



ČESKO

Onkologický profil země

2025

Publikační řada onkologických profilů zemí

Evropský Registr nerovností v oblasti onkologických onemocnění je stěžejní iniciativou Evropského plánu boje proti rakovině. Poskytuje spolehlivé údaje o prevenci rakoviny a její léčbě, které umožňují určit trendy, rozdíly a nerovnosti mezi členskými státy, regiony a populačními skupinami. Onkologické profily jednotlivých zemí identifikují silné stránky, výzvy a specifické oblasti opatření pro každý z 27 členských států EU, Island a Norsko a slouží jako vodítko pro investice a intervence na unijní, vnitrostátní a regionální úrovni v rámci Evropského plánu boje proti rakovině. Evropský Registr nerovností v oblasti onkologických onemocnění rovněž podporuje stěžejní iniciativu č.1 v rámci Akčního plánu pro nulové znečištění. Profily zemí jsou výsledkem činnosti OECD ve spolupráci s Evropskou komisí. Tým je vděčný za cenné podněty od národních odborníků a za připomínky, které poskytl Zdravotní výbor OECD a Tematická pracovní skupina EU pro Registr nerovností v oblasti onkologických onemocnění.

Zdroje údajů a informací

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

Další údaje a informace pocházejí také ze Společného výzkumného střediska Evropské komise (EC-JRC), statistik EU v oblasti příjmů a životních podmínek (EU-SILC), Světové zdravotnické organizace (WHO), Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny (IARC) a Mezinárodní agentury pro atomovou energii (MAAE), Evropské společnosti pro pediatriickou onkologii (SIOPE), Agentury Evropské unie pro základní práva (FRA LGBTIQ), studie zaměřené na životní styl dětí na základních školách (HBSC) a také z onkologických a zdravotních profilů zemí 2023 a dalších vnitrostátních zdrojů (nezávislých na soukromých nebo komerčních zájmech). Vypočítané průměry EU jsou vážené průměry 27 členských států, není-li uvedeno jinak. Tyto průměry EU nezahrnují Island a Norsko. Úmrtnost a incidence jsou věkově standardizovány na evropskou standardní populaci přijatou Eurostatem v roce 2013.

Parita kupní síly (PPP) je definována jako kurz pro přepočítání měn, kterým se díky odstranění rozdílů mezi cenovými hladinami v jednotlivých zemích vyrovná kupní síla různých měn.

Prohlášení o vyloučení odpovědnosti: Za vydání tohoto dokumentu odpovídají generální tajemník OECD a předsedkyně Evropské komise. Vyjádřené názory a uvedené argumenty nemusí nutně odrážet oficiální stanoviska členských zemí OECD nebo Evropské unie. Tímto dokumentem ani údaje a mapami v něm obsaženými není dotčeno postavení žádného území ani svrchovanost nad ním, vymezení mezinárodních hranic ani název žádného území, města či oblasti. Názvy zemí a území a mapy použité v této společné publikaci se řídí zvyklostmi OECD.

Specifické územní výhrady platné pro OECD:

Poznámka Turecké republiky: Informace obsažené v tomto dokumentu týkající se „Kypru“ se vztahují na jižní část ostrova. Na ostrově není jeden orgán, který by zastupoval jak turecké, tak i řecké obyvatele ostrova Kypr. Turecko uznává Severokyperskou tureckou republiku (TRNC). Dokud nebude nalezeno trvalé a spravedlivé řešení v rámci OSN, bude Turecko ke „kyperské otázce“ zachovávat svůj postoj.

Poznámka všech členských států Evropské unie, které jsou členy OECD, a Evropské unie: Kyperskou republiku uznávají všichni členové OSN s výjimkou Turecka. Informace obsažené v tomto dokumentu se týkají oblasti, která je pod skutečnou kontrolou vlády Kyperské republiky.

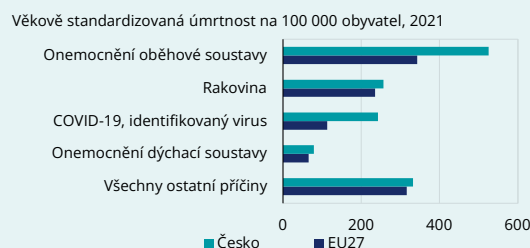
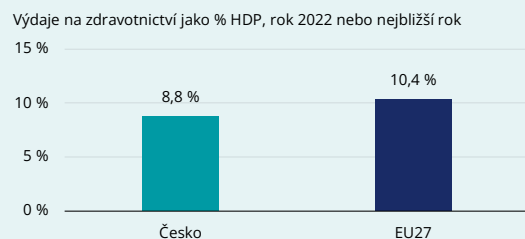
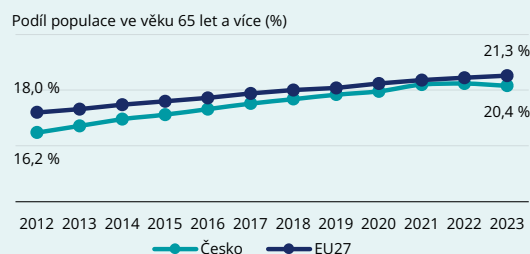
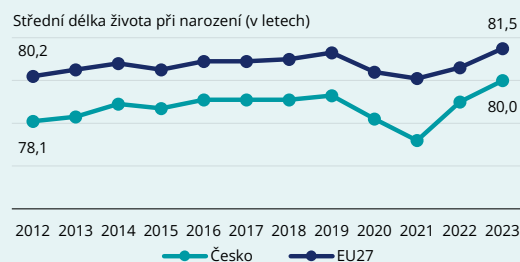
© OECD / Evropská unie 2025. V případě jakéhokoli rozporu mezi originálem a přeloženými verzemi tohoto dokumentu je považováno za platné pouze znění originálu.

Aktualizováno dne 26. května 2025 o doplnění následujícího textu na stranu 7: „Data jsou založena na modelování, a proto je třeba je interpretovat s opatrností.“

Obsah

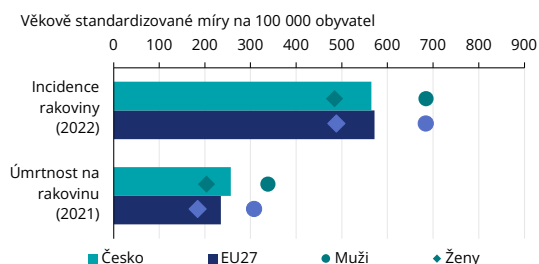
1. HLAVNÍ INFORMACE	3
2. RAKOVINA V ČESKU	4
3. RIZIKOVÉ FAKTORY A POLITIKY PREVENCE	8
4. VČASNÁ DETEKCE RAKOVINY	12
5. VÝKONNOST ONKOLOGICKÉ PÉČE	15
5.1 Dostupnost	15
5.2 Kvalita	20
5.3 Náklady a jejich efektivita	23
5.4 Well-being a kvalita života	24
6. ZAMĚŘENO NA RAKOVINU DĚTSKÉHO VĚKU	26

Hlavní zdravotnické a demografické statistiky



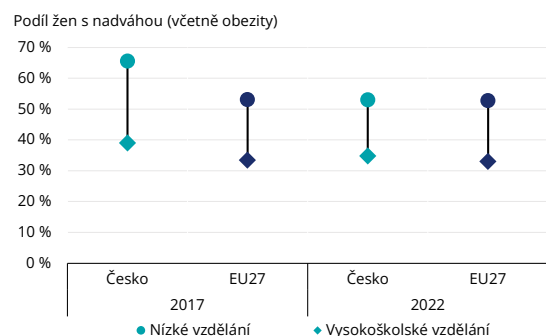
Zdroj: Databáze Eurostatu.

1. Hlavní informace



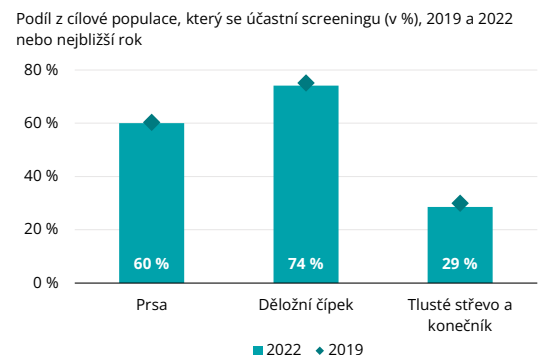
Rakovina v Česku

Odhadovaná věkově standardizovaná incidence rakoviny v Česku byla v roce 2022 podobná průměru EU. Úmrtnost na rakovinu byla v roce 2021 vyšší než průměr EU. Mezi lety 2011 a 2021 se úmrtnost na rakovinu snížila o 17 % u mužů a o 12 % u žen. Celoživotní prevalence rakoviny se v Česku v letech 2010 až 2020 zvýšila o 27 %, což je více než průměr EU.



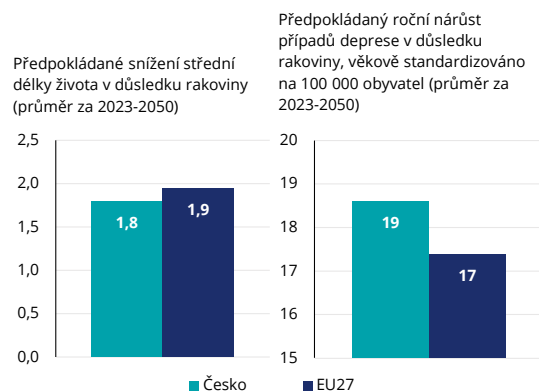
Rizikové faktory a politiky prevence

Ve srovnání s jinými zeměmi EU dosahuje Česko špatných výsledků ve většině rizikových faktorů rakoviny – zejména ve spotřebě alkoholu, nedostatku fyzické aktivity a znečištění ovzduší. Kouření cigaret však klesá (v roce 2021 bylo mírně pod průměrem EU), a to i mezi mladistvými, což je podpořeno komplexní protikouřáckou legislativou. Nadváha a obezita jsou v Česku velkým zdravotním problémem – v roce 2022 měla nadváhu nebo byla obézní více než polovina populace. Důležitý je sociální gradient: prevalence nadváhy je o více než 50 % vyšší u žen s nižším vzděláním než u žen s vyšším dosaženým vzděláním.



Včasná detekce rakoviny

Programy screeningu rakoviny prsu, děložního čípku a tlustého střeva a konečníku jsou v Česku dobře zavedené a zahrnují adresné zvaní občanů ke screeningu. Míry účasti jsou u rakoviny prsu a děložního čípku vyšší než ve většině zemí EU, avšak nedosahují cílů v oblasti screeningu stanovených v Národním onkologickém plánu České republiky 2030. Na rakovinu tlustého střeva a konečníku bylo v roce 2022, dle administrativních údajů programu, vyšetřeno přibližně 29 % cílové populace, nicméně při zahrnutí diagnostiky časných stádií se toto číslo zvýší přibližně na polovinu cílové populace. V roce 2022 byl zahájen pilotní populační screening na rakovinu plic a v roce 2024 na rakovinu prostaty.



Výkonnost onkologické péče

Míra přežití rakoviny se v Česku zlepšuje a přístup k onkologické péči, včetně inovativních léků, je obecně dobrý. Péče je soustředěna v komplexních onkologických centrech, která klinicky vedou onkologickou péči, poskytují konzultace multidisciplinárních týmů a koordinují poskytování paliativní péče. Regionální rozdíly v dostupnosti péče však přetrvávají, často kvůli omezenému počtu onkologů, nastavení odborné přípravy a kvůli obecnému nedostatku sester. K řešení rozdílů v dostupnosti péče a na podporu opatření v oblasti koordinace péče je nutné pravidelně monitorovat čekací doby. Očekává se, že rakovina v Česku povede mezi lety 2023 až 2050 k většímu počtu případů deprese než v průměru v EU, ale střední délku života zkrátí o méně než v EU.

2. Rakovina v Česku

Odhadovaná incidence nejčastějších typů rakoviny je srovnatelná nebo nižší než průměry EU

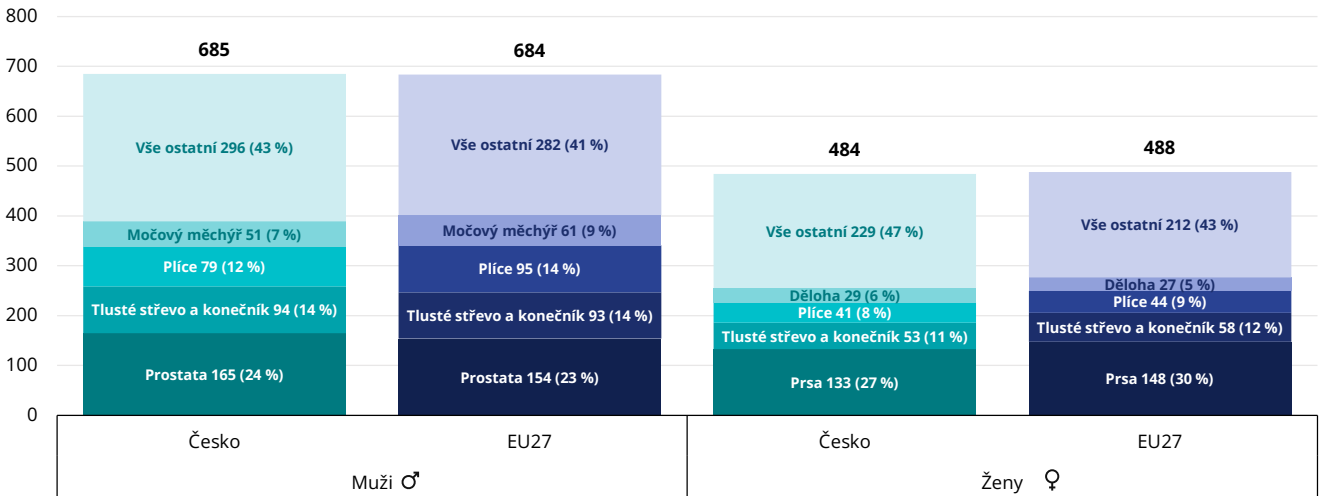
Odhadovaná incidence rakoviny v Česku je srovnatelná s průměrem EU, a to jak u mužů, tak u žen. Podle Evropského systému informací o rakovině (ECIS) Společného výzkumného střediska se na základě trendů incidence z let před pandemií očekávalo, že v roce 2022 bude v Česku rakovina nově diagnostikována u více než 61 000 osob. Věkově standardizovaná incidence rakoviny v Česku činila 565 nových případů na 100 000 obyvatel, což je mírně pod průměrem EU (572 případů na 100 000 obyvatel). U mužů byla věkově standardizovaná incidence (685 na 100 000) na stejné úrovni jako průměr EU (684 na 100 000) a u žen (484 na 100 000) byla rovněž srovnatelná s průměrem EU (488 na 100 000) (Obrázek 1).

Mezi onkologická onemocnění s nejvyšším počtem nových případů patří, dle odhadů, rakovina prostaty u mužů (165 na 100 000 obyvatel) a rakovina prsu u žen (133 na 100 000), dále pak rakovina tlustého střeva a konečníku (94 na 100 000 u mužů a 53 na 100 000 u žen) a rakovina plicí (79 na 100 000 u mužů a 41 na 100 000 u žen). Incidence byla podle odhadů očekávaná lehce vyšší než průměr EU u rakoviny prostaty (o 7 % vyšší) a podobná u rakoviny tlustého střeva a konečníku u mužů a nižší než průměry EU u rakoviny prsu (o 10 % nižší), plic (o 16 % nižší u mužů a o 7 % nižší u žen) a u rakoviny tlustého střeva a konečníku u žen (o 9 % nižší).

Do budoucna systém ECIS odhaduje, že počet případů rakoviny vzroste mezi roky 2022 a 2040 o 16 %.

Obrázek 1. Odhadovaná incidence rakoviny v Česku je podobná průměru EU, přičemž u mužů je vyšší

Věkově standardizovaná incidence dle typu rakoviny na 100 000 obyvatel, odhady, 2022



Poznámky: Údaje za rok 2022 jsou odhady na základě trendů incidence z předchozích let a mohou se lišit od pozorovaných výskytů v posledních letech. Zahrnují všechna onkologická onemocnění kromě nezhoubného melanomu kůže. Rakovina dělohy nezahrnuje rakovinu děložního čípku.
Zdroj: Evropský systém informací o rakovině (ECIS). Dostupné z <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, stránka navštívena 10. března 2024. © Evropská unie, 2024. Procentuální rozdělení incidence bylo přepočteno na základě věkově standardizované incidence, a proto se liší od procentuálního rozdělení absolutních čísel uvedených na internetových stránkách systému ECIS.

Rozdíly v incidenci rakoviny podle pohlaví jsou velké

U nejčastějších typů rakoviny je v Česku incidence trvale vyšší u mužů než u žen. Incidence rakoviny tlustého střeva a konečníku byla, dle odhadů,

v roce 2022 o 77 % vyšší u mužů než u žen, což je větší rozdíl mezi muži a ženami než průměr EU (59 %). V případě rakoviny plic byla, dle odhadů, incidence u mužů téměř dvojnásobná oproti incidenci u žen, i když rozdíl mezi muži a ženami

1 Rakovina plic se vztahuje také na rakovinu průdušnice a průdušek.

je menší než průměr v EU. V roce 2022 se očekávala vyšší incidence u mužů také u rakoviny močového měchýře (téměř 3,6krát vyšší), ledvin (2,3krát vyšší) a rakoviny kůže (1,3krát vyšší).

Národní data ukazují výrazný pokles nově diagnostikovaných pacientů s rakovinou během pandemie COVID-19 v letech 2020 a 2021. Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) předpokládá v následujících letech nárůst počtu hlášených nových případů v důsledku dopadů pandemie, která u některých pacientů zpozdila odhalení rakoviny (MZČR, 2024a).

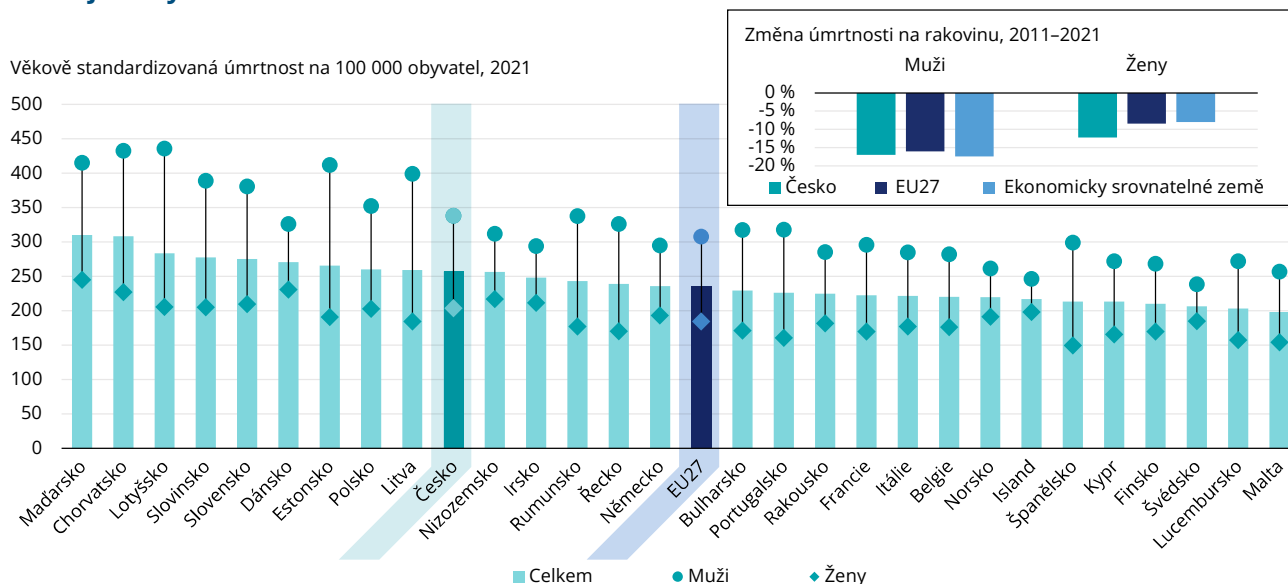
Úmrtnost na rakovinu má klesající tendenci, ale stále je vyšší než průměr EU

V roce 2021 bylo v Česku téměř každé páté úmrtí (18 %) způsobeno rakovinou. Věkově standardizovaná úmrtnost na rakovinu byla 257 úmrtí na 100 000 obyvatel, což je o 6 % méně než

v roce 2019, ale o 9 % více než průměr EU (235 úmrtí na 100 000 obyvatel). Pokles úmrtnosti na rakovinu v letech 2020 a 2021 je přinejmenším částečně způsoben nedostatečnou diagnostikou některých onkologických onemocnění během pandemie COVID-19 (ÚZIS, 2024a). Národní údaje ukazují, že v roce 2022 došlo k nárůstu počtu úmrtí na rakovinu o 1,6 % oproti roku 2021, i když to bylo stále méně než v roce 2019.

Stejně jako v jiných zemích EU byla i v Česku v roce 2021 výrazně vyšší úmrtnost na rakovinu u mužů (338 úmrtí na 100 000 obyvatel) než u žen (204 úmrtí na 100 000 obyvatel) (Obrázek 2). Úmrtnost mužů se však mezi lety 2011-2021 snížila o 17 %, což je obdobná změna jako v ekonomicky srovnatelných zemích². Úmrtnost žen na rakovinu se v letech 2011-2021 snížila o 12 %, což je větší změna než v ekonomicky srovnatelných zemích (8 %).

Obrázek 2. Úmrtnost na rakovinu je v Česku vyšší než průměr EU, přičemž rozdíly mezi muži a ženami jsou výrazné



Poznámky: Ekonomicky srovnatelné země jsou definovány jako tercirové klastry dle HDP na obyvatele v paritě kupní síly v roce 2022. Ekonomicky srovnatelnými zeměmi pro CZ jsou CY, ES, FI, FR, IT, LT, MT a SI.
Zdroj: Databáze Eurostatu.

Nejvyšší úmrtnost na rakovinu v Česku v roce 2021 byla u rakoviny plic (45 na 100 000 obyvatel), tlustého střeva a konečníku (32 na 100 000), slinivky břišní (22 na 100 000), prsu (18 na 100 000) a prostaty (14 na 100 000). Věkově standardizovaná úmrtnost byla vyšší než průměr EU u rakoviny tlustého střeva a konečníku (o 19 %) a slinivky břišní (o 27 %), jen mírně vyšší než průměr EU u rakoviny prostaty (o 3 %) a prsu (o 2 %) a mírně nižší než průměr EU u rakoviny plic (o 5 %).

Regionální rozdíly v incidenci rakoviny a úmrtnosti na rakovinu jsou vysoké

V letech 2018–2022 se incidence rakoviny plic ve čtrnácti krajích ČR lišila až o 49 %. Velké regionální rozdíly byly zaznamenány také v incidenci rakoviny prostaty (až o 33 %), rakoviny tlustého střeva a konečníku (až o 30 %) a rakoviny prsu (až o 20 %). Rozdíly v úmrtnosti mezi jednotlivými kraji byly rovněž velmi vysoké, dosahovaly až 53 % u rakoviny plic a až 23–28 %

² Ekonomicky srovnatelné země jsou definovány jako tercirové klastry dle HDP na obyvatele v paritě kupní síly v roce 2022. Ekonomicky srovnatelnými zeměmi pro CZ jsou CY, ES, FI, FR, IT, LT, MT a SI.

u rakoviny tlustého střeva a konečníku, prsu a prostaty (ÚZIS, 2024b).

Odvrátitelná úmrtnost na rakovinu výrazně klesla, ale rozdíly mezi ženami a muži přetrvávají

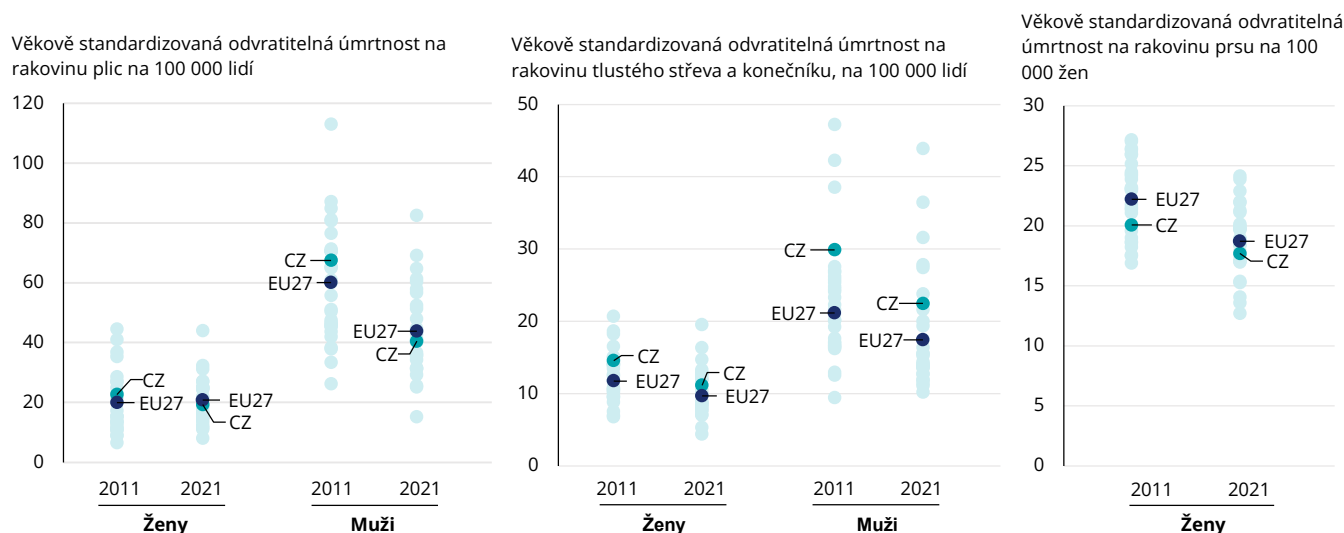
Odvrátitelná úmrtnost³ na rakovinu plic se v Česku v posledním desetiletí snížila – zejména u mužů – a v roce 2021 dosáhla u žen i mužů téměř o 8 % nižší úroveň, než je průměr EU. Tento pokles odpovídá posíleným opatřením proti kouření v posledním desetiletí, včetně komplexní protikuřácké legislativy přijaté v roce 2017 (viz oddíl 3).

V roce 2021 činila léčbou odvrátitelná úmrtnost na rakovinu prsu v Česku 18 na 100 000 žen ve věku do 75 let, což je o 5 % méně než průměr EU (Obrázek 3) a představuje pokles o 12 % oproti roku 2011. Úmrtnost na léčbou odvrátitelnou rakovinu tlustého střeva a konečníku v Česku (11 na 100 000 žen a 22 na 100 000 mužů v roce 2021) byla v roce

2021 vyšší než průměrné hodnoty v EU (o 15 % u žen a 29 % u mužů). A to i přesto, že v posledním desetiletí došlo u obou pohlaví k poklesu o přibližně 25 %, který byl výraznější než pokles v celé EU (18 % pokles u žen i mužů). Snížení úmrtnosti na léčbou odvrátitelnou rakovinu odráží zlepšení léčby a diagnostiky rakoviny v posledním desetiletí, jakož i vyšší míry participace v programech screeningu rakoviny prsu a rakoviny tlustého střeva a konečníku (viz oddíl 4).

Přes tento vývoj se genderový rozdíl v úmrtnosti na léčbou odvrátitelnou rakovinu tlustého střeva a konečníku v posledním desetiletí nezměnil (dvojnásobně vyšší úmrtnost mužů než žen v Česku oproti 1,8násobku mezi muži a ženami napříč EU). Naproti tomu se trojnásobný rozdíl mezi muži a ženami v úmrtnosti na preventabilní rakovinu plic v roce 2011 snížil na dvojnásobný rozdíl mezi pohlavími jak v Česku, tak v EU.

Obrázek 3. Odvrátitelná úmrtnost na rakovinu se v posledním desetiletí zlepšila, zejména u mužů



Poznámky: Údaje o odvrátitelné úmrtnosti na rakovinu se týkají úmrtí osob mladších 75 let.
Zdroj: Databáze Eurostatu. Údaje se týkají roku 2021.

Téměř půl milionu lidí v Česku žije s rakovinou nebo má onkologické onemocnění v anamnéze

Prevalence rakoviny⁴ v Česku roste, a to jak v důsledku zvyšující se incidence rakoviny, tak v důsledku zvyšující se míry přežití. Míra pětileté věkově standardizované prevalence rakoviny v Česku v roce 2022 byla podle odhadů přibližně o 5 % nižší než průměr EU, a to 1 781 případů rakoviny na 100 000 obyvatel (Obrázek 4).

Podle údajů studie EURO CARE-6 se celoživotní prevalence rakoviny v Česku v letech 2010 až 2020 zvýšila o 27 %, což je o něco více než průměr EU, který činí 24 %.

Podle národních údajů bude v Česku do konce roku 2020 žít s rakovinou nebo mít onkologické onemocnění v anamnéze celkem 462 756 osob, což představuje celoživotní prevalenci rakoviny 4 307 osob na 100 000 obyvatel. V letech 2016-2020 byl

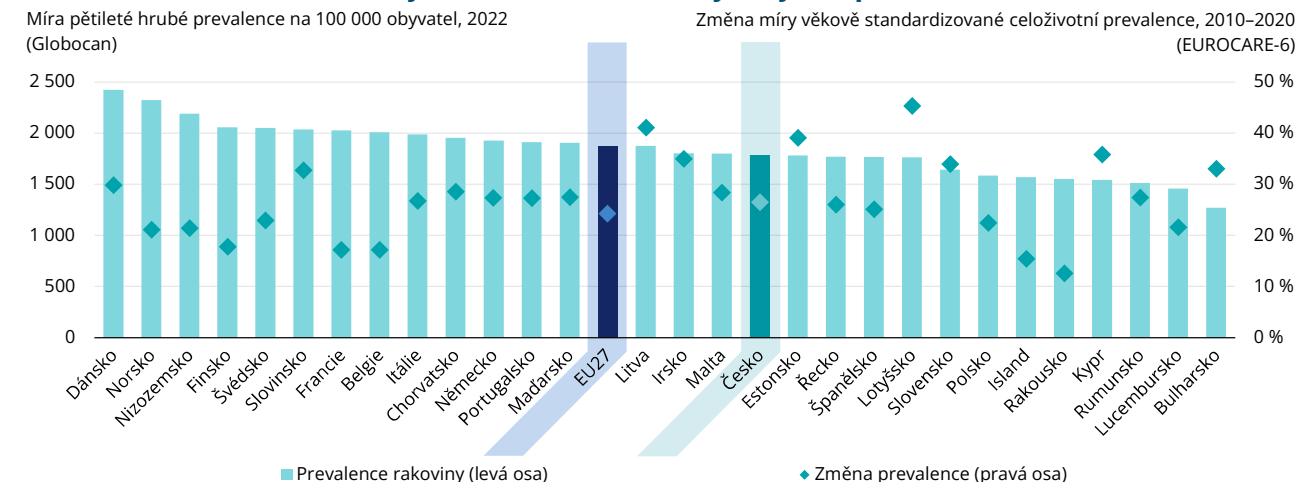
3 Odvrátitelná úmrtnost na rakovinu zahrnuje jak preventabilní úmrtí, kterým lze zabránit účinnými zásahy v oblasti veřejného zdraví a primární prevence, tak i léčbou odvrátitelná úmrtí, kterým lze zabránit včasnou a účinnou zdravotní péčí, včetně sekundární prevence a léčby.

4 Prevalence rakoviny označuje podíl osob v populaci, jimž byla diagnostikována rakovina a které jsou stále naživu, včetně osob, které se v současné době s rakovinou léčí, a osob, které léčbu dokončily. Pětiletá prevalence zahrnuje osoby, u nichž byla rakovina diagnostikována během posledních pěti let, zatímco celoživotní prevalence zahrnuje osoby, u nichž byla rakovina diagnostikována kdykoli v minulosti.

zaznamenán průměrný roční nárůst celoživotní prevalence rakoviny o 3,1 % (ÚZIS, 2024b). Tento vzestupný trend zdůrazňuje rostoucí význam řešení kvality života a přežití (viz oddíl 5.4),

zejména vzhledem k rostoucímu počtu lidí s onkologickým onemocněním v anamnéze, kteří žijí déle.

Obrázek 4. Prevalence rakoviny v Česku roste o něco rychleji než průměr EU

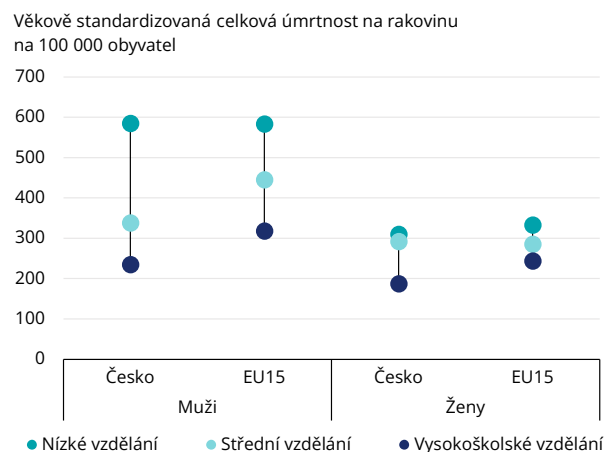


Zdroje: Databáze agentury IARC Globocan 2024; studie EUROCare-6 (De Angelis et al., 2024).

Rozdíly v úmrtnosti na rakovinu na základě vzdělání byly v Česku větší než průměr EU

Na základě historických trendů byla odhadovaná věkově standardizovaná úmrtnost na rakovinu v Česku v letech 2015 až 2019 2,5krát vyšší u mužů s nižší úrovní vzdělání než u mužů s vyšší úrovní vzdělání (Obrázek 5), zatímco v průměru v EU byla 1,8krát vyšší. Věkově standardizovaná úmrtnost na rakovinu byla rovněž vyšší u žen s nižším vzděláním než u žen s vyšším vzděláním, přičemž v Česku byl rozdíl v úmrtnosti na základě vzdělání větší (66 %) než průměr EU (37 %). U obou pohlaví byla úmrtnost osob s vyšším vzděláním v Česku nižší než u osob s vyšším vzděláním v EU, v důsledku čehož byly v Česku pozorovány větší rozdíly v úmrtnosti na rakovinu podle vzdělání. Data jsou založena na modelování, a proto je třeba je interpretovat s opatrností.

Obrázek 5. Lidé s nižším vzděláním mají vyšší pravděpodobnost úmrtnosti na rakovinu



Poznámky: Údaje pocházejí ze studie EU-CanIneq a vztahují se k období 2015 až 2019 na základě historických trendů (pro Česko z období 1998 až 2003). Ve studii byly pro většinu zemí EU použity propojené údaje o populaci, ale pro Česko byly použity nepropojené údaje, které spojovaly úmrtnost na rakovinu v pětiletých kohortách s údaji ze sčítání lidu o socioekonomických charakteristikách každé věkové kohorty. EU15 se vztahuje k neváženému průměru čtrnácti zemí EU a Norska.
Zdroj: Evropská komise / IARC / Erasmus MC (2024), Mapping Socio-economic Inequalities in Cancer Mortality across European Countries. ECIR Inequalities factsheet.

Národní onkologický plán 2030 se zaměřuje na prevenci, onkologickou péči a kvalitu života pacientů

Národní onkologický plán České republiky 2030 (NOPL 2030) byl schválen vládou a spuštěn v polovině roku 2022. Plán je v souladu s Evropským plánem boje proti rakovině (rámeček 1) a českým Strategickým rámcem rozvoje péče

o zdraví v České republice do roku 2030 „Zdraví 2030“ (MZČR, 2020). Navazuje na strategické programy lékařských společností – zejména České onkologické společnosti a České hemato-onkologické společnosti. K polovině roku 2024 probíhalo hodnocení prvního roku realizace plánu.

Český Národní onkologický registr má dlouhou historii a zahrnuje záznamy o jednotlivých

nádorech od roku 1977. Obsahuje informace o incidenci rakoviny, screeningu a stadiu rakoviny v době stanovení diagnózy, jakož i údaje o léčbě a údaje o přežití a úmrtnosti. Neobsahuje však informace o genetice ani o pacienty reportovaných zkušenostech a výsledcích péče.

Rámeček 1. Národní onkologický plán České republiky 2030 je v úzkém souladu s hlavními cíli Evropského plánu boje proti rakovině

Cílem NOPL 2030 je řešit behaviorální rizika rakoviny, závislosti, zlepšit zdravotní gramotnost a posílit očkování; zlepšit screeningové programy, zavést screening rakoviny plic, zaměřit se na vysoce rizikové skupiny u vybraných druhů rakoviny, zapojit lékaře primární péče; zlepšit diagnostiku a léčbu rakoviny, zajistit kvalifikované pracovníky v onkologii, posílit sítě onkologické péče, zřídit Národní ústavu pro výzkum rakoviny, rozvíjet regionální onkologickou péči a investice do infrastruktury onkologické péče; vytvořit multidisciplinární týmy a domácí péči, zajistit dostupnost rehabilitace a psychologické podpory pro onkologické pacienty a rozvíjet obecnou paliativní péči (tabulka 1). Klade také důraz na výzkum s cílem urychlit inovativní diagnostické a léčebné postupy, podpořit mezinárodní spolupráci, integrovat elektronické zdravotnictví a telemedicínu a vyvinout systém ekonomických údajů pro transparentní úhrady za onkologickou péči. Kromě toho je cílem NOPL 2030 zavést trvalou péči o děti, které přežily rakovinu, včetně rozšířeného sledování a posílené dětské paliativní péče (MZČR, 2022). Přestože plán neuvádí jako prioritu řešení nerovností v oblasti onkologických onemocnění, toto téma je v něm zahrnuto.

Tabulka 1. Národní onkologický plán České republiky 2030 je úzce spjat s Evropským plánem boje proti rakovině

Pilíře EBCP				Průřezová témata EBCP		
Prevence	Včasná detekce	Diagnostika a léčba	Kvalita života	Nerovnosti v oblasti onkologických onemocnění	Rakovina u dětí	Výzkum a inovace

Poznámky: EBCP = Evropský plán boje proti rakovině; Modrá barva znamená, že národní onkologický plán obsahuje zvláštní oddíl věnovaný tomuto tématu; oranžová barva znamená, že dané téma je zahrnuto v jedné z částí plánu, aniž by bylo jediným tématem; růžová barva znamená, že toto téma není v plánu zahrnuto.

Zdroj: Převzato ze „Study on mapping and evaluating the implementation of the Europe’s Beating Cancer Plan“ a NOPL 2030, příloha 2 (MZČR, 2022).

3. Rizikové faktory a politiky prevence

Míra konzumace alkoholu a míra znečištění ovzduší v Česku zůstávají vysoké

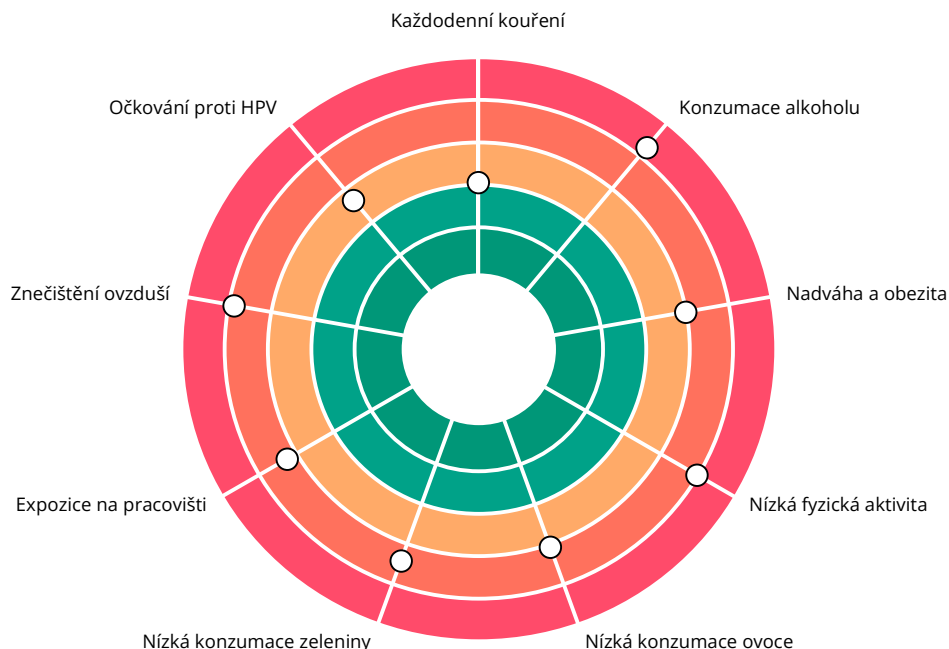
Mnoho úmrtí na rakovinu je v Česku způsobeno rizikovými faktory chování a životního prostředí, včetně kouření tabáku, konzumace alkoholu, rizikové stravy a nízké úrovně fyzické aktivity. Ve srovnání s jinými zeměmi EU má Česko ve většině těchto rizikových faktorů špatné výsledky (Obrázek 6).

Podle studie Globocan 2020 byla incidence rakoviny související s konzumací alkoholu v Česku vyšší než průměr EU, zejména v případě rakoviny tlustého střeva a konečníku (o 20 % vyšší než průměr EU). Míra konzumace alkoholu v Česku zůstává mezi zeměmi EU jednou z nejvyšších – v roce 2022 to bylo 12 litrů čistého alkoholu na osobu, zatímco průměr EU činil 10 litrů. Diskuse o zavedení spotřební daně z vína stále probíhají (šumivé víno je již zdaněno).

Navzdory zlepšení v posledním desetiletí byla v roce 2020 česká populace vystavena jemným částicím (PM_{2,5}) více než většina ostatních zemí EU, a to v koncentraci 14 µg/m³ ve srovnání s 12 µg/m³ v celé EU. Evropská agentura pro životní prostředí

odhaduje, že v roce 2021 mělo znečištění ovzduší v Česku za následek více než 80 předčasných úmrtí na 100 000 obyvatel, což je o 43 % více, než byl průměr EU.

Obrázek 6. Česko zaznamenalo snížení v míře kouření, ale má špatné výsledky co se týká rizik v oblasti alkoholu, nízké fyzické aktivity a znečištění ovzduší



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

Zdroje: Výpočty OECD na základě průzkumu EU-SILC z roku 2022 pro nadváhu, obezitu, fyzickou aktivitu a konzumaci ovoce a zeleniny (u dospělých); průzkum nadace Eurofound týkající se expozice na pracovišti; databáze OECD o zdraví pro kouření, spotřebu alkoholu (u dospělých) a znečištění ovzduší a údaje WHO o očkování proti HPV (dívky ve věku patnáct let).

Komplexní protikuřácká legislativa pomohla snížit počet kuřáků

Počet denních kuřáků v Česku v posledním desetiletí klesal, a to i přes drobné meziroční výkyvy. V roce 2022 kouřilo denně 16 % lidí ve věku patnáct let a více, což je pod průměrem EU, který činí 18 %. Tento vývoj byl podpořen přijetím komplexní protikuřácké legislativy v roce 2017 – která zakázala kouření na veřejných místech – a neustálým zvyšováním spotřební daně z tabáku od roku 2020. Národní údaje ukazují v roce 2023 další pokles na 15,9 % denně kouřící populace, avšak s přetrvávajícími velkými rozdíly mezi muži (20 %) a ženami (12 %) (SZÚ, 2024). Denní kuřáci v Česku vykouřili v průměru dvanáct cigaret denně a dvě třetiny denních kuřáků vykouřily v roce 2023 více než patnáct cigaret denně. Navzdory zákazu bylo v roce 2023 18 % obyvatel vystaveno pasivnímu kouření na pracovišti a 20 % obyvatel mu bylo vystaveno doma.

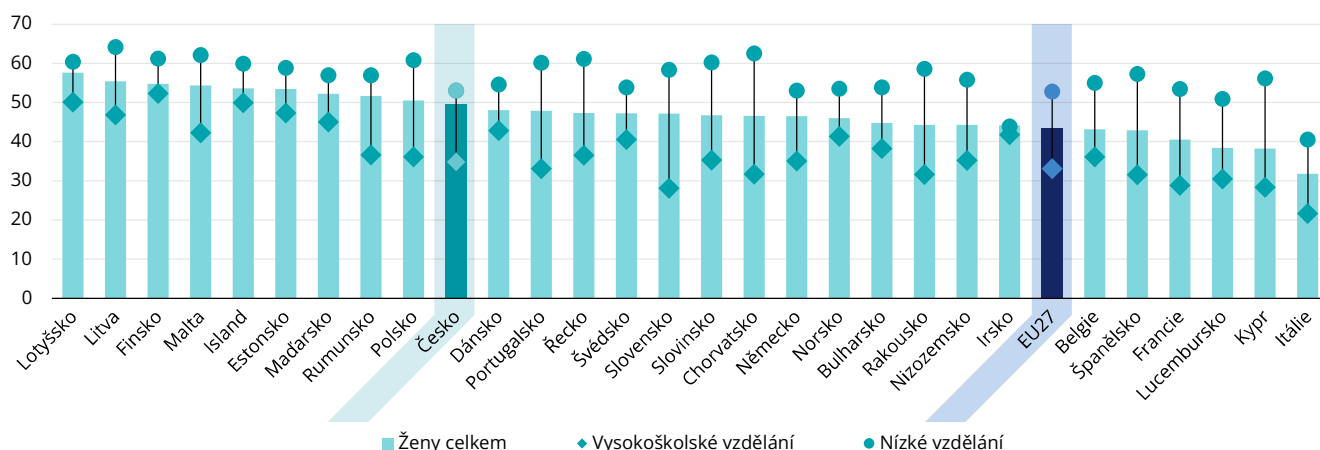
Velkým problémem pro veřejné zdraví je nadváha a obezita

V roce 2022 trpělo v Česku nadváhou (včetně obezity) více než 56 % dospělé populace, což je více než průměr EU (51 %). Prevalence byla nižší u českých žen (50 %) než u mužů (64 %), ale vyšší než průměr žen v EU (44 %). Celkově v Česku bylo obézních 18 % dospělé populace, zatímco průměr EU činil 15 %.

Stejně jako v mnoha jiných zemích byl i v Česku v roce 2022 podíl osob s nadváhou nebo obezitou výrazně vyšší (o 52 %) u žen s nižším vzděláním než u žen s vyšším vzděláním (Obrázek 7). Mezi ženami s nižším vzděláním se jejich podíl mezi lety 2017 a 2022 snížil o 19 %, což je větší pokles než mezi ženami s vyšším vzděláním (11 % ve stejném období), zatímco průměry EU zůstaly v podstatě nezměněny.

Obrázek 7. Polovina dospělých Češek měla v roce 2022 nadváhu nebo obezitu

% žen ve věku 18 let a více s nadváhou (včetně obezity), 2022



Poznámka: Nadváha (včetně obezity) zahrnuje osoby s indexem tělesné hmotnosti (BMI) nad 25.

Zdroj: Databáze Eurostatu.

Vysoká prevalence nadváhy a obezity koresponduje s vysokou mírou fyzické pasivity české populace. Více než tři ze čtyř dospělých (76 %) byli v roce 2022 fyzicky aktivní méně než třikrát za běžný týden. Navíc téměř každý druhý dospělý Čech (49 %) konzumoval ovoce méně než jednou denně, což je podobný podíl jako u těch, kteří v roce 2022 konzumovali zeleninu méně než jednou denně (50 %). Tyto podíly jsou vyšší než průměry EU, které činí 39 % v případě nízké spotřeby ovoce a 40 % v případě nízké spotřeby zeleniny.

Rizikové faktory chování dospívajících zaznamenaly v poslední době určitý pozitivní vývoj, ale i nadále vzbuzují obavy

Podle údajů ze studie zaměřené na zdraví a životní styl dětí školního věku (Health Behaviour in School-aged Children Survey) uvedlo v roce 2022 v Česku 14 % patnáctiletých dětí, že v posledním měsíci kouřily, což je méně než průměr EU, který činí 17 % (Obrázek 8). Pokles v posledních letech v Česku (o pět procentních bodů od roku 2018) byl prudší než v celé EU, k čemuž přispěla komplexní protikuřácká legislativa zavedená v roce 2017. Podíl patnáctiletých, kteří někdy použili elektronickou cigaretu, však v roce 2022 činil 36 %, což je těsně nad průměrem EU (35 %).

Zneužívání alkoholu mezi mladistvými se v Česku od roku 2018 zlepšilo jen nepatrně a podíl patnáctiletých, kteří v roce 2022 uvedli, že se opili více než jednou v životě, zůstal stejný jako průměr EU, který činí 23 %. Rostoucí trend nadváhy (včetně obezity) u patnáctiletých se během pandemie zastavil a v roce 2022 zůstal v Česku na úrovni 20 % – těsně pod průměrem EU (21 %). Tento trend je pozitivní ve srovnání s mnoha jinými zeměmi

EU, které zaznamenaly postupně rostoucí trendy v prevalenci nadváhy u dospívajících.

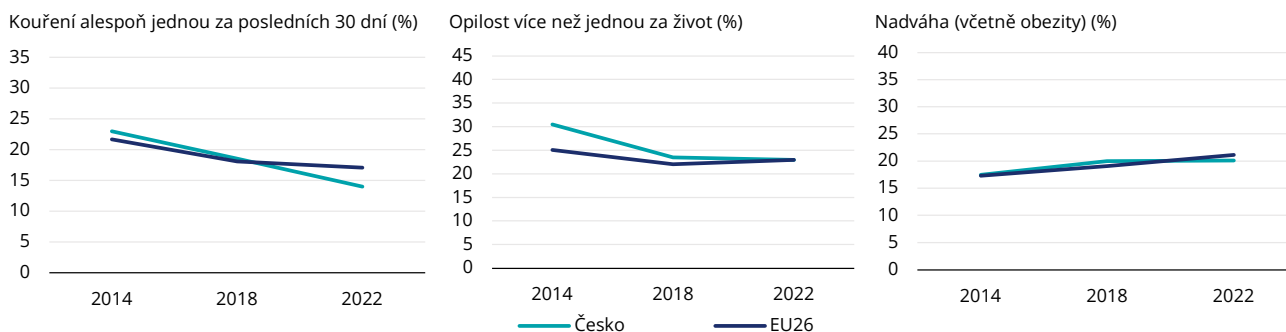
K nadváze a obezitě přispívají nedostatek fyzické aktivity a špatná výživa. Podíl patnáctiletých, kteří denně věnují 60 minut na fyzickou aktivitu, je v Česku nízký (20 %), i když je podstatně vyšší než průměr EU (15%). Ovoce denně konzumuje 35 % českých dospívajících (což je více než průměr EU 30%), zatímco zeleninu denně konzumuje 32 % českých dospívajících (což je méně než průměr EU 34%).

Nejnovější iniciativy se zaměřují na zdravý životní styl

V roce 2022 představovaly výdaje na prevenci 8 % běžných výdajů na zdravotnictví, což je, v důsledku výdajů souvisejících s pandemií COVID-19, o pět procentních bodů více než v roce 2019 a více než průměr EU, který činí 6 %⁵. Prevence nemocí, podpora veřejného zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti patří mezi hlavní cíle strategie zdravotní politiky ČR Zdraví 2030 (MZČR, 2020). Česko v posledních letech pokračovalo ve zvyšování daní z tabáku a v roce 2020 byla zvýšena spotřební daň z alkoholu. Pro řešení obezity byl v roce 2024 zahájen nový program (BUĎ FIT 24), zpočátku na dva roky, zaměřený na děti s nadváhou, jehož cílem je zvýšit úroveň jejich fyzické aktivity a snížit jejich BMI o 5 % ročně. Zároveň probíhá politická diskuse o zdanění slazených nápojů, nicméně k polovině roku 2024 zatím nebyl navržen žádný zákon. Zdravější výživu ve školách a zdravotnických a sociálních zařízeních podporují nedávno vydané pokyny Státního zdravotního ústavu pro zdravou stravu v těchto stravovacích zařízeních.

5 Výdaje na prevenci vykazované ve zdravotnických účtech by měly zahrnovat i aktivity mimo národní programy (např. oportunistický screening rakoviny), avšak v praxi mohou mít země potíže s identifikací těchto výdajů na prevenci.

Obrázek 8. Více než pětina Čechů ve věku patnáct let v roce 2022 uvedla, že byla alespoň dvakrát v životě opilá



Poznámka: Průměr EU není vážený. Údaje se vztahují k roku 2022 a týkají se dětí ve věku 15 let.
Zdroj: Health Behaviour in School-aged Children Survey (Studie o zdraví a životním stylu dětí školního věku).

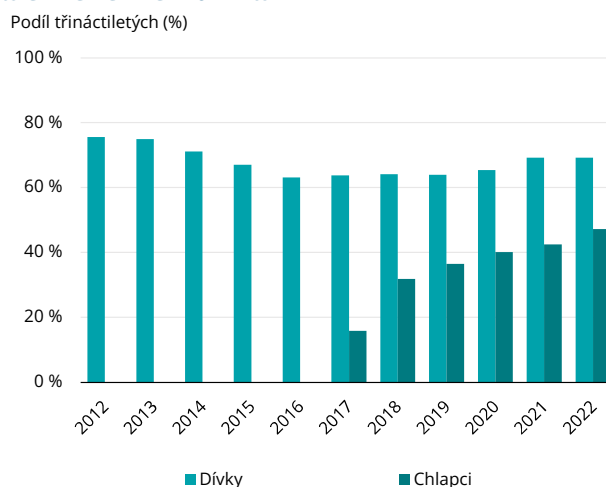
Český program očkování proti HPV byl rozšířen na všechny děti ve věku 11 až 15 let

Cílem NOPL 2030 je posílit program očkování proti HPV, který v Česku funguje od roku 2012 pro dívky a od roku 2018 pro chlapce. Původně bylo očkování proti HPV určeno pro dívky (a chlapce) ve věku 13 let, v lednu 2024 však byla cílová skupina rozšířena na děti ve věku 11 až 15 let. Vakcíny proti HPV jsou pro cílovou věkovou skupinu bezplatné, plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění a aplikují je praktičtí lékaři pro děti a dorost a gynekologové.

Po několika letech soustavného poklesu proočkovanosti proti HPV u dívek se v roce 2017 trend obrátil a v roce 2022 bylo očkováno více než 69 % třináctiletých dívek (ÚZIS, 2024b), což je více než v roce 2020 (65 %), ale stále méně než 90 %, které jsou cílem Evropského plánu boje proti rakovině. Analýza krajských údajů ukazuje rozdíly v proočkovanosti dívek v rozmezí od 63 % do 74 % mezi jednotlivými kraji v roce 2022; tato odchylka je však menší než v roce 2020. Na úrovni okresů hlásily všechny okresy kromě jednoho (tzn. 75 ze 76) i hlavní město Praha v roce 2022 více než 60% proočkovanost proti HPV u třináctiletých dívek, přičemž několik okresů hlásilo více než 80% proočkovanost.

Mezi chlapci dosáhla míra očkování proti HPV v roce 2022 47 %, což ukazuje na trvalý nárůst od roku 2017 (Obrázek 9). Geografické rozdíly jsou však výraznější u chlapců než u dívek, a to v rozmezí proočkovanosti od 36 % do 56 % na úrovni krajů a od 24 % do 68 % na úrovni okresů (ÚZIS, 2024b).

Obrázek 9. Proočkovanost proti lidskému papilomaviru v Česku roste rychle mezi chlapci, ale méně mezi dívkami



Poznámky: Údaje se týkají dívek a chlapců ve věku 13 let, kteří byli poprvé očkováni vakcínou proti HPV v daném roce. Započítávají se pouze vakcíny hrazené z veřejného zdravotního pojištění; vakcíny aplikované jiným věkovým kategoriím se nezapočítávají.
Zdroj: ÚZIS (2024b).

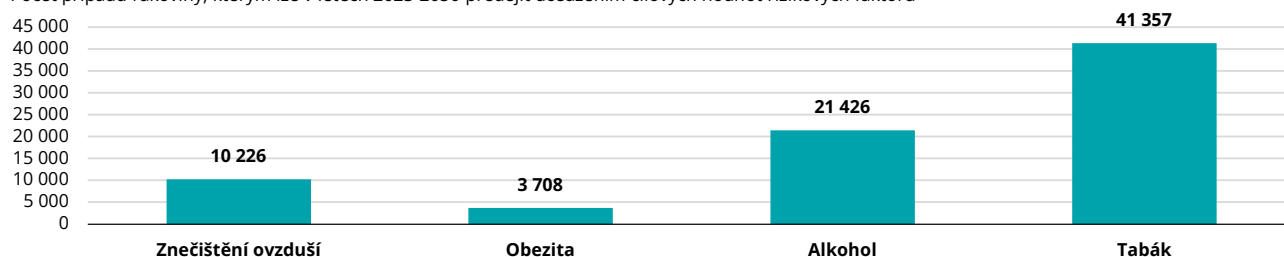
Dosažení cílových hodnot rizikových faktorů by vedlo ke snížení zátěže onkologickými onemocněními v Česku

Přestože riziko vzniku rakoviny je ovlivněno komplexní kombinací faktorů, snaha o snížení rizikových faktorů životního stylu může snížit incidenci rakoviny.

Podle modelování OECD v rámci strategického plánování veřejného zdraví (Strategic Public Health Planning, SPHeP) by dosažení cílů v omezení konzumace tabáku mohlo v letech 2023 až 2050 zabránit vzniku 41 357 nových případů rakoviny v Česku (Obrázek 10). Podobně by splnění cílů v oblasti spotřeby alkoholu mohlo ve stejném období zabránit vzniku 21 426 nových případů rakoviny. Splněním cílů v oblasti znečištění by se dalo zabránit vzniku dalších 10 226 případů a splněním cílů v oblasti obezity vzniku 3 708 případů.

Obrázek 10. Česko by mohlo snížit zátěž onkologickými onemocněními v letech 2023 až 2050 dosažením cílů v oblasti rizikových faktorů

Počet případů rakoviny, kterým lze v letech 2023-2050 předejít dosažením cílových hodnot rizikových faktorů



Poznámky: Cílem v oblasti tabáku je snížit užívání tabáku mezi lety 2010 až 2025 o 30 % a do roku 2040 snížit podíl uživatelů tabáku pod 5 % populace. V případě alkoholu je cílem mezi lety 2010 až 2030 snížit celkovou spotřebu alkoholu o nejméně 20 % a zároveň snížit o 20 % nárazové pití alkoholu. V případě znečištění ovzduší se jedná o roční průměrnou úroveň $PM_{2.5}$ omezenou na $10 \mu g/m^3$ do roku 2030 a na $5 \mu g/m^3$ do roku 2050. V oblasti obezity je cílem snížit do roku 2025 obezitu na úroveň roku 2010.

Zdroj: OECD (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>

4. Včasná detekce rakoviny

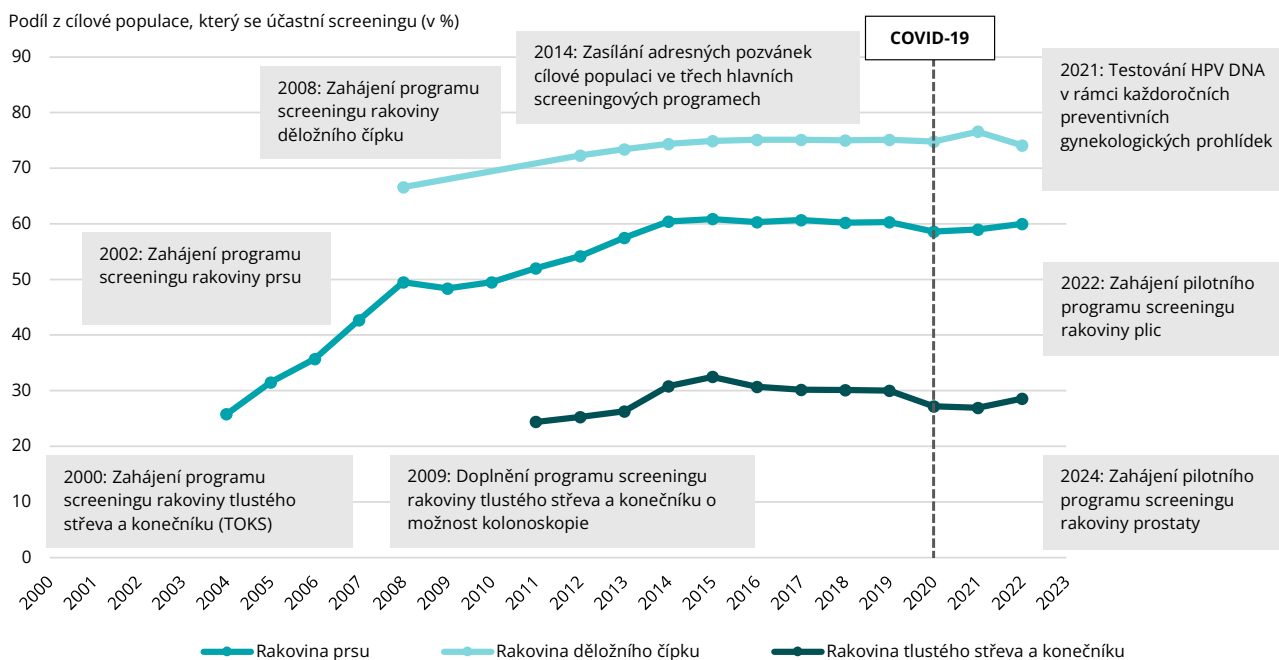
Populační programy screeningu rakoviny jsou v Česku dobře zavedené

Populační programy screeningu rakoviny prsu, rakoviny děložního čípku a rakoviny tlustého střeva a konečníku jsou v Česku dobře zavedené a nedávno byly doplněny pilotními programy screeningu rakoviny prostaty a rakoviny plic. Programy screeningu jsou pro populaci, která splňuje podmínky, plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Od roku 2014 jsou zdravotními pojišťovnami v rámci screeningových programů prsu, děložního čípku a tlustého střeva a konečníku zasílány adresné poznámky těm

z cílové populace, kteří se v posledních třech letech screeningu nezúčastnili.

Míra účasti na screeninzích prsu, děložního čípku a tlustého střeva a konečníku byla v posledním desetiletí stabilní, přičemž během pandemie COVID-19 došlo k poklesu míry účasti na screeninzích prsu i tlustého střeva a konečníku, kdy v případě screeningu tlustého střeva a konečníku se tato do roku 2022 stále nevrátila na původní úroveň (Obrázek 11). Zavedení adresných pozvánek pomohlo po roce 2014 mírně zvýšit míru účasti – zejména u účastníků, kteří se screeningu účastní poprvé (Ngo et al., 2018).

Obrázek 11. Účast na screeninzích rakoviny byla v Česku před poklesem souvisejícím s pandemií stabilní



Poznámky: Údaje se týkají mamografického screeningu u žen ve věku 50 až 69 let během posledních dvou let, screeningu rakoviny děložního čípku u žen ve věku 20 až 69 let během posledních tří let a screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku u populace ve věku 50 let a více. Všechny uvedené údaje pocházejí z administrativních dat o daných programech, kromě údaje za rok 2008 týkajícího se rakoviny děložního čípku, který pochází z údajů z průzkumu.
Zdroj: OECD Health Statistics 2024.

Míry účasti na screeninzích rakoviny prsu a rakoviny děložního čípku jsou nad průměrem EU

Údaje z programu screeningu rakoviny prsu ukazují, že v roce 2022 byla v Česku míra účasti žen ve věku 50 až 69 let 60 %. To je lehce nad průměrem EU, který je 56 %. Program screeningu rakoviny prsu, který byl v Česku zahájen v roce 2002, zahrnuje bezplatné mamografické vyšetření každé dva roky pro ženy starší 45 let. Oportunní screening je nabízen také ženám ve věku 40 až 45 let, ale ty si ho musí uhradit jako samoplátkyne. Ženami uváděná míra účasti na screeningu rakoviny prsu je v Česku rovněž vyšší než průměr EU, přičemž rozdíly v míře účasti v závislosti na vzdělání žen jsou v porovnání s průměrem EU výrazně nižší (OECD, 2024a).

Míra účasti na screeningu rakoviny děložního čípku je v Česku jedna z nejvyšších v EU: 74 % českých žen ve věku 20 až 69 let bylo vyšetřeno v posledních třech letech k roku 2022. Organizovaný program byl zahájen v roce 2008 a v roce 2014 byl přeměněn na populační screening. V rámci preventivní gynekologické prohlídky poskytuje všem ženám starším 18 let jednou ročně plně hrazené vyšetření střeru z děložního čípku. Od roku 2021 je v rámci každoroční preventivní gynekologické prohlídky dostupné pro ženy ve věku 35 let a 45 let i testování HPV DNA. Od roku

2024 již není pro testování HPV DNA vyžadován negativní cytologický screening a do cílové skupiny byly přidány ženy ve věku 55 let. V nedávné době byly realizovány další pilotní projekty, které měly za cíl prozkoumat možnosti oslovení žen, jež se screeningu neúčastní (rámeček 2).

Účast na screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku zůstává pod úrovní národního cíle

Podle údajů z programu bylo v roce 2022 v Česku v rámci screeningu vyšetřeno na rakovinu tlustého střeva a konečníku celkem 29 % osob ve věku 50 až 74 let, což je pod průměrem EU, který činí 42 %. Pokud však byl proveden diagnostický test na okultní krvácení ve stolici (TOKS) nebo diagnostická kolonoskopie, jsou lidé zváni na screening až v dalším období. Přidáme-li diagnostiká vyšetření pro časná stádia rakoviny tlustého střeva a konečníku, administrativní údaje ukazují, že v letech 2017 až 2019 bylo vyšetřeno 50 % české populace ve věku 50 let a více (Ngo et al., 2023), ačkoli i toto je stále méně než cíl screeningu stanovený v NOPL 2030.

Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku pomocí testu TOKS je dostupný zdarma pro všechny osoby starší 50 let již od roku 2000. V roce 2009 byl program aktualizován o zahrnutí screeningové kolonoskopie. Lidé z cílové skupiny si mohou vybrat buď častější test TOKS (každý rok pro

osoby ve věku 50–54 let a jednou za dva roky pro osoby od 55 let), nebo kolonoskopii jednou za deset let. Screening je obvykle prováděn

v rámci preventivních prohlídek u registrovaného praktického lékaře nebo u gynekologa.

Rámeček 2. Pilotní projekty v Česku zkoumají možnosti zvýšení míry účasti na populačních screeningových programech pro rakovinu děložního čípku a pro rakovinu tlustého střeva a konečníku

V letech 2018 až 2021 proběhly tři různé pilotní projekty pro program screeningu děložního čípku. První z nich, zaslání samovyšetřovacích testů HPV téměř 5 000 ženám ve věku 50 až 65 let, které nechodily na pravidelné gynekologické prohlídky, měl pouze 7% míru odezvy. V rámci druhého pilotu, kdy 200 ženám ohroženým chudobou a sociálním vyloučením poskytly samovyšetřovací testy HPV přímo mediátoři Státního zdravotního ústavu, se k laboratornímu vyšetření vrátila více než polovina z nich. Třetí porovnával míru odezvy na přímé zaslání samovyšetřovacího testu HPV oproti zaslání adresné pozvánky na screening (kontrolní skupina) a ukázal o 8 procentních bodů vyšší míru odezvy na přímé zaslání u žen ve věku 50 až 65 let, u kterých nikdy nebyl proveden screening (Ngo et al., 2024). Výbor pro screening rakoviny děložního čípku, poradní orgán Ministerstva zdravotnictví, se zabývá výsledky studie pro jejich případné využití v nastavení programu.

Podobně pilotní projekt v roce 2020, který realizovalo Národní screeningové centrum při ÚZIS, zkoumal možnost zaslání samoodběrových souprav TOKS testu osobám, které se neúčastní pravidelného screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku. Výbor pro screening rakoviny tlustého střeva a konečníku při Ministerstvu zdravotnictví zatím nepřijal žádná rozhodnutí ohledně výsledků tohoto pilotu.

V posledních pěti letech podstoupilo screening rakoviny děložního čípku přibližně sedm z deseti LGBTIQ osob

Podle průzkumu EU LGBTIQ Survey III 33 % cispender žen, trans žen a intersexuálních osob z řad LGBTIQ osob ve věku 40 až 54 let uvedlo, že v předchozích 12 měsících podstoupilo mamografické vyšetření, což je více než průměr EU, který činí 28 % (Obrázek 12). Pokud jde o screening rakoviny děložního čípku, v obou populačních skupinách 25 až 39 let a 40 až 55 let 71 % příslušných LGBTIQ osob uvedlo, že v posledních pěti letech podstoupilo vyšetření střeva z děložního čípku. To je vyšší míra než průměr EU (64 %) u osob ve věku 25 až 39 let, ale nižší míra než průměr EU (74 %) u osob ve věku 40 až 55 let.

Nový program screeningu rakoviny plic se potýká s nízkou účastí

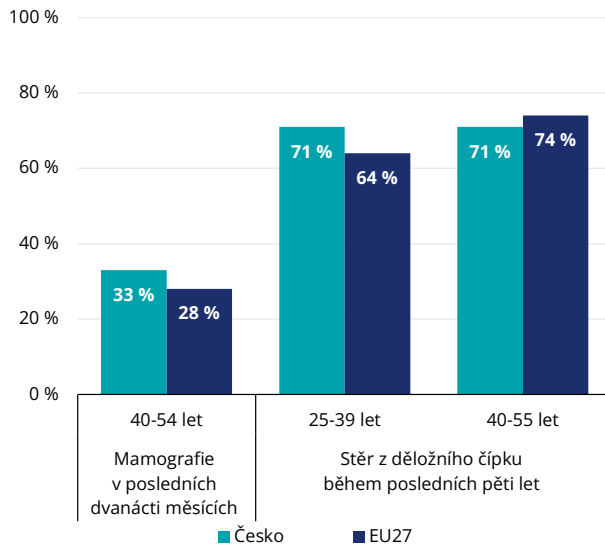
Pětiletý pilotní program screeningu rakoviny plic od roku 2022 se zaměřuje na osoby ve věku 55–74 let, které v minulosti kouřily dvacet cigaret denně po dobu dvaceti a více let (nebo větší množství cigaret po dobu deseti let). Praktičtí lékaři vybírají účastníky mezi svými registrovanými pacienty a odesílají je k plicním lékařům, kteří provedou vyšetření plic a následně je odešlou na akreditované radiologické pracoviště na vyšetření pomocí nízkodávkové výpočetní tomografie.

Průběžné vyhodnocení pilotního programu v polovině roku 2024 ukázalo nižší než očekávanou účast v programu, ale mezi účastníky byl vyšší podíl nově diagnostikovaných pacientů s rakovinou v časných stadiích než je běžně odhaleno mezi nově diagnostikovanými v celé populaci (ÚZIS, 2024a).

Pilotní program má v současné době na celkovou detekci rakoviny plic pouze malý vliv a opatření pro jeho vyšší využití se musí zaměřit na nízkou aktivní účast praktických lékařů, nízkou participaci pacientů, kterým praktický lékař vyšetření doporučil a na obecnou potřebu informační kampaně k programu.

Obrázek 12: LGBTIQ osoby v Česku se účastní screeningu rakoviny prsu o něco častěji než LGBTIQ osoby v EU

Podíl LGBTIQ osob vyšetřených na rakovinu prsu nebo děložního čípku (%)



Poznámka: Výsledky průzkumu provedeného u LGBTIQ osob se týkají věkových skupin a/nebo intervalů screeningu, které nesouhlasí s věkovými skupinami či intervaly uváděnými pro populační screeniny, a neměly by být proto srovnávány. Zdroj: Agentura Evropské unie pro základní práva (EU LGBTIQ Survey III).

V roce 2024 byl zaveden program screeningu rakoviny prostaty

V lednu 2024 byl v Česku zahájen populační program screeningu prostaty (první v EU), který bude pilotně probíhat po dobu pěti let. Program je určen mužům ve věku 50 až 70 let, které na screening pozve jejich registrovaný praktický lékař nebo urolog. Po testování prostatického specifického antigenu (PSA) následuje komplexní urologické vyšetření, po němž následuje vyšetření magnetickou rezonancí (MRI) a v případě potřeby fúzní biopsie. Před zahájením tohoto programu byl k dispozici oportunní screening rakoviny prostaty hrazený z veřejného zdravotního pojištění. Testy PSA podstoupilo v letech 2020 až 2021 48 % českých mužů ve věku 50 a více let (MZČR 2024a), ale nejvyšší míra účasti byla u mužů ve věku 75 až 79 let, u nichž je čistý přínos screeningu omezenější než u mužů ve věku 50 až 69 let. Nový program tedy spočívá v přeměně oportunního screeningu na populační program a v poskytování dodatečných finančních pobídek praktickým lékařům, urologům a radiologům k vyšetřování cílové skupiny ve věku 50 až 70 let (vyšší věkové skupiny mohou být nadále vyšetřovány, ale poskytovatelé dostávají pouze standardní úhradu). Pro zahájení programu byla vytvořena síť

certifikovaných poskytovatelů MRI a fúzní biopsie, přičemž proces certifikace je popsán v metodice programu.

Podpora screeningových programů je pro ÚZIS prioritou v oblasti správy dat

Národní screeningové centrum, specializované pracoviště ÚZIS, má od roku 2023 za úkol podporovat všechny programy screeningu v České republice, včetně screeningu rakoviny. V případě správy údajů o screeningu rakoviny je cílem integrovat dostupné administrativní údaje o screeningu do jednoho registru a doplnit je o klinické údaje o výsledcích testů, které jsou nyní k dispozici odděleně v různých klinických registrech. Dále se plánuje propojení s nově vytvořeným Národním registrem očkování, pokud jde o údaje o očkování proti HPV, a také zahrnutí údajů o oportunním screeningu. Vytvoření jednotného registru screeningu rakoviny povede v konečném důsledku k lepšímu porozumění silným stránkám i omezením českých screeningových programů.

V současné době je vyvíjen celostátní online rezervační systém pro screeningové a jiné preventivní prohlídky, jehož spuštění se očekává v roce 2025.

5. Výkonnost onkologické péče

5.1 Dostupnost

Přístup k onkologické péči je v Česku bez finančních překážek

Onkologická péče je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, které pokrývá prakticky 100 % české populace. Náklady na péči hradí přímo poskytovatelům zdravotní péče zdravotní pojišťovny. U onkologických chirurgických zákroků, léčby nebo léčivých přípravků podávaných poskytovatelem zdravotní péče, včetně všech inovativních léčebných postupů s hrazenými indikacemi, se nevyžaduje žádná spoluúčast. Kromě toho se neplatí žádné poplatky ani za pobyt v nemocnici a ambulantní návštěvy. Doplatky se vztahují na předepsané léčivé přípravky vyzvednuté v lékárně, jejichž cena je vyšší než cena nejlevnějšího léku v referenční skupině, a na tyto doplatky je stanoven roční limit, rozvrstvený podle věku a ekonomické situace.

Síť onkologické péče je centralizovaná a vertikálně strukturovaná

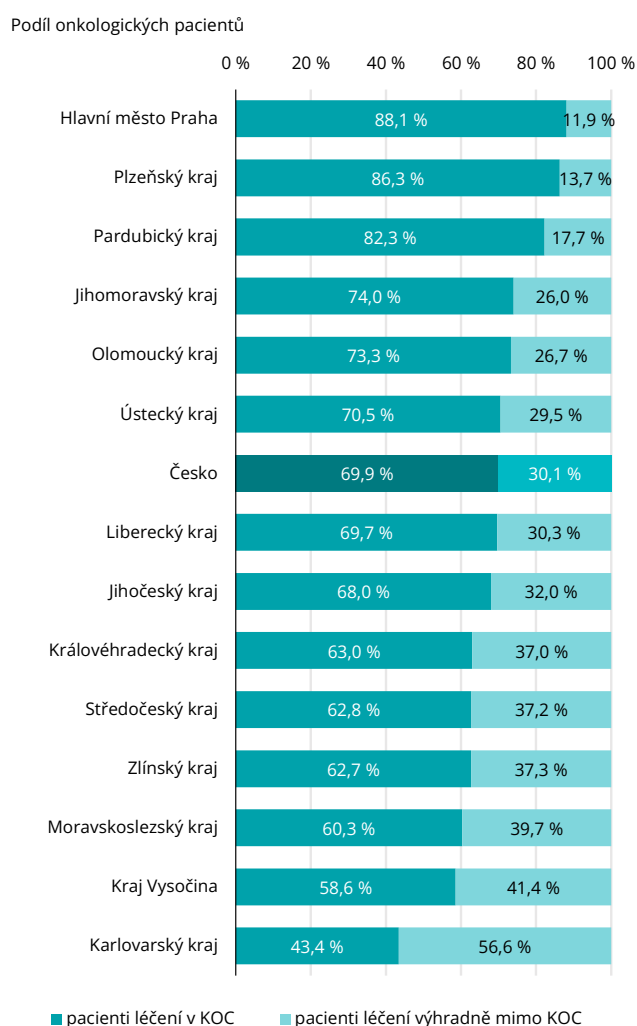
V roce 2024 mělo Česko patnáct akreditovaných komplexních onkologických center (KOC), šest hemato-onkologických center a dvě centra vysoce specializované onkologické a hemato-onkologické péče pro děti. V rámci krajů spolupracují KOC s poskytovateli onkologické péče nižší úrovně. Od roku 2017 je každé KOC odpovědné za vytvoření regionální onkologické skupiny (ROS) a její klinické vedení, včetně konzultací o rozhodnutích o léčbě a koordinace následné péče (viz oddíl 5.2).

Dostupnost vysoce specializované onkologické péče je obecně dobrá, ale v některých krajích s určitými omezeními

Každý kraj kromě Karlovarského má alespoň jedno KOC. Podíl onkologických pacientů léčených v KOC v celé zemi se postupně zvyšoval a v posledních letech, včetně roku 2022, se ustálil na 70 %.

To však stále nedosahuje cíle Evropského plánu boje proti rakovině, podle něhož má být 90 % pacientů s rakovinou konzultováno v komplexních onkologických centrech. Ne všechny případy onkologických onemocnění podle doporučení České onkologické společnosti vyžadují léčbu, diagnostiku nebo konzultaci v KOC, přesto jsou regionální rozdíly značné: v roce 2022 se v KOC léčilo 88 % všech pacientů s rakovinou s bydlištěm v Praze, zatímco z Karlovarského kraje se v KOC léčilo pouze 43 % pacientů s rakovinou (Obrázek 13). Pacienti mají možnost svobodné volby poskytovatele zdravotní péče a v některých krajích se pacienti častěji rozhodují dojíždět do KOC v sousedním kraji.

Obrázek 13. Podíly onkologických pacientů léčených v komplexních onkologických centrech se v roce 2022 mezi kraji značně lišily



Poznámky: Údaje se vztahují k pacientům podstupujícím léčbu solidního nádoru podle jejich místa bydliště. Do podílu komplexního onkologického centra (KOC) se započítávají i pacienti, které KOC odeslalo k další léčbě k jinému poskytovateli. Zdroj: ÚZIS (2024a).

Geografická dostupnost může být problémem pro pacienty, kteří musí za onkologickou léčbou pravidelně dojíždět – zejména v případě inovativní léčby a v případě, že se KOC nachází ve velké vzdálenosti. Cílem NOPL 2030 a Národního plánu obnovy ČR (NPO) je snížit regionální nerovnosti v přístupu k vysoce specializované onkologické péči. NPO podporuje investice v hlavní nemocnici Karlovarského kraje a byla posílena klinická spolupráce na podporu místní ROS ze strany KOC Plzeňského kraje. Akreditace KOC v Karlovarském kraji může být zvažována v novém akreditačním cyklu KOC v roce 2025.

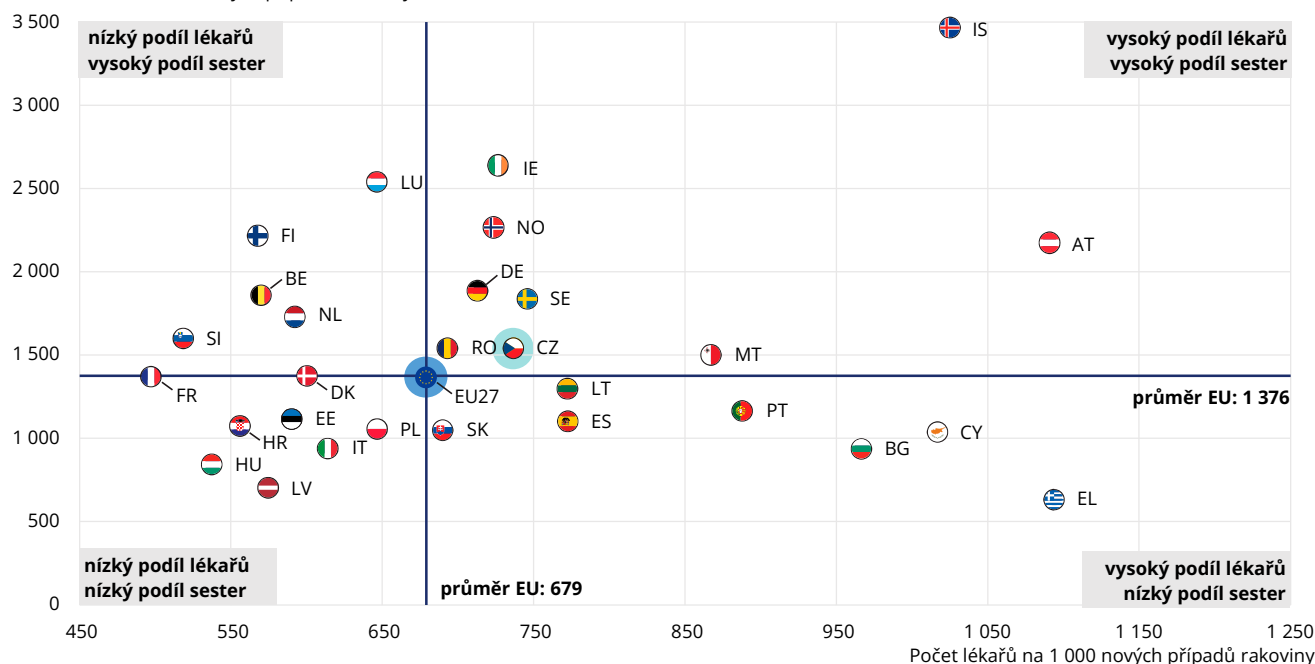
Kapacita onkologů v krajích je do značné míry závislá na nastavení jejich odborné přípravy

V roce 2022 připadalo v Česku na 1 000 nových případů rakoviny 737 lékařů, což je více než nevážený průměr EU (679 na 1 000 nových případů rakoviny). Nicméně mezi kraji a mezi specializace existují v ČR v počtech lékařů rozdíly. Počet sester v Česku (1 549 na 1 000 nových případů rakoviny) byl rovněž vyšší než nevážený průměr EU (1 376 sester na 1 000 nových případů rakoviny) (Obrázek 14).

V roce 2023 v Česku aktivně pracovalo 1 168 onkologů, z toho 291 radiačních onkologů, 417 klinických onkologů a 278 chirurgických onkologů. V letech 2019 až 2023 ukončilo specializovanou odbornou přípravu ročně přibližně dvanáct až třináct klinických onkologů, pět až šest radiačních onkologů a čtyři až pět chirurgických onkologů ročně (ÚZIS, 2024b). Tento uváděný dostatečný počet českých onkologů zakrývá rozdíly v jejich dostupnosti v krajích a jejich věkovou demografií. Současný systém odborné přípravy upřednostňuje KOC před poskytovateli onkologické péče v regionech. Přestože jsou rezidentská místa v regionálních nemocnicích finančně podporována z grantů Ministerstva zdravotnictví, musí lékaři v rámci odborné přípravy strávit v průměru jeden a půl roku v KOC, což vede k velké neochotě mladých lékařů vrátit se poté zpět do venkovských regionů. Kromě toho značnou část své kapacity onkologové stále věnují pacientům s onkologickým onemocněním v anamnéze v rámci celoživotní následné péče. Zdravotní pojišťovny plánují přijmout opatření ke zvýšení pobídek k předávání těchto pacientů do péče praktických lékařů, aby se uvolnila část kapacity onkologů.

Obrázek 14. Hustota lékařů a zdravotních sester na 1 000 nových případů rakoviny je v Česku nad průměrem EU

Počet sester na 1 000 nových případů rakoviny

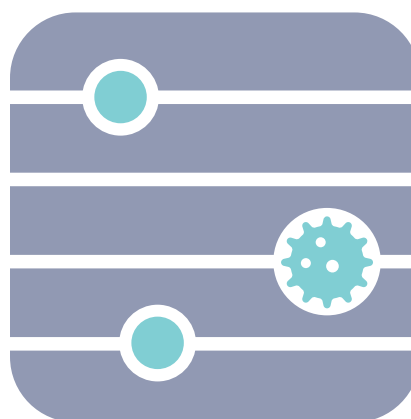


Poznámky: Údaje o zdravotních sestřích a ošetřovatelích zahrnují všechny kategorie zdravotních sester a ošetřovatelů (nikoli pouze ty, kteří splňují požadavky směrnice EU o uznávání odborných kvalifikací). Údaje se týkají praktikujících sester s výjimkou Portugalska a Slovenska, kde se týkají profesně aktivních sester. V Řecku je počet zdravotních sester a ošetřovatelů podhodnocen, jelikož zahrnuje pouze ty, kteří pracují v nemocnicích. V Portugalsku a Řecku se údaje týkají všech lékařů s povolením k výkonu praxe, což vede k velkému nadhodnocení počtu praktikujících lékařů. Průměr EU není vážený.
Zdroj: OECD Health Statistics 2024. Údaje se vztahují k roku 2022 nebo k poslednímu dostupnému roku.

Nedostatek zdravotních sester je běžně uváděnou překážkou pro jakékoli zvýšení kapacity onkologické péče

Česko má obecně problém s nedostatkem kvalifikovaných zdravotních sester v nemocnicích, a to i na odděleních onkologie. V roce 2023 pracovalo v nemocnicích na odděleních klinické onkologie celkem 1 125 sester a na odděleních radiační onkologie 814 sester (ÚZIS, 2024b); jen málo z nich však má specializované vzdělání onkologických sester, které bylo v Česku dostupné jen několik let před deseti lety. Všeobecné sestry získávají odbornost pro onkologickou péči tím, že obdrží osvědčení na základě práce pod odborným dohledem na oddělení onkologie nebo radiologie. V roce 2024 byl díky České asociaci sester zaveden nový specializovaný studijní program „Sestra pro péči v onkologii“ – může však trvat delší dobu, než se stane rozšířenějším studijním programem na českých vysokých školách a než z něj vzejdou první absolventi.

Je uváděn nedostatečný počet radiologických asistentů a radiologických fyziků, s výjimkou Brna, kde existuje akreditovaný studijní program. Podle odborníků je omezením kapacita vysokoškolských studijních programů, a to i přes zvýšený zájem o tyto profese po pandemii.

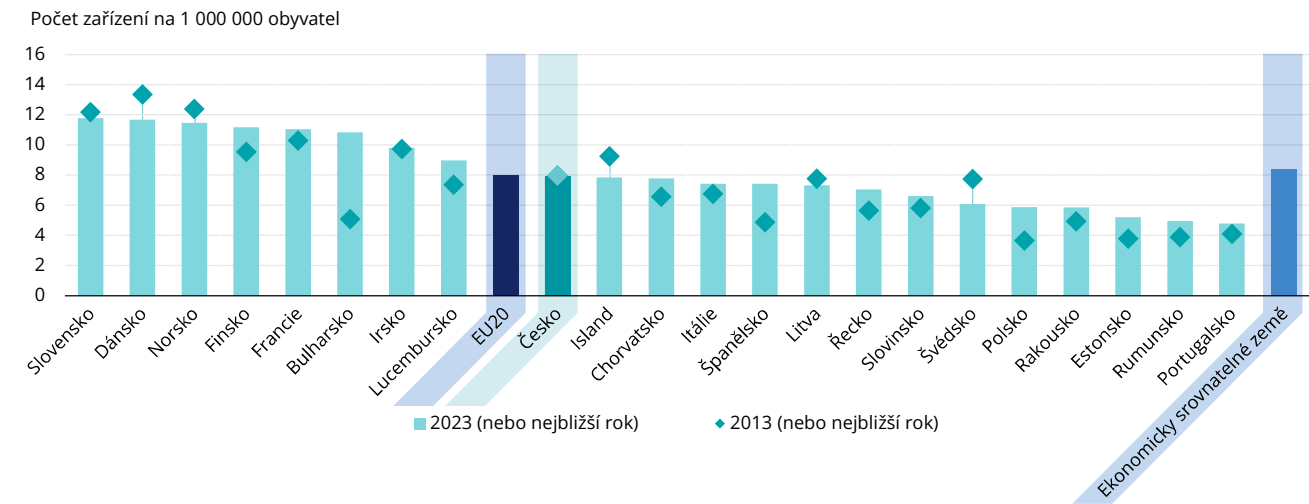


Míra vybavení technologickými zařízeními pro onkologickou léčbu je podobná jako průměr EU

Podstatná část onkologických pacientů podstupuje v rámci léčby alespoň jeden cyklus radioterapie. Dostupnost vybavení pro radioterapii pro

onkologickou léčbu byla v roce 2022 v ČR osm kusů na 1 000 000 obyvatel. S 38 centry radioterapie se jednalo o podobný počet jako byl průměr EU (osm jednotek na 1 000 000 obyvatel) a průměr ekonomicky srovnatelných zemí (8,4 jednotek na 1 000 000 obyvatel) (Obrázek 15).

Obrázek 15. Počet zařízení pro radioterapii na obyvatele v ČR byl v uplynulém desetiletí stabilní



Poznámky: Převážná většina zařízení pro radioterapii v zemích EU se nachází v nemocnicích. Údaje týkající se Portugalska a Francie zahrnují pouze zařízení v nemocnicích, zatímco údaje týkající se ostatních zemí se týkají veškerého vybavení. Ekonomicky srovnatelné země jsou definovány jako tercirové klastry dle HDP na obyvatele v paritě kupní síly v roce 2022. Ekonomicky srovnatelnými zeměmi pro ČR jsou ES, FI, FR, IT a SI. Průměr EU není vážený. Zdroj: OECD Health Statistics 2024.

Je třeba pravidelně sledovat čekací doby, aby bylo možné řešit regionální rozdíly v dostupnosti péče

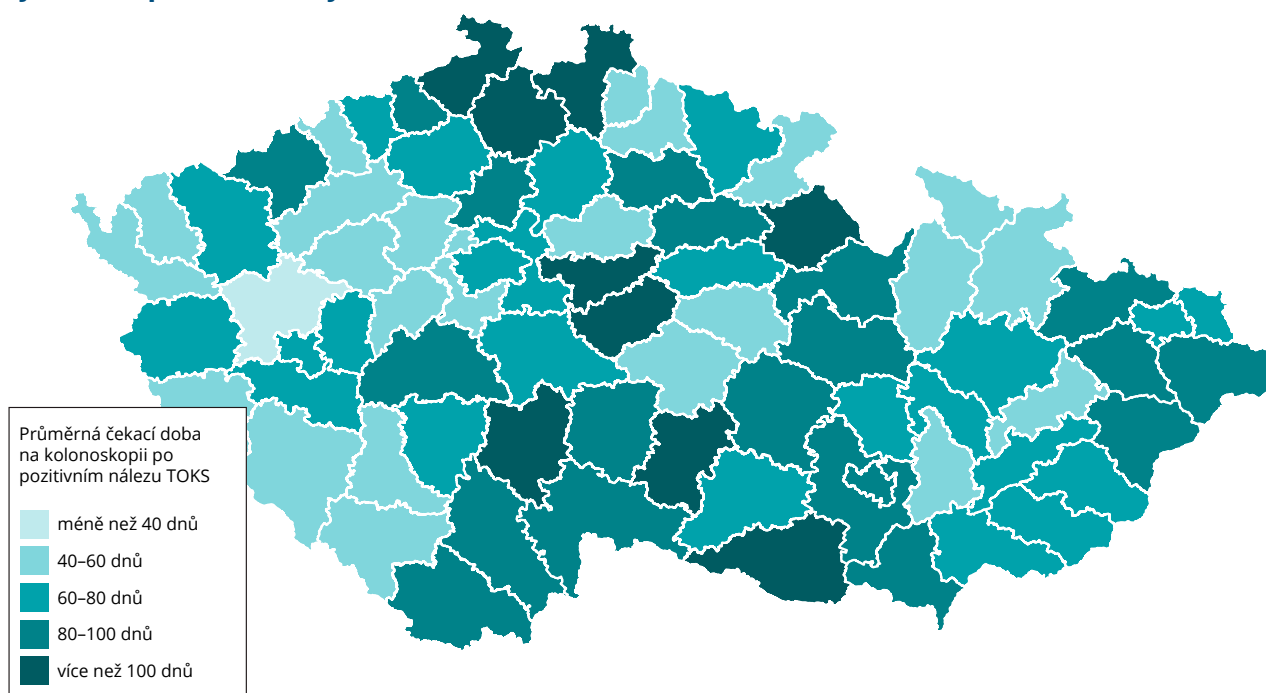
Čekací doby na onkologickou péči nejsou v Česku systematicky sledovány a vyhodnocovány. Screening a diagnostiku rakoviny provádějí akreditovaní poskytovatelé, kteří jsou rozmístěni po celé zemi, ale jejich hustota se v jednotlivých krajích liší. Počet obyvatel, které obsluhuje celkem 73 mamografických screeningových center, se pohybuje od 23 000 obyvatel na jeden mamograf v Královéhradeckém kraji po 80 000 obyvatel na jeden mamograf v Jihočeském kraji (ÚZIS, 2024b).

Rozvíjí se snaha monitorovat cestu pacientů od pozitivního screeningového výsledku do stanovení diagnózy, protože včasné objednání na vyšetření se jeví jako problém – zejména u některých KOC. Národní screeningové centrum při ÚZIS spolupracuje s českými lékařskými společnostmi na identifikaci bodů v onkologické péči u rakoviny tlustého střeva a konečníku, prsu a plic, které by mohly sloužit k hodnocení cesty pacienta pomocí administrativních dat. Předběžné analýzy ukazují, že existují regionální rozdíly v době od pozitivní mamografie do biopsie nebo zahájení léčby; tyto analýzy jsou využívány v odborných diskusích ke zvýšení povědomí o dostupnosti vybavení a poskytovatelů péče, jakož i

o rozdílech mezi jednotlivými typy poskytovatelů. Tyto analýzy jsou nenahraditelné při snahách o zlepšování dostupnosti onkologické péče a pro budoucí politická rozhodnutí, aby byla založená na důkazech.

U pacientů s rakovinou tlustého střeva a konečníku byl nedávno uskutečněn ad hoc monitoring čekací doby na diagnostickou kolonoskopii po pozitivním TOKS testu. Zatímco v průměru čekali čeští pacienti v roce 2022 76 dní, čekací doby se lišily až trojnásobně podle místa bydliště – od průměrných 40 dní v některých okresech až po 135 dní v jiných okresech (Obrázek 16). Pacienti si však mohou svobodně vybrat poskytovatele zdravotní péče a mnozí využívají možnosti dojíždět do různých částí Česka nebo do KOC. Průměrné čekací doby na kolonoskopii se podle místa poskytovatele pohybují mezi 76 okresy ČR od 34 do 152 dnů (MZČR, 2024b).

Obrázek 16. Čekací doby na diagnostickou kolonoskopii po pozitivním screeningovém testu se liší až trojnásobně podle místa bydliště



Poznámky: Údaje se týkají průměrných čekacích dob v okresech podle místa bydliště pacientů v období říjen–prosinec 2022 u osob ve věku 50 let a více.

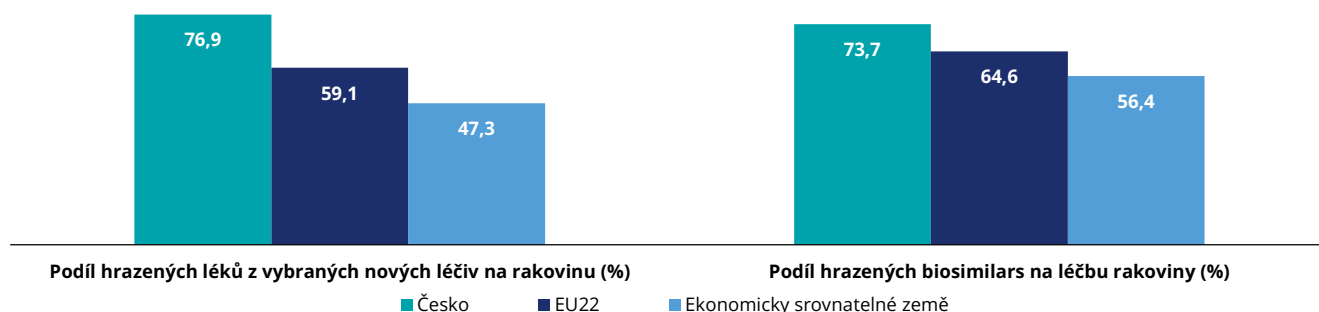
Zdroj: Adaptováno z MZČR (2024b) na základě údajů z Národního registru hrazených zdravotních služeb ÚZIS.

Dobry přístup k onkologickým lékům v Česku se dále zlepšil díky legislativním změnám z roku 2022

Podle studie OECD o vybraných léčivých přípravcích, jimž byla vydána registrace Evropskou lékovou agenturou v období od ledna 2016 do konce března 2023, je přístup k novým onkologickým lékům a biologicky podobným léčivům v Česku lepší, než je průměr EU (Obrázek 17). V dubnu 2023 bylo ze vzorku léčiv s vysokým klinickým přínosem, které se používají při léčbě rakoviny prsu

a plic, hrazeno v Česku z veřejného zdravotního pojištění 77% jejich indikací, což je vyšší podíl než průměr EU (59%) a výrazně nad průměrem v porovnání s ekonomicky srovnatelnými zeměmi (47%). Stejně tak z devatenácti vybraných biologicky podobných léčiv pro tři onkologická onemocnění, která získala registraci ve stejném období, bylo do dubna 2023 74% hrazeno českým veřejným zdravotním pojištěním, což je více, než je průměr v celé EU (65%) i mezi ekonomicky srovnatelnými zeměmi (56%).

Obrázek 17. Přístup k novým onkologickým lékům a biologicky podobným léčivům je v Česku lepší, než je průměr EU



Poznámky: Analýza zahrnuje vzorek třinácti indikací deseti nových léčiv na rakovinu prsu a plic s vysokým klinickým přínosem a devatenácti biologicky podobných léčiv (biosimilars) tří onkologických léků (bevacizumab, rituximab, trastuzumab), které mají od 26. března 2023 aktivní registraci od Evropské lékové agentury. Údaje ukazují podíl indikací nebo biologicky podobných léčiv, které byly uvedeny na veřejném seznamu úhrad k 1. dubnu 2023. Ekonomicky srovnatelné země jsou definovány jako tercilové klastry dle HDP na obyvatele v paritě kupní síly v roce 2022. Ekonomicky srovnatelnými zeměmi pro ČR jsou CY, ES, FR, LT, MT a SI. Průměr EU není vážený.

Zdroj: Hofmarcher, Berchet a Dedet (2024), „Access to oncology medicines in EU and OECD countries“, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>

V Česku je možný i časný přístup k vybranému léku pro konkrétního pacienta (před stanovením úhrady z veřejného zdravotního pojištění) – platí přísná kritéria, například že lék je pro konkrétního pacienta jedinou léčebnou možností. Uvádí se, že podíl pacientů, kteří z klinického hlediska splňují podmínky a mají schválen individuální přístup k danému léku nebo indikaci, je nižší než 50%, ale vyšší než 10%. Odborníci uvádějí, že v poslední době se zdravotní pojišťovny zdají být otevřenější k úhradě léků bez pravidelné úhrady v konkrétních jednotlivých případech.

V roce 2022 vstoupila v platnost nová legislativa, která měla zlepšit přístup k nově registrované inovativní onkologické léčbě, a to úpravou postupů při rozhodování o cenách a úhradách léků, které již byly schváleny na úrovni EU. Tato legislativa rovněž usnadnila možnost inovativních léků získat trvalou úhradu. Po schválení úhrady z veřejného zdravotního pojištění, ať už dočasné, nebo trvalé, není počet léčených pacientů v rámci lékařských indikací schválených zdravotními pojišťovnami omezen. Do rozhodovacího procesu úhradách léčiv pro vzácná onemocnění jsou nově zapojeni pacienti a lékařské společnosti a do hodnocení byla přidána kritéria společenského dopadu a přínosu.

Pilotní projekt delegovaného poskytování léčby umožňuje poskytovat vybranou inovativní péči blíže pacientům

Do roku 2022 byla veškerá inovativní onkologická léčba omezena na poskytování v akreditovaných KOC. V roce 2023 byl některými zdravotními pojišťovnami zaveden pilotní koncept, který umožňuje delegovat vybranou, přesně definovanou, inovativní léčbu z KOC na poskytovatele onkologické péče v jeho regionální skupině (prostřednictvím tzv. „delegované preskripce“). Jedná se o indikace, jejichž léčba inovativními léky je ověřená, snadno aplikovaná, bezpečná a s omezenými komplikacemi. Toto opatření tak přesunulo některou inovativní onkologickou léčbu, která byla dříve vyhrazena pouze k aplikaci v KOC, blíže k pacientům – zejména k těm, kteří nemohou nebo nechtějí za léčbou dojíždět.

Koncept delegovaného poskytování léčby zatím není uskutečňován všude a všemi zdravotními pojišťovnami, zejména z důvodu rozdílné organizace regionálních onkologických skupin (ROS) v krajích a z finančních důvodů (viz oddíl 5.3).

5.2 Kvalita

Pětiletá míra přežití rakoviny se v Česku neustále zvyšuje

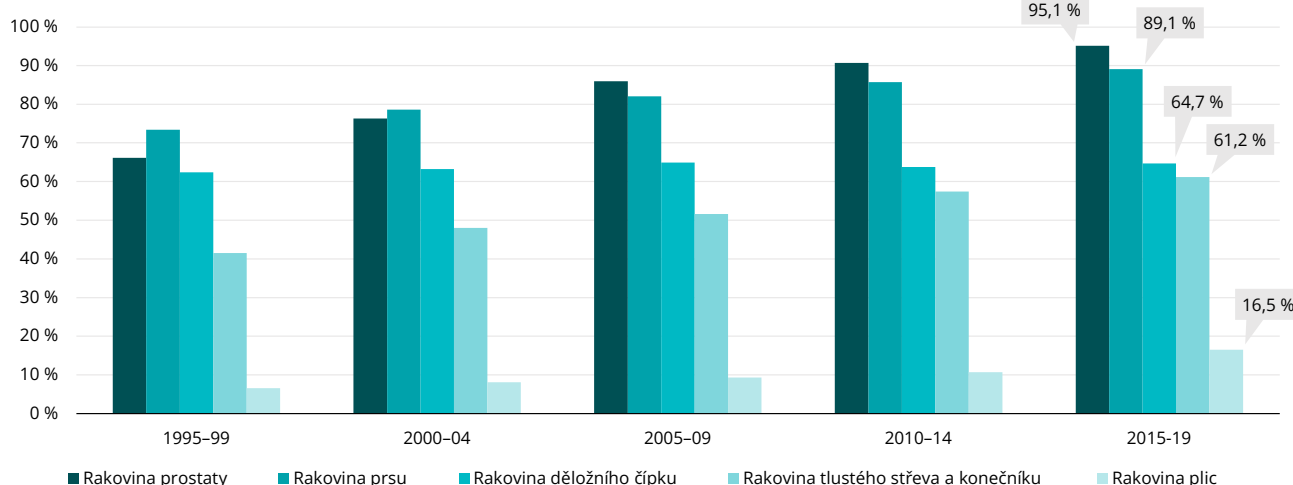
Národní údaje ukazují pokračující zvyšování relativní míry pětiletého přežití u hlavních typů rakoviny v Česku (Obrázek 18). Na základě kohortové analýzy pacientů s rakovinou prostaty, kteří byli diagnostikováni v letech 2015 až 2019, byla relativní míra pětiletého přežití o pět procentních bodů vyšší než u pacientů diagnostikovaných v období 2010 až 2014.

Ve stejném období se tato míra přežití zlepšila o čtyři procentní body u rakoviny prsu a o šest procentních bodů u rakoviny tlustého střeva a konečníku. Největší zlepšení nastalo v relativní míře pětiletého přežití rakoviny plic, která se u pacientů diagnostikovaných mezi lety 2015 a 2019 zlepšila o téměř šest procentních bodů na 17% ve srovnání s pacienty diagnostikovanými v letech 2010 až 2014. Míra přežití se však lišila v závislosti na stadiu rakoviny v době jejího odhalení, přičemž míra přežití byla mnohem vyšší u osob s rakovinou plic diagnostikovanou v prvním stadiu (62%) ve srovnání s osobami s rakovinou plic diagnostikovanou ve čtvrtém stadiu (6%) (ÚZIS, 2024b), což zdůrazňuje nutnost zvýšit v Česku účast v pilotním programu screeningu rakoviny plic (viz oddíl 4).

Více než polovina nádorů prsu byla v letech 2016–2020 odhalena v časném nebo lokalizovaném stadiu a 28 % bylo odhaleno ve středním stadiu. Na základě údajů Národního onkologického registru ČR se podíl záchytu nádorů prsu v časných stádiích postupně zvyšoval z 27 % v roce 2000 na 49 % v roce 2019, ale v období 2020 až 2021 mírně klesl na 47 % (ÚZIS, 2024a). Tento posun odráží dopad programu screeningu rakoviny prsu na odhalování rakoviny prsu v časnějším stadiu v posledních dvou desetiletích. Vysoký podíl nádorů je však stále odhalován v pokročilejším stadiu, a to i u typů rakoviny, u nichž běží organizované screeningové programy (16 % ve stadiu 3 a 4 u rakoviny prsu a 48 % ve stadiu 3 a 4 u rakoviny tlustého střeva a konečníku v roce 2019) a u pacientů, kteří se již léčí s jinými typy rakoviny, což naznačuje, že existuje prostor pro zlepšení organizovaného screeningu a sledování pacientů s onkologickým onemocněním v anamnéze.

Obrázek 18. Relativní míra pětiletého přežití u rakoviny plic je stále nízká, a to i přes neustálé zlepšování

Relativní míra pětiletého přežití



Poznámka: Míry se vztahují ke kohortovým analýzám.

Zdroje: ÚZIS (2024b) a Národní onkologický registr (Krejčí et al., 2024).

Počet potenciálních roků života ztracených v důsledku rakoviny se v Česku blíží průměru EU

Kromě údajů o přežití je doplňujícím ukazatelem dopadu různých druhů rakoviny na společnost také celkový počet potenciálních roků života ztracených v důsledku rakoviny, protože klade větší důraz na úmrtí na rakovinu u mladších osob. Zkoumání časového vývoje počtu ztracených let života u různých typů rakoviny může pomoci zlepšit systém onkologické péče skrze sníženou předčasnou úmrtnost. V roce 2021 činil v Česku počet potenciálních roků života ztracených v důsledku všech typů rakoviny na 100 000 obyvatel 1 367, což je jen o něco málo více než průměr EU (1 355). Mezi lety 2012 a 2021 klesl počet potenciálních roků života ztracených v důsledku rakoviny v Česku o 19%, což je stejný pokles jako v průměru v EU.

Největší podíl na počtu potenciálních roků života ztracených v důsledku rakoviny v ČR měla rakovina plic, která představovala 16 % z celkového počtu potenciálních roků života ztracených v důsledku rakoviny, následovaná rakovinou tlustého střeva a konečníku (11 %), zatímco u žen byla nejvýznamnějším faktorem potenciálních ztracených roků života rakovina prsu (Obrázek 19). Celkově činil počet potenciálních ztracených roků života v roce 2021 229 let na 100 000 žen v důsledku rakoviny prsu a 214 let na 100 000 obyvatel v důsledku rakoviny plic. V období 2012 až 2021 byl zaznamenán nárůst počtu potenciálních ztracených roků života u dvou onkologických onemocnění, a to u rakoviny prsu (o 7 %) a rakoviny slinivky břišní (o 5 %), zatímco na snížení celkového počtu potenciálních roků života ztracených v důsledku rakoviny se nejvíce podílela rakovina plic,

u které došlo za posledních deset let k poklesu o 40 %.

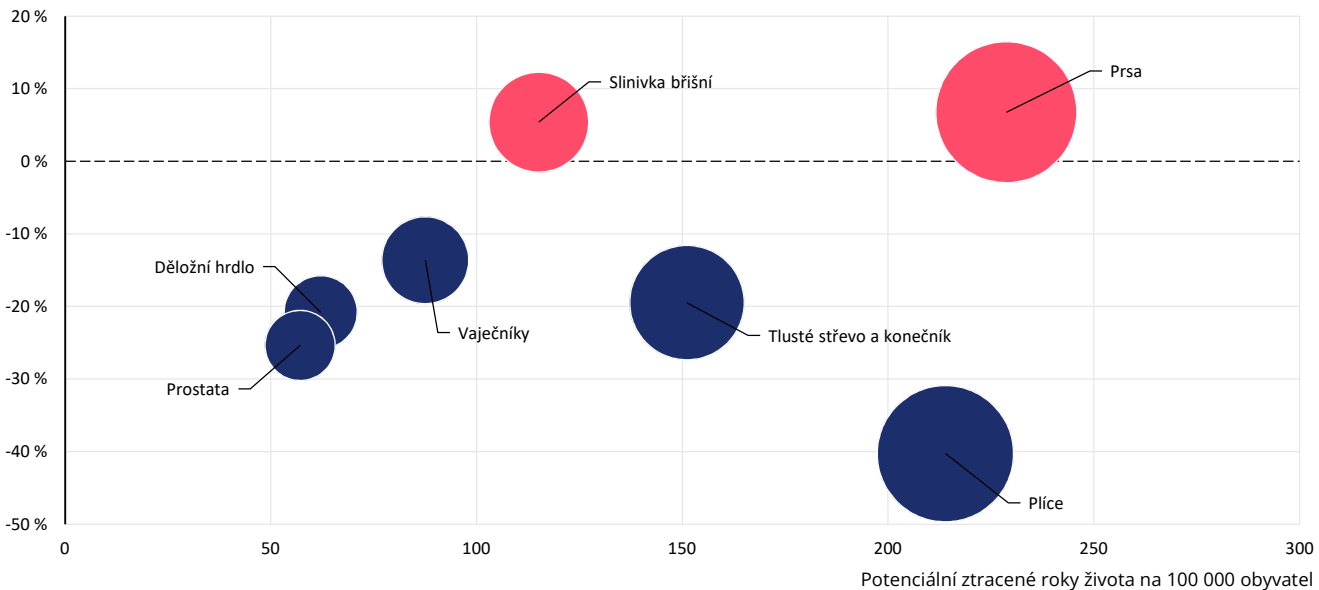
Komplexní onkologická centra spolupracují s regionálními poskytovateli a poskytují jim klinickou podporu

Po centralizaci vysoce specializované onkologické péče od roku 2008 podléhají KOC pravidelné akreditaci Ministerstva zdravotnictví. Akreditační kritéria zahrnují minimální požadavky na personál a vybavení a minimální objemy výkonů. Pro příští akreditační cyklus odborníci odhadují, že v případě, že budou pochybnosti o tom, zda KOC splňuje aktualizovaná kritéria, může být vhodné vypracovat plán nápravných opatření, aby bylo zajištěno, že v každém kraji bude alespoň jedno KOC. Regionální onkologické skupiny (ROS) poskytovatelů onkologické péče na nižší úrovni, které byly zavedeny v roce 2017, byly původně dobrovolně vytvářeny KOCy; v roce 2022 byla v rámci posledního reakreditačního cyklu KOC doplněna povinnost KOCů zřídit a klinicky vést ROSy. Do ROS mohou být zapojeny nemocnice a poskytovatelé ambulantní onkologické péče, stejně jako praktičtí lékaři, kteří v roce 2019 získali nové kompetence pro sledování pacientů s onkologickým onemocněním v anamnéze.

KOC odpovídají za koordinaci celého spektra onkologické péče, včetně paliativní péče a následné péče o pacienty s onkologickým onemocněním v anamnéze v rámci jejich ROS. Mezi KOC a členy ROS jsou podepsány smlouvy o spolupráci, které zajišťují dodržování společných klinických protokolů a doporučených postupů a napomáhají standardizaci onkologické péče; na poskytovatele ROS se však nevztahuje žádný akreditační proces ani kritéria.

Obrázek 19. Počet potenciálních roků života ztracených v důsledku rakoviny se v Česku za posledních deset let snížil o 19 %, a to díky snížení počtu předčasných úmrtí na rakovinu plic

Procentuální změna potenciálních ztracených roků života 2012–2022 (nebo nejbližší dostupný rok) (%)



Poznámky: Počet potenciálních roků života ztracených v důsledku rakoviny prsu se počítá pouze u žen, zatímco počet potenciálních roků života ztracených v důsledku rakoviny prostaty se týká mužů. Růžové bubliny značí nárůst procentní změny počtu potenciálních ztracených roků života v průběhu období 2012 až 2022 (nebo v posledním dostupném roce); modré bubliny značí pokles. Velikost bublin je úměrná počtu potenciálních ztracených roků života v roce 2022.

Zdroj: OECD Health Statistics 2024.

Multidisciplinární diagnostické týmy jsou široce dostupné a jejich využívání se zlepšuje

Pro akreditaci KOC je vyžadována existence multidisciplinárního diagnostického týmu (MDT). MDT jsou obecně k dispozici i u větších poskytovatelů ROS, i když někteří mají úzkou specializaci; u ostatních pacientů ROS probíhají konzultace MDT ve spolupráci s KOC vykonávajícím klinický dohled. Podle odhadů klinických odborníků existuje další prostor pro podporu konzultací multidisciplinárních týmů při rozhodování o léčbě i pro sledování výsledků léčby. V některých regionech mají vedoucí lékaři ROS pravidelné ordinační hodiny v KOC, což usnadňuje konzultace MDT a klinickou spolupráci.

V některých případech je úhrada péče zdravotními pojišťovnami podmíněna konzultací MDT – mimo jiné u rakoviny slinivky břišní, prsu a vzácných nádorů, robotické chirurgie a všech inovativních léčivých přípravků na rakovinu. Česká onkologická společnost vydává pokyny pro konzultace MDT a odhaduje, že přibližně 80 % nově diagnostikovaných pacientů by mělo být vyšetřeno MDT, zatímco u některých nejsou konzultace nezbytné, například u pacientů s rakovinou tlustého střeva a konečníku ve stadiu 1.

Využívání konzultací MDT postupně narůstá a v roce 2022 u pacientů v KOC léčených poprvé pro solidní zhoubný nádor dosáhlo téměř 60 %

(ÚZIS, 2024a). Údaje o využívání MDT mohou být u některých diagnóz mírně podhodnocené, pokud poskytovatelům není hrazeno jejich kódování. Podle odborníků však zveřejňování údajů o MDT podporuje jejich využívání a přispívá k lepšímu kódování a většímu dodržování pokynů ohledně konzultací MDT ze strany lékařů.

Chybí pravidelné sledování kvality onkologické péče, ale připravují se ukazatele

Od roku 2019 slouží KOC v Praze a Brně jako národní onkologická centra, která koordinují onkologický výzkum a jsou kontaktními místy pro mezinárodní výzkumnou spolupráci. Masarykův onkologický ústav je jediným KOC v Česku, které má akreditaci od Organizace evropských onkologických ústavů (OECI).

V současné době nejsou na národní úrovni pravidelně sledovány žádné ukazatele kvality onkologické péče. ÚZIS spolupracuje s lékařskou společností na vytvoření souboru ukazatelů onkologické péče pro vybrané onkologické diagnózy. Je to poprvé, kdy ukazatele kvality půjdou nad rámec strukturálních ukazatelů týkajících se pracovní síly, vybavení a objemových norem. Jakmile budou ukazatele připraveny a schváleny, měla by je vykazovat všechna akreditovaná KOC, aby se zlepšilo dodržování akreditačních kritérií a pokynů v průběhu celého akreditačního cyklu.

Zavádějí se opatření k urychlení centralizace onkologické chirurgie

Některá KOC se specializují na konkrétní chirurgickou léčbu a přebírají pacienty od jiných poskytovatelů péče. Neexistuje však žádný formální požadavek, aby poskytovatelé odesílali pacienty, kteří potřebují konkrétní operaci, do konkrétního KOC. V roce 2023 zavedlo Ministerstvo zdravotnictví do úhrad nemocnicím složku platby za kvalitu, která má demotivovat vybrané chirurgické výkony u nespecializovaných poskytovatelů prostřednictvím snížených úhrad. Cílem opatření je podpořit centralizaci k vysoce specializovaným poskytovatelům onkogyné-kologické, pneumologické a urologické chirurgie; brzy by měly následovat další tři specializace, včetně sarkomové a rektální chirurgie.

Akreditace těchto vybraných výkonů založená pouze na přísných výkonových normách však vzbuzuje obavy, jak se nedávno ukázalo při odebrání pěti z celkových osmnácti akreditací pro onkogynéologickou chirurgii. Ne všichni akreditovaní poskytovatelé vždy dodrží požadované

množství výkonů v důsledku vnějších okolností a je třeba sledovat i čekací doby, aby byla zachována potřebná časová a geografická dostupnost péče.

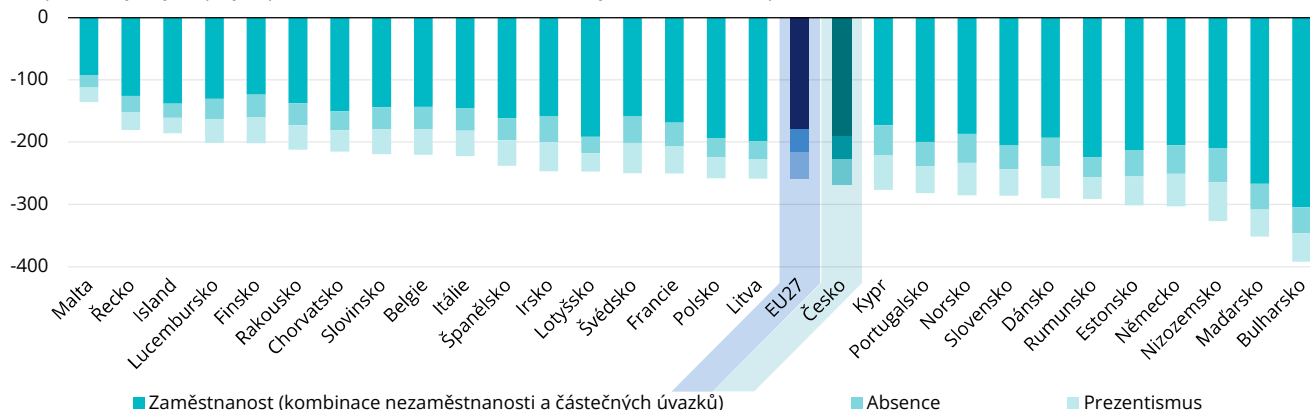
5.3 Náklady a jejich efektivita

Očekává se, že výdaje na onkologickou péči v nadcházejících desetiletích výrazně porostou

Dle modelování OECD v rámci projektu SPHeP se očekává, že výdaje na onkologickou péči na jednoho obyvatele vzrostou v Česku v letech 2023 až 2050 o 59 %, což je stejné tempo jako průměr EU-27. V letech 2023 až 2050 se v Česku očekává průměrný úbytek 187 pracovníků na plný pracovní úvazek na 100 000 obyvatel v důsledku snížení zaměstnanost z důvodu rakoviny, což je více než průměrný úbytek v EU, který činí 178 plných pracovních úvazků na 100 000 obyvatel. Očekává se také, že absence i prezentismus budou mít dopad v podobě úbytku 80 plných pracovních úvazků na 100 000 osob,⁶ tedy dopad podobný průměru EU, který činí 81 plných pracovních úvazků na 100 000 osob (Obrázek 20).

Obrázek 20. Mezi lety 2023 až 2050 ovlivní dle odhadů rakovina v Česku participaci na trhu práce o trochu více než bude průměr EU

Předpokládaný úbytek plných pracovních úvazků v důsledku rakoviny na 100 000 osob (průměr za období 2023–2050)



Poznámka: Průměr EU není vážený.

Zdroj: OECD (2024b), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>

Náklady na rostoucí počet pacientů s inovativní onkologickou léčbou jsou omezovány různými nástroji

Počet pacientů léčených inovativními léky na rakovinu se v Česku v posledním desetiletí postupně zvyšuje. V roce 2021 byla inovativní onkologická léčba poskytnuta celkem 23 034 pacientům, což je téměř dvojnásobek pacientů léčených v roce 2011. Nárůst výdajů na tyto léky je způsoben především tímto rostoucím počtem pacientů. V roce 2021 tyto výdaje dosáhly 8,7 miliardy Kč (342 milionů EUR), což je více než

dvojnásobek nákladů vynaložených v roce 2011. Výdaje na inovativní léčbu v přepočtu na pacienta a měsíc léčby však v posledním desetiletí oscilovaly kolem stejné úrovně nákladů a u solidních nádorů v letech 2019–2021 klesly (ÚZIS, 2024a).

V Česku se u léčivých přípravků používají externí referenční ceny a u inovativních léčebných postupů jsou běžné dohody o řízeném vstupu. Náklady jsou drženy pod kontrolou díky právnímu předpisu, který stanoví, že držitelé rozhodnutí o registraci jsou odpovědní za náklady přesahující odhadovaný dopad na rozpočet, který se zohledňuje v procesu

⁶ Prezentismem se rozumí úbytek produktivity, ke které dochází, když zaměstnanci nejsou na pracovišti plně praceschopní z důvodu nemoci, zranění nebo z jiného důvodu.

stanovení dočasné úhrady daného inovativního léčiva. Podobně jako v jiných střeoevropských zemích se zdá, že hlavní úlohou dohod o řízeném vstupu a dalších politik v Česku je omezit dopad nových léčivých přípravků na rozpočet, zatímco nejistoty ohledně léčebných výsledků a vhodného užití mají zřejmě nižší prioritu.

Konzultace multidisciplinárního týmu se používají k zajištění efektivity inovativní léčby

Aby se zvýšila efektivita vynaložených prostředků, musí u každého pacienta před rozhodnutím o poskytnutí inovativní léčby proběhnout konzultace MDT; v opačném případě zdravotní pojišťovny léčbu neproplatí. Samotná konzultace MDT je hrazena výkonovým způsobem, tedy odděleně od úhrady ostatní onkologické péče.

Inovativní léčbu a léky pro vzácná onemocnění lze poskytovat pouze v akreditovaných KOC a hemato-onkologických centrech a (od roku 2023) u poskytovatelů ROS pod klinickým vedením KOC prostřednictvím konceptu delegované preskripce (viz oddíl 5.1). Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) zavedla nové rozpočty související s onkologickou péčí na provádění delegované preskripce inovativní onkologické léčby na úrovni ROS, aby se zabránilo negativnímu dopadu na rozpočty KOC. Od poloviny roku 2024 má VZP uzavřené smlouvy o úhradě s přibližně polovinou ROS v zemi. Tato úhradová strategie se ukázala jako neudržitelná pro menší zdravotní pojišťovny, které se v roce 2024 rozhodly nesjednat extra smlouvy o delegované preskripci z důvodu svých pevných rozpočtových omezení; zatím nebyly hlášeny žádné dopady na dostupnost péče, ale výsledný dvouúrovňový systém se zdá být ve střednědobém až dlouhodobém horizontu neudržitelný. V některých regionech jsou

poskytovatelé ROS organizační jednotkou KOC a nepotřebují k delegované preskripci extra smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

Národní plán obnovy ČR investuje do sítě onkologické péče

Národní plán obnovy posiluje centralizovanou síť onkologické péče v krajích a prostřednictvím nově zřízeného Národního ústavu pro výzkum rakoviny v Praze. Investice pokračují do infrastruktury onkologické péče s cílem podpořit rozvoj KOC v některých krajích a posílit koordinaci péče a mezikrajovou spolupráci.

5.4 Well-being a kvalita života

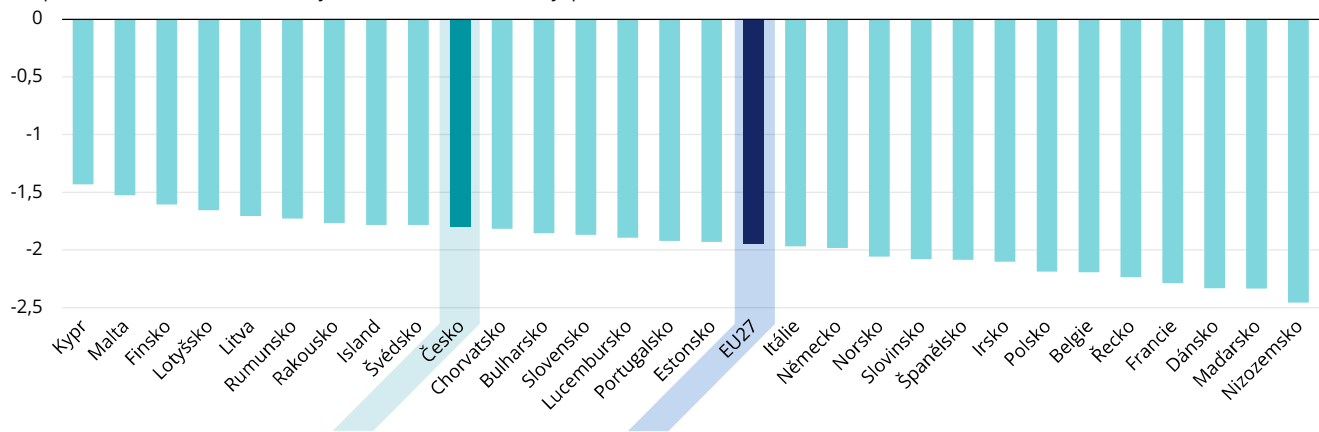
Rakovina dle odhadů zkrátí střední délku života české populace

Výsledky modelování OECD v rámci projektu SPHeP odhadují, že v letech 2023 až 2050 zkrátí rakovina, ve srovnání se scénářem bez existence rakoviny, střední délku života české populace o 1,8 roku (Obrázek 21). To je o něco méně než odhadovaný průměr EU (který činí 1,9 roku), což odráží relativně vysokou míru účasti ve screeningových programech v ČR ve srovnání s jinými zeměmi EU a také dostupnost vysoce specializované onkologické péče v ČR (viz oddíly 4 a 5.1).

Rakovina má zároveň značný dopad na duševní zdraví populace prostřednictvím souvisejících symptomů a vedlejších účinků léčby a jejich dopadu na každodenní život, sociální role a práci. Výsledky modelování OECD v rámci projektu SPHeP odhadují, že v letech 2023 až 2050 v Česku kvůli rakovině přibude 19 případů deprese na 100 000 obyvatel ročně (věkově standardizováno), což je o něco více než 17 případů na 100 000 obyvatel v rámci EU.

Obrázek 21. Očekává se, že v letech 2023 až 2050 zkrátí rakovina střední délku života obyvatel Česka o téměř dva roky

Předpokládané zkrácení střední délky života v důsledku rakoviny (průměr za 2023-2050)



Poznámka: Průměr EU není vážený.

Zdroj: OECD (2024b), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>

Důraz zdravotní politiky je kladen na rozvoj paliativní péče

Zlepšení kvality života onkologických pacientů je jedním ze strategických cílů NOPL 2030, jehož součástí je i cíl zajistit dostupnou paliativní péči pro všechny. Její rozvoj podporují různé akční plány prostřednictvím nedávno přijaté Národní strategie paliativní péče, která ustanovuje KOC jako centra špičkové paliativní péče, definuje standardy paliativní péče pro všechny typy poskytovatelů a podporuje poskytování paliativní péče praktickými lékaři a sestrami prostřednictvím doporučených postupů a nových úhradových schémat.

Všechna KOC musí mít specializovaný paliativní tým, poskytovat paliativní služby a v rámci akreditačních kritérií mít uzavřenou smlouvu na domácí paliativní péči nebo služby péče v závěru života. NOPL 2030 podporuje rozvoj specializovaných oddělení paliativní péče, poradenských týmů a ambulancí paliativní péče ve všech KOC, s cílem standardizovat paliativní péči napříč zemí. Regionální rozdíly v dostupnosti služeb domácí paliativní péče a péče v závěru života jsou však stále značné, což je způsobeno kombinací nedostatku poskytovatelů a jejich omezených kapacit. Nabízené služby se pohybují od pouhého zajištění zdravotní sestry až po přítomnost paliativního lékaře. Po úspěšných pilotních projektech je od roku 2017 poskytování paliativní péče v domácím prostředí zahrnuto do standardních úhrad zdravotních pojišťoven a od roku 2023 jsou standardně hrazeny i specializované paliativní týmy v nemocnicích. Díky tomuto vývoji se v posledních letech zvyšuje počet onkologických pacientů, kterým je poskytnuta paliativní péče - odhaduje se, že v roce 2022 byla tato péče poskytnuta více než 80 % onkologickým pacientům v terminální fázi (ÚZIS, 2024b).

Lidé, kteří v minulosti prodělali rakovinu, mají v případě životního pojištění právo být zapomenuti

Od roku 2024 mohou čeští pacienti, kteří v minulosti prodělali rakovinu, získat životní pojištění za podmínek, jako by se s touto nemocí nikdy nesetkali. „Právo být zapomenut“ zavedla Česká asociace pojišťoven na základě dohody s

Ministerstvem zdravotnictví a po konzultacích se sdruženími onkologických pacientů a lékařskou společností. Zveřejněné pokyny jsou závazné pro pojišťovny, které je přijaly (od poloviny roku 2024 deset hlavních pojišťoven), a stanoví životní pojištění bez dodatečných poplatků pro osoby s určitým typem rakoviny v anamnéze po uplynutí určité doby (od pěti do deseti let) od jejich poslední onkologické léčby.

Pacientská sdružení podporují onkologické pacienty při jejich léčbě i při opětovném začleňování do společnosti

Sdružení onkologických pacientů v České republice hrají neocenitelnou roli při podpoře onkologických pacientů a jejich rodin jak v průběhu léčby pacienta, tak při návratu do běžného života, případně i do zaměstnání. Sdružení pacientů podporují zdravotní gramotnost tím, že vydávají a distribuují letáky a vzdělávací brožury, mimo jiné o prevenci, screeningu a přehledu diagnostiky, léčbě a sociálním zabezpečení pro různé typy rakoviny. Mimo to mají sdružení pacientů hlas ve správních řízeních, která stanovují úhrady léčivých přípravků pro vzácná onemocnění, a účastní se různých poradních orgánů ministra zdravotnictví.

Koordinátoři v oblasti onkologické péče nejsou v českých nemocnicích běžnou součástí ošetrovatelského týmu. Masarykův onkologický ústav (MOÚ) v Brně má tyto koordinátory v rámci své akreditace od organizace OEI. Tito koordinátoři pracují na standardizaci cesty pacienta – logistiky péče od stanovení diagnózy až po nastavení průběžné léčby. Podle MOÚ je tato služba pacienty obecně dobře přijímána a mohla by být přínosem pro onkologické pacienty v jiných KOC, pokud by byla standardizována a podporována na národní úrovni. Zatímco koordinátoři paliativní péče v některých nemocnicích existují, tak ale neexistuje žádná institucionalizovaná podpora pacientů při jejich začleňování zpět do běžného života a zaměstnání po úspěšné léčbě. Sdružení pacientů nedávno vyzvala k zahájení pilotního projektu sociálních koordinátorů pro osoby s onkologickým onemocněním v anamnéze, aby aktivity, které v současné době podporují pouze sdružení pacientů, byly institucionalizovány.

6. Zaměřeno na rakovinu dětského věku

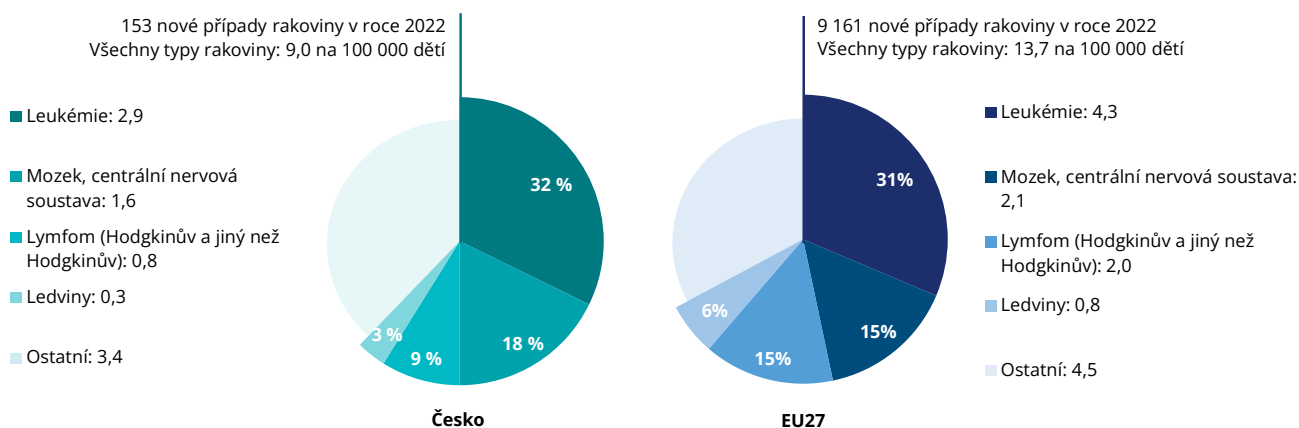
Na základě údajů ECIS se odhaduje, že v roce 2022 bylo v Česku nově diagnostikováno 153 dětí a dospívajících do patnácti let s onkologickým onemocněním. Odhadovaná míra incidence mezi dětmi ve věku 0–14 let v roce 2022 byla v Česku devět na 100 000 dětí, zatímco průměr EU byl čtrnáct na 100 000 dětí (Obrázek 22). Míra incidence je u chlapců vyšší než u dívek, což je vzorec podobný napříč státy EU. Ačkoli je míra incidence rakoviny u dětí ve věku 0–14 let v Česku

ve srovnání s EU nižší, údaje Eurostatu ukazují, že míra úmrtnosti je podobná, přičemž průměrná tříletá úmrtnost činí 2,1 na 100 000 dětí v Česku i v EU.

Nejčastějšími skupinami rakoviny jsou leukémie, s 2,9 případy na 100 000 dětí (32%), mozek a centrální nervový systém, s 1,6 případy na 100 000 dětí (18%), lymfom, 0,8 případ na 100 000 (9%), a ledviny, 0,3 případu na 100 000 (3%).

Obrázek 22. Incidence rakoviny dětského věku je v Česku mnohem nižší než průměr EU

Věkově standardizovaná incidence na 100 000 dětí (0–14 let), odhady, 2022



Poznámky: Odhady pro rok 2022 jsou stanoveny na základě trendů incidence z předchozích let a mohou se lišit od pozorovaných výskytů v posledních letech. „Všechny typy rakoviny“ zahrnují všechna onkologická onemocnění kromě nezhoubného melanomu kůže. Zdroje: Evropský systém informací o rakovině (ECIS) pro incidenci rakoviny. Dostupné z <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, stránka navštívena 10. března 2024. © Evropská unie, 2024.

Relativní míra pětiletého přežití u dětské leukémie (do devatenácti let věku) se v Česku za posledních dvacet let zlepšila a u dětí diagnostikovaných v letech 2015 až 2019 dosáhla 90% (Český informační portál o onkologických onemocněních dětského věku, 2024). Podle národních údajů žilo v prosinci 2020 v Česku 9 395 dětí ve věku 0–19 let se zhoubným nádorem nebo s anamnézou tohoto onemocnění, což je 4 272 na 1 000 000 dětí (ÚZIS, 2024a).

Péče o dětské onkologické pacienty je v České republice centralizovaná a je poskytována ve dvou akreditovaných zařízeních v Praze a v Brně, která rovněž vedou klinický registr dětských onkologických onemocnění. V případě hemato-onkologie se v těchto centrech poskytuje primární léčba a transplantace, ale navazující péče může být organizována i ve spolupráci s dalšími hemato-onkologickými centry v zemi. NOPL

2030 si klade za cíl rozšířit sledování přeživších dětí, a to včetně sledování a pokračující péče i v jejich dospělosti, a posílit dětskou paliativní péči zvýšeným financováním.

Podle Evropské společnosti pro dětskou onkologii (SIOPE) je v ČR k dispozici všech třináct infrastrukturních a léčebných modalit – například transplantace kmenových buněk, fotonová radioterapie, paliativní péče, klinika pro děti přeživší rakovinu, protonová radioterapie a brachyterapie. Ze 436 klinických studií zahrnujících dětské a dospívající pacienty s onkologickým onemocněním v Evropě v letech 2010–2022 jich 59 probíhalo v České republice (14%) (SIOPE, 2024). V roce 2018 bylo v Česku k dispozici 88% z 68 léčivých přípravků, které byly označeny za nezbytné pro léčbu rakoviny u pacientů ve věku 0–18 let, zatímco v EU průměr byl 76% (Vassal et al., 2021).

Český informační portál o onkologických onemocněních dětského věku (2024), dostupný na <https://ccc-is.uzis.cz>, navštíveno 19. srpna 2024.

De Angelis R et al. (2024), Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCare-6): a population-based study (Kompletní prevalence rakoviny v Evropě 2020 podle délky onemocnění a země: populační studie), *Lancet Oncology*, 25(3):293-307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.

Krejčí D. et al. (2024), Portál epidemiologie novotvarů v ČR, verze 8.0.0, dostupné na www.svod.cz.

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

MZČR (2022), Národní onkologický plán České republiky 2030 „NOPL 2030“. Praha, Ministerstvo zdravotnictví.

MZČR (2024a), Tisková zpráva k tiskové konferenci „Prevence na prvním místě“. Praha, Ministerstvo zdravotnictví.

MZČR (2024b), Strategické analýzy potřeb rezortu zdravotnictví: Analytická a datová příloha. Praha, Ministerstvo zdravotnictví.

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

Ngo O et al. (2023), Coverage by examinations associated with early detection of colorectal neoplasia in the Czech Republic (Pokrytí vyšetřeními spojenými s včasným odhalením kolorektální neoplazie v České republice), *European Journal of Public Health*, 33(3):515-21. doi:10.1093/eurpub/ckad071.

Ngo O et al. (2024), Direct mailing of HPV self-sampling kits to women aged 50-65 non-participating in cervical screening in the Czech Republic (Přímé zasílání samovyšetřovacích sad HPV ženám ve věku 50–65 let, které se neúčastní screeningu

rakoviny děložního čípku, v České republice), *European Journal of Public Health*, 34(2):361-7. doi:10.1093/eurpub/ckad229.

OECD (2024a), Beating cancer inequalities in the EU: spotlight on cancer prevention and early detection (Boj proti nerovnostem v oblasti onkologických onemocnění v EU: zaměření se na prevenci a včasnou detekci rakoviny), OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paříž, <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>.

OECD (2024b), Tackling the impact of cancer on health, the economy and society (Dopady rakoviny na zdraví, ekonomiku a společnost), OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paříž, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

SIOPE (2024), Childhood cancer country profile: Czech Republic (Onkologický profil země zaměřený na děti: Česká republika). Brusel, SIOP Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectczech.pdf>.

SZÚ (2024), Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2023. Praha, Státní zdravotní ústav.

ÚZIS (2024a), Národní onkologický plán České republiky: souhrn analytické studie. Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky.

ÚZIS (2024b), Datové soubory o očkování proti HPV, mamografických screeningových centrech, zdravotnických pracovnících v onkologii, relativních mírách pětiletého přežití rakoviny, celoživotní prevalenci, poskytování paliativní péče. Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky.

Vassal, G. et al. (2021), „Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe“ (Dostupnost základních léčivých přípravků na rakovinu pro děti a dospívající v Evropě), *Annals of Oncology*, Vol. 32/4, s. 560–568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Zkratky zemí

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

Onkologický profil země 2025

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

Onkologické profily jednotlivých zemí identifikují silné stránky, výzvy a specifické oblasti opatření pro každý z 27 členských států EU, Island a Norsko a slouží jako vodítko pro investice a intervence na unijní, vnitrostátní a regionální úrovni v rámci Evropského plánu boje proti rakovině. Evropský Registr nerovností

v oblasti onkologických onemocnění rovněž podporuje stěžejní iniciativu č.1 Akčního plánu pro nulové znečištění.

Profily jsou výsledkem činnosti OECD ve spolupráci s Evropskou komisí. Tým je vděčný za cenné podněty a návrhy od národních odborníků, Zdravotního výboru OECD a Tematické pracovní skupiny EU pro Registr nerovností v oblasti onkologických onemocnění.

Každý onkologický profil dané země obsahuje krátkou syntézu:

- národní zátěže onkologickým onemocněním,
- rizikových faktorů rakoviny se zaměřením na rizikové faktory chování a životního prostředí,
- programů včasné detekce rakoviny,
- výkonnosti onkologické péče se zaměřením na dostupnost, kvalitu péče, náklady a kvalitu života.

Tuto publikaci prosím citujte takto:

OECD/European Commission (2025), Onkologický profil země: Česko 2025, Profily zemí EU v oblasti rakoviny, OECD Publishing, Paříž, <https://doi.org/10.1787/cc0dba0f-cs>.

Původně publikováno v angličtině pod názvem: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Czechia 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c23a8f29-en>.

V případě jakýchkoli nesrovnalostí je za platné považováno pouze znění anglické verze.

© OECD/European Union 2025 pro toto české vydání.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.