

Jeden kontakt, méně čekání, rychlejší cesta k léčbě. Koordinátoři mění péči o onkologické pacienty

2.9.2026 - | Ministerstvo zdravotnictví ČR

Podezření na nádor, několik žádanek, různá vyšetření, čekání na výsledky a otázka, kam dál. Právě v této fázi může onkologický pacient ztratit týdny, které jsou u některých diagnóz rozhodující. Od roku 2026 proto musí mít každé komplexní onkologické centrum (KOC) minimálně jednoho koordinátora onkologické péče. Jeho úkolem není léčit ani rozhodovat o léčbě, ale propojit jednotlivé kroky, hlídat návaznost vyšetření a pomoci pacientovi zorientovat se v systému. Klíčovou roli mají koordinátoři především v počáteční fázi, ještě před vstupem pacienta do KOC. První zkušenosti z praxe ukazují, že dobře nastavená koordinace může u vybraných pacientů zkrátit cestu k diagnóze z měsíců na týdny.

V České republice žije více než 600 tisíc lidí se zhoubným nádorem a každý rok přibývá přes 90 tisíc nově diagnostikovaných pacientů. Moderní onkologická léčba nabízí stále více možností, její úspěch ale nezávisí pouze na dostupnosti špičkové medicíny. Stejně důležité je, aby na sebe jednotlivé části péče navazovaly a pacient neztrácel čas při hledání správného pracoviště, objednávání vyšetření nebo kompletaci výsledků.

Právě zde ukazují data rezervy. Například více než 60 % pacientů s karcinomem plic nezahájí léčbu do osmi týdnů od provedení CT. Osm týdnů je přitom ve studiích uváděno jako hranice, po jejímž překročení už může pacienta ohrožovat progres onemocnění. Podobné problémy lze podle dat sledovat i u dalších onkologických diagnóz.

„Čas je v onkologii jeden z faktorů, které můžeme aktivně ovlivnit. Máme špičková centra, moderní diagnostiku i léčbu, ale jejich potenciál nevyužijeme naplno, pokud pacient ztratí týdny jen tím, že neví, kam se objednat nebo na koho se obrátit. Koordinátor má být člověk, který tuto cestu zná, hlídá její návaznost a pomůže pacientovi projít systémem co nejrychleji a nejsrozumitelněji,“ říká ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Nejdůležitější je začátek cesty

Koncepce rozlišuje tři základní typy koordinace podle toho, v jaké fázi se pacient nachází. Koordinátor 1 vstupuje do procesu už ve chvíli, kdy existuje vysoké podezření na nádorové onemocnění. Pomáhá pacientovi projít diagnostikou a dostat se s kompletními podklady do komplexního onkologického centra. Koordinátor 2 přebírá organizační podporu uvnitř centra poté, co je diagnóza stanovena. Pomáhá mimo jiné s kompletací podkladů pro multidisciplinární tým a zajištěním dalšího postupu. Koordinátor 3 se uplatňuje po ukončení či propuštění z léčby a pomáhá zajistit návaznou péči. Tento model má význam i mimo onkologii, například u pacientů po cévní mozkové příhodě.

V onkologii je nyní nejdůležitější právě koordinátor 1. Největší prostor pro odstranění prodlev totiž vzniká ještě předtím, než pacient dorazí na onkologickou kliniku. V této fázi se často pohybuje mezi praktickým lékařem, specialisty, zobrazovacími a dalšími diagnostickými pracovišti a nikdo celý proces systematicky neřídí.

„Smyslem koordinace není vytvořit v systému další mezičlánek. Přesně naopak. Chceme odstranit hluchá místa mezi jednotlivými částmi péče. Pacient má vědět, kdo jeho cestu sleduje, zdravotníci mají mít potřebné informace ve správný čas a systém má být schopný měřit, kde pacienti zbytečně čekají. Koordinace je proto nejen službou konkrétnímu člověku, ale také nástrojem ke zlepšování celé onkologické péče,“ vysvětluje Marian Rybář, datový analytik Ministerstva zdravotnictví ČR a jeden z autorů koncepce.

V první fázi se koordinace zaměřuje především na takzvané fast-track diagnózy, tedy nádory s rychlou progresí, například karcinom plic nebo slinivky břišní. U těchto diagnóz má rychlá a dobře organizovaná diagnostická cesta zvláštní význam.

Jak se pacient ke koordinátorovi dostane

Pacient by koordinátora ideálně neměl hledat sám. První kontakt má vzniknout prostřednictvím praktického lékaře nebo ambulantního specialisty, který vysloví vysoké podezření na nádorové onemocnění.

Pro lékaře v regionu má koordinátor fungovat jako jasný kontaktní bod do komplexního onkologického centra. Marian Rybář tento princip popisuje jako obrazné „červené tlačítko“: Lékař při důvodném podezření na nádor kontaktuje koordinátora 1, který pomůže zajistit průchod pacienta diagnostikou a jeho předání do centra. Koordinátoři 1 proto mají působit zejména v takzvaných předsunutých diagnostických pracovištích KOC, například v pneumologii nebo gastroenterologii. Pacient tak nemusí po vyslovení závažného podezření sám hledat onkologa, obvolávat různá pracoviště a zjišťovat, jaká vyšetření ještě potřebuje.

Koordinátor není jen „objednávač“

Koordinátor sleduje, zda pacient absolvoval potřebná vyšetření, zda jsou k dispozici výsledky a zda jsou připraveny všechny podklady pro další rozhodnutí. Zajišťuje termíny, předávání informací a plynulost jednotlivých kroků a pomáhá řešit organizační překážky. Část těchto úkolů dnes často zajišťují lékaři a sestry vedle své odborné práce.

„Pacient se k nám často dostává ve chvíli, kdy má za sebou první vyšetření, a zároveň před sebou řadu dalších kroků, kterým nemusí rozumět. Mojí úlohou je vědět, co má následovat, hlídat, že se to skutečně děje, a být spojnicí mezi pacientem a jednotlivými pracovišti. Když se podaří odstranit zbytečné čekání a pacient navíc ví, že má konkrétní kontakt, výrazně se mění jeho zkušenost s celým systémem,“ říká Klára Vaňková, koordinátorka Ústavu gastrointestinální onkologie Fakultní nemocnice Bulovka a dodává, že u vybraných pacientů s podezřením na nádory gastrointestinálního traktu může běžná diagnostická cesta trvat až dva měsíce, zatímco při včasném zapojení koordinátora ji lze zvládnout v řádu několika týdnů.

Musí být koordinátor zdravotník? Nemusí

Koordinátorem nemusí být vždy zdravotnický pracovník. Rozhodující je konkrétní náplň práce. Činnosti, které vyžadují zdravotnickou kvalifikaci, musí zůstat zdravotníkům. Velkou část organizační, logistické a komunikační práce ale může při kvalitním zaškolení a jasně vymezených kompetencích vykonávat také nezdravotnický koordinátor. Musí přitom přesně znát hranice své role a vědět, kdy má situaci předat zdravotníkovi. Metodika zároveň stanoví, že koordinátor vykonává svou činnost na základě požadavků ošetřujících lékařů. Zapojení nezdravotnických pracovníků tak může zároveň uvolnit lékařům a sestrám část kapacity pro odbornou péči.

Kolik koordinátorů má centrum mít

Personální požadavky stanovují pro každé komplexní onkologické centrum minimálně jednoho koordinátora. Jeden takový specialista však nemusí být cílovým stavem. V řadě KOC už dnes fungují koordinátoři zaměřeni na jednotlivé oblasti, například pneumoonkologii, gastroenterologii nebo onkogynekologii. Některá centra kombinují zdravotnické a nezdravotnické koordinátory, v Jihomoravském kraji se testuje také model krajského koordinátora.

Optimální počet koordinátorů se proto může mezi centry lišit podle jejich velikosti, počtu pacientů a spektra diagnóz. Specializace zároveň umožňuje koordinátorovi detailně znát konkrétní průchod pacienta systémem, potřebná vyšetření, návazná pracoviště i klíčové kontakty.

První měsíce: školení, aplikace i vznik nové asociace

Novou roli je nyní potřeba pevně ukotvit v jednotlivých centrech, vyjasnit její kompetence a vytvořit funkční síť koordinátorů. Na Fakultě biomedicínského inženýrství ČVUT už proběhla dvě specializovaná školení pro zhruba 140 zájemců. V některých komplexních onkologických centrech se pilotně testují také koordinační aplikace, které mají usnadnit organizaci péče.

Vznikla také Asociace koordinátorů zdravotní péče. Jejím cílem je propojit tuto profesní skupinu napříč republikou, umožnit sdílení zkušeností a dobré praxe, rozvíjet vzdělávání a přispět k jasnějšímu ukotvení nové profese v systému. Připravuje se také sdílený přehled pracovišť a kapacit, zejména u zobrazovacích metod, který může usnadnit hledání dostupnějších termínů.

Důležitým tématem je i psychická zátěž samotných koordinátorů. Jejich práce se odehrává mezi potřebami pacienta, zdravotnickým týmem a reálnými možnostmi systému. Asociace proto počítá také s podporou dalšího vzdělávání, metodického vedení a supervize.

Nejde jen o koordinátory. Mění se celá koncepce onkologické péče

Koordinátor je jedním z pěti základních pilířů nové koncepce onkologické péče. Vedle koordinace počítá ministerstvo zdravotnictví také se sledováním čekacích lhůt, důslednějším využíváním multidisciplinárních týmů, racionální decentralizací části péče a měřením kvality.

U fast-track diagnóz by se čekací doby měly ideálně pohybovat do dvou týdnů. Až na výjimky by měl každý pacient projít multidisciplinárním týmem. Část péče, kterou není nutné poskytovat přímo v KOC, se může postupně přesouvat do regionálních pracovišť, aby centra měla více prostoru pro pacienty v časných a složitých fázích onemocnění.

Ministerstvo zároveň zařadilo počet intervencí koordinátorů mezi sledované indikátory kvality. Na portálu indiko.cz jsou již zveřejňována například data o době do zahájení léčby nebo podílu pacientů projednaných multidisciplinárním týmem až na úroveň jednotlivých center.

Koordinace má také vlastní úhradu z veřejného zdravotního pojištění. Výkon koordinace onkologického pacienta v KOC je hrazen částkou 250 Kč. Podle odhadů by se celkové náklady měly pohybovat v nižších desítkách milionů korun ročně.

Koordinátorské onkologické patero: pět pravidel dobré koordinace

Koordinace nemá být nahodilou administrativní pomocí. Proto vzniklo Koordinátorské onkologické patero, které shrnuje základní principy této práce a pomáhá novým koordinátorům vymezit jejich roli, odpovědnost a hranice.

1. Pozice – Víím, jaká je moje role, odpovědnost a hranice.

Koordinátor má mít jasně vymezené místo v rámci kliniky, KOC i multidisciplinárního týmu. Má

být aktivní a proaktivní, ale nemá suplovat sekretariát, běžnou administrativní výpomoc ani klinické rozhodování.

2. Mapa – Zním své pracoviště, patientskou cestu a okolní síť.
Musí rozumět tomu, jak pacient prochází diagnostikou, multidisciplinárním týmem, léčbou a návaznou péčí. Potřebuje znát objednávací mechanismy, potřebné podklady i síť praktických lékařů, specialistů a diagnostických pracovišť.
3. Spojenci – Mám v týmu lidi, na které se mohu obrátit.
Koordinátor si vytváří funkční síť kontaktů mezi lékaři, sestrami, administrativními pracovníky, diagnostickými pracovišti a dalšími koordinátory.
4. Průchod – Hlídám, aby se pacient neztratil mezi jednotlivými kroky péče.
Sleduje dostupnost vyšetření, výsledků a termínů. Klinický postup neurčuje, ale hlídá návaznost, předávání informací a logistické překážky.
5. Zlepšování – Všímám si bariér a pomáhám systém posouvat.
Koordinátor neřeší jen jednotlivé pacienty. Sleduje také, kde se opakovaně čeká, kde chybějí informace nebo vznikají duplicity a zbytečná administrativa, a pomáhá hledat systémové řešení.

Ptáme se odborníků

**doc. MUDr. Hana Študentová, Ph.D., MHA - zástupkyně přednosta pro léčebnou péči
Onkologické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc**

Co podle vás koordinátor mění z pohledu samotného pacienta?

Onkologická léčba je komplexní a často zahrnuje řadu vyšetření, zákroků a rozhodnutí, ve kterých se pacient může snadno ztratit. Koordinátor není lékařem, ale člověkem, který se stará o to, aby jednotlivé kroky navazovaly, informace byly pro pacienta srozumitelné a pacient věděl, co jej čeká. Velký význam má tato role také v komunikaci mezi pacientem a jednotlivými zdravotnickými týmy.

Kde vidíte největší přínos koordinátora pro zdravotníky?

Lékaři a sestry se mohou více soustředit na odbornou stránku péče. Koordinátor pomáhá s organizační návazností, termíny a komunikací mezi jednotlivými částmi systému. Nezasahuje do rozhodování o léčbě, ale pomáhá zajistit, aby rozhodnutý postup mohl proběhnout plynule a pacient se mezi jednotlivými kroky neztratil.

Může koordinátor skutečně ovlivnit výsledek léčby?

U onkologických onemocnění je včasnost diagnostiky a zahájení správné léčby velmi důležitá. Koordinátor samozřejmě neléčí, ale může pomoci odstranit zbytečné organizační prodlevy. Právě v tom je jeho význam – vytváří podmínky pro to, aby se pacient dostal ke správné péči ve správný čas.

Bc. Michaela Tůmová - místopředsdkyně patientské organizace Hlas onkologických pacientů

Co je podle vás dnes pro fungování koordinátorů nejdůležitější?

Nejdůležitější je, aby role koordinátora nebyla jen formálně vytvořenou pozicí, ale aby byla jasně ukotvena uvnitř nemocnice. Koordinátor musí vědět, jaké má kompetence, kde jeho odpovědnost začíná a končí a na koho se může v jednotlivých situacích obrátit. Stejně důležité je, aby jeho roli znali a respektovali také ostatní členové zdravotnického týmu.

Proč je důležité koordinátory propojovat napříč republikou?

Pacientská cesta nekončí na hranici jednoho oddělení ani jedné nemocnice. Koordinátoři proto potřebují sdílet kontakty, zkušenosti i praktické informace, například o dostupnosti diagnostických vyšetření. Funkční síť může pomoci řešit situace, kdy je na jednom pracovišti dlouhá čekací doba a jinde je možné vyšetření zajistit rychleji. Pro pacienta může být právě tato znalost systému zásadní.

Co by podle vás měl dobrý koordinátor umět kromě samotné organizace péče?

Musí umět komunikovat s pacientem, zdravotníky i dalšími pracovišti, orientovat se v systému a zároveň poznat hranice své role. Potřebuje empatii, organizační schopnosti, odolnost a schopnost hledat řešení. Důležité je také to, aby nebyl na náročnou práci sám a měl možnost vzdělávání, metodické podpory a v případě potřeby také supervize.

<https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/jeden-kontakt-mene-cekani-rychlejsi-cesta-k-lecbe-koordinatori-meni-peci-o-onkologicke-pacienty>