Věstník

Ročník **2026**

MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

ČESKÉ REPUBLIKY

Částka 15 **Vydáno: 11. listopadu 2026**

OBSAH:

1. Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví k organizaci systému akutní intenzivní péče v ČR 3

2. Oznámení o změně ve vedení Národní referenční laboratoře pro legionely a adresy pracoviště 18

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví k organizaci systému akutní intenzivní péče v České republice

Základní principy organizace systému

Obsah

I. Úvod ... 5
II. Kontext a potřeba jednotného organizačního rámce systému intenzivní péče ... 5
2.1 Význam intenzivní péče a měnící se potřeby zdravotního systému ... 5
2.2 Současné uspořádání systému intenzivní péče v České republice ... 6
2.3 Hlavní systémové limity současného uspořádání ... 6
2.4 Data, kvalita a dlouhodobé výsledky péče ... 6
2.5 Potřeba jednotného organizačního rámce systému intenzivní péče ... 7
III. Základní principy organizace systému intenzivní péče ... 7
3.1 Intenzivní péče jako jednotný nemocniční systém ... 7
3.2 Funkční organizace systému ... 7
3.3 Pacient jako střed systému ... 8
3.4 Koordinace a sdílení kapacit ... 8
3.5 Medicínská přiměřenost a cíle péče ... 9
3.6 Kontinuita a mezioborová spolupráce ... 9
3.7 Datově řízený systém ... 9
3.8 Kvalita, bezpečnost a transparentnost ... 9
3.9 Adaptabilita a připravenost systému ... 10
IV. Organizační rámec poskytovatele akutní lůžkové péče ... 10
V. Vazby systému intenzivní péče na ostatní segmenty nemocniční péče ... 11
5.1 Obecné principy organizačních vazeb systému intenzivní péče ... 11
5.2 Vazba na urgentní příjem ... 11
5.3 Vazba na perioperační péči ... 11
5.4 Vazba na systém MET/RRT ... 11
5.5 Vazba na standardní lůžkovou péči ... 12
5.6 Vazba na paliativní péči ... 12
5.7 Vazba na transplantační a dárcovský program ... 12
5.8 Vazba na následnou péči ... 12
5.9 Vazba na krizové řízení nemocnice ... 12
VI. Uplatňování metodického pokynu k organizaci systému intenzivní péče ... 12
6.1 Obecné principy implementace ... 12
6.2 Implementační odpovědnosti ... 13
6.3 Implementace u poskytovatelů akutní lůžkové péče ... 13
6.4 Navazující metodické dokumenty ... 14
6.5 Přechodné období ... 15
6.6 Hodnocení implementace a další rozvoj systému ... 15
VII. Závěrečné ustanovení ... 16
Seznam zkratek ... 17

I. Úvod

Intenzivní péče představuje jednu ze základních součástí moderní nemocniční péče. Poskytuje vysoce specializovanou péči pacientům s bezprostředně hrozícím nebo již vzniklým selháním jedné či více orgánových funkcí a významně ovlivňuje jejich krátkodobé i dlouhodobé výsledky léčby.

V posledních desetiletích došlo k významnému rozvoji intenzivní medicíny, změně spektra hospitalizovaných pacientů, nárůstu počtu vysoce rizikových výkonů i růstu nároků na koordinaci péče.

Současná organizace intenzivní péče v České republice postrádá jednotný organizační rámec. Přes vysokou odbornou úroveň péče přetrvává významná terminologická, organizační a datová heterogenita, která komplikuje řízení systému, hodnocení kvality i mezinárodní srovnání.

Ministerstvo zdravotnictví vydává tento Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví k organizaci systému akutní intenzivní péče v České republice (dále jen „metodický pokyn“) ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodický pokyn vymezuje společný organizační rámec umožňující koordinované poskytování intenzivní péče, aniž mění odbornou odpovědnost jednotlivých klinických oborů. Jde o metodický, nikoli strategický dokument; nenahrazuje resortní strategické dokumenty.

Metodický pokyn vychází z principu, že intenzivní péče je funkčně propojeným nemocničním systémem. Základními pilíři jsou jednotná klasifikace pracovišť, jednotný organizační rámec, koordinace kapacit, standardizované procesy, využívání dat a průběžné hodnocení kvality.

Metodický pokyn stanoví rámec organizace systému akutní intenzivní péče. Jeho principy budou dále rozpracovány v navazujících metodických dokumentech Ministerstva zdravotnictví.

Metodický pokyn je určen poskytovatelům akutní lůžkové péče poskytujícím intenzivní péči, jejich vedení a zdravotnickým týmům podílejícím se na organizaci a poskytování intenzivní péče. Směřuje k funkční koordinaci při respektování velikosti, odborného profilu a role poskytovatele. Jeho přijetí samo o sobě není podkladem pro automatickou redukci sítě nebo dostupnosti péče; konkrétní organizační, ekonomické a regionální dopady se posuzují u navazujících opatření.

II. Kontext a potřeba jednotného organizačního rámce systému intenzivní péče

2.1 Význam intenzivní péče a měnící se potřeby zdravotního systému

Akutní intenzivní péče představuje jeden ze základních pilířů moderní nemocniční péče. Zajišťuje péči o pacienty s bezprostředním nebo hrozícím selháním jedné nebo více orgánových funkcí, u nichž lze při včasném poskytnutí intenzivní péče očekávat příznivé ovlivnění krátkodobé i dlouhodobé prognózy. Její dostupnost, organizace a návaznost na ostatní segmenty zdravotní péče významně ovlivňují výsledky léčby napříč většinou medicínských oborů a představují jeden z určujících faktorů kvality akutní lůžkové péče.

Potřeby intenzivní péče se dlouhodobě mění. Stárnutí populace, rostoucí prevalence chronických onemocnění, vyšší podíl polymorbidních a funkčně limitovaných pacientů, rozvoj diagnostických a léčebných možností i zvyšující se počet vysoce rizikových chirurgických a intervenčních výkonů vedou k růstu nároků na kapacitu, odbornost a návaznost intenzivní péče. Současně se zdravotnictví potýká s nedostatkem kvalifikovaných pracovníků, rostoucími náklady a potřebou racionálně využívat omezené personální, technické a ekonomické zdroje.

2.2 Současné uspořádání systému intenzivní péče v České republice

Současná organizace intenzivní péče v České republice je výsledkem dlouhodobého vývoje jednotlivých medicínských oborů a poskytovatelů zdravotních služeb. Tento vývoj umožnil vznik řady vysoce specializovaných pracovišť poskytujících péči na vysoké odborné úrovni, současně však vedl k významné variabilitě organizačního uspořádání, terminologie a rozsahu poskytované péče.

Označení jednotlivých pracovišť často nevypovídá jednoznačně o skutečné úrovni monitorace, rozsahu orgánové podpory ani o jejich funkci v rámci nemocnice. Pracoviště se stejným názvem mohou poskytovat rozdílný rozsah péče, zatímco pracoviště s odlišným označením mohou plnit srovnatelnou funkci. Organizace intenzivní péče je navíc v řadě nemocnic stále založena především na samostatném řízení jednotlivých oborových pracovišť, jejichž kapacity, indikační praxe a provozní pravidla se mohou lišit.

2.3 Hlavní systémové limity současného uspořádání

Terminologická, organizační a procesní heterogenita omezuje možnost jednotně plánovat a řídit kapacity, porovnávat rozsah poskytované péče a vyhodnocovat výsledky mezi jednotlivými pracovišti a poskytovateli. Komplikuje rovněž tvorbu jednotných datových standardů, nastavení srovnatelných ukazatelů kvality, mezinárodní porovnání a formulaci dlouhodobé strategie rozvoje systému.

Současné uspořádání ne vždy vytváří dostatečné podmínky pro koordinované využívání kapacit na úrovni celé nemocnice. V situaci proměnlivé potřeby intenzivní péče může samostatné řízení jednotlivých pracovišť omezovat pružné směrování pacientů, řešení kapacitních konfliktů a mezioborovou spolupráci. Tento problém se týká nejen běžného provozu, ale také období mimořádných situací.

Organizace intenzivní péče současně přesahuje vlastní pracoviště intenzivní péče. Výsledky léčby jsou ovlivňovány včasným rozpoznáním klinické deteriorace, organizací urgentního příjmu, perioperační péčí, bezpečným překladem mezi jednotlivými úrovněmi péče, spoluprací s paliativní péčí, dárcovským programem a návazností na rehabilitační a následnou péči. Nejednotně vymezená rozhraní mezi těmito segmenty mohou vést k prodlevám, neefektivnímu využití kapacit a přerušení kontinuity péče.

Pandemie COVID-19 potvrdila, že schopnost zdravotnického systému zajistit intenzivní péči nezávisí pouze na počtu lůžek a technickém vybavení. Zásadní význam mají také aktuální přehled o dostupných kapacitách, možnost koordinovaného přesunu pacientů, personálu a vybavení, jednotné rozhodovací mechanismy a sdílení informací uvnitř nemocnic i mezi poskytovateli.

2.4 Data, kvalita a dlouhodobé výsledky péče

Řízení moderního systému intenzivní péče vyžaduje jednotná a srovnatelná data o struktuře pracovišť, využití kapacit, rozsahu poskytované orgánové podpory, průběhu péče a výsledcích pacientů. Současná roztříštěnost terminologie a organizačních modelů omezuje možnost vytvářet spolehlivé národní přehledy, provádět odpovídající benchmarking a využívat data pro řízení kvality a plánování kapacit.

Vedle nemocniční mortality nabývají významu také dlouhodobé výsledky, zejména přežití, funkční stav, kvalita života a potřeba následné zdravotní, sociálně-zdravotní nebo sociální péče. Podmínkou takových hodnocení je možnost sledovat trajektorii pacientů po propuštění z IP ve velmi komplexním systému zdravotních a sociálních služeb. Výsledky pacientů nejsou určovány pouze odbornou úrovní léčby na jednotlivém pracovišti, ale také včasností

a přiměřeností indikace, organizací toku pacienta, průběžným přehodnocováním léčebných cílů a návazností jednotlivých segmentů péče.

Pro hodnocení dlouhodobých výsledků je nezbytné používat ověřené a metodicky srovnatelné údaje s jednoznačným vymezením sledované populace, období, zdroje dat a způsobu výpočtu. Bez těchto předpokladů nelze spolehlivě porovnávat výsledky mezi pracovišti ani se zahraničními systémy. Hodnocení má zahrnovat intenzivní péči jako celek, včetně indikace, koordinace, stanovení léčebných cílů a návazné péče.

2.5 Potřeba jednotného organizačního rámce systému intenzivní péče

Uvedené skutečnosti odůvodňují vytvoření jednotného organizačního rámce akutní intenzivní péče. Jeho smyslem není administrativně sjednotit odborně rozdílná pracoviště ani zasahovat do odpovědnosti klinických oborů za diagnostiku a léčbu základního onemocnění. Metodický pokyn vytváří společný rámec, v němž jsou role pracovišť, základní organizační vztahy, způsob koordinace a požadavky na hodnocení systému vymezeny jednotně a srozumitelně.

Jednotný organizační rámec je předpokladem pro navazující úpravu klasifikace pracovišť, metodických a procesních standardů, minimálního datového souboru, ukazatelů kvality a mechanismů hodnocení systému. Vytváří rovněž podmínky pro postupné sjednocování organizace intenzivní péče při respektování rozdílné velikosti, odborného profilu a role jednotlivých poskytovatelů v síti akutní lůžkové péče.

III. Základní principy organizace systému intenzivní péče

Organizace systému akutní intenzivní péče vychází ze souboru základních principů, které určují jeho uspořádání, řízení a další rozvoj. Tyto principy tvoří společný rámec pro všechny poskytovatele akutní lůžkové péče bez ohledu na jejich velikost, zřizovatele nebo spektrum poskytovaných zdravotních služeb. Jejich účelem je zajistit, aby byla intenzivní péče poskytována koordinovaně, medicínsky přiměřeně a s odpovědným využíváním dostupných personálních, technických a ekonomických zdrojů.

3.1 Intenzivní péče jako jednotný nemocniční systém

Akutní intenzivní péče je organizována jako jednotný nemocniční systém tvořený vzájemně propojenými pracovišti, procesy, odbornými týmy a organizačními vazbami. Jednotlivá pracoviště si zachovávají svou odbornou profilaci a odpovědnost za diagnostiku a léčbu základního onemocnění, současně však nejsou organizována jako izolované jednotky fungující pouze podle potřeb jednotlivých oborů.

Jednotný systém intenzivní péče vytváří rámec pro společné plánování, koordinaci a využívání kapacit v zájmu nemocnice jako celku. Neznamená administrativní sloučení všech pracovišť ani potlačení odborné autonomie jednotlivých oborů. Jeho podstatou je funkční propojení pracovišť a jednotné organizační principy tam, kde je společný postup nezbytný pro bezpečnost pacientů, dostupnost péče a efektivní využívání zdrojů.

3.2 Funkční organizace systému

Organizace systému intenzivní péče vychází ze skutečného rozsahu poskytované péče, zejména z úrovně monitorace, farmakologické a přístrojové podpory orgánových funkcí a schopnosti pracoviště zajistit odpovídající odbornou péči. Součástí funkčního systému jsou rovněž lůžka určená pro kontinuální monitoraci pacientů se zvýšeným rizikem klinického zhoršení, kteří aktuálně nevyžadují farmakologickou ani přístrojovou podporu orgánových funkcí. Historický

název pracoviště, jeho oborové zařazení nebo místní tradice nemohou být jediným určujícím kritériem jeho postavení v systému.

Funkční organizace umožňuje sjednotit terminologii, vymezit úlohu jednotlivých pracovišť a vytvořit srovnatelný třístupňový rámec pro plánování kapacit, organizaci pohybu pacientů, hodnocení dostupnosti a kvality i budoucí úpravy personálních, technických a úhradových standardů. Podrobná klasifikační kritéria jednotlivých typů pracovišť budou stanovena navazující metodikou.

Základní princip klasifikace. Systém akutní intenzivní péče dospělých se člení na tři základní typy pracovišť. Hlavním rozlišujícím kritériem je, zda pracoviště poskytuje pouze kontinuální monitoraci, monitoraci společně s farmakologickou podporou orgánových funkcí, nebo také jejich invazivní přístrojovou podporu.

Pracoviště IP typu I – jednotka monitorované péče. Poskytuje kontinuální monitoraci fyziologických funkcí pacientům se zvýšeným rizikem klinického zhoršení, kteří vyžadují vyšší úroveň dohledu než na běžném standardním lůžku, avšak aktuálně nepotřebují farmakologickou ani přístrojovou podporu orgánových funkcí. Je určeno zejména pro časné rozpoznání deteriorace, krátkodobou observaci, eskalaci ze standardní péče a deeskalaci z vyšší úrovně péče.

Pracoviště IP typu II – jednotka intermediární péče. Poskytuje kontinuální monitoraci a farmakologickou podporu orgánových funkcí pacientům, kteří vyžadují vyšší úroveň péče než pracoviště IP typu I, avšak zpravidla nepotřebují invazivní přístrojovou podporu orgánových funkcí. Zajišťuje zejména rozšířenou monitoraci, oxygenoterapii včetně vysokoprůtokové oxygenoterapie, neinvazivní ventilační podporu, nutriční podporu a další postupy odpovídající intermediární péči.

Pracoviště IP typu III – jednotka intenzivní péče. Poskytuje vedle kontinuální monitorace a farmakologické podpory také invazivní přístrojovou podporu jedné nebo více orgánových funkcí. Zajišťuje zejména invazivní umělou plicní ventilaci, eliminační metody a další formy orgánové podpory odpovídající profilu pracoviště a potřebám pacienta.

3.3 Pacient jako střed systému

Organizace systému intenzivní péče vychází z potřeb pacienta, nikoliv z organizační příslušnosti lůžka nebo oddělení. Pacient má být umístěn na takové úrovni péče, která odpovídá jeho aktuálnímu klinickému stavu, riziku zhoršení, potřebě monitorace a orgánové podpory a očekávanému přínosu poskytované péče.

Pohyb pacienta systémem musí reagovat na vývoj jeho zdravotního stavu. Organizace proto musí umožňovat včasnou eskalaci na vyšší úroveň péče, bezpečnou deeskalaci po stabilizaci a návaznost na standardní, následnou, rehabilitační nebo paliativní péči. Změna pracoviště nesmí vést ke ztrátě klinických informací, nejasnosti odpovědnosti nebo přerušení kontinuity léčebného plánu.

3.4 Koordinace a sdílení kapacit

Koordinace je základním organizačním principem systému intenzivní péče. Zahrnuje sdílení informací o aktuální dostupnosti lůžek, jednotná pravidla pro řešení kapacitních konfliktů, mezioborovou komunikaci a schopnost přijímat rozhodnutí zohledňující potřeby nemocnice jako celku.

Kapacity intenzivní péče představují společný a omezený zdroj nemocnice. Jejich využívání musí být založeno na medicínské naléhavosti, potřebné úrovni péče a očekávaném přínosu pro pacienta. Oborová příslušnost pacienta nebo pracoviště nesmí sama o sobě omezovat přístup

k odpovídající intenzivní péči. Sdílení kapacit současně předpokládá transparentní rozhodování a jasně vymezenou odpovědnost za koordinaci systému.

3.5 Medicínská přiměřenost a cíle péče

Intenzivní péče má být poskytována tehdy, pokud lze u konkrétního pacienta rozumně očekávat dosažení medicínsky relevantního cíle. Rozhodování o přijetí, rozsahu orgánové podpory, pokračování, eskalaci nebo deeskalaci péče musí zohledňovat akutní stav, reverzibilitu onemocnění, prognózu, funkční stav před zhoršením, komorbiditní zátěž, hodnoty a preference pacienta a předpokládanou zátěž léčby.

Medicínská přiměřenost neznamená omezení dostupnosti péče podle věku, diagnózy nebo sociálních charakteristik. Znamená individuální, odborně zdůvodněné a průběžně přehodnocované rozhodování o tom, zda intenzivní péče naplňuje realistický léčebný cíl. Organizace systému musí vytvářet podmínky pro včasné stanovení cílů péče, řešení odborné neshody a zapojení paliativní péče tam, kde již léčebný cíl není dosažitelný nebo přiměřený.

3.6 Kontinuita a mezioborová spolupráce

Intenzivní péče je součástí kontinuálního procesu poskytování zdravotních služeb, který začíná před přijetím pacienta na pracoviště intenzivní péče a pokračuje po jeho překladu nebo propuštění. Kvalita výsledku je ovlivněna včasností rozpoznání klinické deteriorace, organizací urgentního příjmu, perioperační péčí, dostupností konziliárních odborností i návazností na další segmenty péče.

Poskytování intenzivní péče je založeno na mezioborové a multiprofesní spolupráci. Organizace systému musí podporovat sdílení odborných informací, společné stanovování léčebných cílů a jasné rozdělení odpovědností mezi týmy. Funkční propojení nesmí vést k rozostření odpovědnosti za konkrétního pacienta; naopak musí zajistit, aby byla odpovědnost v každé fázi péče jednoznačně určena.

3.7 Datově řízený systém

Řízení systému intenzivní péče musí vycházet z dostupných, jednotně definovaných a pravidelně vyhodnocovaných dat. Data nejsou pouze nástrojem vykazování, ale základem pro plánování kapacit, hodnocení dostupnosti, identifikaci neodůvodněné variability, posuzování výsledků a přijímání nápravných opatření.

Jednotný minimální datový standard a soubor národních indikátorů mají umožnit srovnávání pracovišť se srovnatelnou funkcí a rozsahem péče. Při jejich zavádění se upřednostní automatizované získávání údajů z dostupných NIS a LIS. Konkrétní požadavky na datové položky, přenosy, odpovědnosti, termíny a podmínky zavedení stanoví navazující metodika po posouzení technické proveditelnosti, nákladů a právního rámce. Definice indikátorů, způsob jejich výpočtu, zdroje dat a pravidla interpretace připraví Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s NIKEZ; výchozí ani cílové hodnoty nebudou určeny bez ověřených dat. Hodnocení musí zohledňovat strukturu a klinickou závažnost pacientů tak, aby nevedlo k nesprávným závěrům nebo motivaci k nežádoucímu výběru pacientů. Výsledky datového hodnocení mají být využívány pro zlepšování systému, nikoliv pouze pro administrativní kontrolu.

3.8 Kvalita, bezpečnost a transparentnost

Kvalita a bezpečnost představují základní vlastnosti systému intenzivní péče. Organizace systému musí podporovat standardizaci klíčových procesů, včasnou identifikaci rizik, sledování

nežádoucích událostí, hodnocení začleněné do interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb a pravidelné vyhodnocování výsledků. Odpovědnost za kvalitu se nevztahuje pouze na jednotlivá pracoviště, ale také na funkčnost vazeb mezi nimi.

Součástí hodnocení kvality a bezpečnosti musí být také monitorování a prevence infekcí spojených se zdravotní péčí, sledování výskytu multirezistentních mikroorganismů a podpora programů antibiotického stewardshipu.

Transparentnost znamená srozumitelná pravidla rozhodování, dostupné informace o kapacitách a přezkoumatelné hodnocení kvality a výsledků. Současně musí být chráněna důvěrnost zdravotních údajů a musí být respektován odborný kontext při interpretaci dat.

3.9 Adaptabilita a připravenost systému

Systém intenzivní péče musí být schopen reagovat na změny zdravotních potřeb populace, vývoj medicínských poznatků, změny dostupnosti personálu i mimořádné situace. Adaptabilita zahrnuje možnost pružně upravovat využití kapacit, reorganizovat provoz a koordinovat spolupráci uvnitř nemocnice i mezi poskytovateli.

Připravenost na hromadné postižení osob, epidemie a jiné situace s náhlým nárůstem potřeby intenzivní péče je součástí běžné organizace systému, nikoliv pouze odděleným krizovým plánem. Organizační pravidla musí umožňovat rychlé získání přehledu o kapacitách, prioritizaci péče, bezpečné překlady pacientů a návaznost na krizové řízení nemocnice a nadregionální koordinační mechanismy. Monitorovaná lůžka IP typu I, včetně lůžek funkčně vyčleněných v rámci standardních oddělení, mohou při hromadném postižení osob nebo jiné mimořádné situaci představovat první linii řízené expanze systému intenzivní péče. Jejich využití pro tento účel musí být předem zahrnuto do krizového plánu a podmíněno dostupností odpovídající monitorace, personálu, vybavení a jasně stanovených pravidel eskalace na vyšší úroveň péče.

Součástí připravenosti je také organizace péče o pacienty se zvláště závažnými infekčními onemocněními a vysoce nebezpečnými nákazami. Podrobné požadavky na izolaci, používání osobních ochranných pracovních prostředků, transport pacientů a spolupráci se specializovanými pracovišti stanoví navazující metodický dokument.

Uvedené principy tvoří východisko pro cílové uspořádání systému intenzivní péče, jeho hlavní organizační prvky a požadavky na poskytovatele akutní lůžkové péče, které budou rozpracovány v navazujících metodických dokumentech.

IV. Organizační rámec poskytovatele akutní lůžkové péče

Každý poskytovatel akutní lůžkové péče, který poskytuje intenzivní péči pacientům, je odpovědný za vytvoření, zavedení, řízení a průběžné hodnocení jednotného systému intenzivní péče odpovídajícího požadavkům tohoto metodického pokynu.

Systém intenzivní péče musí být organizován jako funkčně propojený celek zahrnující všechna pracoviště poskytující intenzivní péči bez ohledu na jejich odborné zaměření, organizační zařazení nebo historické označení.

Organizační rámec poskytovatele musí vytvářet podmínky pro jednotné řízení systému intenzivní péče, koordinované využívání kapacit, transparentní rozhodování o organizaci péče, průběžné hodnocení kvality a bezpečnosti a efektivní spolupráci se všemi segmenty nemocniční péče. Všechny tyto aspekty budou zpracovány v navazujícím metodickém dokumentu.

V. Vazby systému intenzivní péče na ostatní segmenty nemocniční péče

5.1 Obecné principy organizačních vazeb systému intenzivní péče

Systém akutní intenzivní péče je nedílnou součástí organizace akutní lůžkové péče a nemůže být organizován jako samostatný, izolovaný segment nemocničního provozu. Jeho funkčnost je podmíněna účinnou spoluprací s ostatními částmi nemocnice, které se podílejí na identifikaci, diagnostice, léčbě a následné péči o kriticky nemocné pacienty.

Organizační vazby systému intenzivní péče představují soubor procesních, komunikačních a rozhodovacích mechanismů umožňujících bezpečný pohyb pacientů mezi jednotlivými segmenty péče, kontinuitu léčebného plánu, sdílení odborných informací a koordinované využívání dostupných kapacit.

Každý poskytovatel akutní lůžkové péče vytvoří organizační podmínky pro spolupráci systému intenzivní péče s ostatními segmenty nemocniční péče tak, aby jednotlivá rozhraní byla jednoznačně vymezena, odpovědnosti zúčastněných pracovišť byly transparentní a předávání pacientů probíhalo bezpečně a bez zbytečných prodlev.

5.2 Vazba na urgentní příjem

Urgentní příjem představuje hlavní vstupní rozhraní systému akutní intenzivní péče pro pacienty přijímané v akutním stavu. Organizace obou segmentů musí umožňovat rychlou identifikaci pacientů vyžadujících intenzivní péči, jejich včasnou stabilizaci a rozhodnutí o nejvhodnější úrovni další péče.

Organizační propojení urgentního příjmu a systému intenzivní péče zahrnuje jednotná pravidla předávání pacientů, dostupnost odborných konzilií, sdílení informací o kapacitách intenzivní péče a koordinované rozhodování o směrování pacientů.

5.3 Vazba na perioperační péči

Perioperační péče představuje významnou součást systému akutní intenzivní péče. Organizace systému musí umožňovat plánování pooperační intenzivní péče již v předoperační fázi u pacientů s předpokládanou potřebou monitorace nebo orgánové podpory.

Jednotka poanestetické péče (PACU) je organizační součástí perioperační péče a představuje časově omezené rozhraní mezi perioperační péčí a systémem akutní intenzivní péče. Rozsah jednotlivých postupů poskytovaných v PACU může být srovnatelný s péčí na pracovišti určitého typu IP; krátkodobé poskytování těchto postupů však samo o sobě neznamená, že PACU splňuje všechny klasifikační podmínky a je pracovištěm příslušného typu IP. Přetrvává-li potřeba monitorace nebo intenzivní péče po bezprostředním pooperačním období, pacient je přeložen na odpovídající pracoviště IP typu I, II nebo III podle aktuálního klinického stavu.

5.4 Vazba na systém MET/RRT

Systém intenzivní péče musí být organizačně propojen se systémem MET/RRT, který zajišťuje časné rozpoznání klinické deteriorace pacientů mimo pracoviště intenzivní péče. Spolupráce podporuje časnější zahájení léčby, správnou indikaci intenzivní péče a zvyšování bezpečnosti nemocniční péče.

5.5 Vazba na standardní lůžkovou péči

Organizace systému musí podporovat bezpečné předávání pacientů mezi standardní a intenzivní péčí, průběžnou komunikaci mezi ošetřujícími týmy, jednotná pravidla konziliární spolupráce a kontinuitu léčebného plánu.

5.6 Vazba na paliativní péči

Paliativní péče představuje integrální součást moderní intenzivní péče. Organizace systému musí umožňovat její včasné zapojení u pacientů, u nichž další eskalace intenzivní léčby nepřináší očekávaný klinický prospěch, nebo u pacientů, u nichž přijetí na pracoviště intenzivní péče neodpovídá jejich klinickému stavu a cílům péče.

5.7 Vazba na transplantační a dárcovský program

Pracoviště intenzivní péče mají nezastupitelnou úlohu při identifikaci potenciálních dárců orgánů, zajištění jejich odborného posouzení, udržení orgánových funkcí a koordinaci dalšího postupu s transplantačními centry.

Poskytovatel vytvoří organizační podmínky umožňující systematickou identifikaci potenciálních dárců po smrti mozku (DBD) i po oběhové zástavě (DCD), jejich včasné posouzení a předání do transplantačního programu.

5.8 Vazba na následnou péči

Organizace systému musí podporovat plánovaný a koordinovaný překlad pacientů do rehabilitační, následné intenzivní a další následné péče při zachování kontinuity léčebného plánu.

5.9 Vazba na krizové řízení nemocnice

Systém intenzivní péče je nedílnou součástí připravenosti nemocnice na mimořádné události, epidemie a situace hromadného postižení osob. Organizační rámec musí umožňovat rychlou reorganizaci kapacit, koordinaci personálních zdrojů a spolupráci s krizovým řízením nemocnice. Součástí plánování musí být také předem určený způsob využití monitorovaných lůžek IP typu I jako první linie kapacitní expanze, včetně podmínek jejich aktivace, personálního a technického posílení a návaznosti na pracoviště vyšších typů IP.

Připravenost systému IP zahrnuje také spolupráci s orgány ochrany veřejného zdraví. Podrobnosti epidemiologického šetření, surveillance, hlášení závažných infekčních onemocnění, monitorování kapacit, koordinace protiepidemických opatření, postupů pro vysoce nebezpečné nákazy a plánování a využití izolačních kapacit stanoví navazující metodický dokument.

VI. Uplatňování metodického pokynu k organizaci systému intenzivní péče

6.1 Obecné principy implementace

Vydání tohoto metodického pokynu představuje výchozí krok dlouhodobé modernizace organizace intenzivní péče v České republice. Cílem není jednorázová reorganizace jednotlivých pracovišť ani změna jejich odborného zaměření, ale vytvoření jednotného organizačního rámce umožňujícího koordinované poskytování intenzivní péče, její průběžný rozvoj a objektivní hodnocení kvality.

Principy metodického pokynu budou zaváděny postupně při respektování rozdílné velikosti, odborného zaměření a organizační struktury jednotlivých poskytovatelů akutní lůžkové péče. Zavádění konkrétních opatření musí být koordinováno tak, aby změny organizační struktury, klasifikace pracovišť, řízení systému, datového reportingu a hodnocení kvality tvořily jeden vzájemně provázaný celek.

Součástí implementace je rovněž průběžné vyhodnocování funkčnosti systému, identifikace překážek implementace a aktualizace metodických nástrojů podle nových odborných poznatků a zkušeností z klinické praxe.

6.2 Implementační odpovědnosti

Úspěšné uplatňování metodického pokynu předpokládá koordinovanou spolupráci Ministerstva zdravotnictví, Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví, odborných společností, poskytovatelů akutní lůžkové péče a dalších subjektů podílejících se na organizaci zdravotních služeb.

Věcně příslušný útvar Ministerstva zdravotnictví, určený v předkládacích podkladech, odpovídá za metodickou koordinaci, přípravu navazujících dokumentů a aktualizaci metodického pokynu.

Národní institut kvality a excelence zdravotnictví připravuje operativní odborná doporučení, národní indikátory kvality a analytickou podporu hodnocení systému.

Odborné společnosti se podílejí na odborné interpretaci metodického pokynu, přípravě doporučených postupů, vzdělávání zdravotnických pracovníků a pravidelné aktualizaci odborných částí navazujících metodických dokumentů.

Poskytovatelé akutní lůžkové péče odpovídají za vytvoření organizačního rámce systému intenzivní péče, jeho zavedení do klinické praxe a průběžné vyhodnocování jeho funkčnosti.

6.3 Implementace u poskytovatelů akutní lůžkové péče

Poskytovatelé akutní lůžkové péče zavádějí základní organizační principy metodického pokynu přiměřeně své velikosti, odbornému profilu, roli v síti a reálným personálním, technickým a organizačním možnostem. Konkrétní požadavky na klasifikaci pracovišť, organizační procesy a data stanoví navazující metodické dokumenty po posouzení proveditelnosti a dopadů.

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.

Implementace musí být plánována jako součást strategického rozvoje nemocnice a koordinována s ostatními organizačními změnami v oblasti akutní lůžkové péče.

Personální, organizační, technické, ekonomické a regionální dopady konkrétních navazujících opatření, včetně možností financování, budou posouzeny před jejich zavedením. Tento metodický pokyn sám o sobě nezakládá požadavek na automatickou redukci sítě ani na nevyčíslené investice.

6.4 Navazující metodické dokumenty

Tento metodický pokyn stanoví rámec organizace systému akutní intenzivní péče.

Jednotlivé oblasti budou rozpracovány v navazujících metodických dokumentech Ministerstva zdravotnictví. U každého dokumentu je uvedena odpovědnost a spolupráce, plánovaný termín a tematická návaznost; konkrétní názvy věcně příslušných útvarů, odborní garanti a další spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví:

- Klasifikace pracovišť akutní intenzivní péče – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar, odborný garant a spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví; plánovaný termín: 4. čtvrtletí 2026; tematická návaznost: funkční vymezení pracovišť IP typu I, II a III podle rozsahu poskytované péče.
- Organizační rámec systému intenzivní péče u poskytovatele – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar, odborný garant a spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví; plánovaný termín: 4. čtvrtletí 2026; tematická návaznost: řízení systému IP, koordinace kapacit, odpovědnosti a mezioborová spolupráce.
- Minimální datový standard intenzivní péče – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar, odborný garant a spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví; plánovaný termín: 4. čtvrtletí 2026; tematická návaznost: jednotné datové položky, zdroje a přenosy dat a přednostní automatizované získávání údajů z dostupných NIS a LIS.
- Národní indikátory kvality a metodika hodnocení kvality a bezpečnosti intenzivní péče – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar Ministerstva zdravotnictví ve spolupráci s NIKEZ; odborný garant a další spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví; plánovaný termín: 4. čtvrtletí 2026; tematická návaznost: definice, výpočet a interpretace indikátorů, interní hodnocení kvality a bezpečnosti, infekce spojené se zdravotní péčí, multirezistentní mikroorganismy a antibiotický stewardship.
- Řízená dokumentace systému intenzivní péče – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar, odborný garant a spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví; plánovaný termín: 4. čtvrtletí 2026; tematická návaznost: standardizace klíčových organizačních a klinických procesů a jejich průkazná dokumentace.
- Indikace přijetí na pracoviště intenzivní péče – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar, odborný garant a spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví; plánovaný termín: 4. čtvrtletí 2026; tematická návaznost: potřeba IP, očekávaný přínos, medicínská přiměřenost a cíle péče.
- Systém MET/RRT – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar, odborný garant a spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví; plánovaný termín: 1. čtvrtletí 2027; tematická návaznost: časné rozpoznání klinického zhoršení, aktivace týmu urgentní reakce a návaznost na systém IP.
- Následná intenzivní péče – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar, odborný garant a spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví;

plánovaný termín: 1. čtvrtletí 2027; tematická návaznost: kontinuita péče a bezpečný přechod z akutní IP do následné péče.

- Následná intenzivní neurorehabilitace (NINR) – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar, odborný garant a spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví; plánovaný termín: 1. čtvrtletí 2027; tematická návaznost: návazná neurorehabilitační péče a kontinuita léčebného plánu.
- Vazby systému intenzivní péče na ostatní segmenty lůžkové péče – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar, odborný garant a spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví; plánovaný termín: 2. čtvrtletí 2027; tematická návaznost: urgentní příjem, perioperační a standardní lůžková péče, paliativní péče, transplantační program a následná péče.
- Připravenost systému intenzivní péče na mimořádné události, epidemie a hromadné postižení osob – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar Ministerstva zdravotnictví v součinnosti s OVZ a dalšími věcně příslušnými útvary; odborný garant a další spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví; plánovaný termín: 2. čtvrtletí 2027; tematická návaznost: spolupráce s orgány ochrany veřejného zdraví, epidemiologické šetření, surveillance, hlášení, monitorování kapacit, koordinace protiepidemických opatření, vysoce nebezpečné nákazy a plánování a využití izolačních kapacit.
- Zavedení plánování budoucí péče (ACP) – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar, odborný garant a spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví; plánovaný termín: 4. čtvrtletí 2027; tematická návaznost: včasné stanovení cílů péče a podpora medicínsky přiměřeného využívání intenzivní péče.
- Organizace péče o pacienty po náhlé zástavě oběhu – odpovědnost a spolupráce: věcně příslušný útvar, odborný garant a spolupracující subjekty budou potvrzeni Ministerstvem zdravotnictví; plánovaný termín: 4. čtvrtletí 2027; tematická návaznost: koordinace akutní, intenzivní a následné péče o pacienty po náhlé zástavě oběhu.

6.5 Přechodné období

Základní organizační principy metodického pokynu budou zaváděny postupně po jeho vydání s přihlédnutím k podmínkám jednotlivých poskytovatelů.

Pro konkrétní požadavky navazujících metodických dokumentů bude přiměřená lhůta stanovena v příslušném dokumentu a začne běžet nejdříve od jeho zveřejnění. Přechodné období nepředstavuje odklad plnění již existujících právních povinností.

6.6 Hodnocení implementace a další rozvoj systému

Zavádění základních organizačních principů metodického pokynu bude průběžně vyhodnocováno pomocí procesních indikátorů, dostupných dat a zkušeností poskytovatelů zdravotních služeb.

Kvalita a výsledky poskytované péče budou hodnoceny podle samostatné metodiky národních indikátorů kvality, která stanoví jejich definice, výpočet, zdroje dat a pravidla interpretace. Výsledky obou úrovní hodnocení budou využívány k aktualizaci metodických dokumentů a optimalizaci organizačních procesů.

VII. Závěrečné ustanovení

Cílem tohoto metodického pokynu není sjednotit odbornou činnost jednotlivých klinických oborů ani měnit jejich odpovědnost za diagnostiku a léčbu pacientů. Jeho cílem je vytvořit jednotný organizační rámec systému akutní intenzivní péče, který umožní poskytovat intenzivní péči koordinovaně, transparentně a na základě společných organizačních principů při efektivním využívání dostupných zdrojů.

Uplatňování tohoto metodického pokynu vytvoří předpoklady pro zlepšení dostupnosti intenzivní péče, zvýšení její kvality a bezpečnosti, efektivnější využívání kapacit a lepší dlouhodobé výsledky pacientů.

Metodický pokyn se používá do jeho aktualizace nebo nahrazení novým metodickým dokumentem. Věcně příslušný gestor průběžně posuzuje potřebu aktualizace podle nových odborných poznatků, změn právního rámce a zkušeností z jeho uplatňování.

Seznam zkratek:

ACP	Advance Care Planning (plánování budoucí péče)
AIM	Anesteziologie a intenzivní medicína
COVID-19	Coronavirus disease 2019 (onemocnění COVID-19)
DBD	Donation after Brain Death (dárcovství orgánů po smrti mozku)
DCD	Donation after Circulatory Death (dárcovství orgánů po oběhové zástavě)
IP	Intenzivní péče
LIS	Laboratorní informační systém
MET/RRT	Medical Emergency Team / Rapid Response Team (tým urgentní reakce)
NINR	Následná intenzivní neurorehabilitace
NIS	Nemocniční informační systém
NIKEZ	Národní institut kvality a excelence zdravotnictví
OVZ	Odbor ochrany veřejného zdraví
PACU	Post-Anesthesia Care Unit (jednotka poanestetické péče)

OZNÁMENÍ O ZMĚNĚ VE VEDENÍ NÁRODNÍ REFERENČNÍ LABORATOŘE PRO LEGIONELY A ADRESY PRACOVIŠTĚ

Ministerstvo zdravotnictví schválilo změnu ve vedení Národní referenční laboratoře pro legionely, která nově působí na adrese Wolkerova 74/6, 779 00 Olomouc.
Vedením byla pověřena RNDr. Helena Sedláčková.

PhDr. Matyáš Fošum, Ph.D., MPH, v. r.
ředitel Odboru ochrany veřejného zdraví
a zástupce hlavního hygienika ČR

Vydává: Ministerstvo zdravotnictví ČR – **Redakce:** Palackého nám. 4, 120 00 Praha 2-Nové Město, telefon: 224 972 173