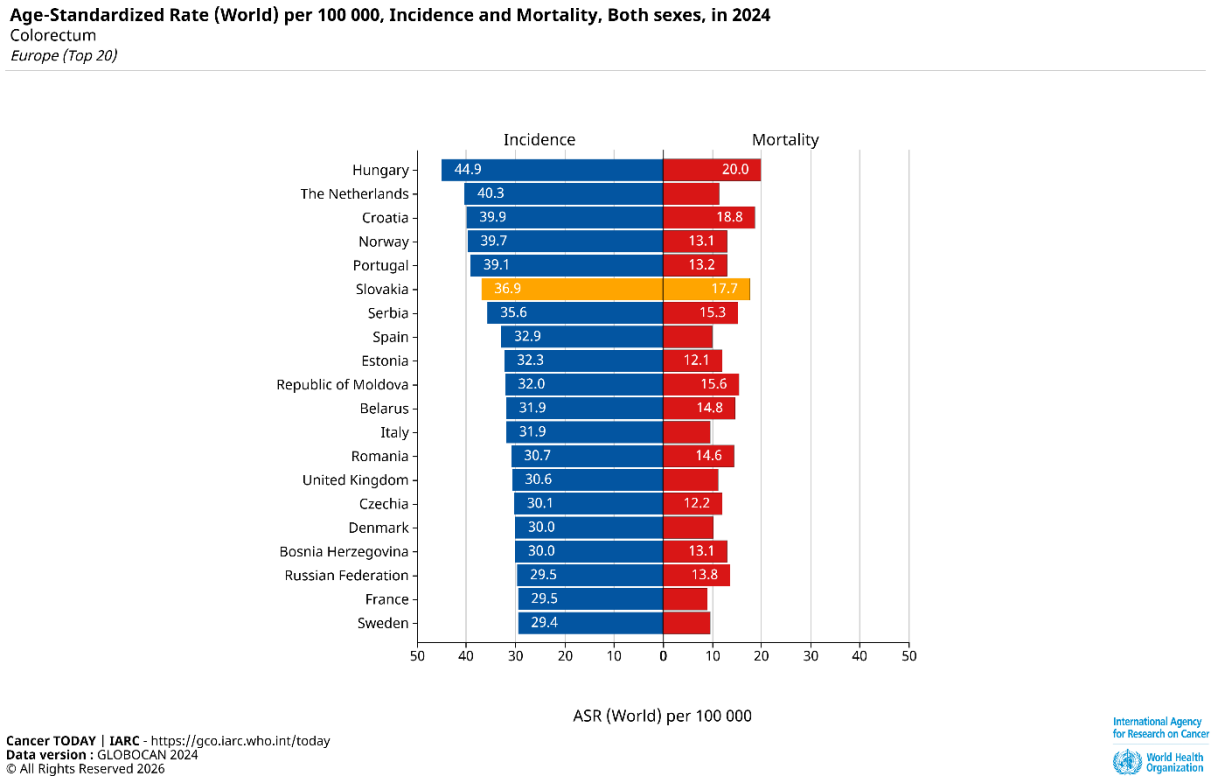
Správa o stave skríningu kolorektálneho karcinómu na Slovensku za rok 2025

Andrej Orságh [1, 2], Roman Novota [2], Adam Štrbavý [2], Jana Trautenberger Ricová [2]

1. Národný onkologický ústav, Klenová 1, Bratislava, Gastroenterologické oddelenie
2. Národný onkologický inštitút, Klenová 1, Bratislava

Úvod

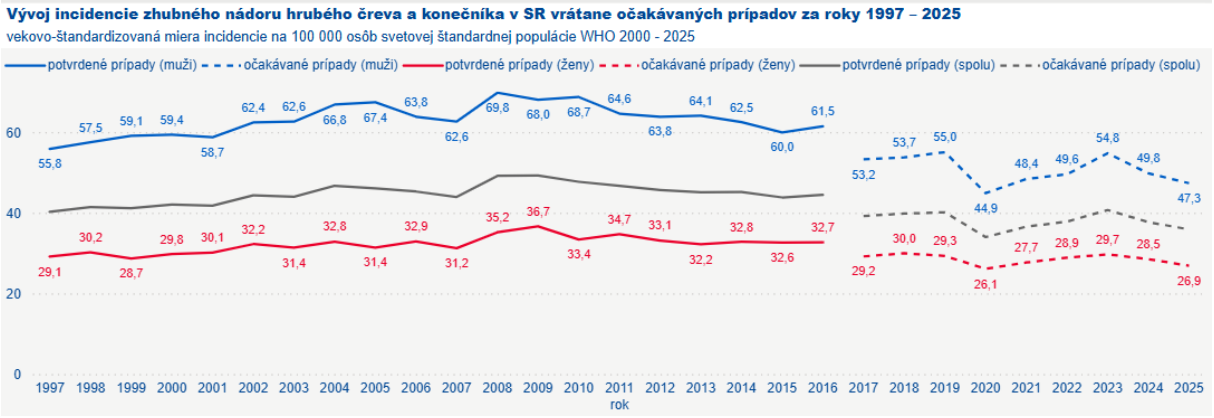
Slovenská republika sa v incidencii a mortalite kolorektálneho karcinómu (KRCA) dlhodobo nachádza nad priemerom európskych krajín a podľa údajov z GLOBOCAN z roku 2024 jej patrí 6. miesto v incidencii a 3. v mortalite (obrázok 1) (1).



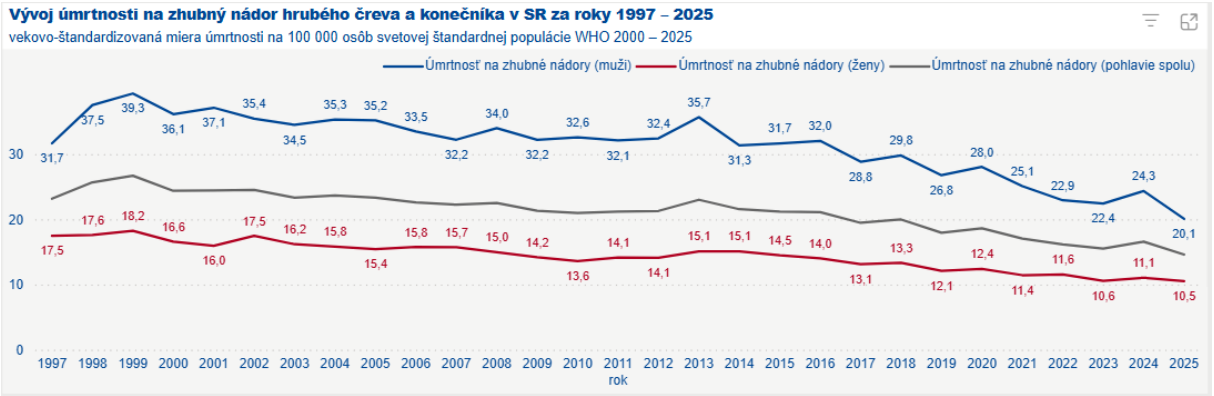
Obrázok 1: porovnanie európskych krajín podľa vekovo štandardizovanej incidencie a mortality na kolorektálny karcinóm, GLOBOCAN (1).

Vývoj incidencie a mortality na KRCA v SR podľa dát publikovaných Národným centrom zdravotníckych informácií (NCZI) ukazujú obrázky 2 a 3 (2). Do roku 2016 (vrátane) sa údaje o incidencii zakladajú na potvrdených prípadoch ochorenia z Národného onkologického registra SR (NOR). Od roku 2017 sú incidenčné dáta založené na tzv. očakávaných prípadoch,

na základe údajov zdravotných poisťovní o vykázanej zdravotnej starostlivosti a údajov o úmrtiach. Z dlhodobého hľadiska pozorujeme klesajúci trend vekovo – štandardizovanej incidencie. Predpokladáme, že skokový pokles zaznamenaný v r. 2020 bol dôsledkom obmedzenia preventívnych vyšetrení počas prebiehajúcej pandémie COVID-19, s čím pravdepodobne súvisí aj následný mierny vzostup incidencie po roku 2020, na ktorom môže mať svoj podiel aj začiatok aktívneho pozývania neparticipujúcej časti cieľovej populácie. Podobne ako incidencia, aj vekovo – štandardizovaná mortalita má dlhodobo klesajúcu tendenciu (2).



Obrázok 2: vývoj vekovo – štandardizovanej incidencie kolorektálneho karcinómu na Slovensku (NCZI) (2).



Obrázok 3: vývoj vekovo – štandardizovanej mortality na kolorektálny karcinóm na Slovensku (NCZI) (2).

Skríning kolorektálneho karcinómu na Slovensku v r. 2025

Skríning kolorektálneho karcinómu bol aj v r. 2025 určený pre populáciu vo veku od 50 do 75 rokov, bez známych rizikových faktorov ochorenia v anamnéze. Skríningovým testom bol imunochemický test na skryté krvácanie do stolice (FIT), v intervale jedenkrát za dva roky

alebo tzv. primárna skríningová kolonoskopia (bez predchádzajúceho FIT) raz za 10 rokov. FIT bol spravidla realizovaný v rámci pravidelnej preventívnej prehliadky na ambulancii všeobecného lekára pre dospelých a to buď metódou point of care testing (POCT) alebo odoslaním vzorky do biochemického laboratória. V r. 2025 bolo možné vykonávať kvalitatívne i kvantitatívne FIT, bez jednotne definovanej cut-off hodnoty pre pozitívny výsledok testu. Osoby z cieľovej populácie, ktoré sa na skríningu KRCA nezúčastnili, t. j. nemali v predchádzajúcich dvoch rokoch vykázaný výkon testu na skryté krvácanie do stolice a súčasne nemali vykázaný výkon kolonoskopie v posledných 10 rokoch boli na skríning aktívne pozývané zdravotnými poisťovňami. Súčasťou pozvánky bol aj kvalitatívny FIT s inštrukciami k jeho vykonaniu a následnému odovzdaniu na ambulancii príslušného praktického lekára k vyhodnoteniu.

Skríningové kolonoskopie (SK) a primárne skríningové kolonoskopie (PSK) boli, tak ako v minulosti, vykonávané na gastroenterologických pracoviskách zaradených do programu skríningu kolorektálneho karcinómu. Na konci roku 2025 bolo registrovaných 103 skríningových pracovísk. Tieto pracoviská môžu vykazovať kolonoskopie skríningovými kódmi s vyššou úhradou, ale majú zároveň povinnosť hlásiť skríningové kolonoskopie do registra skríningových kolonoskopií na stránke www.krca.sk.

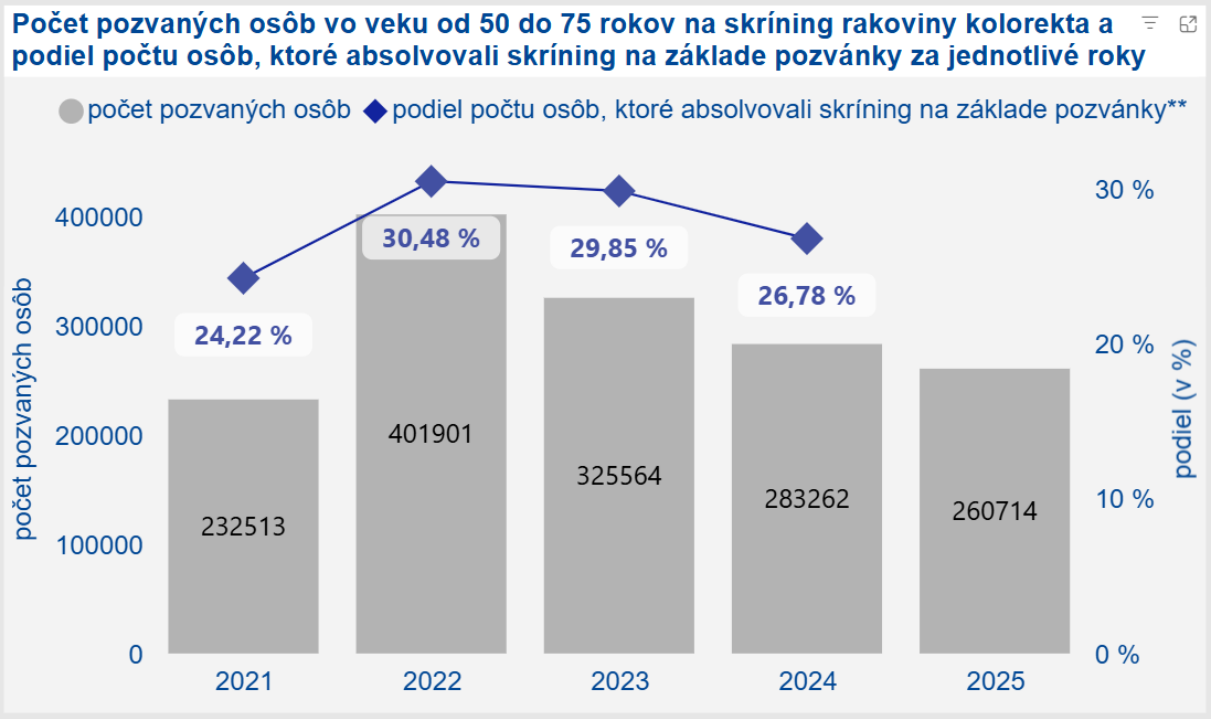
Ani v r. 2025 nebol v SR funkčný komplexný skríningový register. Väčšina dát za predchádzajúce roky pochádza z informácií o vykázanej a uhradenej zdravotnej starostlivosti (kódy diagnóz a kódy zdravotných výkonov), ktoré spracováva NCZI do definovaných kľúčových výkonnostných ukazovateľov. Tieto údaje poskytujú majoritne kvantitatívne informácie a závisia od presnosti vykazovania. Informácie o kvalite kolonoskopií získavame aj z registra skríningových kolonoskopií. Počas roka 2025 sme v registri skríningových kolonoskopií pripravovali viacero zmien, ktorých cieľom bolo čo najviac zjednodušiť zadávanie údajov, implementovať validované schémy a klasifikácie a upraviť zaobchádzanie s osobnými údajmi tak, aby bolo v súlade s príslušnými právnymi predpismi.

Výsledky skríningu kolorektálneho karcinómu na Slovensku v r. 2025

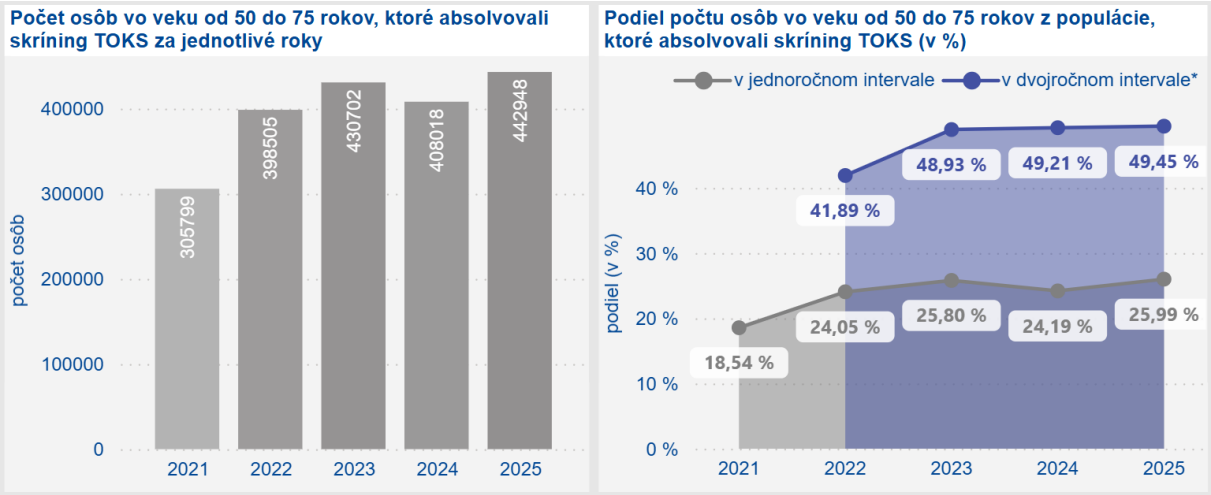
Od začiatku pozývacieho skríningu KRCA na Slovensku pozorujeme pozvoľný pokles počtu pozvaných osôb, v r. 2025 bolo pozvaných 260 714 osôb, aký podiel z nich sa následne

zúčastnil na skríningu vykonaním testu na skryté krvácanie do stolice (TOKS), budeme vedieť až v roku 2027. Za rok 2024 malo TOKS na základe pozvánky vykonaných takmer 27 % z pozvaných osôb, viď obrázok 4 (3). Pre primárnu skríningovú kolonoskopiu sa rozhodlo menej ako 0,2 % pozvaných osôb (NCZI – nepublikované dáta).

Rok 2025 bol rekordný, čo sa týka počtu vykonaných TOKS a tomu zodpovedá aj doteraz najvyššia účasť na skríningu KRCA na základe vykonaného TOKS, ktorá dosiahla takmer 49,5 % cieľovej populácie (obrázok 5) (3).

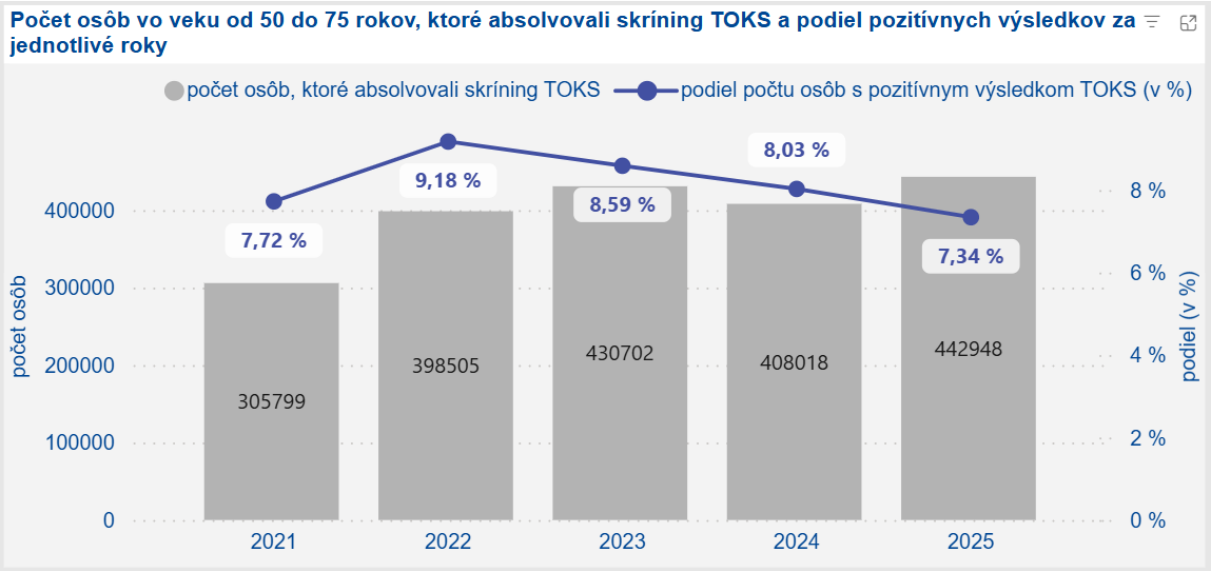


Obrázok 4: počet pozvaných osôb vo veku od 50 do 75 rokov na skríning KRCA a podiel počtu osôb, ktoré absolvovali skríning na základe pozvánky (NCZI) (3).



Obrázok 5: počet osôb vo vekovej skupine od 50 do 75 rokov, ktoré absolvovali skríning KRCA vykonaním TOKS a účasť cieľovej populácie na skríningu počítaná ako podiel počtu osôb vo veku od 50 do 75 rokov, ktoré absolvovali TOKS vyšetrenie v dvojročnom intervale a cieľovej populácie vo veku od 50 do 75.

Pozitivita TOKS dosiahla v r. 2025 7,34 % a má od vrcholu v r. 2022 klesajúci trend (obrázok 6) (3). Nárast percenta pozitívnych TOKS testov v post-pandemickom období bol pozorovaný globálne. Súvisí pravdepodobne s nahromadením predtým neodhalených patológií v dôsledku výpadku preventívnych vyšetrení počas pandémie, vyššou motiváciou príznakových osôb absolvovať test po reštarte skríningu a celkovým zhoršením životného štýlu počas lockdownov. Počet osôb v cieľovej populácii, ktoré podstúpili kolonoskopiu alebo niektorú zo skríningových kolonoskopií zostáva, napriek meniacej sa pozitivite TOKS, posledné roky stabilný (obrázok 7) (3).



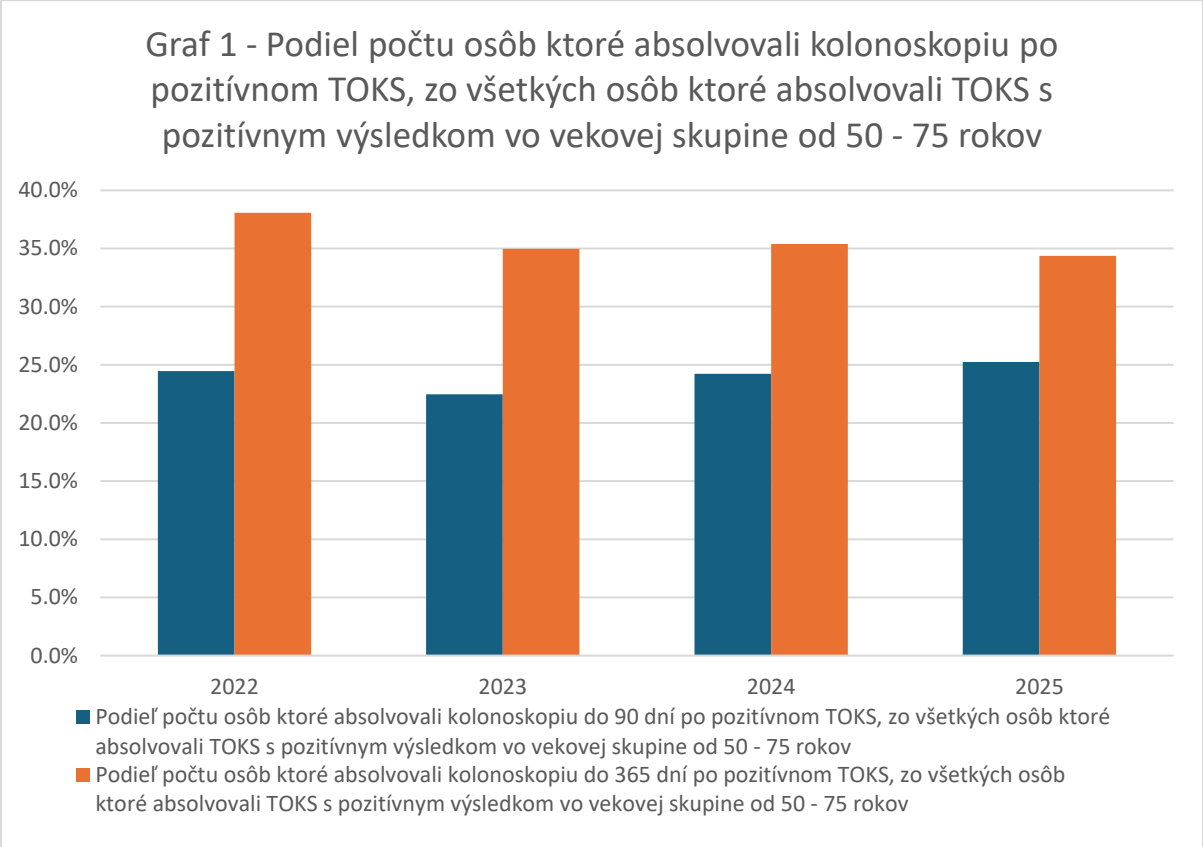
Obrázok 6: počet osôb vo vekovej skupine od 50 do 75 rokov, ktoré absolvovali skríning KRCA vykonaním TOKS a % testov, ktoré boli vyhodnotené ako pozitívne (3).



Obrázok 7: počet osôb vo vekovej skupine od 50 do 75 rokov ktoré absolvovali kolonoskopiu (3).

V snahe zistiť adherenciu k následnej kolonoskopii po pozitívnom TOKS sme zo skupiny osôb, ktoré mali pozitívne vykázaný TOKS vyselektovali osoby, ktoré mali následne vykázaný kód výkonu kolonoskopie (bez bližšej špecifikácie). Sledovali sme vykázanie kódu kolonoskopie v intervale do 90 a do 365 dní po pozitívne vykázanom TOKS. Podľa týchto údajov malo v r. 2024 do 90 dní od vykázania pozitívneho TOKS vykázanú kolonoskopiu o niečo viac ako 24 % osôb a do 365 dní 35,4 % osôb, údaje za rok 2025 nie sú, vzhľadom na neukončený interval 365 dní kompletné (graf 1). Daný údaj naznačuje nízku účasť osôb s pozitívnym TOKS na následnej kolonoskopii, avšak v súčasnosti ho treba interpretovať opatrne, nakoľko nezahŕňa osoby, ktoré podstúpili kolonoskopiu u nezmluvných

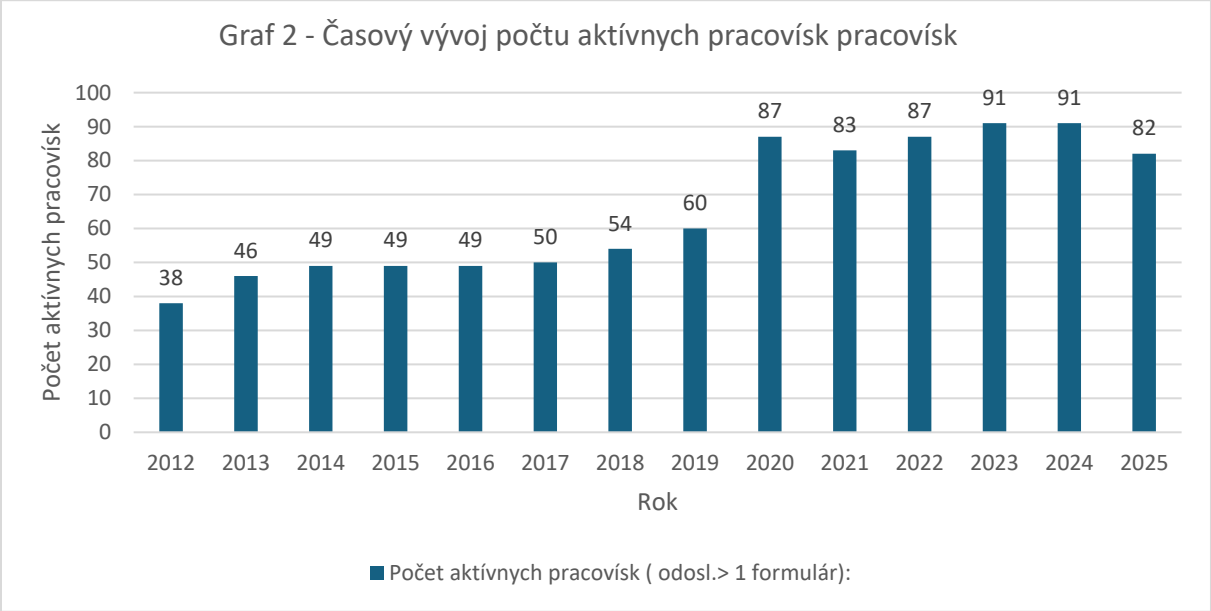
poskytovateľov ani osoby u ktorých bola kolonoskopia vykázaná formou jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Údaj môže byť tiež skreslený nesprávnym vykazovaním výsledkov TOKS na ambulanciách všeobecných lekárov.



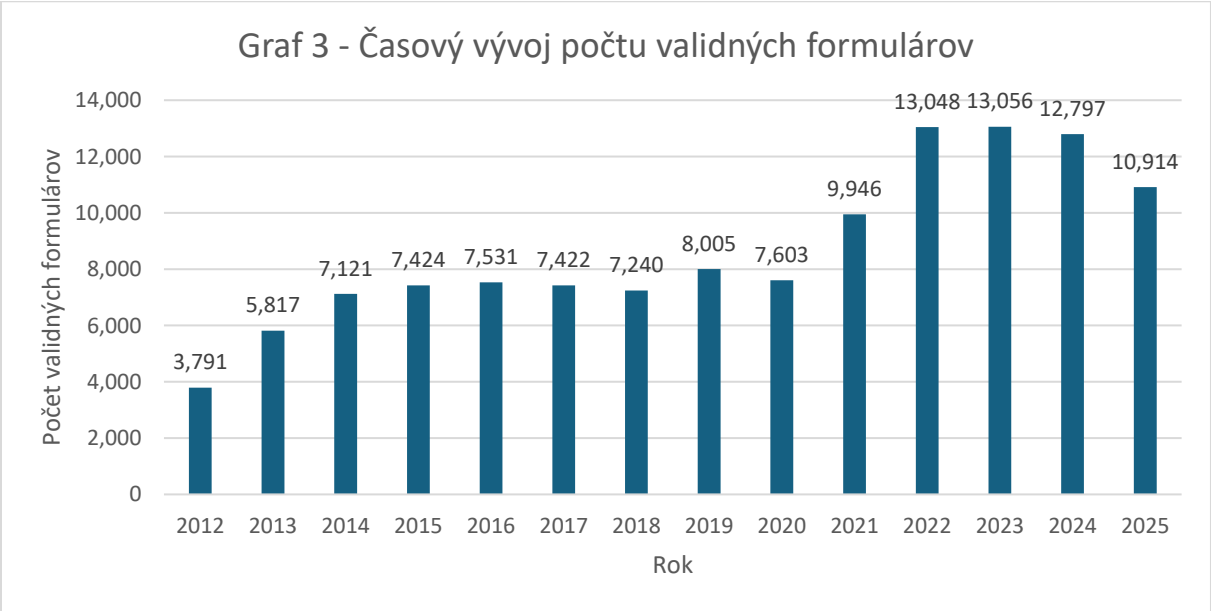
Graf 1: Podiel počtu osôb ktoré absolvovali kolonoskopiu do 90, resp. 365 dní po pozitívnom TOKS, zo všetkých osôb ktoré absolvovali TOKS s pozitívnym výsledkom vo vekovej skupine od 50 - 75 rokov (zdroj: dáta NCZI, nepublikované).

Zo 103 gastroenterologických pracovísk zaradených do programu skríningu KRCA bolo v r. 2025 aktívnych 82. Za aktívne je považované pracovisko, ktoré poslalo aspoň jeden formulár, ktorý reprezentuje jedno skríningové kolonoskopické vyšetrenie. Graf 2 sleduje vývoj počtu aktívnych pracovísk v čase a graf 3 vývoj počtu zaslaných validných formulárov. Klesajúci počet zaslaných validných formulárov kopíruje pokles aktívnych pracovísk, ale je aj dôsledkom horšej spolupráce niektorých skríningových pracovísk, ktoré do systému nezadávajú všetky skríningové kolonoskopie. Tento problém by mohla pomôcť vyriešiť plánovaná úprava legislatívy, ktorá bude v rámci kritérií pre hodnotenie kvality skríningových pracovísk určovať aj minimálny počet skríningových vyšetrení. Následná kontrola počtu

vykonaných výkonov bude možná dvojitou kontrolou: počet vykázaných skríningových výkonov zdravotným poisťovniam a počet skríningových vyšetrení zaevidovaných prostredníctvom www.krca.sk.

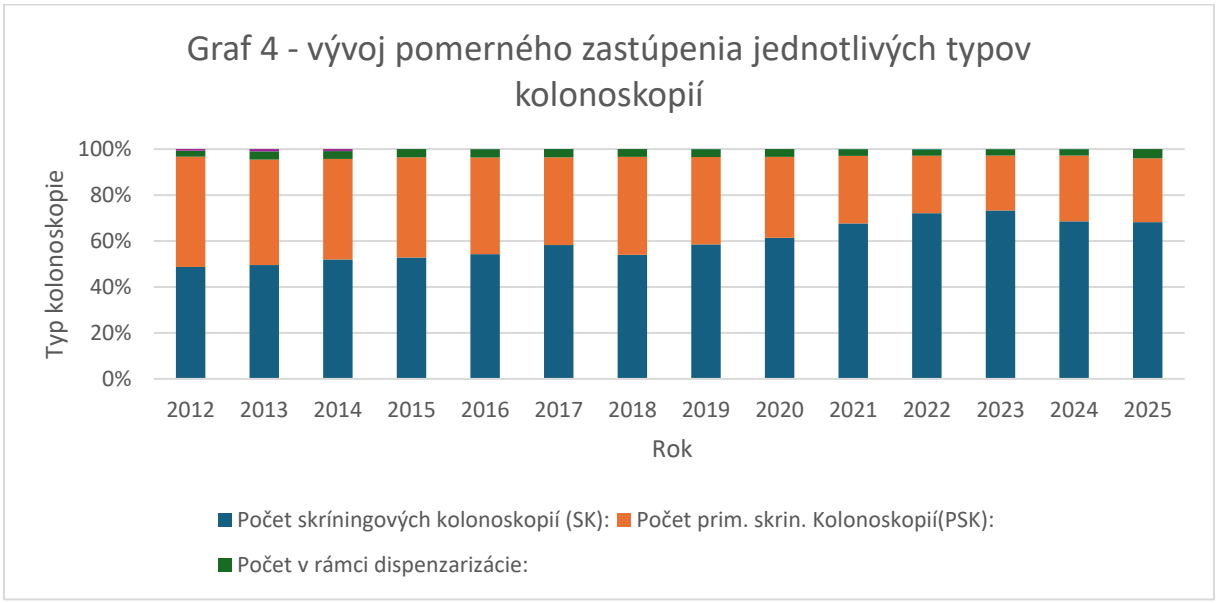


Graf 2 - Časový vývoj počtu aktívnych gastroenterologických pracovísk zaradených do programu skríningu KRCA (zdroj: www.krca.sk).

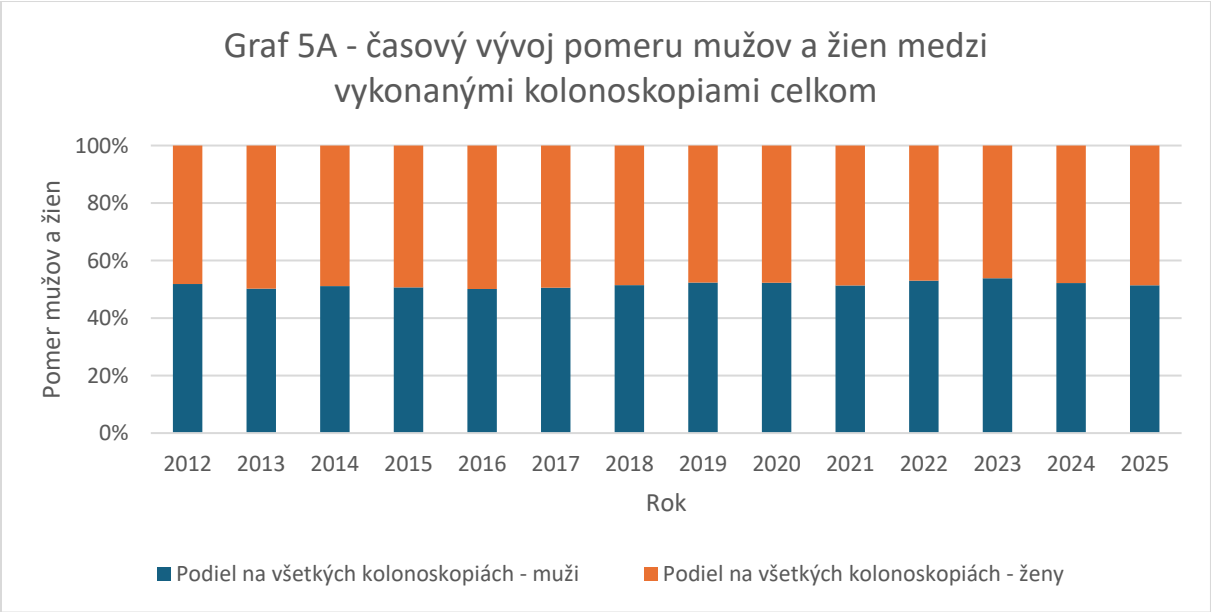


Graf 3 - Časový vývoj počtu zaslaných validných formulárov do registra skríningových kolonoskopií (zdroj: www.krca.sk).

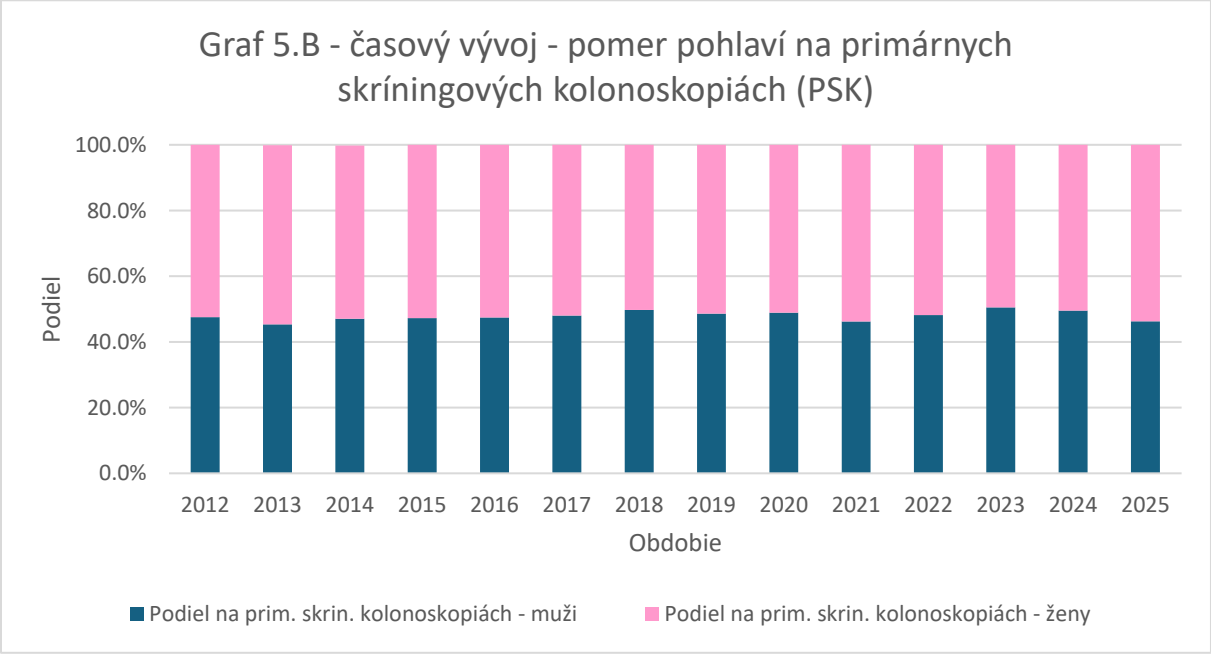
Z kolonoskopických vyšetrení registrovaných v databáze tvorili v r. 2025 viac ako 68 % skríningové kolonoskopie po pozitívnom TOKS. Zvyšok tvorili primárne skríningové kolonoskopie a len minoritne (4 %) boli kolonoskopie označené ako dispenzárne (graf 4). Čo sa týka pohlavia medzi registrovanými kolonoskopiami mierne prevažujú kolonoskopie vykonané u mužov, čo je dané ich výraznejšou prevahou pri skríningových kolonoskopiách. Naopak, v prípade primárnych skríningových kolonoskopií mierne dominujú ženy (grafy 5A – 5C). Priemerný vek osôb podstupujúcich skríningovú a primárnu skríningovú kolonoskopiu je 63 rokov (63,9 rokov u žien a 62,8 roka u mužov). Priemerný vek, v ktorom osoby podstupujú primárnu skríningovú kolonoskopiu, je približne o 2 roky nižší, než pri skríningovej kolonoskopii (grafy 6).



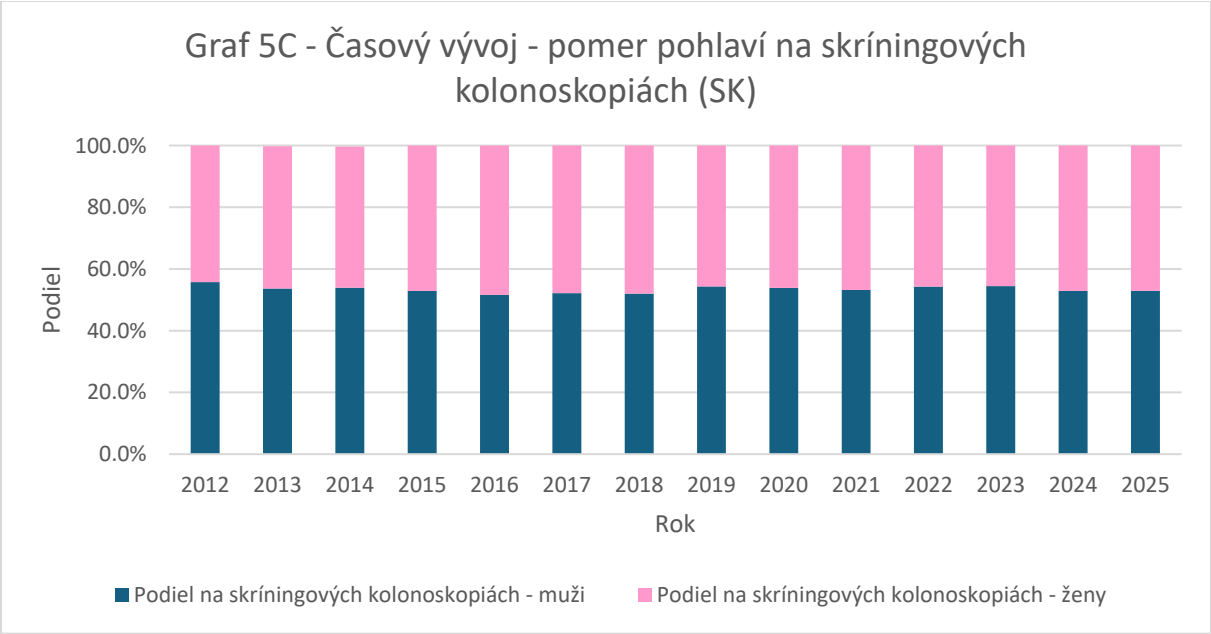
Graf 4: vývoj pomerného zastúpenia jednotlivých typov kolonoskopií (zdroj: www.krca.sk).



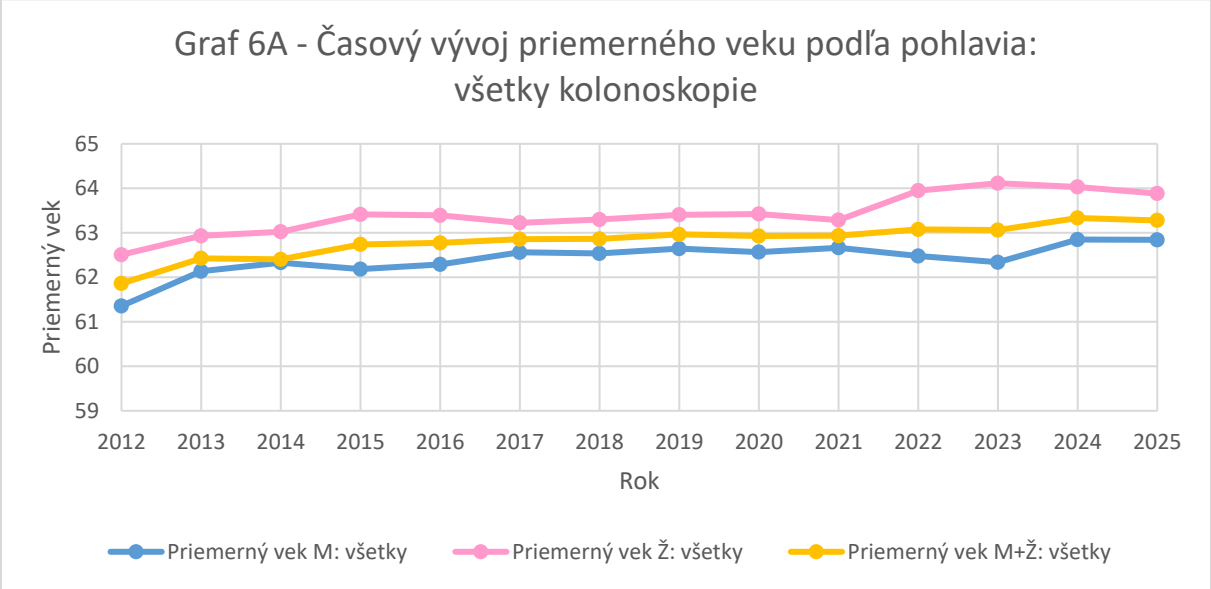
Graf 5A - časový vývoj pomeru mužov a žien medzi vykonanými kolonoskopiami celkom (zdroj: www.krca.sk).



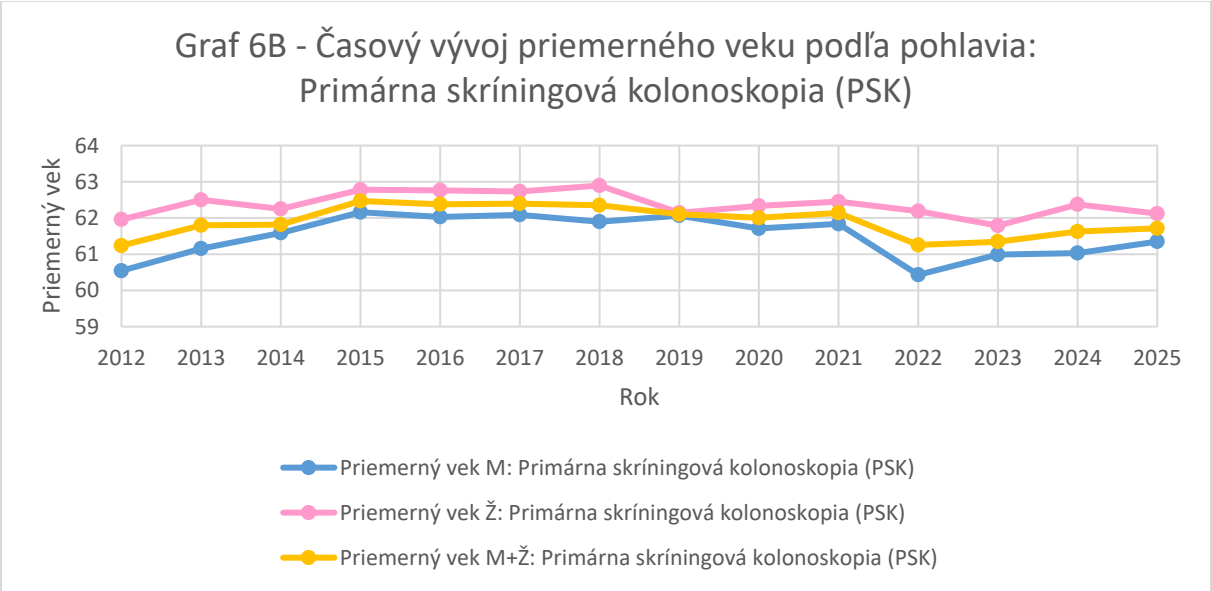
Graf 5B - Časový vývoj - pomer pohlaví na primárnych skríningových kolonoskopiách (PSK) (zdroj: www.krca.sk).



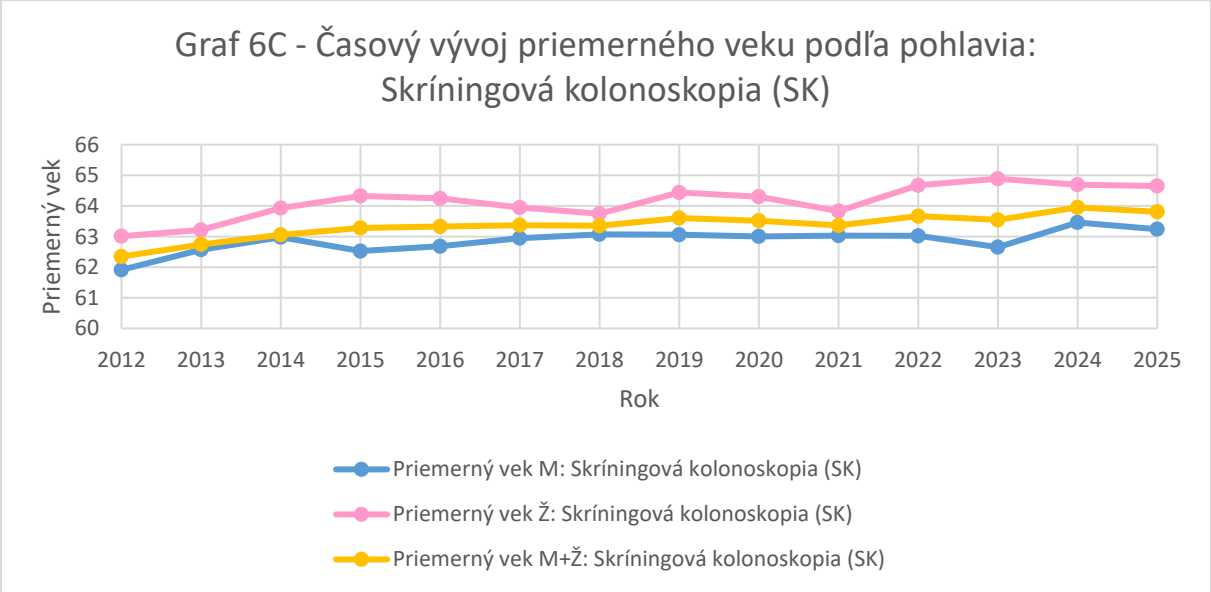
Graf 5C - Časový vývoj - pomer pohlaví na skríningových kolonoskopiách (SK) (zdroj: www.krca.sk).



Graf 6A: Časový vývoj priemerného veku podľa pohlavia: všetky kolonoskopie (zdroj: www.krca.sk).



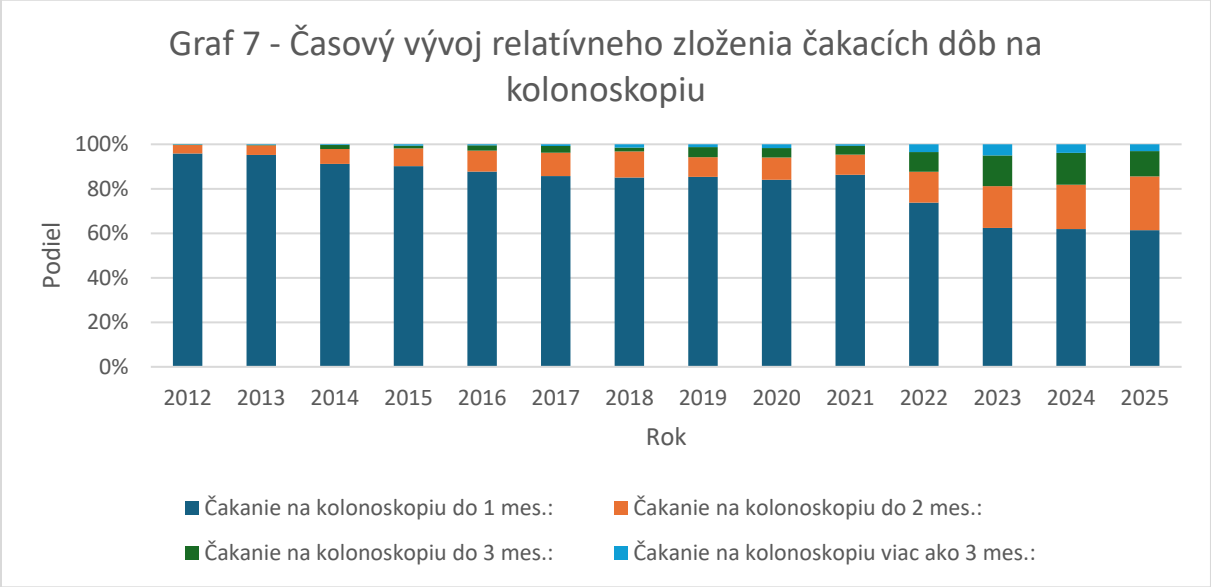
Graf 6B: Časový vývoj priemerného veku podľa pohlavia: Primárna skríningová kolonoskopia (PSK) (zdroj: www.krca.sk).



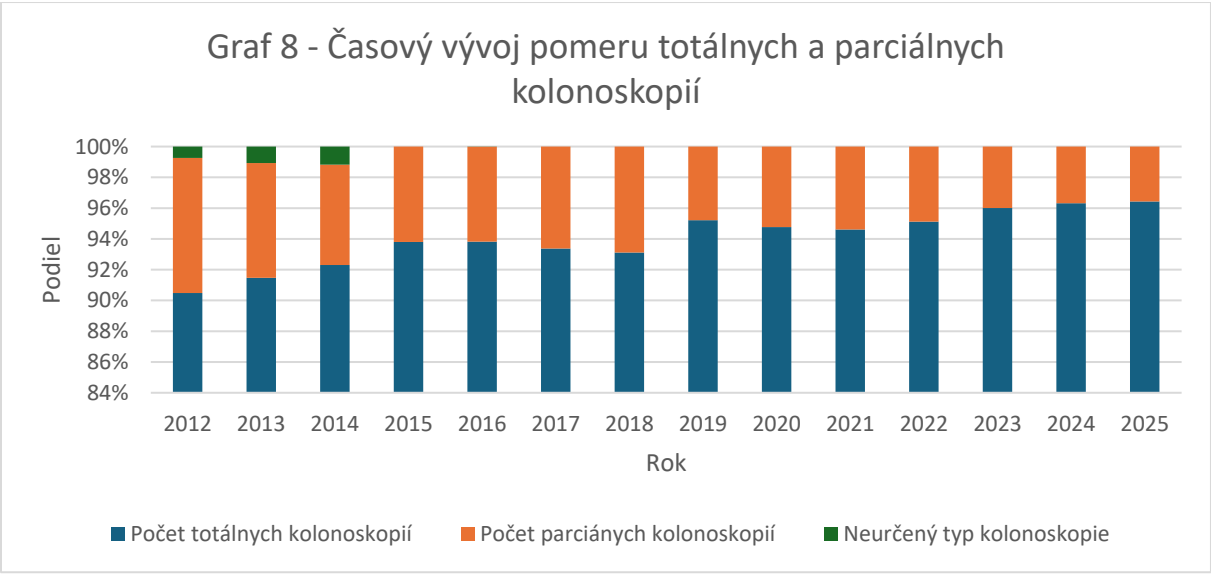
Graf 6C: Časový vývoj priemerného veku podľa pohlavia: Skríningová kolonoskopia (SK) (zdroj: www.krca.sk).

Na grafe 7 môžeme vidieť časový vývoj relatívneho zloženia čakacích dôb na kolonoskopiu. Od r. 2022 pozorujeme nárast vyšetrení, pri ktorých bolo čakanie dlhšie ako 1 mesiac. V r. 2025 bolo čakanie na kolonoskopiu menej ako 1 mesiac pri viac ako 61 % kolonoskopií a takmer 97 % kolonoskopií bolo realizovaných do 3 mesiacov od objednania. Tieto údaje sú v diskrepancii s prieskumom realizovaným v r. 2023, do ktorého sa zapojilo 45

skríningových pracovísk. Podľa zistení v tomto prieskume udávalo 33 % pracovísk čakaciu dobu na skríningovú kolonoskopiu do 1 mesiaca, 84 % pracovísk do 3 mesiacov. Z údajov NCZI použitých v grafe 1 vyplýva, že 68 % osôb, ktoré mali vykázanú kolonoskopiu do 365 dní po vykázaní pozitívneho TOKS, ju malo vykázanú do 90 dní od vykázania TOKS.



Graf 7: Časový vývoj relatívneho zloženia čakacích dôb na kolonoskopiu (zdroj: www.krca.sk)

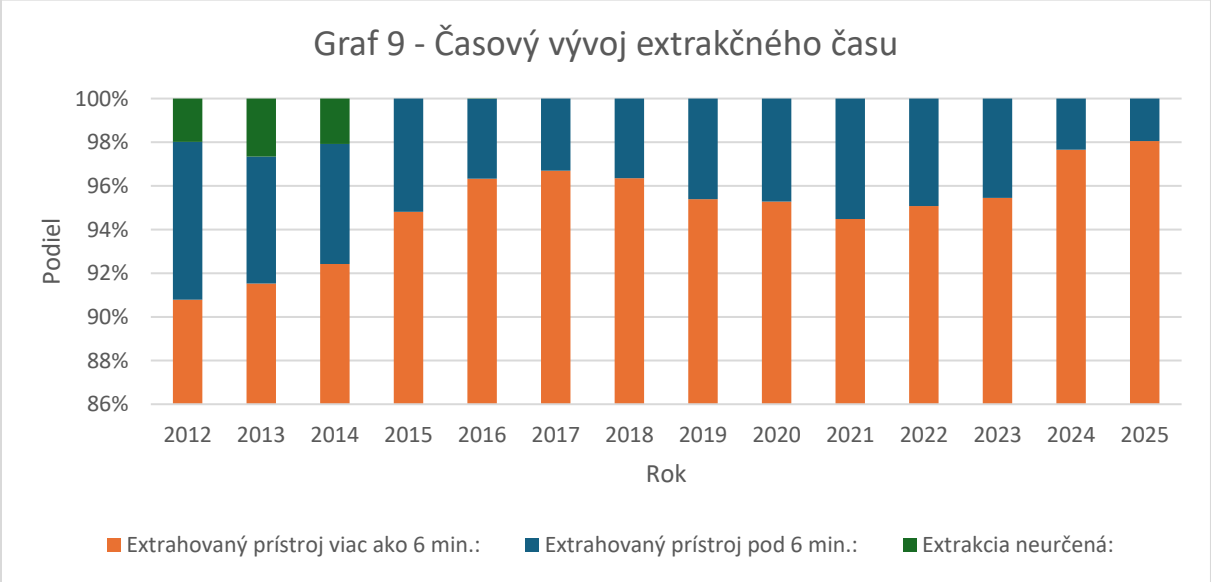


Graf 8: Časový vývoj pomeru totálnych a parciálnych kolonoskopií (zdroj: www.krca.sk).

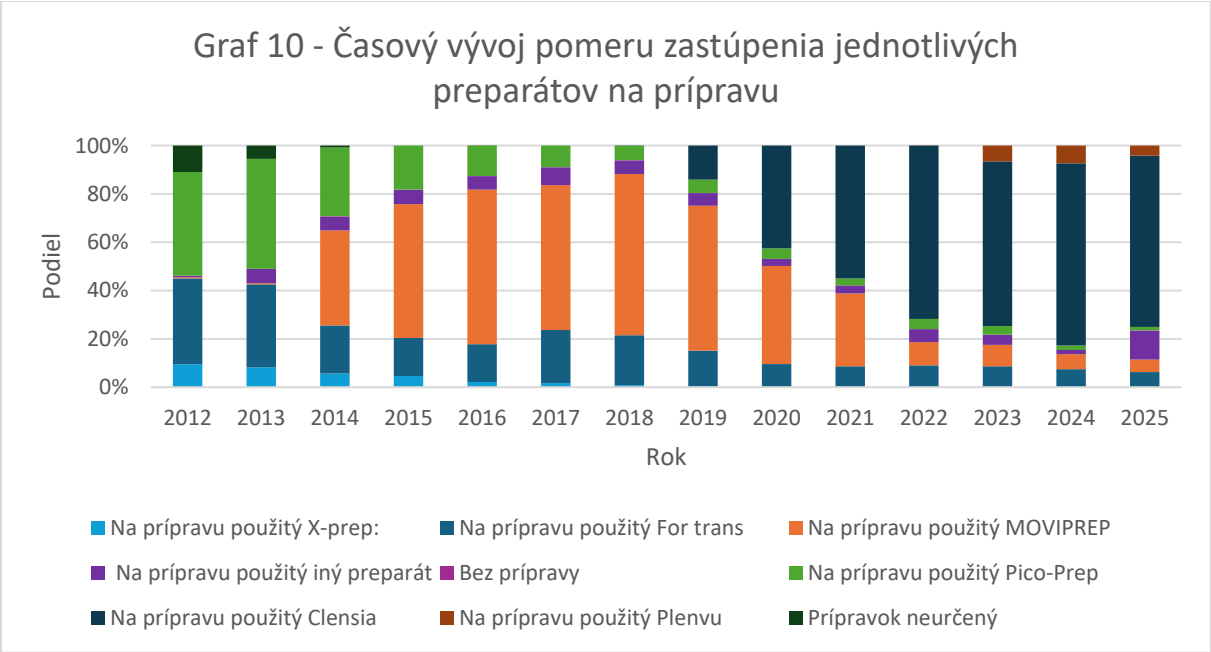
Podiel kompletných kolonoskopií dosiahol v r. 2025 viac ako 96 %. Ide o dôležitý ukazovateľ kvality skríningových kolonoskopií a v posledných rokoch sa stabilne drží na úrovni 95 % a viac (graf 8).

Ďalším dôležitým sledovaným parametrom je extrakčný čas, ktorý má pri skríningovej kolonoskopii dosahovať minimálne 6 minút. V r. 2025 bol tento indikátor splnený pri > 98 % zaznamenaných kolonoskopií (graf 9).

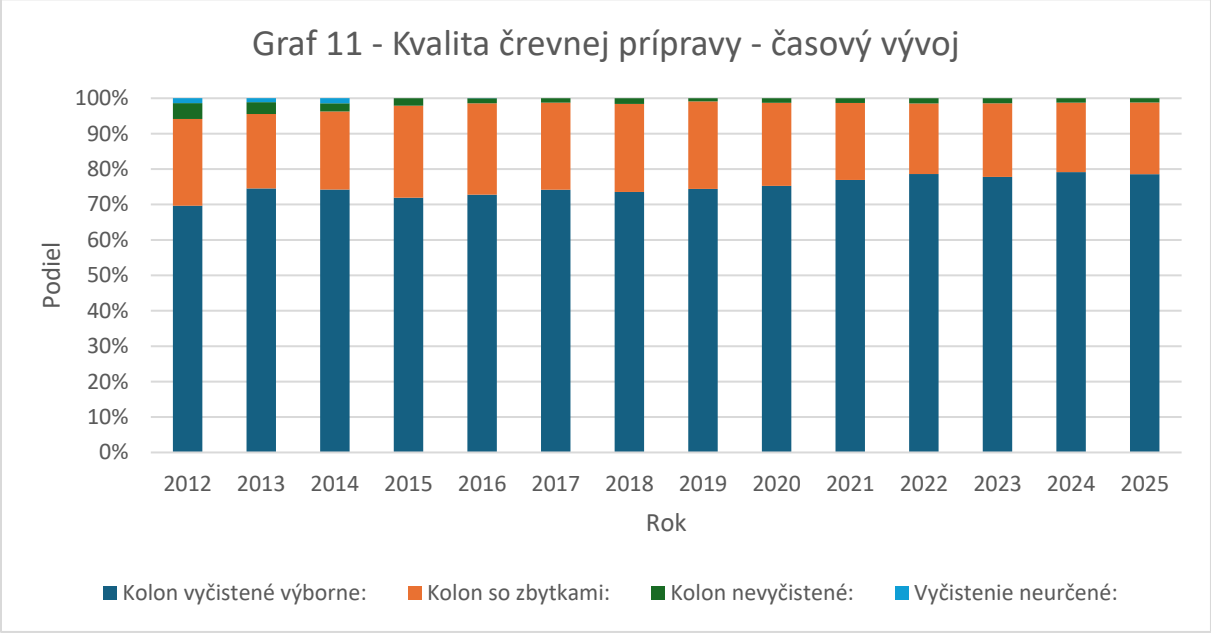
Graf 10 ukazuje trend pomerného zastúpenia jednotlivých preparátov používaných na črevnú prípravu. Dlhodobo dominujú nízkoobjemové preparáty na báze makrogolu, ktorých zastúpenie sa v posledných rokoch výrazne zmenilo v prospech preparátov s obsahom simetikónu. Na grafe 11 možno vidieť kvalitu črevnej prípravy, ktorá bola pri takmer 79 % kolonoskopií hodnotená ako výborná. Do roku 2025, vrátane nebola pre hodnotenie používaná validovaná škála, preto nie je možné odhadnúť či „kolon so zbytkami“ znamená stále dostatočnú kvalitu prípravy. Od roku 2026 sa na zadávanie kvality črevnej prípravy využíva validovaná Bostonská škála.



Graf 9 : Časový vývoj extrakčného času (zdroj: www.krca.sk).



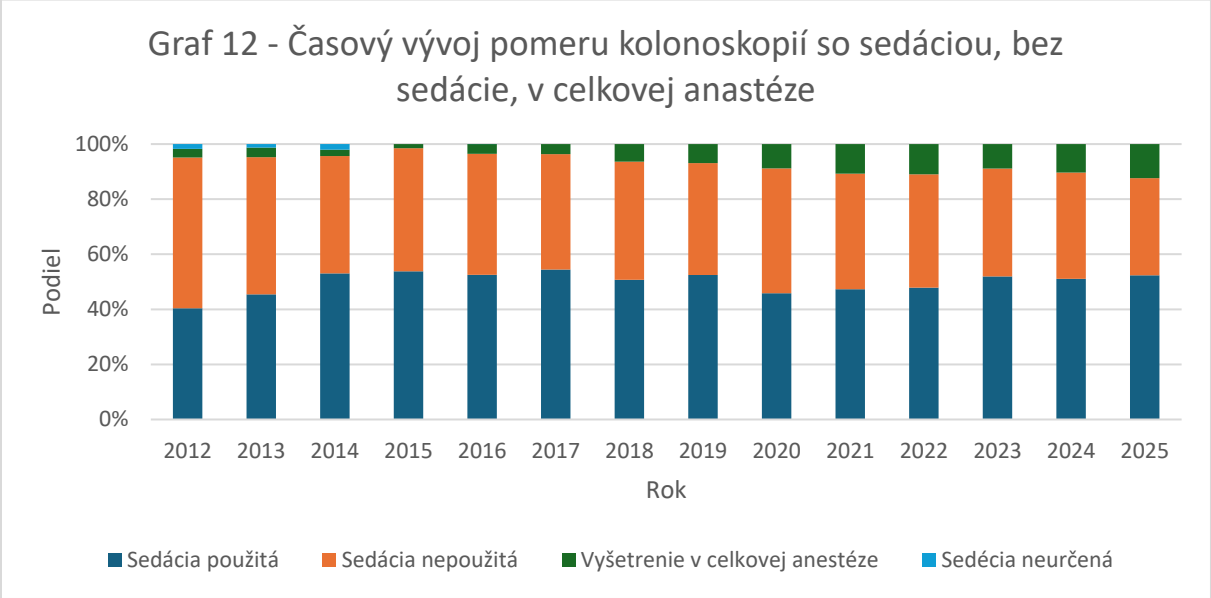
Graf 10: Časový vývoj pomeru zastúpenia jednotlivých preparátov na prípravu (zdroj: www.krca.sk).



Graf 11: Kvalita črevnej prípravy - časový vývoj (zdroj: www.krca.sk).

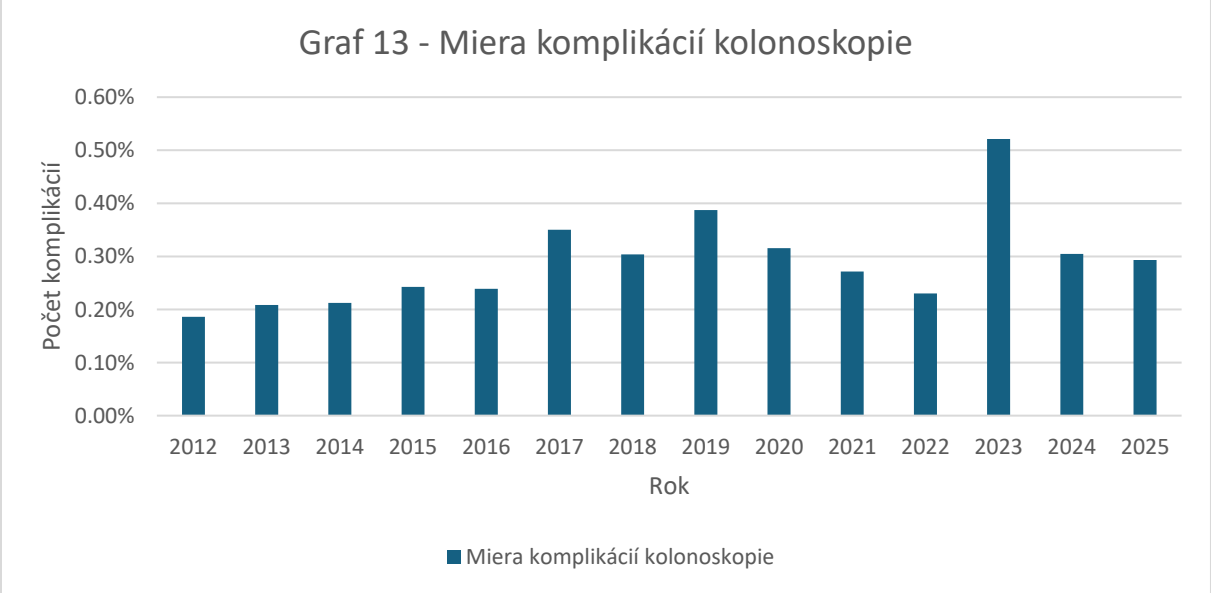
Takmer 65 % kolonoskopií bolo v r. 2025 realizovaných v sedácii alebo celkovej anestézii. Pomer kolonoskopií v sedácii alebo celkovej anestézii a kolonoskopií bez sedácie je v posledných rokoch stabilný. Pozorujeme mierny nárast zastúpenia celkovej anestézie

v skupine kolonoskopií so sedáciou. Napriek tomu prevažujúcim typom sedácie zostáva sedácia pri vedomí (graf 12).



Graf 12: Časový vývoj pomeru kolonoskopií so sedáciou, bez sedácie, v celkovej anestézii (zdroj: www.krca.sk).

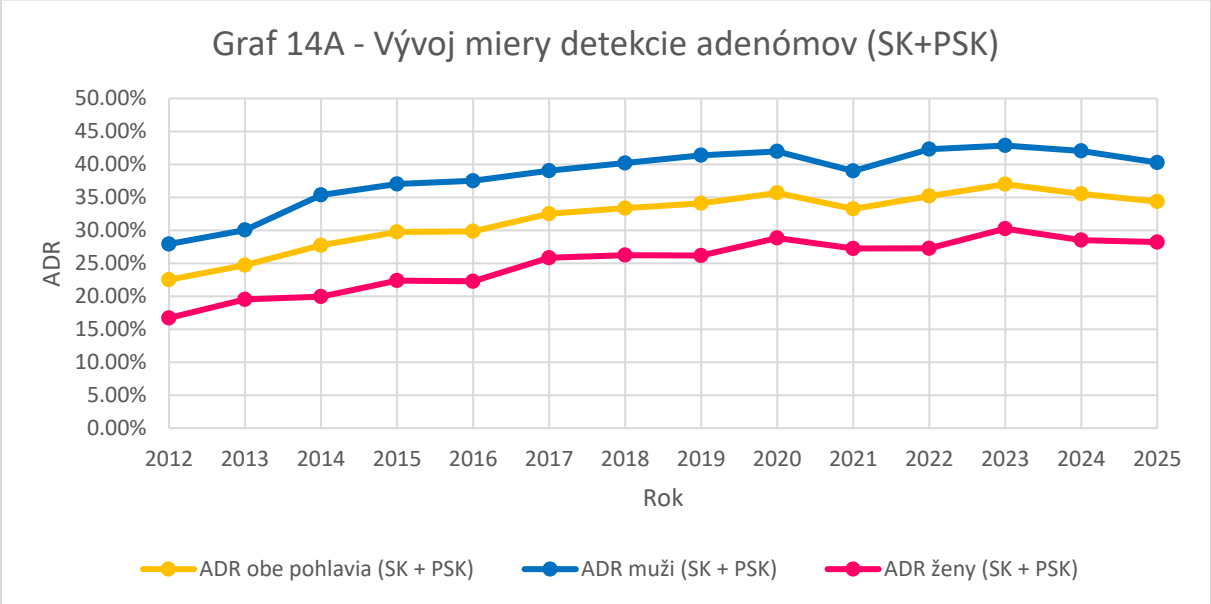
Miera hlásených komplikácií kolonoskopie (krvácanie alebo perforácie) zostáva aj v r. 2025 pod hodnotou 0,3 % (graf 13). Aktuálne údaje z registra skríningových kolonoskopií však neumožňujú určiť či šlo o bezprostredné alebo neskoré komplikácie, ani ich závažnosť.



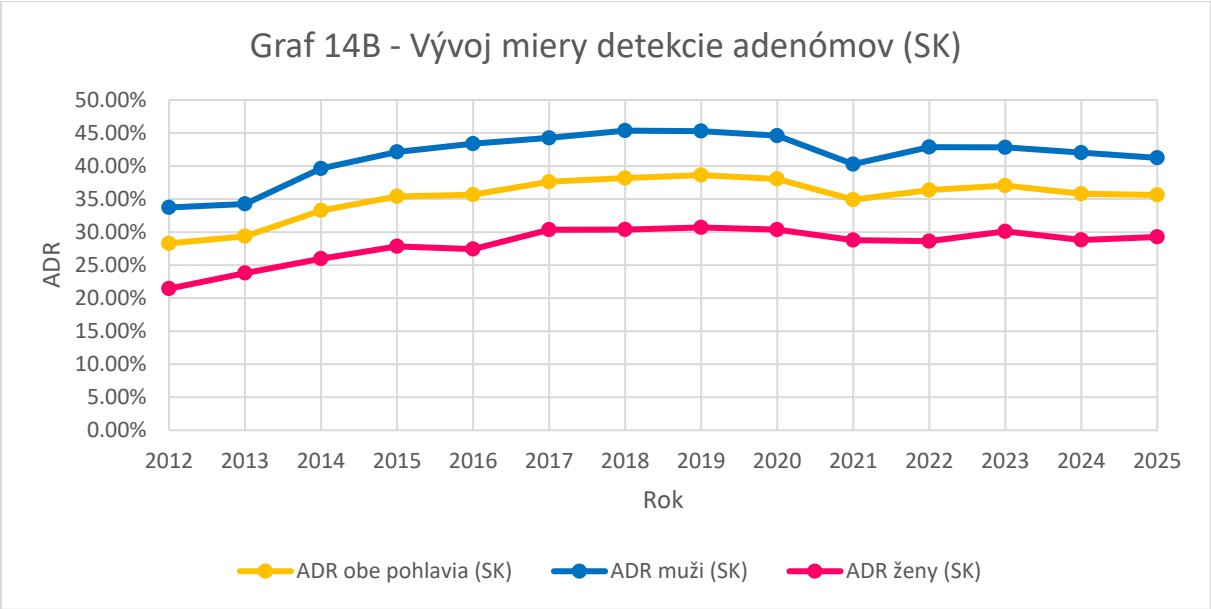
Graf 13: Miera komplikácií kolonoskopie (zdroj: www.krca.sk).

Grafy 14 – 16 zobrazujú časový vývoj miery detekcie adenómov (ADR), pokročilých adenómov (A-ADR) a karcinómov (CDR). Pokročilý adenóm definujeme ako adenóm s veľkosťou ≥ 10 mm alebo ťažkou dyspláziou. Miera detekcie adenómov dosiahla v roku 2025 približne 34 % (40 % u mužov a 28 % u žien), čím naďalej presahuje stanovené minimálne hodnoty tohto ukazovateľa kvality kolonoskopie (30 % u mužov a 20 % u žien). V prípade skríningových kolonoskopií bol ADR očakávane vyšší, než v prípade primárnych skríningových kolonoskopií. Miera detekcie pokročilých adenómov dosiahla takmer 12 % (14 % u mužov a takmer 9 % u žien). Pri A-ADR prekvapivo nebol zaznamenaný rozdiel podľa typu kolonoskopie a hodnoty boli v r. 2025 prakticky identické pre skríningové a primárne skríningové kolonoskopie. Pri primárnych skríningových kolonoskopiách má A-ADR stúpajúci trend, kým v prípade skríningových kolonoskopií je trend prekvapivo klesajúci.

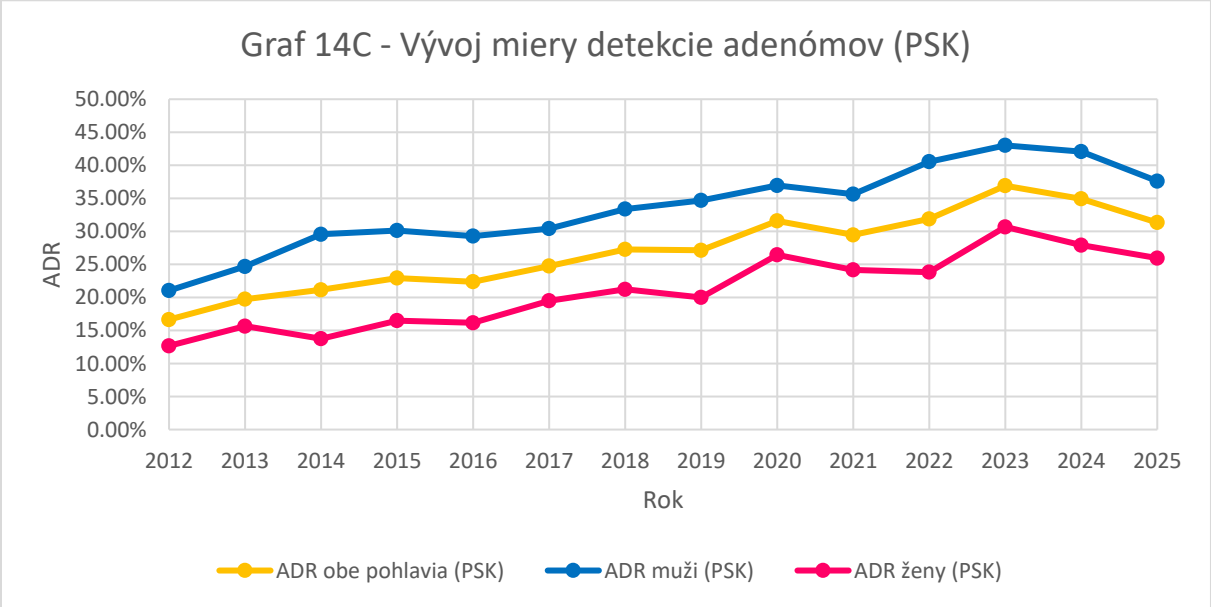
V priebehu rokov pozorujeme postupný pokles miery detekcie karcinómov. V roku 2025 dosiahla doteraz najnižšie hodnoty v sledovanom období a to 1,4 % (necelých 1,6 % u mužov a takmer 1,3 % u žien). Kým v prípade skríningových kolonoskopií sa rozdiel v CDR medzi pohlaviami takmer stráca, pri primárnych skríningových kolonoskopiách je CDR u mužov 2,6-násobne vyšší, než u žien.



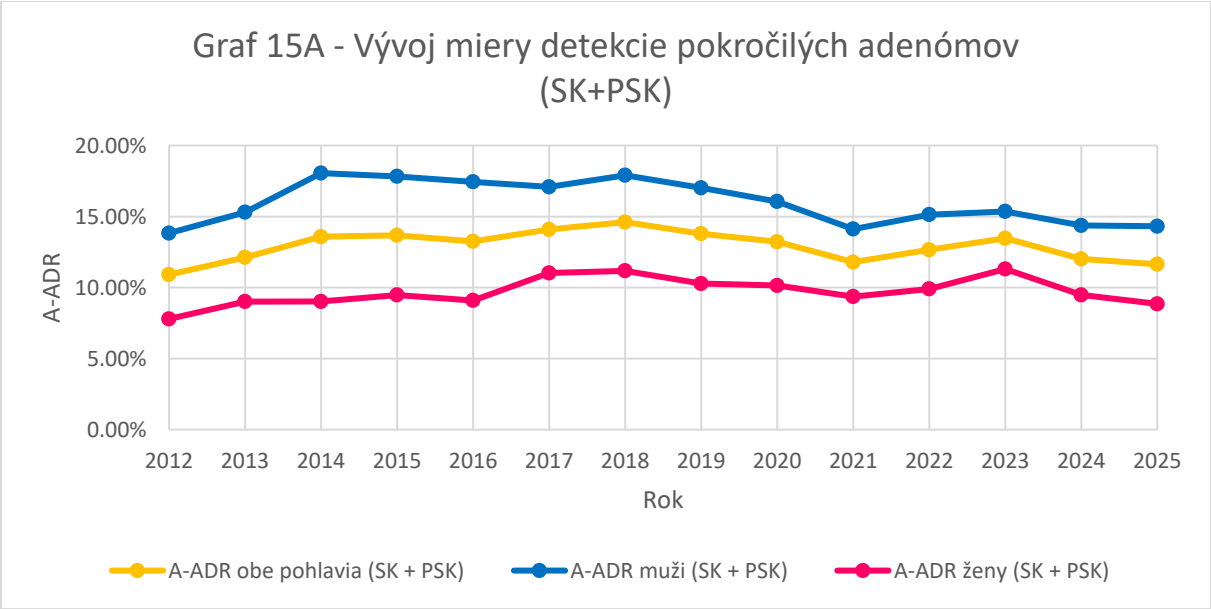
Graf 14A: Vývoj miery detekcie adenómov podľa pohlavia, skríningové a primárne skríningové kolonoskopie (zdroj: www.krca.sk).



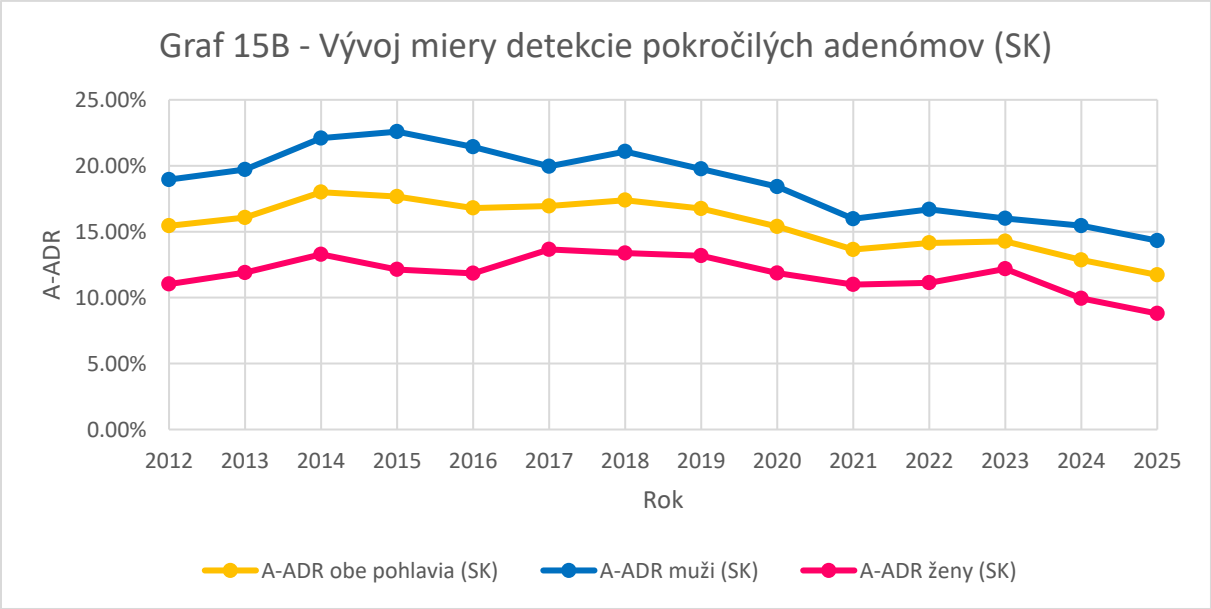
Graf 14B: Vývoj miery detekcie adenómov podľa pohlavia, skríningové kolonoskopie (zdroj: www.krca.sk).



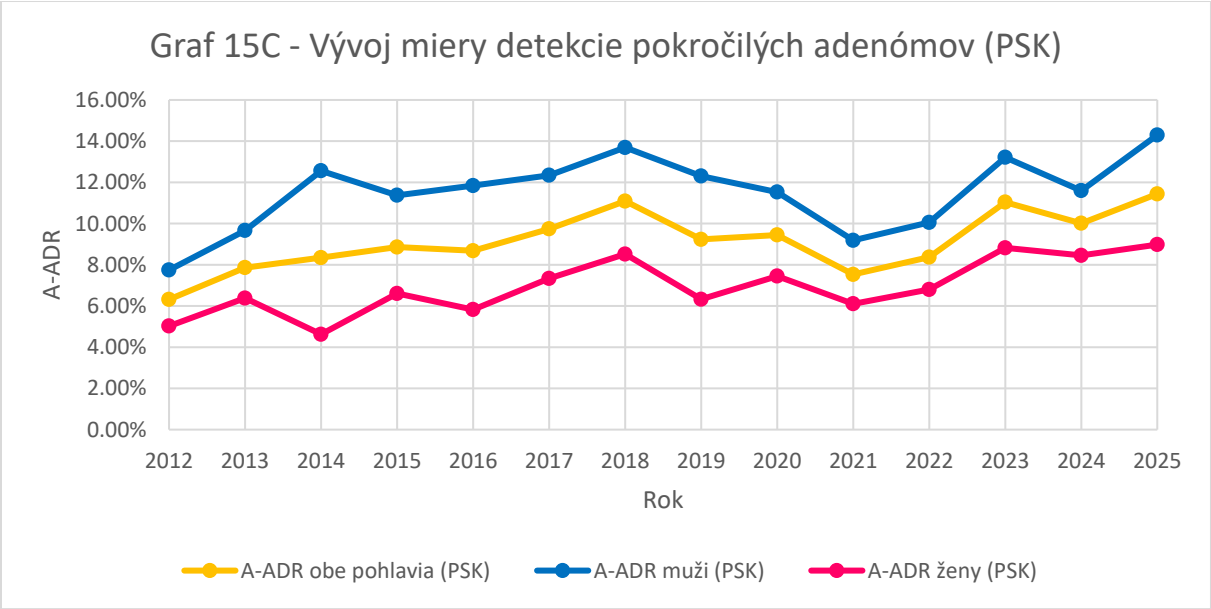
Graf 14C: Vývoj miery detekcie adenómov podľa pohlavia, primárne skríningové kolonoskopie (zdroj: www.krca.sk).



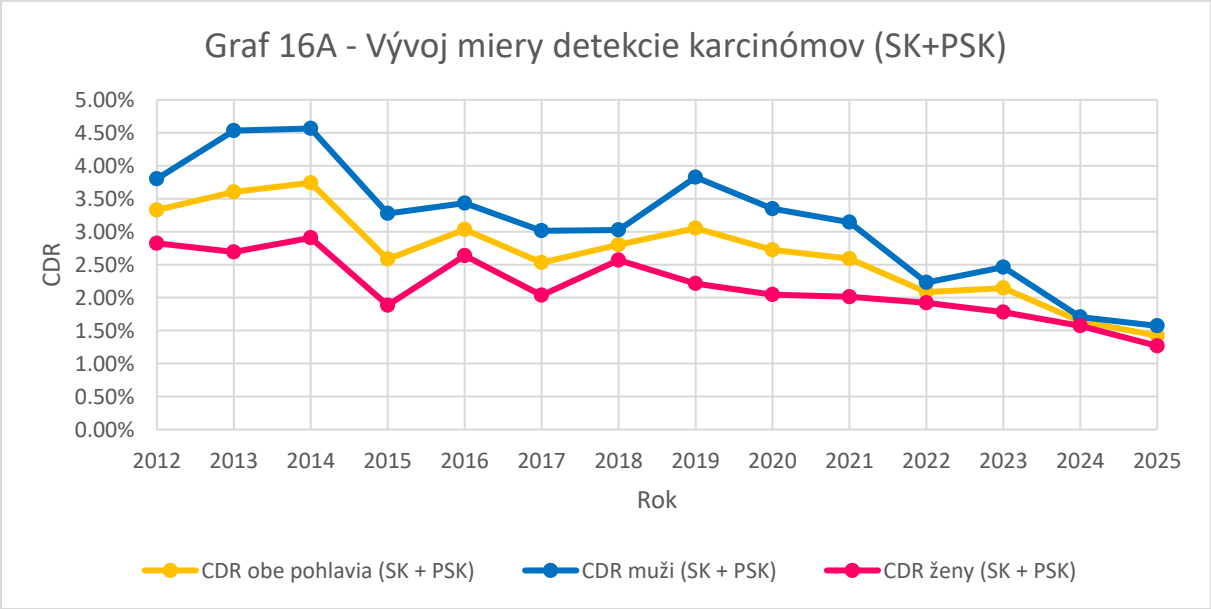
Graf 15A: Vývoj miery detekcie pokročilých adenómov podľa pohlavia, skríningové a primárne skríningové kolonoskopie (zdroj: www.krca.sk).



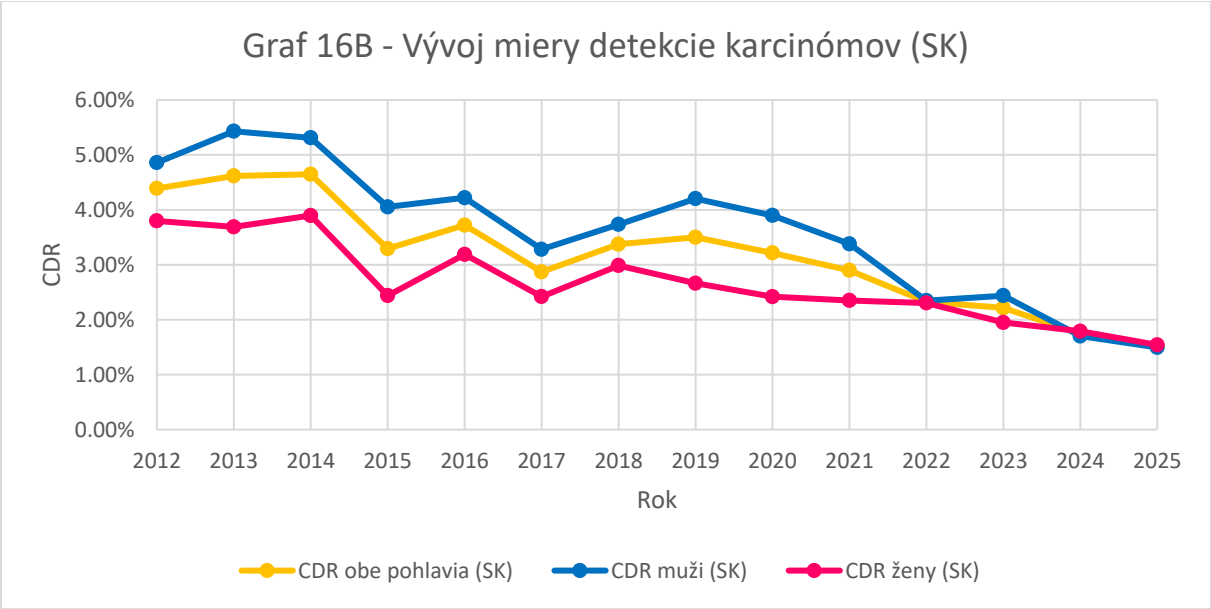
Graf 15B: Vývoj miery detekcie pokročilých adenómov podľa pohlavia, skríningové kolonoskopie (zdroj: www.krca.sk).



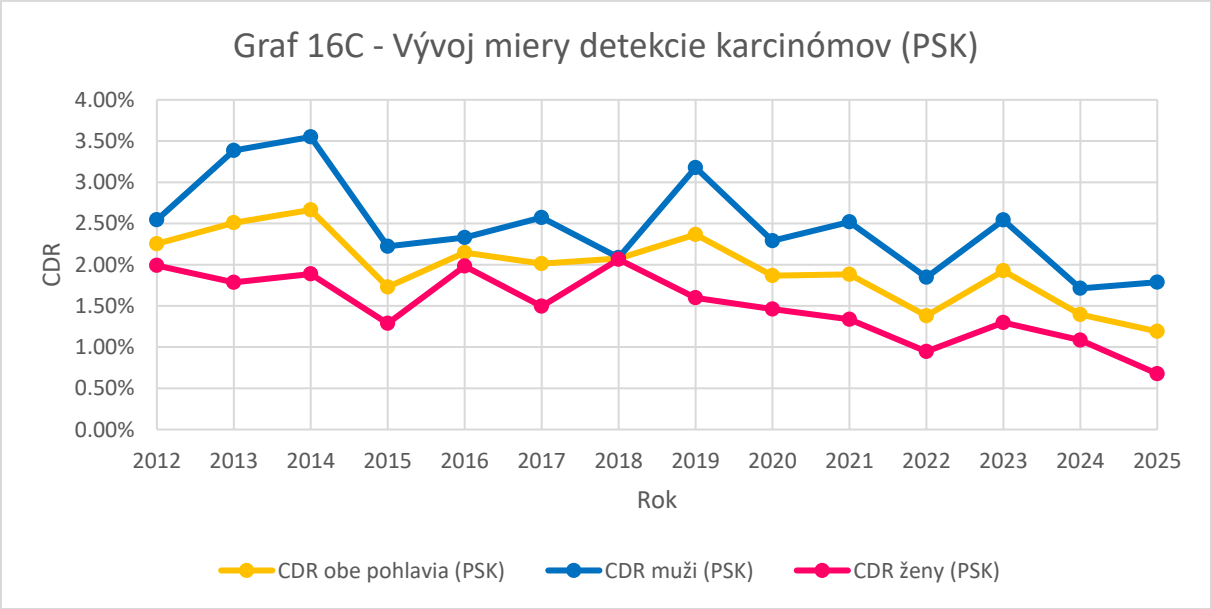
Graf 15C: Vývoj miery detekcie pokročilých adenómov podľa pohlavia, primárne skríningové kolonoskopie (zdroj: www.krca.sk).



Graf 16A: Vývoj miery detekcie karcinómov podľa pohlavia, skríningové a primárne skríningové kolonoskopie (zdroj: www.krca.sk).



Graf 16B: Vývoj miery detekcie karcinómov podľa pohlavia, skríningové kolonoskopie (zdroj: www.krca.sk).



Graf 16C: Vývoj miery detekcie karcinómov podľa pohlavia, primárne skríningové kolonoskopie (zdroj: www.krca.sk).

Záver a výzvy do budúcnosti

Rok 2025 možno z pohľadu skríningu kolorektálneho karcinómu na Slovensku hodnotiť ako obdobie ďalšieho posunu v účasti populácie na skríningu. Dosiahnutie takmer 49,5 % pokrytia cieľovej populácie testovaním na okultné krvácanie do stolice predstavuje doteraz najlepší výsledok od zavedenia aktívneho pozývacieho programu. Pozitívne možno hodnotiť aj viaceré parametre kvality skríningových kolonoskopií hlásených do registra, najmä vysoký podiel kompletných kolonoskopií, adekvátnu mieru detekcie adenómov, či dodržiavanie extrakčného času.

Napriek týmto pozitívnym trendom zostáva slovenský skríningový program KRCA konfrontovaný s viacerými nedostatkami. Významným je nízka adherencia k následnej kolonoskopii po pozitívnom FIT, na ktorú poukazujú dostupné dáta, čo predstavuje jedno z kritických miest celého skríningového procesu. Pretrvávajúcim problémom je aj dostupnosť komplexných a najmä spoľahlivých údajov o fungovaní a výkonnosti programu. Väčšina spracovávaných dát pochádza aj naďalej z údajov zdravotných poisťovní o vykázanej zdravotnej starostlivosti. Tieto dáta sú však ovplyvnené nepresnosťami v dôsledku nesprávneho vykazovania. Limitované sú aj dáta o kvalite kolonoskopií. Sú závislé od spolupráce jednotlivých lekárov skríningových pracovísk, ktorí by mali informácie o každej vykonanej skríningovej kolonoskopii zadávať do registra, ktorý však nie je prepojený so systémom NCZI. Bez funkčného komplexného národného skríningového registra, systematického vyhodnocovania indikátorov kvality nielen na národnej úrovni, ale aj na úrovni jednotlivých pracovísk, nie je možné zabezpečiť plnohodnotné monitorovanie a kontinuálne zvyšovanie kvality programu. Výsledky prezentované v tejto správe preto treba v niektorých oblastiach interpretovať s ohľadom na limity dostupných dát.

1. januára 2026 bolo na Ministerstve zdravotníctva SR (MZSR) zriadené Národné skríningové centrum (NSC), ktorého úlohou je v priebehu tohto roka prevziať a následne zabezpečovať komplexnú koordináciu a riadenie skríningových programov. Aktuálne sa NSC zameriava aj na prípravu legislatívnych zmien a vykonávacích predpisov, ktoré vytvoria jednotný legislatívny a metodický rámec pre skríningové programy. Navrhované zmeny by mali, okrem iného zahŕňať aj definovanie nových pravidiel pre zaraďovanie pracovísk do programu skríningu KRCA. Definované by mali byť tiež indikátory kvality, ktoré budú musieť jednotlivé pracoviská spĺňať.

V nasledujúcom období bude kľúčové sústrediť sa najmä na niekoľko strategických priorít:

1. **Zvyšovanie účasti cieľovej populácie.** Pokračovať v aktívnom pozývaní cieľovej populácie, posilňovať informovanosť verejnosti, definovať a následne cielene oslovovať skupiny obyvateľstva s nízkou mierou účasti.
2. **Zlepšenie adherencie ku kolonoskopii po pozitívnom FIT.** Zjednodušiť cestu pacienta od oznámenia pozitívneho výsledku testu až po realizáciu kolonoskopie, zlepšiť regionálnu dostupnosť kolonoskopie a zabezpečenie možnosti bezplatnej analgosedácie.
3. **Štandardizácia testu na okultné krvácanie.** Prejsť na jednotné používanie kvantitatívneho FIT s definovanou hodnotou cut-off a zabezpečeným systémom kontroly kvality.
4. **Vybudovanie funkčného národného skríningového registra.** Prepojiť kvantitatívne údaje zdravotných poisťovní, s klinickými údajmi od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a laboratórií v štruktúrovanej forme, bez potreby ich duplicitného zadávania do externých systémov. Zabezpečiť ich validáciu a systematické vyhodnocovanie kľúčových ukazovateľov kvality nielen na národnej úrovni, ale aj na úrovni jednotlivých pracovísk. Na efektívne monitorovanie kvality kolonoskopií by bolo žiaduce zavedenie jednotného, štruktúrovaného kolonoskopického nálezu.

Skríning kolorektálneho karcinómu na Slovensku má vybudovanú organizačnú a odbornú základňu. Jeho ďalší rozvoj však nemôže byť založený iba na zvyšovaní počtu vykonaných testov na skryté krvácanie do stolice a kolonoskopií. Kľúčovým cieľom musí byť prechod od sledovania kvantity k systematickému riadeniu kvality, dostupnosti a efektivity celého skríningového procesu. Tieto opatrenia majú vytvoriť podmienky na to, aby sa rast účasti na skríningu premietol do ďalšieho znižovania incidencie a mortality na kolorektálny karcinóm na Slovensku.

Zdroje:

1. https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/bars?mode=population&types=0_1&sort_by=value1&group_populations=0&populations=100_112_191_196_203_208_233_246_250_276_300_348_352_372_380_40_428_440_442_470_498_499_528_56_578_616_620_642_643_688_70_703_705_724_752_756_8_804_807_826&cancers_h=&cancers=41&populations_h=703&values_position=in&nb_items=20
2. https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Onkologia/Vyskyt_zhubnych_nadorov_SR/Pages/default.aspx
3. https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Onkologicke_skriningove_programy/Pages/default.aspx

V Bratislave 6.11.2026

Andrej Orságh

predseda pracovnej skupiny pre skríning KRCA

Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti

andrej.orsagh@nou.sk