



Ministerstvo
zdravotnictví

TISKOVÁ KONFERENCE

CENTRALIZACE VYSOCE SPECIALIZOVANÉ CHIRURGICKÉ PÉČE



Ministerstvo
zdravotnictví

Centralizace a specializovaná péče v ČR

MUDr. Patrik Zachar

vrchní ředitel Sekce zdravotní péče, Ministerstvo
zdravotnictví

Historie a současnost specializované péče



12 let



24 typů



3 důvody, proč péči centralizujeme

3

- Náročnost péče
- Vazba objemu a kvality
- Dostupnost



Kvalita a transparentnost řešení

- Indikátory kvality a otevřená data
- Úpravy systému vzdělávání
- Pravidelná komunikace všech stran



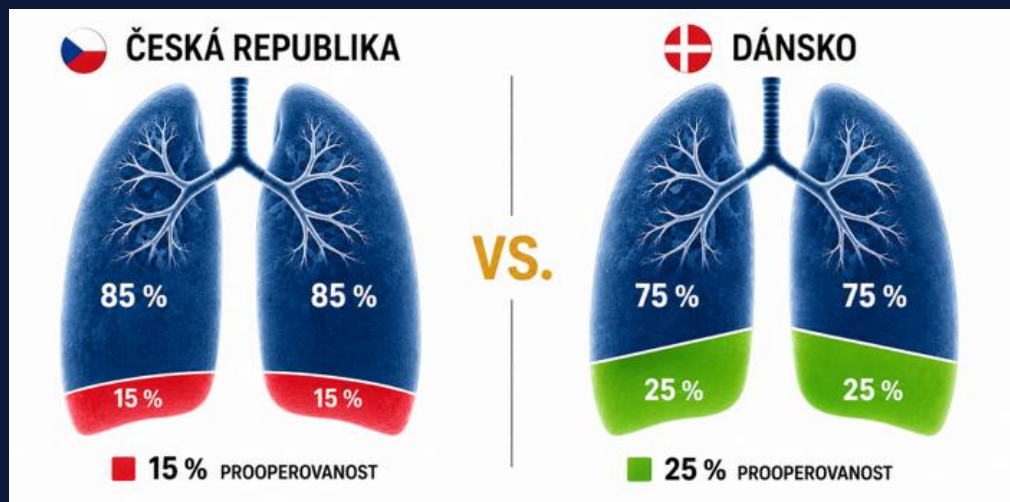
Vize do budoucnosti

- Dokončení transformace
- Předvídatelné plánování
- Špičková péče pro pacienty





Ministerstvo
zdravotnictví



Centralizace z pohledu dat

RNDr. Marian Rybář

datový analytik Ministerstva zdravotnictví

1. Snížení mortality





Financováno
Evropskou unií



NÁRODNÍ INSTITUT
KVALITY A EXCELENCE
ZDRAVOTNICTVÍ



Ministerstvo
zdravotnictví



Souhrn důkazů: Centralizace vybrané onkochirurgické péče

Analýza aktuálních vědeckých důkazů na úrovni doporučených postupů, systematických
review, primárních studií a OECD reportů



Přehled vědeckých důkazů (Q1)

Vztah mezi objemem pracoviště/centralizací a výsledky léčby, po jednotlivých lokalizacích.

Typ studie, země (autor)	Výsledky (efektivita, komplikace, náklady, přežití, kvalita života)	Počet pacientů / studií	Závěr
Pankreas			
Systematický přehled / metaanalýza (Kotecha et al., 2024)	Objemově-výsledkový vztah u pankreatoduodenektomie je modelován spline analýzou. Přínos v úmrtnosti do ~45 výkonů/rok; nejnižší úmrtnost ~70/rok, nejnižší morbidita ~55/rok, nejvyšší výtěžnost lymfatických uzlin ~43/rok. Silný, konzistentní vztah dávka–odpověď.	198 377 (33 studií)	+
Játra			
Bayesovská síťová metaanalýza (Koh et al., 2024)	Vyšší objem nemocnice vs. nízký → nižší pooperační úmrtnost (OR 0,52; 95% CrI 0,41–0,65) a kratší hospitalizace (MD –1,24 dne). Rozdíl ve failure-to-rescue, morbiditě ani nákladech neprokázán.	248 707 (20 studií)	+
Rapid systematic review (Campione et al., 2026)	Potvrzen pozitivní vztah vyššího objemu a nižší úmrtnosti i menšího výskytu komplikací u anatomických i neanatomických resekcí. Vliv objemu je však omezený a závisí na sledovaném výstupu; data o dlouhodobém přežití a kvalitě života chybějí, studií o objemu operatéra je málo.	38 studií (retrosp. observ.)	+

- Legenda**
- + závěr pozitivní, pro centralizaci
 - ? závěr neutrální
 - závěr negativní, proti centralizaci



Jícen			
Metaanalýza (Markar et al., 2012)	Nemocniční úmrtnost 8,48 % (nízkoobjem.) vs. 2,82 % (vysokoobjem.); POR 0,29. 30denní úmrtnost 2,09 % vs. 0,73 %; POR 0,31.	27 843 výkonů (8 studií)	+
Souhrn systematických přehledů horního GIT (Tol et al., 2012)	Ve více než 90 % zahrnutých přehledů byla nižší úmrtnost ve vysokoobjemových centrech.	—	+
Národní kohorta, Nizozemsko / DUCA (Voeten et al., 2021)	Napříč kvartily objemu (nejnižší 24–39, nejvyšší 70–101 resekci/rok): méně komplikací a anastomotických leaků (aOR 0,80), vyšší podíl textbook outcome (aOR 1,25), vyšší výtěžnost uzlin (aOR 3,56). Plateau přínosu ~50–60 výkonů/rok.	národní registr	+
Národní kohorta, Nizozemsko (Visser et al., 2025)	Salvage ezofagektomie po definitivní chemoradioterapii: ve vysokoobjemových centrech (>40 ezofagektomií/rok) nižší úmrtnost (9 % vs. 19 %; OR 0,42; 95% CI 0,18–0,99). Rozhodující byl celkový objem ezofagektomií centra, ne počet salvage výkonů.	251 (salvage)	+
Národní populační kohorta (Lundberg et al., 2025)	Zlepšení dlouhodobého přežití v období centralizace (adjustovaný HR 0,57; 2015–2020 vs. 2000–2004). Expozicí je kalendářní čas, objem nemocnice je pouze adjustační proměnná — efekt samotné centralizace neizoluje, slouží jako kontext.	národní registr	?
Plíce			
Systematický přehled / metaanalýza (von Meyenfeldt et al., 2012)	Vysokoobjemové nemocnice → nižší pooperační úmrtnost (OR 0,71; 0,62–0,81). Vliv na dlouhodobé přežití neprokázán (OR 0,93; 0,84–1,03). Objem výkonů chirurga bez významného efektu; obecní chirurgové vyšší úmrtnost než hrudní (OR 0,78) či kardiotorakální (OR 0,82). Minimální objem nestanoven.	19 studií	+
Kohortová studie, Japonsko (Okawa et al., 2023)	Strmý přínos přežití do prahu ~10–14 výkonů/rok (+9,46 %); nad prahem se přínos vyrovnává.		+
Národní data (Bernard et al., 2023)	Významný vztah mezi objemem a standardizovanou úmrtností (SMR) (p = 0,003).		+
Národní data, Německo (Baum et al., 2022)	Riziko-standardizovaná úmrtnost (RSMR) překonává objem jako ukazatel kvality pracoviště — samotný objem je slabším proxy kvality než přímé měření výsledků. Protiváha objemovým prahům.		?
Rektum / kolorektum			
Systematický přehled / metaanalýza (Y. R. Huo et al., 2017)	Vyšší objem výkonů nemocnice i počet výkonů chirurga → nižší 30denní úmrtnost (HR 0,83). Chirurgové s vysokým počtem výkonů: lepší pětileté přežití, vyšší výtěžnost uzlin, méně recidiv. Vztah nelineární, jasný práh nestanoven.	1 122 303 (47 studií)	+
Umbrella review (Ho et al., 2026)	Rektum: vysoký vs. nízký objem nemocnice OR 0,73 (úmrtnost), chirurg OR 0,69; přežití HR 0,84–0,91. Diskutovány prahy (NICE 10–20/rok nemocnice, 5–10/rok chirurg); přesný cut-off nelze kvůli heterogenitě stanovit. PRISMA 2020, AMSTAR 2.	10 SR	+

Legenda

- + závěr pozitivní, pro centralizaci
- ? závěr neutrální
- závěr negativní, proti centralizaci



Stručné shrnutí

Klíčová otázka: Má centralizace onkourologie do specializovaných center vliv na kvalitu péče a výsledky léčby?

Systematicky vyhledaná nejrobustnější doporučení/prohlášení	GRADE
	Jistota
Výsledky dostupných observačních studií a systematických přehledů naznačují, že centralizace onkourologické péče do specializovaných, vysoce objemových center je spojena se zlepšením perioperačních i onkologických výsledků. Vyšší objem nemocnice je asociován s nižší mortalitou, nižší mírou komplikací, kratší hospitalizací a nižším výskytem pozitivních resekčních okrajů. Celkově tak dostupné důkazy podporují přínos centralizace zejména u vysoce komplexních výkonů v onkourologii, kde je tento vztah nejkonzistentněji prokázán.	⊕⊕⊕⊖ až ⊕⊖⊖⊖

Souhrn důkazů byl vytvořen metodou DE NOVO a vychází ze systematických přehledů (Bruins et al., 2020; Marconi et al., 2025; Van den Broeck et al., 2021; Williams et al., 2019), a primárních studií (Liedberg et al., 2024; Llorente et al., 2020; Matulewicz et al., 2016; Pecoraro et al., 2024; Pyrgidis et al., 2024; Richters et al., 2021; Ulvskog et al., 2023; Vreeburg et al., 2024)



Travelling to a High-Volume Center Confers Improved Survival in Stage I Non-small Cell Lung Cancer



Zaid Muslim, MD, Mirza Zain Baig, MD, Joanna F. Weber, PhD, Cliff P. Connery, MD, and Faiz Y. Bhora, MD

Division of Thoracic Surgery, Rudy L. Ruggles Biomedical Research Institute, NuVance Health, Danbury, Connecticut; and Division of Thoracic Surgery, Vassar Brothers Medical Center, NuVance Health, Poughkeepsie, New York

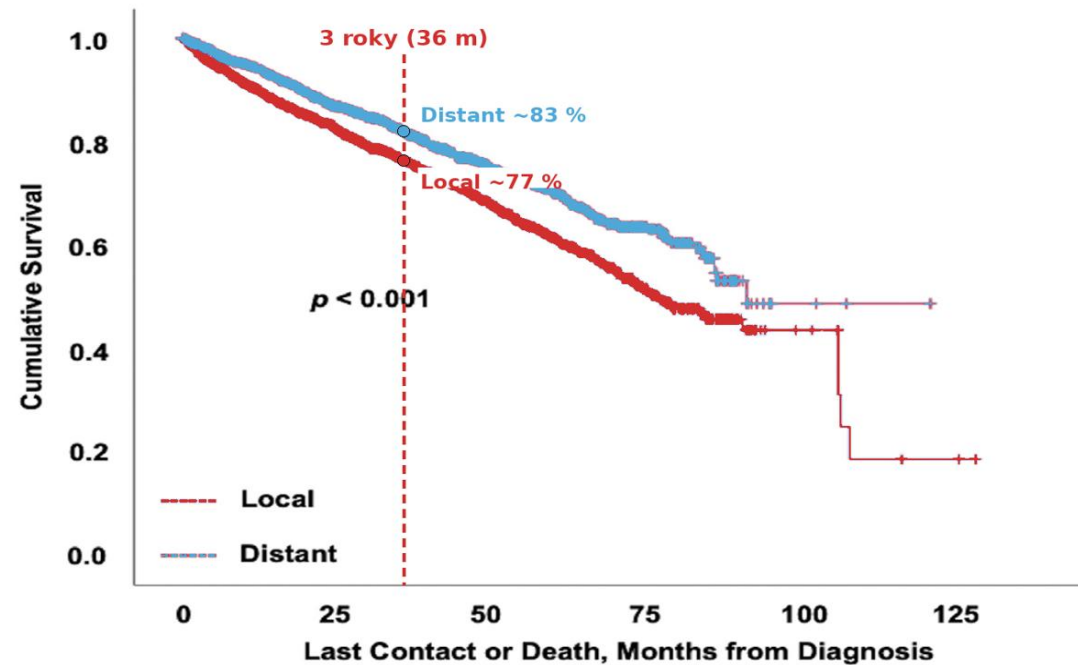


FIGURE 1 Kaplan-Meier survival curve for propensity-matched patients undergoing surgical resection for clinical stage I non-small cell lung cancer, stratified by patients who travel to high-volume centers (Distant group, red line) vs patients who seek care at local low-volume facilities (Local group, blue line).



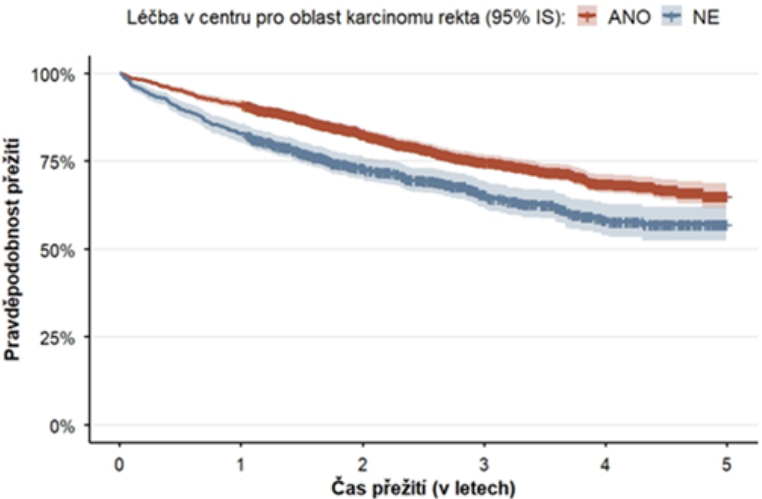
SNÍŽENÍ MORTALITY – ČESKÁ DATA



Celkové přežití pacientů s nádorovou excizí rekta hospitalizovaných v letech 2021–2024 v centru dne stádií

Stadium 3

Kaplan-Meierova křivka celkového (pozorovaného přežití)

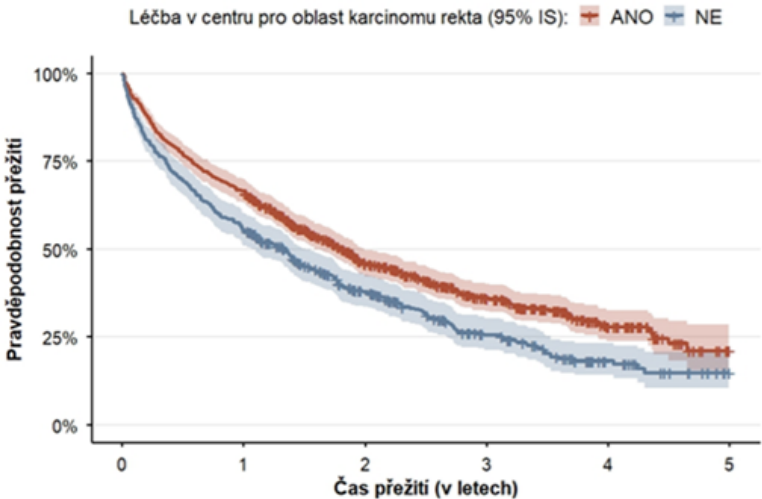


Bodové odhady (95% IS) celkového přežití z KM křivek

Léčba v centru pro oblast karcinomu rekta	N	1leté přežití	3leté přežití
ANO	2 095	91,1 (89,9–92,4)	74,8 (72,7–76,9)
NE	760	82,9 (80,3–85,6)	65,6 (61,9–69,5)

Stadium 4

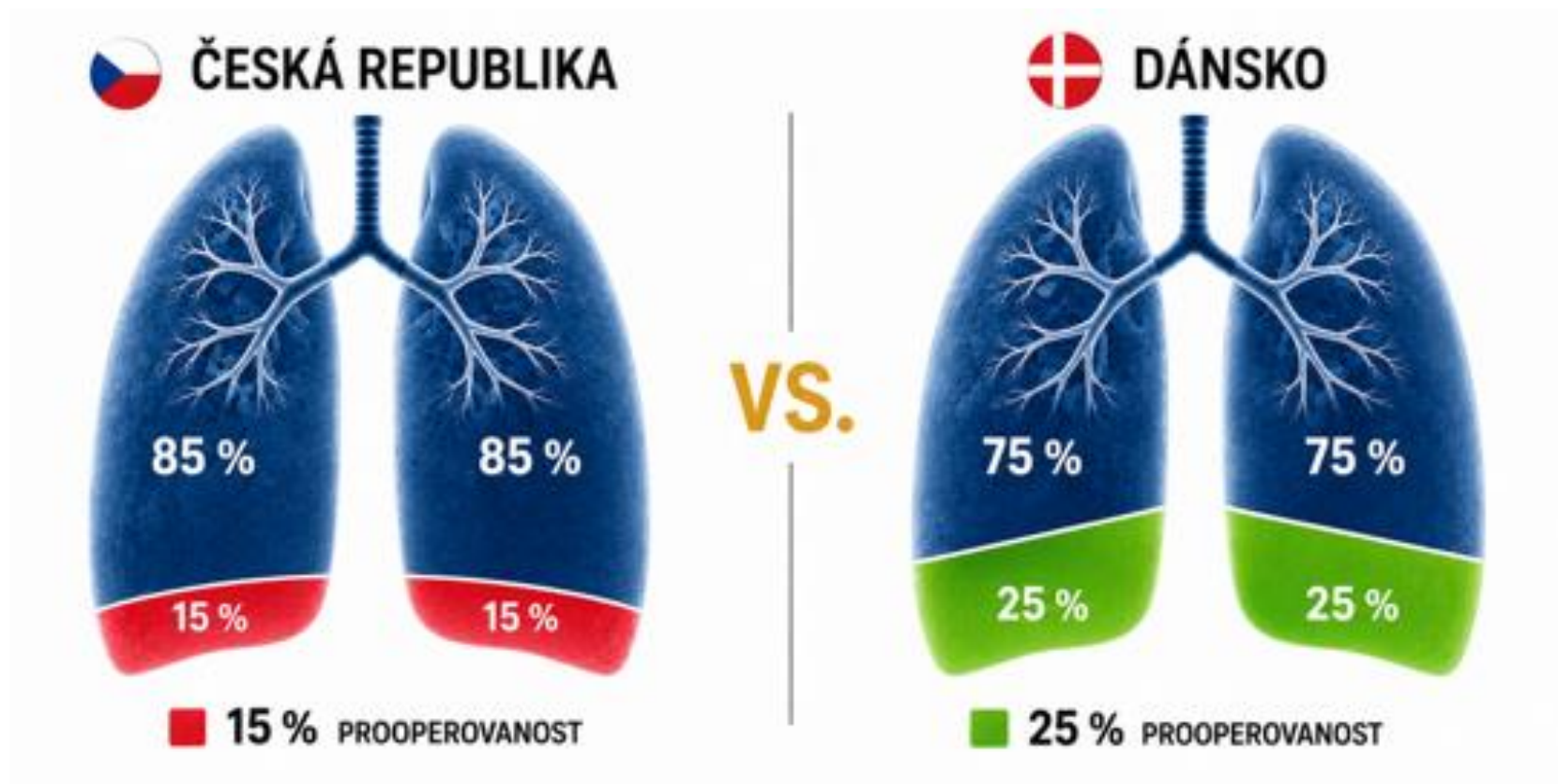
Kaplan-Meierova křivka celkového (pozorovaného přežití)



Bodové odhady (95% IS) celkového přežití z KM křivek

Léčba v centru pro oblast karcinomu rekta	N	1leté přežití	3leté přežití
ANO	743	66,5 (63,2–70,0)	36,1 (32,4–40,2)
NE	462	55,4 (51,1–60,1)	25,5 (21,4–30,5)

2. Vyšší prooperovanost





Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Lung Cancer

journal homepage: www.elsevier.com/locate/lungcan



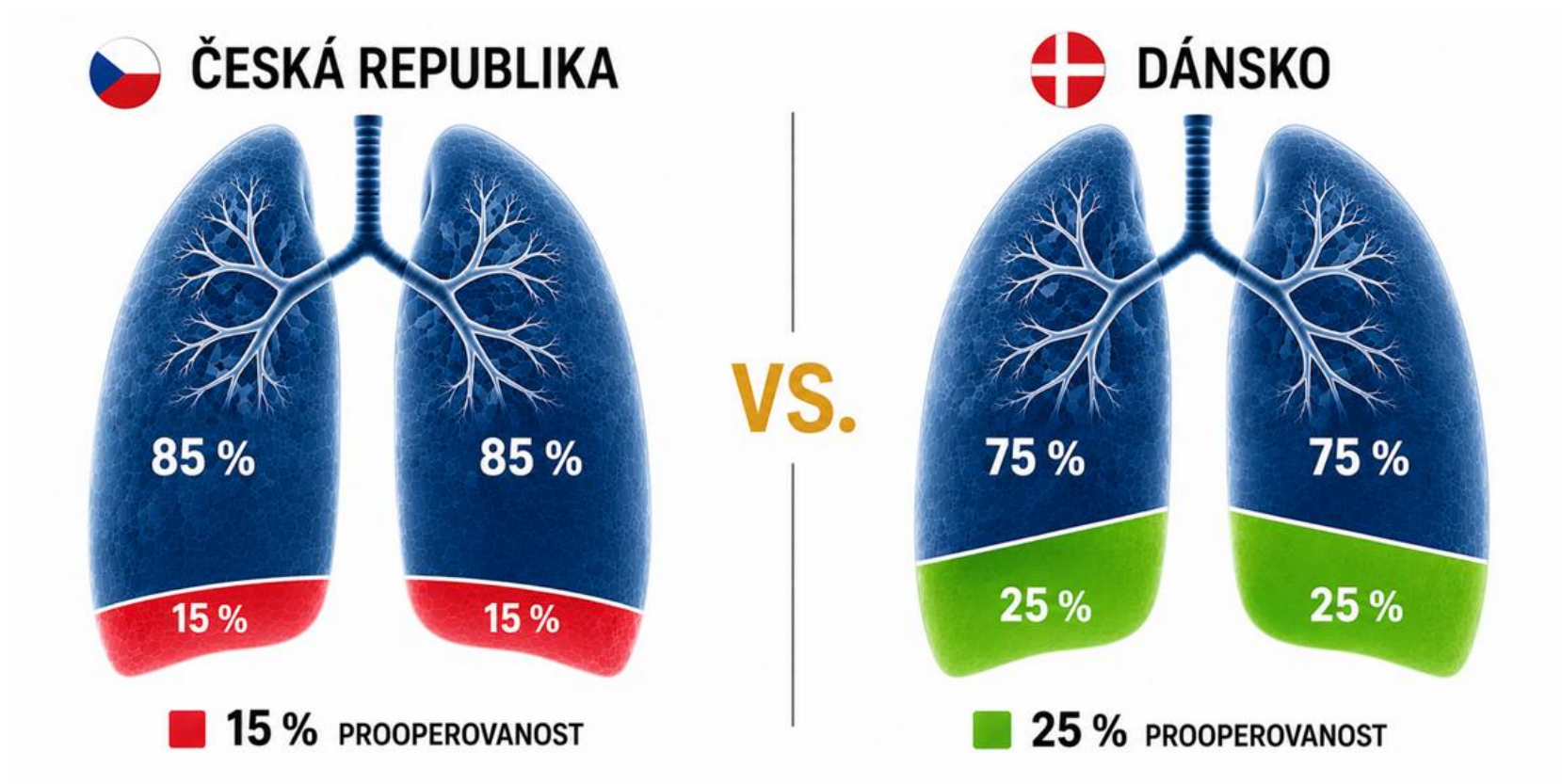
The Danish lung cancer registry: A nationwide validation study

Anja Gouliaev^{a,b,*}, Fatima Ali^c, Erik Jakobsen^d, Susanne O. Dalton^{e,f}, Ole Hilberg^{g,h}, Torben R. Rasmussen^{a,b}, Niels L. Christensen^{a,b}

hospital for diagnostic procedures and evaluation. In 2022, 5043 Danish patients were diagnosed with lung cancer (47.9 % men and 52.1 % women), of whom 1259 (25.0 %) were treated surgically [11]. There are 13 departments of pulmonology involved in lung cancer evaluation, 4 departments of cardiothoracic surgery and 12 departments of oncology treating lung cancer in Denmark.

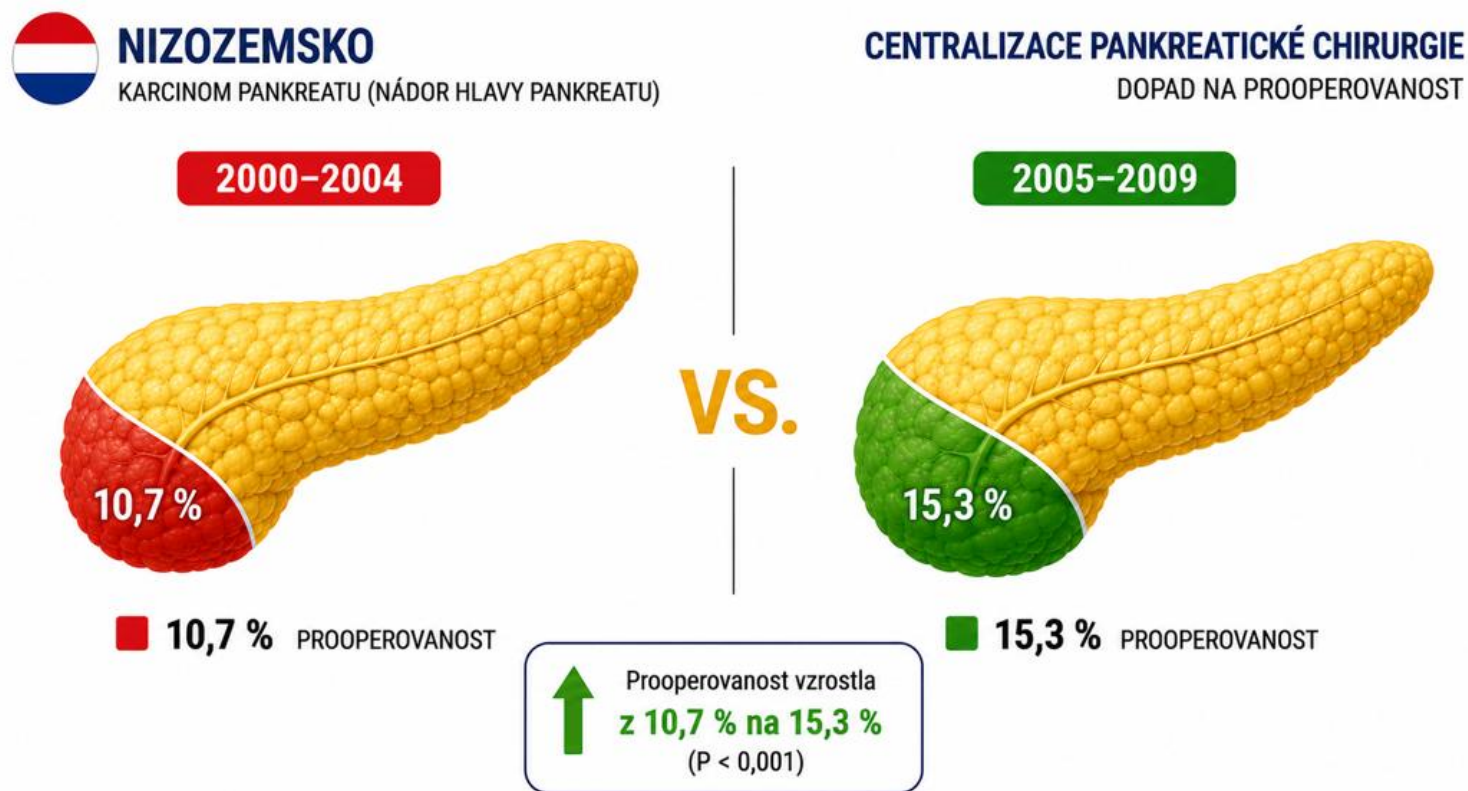


Prooperovanost u karcinomu plic



Zdroj: Danish Lung Cancer Registry, Národní Onkologický Registr ČR

Prooperovanost u karcinomu slinivky



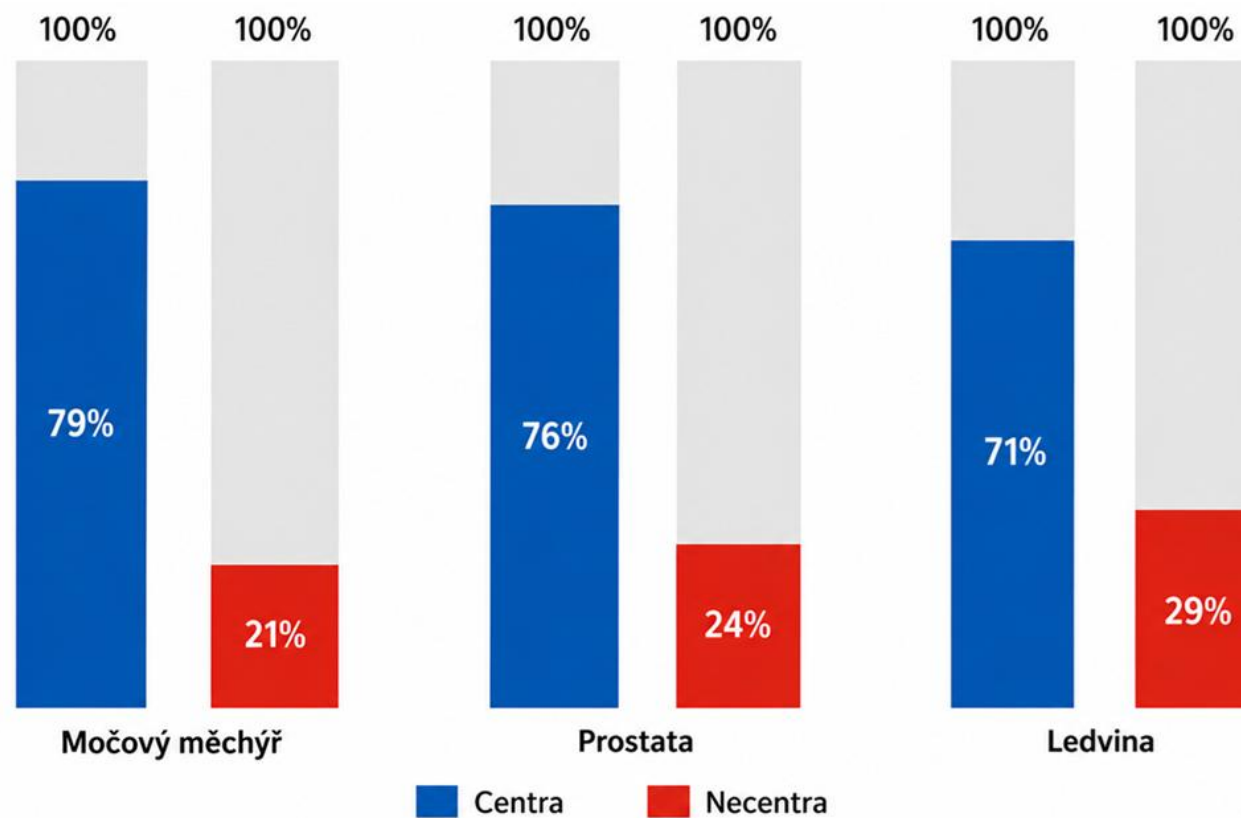
Zdroj: Netherlands Cancer Registry (NCR)

3. Multidisciplinární týmy





Podíl vykázaných multidisciplinárních týmů (výkon 51881)



Zdroj: ÚZIS



4. Radikalita operací





Podíl paliativních výkonů u resekce rekta v ČR

	Sfinkter záchovné výkony	Amputační výkony	Paliativní výkony
Vysoce specializovaná centra	74,62 % (2755)	10,08 % (372)	15,30 % (565)
Ostatní pracoviště (Necentra)	62,13 % (1045)	7,79 % (131)	30,08 % (506)

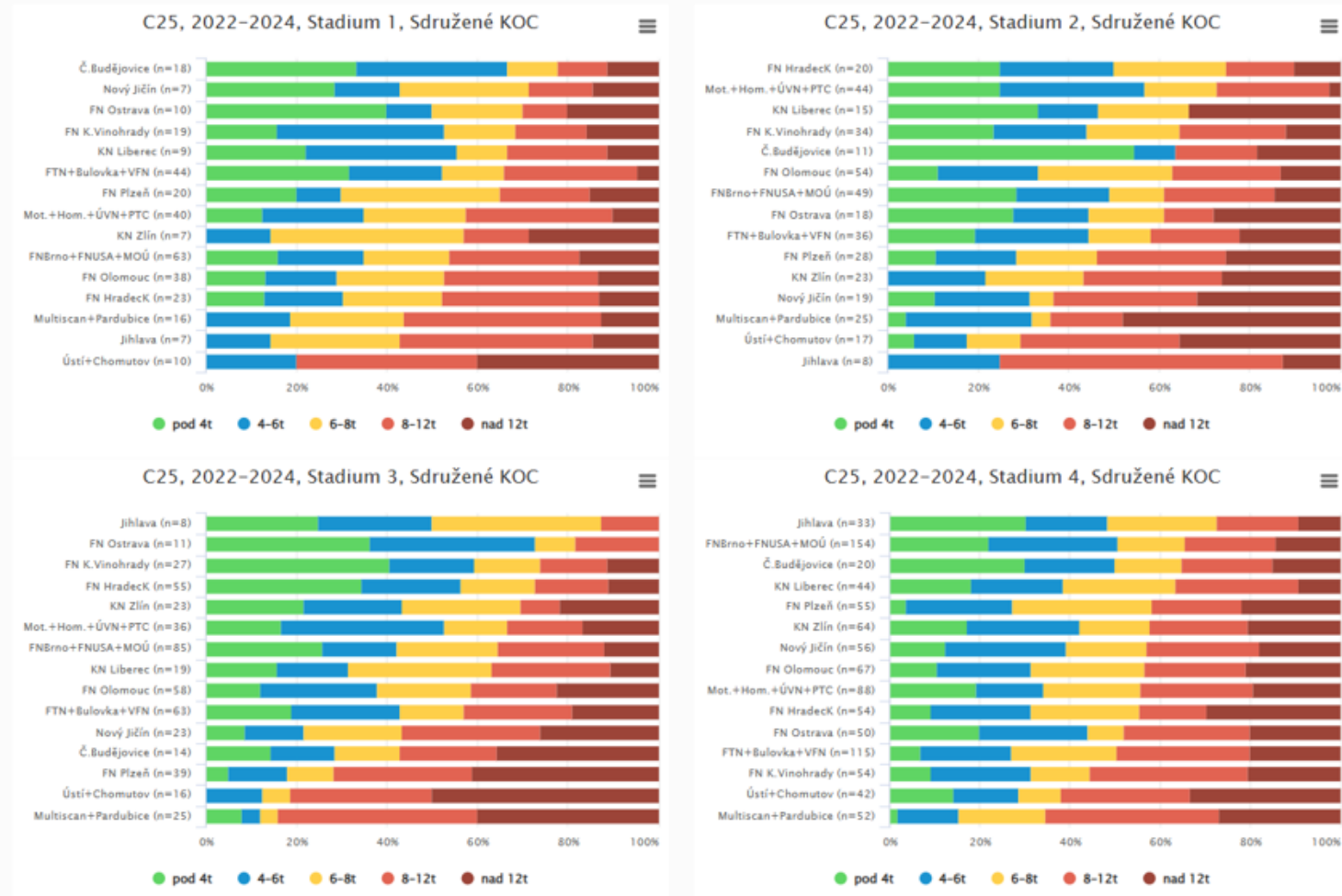
5. Kratší čekací lhůty



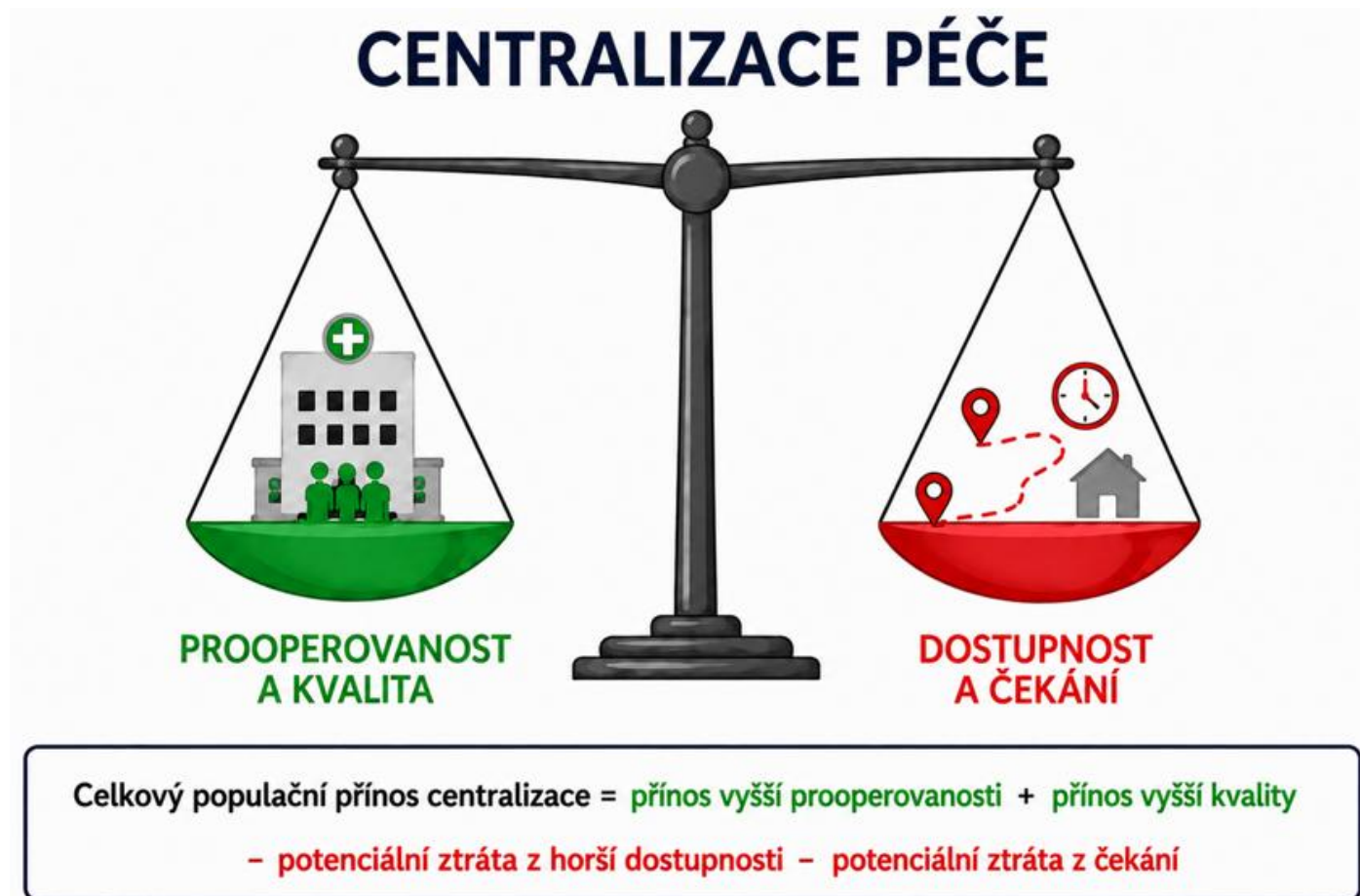
Čekací lhůty u karcinomu slinivky v ČR



B.1. Doba do zahájení léčby podle stadia a sdružených KOC

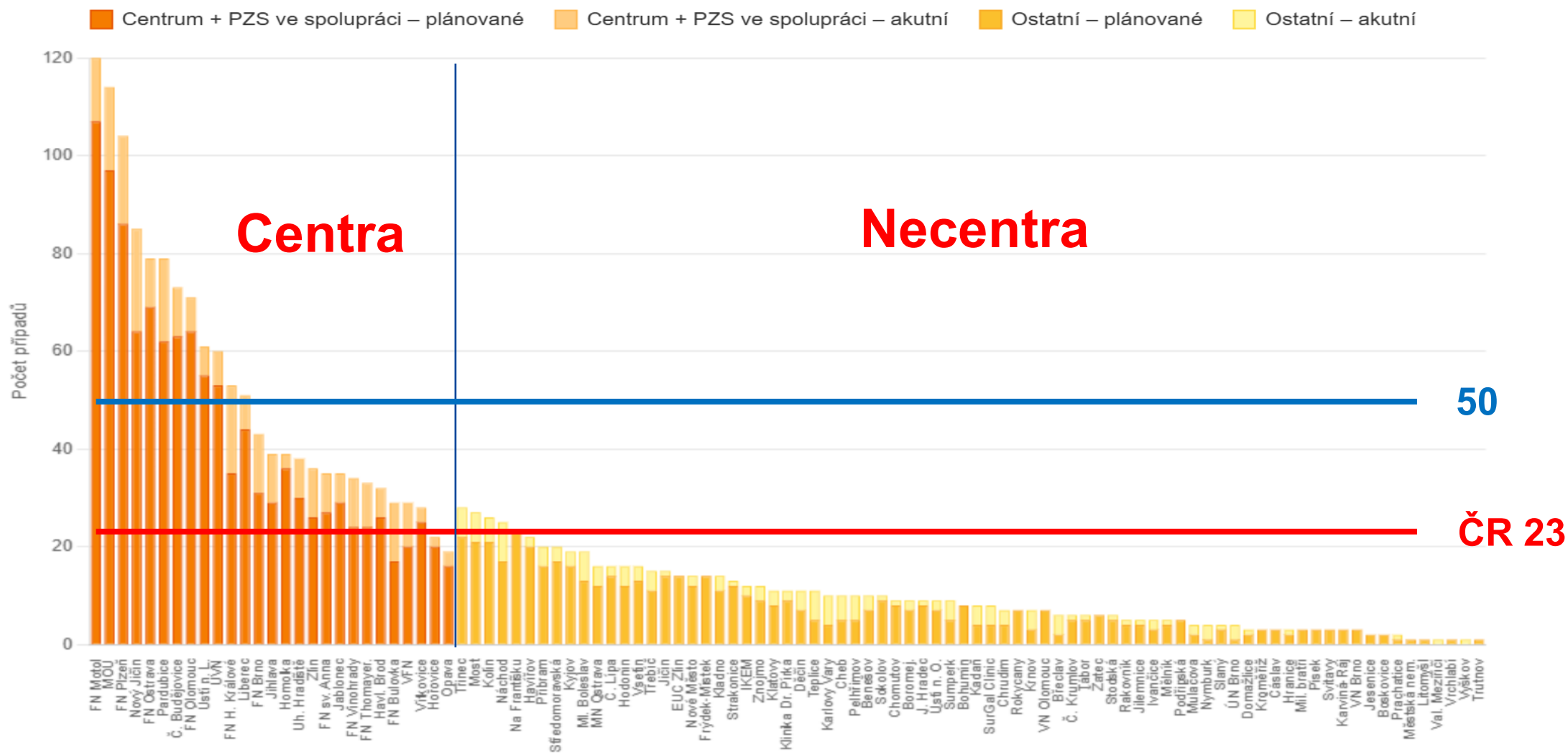


Rovnice rovnováhy centralizace



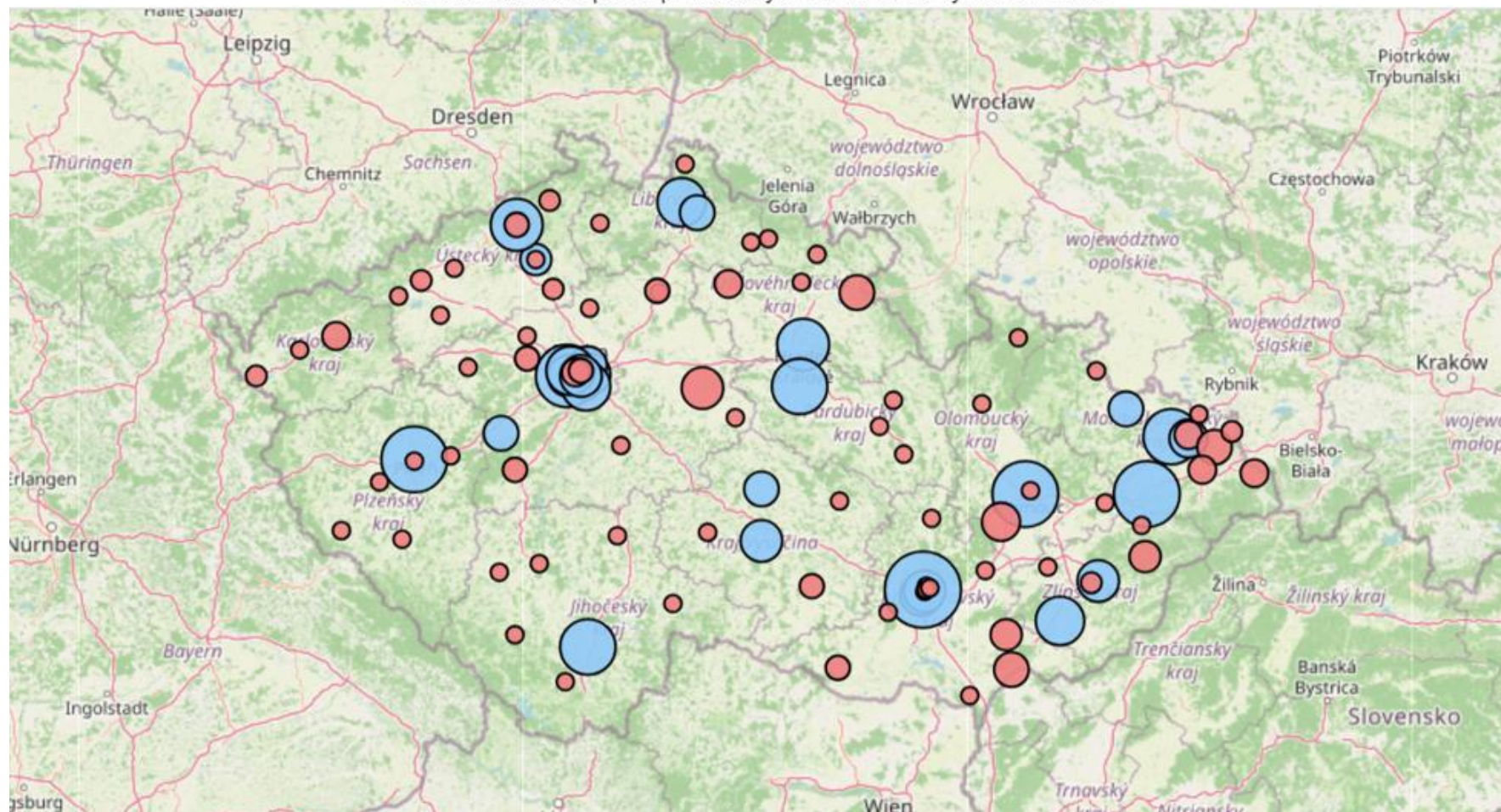


Roční počet operačních výkonů resekce rekta v ČR



Rozmístění center pro resekci rekta v ČR

● Zařízení je centrem vysoce specializované péče v dané chirurgické oblasti či centrem "ve spolupráci" / ● Zařízení není centrem
Velikost bodu dle počtu provedených zákroků ve vybraném roce







Ministerstvo
zdravotnictví

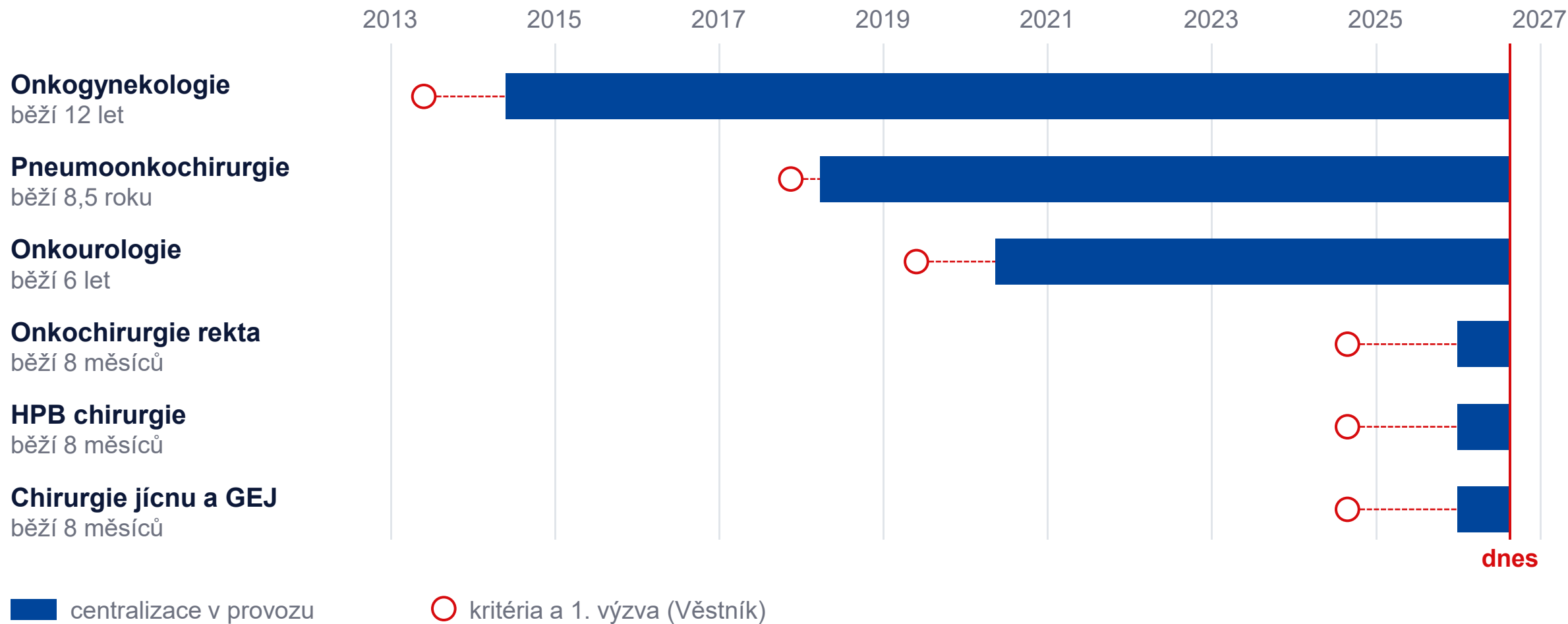
Centralizace onkochirurgie v České republice

MUDr. Tomáš Hauer

předseda Pracovní skupiny pro specializovanou
zdravotní péči a centra vysoce specializované péče
Ministerstva zdravotnictví



Centralizace onkochirurgie: jak dlouho ji už máme





Centralizace onkochirurgie: jak dlouho ji už máme

Nejdelší zkušenost má onkogynekologie – 12 let.





Centralizace HPB chirurgie

Centra od roku 2026 · 15 center · průměr let 2023 a 2024

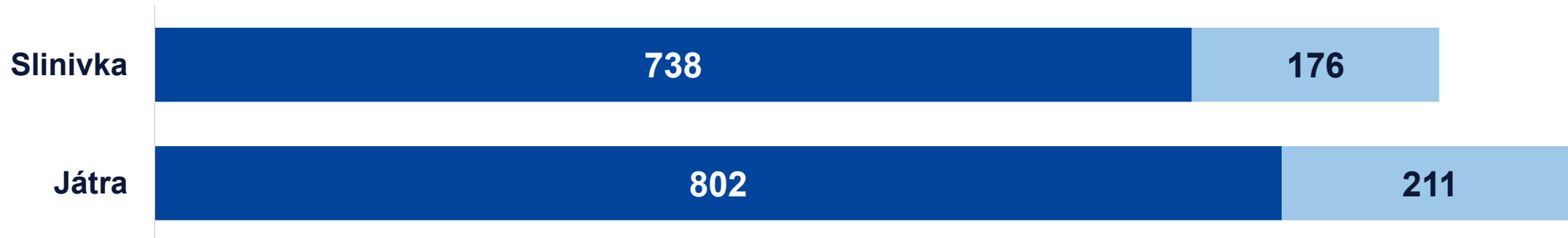


HPB chirurgie: játra a slinivka odděleně

Průměrný roční počet výkonů, roky 2023 a 2024

Rozdělení výkonů podle poskytovatele

■ Centra (15) ■ Mimo centra



1 927

výkonů ročně celkem

79,2 %

jaterních výkonů v 15 centrech

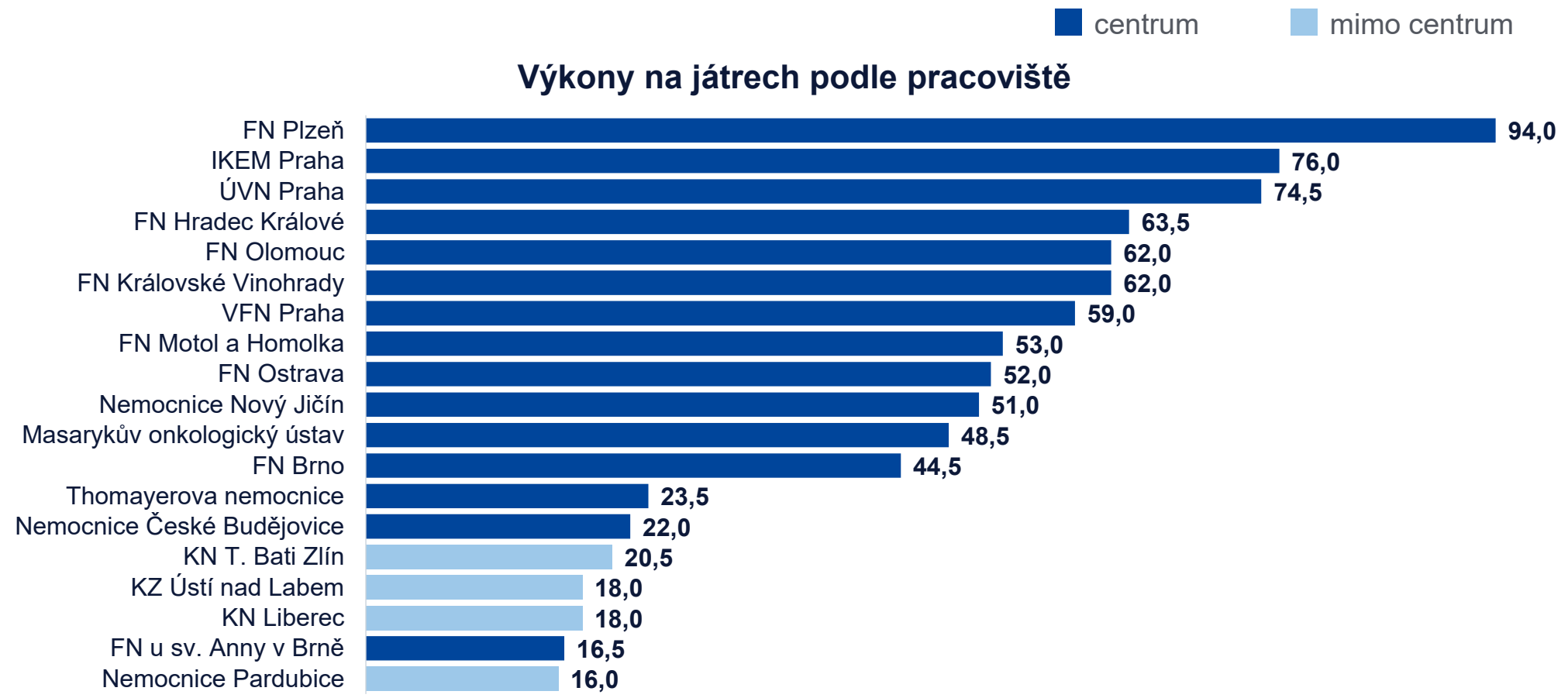
80,7 %

výkonů na slinivce v 15 centrech



Játra: objemy podle pracovišť

Průměrný roční počet 2023–2024. Zobrazena všechna centra a pracoviště bez statutu s 15 a více výkony.





Slinivka: objemy podle pracovišť

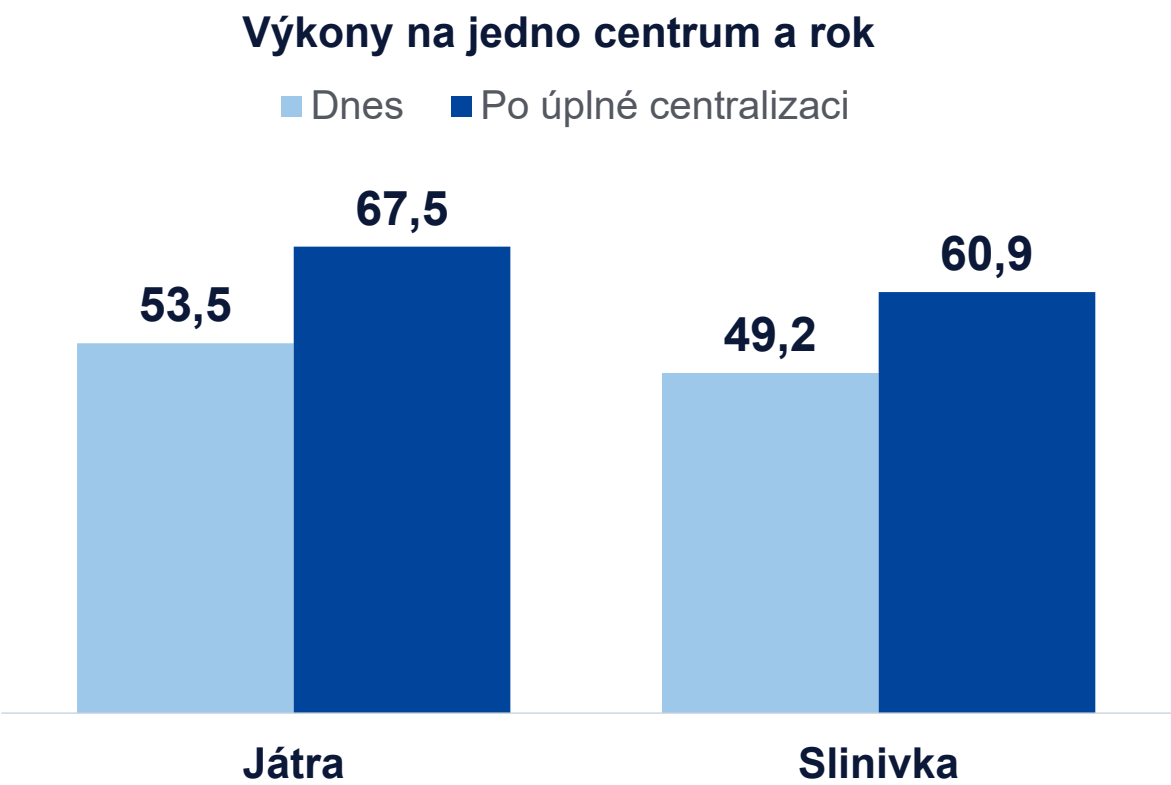
Průměrný roční počet 2023–2024. Pardubice mají bez statutu 28,5 výkonu – více než čtyři centra.





Co úplná centralizace znamená pro jedno centrum HPB

Modelový výpočet: veškerá péče rozdělena rovnoměrně mezi 15 center, průměr 2023–2024



+14

četnosti výkonů ročně navíc na jedno centrum

+12

výkonů na slinivce ročně navíc na jedno centrum

+0,5

výkonů týdně navíc na jedno centrum za oba typy



Shrnutí: HPB chirurgie

Plná centralizace od 1. 9. 2026

Veškerá operativa jater a slinivky v 15 centrech

+2,2

pacienta na jedno centrum a
měsíc

387

výkonů ročně se přesune do
center

79,9 %

→ 100 % péče v centrech



HPB: týdenní hlášení čekacích dob na operaci

Nová povinnost pro všech 15 center HPB chirurgie

Poprvé v historii mají centra povinnost každý týden vyplňovat a online odesílat na ministerstvo přehled čekacích dob na operaci.



Týdně

Přehled se odesílá každý týden, ne jednou za rok.

Online

Data jdou přímo na Ministerstvo zdravotnictví.

Od 1. kontaktu

Čekací doba se měří od prvního kontaktu pacienta s centrem.

Ministerstvo tak bude mít poprvé průběžný přehled o dostupnosti operací, ne jen o objemech provedené péče.



Centralizace onkogynekologie

Centra od roku 2014 · 16 center · data za rok 2025



Onkogynekologie: kde se dnes operuje

Hospitalizační případy v bázích CZ-DRG 13-I01 až 13-I08, rok 2025

Rozdělení 3 095 případů podle poskytovatele

■ Centra (16) ■ Mimo centra (58 nemocnic)



3 095

hospitalizačních případů celkem

81,4 %

2 520 případů v 16 centrech

18,6 %

575 případů v 58 nemocnicích



Kolik péče zbývá docentralizovat

Případy provedené mimo centra podle CZ-DRG báze, rok 2025



18,6 %

zbývá docentralizovat – 575 případů ročně

73 %

zbytku tvoří jediná báze: neradikální výkony (13-I08)

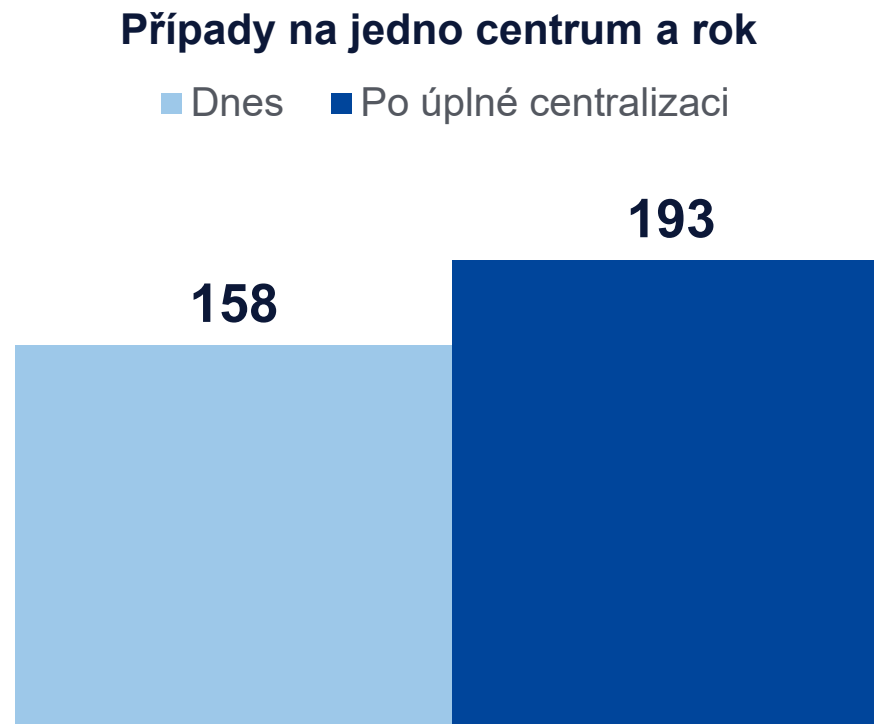
42 z 58

nemocnic mimo centra provede méně než 10 případů ročně



Co úplná centralizace znamená pro jedno centrum

Modelový výpočet: všech 3 095 případů rozděleno rovnoměrně mezi 16 center



+36

případů ročně navíc na jedno centrum

+3

případy měsíčně navíc na jedno centrum

+0,7

případu týdně navíc na jedno centrum



Shrnutí: onkogynekologie

Plná centralizace od 1. 1. 2027

Veškerá onkogynekologická operativa v 16 centrech vysoce specializované péče

+3,0

pacientky na jedno centrum a
měsíc

575

případů ročně se přesune do
center

81,4 %

→ 100 % péče v centrech



Centralizace chirurgie jícnu

Centra od roku 2026 · 9 center · data za rok 2025



Chirurgie jícnu: kde se dnes operuje

Výkony na jícnu a gastroezofageální junkci, rok 2025

Rozdělení 187 výkonů podle poskytovatele

■ Centra (9) ■ Mimo centra (7 pracovišť)



187

výkonů celkem

84,0 %

157 výkonů v 9 centrech

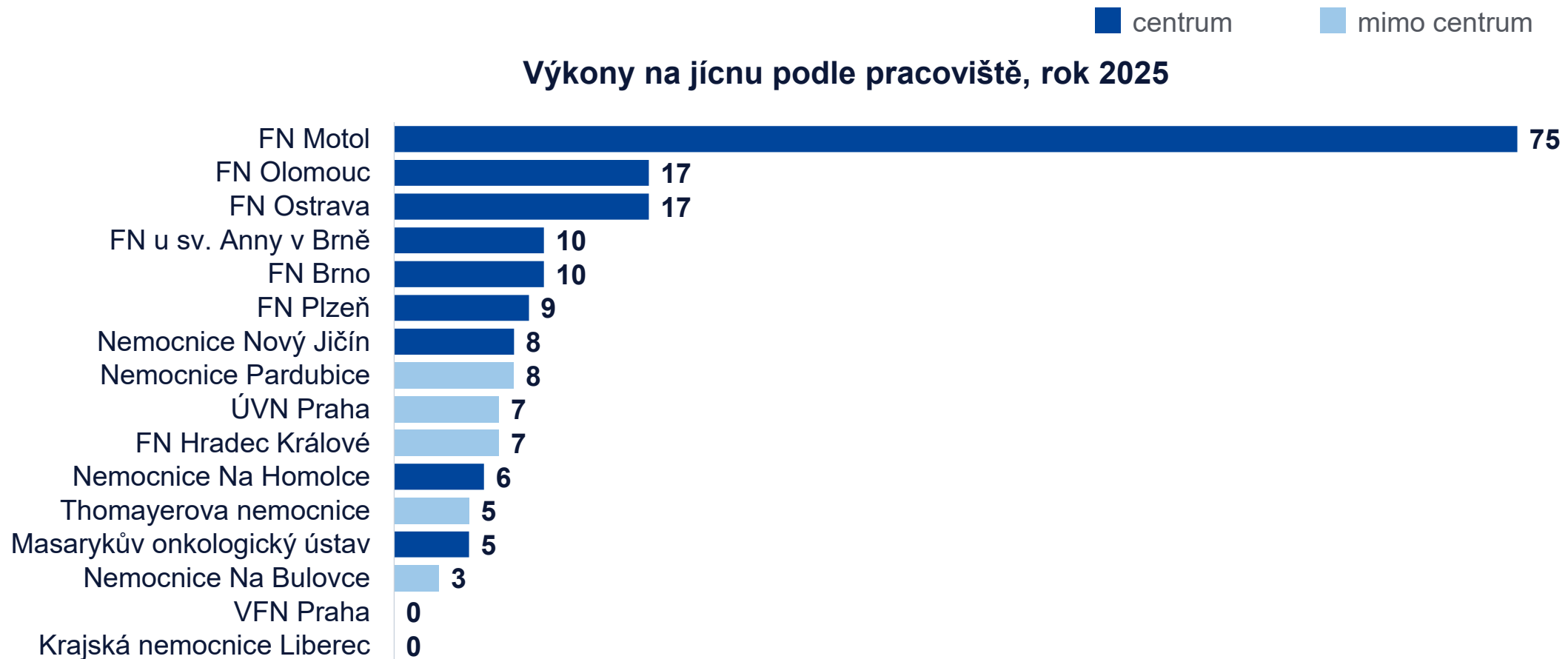
16,0 %

30 výkonů mimo centra



Jícen: objemy jsou extrémně nerovnoměrné

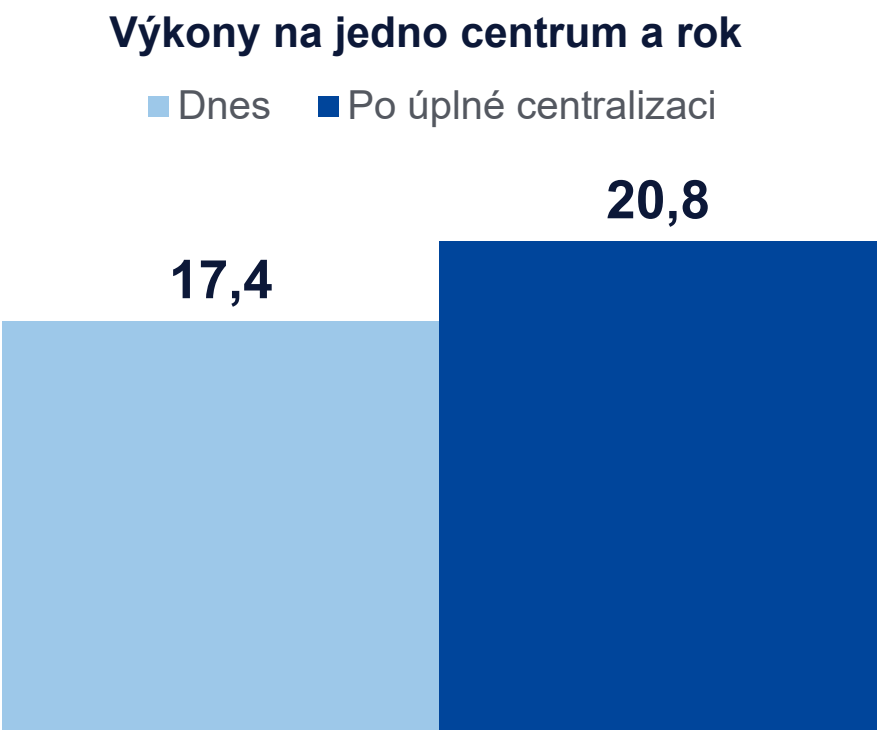
Motol provedl 75 z 187 výkonů (40 %). Čtyři z devíti center provedla méně než 10 výkonů za rok.





Co úplná centralizace znamená pro jedno centrum jícnu

Modelový výpočet: všech 187 výkonů roku 2025 rozděleno rovnoměrně mezi 9 center



+3,3

výkonu ročně navíc na jedno centrum

+1

výkon navíc přibližně každé čtyři měsíce

21

výkonů ročně na centrum po úplné centralizaci celkově



Shrnutí: chirurgie jícnu

Plná centralizace od 1. 9. 2026

Veškerá operativa jícnu a gastroezofageální junkce v 9 centrech

+0,3

pacienta na jedno centrum a
měsíc

30

výkonů ročně se přesune do
center

84,0 %

→ 100 % péče v centrech



Centralizace onkochirurgie rekta

Centra od roku 2026 · 28 center · data za rok 2025



Onkochirurgie rekta: kde se dnes operuje

Resekční výkonů na rektu, rok 2025

Rozdělení 2 006 výkonů podle poskytovatele

■ Centra (28) ■ Mimo centra (79 pracovišť)



2 006
výkonů celkem

70,2 %
1 408 výkonů ve 28 centrech

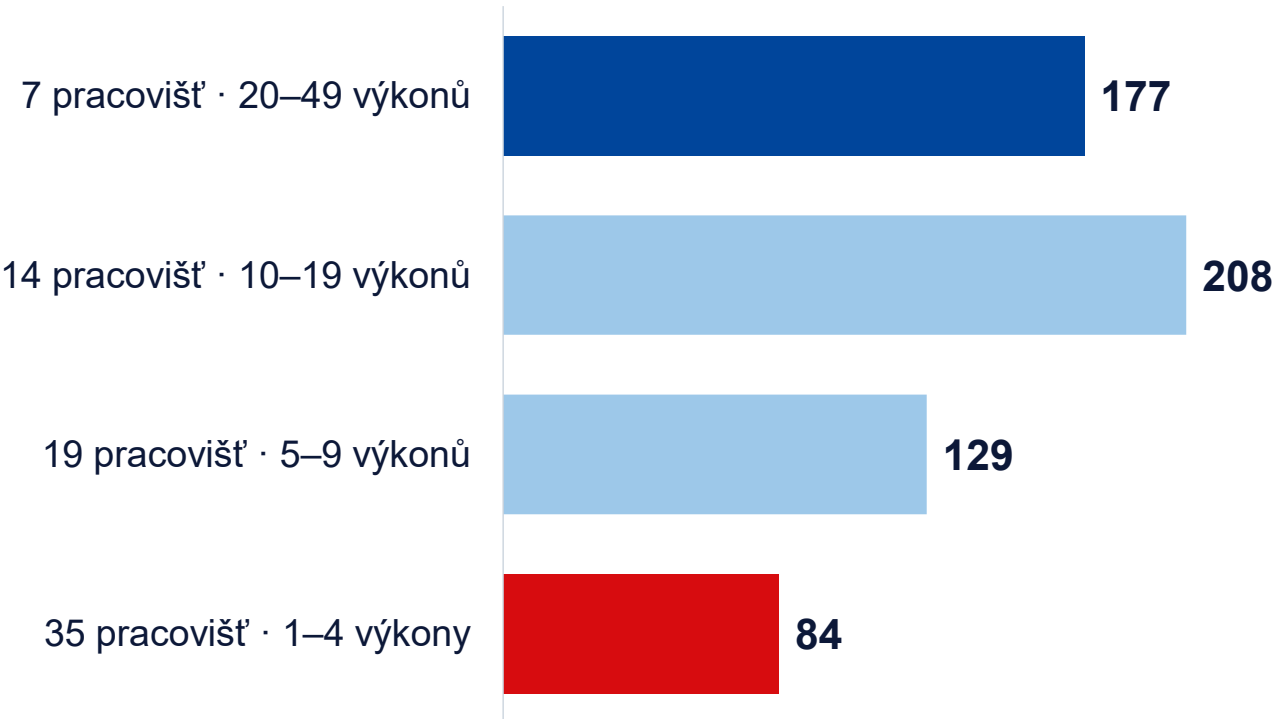
29,8 %
598 výkonů na 79 pracovištích



Rektum: péče mimo centra je rozdrobená

79 pracovišť mimo centra podle ročního počtu výkonů, rok 2025

Počet výkonů podle velikosti pracoviště



54 z 79

pracovišť mimo centra provede méně než 10 výkonů ročně

35

pracovišť provede jen 1 až 4 výkony za rok

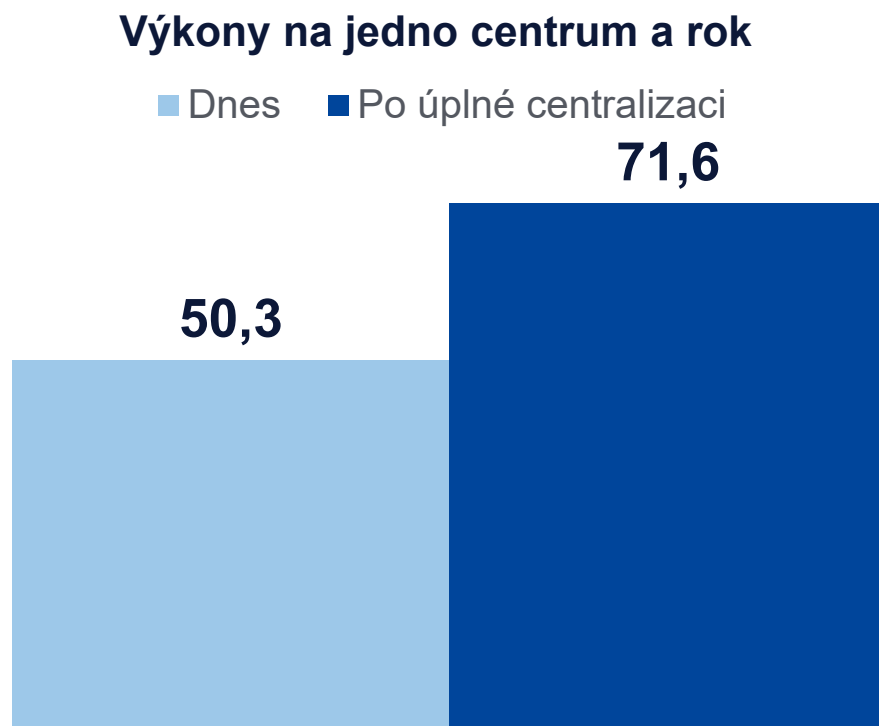
36

výkonů měla největší nemocnice mimo centra (Kolín)



Co úplná centralizace znamená pro jedno centrum rekta

Modelový výpočet: všech 2 006 výkonů roku 2025 rozděleno rovnoměrně mezi 28 center



+21

výkonů ročně navíc na jedno centrum

+1,8

výkonu měsíčně navíc na jedno centrum

+0,4

výkonu týdně navíc na jedno centrum



Shrnutí: onkochirurgie rekta

Plná centralizace od 1. 1. 2027

Veškerá resekční operativa rekta ve 28 centrech

+1,8

pacienta na jedno centrum a
měsíc

598

výkonů ročně se přesune do
center

70,2 %

→ 100 % péče v centrech



Centralizace pneumoonkochirurgie

Centra od roku 2018 · 12 center · data za rok 2025



Pneumoonkochirurgie: kde se dnes operuje

Resekční výkonů na plicích, rok 2025

Rozdělení 1 140 výkonů podle poskytovatele

■ Centra (12) ■ Mimo centra (10 pracovišť)



1 140

výkonů celkem

76,1 %

867 výkonů ve 12 centrech

23,9 %

273 výkonů na 10 pracovištích



Plíce: statut centra dnes neodpovídá objemu

Homolka, Liberec i Bulovka mají bez statutu centra vyšší objem než čtyři z dvanácti center.



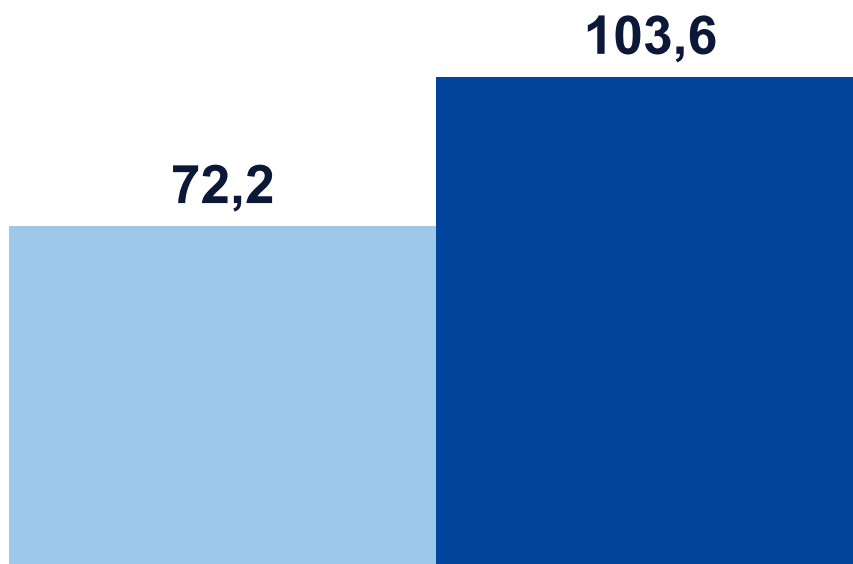


Plíce: nová výzva 2027 a síť 11 - 13 center od roku 2028

V roce 2027 docentralizace neproběhne. Proběhne nová výzva a od roku 2028 počítáme s 11 centry.

Výkony na jedno centrum a rok

■ Dnes (12 center) ■ Model 2028 (11 center, úplná centralizace)



2027

nová výzva k udělení statutů –
docentralizace v tomto roce neproběhne

11

center od roku 2028, rovnoměrně
rozvrstvených po celé ČR

104

výkonů ročně na jedno centrum při 11
centrech a úplné centralizaci



Shrnutí: pneumonochirurgie

Plná centralizace od 1. 1. 2028

Veškerá resekční operativa plic v 11 centrech s rovnoměrným pokrytím ČR

+2,6

pacienta na jedno centrum a
měsíc

273

výkonů ročně se přesune do
center

76,1 %

→ 100 % péče v centrech



Centralizace onkourologie

Centra OUC a KOC · 23 center · data za rok 2025



Onkourologie: kde se dnes operuje

Hospitalizační případy dle článku 5 výzvy OUC, rok 2025 · centrem je pracoviště se statutem OUC nebo KOC

Rozdělení 8 741 případů podle poskytovatele

■ Centra OUC a KOC (23) ■ Mimo centra (55 pracovišť)



8 741

případů celkem

74,3 %

6 495 případů v 23 centrech

25,7 %

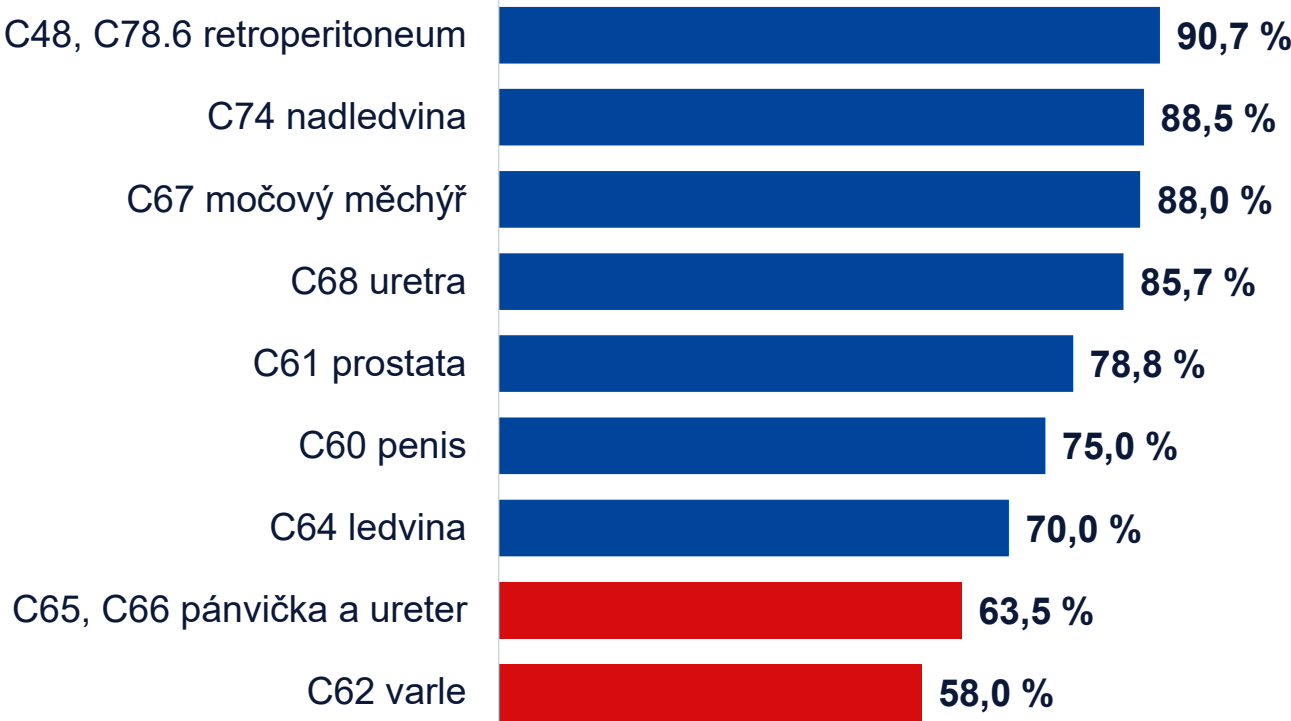
2 246 na 55 pracovištích



Onkourologie: kde centralizace zaostává

Podíl případů v centrech se statutem OUC nebo KOC podle diagnózy, rok 2025

Podíl péče v centrech podle diagnózy



47,1 %

nejnižší centralizace – varle (C62)

2 786

případů mimo centra tvoří prostata a ledvina

81 %

diagnóz pro krok 2027 je už dnes v centrech



Onkourologie: plán docentralizace 2027–2030

Objemy roku 2025 · centrem je pracoviště se statutem OUC nebo KOC · přepočet na 23 center

2027	Radikální výkony pro C67, C68, C48, C78.6 a C74 750 případů ročně · dnes 88,4 % v centrech	+87 případů do center	+0,3 na centrum a měsíc
2028	Výkony pro C60, C62, C63, C64, C65 a C66 4 339 případů ročně · dnes 68,1 % v centrech	+1 383 případů do center	+5,0 na centrum a měsíc
2030	Radikální prostatektomie pro C61 3 652 případů ročně · dnes 78,8 % v centrech · rostoucí koeficient	+776 případů do center	+2,8 na centrum a měsíc

U radikálních operací ledviny budou centralizovány i výkony pro neonkologické diagnózy. Celkem všechny kroky: +8,1 případu na centrum a měsíc.



Shrnutí: onkourologie

Plná centralizace postupně do roku 2030

Kroky 2027 a 2028, prostata s rostoucím koeficientem do roku 2030 · 23 center OUC a KOC

+2,0

pacienta na jedno centrum a
týden

2 246

případů ročně se přesune do
center

74,3 %

→ 100 % péče v centrech



Jak se docentralizace prakticky děje

Centralizace se neděje zákazem. Věstník vymezí péči, pojišťovny a úhradová vyhláška ji vymáhají.

PODKLAD

Docentralizační věstníky MZD

Jasně stanovují, která péče se nadále poskytuje pouze v centrech vysoce specializované péče.



1



Zdravotní pojišťovny

Odsmlouvávají dané výkony z nemocnic bez statutu centra podle vymezení ve věstníku.

2



Ministerstvo zdravotnictví

Navyšuje koeficient centralizace v úhradové vyhlášce, který razantně snižuje úhradu mimo centra.

Oba nástroje se nasazují postupně, podle termínů plné centralizace u jednotlivých oborů.



Centralizace onkochirurgie: kde jsme a kam jdeme

Onkogynekologie · onkochirurgie rekta · pneumoonkochirurgie · chirurgie jícnu · HPB chirurgie · onkourologie

Tři ze čtyř onkochirurgických výkonů v těchto oborech se už dnes provádějí v centrech. Do roku 2030 tam bude veškerá tato péče.

76 %

výkonů se dnes provádí v
centrech

17 096

výkonů ročně v šesti oborech

4 109

výkonů zbývá docentralizovat



Ministerstvo
zdravotnictví

**Děkujeme
za pozornost**

Ministerstvo zdravotnictví