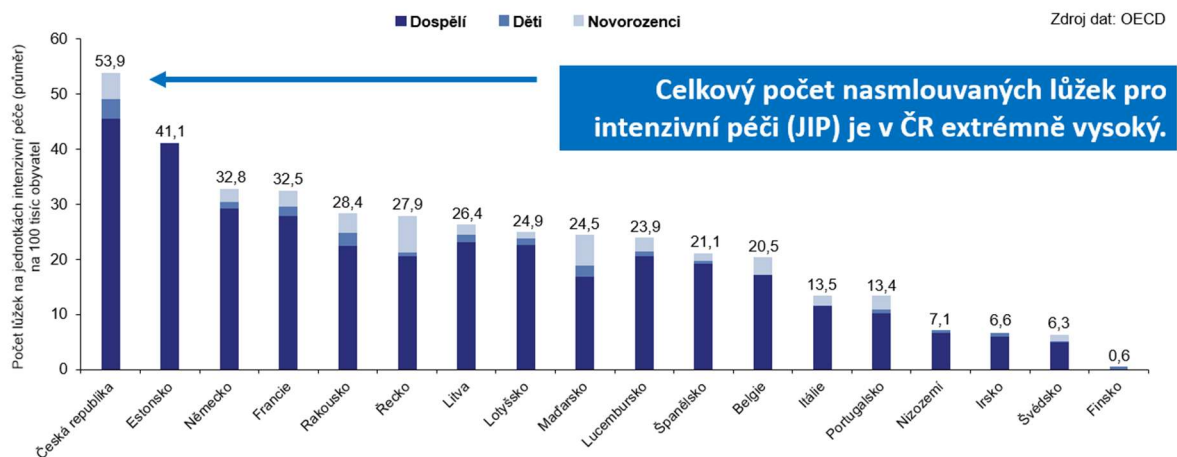
Česká republika patří dlouhodobě k zemím s největším počtem lůžek intenzivní péče na světě – kolem 40 lůžek na 100 000 obyvatel, zatímco průměr v členských zemích Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) je zhruba 16,9 lůžka na 100 000 obyvatel a evropský průměr kolem 11–12 lůžek na 100 000 obyvatel. Přesto jsou dlouhodobé výsledky léčby pacientů po pobytu na jednotkách intenzivní péče horší než v řadě vyspělých zemí: rok po propuštění z intenzivní péče přežívá v Česku pouze asi 72 % pacientů, zatímco například velká australská kohortová studie uvádí po roce zhruba 90 % přežívajících.

Praha, 16. prosince 2025 | Intenzivní péče je určená pacientům v bezprostředním ohrožení života. Je poskytována v situacích, kde selhávají základní životní funkce – například dýchání, krevní oběh nebo funkce ledvin – a kde je vyžadován nepřetržitý dohled zdravotnického personálu, kontinuální monitoraci životních funkcí a často i přístrojovou podporu orgánů, jako je umělá plicní ventilace nebo náhrada funkce ledvin.

Intenzivní péče se soustřeďuje na jednotkách intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO) a jejím cílem je stabilizovat kriticky nemocné pacienty, překlenout období selhání orgánů a umožnit obnovení integrity orgánových funkcí. Cílem intenzivní péče (IP) je zotavení z kritického stavu a návrat do života tam, kde to povaha onemocnění umožňuje. Zároveň jde o jednu z nejnákladnějších a personálně nejnáročnějších oblastí zdravotnictví, která vyžaduje vysoce kvalifikovaný personál a specializované technické vybavení.

V rozvinutých zemích se náklady na den léčby na JIP pohybují mezi 2 000–5 500 eur; v ČR odpovídají úhrady za den intenzivní péče přibližně 21 000–29 000 korun podle intenzity péče. Celkové roční náklady na intenzivní péči (bez následné intenzivní péče) se odhadují na zhruba 28 miliard korun.

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

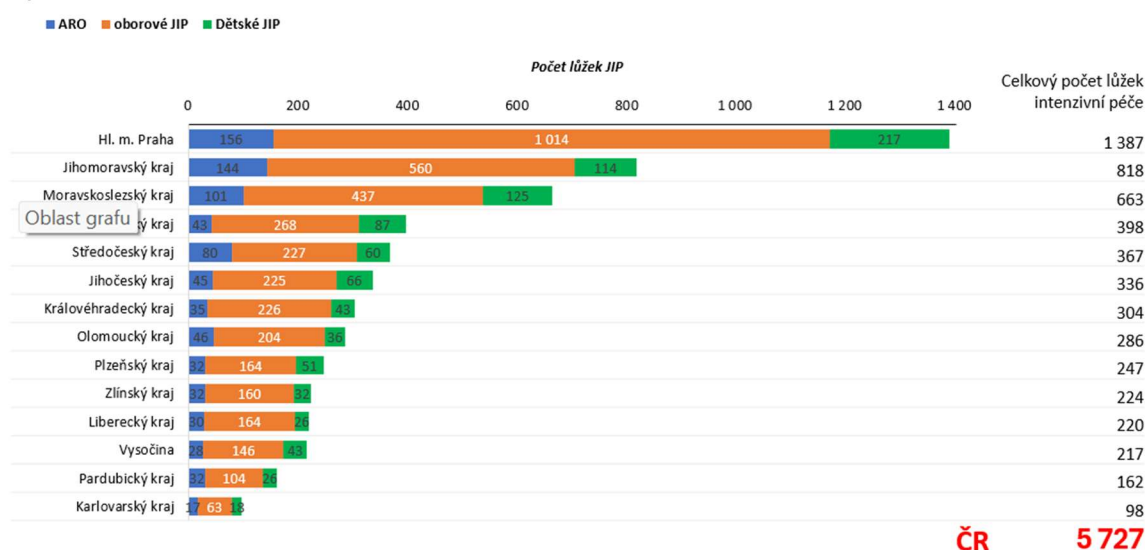


Pojmenování problému

„Z odborného hlediska považuji kvalitu intenzivní péče v ČR, pokud jde o diagnostiku a léčbu individuálních pacientů, za zcela identickou s úrovní IP ve vyspělých zemích, nicméně z pohledu organizace, řízení, efektivity a dlouhodobých výsledků považuji systém poskytování IP v ČR za suboptimální, kdy je intenzivní péče často poskytována pacientům, kteří z ní nemohou mít prospěch,“ uvedl **prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D.**, z Kliniky anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, předseda České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, který je i koordinátorem pracovní skupiny Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví a Ministerstva zdravotnictví pro restrukturalizaci intenzivní péče.

JIP lůžka definovaná na základě odborností dle krajů (2024)

Zdroj dat: NRHZS 2024



Analýza Národní institut kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ) a odborných společností pojmenovává několik zásadních systémových problémů intenzivní péče v ČR:

- **Nadbytek lůžek a roztržitost jejich sítě** – existují stovky oborových JIP s využitím pod 60 %, někde dokonce pod 20 %, jiná pracoviště jsou dlouhodobě přetížená, regionální dostupnost lůžek intenzivní i následné intenzivní péče (NIP) je nerovnoměrná.
- **Neúčelné indikace** a chybějící jednotná typologie – intenzivní péče je často poskytována pacientům, u nichž není reálná šance dosáhnout cíle léčby – tj. obnovení funkce orgánů a návratu do života.
- **Chybějící národní indikátory kvality** a data v reálném čase – neexistuje plnohodnotný národní systém indikátorů kvality, nejednotná terminologie navíc komplikuje i základní benchmarking – není možné spolehlivě porovnávat výsledky mezi jednotlivými nemocnicemi ani se zahraničím.
- **Personální krize** – systém IP je dlouhodobě závislý na nedostatkových profesích – lékařích pracovišť IP a specializovaném nelékařském personálu, při současném počtu lůžek a struktuře sítě není personální udržitelnost do budoucna reálná.

Cíle a vize reformy intenzivní péče v ČR

Pracovní skupina pro kvalitu intenzivní péče Výkonné rady NIKEZ a expertní skupiny Ministerstva zdravotnictví definovaly několik klíčových směrů připravované reformy, zejména:

- **Jasná, legislativně ukotvená typologie pracovišť intenzivní péče** s návrhem tří typů IP, pracovišť s jednoznačně stanovenými požadavky na personál, vybavení a kompetence
- **Optimalizace sítě a kapacit** – reforma nemá za cíl plošně „zavírat JIP“, ale přeskupit kapacity tak, aby JIP byly tam, kde jsou opravdu potřeba, tedy snížit počet málo vytížených oborových JIP, posílit klíčová regionální centra s vysokou odborností, provázat je s kapacitami následné intenzivní péče a následné péče v jednotlivých krajích s možností rychle „navýšit“ kapacity při krizových situacích
- **Důraz na etiku a přínos péče** pro pacienta – intenzivní péče má být poskytována tam, kde je reálná šance na zlepšení stavu pacienta, nikoli tam, kde dochází jen k prodlužování umírání.
- **Digitalizace, data a nový úhradový model** – klíčovým nástrojem má být celostátní registr intenzivní péče s daty o kapacitách, výkonech a výsledcích v téměř reálném čase, včetně přehledu o obloženosti, složitosti případů a kvalitě péče. Na něj by měl navázat nový úhradový model využívající indikátory kvality jako součást úhrad,

„Reforma intenzivní péče by měla být nedílnou součástí širší reformy akutní lůžkové péče v ČR. Nejde primárně o úspory, ale o zásadní reorganizaci systému IP, která má zvýšit kvalitu a efektivitu péče – tak, aby intenzivní péče byla dostupná všem, kdo ji opravdu potřebují, abychom udrželi dostupnost dané péče jak z pohledu nových léčebných postupů, tak z pohledu nepříznivé personální situace zejména u sester“ zdůraznil **prof. Černý**.

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP



<https://www.csarim.cz/>