

POSITION PAPER

Bezpečnější léčba a vyšší šance na dobrý život Centralizace nejnáročnější onkochirurgie očima pacientů

Stanovisko Hlasu onkologických pacientů, z. s. (HOP)

Po sdělení onkologické diagnózy člověk neřeší, která nemocnice bude mít více výkonů. Potřebuje vědět, kde má největší šanci na bezpečnou léčbu, kdo ho provede celou cestou a kdo mu pomůže, když se objeví komplikace.

**Pacient nepotřebuje nejnáročnější operaci co nejbližší domovu.
Potřebuje správné rozhodnutí ve správný čas a na správném místě.
Potřebuje rozhodnutí, koho operovat a pokud operovat, tak tam, kde
jsou nejlepší výsledky.**

Hlas onkologických pacientů jednoznačně podporuje dokončení centralizace přesně vymezených, vysoce rizikových onkochirurgických výkonů do specializovaných center. Nejde o prestiž nemocnic ani o spor regionů s velkými centry. Jde o to, aby měl každý člověk stejnou šanci na úspěšný zákrok, rychlé zvládnutí komplikací a bezpečný návrat do života bez ohledu na to, kde bydlí.

1. Pro pacienta není operace izolovaným výkonem

U náročné onkologické operace nerozhoduje pouze schopnost jednoho chirurga. Výsledek vzniká souhrou celého systému: správné diagnostiky a stagingu, rozhodnutí **multidisciplinárního týmu**, kvalitní předoperační přípravy, zkušeného operačního týmu, anesteziologické a intenzivní péče, patologie, zobrazovacích metod a dalších odborností.

Komplikace se mohou vyskytnout i na velmi dobrém pracovišti. Rozhodující je, zda je tým včas rozpozná a dokáže je okamžitě řešit. Závažná komplikace může vyžadovat reoperaci, intervenční radiologii nebo endoskopii, cévní či hrudní chirurgii, transfuzní službu, specializovanou mikrobiologii a zkušenou JIP/ARO. Schopnost pacienta při komplikaci zachránit je jedním z klíčových rozdílů mezi pracovišti. [2]

2. Data podporují péči ve zkušených centrech

Česká i zahraniční data ukazují, že u řady vysoce rizikových výkonů je vyšší zkušenost pracoviště spojena s lepšími výsledky. Objem výkonů přitom není jediným ukazatelem kvality. Centrum musí současně prokazovat správné indikace, schopnost řešit komplikace, kvalitní onkologické výsledky a funkční výstupy pro pacienta.

- Jícen: metaanalýza 27 843 operací uváděla nemocniční úmrtnost 8,48 % na nízkoobjemových pracovištích a 2,82 % na vysokoobjemových pracovištích. [3]
- Slinivka: systematický přehled 33 kohortových studií zahrnujících 198 377 pacientů potvrdil významnou souvislost mezi objemem pankreatoduodenektomií a morbiditou, mortalitou i kvalitou onkologického výkonu. [4]
- Pokročilý karcinom ovaria: evropské ukazatele kvality propojují výsledky s prací specializovaného operátora, multidisciplinárním rozhodnutím, dostupností intenzivní péče a systematickým sledováním komplikací a úplnosti resekce. [5]
- Radikální cystektomie: doporučení EAU z roku 2026 spojuje vyšší objem výkonů s nižší pooperační mortalitou a doporučuje nejméně 20 radikálních cystektomií na nemocnici ročně. [6]
- Karcinom rekta: česká data uvádějí u pacientů ve III. stadiu tříleté přežití 74,8 % v centrech oproti 65,6 % mimo centra a ve IV. stadiu 36,1 % oproti 25,5 %. [1]

Aktuální český rámec zároveň ukazuje, že většina sledované péče již ve specializovaných centrech probíhá; podle podkladů MZ jde přibližně o 76 % výkonů či hospitalizačních případů v šesti sledovaných oblastech. Dokončení centralizace proto není budováním zcela nového systému, ale především důsledným dokončením již nastoupeného směru. [1]

3. Co pro pacienta znamená skutečně kvalitní centrum

Specializované centrum není jen statut, moderní sál nebo robotický systém. Musí fungovat jako sehraný celek, který pacienta správně vybere k výkonu, připraví, bezpečně odoperuje, rozpozná komplikaci a zajistí návaznou péči.

- Multidisciplinární rozhodnutí: léčebný plán vzniká za účasti diagnózově příslušného multidisciplinárního týmu.
- Zkušený a stabilní operační tým: daný výkon provádí pravidelně a má dostatečnou rutinu i pro složité situace.
- Zázemí 24/7: intenzivní péče, zobrazovací metody, intervenční radiologie nebo endoskopie, krevní banka a možnost okamžité reoperace jsou skutečně dostupné, ne pouze formálně uvedené.
- Komplexní návazná péče: klinická onkologie, radioterapie, specializovaná patologie, nutriční péče, rehabilitace, léčba bolesti, psychoonkologická a podle potřeby paliativní péče.
- Jasná koordinace: pacient ví, kdo jeho cestu koordinuje, co bude následovat, co proběhne v centru a co v regionu a na koho se obrátit při problému.

4. Pacient nesmí po diagnóze organizovat systém sám

Centralizace bude přínosem jen tehdy, pokud bude dobře organizovaná. Člověk po sdělení závažné diagnózy nemá obvolávat nemocnice, shánět termíny, převážet neúplnou dokumentaci a zjišťovat, kdo ho vlastně převezme.

Odesílající pracoviště má mít jasný kontakt do centra a pacient má být aktivně předán. Koordinátor nebo určené kontaktní místo má zkontrolovat úplnost dokumentace, zajistit návaznost, hlídat termín MDT a dalšího kroku a ověřit, že k předání skutečně došlo. Centralizace nesmí prodloužit cestu pacienta k léčbě.

Nejdůležitější otázka při každém předání zní: Kdo je teď za další krok odpovědný a ví to pacient?

5. Centralizovat specializovaný výkon, ne celý život pacienta

Centralizace neznamena, že se veškerá onkologická péče musí přesunout do velké nemocnice. Naopak: co nevyžaduje specializované centrum, má podle možností zůstat co nejblíže domovu.

Především ve specializovaném centru	Co nejblíže domovu, pokud je to bezpečné a odborně vhodné
nejméně složitější onkochirurgický výkon	část základní diagnostiky a předoperační přípravy
multidisciplinární indikace komplexního výkonu	běžná onkologická léčba podle dohody centra a regionu
bezprostřední péče při vysokém riziku komplikací	rutinní pooperační kontroly
řešení závažných komplikací	rehabilitace a nutriční péče
specializované pooperační rozhodnutí a návaznost	péče o stomii, dlouhodobé sledování, podpůrná a paliativní péče

Regionální nemocnice nejsou konkurencí center. Jsou jejich nezbytným partnerem. Potřebujeme síť se společnými pravidly předávání, jasnými kontakty, možností konzultace a návratem pacienta do regionu s konkrétním plánem další péče. Regionální pracoviště mohou být zapojena do společných MDT, odborných rotací a sdílených postupů.

6. Vzdálenost ani sociální situace nesmí snižovat šanci na kvalitní léčbu

Cesta do specializovaného centra může být pro člověka a jeho rodinu reálnou zátěží. Může znamenat náklady na dopravu nebo ubytování, potřebu doprovodu, výpadek příjmu nebo nutnost zajistit péči o děti či závislého blízkého.

Řešením ale nemůže být méně bezpečný výkon blíže bydliště. Řešením musí být pomoc pacientovi, aby se ke kvalitní péči skutečně dostal: funkční koordinace, dostupná doprava, podle potřeby ubytování a sociální podpora. Pacient nesmí mít horší šanci jen kvůli svému poštovnímu směrovacímu číslu.

7. Kvalitu chceme vidět v datech a také v životě pacienta

Počet výkonů je důležitý, ale sám o sobě nestačí. Pacienti mají právo vědět, jaké výsledky centrum skutečně dosahuje a zda se kvalita průběžně zlepšuje.

- 30denní a 90denní mortalitu, závažné komplikace a schopnost jejich zvládnutí;
- reoperace, opakované hospitalizace a další významné bezpečnostní ukazatele;
- úplnost onkologického výkonu a dlouhodobé přežití;
- čekací dobu od převzetí centrem do rozhodnutí a zahájení léčby;
- funkční výsledky a pacientem hodnocené výsledky: bolest, výživu, soběstačnost, kontinenci, sexualitu, návrat k běžnému životu a srozumitelnost předávání péče, jednoduše kvalita života pacienta.

Výsledky mají být zveřejňovány srozumitelně a rizikově korigovaně. Centrum s těžšími pacienty nesmí být trestáno za to, že přijímá složitější případy; současně však statut centra nesmí nahrazovat skutečné hodnocení kvality.

8. Co Hlas onkologických pacientů požaduje

1. Důsledně centralizovat přesně vymezené nejnáročnější plánované výkony do center, která prokazují zkušenost, výsledky a potřebné zázemí; zachovat medicínsky odůvodněné výjimky a neodkladné situace.
2. Zajistit funkční vazbu každého specializovaného chirurgického centra na KOC a diagnózově příslušný MDT. Statut nesmí nahrazovat reálnou spolupráci mezi klinikami a nemocnicemi.
3. Zavést jednotný kontaktní bod a koordinaci převzetí pacienta, dokumentace, termínu MDT, výkonu a následného předání. Pacient nemá být nositelem systému.
4. Sledovat čekací doby a důvody odmítnutí či přesměrování. Centralizace nesmí znamenat pozdější zahájení léčby.
5. Pravidelně zveřejňovat srozumitelné, rizikově očištěné výsledky center a provádět pravidelné hodnocení kvality.
6. Měřit také výsledky a zkušenost, které jsou důležité pro pacienty, jako například soběstačnost, bolest, výživu, kontinenci, sexualitu, kvalitu života a srozumitelnost předávání péče.
7. Financovat a organizačně řešit dopravu, ubytování a další bariéry tam, kde by vzdálenost nebo sociální situace zhoršovaly přístup k bezpečné léčbě.
8. Budovat skutečnou síť centra a regionu: s jasným rozdělením odpovědnosti, společnými postupy a bezpečným návratem pacienta do místní péče.

9. Zapojoval pacientské organizace a peer podporu do edukace a následné péče, zejména tam, kde léčba zásadně mění výživu, stomii, kontinenci, sexualitu, pohyb nebo každodenní fungování.

Závěrečné sdělení HOP

Centralizace pro nás není organizační projekt nemocnic. Je to nástroj bezpečnosti. Má člověku zvýšit šanci, že dostane správnou léčbu včas, že případná komplikace bude rychle zvládnuta a že se po náročné léčbě bezpečně vrátí do svého života a svého regionu.

Profesní, ekonomické a regionální zájmy jsou legitimní. Nemohou však stát nad bezpečností nemocného člověka.

Za Hlas onkologických pacientů z.s.,
výbor



Vybrané podklady a zdroje

Číselné odkazy v textu odpovídají tomuto seznamu. Bibliografické údaje vycházejí z podkladových verzí stanoviska HOP.

- [1] Ministerstvo zdravotnictví ČR. Ministerstvo zdravotnictví dokončí do roku 2030 soustředění nejnáročnějších onkologických operací do specializovaných center. 25. 8. 2026. (Zdroj aktuálního českého rámce a vybraných českých dat.)
- [2] Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Variation in Hospital Mortality Associated with Inpatient Surgery. *N Engl J Med*. 2009;361:1368-1375. doi:10.1056/NEJMsa0903048.
- [3] Markar SR et al. Volume-Outcome Relationship in Surgery for Esophageal Malignancy: Systematic Review and Meta-analysis 2000-2011. *J Gastrointest Surg*. 2012;16:1055-1063. doi:10.1007/s11605-011-1731-3.
- [4] Kotecha KR et al. Centralization of Pancreaticoduodenectomy: A Systematic Review and Spline Regression Analysis to Recommend Minimum Volume for a Specialist Pancreas Service. *Ann Surg*. 2024;279:953-960. doi:10.1097/SLA.0000000000006208.
- [5] Fotopoulou C et al. Quality indicators for advanced ovarian cancer surgery from the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO): 2020 update. *Int J Gynecol Cancer*. 2020. doi:10.1136/ijgc-2020-001248.
- [6] European Association of Urology. EAU Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic