Věstník MZd ČR, částka 6/2020

Seznam center vysoce specializované onkourologické péče

Část I.

Centra vysoce specializované onkourologické péče

Ministerstvo zdravotnictví tímto zveřejňuje podle §112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) seznam poskytovatelů zdravotních služeb, jimž byl udělen statut Centra vysoce specializované onkourologické péče (dále jen "OUC"), podle §112 odst. 1 tohoto zákona na základě výzvy ministerstva uveřejněné ve Věstníku MZ ČR částka 5/2019.

1) Vymezení oboru péče

OUC zajišťují komplexní diagnostickou a léčebnou péči o pacienty s onkourologickým onemocněním. Za vysoce specializovanou péči související s onkourologickou péčí se považují výkony prováděné pouze v OUC pacientům s nádorovým onemocněním prostaty, penisu, varlete, ledviny, horních močových cest, močového měchýře, močové trubice, nadledvin a retroperitonea.

2) Seznam OUC

Poskytovatel zdravotních služeb	Statut udělen do:
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, U Nemocnice 499/2, 128 08, Praha 2, IČ: 0064165	31.12.2025
Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203	31.12.2025
Thomayerova nemocnice, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 - Krč, IČ: 00064190	31.12.2025
Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 340/20, 625 00 Brno, IČ: 65269705	31.12.2025
Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec 543/7, 656 53 Brno, IČ: 00209805	31.12.2025
Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové, IČ: 00179906	31.12.2025
Fakultní nemocnice Olomouc, I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc, IČ: 00098892	31.12.2025
Fakultní nemocnice Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava - Poruba, IČ: 00843989	31.12.2025
Fakultní nemocnice Plzeň, Edvarda Beneše 1128/13, 305 9 Plzeň, IČ: 00669806	31.12.2025
Krajská zdravotní, a. s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, Sociální péče 3316/12 A, 401 13 Ústí nad Labem, IČ: 25488627	31.12.2025

Část II.

Indikátory kvality a výkonnosti centra

Poskytovatel zdravotních služeb, který získal statut OUC, pravidelně sleduje k 31.12. daného roku níže uvedené indikátory kvality poskytované zdravotní péče a výkonnosti centra. Indikátory kvality budou zaslány nejpozději do 30.6. následujícího roku na Ministerstvo zdravotnictví. První indikátory kvality budou zaslány ke dni 30.6.2021 a to za rok 2020.

Indikátory kvality poskytované zdravotní péče

1. Počet radikálních operací dle diagnóz

1.1. Popis ukazatele, definice a výpočet

1.1.1. slovní popis ukazatele

Počet nových pacientů s diagnózou "zhoubné onemocnění mužských pohlavních orgánů (C60-C68), a počet a podíl pacientů, kteří podstoupili radikální operační výkon v OUC během

sledovaného období v členění dle diagnózy a klinického stadia onemocnění.

1.1.2. definice ukazatele

Počet a podíl nových pacientů s diagnózou "zhoubné onemocnění mužských pohlavních orgánů (C60-C68), a počet pacientů, kteří podstoupili radikální operační výkon v OUC během sledovaného období v členění dle diagnózy a klinického stadia onemocnění.

Centralizace onkologické péče přináší zlepšení výsledků léčby. Bylo prokázáno, že centralizace radikálních operačních výkonů vede ke snížení pooperační morbidity a mortality (Nielsen et al. 2014, Wilt et al. 2008, Ravi et al 2014), zlepšení funkčních výsledků (Wilt et al. 2008), zkrácení hospitalizace (Ravi et al 2014), snížení rizika lokální recidivy (Sabiret al 2013) i prodloužení celkového přežití (Birkmeyer et al. 2003, Kulkami et al. 2013, Sabir et al 2013, Ravi et al 2014). Logickým důsledkem je i snížení nákladů na léčbu (Wiliams et al 2012). Jedním z důvodů je skutečnost, že operační léčbu provádí zkušený operatér s větším počtem provedených výkonů. Roli hraje zřejmě i specializace operatéra na léčbu daného onemocnění (Bhindiet al 2014)

Dalším důvodem je, že centra jsou schopna ve větší míře naplňovat všechna kritéria optimálního postupu. Jedná se o optimální indikaci perioperační systémové léčby, včasné provedení výkonu nebo dodržení rozsahu výkonu včetně adekvátní lymfadenektomie (Corcoran et al 2014).

Radikální operací se myslí taková operace (ať primární nebo po neoadjuvantní chemoterapii), která kompletně odstraňuje orgán postižený zhoubným onemocněním včetně příslušné lymfadenektomie podle aktuálního oficiálního doporučení České urologické společnosti ČLS JEP. Schopnost provedení radikální operace na jednotlivém pracovišti vypovídá o kvalitě onkourologického operačního týmu a měla by korelovat s konečnými výsledky léčby měřenými absolutním a relativním přežitím.

1.1.3. výpočet ukazatele

Počet nových pacientů s dg. C60-C68 (absolutní četnost), počet pacientů, u kterých byla provedena radikální operace (absolutní četnost), podíl pacientů, u kterých byla provedena radikální operace (relativní četnost).

1.2. Nositel vykazování

Nositelem vykazování je poskytovatel lůžkové péče. Verifikační analýza: ÚZIS ČR.

1.3. Zdroj dat

Zdrojem dat je registr NIS. Centrální data: Národní zdravotnický informační systém (NZIS).

1.4. Periodicita sběru

Jednou ročně.

1.5. Zdroje informací

Bhindi B et al. The Importance of Surgeon Characteristics on Impacting Oncologic Outcomes for Patients Undergoing Radical Cystectomy. J urol 2014, 192: 714-720.

Birkmeyer JD et al. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States. JAMA 2003,

349: 2117-2127.

Corcoran AT et al. Variation in performance of candidate surgical quality measures for muscle-invasive bladder cancer by hospital type. BJU Int 2014, in press.

Kulkami GS et al. Higher surgeon and hospital volume improves long-term survival after radical cystectomy. Cancer2013, 119: 3546-3554

Nielsen JE et al. Association of hospital volume with conditional 90-day mortality after cystectomy: an analysis of the National Cancer Data Base. BJU Int 2014, 114: 46-55.

Ravi P et al. Benefit in regionalisation of care for patients treated with radical cystectomy: a nationwide inpatient sample analysis. BJU Int 2014, 113: 733-740.

Sabir EF et al. Impact of hospital volume on local recurrence and distant metastasis in bladder cancer patients treated with radical cystectomy in Sweden. Scand J Urol Nephrol 2013, 47: 483-490.

Williams SB et al. Influence of Surgeon and Hospital Volume on Radical Prostatectomy Costs. J Urol 2012, 188: 2198-2204.

Wilt TJ et al. Association Between Hospital and Surgeon Radical Prostatectomy Volume and Patient Outcomes: A Systematic Review. J Urol 2008, 180: 820-829.

1.6. Hodnocení ukazatele

Hodnocení ukazatele srovnáním dat mezi jednotlivými centry, zhodnocením trendu ukazatele v čase pro sdružená data ve všech centrech i pro jednotlivá centra.

2. Sumární statistika doby hospitalizace PO jednotlivých radikálních výkonech

2.1. Popis ukazatele, definice a výpočet

2.1.1. slovní popis ukazatele

Sumární statistika doby hospitalizace pacientů s diagnózou karcinomu močového měchýře, karcinomu prostaty, karcinomu ledviny, karcinomu horních močových cest, karcinomu penisu nebo karcinomu varlete, kteří byli radikálně operováni v OUC během sledovaného období.

2.1.2. definice ukazatele

Sumární statistika doby hospitalizace pacientů s diagnózou karcinomu močového měchýře, karcinomu prostaty, karcinomu ledviny, karcinomu horních močových cest, karcinomu penisu nebo karcinomu varlete, kteří byli radikálně operováni v OUC během sledovaného období.

Doba hospitalizace spolu s parametrem "počet reoperací do 48 hodin" ukazují na kvalitu provedené operace a kvalitu pooperační péče v OUC. Operatéři, kteří operují velký počet onkologických operací, mají signifikantně nižší riziko pooperační mortality a kratší dobu hospitalizace pacientů (Nielsen et al. 2014, Wilt et al. 2008, Ravi et al 2014).

Radikální operací se myslí taková operace (ať primární nebo po neoadjuvantní chemoterapii), která kompletně odstraňuje orgán postižený zhoubným onemocněním včetně provedení příslušné lymfadenektomie, je-li indikována.

2.1.3. popis výpočtu

Sumární statistika doby hospitalizace pacientů, u kterých byla provedena radikální operace v závislosti na diagnóze, klinickém stadiu a operačním přístupu (otevřený, laparoskopický, robotický): aritmetický průměr doplněný standardní chybou odhadu a 95% intervalem spolehlivosti, medián doplněný 5% a 95% kvantilem.

2.1.4. výpočet ukazatele

Výpočet: standardní odhad určených sumárních statistik bez úprav původního souboru dat, vždy s uvedením velikosti vzorku (N)

2.2. Nositel vykazování

Nositelem vykazování je poskytovatel lůžkové péče. Verifikační analýza: ÚZIS ČR.

2.3. Zdroj dat

Zdrojem dat je registr NIS. Centrální data: Národní zdravotnický informační systém (NZIS).

2.4. Periodicita sběru

Jednou ročně.

2.5. Zdroje informací

Nielsen JE et al. Association of hospital volume with conditional 90-day mortality after cystectomy: an analysis of the National Cancer Data Base. BJU Int 2014, 114: 46-55.

Ravi P et al. Benefit in regionalisation of care for patients treated with radical cystectomy: a nationwide inpatient sample analysis. BJU Int 2014, 113: 733-740.

Wilt TJ et al. Association Between Hospital and Surgeon Radical Prostatectomy Volume and Patient Outcomes: A Systematic Review. J Urol 2008, 180: 820-829.

2.6. Hodnocení ukazatele

Hodnocení ukazatele srovnáním dat mezi jednotlivými centry, zhodnocením trendu ukazatele v čase pro sdružená data ve všech centrech i pro jednotlivá centra.

3. Počet a podíl reoperací do 48 hodin po jednotlivých radikálních výkonech

3.1. Popis ukazatele, definice a výpočet

3.1.1. slovní popis ukazatele

Počet a podíl reoperací do 48 hodin u pacientů s diagnózou karcinomu močového měchýře, karcinomu prostaty, karcinomu ledviny, karcinomu horních močových cest, karcinomu penisu nebo karcinomu varlete, kteří byli radikálně operováni v OUC během sledovaného období.

3.1.2. definice ukazatele

Počet a podíl reoperací do 48 hodin u pacientů s diagnózou karcinomu močového měchýře, karcinomu prostaty, karcinomu ledviny, karcinomu horních močových cest, karcinomu penisu nebo karcinomu varlete, kteří byli radikálně operováni v OUC během sledovaného období. Počet

reoperací do 48 hodin dle diagnóz spolu s parametrem "Průměrná délka hospitalizace po jednotlivých radikálních výkonech" ukazují na kvalitu provedené operace a kvalitu pooperační péče v OUC. Multiorgánové resekční výkony jsou zatíženy vysokým rizikem pooperačních komplikací (Liedberg 2010, Shabsigh et al. 2009). Operatéři, kteří operují velký počet onkologických operací, mají signifikantně nižší riziko pooperační mortality a kratší dobu hospitalizace pacientů (Nielsen et al. 2014, Wilt et al. 2008, Ravi et al 2014). Radikální operací se myslí taková operace (ať primární nebo po neoadjuvantní chemoterapii), která kompletně odstraňuje orgán postižený zhoubným onemocněním včetně provedení příslušné lymfadenektomie podle aktuálního oficiálního doporučení České urologické společnosti ČLS JEP.

Reoperací se myslí každá operační intervence, která se provádí v celkové anestezii do 48 hodin po původní operaci z důvodu komplikace (krvácení, poranění břišních orgánů, dehiscence sutury a další).

3.1.3. popis výpočtu

Poměr počtu reoperací a celkového počtu radikálních operací podle diagnóz. Čitatel obsahuje počet reoperací po radikálních operacích, jmenovatel obsahuje celkový počet všech radikálních operací.

3.1.4. výpočet ukazatele

Počet reoperací do 48 hodin (absolutní četnost), podíl reoperací do 48 hodin (relativní četnost).

2.2. Nositel vykazování

Nositelem vykazování je poskytovatel lůžkové péče. Verifikační analýza: ÚZIS ČR.

3.3. Zdroj dat

Zdrojem dat je registr NIS. Centrální data: Národní zdravotnický informační systém (NZIS).

3.4. Periodicita sběru

Jednou ročně.

3.5. Zdroje informací

Liedberg F. Early Complications and Morbidity of Radical Cystectomy. Eur Urol Suppl 2010, 9: 25-30

Nielsen JE et al. Association of hospital volume with conditional 90-day mortality after cystectomy: an analysis of the National Cancer Data Base. BJU Int 2014, 114: 46-55.

Ravi P et al. Benefit in regionalisation of care for patients treated with radical cystectomy: a nationwide inpatient sample analysis. BJU Int 2014, 113: 733-740.

Shabsigh A et al. Defining Early Morbidity of Radical Cystectomy for Patients with Bladder Cancer Using a Standardized Reporting Methodology. Eur Urol 2009, 55: 164-174

Wilt TJ et al. Association Between Hospital and Surgeon Radical Prostatectomy Volume and Patient Outcomes: A Systematic Review. J Urol 2008, 180: 820-829.

3.6. Hodnocení ukazatele

Hodnocení ukazatele srovnáním dat mezi jednotlivými centry, zhodnocením trendu ukazatele v čase pro sdružená data ve všech centrech i pro jednotlivá centra.

4. Podíl splnění kritérií kvality u radikální cystektomie pro nádor močového měchýře (C67)

4.1. Popis ukazatele, definice a výpočet

4.1.1. slovní popis ukazatele

Podíl splnění kritérií optimálního provedení radikální cystektomie pro nádor močového měchýře u pacientů, kteří byli operováni v OUC během sledovaného období. Mezi kritéria kvality řadíme provedení výkonu do 3 měsíců od diagnózy svalovinu infiltrujícího nádoru (respektive od kontaktu centra spádovým urologem), provedení bilaterální pánevní lymfadenektomie s odstraněním alespoň 10 uzlin, respektive provedení kontinentní derivace moči v indikovaných případech.

4.1.2. definice ukazatele

V situacích, kdy interval mezi záchytem svalovinu infiltrujícího nádoru močového měchýře a datem radikální cystektomie přesáhne 3 měsíce, bylo pozorováno zhoršení onkologických výsledků léčby (Sanchez-Ortiz et al. 2003). Stejně tak byl prokázán význam adekvátně provedené lymfadenektomie na onkologické výsledky léčby (Bruins et al 2014, Herr 2005). Lymfadenektomie by měla být oboustranná a měla by vést kodstranění minimálně 10 uzlin (Cooperberg et al. 2009, Corcoran et al. 2014). Pro kvalitu pacientova života je významná volba derivace moči (Hautmann et al. 2011, Studer et al. 2006). Centrum by mělo být schopno provádět kromě inkontinentních i kontinentní formy derivace, převážně ve formě ortotopických derivací.

4.1.3. popis výpočtu

Poměr počtu pacientů, kde cystektomie byla provedena do 3 měsíců od diagnózy svalovinu infiltrujícího nádoru (od kontaktu spádovým urologem), počtu pacientů s více než 10 odstraněnými uzlinami, respektive počtu ortotopických derivací moči a celkového počtu cystektomií.

4.1.4. výpočet ukazatele

Výpočet: (čitatel/jmenovatel)*100

4.2. Nositel vykazování

Nositelem vykazování je poskytovatel lůžkové péče. Verifikační analýza: ÚZIS ČR.

4. 3. Zdroj dat

Zdrojem dat je registr NIS. Centrální data: Národní zdravotnický informační systém (NZIS).

4.4. Periodicita sběru

Jednou ročně.

4.5. Zdroje informací

Bruins HM et al. The Impact of the Extent of Lymphadenectomy on Oncologic Outcomes in Patients Undergoing Radical Cystectomyfor Bladder Cancer: A Systematic Review. Eur Urol 2014 in press

Cooperberg MR et al. Candidate quality of care indicatorsfor localized bladder cancer. Urol

Oncol 2009; 27:435-442

Corcoran AT et al. Variation in performance of candidate surgical quality measures for muscle-invasive bladder cancer by hospital type. BJU Int 2014, in press.

Hautmann RE et al. 25 years of experience with 1,000 neobladders: long-term complications. J Urol 2011, 185: 2207-2212.

Herr HW Surgical factors in the treatment of superficial and invasive bladder cancer. Urol Clin N Am, 2005, 32: 157-164.

Sanchez-Ortiz RF et al. An interval longer than 12 weeks between the diagnosis of muscle invasion and cystectomy is asscociated with worse outcome in bladder carcinoma. J urol 2003, 169: 110-115.

Studer UE et al. Twenty years experience with an ileal orthotopic low pressure bladder substitute - lessons to be learned. J Urol 2006, 176: 161-166

4.6. Hodnocení ukazatele

Hodnocení ukazatele srovnáním dat mezi jednotlivými centry, zhodnocením trendu ukazatele v čase pro sdružená data ve všech centrech i pro jednotlivá centra.

5. Hospitalizační mortalita, 3leté a 5leté celkové přežiti a přežiti bez recidivy podle stádia po vybraných způsobech léčby

5.1. Popis ukazatele, definice a výpočet

5.1.1. slovní popis ukazatele

hospitalizační mortalita, 3leté a 5leté celkové přežití a přežití bez recidivy pacientů s diagnózou "zhoubné onemocnění mužských pohlavních orgánů (C60-C68)", kteří byli léčeni v OUC během sledovaného období, hodnocené dle diagnóz a klinického stadia onemocnění. Tyto parametry budou konkrétně sledovány dle stádií po následujících způsobech léčby:

Radikální prostatektomie pro karcinom prostaty

Léčba kastračně refrakterního karcinomu prostaty

Radikální cystektomie pro nádory močového měchýře

Radikální a parciální nefrektomie pro nádory ledvin

Radikální ureteronefrektomie pro nádory pánvičky

Radikální a parciální amputace penisu

Nádory varlat dle stádií

5.1.2. definice ukazatele

hospitalizační mortalita, 3leté a 5leté celkové přežití pacientů s diagnózou "zhoubné onemocnění mužských pohlavních orgánů (C60-C68) podle stádia po vybraných způsobech léčby, kteří byli léčeni v OUC během sledovaného období.

Celkové přežití je základním onkologickým parametrem, který ukazuje na úspěšnost léčby

jednotlivých malignit v závislosti na stádiu onemocnění a na způsobu léčby. Pro každou urologickou malignitu existují po konkrétním způsobu léčby obecná data dokumentující celkové přežití i přežití bez nádoru v závislosti na stádiu, která lze použít pro srovnání (Shariat SF et al. 2006, Stenzl A et al. 2011, Vickers A et al. 2012, Rider JR et al. 2013, MacLennan S et al. 2012, Cha EK et al. 2012, Rink M et al. 2012, Rouprět M et al. 2013, Pizzocaro Gh et al. 2010, Albers P et al. 2011). Terapie zhoubných nádorů je komplexní, když zahrnuje i další léčebné modality. Schopnost adekvátní komplexní léčby na jednotlivém pracovišti vypovídá o kvalitě onkourologického týmu.

Dalším sdruženým parametrem je 3 a 5leté přežití v souvislosti s daným onemocněním (disease specific survival - DSS). Hodnoceno bude i 3 a 5leté přežití pacientů bez známek onemocnění (disease free survival - DFS).

5.1.3. popis čitatele a jmenovatele

Hospitalizační mortalita:

Standardní kvantifikace formou odhadu "mortality rate" doplněného 95% intervalem spolehlivosti. Odhad provedený na kohortách pacientů s dostatečnou dobou sledování (zemřelí v nemocnici nebo s ukončenou primární či následnou hospitalizací z důvodu operace či reoperace pro dané zhoubné nádorové onemocnění). Odhad musí být vždy standardizován na věk pacientů; při souhrnném výpočtu pro všechna klinická stadia, musí být standardizován i na relativní četnost klinických stadií.

OS:

Standardní odhad kohortovou metodou nebo metodou period, vždy doplněný 95% intervalem spolehlivosti. Odhad provedený na kohortách pacientů s dostatečnou dobou sledování.

Odhad musí být vždy standardizován na věk pacientů; při souhrnném výpočtu pro všechna klinická stadia, musí být standardizován i na relativní četnost klinických stadií.

DSS:

Výpočet na kohortě pacientů s vyloučením pacientů, kteří zemřeli z jiné příčiny, než v souvislosti s onemocněním, podle jednotlivých stádií.

Standardní odhad kohortovou metodou nebo metodou period, vždy doplněný 95% intervalem spolehlivosti. Odhad provedený na kohortách pacientů s dostatečnou dobou sledování.

Odhad musí být vždy standardizován na věk pacientů; při souhrnném výpočtu pro všechna klinická stadia, musí být standardizován i na relativní četnost klinických stadií.

DFS:

Standardní odhad kohortovou metodou nebo metodou period, vždy doplněný 95% intervalem spolehlivosti. Odhad provedený na kohortách pacientů s dostatečnou dobou sledování.

Odhad musí být vždy standardizován na věk pacientů; při souhrnném výpočtu pro všechna klinická stadia, musí být standardizován i na relativní četnost klinických stadií.

5.2. Nositel vykazování

Nositelem vykazování je poskytovatel lůžkové péče. Verifikační analýza: ÚZIS ČR.

EPIS

5.3. Zdroj dat

Zdrojem dat je registr NIS. Centrální data: Národní zdravotnický informační systém (NZIS).

5.4. Periodicita sběru

Jednou ročně.

5.5. Zdroje informací

Shariat SF et al. Outcomes of radical cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder: a contemporary series from the Bladder Cancer Research Consortium. J Urol 2006, 176: 2414-2422

Stenzl A et al. Treatment of Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: Update of the EAU Guidelines. EurUrol 2011, 59: 1009-1018.

Hung AJ, Cai J, Simmons MN, Gill IS. "Trifecta" in partial nephrectomy. J Urol. 2013 Jan;189(1):36-42.

Patel VR, Sivaraman A, Coelho RF, Chauhan S, Palmer KJ, Orvieto MA, Camacho I,

Coughlin G, Rocco B. Pentafecta: a new concept for reporting outcomes of robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. Eur Urol. 2011 May;59(5):702-7

Vickers A et al. Individualized estimation of the benefit of radical prostatectomy from the Scandinavian Prostatě Cancer Group Randomized Trial. Eur Urol 2012, 62: 204-9.

Rider JR et al. Long-term outcomes among noncuratively treated men according to prostatě cancer risk category in a nationwide, population-based study. Eur Urol 2013, 63:88-96.

MacLennan S et al. Systematic review of oncological outcomes following surgical management of localised renal cancer. Eur Urol 2012, 61: 972-993.

Cha EK et al. Predicting clinical outcomes after radical nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma. Eur Urol 2012, 61: 818-825.

Rink M et al. Stage-specific impact of tumor location on oncologic outcomes in patients with upper and lowertract urothelial carcinoma following radical surgery. Eur Urol 2012, 62: 677-684.

Rouprět M et al. European guidelines on upper tract urothelial carcinomas: 2013 update. Eur Urol 2013, 63: 1059-1071.

Pizzocaro G et al. EAU penile cancer guidelines 2009, Eur Urol 2010, 57: 1002-1012.

Albers P et al. EAU guidelines on testicular cancer: 2011 update. Eur Urol 2011, 60: 304-319.

6. Hodnocení ukazatele

Hodnocení ukazatele pro všechna centra ve srovnání s mezinárodními daty, srovnání dat mezi jednotlivými centry, zhodnocení trendu ukazatele v čase pro sdružená data ve všech centrech i v jednotlivých centrech.

EPIS