



FAKULTA
BIOMEDICÍNSKÉHO
INŽENÝRSTVÍ
ČVUT V PRAZE



Indikátory kvality nejen onkologické péče

**aneb jak si tady žijeme v éře po zveřejnění
indikátorů**

Aleš Tichopád · ČVUT FBMI

Konference specializované péče · 20. května 2026

INDIKO

Portál s indikátory kvality zdravotní péče

Měřit znamená řídit



Spolufinancováno
Evropskou unií

**C25**

Karcinom slinivky břišní

Onkologická péče, pacienti s karcinomem pankreatu

[Zobrazit indikátor](#)**C34**

Karcinom plic

Onkologická péče, pacienti s karcinomem plic, NSCLC

[Zobrazit indikátor](#)**C50**

Karcinom prsu

Onkologická péče, pacienti s karcinomem prsu

[Zobrazit indikátor](#)**IBD**

IBD (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida)

Crohnova choroba (CD, MKN-10: K50) a ulcerózní kolitida (UC, MKN-10: K51).

[Zobrazit indikátor](#)

Kdo za portálem stojí

FBMI ČVUT

Datový tým Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT – tvůrce portálu a metodiky; vedoucí výzkumné skupiny Aleš Tichopád.

Ministerstvo zdravotnictví ČR

Zadavatel a garant; Zasazuje portál do tzv. „Onkologického patera“.

ÚZIS ČR

Správce registrů a zdravotnických dat. Partner ve vývoj metodiky.

Kancelář zdravotního pojištění (KZP)

Partner ve vývoj metodiky

Odborné společnosti

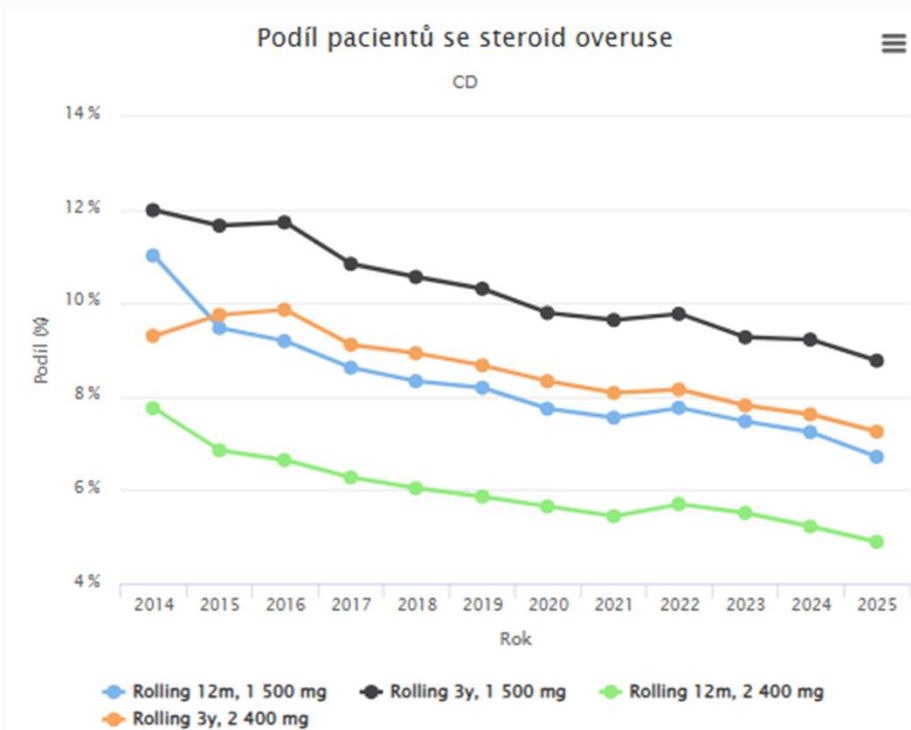
Spolupráce na metodice hodnocení a interpretaci; zapojení patientských organizací.

Data o indikátorech v onkologii: Zrychlit jde hlavně péče před branami KOC

6 minut čtení | 30. 3. 2026 | [Adéla Čabanová](#) | Vyšlo v titulu [Medical Tribune](#)

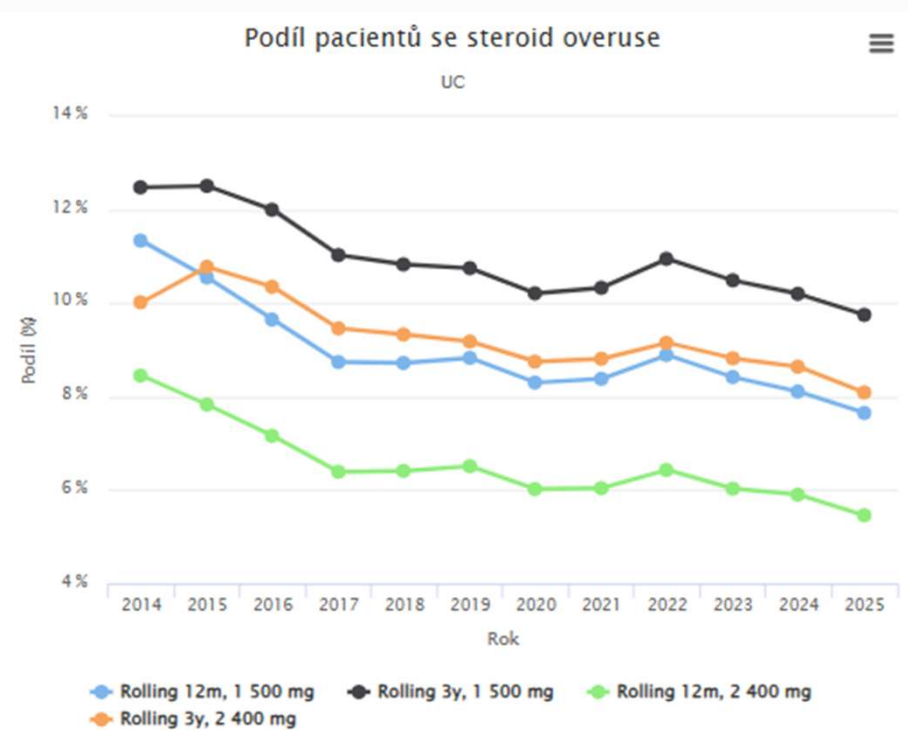


C.1 Podíl pacientů se steroid overuse, ČR



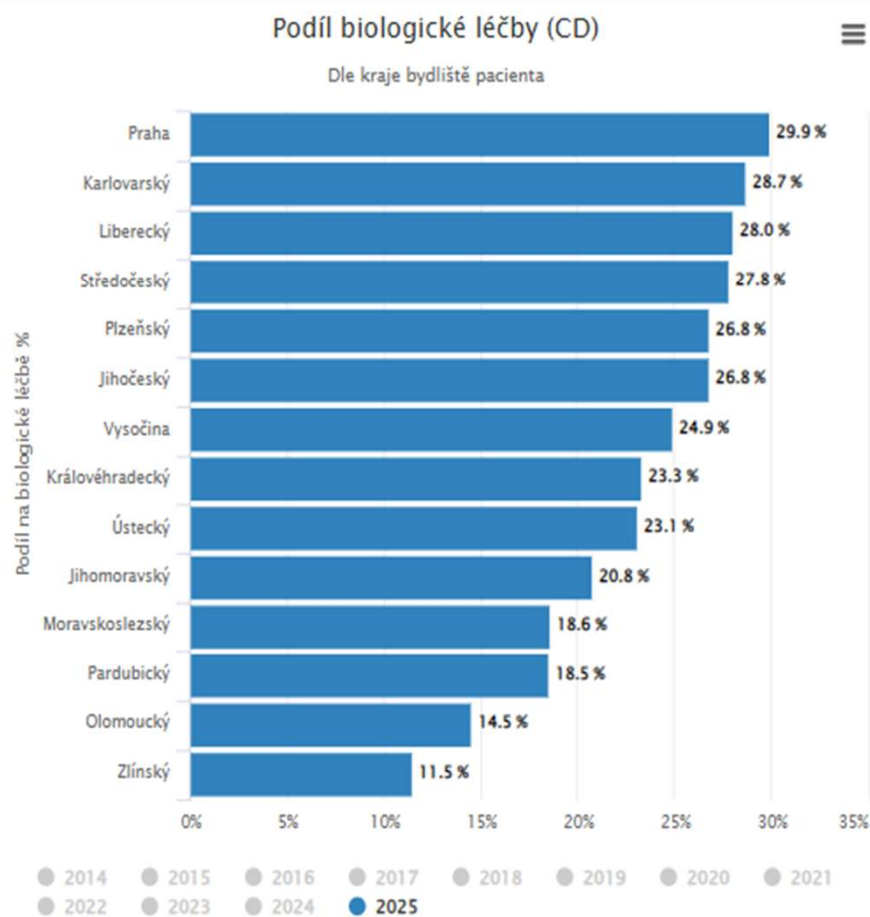
Graf 2.2: Podíl pacientů se steroid overuse, CD, ČR.

Overuse = překročení dávkového prahu NEBO délka CS terapie > 90 dnů. Rolling12m = klouzavé 12měsíční okno; Rolling 3y = klouzavé 3leté okno. Práh je v mg prednison-ekvivalentu.

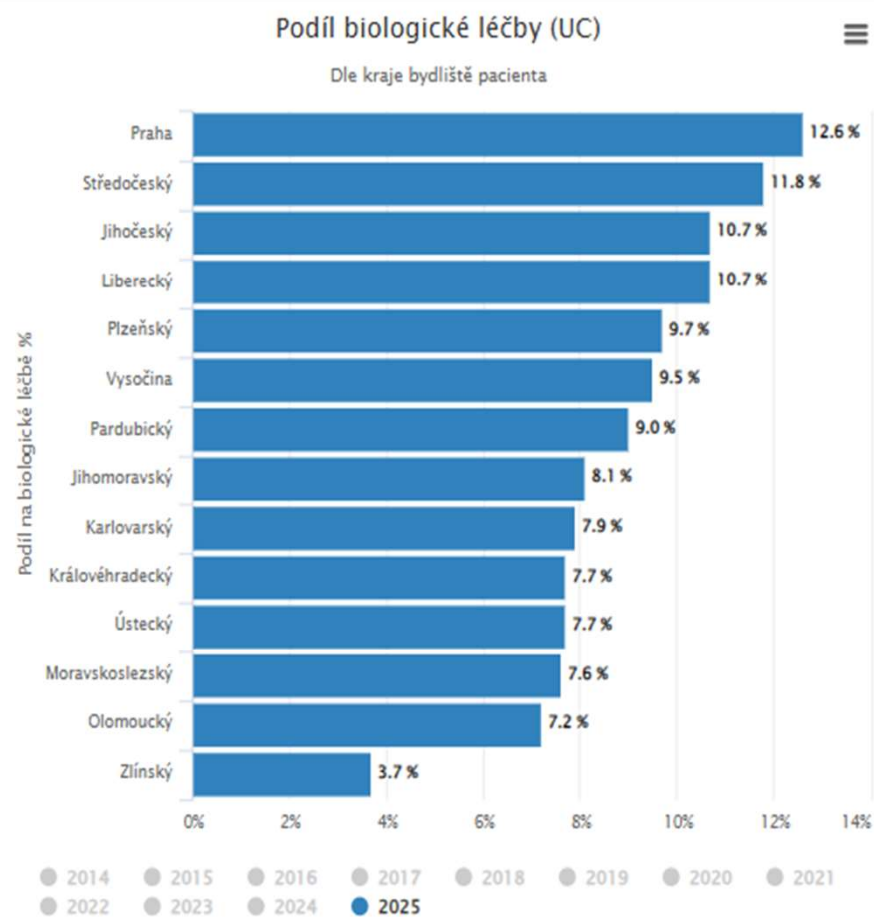


Graf 2.3: Podíl pacientů se steroid overuse, UC, ČR.

E.3 Stratifikace dle kraje bydliště: Biologická léčba

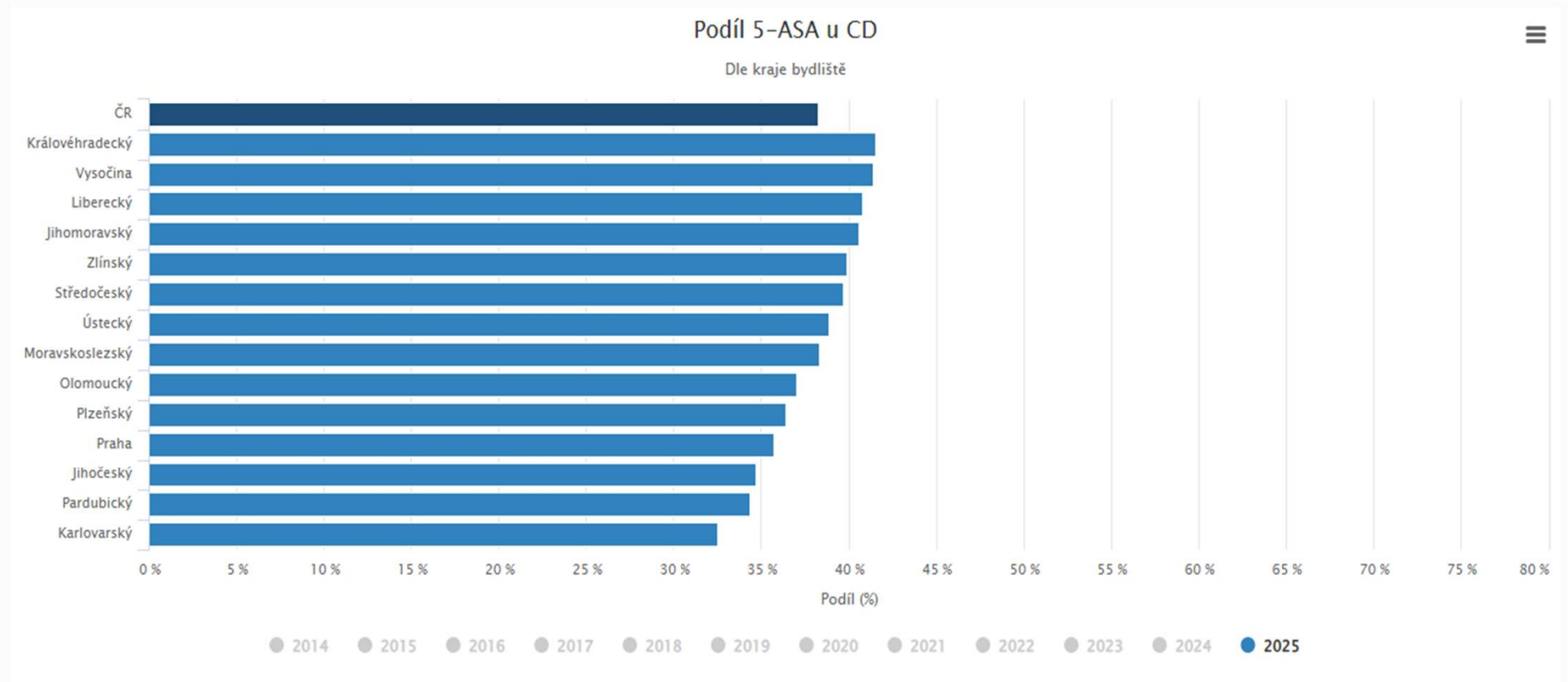


Graf 5.4: Podíl pacientů na biologické léčbě dle kraje bydliště.



Graf 5.5: Podíl pacientů na biologické léčbě dle kraje bydliště.

B.3 Stratifikace dle kraje bydliště: Podíl CD pacientů léčených 5-ASA (kraje)



Graf 1.4: Stratifikace dle kraje bydliště: Podíl CD pacientů léčených 5-ASA (ČR a kraje).

Věříme v onkologické patero

1. Dobrý start

Včasná a správná diagnostika hned na začátku.

2. Krátké čekací lhůty

Minimální doba od diagnózy do zahájení léčby.

3. Koordinátor péče

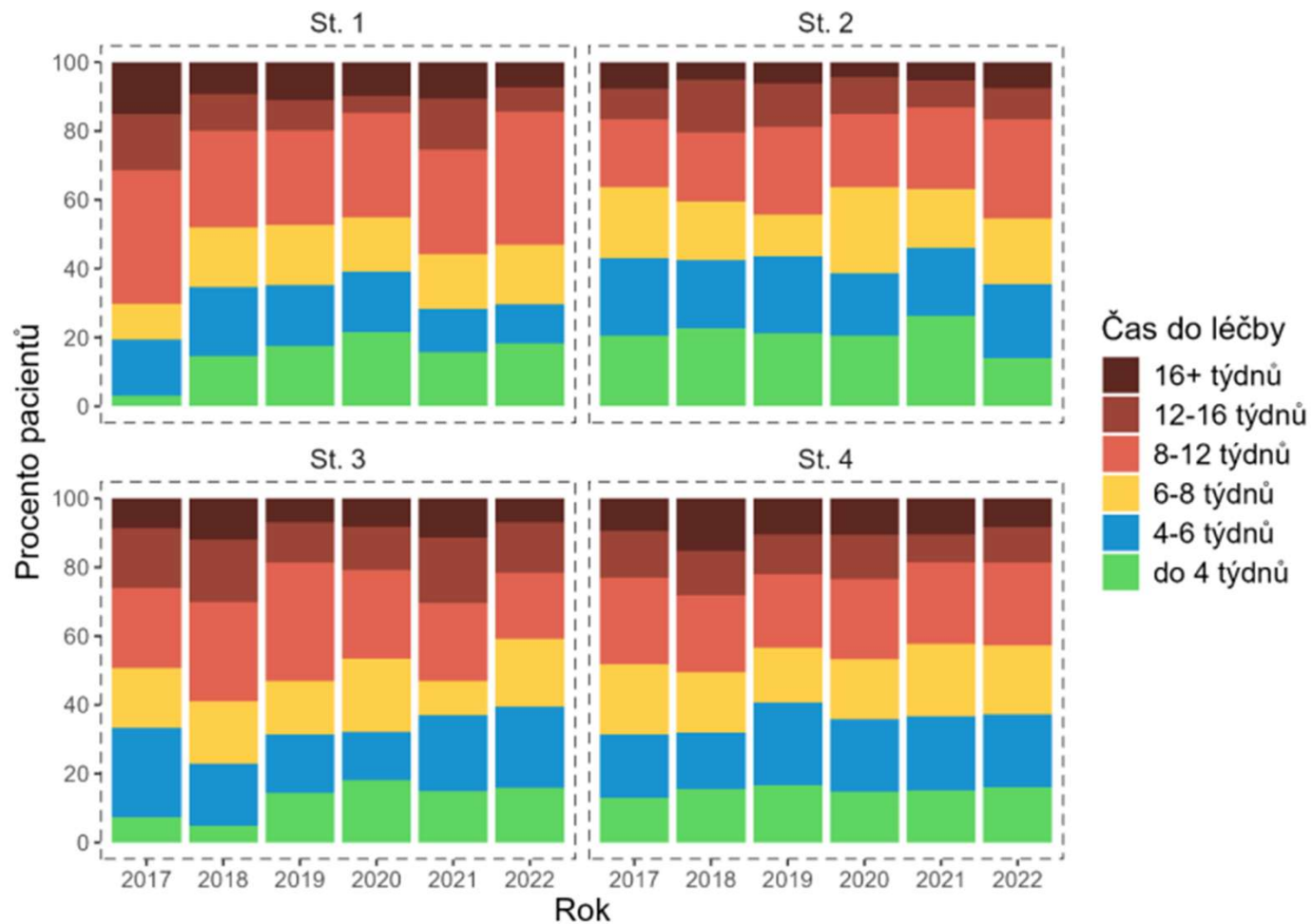
Jasná odpovědnost za vedení pacienta systémem.

4. Racionální centralizace a decentralizace

Vhodné výkony přesunout do regionálních center blíže pacientovi.

5. Indikátory kvality

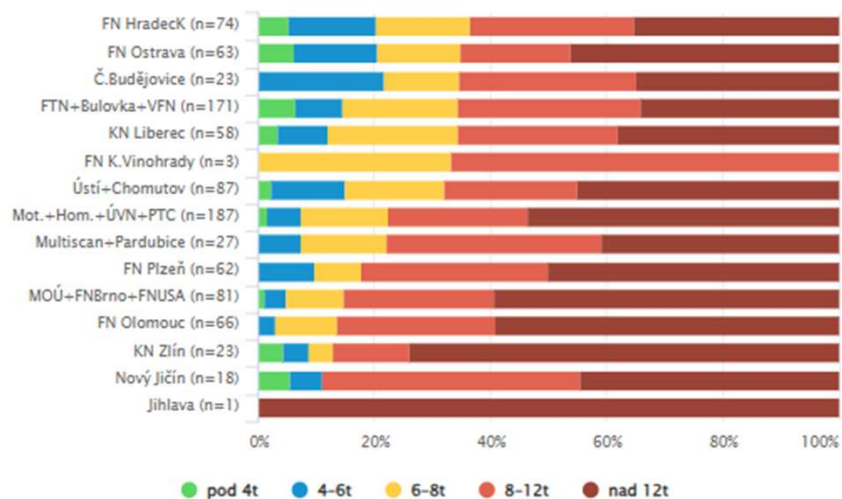
Bez měření se nemohu systematicky zlepšovat a odhalovat svůj nevyužitý potenciál.



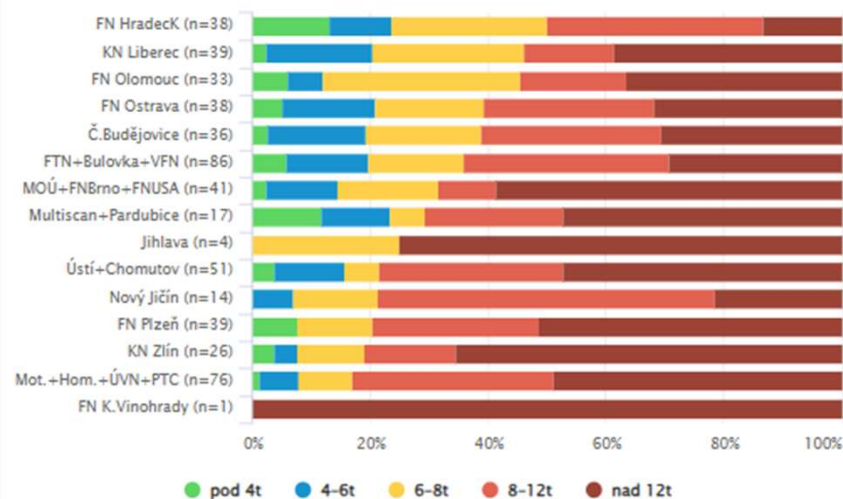
Obrázek 6: Čas do zahájení léčby dle stádia a roku ve verifikované léčené kohortě

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

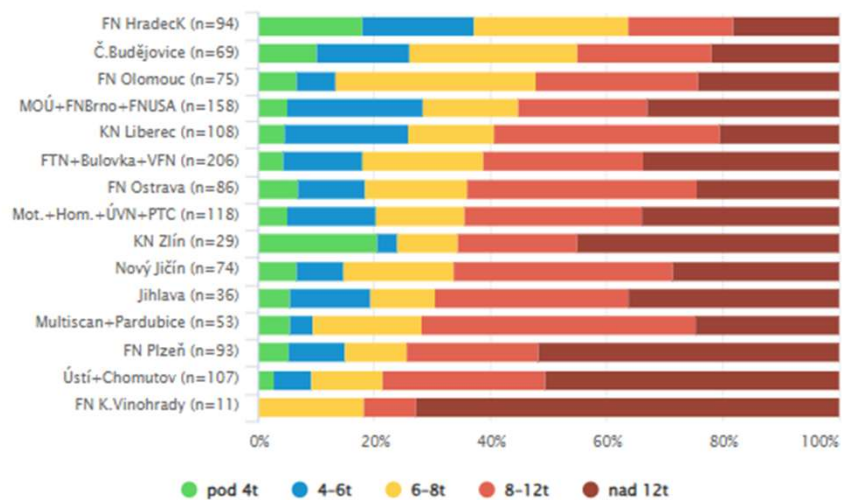
C34, 2021–2023, Stadium 1, Sdružené KOC



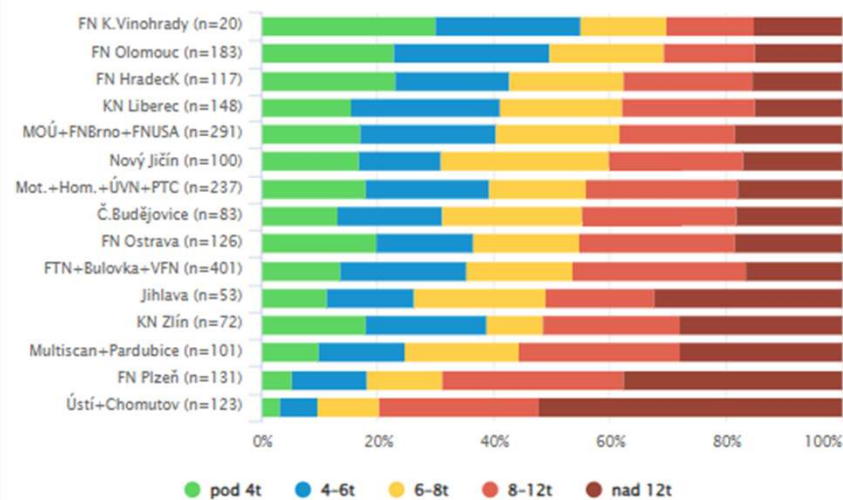
C34, 2021–2023, Stadium 2, Sdružené KOC



C34, 2021–2023, Stadium 3, Sdružené KOC



C34, 2021–2023, Stadium 4, Sdružené KOC



Jak data číst a jak je NEČÍST

- **Není to ligová tabulka center.** Smyslem je identifikace rezerv v koordinaci, ne pořadí poskytovatelů.
- **Horší výsledek neznamena pochybení.** Může odrážet celkové nastavení systému, ne kvalitu konkrétního zařízení.
- **Vykazovací praxe ovlivňuje data.** Zejména podíl multidisciplinárních týmů může zatím odrážet vykazování, ne realitu.
- **Metodika se vyvíjí a průběžně bude vyvíjet.** Zavedení e-žádanek má přesnost ukazatelů postupně zvyšovat.

Data nejsou určena pro indikátory

NÁMITKA

1. Data jsou nepřesná.
2. Data nejsou primárně určena pro měření indikátorů, nýbrž pro vykazování péče a platby.
3. Data jsou selekčně zkreslená, neboť tam nejsou všichni pacienti.

REAKCE

1. Ano, data nejsou zcela přesná, ale jsou **spolehlivá v tom, co se vykazuje a za co je placeno**. I nepřesná data jsou užitečná pokud jsou indikativní.
2. **Pokud vykazují péči správně a poctivě**, jsou indikátory z nich vytvořené o to zajímavější a relevantnější pro proplácení kvality za kterou stát platí.
3. To, že nejsou hodnoceni všichni pacienti, ještě automaticky neznamená, že jsou data zkreslená. Výběr je nástrojem spolehlivosti statistického popisu.

Vykazování MDT bude „proliferovat“

NÁMITKA

- Hodně „neproběhlých“ MDT je ve skutečnosti jen nevykázaný kód MDT.
- Když se ví, že to vstupuje do indikátorů, dojde k „proliferaci“ vykázaných MDT.

REAKCE

- **Tohle je přiznání, že dnešní data nevyovídají o realitě, ale o (ne)disciplíně vykazování – tedy o něčem, co je plně v rukou center.**
- Pokud vykazování MDT vzroste proto, že ho sledujeme, pak se asilepší vykazování, nebo se opravdu začne dělat. Patrně obojí.

Koordinace je iluze

NÁMITKA

1. Analogie s CMP neplatí – tam je regionalizace daná, vozí RZP, outcomes jsou krátkodobé a vázané na čas do trombolýzy.
2. V onkologii je čas důležitý, ale kvalita pro výsledky ještě víc.
3. Regionální **koordinace je dnes iluze**: není rajonizace, „svobodná volba“ v praxi = lékař pošle pacienta kamkoli (řetězec, zvyk, kontakty).
4. Benchmarking **znevýhodňuje nadregionální** pracoviště a zvyhodňuje malý „rajon“.

REAKCE

1. Nesrovnatelnost s CMP **není argument proti měření** – je argumentem pro jinou metodiku, ne pro rezignaci či paušální odmítání ukazatele. I „pomalejší“ proces má smysl měřit.
2. Že kvalita rozhoduje, neznamena, že čas neměříme; **měříme obojí**. Odmítnutí časového indikátoru kvalitu nezlepší. Hledáme optimum.
3. **„Iluze koordinace“ je popis dnešní nepřehlednosti**, ne důvod ji nezviditelnit a nesledovat její důsledky.
4. Není to o soutěži. „Znevýhodnění nadregionálních center“ lze řešit case-mix korekcí a stratifikací při provádění analýz – ne tím, že měřit přestaneme. **Neměňme pacienty, měňme přístupy.**

Vybrané 3 diagnózy jsou příliš „snadné“

NÁMITKA

1. Zpracované 3 diagnózy jsou jednoduché, protože téměř vždy vyžadují léčbu.
2. Problém budou dg., kde je observace lege artis (lymfomy, prostata).
3. A kde CT není vhodný startovací bod (prs, prostata).

REAKCE

1. **Začít u diagnóz, kde léčba následuje téměř vždy, je správná metodická volba – ne slabina.** Tam kde léčba není existují jiné indikátory kvality péče.
2. Nevhodnost CT jako startu u některých dg. = úkol zvolit jiný vstupní timepoint (např. diagnóza v NORu, biopsie, odběr kostní dřeně,...). Zajímá nás i suspekce.
3. Obtížnost rozšíření není argument proti tomu, co už dnes měřit lze.

Chybí informace, kde proběhla primární diagnostika

NÁMITKA

1. Pro regionální koordinaci by bylo vhodné vědět, kde proběhla primární diagnostika – až na úroveň poskytovatele.
2. Kdo zadal žádanku na CT? Kdo na biopsii?
3. Bylo by to zajímavé pro sledování patient pathway a kvantifikaci role praktického lékaře.

REAKCE

1. **Souhlas – a je to argument PRO rozvoj indikátoru, ne proti němu.** Tahle data v NRHZS reálně jsou.
2. Mapování pathway na úroveň poskytovatele je přesně to, co odhalí, kde se čas ztrácí – a kde centra fungují jako koordinátor jen formálně.
3. Tahle připomínka tedy nepodkopává indikátor; potvrzuje jeho smysl a směr dalšího vývoje.

Připomínky bereme vážně – metodiku dál vyvíjíme a zpřesňujeme.

NA ČEM PRACUJEME

- **Standardizace podle patientského case-mixu** — Srovnání očistíme o složení pacientů – místo nepřesného dělení na suspekci, diagnostiku a záchyt.
- **Rychlejší aktualizace dat** — Návaznost na NOR nás často omezuje. Pokud NOR vypustíme, může docházet k nepřesnostem.
- **Zobrazování i bez stadií** — Ukazatele prezentujeme i bez někdy zavádějícího členění podle stadií, kde nízké počty zkreslují interpretaci a vytváří výběrový efekt regionů.
- **Mapování celé cesty pacienta** — Doplníme, kde proběhla primární diagnostika – v centru nebo mimo (kdo zadal CT, kdo biopsii).
- **Ošetření malých počtů** — Zavádíme práh minimálního počtu pacientů a intervaly spolehlivosti, aby se nezveřejňovaly nejisté hodnoty.
- **Kontrola kvality vykazování (vč. MDT)** — Motivujeme plátce k proaktivní kultivaci vykazovací praxe, aby ukazatel odrážel realitu, ne jen (ne)disciplínu vykazování.

Hanna TP, et al. *Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis*. BMJ. 2020;371:m4087. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>

- Každé čtyři týdny odkladu léčby zvyšují riziko úmrtí zhruba o 6–13 % (podle typu léčby), přičemž delší čekání riziko dále stupňuje.
- 34 studií, 17 indikací, 1 272 681 pacientů; 7 typů nádorů, 3 modality (chirurgie, systémová léčba, radioterapie).

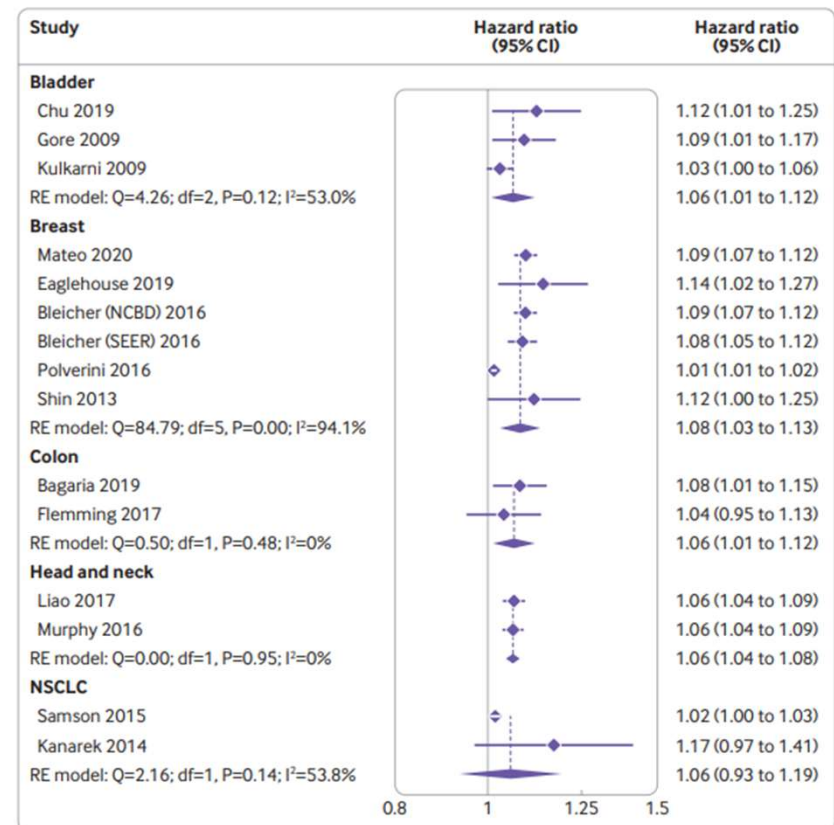


Fig 2 | Forest plot and pooled hazard ratios for association of each four week delay in surgery and overall survival by cancer site. Small purple diamonds represent the hazard ratio for each study and whiskers represent 95% confidence interval. Large purple diamonds represent summary effect estimates with the centre being the estimate and the ends representing 95% confidence intervals. NSCLC=non-small cell lung cancer

Koordinátor péče

VZDĚLÁVACÍ KURZ

Systemová koordinace cesty pacienta

koordinatorpece.cz

Pro koho je kurz učen?

Program >



3. - 4. 6. 2026



08:30-17:30



Díngová Šlíková M.,
Bielčíková Z., Rybář M.,
Tichopád A. a další



Kladno




5000,- Kč

(pro mimofakultní
účastníky)

FBMI ČVUT v Praze

Budova KOKOS
Nám. Sítná 3105,
Kladno 272 01



A pilot is shown from the side, wearing a headset and a white uniform with a pilot's epaulettes. He is in the cockpit of an airplane, looking out at a dark, stormy sky filled with heavy, grey clouds. The cockpit is dimly lit, with various instruments and screens visible on the dashboard. A speech bubble is positioned in the upper left corner of the image.

NEGATIVE, TOWER.
I AM LANDING.
THE WEATHER FORECAST
ISN'T FULLY ACCURATE
— IT COULD CONTAIN
AN **ERROR.**