



Č E S K O

Onkologický profil země

2023



European
Commission



Publikační řada onkologických profilů zemí

Evropský Registr nerovností v oblasti onkologických onemocnění je stěžejní iniciativou Evropského plánu boje proti rakovině. Poskytuje spolehlivé údaje o prevenci rakoviny a její léčbě, které umožňují určit trendy, rozdíly a nerovnosti mezi členskými státy a regiony. Onkologické profily jednotlivých zemí identifikují silné stránky, výzvy a specifické oblasti opatření pro každý z 27 členských států EU, Island a Norsko a slouží jako vodítko pro investice a intervence na unijní, vnitrostátní a regionální úrovni v rámci Evropského plánu boje proti rakovině. Evropský Registr nerovností v oblasti onkologických onemocnění rovněž podporuje stěžejní iniciativu č. 1 akčního plánu "Nulové znečištění".

Profily jsou výsledkem činnosti OECD ve spolupráci s Evropskou komisí. Tým je vděčný za cenné podněty od národních odborníků a za připomínky, které poskytl Zdravotní výbor OECD a Odborná tematická skupina EU pro Registr nerovností v oblasti onkologických onemocnění.

Zdroje údajů a informací

Údaje a informace obsažené v onkologických profilech jednotlivých zemí vycházejí převážně z oficiálních národních statistických údajů, které byly poskytnuty Eurostatu a OECD a ověřeny s cílem zajistit maximální úroveň srovnatelnosti údajů. Zdroje a metody, na nichž se tyto údaje zakládají, jsou dostupné v databázi Eurostatu a v databázi OECD o zdraví.

Další údaje pocházejí od Světové zdravotnické organizace (WHO), Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny (IARC), Mezinárodní agentury pro atomovou energii (MAAE), Institutu pro měření a hodnocení zdraví (IHME) a dalších vnitrostátních zdrojů (nezávislých na soukromých nebo komerčních zájmech). Vypočítané průměry EU jsou vážené průměry 27 členských států, není-li uvedeno jinak. Tyto průměry EU nezahrnují Island a Norsko. Parita kupní síly (PPP) je definována jako kurz pro přepočet měn, kterým se díky odstranění rozdílů mezi cenovými hladinami v jednotlivých zemích vyrovná kupní síla různých měn.

Prohlášení o vyloučení odpovědnosti: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".

Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

©OECD 2023

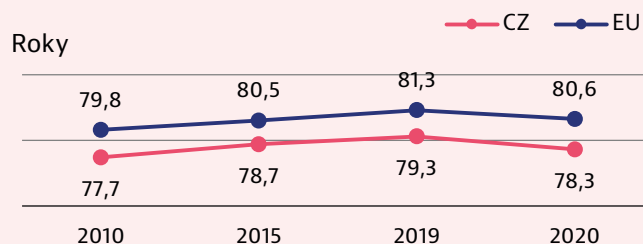
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <https://www.oecd.org/termsand-conditions>.

Obsah

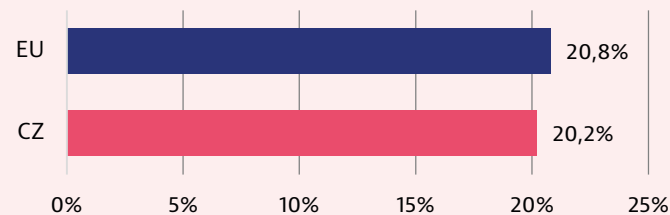
1. HLAVNÍ INFORMACE	3
2. RAKOVINA V ČESKU	4
3. RIZIKOVÉ FAKTORY A POLITIKY PREVENCE	7
4. VČASNÁ DETEKCE RAKOVINY	10
5. VÝKONNOST ONKOLOGICKÉ PÉČE	12
5.1 Dostupnost	12
5.2 Kvalita	14
5.3 Náklady a jejich efektivita	16
5.4 COVID-19 a rakovina: posilování odolnosti systému	17
6. ZAMĚŘENO NA NEROVNOSTI	18

Shrnutí hlavních charakteristik zdravotního systému

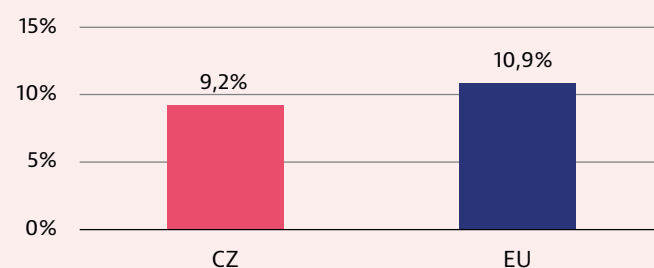
STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA PŘI NAROZENÍ (V LETECH)



PODÍL POPULACE VE VĚKU 65 LET A VÍCE (2021)

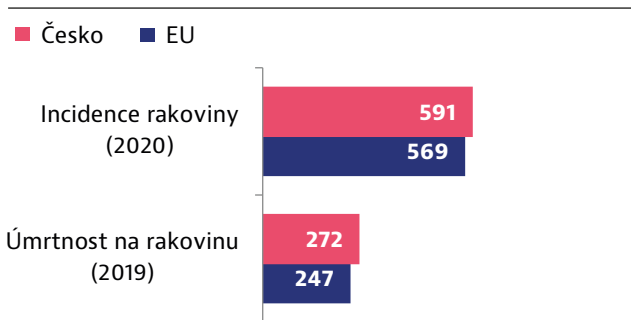


VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ JAKO % HDP (2020)

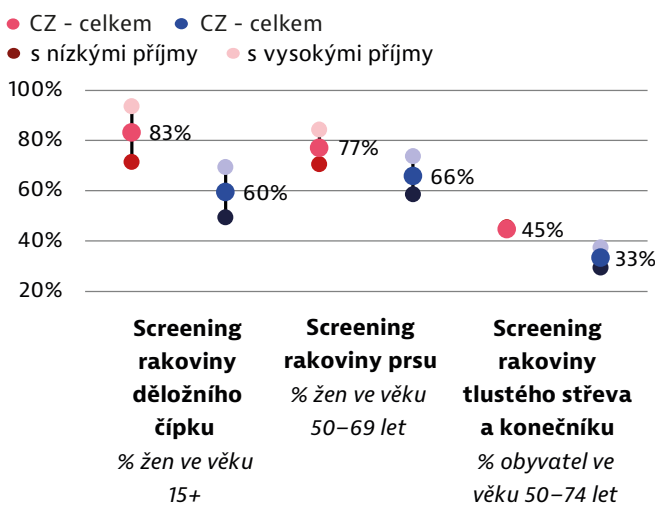
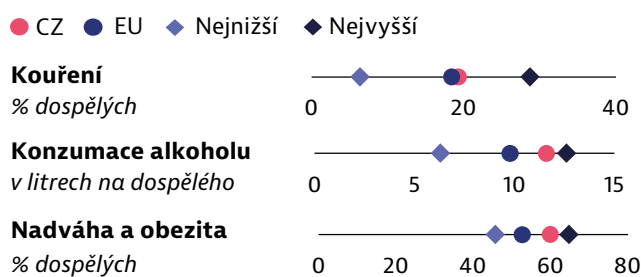


Zdroj: Databáze Eurostatu.

1. Hlavní informace



Věkově standardizovaná míra na 100 000 obyvatel



Rakovina v Česku

Odhadovaná incidence rakoviny je v Česku vysoká, s výraznými regionálními rozdíly a rozdíly podle pohlaví, zejména u rakoviny plic. Úmrtnost na rakovinu je u všech hlavních příčin úmrtí na rakovinu vyšší než průměr EU, ale klesá. Vysoká úmrtnost na příčiny, kterým lze předcházet, naznačuje prostor pro zlepšení.

Rizikové faktory a politiky prevence

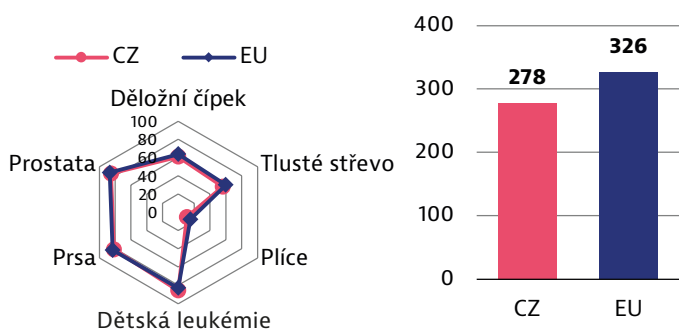
Spotřeba alkoholu a míra nadváhy a obezity v Česku patří k nejvyšším v EU a představuje tak velký problém v oblasti veřejného zdraví. Navzdory nedávným opatřením proti kouření zůstává počet kuřáků vysoký, zejména ve skupinách s nižší úrovní vzdělání.

Včasná detekce rakoviny

Programy screeningu rakoviny jsou dobře zavedené a doplňuje je adresné zvaní občanů ke screeningům. Míry účasti jsou vyšší než průměr EU u rakoviny děložního čípku, prsu i tlustého střeva a konečníku a v posledních letech jsou, s výjimkou roku 2020, stabilní. Znepokojení však vyvolávají regionální rozdíly.

Výkonnost onkologické péče

Kvalita onkologické péče se v posledním desetiletí zvýšila, ale míry pětiletého přežití u hlavních typů rakoviny jsou nižší než průměr EU. Vysoce specializovaná onkologická péče je poskytována v akreditovaných onkologických centrech, která nabízejí přístup k inovativním léčebným postupům a konzultacím multidisciplinárních týmů. V roce 2020 bylo v těchto centrech léčeno přibližně 71 % všech pacientů s rakovinou, ale mezi regiony existují značné rozdíly. V roce 2018 byly celkové náklady na rakovinu, včetně nepřímých nákladů, v Česku o 15 % nižší než průměr EU.



Pětiletá čistá míra přežití podle typu rakoviny, 2010-14

Celkové náklady na rakovinu (v EUR na obyvatele, PPP), 2018

2. Rakovina v Česku

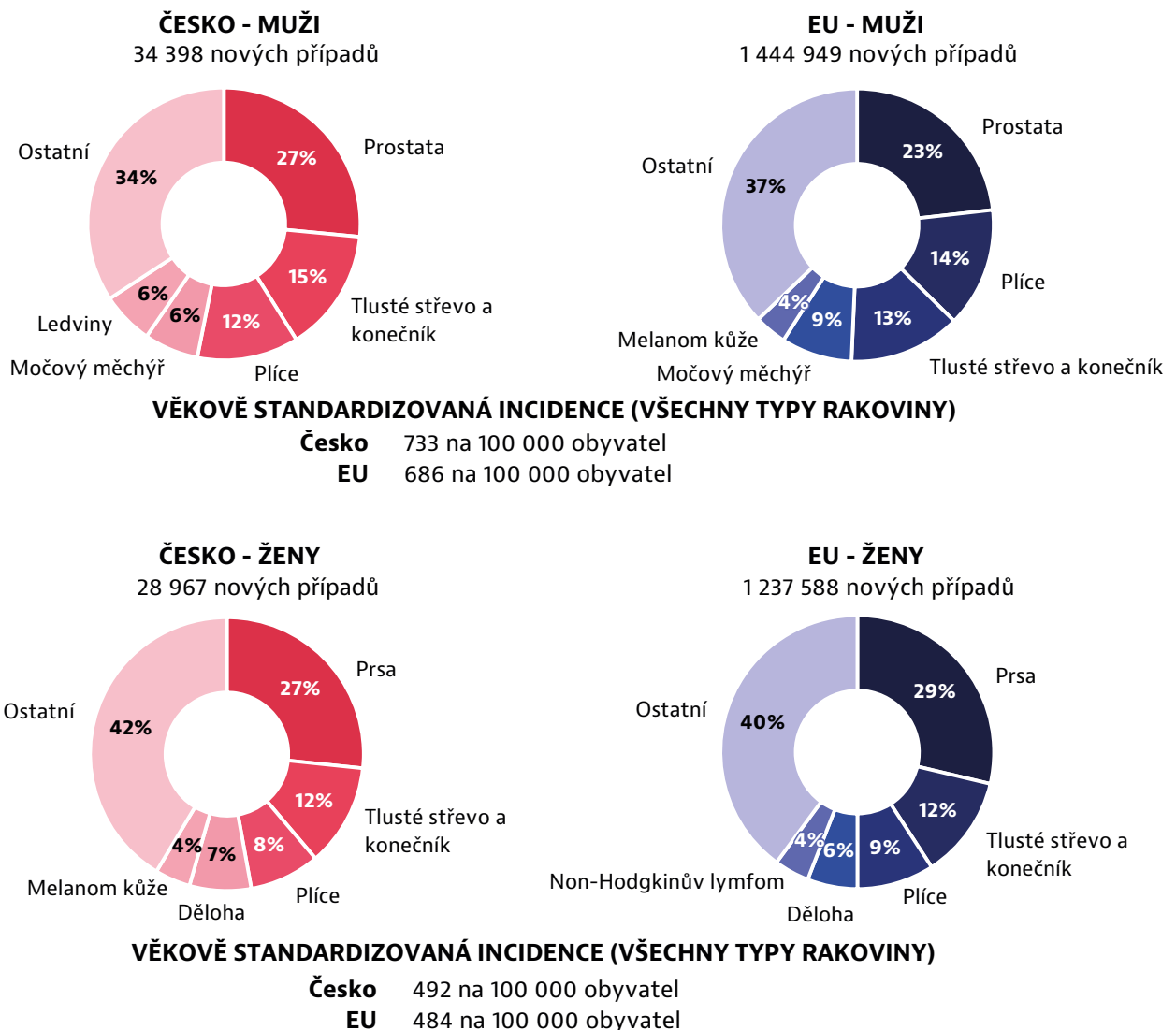
Incidence rakoviny je vyšší než průměr EU

Odhadovaná incidence rakoviny je v Česku vysoká. Podle Evropského systému informací o rakovině (ECIS) Společného výzkumného střediska (Joint Research Center) se na základě trendů incidence z let před pandemií očekávalo, že v roce 2020 bude rakovina nově diagnostikována u téměř 63 400 osob (obrázek 1). Věkově standardizovaná incidence činila 591 nových případů rakoviny na 100 000 obyvatel, což je přibližně o 4 % více než průměr EU. Mezi

onkologická onemocnění s nejvyšším počtem nových případů patřila rakovina prostaty (očekávalo se 188 nových případů na 100 000 obyvatel), rakovina prsu (132 na 100 000), rakovina tlustého střeva a konečníku (81 na 100 000) a rakovina plic (61 na 100 000). Incidence byla podle odhadů očekávaná vyšší než průměr EU u rakoviny prostaty (o 18,6 %) a rakoviny tlustého střeva a konečníku (o 12,1 %), ale nižší než průměr EU u rakoviny prsu (o 7,6 %) a rakoviny plic (o 9,7 %).

Obrázek 1. Odhadovaná incidence rakoviny byla v roce 2020 zejména u mužů vysoká

Rozdělení incidence rakoviny podle pohlaví v Česku a EU



Poznámka: Rakovina dělohy nezahrnuje rakovinu děložního čípku. Tyto odhady byly vytvořeny před pandemií COVID-19 na základě trendů incidence z předchozích let a mohou se lišit od pozorovaných výskytů v posledních letech.

Zdroj: Evropský systém informací o rakovině (ECIS). Dostupné z <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, stránka navštívena 9. května 2022.

© Evropská unie, 2022

Očekávalo se, že v roce 2020 bude podobně jako v EU 2 % nových případů rakoviny u mužů i žen tvořit rakovina žaludku a 4 % nových případů melanom kůže. V případě rakoviny u dětí se předpokládalo, že věkově standardizovaná incidence u dětí do 15 let bude v roce 2020 činit 12 případů na 100 000 obyvatel, což je méně než průměr EU (15 případů na 100 000 obyvatel). V roce 2013 byl počet nových případů vzácných nádorových onemocnění v České republice odhadován na 12 708.

Rozdíly v incidenci rakoviny podle pohlaví jsou velké, zejména u rakoviny tlustého střeva a konečníku

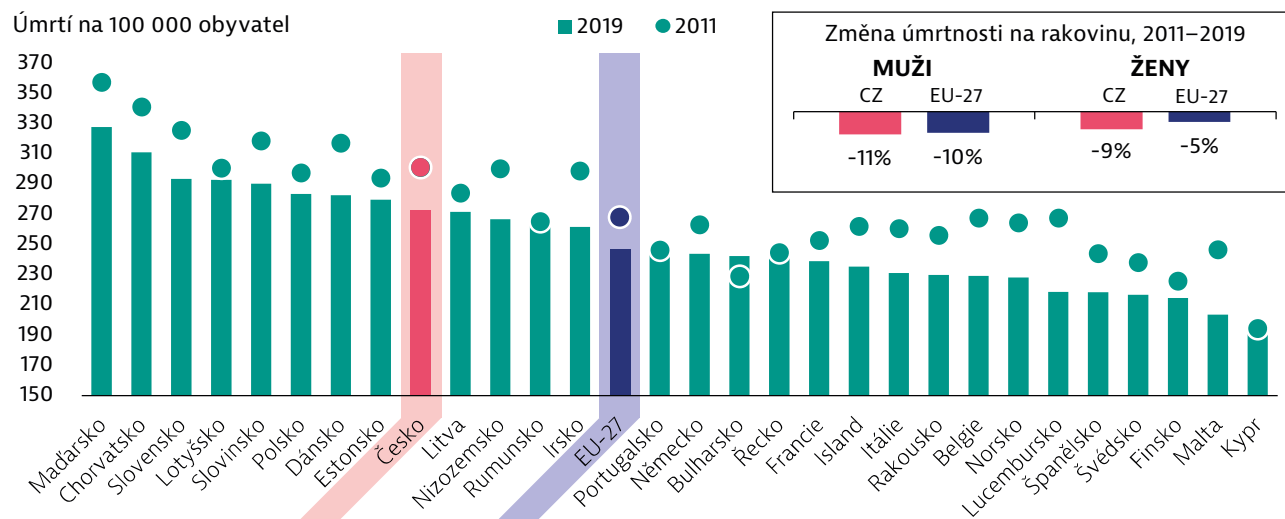
Pro rok 2020 se očekávalo, že věkově standardizované incidence budou vyšší než průměry EU jak u mužů (o 7 %), tak u žen (o 2 %), přičemž u některých typů rakoviny byl rozdíl poměrně velký (obrázek 1). V případě rakoviny tlustého střeva a konečníku se předpokládalo, že incidence u mužů bude o 88 % vyšší než u žen, což je více než průměrný rozdíl mezi muži a ženami v EU (63 %). V případě rakoviny plic měla být incidence u mužů v Česku podle očekávání

více než dvojnásobná než u žen, ale rozdíl mezi muži a ženami je srovnatelný s průměrem EU.

Míra úmrtnosti na rakovinu je vysoká, ale přibližuje se k průměru EU

V roce 2019 bylo v Česku téměř každé čtvrté úmrtí (23 %) způsobeno rakovinou a úmrtnost na rakovinu byla o 10 % vyšší, než je průměr EU (obrázek 2). Nejčastějšími byla úmrtí na rakovinu plic (50 úmrtí na 100 000 obyvatel), tlustého střeva a konečníku (35 úmrtí), slinivky břišní (22 úmrtí), prsu (18 úmrtí) a prostaty (15 úmrtí) (obrázek 3). Úmrtnost byla výrazně vyšší než průměr EU u rakoviny tlustého střeva a konečníku (o 19 %) a slinivky břišní (o 23 %) a mírně vyšší než průměr EU (o 8 %) u rakoviny prostaty, zatímco u rakoviny prsu byla mírně pod průměrem EU (o -6,2 %). U nejvýznamnějších příčin úmrtí na rakovinu jsou stále velké rozdíly mezi muži a ženami. Úmrtnost na rakovinu tlustého střeva a konečníku činila 31 úmrtí na 100 000 obyvatel u žen oproti 76 úmrtím u mužů; úmrtnost na rakovinu plic činila 24 úmrtí na 100 000 obyvatel u žen oproti 51 úmrtím u mužů.

Obrázek 2. I přes výrazný pokles v posledních letech je úmrtnost na rakovinu stále vyšší než průměr EU



Poznámka: Průměr EU je vážený (vypočítaný Eurostatem pro roky 2011–2017 a OECD pro roky 2018–2019). Zdroj: Databáze Eurostatu.

Úmrtnost na rakovinu se od roku 2011 snižuje rychleji než průměr EU, a to zejména u žen. Snížení je výraznější než průměrný pokles v EU u všech hlavních příčin úmrtí na rakovinu: úmrtnost na rakovinu prsu klesla o 12 %, na rakovinu tlustého střeva a konečníku o 17 %, na rakovinu plic o 16 % a na rakovinu prostaty o 8 % (obrázek 3). Úmrtnost na rakovinu slinivky břišní se snížila o 3 %, zatímco v celé EU se v průměru zvýšila o 4 %.

V roce 2019 činila úmrtnost na rakovinu žaludku 10 případů na 100 000 obyvatel (což je stejné jako průměr EU), zatímco úmrtnost na melanom kůže

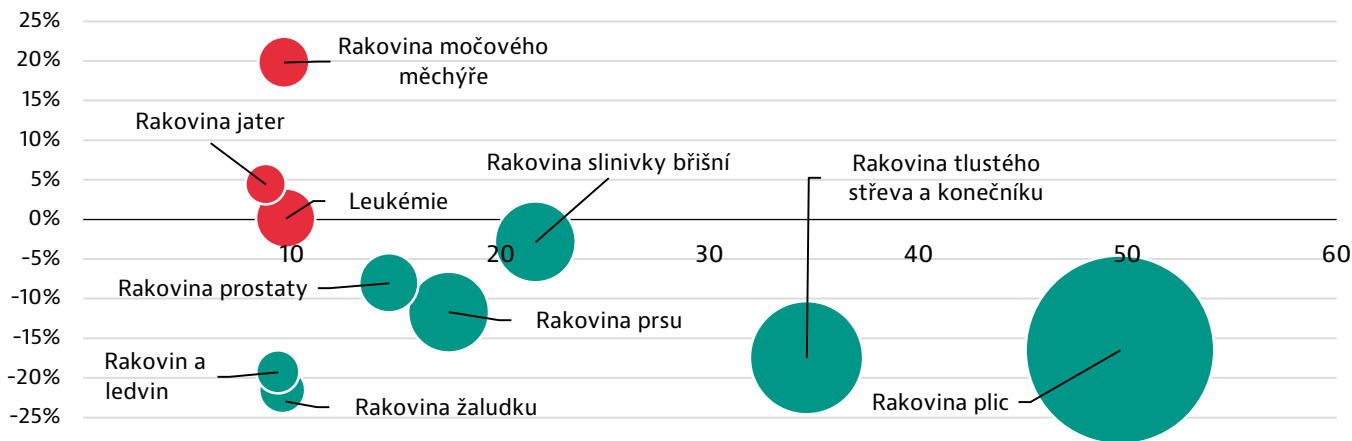
činila 4 případy na 100 000 obyvatel (což je o trochu více než průměr EU).

Regionální rozdíly v incidenci rakoviny a úmrtnosti na rakovinu jsou velmi vysoké

V letech 2016–2020 se incidence rakoviny tlustého střeva a konečníku lišila mezi čtrnácti kraji ČR až o 29 %. V případě rakoviny plic byla incidence mezi krajem s nejnižším (Zlínský) a nejvyšším (Ústecký) výskytem dvojnásobná, zatímco rozdíl mezi kraji v incidenci rakoviny děložního čípku činil 70 % (nejnižší byla zjištěna na Vysočině a nejvyšší v Karlovarském kraji).

Obrázek 3. Míra úmrtnosti na hlavní typy rakoviny v posledních letech klesla

Změna úmrtnosti na rakovinu, 2011–2019 (nebo nejbližší rok)



Věkově standardizovaná úmrtnost na 100 000 obyvatel, 2019

Poznámka: Červené bubliny signalizují nárůst procentní změny úmrtnosti na rakovinu mezi lety 2011–2019; zelené bubliny signalizují pokles. Velikost bublin je úměrná úmrtnosti v roce 2019. Úmrtnost na některé z těchto typů rakoviny je nízká, proto je třeba procentní změny interpretovat obezřetně. Velikosti bublin nejsou mezi profily jednotlivých zemí porovnatelné. Zdroj: Databáze Eurostatu.

V případě rakoviny prsu a rakoviny tlustého střeva a konečníku byla úmrtnost v některých krajích vyšší o více než 30 %. U rakoviny plic byla úmrtnost v Ústeckém kraji více než dvakrát vyšší než ve Zlínském kraji. V případě rakoviny děložního čípku byl rozdíl v úmrtnosti v jednotlivých krajích téměř 2,3násobný (Český národní onkologický registr, 2022).

Míra úmrtnosti na preventabilní a léčitelnou rakovinu se neustále zlepšuje

Mezi lety 2011 až 2018 se v Česku snížila úmrtnost na preventabilní¹ a léčitelnou² rakovinu – preventabilní o 15 % a léčitelná o 18 %, což je rychlejší pokles než ve většině zemí EU. Tím se úmrtnost dostala na průměr EU. Je to výsledek zlepšení screeningu rakoviny prsu, děložního čípku a tlustého střeva a konečníku a zlepšení dostupnosti a kvality onkologické péče v zemi. Úmrtnost na preventabilní rakovinu však neklesala tak rychle u žen, což naznačuje, že existuje prostor pro snížení zdravotních rizikových faktorů.

V letech 2000 až 2019 zaznamenaly potenciální roky života ztracené v důsledku zhoubných novotvarů druhý největší relativní pokles mezi zeměmi EU o 41 % a na 100 000 osob ve věku do 75 let připadalo 1 361 ztracených let života. Relativní pokles byl větší u mužů (46 %) než u žen (35 %), přičemž v roce 2019 bylo ztraceno 1 571, resp. 1 168 let života.

V polovině roku 2022 byl představen Národní onkologický plán 2030

Po více než roce příprav schválila vláda v červnu 2022 Národní onkologický plán České republiky 2030 (NOP 2030). NOP 2030 je v souladu s Evropským plánem boje proti rakovině (Evropská komise, 2021) a Strategickým rámcem rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 „Zdraví 2030“ a navazuje na Národní onkologický program České onkologické společnosti na období 2022–2030 a obdobný program České hematooonkologické společnosti. Doprovodné akční plány připravuje pracovní skupina Ministerstva zdravotnictví složená především ze zástupců odborných lékařských společností.

NOP 2030 se zaměřuje na inovace v oblasti včasné diagnostiky, rozvoje péče o pacienty v závěru jejich života a orientace na pacienta (rámeček 1). Zabývá se také posílením organizace onkologické péče, která je již centralizovaná, a zlepšením regionální dostupnosti tam, kde přetrvávají nedostatky.

1 Úmrtnost na preventabilní rakovinu se týká zhoubných novotvarů rtu, dutiny ústní, hltanu, jícnu, žaludku, jater, průdušnice, průdušek a plic, děložního čípku a močového měchýře.
 2 Úmrtnost na léčitelnou rakovinu se týká zhoubných novotvarů tlustého střeva a konečníku, prsu, děložního čípku, dělohy, varlat a štítné žlázy.

Rámeček 1. Národní onkologický plán 2030 se zaměřuje na čtyři strategické oblasti

NOP 2030 stanoví obecné politické cíle ve čtyřech strategických oblastech:

- zvýšení účinnosti všech úrovní prevence rakoviny (primární, sekundární a terciární prevence),
- zlepšení kvality života prostřednictvím péče zaměřené na pacienta (včetně dostupnosti rehabilitační, následné a paliativní péče, většího zapojení pacientů a monitorování osob s onkologickým onemocněním v anamnéze),
- účinná koordinace onkologické péče (včetně kontinuity péče, rozvoje personalizované medicíny a dostupnosti péče),

- vysoké standardy onkologické péče (včetně kvalifikované pracovní síly, technologické infrastruktury, sledování kvality péče, dostupnosti inovativní léčby, podpory výzkumu a využití výhod digitalizace).

Akční plány na podporu těchto cílů se stále vypracovávají.

3. Rizikové faktory a politiky prevence

Míra nadváhy a obezity dospělých v Česku byla v roce 2019 jedna z nejvyšších v EU

Podle šetření EHIS se prevalence nadváhy a obezity u osob starších 15 let neustále zvyšuje a v roce 2019 dosáhla 60 %, což je více než průměr EU, který činí 53 % (obrázek 4). Míra nadváhy a obezity je vyšší u mužů (69,8 % oproti průměru EU ve výši 60,2 %) než u žen (50,6 % oproti průměru EU ve výši 45,7 %) a vyšší u starších osob (73,2 % oproti průměru EU ve výši 62,8 %) než u osob ve věku 15 až 64 let. V roce 2019 bylo obézních 20 % dospělých Čechů, ale pokud bude současný trend pokračovat, předpokládá se, že v roce 2030 bude obézních 35 % (MZČR, 2020).

Více než polovina lidí ve věku 15 let a více (54 %) uvedla, že v roce 2019 nejedla denně žádné ovoce, a 58 % uvedlo, že denně nejedlo žádnou zeleninu. Tyto hodnoty jsou i přes určité zlepšení v posledních letech vyšší než ve většině zemí EU. Ve všech podskupinách obyvatelstva (rozdělených podle věku, pohlaví a vzdělání) byla spotřeba ovoce a zeleniny v Česku nižší než ve většině zemí EU. Ženy a lidé s vyšším vzděláním si však vedli o něco lépe než ostatní podskupiny. Dále pouze 25 % obyvatel ve věku 15 let a více uvedlo, že se v roce 2019 věnovalo mírné fyzické aktivitě, což je rovněž méně než v ostatních zemích EU (33 %).

Míra konzumace alkoholu patří i nadále k nejvyšším v EU

Celková konzumace alkoholu u dospělých, která v roce 2020 činila 11,6 litru čistého alkoholu na osobu, byla druhá nejvyšší v EU. Podle nedávné studie (OECD, 2021) má Česko obzvláště nízké hodnocení intervencí prováděných v oblastech cenotvorby,

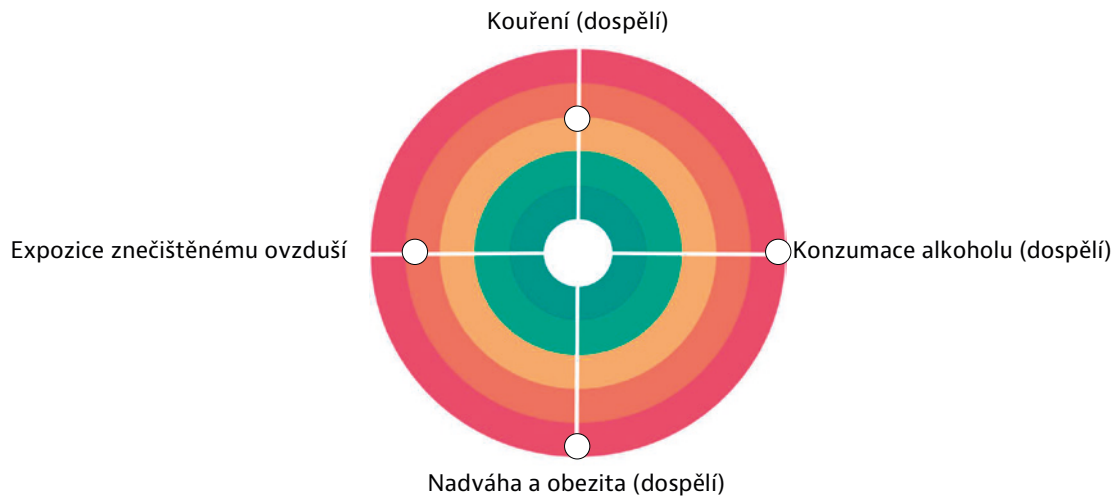
snižování škod a monitorování a dohledu, jak je definuje Globální strategie WHO pro snižování škodlivého užívání alkoholu z roku 2010. Spotřební daň z alkoholu je nižší než průměr EU, ačkoli v lednu 2020 byla zvýšena o 13 % (první zvýšení od roku 2010). Pokusy o omezení reklamy na alkohol dosud nebyly z politických důvodů úspěšné.

Téměř pětina dospělých denně kouří, ale v poslední době se zavádějí opatření proti kouření

Přestože se v posledním desetiletí kouření cigaret mírně snížilo, v roce 2019 kouřilo denně 19 % osob starších 15 let, což je mírně nad průměrem EU, který činí 18 %. Míra kouření byla vyšší než průměr EU jak u mužů (23 % oproti 22 %), tak u žen (16 % oproti 15 %). Kouření bylo méně rozšířené mezi lidmi s vyšším vzděláním (8 %), kteří kouřili téměř třikrát méně často než lidé s nižším vzděláním (obrázek 5). Kouření bylo také méně rozšířené mezi osobami ve věku 65 let a více.

V roce 2017 byla přijata komplexní protikuřácká legislativa (včetně zákazu kouření na veřejných místech) a v roce 2020 se o 10 % zvýšila spotřební daň z tabáku. Později v roce 2020 byla schválena komplexní změna daňové politiky, včetně dalšího zvýšení spotřební daně z tabáku o 10 % v roce 2021 a o 5 % v letech 2022 a 2023. Zdá se, že tato opatření měla pozitivní dopad, neboť podle průzkumu Státního zdravotního ústavu se míra kouření v posledních letech snížila. 20 % lidí je však i přes zákaz kouření na veřejných místech nadále vystaveno pasivnímu kouření na pracovišti a téměř dvě třetiny lidí stále kouří ve stejné míře jako před zákazem (Csémy a kol., 2021).

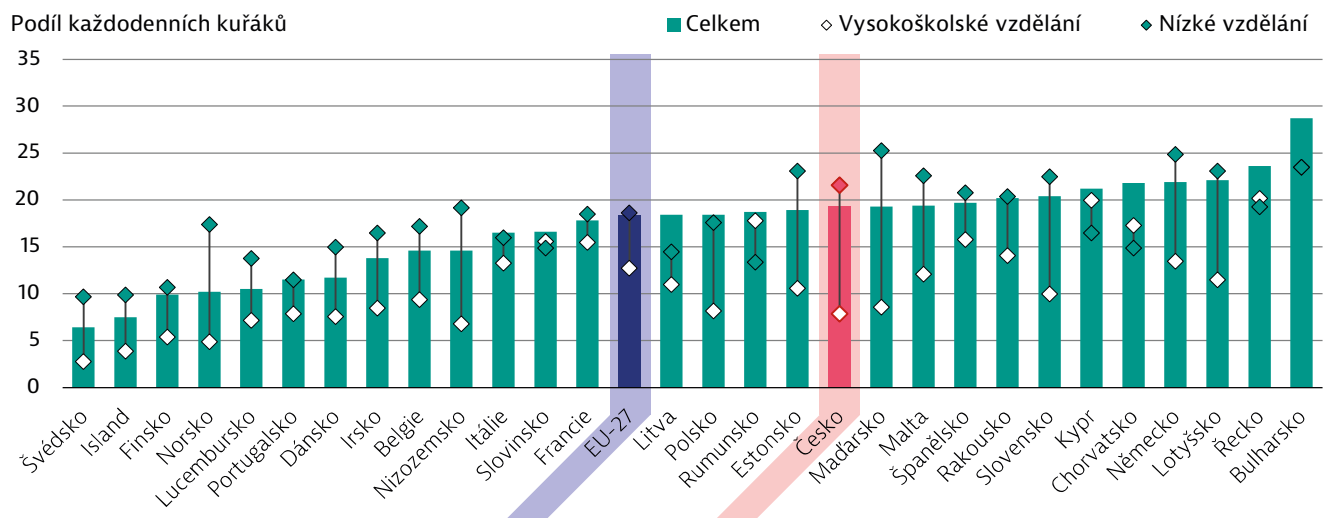
Obrázek 4. Nadváha, obezita a konzumace alkoholu jsou v Česku hlavním problémem v oblasti veřejného zdraví



Poznámka: Čím blíže středu se tečka nachází, tím lépe na tom země je ve srovnání s ostatními zeměmi EU. Žádná země se nenachází v bílé „cílové oblasti“, protože všechny země mají ve všech oblastech prostor pro zlepšení.

Zdroje: Výpočty OECD na základě Evropského výběrového šetření o zdraví (EHIS) 2019 pro míru kouření a nadváhu/obezitu, databáze OECD 2022 o zdraví a Globálního informačního systému WHO o alkoholu a zdraví (GISAH) pro spotřebu alkoholu (2020) a Eurostatu pro znečištění ovzduší (2019).

Obrázek 5. Míra kouření se v Česku výrazně liší podle úrovně vzdělání



Poznámka: Průměr EU je vážený (vypočítaný Eurostatem).
Zdroj: Databáze Eurostatu (EHIS). Údaje se týkají roku 2019.

Expozice znečištěnému ovzduší je v Česku vyšší než v EU

V roce 2019 činila expozice částicím PM_{10}^3 v Česku $20,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$, což je podobná hodnota jako průměr EU ($20,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Koncentrace částic $PM_{2,5}$ však byly v Česku vyšší než v EU ($14,4 \mu\text{g}/\text{m}^3$ oproti $12,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Podle údajů Institutu pro měření a hodnocení zdraví se expozice ozonu a částicím $PM_{2,5}$ podílela odhadem

na 6 % všech úmrtí v Česku v roce 2019, což je více než průměr v celé EU (4 %).

Přestože je prevence v agendě zdravotní politiky na předním místě, nejsou na ni vyčleněny dostatečné finanční prostředky

Vzhledem k vysoké prevalenci rizikových faktorů pro zdraví v Česku patří prevence nemocí, podpora veřejného zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti

3 Částice (PM) se dělí podle velikosti: PM_{10} označuje částice o průměru menším než 10 mikrometrů; $PM_{2,5}$ jsou částice o průměru menším než 2,5 mikrometru.

mezi hlavní cíle Strategického rámce rozvoje péče o zdraví do roku 2030 „Zdraví 2030“ (MZČR, 2020). Výdaje na prevenci v posledních letech mírně vzrostly; představovaly 3,8 % celkových výdajů na zdravotnictví v roce 2020, což je více než průměr EU, který činí 3,4 %.

Plán NOP 2030 se rovněž zaměřuje na podporu zdraví a primární prevenci rakoviny, přičemž cílem je motivovat ke změně životního stylu a zlepšit zdravotní gramotnost, mimo jiné prostřednictvím nových doporučených programových postupů. Ty by měly usnadnit pravidelné hodnocení nákladové efektivity preventivních politik, které se v současné době neprovádí. Kromě toho je cílem NOP 2030 posílit síť poraden pro odvykání kouření a program očkování proti lidskému papilomaviru (HPV).

Očkování proti lidskému papilomaviru je bezplatné, ale existují regionální rozdíly v proočkovanosti

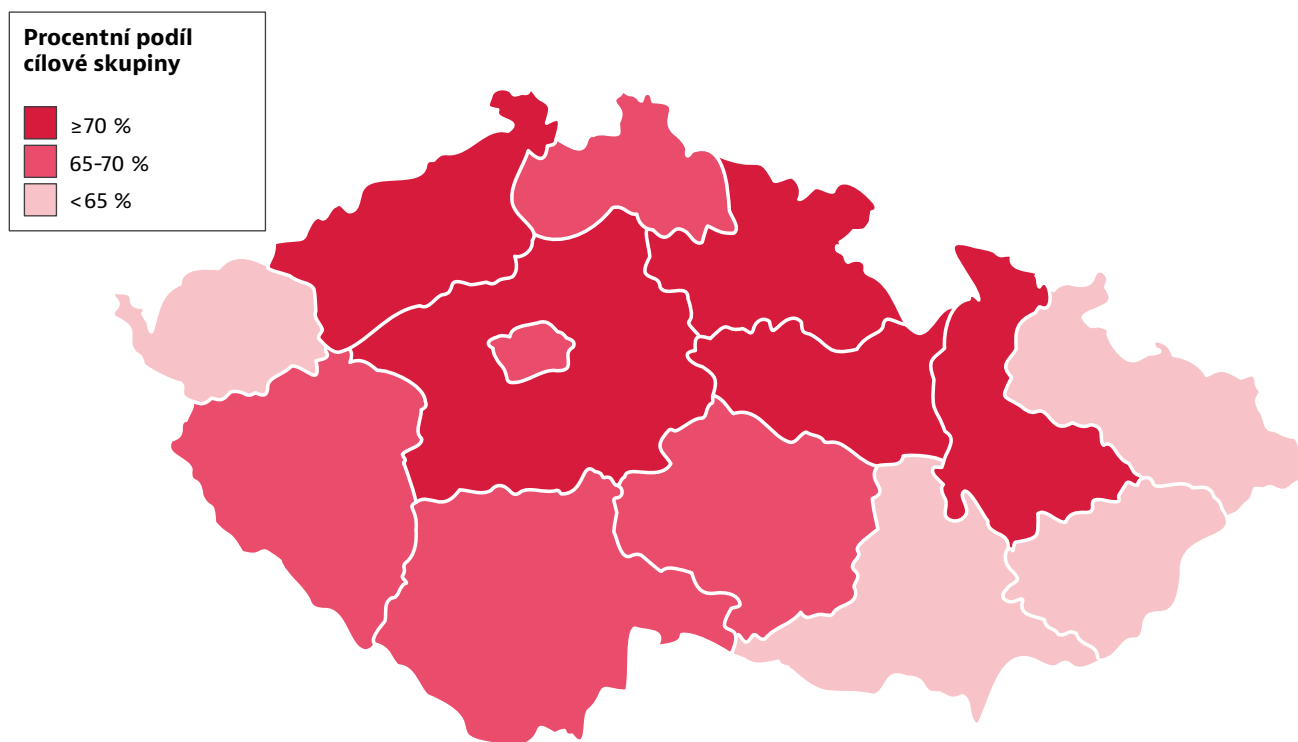
Vakcíny proti HPV aplikují praktičtí lékaři a gynekologové a jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, pokud je první dávka podána mezi 13. a 14. rokem věku. Očkování proti HPV je

dívčákům hrazeno od dubna 2012 a chlapcům od ledna 2018.

Očkování proti HPV u cílové skupiny dívek bylo v roce 2020 na úrovni 65 % (MZČR, 2022), což je hluboko pod cílem Evropského plánu boje proti rakovině, který činí 90 %. Od roku 2012, kdy proočkovanost činila 76 %, je patrný výrazný klesající trend, který se v roce 2017 ustálil na současné úrovni. V jednotlivých krajích jsou uváděny velmi rozdílné míry, a to od 55 % do 71 % (obrázek 6). V roce 2020 činila proočkovanost proti HPV u chlapců 41 %, přičemž v jednotlivých krajích se pohybovala mezi 28 % a 48 % (ÚZIS, 2022a).

V letech 2011 až 2019 se úmrtnost na rakovinu děložního čípku výrazně snížila, ale stále je o čtvrtinu vyšší než průměr EU (4,8 oproti 3,8 na 100 000 obyvatel). NOP 2030 uznává, že klesající proočkovanost proti HPV u dívek a nízká informovanost o očkování u chlapců jsou problémem, ale podrobný návrh opatření zatím nebyl připraven.

Obrázek 6. Proočkovanost proti lidskému papilomaviru se v jednotlivých krajích značně liší



Poznámka: Údaje se týkají dívek ve věku 13 let v roce 2020, které byly poprvé očkovány vakcínou proti HPV v roce 2020 nebo 2021. Započítávají se pouze vakcíny hrazené z veřejného zdravotního pojištění; vakcíny aplikované jiným věkovým kategoriím se nezapočítávají.
Zdroj: ÚZIS (2022a).

4. Včasná detekce rakoviny

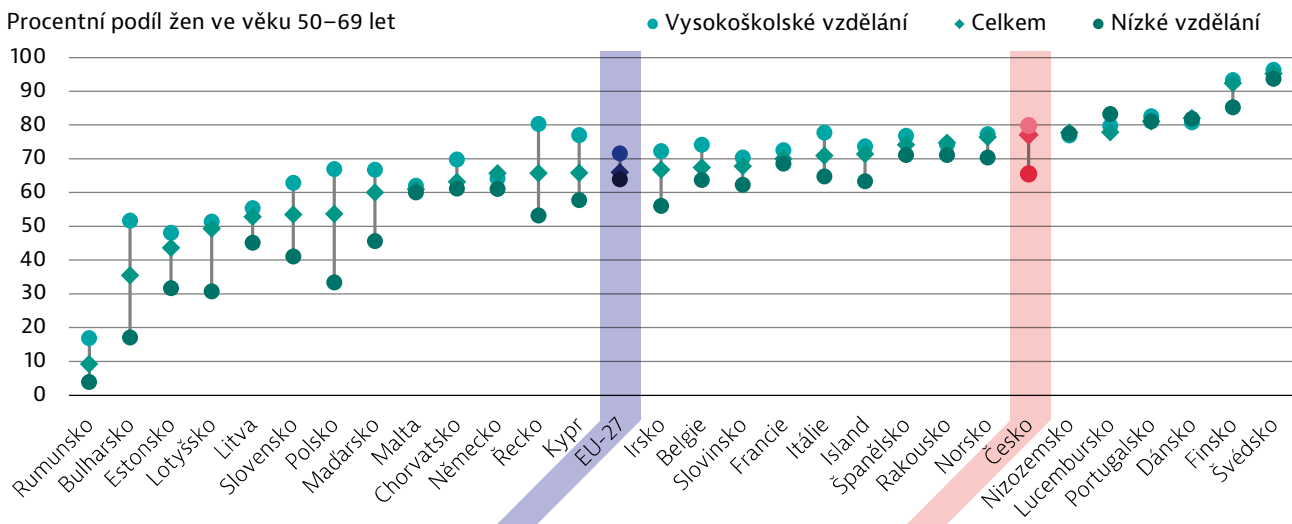
Populační programy screeningu rakoviny mají vysokou míru účasti

Populační screeningové programy (screening nabízený určité cílové populaci s daným zdravotním rizikem) pro rakovinu prsu, děložního čípku a tlustého střeva a konečníku jsou dobře zavedené a cílovým skupinám plně hrazené zdravotními pojišťovnami. Od roku 2014 jsou cílovým skupinám zasílány adresné pozvánky ke screeningu; tím se zvýšila účast na screeningu, zejména mezi těmi, kteří se screeningu účastní poprvé (Ngo a kol., 2018). Dopad na účast ve screeningu se nejvíce projevil u screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku; u dalších dvou programů byl dopad zejména v oblasti stabilizace míry účasti.

Účast v programu screeningu rakoviny prsu je vysoká, ale s výraznými regionálními rozdíly

Program screeningu rakoviny prsu, který byl zahájen v roce 2002, nabízí každé dva roky bezplatné mamografické vyšetření ženám starším 45 let. Vyšetřit se mohou nechat i ženy ve věku 40–45 let, ale ty si toto vyšetření musí zaplatit jako samoplátci. Míra účasti je od roku 2014 stabilní a 77,1 % žen ve věku 50 až 69 let v roce 2019 uvedlo, že podstoupilo mamografické vyšetření v posledních dvou letech, což je více než průměr EU, který činil 65,9 % (obrázek 7). Míra účasti podle vlastního vyjádření byla vyšší než průměr EU ve všech podskupinách obyvatelstva. Míra účasti na screeningu prsu je u žen s nižším vzděláním o 18 % nižší než u žen s vyšším vzděláním.

Obrázek 7. Míra screeningu rakoviny prsu byla nižší u žen s nižším vzděláním



Poznámka: Průměr EU je vážený (vypočítaný Eurostatem). Obrázek uvádí procento žen ve věku 50–69 let, které uvedly, že v posledních dvou letech podstoupily mamografické vyšetření. Zdroj: Databáze Eurostatu (EHIS). Údaje se týkají roku 2019.

Regionální rozdíly v míře účasti jsou velké. Na základě administrativních údajů zdravotních pojišťoven byl podíl žen ve věku 45–69 let, které podstoupily mamografické vyšetření v letech 2016–2017, nejnižší v hlavním městě Praze (55 %) a nejvyšší v kraji Vysočina (72 %), přičemž průměrná účast v celé ČR byla 60 % (ÚZIS, 2022a).

Míra screeningu rakoviny děložního čípku je nejvyšší v EU

Vyšetření stěru z děložního čípku, které bylo zavedeno v roce 2008, je plně hrazeno zdravotními pojišťovnami a provádí se jednou ročně v rámci

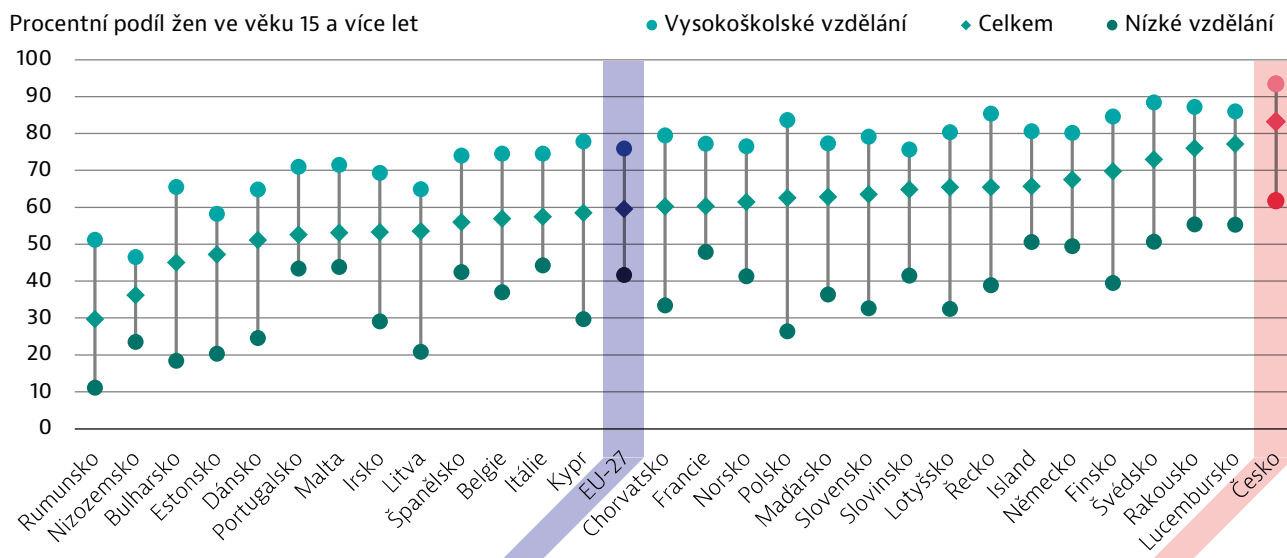
preventivní gynekologické prohlídky u všech žen starších 18 let. Ženám ve věku 25–70 let, které se pravidelného screeningu neúčastní, jsou zasílány adresné pozvánky. Od roku 2021 je pro ženy ve věku 35 a 45 let, které mají negativní cytologický nález, dostupný jako součást preventivní gynekologické prohlídky screening HPV DNA. Ostatní věkové skupiny mohou test HPV DNA podstoupit také, ale musí si jej zaplatit jako samoplátci.

Míra screeningu rakoviny děložního čípku v ČR je v rámci EU nejvyšší: v roce 2019 uvedlo 83 % žen, že v posledních třech letech podstoupily vyšetření stěru z děložního čípku, zatímco průměr EU je 60 %.

Významné rozdíly v míře účasti lze pozorovat mezi ženami s nižším (62 %) a vyšším (93 %) vzděláním (obrázek 8) a mezi ženami s nižšími (72 %) a vyššími (94 %) příjmy. Napříč kraji byla na základě

administrativních údajů zdravotních pojišťoven účast na screeningu rakoviny děložního čípku v roce 2017 nejnižší v Praze (53 %) a nejvyšší v Pardubickém kraji (60 %) (ÚZIS, 2022b).

Obrázek 8. Screeningu rakoviny děložního čípku se méně často účastní ženy s nižším vzděláním



Poznámka: Průměr EU je vážený (vypočítaný Eurostatem). Obrázek uvádí procento žen starších 15 let, které uvedly, že v posledních třech letech podstoupily stěr z děložního čípku. Zdroj: Databáze Eurostatu (EHIS). Údaje se týkají roku 2019.

V letech 2018–2021 proběhl pilotní projekt screeningu rakoviny děložního čípku zaměřený na ženy, které nechodí na pravidelné gynekologické prohlídky. Téměř 5 000 ženám ve věku 50–65 let byly doporučenou poštou zaslány samovyšetřovací testy HPV, ale míra odezvy činila zhruba pouhých 7 %.

Další část pilotního projektu se zaměřila na zranitelné skupiny – zejména na ženy ohrožené chudobou a sociálním vyloučením, a to především ve znevýhodněných oblastech. Zprostředkovatelé Státního zdravotního ústavu rozdali přibližně 200 ženám testy, z nichž byla k laboratornímu vyšetření vrácena více než polovina. Pilotní projekt se vyhodnocuje.

Míra účasti na screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku je vyšší než ve většině ostatních zemí EU

Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku je od roku 2000 pro osoby starší 50 let dostupný zdarma a v roce 2009 byl program aktualizován tak, aby zahrnoval i kolonoskopii. Účastníci si mohou vybrat buď test na okultní krvácení ve stolici (TOKS) jednou ročně pro věkovou skupinu 50–54 let a jednou za dva roky od 55 let, nebo kolonoskopii jednou za deset let.

Podíl osob ve věku 50 až 74 let, které v roce 2019 uvedly, že si v posledních dvou letech nechaly provést test na okultní krvácení ve stolici, činil v Česku 44,7 %, což je více než průměr EU, který činil 33,3 %. Na základě administrativních

údajů zdravotních pojišťoven činila v roce 2017 účast na screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku 30 % (ve standardním intervalu pro TOKS i screeningovou kolonoskopií); avšak míry účasti v krajích se pohybovaly od 23 % v Praze do 37 % v Olomouckém kraji (ÚZIS, 2022a). Po přičtení diagnostické kolonoskopie a diagnostického TOKS ukazují administrativní údaje za roky 2015–2019 více než 50% účast na screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku v tříletém intervalu (ÚZIS, 2022b). Národní screeningové centrum ÚZIS již dříve realizovalo pilotní projekt zkoumající možnost zasílání samoodběrových souprav TOKS osobám, které se pravidelného screeningu neúčastní. Pilotní projekt se vyhodnocuje.

Pilotně se provádí screening rakoviny plic a diskutuje se o screeningu rakoviny prostaty

V lednu 2022 byl zahájen pětiletý pilotní projekt screeningu rakoviny plic, který je zaměřen na osoby ve věku 55–74 let, které v minulosti kouřily dvacet cigaret denně po dobu dvaceti a více let (nebo větší množství cigaret po dobu deseti let). Praktičtí lékaři vybírají účastníky mezi svými registrovanými pacienty a odesílají je k plicním lékařům, kteří provedou vyšetření plic a následně je odešlou na akreditované radiologické pracoviště na vyšetření nízkodávkovou výpočetní tomografií (CT). Pokud nejsou plicní specialisté dostupní nebo je čekací doba dlouhá, mohou praktičtí lékaři poslat pacienty na radiologické vyšetření přímo. Pilotní projekt bude

vyhodnocen a kritéria výběru budou před spuštěním screeningového programu na národní úrovni případně upravena.

Účast na oportunním screeningu rakoviny prostaty není mezi českými muži zanedbatelná. Na základě tohoto zájmu je v současné době odborně diskutován

pilotní projekt populačního screeningu rakoviny prostaty. O vymezení cílové skupiny zatím nebylo rozhodnuto, ale probíhají diskuse o tom, jak zaměřit zájem veřejnosti o oportunní screening tak, aby zahrnoval skupiny s nejvyšším zdravotním rizikem.

5. Výkonnost onkologické péče

5.1 Dostupnost

Rozsah pojistného krytí zdravotního pojištění je široký, bez finančních překážek v dostupnosti onkologické péče

Prakticky 100 % obyvatel Česka je součástí systému veřejného zdravotního pojištění, které je založeno na trvalém pobytu a v případě občanů jiných států na zaměstnání. Onkologickou péči plně hradí a proplácí přímo poskytovatelům péče zdravotní pojišťovny. U onkologických chirurgických zákroků, léčby nebo léčivých přípravků podávaných poskytovatelem zdravotní péče, včetně všech inovativních léčebných postupů, se nevyžaduje žádná spoluúčast pacientů. Kromě toho se neplatí ani žádné poplatky za pobyt v nemocnici a ambulantní návštěvy, s výjimkou využití ambulantních pohotovostních služeb, pokud po nich bezprostředně nenásleduje pobyt v nemocnici.

U léků vyzvedávaných v lékárně se doplatky vztahují na léčivé přípravky, jejichž cena je vyšší než cena nejlevnějšího léku v referenční skupině, a na tyto doplatky je stanoven roční limit, rozvrstvený podle věku a ekonomické situace. Oportunní onkologický screening pro necílové skupiny není hrazen z veřejného zdravotního pojištění, ale některé zdravotní pojišťovny jej pojištěncům částečně proplácejí. Kromě toho se veřejné zdravotní pojištění nevztahuje na služby sociální péče, které mohou být zapotřebí vedle zdravotní péče v závěru života. Tyto náklady však spadají pod sociální zabezpečení a lidé mohou mít nárok na zvláštní příspěvek na sociální péči.

Síť poskytovatelů onkologické péče je centralizovaná a má jasnou hierarchickou strukturu

V roce 2022 mělo Česko patnáct akreditovaných komplexních onkologických center (KOC), osm hematoonkologických center a dvě centra vysoce specializované onkologické a hematoonkologické péče pro děti. Na krajské úrovni komplexní

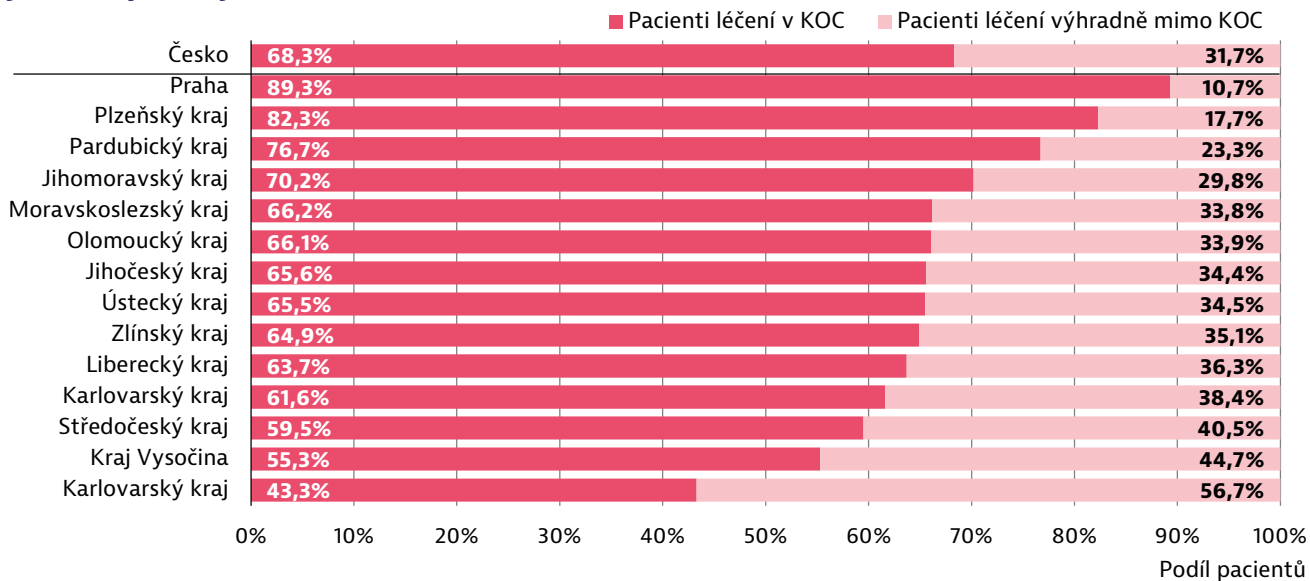
onkologická centra vytvářejí a vedou regionální onkologické skupiny (ROS), v jejichž rámci spolupracují s dalšími regionálními poskytovateli onkologické péče, konzultují rozhodnutí o léčbě a koordinují následnou péči (viz oddíl 5.2). Některé léčebné postupy lze provádět pouze v akreditovaných centrech. V případě jiných léčebných postupů může být pacient s rakovinou po rozhodnutí o léčbě odeslán z KOC k poskytovateli v rámci daného ROS.

Dostupnost vysoce specializované péče je v některých krajích omezená

Každý kraj kromě Karlovarského má alespoň jedno KOC. Podíl pacientů s rakovinou léčených v KOC v celé zemi se postupně zvyšuje a v roce 2020 dosáhl 71 %, regionální rozdíly jsou však značné. Zatímco v Praze činil v letech 2016–2020 podíl pacientů s rakovinou léčených výhradně u poskytovatele mimo KOC pouze 11 %, v Karlovarském kraji to bylo 57 % (obrázek 9). Jedním z hlavních cílů NOP 2030 je snížení nerovností v dostupnosti péče v Karlovarském kraji. Mezi možná opatření patří posílení spolupráce karlovarské ROS s KOC v Praze a Plzeňském kraji a podpora využívání multidisciplinárních diagnostických týmů (MDT) pro konzultace (viz kapitola 5.2). Zřízení nového KOC se však z důvodu nedostatku dostupných kvalifikovaných zdravotnických pracovníků (např. lékařů specialistů) v kraji neplánuje.

Ačkoli je celý rozsah onkologické péče hrazen z veřejného zdravotního pojištění a je poskytován bezplatně, cestovní náklady zpravidla hrazeny nejsou. Geografická dostupnost představuje problém pro pacienty, kteří musí za léčbou pravidelně dojíždět, zejména pokud se KOC nachází ve velké vzdálenosti nebo v jiném kraji. Zatímco diagnostiku lze řešit konzultacemi MDT, inovativní léčba je poskytována pouze v KOC, což může představovat překážku pro vhodnou léčbu pro osoby, které nemohou nebo nejsou ochotny cestovat.

Obrázek 9. Podíly pacientů s rakovinou léčených v komplexních onkologických centrech se v jednotlivých krajích liší



Poznámka: Pacienti podstupující léčbu solidního zhoubného nádoru podle místa bydliště. Do podílu KOC se započítávají pacienti, které KOC odeslalo k další léčbě k jinému poskytovateli. Ne všichni pacienti vyžadují podle klinických doporučených postupů léčbu, diagnostiku nebo konzultaci v KOC, proto cílem není 100 % pacientů v KOC.
Zdroj: ÚZIS (2022b). Údaje se týkají období 2016–2020.

Česká vláda čelí dlouhodobým problémům s pracovními silami

Česko má obecně problém s nedostatkem vysoce kvalifikovaných zdravotních sester v nemocnicích. Hustota lékařů na počet obyvatel je podobná průměru EU, ale existují rozdíly mezi jednotlivými specializacemi a mezi kraji. Více problémů je hlášeno s počtem a věkovým profilem praktických lékařů než lékařů akutní lůžkové péče. Úvádí se, že onkologové jsou vzhledem k přítomnosti lékařských fakult dostupnější v Brně a Praze, méně pak v západních Čechách – zejména v Karlovarském, Libereckém a Ústeckém kraji.

U ostatních zdravotnických pracovníků je uváděn nedostatečný počet radiologických asistentů a radiologických fyziků, s výjimkou Brna, kde existuje akreditovaný studijní program. Aby se vláda vypořádala se stárnutím zdravotnických pracovníků, podporuje od roku 2019 finančně lékařské fakulty, což vedlo k navýšení počtu mediků. Podobný program se nyní připravuje i pro vzdělávání zdravotních sester.

Technologie pro léčbu rakoviny se nachází po celé zemi

Dostupnost technického vybavení pro onkologickou léčbu je vyšší než průměr EU, a to jak v případě center částicové terapie, tak center radioterapie (obrázek 10). Screening a diagnostiku rakoviny provádějí akreditovaní poskytovatelé, kteří jsou rozmístěni po celé zemi, ale jejich hustota se v jednotlivých krajích liší. Počet obyvatel spadajících pod 73 akreditovaných mamografických screeningových center se pohybuje od 23 000

obyvatel na 1 mamograf v Královéhradeckém kraji po 80 000 obyvatel na 1 mamograf v Jihočeském kraji (ÚZIS, 2022c).

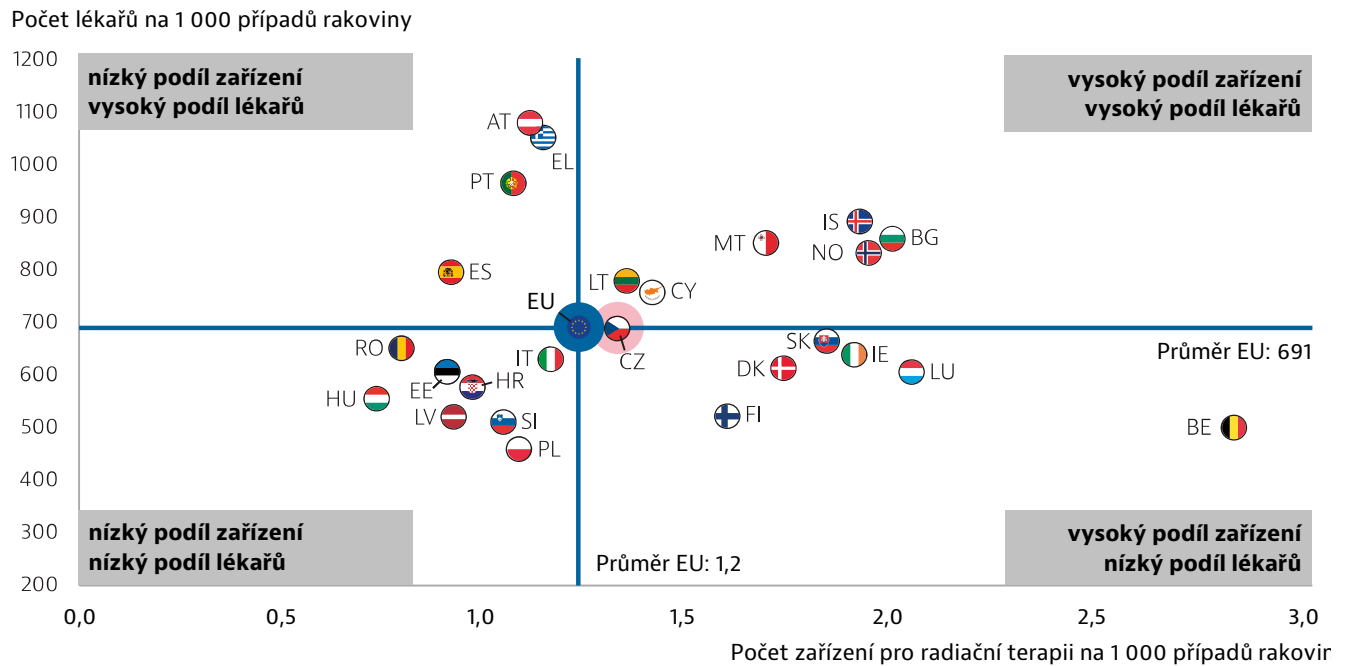
Údaje o cestě pacientů onkologickou péčí a o včasnosti této péče jsou omezené

Doba od pozitivního výsledku screeningu do konzultace MDT a do zahájení léčby není pravidelně sledována a vyhodnocována. Odborníci odhadují, že existují regionální rozdíly ve včasnosti zahájení léčby od stanovení diagnózy a že existuje prostor pro zlepšení. V Jihomoravském kraji shromažďuje regionální KOC u rakoviny prsu údaje o době od screeningu do konzultace MDT, která byla v polovině roku 2022 velmi dobrá a činila jen několik pracovních dnů; pro ostatní kraje podobné informace chybí. Podle národních odborníků je nejhorší situace v západní části Česka. Problém nemusí vždy nutně souviset s infrastrukturou a kapacitou; je také pravděpodobně důsledkem nedostatečné spolupráce, neefektivní vzájemné komunikace poskytovatelů a/nebo špatné organizace pracovních postupů.

Přístup k lékům proti rakovině je dobrý a může se dále zlepšovat

Ze 160 přípravků schválených Evropskou agenturou pro léčivé přípravky (EMA) v letech 2017–2020 bylo k lednu 2022 k dispozici 55 % s úhradou z veřejného zdravotního pojištění, přičemž průměr EU činil 46 % (Newton, Scott a Troein, 2022). Tato míra je vyšší než v ostatních střeoevropských zemích. Doba od schválení nového léčiva na evropské úrovni do stanovení systematické úhrady z veřejného zdravotního pojištění v ČR trvala v průměru 19 měsíců. To je o dva měsíce déle, než je průměr

Obrázek 10. Česko má nadprůměrné vybavení pro radioterapii na 1 000 případů rakoviny



Poznámka: Průměr EU není vážený (vypočítaný OECD). Radioterapeutické vybavení nemocnic a poskytovatelů ambulantní péče. Údaje se týkají lékařů (bez sester a jiných ošetřovatelů). Zdroj: Eurostat a databáze OECD o zdraví (údaje se vztahují k roku 2020 nebo nejbližšímu roku).

EU, ale proces se může zkrátit: nová legislativa z roku 2022 zrušila požadavek čekat se zahájením řízení pro stanovení ceny a rozhodnutí o úhradě na dvě jiné země. Zkrácení doby, po kterou není nově zaregistrované inovativní léčivo systematicky hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, zvýší transparentnost: léčba v tomto období je totiž dostupná pouze na základě ad hoc rozhodnutí zdravotní pojišťovny pro konkrétního pacienta, přičemž toto rozhodnutí nemusí být stejné pro pacienty s podobnými potřebami pojištěné u jiných zdravotních pojišťoven.

Nová právní úprava rovněž usnadnila cestu inovativním léčivým přípravkům k získání trvalé úhrady, neboť prodloužila dočasné období úhrady ze tří na pět let. Po schválení úhrady, ať už dočasné, nebo trvalé, není počet léčených pacientů v rámci schválených klinických indikací omezen. Právní předpisy také nově zapojují pacienty a odborné lékařské společnosti do rozhodování o úhradách léčivých přípravků pro vzácná onemocnění a přidávají kritéria sociálního dopadu a přínosu, která je vedle analýzy nákladů a přínosů a cenové dostupnosti třeba při procesu úhradového posuzování zohlednit.

Paliativní péče je přítomna v každém kraji, ale rozsah služeb a jejich kapacita se různí

Všechna KOC mají specializovaný paliativní tým, poskytují paliativní péči a v rámci akreditačních kritérií musí mít uzavřenou smlouvu s poskytovatelem domácí paliativní péče nebo péče

v závěru života. Tato spolupráce je v některých krajích, včetně Jihomoravského kraje a Prahy, dobře zavedená. V jiných krajích, například ve Středočeském, je situace složitější z důvodu kombinace nedostatku poskytovatelů a jejich nedostatečné kapacity. Nabízené služby se mohou pohybovat od pouhého zajištění zdravotní sestry až po přítomnost paliativního lékaře.

V minulosti byly provedeny dva pilotní projekty zaměřené na mobilní paliativní péči (poskytování domácí paliativní péče) a od roku 2017 je tento typ péče rovněž hrazen zdravotními pojišťovnami. Regionální rozdíly v dostupných kapacitách jsou však značné a zajištění dostupnosti všech typů paliativní péče patří mezi priority plánu NOP 2030.

5.2 Kvalita

Síť poskytovatelů onkologické péče je dobře zavedená

V roce 2008 byla zřízena centra vysoce specializované onkologické péče, která musí jednou za pět let získat akreditaci Ministerstva zdravotnictví, přičemž mezi kritéria patří personální, technické a organizační požadavky. KOC jsou odpovědná za regionální onkologické skupiny, které byly ustanoveny v roce 2017, a kliniky je vedou.

KOC odpovídají za koordinaci celého spektra onkologické péče, včetně paliativní péče a následné péče o pacienty s onkologickým onemocněním v anamnéze. Smluvní spolupráce poskytovatelů v

rámci ROS s daným KOC by měla vést k dodržování společných klinických protokolů a doporučených postupů a podpořit standardizovaný systém řízení onkologické péče. Do těchto spolupracujících onkologických sítí jsou zapojeni i praktičtí lékaři, kteří v roce 2019 získali nové kompetence v oblasti sledování pacientů s onkologickým onemocněním v anamnéze (v roce 2020 sledovali praktičtí lékaři 6 500 takových pacientů). Od roku 2019 slouží KOC v Praze a Brně také jako národní onkologická centra, která koordinují onkologický výzkum a jsou kontaktními místy pro mezinárodní výzkumnou spolupráci.

V roce 2017 měl být vypracován soubor ukazatelů kvality pro KOC a ROS, včetně ukazatele doby od detekce onemocnění po léčbu, ale žádné výsledky dosud nebyly zveřejněny. Masarykův onkologický ústav je jediným KOC v Česku, které má akreditaci od Organizace evropských onkologických ústavů (Organisation of European Cancer Institutes).

Některá KOC se specializují na specifickou chirurgickou léčbu a přebírají pacienty od jiných poskytovatelů péče. Neexistuje však žádný formální požadavek, aby poskytovatelé odesílali pacienty, kteří potřebují konkrétní operaci, do konkrétního KOC. Ministerstvo zdravotnictví plánuje zavést do úhrad nemocnicím složku platby za kvalitu, aby ještě více podpořilo centralizaci pacientů do akreditovaných KOC.

Téměř všichni dětské pacienty jsou léčeni ve specializovaných centrech

Onkologická péče o děti je centralizovaná, solidní nádory se léčí ve dvou akreditovaných centrech v Praze a Brně. V případě hematologické se v těchto centrech poskytuje primární léčba a transplantace, přičemž následná péče je zajištěna též ve spolupráci s dalšími hematologickými centry v zemi. Obě akreditovaná centra vedou databázi diagnostikovaných a léčených dětských pacientů. NOP 2030 plánuje posílit systém sledování dětských onkologických pacientů po celý jejich život.

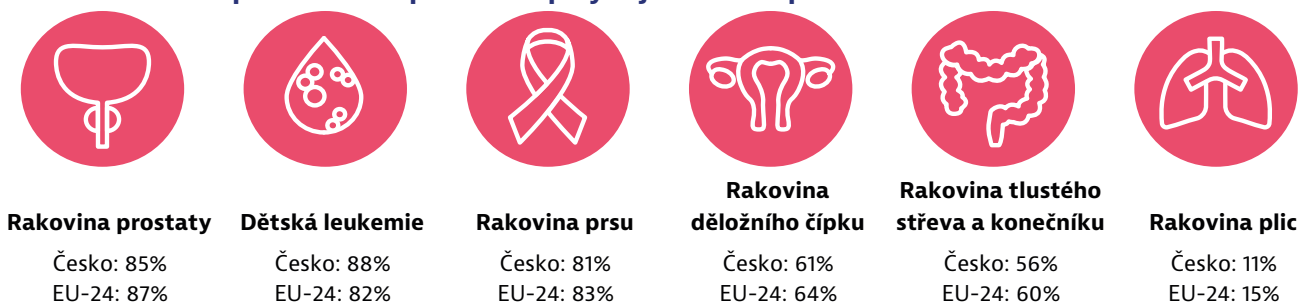
Podle Českého informačního portálu o onkologických onemocněních dětského věku (2022) se neustále zlepšuje pětileté přežití dětských pacientů, které v letech 2011–2016 dosáhlo 87,5 %.

Míra pětiletého přežití v Česku se zlepšila, ale obecně zůstává pod průměrem EU

Míra přežití u rakoviny prsu, plic a konečníku se od roku 2000 zlepšuje, i když pomaleji než průměr EU, a u pacientů diagnostikovaných v letech 2010–2014 byla stále nižší než ve většině zemí EU (obrázek 11). V případě rakoviny prostaty bylo zlepšení rychlejší než průměr EU, ale míra přežití byla stále nižší než průměr EU. Pětileté přežití u rakoviny plic je obzvláště nízké (11 % v Česku oproti 15 % v EU). Pozitivní výjimku tvoří melanom kůže a dětská leukémie, u nichž míra přežití zůstává stále vyšší než průměr EU. Národní údaje ukazují pokračující zlepšování míry přežití u většiny typů rakoviny u pacientů diagnostikovaných v letech 2015–2019 ve srovnání s pacienty diagnostikovanými v letech 2010–2014 (ÚZIS, 2022b).

Více než polovina nádorů prsu byla v letech 2016–2020 odhalena v časném nebo lokalizovaném stadiu a 28 % bylo odhaleno ve středním stadiu. Na základě údajů Národního onkologického registru ČR se podíl záhytu nádorů prsu v časných stadiích postupně zvyšoval z 27 % v roce 2000 na 48 % v roce 2019, ale v roce 2020 klesl na 45 %. Národní údaje rovněž naznačují vysoký podíl nádorů zjištěných v pokročilejším stadiu, včetně typů rakoviny s organizovanými screeningovými programy a mezi pacienty, kteří se již léčí s jinými typy rakoviny (ÚZIS, 2022b).

Obrázek 11. Čistá pětiletá míra přežití dospělých je nižší než průměr EU



Poznámka: Údaje se týkají osob, u nichž bylo onemocnění diagnostikováno mezi lety 2010 a 2014. Dětská leukemie odkazuje na akutní lymfoblastickou leukémii.

Zdroj: Program CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Multidisciplinární diagnostické týmy jsou běžné, ale je třeba zlepšit jejich využívání

Česko podporuje využívání týmů MDT ke zlepšení kvality onkologické péče; pro získání akreditace KOC je třeba mít k dispozici tým MDT. Poskytovatelé v rámci regionálních onkologických sítí jsou žádáni, aby před zahájením léčby odeslali pacienty na konzultaci MDT do svého KOC. V některých případech (rakovina slinivky břišní, rakovina prsu, vzácné druhy rakoviny a inovativní léčivé přípravky proti rakovině) je pro úhradu léčby zdravotní pojišťovnou konzultace MDT nutná. Česká onkologická společnost vydává doporučené postupy pro konzultace MDT a odhaduje, že přibližně 80–85 % nově diagnostikovaných pacientů by mělo být vyšetřeno týmem MDT.

Přestože se využívání MDT v posledním desetiletí zvýšilo, konzultace byly poskytnuty pouze 50 % pacientů, kteří poprvé nastoupili léčbu solidního zhoubného novotvaru v KOC v roce 2021 (ÚZIS, 2022c). Kromě toho existují rozdíly mezi jednotlivými kraji. Kliničtí odborníci rovněž zdůrazňují nutnost posílit spolupráci mezi KOC a poskytovateli sdruženými v ROS, a to jak za účelem podpory konzultací MDT při rozhodování o léčbě, tak za účelem sledování výsledků léčby.

Chybí pravidelné sledování dodržování klinických doporučených postupů

Národní onkologický registr ČR má dlouholetou tradici a zahrnuje klinické údaje, které jednou ročně hlásí KOC a ROS. Naproti tomu screeningový registr obsahuje administrativní údaje o poskytnuté péči od zdravotních pojišťoven, které jsou hlášeny v průběhu roku s několikaměsíčním zpožděním.

Registry nejsou systematicky využívány k pravidelnému sledování souladu poskytnuté péče s klinickými doporučenými postupy pro diagnostiku a léčbu rakoviny, které vypracovaly lékařské společnosti. Přestože například minimální počty pro vybrané zákroky jsou součástí doporučených postupů a jsou zahrnuty do akreditačních kritérií KOC, není zaveden žádný monitorovací systém, který by soulad s těmito požadavky posuzoval. Sledování souladu s doporučenými postupy zatím není na národní úrovni zavedeno, ale patří mezi vytyčené cíle NOP 2030, stejně jako vytvoření systému pro sledování postupu léčby pacientů.

Uskutečnění Národního onkologického plánu 2030 zlepšit zapojení pacientů

Některé nemocnice sbírají informace od pacientů pro své interní účely, včetně údajů o tom, jakou zkušenost s jejich zdravotnickým zařízením pacienti měli a o jejich spokojenosti. V rámci svých strategických cílů si NOP 2030 klade za cíl posílit a upevnit zapojení pacientů do rozhodování o léčbě, podpořit poskytování onkologické péče zaměřené

na pacienta na základě informací získaných v dotazníkových šetřeních mezi pacienty a zřídít v nemocnicích rady pacientů.

5.3 Náklady a jejich efektivita

Náklady na onkologickou péči rostou, ale zatím se je daří držet pod kontrolou různými nástroji

Vzhledem ke stárnutí populace v Česku Ústav zdravotnických informací a statistiky předpovídá, že incidence rakoviny se v příštích deseti letech zvýší až o 10 % a prevalence rakoviny ve stejném období až o 30 %, což povede k nárůstu nákladů na onkologickou péči o 10 % ročně (MZČR, 2022).

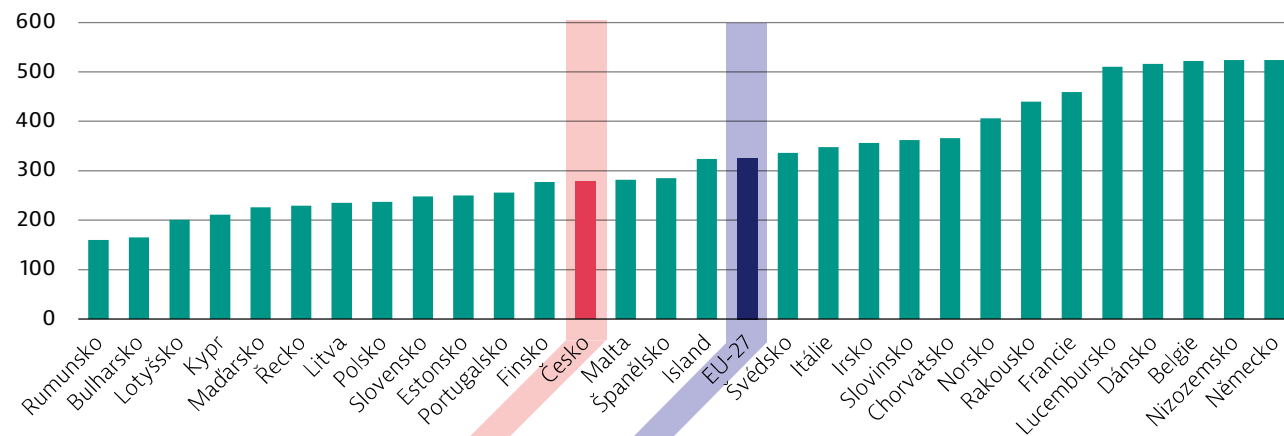
V roce 2018 byly celkové náklady rakoviny v Česku, včetně nepřímých nákladů a přepočtené na paritu kupní síly (PPP), o 15 % nižší než průměr EU (obrázek 12). Výdaje na onkologickou péči však představovaly 7 % celkových výdajů na zdravotnictví, což je o něco více než průměr EU, který činil 6,3 %. Výdaje na inovativní léčbu rakoviny postupně rostou a v roce 2019 dosáhly 8,2 miliardy Kč (335 milionů EUR) (což představuje 2 % celkových výdajů zdravotních pojišťoven). V roce 2019 vzrostly výdaje na inovativní léčbu solidních zhoubných nádorů o 16 % a na inovativní léčbu hematoonkologických onemocnění o 33 % (ÚZIS, 2022b).

Nárůst výdajů na léky proti rakovině je způsoben především rostoucím počtem léčených pacientů. Náklady na inovativní léčbu solidních zhoubných nádorů na pacienta a měsíc léčby se totiž v Česku od roku 2010 příliš nezměnily a mezi lety 2016 a 2020 došlo k jejich snížení o 5 % (ÚZIS, 2022b). Náklady jsou pod kontrolou díky právnímu předpisu, který stanoví, že držitelé rozhodnutí o registraci jsou odpovědní za náklady přesahující odhadovaný dopad na rozpočet, který se uvádí v procesu stanovení dočasné úhrady daného inovativního léčiva.

Aby se zvýšila efektivita vynaložených prostředků, musí u každého pacienta před rozhodnutím o poskytnutí inovativní léčby proběhnout konzultace s MDT; v opačném případě zdravotní pojišťovna léčbu neproplatí. Samotná konzultace MDT je hrazena zdravotní pojišťovnou samostatně, odděleně od úhrady ostatní onkologické péče. To motivuje poskytovatele a pacienty s rakovinou k využívání MDT. Inovativní léčbu a léčiva pro vzácná onemocnění lze poskytovat pouze v akreditovaných KOC a hematoonkologických centrech.

Obrázek 12. Celkové náklady na rakovinu na obyvatele jsou nižší než průměr EU

na obyvatele v EUR PPP



Pozn.: Průměr EU-27 není vážený (vypočítaný OECD).
Zdroj: Hofmarcher a kol. (2020).

Cílem národního plánu obnovy je posílit síť centralizované onkologické péče

Jednou z oblastí, na kterou se zaměřuje národní plán obnovy (financovaný z fondů EU), je posílení onkologické péče. Cílem je zřízení Národního ústavu pro výzkum rakoviny v Praze a rozvoj onkologické péče v krajích. Do infrastruktury onkologické péče budou investovány celkem 2 miliardy Kč (81,6 milionu EUR), částečně na podporu rozvoje KOC v některých krajích a na posílení koordinace péče a spolupráce mezi kraji (viz oddíl 5.1).

5.4 COVID-19 a rakovina: posilování odolnosti systému

Na začátku pandemie byl přerušen screening rakoviny a vzniklé zpoždění se nepodařilo dohnat

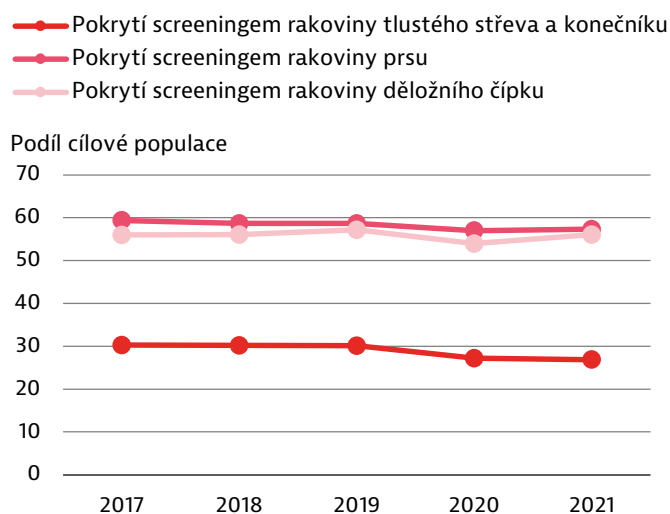
Během první vlny onemocnění COVID-19 v roce 2020 došlo k dramatickému poklesu využívání screeningů. Mamografický screening klesl v dubnu až červnu 2020 ve srovnání se stejnými měsíci roku 2019 o 19 %, screening rakoviny děložního čípku o 21 % a TOKS pro screening rakoviny tlustého střeva a konečníku o 26 % (ÚZIS, 2022c).

Navzdory rychlému nárůstu účasti ve screeningu během třetího čtvrtletí roku 2020, kdy v létě 2020 byla vyšší účast než v létě 2019, způsobila druhá vlna onemocnění COVID-19 v říjnu 2020 další narušení všech tří screeningových programů a účast se vrátila na úroveň před pandemií až ve druhém čtvrtletí roku 2021. Celkově to vedlo k nižšímu pokrytí screeningovými programy v letech 2020 a 2021 ve srovnání s rokem 2019: míra screeningu rakoviny prsu klesla v obou letech o 1,5 procentního bodu, míra screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku v obou letech o 3 procentní body a míra

screeningu rakoviny děložního čípku v roce 2020 o 3 procentní body a v roce 2021 o 1 procentní bod (obrázek 13).

Nižší míra screeningu obecně vede k tomu, že nádory jsou odhalovány v pozdějším stadiu, což vyžaduje náročnější léčbu a má dopad na míru přežití. Národní údaje naznačují nižší podíl časných stadií nádorů u nově zjištěné rakoviny prsu - místo 47,9 % v roce 2019 jen 46 % v roce 2020 (ÚZIS, 2022b). S cílem zaměřit se na zmeškané termíny screeningu připravily zdravotní pojišťovny v roce 2022 informační kampaň. Ta se soustřeďuje na organizované screeningové programy a usiluje o zvýšení povědomí o výhodách screeningu a včasné léčby.

Obrázek 13. Účast ve screeningových programech byla v letech 2020 a 2021 nižší než před pandemií



Zdroj: ÚZIS (2022c).

V roce 2020 byla léčba rakoviny nižší než v předchozích letech, zejména v případě chirurgických zákroků

V roce 2020 podstupovalo léčbu o více než 5 000 nových pacientů s rakovinou méně než v roce 2019 (ÚZIS, 2022c), což představuje pokles o téměř 10 % oproti roku 2019. Počet operací zhoubných nádorů v posledních letech postupně narůstal, ale v roce 2020 oproti roku 2019 poklesl o 11 % (ÚZIS, 2022c). Radioterapie byla nově podávána méně než 1 100 pacientům (–6 %) a intervenčních radiologických zákroků bylo provedeno o 8 % méně. Cytostatická léčba a běžná chemoterapeutická léčba se v roce 2020 oproti roku 2019 snížila o 2 %.

Klinické doporučené postupy byly dočasně upraveny tak, aby se předcházelo šíření onemocnění COVID-19

Během první vlny pandemie COVID-19 na jaře 2020 vydala Česká onkologická společnost doporučení k dočasným úpravám klinických doporučených postupů. Mezi ně patřily možné změny léčby, zařazení nové adjuvantní chemoterapie, která by usnadnila odložení operace, a změny v protokolech chemoterapie, aby se zabránilo hluboké imunosupresi.

6. Zaměřeno na nerovnosti

Český zdravotní systém pokrývá zdravotním pojištěním celou populaci, a to na základě trvalého pobytu, přičemž neexistují žádné finanční překážky v dostupnosti onkologické péče a služeb. Díky velkorysému rozsahu pojistného krytí z veřejného zdravotního pojištění je inovativní onkologická léčba pacientům široce dostupná a nedávno přijaté právní předpisy zvýšily transparentnost tím, že pacientům s rakovinou zajistily rovný přístup k nové léčbě na základě jejich potřeb. Stejně jako v mnoha jiných zemích EU však existují velké rozdíly v prevenci rakoviny, využívání screeningu, kvalitě a výsledcích péče podle pohlaví, úrovně vzdělání i mezi kraji.

- V Česku jsou hlavními rizikovými faktory pro rakovinu nadváha a obezita a konzumace alkoholu; behaviorální rizikové faktory patří k nejvyšším v EU. Vysoké jsou rozdíly mezi muži a ženami: muži mají o 38 % vyšší pravděpodobnost nadváhy a obezity a o 48 % vyšší pravděpodobnost, že budou kouřit každý den, než ženy.
- V Česku jsou výrazné i sociální nerovnosti v rizikových faktorech rakoviny, zejména v závislosti na vzdělání. Pokud jde o kouření, lidé s nižším vzděláním kouřili téměř třikrát častěji než lidé s vyšším vzděláním.
- Populační programy screeningu rakoviny prsu, děložního čípku a tlustého střeva a konečníku jsou dobře zavedené a doplňuje je adresné zvaní občanů ke screeningům. Účast cílových skupin ve screeningových programech je u všech tří programů podstatně vyšší než průměr EU, ale existují rozdíly podle úrovně vzdělání a mezi kraji. Na základě administrativních údajů dosahují rozdíly mezi kraji v míře účasti na screeningu

karcinomu prsu 31 %, děložního čípku 13 %, a tlustého střeva a konečníku 61 %. Navíc míra účasti na screeningu rakoviny prsu je u žen s nižším vzděláním o 18 % nižší než u žen s vyšším vzděláním.

Centralizace vysoce specializované onkologické péče do určených akreditovaných center v posledním desetiletí přispěla ke snížení úmrtnosti na léčitelnou rakovinu, která mezi lety 2011 a 2018 klesla o 18 %, čímž se Česko dostalo na průměr EU.

Multidisciplinární diagnostické týmy se nacházejí v komplexních onkologických a hematoonkologických centrech, ale v některých krajích je prostor pro jejich větší využívání. Kromě toho je v Česku problémem zajištění rovného přístupu k vysoce specializované onkologické péči ve všech krajích; to částečně souvisí s nedostatkem zdravotnických pracovníků v některých krajích. Zlepšení dostupnosti údajů o cestě pacientů onkologickou péčí, jejich léčbě a době do zahájení léčby a posílení systémů sledování kvality na národní úrovni může přispět ke zlepšení onkologické péče a ke snížení nerovností.

Csémy a kol. (2021), *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020*, Praha, Státní zdravotní ústav.

Český informační portál o onkologických onemocněních dětského věku (2022), dostupný na <https://ccc-is.uzis.cz>.

Český národní onkologický registr (2022), Soubor dat o incidenci a úmrtnosti na rakovinu; staženo z *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]: <http://www.svod.cz> (poslední aktualizace 8.července 2022).

Evropská komise (2021), *Evropský plán boje proti rakovině*. Brusel, Evropská komise, https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_cs.

Hofmarcher T a kol. (2020), The cost of cancer in Europe 2018, *European Journal of Cancer*, 129:41-49.

MZČR (2020), *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 „Zdraví 2030“*, Praha, Ministerstvo zdravotnictví ČR.

MZČR (2022), *Národní onkologický plán České republiky 2030*, Praha, Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Newton M, Scott K, Troein P (2022), *EFPIA patients W.A.I.T. indicator 2021 survey*, Brusel, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, https://www.efpia.eu/media/676539/efpia-patient-wait-indicator_update-july-2022_final.pdf.

OECD (2021), *Preventing harmful alcohol use*. Paříž, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.

Ngo O. a kol. (2018), *Souhrnná analýza a vyhodnocení dosavadních etap adresného zvaní*, Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, <https://nsc.uzis.cz/res/file/vystupy/adresne-zvani/souhrnna-analyza-adresneho-zvani.pdf>.

ÚZIS (2022a), *Regionální zpravodajství Národního zdravotnického informačního systému*: <http://reporting.uzis.cz>.

ÚZIS (2022b), *Národní onkologický plán České republiky: souhrn analytické studie*, Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, <https://zdravi2030.mzcr.cz/>.

ÚZIS (2022c), *Soubory dat o počtech screeningů rakoviny, očkování proti HPV, MDT konzultací a dopadu onemocnění COVID-19 na onkologickou péči*. Data vyžádána autorem.

Zkratky zemí

Belgie	BE	Finsko	FI	Litva	LT	Nizozemsko	NL	Rumunsko	RO
Bulharsko	BG	Francie	FR	Lotyšsko	LV	Norsko	NO	Slovensko	SK
Česko	CZ	Irsko	IE	Lucembursko	LU	Polsko	PL	Slovinsko	SI
Chorvatsko	HR	Island	IS	Maďarsko	HU	Portugalsko	PT	Španělsko	ES
Dánsko	DK	Itálie	IT	Malta	MT	Rakousko	AT	Švédsko	SE
Estonsko	EE	Kypr	CY	Německo	DE	Řecko	EL		

European Cancer Inequalities Registry

Onkologický profil země 2023

Evropský Registr nerovností v oblasti onkologických onemocnění je stěžejní iniciativou Evropského plánu boje proti rakovině. Poskytuje spolehlivé údaje o prevenci rakoviny a její léčbě, které umožňují určit trendy, rozdíly a nerovnosti mezi členskými státy a regiony. Součástí Registru je webová stránka a datový nástroj vyvinutý Společným výzkumným střediskem Evropské komise (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), jakož i publikační řada Onkologických profilů zemí a souhrnná Zpráva o nerovnostech v oblasti onkologických onemocnění v Evropě, které se vydávají střídavě ve dvouletých intervalech.

Onkologické profily jednotlivých zemí identifikují silné stránky, výzvy a specifické oblasti opatření pro každý z 27 členských států EU, Island a Norsko a slouží jako vodítko pro investice a intervence na unijní, vnitrostátní a regionální úrovni v rámci Evropského plánu boje proti rakovině. Evropský Registr nerovností v oblasti onkologických onemocnění rovněž podporuje stěžejní iniciativu č. 1 akčního plánu "Nulové znečištění".

Profily jsou výsledkem činnosti OECD ve spolupráci s Evropskou komisí. Tým je vděčný za cenné podněty od národních odborníků a za připomínky,

které poskytl Zdravotní výbor OECD a Odborná tematická skupina EU pro Registr nerovností v oblasti onkologických onemocnění.

Každý onkologický profil dané země obsahuje krátkou syntézu:

- národní zátěže onkologickým onemocněním
- rizikových faktory rakoviny se zaměřením na rizikové faktory chování a životního prostředí
- programů včasné detekce rakoviny
- výkonnosti onkologické péče se zaměřením na dostupnost, kvalitu péče, náklady a na dopad onemocnění COVID-19 na onkologickou péči.

Tuto publikaci prosím citujte takto:

OECD (2023), *Onkologický profil země: Česká republika 2023*, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/3b650e6f-cs>.

ISBN 9789264600591 (PDF)

Series : EU Country Cancer Profiles

