https://doi.org/10.36290/aim.2026.008

ČSARIM v roce 2026

Jako téměř každý rok mého mandátu v roli předsedy výboru, i letos jsem přijal podnět vedoucího redaktora časopisu shrnout probíhající hlavní agendu oboru Anesteziologie a intenzivní medicína (AIM) a činnosti výboru s výhledem do letošního roku. Agendy, která vychází z programového prohlášení výboru a kde výbor pracuje s maximálním možným úsilím k dosažení všeho, co jsme na začátku mandátu výboru v roce 2023 definovali jako strategická témata s jediným cílem – posilování role oboru v klíčových doménách jeho působení – odborný rozvoj, kvalita a bezpečnost péče, vzdělávání a v neposlední řadě prosazování systémových změn.

Rok 2026 představuje pro ČSARIM období, kdy se chceme i nadále profilovat jako aktivní hráč iniciující systémové změny. V současnosti dominují v agendě jednání výboru a jeho aktivit zejména témata – reforma organizace systému poskytování intenzivní péče (IP), sjednocení organizace perioperační péče, aktualizace systému úhrad, prosazování vybraných oborových odborných témat cestou Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ), zlepšení povědomí laické veřejnosti o významu oboru prostřednictvím spolupráce s Národním zdravotnickým informačním portálem (NZIP) a diskuze k optimální roli nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP) ve stávajícím modelu poskytování anesteziologické péče.

V následujícím textu okomentuji některá témata a na konec v krátkosti zmíním i téma vzájemné, často velmi problematické, komunikace mezi anesteziology a chirurgy – téma, které považuji celý profesní život za důležité, téma, kde má ČSARIM vůči své odborné komunitě určitý dluh a kde na současném stavu neseme, podle mého názoru, i my sami určitý podíl.

Reforma systému intenzivní péče

Jedním z hlavních motivů reformy je potřeba systematicky reagovat na současný stav organizace, systému a dlouhodobých výsledků IP. Koncepční rámec reformy byl v uplynulých 2 letech diskutován na platformě Pracovní skupiny pro kvalitu IP Výkonné rady NIKEZ, a vstupuje v letošním roce do fáze implementace. Hledání vhodných nástrojů implementace probíhá v Pracovní skupině pro restrukturalizaci intenzivní péče (zahrnuje i problematiku perioperační péče) Ministerstva zdravotnictví (MZ), kde se postupně rozpracovávají jednotlivá témata reformy do formátu implementačních nástrojů – organizačních, odborných či úhradových. Reforma je ve své organizační části postavena na 4 tezích: 1) IP je organizována jako jednotný nemocniční systém, 2) za systém IP je v nemocnicích určena odborná odpovědnost s dominantní rolí oboru AIM, 3) řízení IP je založeno na centralizované koordinaci mezi pracovišti IP a mezioborové spolupráci, 4) organizační rámec by měl být sjednocen pro všechny nemocnice poskytující IP s úhradou z veřejných zdrojů. Cílem reformy je vytvoření funkčního systému IP, který je založen na jasně definovaných úrovních péče, transparentním indikačním procesu a koordinovaném řízení kapacit. Součástí reformy je rovněž důraz na kultivaci indikačního procesu do IP, mimo jiné prostřednictvím nástrojů, jako je koncept advanced care planning, který umožňuje lépe sladit cíle léčby s prognózou a hodnotami pacienta a který je součástí zdravotnických systémů mnoha vyspělých zemí řadu let.

Pro ČSARIM představuje reforma IP nejen odbornou výzvu, ale také příležitost. Obor AIM historicky formoval podobu IP v České republice (ČR) a podle mého názoru musí i nadále nést odpovědnost za její organizaci a nastavení ve vztahu k ostatním oborům, které se na poskytování IP v systému zdravotní péče podílejí. V tomto kontextu je ČSIM naším klíčovým strategickým partnerem a ze strany ČSARIM bude vždy snaha prosazovat společná řešení a vystupovat názorově (pokud možno) jednotně.

Organizace perioperační péče

Druhým strategickým tématem je rozvoj perioperační medicíny, která je i v mezinárodním kontextu integrální součást oboru AIM, v podmínkách ČR za situace značné organizační variability perioperační péče – údaje z dotazníkového šetření iniciovaného z MZ to dokazují jednoznačně. Perioperační medicína zdůrazňuje kontinuitu péče o chirurgického pacienta – od momentu indikace k výkonu až po časné pooperační období a případnou návaznost na intenzivní péči. Tento koncept má potenciál zásadně přispět ke zlepšení výsledků léčby, efektivnějšímu využívání kapacit nemocnic a lepší koordinaci mezi jednotlivými obory podílejícími se na péči o chirurgického pacienta. Pro české zdravotnictví je tento přístup klíčový zejména z pohledu zvýšení organizační efektivity. Plánování operačních programů, návaznost operativy na kapacitu lůžek intenzivní péče, dostupnost poanestetické péče či předoperační optimalizace rizikových pacientů jsou oblasti, které vyžadují systémový přístup a jasné kompetenční ukotvení. I zde je ambicí a strategickým zájmem ČSARIM si tuto koordinační roli nejenom držet, rozvíjet, ale hlavně v každodenní praxi prokázat, že toho jsme schopni – v náležité odborné kvalitě, efektivní organizaci a profesionální komunikaci během situací denní praxe.

Role NLZP v anestezii

Třetím tématem, které se v různých podobách znovu opakovaně objevuje v odborných diskuzích i veřejném prostoru, je snaha o zavedení modelu poskytování anestezie nelékařským personálem pod dohledem lékaře. Ostatně podobná debata se opět objevuje i na půdě European Society of Anesthesiology and Intensive Care (ESAIC) a ČSARIM se k návrhu ESAIC s názvem „Recommendation on anaesthesia teamwork in Europe" (**link zde**) jednoznačně vymezila: *The Czech Society of Anaesthesiology and Intensive Care (CSARIM) unequivocally affirms that anaesthesia is a medical act and a core medical specialty. On behalf of CSARIM we strongly reject the independent provision of anaesthesia care*