



Financováno  
Evropskou unií  
NextGenerationEU



Národní  
plán  
obnovy



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



NÁRODNÍ

ONKOLOGICKÝ PLÁN

ČESKÉ REPUBLIKY

2030

NOPL ČR 2030



## PODĚKOVÁNÍ

Ministerstvo zdravotnictví ČR děkuje všem, kteří svými znalostmi přispěli k formulaci Národního onkologického plánu České republiky (NOPL ČR 2030) a podíleli se tak na definování strategického směřování a rozvoje oblasti onkologie dle potřeb a ku prospěchu všech obyvatel České republiky. V první řadě se jedná o autory odborných programů z oblasti onkologie, ze kterých NOPL ČR 2030 přímo vychází, tedy autory Národního onkologického programu ČOS ČLS JEP a Národního hematoonkologického programu ČHS ČLS JEP. Zvláštní poděkování patří rovněž Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR za flexibilní analytickou podporu, bez níž by strategické řízení nebylo možné.

Následující tabulka uvádí seznam zkratk, společný jak pro strategickou, tak i analytickou část NOPL ČR 2030.

### Tabulka 1: Seznam zkratk

AZV ČR	Agentura pro zdravotnický výzkum České republiky
ČHS ČLS JEP	Česká hematologická společnost ČLS JEP
ČLK	Česká lékařská komora
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČOS ČLS JEP	Česká onkologická společnost ČLS JEP
DHOC	Centrum vysoce specializované hematoonkologické péče pro děti, které nedisponuje transplantační jednotkou (viz Věstník MZd z 15. 2. 2019)
EFI	Odbor evropských fondů a investičního rozvoje
ERN	Pracoviště připojená do Evropské referenční sítě (European Reference Networks)
GAČR	Grantová agentura České republiky
HCQO	Health Care Quality and Outcomes
HOC	Hematologické centrum/centra pro děti a dospělé
ICP	Index of Cancer Preparedness, mezinárodní Index připravenosti na léčbu rakoviny v rámci programu World Cancer Initiative
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
KOC	Komplexní onkologické centrum/centra
MOÚ	Masarykův onkologický ústav
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
MŠMT	Ministerstvo školství
MZd	Ministerstvo zdravotnictví
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NHOP ČHS ČLS JEP	Národní hematoonkologický program České hematologické společnosti ČLS JEP
NOC	Národní onkologická centra
NOP 2030	Národní onkologický <b>program</b> ČOS ČLS JEP
NOPL ČR 2030	Národní onkologický <b>plán</b> České republiky (vychází mj. z NOP 2030)
NOR	Národní onkologický registr ČR
NRI NOPL	Národní rada pro implementaci NOPL 2030
NSC	Národní screeningové centrum (součást ÚZIS)
NZ	Náměstek pro zdravotní péči v MZ
OGC	Centra vysoce specializované onkogynekologické péče
OOVZ	Orgány ochrany veřejného zdraví
OZP	Odbor zdravotní péče MZd
PSVO NZP	Program/y specializačního vzdělávání v oblasti onkologie pro nelékařské zdravotnické pracovníky
ROS	Regionální onkologická skupina
SROBF ČLS JEP	Společnost radioterapie, onkologie a biologické fyziky ČLS JEP
SR „Zdraví 2030“	Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SVOD	Systém pro vizualizaci onkologických dat (www.svod.cz)
ÚHKT	Ústav hematologie a krevní transfuze
UNIFY ČR	Unie fyzioterapeutů České republiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
ZN	Zhoubný novotvar

Zdroj: vlastní zpracování



## OBSAH

<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>4</b>
1.A Základní informace o NOPL ČR 2030 .....	5
1.B Kontext vzniku a existence NOPL ČR 2030 .....	6
1.B.1 Synergie NOPL ČR 2030 s mezinárodními a národními strategiemi .....	6
1.B.2 Postup zpracování strategického materiálu.....	9
1.C Uživatelé NOPL ČR 2030 .....	10
1.D Shrnutí a závěry z analytické části.....	11
1.D.1 Základní výstupy z mezinárodního srovnání a analytické části.....	11
1.D.2 Analýza SWOT.....	15
<b>2. STRATEGICKÁ ČÁST .....</b>	<b>18</b>
2.A Vize NOPL ČR 2030.....	19
2.B Hierarchie cílů NOPL ČR 2030 .....	20
STRATEGICKÝ CÍL 1	
Efektivita všech fází prevence se zvyšuje a předchází vzniku onkologického onemocnění .....	21
STRATEGICKÝ CÍL 2	
Péče orientovaná na pacienta vede k zajištění maximálně možné kvality jeho života, a to během nemoci, po vyléčení, jakož i v terminálním stadiu .....	29
STRATEGICKÝ CÍL 3	
Koordinační celého systému boje s rakovinou je moderní, efektivní, vychází vstříc poskytovatelům péče i potřebám pacientů .....	40
STRATEGICKÝ CÍL 4	
Boj s rakovinou je veden ve vysokém standardu, v souladu s pokrokem ve vědě a v nových technologiích.....	47
<b>3. IMPLEMENTACE NOPL ČR 2030 .....</b>	<b>61</b>
3.A Rámec implementace .....	62
3.B Institucionální zabezpečení implementace NOPL ČR 2030.....	62
3.C Monitoring a vyhodnocování plnění cílů NOPL ČR 2030.....	65
3.D Předpoklady úspěšné realizace NOPL ČR 2030.....	69
3.E Řízení rizik.....	70
3.F Spolupráce a komunikace .....	70
3.G Odhadované finanční nároky – možné zdroje financování.....	71
Seznam příloh .....	71

# 1

ÚVOD



## 1.A Základní informace o NOPL ČR 2030

Název	NÁRODNÍ ONKOLOGICKÝ PLÁN ČESKÉ REPUBLIKY 2030 (NOPL ČR 2030)
Zadavatel	Ministr zdravotnictví České republiky
Gestor tvorby strategie	Náměstkyně sekce pro zdravotní péči
Rok strategie	2022
Schvalovatel	Vláda ČR
Datum schválení	22. června 2022
Forma schválení	Usnesení vlády č. 541 ze dne 22. června 2022
Poslední aktualizace	Červen 2022
Doba realizace	2022–2030
Odpovědnost za implementaci	Ministr zdravotnictví České republiky
Odhadovaný rozpočet implementace	18 mld. Kč
Autorský kolektiv	Zástupci MZd, ÚZIS, odborných společností ČLS JEP, patientských organizací, NNO a zdravotních pojišťoven
Vedoucí autorského kolektivu	Ing. Mgr. Venuše Škampová, MBA, ředitelka Odboru zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví
Kontext vzniku	NOPL ČR 2030 byl formulován na základě analýzy implementace Národního onkologického programu ČR z roku 2013, na základě Národního onkologického programu ČR pro léta 2022–2030 vytvořeného odbornými společnostmi ČLS JEP, na základě Národního hematooonkologického programu České hematologické společnosti ČLS JEP a na základě důkladné analýzy situace, která je součástí Přílohy 1. Při tvorbě NOPL ČR 2030 byly zohledněny analýzy, cíle a aktivity relevantních strategických dokumentů na národní i mezinárodní úrovni.
Stručný popis řešené problematiky	<p><b>Vizí NOPL ČR 2030 je zajistit každému obyvateli České republiky možnost prevence vzniku onkologického onemocnění a v případě jeho rozvoje zajistit nejvyšší možnou kvalitu péče a života bez ohledu na geografickou polohu či stadium nemoci.</b></p> <p>Pro naplnění této vize je podstatný nejen vytvořený NOPL ČR 2030, ale i potřeba, aby se boj se zhoubnými nádory stal <b>součástí všech relevantních celorepublikových i regionálních politických agend</b>, a to napříč všemi oblastmi. Klíčové je rovněž <b>podnícení zájmu laické veřejnosti</b> o prevenci vč. ochrany a podpory zdraví a <b>zvyšování zdravotní gramotnosti</b> v oblasti rizikových faktorů zhoubných nádorů. Důraz je kladen na <b>zapojení pacientů a neformálních pečujících</b> do celého strategického procesu. Nezbytné bude rovněž <b>nastavení trvale udržitelné cesty boje se zhoubnými nádory</b>, a to vč. <b>multidisciplinární spolupráce</b> v diagnostice a léčbě nádorových onemocnění, k dosažení co nejlepších výsledků léčby. Ruku v ruce musí jít i <b>úzká spolupráce s plátcí zdravotních a sociálních služeb</b>, s nestátními neziskovými organizacemi a dalšími spolupracujícími odbornostmi, které se <b>podílejí na prevenci, diagnostice, léčbě i následné péči</b>. V neposlední řadě bude kladen důraz na <b>mezinárodní kooperaci harmonizující péči</b> v rámci EU.</p>



## 1.B Kontext vzniku a existence NOPL ČR 2030

V absolutních počtech je ročně v ČR nově diagnostikováno 60 000 zhoubných novotvarů (bez jiných kožních nádorů), ročně je registrováno cca 28 000 úmrtí na zhoubné nádory a v celkové prevalenci s nálezem jakéhokoli novotvaru v anamnéze žije více než 700 000 osob (diagnózy C00–C97, D00–D48). Každý třetí občan České republiky tak v průběhu svého života onemocní některým typem nádorového onemocnění. Incidence zhoubných nádorů a prevalence takto postižených osob stále narůstá. Lze předpokládat, že do roku 2030 přesáhne prevalence 750 000 osob. V příčinách úmrtí jsou v ČR zhoubné nádory na druhém místě a v příčinách úmrtí do 65. roku věku pak dokonce na prvním místě.

Předpokládá se, že do roku 2035 bude rakovina hlavní příčinou úmrtí obyvatel v EU, a to zejména v důsledku stárnutí populace, nedostatečné zdravotně gramotnosti a nezdravého životního stylu. Zhoubné nádory v dospělém věku přitom patří mezi částečně preventabilní onemocnění, tj. právě role prevence by měla být hlavní v přístupu v boji s rakovinou a je klíčová pro zajištění udržitelnosti celého zdravotního systému v souvislosti s předpokládaným nárůstem objemu nutné péče. Kromě nezvratitelného faktu demografického stárnutí je nutné v současném období vzdorovat navíc i dopadům pandemie nemoci covid-19, která se rychle projevila v oblasti prevence (snížení počtu screeningových výkonů a zhoršení životního stylu obyvatel v důsledku četných omezení), přičemž v delším časovém horizontu se očekává dopad v podobě nárůstu počtu případů zhoubných nádorů, u nichž je vyšší pravděpodobnost záchytu v pokročilejším stadiu nemoci.

Z tohoto důvodu je nutné vytvořit NOPL ČR 2030 jako široce pojímanou strategii vytyčující realistické a realizovatelné cíle v oblasti boje proti rakovině, a to nejen s ohledem na udržitelnost zdravotnického systému, ale i na zvyšování kvality života nemocných a vyléčených vzhledem k předpokládanému růstu jejich počtu.

NOPL ČR 2030 byl formulován na základě analýzy implementace Národního onkologického programu ČR z roku 2013, na základě Národního onkologického programu ČR pro léta 2022–2030 vytvořeného odbornými společnostmi ČLS JEP, na základě Národního hematologického programu České hematologické společnosti ČLS JEP a na základě důkladné analýzy situace, která je součástí Přílohy 1. Při tvorbě NOPL ČR 2030 byly zohledněny analýzy, cíle a aktivity relevantních strategických dokumentů na národní i mezinárodní úrovni.

### 1.B.1 Synergie NOPL ČR 2030 s mezinárodními a národními strategiemi

#### Evropský plán boje proti rakovině (Europe's Beating Cancer Plan)

NOPL ČR 2030 je v souladu s Evropským plánem boje proti rakovině (Europe's Beating Cancer Plan), který Evropská komise (EK) představila 3. 2. 2021. Tento plán klade velký důraz na rozvoj a trvalou udržitelnost onkologické prevence (Sustainable Cancer Prevention), zlepšení časného záchytu nádorů (Improving Early Detection), vysoký standard a dostupnost onkologické péče (High Standards in Care, Reducing Inequalities) metodicky vedené národními komplexními onkologickými centry (National Comprehensive Cancer Centres), efektivní přenos poznatků a inovací do klinické praxe, a to zejména v oblasti precizní a personalizované medicíny (Precision and Personalized Medicine), a v neposlední řadě na kvalitu života onkologických pacientů a rizikových skupin (Quality of Life for Patients, Survivors and Carers). V nadcházejících letech se EK chce zaměřit na výzkum a inovace, využít potenciál z digitalizace a nových technologií, přičemž členské státy podpoří i finanční alokací, které jsou v součtu EU4Health programu a dalších EU nástrojů ve výši 4 miliardy eur. Evropský plán boje proti rakovině by měl členským státům rovněž pomoci prostřednictvím sdílení odborných znalostí a zdrojů napříč EU.

Europe's Beating Cancer Plan rovněž stanovuje měřitelné cíle, které mají být v rámci Evropské unie (EU) dosaženy do roku 2030. NOPL ČR 2030 chce přispět k naplnění všech vlajkových iniciativ Evropského plánu boje proti rakovině, přičemž za velmi relevantní oblasti pro ČR považuje:

1. V rámci tzv. vlajkové iniciativy 3, zaměřené na **preventabilní opatření proti vzniku onkologického onemocnění**, se mj. zaměřuje na rozšíření rutinního očkování dívek a chlapců proti lidským papilomavirům – s cílem odstranit rakovinu děložního čípku a další rakoviny způsobené lidskými papilomaviry. **Cílem je očkovat alespoň 90 % cílové populace EU dívek a výrazně zvýšit proočkovanost chlapců do roku 2030.**

2. V rámci tzv. vlajkové iniciativy 4, zaměřené na **časnou detekci onemocnění**, se mj. zaměřuje na předložení nového schématu screeningu rakoviny podporovaného EU, které má členskými státy pomoci zajistit, **aby 90 % populace EU, která se kvalifikuje na screening rakoviny prsu, děložního čípku a tlustého střeva, byl do roku 2025 nabídnut screening**. Program se zaměří na zlepšení ve třech klíčových oblastech: přístup, kvalita a diagnostika.
3. V rámci tzv. vlajkové iniciativy 5, věnující se **zajištění vysokého standardu onkologické péče**, EU **plánuje mj. do roku 2025 zřídit evropskou síť spojující uznávaná národní komplexní centra pro rakovinu v každém členském státě**. Usnadní zavádění kvalitní diagnostiky a léčby, včetně školení, výzkumu a klinických zkoušek v celé EU. Tato přeshraniční spolupráce zlepší přístup pacientů k vysoce kvalitní diagnostice a péči a k nejnovější inovativní léčbě. Může také pomoci s mobilitou pacientů a zajistit adekvátní léčbu pacientům se složitými stavy. Nový projekt „Mapování schopnosti a kapacit pro léčbu rakoviny v EU“ pomůže zmapovat a sdílet různé schopnosti a odborné znalosti dostupné v celé EU. Tato akce pomůže poskytovat kvalitnější péči a snížit nerovnosti v celé EU a zároveň umožní pacientům využívat diagnostiku a léčbu v blízkosti domova. **Evropský plán proti rakovině si klade za cíl zajistit, aby do roku 2030 mělo přístup do takových center 90 % potřebných pacientů**.
4. V rámci tzv. vlajkové iniciativy 6 a 7 **poskytovat maximální podporu pro další rozvoj personalizované medicíny a její využití pro prevenci, diagnostiku a léčbu rakoviny**. Vlajková iniciativa 6, zaměřená na **diagnostiku a léčbu rakoviny pro všechny**, si klade za cíl zlepšit přístup k inovativní diagnostice a léčbě rakoviny, a to především pomocí používání technologií NGS (sekvenování nové generace) a sdílení genetických profilů nádorů mezi onkologickými centry. Tato iniciativa v konečném důsledku pomůže optimalizovat diagnostiku a léčbu rakoviny a omezit nerovný přístup k personalizované medicíně v onkologické péči. Vlajková iniciativa 7 je svou stěžejní aktivitou „**Evropská iniciativa pro pochopení rakoviny (UNCAN.eu)**“ zaměřena na personalizovanou onkologickou prevenci.
5. V rámci tzv. vlajkové iniciativy 8 „**Iniciativa pro lepší život onkologických pacientů**“ a dalších navazujících iniciativ v oblasti kvality života stávajících a bývalých onkologických pacientů a osob o nich pečujících chce EU podporovat výměnu informací mezi poskytovateli zdravotní péče, která by zlepšila kontinuitu péče, zejména při zvládnutí pozdních a dlouhodobých následků onkologické léčby, včetně uspokojování psychosociálních potřeb a rehabilitace. Součástí budou i opatření pro usnadnění sociální integrace a návrat do pracovního procesu a dále opatření k odstranění nespravedlivého zacházení při přístupu k finančním službám u bývalých onkologických pacientů („The right to be forgotten“).

K dosažení těchto evropských cílů se plně hlásí i NOPL ČR 2030.

### STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030

Zastřešujícím národním strategickým materiálem resortu zdravotnictví je Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen „Zdraví 2030“) schválený usnesením vlády ČR č. 743/2020 ze dne 13. července 2020, který je realizován prostřednictvím implementačních plánů k jednotlivým specifickým cílům. Realizace NOPL ČR 2030 bude přispívat k dosažení cílů všech strategických a specifických cílů nadřazeného Zdraví 2030 (viz následující obrázek). Jednotlivé implementační plány jsou dostupné z Databáze strategií MZd.

**Obrázek 1: Hierarchie cílů Zdraví 2030**

Specifické cíle č. 1	Specifické cíle č. 2	Specifické cíle č. 3
<p><b>1.1</b> Reforma primární péče</p> <p><b>1.2</b> Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví, zvyšování zdravotní gramotnosti primární péče</p>	<p><b>2.1</b> Implementace modelů, integrovaná péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví</p> <p><b>2.2</b> Personální stabilizace resortu zdravotnictví</p> <p><b>2.3</b> Digitalizace resortu</p> <p><b>2.4</b> Organizace systému úhrad ve zdravotnictví</p>	<p><b>3.1</b> Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví</p>

Zdroj: Zdraví 2030, s. 51

### Další relevantní strategie

#### NÁRODNÍ STRATEGIE ELEKTRONICKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ ČR

Národní strategie elektronického zdravotnictví plně respektuje šest principů prosazovaných Českou lékařskou společností J. E. Purkyně a současně prověřených českými i zahraničními zkušenostmi. Digitalizace zdravotnictví v rozsahu implementačního plánu vychází ze strategie Zdraví 2030 a jeho specifického cíle 2.3 Digitalizace zdravotnictví a jeho dílčích cílů. Digitalizace zdravotnictví má své nezastupitelné místo i v pilíři Digitální transformace Národního plánu obnovy a programu Digitální Česko.

1. Primárním cílem rozvoje elektronického zdravotnictví musí být přínos pro pacienty a kvalitu zdravotní péče.
2. Právo pacienta na zajištění odpovídající péče, ochranu osobní důstojnosti a ochranu osobních údajů nesmí být zaváděním prostředků elektronického zdravotnictví oslabeno, ale naopak posilováno.
3. Lékaři a další odborní pracovníci ve zdravotnictví musí být zapojováni do projektů již ve fázi přípravy záměrů, při plánování a tvorbě návrhů řešení. Názory odborné veřejnosti musí být v rámci projektů aktivně získávány a přiměřeně zohledňovány.
4. Před zavedením nových nástrojů a služeb elektronického zdravotnictví do praxe musí být vždy dostatečným způsobem ověřena a vyhodnocena jejich použitelnost, kvalita, stabilita, výkonnost, efektivita a udržitelnost.
5. Zavádění elektronického zdravotnictví na základě plošně stanovené povinnosti je principiálně nesprávné. Při zavádění nových služeb a nástrojů elektronického zdravotnictví je třeba využívat především pozitivní motivace a zavádět nové technologie postupně a uvážlivě tak, aby nedošlo k ohrožení pacienta nebo zhoršení podmínek práce zdravotníků.
6. Při tvorbě nových řešení je třeba využívat veškeré dostupné vědecko-výzkumné poznatky a ověřené technologie, včetně standardů pro výměnu a zobrazování zdravotnických informací.





## PROGRAM NA PODPORU ZDRAVOTNICKÉHO APLIKOVANÉHO VÝZKUMU 2020–2026

Hlavním cílem tohoto programu je prostřednictvím výstupů a dopadů z podpořených projektů přispět ve střednědobém i dlouhodobém horizontu ke zlepšování zdraví české populace a pokračovat v zabezpečení aktuálních potřeb ve zdravotnictví v České republice. V rámci podpořených projektů bude dosaženo nových poznatků, které přispějí ke zlepšení klinických postupů v diagnostice, léčbě a prevenci při řešení nejčastějších, ale i vzácných nebo zcela nových onemocnění. Cílem programu je také přispět k tomu, aby úroveň zdravotnického výzkumu v České republice byla srovnatelná s vyspělými státy Evropské unie. Program má tři hlavní oblasti: Vznik a rozvoj chorob; Nové diagnostické a terapeutické metody a Epidemiologie a prevence nejzávažnějších chorob.

## KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ

Koncepce řeší rozvoj ošetřovatelství v ČR v letech 2021–2030, přičemž reflektuje predikované potřeby jednotlivce, rodiny a společnosti pro zvyšování kvality života za podmínek udržitelnosti ekonomického rozvoje.

## KONCEPCE DOMÁČÍ PÉČE V ČR

Definuje rozvoj zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kterou se s odkazem na zákon o zdravotních službách rozumí ošetřovatelská, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče, s odkazem na zákon o veřejném zdravotním pojištění jako zvláštní druh ambulantní péče, jejímž prostřednictvím je zajišťována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odborná péče v jejich vlastním sociálním prostředí.

### 1.B.2 Postup zpracování strategického materiálu

NOPL ČR 2030 je výsledkem intenzivní spolupráce MZd (jako gestora) se všemi klíčovými zainteresovanými stranami a integruje vstupy z Národního onkologického programu pro léta 2022–2030 (NOP 2030), Národního hematoonkologického programu České republiky (oba připraveny zástupci odborných společností ČLS JEP) a vstupy za specifickou oblast věnující se onkologickým nemocím dětí. Analytickou a statistickou podporu poskytl Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Návrhy ve strategické části se opírají o data a analýzy uvedené v Příloze 1 Analytická část.

Analytická fáze byla zpracována během roku 2021. Počátkem roku 2022 byla aktualizována o nejnovější data, přičemž tato aktualizace byla promítnuta do strategické (návrhové) části, stejně jako do návrhu implementace. Aktualizovaný materiál byl diskutován se zástupci zainteresovaných stran (vzhledem ke koronavirovým opatřením v podobě online diskuse, připomínkování). Po diskusi a úpravě byl materiál vložen do obligatorního vnitřního resortního a vnějšího meziresortního připomínkového řízení, které bylo rozšířeno tak, aby zahrnovalo všechny zainteresované strany.

Po schválení NOPL ČR 2030 vládou ČR budou práce pokračovat formulací implementačních akčních plánů, tedy na rozpracování níže uvedené návrhové části do detailních prováděcích dokumentů pokrývajících realizaci vždy v předem definovaných krátkodobých časových horizontech tak, aby bylo možné na jejich základě zpracovat příslušné projekty.

## 1.C Uživatelé NOPL ČR 2030

V centru dění je **široká laická veřejnost**, která je nejenom cílovou skupinou řady intervencí NOPL ČR 2030 (preventivních, léčebných, rehabilitačních či paliativních), ale zároveň je v řadě dílčích cílů aktivním spolurealizátorem aktivit, neboť bez účasti laické veřejnosti všech věkových skupin nebude možné dosáhnout cílů a vize NOPL ČR 2030.

Dalšími uživateli, na nichž spočívá největší díl odpovědnosti za plnění (viz strategická a implementační část), jsou:

- Ministerstvo zdravotnictví ČR
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
- Ministerstvo školství
- Ministerstvo práce a sociálních věcí
- Zdravotní pojišťovny
- Členové odborných společností ČLS JEP
- Národní onkologická centra
- Komplexní onkologická centra
- Hematoonkologická centra
- Regionální onkologické skupiny
- Ostatní centra vysoce specializované péče
- Nemocnice
- Onkologičtí pacienti a pacientské organizace
- Kraje a města ČR z pozic tvůrců politik rozvoje zdravotní péče v regionech a zároveň z pozic zřizovatelů zdravotnických služeb a vzdělávacích zařízení

Mezi subjekty, bez jejichž aktivní spolupráce nelze NOPL ČR 2030 realizovat, patří:

- Poskytovatelé primární zdravotní péče
- Ambulantní specialisté
- Poskytovatelé následné, paliativní, hospicové a domácí péče
- Poskytovatelé sociálních služeb
- Neformální pečovatelé
- Vzdělávací organizace pro lékaře a zdravotníky
- Vzdělávací organizace pro děti a dospívající
- Profesní organizace
- Česká správa sociálního zabezpečení
- Agentura pro zdravotnický výzkum ČR
- Státní ústav pro kontrolu léčiv
- Asociace inovativního farmaceutického průmyslu
- Česká asociace farmaceutických firem
- Státní zdravotní ústav a hygienické stanice
- Média
- Široká veřejnost
- Mezinárodní partneři



## 1.D Shrnutí a závěry z analytické části

### 1.D.1 Základní výstupy z mezinárodního srovnání a analytické části

Z mezinárodních srovnání plyne, že české zdravotnictví v posledních dvou dekadách prošlo výrazným rozvojem v oblasti organizace onkologické péče a ve zvýšení dostupnosti vysoce specializované protinádorové terapie. Velký pokrok rovněž nastal v posílení organizovaných screeningových programů. Dosahované výsledky péče jsou srovnatelné s hodnotami průměru zemí EU s tím, že ve většině ukazatelů česká onkologie dosahuje nejlepších výsledků v oblasti střední a východní Evropy. Většina významných zlepšení vyplynula z postupující centralizace specializované péče do center vysoce specializované péče. Nicméně v řadě klíčových ukazatelů, jako je např. 5leté relativní přežití nebo podíl včasně zachycených onemocnění, jsou dosahované hodnoty stále nižší ve srovnání se státy západní a severní Evropy. Určité rezervy v pokrytí populace vykazují i organizované programy screeningu zhoubných nádorů a významný prostor ke zlepšení je patrný v programech primární prevence a eliminace hlavních rizikových faktorů onkologických onemocnění souvisejících s nezdravým životním stylem.

Epidemiologická zátěž české populace zhoubnými nádory zůstává stále vysoká, i když v uplynulém desetiletí se trend vývoje významně obrátil k lepšímu. V celkové incidenci zhoubných nádorů zaujímá česká populace 16.–17. místo v Evropě a 21.–22. místo ve světě. Jde o pozitivní posun, ještě na počátku tisíciletí patřila ČR k nejvíce zatíženým zemím Evropy. Velmi pozitivním faktem je stabilizace a u řady diagnóz i pokles celkové mortality. Ve srovnání standardizované mortality zaujímá ČR 22. místo v Evropě a 48. místo ve světě. Přesto v ČR mortalita na zhoubné nádory dlouhodobě představuje druhou nejčastější příčinu úmrtí a druhou nejčastější příčinu předčasného úmrtí u osob do 65 let věku.

Rozevírající se trend mezi incidencí a mortalitou nevyhnutelně zvyšuje prevalenci onkologických onemocnění, o která se zdravotnický systém musí dlouhodoběji starat. Ve srovnání prevalence onemocnění do 5 let od diagnózy zaujímá ČR 15. místo mezi státy Evropy a 20. místo ve světě. V absolutních počtech je ročně v ČR nově diagnostikováno 60 000 zhoubných novotvarů (bez jiných kožních nádorů), ročně je registrováno cca 28 000 úmrtí na zhoubné nádory (ZN) a v celkové prevalenci s nálezem jakéhokoli novotvaru v anamnéze žije více než 700 000 osob (diagnózy C00–C97, D00–D48). Mezi nejčastější diagnózy patří ZN prostaty, ZN prsu, ZN tlustého střeva a konečníku a ZN plic. Pořadí v mortalitě je významně odlišné, v ročním počtu úmrtí dominují ZN plic, následované ZN tlustého střeva a konečníku a ZN slinivky břišní. Spektrum zastoupení jednotlivých onkologických diagnóz se pro různé věkové kategorie značně liší. Zatímco nejčastější malignitou u mladých dospělých (20–29 let) je ZN varlete (C62) a ZN štítné žlázy (C73), u osob ve věku 30–59 let se jedná o ZN prsu. Osobám ve věku 60–79 let je nejčastěji diagnostikován ZN prostaty a u starších osob ve věku nad 80 let dominují ZN tlustého střeva a konečníku.

Stabilizovaná mortalita při narůstající incidenci zvyšuje prevalenci dlouhodobě léčených pacientů zejména v hematologii, kde je tento trend jednou z hlavních příčin rostoucích celkových nákladů na léčbu. Systém hematologické péče ČR je z pohledu organizace zdravotní péče vysoce funkční, při mírně rostoucí incidenci hematologických malignit klesá úmrtnost na tyto choroby a dramaticky se tak v průběhu let zvyšuje počet pacientů v populaci, kteří s tímto onemocněním přežívají (prevalence). U některých diagnóz změnilo prodlužující se přežití charakter onemocnění z akutně vysoce rizikového na chronické, celoživotní (např. chronická myeloidní leukémie). Ročně je nově diagnostikováno více než 5 000 nádorů mízní a krvetvorné tkáně, roční mortalita přesahuje hranici 2 000 a v prevalenci žije téměř 40 000 léčených pacientů s hematologickými malignitami. Nejčastějšími diagnózami v této kategorii novotvarů jsou ne-Hodgkinův lymfom, mnohočetný myelom a chronická lymfocytární leukémie.

V České republice je ročně diagnostikováno 350 dětí a dospívajících do 18 let se zhoubnými nádory. Trend věkově standardizované incidence zhoubných nádorů u dětí ve věku 0–19 let vykazuje statisticky významný dlouhodobý mírný nárůst nových případů, průměrně ročně o +0,5 až 1,0 %. Péče o nádory dětského věku je v ČR vysoce organizovaná a efektivně centralizovaná do odpovídajícího počtu center se spádovou oblastí 3–5 milionů obyvatel. Nejčastějším zhoubným nádorem u dětí jsou leukémie, které tvoří 30 % všech nádorů, a pacienti jsou léčeni v osmi centrech nacházejících se ve fakultních a velkých krajských nemocnicích v Ostravě, Olomouci, Brně, Praze, Hradci Králové, Ústí nad Labem, Plzni a v Českých Budějovicích. Méně časté typy leukémií a maligní lymfomy jsou soustředěny pouze do tří center v Praze, Brně a Olomouci. Transplantace krvetvorných



buněk (HSCT) je realizována v Brně a Praze, od nepříbuzných dárců pouze v Praze Motole. Ročně podstoupí alogenní HSCT 30 dětí a autologní HSCT 50 dětských pacientů. Děti se solidními nádory a nádory mozku jsou soustředěny do dvou pracovišť ve FN Motol a FN Brno.

Pozitivní trendy ve vývoji mortality na zhoubné nádory úzce souvisí s prodlužujícím se přežitím onkologických pacientů. Podle nejnovějších mezinárodních srovnání dosahuje ČR v mírách 5letého relativního přežití u hlavních diagnóz (nádory prostaty, dětské leukémie, nádory prsu, nádory vaječníků, nádory tlustého střeva a nádory plic) průměru EU, u některých diagnóz jsou hodnoty již i mírně vyšší. Kontinuální prodlužování dosahovaného přežití souvisí jednoznačně se zlepšující se dostupností léčby, včasnou diagnostikou nádorových onemocnění (včetně vlivu běžících screeningových programů) a také s rostoucí mírou centralizace péče o onkologické pacienty. Přesto jsou ve srovnání s nevyspělejšími státy EU v dosahovaném přežití stále patrné rezervy, které jsou především důsledkem pozdního zachytu nádorových onemocnění. Například i přes vysoce funkční screeningový program je stále téměř 50 % nádorů tlustého střeva konečniku zachytáváno v pokročilém stadiu III a IV,<sup>1</sup> pozdní diagnóza je dále zaznamenána u cca 15 % nádorů prsu nebo u více než 21 % nádorů prostaty. Vysoký podíl pozdě diagnostikovaných nádorů je jednou z hlavních výzev české onkologie. Zlepšení v tomto faktoru má potenciál navýšit populační výsledky léčby významně nad průměr EU.

Dlouhodobě zavedené populační organizované screeningové programy karcinomu prsu, děložního hrdla a tlustého střeva a konečniku nepochybně přispěly ke zmíněným pozitivním trendům ve vývoji mortality a v případě karcinomu děložního hrdla a tlustého střeva a konečniku dokonce ke snížení incidence daných onemocnění. Mezi roky 2000–2018 došlo ke snížení incidence kolorektálního karcinomu o 24 % a mortality o 40 %, mortalita karcinomu prsu se snížila o 32 % a incidence karcinomu děložního hrdla o 37 %. V předepsaných intervalech nicméně chodí na screeniny stále nedostatečná část populace, tedy u screeningu karcinomu prsu cca 60 %, u screeningu karcinomu tlustého střeva a konečniku 30 % a u screeningu hrdla děložního více než 55 % jedinců z cílových skupin těchto programů. Velkou výzvou tedy je posílit pravidelnou účast osob a zejména zvýšit celkové pokrytí těmito programy pro dosažení lepších populačních výsledků.

Analýza epidemiologických a demografických dat dále potvrdila, že stávající trendy rostoucí onkologické zátěže budou v dalších dvou dekádách nevyhnutelně pokračovat. Rizikovost demografického stárnutí populace nadto umocňuje i „nezdravé“ stárnutí, způsobené zejména nezdravým životním stylem podstatné části populace. Více než 70 % seniorů nad 65 let trpí minimálně jednou vážnou chronickou chorobou a v délce života ve zdraví je česká populace dlouhodobě pod evropským průměrem. Všechny tyto faktory povedou k růstu počtu onkologických onemocnění. I středně rizikové scénáře predikcí ukazují do roku 2040 nárůst incidence zhoubných nádorů o 18–20 %, u prevalence dokonce až o více než 40 %. Nárůst prevalence onkologických onemocnění je jistou „cenou za úspěch“, neboť do trendu se promítá delší doba dožití onkologických pacientů a s ní spojená rostoucí pravděpodobnost vzniku dalších, následných primárních malignit u onkologických pacientů.

V uplynulých 20 letech výrazně narostl počet zhoubných novotvarů diagnostikovaných jako následné primární novotvary u onkologických pacientů. V dětské onkologii je tématem nejen výskyt druhých primárních nádorů, ale i třetích, čtvrtých a dalších. Avšak problém následných malignit u onkologických pacientů se týká celé populace. V období 2011–2020 bylo v ČR průměrně ročně nově diagnostikováno celkem 11 316 případů jako následný primární novotvar. Tyto následné malignity tak představovaly téměř 20 % všech nově diagnostikovaných nádorů. Pro srovnání v letech 1991–2000 bylo takto zachyceno průměrně ročně cca 3 700 následných malignit, což bylo pouze 8,5 % celkové roční incidence zhoubných nádorů.

Analýza následných malignit u léčených nebo vyléčených onkologických pacientů odhalila další výzvu pro organizaci onkologické péče především v oblasti dispensarizace a terciární prevence. I mezi následnými malignitami totiž stále ve velmi vysokém procentu zachytáváme pokročilá klinická stadia nádorů, a to i u preventabilních diagnóz, jako jsou např. nádory tlustého střeva a konečniku, nádory prsu u žen či nádory prostaty. Efektivní systém sledování spojený s komplexními preventivními prohlídkami onkologických pacientů a výrazné zapojení screeningových programů mohou mít v této oblasti zásadní přínos.

Pozdní zachyty onkologických onemocnění se promítají i do predikcí finanční náročnosti léčby. Pokročilá klinická stadia nádorů vyžadují významně nákladnější léčbu, jejíž finanční náročnost se každoročně zvyšuje s nárůstem nových indikací inovativních léků a terapeutických postupů. Česká onkologie tak čelí nejen demograficky



determinovanému růstu počtu nemocných, ale i nevyhovující struktuře pacientů v prevalenci, myšleno z hlediska rizika relapsů a progresí nádorových onemocnění. Jako příklad uveďme nádory tlustého střeva a konečníku, pro které v roce 2022 predikce uvádějí až 66 000 pacientů v prevalenci, přičemž více než 21 000 z nich bylo původně diagnostikováno ve stadiu III a IV a hrozí jim tedy zvýšené riziko opakovaných návratů onemocnění. Probíhající a do budoucna nevyhnutelný růst nákladů na léčbu nejlépe odráží segment tzv. centrové léčby, tedy moderních inovativních léků. V roce 2021 bylo těmito léky léčeno více než 23 000 onkologických pacientů s celkovými náklady vyššími než 8,6 mld. Kč. Počty pacientů indikovaných k této léčbě ročně narůstají minimálně o 10 % u solidních nádorů dospělých i v hematoonkologii. Rovněž predikce vývoje nákladů ukazují pro další roky na roční růst o 10–12 % v obou těchto oblastech onkologie.

Závěrem lze na základě analýz konstatovat, že většina významných zlepšení ve výsledcích onkologické péče je zásluhou lepší organizace péče a efektivně organizovaných screeningových programů. Zejména rozvíjející se síť vysoce specializovaných center představuje významný opěrný bod pro organizaci onkologické péče v regionech ČR. V čase významně narůstá podíl onkologických pacientů léčených v KOC, který aktuálně přesahuje 70 %. Významného stupně centralizace péče dosahují rovněž centra specializované hematoonkologické péče (např. u chronické myeloidní leukémie až 83 %, u akutní myeloidní leukémie 70 %). V čase se tak zlepšuje pokrytí české populace vysoce specializovanou péčí, zlepšuje se geografická i časová dostupnost moderní terapie. Jedním z nepřímých ukazatelů tohoto progresu je vykazování činností multidisciplinárních diagnostických týmů (MDT); v roce 2015 bylo vykázáno cca 51 tis. konzultací MDT, v roce 2019–2020 to bylo již přes 91 tis. ročně. Zlepšují se také podmínky pro následnou dispenzarizaci onkologických pacientů, včetně spolupráce onkologických pracovišť s praktickými lékaři. V roce 2019 převzala síť PL do dispenzarizace více než 4 600 onkologických pacientů, v roce 2020 to bylo více než 6 550.

K lepší organizaci péče v oblasti onkologie přispěla podpora z evropských fondů, kdy v programovém období 2007–2013 byly realizovány projekty na zvýšení kvality a standardizace péče KOC za cca 1,9 mld. Kč. V následujícím období 2014–2020 bylo financování zaměřeno na oblast onkogynekologické péče, a to v objemu cca 980 mil. Kč. Prostředky nástroje REACT-EU poskytnuté Evropskou unií na řešení dopadů pandemie covid-19 pak jsou v objemu cca 2,8 mld. Kč rovněž využívány v letech 2021–2023 na modernizaci infrastruktury a zvýšení odolnosti poskytovatelů specializované onkologické a hematoonkologické péče.

I přes výše uvedené pozitivní trendy zůstává před organizací onkologické péče v ČR řada velmi vážných úkolů. Je nezbytné dále posilovat především organizační roli komplexních onkologických center, center vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé a center vysoce specializované onkologické a hematoonkologické péče pro děti v jejich spádových oblastech. Velké rezervy existují ve spolupráci regionálních nemocnic a KOC (HOC). V dostupnosti léčby v komplexních centrech stále existují významné rozdíly mezi regiony ČR. Nejvyšší pozornost z tohoto hlediska zasluhuje Karlovarský kraj (KVK), ve kterém 43 % pacientů s nádory podstoupí léčbu v KOC jiného kraje (KVK nemá vlastní KOC). Mezi regiony existují i podstatné rozdíly v časném záchytu onkologických onemocnění a také v pokrytí populace běžícími screeningovými programy.

Specifickou oblast představuje problematika lidského kapitálu esenciálního pro zabezpečení všech aktivit v oblasti onkologie a hematoonkologie, od prevence přes diagnostiku, léčbu, návazné a podpůrné služby až po oblast péče paliativní, a to ve všech formách (institucionální, ambulantní, v domácím prostředí) dle potřeb pacienta. Jak vyplývá z textu výše, a hlavně pak z analytické studie (viz příloha I a rovněž analytická část ke Strategickému rámci rozvoje péče o zdraví v České republice „Zdraví 2030“), jedná se o řadu změn v rozsáhlém a provázaném ekosystému zahrnujícím nejen lékařský a nelékařský zdravotnický personál KOC/HOC, ale i celou řadu dalších poskytovatelů zdravotních služeb, tedy krajské nemocnice, ambulantní specialisty, laboratoře, praktické lékaře, ošetřovatele, sestry domácí péče apod. Z predikcí Národního onkologického informačního systému v kontextu demografického vývoje zcela jasně plynou potřeby úprav vzdělávání všech fází jak pro lékaře, tak i pro nelékařské zdravotnické pracovníky nejenom s ohledem na vývoj poznání a technologický pokrok, ale především s ohledem na efektivnější rozdělení kompetencí tak, aby bylo možné rovněž vyšší mírou odbornosti provázat s adekvátním růstem úhrad za tyto služby a tím stabilizovat lidský kapitál nejenom v jeho kvalitě, ale i počtu. Při návrhu řešení musí být a bude zvažován celý kontext problematiky, tedy disponibilní lidské zdroje, potenciální budoucí přírůstky a úbytky, dle referenčních databází CZ-DRG nákladové modely péče, „horizon scanning“ postihující nové indikace léků a implementaci nových technologií, nároky na kvalitu péče i spokojenost zaměstnanců, a to ruku v ruce s provozními a personálními datovými zdroji a interními datovými zdroji nemocnic. Chybět nesmí



doposud opomíjený dialog se studenty lékařských fakult a pracovníky v postgraduálním stupni vzdělávání či v počátku kariéry. Jen tak se podaří identifikovat skutečné bariéry vstupu do oboru či důvody jeho opouštění. Díky konstruktivnímu dialogu s mladými lékaři a mladými sestrami musíme nastavit změny systému vedoucí k jejich maximální podpoře a přípravě na náročné celoživotní povolání vyžadující vysoký standard kvality. Stejně jako otázku přípravy pro výkon profese v onkologii nelze řešit v kontextu změn podstatných i pro další oblasti zdravotnictví, a tak je v této oblasti NOPL ČR 2030 (viz níže) úzce spjat s dalšími strategickými dokumenty resortu, konkrétně se Strategickým rámcem rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (Implementační plán 1.1 Reforma primární péče, 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví a 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví),<sup>i</sup> dále pak s Konceptí ošetřovatelství (Akční plán ke Koncepti ošetřovatelství do roku 2030) a Konceptí domácí péče v ČR (Akční plán ke Koncepti ošetřovatelství do roku 2030).

Vzhledem k tomu, že NOPL ČR 2030 je komplexním strategickým dokumentem, bylo nutno poctivě vyhodnotit silná i slabá místa celého ekosystému onkologické péče a identifikovat oblasti k rozvoji, změně či zavedení, a to z pohledu prevence vzniku onemocnění a zajištění rovného přístupu ke špičkové onkologické péči v případě potřeby, jakož i k návazným službám pro zajištění kvality života onkologicky nemocných a jejich formálních i neformálních pečovateli. Českou onkologii tak dle řady mezinárodních doporučení čeká množství významných organizačních změn, kterými musí reagovat na rozvoj léčebných možností, potřebu zajistit rovný přístup k péči pro všechny obyvatele, a přitom zvládnout rozumnou míru centralizace jako základní cestu zvyšující nákladovou efektivitu diagnosticko-léčebných postupů a řešící narůstající nedostatek odborného personálu. Kromě nezbytné primární prevence je třeba dále posilovat organizované screeningové programy a zásadně zvýšit podíl včasné zachycených nádorových onemocnění. Pro pacienty v konečných fázích života je třeba uvést v život novou národní koncepci paliativní péče a péče v závěru života, která nastaví standardy práce nemocničních paliativních týmů a následně posílí mobilní specializovanou paliativní péči a všechny formy domácí péče či péče na zdravotně-sociálním pomezí. Všechny tyto oblasti je nezbytné standardizovat pomocí komplexních diagnosticko-léčebných doporučených postupů a doporučení na základě medicíny založené na důkazech a zajistit jejich společné sdílení a kontrolování zřizovateli poskytovatelů a zdravotními pojišťovnami. V neposlední řadě bude ve všech zmíněných úkolech hrát strategickou roli budování Národního zdravotnického informačního systému a návazné procesy digitalizace a elektronizace řízení zdravotních a zdravotně-sociálních služeb.

Podrobné zmapování situace v onkologické prevenci, léčbě a následné péči viz Příloha 1. Níže je pro kontext uvedena pouze SWOT analýza.

<sup>i</sup> Komplexní analýza vč. analýzy lidského kapitálu v oblasti zdravotnictví je k dispozici na [Zdraví 2030 \(mzcr.cz\)](https://www.mzcr.cz)



## 1.D.2 Analýza SWOT

SILNÉ STRÁNKY	SLABÉ STRÁNKY
<ul style="list-style-type: none"> <li>• V mezinárodním srovnání vysoké hodnocení úrovně opatření v oblasti prevence a léčby nádorových onemocnění a infrastruktury onkologické péče.</li> <li>• V ČR jsou zjevné známky účinného boje proti rakovině – poměr mortality a incidence (M : I) je v ČR pod průměrem deseti hodnocených evropských zemí v indexu ICP a pohybuje se na podobné úrovni jako ve Francii, Německu a Španělsku.</li> <li>• ČR má jen malý rozdíl v míře pětiletého přežití v porovnání s bohatšími evropskými zeměmi. Nejmenší je u karcinomu prsu, větší pak u karcinomu prostaty a tlustého střeva;<sup>ii</sup> dosahované přežití onkologických pacientů se nadto v čase kontinuálně zlepšuje.</li> <li>• Základním pilířem péče je vysoce funkční síť komplexních onkologických center (KOC), center vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé (HOC) a center vysoce specializované onkologické a hematoonkologické péče pro děti (DOC). Jsou nastavené principy spolupráce v péči o pacienta v rámci regionů, centra a regionální onkologické skupiny. Existuje schválená koncepce organizace onkologické péče v regionech ČR.</li> <li>• ČR disponuje vynikající úrovní v oblasti vyhodnocování onkologických dat a výzkumu (Národní onkologický registr funguje již od roku 1976, rozvíjí se zcela nová koncepce Národního zdravotnického informačního systému, je přijat nový zákon o e-Health).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zhoubné nádory jsou (po kardiovaskulárních chorobách) druhou nejčastější příčinou tzv. předčasné úmrtnosti. Nižší míra účasti v populačních screeningových opatřeních oproti míře obvyklé ve vyspělých státech EU, a to i přes zavedené adresné zvaní. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel. Existující regionální rozdíly v místní a časové dostupnosti screeningových pracovišť. Málo viditelné a v dopadu slabé programy primární prevence. Omezená nabídka odborných služeb v oblasti léčby závislosti na tabáku a alkoholu, léčby obezity, chybí významnější podpora (pozitivní motivace – bonifikace) ze strany plátců.</li> <li>• Výrazné regionální rozdíly v dostupnosti péče, snížená dostupnost specializované péče v některých regionech ČR. Dostupnost péče KOC se výrazně liší mezi hl. městem Prahou, kde je téměř 90 % pacientů se solidními ZN léčeno v KOC, a dalšími kraji, kdy v Karlovarském kraji je léčeno v KOC cca 43 % pacientů se solidními ZN.</li> <li>• Regionálně rozdílná dostupnost zdravotních i sociálních služeb návazných na samotnou onkologickou léčbu (včetně např. paliativní péče v některých regionech). Rozvoj služeb paliativní péče stále probíhá, rovněž jsou regionální rozdíly pro potřebnou dlouhodobou návaznou podpůrnou péči v potřebné škále.</li> <li>• Dezinformace o vakcínách snižují účinnost relevantních očkovacích programů, např. klesající míra proočkovanosti dívek proti lidskému papilomaviru (HPV) a nízké povědomí o možnosti očkování chlapců proti témuž.</li> <li>• Nekonzistentní zavádění přístupů orientovaných na pacienty v rámci zdravotnického systému. Nízké zapojení pacientů, jejich rodin a patientských organizací do rozhodovacích mechanismů. Ne v každém zařízení jsou dostupné služby jako např. podpůrná terapie, nutriční poradce, fyzioterapie, psychologická péče apod.</li> </ul>

i Index of Cancer Preparedness (ICP) – mezinárodní Index připravenosti na léčbu rakoviny v rámci programu World Cancer Initiative (Zdroj: Cancer control in the Czech Republic: findings from the Index of Cancer Preparedness is an Economist Intelligence Unit report, commissioned and sponsored by SOTIO and PPF Group, 2021. Dostupné z: [PPF Group | Boj proti rakovině v České republice: zjištění z vyhodnocení Indexu připravenosti v onkologii \(2021\)](#))

ii Zdroj: C Allemani a kol., „Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries“, Lancet, 2018 in [PPF Group | Boj proti rakovině v České republice: zjištění z vyhodnocení Indexu připravenosti v onkologii \(2021\)](#))



## SILNÉ STRÁNKY

- ČR patří v oblasti onkologie ke špičce v imunizaci, screeningu i včasném zachytu onemocnění (existence Národního screeningového centra; jsou etablovány plně funkční tři široce dostupné populační screeniny – karcinom děložního hrdla, karcinom prsu a kolorektální karcinom; od 2022 je zaveden čtvrtý populační screening karcinomu plic). V ČR je díky veřejnému zdravotnímu pojištění široce dostupná škála služeb zachytu a léčby v oblasti onkologie, a to vč. HPV DNA testů, testování mutací v genu BRCA1 či BRCA2 apod.
- V ČR působí vysoce kvalitní a kvalifikované personální kapacity. Infrastruktura zdravotních služeb je robustní a široce dostupná. Koncentrace specializované péče do komplexních onkologických (KOC) a hematoonkologických center zajišťuje vysokou kvalitu péče o onkologické pacienty.
- ČR podporuje onkologický výzkum, včetně výzkumu preklinického a vývoje a výroby v oblasti biotechnologií, včetně ATMP, a zapojení do mezinárodních klinických studií. Pro tento účel v ČR existuje infrastruktura a expertiza, řada center fungujících i jako univerzitní pracoviště spolupracuje s ústavami Akademie věd ČR a je součástí velkých výzkumných infrastruktur (např. CZECRIN, BBMRI-CZ, EATRIS a dalších).

## SLABÉ STRÁNKY

- Není nastaven jednotný standard ve všech institucích v oblasti dostupnosti systémem, nekonzistentní předávání pacienta z primární do specializované péče, což může znamenat zpoždění v řádu měsíců, než se pacienti dostanou do péče center. Nejasně nastavený systém celoživotní péče o vyléčené dětské pacienty po 18. roku věku, např. z hlediska sledování dlouhodobé toxicity chemoterapie či jiné léčby.
- Plánování a spolupráci napříč aktéry a regiony doposud limitovala nedostatečnost politik a plánování, zejména zaštitění plánu na vládní úrovni (v indexu ICP 15. místo). Není střednědobý plán investic do péče o onkologické pacienty, což znemožňuje plánování léčby s ohledem na výdaje, zejména v důsledku zavádění nových technologií.
- Lidské kapacity v oblasti onkologie stárnou, lokálně je jejich nedostatek, kdy kromě finančního ohodnocení pracovníků není systémově řešen ani psychický dopad důsledků práce v onkologii na pracovníky (opatření pro větší psychickou pohodu a pro zachování motivace a proti syndromu vyhoření).

## PŘÍLEŽITOSTI

- Vytvoření konsenzuální strategie do roku 2030 schválené vládou pro intenzivní spolupráci a lepší koordinaci všech zájmových stran a dostupných zdrojů v rámci implementace NOPL 2030 (MZd, Česká onkologická společnost, MPSV, pojišťovny, kraje, pacientské organizace aj.). Formulace jasně strategické vize, cílů a aktivit, kterých by mělo být v předem daném období dosaženo, a to vč. specifikací nástrojů, zdrojů, odpovědností, měření pokroku apod. – koncepční práce, zdroj motivace a stability, eliminace chaotických postupů a regionálních disparit napříč souvisejícími oblastmi při zapojení všech zainteresovaných stran.
- Posilování pozice a role center vysoce specializované péče ve všech regionech, především cestou standardizace doporučených postupů pro předávání pacientů v různých fázích léčby. Zavádění nových motivačních programů úhrady péče, platba dle reálných nákladů na základě ukazatelů kvality. Posilování pozice center ve zdravotně pojistných plánech. Zavádění klinických doporučených postupů a dalších mechanismů standardizace prevence a péče.

## HROZBY

- Špatný životní styl obyvatel v porovnání s vyspělými státy EU – vysoká prevalence rizikových faktorů: konzumace tabáku (34,4 % dospělých), alkoholu, obezita (28,5 % dospělých) a nedostatek pohybu (31,1 % dospělých). Jde o charakteristiky životního stylu velmi rezistentní k edukačním a osvětovým intervencím. V rámci indexu ICP je ČR mezi deseti hodnocenými evropskými zeměmi druhá nejhorší v obezitě (za Velkou Británií), v konzumaci tabáku druhá nejhorší (za Ruskem).
- Demografické stárnutí obyvatel a s ním úměrně rostoucí onkologická zátěž.
- Nedostatek prostředků na zdravotní péči v důsledku nepředvídaných událostí (např. hospodářské krize, akutní potřeba redistribuce zdrojů do jiných zdravotnických oblastí apod.).
- Nedostatek zdrojů na hrazení inovativních způsobů onkologické péče.
- Důsledky pandemie COVID-19.





## PŘÍLEŽITOSTI

- Zintenzivnění mezinárodní spolupráce včetně zapojení do implementace Europe's Beating Cancer Plan. Efektivní využití prostředků EU fondů (Integrovaný regionální operační program 2021–2027 pro investiční projekty, Operační program Zaměstnanost+ pro systémové projekty a Národní plán obnovy – komponenta 6.2).
- Systematická podpora zdravotní gramotnosti a upevňování zdraví obyvatel (ve spolupráci s aktéry mimo oblast zdravotnictví). Prostor ke zlepšení je i v oblasti meziresortní spolupráce v oblasti péče o zdraví mezi vzdělávacími a zdravotnickými institucemi v propagaci zdravého životního stylu (rozšířenější typy rakoviny související s životním stylem). Další posilování dostupnosti screeningových programů pro cílovou populaci a zvyšování kvality celého screeningového procesu, zavádění nových programů časného záchytu v souladu s vědeckými poznatky.
- Prostor ke zlepšení je i v oblasti financování zdravotnictví pro podchycení rostoucí náročnosti potřeb populace (např. rozšíření HTA i na nelékové inovace a technologie).
- Příležitost ke zlepšení záchytu i léčby je rovněž ve vyrovnání geografických disparit v rámci ČR.
- Vyšší efektivita organizace péče prostřednictvím zavádění digitalizace a technologického pokroku (možnost lepší péče o pacienty, posouzení rozsahu poskytované péče, zjištění interakce mezi užívanými léky apod.).
- Efektivní využití nových poznatků výzkumu. V populaci přetrvává přesvědčení, že „stát se o mě postará“, je třeba zdůraznit osobní odpovědnost.

## HROZBY

- Stárnutí lidských zdrojů v oblasti onkologie (lékařů, zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků apod.).
- Politická neochota řešit strategické otázky financování onkologické péče.

# 2

STRATEGICKÁ ČÁST



**Strategická část, uvedená níže, vychází z části analytické, která je součástí přílohy NOPL ČR 2030 (viz Příloha 1 – Analytická část). Všechny cíle, stejně jako konkrétní návrhy řešení formulované v jednotlivých opatřeních strategické části, vycházejí z podrobného popisu problémových oblastí, které jsou blíže specifikovány právě v předmětné analýze (popis problému, shrnutí dosavadního vývoje, nulová varianta, klíčové trendy a zahraniční přístupy). Obě části, analytickou i strategickou, je proto třeba vnímat neoddělitelně a ve vzájemném kontextu.**

## 2.A Vize NOPL ČR 2030

Vizí NOPL ČR 2030 je:

**„Zajistit každému obyvateli České republiky možnost prevence vzniku onkologického onemocnění a v případě jeho rozvoje zajistit nejvyšší možnou kvalitu péče a života bez ohledu na geografickou polohu či stadium nemoci.“**

Pro naplnění této vize je podstatný nejenom NOPL ČR 2030, ale i potřeba, aby se boj se zhoubnými nádory stal **součástí všech relevantních celorepublikových i regionálních politických agend**, a to napříč všemi oblastmi. Klíčové je rovněž **podnikání zájmu laické veřejnosti** o prevenci vč. ochrany a podpory zdraví a **zvyšování zdravotní gramotnosti** v oblasti rizikových faktorů zhoubných nádorů. Důraz je kladen na **zapojení pacientů a neformálních pečujících** do celého strategického procesu. Nezbytné bude rovněž **nastavení trvale udržitelné cesty boje se zhoubnými nádory**, a to vč. **multidisciplinární spolupráce** v diagnostice a léčbě nádorových onemocnění, k dosažení co nejlepších výsledků léčby. Ruku v ruce musí jít i **úzká spolupráce s plátcí zdravotních a sociálních služeb**, s nestátními neziskovými organizacemi a s dalšími spolupracujícími odbornostmi, které se **podílejí na prevenci, diagnostice, léčbě i následné péči**. V neposlední řadě bude kladen důraz na **mezinárodní kooperaci harmonizující péči** v rámci EU.

Postup v naplňování vize bude monitorován a vyhodnocován na základě **sledování základních nastavených indikátorů na úrovni jednotlivých cílů**. Naplnění vize NOPL ČR 2030 přispěje vysokou měrou i k naplňování cílů vrcholového strategického materiálu resortu – Strategického rámce rozvoje péče o zdraví 2030 (jinak „Zdraví 2030“), a tím i nadřazeného Strategického rámce Česká republika 2030 (jinak „ČR 2030“).

Vize NOPL ČR 2030 bude naplňována pomocí čtyř strategických cílů, které se následně rozpadají na cíle specifické (viz *Hierarchie cílů* níže a tabulka v Příloze 2). Specifické cíle konkretizují povahu intervencí daného strategického cíle a umožňují zhodnocení podmínek k jejich plnění (určení zapojení stakeholderů, vyčíslení zdrojů apod.). Specifické cíle se dále rozpadají do konkrétních dílčích cílů, ke kterým jsou přiřazeny příslušné indikátory.



## 2.B Hierarchie cílů NOPL ČR 2030

**SC 1** Efektivita všech fází prevence se zvyšuje a předchází vzniku onkologického onemocnění

**1.1** Zvýšení pozitivní motivace ke změně životního stylu obyvatel, zvýšení zdravotní gramotnosti a prevence rakoviny způsobené infekcemi

**1.2** Zvýšení efektivity včasného zachytu nádorů

**1.3** Zvýšení efektivity terciární onkologické prevence

**SC 2** Péče orientovaná na pacienta vede k zajištění maximálně možné kvality jeho života, a to během nemoci, po vyléčení, jakož i v terminálním stadiu

**2.1** Zajištění časové a místní dostupnosti léčebně rehabilitační a následné péče pro onkologické pacienty ve všech stadiích nemoci

**2.2** Zajištění dostupnosti všech forem paliativní péče

**2.3** Zvýšení zapojení pacientů a pacientských organizací

**2.4** Nastavení systému celoživotní péče o vyléčené dětské pacienty

**SC 3** Koordinace celého systému boje s rakovinou je moderní, efektivní, vychází vstříc poskytovatelům péče i potřebám pacientů

**3.1** Nastavení integrace systémů prevence, protinádorové péče a návazné péče

**3.2** Zajištění rozvoje personalizované medicíny

**3.3** Zlepšení plánování a zvýšení dostupnosti péče

**SC 4** Boj s rakovinou je veden ve vysokém standardu, v souladu s pokrokem ve vědě a v nových technologiích

**4.1** Zajištění dostatečného počtu kvalitního, kvalifikovaného a motivovaného lidského kapitálu v oblasti onkologie

**4.2** Zlepšení stavu infrastruktury jednotlivých poskytovatelů onkologické a hematoonkologické péče

**4.3** Sledování kvality péče u jednotlivých poskytovatelů onkologické péče

**4.4** Zajištění přístupu k inovativním postupům a udržení vysoké kvality v onkologické péči

**4.5** Podpora výzkumu a mezinárodní spolupráce v oblasti onkologie

**4.6** Využití přínosů digitalizace

Na dalších stranách jsou specifické cíle rozpracovány do dílčích s uvedením příkladů konkrétních opatření a aktivit, možných zdrojů financování, odpovědností i s definováním propojení na Strategický rámec Zdraví 2030. Detailnější rozpracování aktivit bude obsaženo v jednotlivých akčních plánech.

Obsah jednotlivých specifických cílů se vzájemně doplňuje a teprve realizace vzájemně provázaných cílů povede k tomu, že do roku 2030 bude naplněna stanovená vize. Vzájemná synergie specifických cílů a návaznost specifických cílů NOPL ČR 2030 na základní strategický dokument vyššího řádu Strategický rámec Zdraví 2030 jsou zobrazeny v příloze č. 2.



## STRATEGICKÝ CÍL 1

### Efektivita všech fází prevence se zvyšuje a předchází vzniku onkologického onemocnění

#### SPECIFICKÝ CÍL 1.1

Zvýšení pozitivní motivace ke změně životního stylu obyvatel, zvýšení zdravotní gramotnosti a prevence rakoviny způsobené infekcemi

#### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Dostupná data dokládají, že vedle rostoucí celkové epidemiologické zátěže populace zhoubnými nádory je v ČR dalším problémem pozdní záchyt těchto onemocnění. Stále je vysoké procento nádorů (a to i u diagnóz s organizovaným screeningem) zachytáváno v pokročilém stavu, kdy je léčba velmi nákladná a pravděpodobnost vyléčení významně snižena.

Pokud nedostatečně funguje primární prevence, je další obrannou úrovní snižování výskytu onkologického onemocnění sekundární prevence. Cílem sekundární prevence je **záchyt zhoubných nádorů v časném, plně vyléčitelném stadiu**. Základem sekundární prevence jsou screeningové programy, preventivní onkologické prohlídky a sebestopéče správně poučeného občana.

Národní screeningové centrum (NSC), které je součástí ÚZIS ČR, zajišťuje koordinační řídicí strukturu, metodické zázemí a technickou infrastrukturu pro zavádění, realizaci a evaluaci programů časného záchytu onemocnění v ČR. NSC při naplňování strategií prevence vážných onemocnění spolupracuje s MZd a odbornou veřejností. V rámci NSC funguje „Národní rada pro implementaci a řízení programů časného záchytu onemocnění“ a pracovní skupiny pilotních projektů ustavených ad hoc pro pilotní projekty realizované NSC. NSC je součástí řídicích komisí stávajících populačních screeningových programů.

Screening nádorů musí být postaven na důkazech zejména z kontrolovaných klinických studií o jeho účinnosti a bezpečnosti. Screeningové programy musí podléhat pravidelné kontrole své kvality a jejich výsledky musí být vyhodnocovány a publikovány. Je vhodné před celoplošným zavedením screeningových programů provést časově omezenou pilotní fázi, která slouží k získání dat pro efektivní celoplošné zavedení programu.

**Časný záchyt prostřednictvím screeningů je realizován především formou centrálně řízených screeningových programů (screening karcinomu prsu – <https://www.mamo.cz>; screening kolorektálního karcinomu – <https://www.kolorektum.cz>; a screening nádorů hrdla a čípku děložního – <https://www.cervix.cz>), v jejichž rámci probíhá adresné zvaní klientů, a dále preventivními prohlídkami u lékařů primární péče (všeobecní praktičtí lékaři pro děti a dospělé a praktičtí gynekologové, stomatologové) a specialistů (například urologů a dermatovenerologů).**

Dlouhodobě je jednou z nejčastějších nádorových příčin úmrtí karcinom plic. Důvodem vysoké úmrtnosti je pozdní záchyt zhoubného nádoru plic, pouze pětina je zachycena v nejčasnějších stadiích. Od 1. 1. 2022 byl spuštěn populační pilotní program časného záchytu karcinomu plic pro osoby ve věku 55–74 let s kuřáckou minulostí alespoň 20 balíčkoroků, jehož primárním cílem je časná a přesná diagnóza tohoto onemocnění, která povede v kombinaci s vhodnou navazující léčbou ke snížení mortality v důsledku tohoto onemocnění. Do programu časného záchytu jsou zapojeni praktičtí lékaři, ambulantní pneumologové a akreditovaná radiodiagnostická centra. Součástí programu je intervence k zanechání kouření. NSC zajišťuje podrobný monitoring programu, je plánována pětiletá iniciační vyhodnocovací fáze.

Zhoubný nádor prostaty stále představuje jednu z nejčastějších nádorových příčin úmrtí u mužů. Aktuální mezinárodní doporučení se přiklánějí k názoru, že individualizovaný screening může být pro skupinu poučených mužů přínosný, šedý screening může naopak vést k nižší účinnosti a bezpečnosti celého procesu. To představuje potenciál pro optimalizaci investic do tohoto typu péče. MZd, zástupci odborné společnosti a NSC zahájili diskusi o možné cestě k přípravě pilotního populačního programu individualizovaného screeningu karcinomu prostaty.

Dále existuje standardizovaný systém sledování onkologických pacientů po předchozí kurativní léčbě u onkologů a dalších zainteresovaných ambulantních specialistů, jehož cílem je včasný záchyt recidiv a nových primárních a sekundárních malignit u těchto pacientů. Bohužel účast občanů v dospělém věku na rozdíl od věku dětského nedosahuje v preventivních programech potřebné výše. V předepsaných intervalech chodí na



screening karcinomu prsu téměř 60 %, karcinomu tlustého střeva a konečníku 30 % a hrdla děložního více než 55 % jedinců z cílových skupin těchto screeningových programů. Národní program screeningu kolorektálního karcinomu probíhá v České republice od roku 2000. Jsou do něj zapojeni všeobecní praktičtí lékaři, gynekologové pracoviště klinické biochemie a specializovaná endoskopická pracoviště. Mezi roky 2000–2018 došlo ke snížení incidence kolorektálního karcinomu o 24 % a mortality o 40 %, mortalita karcinomu prsu se snížila o 32 % a incidence karcinomu děložního hrdla o 37 %.

V České republice zatím není standardizovaná preventivní péče o občany s geneticky podmíněným zvýšeným rizikem vzniku malignit (tzv. hereditární nádorové syndromy). Tato preventivní péče probíhá pouze v několika onkologických centrech, a to vysloveně na základě entuziasmu konkrétních lékařů.

## OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Návrhy konkrétních intervencí budou rozpracovány do podoby projektových záměrů v rámci aktivit Národního screeningového centra (NSC), které je součástí Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

Vytvářet podmínky, aby tato problematika byla všemi zúčastněnými stranami (představitelé zákonodárné a výkonné moci, plátcí a poskytovatelé zdravotní péče, vzdělávací instituce a občané) stále vnímána jako mimořádně důležitá, zasluhující si dlouhodobou politickou, mediální, finanční a materiální podporu a legislativní ukotvení. Současně je nutné odstraňovat bariéry omezující účinnost preventivních programů.

Zvýšit informovanost, a hlavně účast na populačních screeningových programech karcinomu tlustého střeva a konečníku, karcinomu prsu, karcinomu děložního hrdla a karcinomu plic. Nerezignovat, ale naopak posílit adresné zvaní a další stimulanty, které zajistí maximální účast obyvatel v těchto programech. Současně bude věnována dostatečná pozornost novým možnostem (testování a implementaci) časného záchytu jiných onkologických onemocnění, např. screening análního karcinomu, karcinomu prostaty mužů, kožních nádorů v rizikové populaci, program genetického testování pro hodnocení rizika hematologické choroby u specifických skupin osob se zvýšeným rizikem, podpora genetického poradenství, preventivních chirurgických operací a preimplantační diagnostiky atd.

Rozvíjet genetické poradenství pro hodnocení rizika hematologické choroby a genetické testování pro rodiny s anamnézou dlouhotrvající abnormality krevního obrazu neznámé příčiny, nebo pro osoby s hematologickým onemocněním v osobní či rodinné anamnéze.

Vytvořit zvláštní preventivní onkologický program pro rizikové pacienty (autoimunitní choroby, pacienti s HIV, pacienti na dlouhodobé imunosupresivní léčbě po transplantaci selhávajících orgánů, vrozené a získané choroby/stavy s vyšším rizikem vzniku solidních nádorů a hematologického onemocnění).

Posílit podporu očkování proti viru HPV zejména se zaměřením na rodiče dětí a na širokou veřejnost a nastavit monitoring a pravidelnou evaluaci očkování proti HPV a rovněž proti hepatitidě typu B.

Zajistit legislativní, finanční a materiálně-technickou podporu pro metodické vedení, standardizaci, monitoraci, sběr dat a hodnocení kvality preventivních programů.

Zřídit oddělení či **centra onkologické prevence** v rámci sítě páteřních nemocnic tvořících KOC nebo ROS, která mohou být zapojena do všech výše uvedených aktivit. Podpora ustavení center jako nové organizační jednotky zaměřené na edukaci pacientů, screening rizikových faktorů, primární preventivní intervence s důrazem na lokální podmínky a koordinaci péče v oblasti individualizovaného časného záchytu závažných onemocnění.

Provozovat Národní zdravotnický informační portál a další informační zdroje pro pacienty (například Linkos a online poradny sekce ČOS, linky Ligy proti rakovině a další), bezplatné nádorové telefonní linky, distribuovat základní informační materiály v tištěné i elektronické podobě o onkologickém onemocnění, prevenci, poskytované péči a službách.

## GESCE

MZd

## SPOLUPRÁCE

ÚZIS/NSC, SZÚ, odborné společnost ČLS JEP, screeningová a preventivní centra, vzdělávací instituce, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny, IFMSA CZ, sekce SCORA, NNO



## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>1.1.1</b>	<b>Snížení závislosti na škodlivých návykových látkách a zvýšení dostupnosti léčby závislostí</b>	MZd, zdravotní pojišťovny
<b>1.1.2</b>	<b>Zefektivnění nástrojů primární prevence a zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel</b>	MZd, SZÚ, ÚZIS
<b>1.1.3</b>	<b>Zvýšení efektivity preventivních vakcinačních programů proti vzniku onkologických onemocnění</b>	MZd, SZÚ, ÚZIS

## INDIKÁTORY

<b>1.1.1</b>	Podíl aktivních kuřáků v populaci
<b>1.1.1</b>	Podíl aktivních kuřáků, kteří podstoupili odvykací terapeutickou kúru
<b>1.1.2</b>	Podíl obyvatel, kteří v průběhu předchozích dvou let absolvovali preventivní prohlídku u praktického lékaře pro dospělé
<b>1.1.3</b>	Podíl dívek a chlapců ve věku 13 let očkovaných proti lidskému papilomaviru (HPV)
<b>1.1.3</b>	Podíl osob očkovaných proti viru hepatitidy typu B

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

Operační program Zaměstnanost plus, národní dotační programy, fondy prevence pojišťoven, krajské dotační programy



## SPECIFICKÝ CÍL 1.2

### Zvýšení efektivity včasného zachytu nádorů

#### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Dostupná data dokládají, že vedle rostoucí celkové epidemiologické zátěže populace zhoubnými nádory je v ČR dalším problémem pozdní zachyt těchto onemocnění. Stále je vysoké procento nádorů (a to i u diagnóz s organizovaným screeningem) zachytáváno v pokročilém stavu, kdy je léčba velmi nákladná a pravděpodobnost vyléčení významně snížena.

Pokud nedostatečně funguje primární prevence, je další obrannou úrovní snižování výskytu onkologického onemocnění sekundární prevence. Cílem sekundární prevence je zachyt zhoubných nádorů v časném, plně vyléčitelném stadiu. Základem sekundární prevence jsou screeningové programy, preventivní onkologické prohlídky a sebestačně správně poučeného občana.

Národní screeningové centrum (NSC), které je součástí ÚZIS ČR, zajišťuje koordinační řídicí strukturu, metodické zázemí a technickou infrastrukturu pro zavádění, realizaci a evaluaci programů časného zachytu onemocnění v ČR. NSC při naplňování strategií prevence vážných onemocnění spolupracuje s MZd a odbornou veřejností. V rámci NSC funguje „Národní rada pro implementaci a řízení programů časného zachytu onemocnění“ a pracovní skupiny pilotních projektů ustavených ad hoc pro pilotní projekty realizované NSC. NSC je součástí řídicích komisí stávajících populačních screeningových programů.

Screening nádorů musí být postaven na důkazech zejména z kontrolovaných klinických studií o jeho účinnosti a bezpečnosti. Screeningové programy musí podléhat pravidelné kontrole své kvality a jejich výsledky musí být vyhodnocovány a publikovány. Je vhodné před celoplošným zavedením screeningových programů provést časově omezenou pilotní fázi, která slouží k získání dat pro efektivní celoplošné zavedení programu.

Časný zachyt prostřednictvím screeningů je realizován především formou centrálně řízených screeningových programů (screening karcinomu prsu – <https://www.mamo.cz>; screening kolorektálního karcinomu – <https://www.kolorektum.cz>; a screening nádorů hrdla a čípku děložního – <https://www.cervix.cz>), v jejichž rámci probíhá adresné zvaní klientů, a dále preventivními prohlídkami u lékařů primární péče (všeobecní praktičtí lékaři pro děti a dospělé a praktičtí gynekologové, stomatologové) a specialistů (například urologů a dermatovenerologů).

Dlouhodobě je jednou z nejčastějších nádorových příčin úmrtí karcinom plic. Důvodem vysoké úmrtnosti je pozdní zachyt zhoubného nádoru plic, pouze pětina je zachycena v nejčasnějších stádiích. Od 1. 1. 2022 byl spuštěn populační pilotní program časného zachytu karcinomu plic pro osoby ve věku 55–74 let s kuřáckou minulostí alespoň 20 balíčkoroků, jehož primárním cílem je časná a přesná diagnóza tohoto onemocnění, která povede v kombinaci s vhodnou navazující léčbou ke snížení mortality v důsledku tohoto onemocnění. Do programu časného zachytu jsou zapojeni praktičtí lékaři, ambulantní pneumologové a akreditovaná radiodiagnostická centra. Součástí programu je intervence k zanechání kouření. NSC zajišťuje podrobný monitoring programu, je plánována pětiletá iniciální vyhodnocovací fáze.

Zhoubný nádor prostaty stále představuje jednu z nejčastějších nádorových příčin úmrtí u mužů. Aktuální mezinárodní doporučení se přiklání k názoru, že individualizovaný screening může být pro skupinu poučených mužů přínosný, šedý screening může naopak vést k nižší účinnosti a bezpečnosti celého procesu. To představuje potenciál pro optimalizaci investic do tohoto typu péče. MZd, zástupci odborné společnosti a NSC zahájili diskusi o možné cestě k přípravě pilotního populačního programu individualizovaného screeningu karcinomu prostaty.

Dále existuje standardizovaný systém sledování onkologických pacientů po předchozí kurativní léčbě u onkologů a dalších zainteresovaných ambulantních specialistů, jehož cílem je včasný zachyt recidiv a nových primárních a sekundárních malignit u těchto pacientů. Bohužel účast občanů v dospělém věku na rozdíl od věku dětského nedosahuje v preventivních programech potřebné výše. V předepsaných intervalech chodí na screening karcinomu prsu téměř 60 %, karcinomu tlustého střeva a konečníku 30 % a hrdla děložního více než 55 % jedinců z cílových skupin těchto screeningových programů. Národní program screeningu kolorektálního karcinomu probíhá v České republice od roku 2000. Jsou do něj zapojeni všeobecní praktičtí lékaři, gynekologové pracoviště klinické biochemie a specializovaná endoskopická pracoviště. Mezi roky 2000–2018 došlo ke snížení incidence kolorektálního karcinomu o 24 % a mortality o 40 %, mortalita karcinomu prsu se snížila o 32 % a incidence karcinomu děložního hrdla o 37 %.





V České republice zatím není standardizovaná preventivní péče o občany s geneticky podmíněným zvýšeným rizikem vzniku malignit (tzv. hereditární nádorové syndromy). Tato preventivní péče probíhá pouze v několika onkologických centrech, a to vysloveně na základě entuziasmu konkrétních lékařů.

## **OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE**

Návrhy konkrétních intervencí budou rozpracovány do podoby projektových záměrů v rámci aktivit Národního screeningového centra (NSC), které je součástí Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

Vytvářet podmínky, aby tato problematika byla všemi zúčastněnými stranami (představitelé zákonodárné a výkonné moci, plátcí a poskytovatelé zdravotní péče, vzdělávací instituce a občané) stále vnímána jako mimořádně důležitá, zasluhující si dlouhodobou politickou, mediální, finanční a materiální podporu a legislativní ukotvení. Současně je nutné odstraňovat bariéry omezující účinnost preventivních programů.

Zvýšit informovanost, a hlavně účast na populačních screeningových programech karcinomu tlustého střeva a konečníku, karcinomu prsu, karcinomu děložního hrdla a karcinomu plic. Nerezignovat, ale naopak posílit adresné zvaní a další stimulanty, které zajistí maximální účast obyvatel v těchto programech. Současně bude věnována dostatečná pozornost novým možnostem (testování a implementaci) časného záchytu jiných onkologických onemocnění, např. screening análního karcinomu, karcinomu prostaty mužů, kožních nádorů v rizikové populaci, program genetického testování pro hodnocení rizika hematookologické choroby u specifických skupin osob se zvýšeným rizikem, podpora genetického poradenství, preventivních chirurgických operací a preimplantační diagnostiky atd.

Rozvíjet genetické poradenství pro hodnocení rizika hematologické choroby a genetické testování pro rodiny s anamnézou dlouhotrvající abnormality krevního obrazu neznámé příčiny, nebo pro osoby s hematookologickým onemocněním v osobní či rodinné anamnéze.

Vytvořit zvláštní preventivní onkologický program pro rizikové pacienty (autoimunitní choroby, pacienti s HIV, pacienti na dlouhodobé imunosupresivní léčbě po transplantaci selhávajících orgánů, vrozené a získané choroby/stavy s vyšším rizikem vzniku solidních nádorů a hematookologického onemocnění).

Posílit podporu očkování proti viru HPV zejména se zaměřením na rodiče dětí a na širokou veřejnost a nastavit monitoring a pravidelnou evaluaci očkování proti HPV a rovněž proti hepatitidě typu B.

Zajistit legislativní, finanční a materiálně-technickou podporu pro metodické vedení, standardizaci, monitoraci, sběr dat a hodnocení kvality preventivních programů.

Zřídit oddělení či centra onkologické prevence v rámci sítě páteřních nemocnic tvořících KOC nebo ROS, která mohou být zapojena do všech výše uvedených aktivit. Podpora ustavení center jako nové organizační jednotky zaměřené na edukaci pacientů, screening rizikových faktorů, primární preventivní intervence s důrazem na lokální podmínky a koordinaci péče v oblasti individualizovaného časného záchytu závažných onemocnění.

Provozovat Národní zdravotnický informační portál a další informační zdroje pro pacienty (například Linkos a online poradny sekce ČOS, linky Ligy proti rakovině a další), bezplatné nádorové telefonní linky, distribuovat základní informační materiály v tištěné i elektronické podobě o onkologickém onemocnění, prevenci, poskytované péči a službách.

## **GESCE**

MZd

## **SPOLUPRÁCE**

ÚZIS/NSC, SZÚ, odborné společnost ČLS JEP, screeningová a preventivní centra, vzdělávací instituce, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny, IFMSA CZ, sekce SCORA, NNO



## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>1.2.1</b>	<b>Zvýšení efektivity stávajících populačních screeningů včetně využití inovativních přístupů</b>	ÚZIS/NSC, MZd, zdravotní pojišťovny
<b>1.2.2</b>	<b>Úspěšné zavedení programu časného zachytu karcinomu plic</b>	ÚZIS/NSC, MZd, zdravotní pojišťovny
<b>1.2.3</b>	<b>Postupné zavádění nových ověřených screeningových programů a programů časného zachytu onkologických onemocnění</b>	ÚZIS/NSC, MZd, zdravotní pojišťovny
<b>1.2.4</b>	<b>Vytvoření zvláštních preventivních onkologických programů pro rizikové pacienty (autoimunitní choroby, pacienti s HIV, pacienti na dlouhodobé imunosupresivní léčbě po transplantaci selhávajících orgánů, vrozené a získané choroby/stavy s vyšším rizikem vzniku solidních nádorů a hematooonkologického onemocnění)</b>	ÚZIS/NSC, MZd, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb

## INDIKÁTORY

<b>1.2.1</b>	Pokrytí cílové populace populačními screeningovými programy
<b>1.2.1</b>	Úmrtnost na zhoubné nádory cílené populačními screeningovými programy
<b>1.2.2</b>	Počet účastníků v novém programu včasného zachytu karcinomu plic
<b>1.2.3</b>	Počet zavedených nových organizovaných programů screeningů nebo časného zachytu nádorů (populační programy)
<b>1.2.4</b>	Počet zavedených nových organizovaných programů screeningů nebo časného zachytu nádorů (rizikovní jedinci)

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

Národní plán obnovy – komponenta 6.2; Operační program Zaměstnanost plus – specifický cíl 2.3



### SPECIFICKÝ CÍL 1.3

#### Zvýšení efektivity terciární onkologické prevence

##### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Díky pokroku v oblasti diagnostiky nádoru, účinné léčby a podpůrné péče se dramaticky zvýšila míra přežití onkologických pacientů. Každým rokem narůstá počet pacientů, kteří dosáhli dlouhodobého vyléčení. Tento stav však paradoxně přináší pro onkologické pacienty a jejich rodiny problémy, které spočívají nejen ve zdravotních komplikacích coby pozůstatku onkologické léčby, ale z velké části vycházejí ze sociálních a finančních nejistot. Součástí cílů strategie onkologické péče není jen zajistit, aby onkologičtí pacienti svou nemoc přežili, ale aby žili dlouhý a naplněný život bez diskriminace a nespravedlivých překážek i po ukončení onkologické léčby.

Terciární prevence je určena pro osoby vyléčené z onkologického onemocnění **s cílem časného zachytu recidivy onemocnění nebo komplikací / pozdních následků spojených s léčbou**, jako mohou být například tzv. **sekundární nádory**. Jedná se v podstatě o dispenzarizaci onkologického pacienta s pravidelnými prohlídkami a vyšetřeními v intervalu 3–12 měsíců po dobu několika let. Volba vyšetření v rámci sledování je individualizovaná v závislosti na druhu onemocnění a typu léčby, kterou pacient podstoupil.

Velkou skupinou hematoonkologických pacientů vyžadujících dlouhodobou dispenzarizaci jsou pacienti po alogenní transplantaci kostní dřeně (alo-HSCT). Pozdní následky jsou individuální mimo jiné v závislosti na přípravném režimu, celotělové radioterapii a dalších faktorech. Je však vhodná multidisciplinární dispenzarizace. Příjemci transplantátu jsou vystaveni vyššímu riziku infekce včetně reaktivace herpetických virů, proto je doporučeno očkování dle očkovacího kalendáře. Z dostupných studií vyplývá, že až polovina pacientů trpí poruchou metabolismu lipidů, což zvyšuje riziko aterosklerózy, infarktu myokardu a cévní mozkové příhody. V období 10 let po transplantaci se u 50 % až 70 % pacientů rozvinou známky chronického onemocnění štěpu proti hostiteli (cGVHD), v jejichž terénu mohou vznikat novotvary, proto je vhodné vyšetření a komplexní péče ve spolupráci s dermatologem, oftalmologem a dentistou. V případě celotělového ozáření v rámci přípravného režimu je doporučena sonografická kontrola štítné žlázy v rozmezí 6 až 12 měsíců a endoskopické vyšetření gastrointestinálního traktu minimálně jednou za deset let. Riziko sekundárního nádoru po alo-HSCT je až 2krát vyšší než v běžné populaci. Mezi významné rizikové faktory patří věk, celotělové ozáření a chronické GVHD v anamnéze.

Při nárustu přežívajících pacientů je nutné zajistit následné dlouhodobé sledování i mimo onkologická pracoviště a začlenit péči o dlouhodobě přežívajícího pacienta do systému primární péče, včetně vytvoření jednotlivých doporučení pro jednotlivá nádorová onemocnění. V případě dětských onkologických pacientů pak vytvořit systém sdílené péče mezi specializovanými ambulancemi následné péče při dětských KOC a praktickými lékaři, který zohlední individuální míru rizika vyléčených dětských onkologických pacientů.

S ohledem na nejčastější problémy, se kterými se bývalí onkologičtí pacienti potýkají (nedostatečné zvládnutí opožděných a dlouhodobých účinků léčby, nedostatečná koordinace a komunikace mezi poskytovateli zdravotní péče, neuspokojené psychosociální potřeby a problémy, psychické nemoci včetně závislostí), je důležité vytvořit platformu pro komunikaci mezi zdravotními a sociálními složkami a legislativou k vytvoření možných scénářů potřeb pacienta.

##### OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Rozvíjet fungující a navrhnout a implementovat nové programy péče o skupiny pacientů s vysokým rizikem vzniku sekundárních nádorů po předchozí kurativní onkologické léčbě (např. po radioterapii nebo určité systémové protinádorové léčbě, zejména pokud probíhala v době od dětství až po střední dospělost).

Posílit rehabilitaci, psychohygienu s možnou psychologickou a psychiatrickou podporou.

Minimalizovat riziko recurence, a pokud k recurenci dojde, zajistit její včasný záchyt.

Minimalizovat riziko dalších malignit a zajistit jejich včasný záchyt.

Kontinuálně sledovat a léčit dlouhodobé nežádoucí účinky onkologické léčby.

Vypracovat základní kodex chování vůči dlouhodobě přežívajícím pacientům, s důrazem na sociální a finanční spravedlnost, která by umožnila důstojnou a spravedlivou integraci pacienta zpět do společnosti. Zvážení implementace „práva být zapomenut“ do českého právního řádu.

Pravidelná dispenzarizace pacientů po léčbě nádorového onemocnění v prevenci sekundárního onkologického onemocnění v rámci KOC a ROS. Vytvoření a implementace programů péče o skupiny pacientů s vysokým rizikem vzniku sekundárních nádorů po předchozí kurativní onkologické léčbě.



Vytvoření a aktualizace doporučení pro sledování dlouhodobě přežívajících pacientů praktickými lékaři a dalšími oborovými specialisty. Tato doporučení by měla stanovit rozdělení úkolů mezi onkology a praktické lékaře a další oborové specialisty s jasnou definicí kompetencí, činností a interdisciplinární spolupráce a komunikace.

Zajistit dlouhodobou dispenzarizaci pacientů s vysokým rizikem recurence nádorového onemocnění v rámci KOC a ROS.

Dispenzarizovat pacienty po HSCT a obecně po buněčné terapii, jejich očkování a multidisciplinární komplexní péče.

Připravit pokyny a indikační kritéria pro rehabilitaci, využití tělovýchovného lékařství a lázeňskou péči s cílem zjednodušit přístup onkologických pacientů k této péči. Informovat odborníky a další segmenty veřejnosti o významu rehabilitace.

Zavést systém screeningu a hodnocení nežádoucích dopadů onkologického onemocnění a hodnocení výsledků léčby z pohledu pacienta, které ve svém důsledku vedou ke zkvalitnění života jedince.

## GESCE

MZd

## SPOLUPRÁCE

ČOS ČLS JEP, ČHS ČLS JEP, SROBF ČLS JEP a další odborné společnosti, KOC, ROS, další centra vysoce specializované onkologické péče, ÚZIS/NSC

## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>1.3.1</b>	<b>Nastavení plošně dostupného systému dispenzarizace včetně zapojení lékařů primární péče (mj. prevence následných onkologických onemocnění u již léčených či vyléčených onkologických pacientů)</b>	MZd, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, relevantní společnosti ČLS JEP, ÚZIS/NSC, zdravotní pojišťovny
<b>1.3.2</b>	<b>Vytvořit a implementovat programy péče o skupiny pacientů s vysokým rizikem vzniku dalších primárních nádorů po ukončené léčbě malignit</b>	MZd, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, relevantní společnosti ČLS JEP, ÚZIS/NSC, zdravotní pojišťovny
<b>1.3.3</b>	<b>Zajištění kontinuálního a dlouhodobého sledování následků protinádorové léčby</b>	MZd, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, relevantní společnosti ČLS JEP, ÚZIS/NSC, zdravotní pojišťovny
<b>1.3.4</b>	<b>Posílení pravidelného systematického monitorování nemocných s cílem včasného záchytu ev. Relapsu choroby</b>	MZd, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, relevantní společnosti ČLS JEP, ÚZIS/NSC, zdravotní pojišťovny

## INDIKÁTORY

<b>1.3.1</b>	Počet diagnóz nádorů s vypracovaným klinickým doporučeným postupem / EBM doporučením pro dispenzarizaci
<b>1.3.1</b>	Podíl pacientů splňujících kritéria (vybrané diagnózy), kteří jsou sledováni v souladu s příslušným doporučením (dle lékaře provádějícího dispenzarizaci)
<b>1.3.2</b>	Počet vytvořených a implementovaných programů péče o skupiny pacientů s vysokým rizikem vzniku dalších primárních nádorů po ukončené léčbě malignit
<b>1.3.3</b>	Podíl KOC s programem zajištění kontinuálního a dlouhodobého sledování následků protinádorové léčby
<b>1.3.4</b>	Podíl KOC s programem systematického monitorování nemocných s cílem včasného záchytu ev. relapsu choroby

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

Národní plán obnovy – komponenta 6.2; Operační program Zaměstnanost plus – specifický cíl 2.3



## STRATEGICKÝ CÍL 2

### Péče orientovaná na pacienta vede k zajištění maximálně možné kvality jeho života, a to během nemoci, po vyléčení, jakož i v terminálním stadiu

#### SPECIFICKÝ CÍL 2.1 Zajištění časové a místní dostupnosti léčebně rehabilitační a následné péče pro onkologické pacienty ve všech stádiích nemoci

#### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

I když zlepšující se doba přežití je a zůstane zásadním sledovaným parametrem, neméně důležité je, aby získané roky života představovaly plnohodnotný život s pokud možno úplným návratem pracovní a sociální aktivity pacientů. Mezi faktory negativně ovlivňující kvalitu života jak po stránce zdravotní, fyzické, sociální, pracovní, tak vztahové a duševní patří:

- samotné onkologické onemocnění, které pacienta často bezprostředně ohrožuje na životě a neléčené vede k postupnému, někdy velmi rychlému poklesu kvality života až ke smrti;
- protinádorová terapie, která většinou pouze po přechodnou dobu snižuje kvalitu života, s tím, že u pacientů, kteří dosáhnou remise nebo vyléčení, se kvalita života výrazně zlepšuje často na úroveň v předchorobí;
- recidiva onkologické choroby, která zhoršuje kvalitu života často na úroveň nižší než při původní diagnóze;
- dlouhodobé nežádoucí účinky protinádorové terapie (kardiální, sekundární nádory, kognitivní, endokrinní, včetně ztráty fertility, dlouhodobá imunokompromitace, nová skupina nežádoucích účinků spojená s imunoterapií má obraz autoimunitního poškození orgánů a další);
- sociální vyloučení pacientů odkázaných na podpůrnou paliativní péči, která je v řadě případů dostupná pouze za hospitalizace, a i tam často jen s obtížemi, za nimiž stojí zejména ekonomické, logistické a personální důvody.

#### Cenou za úspěch léčby je nárůst počtu pacientů po ukončené terapii v remisi onemocnění, ale i počet nemocných, kteří se dožívají následných malignit.

Nárůst počtu pacientů s onkologickou diagnózou, kteří jsou již po ukončené léčbě, si vyžádal novou formu spolupráce s dalšími poskytovateli zdravotních služeb i s plátcí péče. V oblasti sledování pacientů po ukončené terapii spolupracuje KOC s regionálními pracovišti i s poskytovateli primární péče, praktickými lékaři a oborovými specialisty. Pacienta s přibývajícím odstupem od ukončení onkologické léčby více ohrožují další maligní onemocnění nebo další civilizační choroby více než relaps původního onkologického onemocnění. Pro pacienta je nezbytné, aby byl pravidelně komplexně vyšetřen preventivní prohlídkou a byl opět zařazen do screeningových programů. Cílem je jednak prodloužit přežití, jednak prevence a léčba pozdních komplikací nádoru a protinádorové léčby. KOC jsou díky úspěchům v léčbě stále více zatížena počtem pacientů ve sledování, a proto došlo k dohodě s praktickými lékaři a dalšími oborovými specialisty o převzetí nemocných do jejich péče s cílem sledování možné recidivy onemocnění, komplikací i další malignity. Tento zavedený postup se ukázal jako velmi racionální a jednoznačně přispívá ke kvalitě života pacientů s ukončenou protinádorovou léčbou.

*Výjimkou z tohoto decentralizovaného modelu jsou vyléčení vysoce riziková dětská onkologická onemocnění, která jednoznačně profitují ze sledování na vysoce specializovaných ambulancích následné péče při KOC, a to jak v dětském věku, tak i po tranzici péče v dospělosti. I v tomto případě je ale nezbytná úzká spolupráce s praktickými lékaři a diferencovaná sdílená péče zohledňující individuální riziko rozvoje závažných následků léčby včetně sekundárních a další následných nádorů – viz SC 2.4.*

Úspěšná léčba nezáleží pouze na správné diagnostice a podání optimální protinádorové terapie, ale také na účinném řešení komplikací a celkové podpoře pacienta od úrovně zdravotní přes sociální až po existenciální ve všech fázích choroby.

Z tohoto pohledu jsou pro pacienty esenciální základní informace o prevenci, diagnostice a léčbě nádorového onemocnění a jeho následků, stejně jako informace o poskytovaných službách a jejich dostupnost jak v tištěné, tak v elektronické podobě. Informace určené pro pacienta jsou z garantovaných zdrojů, přizpůsobené jeho



informačním potřebám a berou v úvahu sociální, emocionální, kulturní a psychologické aspekty života dané osoby a úroveň její zdravotně gramotnosti.

Při indikaci protinádorové terapie je nedílnou součástí péče jak rehabilitace, která je poskytována v oblasti fyzioterapie od samého počátku protinádorové terapie, tak i psychosociální péče, jejímž cílem je usnadnění návratu pacienta do normálního rodinného i pracovního života. Důležitým bodem zlepšení kvality života přeživších je umožnit jejich návrat i do profesního života. Z tohoto pohledu je nutné vytvořit adaptační program pro tyto nemocné a zároveň je třeba si uvědomit, že pacienti v dlouhodobé remisi onemocnění jsou znevýhodněni i při zjednávání pojištění včetně životní pojistky. V této oblasti je třeba úzká spolupráce s odborníky v oblasti fyzioterapie, psychiatrie, psychologie, sociálních věd i pracovního lékařství. K dosažení těchto cílů je nutná diskuse a spolupráce s plátcí zdravotní péče, MZd ČR, MPSV i zástupci posudkového lékařství. V případě dětských onkologických pacientů mimo výše uvedeného i specializované poradenství stran vzdělávání a volby povolání.

Diagnostika a léčba nádorových onemocnění nejsou problematikou jednoho či dvou oborů, ale jsou zde zapojeny prakticky všechny lékařské obory dle svých odborných kompetencí. Rozhodující pro stanovení diagnózy a určení léčebného postupu je multidisciplinární tým (MDT).<sup>1</sup>

Multidisciplinární tým je skupina odborníků různých lékařských oborů, která se pravidelně schází za účelem diskuse nad jednotlivými lékařskými případy s cílem doporučení optimálního diagnostického a léčebného postupu u daného pacienta. Cílem MDT je zvýšení kvality péče o pacienty a lepší organizace péče. MDT předpokládá, že pacientovi bude nabídnuta optimální léčba díky znalostem jednotlivých zastoupených odborníků o nejlepších možnostech léčby pro danou situaci včetně možnosti zařadit pacienta do klinické studie. Společné jednání lékařů z více odborností snižuje riziko z prodloužení léčby a snižuje pravděpodobnost suboptimálního postupu u pacienta. Pravidelným setkáváním členů MDT se postupně nastavuje optimální způsob prezentace případu pacientů, požadavky na došetření a snižuje se riziko duplicitních vyšetření.

Potřeba následné péče (a zejména léčebně rehabilitační péče) zpravidla stoupá u pacientů se závažnými diagnózami. Následná péče je obvykle poskytována po péči akutní a je poskytována v různých odbornostech se zaměřením na individuální potřeby pacientů. Někteří z nich mohou vyžadovat specifickou péči (např. více rehabilitační nebo více ošetrovatelskou), nebo delší stabilizaci po akutním stavu, popřípadě odbornou pomoc s přechodem z následné péče do dlouhodobé nebo domácí péče. Potřeba následné péče u onkologického pacienta není vždy a ve všech případech aktivně posuzována a v důsledku této praxe někteří pacienti nedostanou možnost obnovit či posílit svůj zdravotní potenciál po náročné terapii nebo během ní, zlepšit svoji výkonnost a posílit psychickou odolnost.

Psychosociální podpora je nezbytnou součástí péče o onkologického pacienta ve všech stádiích nemoci. U každého pacienta je třeba stanovit a zajistit potřeby, jež pomohou udržet nebo zlepšit kvalitu jeho života. V první řadě se jedná o screeningové nástroje pro identifikaci časných příznaků, které vyžadují zásah podpůrných disciplín (např. psycho-onkologický screening, nutriční screening, screening bolesti), programy zdravého životního stylu a další. Nedílnou součástí péče o onkologického pacienta je zajištění individualizované sociální a pracovní rehabilitace. V oblasti sociální rehabilitace je nutné myslet především na narušení sociálního statusu pacienta, který může být spojený i s narušením jeho rodinného života. V systému časně identifikace osob, které vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a životní situaci potřebují kromě zdravotních služeb i poskytování pracovní či sociální podpory ve formě pracovní či sociální rehabilitace, se aktuálně vyskytují závažné nedostatky, jejichž příčina tkví zejména v nedostatečné provázanosti zdravotního a sociálního systému. Úskalím je hlavně nenávaznost přechodu pacienta z poskytování zdravotních služeb onkologické péče, léčebně rehabilitační péče, případně i následné péče, ke službám psychosociální podpory a k sociálním službám. Tím je zapříčiněno, že řadě onkologických pacientů se nedostane včas potřebné individualizované pomoci, nebo mají problémy s místní dostupností, případně nejsou o možnostech pomoci dostatečně informováni. Problémy nastávají i při předávání dat a informací. Nedostatečná psychosociální podpora a omezené využívání pracovního potenciálu onkologických pacientů jsou velmi závažnými příčinami zhoršení kvality života onkologických pacientů a jejich rodin, přičemž je jisté, že těmto nedostatkům lze předejít vytvořením systému včasné psychosociální a pracovní rehabilitace koordinované s poskytováním zdravotních služeb.

<sup>1</sup> Výjimkou jsou situace, kdy charakter a rozsah nádoru umožňuje standardizovaný postup, který by se rozhodnutím multidisciplinárního týmu neměnil (například některé kožní nádory).

S oblastí jsou úzce spjaty i tzv. nepřímé náklady na onkologická onemocnění, které vznikají zejména následkem pracovní neschopnosti, invalidity a předčasné mortality pacientů s nádory a u dětských pacientů navíc i nedosažením optimálního výsledného vzdělání a sníženým uplatněním na trhu práce. Další důležité nepřímé náklady se týkají dopravy pacientů na léčbu, ošetrového a role pečovatелů, rehabilitace, rekvalifikace, podpůrné psychosociální péče, kompenzačních pomůcek, nákladů na dobrovolnické programy ve zdravotnických zařízeních.

## OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Definovat a ukotvit vznik multidisciplinárních týmů v oblasti péče o onkologicky nemocné.

Návrh principu individualizované podpůrné zdravotní péče tak, aby na základě identifikace rizikových faktorů jak choroby, stavu pacienta, tak plánované protinádorové péče bylo možno přijmout taková opatření, která minimalizují rizika a zlepšují celkovou snášenlivost terapie a ulevují symptomům nemoci. Platí to pro všechny fáze nemoci včetně terminální.

Zpracovat model pro identifikaci sociálních podmínek pacienta, jeho soběstačnosti, zázemí pomoci, najít optimální způsob péče v domácím prostředí či za hospitalizace. Významná je podpora psychologická, existenční, ev. duchovní podpůrná péče, pomoc při případné změně hodnotové orientace a podpora mechanismů zvládnutí nové životní situace a role. Jedná se nikoli jen o problematiku pacienta, ale také o podporu rodiny či jiného sociálního zázemí.

Opatření pro naplnění cíle zahrnují mj. níže uvedené hlavní prostředky:

- podpora vytváření multioborových týmů (např. nutriční terapeut, fyzioterapeut, intenzivista, kardiolog, neurolog a další) s expertizou ve svém oboru, ale i zkušeností s péčí o hematoonkologické pacienty;
- zapojení zdravotně-sociálních pracovníků nebo sociálních pracovníků s vytvářením podpory, např. podpory domácí péče, pro pacienty v terminální fázi onemocnění vytvářením domácích či kamenných hospiců;
- zapojení psychologů, pracovníků pomáhajících s existenciálními či duchovními problémy.

Chybět nebude ani návrh komunikačního modelu, jehož podstatou je empatická a důkladná komunikace, stejně tak i účast příbuzných, přátel a rodinných příslušníků. Jsou podporovány vzdělávací aktivity určené ke zlepšení pacientova chování ve vztahu ke zdraví a/nebo zvýšení kvality jeho života či pochopení významu onkologického výzkumu. Jsou podporovány vzdělávací aktivity určené pro zdravotníky k získání potřebných komunikačních dovedností (soft skills). V komunikačním modelu hraje podstatnou roli i opora ověřených zdrojů a jejich rozvoj, viz Národní zdravotnický informační portál a další informační zdroje pro pacienty (například Linkos a online poradny sekce ČOS, linky Ligy proti rakovině a další).

Návrhy opatření budou zahrnovat i posílení rehabilitace a psychohygieny s možnou psychologickou a psychiatrickou podporou během léčby i po jejím ukončení.

Rozvíjet systém podpůrné péče a zajistit dobrou návaznost sociálních služeb po poskytnutí péče, a to tak, aby sociální služby minimalizovaly rovněž sociální důsledky onkologického onemocnění (ztráta zaměstnání, snížení příjmů, ohrožení chudobou v důsledku prodělaného onemocnění, ztráta bydlení, návrat do rodiny a péče o děti, návrat zpět do komunity).

## GESCE

MZd

## SPOLUPRÁCE

MPSV, ČLS JEP, další odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, pacientské organizace



## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>2.1.1</b>	<b>Zajištění dostupnosti následné a léčebně rehabilitační péče (vč. sociálních služeb) pro onkologické pacienty</b>	MZd, MPSV, relevantní poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, relevantní společnosti ČLS JEP, zdravotní pojišťovny
<b>2.1.2</b>	<b>Zvýšení dostupnosti psychosociální podpory a sociálních služeb ve všech stadiích nemoci</b>	MZd, MPSV, relevantní poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, relevantní společnosti ČLS JEP, zdravotní pojišťovny
<b>2.1.3</b>	<b>Zvýšení dostupnosti sociálních služeb po ukončení onkologické léčby</b>	MZd, MPSV, kraje, relevantní poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, relevantní společnosti ČLS JEP, zdravotní pojišťovny

## INDIKÁTORY

<b>2.1.1</b>	Počet onkologických pacientů úspěšně léčených v rámci léčebně rehabilitační péče nebo úspěšně předaných do zdravotně-sociální péče
<b>2.1.2</b>	Zavedení sociální a psychosociální podpory jako standardu do kritérií pro akreditaci KOC; počet KOC s personálně a kapacitně zajištěnou sociální a psychosociální podporou
<b>2.1.3</b>	Počet onkologických pacientů s plynule zajištěnou sociální podporou po ukončení léčby

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

státní rozpočet, Národní plán obnovy – komponenty 3.3, 6.1 a 6.2; Integrovaný regionální operační program 2021–2027; Operační program Zaměstnanost plus





## SPECIFICKÝ CÍL 2.2

### Zajištění dostupnosti všech forem paliativní péče

#### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Byť je paliativní péče komplexní aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí závažným nebo život limitujícím onemocněním, zůstává její zakomponování do ekosystému péče o onkologické pacienty systémově neuchopena. Prvořadým úkolem tohoto specifického cíle je proto formulace návrhu systémového zajištění paliativní péče v ČR, a to tak, aby byl navržen funkční model a jeho rozvoj do budoucna nejenom pro onkologické pacienty, ale i pro pacienty, kteří potřebují jakoukoliv formu paliativní péče. V rámci strategie budou stanoveny potřeby pro zajištění dostupnosti paliativní péče tak, aby byla zároveň brána v potaz potřeba nejenom zmírnění bolesti a dalších tělesných a duševních strádání, ale rovněž udržení maximálně možné kvality života, zachování pacientovy důstojnosti a poskytnutí podpory jeho blízkým. Intervence zahrnují úlevu od symptomů a stresu spojeného se závažným onemocněním, přináší jinou úroveň péče v biologických, psychologických, spirituálních a sociálních potřebách. Návrh modelu zohlední potřebu poskytování péče v jakémkoliv věku a v jakémkoliv stadiu onemocnění a současně léčbu zaměřenou na prodloužení života pacienta.

Paliativní péči zpracovanou ve strategii se rozumí aktivní multidisciplinární péče o pacienty s pokročilým onemocněním, jejímž cílem je udržení dobré kvality života v celém průběhu onemocnění, a to tak, aby součástí náplně paliativní péče byl:

- individualizovaný léčebný plán v situaci pokročilého onemocnění vycházející z klinického stavu a z pacientových hodnot a preferencí (valuable care);
- léčba bolesti a dalších tělesných a psychických symptomů a syndromů;
- psychologická podpora pacienta a jeho blízkých;
- sociální poradenství a sociální podpora pacienta a jeho blízkých;
- spirituální/duchovní podpora.

Z hlediska integrace paliativní péče je nutné brát v potaz specifická stadia nemoci, tedy paliativní péči časnou a terminální:

- časná paliativní péče je poskytovaná v průběhu nekurativní protinádorové péče (prognóza: měsíce až roky);
- terminální paliativní péče je poskytovaná pacientovi s vyčerpanými možnostmi protinádorové léčby (prognóza týdny až jednotky měsíců).

Z hlediska komplexnosti péče a kvalifikace poskytovatelů je nutné zohlednit, zda se jedná o paliativní péči obecnou nebo specializovanou:

- obecná paliativní péče: poskytovaná zdravotníky v rámci rutinní klinické praxe v rozsahu jejich kompetencí (např. klinický onkolog);
- specializovaná paliativní péče: poskytovaná multidisciplinárním týmem odborníků se zvláštním vzděláním a erudicí v poskytování paliativní péče.

Předmětem řešení tohoto cíle je návrh a implementace takového modelu, v jehož rámci bude v praxi umožněno včasné rozpoznání specifické potřeby u onkologických pacientů, typicky v kontextu pokročilého závažného nebo život limitujícího onemocnění, a identifikovány a ovlivňovány ty oblasti, které jsou významné pro kvalitu pacientova života (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů v souladu s pojmenovanými cíli léčby, léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.).

Cíl se zaměří na všechny zdravotníky, a to s ohledem na specifika jejich odborností.

Zvláštní důraz musí být kladen na specializovanou paliativní péči v podobě aktivní multiprofesní péče poskytované pacientům a jejich rodinám týmem specialistů, kteří disponují potřebným vzděláním, týmovým



zázemím i kapacitou a kteří komplexností svých potřeb (somatických, psychických, spirituálních i sociálních) přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.

Dostupnost paliativní péče musí být s ohledem na preference pacienta a jeho rodiny zajištěna ve všech formách. Pacient by měl mít možnost vybrat si, zda chce závěr života prožít doma s pomocí domácí specializované paliativní péče, v nemocnici, hospici, mít dostupnou ambulantní paliativní péči nebo využít kombinaci specializované a obecné paliativní péče, kterou může poskytnout třeba také praktický lékař nebo poskytovatel domácí péče.

## OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Rozvíjet systém paliativní péče a zajistit dobrou návaznost sociálních služeb po poskytnutí péče.

Spolupracovat s patientskými i neziskovými organizacemi s cílem zlepšení kvality života s nemocí.

Zajistit funkční modely paliativní péče, která bude onkologickým pacientům poskytována:

- v komplexních onkologických centrech;
- v hematoonkologických centrech;
- v onkogynekologických centrech;
- v onkourologických centrech;
- v regionálních onkologických centrech;
- v lůžkových a ambulantních zařízeních;
- v ordinacích praktických lékařů a dalších specialistů;
- v ordinacích ambulantních specialistů;
- v domácím prostředí nebo náhradním sociálním prostředí (např. domovy pro seniory);
- v zařízeních specializované paliativní péče.

Součástí opatření bude i návrh modelu klíčové role KOC jako center excelence paliativní péče s následujícími agendami:

- poskytování přímé péče, koordinace navazující péče;
- konziliární služba v oblasti specializované paliativní péče pro ostatní zdravotnická zařízení a lékaře primární péče;
- pregraduální, postgraduální a specializační výuka v oblasti paliativní péče, včetně tvorby národních standardů a norem;
- výzkum v oblasti paliativní péče.

Z hlediska infrastruktury je žádoucí, aby všechna KOC disponovala následujícími službami (*uvedeno komplexně, rozvoj KOC viz SC 4.2.1*):

- ambulance/stacionáře paliativní medicíny;
- konziliární tým specializované paliativní péče pro hospitalizované pacienty;
- lůžková stanice/oddělení „akutní“ paliativní péče.

Služby paliativní péče v rámci KOC musí pak úzce spolupracovat s ostatními podpůrnými službami (např. ambulance léčby bolesti, nutriční ambulance, úsek klinické psychologie, sociální péče, kaplanská služba atd.).

Návrh rozvoje regionálních sítí poskytovatelů obecné a specializované ambulantní i lůžkové paliativní péče, ve kterých je péče koordinovaná a umožní logický *patient flow* při současném garantování kontinuity a kvality paliativní péče. Budování těchto regionálních sítí paliativní péče probíhá v souladu s budováním sítě poskytovatelů péče o onkologické pacienty.

Řešena musí být:

- podpora kvality onkologické paliativní péče v krajských a regionálních zdravotnických zařízeních; rozvoj konziliárních týmů paliativní péče v lůžkových zařízeních (nemocnicích) a ambulancí paliativní medicíny, které budou podporovat praktické lékaře, agentury home care a další poskytovatele obecné paliativní péče;
- podpora rozvoje a zvýšení dostupnosti mobilní specializované paliativní péče (MSPP, tzv. domácí hospic) a lůžkových hospiců;



- edukace praktických lékařů, ambulantních specialistů, home care a dalších poskytovatelů komunitní péče v oblasti onkologické paliativní péče; onkologů a sester na onkologických pracovištích v oblasti paliativní péče; lékařů a sester v regionálních a krajských nemocnicích;
- návrh dalšího rozvoje dětské paliativní péče (týmy odborníků ve velkých nemocnicích, které realizují časnou a terminální paliativní péči v úzké spolupráci s týmy mobilních hospiců působících v bydlišti pacientů); rozvoj je třeba mj. zohlednit navýšením úhrad plátců péče atd.

## GESCE

MZd

## SPOLUPRÁCE

KOC, HOC, ROS, poskytovatelé lůžkové a ambulantní a domácí zdravotní péče a jejich zřizovatelé, odborné společnosti ČLS JEP, kraje, vzdělávací instituce, patientské organizace a neziskový sektor, zdravotní pojišťovny

## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>2.2.1</b>	<b>Vznik Národní strategie paliativní péče a péče o pacienty v závěru života (end-of-life-care)</b>	MZd, MPSV, kraje, relevantní společnosti ČLS JEP, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, zdravotní pojišťovny, patientské organizace, NNO
<b>2.2.2</b>	<b>Rozvoj obecné paliativní péče u poskytovatelů lůžkové péče, domácí péče i u lékařů primární péče</b>	MZd, MPSV, kraje, relevantní společnosti ČLS JEP, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, zdravotní pojišťovny, patientské organizace, NNO
<b>2.2.3</b>	<b>Zvýšení dostupnosti specializované paliativní péče (včetně týmů pro mobilní specializovanou péči – MSPP)</b>	MZd, MPSV, kraje, relevantní společnosti ČLS JEP, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, zdravotní pojišťovny, patientské organizace, NNO

## INDIKÁTORY

<b>2.2.1</b>	Vytvořena národní strategie paliativní péče
<b>2.2.2</b>	Do roku 2027 1 poskytovatel MSPP na 100 000 až 150 000 obyvatel (podle hustoty osídlení, odpovídá přibližně jednomu okresu)
<b>2.2.2</b>	Do roku 2027 kapacita lůžek hospicového typu 5 na 100 000 obyvatel (tj. 500 až 550 na celou ČR, aktuální kapacita je 4,5 na 100 000 obyvatel)
<b>2.2.3</b>	Podíl nemocných s nádorovými onemocněními (vybrané diagnózy) zařazených před úmrtím na zhoubný nádor do specializované paliativní péče
<b>2.2.3</b>	Podíl nemocných s nádorovými onemocněními (vybrané diagnózy) hospitalizovaných v posledních 30 dnech života (před úmrtím na zhoubný nádor) na jednotce intenzivní péče
<b>2.2.3</b>	Podíl nemocných s nádorovými onemocněními (vybrané diagnózy) s podanou chemoterapií v posledních 2 týdnech života (před úmrtím na zhoubný nádor)

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

zdroje zdravotních pojišťoven, Integrovaný regionální operační program 2021–2027, Operační program Zaměstnanost plus, národní dotační programy, krajské dotační programy



## SPECIFICKÝ CÍL 2.3

### Zvýšení zapojení pacientů a patientských organizací

#### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Součástí strategie je i systémové zapojení jednoho z nejvýznamnějších stakeholderů – hlasu pacientů samotných a jejich neformálních pečovatelů.

Při návrzích pro zapojení pacientů a patientských organizací do celého systému onkologické péče bude využito nejlepších příkladů z jednotlivých onkologických pracovišť, zkušeností z Pacientské rady MOÚ a MZD i zkušeností z pracovišť dětské onkologie v Praze, Brně a Olomouci, která úzce spolupracují s občanskými sdruženími rodičů dětí léčených v těchto centrech. I z této spolupráce vyplývá, že v systému je stále **postrádáno oficiální zapojení celostátně působícího sdružení rodičů a vyléčených pacientů, které by bylo partnerem organizátorů a plátců péče, zastupujícím zájmy nemocných dětí a jejich rodin.**

Změny v celém komplexním systému onkologické péče musí vést k dosažení takového stavu, kdy **lékaři a pacienti spolupracují na rozhodování o léčbě a léčebných plánech.** Léčba a léčebné plány jsou probírány až na výjimky (např. u nepokročilých kožních nádorů nevyžadujících multidisciplinární péči) na setkání multidisciplinárního týmu (MDT; indikační komise), který je složen z odborníků mnoha profesí a je podporován širokou škálou klinických a laboratorních měření charakterizujících biologickou individualitu jednotlivých pacientů a jejich onemocnění. Lékař, který prezentuje případ pacienta na MDT, informuje o preferencích a hodnotách pacienta, které MDT bere v úvahu. Doporučení multidisciplinárního týmu ošetřující lékař srozumitelně probírá s pacientem a společně s ním stanoví výsledný léčebný plán. Pacient přitom musí být informován o všech relevantních možnostech léčby, očekávaných výsledcích a rizicích. Plán léčby lze kdykoliv aktualizovat na přání pacienta. Pacienti by měli být předem dotázáni, zda chtějí, aby se jejich ošetřující/blízké osoby účastnily rozhodování o léčebném plánu. Umožňuje-li to situace, měl by být pacientovi dán prostor pro zapojení svých blízkých do rozhodovacího procesu. Ošetřující tým podporuje pacienty, kteří požadují „druhý názor“ (second opinion), sděluje pacientům fakticky podložené informace o rizicích alternativní medicíny.

Výsledkem implementace tohoto cíle musí být stav, kdy pacienti, jejich organizace i neziskový sektor jsou důležitými partnery při poskytování onkologické péče. Pacientské organizace pomáhají zvládat zdravotní, sociální, pracovní i psychické obtíže pacientů rezultující z prodělané choroby. Podílejí se rovněž na osvětě ohledně zdravého životního stylu a aktivitách, které pomáhají zlepšovat a prodlužovat život nemocným. Pacienti a jejich organizace také mohou spolupracovat na kontrole onkologické péče a upozorňovat na fungování sociální a psychologické péče a dalších podpůrných služeb potřebných pro onkologické pacienty a jejich blízké. Cílem je trvalá udržitelnost modelu péče, který je orientován na potřeby pacienta, předpokládá aktivní zapojení pacientů a jejich blízkých do procesů monitorování funkčnosti, komplexnosti a úspěšnosti poskytovaných služeb a současně jim dává příležitost uplatnit získané informace v procesu plánování těchto služeb na centrální (Národní rada pro implementaci NOPL ČR 2030) i regionální úrovni (Pacientská rada KOC, interní a externí šetření spokojenosti).

#### OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Návrh systémové spolupráce s patientskými i neziskovými organizacemi s cílem zlepšení kvality života s nemocí.

Návrh systému financování patientských organizací, které jsou nedílnou součástí podpory pacientů v mnoha oblastech – informovanost, edukace, prevence, psychosociální podpora, návrat do života po léčbě a další.

Vzdělávání zaměřené na kvalitu života a pohodu pacientů, včetně psychické, psychosociální a výživové podpory, zařazení vhodných pohybových aktivit a rehabilitačních technik a také na posílení postavení pacientů ve společnosti.

Návrh způsobu edukace a informování pacientů a rodinných příslušníků pečujících o onkologicky nemocné.

Definice indikátorů použitelných pro patientské hodnocení funkčnosti, komplexnosti a úspěšnosti poskytovaných služeb v klíčových oblastech onkologické péče (informace, komunikace a vzdělávání, dostupnost a kontinuita péče, spolurozhodování, emoční, spirituální, fyzická a pracovní-sociální podpora) a pro metodiku jejich monitorování.

Vytvoření doporučení pro monitorování indikátorů zdravotního stavu a kvality života (PROMs – Patient Reported Outcome Measures) u onkologických pacientů.

Zajištění způsobu zastoupení zástupců pacientů v pracovních skupinách Národní rady pro implementaci NOPL ČR 2030.

Vytvoření metodiky pro vznik a fungování patientských rad při komplexních onkologických centrech.

Propagace patientských organizací a dalších neziskových organizací angažovaných v poradenství a podpůrné péči pro onkologické pacienty a jejich blízké.

## GESCE

MZd

## SPOLUPRÁCE

ČOS ČLS JEP a další odborné společnosti ČLS JEP, patientské organizace, další centra vysoce specializované onkologické péče, plátcí zdravotní péče, KOC/ROS, NRI NOPL ČR 2030

## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>2.3.1</b>	<b>Zvýšení míry zapojení pacienta do spolurozhodování</b>	MZd, patientské organizace, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé, relevantní společnosti ČLS JEP
<b>2.3.2</b>	<b>Vznik a fungování patientských rad při KOC</b>	MZd, patientské organizace, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé

## INDIKÁTORY

<b>2.3.1</b>	Podíl KOC s vybudovaným organizovaným systémem informování a vzdělávání pacientů (patientské informační centrum, strategie vzdělávání a informování pacientů apod.)
<b>2.3.1</b>	Podíl KOC provádějících organizované šetření spokojenosti pacientů nebo šetření výsledků léčby z pohledu pacientů (PREM/PROM)
<b>2.3.2</b>	Do roku 2025 zajistit vznik a provoz patientské rady při každém KOC

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

Operační program Zaměstnanost plus, finanční mechanismy



## SPECIFICKÝ CÍL 2.4

### Nastavení systému celoživotní péče o vyléčené dětské pacienty a o mladší nemocné s hematologickými malignitami

#### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Změny v organizaci s ohledem na dostupnost a kontinuitu péče musí být uspořádány tak, aby byly v rámci regionu definovány žádoucí trajektorie („patient pathways“) pro přístup pacienta k multidisciplinární, centrové a inovativní péči. Tyto musí být zveřejněny na internetových stránkách komplexního onkologického centra. Postup pro odeslání pacienta do jiné instituce musí být standardizovaný a efektivní. Předávání dokumentace mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče musí probíhat elektronicky. Proces, kterým se pacient objednává k lékaři, je nutno zjednodušit, čekací doby na ambulantní vyšetření zkrátit na minimum. Pacient vracející se/předávaný do péče regionálního pracoviště nebo praktického lékaře musí být vybaven adekvátním léčebným plánem/doporučením zajišťujícím kontinuitu péče. Stejně tak musí být léčebný plán přístupný každému členovi ošetřujícího týmu v rámci jednoho poskytovatele. Musí být kontrolovány a případně odstraňovány překážky na úrovni regionální sítě i jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče (např. komunikační, administrativní, stavitelské).

Emoční (psychologická), spirituální, fyzická a pracovní-sociální podpora musí být nezbytnou součástí péče o onkologického pacienta. Poskyvatelé onkologické péče musí implementovat soubor postupů, které umožní u každého pacienta stanovit a zajistit potřeby, jež pomohou udržet nebo zlepšit kvalitu jeho života. V první řadě se jedná o screeningové nástroje pro identifikaci časných příznaků, které vyžadují zásah podpůrných disciplín (např. psycho-onkologický screening, nutriční screening, screening bolesti), programy zdravého životního stylu, rekvalifikace práce a další. K zajištění těchto nástrojů a potřeb budou využívány informační materiály a klinické postupy jiných odborných společností, poradenství a služby nabízené externími subjekty, včetně patientských, církevních a jiných neziskových organizací a Ministerstva práce a sociálních věcí. Protože v 95 % případů jsou ošetřujícími osobami příbuzní a téměř 10 % pacientů má v době diagnózy nezletilé dítě, hlavní zátěž vyplývající z onemocnění spadá na rodinu, a proto KOC/ROS musí zajišťovat podporu i rodinám.

#### OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Zpracovat koncepci regionálních hematologických pracovišť s rozšířenou hematologickou péčí v krajích, kde nejsou fakultní nemocnice, které by mohly ve spolupráci s vysoce specializovanými centry zabezpečit péči pro některé pacienty v regionech. V první řadě je ale naprosto nezbytné vytvořit personální rezervy, tj. lidi, kteří postupně v této oblasti získají odborné kompetence.

Navrhnout model průběžného vyhodnocování návaznosti a kontinuity zdravotních služeb o onkologické a hematologické pacienty pro rozvoj vedoucí k zajištění co nevyšší místní a časové dostupnosti zdravotní péče při zachování její vysoké kvality.

Posilovat a vytvářet multioborové týmy (např. nutriční, rehabilitační pracovník, intenzivista, kardiolog, neurolog a další) s expertizou ve svém oboru, ale i zkušeností s péčí o hematologické pacienty.

Rozvíjet systém podpůrné a paliativní péče a zajistit dobrou návaznost sociálních služeb po poskytnutí péče (viz SC výše).

Definovat a ukotvit vznik multidisciplinárních týmů v oblasti péče o onkologicky nemocné mimo KOC s využitím zkušeností z KOC.

Zajistit provoz portálu Národního onkologického programu se strukturou sítě KOC a ROS.

Implementovat elektronické zdravotnictví (eHealth) a sdílet informace v reálném čase (mezi multidisciplinárními týmy, mezi zdravotníky poskytujícími péči).

Definovat a zveřejnit „patient pathways“ pro jednotlivé diagnózy a KOC/ROS a další specializovaná centra, včetně způsobů a kontaktů pro objednávání pacientů.

Definovat soubor screeningových metod pro identifikaci rizikových skupin onkologických pacientů a jejich rodinných příslušníků vyžadujících intervenci podpůrné péče.

Definovat základní podpůrnou péči poskytovanou v KOC/ROS a její technické a personální předpoklady.

Stanovit síť komplexní podpůrné péče v rámci jednotlivých KOC/ROS za účelem zajištění kontinuity poskytování podpůrné péče i po propuštění z nemocnice.



## GESCE

MZd

## SPOLUPRÁCE

MPSV, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, ČOS ČLS JEP, další odborné společnosti ČLS JEP, KOC/ROS a další centra vysoce specializované onkologické péče, ÚZIS, IBA LF MU, patientské organizace, zdravotní pojišťovny, kraje a samosprávy

## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>2.4.1</b>	<b>Kontinuální, dlouhodobé sledování pacientů po léčbě nádorového onemocnění v dětství a mladších hematoonkologických nemocných, včetně následků protinádorové léčby a včasné léčebné intervence s cílem jejich minimalizace</b>	MZd, patientské organizace, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé, relevantní společnosti ČLS JEP
--------------	--	--

## INDIKÁTORY

<b>2.4.1</b>	Počet významných diagnóz nádorů dětského věku s vypracovaným klinickým doporučeným postupem / EBM doporučením pro dlouhodobé sledování
<b>2.4.1</b>	Podíl pacientů s nádory dětského věku v minulosti, splňujících kritéria (vybrané diagnózy), kteří jsou sledováni v souladu s příslušným doporučením
<b>2.4.1</b>	Počet klinických doporučených postupů pro sledování mladších nemocných po ukončené hematoonkologické terapii
<b>2.4.1</b>	Počet dlouhodobě sledovaných mladších nemocných po ukončené hematoonkologické terapii

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

národní zdroje na financování výzkumu, Operační program Zaměstnanost plus



## STRATEGICKÝ CÍL 3

### Koordinace celého systému boje s rakovinou je moderní, efektivní, vychází vstříc poskytovatelům péče i potřebám pacientů

#### SPECIFICKÝ CÍL 3.1

Nastavení integrace systémů prevence, protinádorové péče a návazné péče

#### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Změny v organizaci s ohledem na dostupnost a kontinuitu péče musí být uspořádány tak, aby byly v rámci regionu definovány žádoucí trajektorie („patient pathways“) pro přístup pacienta k multidisciplinární, centrové a inovativní péči. Tyto musí být zveřejněny na internetových stránkách komplexního onkologického centra. Postup pro odeslání pacienta do jiné instituce musí být standardizovaný a efektivní. Předávání dokumentace mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče musí probíhat elektronicky. Proces, kterým se pacient objednává k lékaři, je nutno zjednodušit, čekací doby na ambulantní vyšetření zkrátit na minimum. Pacient vracející se/předávaný do péče regionálního pracoviště nebo praktického lékaře musí být vybaven adekvátním léčebným plánem/doporučením zajišťujícím kontinuitu péče. Stejně tak musí být léčebný plán přístupný každému členovi ošetřujícího týmu v rámci jednoho poskytovatele. Musí být kontrolovány a případně odstraňovány překážky na úrovni regionální sítě i jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče (např. komunikační, administrativní, stavitelské).

Emoční (psychologická), spirituální, fyzická a pracovně-sociální podpora musí být nezbytnou součástí péče o onkologického pacienta. Poskytovatelé onkologické péče musí implementovat soubor postupů, které umožní u každého pacienta stanovit a zajistit potřeby, jež pomohou udržet nebo zlepšit kvalitu jeho života. V první řadě se jedná o screeningové nástroje pro identifikaci časných příznaků, které vyžadují zásah podpůrných disciplín (např. psycho-onkologický screening, nutriční screening, screening bolesti), programy zdravého životního stylu, rekvalifikace práce a další. K zajištění těchto nástrojů a potřeb budou využívány informační materiály a klinické postupy jiných odborných společností, poradenství a služby nabízené externími subjekty, včetně patientských, církevních a jiných neziskových organizací a Ministerstva práce a sociálních věcí. Protože v 95 % případů jsou ošetřujícími osobami příbuzní a téměř 10 % pacientů má v době diagnózy nezletilé dítě, hlavní zátěž vyplývající z onemocnění spadá na rodinu, a proto KOC/ROS musí zajišťovat podporu i rodinám.

#### OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Zpracovat koncepci regionálních hematologických pracovišť s rozšířenou hematoonkologickou péčí v krajích, kde nejsou fakultní nemocnice, které by mohly ve spolupráci s vysoce specializovanými centry zabezpečit péči pro některé pacienty v regionech. V první řadě je ale naprosto nezbytné vytvořit personální rezervy, tj. lidi, kteří postupně v této oblasti získají odborné kompetence.

Navrhnout model průběžného vyhodnocování návaznosti a kontinuity zdravotních služeb o onkologické a hematoonkologické pacienty pro rozvoj vedoucí k zajištění co nevyšší místní a časové dostupnosti zdravotní péče při zachování její vysoké kvality.

Posilovat a vytvářet multioborové týmy (např. nutricionista, rehabilitační pracovník, intenzivista, kardiolog, neurolog a další) s expertizou ve svém oboru, ale i zkušeností s péčí o hematoonkologické pacienty.

Rozvíjet systém podpůrné a paliativní péče a zajistit dobrou návaznost sociálních služeb po poskytnutí péče (viz SC výše).

Definovat a ukotvit vznik multidisciplinárních týmů v oblasti péče o onkologicky nemocné mimo KOC s využitím zkušeností z KOC.

Zajistit provoz portálu Národního onkologického programu se strukturou sítě KOC a ROS.

Implementovat elektronické zdravotnictví (eHealth) a sdílet informace v reálném čase (mezi multidisciplinárními týmy, mezi zdravotníky poskytujícími péči).

Definovat a zveřejnit „patient pathways“ pro jednotlivé diagnózy a KOC/ROS a další specializovaná centra, včetně způsobů a kontaktů pro objednávání pacientů.





Definovat soubor screeningových metod pro identifikaci rizikových skupin onkologických pacientů a jejich rodinných příslušníků vyžadujících intervenci podpůrné péče.

Definovat základní podpůrnou péči poskytovanou v KOC/ROS a její technické a personální předpoklady.

Stanovit síť komplexní podpůrné péče v rámci jednotlivých KOC/ROS za účelem zajištění kontinuity poskytování podpůrné péče i po propuštění z nemocnice.

## GESCE

MZd

## SPOLUPRÁCE

MPSV, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, ČOS ČLS JEP, další odborné společnosti ČLS JEP, KOC/ROS a další centra vysoce specializované onkologické péče, ÚZIS, IBA LF MU, patientské organizace, zdravotní pojišťovny, kraje a samosprávy

## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>3.1.1</b>	<b>Podpora efektivní spolupráce mezi praktickými lékaři, screeningovými centry, KOC a HOC a členy ROS a návaznými službami, dispenzarizace onkologických pacientů</b>	MZd, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, relevantní společnosti ČLS JEP
<b>3.1.2</b>	<b>Posilování smluvní spolupráce nemocnic k ustavování regionálních a meziregionálních sítí poskytování protinádorové terapie</b>	MZd, kraje a ostatní zřizovatelé, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny
<b>3.1.3</b>	<b>Nastavení doporučených cest pacienta systémem, definování a implementace komplexních standardizovaných postupů posilujících včasnou dostupnost péče</b>	MZd, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, relevantní společnosti ČLS JEP,
<b>3.1.4</b>	<b>Podpora tvorby a aktualizace klinických doporučených postupů v relevantních oblastech</b>	MZd, relevantní společnosti ČLS JEP, AZV ČR
<b>3.1.5</b>	<b>Vybudování center prevence při KOC</b>	MZd, KOC, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, relevantní společnosti ČLS JEP

## INDIKÁTORY

<b>3.1.1</b>	Podíl KOC s vypracovanou koncepcí regionální onkologické skupiny / komplexní onkologické sítě
<b>3.1.2</b>	Podíl KOC s vypracovanou písemnou dohodou o spolupráci s dalšími poskytovateli v rámci regionální onkologické skupiny / komplexní onkologické sítě
<b>3.1.3</b>	Počet onkologických diagnóz s vytvořenými národními šablonami doporučených cest pacienta systémem v návaznosti na klinické doporučené postupy / EBM doporučení
<b>3.1.3</b>	Podíl KOC s ustaveným procesem správy a monitoringu doporučených cest pacienta v rámci příslušné regionální onkologické skupiny / komplexní onkologické sítě
<b>3.1.4</b>	Počet onkologických diagnóz s vytvořenými národními klinickými doporučenými postupy / EBM doporučeními
<b>3.1.5</b>	Podíl KOC s vybudovaným centrem prevence

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

Národní plán obnovy – komponenta 6.2, Operační program Zaměstnanost plus



## SPECIFICKÝ CÍL 3.2

### Zajištění rozvoje personalizované medicíny

#### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Osud pacienta není určen jen povahou a biologickou charakteristikou daného nádorového onemocnění, ale také celkovým stavem, komorbiditami, sociálním zázemím a podporou a v neposlední řadě i dostupností vysoce kvalifikovaného zdravotnického týmu a zařízení, dostupností moderní cílené péče, ale také péče podpůrné. Každému pacientovi je tedy nutné poskytnout péči respektující jak charakteristiky vlastní nemoci, tak charakteristiky daného pacienta.

Nádorová léčba není jen samotná aplikace protinádorové terapie. V širším smyslu slova je pod pojem personalizované péče možné zahrnout i péči poskytovanou na základě konkrétního zdravotního stavu pacienta a jeho životní a sociální situace. Důraz musí být kladen na komplexní zlepšení kvality života onkologicky nemocných. Toto je možné naplnit kromě dostupnosti onkologické léčby i zlepšením podpůrné péče v průběhu samotné terapie. Mezi tyto aktivity patří především zvládnání nežádoucích účinků léčby, chemoterapie onkologicky nemocných, výživa onkologicky nemocných, antiemetická nebo analgetická terapie, ale i psychosociální podpora. Podceňovanou součástí podpůrné léčby při léčbě zhoubných nádorů je rovněž pohybová aktivita.

V průběhu diagnostického procesu, léčby, ale i v rámci následné péče přichází pacient do kontaktu s mnohými obory. Efektivní propojení těchto oborů je stěžejní pro úspěšnou terapii a zachování kvality života pacienta. Cílem onkologického programu je tedy podpora mezioborové spolupráce i na úrovni podpůrné terapie. Předpokládá se, že při jednotlivých onkologických centrech budou zřízeny speciální ambulance zabývající se jednotlivými oblastmi podpůrné péče (např. otázkou nutrice, psychosociální péče, léčbou bolesti), které budou dimenzované tak, aby byly schopny reagovat na potřeby pacientů daného centra a poskytovat odborné služby ve svých oblastech, včetně spolupráce na identifikaci rizikových pacientů (např. v případech výživy: nutriční screening, konzultace, monitorování podvýživy a nutriční podpora onkologických pacientů).

Protinádorová léčba je založena převážně na podání léků s nízkým terapeutickým indexem a zvládnutí nežádoucích účinků může zajistit pouze odborník, který má příslušnou odbornou specializaci a zkušenosti s danou léčbou. S příchodem nových léčiv, zejména imunoterapie, dochází k velké diverzifikaci vedlejších účinků léčby, které jsou sice jednotlivě vzácné, ale pokrývají prakticky celou oblast vnitřního lékařství, dermatologie a dalších oborů a vyžadují, aby **ošetřující lékař kteréhokoliv oboru spolupracoval se širokým spektrem dalších specialistů**. S rozvojem molekulární biologie se rozvíjí stále více molekulárně cílená léčba, která je však účinná často u malé skupiny nemocných. Její účinnost může zvýšit precizní funkční zobrazovací diagnostika, která právě umožňuje lépe indikovat a personalizovat cílenou terapii.

V oblasti onkologie a hematoonkologie budou součástí plnění cíle v oblasti personalizované péče intervence zaměřené na poskytnutí cílené terapie na základě přesné, zejména molekulárně biologické charakterizace nemoci, a tím zvýšení naděje na úspěšnou léčbu nádorového onemocnění.

#### OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Obecně se jedná o všechny intervence, které zlepší a zrychlí dostupnost vyšetření a zvážení cílené terapie u pacientů, kteří mohou profitovat z intenzivní nebo cílené personalizované terapie.

Takový přístup vyžaduje podporu vytváření multioborových týmů, které budou charakterizovat přesně stav pacienta a navrhnou personalizovanou péči s ohledem na případné další rizikové faktory a budou schopny poskytnout komplexní léčebnou a podpůrnou péči.

V rámci formulace konkrétních opatření, detailněji rozpracovaných v návazných akčních plánech NOPL ČR 2030, musí být zahrnuty i podstatné změny, jež se v dané oblasti očekávají. Zejména se jedná o:

- plošnou implementaci nových technologií (NGS), která umožní významně zpřesnit předpověď rizika relapsu (prognostické faktory) časných stadií onemocnění a předpovědět účinnost vybrané léčby (prediktivní faktory);
- zavádění vysoce senzitivních a specializovaných metod pro sledování minimální zbytkové choroby u hematoonkologických pacientů;



- molekulární identifikace rozdílů dříve morfologicky téměř identických nádorů, jež povede k reklasifikaci nádorových onemocnění a expanzivnímu nárůstu nových klinicko-molekulárně patologických jednotek;
- rozvoj diagnostické technologie díky novým validovaným metodám cíleným na zpřesnění diagnostiky nádorů a rozvoj teranostických technologií integrujících diagnostiku a léčbu;
- změny v chirurgické léčbě, které zahrnují rozšíření spektra operovaných o ty nemocné, kteří byli primárně neoperabilní pro rozsah onemocnění, a to pomocí neoadjuvantní radio- či chemoterapie nebo jejich vzájemnou kombinací;
- potenciál spočívá rovněž v další superselekcí nemocných dle zásad personalizované onkologie, kdy operační výkon může být indikován i u těch, kteří by jinak nedosáhli chirurgického výkonu dle standardních protokolů, např. selektivní indikace k radikálnímu chirurgickému výkonu u metastazujícího karcinomu pankreatu;
- počítáno musí být i s pokračováním rozvoje minimálně invazivních technik v léčbě nádorových onemocnění a implementací moderní perioperační péče s cílem zkrácení hospitalizace a rekonvalescence;
- mezi zamýšlená opatření musí patřit i zprostředkování velkého počtu cílených léků, které mohou přímo zasáhnout signální struktury podílející se na onkogenezi, využití molekulární informatiky a aplikované umělé inteligence;
- opatření budou zahrnovat rovněž průlomový nárůst systémové léčby (tumor agnostické) na principu cíleného protinádorového účinku pro každý lék podle geneticky rozpoznávaných molekulárních (omických) aberací nezávisle na lokalizaci primárního nádoru; pacienti s nádory, které mají stejné genetické změny, tak dostanou léky cílené na danou změnu, nezávisle na typu nádoru;
- návrhy intervencí musí zohlednit i konec éry necílené imunoterapie ve prospěch precizní cílené kurativní imunoterapie, a to cestou kombinace imunoprediktorů nejen pro účinnost, ale i pro předpověď rizika nežádoucích účinků;
- v radiační onkologii bude pokračovat zpřesňování technologií k minimalizaci časných a pozdních nežádoucích účinků, zvyšování dávek na cílový objem (stereotaktická radioterapie, adaptivní radioterapie, non-fotonová radioterapie), optimalizovat se budou postupy léčby pomocí otevřených zářičů a budou se rozvíjet kombinace se systémovou léčbou, zejména cílenou;
- v radiační onkologii bude rovněž zohledněn technologický pokrok vedoucí k minimalizaci časných a pozdních nežádoucích účinků a k cílené eskalaci dávky na cílový objem (stereotaktická radioterapie, adaptivní radioterapie, částicová radioterapie);
- v oblasti protinádorové farmakoterapie musí být zohledněn rozvoj technologií v radioterapii tak, aby byla léčba zářením více integrována do různých oborů diagnostického zobrazování s využitím např. postupů molekulárního zobrazení a teranostiky; je možné očekávat postupně i zvýšené procento pacientů podstupujících léčbu zářením a navíc významnější kombinaci radioterapie s inovativní systémovou léčbou (např. imunoterapií);
- podpora musí být vedena i k digitalizovanému sdílení a analýze informací mezi týmy a centry (viz SC 4.6 níže);
- pokračovat se musí v rozvoji systému podpůrné a paliativní péče a zajistit dobrou návaznost sociálních služeb pro poskytnutí individualizované péče;
- systémově se musí uchopit „horizon scanning“ a příprava podmínek na vstup nových léčebných postupů do onkologie, jakož i pravidelná aktualizace léčebných doporučení, aby odpovídaly požadavkům na léčbu lege artis pro potřeby konkrétního pacienta;
- součástí personalizovaného přístupu je rovněž zlepšení informovanosti pacientů a jejich většího zapojení do rozhodování o způsobu léčby, k tomu je nutné vytvářet podpůrné týmy skládající se z paliatrů, psychologů, sociálních pracovníků.

## GESCE

MZd

## SPOLUPRÁCE

SÚKL, zdravotní pojišťovny, ÚZIS, zdravotní pojišťovny, ČOS ČLS JEP, ČHS ČLS JEP a další odborné společnosti, KOC/ROS a další vysoce specializovaná centra



## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>3.2.1</b>	<b>Podpora multidisciplinárního přístupu, včetně zajištění dostupnosti klinických hodnocení (i akademických)</b>	MZd, ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, pojišťovny
<b>3.2.2</b>	<b>Zvýšení kapacity pokročilých molekulárně biologických metod umožňujících personalizovanou cílenou terapii</b>	MZd, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny
<b>3.2.3</b>	<b>Zvýšení dostupnosti cílené personalizované léčby, pokročilých metod radioterapie a pokročilých chirurgických metod, včetně miniinvazivní chirurgie</b>	MZd, ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, pojišťovny

## INDIKÁTORY

<b>3.2.1</b>	Počet pacientů (vybrané diagnózy), kteří absolvují multidisciplinární posouzení v rámci KOC/ROS
<b>3.2.2</b>	Počet KOC s vypracovanou strategií pro nasazení pokročilých molekulárně biologických metod umožňujících personalizovanou cílenou terapii
<b>3.2.3</b>	Počet diagnóz nádorů s vypracovaným klinickým doporučeným postupem / EBM doporučením zahrnujícím cílenou personalizovanou léčbu, pokročilé metody chirurgie nebo radioterapie
<b>3.2.3</b>	Podíl pacientů splňujících kritéria (vybrané diagnózy), kteří jsou léčeni v souladu s doporučením zahrnujícím cílenou personalizovanou léčbu, pokročilé metody chirurgie nebo radioterapie

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

zdroje zdravotních pojišťoven, Národní plán obnovy – komponenta 6.2, Integrovaný regionální operační program 2021–2027, Operační program Zaměstnanost plus

### SPECIFICKÝ CÍL 3.3

#### Zlepšení plánování a zvýšení dostupnosti péče

##### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Onkologie patří k finančně nejnáročnějším oblastem medicíny, přičemž náklady na onkologickou péči neustále stoupají. Je proto důležité trvale se zabývat kvalitou, dostupností a udržitelností péče o onkologické pacienty.

Financování zdravotní péče, včetně péče onkologické, pochází ze dvou primárních zdrojů, kterými jsou veřejné výdaje pro zdraví organizované jako veřejné zdravotní pojištění a dále výdaje ze strany pacienta a jeho rodiny, a to buď přímé, nebo prostřednictvím soukromého pojištění či připojištění. Vzhledem k existujícímu širokému a solidárnímu systému zdravotní péče spoléhá však zcela dominantně financování onkologie v České republice na zdroje z veřejného zdravotního pojištění.

Politická rozhodnutí týkající se investic do dalšího rozvoje onkologické péče musí být založena na důkazech a v souladu s evropskými a světovými trendy. Podkladem pro rozpočtová a další finanční rozhodnutí musí být podrobné analýzy vývoje populace, vývoje produkce dle jednotlivých segmentů péče (a tedy potřeba zdravotních služeb dle zdravotního stavu obyvatel) se zohledněním struktury nákladů a jejího očekávaného vývoje kalkulujícího s vývojem inflace a personálních nákladů.

Důležitou součástí těchto analýz je rovněž „horizon scanning“, který kvantifikuje vstup hlavních nových indikací a léčiv, a tvorba a aktualizace léčebných doporučení.

Plánování musí reflektovat i výše uvedené cíle zaměřené na prevenci, včasnou diagnostiku/screening. Necessarily musí rovněž systematicky zahrnout potřeby následné a paliativní péče.

##### OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Průběžná evaluace a nastavování úhradových mechanismů tak, aby byl pro všechny pacienty zajištěn jednotný a transparentní standard zdravotní péče a úhrady kryly včas reálné náklady specializovaných pracovišť. Pružně v těchto oblastech reflektovat měnící se legislativu, např. směrnici o certifikovaných IVD.

Transparentní hodnocení přímých i nepřímých nákladů na onkologická onemocnění.

Pravidelné provádění „horizon scanningu“ (minimálně jednou ročně), umožňující kvalifikovaný odhad nákladů na léčbu v dalším období.

Vypracování metodiky a vytvoření datových zdrojů pro hodnocení nepřímých nákladů onkologických onemocnění, zejména financovaných ze sociálního pojištění.

Podpora ze strany organizátorů a plátců péče pro realizaci aplikovaného klinického výzkumu formou akademických non-profitních klinických studií, které jsou jak v dětské onkologii, tak i u některých vzácných nádorů adolescentů a dospělých považovány dnes v Evropě za standard péče.

Zajištění adekvátního odměňování lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků v onkologii a souvisejících oborech, včetně pracovníků zajišťujících programy onkologické prevence, domácí péči a odborníků v oblasti podpůrné péče (výživa, rehabilitace, psychologie).

Systémové nastavení vstupu nových technologií a léků pro zajištění cílené personalizované léčby, pokročilých metod a multidisciplinárního přístupu s ohledem na místní a časovou dostupnost a predikce potřeb zdravotních a sociálních služeb.

##### GESCE

MZd

##### SPOLUPRÁCE

MF, ÚZIS, zdravotní pojišťovny, kraje, poskytovatelé zdravotních služeb, poskytovatelé sociálních služeb, zástupci odborných společností, zástupci patientských organizací



## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>3.3.1</b>	<b>Vytvoření a zavedení plánovacích mechanismů z pohledu regionálních potřeb péče</b>	MZd, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé, ÚZIS, zdravotní pojišťovny, kraje
<b>3.3.2</b>	<b>Racionalizace plánování nákladů na onkologickou diagnostiku a léčbu (optimalizace úhradových mechanismů)</b>	MZd, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé, ÚZIS, zdravotní pojišťovny

## INDIKÁTORY

<b>3.3.1</b>	Počet krajů s vypracovaným zdravotním plánem obsahujícím implementaci onkologického plánu se zaměřením na regionální potřeby
<b>3.3.2</b>	Navržen systém pro racionalizaci plánování nákladů na onkologickou diagnostiku a léčbu

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

státní rozpočet, zdroje zdravotních pojišťoven, Operační program Zaměstnanost plus, EU4Health



## STRATEGICKÝ CÍL 4

### Boj s rakovinou je veden ve vysokém standardu, v souladu s pokrokem ve vědě a v nových technologiích

#### SPECIFICKÝ CÍL 4.1

Zajištění dostatečného počtu kvalitního, kvalifikovaného a motivovaného lidského kapitálu v oblasti onkologie

#### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Personální zajištění, a to jak z řad nelékařských zdravotnických pracovníků, tak lékařů nejenom z oboru onkologie, ale celé řady dalších odborností, je esenciální podmínkou boje proti rakovině z pohledu poskytovatelů zdravotních služeb, a to bez ohledu na to, zda se jedná o centra vysoce specializované péče či o související zdravotní služby.

Z pohledu center vysoce specializované péče je personální zajištění nejenom podmínkou udělení takového statutu (aktuálně je centrum statut přidělen do roku 2025), ale zároveň i jednou z bariér, které brání rozšiřování této páteřní sítě onkologických zdravotních služeb. Z praxe je zřejmé, že vzhledem k propojení na lidský kapitál převyšují v síti vysoce specializované péče univerzitní města, ideálně s lékařskou fakultou a fakultní nemocnicí.

Významným pokrokem v dané oblasti je ustálení specializačních atestačních oborů v ČR, tedy samostatné klinické onkologie, radiační onkologie, hematoonkologie a dětské onkologie, a také nástavbových specializací v onkochirurgii, onkogynekologii a onkourologii a onkodermatologii. Tyto nástavbové specializace slouží k výchově onkologických specialistů jiných odborností pro multidisciplinární týmovou spolupráci.

Pro péči o nemocné s malignitami je rovněž klíčové zajistit dostatek erudovaných odborníků atestovaných v klinické a radiační onkologii a radioterapii, pokračujících v kontinuálním medicínském vzdělávání, eventuálně doktorandském studiu. Propojit domácí vzdělávací systém s mezinárodními a evropskými edukačními programy. Připravit vzdělávací program s multidisciplinárním obsahem a jednotnou koncepci kontinuálního vzdělávání v onkologii. Zkvalitnit vzdělávání sester v onkologii a zavést mezi specializační obory sester obor úzce zaměřený na onkologii a hematoonkologii. Iniciovat vzdělávání praktických lékařů v rámci prevence, diagnostiky a péče o onkologické nemocné v dlouhodobé remisi a v neposlední řadě zajistit dostatek informací pro pacienty s onkologickou diagnózou a poskytovatele péče onkologickým pacientům.

Vysoce kvalitní onkologická péče je závislá na vysoce erudovaných pracovnících. Zdravotničtí pracovníci představují osobitou kategorii zaměstnanců vzhledem k výkonu svých činností. Toto plyne se specifické organizace práce, která zahrnuje vykonávání ústavní pohotovostní služby, noční práci apod. Zdravotníci pečující o pacienty s nádorovým onemocněním mohou být vystaveni různým faktorům (fyzikálním, chemickým, ergonomickým, psychologickým, psychosociálním, ekonomicko-sociálním), které mohou mít negativní vliv na jejich zdraví. Situace je navíc komplikovaná nedostatečnou kapacitou zdravotnického personálu pečujícího o onkologické pacienty. Zdravotníci proto potřebují mít vyhovující, bezpečné, stabilní a motivující pracovní podmínky k výkonu své práce a dalšího vzdělávání. Práce zdravotníků je dále spojená s nutností zvládat psychicky náročné a zátěžové situace, častokrát vedoucí ke vzniku akutní či následně opožděné stresové reakce. Syndrom vyhoření pak představuje emocionální, psychické a fyzické vyčerpání způsobené dlouhodobým vystavením zátěžovým situacím. Tomuto je nutno předcházet psychosociální podporou. Poskytovatel zdravotní služby by měl být veden k vytvoření sítě vyškolených poskytovatelů psychosociální podpory a jejich zapojení do praxe.

#### OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Revidovat a navrhnout změny pro kontinuální vzdělávání personálu na všech úrovních onkologické péče odpovídající potřebám pacientů a technologickému a vědeckému pokroku a rovněž pro jednotlivé podpůrné specializace, navrhnout koordinaci a strukturalizaci kontinuálního medicínského vzdělávání se zajištěním jeho evaluace.

Navrhnout způsob řízení zájemců o obory zabezpečující multidisciplinární péči o onkologické pacienty v rámci studia na lékařských fakultách, umožnit zájemcům z řad mediků získat praktickou představu o oboru a podporovat studentskou vědeckou odbornou činnost v onkologii. Navrhnout změny umožňující klinické stáže mediků i v nefakultních KOC.



Optimalizovat postgraduální vzdělávací program v onkologii, akreditaci pracovišť, systém kurzů atestačních zkoušek. Propojit postgraduální přípravu s evropským edukačním systémem (ESMO, ESO, EORTC, ESGO, EADO, UEMS atd.).

Zlepšit podmínky doktorandského studia v onkologii (zlepšení motivace studentů i školitelů, časová dotace na studium, možnost klinického výzkumu, zahraniční fellowshipy, propojení s mezinárodními výzkumnými projekty, zlepšení postavení, podmínek a odměňování absolventů PhD studia, dostupnost oboru onkologie na všech lékařských fakultách).

Navrhnout zkvalitnění vzdělávání sester v onkologii a hematoonkologii zavedením oboru specializačního vzdělávání úzce zaměřeného na onkologii a hematologii v NV č. 31/2010 Sb. A celkově podpořit nelékařské zdravotnické obory dle potřeb zdravotní péče v onkologii a hematoonkologii.

Navrhnout podporu pregraduálního a postgraduálního vzdělávání radiologických fyziků za účelem rozvoje vzdělávacích institucí i jejich motivace ke studiu.

Zavést koncepční celoživotní medicínské vzdělávání regionálních hematologů a lékařů transfuzních pracovišť.

Navrhnout a implementovat specializační vzdělávací program všeobecných sester pracujících na hematoonkologii a koncepci vzdělávání všech nelékařských zdravotnických povolání zapojených do hematoonkologické péče.

Plánovat a řídit kapacity lékařů a zdravotníků s ohledem na stávající kapacity pracovišť a predikci potřeb pacientů do budoucna. Opomenuty nesmí být ani týmy sloužící zároveň pro léčbu a pro umožnění získání odborných kompetencí dalších pracovníků.

Kontinuálně zlepšovat pracovní podmínky a snižovat fluktuaci zaměstnanců hematoonkologických center do méně exponovaných oborů.

Zavést systém psychologické péče pro zaměstnance a preventivní supervizní program syndromu vyhoření u zaměstnanců.

Ve finančním ohodnocení nelékařského zdravotnického personálu zohlednit zvýšené odborné a psychické nároky kladené na sestry a další pracovníky v onkologických a hematoonkologických centrech.

Navrhnout zajištění bezpečných pracovních podmínek pro práci s cytostatiky na pracovištích.

Navrhnout způsob edukace zdravotnických pracovníků pečujících o pacienty s onkologickými nebo hematoonkologickými onemocněními ve speciálních dovednostech – nutriční, psychoonkologie, paliativní péče, etika, psychosociální dovednosti, multidisciplinární konsenzus atd.

Edukovat praktické lékaře v onkologické problematice.

Zaměřit se na dodržování legislativou stanovené bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) s cílem zabránit ohrožení nebo poškození zdraví. Opatření se týkají vyhledávání (prevence) a hodnocení rizik, technických a technologických postupů (např. při ozařovací technice), školení a ověřování znalostí, poskytování ochranných pomůcek apod. Ošetřit dodržování periodických preventivních prohlídek pracovníků ve zdravotnictví.

## GESCE

MZd

## SPOLUPRÁCE

MŠMT, ÚZIS, IPVZ, NCO NZO, ČLK, ČOS ČLS JEP, SROBF ČLS JEP a další odborné společnosti, KOC/ROS a další vysoce specializovaná centra, pacientské organizace, lékařské a zdravotnické fakulty, představitelé samosprávy

## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

4.1.1	<b>Zajištění vysoké kvality odborného vzdělávání – pregraduální</b>	MZd, MŠMT, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, lékařské fakulty, střední a vyšší zdravotnické školy
4.1.2	<b>Zajištění vysoké kvality a dostupnosti odborného vzdělávání – specializační a celoživotní vzdělávání</b>	MZd, MŠMT, IPVZ, NCO NZO, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, vysoké školy, lékařské fakulty





<b>4.1.3</b>	<b>Zvyšování kompetencí sester</b>	MZd, MŠMT, IPVZ, NCO NZO, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, Česká asociace sester, UNIFY ČR, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb
<b>4.1.4</b>	<b>Edukace zdravotnických pracovníků pečujících o pacienty s onkologickými onemocněními ve speciálních dovednostech – nutriční, psychoonkologie, paliativní péče, etika, psychosociální dovednosti, multidisciplinární konsenzus, klinická farmacie a další</b>	MZd, MŠMT, IPVZ, NCO NZO, Česká asociace sester, UNIFY ČR, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb
<b>4.1.5</b>	<b>Zlepšení pracovních podmínek včetně umožnění sladování pracovního a rodinného života, snižování fluktuace do méně exponovaných oborů</b>	MZd, Česká asociace sester, UNIFY ČR, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb

## INDIKÁTORY

<b>4.1.1</b>	Podíl zavedených nových moderních výukových metod pro obory podílející se na multidisciplinární péči o onkologické pacienty, implementace simulační výuky zejména u urgentních stavů a u invazivních výkonů
<b>4.1.1</b>	Počet změněných učebních plánů zakotvených do vzdělávacích programů v návaznosti na implementaci simulační výuky medicíny
<b>4.1.1</b>	Počet absolventů jednotlivých zdravotnických oborů naplánovaný na základě potřeb rozvoje o onkologické pacienty
<b>4.1.2</b>	Evidence o prostupu postgraduálních studentů vzděláváním
<b>4.1.2</b>	Podíl změn prokazatelně usnadňujících a urychlujících absolvování specializovaných částí vzdělávacího programu, dostupnost napříč příbuznými obory
<b>4.1.2</b>	Podíl doktorandů se zaměřením na nové metody a nové léčebné postupy onkologicky nemocných založené na biologických a imunologických vlastnostech nádorů
<b>4.1.3</b>	Počet absolventů specializačního vzdělávání v oblasti onkologie a hematologie pro všeobecné sestry a dětské sestry
<b>4.1.3</b>	Počet absolventů nelékařských zdravotnických profesí v certifikovaných kurzech zaměřených na podpůrnou péči – nutriční, paliativní atd.
<b>4.1.4</b>	Podíl absolventů směřujících v postgraduálním vzdělávání do oblasti multidisciplinární onkologické péče
<b>4.1.5</b>	Podíl odlivu nelékařských zdravotnických pracovníků z oblasti onkologie do jiných oblastí zdravotnictví
<b>4.1.5</b>	Podíl odlivu nelékařských zdravotnických pracovníků ze zdravotnictví
<b>4.1.5</b>	Podíl zařízení implementujících speciální program podpory pracovníků ve zvláště obtížném prostředí (psychosociální podpora zdravotníkům, periodické preventivní prohlídky zdravotníků, lázeňská rehabilitace pro zdravotníky, krizová intervence při akutní stresové reakci...)

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

státní rozpočet, Operační program Jan Amos Komenský, Národní plán obnovy – komponenta 6.2, Operační program Zaměstnanost plus, EU4Health



## SPECIFICKÝ CÍL 4.2

### Zlepšení stavu infrastruktury jednotlivých poskytovatelů onkologické a hematoonkologické péče

#### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Základ současného systému organizace onkologické péče v ČR tvoří páteřní krajská síť klinických onkologických pracovišť, z nichž ta největší získala statut komplexních onkologických center (KOC). Tato síť je doplněna centry vysoce specializované onkogynekologické péče (OGC), uroonkologickými centry a centry pneumoonkochirurgické péče. Tato pracoviště v současné době pokrývají až 70 % péče o dospělé nemocné a prakticky 100 % péče o dětské pacienty se solidními zhoubnými nádory. Hematoonkologická péče se v ČR zkoncentrovala do hematoonkologických center pro děti a dospělé (HOC a DHOC). Onkodermatologická péče je s ohledem na svůj rozsah, zahrnující kolem třetiny všech nádorů, a zároveň specifčnost na jedné straně a dostupnost na straně druhé rozmístěna prakticky ve všech dermatovenerologických ordinacích, které těsně spolupracují se specializovanými onkodermatologickými pracovišti při komplexních onkologických centrech.

Systém centralizované péče usiluje o optimalizaci a dostupnost onkologické a hematoonkologické péče ve svých spádových regionech a rovněž organizuje hodnocení kvality a výsledků péče. Těchto cílů dosahuje jednak edukačními a organizačními aktivitami KOC/HOC a specializovaných center v daném regionu, jednak multidisciplinární organizací péče v rámci KOC/HOC a specializovaných center a také kontrolou sběru dat pro klíčové registry, zejména Národní onkologický registr ČR.

I přes značnou centralizaci onkologické péče se Česká republika vyznačuje značnými regionálními rozdíly v dostupnosti péče KOC mezi jednotlivými kraji, zatímco v hl. městě Praze bylo v období 2016–2020 léčeno mimo KOC pouze cca 10 % pacientů, v Karlovarském kraji to bylo téměř 57 % pacientů. Tato obrovská diference představuje významnou výzvu pro změnu organizace péče v dané oblasti.

Pro naplnění výše uvedených cílů KOC/HOC je Ministerstvem zdravotnictví ČR a zdravotními pojišťovnami vyžadována úzká součinnost poskytovatelů akutní lůžkové protinádorové péče ve spádových regionech a jejich zřizovatelů. KOC/HOC organizují ve svých spádových regionech tzv. regionální onkologické skupiny (ROS), které jsou legitimní formou vzájemné kooperace a propojení onkologických pracovišť u poskytovatelů lůžkové péče v regionech. Tato smluvně podložená spolupráce garantuje u zapojených poskytovatelů akceptaci, implementaci a kontrolu dodržování společných klinických protokolů a jednotný systém řízení onkologické péče včetně multidisciplinárního posuzování klinických případů, kontroly dostupnosti a kvality péče.

Pozornost musí být zaměřena i na související pracoviště zapojená do časných záchytů prostřednictvím screeningových programů, kdy se jedná i o ambulance praktických lékařů, akreditovaná endoskopická pracoviště, gynekologické ambulance a další poskytovatele zdravotních služeb. Např. k polovině roku 2021 bylo pro program screeningu kolorektálního karcinomu akreditováno po celé ČR 194 pracovišť.<sup>1</sup>

V oblasti hematologie a transfuzního lékařství registruje ČR 368 oprávněných poskytovatelů zdravotních služeb. Nutno dodat, že celá síť zahrnuje především hematologické laboratoře a transfuzní stanice, tedy pracoviště, která se cíleně nezabývají hematoonkologickými pacienty.

Lůžková léčba hematoonkologických pacientů je prováděna v centrech vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé a pro děti. Krajská nemocnice v kraji, ve kterém není centrum vysoce specializované hematoonkologické péče, může mít nasmlouvaná hematologická lůžka samostatně nebo častěji na interních odděleních, kde je prováděna diagnostika a jednodušší léčba a paliativní léčba. V menších nemocnicích obvykle fungují hematologické ambulance, které zajišťují jen základní diagnostiku a nasměrování pacienta do specializovaného pracoviště, dále pak mohou provádět dispenzarizaci vyléčených pacientů, jednodušší léčby a paliativní/substituční terapii. Funkčnost těchto zařízení a ambulancí se výrazně liší. Důvody nefunkčnosti na různých úrovních jsou dány nedostatkem kvalifikovaného personálu, ale také nákladností péče o hematoonkologické pacienty.

Stávající seznam center je uveřejněn ve Věstníku MZd ČR. Statut center vysoce specializované péče zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví podle § 112 zákona o zdravotních službách. Stávající podoba center je upravena ve Věstnících MZd ČR č. 10/2019 a č. 11/2019.

<sup>1</sup> <https://www.mzcr.cz/seznam-poskytovatelu-doporucenych-k-provadeni-screeningu-nadoru-kolorekta-v-roce-2021>

## Zabezpečení hematoonkologické péče pro dětské pacienty

Děti a dospívající s maligními onemocněními krve tvorby jsou léčeni v osmi centrech vysoce specializované hematoonkologické péče pro děti, která se nacházejí ve fakultních a velkých krajských nemocnicích. Dvě pracoviště (FN Motol a FN Brno) mají transplantační jednotku a realizují transplantace krve tvorných buněk (HSCT). V uvedených centrech je zajišťována diagnostika a léčba maligních onemocnění krve tvorby podle jednotných, celostátně platných postupů garantovaných pracovní skupinou pro dětskou hematologii České hematologické společnosti a České pediatrické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně a sekci dětské onkologie České onkologické společnosti. Centra vysoce specializované hematoonkologické péče pro děti, která nedisponují transplantační jednotkou, se nacházejí ve FN Olomouc, FN Hradec Králové, FN Plzeň, NsP České Budějovice a NsP Ústí nad Labem (DHOC).<sup>i</sup> Vybraná specializovaná diagnostická vyšetření jsou prováděna v referenčních laboratořích laboratorního centra kliniky dětské hematologie a onkologie FN Motol.

## OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Vybudovat v Praze pracoviště poskytující komplexní onkologickou péči a koordinující aktivity v rámci onkologie v regionu Prahy a Středočeského kraje s celonárodním přesahem.

Zajistit optimální personální, přístrojové a prostorové vybavení onkologických pracovišť zohledňující páteřní úlohu sítě KOC a HOC, jakož i důležitou roli regionálních onkologických pracovišť a praktických lékařů a dalších specialistů.

Vypracovat strategii dlouhodobé spolupráce mezi KOC, regionálními onkologickými pracovišti a praktickými lékaři a dalšími specialisty v oblasti onkologické léčby, dispenzarizace onkologických pacientů.

Z hlediska infrastruktury je žádoucí, aby všechna KOC disponovala následujícími službami (více viz SC 2.2.1 výše):

- ambulance/stacionáře paliativní medicíny;
- konziliární tým specializované paliativní péče pro hospitalizované pacienty;
- lůžková stanice / lůžkové oddělení „akutní“ paliativní péče.

Navrhnout rozvoj regionálních sítí poskytovatelů obecné a specializované ambulantní i lůžkové paliativní péče umožní koordinovaný a logický *patient flow*. Budování těchto regionálních sítí paliativní péče musí probíhat v souladu s budováním sítě poskytovatelů péče o onkologické pacienty.

Podpora kvality onkologické paliativní péče v krajských a regionálních zdravotnických zařízeních musí být jak v lůžkových zařízeních (nemocnicích), a to prostřednictvím konziliárních týmů paliativní péče, tak i v ambulancích paliativní medicíny, které budou podporovat praktické lékaře, agentury home care a další poskytovatele obecné paliativní péče.

Podpora infrastruktury musí být v souladu s potřebami rozvoje mobilní specializované paliativní péče („domácí hospic“) a lůžkových hospiců.

## GESCE

MZd

## SPOLUPRÁCE

kraje (zejména KVK), ČOS ČLS JEP, ČHS ČLS JEP, SROBF ČLS JEP a další odborné společnosti, plátců zdravotní péče, pacientské organizace, KOC/ROS a další specializovaná centra, zdravotní pojišťovny

<sup>i</sup> Viz Věstník MZd z 15. 2. 2019.



## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>4.2.1</b>	<b>Podpora rozvoje infrastruktury a vybavení KOC a HOC (pro dospělé i dětské pacienty)</b>	MZd, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé, zdravotní pojišťovny
<b>4.2.2</b>	<b>Podpora rozvoje infrastruktury regionálních poskytovatelů péče</b>	MZd, kraje, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé, zdravotní pojišťovny
<b>4.2.3</b>	<b>Zvýšení dostupnosti onkologické péče ve specifických regionech</b>	MZd, FN Motol, kraje (zejména KVK), relevantní odborné společnosti ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé, zdravotní pojišťovny

## INDIKÁTORY

<b>4.2.1</b>	Počet realizovaných projektů obnovy
<b>4.2.1</b>	Počet rekonstrukcí či rozšíření či technologických inovací infrastruktury vysoce specializovaných center v oblasti onkologie
<b>4.2.1</b>	Počet a rozmístění inovativní přístrojové techniky
<b>4.2.2</b>	Počet vzniklých specializovaných pracovišť v regionech nedisponujících KOC
<b>4.2.2</b>	Počet vzniklých specializovaných pracovišť s celonárodním přesahem
<b>4.2.3</b>	Počet modernizací, rekonstrukcí či rozšíření či technologických inovací infrastruktury členů regionálních onkologických skupin
<b>4.2.3</b>	Procentuální zvýšení kapacit členů regionálních onkologických skupin
<b>4.2.3</b>	Podíl pacientů léčených mimo KOC v jednotlivých krajích

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

Integrovaný regionální operační program 2021–2027, Národní plán obnovy – komponenta 6.2



### SPECIFICKÝ CÍL 4.3

#### Sledování kvality péče u jednotlivých poskytovatelů onkologické péče

##### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Léčebné standardy jsou základem kvalitní péče o onkologické pacienty poskytované podle zásad medicíny založené na důkazech. Tato doporučení vznikají nezávisle a konsenzuálně na základě aktualizace jednotlivých odborností, které na léčbě jednotlivých nádorových onemocnění participují. Vyjadřují léčebné algoritmy, sekvenci léčebných metod, stejně jako aktuální možnosti farmakoterapie včetně aktuálního stavu úhrad ze strany plátců.

V rámci léčby onkologických odborníků se lze řídit standardy mezinárodních odborných organizací a národními léčebnými standardy, které vycházejí z evropských a mezinárodních doporučení a jsou aktualizovány nejdéle v 6měsíčním intervalu. Jsou garantovány Českou onkologickou společností a dalšími odbornými společnostmi ČLS JEP, které se diagnostice a léčbě daného nádoru věnují.

Pro hodnocení indikátorů kvality jsou kromě interních nemocničních informačních systémů klíčová data NOR. Metodiku sběru dat, jejich nezávislé kontroly srovnáním s dostupnými referenčními zdroji dat v rámci Národního zdravotnického informačního systému a statistické hodnocení předepsaných indikátorů pravidelně aktualizuje ÚZIS, který každoročně vydává souhrnnou zprávu.

Dalším nezávislým a důležitým indikátorem kvality jsou údaje o spokojenosti pacientů získané v rámci akreditovaných programů podporovaných patientskými organizacemi a také počet stížností na Českou lékařskou komoru, počet stížností na etickou komisi nebo nemocničního ombudsmana, včetně jejich obsahu a závažnosti.

##### OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

V rámci strategie dlouhodobé spolupráce mezi KOC, regionálními onkologickými pracovišti a praktickými lékaři a dalšími specialisty v oblasti onkologické léčby a dispenzarizace onkologických pacientů navrhnout indikátorovou sadu umožňující sběr a monitoring kvality poskytované péče.

Navrhnout model umožňující průběžně a flexibilně reagovat na změny léčebných postupů a vyhodnocovat seznam výkonů, které výkony mají být vyhrazeny centrové péči, kontinuálně inovovat a rozšiřovat existující diagnostická a léčebná doporučení České onkologické společnosti ČLS JEP a Hematologické společnosti ČLS JEP s ohledem na sledování kvality péče u jednotlivých poskytovatelů onkologické péče.

Zajistit monitoring a vyhodnocování sledování kvality poskytování služeb u multioborových týmů (např. nutriční, rehabilitační pracovník, intenzivist, kardiolog, neurolog a další) s expertizou ve svém oboru, ale i zkušeností s péčí o hematoonkologické pacienty.

Zabezpečit dlouhodobý a kvalitní sběr údajů potřebných k hodnocení kvality onkologické péče, aktualizovat a pravidelně validovat sady indikátorů kvality onkologické péče. Na základě validace navrhnout změny v poskytování péče.

Zabezpečit evaluaci indikátorů kvality preventivních programů s využitím propojení stávajících registrů a databází (NOR, data plátců zdravotní péče, registry preventivních výkonů).

Definovat indikátory použitelné pro patientské hodnocení funkčnosti, komplexnosti a úspěšnosti poskytovaných služeb v klíčových oblastech onkologické péče (informace, komunikace a vzdělávání, dostupnost a kontinuita péče, spolurozhodování, emoční, spirituální, fyzická a pracovní-sociální podpora) a metodiku jejich monitorování.

Vytvořit doporučení pro monitorování indikátorů zdravotního stavu a kvality života (PROMs – Patient Reported Outcome Measures) u onkologických pacientů.

##### GESCE

MZd

##### SPOLUPRÁCE

ÚZIS, ČOS ČLS JEP a další odborné společnosti, KOC/ROS a další specializovaná centra, patientské organizace, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb, poskytovatelé sociálních služeb

## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>4.3.1</b>	<b>Aktualizovat a pravidelně validovat sady indikátorů onkologické péče</b>	MZd, ÚZIS, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb a jejich zřizovatelé
<b>4.3.2</b>	<b>Zavést standardizované hodnocení ze strany patientských organizací</b>	MZd, ÚZIS, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb a jejich zřizovatelé, patientské organizace

## INDIKÁTORY

<b>4.3.1</b>	Vytvoření resortních referenčních statistik pro všechny oblasti Národního onkologického plánu, zejména pro systém hodnocení dostupnosti a kvality péče
<b>4.3.1</b>	Zlepšení v klíčových populačních ukazatelích (pokrytí populace léčbou ve specializovaných centrech, včasný záchyt onemocnění) a klinických indikátorech (5leté relativní přežití)
<b>4.3.2</b>	Ustavení patientských rad při všech centrech vysoce specializované péče v onkologii a implementace pravidelných ročních hodnocení z pohledu pacientů

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

státní rozpočet, Operační program Zaměstnanost plus



## SPECIFICKÝ CÍL 4.4

Zajištění přístupu k inovativním postupům a udržení vysoké kvality v onkologické péči

### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Vzhledem k zásadnímu vývoji v onkologické oblasti se předpokládá zesílení následujících determinantů, se kterými je nutno v rámci programu budoucího rozvoje onkologie počítat. Všechny tyto vlivy umožní vyšší míru individualizované léčby pro pacienta, vyšší kvalitu jeho života, efektivnější léčbu, ale zároveň přináší rovněž výzvu pro financování celého systému léčby, jakož i výzvu pro změny ve vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků, a v neposlední řadě i změny úhrad výkonů, léčivých přípravků a technologií.

Konkrétní a předpokládaný výhled očekávaného pokroku je uvedený výše v cíli 3.2 *Zajištění rozvoje personalizované medicíny*, předmětem tohoto cíle je především navrhnout takové intervence, které zrychlí implementaci nových inovativních postupů, rozšíří mechanismus pro hodnocení zdravotnických technologií (HTA) i na nelékové inovace a technologie, posílí implementaci DRG.

### OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Průběžně a flexibilně reagovat na změny léčebných postupů a vyhodnocovat seznam výkonů, které výkony mají být vyhrazeny centrové péči, kontinuálně inovovat a rozšiřovat existující diagnostická a léčebná doporučení České onkologické společnosti ČLS JEP a Hematologické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně.

Pracovat na koncepci regionálních hematologických pracovišť s rozšířenou hematoonkologickou péčí v krajích, kde nejsou fakultní nemocnice, které by mohly ve spolupráci s vysoce specializovanými centry zabezpečit péči pro některé pacienty v regionech. V první řadě je ale naprosto nezbytné zde vytvořit personální rezervy, tj. lidi, kteří postupně v této oblasti získají odborné kompetence.

Léčba cílenými léky, zaměřená často na malé skupiny pacientů, je racionální jen v rámci komplexních onkologických center, naopak nevhodné je štěpení tohoto systému na malá pracoviště. Cílem do příštích let je ještě posílit centralizaci péče o nemocné, zejména tam, kde je možné poskytnout cílenou léčbu.

Ve finančním ohodnocení nelékařského zdravotnického personálu zohlednit zvýšené odborné a psychické nároky kladené na sestry a další pracovníky v onkologických a hematoonkologických centrech.

Posilovat a vytvářet multioborové týmy (např. nutriční, rehabilitační pracovník, intenzivista, kardiolog, neurolog a další) s expertizou ve svém oboru, ale i zkušeností s péčí o hematoonkologické pacienty.

Zajistit dostupnost onkologických léků a léčebných metod, jejichž účinnost je prokázána podle zásad medicíny založené na důkazech, včetně léčby vzácných nádorových onemocnění.

### GESCE

MZd

### SPOLUPRÁCE

ÚZIS, zdravotní pojišťovny, SÚKL, poskytovatelé zdravotních služeb, ČLS JEP

### SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>4.4.1</b>	<b>Zrychlení implementace inovativních postupů (vč. kategorie vynálezů) do diagnostiky a léčby</b>	MZd, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé, zdravotní pojišťovny, SÚKL, relevantní odborné společnosti ČLS JEP
<b>4.4.2</b>	<b>Rozšíření hodnocení nákladové efektivity nových technologií (HTA) i na nelékové inovace a technologie</b>	MZd, zdravotní pojišťovny, SÚKL, relevantní odborné společnosti ČLS JEP
<b>4.4.3</b>	<b>Posílení implementace systému DRG, exaktního ocenění nákladovosti protinádorové terapie a cílených mechanismů úhrady péče (platba dle nákladů – úhradové tarify)</b>	MZd, ÚZIS, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé, zdravotní pojišťovny, SÚKL, relevantní odborné společnosti ČLS JEP



## INDIKÁTORY

- 4.4.1** Významné zkrácení času do implementace inovativních postupů a nových indikací léčiv do klinické praxe
- 4.4.1** Plošná implementace prediktivních modelů a standardů „horizon scanningu“ pro přípravu finančních zdrojů, infrastruktury a postupů nutných pro rychlou implementaci inovací v klinické praxi
- 4.4.2** Vznik a implementace koncepce a národní metodiky pro standardizaci HTA v oblasti zdravotnických prostředků; počet provedených a obhájených HTA analýz
- 4.4.3** Do roku 2025 dosáhnout úplného výkaznictví CZ-DRG markerů při 100% pokrytí segmentu akutní lůžkové péče
- 4.4.3** Podíl onkologicky relevantních DRG bází hrazených dle exaktních nákladů podle systému CZ-DRG formou úhradových tarifů

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

státní rozpočet, zdroje zdravotních pojišťoven, Operační program Zaměstnanost plus





## SPECIFICKÝ CÍL 4.5

### Podpora výzkumu a mezinárodní spolupráce v oblasti onkologie

#### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Účinný boj s nádorovými onemocněními představuje globální výzvu, kterou nelze řešit izolovaně bez mezinárodní spolupráce. Její přesah je nejenom do oblasti vzdělávání a výzkumu, ale i výměny know-how, společné tvorby a sdílení doporučených postupů a standardů kvality, zajištění rovného přístupu k zařízením, lékům a obecně trhům, a to jak v rámci EU, tak i celého světa. Základním rámcem pro realizaci mezinárodní spolupráce budou aktivity vedoucí k naplnění Evropského plánu boje proti rakovině (Europe's Beating Cancer Plan), spolupráce v rámci evropských výzkumných infrastruktur (např. BBMRI-ERIC, ECRIN, EATRIS, ELIXIR) a evropských referenčních sítí zaměřených na nádorová onemocnění (například EURACAN, PaedCan, EuroBloodNet, Genturis) a evropských i světových neziskových organizací sdružujících profesní organizace a onkologické ústavy (např. OECI, EORTC). V neposlední řadě bude podporována i mezinárodní spolupráce s asociacemi sdružujícími společnosti produkující technologie a přípravky pro diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění a jejich management.

Pokrok v poznání a léčbě nádorových onemocnění je podmíněn kvalitními výzkumnými programy. Klinický onkologický výzkum se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou nádorových nemocí a jejich komplikací, včetně dlouhodobých následků. Cílem základního a aplikovaného onkologického výzkumu je zejména poznat mechanismus vzniku a šíření nádorů a nalézt cesty, jak jim zabránit novými způsoby léčby a včasnou diagnostikou. Vysoká úroveň základního a aplikovaného výzkumu je zároveň podmínkou pro včasnou a kvalitní translaci a aplikaci nových poznatků do běžné klinické praxe v zájmu snížení výskytu a včasného zachytu zhoubných nemocí a zlepšení léčebných výsledků v onkologii. Ambicí implementace NOPL ČR 2030 je zvýšit počet pacientů léčených v rámci klinických studií, rozvíjet základní a aplikovaný klinický výzkum a v neposlední řadě udržovat a vytvářet datovou podporu pro epidemiologický a klinický výzkum v onkologii.

V rámci sítě KOC pracují Komplexní onkologické centrum Fakultní nemocnice v Motole a Komplexní onkologické centrum Masarykova onkologického ústavu v Brně ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Brno a Fakultní nemocnicí U Svaté Anny jako národní onkologická centra (NOC). Právě NOC jsou koncipována jako koordinační vědecko-výzkumné entity a jejich ustavením dochází k rozšíření možností mezinárodní spolupráce v síti KOC. NOC v dané oblasti působí koordinačně, zejména jako národní kontaktní body pro mezinárodní spolupráci, a nenahrazují působnost a kompetence odborných společností ani sítě komplexních onkologických center.

Při formulaci podpory výzkumu a mezinárodní spolupráce v oblasti onkologie je nutné mít na zřeteli, že zapojení do mezinárodních klinických studií, včetně akademických, do evropských referenčních sítí a výzkumných infrastruktur přináší inovace a zaručuje špičkovou úroveň diagnostiky a léčby, čímž dochází ke zvyšování úrovně kvality onkologické péče v ČR. Zcela zásadní je tento přístup v oblasti dětské onkologie a vzácných nádorů.

Současně je při podpoře nutné zvážit i náročné administrativní nároky na účast center v mezinárodních akademických klinických studiích a ostatních vědeckých programech, stejně tak i jejich zapojení do referenčních a výzkumných sítí, které vyžadují vyškolené a jazykově vybavené projektové pracovníky, datamanažery a v případě studií fáze I a II i studijní sestry. Tyto personální potřeby, mají-li být dostatečně a kvalitně naplněny, nemohou být pokryty nemocnicemi z vlastních zdrojů, nestačí ani sponzorské dary. Je žádoucí poskytnout takto angažovaným centrům prostředky na platy těchto pracovníků, bez nichž není možné zajistit udržitelnost uvedených programů.

Financování onkologického výzkumu – hlavní zdroje financování výzkumu nádorových nemocí z veřejného sektoru: filantropické (dotované charitativní organizace každoroční „fundraisery“), ze státního rozpočtu prostřednictvím orgánů veřejné správy a jejich organizací (například grantové agentury).

#### OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Nalézat zdroje pro akademický výzkum a akademické klinické studie v segmentech, kde není zájem farmaceutických firem (zpravidla raritní choroby/stavy/komplikace) s cílem zkvalitnit diagnosticko-léčebný proces i v těchto oblastech.

Realizovat epidemiologický a sociálně-behaviorální výzkum v primární prevenci nádorů (např. intervence v oblasti životního stylu, energetického příjmu, kvality potravin, fyzické aktivity, stresových faktorů a kvality života).

Zajistit preklinický a klinický výzkum chemopreventivních látek a biomarkerů vhodných pro časnou detekci nádorových onemocnění, včetně klinického hodnocení zdravotnických prostředků pro samovyšetřování (POCT).

Realizovat implementační výzkum nových nástrojů pro časný záchyt nádorových onemocnění.



Vytvořit aktuální a přehledné databáze klinických studií v onkologii spoluprací mezi ČOS, ČHS, příslušnou odbornou společností a SÚKL.

Zvýšit zapojení patientských organizací do edukace o možnostech a typech klinických studií.

Prioritizovat moderní metody molekulární genetiky a genomiky pro studium genetické predispozice k nádorovým onemocněním a jako prediktor léčebného efektu nových postupů v onkologii.

Posílit horizontální a vertikální komunikaci mezi centry základního výzkumu a nemocnicemi podporou tematicky zaměřených workshopů, konferencí a koordinačních center.

Zajistit podporu akademických studií včetně zlepšení informovanosti pacientů o možnostech zapojení.

Podporovat vytváření a udržování lékových registrů zaměřených na nové typy onkologické léčby a vzácné onkologické diagnózy.

Vypracovat systém transparentního a regulovaného přístupu k epidemiologickým datům a propojení těchto údajů s terapeutickými daty pro vědecké využití v rámci kvalitních kohortových studií.

Navrhnout posílení a zpřesnění stávajících i zavedení nových, vysoce senzitivních, specifických, neinvazivních nebo minimálně invazivních screeningových vyšetření, která budou využitelná ke včasnému odhalení nádorového onemocnění v celkové populaci nebo v rizikových skupinách jedinců.

Podpořit výzkumy v oblasti kvality života pacienta, efektivní komunikace s pacientem.

## GESCE

MZd

## SPOLUPRÁCE

MŠMT, AZV ČR, KOC, NOC, ERN, screeningová a preventivní centra, vzdělávací a výzkumné instituce, patientské organizace a neziskový sektor, investoři, ÚZIS ČR/NSC, odborné společnosti ČLS JEP

## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>4.5.1</b>	<b>Excelentní výzkum a vývoj, včetně akademického výzkumu a akademických klinických studií s cílem zkvalitnit diagnosticko-léčebný proces v onkologii</b>	MZd, AZV ČR, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, akademická pracoviště a jiné vzdělávací a výzkumné instituce, NOC, ERN pracoviště
<b>4.5.2</b>	<b>Definování vzácných nádorů a přístupu k mezinárodnímu klinickému a základnímu výzkumu ve spolupráci s EU</b>	MZd, AZV ČR, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, akademická pracoviště a jiné vzdělávací a výzkumné instituce
<b>4.5.3</b>	<b>Mezinárodní kooperace a harmonizace výzkumu a péče v rámci EU a WHO</b>	MZd, AZV ČR, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, akademická pracoviště a jiné vzdělávací a výzkumné instituce, NOC, ERN pracoviště

## INDIKÁTORY

<b>4.5.1</b>	Celkový počet pacientů přijatých do prospektivních intervenčních klinických studií v indexovaném roce jako procento pacientů nově léčených v onkologickém centru/instituci
<b>4.5.2</b>	Počet pacientů s diagnózou rakoviny zahrnutých do prospektivních klinických studií fáze 1, 2 a 3, obsahujících jednu nebo více intervencí v diagnostice, léčbě, sledování nebo rehabilitaci <sup>i</sup>

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

národní zdroje pro výzkum – AZV ČR, GAČR, Národní plán obnovy – komponenta 5.1, Operační program Jan Amos Komenský, HORIZON, EU4Health

<sup>i</sup> Intervenční znamená, že studie obsahuje jednu nebo více definovaných akcí zaměřených na zlepšení diagnózy, péče nebo výsledku. Studie mohou být jednoramenné nebo víceramenné. Pacienti zařazení do klinických studií kvality nebo registračních studií jsou vyloučeni z procenta označení. Účastníci kohortových observačních studií řízených biomarkery NEJSOU zahrnuti do počtu tvořícího procento pro označení.



## SPECIFICKÝ CÍL 4.6 Využití přínosů digitalizace

### DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Hlavním cílem NOPL ČR 2030 je zlepšit všechny aspekty léčby onkologických pacientů, včetně rovného přístupu k péči pro všechny pacienty, odborné a rychlé léčby založené na důkazech, zlepšení přežití a kvality života, monitorování a plánování opatření v plném rozsahu a snížení celkových nákladů. Dosažení a udržení vysoké kvality onkologické péče vyžaduje **pravidelné, standardizované hodnocení následované tvorbou a implementací doporučení**.

Základem naplnění tohoto cíle jsou závazné **metodiky pro sběr a hodnocení dat**, které slouží jako indikátory dostupnosti a kvality onkologické péče:

- objem péče – roční počty nově diagnostikovaných a celkové roční počty léčených pacientů, s rozlišením fáze protinádorové léčby (léčba primární, relapsy – progresse, terminální fáze léčby), personální zajištění péče: přepočtené počty úvazků lékařů dle kategorií vzdělání a věku;
- základní diagnostické charakteristiky nově diagnostikovaných onemocnění, zejména klinické stadium a morfoloická typologie;
- doba od data diagnózy zhoubného nádoru do data zahájení protinádorové léčby;
- počty pacientů dle jednotlivých diagnóz (MKN) a dle klinických stadií onemocnění konzultovaných multidisciplinárním týmem;
- počty pacientů léčených vysoce inovativní nebo centrovou protinádorovou léčbou a základní charakteristiky těchto pacientů (věk, pohlaví, stav) a této léčby (preparáty, doba trvání, ukončení, výsledky);
- roční počty pacientů dle jednotlivých diagnóz (MKN): radikálně operovaných, léčených radioterapií, léčených konkrétními preparáty centrové léčby;
- roční počty reoperací u onkologických pacientů (operace ze stejného důvodu – v souvislosti s nádorem do 30 dnů od původního operačního výkonu);
- celková hospitalizační mortalita (30denní a 90denní mortalita u operovaných pacientů);
- 1leté, 3leté a 5leté absolutní a relativní přežití (u vybraných diagnóz i 10leté a 15leté přežití) léčených pacientů podle diagnózy, stadia a případně dalších akceptovaných prognostických parametrů;
- počty pacientů, kterým byla poskytnuta psychologická podpora v souvislosti s nádorovým onemocněním či jeho léčbou;
- počet onkologických pacientů dle diagnóz (MKN), kterým byla poskytnuta „end-of-life care“ a kteří na pracovišti zemřeli.

Cílem je, aby klíčovou roli ve sledování populační zátěže zhoubnými nádory, prioritizaci a hodnocení zdravotních politik souvisejících s NOPL ČR 2030 měl Národní zdravotnický informační systém (NZIS). Základem má být standardně dlouhodobě vedený Národní onkologický registr. Podstatou onkologického informačního systému musí být jeho integrace s dalšími registry v rámci NZIS, zejména Národním registrem hrazených zdravotních služeb. Dalším klíčovým faktorem udržitelnosti a dalšího rozvoje má být systém elektronického zdravotnictví, jehož vývoj bude souviset s novou legislativou přijatou v roce 2021. Cílem je v rámci NOPL ČR 2030 ustanovit Národní onkologický informační systém, který bude hrát klíčovou roli při evaluaci a monitoringu NOPL ČR 2030, ale rovněž bude klíčovým nástrojem pro hodnocení zdravotnických technologií a hodnocení výsledků v oblasti boje se zhoubnými nádory.

### OBSAH NÁVRHU SPECIFICKÉHO CÍLE

Navrhnout systém průběžné a flexibilní reakce na změny léčebných postupů a vyhodnocovat seznam výkonů, které výkony mají být vyhrazeny centrové péči, kontinuálně inovovat a rozšiřovat existující diagnostická a léčebná doporučení odborných společností ČLS JEP.

Budovat a podporovat datové infrastruktury, zajistit zdroje financování pro existující databáze Hematologické společnosti, inovace ve spolupráci např. s ÚZIS, sběr a analýzy dat onkologických a hematoonkologických pacientů.

Zajistit finančně a materiálně-technickou podporu pro metodické vedení, standardizaci, monitoraci, sběr dat expozičního registru REGEX v rámci činnosti orgánů ochrany veřejného zdraví a nastavit systém pravidelného propojení s NOR.



Zajistit udržitelnou spolupráci poskytovatelů na Národním onkologickém registru.

Zajistit rozvoj Národního zdravotnického informačního systému v oblasti evaluace a monitoringu politik v oblasti boje se zhoubnými nádory.

Implementovat eHealth zdravotnictví podporující ve všech směrech NOPL ČR 2030.

## GESCE

MZd

## SPOLUPRÁCE

ÚZIS, OOVZ, odborné společnosti ČLS JEP, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb, vzdělávací instituce

## SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

<b>4.6.1</b>	<b>Zapojení oblasti onkologické péče v rámci implementace eHealth a telemedicíny</b>	MZd, ÚZIS, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé, akademické instituce a jiné vzdělávací a výzkumné organizace
<b>4.6.2</b>	<b>Podpora rozvoje parametrické datové základny, zejména Národního onkologického registru a souvisejících datových zdrojů NZIS</b>	MZd, ÚZIS, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb
<b>4.6.3</b>	<b>Vytvoření, rozvoj a využívání elektronické dokumentace pro lepší interoperabilitu a multidisciplinární spolupráci</b>	MZd, ÚZIS, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé
<b>4.6.4</b>	<b>Vytvoření informačního systému meziřesortní integrace ekonomických dat pro potřeby predikce a validace transparentního systému úhrad v oblasti onkologie a pro zavádění inovací</b>	MZd, ÚZIS, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé
<b>4.6.5</b>	<b>Zajištění širokého sdílení sekundárních dat s právníky osobami, které mají oprávněný zájem na přístup k datům na základě legitimních cílů plynoucích z jejich postavení v systému či z právních či jiných předpisů</b>	MZd, ÚZIS, relevantní odborné společnosti ČLS JEP, relevantní poskytovatelé zdravotních služeb a sociálních služeb a jejich zřizovatelé

## INDIKÁTORY

<b>4.6.1</b>	Vytvoření elektronické verze dokumentace onkologického pacienta a její vydání jako národního standardu
<b>4.6.2</b>	Do roku 2025 plný přechod Národního onkologického registru na elektronické hlášení záznamů z nemocničních informačních systémů
<b>4.6.3</b>	Vytvoření a publikování komunikačních a obsahových standardů elektronické dokumentace pro hlavní onkologické diagnózy
<b>4.6.4</b>	Plná implementace informačního systému integrujícího dostupné centrální datové zdroje o personálních kapacitách, platech a mzdách, ekonomice a provozu poskytovatelů
<b>4.6.5</b>	Metodika a pravidla pro sdílení sekundárních dat; počet otevřených datových sad publikovaných v Národním katalogu otevřených dat (10 do roku 2030)

## MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

Národní plán obnovy – komponenty 1.1 a 1.2, Integrovaný regionální operační program 2021–2027

i Např. patientské organizace, držitelé registračních rozhodnutí, vědci apod.

# 3

IMPLEMENTACE NOPL ČR 2030



### 3.A Rámec implementace

Jak je zmíněno v úvodní části NOPL ČR 2030, implementace bude s ohledem na nutnost prioritizace a posloupnosti kroků probíhat **na základě podrobně zpracovaných a na sebe navzájem navazujících akčních plánů pokrývajících celé období do roku 2030**. Rozdělení implementace na časově ohraničené implementační dokumenty („akční plány“) poskytne potřebnou míru detailu pro zpracování projektů a rovněž umožní průběžně v rámci realizace NOPL ČR 2030 reagovat na aktuální změny, trendy a inovace.

Do každého dalšího akčního plánu budou v průběhu jeho formulace promítnuty výsledky průběžné zkušenosti z implementace akčního plánu předchozího.

První akční plán na léta 2022–2024 bude předložen ke schválení vedení MZd do tří měsíců od schválení NOPL ČR 2030 ze strany vlády ČR. Akční plány na další období budou zpracovány vždy s předstihem před začátkem platnosti navazujícího akčního plánu a předloženy vedení MZd ke schválení po projednání s příslušnými stakeholdery a vnitrosortním připomínkovým řízením (blíže viz kapitola *Monitoring a vyhodnocování plnění cílů NOPL ČR 2030*).

**Každý akční plán bude blíže specifikovat dílčí cíle v rozpadu na jednotlivé aktivity, vždy s uvedením odpovědnosti, příp. spoluodpovědnosti za plnění spolupracujících subjektů, časového harmonogramu plnění, odhadované finanční náročnosti plnění a preferovaného zdroje financování. Akční plán vždy rovněž obsahuje systém řízení změn a rizik a komunikační plán.**

Dílčí cíle, které budou v akčních plánech rozpracovávány na jednotlivé aktivity, budou vycházet z návrhu dílčích cílů uvedených v NOPL ČR 2030. V reakci na aktuální vývoj však budou moci být doplněny také další dílčí cíle, které v NOPL ČR 2030 zmíněny nejsou, ale které lze chápat jako potřebné a žádoucí pro naplnění specifických a následně strategických cílů. Zacílení specifických a strategických cílů však musí být při takovémto doplnění vždy respektováno.

Obecně lze rozdělit zajištění implementace NOPL ČR 2030 do dvou částí:

1. Podmínkou je zpracování prvního podrobného akčního plánu.
2. Samotná implementace – realizace aktivit a vypracování projektů na základě akčních plánů a jejich realizace.

### 3.B Institucionální zabezpečení implementace NOPL ČR 2030

Pro zajištění realizace cílů NOPL ČR 2030 je nutné definovat jasnou implementační strukturu včetně určení odpovědností jednotlivých aktérů.

Ministr zdravotnictví je **zadavatelem** NOPL ČR 2030 a je zároveň odpovědný za jeho naplnění. Jmenuje **gestora** implementace, kterým je náměstek ministra sekce pro zdravotní péči. Na základě návrhu **gestora** jmenuje ministr **Národní radu pro implementaci NOPL ČR 2030 (NRI NOPL ČR 2030)**.

**Gestor** se v rozhodování opírá o **odborná stanoviska NRI NOPL ČR 2030** a rovněž jmenuje a řídí **koordinátora NOPL ČR 2030**, který je z pohledu organizačního řádu MZd začleněn do odboru zdravotní péče a v jehož gesci je koordinace příprav jednotlivých akčních plánů a jejich vyhodnocení, koordinace jednotlivých aktivit v rámci implementace NOPL ČR 2030 a dohled nad realizací projektů spadajících do jednotlivých akčních plánů.

**NRI NOPL ČR 2030** je **odborný poradní orgán** složený ze zástupců zainteresovaných stran pro zajištění odborné garance realizace NOPL ČR 2030. Složení je vyvážené, aby reprezentovalo pohledy všech stakeholderů. Jejich odpovědností je formou odborné garance za svoji oblast radit, případně se přímo účastnit klíčových aktivit implementace NOPL ČR 2030 dle vyžádání **koordinátora NOPL ČR 2030**. Jedná se o stálý orgán, který se schází dle potřeby, minimálně však jednou za dva měsíce, a operativně řeší průběžné požadavky plynoucí z implementace. Předsedou je **gestor**. **NRI NOPL ČR 2030** prostřednictvím gestora eskaluje na poradu vedení a k zadavateli problematiku, k níž potřebuje součinnost dalších sekcí MZd, případně vlády, tzn. takovou, ke které nemá potřebnou kompetenci.



Realizace plnění stanovených cílů bude probíhat v případě potřeby formou projektů, kdy projektové řízení je použito bez ohledu na zdroje financování, tj. nejen u projektů financovaných ze zdrojů EU.

Implementace NOPL ČR 2030 bude probíhat ve stejné době jako další aktivity směřující k naplnění cílů Strategického rámce Zdraví 2030, a tak musí dojít ke koordinaci jejich postupů. Zejména kroky probíhající v oblasti reformy primární péče (Implementační plán 1.1), personální stabilizace českého zdravotnictví (Implementační plán 2.2) a digitalizace zdravotnictví (Implementační plán 2.3), ale vzhledem k potřebě důrazu na oblast prevence i Implementační plán 1.2 *Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti*, jakožto systémové změny celého resortu budou mít velký vliv na oblast onkologické péče.

Vzhledem k tomu, že jako hlavní zdroj prostředků pro realizaci cílů NOPL ČR 2030 bude sloužit komponenta 6.2 *Národní plán na posílení onkologické prevence a péče* Národního plánu obnovy, je nutné koordinovat postup implementace NOPL ČR 2030 a realizace Národního plánu obnovy. Toto je mimo jiné zaručeno tím, že gestorem NOPL ČR 2030 a zároveň osobou odpovědnou za odborné vstupy komponenty 6.2 je náměstek pro zdravotní péči.

**Jednotlivé akční plány mohou implementační strukturu NOPL ČR 2030 upřesnit na základě aktuální situace a zkušeností z realizace plánů předchozích.**

IMPLEMENTAČNÍ STRUKTURA NOPL ČR 2030	
IMPLEMENTAČNÍ JEDNOTKA	
ZADAVATEL – MINISTR ZDRAVOTNICTVÍ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je odpovědný za politické zadání vytvořit a implementovat strategický dokument</li> <li>• Jmenuje gestora přípravy a realizace NOPL ČR 2030</li> <li>• Schvaluje NOPL ČR 2030 a předává jej ke schválení vládě ČR</li> <li>• Schvaluje jednotlivé akční plány a jejich vyhodnocení</li> <li>• Je odpovědný za plnění NOPL ČR 2030</li> <li>• Má maximální rozhodovací pravomoci, právo veta</li> <li>• Je průběžně (pravidelně) informován o plnění, schvaluje případné změny ve směřování NOPL ČR 2030</li> </ul>
GESTOR – NÁMĚSTEK PRO ZDRAVOTNÍ PÉČI (NZ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je odpovědný za přípravu, koordinaci a průběžné hodnocení implementace NOPL ČR 2030 včetně přípravy akčních plánů a jejich vyhodnocení</li> <li>• Odpovídá zadavateli za praktickou realizaci NOPL ČR 2030</li> <li>• Zajišťuje spolupráci a komunikaci napříč MZd prostřednictvím porady vedení</li> <li>• Eskaluje rizika pro implementaci NOPL ČR 2030 prostřednictvím porady vedení</li> <li>• Je komunikačním kanálem mezi MZd (poradou vedení včetně PM), NRI NOPL ČR 2030, manažerem programu a všemi stakeholdery</li> <li>• Při rozhodování se opírá o odborná stanoviska NRI NOPL ČR 2030</li> <li>• Jmenuje a řídí koordinátora NOPL ČR 2030</li> <li>• Je osobou odpovědnou za odborné vstupy komponenty 6.2 Národního plánu obnovy a odpovídá za její věcné zaměření</li> </ul>



## IMPLEMENTAČNÍ STRUKTURA NOPL ČR 2030

### IMPLEMENTAČNÍ JEDNOTKA

#### NÁRODNÍ RADA PRO IMPLEMENTACI NOPL ČR 2030 (NRI NOPL ČR 2030)

##### předseda:

- NZ (náměstek/náměstkyně sekce zdravotní péče MZd)

##### členové jsou zástupci:

- věcně příslušných útvarů MZd
- ÚZIS
- MPSV, MŠMT, MF
- krajů
- poskytovatelů zdravotních služeb
- NOC (ředitelé MOÚ a ÚHKT)
- zdravotních pojišťoven
- lékařských fakult
- odborných společností
- SZÚ, NCO NZO, IPVZ
- AZV ČR
- poskytovatelů sociálních služeb
- pacientů a neformálních pečujících
- NNO

- Poradní orgán gestora, vydává doporučení pro rozhodování dle potřeb gestora
- Projednává návrhy akčních plánů a vyhodnocení akčních plánů včetně registrů rizik implementace
- Navrhuje úpravy akčních plánů
- Je pravidelně a průběžně informována o průběhu implementace, o podstatných změnách v projektech a dalších náležitostech
- Zástupci stakeholderů zprostředkovávají informační toky oběma směry (pro NRI NOPL i od NRI NOPL)
- Zástupci stakeholderů umožňují vzájemnou spolupráci stakeholderů, otevírají možnosti pro spolupráci a diskusi, moderují diskusi a snaží se nalézt společná konsenzuální řešení
- Členové lobbují ve prospěch implementace NOPL ČR 2030 v rámci svých působností nejenom dovnitř, ale i navenek – ambasadoři NOPL ČR 2030 ve svých oblastech
- Posuzují vliv (dopad) NOPL ČR 2030 na prostředí, které reprezentují
- Vydávají stanoviska, navrhuji doplnění, kompenzační opatření apod.

#### KOORDINÁTOR NOPL ČR 2030

- Zajišťuje přípravu akčních plánů a vyhodnocení akčních plánů v souladu s kapitolou **Monitoring a vyhodnocování plnění cílů NOPL ČR 2030**
- Je členem (či nominuje členy) relevantních pracovních skupin MZd k implementaci cílů Strategického rámce Zdraví 2030 relevantních pro implementaci NOPL ČR 2030
- Je členem příslušných odborných platforem komponenty 6.2 Národního plánu obnovy
- Monitoruje postup projektů uvedených v akčních plánech, případně se podílí na jejich realizaci
- Zajišťuje vzájemnou provázanost jednotlivých projektů a sdílení informací mezi projekty
- Zajišťuje předávání informací o realizaci projektů na NRI NOPL ČR 2030
- Výkonně řídí program NOPL ČR 2030

#### PRACOVNÍ SKUPINY

- Zřizovány ad hoc pro řešení konkrétních odborných problémů
- Zastoupení stakeholderů dle řešené problematiky
- Poskytují vysokou expertní oporu pro NRI NOPL ČR 2030 a koordinátora NOPL ČR 2030

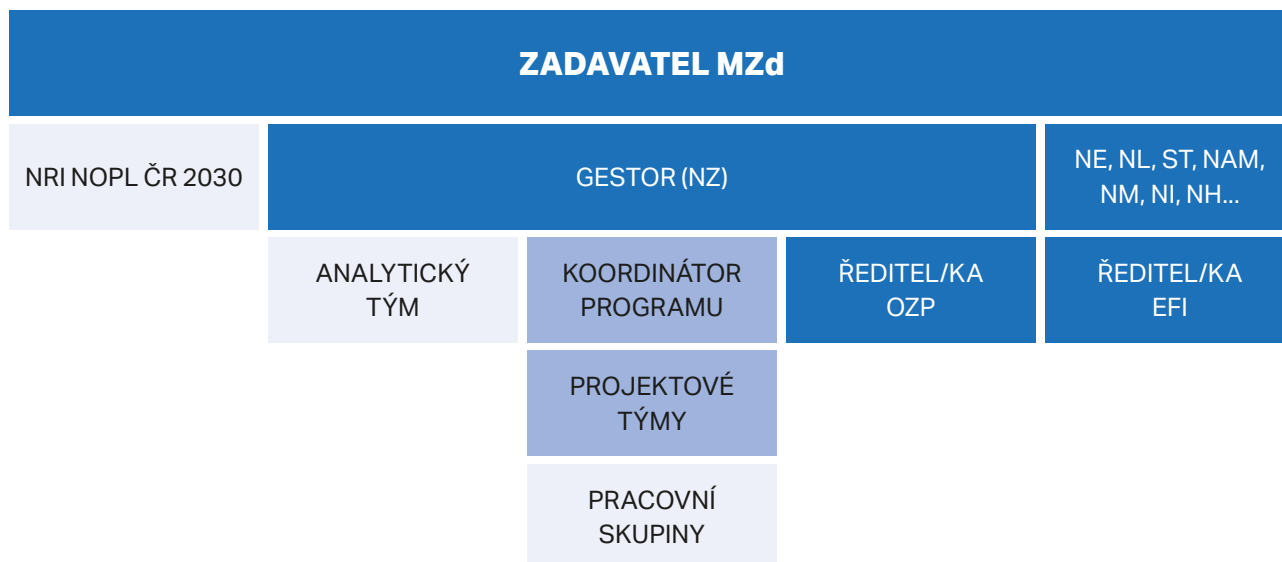
#### ANALYTICKÝ TÝM (ÚZIS)

- Zprostředkovává koordinátorovi, NRI NOPL ČR 2030, gestorovi a zadavateli zpětnou vazbu změn na základě dat a vyhodnocování plnění indikátorů
- Podílí se na monitoringu, návrhu úprav aktivit a cílů dle dopadů implementace v praxi
- Přípravuje a schvaluje podklady pro účely strategického plánování a rozvoje onkologické prevence a léčebné péče, včetně predikcí pro dohazovací řízení, HTA analýz a programových dokumentů





**Obrázek 2: Schéma možného institucionálního zabezpečení implementace<sup>i</sup>**



Zdroj: vlastní zpracování

Obrázek výše zachycuje dočasné útvary, výkonné i poradní, ve vztahu k organizační struktuře MZd. Světle fialovou barvou jsou zachyceny dočasné platformy pro poradu a podklady, tmavě fialovou jsou označeny dočasné útvary pro výkonnou část, modře jsou pak zvýrazněny útvary MZd dle platného organizačního řádu. Tečkovanou elipsou je vymezena porada vedení MZd.

### 3.C Monitoring a vyhodnocování plnění cílů NOPL ČR 2030

Vyhodnocování plnění cílů NOPL ČR 2030 bude probíhat v souladu s cyklickým procesem strategického řízení<sup>ii</sup> na základě vyhodnocování plnění jednotlivých akčních plánů.

Vyhodnocení plnění daného akčního plánu bude vždy předloženo poradě vedení MZd ke schválení v dubnu následujícího roku. V případě, že je v daném roce vypracován navazující akční plán, jeho příprava probíhá tak, aby byl schválen v říjnu daného roku. Závěrečná dopadová ex-post evaluace celého NOP ČR 2030 pak proběhne po skončení jeho platnosti a po vyhodnocení plnění posledního z akčních plánů. Bude tedy zpracována v druhé polovině roku 2031, jejím podkladem budou mimo jiné všechna zpracovaná vyhodnocení akčních plánů.

<sup>i</sup> Počet projektů a pracovních skupin bude upřesněn v akčním plánu.

<sup>ii</sup> Strategie – aktivity – monitoring – evaluace – korekce – strategie – aktivity – monitoring – evaluace – korekce...


**Tabulka 2: Harmonogram monitoringu a vyhodnocování plnění cílů**

Akční plán / Evidace	Roční vyhodnocení		Celkové vyhodnocení plnění akčního plánu		Příprava navazujícího akčního plánu	
	Příprava	Předložení ke schválení vedení MZd	Příprava	Předložení ke schválení vedení MZd	Příprava	Předložení ke schválení vedení MZd
Akční plán pro léta 2022–2024	leden 2023 – březen 2023	duben 2023	-	-	-	-
	leden 2024 – březen 2024	duben 2024	-	-	květen 2024 – září 2024	říjen 2024
	-	-	leden 2025 – květen 2025	červen 2025	-	-
Akční plán pro léta 2025–2027	leden 2026 – březen 2026	duben 2026	-	-	-	-
	leden 2027 – březen 2027	duben 2027	-	-	květen 2027 – září 2027	říjen 2027
	-	-	leden 2028 – květen 2028	červen 2028	-	-
Akční plán pro léta 2028–2030	leden 2029 – březen 2029	duben 2029	-	-	-	-
	leden 2030 – březen 2030	duben 2030	-	-	-	-
	-	-	leden 2031 – květen 2031	červen 2031	-	-
Závěrečné evaluace dopadů	Zpracování: červenec 2031 – listopad 2031			Předložení ke schválení vedení MZd: prosinec 2031		

Zdroj: vlastní zpracování

Za účelem monitoringu a vyhodnocování plnění akčních plánů a NOPL ČR 2030 **bude hodnocena indikátorová soustava** (viz karty jednotlivých cílů výše), monitorující naplnění jednotlivých specifických cílů, stejně jako celkové vize NOPL ČR 2030. Indikátory především monitorují, zda je strategie implementována vytyčeným směrem a zda se v daném prostředí odehrávají zamýšlené změny. Pro úroveň sledování plnění strategických cílů byly nastaveny tzv. základní indikátory se stanovenou počáteční a cílovou hodnotou, uvedené v následující tabulce. Výsledky realizace se v mnohých případech projeví až s vyšším časovým odstupem, neměly by proto být vnímány dogmaticky.


**Tabulka 3: Základní indikátory pro sledování plnění strategických cílů**

Strategický cíl	Indikátor	Bližší vymezení a jednotka	Výchozí hodnota	Cílový stav (2030)	Sledován na úrovni strategického dokumentu
SC 1 Efektivita všech fází prevence se zvyšuje a předchází vzniku onkologického onemocnění	Podíl dívek ve věku 13 let očkovaných proti lidskému papilomaviru (HPV)	%	63,9 % (rok 2019)	90 %	Europe's Beating Cancer Plan
	Pokrytí cílové populace screeningem kolorektálního karcinomu	%	29,5 % (rok 2019)	60 %	Národní plán obnovy
	Mamografický screening 58,7 % (2019); cervikální screening 57,1 % (2019); plošný screening karcinomu plic (od 2022)	%	58,7 % (2019); 57,1 % (2019); 0 % (začátek od 2022)	65 %	
	Podíl pacientů splňujících kritéria (vybrané diagnózy), kteří jsou sledováni v souladu s příslušným doporučením (dle lékaře provádějícího dispenzarizaci) <sup>i</sup>	%	N/A	N/A	
SC 2 Péče orientovaná na pacienta vede k zajištění maximálně možné kvality jeho života, a to během nemoci, po vyléčení, jakož i v terminálním stadiu	Počet lůžek dlouhodobé a následné péče	Počet lůžek dlouhodobé péče na 1 000 obyvatel	2,7 (rok 2017)	3,3	Zdraví 2030
	Počet poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče	Počet	N/A	42	-
	Podíl KOC s fungující patientskou radou	%	N/A	100 %	-

<sup>i</sup> Indikátor v implementačním plánu bude dále rozpracován v oblasti terciární prevence na soubor řady dílčích indikátorů v souladu s trendem, např. podíl případů dalších primárních nádorů zjištěných ve stadiu 3; zaměření na nejčastější karcinom apod., a to s ohledem na typ pracoviště, tzn. HOC, KOC, ambulantní specialista, praktický lékař apod. Souhrnně nelze v této míře obecnosti relevantně definovat.



Strategický cíl	Indikátor	Bližší vymezení a jednotka	Výchozí hodnota	Cílový stav (2030)	Sledován na úrovni strategického dokumentu
SC Koordinace celého systému boje s rakovinou je moderní, efektivní, vychází vstříc poskytovatelům péče i potřebám pacientů	Podíl onkologických diagnóz s vytvořenými národními šablonami doporučených cest pacienta systémem v návaznosti na klinické doporučené postupy / EBM doporučení	%	0 %	80 %	-
	Podíl pacientů, kteří byli v daném roce poprvé léčeni pro solidní zhoubný novotvar v některém KOC a zároveň měli vykázaný výkon konzultace multidisciplinárního týmu	%	55,7 % (2020)	80 %	-
	Počet krajů s vypracovaným zdravotním plánem obsahujícím implementaci onkologického plánu se zaměřením na regionální potřeby	Počet	0	14	-



Strategický cíl	Indikátor	Bližší vymezení a jednotka	Výchozí hodnota	Cílový stav (2030)	Sledován na úrovni strategického dokumentu
SC 4 Boj s rakovinou je veden ve vysokém standardu, v souladu s pokrokem ve vědě a v nových technologiích	Počet absolventů specializačního vzdělávání v oblasti onkologie a hematologie pro všeobecné sestry a dětské sestry	Počet	0	40	
	Podíl pacientů z Karlovarského kraje léčených pro solidní ZN pouze mimo KOC	%	56,7 % (souhrn za období 2016–2020) <sup>i</sup>	30 %	-
	Snížit incidenci pozdně zachycených zhoubných nádorů prsu, tlustého střeva, konečníku, hrdla děložního	%	Viz Příloha 1, slide č. 59, 60, 61, 62, 63, 64	5 %	
	Národní onkologický registr plně napojený na elektronické hlášení záznamů z nemocničních informačních systémů	Počet	0	1	-
	Úmrtnost na zhoubné nádory <sup>ii</sup>	Počet úmrtí na 100 000 obyvatel	258 (2017)	240	Zdraví 2030

### 3.D Předpoklady úspěšné realizace NOPL ČR 2030

Součástí této kapitoly je seznam nejvýznamnějších předpokladů realizace NOPL ČR 2030. Ty jsou uvedeny ve výčtu níže a představují okolnosti, které by měly být zachovány či vytvořeny proto, aby byl NOPL ČR 2030 jako celek zdárně implementován.

1. Politická vůle k realizaci NOPL ČR 2030
2. Prosazení potřebných legislativních změn v zákonodárném procesu
3. Zajištění dostatečného finančního a personálního krytí NOPL ČR 2030
4. Vznik kvalitních výstupů, ovlivňujících plnění cílů NOPL PČR 2030
5. Vůle jednotlivých stakeholderů ke změnám
6. Obecné zájmy jsou nadřazeny zájmům jednotlivých resortů a zájmových skupin
7. Intenzivní komunikace pro zajištění podpory a vysoké míry akceptace změn

<sup>i</sup> Aktuálně je % podíl v ČR 31,7 %.

<sup>ii</sup> Kalkulováno pro všechny diagnózy zhoubných nádorů, číselné nastavení odpovídá trendům z dat Národního onkologického registru.



### 3.E Řízení rizik

Součástí implementace NOPL ČR 2030 je i proces řízení rizik. V rámci každého akčního plánu je zpracován **registr rizik**, jehož cílem je poskytnout přehled všech podstatných rizik spojených s implementací NOPL ČR 2030. Registr rizik je zpracován v rozlišení dle významnosti rizik jako součinu pravděpodobnosti výskytu a dopadu rizika.<sup>i</sup> U každého rizika je rovněž uveden popis realizace opatření ke snížení jeho významnosti.

Implementace probíhá v neustále se měnícím prostředí, a tak je nutné registr rizik průběžně aktualizovat, **a to minimálně jednou ročně jako součást ročního či celkového vyhodnocení akčních plánů**. Součástí je vždy i vyhodnocení plnění nápravných opatření přijatých v průběhu daného roku.

Registr rizik je projednán jako součást ročního či celkového vyhodnocení akčního plánu ze strany NRI NOPL. To je následně schvalováno vedením MZd.

V průběhu implementace jsou vlastníky rizik prováděna navržená nápravná opatření. Řízení rizik je kontinuálním procesem, proto v případě, že v průběhu roku je některým subjektem zapojeným do implementace identifikováno dle jeho názoru kritické riziko (tj. riziko se stupněm významnosti v rozmezí 15–25), je tento subjekt povinen informovat o něm koordinátora NOPL 2030 a NRI NOPL.

### 3.F Spolupráce a komunikace

Klíčový pro implementaci navrženého NOPL ČR 2030 je i **komunikační plán**. Komunikační plán **nastavuje způsob komunikace o průběhu implementace strategického dokumentu, tj. o realizaci soustavy cílů prostřednictvím dosahování konkrétních výstupů a výsledků ve vztahu k cílovým skupinám komunikace. Těmi jsou v případě NOPL ČR 2030 ostatní ministerstva, kraje, zdravotní pojišťovny, vzdělávací instituce a zejména odborná a laická veřejnost**. Komunikace ve vztahu k cílovým skupinám by měla být pravdivá, maximálně efektivní a měla by využívat moderní komunikační prostředky.

Za realizaci komunikačního plánu je odpovědný koordinátor NOPL ČR 2030 ve spolupráci s tiskovým odborem MZd. O významných zrealizovaných komunikačních aktivitách je informována i NRI.

Komunikační plán je pravidelně aktualizován (1x ročně v rámci ročního či celkového vyhodnocení příslušného akčního plánu), aktualizace je předkládána k projednání NRI a následně ke schválení vedením MZd.

Rámcově je stanoven následující komunikační plán:

INFORMOVÁNÍ CÍLOVÝCH SKUPIN O SCHVÁLENÍ NOPL 2030 A JEHO PROVÁDĚCÍHO AKČNÍHO PLÁNU NA LÉTA 2022–2023	
OBSAH	<ul style="list-style-type: none"> <li>důvody vzniku NOPL ČR 2030 a Akčního plánu 2022–2024</li> <li>vize a cíle NOPL ČR 2030</li> <li>klíčové dílčí cíle</li> <li>očekávané výstupy, výsledky a přínosy</li> </ul>
HARMONOGRAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>po schválení vládou NOPL ČR 2030 a Akčního plánu 2022–2024 vedením MZd</li> </ul>
FORMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>články v odborných časopisech</li> <li>informace na webových stránkách MZd, popř. dalších relevantních webech</li> <li>představení NOPL ČR 2030 na relevantních pracovních platformách, relevantních radách vlády apod.</li> </ul>

<sup>i</sup> Dopad i pravděpodobnost rizik byly hodnoceny v pětibodové škále, kdy hodnota 1 představuje malý dopad, resp. velmi malou pravděpodobnost, a hodnota 5 velký dopad, resp. velmi vysokou pravděpodobnost. Zjištěné hodnoty byly zprůměrovány. Od součinu průměrné hodnoty pravděpodobnosti a průměrné hodnoty dopadu je odvozena významnost rizika, která se může pohybovat v rozmezí 1–25. Dle výsledku hodnocení byla rizika rozčleněna do tří skupin dle významnosti na:

- rizika velmi významná (15–25);
- rizika středního významu (7–14,99);
- rizika nízkého významu (1–6,99).



#### INFORMOVÁNÍ CÍLOVÝCH SKUPIN O PŘÍPRAVĚ A SCHVÁLENÍ AKČNÍCH PLÁNŮ NA DALŠÍ OBDOBÍ

OBSAH	<ul style="list-style-type: none"> <li>důvody vzniku akčního plánu</li> <li>klíčová opatření a aktivity realizované na základě předchozího akčního plánu</li> <li>očekávané výstupy a výsledky</li> </ul>
HARMONOGRAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>před začátkem platnosti akčního plánu</li> </ul>
FORMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>články v odborných časopisech</li> <li>informace na webových stránkách MZd, popř. dalších relevantních webech</li> <li>představení akčních plánů na relevantních pracovních platformách, konferencích, relevantních radách vlády apod.</li> </ul>

#### INFORMOVÁNÍ CÍLOVÝCH SKUPIN O KLÍČOVÝCH VÝSTUPECH A VÝSLEDČÍCH IMPLEMENTACE NOPL ČR 2030 A JEDNOTLIVÝCH AKČNÍCH PLÁNŮ

OBSAH	<ul style="list-style-type: none"> <li>dosažené výstupy, popř. výsledky NOPL ČR 2030</li> <li>roční a celková vyhodnocení jednotlivých akčních plánů</li> </ul>
HARMONOGRAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>průběžně během celého období platnosti NOPL ČR 2030</li> </ul>
FORMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>články v odborných časopisech</li> <li>informace na webových stránkách MZd, popř. dalších relevantních webech a prostřednictvím newsletterů</li> <li>představení výstupů a výsledků NOPL ČR 2030 na relevantních pracovních platformách, konferencích a dalších platformách</li> <li>představení na sociálních sítích (Twitter, Facebook)</li> </ul>

### 3.G Odhadované finanční nároky – možné zdroje financování

Za účelem implementace NOPL ČR 2030 v podobě jednotlivých akčních plánů je klíčové zajistit odpovídající personální a finanční zdroje.

Finanční náročnost implementace NOPL 2030 byla při zahrnutí všech strategických cílů ve výše uvedeném rozsahu odhadnuta na cca 18 mld. Kč. **Bližší specifikace finanční náročnosti implementace bude součástí jednotlivých návazných akčních plánů a prostředky na jejich realizaci budou zohledněny v rámci rozpočtů dotčených kapitol.**

Na financování jednotlivých aktivit se budou podílet jak národní zdroje, tak prostředky z evropských nástrojů, kde by dominantním zdrojem měl být Národní plán obnovy. Jedná se o komponentu 5.1 *Excelentní výzkum a vývoj v prioritních oblastech veřejného zájmu ve zdravotnictví* v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Komponenta 6.2 *Národní plán na posílení onkologické prevence a péče* v gesci Ministerstva zdravotnictví je celá zaměřená na realizaci cílů NOPL ČR 2030. Pokud jde o prostředky, tak nabízí cca 10,3 mld. Kč. Další investiční prostředky nabízí Integrovaný regionální operační program 2021–2027 (specifický cíl 4.3) řízený Ministerstvem pro místní rozvoj. Systémové projekty neinvestičního charakteru, které však mohou podstatně nastartovat změny v příslušných oblastech, bude možné financovat z Operačního programu Zaměstnanost plus (specifický cíl 2.3), jehož řídicím orgánem je Ministerstvo práce a sociálních věcí.

## Seznam příloh

**PŘÍLOHA 1** – Souhrn analytické studie NOPL ČR 2030

**PŘÍLOHA 2** – Přehled cílů, relevantních strategií, zdrojů financování a zájmových stran NOPL ČR 2030