EFCARE

CESTA KE ZDRAVÍ

ONKOLOGIE 2025

Série regionálních odborných diskuzí v krajských městech na téma organizace a zlepšení péče o pacienty s onkologickými onemocněními se zaměřením na karcinomy prsu a plic.

www.cestakezdravi.com

OBSAH

1. ÚVODNÍ SLOVO a klíčové závěry projektu **04**

2. KARCINOM PRSU — Epidemiologie a Screening **14**

Incidence ZN prsu (C50) u žen 16
Mortalita ZN prsu (C50) u žen 17
Podíl a zastoupení stadií 18
5leté relativní přežití pacientek 19
Primární protinádorová léčba v KOC a mimo KOC 20
Pokrytí screeningem cílové populace 23
Síť mamografických screeningových center 24
Migrace žen za vyšetřením napříč kraji 25
Průměrná objednávací doba mamografických center 26

3. KARCINOM PLIC — Epidemiologie a Screening **28**

Incidence ZN průdušnice, průdušky a plíce (C33, C34 30
Mortalita ZN průdušnice, průdušky a plíce (C33, C34) 31
Podíl a zastoupení stadií 32
5leté relativní přežití pacientek 33
Primární protinádorová léčba v KOC a mimo KOC 34
Pokrytí screeningem cílové populace 35
Celkové zapojení praktických lékařů do programu 37
Podíl oslovených osob v rámci 1. screeningové epizody 38
Akreditovaná radiologická centra 39
Migrace za onkologickými hospitalizacemi 40
Migrace za centrovou léčbou 41

4. SHRNUTÍ SITUACE v krajích ČR **42**

Zlínský kraj 44
Jihomoravský kraj 46
Moravskoslezský kraj 48
Jihočeský kraj 50
Plzeňský kraj 52
Královehradecký kraj 54
Pardubický kraj 56
Liberecký kraj 58
Kraj Vysočina 60
Ústecký kraj 62
Karlovarský kraj 64
Středočeský kraj a Praha 66
Olomoucký kraj 68

1. ÚVODNÍ SLOVO

A KLÍČOVÉ ZÁVĚRY PROJEKTU

ÚVODNÍ SLOVO

Vážené dámy, vážení pánové,

sborník, který se Vám dostává do rukou, je završením projektu Cesta ke zdraví – onkologie 2025. Projektu, jehož ambicí nebylo pouze otevřít odbornou debatu o onkologické péči v České republice, ale především propojit jednotlivé aktéry systému, pojmenovat reálné problémy z praxe a hledat cesty, jak onkologickou péči dále rozvíjet ve prospěch pacientů.

Onkologická onemocnění představují jednu z největších výzev současného zdravotnictví. Nejen z pohledu medicínského, ale také organizačního, ekonomického a lidského. Moderní onkologie dnes stojí na vysoce specializované péči, mezioborové spolupráci, dostupnosti inovativní léčby a v neposlední řadě na kvalitní komunikaci s pacientem a jeho blízkými.

Právě komplexnost tohoto tématu byla důvodem, proč vznikl projekt Cesta ke zdraví – onkologie jako platforma pro otevřený dialog.

V průběhu roku 2025 jsme v rámci projektu uspořádali sérii odborných setkání a kulatých stolů napříč regiony České republiky. Do diskuse se zapojili lékaři různých odborností, zástupci zdravotních pojišťoven, management zdravotnických zařízení, pacientské organizace i další odborníci, kteří se onkologické problematice věnují z různých perspektiv. Každé setkání přineslo cenné podněty, často odlišné pohledy na stejné problémy, ale také shodu v tom nejdůležitějším, tedy že pacient musí zůstat středem celého systému.

Zaznívala témata dostupnosti onkologické péče v regionech, role screeningových programů, návaznosti jednotlivých stupňů péče, personální situace v onkologii, ale také otázky financování, úhradových mechanismů a udržitelnosti systému do budoucna. Diskuse nebyly vždy jednoduché a mnohdy otevíraly citlivá témata. Právě otevřenost, věcnost a ochotu naslouchat však považujeme za jednu z největších hodnot celého projektu.

Tento sborník nepředstavuje uzavřený soubor definitivních odpovědí. Je spíše záznamem cesty, odborné debaty, sdílení zkušeností a hledání konsenzu. Zachycuje klíčové myšlenky, závěry a doporučení, která během jednotlivých setkání zazněla. Věříme, že může sloužit nejen jako shrnutí projektu, ale také jako inspirace pro další odborné diskuse, koncepční úvahy i konkrétní kroky v oblasti onkologické péče.

Na závěr mi dovolte poděkovat všem, kteří se na projektu Cesta ke zdraví – onkologie 2025 podíleli. Všem řečníkům, panelistům a účastníkům diskusí za jejich čas, otevřenost a ochotu sdílet své zkušenosti. Partnerům projektu za podporu a důvěru. A v neposlední řadě všem, kteří se každý den podílejí na péči o onkologické pacienty a naplňují smysl své práce profesionalitou i lidským přístupem.

Věříme, že Cesta ke zdraví – onkologie nekončí touto závěrečnou akcí ani tímto sborníkem. Naopak – že se stává jedním z kroků na dlouhé cestě ke kvalitní, dostupné a udržitelné onkologické péči v České republice.

JUDr. Václav Janalík, MHA
jednatel
EFCARE s.r.o.

110+
SPEAKERŮ

14
MĚST

11
PARTNERŮ

KLÍČOVÉ ZÁVĚRY

Diskuzní série realizovaná v rámci projektu Cesta ke zdraví – onkologie 2025 potvrdila, že česká onkologická péče disponuje vysokou odbornou úrovní a kvalitním personálním zázemím, zároveň však čelí systémovým výzvám, které nelze řešit izolovaně na úrovni jednotlivých pracovišť. Napříč regiony i odbornými skupinami se opakovaně objevovala shoda na tom, že budoucí rozvoj onkologie musí směřovat k vyšší dostupnosti péče, lepší koordinaci celého léčebného procesu a systematickému sledování kvality poskytovaných služeb. Níže uvedené závěry lze považovat za klíčová témata, na nichž panovala napříč diskuzemi výrazná míra konsenzu.

1. DECENTRALIZACE VYBRANÝCH SEGMENTŮ ONKOLOGICKÉ PÉČE A ROZŠIŘOVÁNÍ DELEGOVANÉ PRESKRIPCE

Jedním z nejčastěji akcentovaných témat byla potřeba další decentralizace onkologické péče, zejména v oblasti podávání a preskripce moderních onkologických léčiv. Diskutující se napříč regiony shodovali, že současný model, založený na výrazné koncentraci vysoce specializované léčby do komplexních onkologických center, je z odborného hlediska opodstatněný, avšak v praxi povede k nerovnostem v dostupnosti péče a k nadměrné zátěži těchto jednotlivých center.

Zejména u stabilizovaných pacientů, u nichž je léčebný postup jasně nastaven a nevyžaduje časté multidisciplinární přehodnocování, se opakovaně objevoval požadavek na rozšíření možností delegované preskripce do regionálních onkologických center. Takový krok by umožnil přiblížit péči pacientovi, snížit jeho časovou a logistickou zátěž a současně uvolnit kapacity komplexních center pro pacienty s nově diagnostikovaným onemocněním či komplikovaným průběhem léčby.

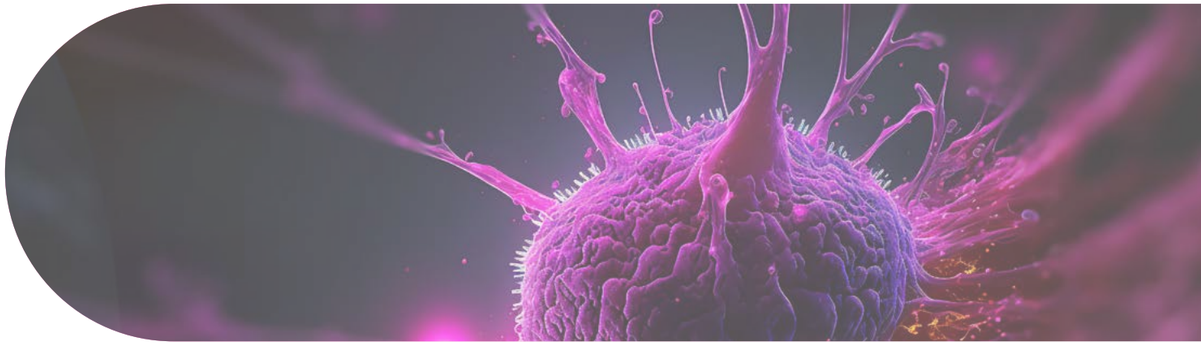
Diskuze však zároveň zdůraznily, že decentralizace nesmí znamenat snížení kvality nebo bezpečnosti péče. Klíčovým předpokladem je jasné vymezení kompetencí, standardizované postupy, funkční sdílení zdravotnické dokumentace a možnost průběžných konzultací mezi regionál. pracovišti a komplexními centry. Decentralizace tak nebyla vnímána jako oslabení role center, ale naopak jako jejich racionální odlehčení při zachování metodického a odborného vedení celého systému.

2. ZAVEDENÍ KOORDINÁTORŮ PÉČE JAKO KLÍČOVÉHO PRVKU EFEKTIVNÍHO PRŮCHODU PACIENTA SYSTÉMEM

Dalším zásadním závěrem diskuzní série byla potřeba systematického zavedení role koordinátora onkologické péče. Účastníci diskuzí se shodovali, že jedním z největších problémů současného systému není samotná odborná úroveň léčby, ale složitost a časová náročnost průchodu pacienta jednotlivými fázemi diagnostiky, léčby a následné péče.

Koordinátor péče byl opakovaně popisován jako klíčová osoba, která by pacientovi pomáhala orientovat se v systému, zajišťovala návaznost jednotlivých vyšetření a léčebných kroků a aktivně předcházela zbytečným prodlevám. Z pohledu zdravotnického systému by tato role přispěla ke zlepšení organizace péče, efektivnějšímu využití kapacit a snížení administrativní zátěže lékařů a dalších zdravotnických pracovníků.

Diskuze zároveň ukázaly, že koordinátor péče není pouze „organizační“ funkcí, ale významně se dotýká i kvality pacientské zkušenosti. Dostupná, informovaná a kompetentní kontaktní osoba může zásadním způsobem snížit nejistotu a stres pacientů v období, které je pro ně psychicky mimořádně náročné. Úspěšná implementace této role však vyžaduje jasné vymezení kompetencí, odpovídající vzdělávání, stabilní financování a zakotvení v organizační struktuře poskytovatelů péče.



3. ZAVEDENÍ INDIKÁTORŮ KVALITY JAKO NÁSTROJE SYSTEMATICKÉHO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY PÉČE

Třetím klíčovým tématem, které se prolínalo všemi diskuzemi, byla potřeba zavedení a systematického využívání indikátorů kvality onkologické péče. Účastníci se shodovali, že bez objektivních a pravidelně vyhodnocovaných dat není možné dlouhodobě řídit kvalitu péče ani identifikovat regionální rozdíly a příležitosti ke zlepšení.

Indikátory kvality byly vnímány nejen jako nástroj kontroly, ale především jako prostředek podpory rozvoje. Správně nastavený systém umožňuje sledovat klíčové parametry léčebného procesu, výsledky péče i pacientskou zkušenost a na jejich základě cíleně přijímat opatření vedoucí ke zvyšování kvality. Zároveň může sloužit jako podklad pro odbornou i veřejnou debatu o podobě a směřování onkologické péče v jednotlivých regionech.

Diskuze zdůraznily nutnost volit indikátory, které budou odborně relevantní, srozumitelné a administrativně zvládnutelné. Zásadní je také zajištění transparentnosti a smysluplné interpretace výsledků tak, aby nedocházelo k jejich formalistickému používání. Dlouhodobým cílem by mělo být vytvoření kultury kontinuálního zlepšování, v níž budou data vnímána jako nástroj podpory kvality péče, nikoli jako sankční mechanismus.

4. SMĚŘOVÁNÍ K VYVÁŽENÉMU A UDRŽITELNÉMU MODELU ONKOLOGICKÉ PÉČE

Společným jmenovatelem všech výše uvedených závěrů je snaha o vyvážený model onkologické péče, který kombinuje vysokou odbornou úroveň specializovaných center s dostupností kvalitní péče v regionech. Diskuzní série ukázala, že cesta k dalšímu zlepšování nevede jedním izolovaným opatřením, ale souborem vzájemně provázaných kroků v oblasti organizace, koordinace a hodnocení péče. Projekt tak přinesl nejen identifikaci klíčových problémů, ale také jasný nástin směrů, jimiž by se měla česká onkologie v následujících letech ubírat. Tyto závěry mohou sloužit jako podklad pro další odbornou diskusi, strategické plánování i konkrétní rozhodování na úrovni poskytovatelů péče, plátců i státní správy.

ANKETNÍ OTÁZKY
PRO LÍDRY ZDRAVOTNICTVÍ

Prof. MUDr. VLADIMÍR KOBLÍŽEK PhD.

přednosta Plicní kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové a LF HK UK, předseda České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP

1. Jaká by měla být role, odpovědnost a kompetence koordinátora péče v KOC, zejména z pohledu spolupráce s ostatními klinikami a odděleními?

Role koordinátora péče v KOC by měla být přizpůsobena konkrétní zdravotní instituci (jiný systém péče čistě onkologickém zařízení například MOU Brno kam přicházejí pacienti s víceméně známou dg. maligního onemocnění a jiný v klasickém KOC většiny univerzitních nemocnic jako je třeba FNHK, kam chodí nemocní s pouhým podezřením na malignitu) a také na konkrétní diagnóze (jiná pracovní náplň koordinátora asi bude v rámci péče o karcinom prsu a jiná u bronchogenního karcinomu.

Pro lepší ilustraci uvedu pohled na obecnou univerzitní nemocnici a na bronchogenní karcinom. Obecná univerzitní nemocnice dostává dominantně potenciálně maligní pacienty z 0,5-1 milionového regionu a u nemalé části těchto pacientů není na první pohled jasné, zda jde o maligní onemocnění či nikoliv. Hlavní náplní práce pneumologicko-onkologické části KOC v těchto univerzitních nemocnicích tak je rychlá diferenciální diagnostika - tedy zjištění, o co přesně jde a na ni okamžitě navazují specifická cílená terapie šitá na míru každému pacientovi.

Navíc u bronchogenního karcinomu je třeba myslet i na integrální propojení se skríningovým programem a na činnost POCH centra, ERAS a na práci všech meziklinických tumorově cílených boardů (ve FNHk například a) MTD molekulární board, B) MDT - stenozy trachey board, c) onkokabinet pooperační a pro biologickou terapii a imunoter., d) obecný MDT předoperační)

V rámci FNHK funkci koordinátora nyní začínáme postupně naplňovat, koordinátorku jsme vybrali v listopadu a nastoupila 2.1.2026. V pracovní náplni pro ni máme následující činnosti:

- kompletace dat ze spádu
- příprava podkladů pro výše uvedení MDT
- objednávání termínů pro bronchoskopická vyš., pro CPET (funkční testování), MDT, pro ERAS a podobně
- Další činností je doprovázení, edukace, mentální podpora pacienta a jeho rodiny systémem během rychlé diagnostiky a následně multimodalitní terapie.

Naše koordinátorka je zdravotní sestra (s praxí v nemocnici, která preferuje jednosměnný provoz).

2. Kde vidíte přínosy delegované preskripce z pohledu KOC?

Je možné o ni uvažovat v obecné rovině například u některých neonkologických, netoxických preparátů, případně u paliativních chemoterapií typu platina + paclitaxel/docetaxel, gemcitabin, parenterální a perorální vinorelbin u nemalobuněčného karcinomu plic.

Nicméně při péči pacientů s nádory plic (BCA) často používáme potenciálně toxické léky či léky s velmi specifickými požadavky na aplikační techniku, nebo léky s potenciálem nežádoucími projevy, a proto nejsem v konkrétní oblasti KOC terapie BCA zastáncem delegované preskripce.

3. Jak by mělo s výsledky hodnocení kvality poskytované onkologické péče pracovat ministerstvo zdravotnictví a jak plátci?

To asi není otázka určená přímo na mě (klinického lékaře). Nicméně pokud bych se skutečně měl vyjádřit, tak by metodika hodnocení kvality poskytované onkologické péče měla být pečlivě připravena, tak, aby skutečně postihovala klíčové body celého procesu.

Bc. MICHAELA TŮMOVÁ

místopředsedkyně Výboru Hlasu onkologických pacientů

1. Jaká by měla být role, odpovědnost a kompetence koordinátora péče?

Koordinátor péče je člověk, který pomáhá projít onkologickou léčbou tak, abych se neztratil, nebyl na to sám a měl pocit, že někdo drží celý obraz pohromadě. Díky koordinaci péče se pacienti dostanou včas na správné místo a čas je to, co jim na začátku léčby dá šanci. Koordinátor vždy pracuje dle ordinace lékaře. Jeho kompetence odborné budou přesně ohraničené. Pacienti budou ovšem spoléhat i na jeho kompetence komunikační a osobní.

2. Kde vidíte přínosy delegované preskripce?

Delegovaná preskripce znamená, že pomoc přichází včas, bez zbytečných překážek, od člověka, kterého pacient zná a kterému důvěřuje. Onkologická léčba přináší spoustu nepohodí a její přiblížení je pro pacienta velká pomoc. Nesmíme zapomenout ani na finanční stránku, kterou sebou dojíždění přináší. Pacient mnohokrát potřebuje doprovod a je to často i sociálně těžko řešitelné.

3. Kde vidíte přínos hodnocení kvality poskytované onkologické péče z pohledu pacientů a běžných občanů?

Hodnocení kvality onkolog. péče očima pacientů a občanů dává systému zpětnou vazbu o tom, jak skutečně funguje – lidsky, organizačně i prakticky. Právě lidský pohled je to, co zdravotnictví nejvíce chybí.

MUDr. KATEŘINA JIRSOVÁ

primářka onkologického oddělení, Nemocnice Na Pleši s.r.o.

1. Koordinátor onkologické péče je zřizován v rámci KOC. Jak byl měl spolupracovat s ROC a jaké jsou Vaše dosavadní zkušenosti?

Zakotvení pozice koordinátora péče považuji za velmi pozitivní krok, zatím však v KOC teprve začínají pracovat a zkušenosti máme malé. Přepokládám, že jejich práce povede ke zefektivnění a také zrychlení průchodu pacienta zdravotnickým systémem a tedy ke včasnému zahájení léčby.

Důležitá je nejen spolupráce mezi KOC a ROC, ale také s ostatními specialisty v celém regionu. Myslím si, že koordináři péče či casemanageři jsou důležití právě i v regionu, i když v rámci nastevní úhrad se s nimi zatím nepočítá.

2. Kde vidíte přínosy delegované preskripce a jaké bariéry překonáváte?

Snaha o nastavení rozumné centralizace a také decentralizace onkologické péče je nutností k udržení dostupnosti péče pro pacienty ve všech částech republiky. Delegovaná preskripce, tedy rozšíření možností léčby, která může probíhat v regionálních centrech je důležitou součástí. Koncem roku 2025 došlo k rozšíření o některé další preparáty pro léčbu karcinomu prsu a prostaty a doufáme, že postupně budou další LP přibývat. Nadále je zásadní problém, že není tato možnost dostupná pro pojištěnce všech zdravotních pojišťoven ve většině ROC mají smlouvu pouze s VZP. Důležité také je, aby ROC měly jistotu úhrady této nákladné léčby při splnění indikačních kritérií.

3. Jak by měla ideálně fungovat spolupráce KOC a ROC?

Důležité, myslím, je, aby to byla spolupráce. Klíčové je nastavení pravidel vzájemného referování pacientů, fungování multidisciplinárních týmů a určení léčebné strategie. Pohyb pacientů by měl být oběma směry, tedy v případě potřeby je pacient léčen v KOC, je - li daná léčba možná v regionálním centru, měl by být referován tam.

Konkrétní KOC a jeho spoluprcující regionální pracoviště vnímám jako jeden širší tým, kde by měla probíhat spolupráce nejen na úrovní péče o pacienty, ale také např. na úrovni vzdělávání. Zásadní pro funkční spolupráci je digitalizace a možnost sdílení lékařské dokumentace.

Ing. MARKÉTA BENEŠOVÁ
zdravotní ředitelka, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR

1. Kde vidíte přínos zřízení pozice koordinátora onkologické péče pro zdravotní pojišťovnu?

Role koordinátora, který by zároveň fungoval jako průvodce pacienta léčebným procesem a plnil kontrolní funkci, je krok správným směrem. Přispěje k rychlejšímu a komfortnějšímu průběhu léčby bez nutnosti starat se o administrativní záležitosti. Největším přínosem by mělo být zlepšení dostupnosti některých služeb a hlavně jejich koordinace v objednávání. Koordinátor by také mohl ulevit lékařům a sestrám od některých činností, které v rámci léčby doposud zajišťovali sami.

V současné době v rámci dostupnosti platí, že čím mladší člověk, tím pravděpodobněji jeho léčba probíhá v KOC, a to jak léčba ve specializovaných ambulancích, tak v rámci hospitalizace. Zároveň je u mladších lidí v průměru kratší doba mezi prvním kontaktem s dg. C* (resp. prvním vykázáním) a zahájením léčby v onkologii.

V průměru dochází k rychlejšímu zahájení onkologické léčby u pacientů, u nichž byla diagnóza C* poprvé vykázána poskytovatelem zdravotních služeb (PZS) s komplexním onkologickým centrem. Tento jev však může být ovlivněn tím, že pacient je s konkrétními obtížemi odeslán například praktickým lékařem k většímu PZS, aniž by původní PZS vykázal diagnózu C*. Tento efekt je patrný zejména při analýze průměrné doby mezi prvním vykázáním diagnózy C* a zahájením léčby podle věku.

2. Jaké má VoZP plány s delegací preskripce inovativní léčby?

Za VoZP považujeme delegovanou preskripci za možnou cestu, ale spíše jako cílený a kontrolovaný nástroj, nikoli jako obecné řešení kapacitních problémů v onkologii. Za zásadní považujeme zejména to, aby:

- rozhodnutí o zahájení moderní onkologické léčby vždy vycházelo z KOC,
- KOC si zachovalo odpovědnost za celkový léčebný plán a jeho průběžné vyhodnocování,
- delegace preskripce přicházela v úvahu především u stabilizovaných pacientů,
- a aby léčba byla poskytována v souladu s nastavenými úhradovými a smluvními pravidly.

Zároveň VoZP vnímá potenciál delegované preskripce do budoucna u vybraných inovativních léčivých přípravků v perorální (tabletové) formě, u nichž lze při splnění jasně definovaných podmínek uvažovat o jejich podávání mimo KOC. Příkladem mohou být inhibitory CDK4/6 využívané v léčbě karcinomu prsu, jako jsou KISQALI (ribociclib), IBRANCE (palbociclib) a VERZENIOS (abemaciclib). Jedná se o moderní cílené terapie s dobře popsaným bezpečnostním profilem, u nichž lze u stabilizovaných pacientů a při zachování odborného dohledu KOC uvažovat o organizačně flexibilnějším modelu poskytování péče.

Současně platí, že u těchto novějších přípravků je možné již od začátku racionálně nastavit preskripční a smluvní podmínky tak, aby byly dlouhodobě udržitelné pro celý systém. I zde ale považujeme za nezbytné zachovat centrální roli KOC a průběžné vyhodnocování klinických i ekonomických dopadů.

Celkově tedy VoZP k delegované preskripci přistupuje opatrně a individuálně, s důrazem na zachování kvality péče, přehledné rozdělení odpovědností a dlouhodobou udržitelnost systému veřejného zdravotního pojištění.

3. Jak bude VoZP pracovat s výsledky hodnocení kvality poskytované onkologické péče?

Indikátory kvality je nezbytné systematicky začlenit do smluvních i úhradových mechanismů v rámci všeobecné zdravotní pojišťovny, aby měly reálný dopad na chování poskytovatelů a nebyly pouze formálním hodnocením Konkrétně je možné jejich využití:

- ve smluvní oblasti, např. jako podmínku pro zachování statutu, nástroj pro řízené nápravné procesy a v krajním případě i pro ukončení statutu či smluvního vztahu při dlouhodobém a neodůvodněném neplnění kvalitativních kritérií;
- v oblasti úhrad, formou navázání na bonusy a malusy, případně jejich propojení se stávajícími bonifikačními mechanismy, tak aby byla kvalita péče skutečně ekonomicky motivována.

Z pohledu úhradového nastavení se zároveň nabízí diferenciace mezi KOC a ROC, zejména zavedení nižší základní sazby a nižších koeficientů centralizace pro ROC, protože náklady poskytovatelů, kteří neposkytují komplexní onkologickou péči, nejsou srovnatelné s KOC.

Současně je však nutné zohlednit vnitřní heterogenitu sítě KOC, jejíž součástí jsou i menší nemocnice s odlišnou strukturou poskytované péče a pacientů (vyšší věk, větší podíl paliativní péče, jiné personální a přístrojové vybavení). Interpretace indikátorů i jejich úhradové dopady proto musí reflektovat roli konkrétního pracoviště v síti a jeho reálný casemix, aby nedocházelo k nespravedlivému hodnocení či nežádoucím motivačním efektům.

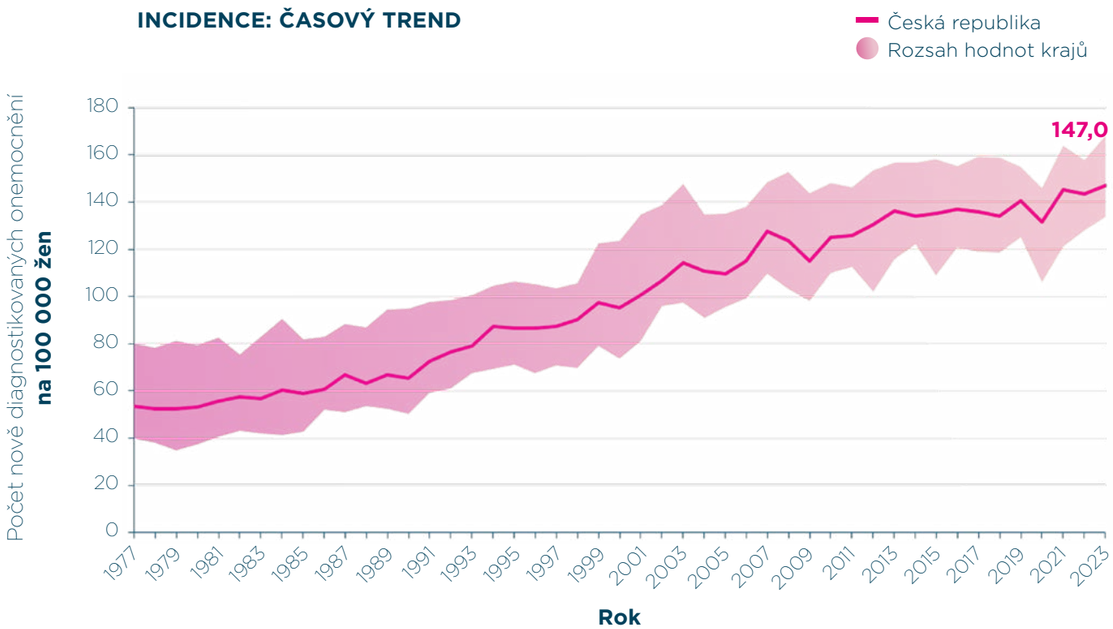
2. KARCINOM PRSU

EPIDEMIOLOGIE A SCREENING

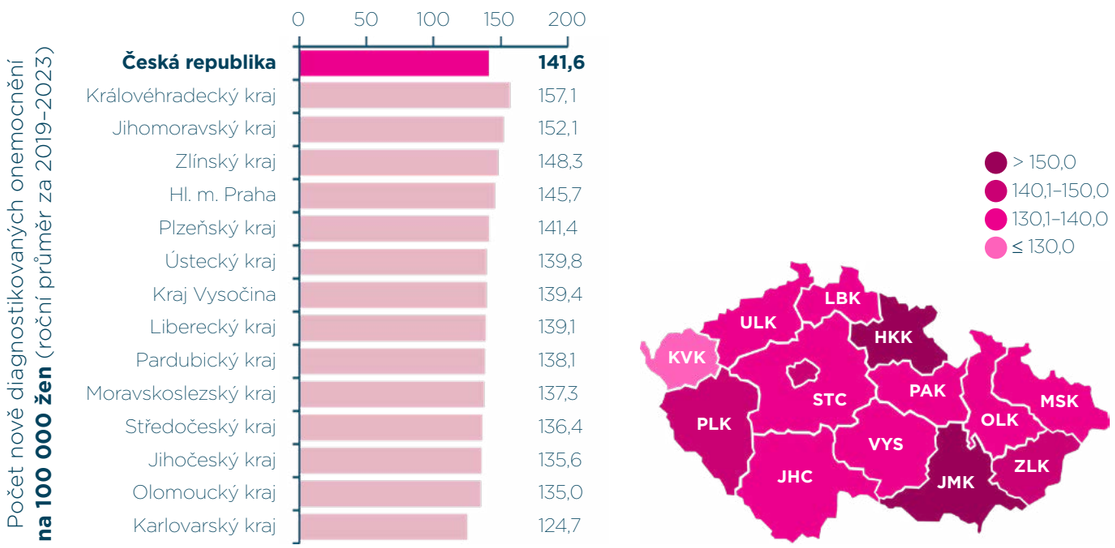
INCIDENCE ZN PRSU (C50) U ŽEN

Zdroj: Národní onkologický registr

INCIDENCE: ČASOVÝ TREND



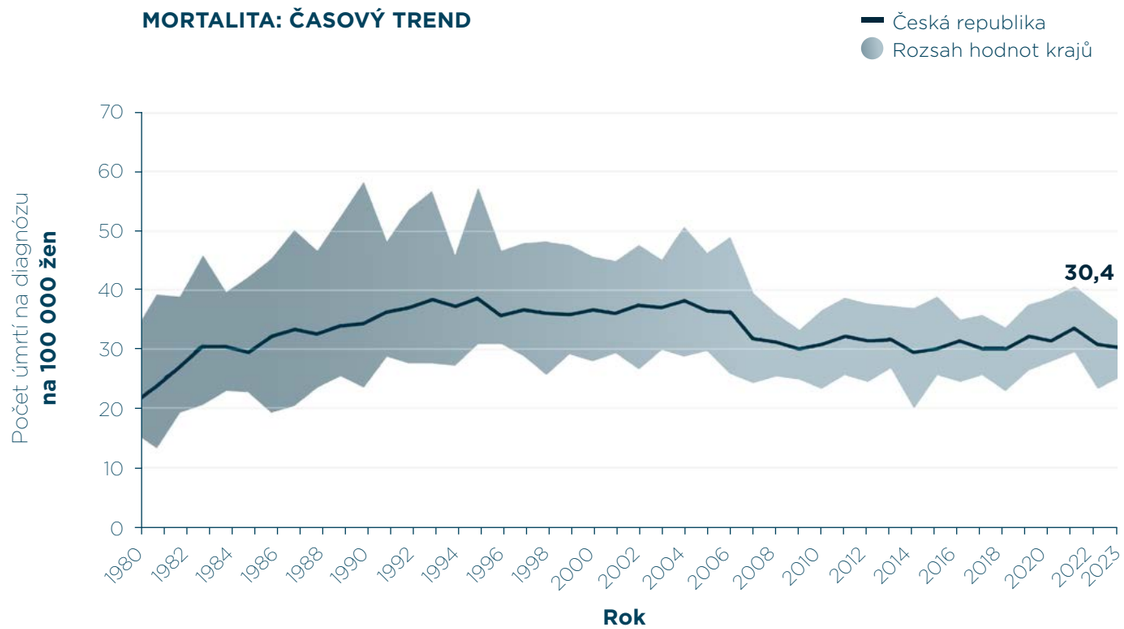
INCIDENCE: REGIONÁLNÍ SROVNÁNÍ



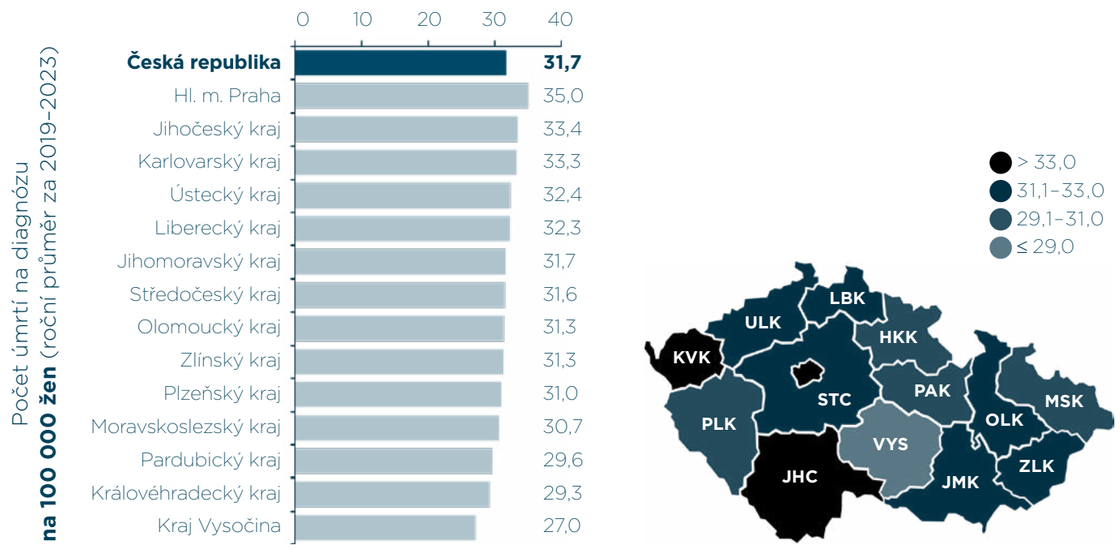
MORTALITA ZN PRSU (C50) U ŽEN

Zdroj: Národní onkologický registr, Český statistický úřad

MORTALITA: ČASOVÝ TREND



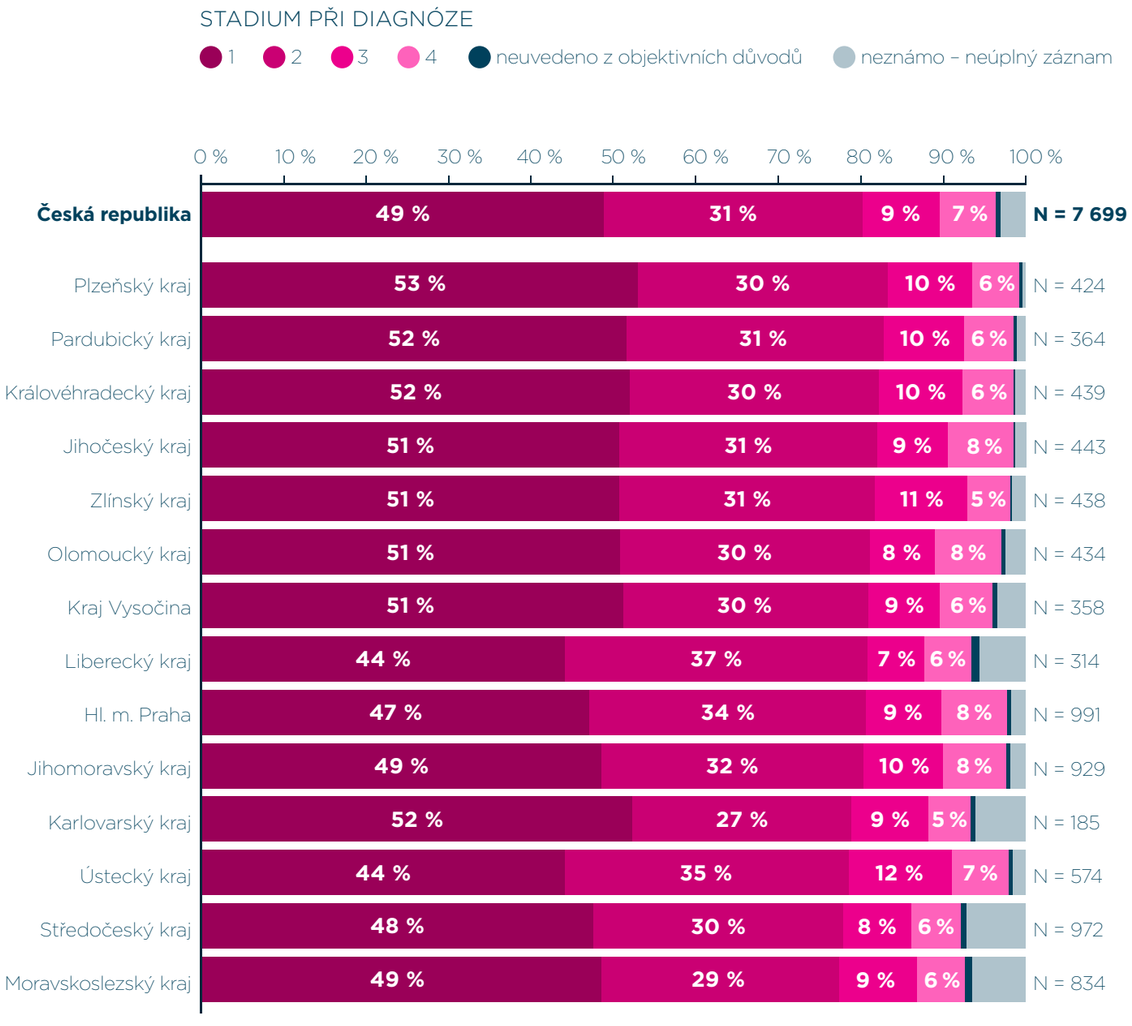
MORTALITA: REGIONÁLNÍ SROVNÁNÍ



PODÍL A ZASTOUPENÍ STADIÍ U NOVĚ DIAGNOSTIKOVANÝCH PACIENTEK SE ZN PRSU (C50) V KRAJÍCH ČR

Zdroj: Národní onkologický registr

OBDOBÍ 2019-2023

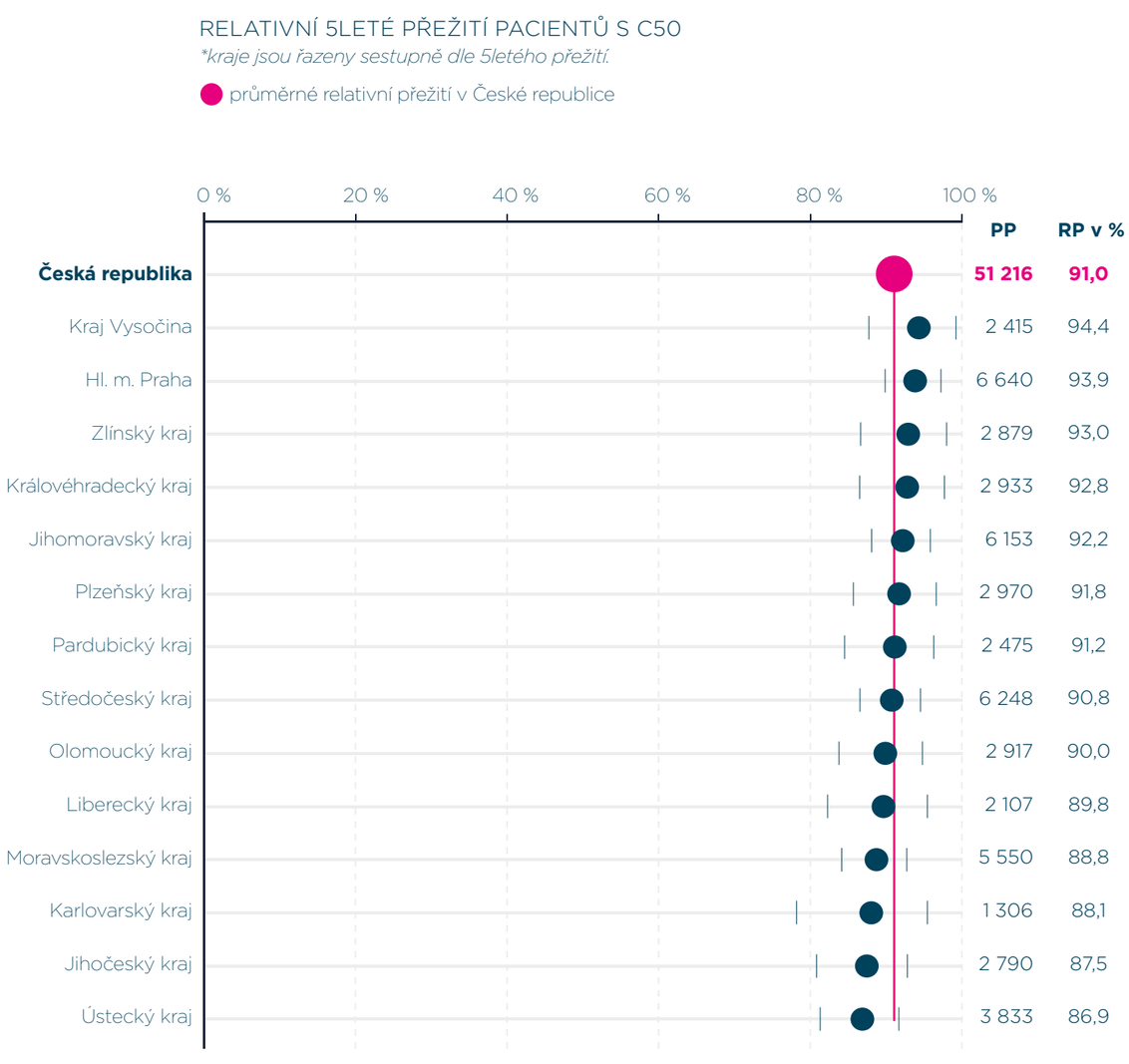


N = Průměrný počet nově diagnostikovaných ročně

5LETÉ RELATIVNÍ PŘEŽITÍ PACIENTEK SE ZN PRSU (C50) DLE KRAJŮ ČR

Zdroj: Národní onkologický registr, ÚZIS ČR

ANALÝZA PERIODY 2020–2022



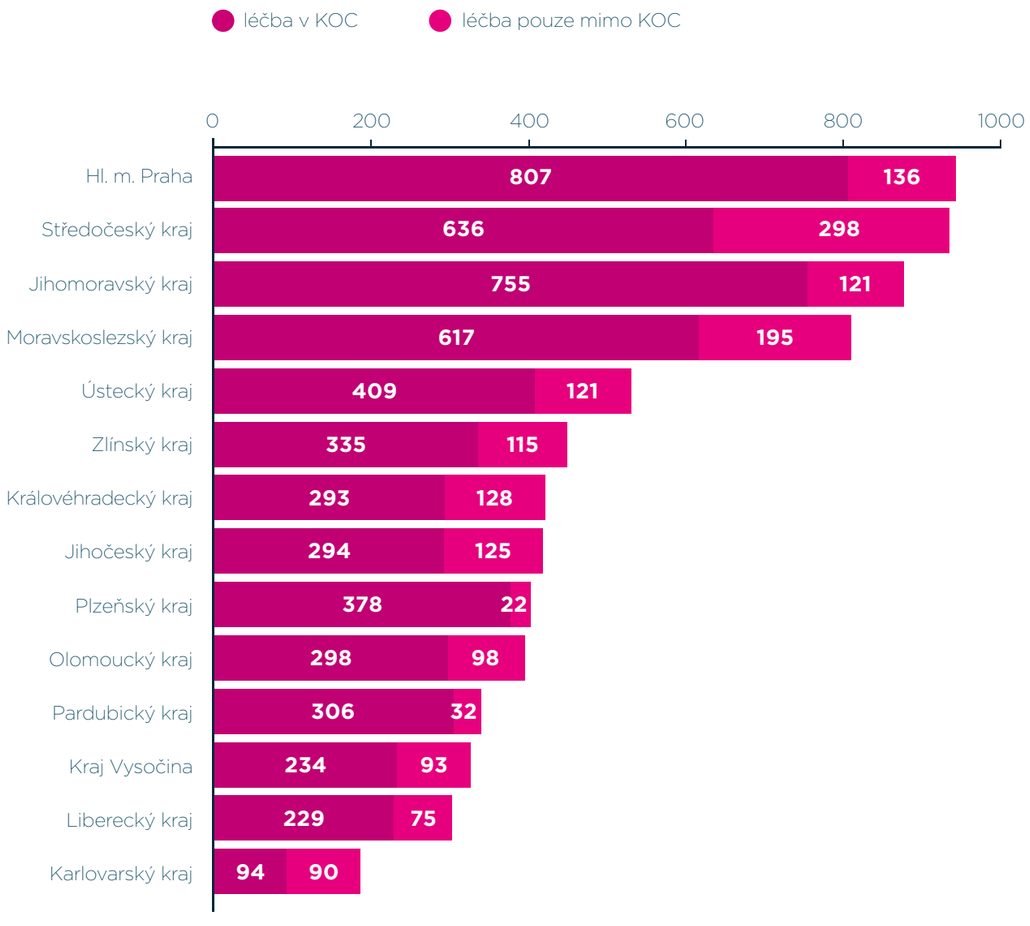
PP = Počet pacientů / RP = Relativní přežití v %

PRIMÁRNÍ PROTINÁDOROVÁ LÉČBA PACIENTEK SE ZN PRSU (C50) V KOC A MIMO KOC

Zdroj dat: NOR + NRHZS 2020–2024
primární léčba zhoubného novotvaru (ZN) prsu u žen (C50) vykázaná v datech NRHZS u novotvarů hlášených v datech NOR u dospělých pacientek

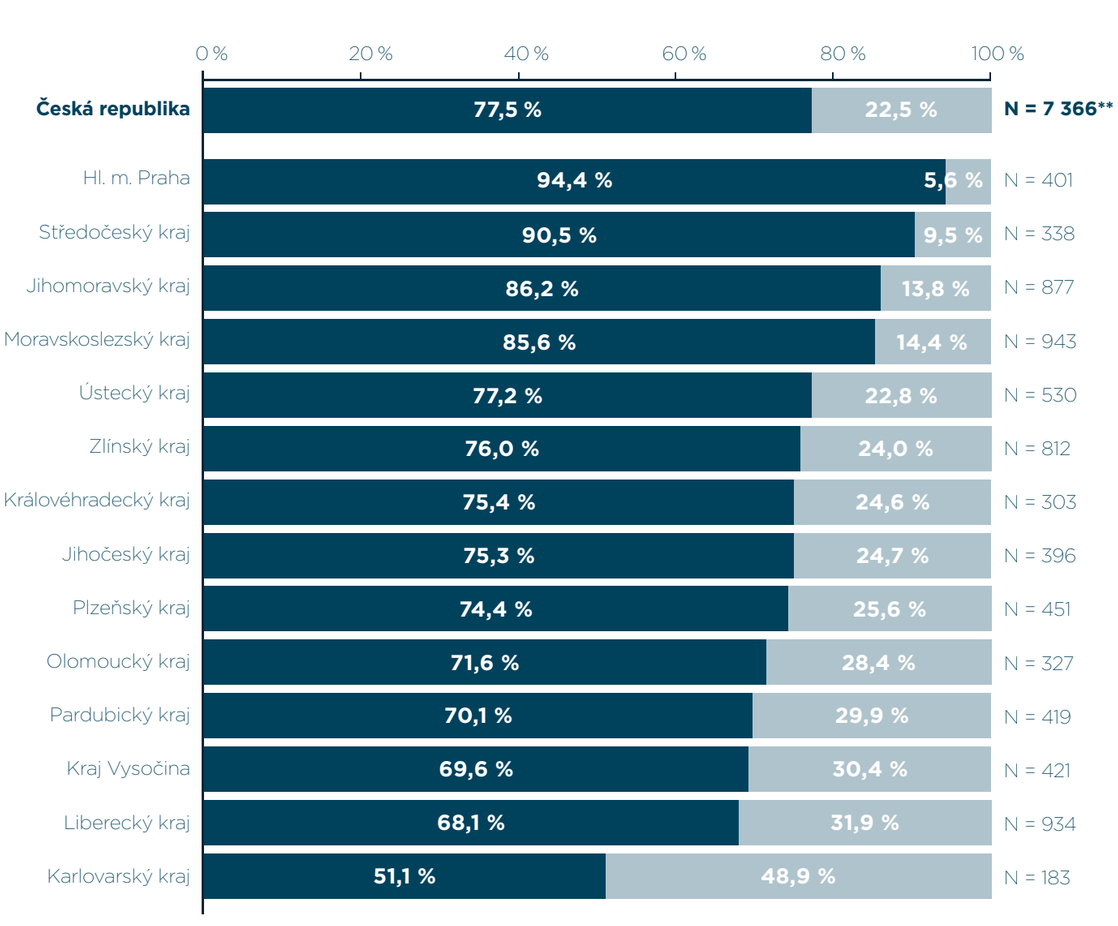
DLE KRAJE BYDLIŠTĚ PACIENTKY (OBDOBÍ 2020–2024*)

ROČNÍ POČET PRIMÁRNĚ LÉČENÝCH ONKOLOGICKÝCH PACIENTEK SE ZN PRSU PODLE BYDLIŠTĚ PACIENTKY



** Předběžná data za rok 2024*

PODÍL PRIMÁRNĚ LÉČENÝCH ONKOLOGICKÝCH PACIENTEK SE ZN PRSU PODLE BYDLIŠTĚ PACIENTKY

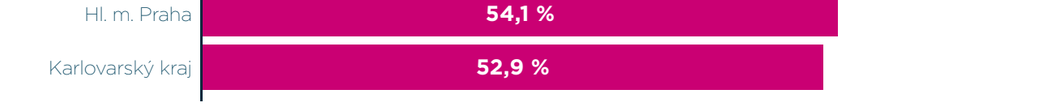


*** Pacienti bez místa bydliště jsou v součtu za ČR zahrnuti*

POKRYTÍ SCREENINGEM CÍLOVÉ POPULACE VE STANDARDNÍM INTERVALU V ROCE 2024 PODLE KRAJE BYDLIŠTĚ

Zdroj: Národní registr hrazených zdravotních služeb, ÚZIS ČR Screeningová mamografie v dispenzární péči (89178), Screeningová mamografie (89223)

POKRYTÍ ŽEN VE VĚKU 45–69 LET VYŠETŘENÝCH SCREENINGOVOU MAMOGRAFIÍ V ROCE 2024



Indikátor hodnotí podíl žen, které během posledních 2 let (2023–2024) absolvovaly alespoň jednu screeningovou mamografii z celkového počtu žen, dle kraje bydliště. Ženy, které zemřely do roku 2024 (včetně), nejsou v podílu uvažovány. Nejvyšší pokrytí sledujeme v Kraji Vysočina (66,7 %), nejnižší pokrytí v Karlovarském kraji (52,9 %). Celkový počet vyšetření bylo 1 111 008.

SÍŤ MAMOGRAFICKÝCH SCREENINGOVÝCH CENTER DLE KRAJE V ROCE 2024

Zdroj: www.mamo.cz, ÚZIS ČR a Český statistický úřad

V České republice je celkem 73 screeningových mamografických center (včetně satelitních pracovišť). Nejvíce screeningových pracovišť se nachází v Hlavním městě Praze (11), naopak nejméně v Jihočeském a Karlovarském kraji (2).
V rámci ČR připadá na 1 centrum 38 843 žen ve věku 45 a více let (rozsah mezi kraji 24 982–86 427 žen). Nejvyšší počet žen na jedno centrum připadá v Jihočeském kraji

** Od září 2025 je nové mamografické pracoviště v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Celkový počet center v roce 2025 stoupl na 74.*

SCREENINGOVÉ MAMOGRAFIE: MIGRACE ŽEN ZA VYŠETŘENÍM NAPŘÍČ KRAJI ČR (2024)

Zdroj: Národní registr hrazených zdravotních služeb, ÚZIS ČR, Screeningová mamografie (89178, 89223); ženy ve věku 45 a více let; 2024

kraj zdravotnického zařízení — počet (podíl) vyšetřených žen s daným místem bydliště

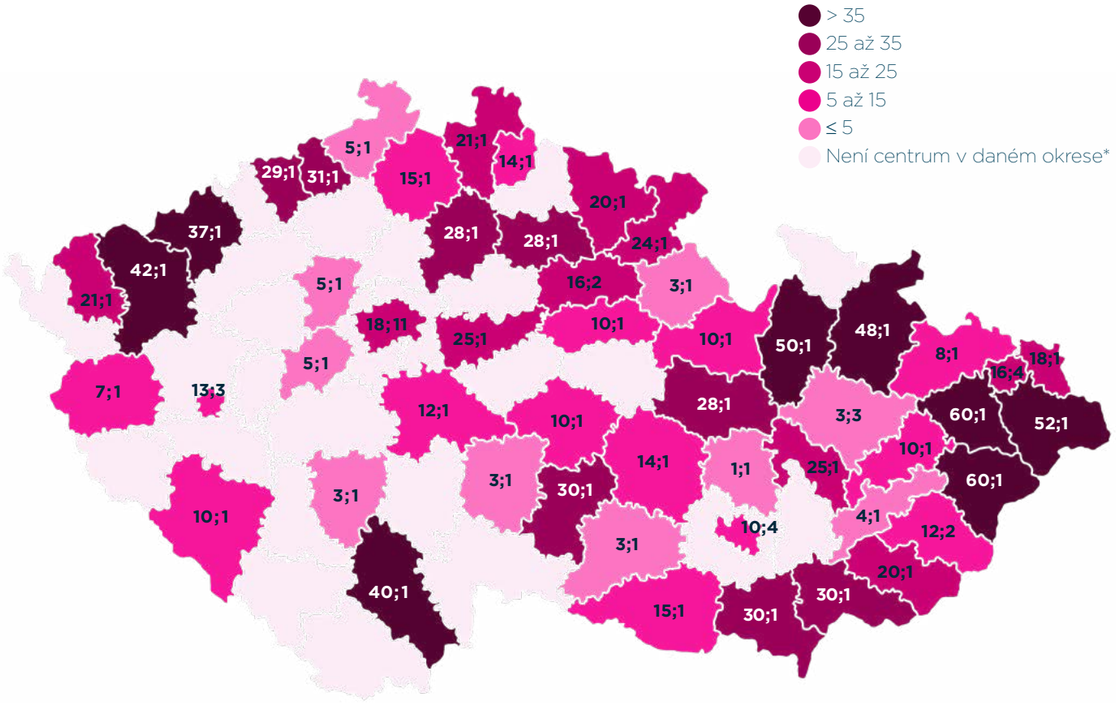
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK
PHA	85 919 98,2 %	35 557 34,9 %	802 1,6 %	274 0,6 %	234 1,2 %	1 719 2,8 %	458 1,4 %	309 0,7 %	204 0,5 %	292 0,7 %	162 0,2 %	105 0,2 %	86 0,2 %	163 0,2 %
STC	712 0,8 %	64 309 63,1 %	227 0,5 %	491 1,2 %	27 0,1 %	353 0,6 %	299 0,9 %	200 0,5 %	270 0,7 %	96 0,2 %	9 < 0,1 %	15 < 0,1 %	8 < 0,1 %	30 < 0,1 %
JHC	109 0,1 %	324 0,3 %	45 897 93,8 %	114 0,3 %	12 0,1 %	13 < 0,1 %	3 < 0,1 %	6 < 0,1 %	2 < 0,1 %	93 0,2 %	10 < 0,1 %	6 < 0,1 %	7 < 0,1 %	4 < 0,1 %
PLK	75 0,1 %	223 0,2 %	99 0,2 %	41 309 97,6 %	1 010 5,1 %	61 0,1 %	1 < 0,1 %	4 < 0,1 %	5 < 0,1 %	4 < 0,1 %	7 < 0,1 %	4 < 0,1 %	8 < 0,1 %	6 < 0,1 %
KVK	28 < 0,1 %	20 < 0,1 %	7 < 0,1 %	59 0,1 %	18 357 93,2 %	378 0,6 %	0 0,0 %	1 < 0,1 %	1 < 0,1 %	0 0,0 %	3 < 0,1 %	1 < 0,1 %	0 0,0 %	3 < 0,1 %
ULK	120 0,1 %	215 0,2 %	13 < 0,1 %	23 < 0,1 %	28 0,1 %	56 917 92,6 %	182 0,6 %	7 < 0,1 %	3 < 0,1 %	5 < 0,1 %	10 < 0,1 %	3 < 0,1 %	3 < 0,1 %	2 < 0,1 %
LBK	66 0,1 %	130 0,1 %	6 < 0,1 %	0 0,0 %	3 < 0,1 %	1 968 3,2 %	27 438 86,5 %	44 0,1 %	8 < 0,1 %	3 < 0,1 %	5 < 0,1 %	2 < 0,1 %	1 < 0,1 %	3 < 0,1 %
HKK	108 0,1 %	340 0,3 %	8 < 0,1 %	3 < 0,1 %	7 < 0,1 %	20 < 0,1 %	3 301 10,4 %	40 389 97,9 %	1 683 4,1 %	30 0,1 %	14 < 0,1 %	10 < 0,1 %	3 < 0,1 %	4 < 0,1 %
PAK	47 0,1 %	151 0,1 %	4 < 0,1 %	4 < 0,1 %	1 < 0,1 %	10 < 0,1 %	15 < 0,1 %	259 0,6 %	36 575 89,9 %	58 0,1 %	308 0,4 %	25 < 0,1 %	2 < 0,1 %	6 < 0,1 %
VYS	74 0,1 %	590 0,6 %	1 778 3,6 %	6 < 0,1 %	2 < 0,1 %	12 < 0,1 %	6 < 0,1 %	6 < 0,1 %	1 183 2,9 %	39 578 95,8 %	485 0,6 %	7 < 0,1 %	8 < 0,1 %	2 < 0,1 %
JMK	80 0,1 %	36 < 0,1 %	51 0,1 %	11 < 0,1 %	3 < 0,1 %	13 < 0,1 %	13 < 0,1 %	16 < 0,1 %	226 0,6 %	1 101 2,7 %	83 951 95,9 %	211 0,4 %	557 1,2 %	76 0,1 %
OLK	53 0,1 %	28 < 0,1 %	7 < 0,1 %	7 < 0,1 %	4 < 0,1 %	14 < 0,1 %	10 < 0,1 %	15 < 0,1 %	483 1,2 %	27 0,1 %	1 868 2,1 %	49 071 96,9 %	1 107 2,5 %	2 058 2,4 %
ZLK	24 < 0,1 %	7 < 0,1 %	7 < 0,1 %	2 < 0,1 %	4 < 0,1 %	3 < 0,1 %	6 < 0,1 %	2 < 0,1 %	4 < 0,1 %	4 < 0,1 %	608 0,7 %	543 1,1 %	38 741 86,3 %	38 < 0,1 %
MSK	62 0,1 %	27 < 0,1 %	6 < 0,1 %	4 < 0,1 %	2 < 0,1 %	7 < 0,1 %	5 < 0,1 %	13 < 0,1 %	16 < 0,1 %	6 < 0,1 %	58 0,1 %	619 1,2 %	4 373 9,7 %	84 564 97,2 %

** U 97 screeningových mamografií nebylo možné určit kraj zdravotnického zařízení.*
Indikátor hodnotí počet žen ve věku 45 a více let, které byly v daném roce vyšetřeny screeningovou mamografií. V případě, že bylo ženě v roce provedeno více screeningových mamografií, je započteno pouze jedno vyšetření.

PRŮMĚRNÁ OBJEDNÁVACÍ DOBA MAMOGRAFICKÝCH SCREENINGOVÝCH CENTER DLE OKRESU CENTRA

Zdroj: Údaje byly vyexportovány k 10. říjnu 2025 z webových stránek www.mamo.cz (včetně satelitních pracovišť): https://www.mamo.cz/centra/#seznam (hodnocen údaj „Objednací doba“)

PRŮMĚRNÁ OBJEDNÁVACÍ DOBA VE DNECH ; POČET CENTER V DANÉM OKRESU



DLE VĚSTNÍKU 5/2024: Objednací doby na screeningové mamografické vyšetření dlouhodobě nepřesahují 8 týdnů.

PRŮMĚRNÁ OBJEDNÁVACÍ DOBA V ČR: 18 DNÍ
Jednotlivé okresy ČR se v průměrné objednací době zřetelně liší. Nejvyšší objednávací doba na screeningové vyšetření je pozorována v okrese Nový Jičín a Vsetín, kde dosahuje 60 dní. Naopak nejnižší objednávací doba je v okrese Blansko (1 den).

** V ČR je několik okresů, ve kterých není žádné screeningové mamografické centrum, u těchto okresů nebylo možné spočítat daný indikátor.*

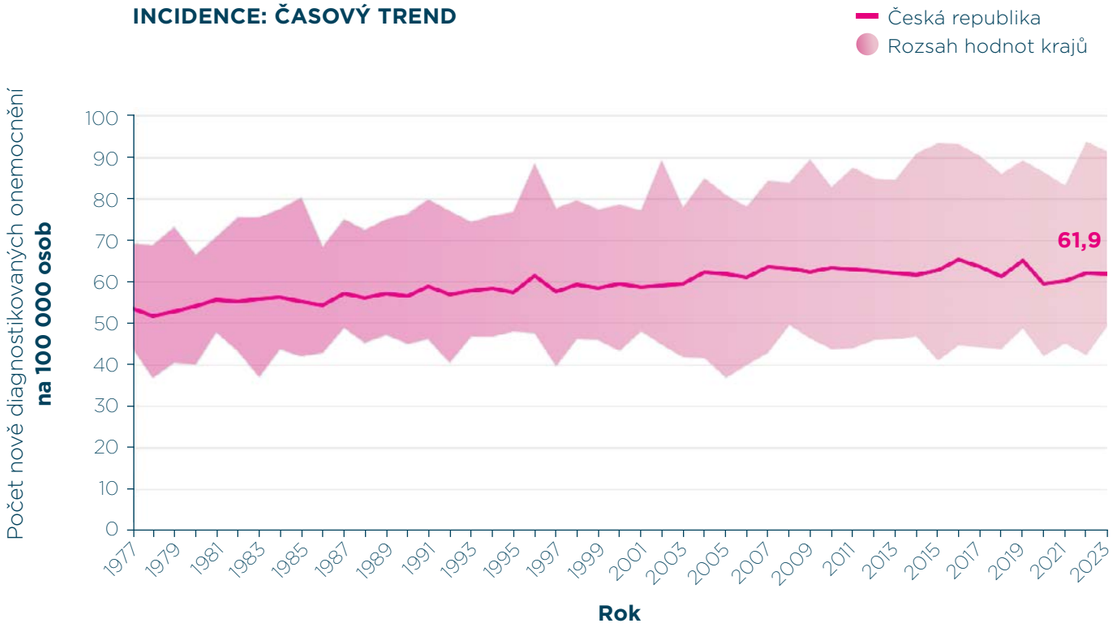
3. KARCINOM PLIC

EPIDEMIOLOGIE A SCREENING

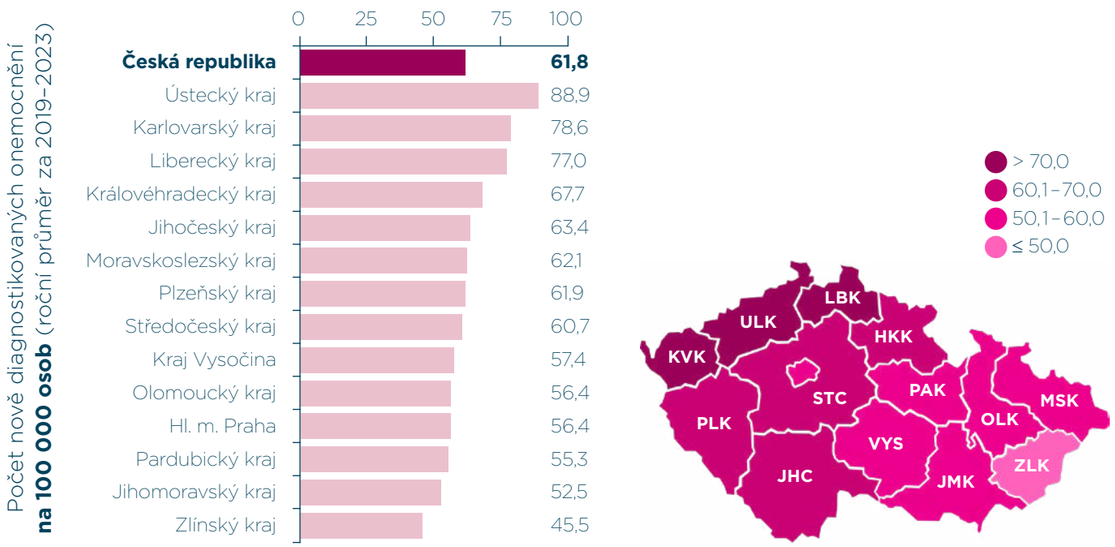
INCIDENCE ZN PRŮDUŠNICE, PRŮDUŠKY A PLÍCE (C33, C34)

Zdroj: Národní onkologický registr

INCIDENCE: ČASOVÝ TREND



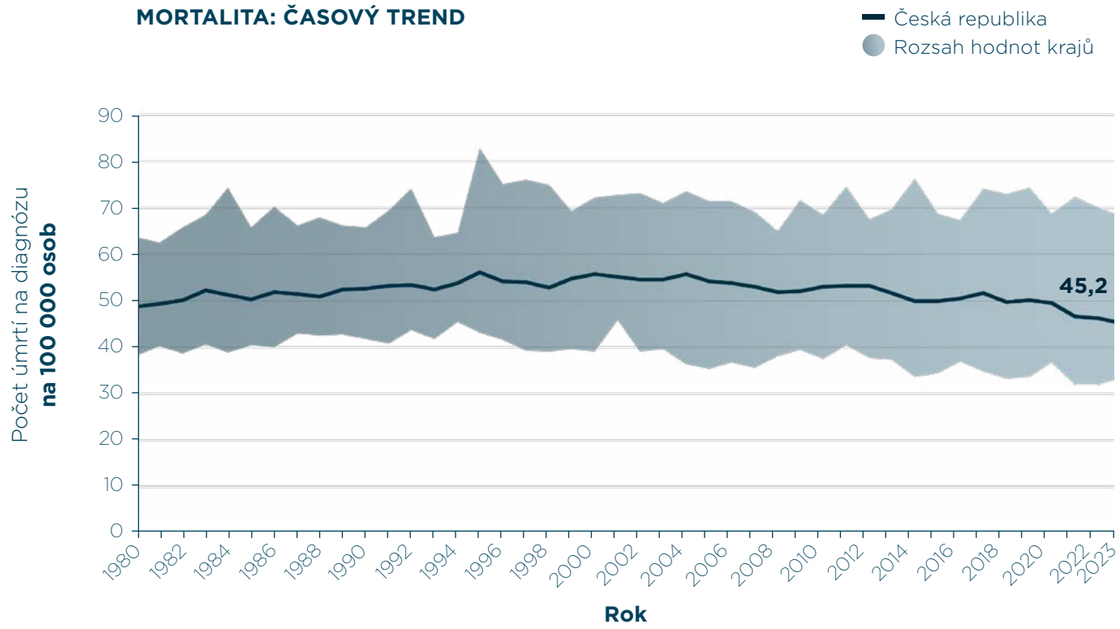
INCIDENCE: REGIONÁLNÍ SROVNÁNÍ



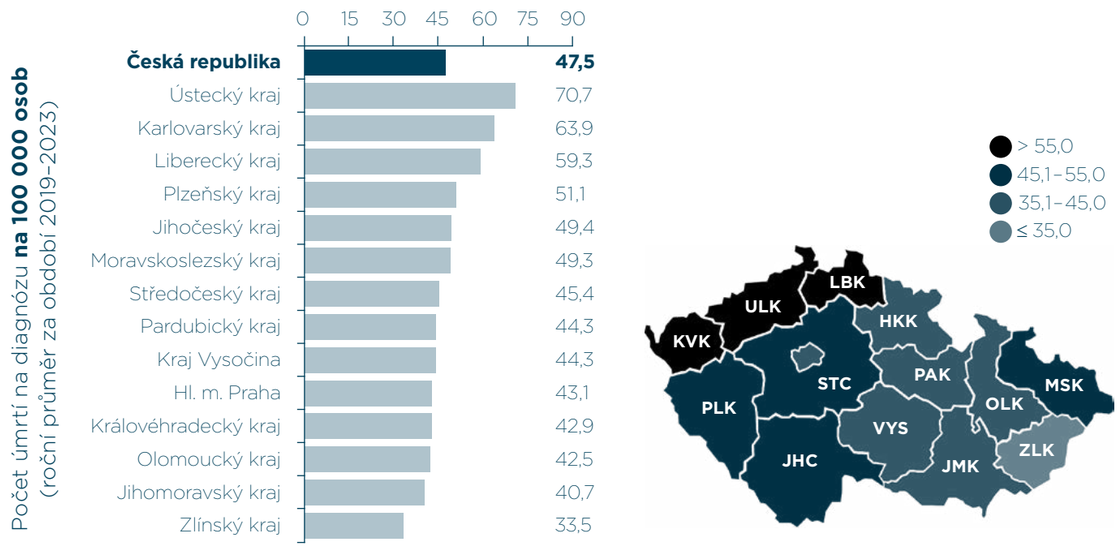
MORTALITA ZN PRŮDUŠNICE, PRŮDUŠKY A PLÍCE (C33, C34)

Zdroj: Národní onkologický registr, Český statistický úřad

MORTALITA: ČASOVÝ TREND



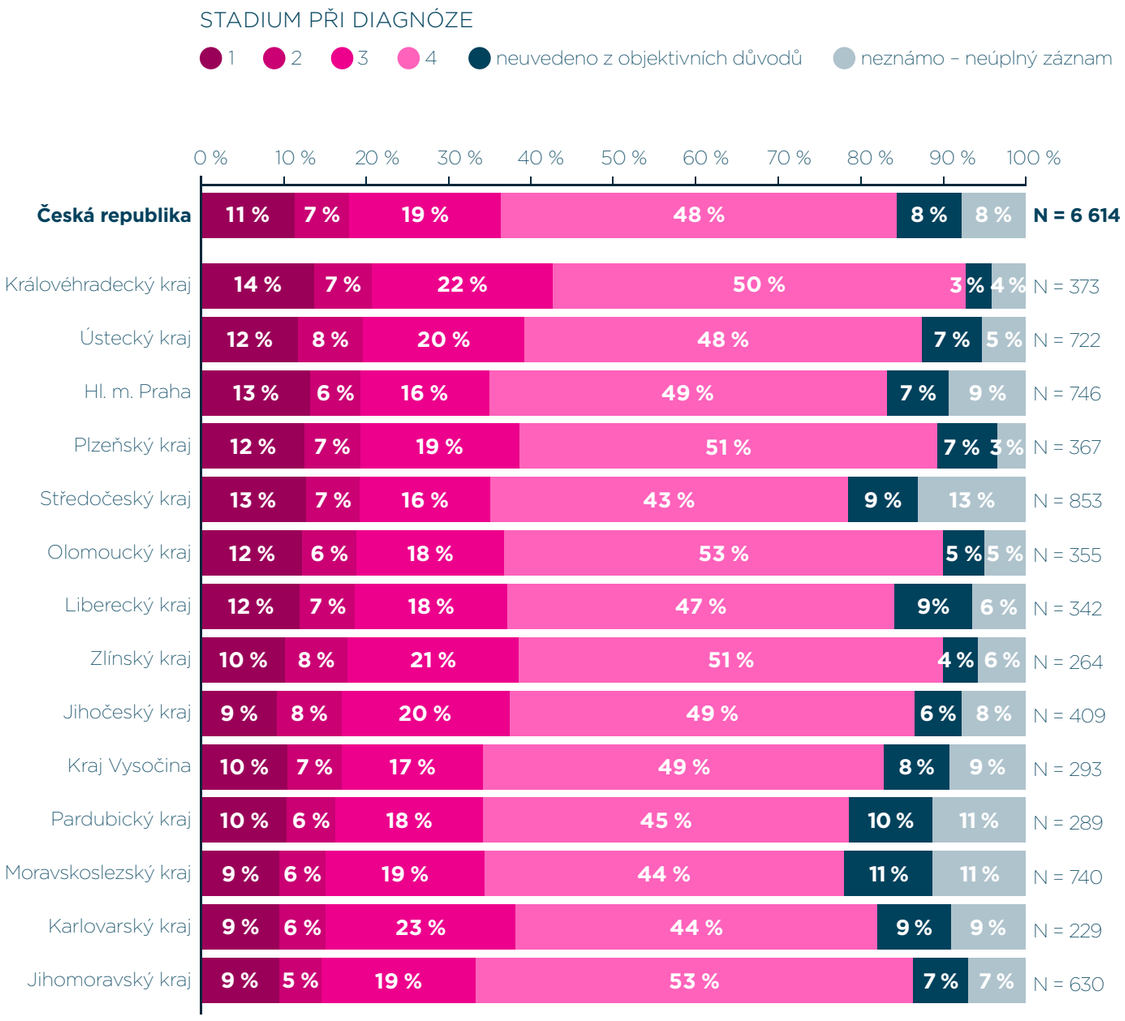
MORTALITA: REGIONÁLNÍ SROVNÁNÍ



PODÍL A ZASTOUPENÍ STADIÍ U NOVĚ DIAGNOSTIKOVANÝCH PACIENTŮ SE ZN PRŮDUŠNICE, PRŮDUŠKY A PLÍCE (C33, C34)

Zdroj: Národní onkologický registr

OBDOBÍ 2019-2023

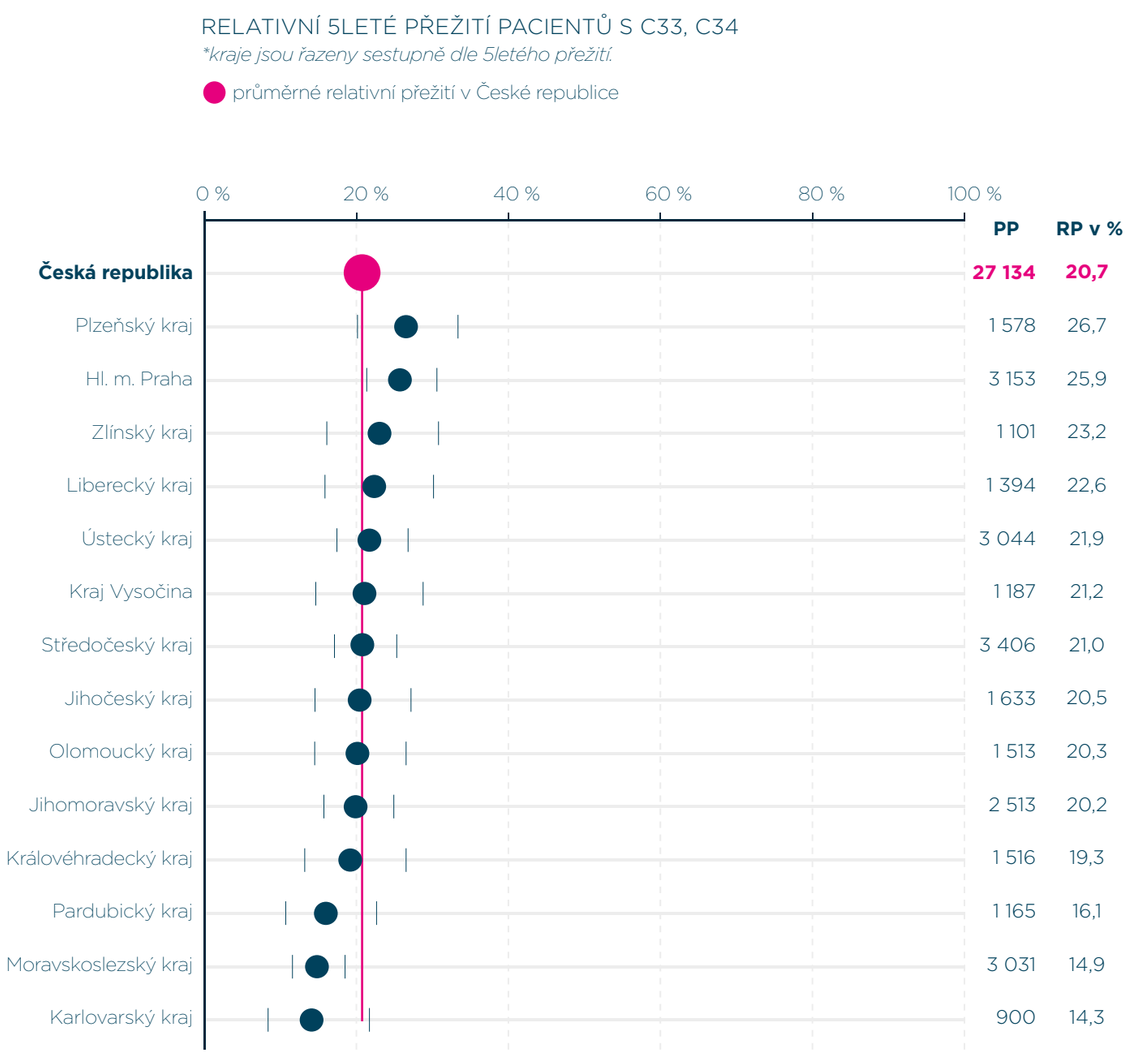


N = Průměrný počet nově diagnostikovaných ročně

5LETÉ RELATIVNÍ PŘEŽITÍ PACIENTŮ SE ZN PLIC DLE KRAJŮ ČR

Zdroj: Národní onkologický registr, ÚZIS ČR

ANALÝZA PERIODY 2020–2022



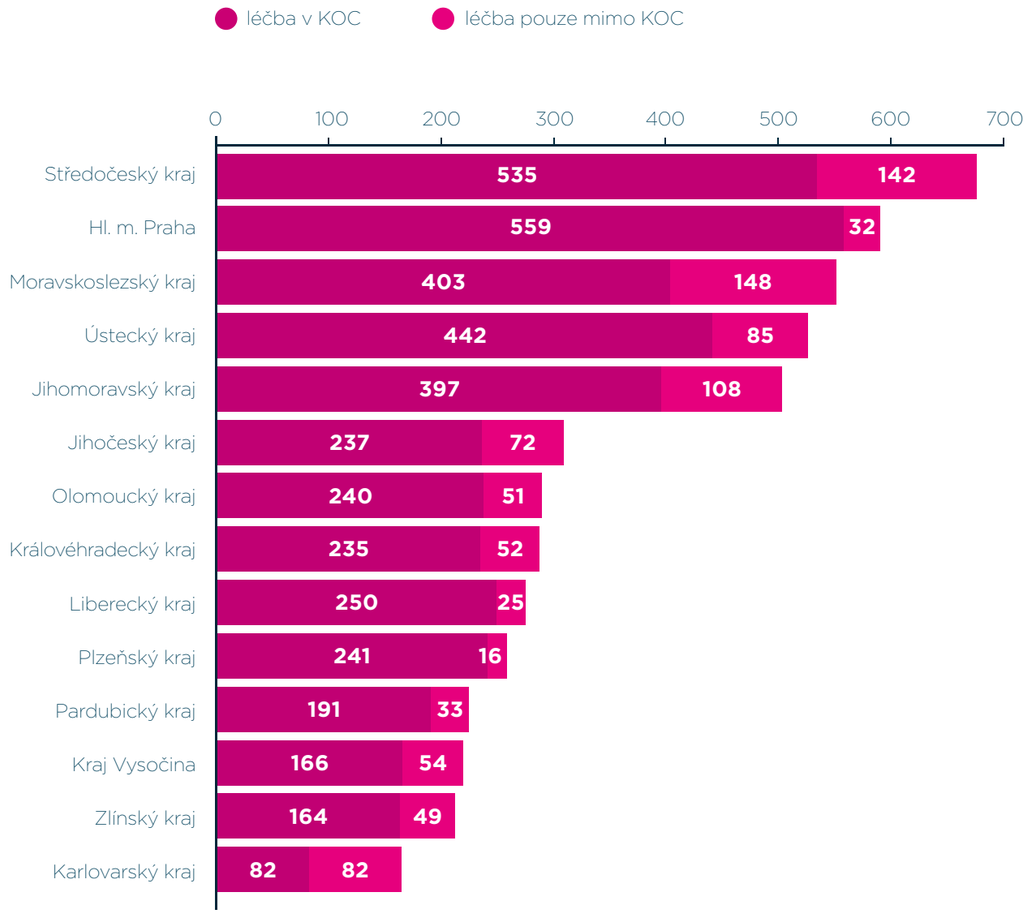
PP = Počet pacientů / RP = Relativní přežití v %

PRIMÁRNÍ PROTINÁDOROVÁ LÉČBA PACIENTŮ SE ZN PRŮDUŠNICE, PRŮDUŠKY A PLÍCE(C33, C34) V KOC A MIMO KOC

Zdroj dat: NOR + NRHZS 2020–2024
primární léčba zhoubného novotvaru (ZN) průdušnice, průdušky a plíce (C33, C34) vykázaná v datech NRHZS u novotvarů hlášených v datech NOR u dospělých pacientů

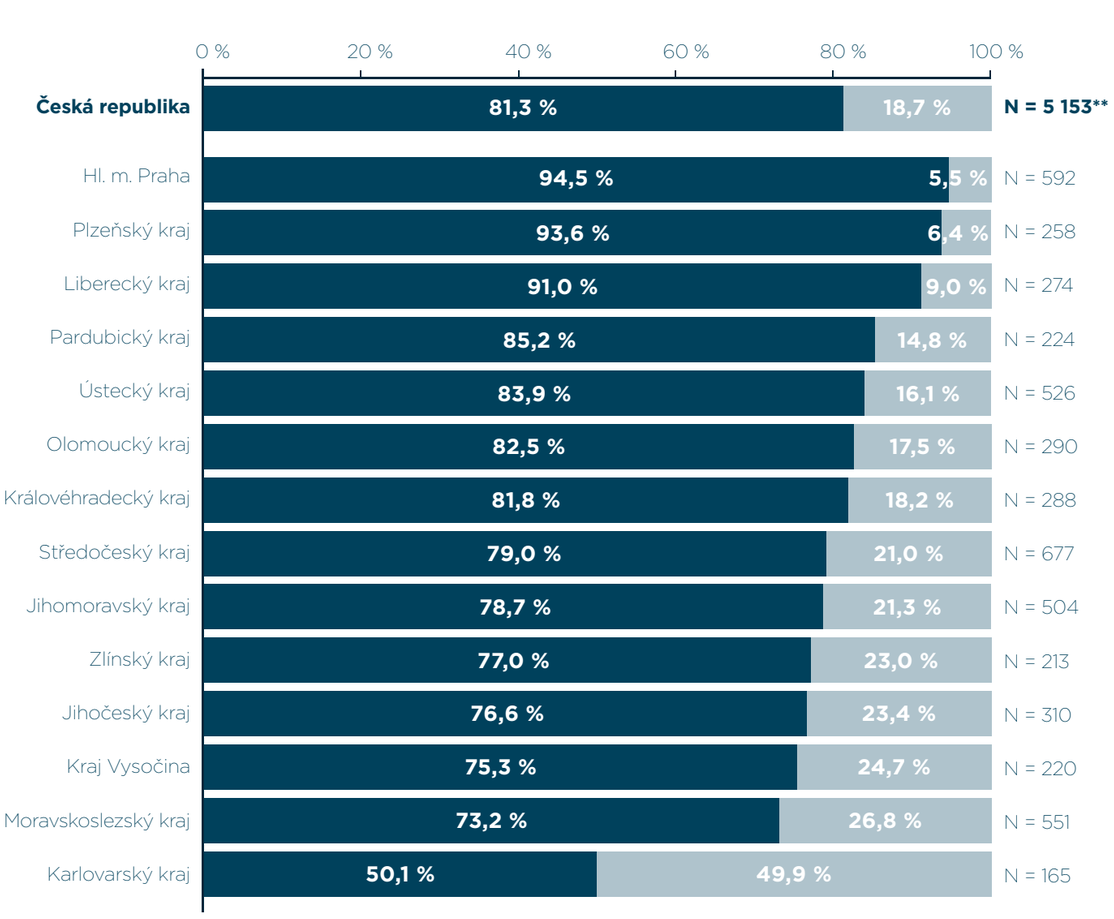
DLE KRAJE BYDLIŠTĚ PACIENTA (OBDOBÍ 2020–2024*)

ROČNÍ POČET PRIMÁRNĚ LÉČENÝCH ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ SE ZN PLIC PODLE BYDLIŠTĚ PACIENTA



** Předběžná data za rok 2024*

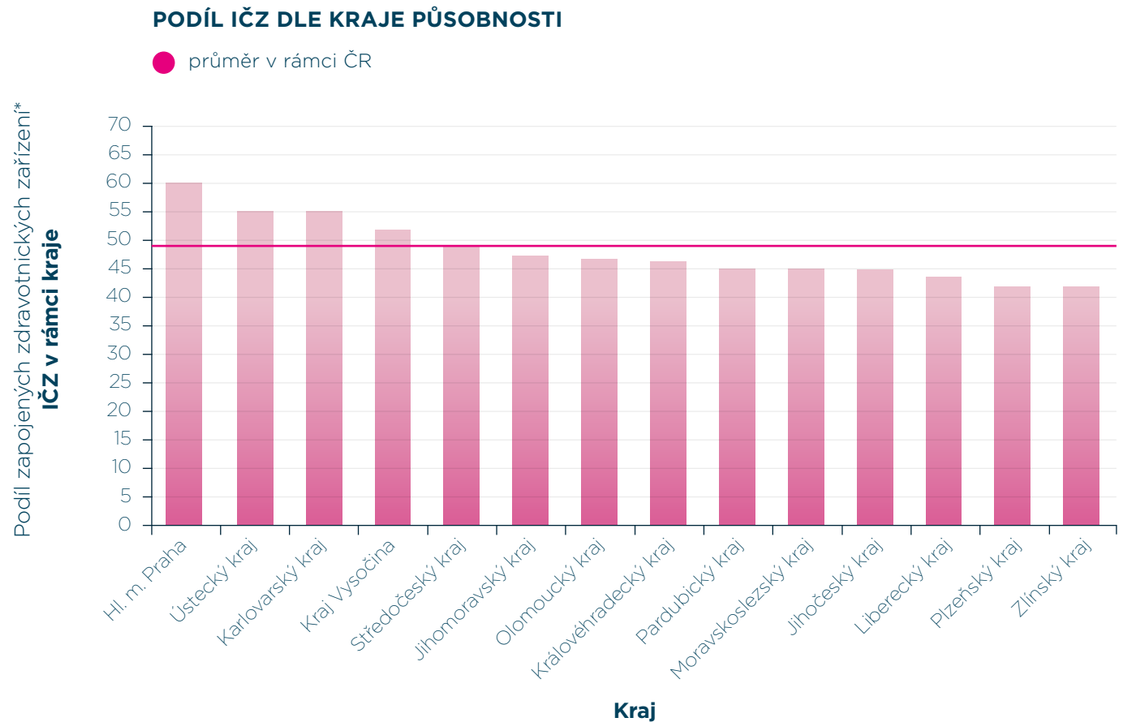
PODÍL PRIMÁRNĚ LÉČENÝCH ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ SE ZN PLIC PODLE BYDLIŠTĚ PACIENTA

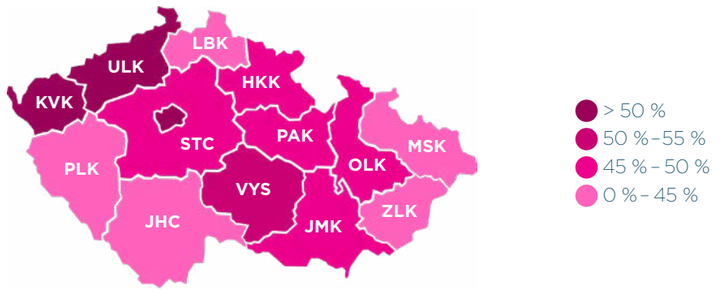


*** Pacienti bez místa bydliště jsou v součtu za ČR zahrnuti*

CELKOVÉ ZAPOJENÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ DO PROGRAMU DLE KRAJE PŮSOBIŠTĚ ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

Zdroj dat: NRHZS; Data za období: 1. 1. 2022 – 31. 03. 2025; Pouze pacienti ve věku 55–74 let





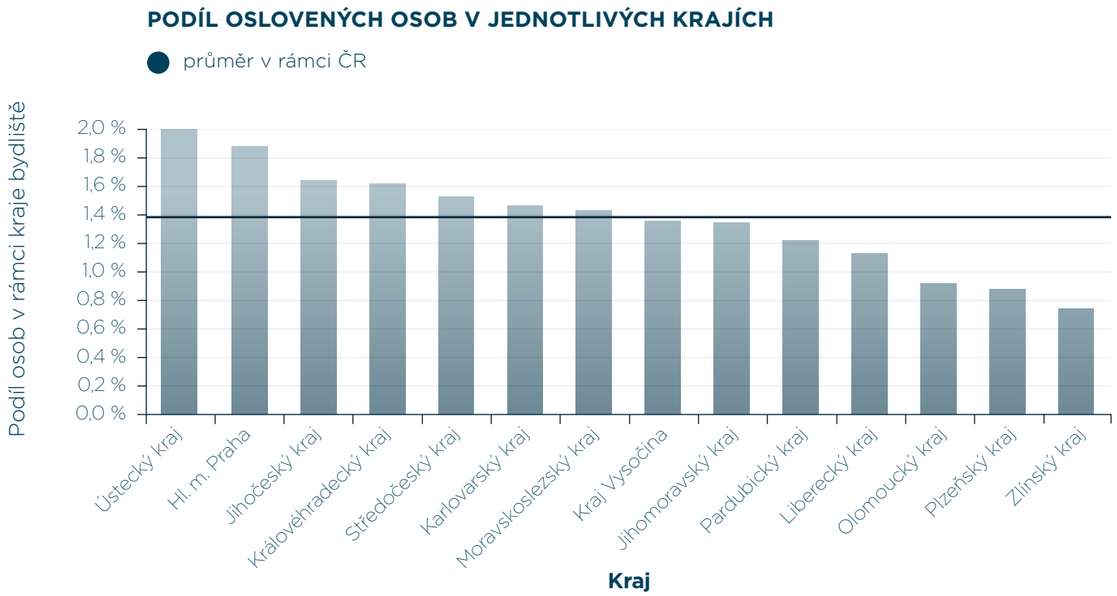
V KAŽDÉM KRAJI BY SE MĚLO ZAPOJIT 100 % PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

Z celkového počtu 4 408 praktických lékařů, bylo přibližně 49 % PL zapojeno do programu. Nejvyšší počet zapojených praktických lékařů do programu byl v Hlavním městě Praha (61 %). Naopak nejméně zapojených praktických lékařů bylo ve Zlínském kraji (42 %).

** 1 IČZ může sdružovat více praktických lékařů. Byla uvažována pouze IČZ s počtem kapitačních plateb* větších jak 100.

PODÍL OSLOVENÝCH OSOB V RÁMCI 1. SCREENINGOVÉ EPIZODY DLE KRAJE BYDLIŠTĚ

Zdroj dat: NRHZS; Data za období: 1. 1. 2022 – 31. 03. 2025; Pouze pacienti ve věku 55–74 let



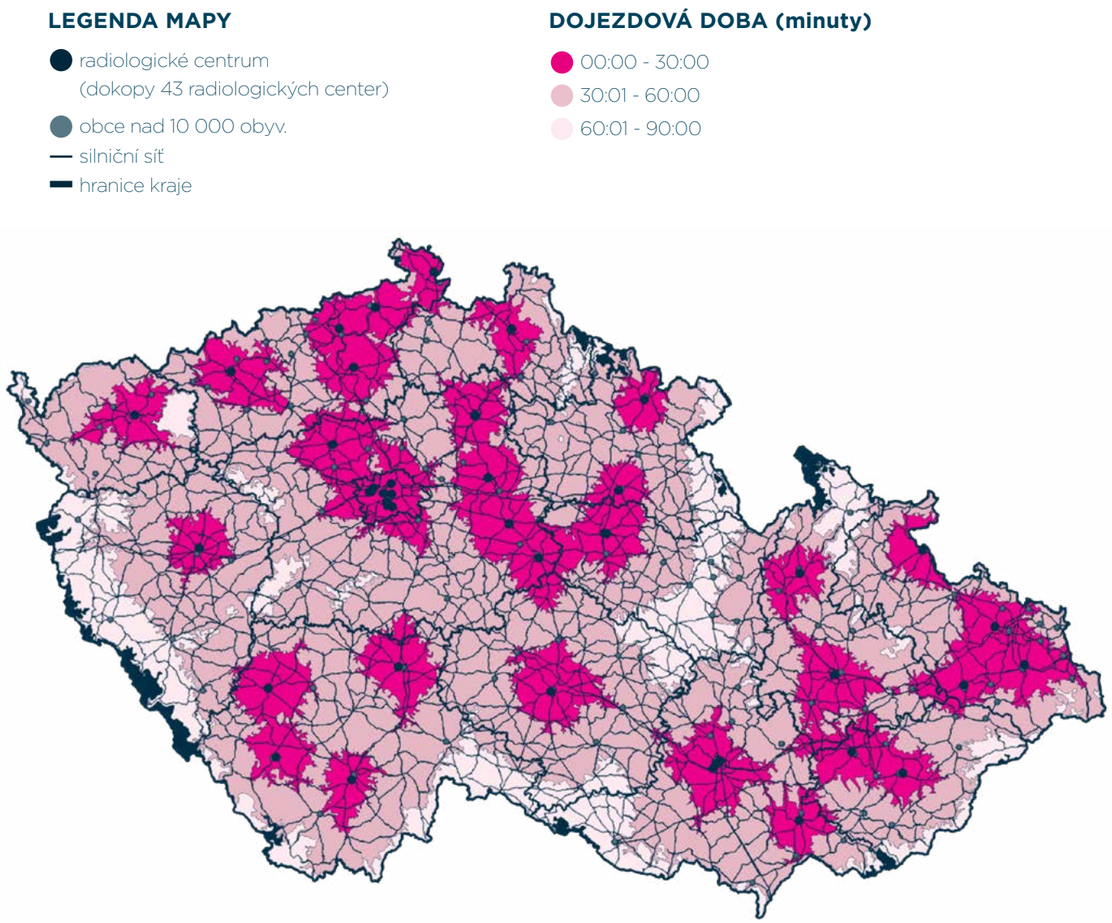
„IDEÁLNÍ“ POKRYTÍ V KAŽDÉM KRAJI JE 15 %*

Celkový podíl oslovených osob v rámci ČR činí přibližně 1,4 %. Podíl oslovených osob navštěvujících praktického lékaře byl nejvyšší v Ústeckém kraji (2,0 %) a nejnižší ve Zlínském kraji (0,7 %).

Pozn.: Celkový počet účastníků ve věku 55–74 let, kteří v období od 1. 1. 2022 do 31. 03. 2025 navštívili PL, byl stanoven na základě vykázaných kapitačních plateb PL k 31. 12. 2024 . Jde o všechny osoby v uvedeném věku bez ohledu na jejich kuřáckou anamnézu.

** Dle HTA má být z celkového počtu osob ve věku 55–74 let v ČR 15 % těžkých kuřáků způsobilých do programu.*

AKREDITOVANÁ RADIOLOGICKÁ CENTRA – ŘÍJEN 2025



MIGRACE ZA ONKOLOGICKÝMI HOSPITALIZACEMI: SOLIDNÍ ZN

Zdroj dat: NRHZS; hodnocen je počet hospitalizací na lůžku akutní péče s hlavní hospitalizační diagnózou C00–C97 (mimo C44 a C81–C96) u dospělých pacientů

DATA ZA ROK 2024

● kraj zdravotnického zařízení ● kraj bydliště

	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK	Celkem hospitalizací
PHA	93,6 %	3,6 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	N = 11 037
STC	52,8 %	41,1 %	0,3 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,9 %	0,9 %	1,3 %	1,0 %	0,3 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	N = 13 075
JHC	10,3 %	1,4 %	83,0 %	1,5 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	1,8 %	0,9 %	0,1 %	0,0 %	0,7 %	N = 5 554
PLK	7,6 %	2,7 %	1,3 %	87,7 %	0,3 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	N = 6 006
KVK	16,5 %	1,4 %	0,3 %	30,9 %	48,7 %	0,5 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	1,1 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	N = 2 947
ULK	16,7 %	1,3 %	0,0 %	0,7 %	0,5 %	77,9 %	2,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	N = 8 771
LBK	14,1 %	1,4 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	1,0 %	78,4 %	3,8 %	0,2 %	0,1 %	0,5 %	0,1 %	0,0 %	0,3 %	N = 3 776
HKK	5,0 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	1,0 %	89,2 %	2,8 %	0,1 %	0,6 %	0,5 %	0,0 %	0,1 %	N = 5 773
PAK	5,7 %	0,7 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	17,3 %	64,1 %	2,4 %	5,8 %	3,2%	0,2 %	0,5 %	N = 4 540
VYS	6,9 %	0,5 %	0,9 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %	0,7 %	66,9 %	22,2 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	N = 5 366
JMK	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	1,4 %	94,4 %	0,9 %	0,8 %	0,3 %	N = 12 305
OLK	1,4 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	3,1 %	87,5 %	1,2 %	6,5 %	N = 6 267
ZLK	3,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	11,5 %	5,4 %	71,0 %	8,3 %	N = 5 309
MSK	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	1,7 %	4,5 %	0,2 %	92,2 %	N = 11 351

N = celkový počet hospitalizovaných pacientů v roku 2024

MIGRACE ZA CENTROVOU LÉČBOU: SOLIDNÍ ZN

Zdroj dat: NRHZS; Hodnoceni byli pacienti s centrovou léčbou pro solidní ZN. Jeden pacient mohl mít podaný lék ve více krajích

DATA ZA ROK 2024

● kraj zdravotnického zařízení ● kraj bydliště

	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK	Celkem pacientů
PHA	97,7 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,4 %	0,1 %	0,6 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	N = 3 439
STC	81,7 %	1,3 %	0,2 %	0,7 %	0,0 %	0,1 %	6,4 %	0,8 %	8,0 %	0,4 %	0,5 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	N = 3 243
JHC	13,7 %	0,2 %	78,1 %	2,5 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,3 %	2,9 %	2,2 %	0,2 %	0,0 %	0,7 %	N = 1 296
PLK	9,0 %	0,0 %	0,3 %	89,6 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	N = 1 472
KVK	23,7 %	0,2 %	0,0 %	73,6 %	2,7 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	N = 641
ULK	30,5 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,1 %	60,8 %	6,8 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,4 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	N = 1 359
LBK	11,1 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,1 %	84,7 %	3,2 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	N = 1 059
HKK	4,2 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %	89,6 %	3,2 %	0,1 %	0,5 %	0,9 %	0,1 %	0,0 %	N = 1 325
PAK	5,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	23,7 %	57,4 %	0,7 %	10,0 %	2,9 %	0,2 %	0,4 %	N = 1 053
VYS	7,4 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %	0,7 %	61,8 %	28,3 %	0,4 %	0,1 %	0,2 %	N = 1 255
JMK	3,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	93,5 %	1,7 %	1,0 %	0,4 %	N = 3 072
OLK	1,4 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	3,5 %	88,9 %	1,2 %	5,1 %	N = 1 609
ZLK	4,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	13,0 %	8,0 %	64,9 %	10,3 %	N = 1 364
MSK	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	1,8 %	7,2 %	0,1 %	89,5 %	N = 2 325

N = celkový počet léčených pacientů za rok 2024

4. SHRNUTÍ SITUACE

V KRAJÍCH ČR

ZLÍNSKÝ KRAJ
ZLÍN 4. 3. 2025

Nádory prsu patří mezi nejčastější nádory u žen, nádory plic mezi nejčastější nádorové příčiny úmrtí, pětileté relativní přežití pacientů s těmito nádory patří ve Zlínském kraji k nejvyšším v ČR.

Podíl pacientek s karcinomem prsu s vykázaným multidisciplinárním týmem odpovídá celé ČR, u pacientů s nádory plic je však zřetelně nižší, nízký je podíl operovaných v KOC.

Pokrytí cílové populace žen screeningem karcinomu prsu ve věku 45–69 let je v porovnání s celorepublikovým pokrytí vyšší, a to zejména v okrese Kroměříž, kde dosahuje pokrytí 70 % a je jedno z nejvyšších v porovnání s ostaními okresy ČR.

Průměrná objednávací doba mamografických center ve Zlínském kraji byla k 27. 9. 2024 druhá nejvyšší v porovnání s ostatními kraji ČR. Vyšší objednávací doby jsou zejména v okrese Vsetín. Dle Věstníku by neměly objednávací doby na screeningové mamografické vyšetření dlouhodobě přesahovat 8 týdnů.

Ve Zlínském kraji bylo za období 1. 1. 2022 – 30. 9. 2024 zapojeno do screeningu karcinomu plic přibližně 37 % PL, což je méně než celorepublikový průměr 42 %.

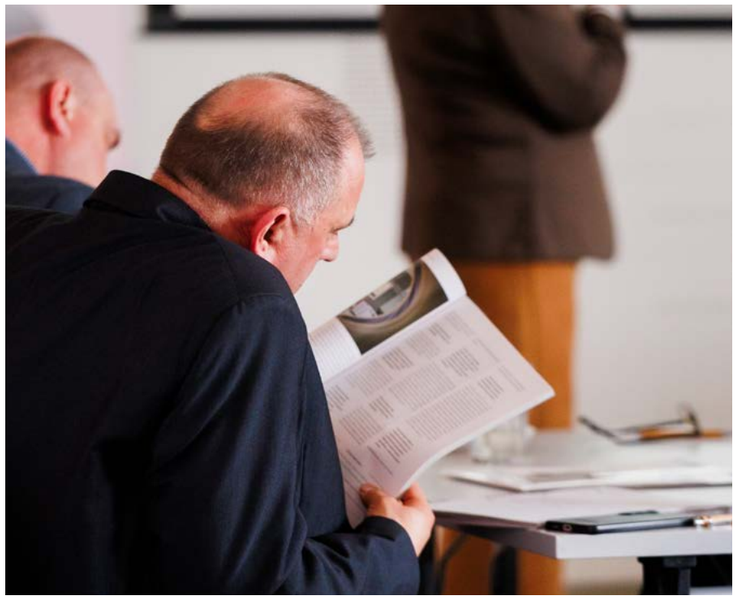
NAPSALI O NÁS

Organizace péče o onkologické pacienty se může lišit region od regionu. Zmapovat situaci a navrhnout zlepšení je cílem série odborných seminářů Cesta ke zdraví – onkologie 2025, které začaly počátkem března ve Zlíně a budou pokračovat v dalších regionech. Záměrem je otevřená debata odborníků, zástupců zdravotních pojišťoven a pacientských organizací o specifikách každého kraje.

Organizace onkologické péče v ČR tak, jak je definována na národní úrovni, má při pohledu do regionů vždy svá místní specifika. „Sebelepší národní strategie zůstává jen na papíře, pokud se o jejím naplňování nebaví lidé, kteří péči reálně poskytují," vysvětluje Václav Janalík ze společnosti EFCARE, která sérii debat pořádá.

Organizace péče o onkologicky nemocné pacienty ve Zlínském kraji je specifická tím, že jediným zřizovatelem klíčových zdravotnických zařízení je kraj. To umožňuje vznik detašovaných pracovišť zlínského specializovaného onkolog. centra v regionálních nemocnicích. Lékaři tak mohou kombinovat práci v terénu se vzděláváním na zlínském specializovaném pracovišti. „Pacienti pak oceňují dostupnost péče, a vysokou odbornou úroveň lékařů, kteří mají přístup k nejnovějším metodám léčby," vysvětlila výhody tohoto uspořádání primářka onkol. odd. Krajské nemocnice T. Bati Markéta Pospíšková.

Diskuse se zaměřila na karcinom plic a prsu, které patří mezi nejčastější nádory. Dostupnost moderní péče je vidět na stále stoupajícím počtu odléčených pacientů, kterých je nyní zhruba dvakrát více než před šesti lety. To se odráží i na výrazném nárůstu výdajů zdravotních pojišťoven na péči. Jak však upozornil ředitel regionální pobočky VZP Michal Vojáček, výše nákladů na léčbu se při přepočtu na jednoho pacienta stále daří držet na stabilní úrovni, a to i přes výraznou inflaci.



Aby se však pacient dostal k léčbě, musí být před tím ještě včas a správně diagnostikován. To se týká jak pacientů, které do specializované centra odešle po odborném vyšetření lékař, tak těch zachycených v plošných screeningových programech. Dobrou zprávou je, že screening rakoviny prsu dosahuje v kraji v porovnání s jinými regiony nadprůměrně vysoké účasti. V případě rakoviny plic však čelí spíše nízkému zájmu. Zásadní je proto zvýšení informovanosti a motivace praktických lékařů, aby pacienty do programu aktivně zapojovali.

Odborní partneři akce, tj. Česká onkologická společnost, Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a organizace Hlas onkologických pacientů, podpořili myšlenku na vznik konkrétních doporučení, co ještě v péči o onkologické pacienty zlepšit. Budou vydána na závěr série jako praktický průvodce pro odbornou i laickou veřejnost v každém kraji.

Publikováno v Deníku Zlín a okolí, dne 28. 3. 2025

JIHOMORAVSKÝ KRAJ
BRNO 5. 3.2025

Nádory prsu patří mezi nejčastější nádory u žen, nádory plic mezi nejčastější nádorové příčiny úmrtí. Jihomoravský kraj patří mezi nejvíce zatížené karcinomem prsu a naopak mezi nejméně zatížené karcinomem plic.

Podíl pacientek s karcinomem prsu s vykázaným multidisciplinárním týmem je v Jihomoravském kraji vyšší než v celé ČR, u pacientů s nádory plic je však zřetelně nižší.

Pokrytí cílové populace žen ve věku 45–69 let screeningem karcinomu prsu je v Jihomoravském kraji v porovnání s celorepublikovým pokrytím mírně vyšší. V okresech Hodonín a Brno-město je však relativně nižší.

Průměrná objednávací doba pacientů mamografických center v Jihomoravském kraji patří k nejnižším v porovnání s ostatními kraji ČR.

V Jihomoravském kraji bylo zapojeno do screeningu karcinomu plic přibližně 42 % praktických lékařů, což odpovídá celorepublikovému průměru, svědčí to však také o významném potenciálu k dalšímu posilování programu.

Potenciálním problémem jsou prodlužující se čekací doby u plicních lékařů, naopak čekací doby na LDCT patří tady k nejnižším v ČR.

NAPSALI O NÁS

Klíčem k tomu, aby se pacient s rakovinou dostal rychle a včas k potřebné péči, je vysoká úroveň spolupráce mezi poskytovateli zdravotní péče v celém regionu. Pomoci může vznik regionálního koordinátora péče nebo podávání moderních léků v krajských nemocnicích. Nejen o tom diskutovali přední odborníci v Brně na kulatém stole Cesta ke zdraví – onkologie 2025.

Odborníci se spolu se zástupci pacientských organizací sešli počátkem března, aby diskutovali o současnosti i budoucnosti péče o onkologicky nemocné pacienty v Jihomoravském kraji. Zaměřili se karcinom plic a prsu, které patří mezi nejčastější nádory. Účastníci se shodli, že zcela zásadní je dobrá komunikace a spolupráce mezi regionálními specialisty, nemocnicemi a specializovanými onkologickými centry v Brně. Cestu pacienta od prvních podezření u praktického lékaře až po podání léku brněnskými specialisty by mohl urychlit vznik regionálních koordinačních pracovníků.

Další zlepšení odborníci vidí v možnosti podávat léky určené primárně pro specializovaná onkologická centra také v nemocnicích ve Znojmě, Kyjově, Břeclavi a Hodoníně. Na tzv. delegované preskripci zatím nejvíce pro své klienty odpracovala Všeobecná zdravotní pojišťovna, postupně se přidávají jiné pojišťovny. Právě rozšíření delegované preskripce na další léky může podle diskutujících významně přispět k lepší péči, protože pacienti se léčí ve stejné kvalitě blíže svému domovu.

Před tím však musí být ještě včas a správně diagnostikováni. To se týká jak pacientů, které do specializované centra odešle po odborném vyšetření lékař, tak těch zachycených v plošných screeningových programech. Dobrou zprávou je, že screening rakoviny prsu dosahuje v kraji relativně vysoké účasti (kolem 60 % cílové populace, mírně nad celorepublikovým průměrem). V případě rakoviny plic však čelí spíše nízkému zájmu. Zásadní je proto zvýšení informovanosti a motivace praktických lékařů, aby pacienty do programu aktivně zapojovali.

Diskuse v Brně je součástí série kulatých stolů Cesta ke zdraví – onkologie 2025, které probíhají ve všech českých a moravských regionech. Jedním z výstupů budou doporučení pro optimalizaci onkologické péče v daném regionu a vytvoření tzv. regionální cesty pacienta, která by měla zvýšit informovanost a zlepšit dostupnost a organizaci včasné diagnostiky a léčby.

Publikováno v Deníku Brno a okolí, dne 28. 3. 2025

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ
OSTRAVA 25. 3. 2025

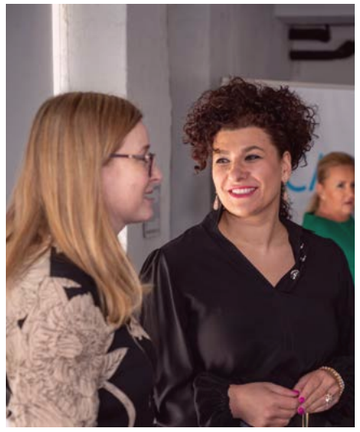
Nádory prsu patří mezi nejčastější nádory u žen, nádory plic mezi nejčastější nádorové příčiny úmrtí, pětileté relativní přežití pacientů s nádorem plic patří v Moravskoslezském kraji k nejnižším v ČR.

Podíl pacientek s karcinomem prsu s vykázaným multidisciplinárním týmem odpovídá celé ČR, u pacientů s nádory plic je však zřetelně vyšší, nicméně léčba v KOC probíhá v menším podílu případů.

Pokrytí cílové populace žen ve věku 45–69 let screeningem karcinomu prsu je v Moravskoslezském kraji v porovnání s celorepublikovým pokrytím nižší, zejména v okresech Bruntál, Frýdek-Místek a Karviná. Naopak v okrese Opava dosahuje pokrytí výrazně vyšších hodnot.

Průměrná objednávací doba mamografických center v Moravskoslezském kraji patří k nejvyšším v porovnání s ostatními kraji ČR.

V Moravskoslezském kraji bylo zapojeno do screeningu karcinomu plic přibližně 36 % praktických lékařů, což je méně než celorepublikový průměr, svědčí to však také o významném potenciálu k dalšímu posilování programu. Potenciálním problémem jsou prodlužující se čekací doby u plicních lékařů. Čekací doby na LDCT v Moravskoslezském kraji patří v rámci české republiky mezi vyšší.



NAPSALI O NÁS

Setkáním v Dolní oblasti Vítkovic pokračovala v Ostravě koncem března série odborných seminářů Cesta ke zdraví – onkologie 2025. Odborníci z řad lékařů, zástupců zdravotních pojišťoven i pacientských organizací diskutovali o tom, jak zlepšit dostupnost a organizaci onkologické péče v Moravskoslezském kraji.

„Cílem je zohlednit jedinečné místní podmínky a navrhnout řešení, která budou opravdu fungovat v praxi," vysvětluje Václav Janalík ze společnosti EFCARE, která sérii organizuje společně s organizací Hlas onkologických pacientů.

Moravskoslezský kraj čelí v oblasti onkologie řadě výzev. Jednou z nich je nižší účast obyvatel na screeningových programech, zejména v případě rakoviny plic. Přestože screening plicního karcinomu funguje v České republice od roku 2022, v kraji se zapojilo pouze 36 % praktických lékařů, což je výrazně pod celorepublikovým průměrem. Až 60 % oslovených pacientů navíc účast v programu odmítá, což je přičítáno nedostatečné informovanosti, socioekonomickým faktorům nebo horší dostupnosti screeningových pracovišť.

Naopak u screeningu rakoviny prsu se kraj blíží celostátnímu průměru. Mezi okresy však existující velké rozdíly. Například Karviná a Bruntál mají ve srovnání s Opavou výrazně nižší účast. „Problémem je i delší objednací doba, která v některých okresech přesahuje 50 dní," upozornil Karel Hejduk z Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Řešením by mohlo být zřízení detašovaných screeningových pracovišť. O tom se již vede diskuse na úrovni ministerstva zdravotnictví.

Narozdíl od většiny regionů působí v kraji hned dvě specializovaná onkologická centra v Ostravě a Novém Jičíně. To přináší určité výzvy v koordinaci péče, nicméně i tak se v Moravskoslezském kraji daří odesílat vysoký počet pacientů do tzv. multidisciplinárních týmů. Ty zřizují zmíněná centra, aby komplexně posoudili situaci pacienta a rozhodli o nejlepší možné léčbě. Problematickou ovšem zůstává skutečnost, že přibližně 30 % pacientů je léčeno mimo onkologická centra a nemá přístup k moderní biologické léčbě. Pozitivním příkladem je spolupráce mezi Fakultní nemocnicí Ostrava a dalšími zdravotnickými zařízeními v kraji, které se sdružily do regionální onkologické skupiny. To umožňuje lepší koordinaci péče a v některých případech i tzv. delegovanou preskripci moderní léčby do jiných zdravotnických zařízení.

Moravskoslezský kraj má silnou základnu odborníků, ale potřebuje lépe pracovat s daty, posílit prevenci a zlepšit dostupnost specializované péče, zaznělo v závěru diskuse. Série seminářů pokračuje v dalších krajích. Výst pem z každého setkání budou doporučení na míru danému regionu a také závěrečná zpráva, která bude představena na podzim v Praze v Poslanecké sněmovně.

Publikováno v Deníku Ostrava a okolí, dne 17. 4. 2025

JIHOČESKÝ KRAJ
ČESKÉ BUDĚJOVICE 13. 5. 2025

Nádory prsu patří mezi nejčastější nádory u žen, nádory plic mezi nejčastější nádorové příčiny úmrtí, pětileté relativní přežití pacientů s nádorem prsu patří v Jihočeském kraji k nejnižším v české republice.

Podíl pacientek s karcinomem prsu s vykázaným multidisciplinárním týmem odpovídá celé ČR, u pacientů s nádory plic je však zřetelně vyšší.

Pokrytí cílové populace žen ve věku 45–69 let screeningem karcinomu prsu je v Jihočeském kraji v porovnání s celorepublikovým pokrytím vyšší, a to zejména v okresech České Budějovice, Český Krumlov, Jindřichův Hradec, Písek a Tábor.

Průměrná objednávací doba mamografických center v Jihočeském kraji odpovídá celorepublikovému průměru, nicméně jednotlivé okresy se v objednávací době výrazně liší.

V Jihočeském kraji bylo zapojeno do screeningu karcinomu plic cca 42 % praktických lékařů, což je méně než celorepublikový průměr, svědčí to však o potenciálu k dalšímu posilování programu. Potenciálním problémem je odmítání osob účast ve screeningu (66 % z oslovených osob u PL v rámci tohoto kraje). Interval mezi návštěvou u pneumologa a LDCT vyšetřením v rámci Jihočeského kraje v roce 2024 patří v rámci ČR mezi nižší.

NAPSALI O NÁS

Setkáním v Českých Budějovicích pokračovala v polovině května série odborných diskusí Cesta ke zdraví – onkologie 2025, kterou pořádá společnost EFCARE společně s pacientskou organizací Hlas onkologických pacientů. U kulatého stolu se sešli zástupci nemocnic, zdravotních pojišťoven, ambulantních lékařů a také pacientských organizací, aby společně hledali způsoby, jak zefektivnit diagnostiku a léčbu onkologických onemocnění v Jihočeském kraji – se zvláštním důrazem na rakovinu prsu a plic.

„Naším cílem je, aby se pacient neztratil v systému a měl jasné informace i rychlý přístup k odborné péči," zaznělo hned v úvodu setkání. Téma včasného záchytu, včasného odeslání ke specialistovi a zjednodušení cesty pacienta zdravotním systémem se vinulo celou diskusí.

Podle dostupných dat onemocní v kraji ročně rakovinou prsu více než 500 žen, přesto preventivní mamografii absolvuje pouze 55 % z nich. Přitom Jihočeský kraj patří k regionům s jednou z nejlépe fungujících sítí mamografických center a průměrná čekací doba na vyšetření zde nepřesahuje deset dní. To z něj činí dobrý základ pro zvyšování účasti na screeningu.

V diskusi zazněla i potřeba větší důvěry a spolupráce mezi praktickými lékaři a specialisty. Další možností pro zlepšení dostupnosti nejmodernější léčby je například tzv. delegovaná preskripce – tedy možnost, aby menší regionální nemocnice mohly podávat potřebnou terapii pacientovi bez toho, že by musel cestovat do komplexního onkologického centra v krajském městě. Tato možnost se v kraji úspěšně rozvíjí a podle účastníků zjednodušuje péči a výrazně zkracuje dobu, po kterou pacient čeká na potřebné léky.

Zástupci zdravotních pojišťoven upozornili, že náklady na léčbu pokročilé rakoviny každoročně rostou – jen VZP vydala v roce 2024 na onkologickou léčbu v kraji přes 640 milionů korun. „Investice do prevence a včasného záchytu jsou nejen medicínsky správné, ale i ekonomicky racionální," zaznělo během prezentace.

Pozitivním zjištěním je rozvoj programu časného záchytu rakoviny plic, do kterého se v regionu postupně zapojují další ambulance a zdravotnická zařízení. Právě tento typ screeningu má potenciál významně zkrátit cestu k diagnóze u pacientů, kteří se dosud do systému dostávají pozdě. Diskuse v Českých Budějovicích potvrdila, že klíčem k lepší onkologické péči není revoluce, ale soubor menších, prakticky realizovatelných změn: zjednodušení komunikace mezi segmenty péče, posílení role praktických lékařů, vyšší dostupnost informací a koordinace napříč regionem.

Série setkání pokračuje v dalších krajích. Výstupem budou regionální doporučení a závěrečná zpráva, která bude představena na podzim v Poslanecké sněmovně.

Publikováno v Českobudějovickém Deníku, dne 30. 5. 2025

PLZEŇSKÝ KRAJ
PLZEŇ 14. 5. 2025

Nádory prsu patří mezi nejčastější nádory u žen, nádory plic mezi nejčastější nádorové příčiny úmrtí.

Většina primární protinádorové léčby pacientek se zhoubným novotvarem prsu je v Plzeňském kraji podávána v KOC. Podíl pacientek s karcinomem prsu s vykázaným multidisciplinárním je nad průměrem ČR.

Pětileté relativní přežití u pacientů s nádorem plic v Plzeňském kraji je nejvyšší v ČR.

Pokrytí cílové populace žen ve věku 45–69 let screeningem karcinomu prsu je v Plzeňském kraji v porovnání s celorepublikovým pokrytím nižší, a to v okresech Plzeň-město, Plzeň-jih, Rokycany a Tachov. V okrese Tachov pozorujeme jedno z nejnižších pokrytí v porovnání s ostatními okresy ČR.

Průměr. objednávací doba mamografických center v Plzeňském kraji je mírně nižší než celorepublikový průměr, nicméně jednotlivé okresy se v objednávací době výrazně liší.

V Plzeňském kraji bylo zapojeno do screeningu karcinomu plic přibližně 37 % praktických lékařů, což je nejméně v rámci celé ČR. Svědčí to však o významném potenciálu k dalšímu posilování programu.

Potenciálním problémem může být zvyšující se tendence intervalu mezi jednotlivými vyšetřeními. Interval mezi návštěvou u pneumologa a LDCT vyšetřením v rámci Plzeňského kraje v roce 2024 patří v rámci ČR mezi mírně vyšší.

NAPSALI O NÁS

V polovině května se v Plzni uskutečnilo další ze série setkání Cesta ke zdraví – onkologie 2025, které organizuje společnost EFCARE ve spolupráci s organizací Hlas onkologických pacientů. U kulatého stolu se potkali odborníci z řad lékařů, zástupci zdravotních pojišťoven i pacientských organizací, aby diskutovali o tom, jak zlepšit dostupnost, koordinaci a kvalitu péče o onkologické pacienty v Plzeňském kraji.

Diskuse se zaměřila především na dvě nejčastější diagnózy – rakovinu prsu a plic. Odborníci se shodli, že zásadním krokem ke zlepšení je včasný záchyt a bezproblémový přechod pacienta mezi jednotlivými články systému.

„Včasný záchyt zachraňuje životy – a české zdravotnictví má v této oblasti velký potenciál," zaznělo během setkání od vedoucího Národního screeningového centra. V Plzeňském kraji podstupuje mamografický screening necelých 55 % žen ve věku 45–69 let, ačkoliv kapacity v regionu jsou dostatečné. Diskutovalo se proto o tom, jak zvýšit informovanost a motivaci žen, které se pravidelného screeningu neúčastní.

Pozitivní vývoj byl zaznamenán také v programu časného záchytu rakoviny plic, který cílí na rizikovou skupinu kuřáků. V Plzeňském kraji se do něj dosud zapojilo 37 % praktických lékařů, přesto účastníci ocenili pozitivní trend a otevřenost ke změnám. Zástupci odborné veřejnosti upozornili, že právě praktický lékař je často tím, kdo může významně ovlivnit, zda se pacient do péče dostane včas.

Ekonomický kontext onkologické péče přiblížila ředitelka plzeňské pobočky VZP: v roce 2024 přesáhly výdaje pojišťovny na onkologii v kraji částku 750 milionů korun. Investice do prevence a včasné diagnostiky jsou proto nejen medicínsky, ale i ekonomicky rozumné.

Diskuse se dotkla i tématu citlivé komunikace s pacienty a lidského přístupu. Příběhy z praxe ukázaly, jak důležitou roli hraje schopnost zdravotníků naslouchat, vysvětlovat a být partnerem v náročné životní situaci. „Nejde jen o statistiky a postupy – jde o lidi, kteří potřebují vědět, že na to nejsou sami," připomněla zástupkyně pacientské organizace.

Plzeňské setkání tak přineslo nejen důležitá data a doporučení, ale především společnou vůli měnit onkologickou péči směrem k větší dostupnosti, spolupráci a důvěře. Série odborných diskusí pokračuje v dalších krajích. Výsledky všech kulatých stolů budou shrnuty do doporučení na míru jednotlivým regionům a závěrečná zpráva bude představena na podzim v Poslanecké sněmovně.

Publikováno v Plzeňském Deníku, dne 30. 5. 2025

KRÁLOVEHRADECKÝ KRAJ
HRADEC KRÁLOVÉ 10. 6. 2025

Nádory prsu patří mezi nejčastější nádory u žen, nádory plic mezi nejčastější nádorové příčiny úmrtí. Královéhradecký kraj patří mezi nejvíce zatížené kraje karcinomem prsu. Nicméně v tomto kraji je mortalita na karcinom prsu jedna z nejnižších s příznivými výsledky zastoupení stadií a 5letého přežití u klientek se ZN prsu.

Podíl pacientek s karcinomem prsu s vykázaným multidisciplinárním týmem je v Královéhradeckém kraji nižší než v celé ČR, u pacientů s nádory plic je však zřetelně vyšší.

Pokrytí cílové populace žen ve věku 45–69 let screeningem karcinomu prsu je v Královéhradeckém kraji v porovnání s celorepublikovým pokrytím mírně vyšší.

Průměrná objednávací doba mamografických center v Královéhradeckém kraji patří k nejnižším v porovnání s ostatními kraji ČR a kapacita center spolehlivě pokrývá potřeby klientek v kraji.

V Královéhradeckém kraji bylo zapojeno do screeningu karcinomu plic přibližně 51 % praktických lékařů, což je jedna z nejvyšších hodnot v regionálním srovnání, nicméně je tu však stále významný potenciál k dalšímu posilování programu. Čekací doby mezi vyšetřeními u časného záchytu karcinomu plic jsou nižší než celorepublikový průměr.

NAPSALI O NÁS

Kulatý stůl k onkologické péči v Královéhradeckém kraji, který se konal jako součást celorepublikové série Cesta ke zdraví 10. června 2025 v Hradci Králové, odhalil nejen silné stránky regionální sítě, ale i slabá místa, kde pacienti ztrácejí drahocenný čas. V centru pozornosti byla včasná diagnostika karcinomu plic a prsu, úzká koordinace mezi zdravotnickými zařízeními i rostoucí role koordinátorů péče.

Setkání se zúčastnili zástupci Komplexního onkologického centra FN Hradec Králové, odborníci z regionálních nemocnic, zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny a dalších zdravotních pojišťoven i představitelé krajské samosprávy. Data prezentovaná Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) potvrdila, že včasnost diagnostiky i zahájení léčby se v rámci ČR výrazně liší podle regionu i konkrétního poskytovatele. „Naším cílem není nikoho obviňovat, ale ukázat konkrétní místa v systému, kde dochází k prodlevám, a hledat společná řešení. V onkologii totiž platí, že čas rozhoduje o výsledku," uvedl v úvodu Doc. MUDr. Milan Vošmik, Ph.D., vedoucí KOC FN Hradec Králové.

V Královéhradeckém kraji se daří postupně rozšiřovat screening karcinomu plic. Mezi lety 2022 a 2024 výrazně vzrostl počet pacientů, kteří byli vyšetřeni na CT a dále došetřeni pomocí multidisciplinárních týmů i chirurgických výkonů. Záchyt malignit je přitom srovnatelný s ostatními kraji.

Přesto zůstává problém v délce diagnostického procesu – od pozitivního nálezu na screeningovém CT po zahájení léčby mohou uběhnout i dva až tři měsíce. „Potřebujeme zkrátit čas mezi jednotlivými vyšetřeními a více využívat roli koordinátorů, kteří pacienta provádějí systémem," upozornila Eva Vavřinová z Regionální pobočky VZP ČR.

Komplexní onkologické centrum FN Hradec Králové zajišťuje specializovanou a vysoce specializovanou onkologickou péči nejen pro pacienty z Královéhradeckého kraje, ale u některých diagnóz i pro nemocné z jiných regionů. Jak upozornil doc. Vošmik, u některých diagnóz a léčebných postupů je nezbytná centralizace – tedy soustředění péče do vysoce specializovaných center, která disponují odpovídajícím zázemím i experty. Naopak u jiných diagnóz je vhodné podporovat decentralizaci diagnostických a léčebných kroků, a tím zvýšit jejich dostupnost pro pacienty v místě bydliště.

„K tomu, aby taková spolupráce skutečně fungovala, je nutné nejen nastavení společných standardů a definice cest pacienta, ale především otevřená a pravidelná komunikace mezi KOC a ostatními poskytovateli péče. A v neposlední řadě i podpora ze strany managementů nemocnic, zdravotních pojišťoven, krajských samospráv i pacientských organizací," zdůraznil doc. Vošmik. Zvláštní pozornost byla věnována i spolupráci s praktickými lékaři, kteří hrají klíčovou roli ve včasném záchytu onkologických onemocnění. Účastníci kulatého stolu se shodli, že je potřeba jejich úlohu více podpořit, motivovat a provázat s navazující péčí, včetně přímého přístupu k objednání vyšetření.

Publikováno v Deníku HRADEC KRÁLOVÉ a okolí, dne 27. 6. 2025

PARDUBICKÝ KRAJ
PARDUBICE 11. 6. 2025

Nádory prsu patří mezi nejčastější nádory u žen, nádory plic mezi nejčastější nádorové příčiny úmrtí. Pardubický kraj patří mezi méně zatížené kraje karcinomem prsu a plic. V tomto kraji lze sledovat příznivé výsledky zastoupení stadií a 5letého přežití u klientek se ZN prsu. Opačná situace je u ZN plic, kde je podíl časných stadií a 5leté přežití jedno z nejnižších v ČR.

Podíl pacientek s karcinomem prsu s vykázaným multidisciplinárním týmem je v Pardubickém kraji zřetelně vyšší než v celé České republice, podobně také u pacientů s nádory plic.

Pokrytí cílové populace žen ve věku 45–69 let screeningem karcinomu prsu je v Pardubickém kraji v porovnání s celorepublikovým pokrytím vyšší.

Průměrná objednávací doba pacientů mamografických center v Pardubickém kraji se pohybuje okolo celorepublikového průměru.

V Pardubickém kraji bylo zapojeno do screeningu karcinomu plic přibližně 43 % praktických lékařů, což je mírně nižší než celorepublikový průměr a je tu stále významný potenciál k dalšímu posilování programu. Čekací doby mezi vyšetřeními u časného záchytu karcinomu plic byly sledovány jako nejvyšší v regionálním srovnání. Téměř 40 % pacientů se ZN s trvalým bydlištěm v Pardubickém kraji podstupuje centrovou léčbu v jiném kraji (nejvíce v Královéhradeckém a Jihomoravském kraji).

NAPSALI O NÁS

Včasná diagnóza, plynulé předání pacienta mezi odborníky, efektivní systém objednávání na vyšetření – to jsou klíčové kameny onkologické péče, které byly předmětem diskuze na červnovém kulatém stole v Pardubicích. Setkání v rámci série Cesta ke zdraví – Onkologie 2025 proběhlo 11. června za účasti zástupců komplexního onkologického centra Pardubického kraje, krajské samosprávy, zdravotních pojišťoven, praktických lékařů i pacientských organizací.

Organizátorem kulatého stolu byla společnost EFCARE, která v jednotlivých krajích dlouhodobě mapuje slabá místa v onkologické péči. „Naším cílem je vytvořit prostor, kde se mohou otevřeně potkat odborníci z nemocnic, zástupci pojišťoven i praktičtí lékaři. Jen díky vzájemnému pochopení a datově podložené debatě můžeme hledat realistická zlepšení," uvedl Václav Janalík, jednatel EFCARE.

Příkladem z praxe byl osud modelového pacienta s karcinomem plic, který se od prvních příznaků dostal ke skutečné léčbě až po 39 týdnech. Zásadní zdržení nastalo už na úrovni praktického lékaře, následně v čekacích lhůtách na CT, bronchoskopii i samotný vstup do Komplexního onkologického centra. Ukázalo se, že pacienti jsou často nuceni „shánět si" specializovanou péči sami, a celý proces je málo koordinovaný.

Komplexní onkologické centrum Pardubického kraje fungující ve spolupráci společnosti Multiscan a Pardubické nemocnice zajišťuje onkologickou péči pro oblast s téměř 700 000 obyvateli – včetně částí Středočeského kraje a Kraje Vysočina. Disponuje rozsáhlým zázemím nejen pro systémovou a radiační léčbu, ale také pro mezioborovou spolupráci. Významným milníkem bylo spuštění robotických operací systémem da Vinci v roce 2024 – jen za první rok bylo provedeno přes 220 zákroků.

Multidisciplinární přístup je v centru dění – centrum má 13 týmů, které se pravidelně scházejí a určují léčebný plán každého pacienta. Využívány jsou špičkové metody jako PET/CT, MRI navigovaná radioterapie, brachyterapie či cílená biologická léčba. Významnou roli hrají také detašovaná onkologická pracoviště v Chrudimi, Ústí nad Orlicí či Svitavách, která zajišťují péči co nejblíže pacientům.

Pardubický kraj má dobře fungující onkologickou síť, ale i zde zazněly výzvy do budoucna. Týkají se především nedostatku odborného personálu, potřeb obnovy přístrojového vybavení a nutnosti lepší spolupráce s praktickými lékaři. Ti by podle účastníků měli mít snazší přístup k objednání základních vyšetření (CT, bronchoskopie) a větší podporu při koordinaci cesty pacienta.

Přestože screeningové programy v regionu existují, stále je nutné více motivovat cílové skupiny obyvatel, aby se jich účastnily. Zástupkyně VZP Eva Vavřinová upozornila na možnosti čerpání příspěvků z fondu prevence a rostoucí dostupnost screeningových vyšetření.

Publikováno v Deníku PARDUBICE a okolí, dne 27. 6. 2025

LIBERECKÝ KRAJ
LIBEREC 9. 9. 2025

Nádory prsu patří mezi nejčastější nádory u žen, nádory plic mezi nejčastější nádorové příčiny úmrtí. Liberecký kraj patří mezi jedny z nejvíce zatížené kraje karcinomem plic.

Podíl pacientek s karcinomem prsu s vykázaným multidisciplinárním týmem je v Libereckém kraji nižší než v celé ČR, podobně u pacientů s nádory plic.

Pokrytí cílové populace žen ve věku 45–69 let screeningem karcinomu prsu je v Libereckém kraji třetí nejnižší v rámci celé České republiky.

Průměrná objednávací doba mamografických center v tomto kraji patří k nižším v porovnání s ostatními kraji České republiky a kapacita center pokrývá potřeby klientek v kraji.

V Libereckém kraji bylo zapojeno do screeningu karcinomu plic přibližně 38 % praktických lékařů, což je méně než celorepublikový průměr 45 % a je zde stále významný potenciál k dalšímu posilování programu.

Čekací doby mezi vyšetřeními u časného záchytu karcinomu plic se pohybují kolem celorepublikového průměru.

NAPSALI O NÁS

Liberecký kraj se potýká s jedním z největších onkologických problémů v republice. Výskyt rakoviny prsu i plic je zde vyšší než celostátní průměr, přesto lidé méně využívají možnosti prevence, které mohou rozhodnout o jejich šanci na přežití. Lékaři i zástupci zdravotních pojišťoven proto na nedávném kulatém stole v Liberci diskutovali, jak situaci zlepšit.

Prevence, která zachraňuje životy. U rakoviny prsu je klíčovým nástrojem mamografický screening. Přesto ho v Libereckém kraji absolvuje jen 55 % žen ve věku 45 až 69 let, což je třetí nejnižší číslo v celé zemi. „Mamografie dokáže odhalit nádor v raném stadiu, kdy je léčba nejúčinnější a šance na úplné vyléčení nejvyšší," zdůraznila Michaela Cvanová z Národního screeningového centra. Podle ní je důležité, aby ženy neváhaly a využívaly pozvánky na pravidelné vyšetření. Podobně problematická je situace u screeningu rakoviny plic, který je určen dlouholetým kuřákům ve věku 55 až 74 let. „Bez aktivní role praktického lékaře se pacienti ke screeningu nedostanou. Pokud je lékař neosloví a nenabídne jim vyšetření, často o něm vůbec nevědí," upozornila Cvanová.

Čekání může stát život. Kromě nižší účasti na screeningu naráží pacienti v Libereckém kraji také na problémy s dostupností odborníků. Zásadním úzkým hrdlem jsou dlouhé čekací doby na vyšetření u pneumologů, kteří jsou klíčovou součástí diagnostiky a léčby rakoviny plic. Podle Zuzany Kofferové ze Sdružení praktických lékařů se tak může zbytečně prodlužovat doba mezi podezřením na nádor a zahájením léčby.

Centralizace může pomáhat, ale i bránit. Moderní onkologická léčba se podává jen v specializovaných centrech, kterým je v Libereckém kraji právě krajská nemocnice. Ta však trpí značným náporem pacientů, proto může v určitých případech pomoci tzv. decentralizace péče, pokud se podaří nastavit správnou spolupráci mezi nemocnicemi a dohodnout se zdravotními pojišťovnami. To se podle přednosty liberecké onkologie Jiřího Bartoše podařilo mezi Krajskou nemocnicí Liberec a Nemocnicí Jablonec nad Nisou, díky níž mohou pacientky s karcinomem prsu absolvovat léčbu i v Jablonci. Funguje zde tzv. delegovaná preskripce, kdy specialista z libereckého centra určí léčebný plán, jablonečtí lékaři zajišťují realizaci. Pacientky tak nemusí dojíždět, a přesto dostávají plnohodnotnou péči. Podobná spolupráce funguje i přes hranice kraje například s nemocnicí v Mladé Boleslavi. U karcinomu plic však tato možnost zatím chybí. Důvodem je především nedostatek zkušených lékařů v menších nemocnicích s podáním moderní léčby.

Nejde jen o Liberec. Setkání v Liberci nebylo ojedinělé. Bylo součástí širší série Cesta ke zdraví – onkologie 2025, která probíhá ve všech krajích České republiky. „Co se dá změřit, dá se i zlepšit. A u onkologie to platí dvojnásob. Čím dříve nádor zachytíme, tím větší šanci na život má pacient," zaznělo závěrem setkání

Publikováno v Deníku JABLONEC NAD NISOU a okolí, dne 26. 9. 2025

KRAJ VYSOČINA
JIHLAVA 10. 9. 2025

Nádory prsu patří mezi nejčastější nádory u žen, nádory plic mezi nejčastější nádorové příčiny úmrtí. V kraji Vysočina je mortalita na karcinom prsu jedna z nejnižších s příznivými výsledky zastoupení stadií a 5letého přežití u klientek se ZN prsu.

Podíl pacientek s karcinomem prsu s vykázaným multidisciplinárním týmem je v kraji Vysočina vyšší než v celé ČR, podobně u pacientů s nádory plic. Pokrytí cílové populace žen ve věku 45–69 let screeningem karcinomu prsu je v kraji Vysočina nejvyšší v rámci České republiky.

Průměrná objednávací doba mamografických center v kraji Vysočina patří k nejnižším v porovnání s ostatními kraji České republiky a kapacita center spolehlivě pokrývá potřeby klientek v kraji.

V Kraji Vysočina bylo zapojeno do screeningu karcinomu plic přibližně 52 % praktických lékařů, což je mírně vyšší než celorepublikový průměr, ale i tak je tu stále významný potenciál k dalšímu posilování programu.

„Čekací doby“ mezi vyšetřeními u praktického lékaře a pneumologa patří v rámci ČR k vyšším, naopak „čekací doba“ na vyšetření na radiologii v Jihlavě je nejnižší v ČR.

NAPSALI O NÁS

Kraj Vysočina patří mezi regiony s nejvyšší účastí žen na mamografickém screeningu v celé republice. Naopak u pacientů s podezřením na rakovinu plic se objevuje slabé místo – dlouhé čekací lhůty mezi vyšetřeními, které mohou zásadně ovlivnit úspěch léčby. I proto se v Jihlavě uskutečnil kulatý stůl série Cesta ke zdraví – onkologie 2025, kde odborníci hledali řešení.

Ženy na Vysočině patří mezi nejzodpovědnější v celé republice. Na pravidelnou mamografii chodí téměř dvě třetiny žen ve věku 45–69 let, což je nejvíce v České republice. V některých okresech, jako je Třebíč či Pelhřimov, přesahuje účast dokonce 70 %. Navíc objednací lhůty v screeningových centrech jsou většinou krátké, takže se ženy k vyšetření dostanou včas.

Výsledkem je příznivější situace než v jiných regionech. Rakovina prsu se na Vysočině častěji zachycuje v časnějších stadiích a pacientky mají jednu z nejvyšších šancí na dlouhodobé přežití v rámci celé České republiky.

U plicních pacientů se čeká příliš dlouho. Opačný obrázek ale vidíme u rakoviny plic. Incidence tohoto onemocnění je na Vysočině vyšší než celostátní průměr a klíčovou překážkou je rychlost diagnostiky. Přestože se do screeningového programu v kraji zapojilo nadprůměrných 52 % praktických lékařů, pacienti se potýkají s dlouhými intervaly mezi jednotlivými kroky – od návštěvy praktika přes pneumologa až po CT a bronchoskopii. Pomoci v orientaci mezi pracovišti by mohl připravovaný průvodce pro pacienty s rakovinou, který kraj chystá po vzoru podobného materiálu pro pacienty v Jihomoravském kraji.

Centralizace vs. decentralizace. Odborníci se shodli, že pro zajištění kvalitní léčby je nutná vyváženost mezi centralizací moderní léčby do velkých onkologických center, jako je jihlavská nemocnice, a rozumnou decentralizací, která přináší péči blíže k pacientům. Zatímco mamologická chirurgie a léčba prsu funguje na více pracovištích v kraji, u plicních nádorů zatím podobné rozšíření péče brzdí nedostatek zkušených specialistů.

Součást celostátní série Jihlavské setkání je dalším dílem z cyklu Cesta ke zdraví – onkologie 2025, který probíhá napříč kraji. Jeho cílem je identifikovat silné i slabé stránky regionálních systémů a hledat konkrétní řešení pro lepší dostupnost i kvalitu péče. Série už proběhla ve většině krajů a v říjnu bude pokračovat v Ústí nad Labem a Karlových Varech.

Publikováno v Deníku VYSOČINA, dne 26. 9. 2025

ÚSTECKÝ KRAJ
ÚSTÍ NAD LABEM 7. 10. 2025

Nádory prsu patří mezi nejčastější nádory u žen. Podíl primárně léčených pacientek s karcinomem prsu s vykázaným multidisciplinárním týmem je v Ústeckém kraji mírně nižší než v celé ČR.

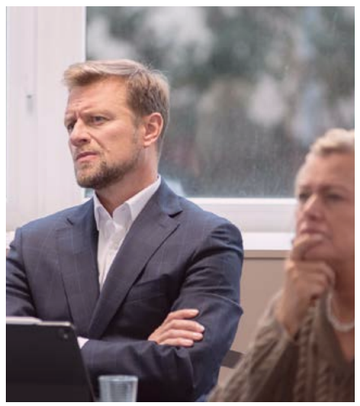
Pokrytí cílové populace žen ve věku 45–69 let screeningem karcinomu prsu je v Ústeckém kraji srovnatelné s celorepublikovým pokrytím.

Průměrná objednávací doba mamografických center v Ústeckém kraji je třetí nejvyšší v rámci krajů ČR, jednotlivé okresy se v objednávací době výrazně liší.

Ústecký kraj je nejvíce zatíženým krajem karcinomem plic a jedná se zde o nejčastější příčinu nádorových úmrtí. Podíl primárně léčených pacientů s nádory plic s vykázaným multidisciplinárním týmem je v Ústeckém kraji významně nižší než v celé ČR.

Za období 1. 1. 2022 – 31. 3. 2025 bylo u praktického lékaře osloveno 3 969 osob s bydlištěm v Ústeckém kraji, z nichž přibližně 52 % souhlasilo s účastí v programu.

V Ústeckém kraji bylo zapojeno do screeningu karcinomu plic přibližně 56 % praktických lékařů, což je více než celorepublikový průměr. Interval mezi vyšetřeními u praktického lékaře a pneumologa patří v rámci ČR . k nejnižším, naopak interval do vyšetření na radiologii v centru v Ústí nad Labem patří knejvyšším.



NAPSALI O NÁS

V úterý 7. října se v Ústí nad Labem uskutečnila diskuse k organizaci onkologické péče, kterou uspořádala spol. EFCARE ve spolupráci s organizací Hlas onkologických pacientů. Akce se konala pod záštitou České onkologické společnosti a byla součástí cyklu Cesta ke zdraví: onkologie 2025, který vyvrcholí závěrečným prosincovým seminářem v Poslanecké sněmovně.

Společným cílem zúčastněných bylo pojmenovat, proč se pacienti v Ústeckém kraji dostávají k diagnostice a léčbě později, než by bylo nutné a jak tento trend změnit. Ústecký kraj má dlouhodobě jeden z nejvyšších výskytů onkologických onemocnění v republice. Každý rok zde přibývá kolem 570 žen s nádorem prsu a přes 600 lidí s nádorem plic. Odborníci upozornili, že právě zde se odhalí nejméně nádorů v časném stadiu, kdy je šance na úspěšnou léčbu nejvyšší. Přitom potřebná infrastruktura, tedy mamografická centra i dostupnost péče, je srovnatelná s jinými regiony. „Problém může být někde mezi mamografem a biopsií – tedy ve chvíli, kdy se čeká na potvrzení diagnózy," zaznělo během debaty.

Podle lékařů i zástupců pojišťoven může zlepšení přinést větší koordinace péče. Nově totiž musí být v rámci reakreditace komplexních onkologických center zřízena pozice koordinátora onkologické péče, který bude dohlížet na plynulý průchod pacienta celým procesem od diagnostiky po léčbu samotnou. Tato změna by měla pomoci odstranit zbytečné prodlevy a zajistit, aby se pacient dostal k léčbě včas. „Jde o to, aby pacient nečekal měsíce, když může být na léčbě do šesti týdnů," shrnul Marian Rybář z Ministerstva zdravotnictví.

Závažná situace panuje i u rakoviny plic. Ústecký kraj má nejvyšší výskyt tohoto onemocnění v celé ČR, zhruba o třetinu vyšší, než je republikový průměr. Důvody jsou komplexní: průmyslová minulost, vysoký podíl kuřáků i nízké povědomí o preventivních vyšetřeních. Přesto patří kraj mezi nejaktivnější v novém screeningovém programu karcinomu plic, do kterého se postupně zapojuje stále více praktických lékařů. „Screening plic má smysl jen tehdy, když se o něm dozví veřejnost i praktičtí lékaři. Ústecký kraj v tom udělal velký krok dopředu," uvedla Michaela Cvanová z ÚZIS.

Zástupci VZP ČR i Ministerstva zdravotnictví ocenili snahu regionálních pracovišť o spolupráci a zdůraznili potřebu moderních nástrojů, které umožní sledovat, zda se pacienti dostávají k léčbě včas. Mezi konkrétní návrhy patří lepší datová komunikace mezi nemocnicemi, sjednocení postupů indikací léčby v rámci multidisciplinárních týmů (MDT) a vytvoření softwarového řešení pro sledování pohybu pacientů v systému. „Naším cílem je vyhubit červenou barvu z grafů – tedy zpoždění v léčbě," shrnuli organizátoři diskuze symbolicky na závěr.

Diskuse v Ústí nad Labem jasně ukázala, že boj s rakovinou není jen o moderních lécích, ale také o rychlosti, organizaci a lidském přístupu. A také že i v kraji s těžkou průmyslovou historií se daří měnit přístup k péči krok za krokem, pacient za pacientem.

Publikováno v Deníku ÚSTÍ NAD LABEM a okolí, dne 24. 10. 2025

KARLOVARSKÝ KRAJ
KARLOVY VARY 8. 10. 2025

Nádory prsu patří mezi nejčastější nádory u žen. Podíl primárně léčených pacientek s karcinomem prsu s vykázaným multidisciplinárním týmem je v Karlovarském kraji významně nižší než v celé ČR.

Pokrytí cílové populace žen ve věku 45–69 let screeningem karcinomu prsu je v Karlovarském kraji nejnižší ze všech krajů ČR. Nízké pokrytí je pozorováno zejména v okrese Cheb, kde je pokrytí nejnižší v porovnání s ostatními okresy ČR. Také v okrese Karlovy Vary dosahuje pokrytí výrazně nižších hodnot.

Průměrná doba objednání mamografických center v Karlovarském kraji je nejvyšší v rámci krajů ČR.

Karlovarský kraj patří mezi jeden z nejvíce zatížených krajů karcinomem plic a jedná se zde o nejčastější příčinu nádorových úmrtí.

Podíl primárně léčených pacientů s nádory plic s vykázaným multidisciplinárním týmem je v Karlovarském kraji významně nižší než v celé ČR.

Za období 1. 1. 2022 – 31. 03. 2025 bylo u praktického lékaře osloveno 1 081 osob s bydlištěm v Karlovarském kraji, z nichž přibližně 52 % souhlasilo s účastí v programu.

V Karlovarském kraji bylo zapojeno do screeningu karcinomu plic přibližně 56 % prak. lékařů, což je mírně vyšší než celorepublikový průměr. Interval mezi vyšetřeními u praktického lékaře a pneumologa patří v rámci České republiky k mírně vyšším. Do konce roku 2024 nebylo v Karlovarském kraji akreditované radiologické pracoviště a většina pacientů z Karlovarského kraje podstoupila vyšetření v Plzeňském kraji.

NAPSALI O NÁS

Ve středu 8. října se v Karlových Varech uskutečnila krajská diskuse o koordinaci onkologické péče, kterou pořádala společnost EFCARE společně s organizací Hlas onkologických pacientů. Akce se konala pod záštitou České onkologické společnosti a byla součástí série diskusí Cesta ke zdraví onkologií 2025, která probíhá ve všech regionech a vyvrcholí závěrečným seminářem v Poslanecké sněmovně. Setkání, na kterém nechyběli zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR, ÚZIS, VZP ČR, praktických lékařů, FN Motol ani místních nemocnic, otevřelo téma, které se Karlovarského kraje dotýká možná víc než jiných – nedostatek odborníků, dlouhé čekací doby a odliv pacientů za léčbou mimo region.

Karlovarský kraj má totiž dlouhodobě jednu z nejvyšších mortalit na rakovinu plic v republice a zároveň nejnižší účast žen na mamografickém screeningu. Ročně zde přibývá až 180 žen s nádorem prsu a přes 200 pacientů s rakovinou plic, přičemž velká část z nich se do komplexního onkologického centra dostává pozdě, nebo vůbec. Zatímco v ČR je totiž do onkologického centra odesíláno zhruba 75 % pacientů, v Karlovarském kraji je to pouze polovina.

„Lékaře nevyčarujeme, ale můžeme jim pomoct, aby se neztrácel čas," uvedl Marian Rybář z Ministerstva zdravotnictví během diskuze. Právě proto se v kraji rodí nové komplexní onkologické centrum, které vzniká ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Motol. Tato změna má znamenat zásadní zlom. Pacienti by konečně měli mít možnost podstoupit špičkovou léčbu přímo v regionu, bez nutnosti složitého dojíždění do Plzně nebo Prahy.

Velké naděje se vkládají také do nově vznikající funkce koordinátora onkologické péče, která bude povinnou součástí reakreditace všech komplexních onkolog. center. Koordinátor bude mít za úkol hlídat průchod pacienta systémem, od podezření přes diagnostiku až po léčbu. Zároveň by měl zajišťovat, aby se nikdo „nezasekl" na cestě mezi ordinacemi. Nový výkon koordinátora bude hrazen pojišťovnami a ministerstvo připravuje systém jeho hodnocení podle tzv. procesních indikátorů, např. doby od CT k zahájení léčby.

Diskuse se dotkla i elektronizace zdravotnictví, která má zjednodušit sdílení zpráv mezi nemocnicemi, praktiky a specialisty. V Karlovarském kraji už běží jednání o kompatibilním systému pro elektronické objednávání a předávání dokumentace mezi nemocnicemi a FN Motol.

Zástupci VZP ČR přislíbili podporu pro zajištění koordinátorů i pro rozšíření screeningu plic, který se v kraji začal výrazně rozvíjet po zřízení nízkodávkového CT centra letos v únoru. Do programu se zapojilo už více než polovina praktických lékařů, což je nad republikovým průměrem. Následná diskuze ukázala, že Karlovarský kraj má chuť i odvahu dohnat zbytek republiky. Nechyběly konkrétní návrhy, od školení onkologických sester přes mediální kampaně pro veřejnost až po zapojení Františkových Lázní do programu „onkofit", který pomáhá pacientům vracet se po léčbě do běžného života. „Naším cílem je, aby pacient v Karlovarském kraji měl stejnou šanci na včasnou léčbu jako kdekoliv jinde," shrnuli organizátoři

Publikováno v Deníku KARLOVY VARY a okolí, dne 24. 10. 2025

STŘEDOČESKÝ KRAJ A HLAVNÍ MĚSTO PRAHA 5. 11. 2025

Karcinom prsu patří mezi nejčastější nádory. Praha již nemá nejvyšší incidenci, ale aktuálně má nejvyšší mortalitu. Přežití pacientek v Praze patří k nejvyšším, Praha má také velký podíl pacientek léčených v KOC a pacientek, které byly konzultovány v MDT Většina chirurgických pracovišť v Praze operuje více než 100 pacientek ročně.

Pokrytí cílové populace žen screeningem ve Středočeském kraji je srovnatelné s pokrytím za celou ČR. V Hlavním městě Praze je pokrytí cílové populace žen screeningem druhé nejnižší v rámci ČR. Přibližně třetina žen ze Středočeského kraje dojíždí za screeningovým vyšetřením do Hl. m. Prahy.

Průměrná objednávací doba ve Středočeském kraji je nižší v porovnání s celorepublikovým průměrem, nicméně jednotlivé okresy se v objednávací době výrazně liší. V Hlavním městě Praze odpovídá průměrná objednávací doba celorepublikovému průměru.

Za období 1. 1. 2022 – 31. 3. 2025 bylo u praktického lékaře osloveno 4 927 osob s bydlištěm ve Středočeském kraji, z nichž přibližně 53 % souhlasilo s účastí v programu. S bydlištěm v Hlavním městě Praze bylo osloveno až 5 205 osob, z nichž přibližně 67 % souhlasilo s účastí v programu.

Ve Středočeském kraji bylo zapojeno do screeningu karcinomu plic přibližně 49 % praktických lékařů, což je srovnatelné s celorepublikovým průměrem, v Hlavním městě Praze to bylo přibližně 61 % praktických lékařů, což je nejvíce ve srovnání s ostatními kraji. Ve Středočeském kraji patří „čekací doby“ mezi vyšetřeními u praktic. lékaře a pneumologa v rámci ČR k nejvyšším, naopak „čekací doba“ na vyšetření na radiologii v centrech Středočeského kraje je mírně vyšší, než hodnota za ČR.

V rámci Hlavního města Prahy jsou „Čekací doby“ mezi vyšetřeními u praktického lékaře a pneumologa na úrovni hodnoty za celou ČR, „čekací doba“ na vyšetření na radiologii v Hlavním městě Praze je nižší, něž hodnota za ČR.

Radiologická centra ve Středočeském kraji poskytují péči převážně obyvatelům Středočeského kraje, případně obyvatelům kraje Pardubického (14 %). Z okresů Středočeského kraje, které nemají radiologické centrum, případně nesousedí s jiným okresem středočeského kraje s radiologickým centrem, čerpají péči převážně v Hl. m. Praze. Radiologická pracoviště v Hlavním městě Praze poskytují LDCT vyšetření obyvatelům Hlavního města Prahy, ale i více jak polovině obyvatel Středočeského kraje. Na základě prvního LDCT vyšetření (resp. posledního vyšetření LDCT po neurčitém výsledku) byla většina (91 %, N = 2 439) pacientů Středočeského kraje negativních a 3,5 % (N = 94) rizikových. Na 3 344 pacientů (90 %) Hlavního města Prahy bylo negativních a 3,0 % (N = 114) rizikových.

NAPSALI O NÁS

V Praze se 5. listopadu uskutečnil další z kulatých stolů série Cesta ke zdraví onkologií 2025, tentokrát zaměřený na situaci v hlavním městě a Středočeském kraji. Diskusi uspořádala společnost EFCARE s organizací Hlas onkologických pacientů, pod záštitou České onkologické společnosti. Setkání se zúčastnila celé řada odborníků, včetně zástupců Ministerstva zdravotnictví, ÚZIS, VZP, praktických lékařů i odborníků z komplexních a regionálních onkologickcých center.

Ačkoliv se Praha a Středočeský kraj mohou pochlubit nejhustší sítí zdravot. zařízení v republice, právě v těchto regionech se ukazují problémy, jako vysoká zátěž pracovišť, dlouhé čekací lhůty a komplikovaný tok informací mezi ordinacemi a nemocnicemi.

Průběh pacienta systémem je často složitý a pomalý. Marian Rybář z Ministerstva zdravotnictví představil hypotetický, avšak bohužel typický příběh pacienta s podezřením na rakovinu plic. Přestože jde o region s maximální dostupností péče, cesta k definitivní diagnóze se může táhnout několik měsíců. Od prvních příznaků přes objednání k pneumologovi až po termín a jeho následný popis často uplyne více než osm týdnů, někdy i déle. „Praha má mnoho špičkových pracovišť, ale zároveň extrémně vysoký počet pacientů. To přináší tlak na kapacity a tím i na čekací doby,“ zaznělo v diskusi. Odborníci se shodli, že pacienti v metropolitních regionech systémem často putují sami, bez jasného vedení a bez pomoci s koordinací vyšetření.

Jedním z hlavních témat bylo zavedení funkce koordinátora onkologické péče, která má být povinnou součástí všech komplexních onkologických center. Jeho úkolem bude sledovat celý proces od podezření na nádor až po zahájení léčby a zajistit, aby mezi jednotlivými kroky nevznikaly zbytečné prodlevy. Klíčovým prvkem koordinace a decentralizace péče pak má být možnost tzv. delegované preskripce, tedy přístup pacientů k moderní léčbě i v regionálních onkolog. centrech, bez nutnosti pravidelného dojíždějí do pražských nemocnic.

Ministerstvo zdravotnictví zároveň připravuje systém tzv. procesních indikátorů, které mají umožnit kontrolu kvality – například dobu od ´CT k zahájení léčby. Právě tato měřitelná kritéria mají pomoci odhalit slabá místa dnešního systému. VZP představila data k mamografickému screeningu i k programu včasného záchytu karcinomu plic. Právě Praha a Středočeský kraj mají v obou oblastech mimořádně bohatou síť pracovišť. To však automaticky nezaručuje, že občané screeningy pravidelně využívají.

Zejména u plicního screeningu, který je určen dlouholetým kuřákům nad 55 let, je prostor pro větší zapojení praktických lékařů i efektivnější komunikaci směrem k veřejnosti. VZP potvrdila, že je připravena program nadále podporovat.

Diskuse ukázala, že ačkoliv má Praha se Středními Čechami nejlepší infrastrukturu v republice, efektivita průchodu pacienta systémem stále kolísá. Odborníci se shodli, že klíčem k nápravě je silná koordinace, digitalizace sdílení zpráv a jednotný postup napříč pracovišti. Pokud se tedy podaří do praxe zavést koordinátora a sjednotit systém léčby, Praha a Střední Čechy mohou být vzorem pro ostatní regiony.

Publikováno v Deníku Středočeský kraj, dne 21. 11. 2025

OLOMOUCKÝ KRAJ
OLOMOUC 12. 11. 2025

Nádory prsu patří mezi nejčastější nádory u žen. Podíl primárně léčených pacientek s karcinomem prsu s vykázaným multidisciplinárním týmem je v Olomouckém kraji srovnatelný s hodnotami za celou ČR.

Pokrytí cílové populace žen ve věku 45–69 let screeningem karcinomu prsu je v Olomouckém kraji druhé nejvyšší v rámci ČR. Zároveň se v Olomouckém kraji nachází okres s druhým nejnižším pokrytím v porovnání s ostatními okresy ČR.

Průměrná objednávací doba mamografických center v Olomouckém kraji je pod celorepublikovým průměrem, nicméně jednotlivé okresy se v objednávací době výrazně liší.

Olomoucký kraj je třetím nejméně zatíženým krajem karcinomem plic, avšak jedná se zde o nejčastější příčinu nádorových úmrtí. Podíl primárně léčených pacientů s nádory plic s vykázaným multidisciplinárním týmem je v Olomouckém kraji mírně vyšší než v celé České republice.

Za období 1. 1. 2022 – 31. 3. 2025 bylo u praktického lékaře osloveno 1 413 osob s bydlištěm v Olomouckém kraji, z nichž přibližně 59 % souhlasilo s účastí v programu.

V Olomouckém kraji bylo zapojeno do screeningu karcinomu plic přibližně 47 % praktických lékařů, což je méně než celorepublikový průměr. „Čekací doby“ mezi vyšetřeními u praktického lékaře a pneumologa patří v rámci ČR k nejnižším, naopak „čekací doba“ na vyšetření na radiologii v Olomouci je srovnatelná s celorepublikovou hodnotou.

NAPSALI O NÁS

V Olomouci se 12. 11. uskutečnil další z kulatých stolů projektu Cesta ke zdraví onkologií 2025, který se zaměřil na organizaci péče v Olomouckém kraji. Diskuse přivedla ke stolu zástupce Fakultní nemocnice Olomouc, regionálních nemocnic, Ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven, kraje, praktických lékařů i pacientských organizací.

V úvodu zaznělo, že onkologická péče se mezi kraji výrazně liší a Olomoucký kraj není výjimkou. „Skoro žádné dva regiony v Česku nemají stejný systém,“ připomněl moderátor Václav Janalík. To podle něj nutně ovlivňuje dostupnost péče, délku diagnostiky i výsledky léčby. Petra Adámková z pacientské organizace Hlas onkologických pacientů upozornila, že pacienti často váhají s návštěvou lékaře, narážejí na komplikované objednávání a některé kroky diagnostiky trvají mnohem déle, než by bylo žádoucí.

Karcinom plic patří v kraji k nejsilněji sledovaným diagnózám, přesto se do programu včasného záchytu zapojuje jen minimum rizikových pacientů. Podle regionálního ředitele odboru zdravotní péče VZP ČR Michala Vojáčka je účast alarmující a bariéry jsou dobře známé - strach z diagnózy, neochota kuřáků podstupovat preventivní vyšetření, ale také problémy, jako složité parkování nebo chybějící motivace k prevenci. Delegovaná preskripce, která měla některé kroky zjednodušit, se podle lékařů v Olomouckém kraji prakticky nerozjela a její přínos tak zůstal zanedbatelný.

Fakult. nemocnice Olomouc představila i dvě inovace, které jsou v rámci republiky ojedinělé. Tou první je pozice koordinátora onkologické péče. Jeho úkolem je pomáhat pacientům od prvního podezření na nemoc, organizovat vyšetření, zajišťovat návaznost péče, provázet nemocnicí a včas předávat informace mezi jednotlivými pracovišti. Podle nové koncepce Ministerstva zdravotnictví má být koordinátor od roku 2026 povinně přítomen ve všech komplexních onkologických centrech. Druhou specifickou rolí je tzv. ambasador – osoba poskytující psychosociální podporu pacientům i jejich rodinám. FN Olomouc tuto funkci zavedla jako první v Česku. Ambasador pomáhá lidem orientovat se v systému, řešit praktické a sociální záležitosti, zvládat psychickou zátěž a nabízí i různé komunitní či terapeutické aktivity. Podle zástupců nemocnice je tato doprovodná péče často tím, co pacienti postrádají nejvíce. „Uzdravení není jen odstranění nádoru. Je to návrat k životu a důvěře, že v tom člověk není sám,“ uvedla Hana Študentová, zástupkyně přednosty Onkologické kliniky FN Olomouc.

Diskutovalo se také o výrazném růstu nákladů na centrovou léčbu. Podle VZP nestoupají náklady kvůli dražším lékům, ale kvůli tomu, že pacientů každým rokem přibývá. Některé terapie se podle statistik hradí i přesto, že nepřinášejí očekávané výsledky, což vyvolává odborné i etické otázky. Náměstek hejtmana Vladimír Lichnovský upozornil, že region stále více potřebuje rozvíjet paliativní péči, která se stává klíčovou součástí moderní onkologie.

Kulatý stůl v Olomouci ukázal, že region má nejen silnou odbornou základnu, ale také chuť zavádět inovace, které mohou být inspirací pro celou republiku. Pokud se podaří posílit prevenci, jasně nastavit pravidla spolupráce a naplno využít roli koordinátora i ambasadora, může být Olomoucký kraj jedním z příkladů, jak může moderní onkologická péče fungovat efektivněji, rychleji, s větším důrazem na lidskou stránku léčby.

Publikováno v Deníku OLOMOUC a okolí, dne 28. 11. 2025

DĚKUJEME PARTNERŮM
ZA PODPORU PROJEKTU

GENERÁLNÍ PARTNER

NOVARTIS

GENERÁLNÍ ODBORNÝ PARTNER

Česká onkologická společnost ČLS JEP

PARTNEŘI

MSD | Johnson & Johnson | Lilly A MEDICINE COMPANY

ODBORNÍ PARTNEŘI

VZP | VOZP VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA | zpš zaměstnanecká pojišťovna škoda

KZP Kancelář zdravotního pojištění | Hlas onkologických pacientů | ÚZIS ČR