

Podpora rozvoje jednodenní péče v České republice

Koncepční dokument založený na zahraničních
zkušenostech s jednodenní chirurgií a aktuální
situaci v ČR v květnu 2022

Autorský kolektiv:

MUDr. Pavel Hroboň, M.S.

Mgr. Magdalena Škodová

Mgr. Henrieta Tulejová, M.S.

Mgr. Dominika Šebová

MUDr. Ing. Daniel Hodyc, Ph.D.

Obsah

Exekutivní shrnutí	4
Seznam zkratk	6
Seznam obrázků	7
Seznam tabulek	8
Úvod	9
Co dokáže přinést JDCH	11
Možný rozsah JDCH	16
Doporučené výkony prováděné v režimu JDCH	16
Podíly JDCH v ČR a zahraničí u nejčastějších výkonů	18
Modelace dopadu zavedení JDCH v ČR	22
Současná situace v ČR	26
Podmínky úspěšného rozvoje JDCH v ČR	29
Příklady úhradových mechanismů v zahraničí	29
Best practice tariffs	29
Stejné tarify pro JDCH a hospitalizační případy ve Francii a dalších zemích	31
Rozdělení úhrady na pobytovou a výkonovou část	33
Možná cesta úhrad JDCH v ČR	34
Zajištění dostatečného množství poskytovatelů	34
Zajištění kvality péče	37
Bibliografie	41

Exekutivní shrnutí

České zdravotnictví v roce 2022 s obavami sleduje předpovědi finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění v následujících letech. Krátkodobě až střednědobě budou limitovány ekonomickým zpomalením, které může přerůst do recese, a stavem veřejných financí. Dlouhodobě potom zejména stárnutím obyvatelstva vedoucím ke zvýšení spotřeby zdravotních služeb a ke snížení podílu ekonomicky aktivních obyvatel, jejichž příspěvky jsou pro financování zdravotnictví hlavním zdrojem.

Zachování, ideálně zlepšení, dnešní dostupnosti a kvality zdravotních služeb tak vyžaduje systematickou snahu o zvýšení efektivity českého zdravotnictví, tedy získání vyšší hodnoty za peníze, které jsou k dispozici. Jednou z oblastí, které nabízí významný prospěch, je podpora jednodenní chirurgie (JDCH). Zahraniční zkušenosti jasně ukazují její pozitivní dopad na snížení nákladů, úsporu personálu a zvýšení jeho produktivity, stejně jako potenciál pro zlepšení kvality a zvýšení spokojenosti pacientů.

Zvýšení efektivity si můžeme do praxe přeložit buď jako snížení potřeby zdravotnického personálu, obzvláště cenné v době jeho nedostatku, nebo – ještě lépe – jako možnost poskytnutí většího objemu péče s dnešním stavem personálu a dnešními rozpočty. Na základě zahraničních zkušeností jde o cca 20 % dnešního objemu péče vhodného pro JDCH, který můžeme mít navíc oproti dnešnímu stavu. Taková změna dokáže významně zkrátit čekací doby na plánované chirurgické zákroky, které narostly v důsledku pandemie Covid 19. Hlavním zdrojem zvýšení produktivity je v případě JDCH samozřejmě zkrácení doby, kterou pacienti stráví ve zdravotnickém zařízení, ale také významné zvýšení produktivity operačních sálů díky oddělení plánovaných a akutních případů a zrychlené zotavení pacientů.

Jednodenní chirurgie je v České republice v porovnání s mnoha evropskými zeměmi mnohem méně rozvinuta. Podle odhadů se její celkový podíl pohybuje na 5-10 % plánovatelných výkonů vhodných pro JDCH (významně je zastoupena pouze v oftalmologii a ortopedii), zatímco řada zemí dosahuje hodnot přes 50 % a cílí až na 75 %. Zahraniční zkušenosti zároveň ukazují, že při použití vhodných opatření lze podíl JDCH rychle zvýšit.

Model, který jsme udělali pro 23 nejčastějších zákroků vhodných pro jednodenní chirurgii (z celkem cca 200 vhodných celkem) ukazuje možnost úspory 300 000 hospitalizačních dní. Převáděno do možnosti zlepšení dostupnosti péče jde o 20 % navýšení počtu těchto výkonů v rámci současných personálních a finančních zdrojů, dosažených díky zlepšené organizaci péče.

K naplnění této příležitosti potřebujeme jasně pojmenovat ambici a cílový stav, zajistit odpovídající financování (včetně pokrytí počátečních investic do specializovaných provozů JDCH), zajistit dostatečné množství poskytovatelů ve všech regionech ČR při využití personálních kapacit dnešních nemocničních i ambulantních poskytovatelů a také nastavit pravidla pro poskytování této péče a její kvalitu a od začátku měřit výsledky. Zahájení realizace těchto kroků je v rukách zdravotních pojišťoven, podporu by mělo poskytnout Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Seznam zkratek

AFCA	Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ASA	American Society of Anesthesiology
BADS	British Association of Day Surgery
BPT	Best Practice Tariffs
DAGS	Danish Ambulatory Grouping System
DRG	Diagnosis-related groups (systém klasifikace)
GHM	Groupes Homogènes des Malades (obdoba DRG ve Francii)
GIRFT	Getting It Right First Time (programme)
IAAS	International Association for Ambulatory Surgery
JDCH	Jednodenní Chirurgie
NHS	National Health Service (v Anglii)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÚZIS	Ústav Zdravotnických Informací a Statistiky
VZP	Všeobecná Zdravotní Pojišťovna
ZULP	Zvlášť Účtované Léčivé Přípravky
ZUM	Zvlášť Účtovaný Materiál

Seznam obrázků

Obrázek 1: Podíl všech výkonů provedených v JDCH: Anglie, 1974-2013/14	13
Obrázek 2: Procesní efektivita – porovnání nákladů na operaci křečových žil v nemocnici a jednotce JDCH	14
Obrázek 3: Výkony nejčastěji prováděné v režimu JDCH dle OECD, 2019	19
Obrázek 4: Vývoj nákladů (v Kč) na jednodenní lůžkovou péči a zákrokové sálky za VZP ČR dle odborností	21
Obrázek 5: Přehled počtu pracovišť JDCH nasmlouvaných VZP, 2020	26
Obrázek 6: Úhrady za vybrané výkony v různých režimech provedení – hospitalizace vs. JDCH	28
Obrázek 7: Centra jednodenní péče v Evropě dle typu vlastnictví, 2019	36

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled některých studií dokumentujících pozitivní dopady zavedení JDCH.15	
Tabulka 2: Přehled nasmlouvaných odborností v jednodenní péči pro ambulantní a lůžková zařízení.....18	
Tabulka 3: Podíly jednodenní chirurgie v evropských zemích, 201420	
Tabulka 4: Výstupy hrubé modelace celkového dopadu zavedení JDCH v ČR23	
Tabulka 5: Oblasti péče definované v BPT – JDCH.....30	
Tabulka 6: Příklad vyšších tarifů pro výkony provedené v režimu JDCH (v rámci BPT), Anglie.....30	
Tabulka 7: Příklad stejných tarifů za JDCH a hospitalizaci u artroskopie ramene, Francie31	
Tabulka 8: Nárůst podílu výkonů v JDCH do roku 2017 po odbornostech, Francie.....32	
Tabulka 9: Příklady oblastí sledování kvality péče v JDCH a příslušných ukazatelů, IAAS39	
Tabulka 10: Příklady sledování kvality péče a komplikací po JDCH, Španělsko40	

Úvod

Jednodenní chirurgie (v zahraničí popisovaná pojmy „day surgery“, „same-day surgery“, „ambulatory surgery“ nebo „outpatient surgery“, v České republice v terminologii používané zdravotními pojišťovkami „jednodenní péče na lůžku“) znamená proces přijetí pacienta do specializovaného zařízení k plánovanému zákroku se záměrem propuštění v ten samý den, maximálně do 24 hodin. Dle definice zákona o zdravotních službách (372/2011 Sb.) se jednodenní péčí rozumí „...zdravotní péče, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, a to s ohledem na charakter a délku poskytovaných zdravotních výkonů.“. V širším pojetí se v literatuře pod pojmem jednodenní péče lze setkat s několika oblastmi: **ambulantně provedené výkony**, které se dříve prováděly za hospitalizace (v ČR prováděné na tzv. zákrokových sálkách), **jednodenní chirurgie** ve smyslu krátkého, zpravidla několikahodinového pobytu na lůžku a **23hodinová chirurgie**, která vyžaduje jeden den na lůžku včetně pobytu přes noc (v klasifikaci CZ-DRG toto odpovídá dvěma dny hospitalizace). Předkládaný dokument se věnuje jednodenní chirurgii bez pobytu přes noc a pro účely tohoto dokumentu je pojem jednodenní chirurgie (JDCH) používán pro všechny chirurgické výkony/odbornosti (např. ortopedii, ORL či gynekologii).

Nárůst jednodenních zákroků v posledních letech je spojen rozvojem méně invazivních zákroků a pokrokem v oblasti anestezie a analgesie, které umožňují rychlé zotavení pacienta a kvalitní management bolesti. Podíl výkonů prováděných v jednodenní chirurgii v posledních 25 letech vzrostl v mnoha zemích světa, mezi lety 1985-1994 podíl plánovaných výkonů provedených v jednodenním režimu v USA vzrostl z 34 % na 61 % případů, podobně ve Velké Británii v letech 1974-2013 ze 7 % na 35 % (Alderwick et al., 2015; Lemos et al., 2006). Stejně tak došlo k nárůstu v počtu zařízení, které tuto péči poskytují – např. v USA ze 67 ambulantních zařízení jednodenní péče v roce 1976 na více než 4 000 v roce 2004 (Lemos et al., 2006).

Atraktivita jednodenních zákroků spočívá ve velmi dobře zdokumentovaných výhodách – od zkrácené délky hospitalizace, vyšší nákladové efektivity, nižší míry infekcí spojených s hospitalizací, až po vyšší spokojenost samotných pacientů. Jednodenní chirurgie tak přichází zejména jako odpověď na zvyšující se požadavky na zdravotní péči, stárnutí obyvatelstva a s nimi spojený nedostatek kapacit a zdravotnického personálu. Z těchto důvodů je rozšíření jednodenní chirurgie pro Českou republiku obzvláště atraktivní v současné době po pandemii Covidu-19, prodloužených čekacích dobách na plánované zákroky, rostoucích problémech s dostupností personálu a očekávaným nízkým nárůstem prostředků plynoucích do zdravotnictví v roce 2023, případně i dalších letech.

Následující kapitoly se věnují hlavním přínosům jednodenní péče prokázaným v zahraničí, podílu výkonů v JDCH v jednotlivých evropských zemích včetně ČR a hrubé modelaci možných dopadů rozšíření jednodenní péče v ČR. Poslední kapitola se věnuje předpokladům pro úspěšné zavedení JDCH, zejména úhradovým mechanismům podporujícím rozvoj JDCH vyzkoušeným v zahraničí, a zajištění a sledování kvality.

Co dokáže přinést JDCH

Jednodenní chirurgie (JDCH) přináší výhody pro pacienty a jejich rodiny, poskytovatele i plátce a v důsledku tedy pro zdravotnický systém jako celek. Pacienti operovaní v dobře řízených zařízeních jednodenní chirurgie dostávají péči, která lépe vyhovuje jejich potřebám a umožňuje jim vrátit se domů v den operace a zotavit se v domácím prostředí.

Studie ukazují, že jednodenní chirurgie není spojena s četností komplikací převyšující ty, které se standardně vyskytují po lůžkové operaci. Míra rehospitalizací a kontaktů s poskytovatelem ambulantní péče nejsou vyšší než u pacientů se stejným zákrokem prováděným v lůžkové péči (Henderson et al., 1989; Lewis & Bryson, 1998). Prokázán je také lepší management pooperační bolesti a snížení rizika infekcí za hospitalizace, protože denní případy jsou odděleny od nemocnějších pacientů, tráví méně času v nemocnici a zotavují se doma. Důsledkem toho je výskyt pooperační infekce rány u pacientů v jednodenní chirurgii obecně velmi nízký (Brökelmann, 2012; Duncan et al., 1992; Warner, 1993). Výsledky jednodenní péče jsou tak přinejmenším stejně dobré jako u chirurgických zákroků za hospitalizace (Lemos et al., 2006).

Jednodenní péče může být též méně stresující pro pacienty i jejich příbuzné a v kombinaci s dobrou informovaností a připraveností pacienta může vést k vyšší spokojenosti pacientů, jak naznačují některé studie (Ahmad et al., 2008; Stiff et al., 1996). Zotavení je rychlejší než v režimu hospitalizace a umožňuje pacientům dřívější návrat k běžným aktivitám, rodinnému životu a práci (Brökelmann, 2012).

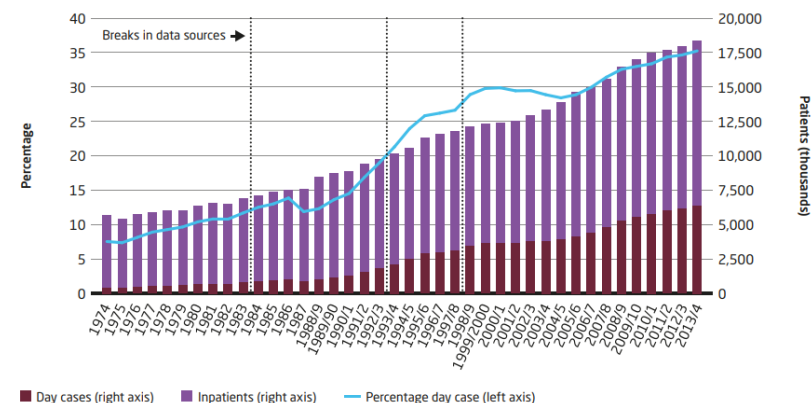
Riziko zrušení termínu operace na poslední chvíli je v zařízeních jednodenní chirurgie specializovaných na plánované případy při správných postupech minimální, takže mohou elektivní operace zvládnout efektivněji. To umožňuje přesnější plánování než při kombinaci plánovaných a akutních případů a efektivnější využití operačních sálů a personálu. Malé požadavky na noční a víkendové služby činí práci na jednodenní jednotce atraktivní např. pro sestry s rodinami a celkově snižují potřebu personálu. Přesunutím části výkonů na samostatnou jednodenní jednotku lze uvolnit lůžka pro větší chirurgické případy, pro jiné lékařské využití, nebo mohou být uzavřeny s následnými úsporami (Lemos et al., 2006).

Jedním z příkladů úspěšného zvýšení podílu výkonů v jednodenním režimu v posledních letech je Anglie, kde již od 80. let vznikla silná podpora pro její rozvoj. V roce 1985 Royal College of Surgeons publikoval „Guidelines for Day Case Surgery“ navrhuující cíl 50 % elektivních výkonů v jednodenní péči. V roce 1989 vznikla British Association of Day Surgery (BADs), která od té doby hraje hlavní roli v propagaci jednodenních operací.

V roce 1990 kontrolní komise Národní zdravotní služby (NHS) zveřejnila svou první zprávu k jednodenní chirurgii, ve které byly identifikovány překážky dalšího růstu JDCH. Autoři zprávy v té době odhadli, že pokud by byla prováděna jednodenní chirurgie důsledně na dosažitelné úrovni pro 20 běžných zákroků ve vybraných oborech (tvořících přibližně 40 % chirurgických výkonů v těchto oborech), každý rok by v Anglii mohlo být ošetřeno navíc 186 000 pacientů bez zvýšení celkových výdajů. Komise také doporučila, aby byl seznam výkonů pravidelně aktualizován. V roce 2016 tak bylo v tomto seznamu již více než 200 výkonů doporučených k jednodenní chirurgii napříč všemi chirurgickými obory. V návaznosti na zprávu kontrolní komise bylo ministerstvem zdravotnictví investováno 15 milionů liber na rozvoj samostatných jednotek jednodenní péče. Další iniciativou k propagaci jednodenní chirurgie byl plán ministerstva zdravotnictví, který v roce 2000 stanovil cíl podílu JDCH na 75 % všech plánovaných chirurgických zákroků. V roce 2004 byla jednodenní chirurgie uvedena Institutem pro inovace a zlepšení jako první mezi 10 nejdůležitějšími změnami ve zdravotnictví. V Anglii též došlo během posledních let k několika změnám v úhradových mechanismech pro podporu jednodenní péče, které měly motivovat poskytovatele ke zvýšení podílu jednodenních zákroků (více viz kapitola věnující se úhradovým mechanismům) (Leroy et al., 2017).

V reakci na podporu rozvoje JDCH podíl výkonů v jednodenním režimu zaznamenal v Anglii velký nárůst, jak je patrné z grafu níže (Obrázek 1; 35 % výkonů v JDCH v roce 2013). Alderwick et al. (2015) odhadli dopady tohoto nárůstu, zejména z pohledu finančních úspor. Autoři dokumentu uvádějí, že náklady na pacienta v režimu JDCH byly v roce 2013 téměř poloviční oproti standardní hospitalizaci (£698 vs. £1,367). Stran celkových finančních úspor autoři odhadli, že při neměnném podílu výkonů provedených v JDCH v roce 1998, by náklady na operované pacienty v roce 2013 byly o 2 miliardy liber vyšší. Alternativní pohled ukazuje, že rozpočet vynaložený v roce 2013 (8,9 mld. liber) by pokryl o 18 % méně chirurgických výkonů, pokud by podíl JDCH zůstal na úrovni roku 1998. Autoři navíc dodávají, že při stejném růstu podílu JDCH v dalších letech by v letech 2023/2024 bylo možné zaplatit o 22 % více plánovaných operací bez navýšení celkového rozpočtu (Alderwick et al., 2015).

Obrázek 1: Podíl všech výkonů provedených v JDCH: Anglie, 1974-2013/14



Zdroj: Alderwick et al. (2015)

V recentním dokumentu vydaném NHS byl zaznamenán podíl výkonů v JDCH režimu v Anglii na úrovni 66 % všech operativních zákroků v roce 2019, přičemž v některých částech Anglii byl tento podíl až 85 % (GIRFT & NHS England, 2020).

Studii prokazujících efektivitu JDCH existuje celá řada z různých zemí, jak dokumentují mimo jiné i následující příklady. Dopady úspěšného zavedení JDCH potvrzuje například metaanalýza srovnání výsledků JDCH oproti hospitalizaci u laparoskopické cholecystektomie (Ahmad et al., 2008). Studie se konkrétně zaměřila na pooperační komplikace vedoucí k opětovnému přijetí, spokojenost pacientů a nákladovou efektivitu. Autoři identifikovali sedm klinických studií vhodných pro metaanalýzu, sestávajících z celkem 598 pacientů. Výsledky ukazují, že nebyl pozorován významný rozdíl v míře znovupřijetí. Ukazatele kvality života byly podobné pro jednodenní a hospitalizované pacienty. Nákladová efektivita však byla výrazně lepší v případě JDCH, zejména z důvodu kratší průměrné doby hospitalizace. Průměrné náklady operačního zákroku byly vyčísleny na 1 507 EUR v režimu JDCH oproti 1 900 EUR při hospitalizaci. Stran zvýšení kvality péče autoři uvádějí zkrácenou dobu návratu do normálního životního režimu (u JDCH průměrně 11,5 vs. 13,2 dní u hospitalizovaných). Celková spokojenost pacientů byla taktéž vyšší v režimu JDCH – 82 % vs. 64 % u hospitalizace (hodnocení na základě kvality života po operaci) (Ahmad et al., 2008).

Kromě nákladové efektivy bylo v několika studiích poukázáno na další výhody, které s sebou přináší jednodenní chirurgie. Cílem projektu provedeném v Austrálii (Singh et

al., 2005) bylo zvýšit četnost jednodenní chirurgie, redukovat čekací listiny na elektivní zákroky, poskytnout pacientům garantovaný termín operace a zlepšit využití operačních sálů. Jako vhodné se ukázaly výkony laparoskopické cholecystektomie a operace tříselné kýly, později byly přidány další zákroky. Hlavním cílem projektu bylo zřídit elektivní chirurgii administrativně jako samostatnou jednotku, separovanou od urgentní chirurgie. Za dobu projektu se počet provedených vybraných chirurgických výkonů zdvojnásobil, 57 % pacientů bylo propuštěno v den operace, přičemž chirurgům zabralo provedení zákroků méně času. Celkové náklady při JDCH byly o 25 % nižší oproti standardní hospitalizaci, přičemž pooperační náklady u pacientů v JDCH byly cca třetinové oproti hospitalizovaným. Zavedení 1 sálu na dobu 6,5 h (režim JDCH) namísto 2 sálů na 4 h (standardní režim) vedlo ke snížení nákladů na provoz a mzdy pomocného personálu o 25 % (Singh et al., 2005).

V souhrnném dokumentu z Německa (Brökelmann, 2012) autor poukazuje za pomoci dalších studií na několik pozitivních dopadů JDCH, přičemž porovnává některé faktory i mezi typy jednotek poskytujících JDCH (v rámci nemocnice vs. samostatně stojící jednotka JDCH). Výsledky ukazují, že výkony v režimu JDCH jsou levnější než výkony za hospitalizace, navíc v rámci JDCH je levnější výkon v samostatně stojící jednotce oproti jednodenní péči v nemocnici. Autor též zmiňuje studii z roku 2008, která ukázala na příkladu operací křečových žil, že efektivita je nejnižší ve velkých nemocnicích a zvyšuje se u menších nemocnic, přičemž nejnižší náklady se objevují v samostatných jednodenních centrech (viz Obrázek 2). Mimo finanční ukazatele autor zmiňuje též významné snížení v míře pooperační infekce v ráně, kde za hospitalizace byl výskyt až u 16 % pacientů, zatímco v jednodenní péči u 3,1 % případů. Jedním ze zmiňovaných dopadů je též rychlejší zotavení pacientů po operaci v režimu JDCH (7,2 vs. 2,6 dní v neschopnosti) (Brökelmann, 2012).

Obrázek 2: Procesní efektivita – porovnání nákladů na operaci křečových žil v nemocnici a jednotce JDCH

Hospitals	666€
Day clinic at hospital	507€
Day clinic	284€

Zdroj: Brökelmann (2012)

Předkládané studie (viz Tabulka 1) podporují vhodnost jednodenní chirurgie, která je u definovaných oblastí péče nákladově efektivní. Ve srovnání s lůžkovou péčí snižuje délku hospitalizace, nároky na personál, čekací doby a zlepšuje celkový patientský prožitek, bez významného dopadu na kvalitu péče (Acciario et al., 2021; Brownlee et al., 2020; Lemos et al., 2003; Manzia et al., 2020; Mortuaire et al., 2018). V závislosti na konkrétních výkonech a řízení jednotek jednodenní péče byly zdokumentovány úspory v průměrných jednotkových nákladech mezi 10 % až 70 % nákladů na lůžkovou péči (Lemos et al., 2006).

Tabulka 1: Přehled některých studií dokumentujících pozitivní dopady zavedení JDCH

Studie	Stát	Typ zákroku	Sledovaný dopad JDCH oproti standardní hospitalizaci
Ahmad et al. (2008)	Metanalýza (Nizozemí, UK, Austrálie, Švédsko, USA)	Laparoskopická cholecystektomie	Zkrácená doba návratu do normálního životního režimu Vyšší spokojenost pacientů 21 % úspora v nákladech
Lemos et al. (2003)	Portugalsko	Ligace vejcovodů	Zkrácení doby operace o 18 minut 62 % úspora v nákladech 107 tis. EUR roční úspora na celou nemocnici pokud všechny zákroky v jednodenním režimu
Brownlee et al. (2020)	USA	Thorakoskopická mediastinální biopsie	Zkrácení doby operace o 37 minut 35 % úspora v nákladech
Manzia et al. (2020)	Itálie	Laparoskopická cholecystektomie	Míra readmisí o 0,8 p.b. nižší 73 % úspora v nákladech nemocnice 28 % úspora v nákladech italského systému zdravotnictví díky nižší DRG úhradě za výkon v JDCH
Acciario et al. (2021)	Itálie	Chirurgické zákroky ruky u dětí	Zkrácení čekací doby na dětské pohotovosti o 57 % 29,2 % úspora v nákladech
Singh et al. (2005)	Austrálie	Laparoskopická cholecystektomie Tříselná kýla	Snížení nákladů na provoz a mzdy pomocného personálu o 25 % 25 % úspora v nákladech na hospitalizaci
Mortuaire et al. (2018)	Francie	Sinonasální chirurgie	37 % úspora v nákladech za 2letý provoz
Brökelmann (2012)	Německo	Různé (cholecystektomie, operace křečových žil, subakromiální dekompresie a další)	57 % úspora nákladů při výkonu v samostatném jednodenním centru (operace křečových žil) Nižší míra výskytu pooperační infekce v ráně o 13 p.b.

Možný rozsah JDCH

Doporučené výkony prováděné v režimu JDCH

Výběr vhodných výkonů pro jednodenní péči podléhá několika kritériím: Malý rozsah chirurgického poranění, délka samotného výkonu kratší než 2 hodiny, malé krevní ztráty, rychlé zotavení z operace, možnost managementu pooperační bolesti analgetiky orální cestou, není vyžadována specifická pooperační péče (pacient je schopen se o sebe postarat v domácím prostředí) (Castoro et al., 2007; Jiang et al., 2020). Je ovšem možno očekávat, že v budoucnu budou hranice JDCH dále posouvány.

V České republice je k dispozici seznam doporučených výkonů pro jednodenní chirurgii, který publikovala Česká chirurgická společnost. Následující seznam poskytuje příklad některých vybraných výkonů:

Chirurgie

- Excize tumoru mammy
- Parciální nebo klínovitá resekce mammy
- Apendektomie laparoskopicky
- Cholecystektomie laparoskopicky
- Hemoroidektomie
- Operace kýly (stehenní, tříselné, pupeční i epigastrické)
- Hernioplastika
- Uzávěr a úprava stomií na tlustém střevě
- Apendektomie nebo operační drenáž
- Operace varixů

Ortopedie (traumatologie)

- Operace Dupuytrenovy kontraktury
- Operace haluxů
- Odstranění osteosyntetického materiálu
- Diagnostická artroskopie včetně biopsie
- Jednoduchá artroskopie
- Složitá artroskopie
- Rekonstrukční artroskopie
- Operace karpálního tunelu

Zahraniční zdroje uvádějí další chirurgické výkony, stejně tak i výkony odborností gynekologie, urologie či ORL. Příslušné české odborné společnosti zatím oficiální stanovisko nevydaly, existuje ale dostatek zahraničních zkušeností a odborných

doporučení. K dalším typickým výkonům vyskytujícím se v zahraničí patří mimo jiné (International Association for Ambulatory Surgery, 2014; Leroy et al., 2017):

- Operace katarakty
- Tonsilektomie
- Adenotomie
- Myringoplastika
- Dilatace, kyretáž, konizace
- Diagnostická hysteroskopie
- Transuretrální odstranění nádoru močového měchýře
- Transuretrální resekce prostaty
- Sterilizace

V ČR jsou výkony v režimu jednodenní chirurgie („jednodenní péče na lůžku“) v současné době hrazené zdravotními pojišťovnami v šesti smluvních odbornostech:

- 5J1 (zahrnuje výkony odborností chirurgie, dětská chirurgie, traumatologie, cévní chirurgie)
- 6J1 (zahrnuje výkony odbornosti plastická chirurgie a popáleninová medicína),
- 6J3 (zahrnuje výkony odbornosti gynekologie a porodnictví a dětská gynekologie),
- 6J6 (zahrnuje výkony odbornosti ortopedie),
- 7J1 (zahrnuje výkony odbornosti ORL a orální a maxilofaciální chirurgie),
- 7J6 (zahrnuje výkony odbornosti urologie a dětská urologie)

Většina nasmlouvaných výkonů se shoduje pro ambulantní a lůžková zařízení, až na výjimky (viz Tabulka 2). Pojišťovny smlouvají pro tyto výkony tzv. balíčkové úhrady, které pokrývají veškeré náklady jednotnou sazbou za celý případ.

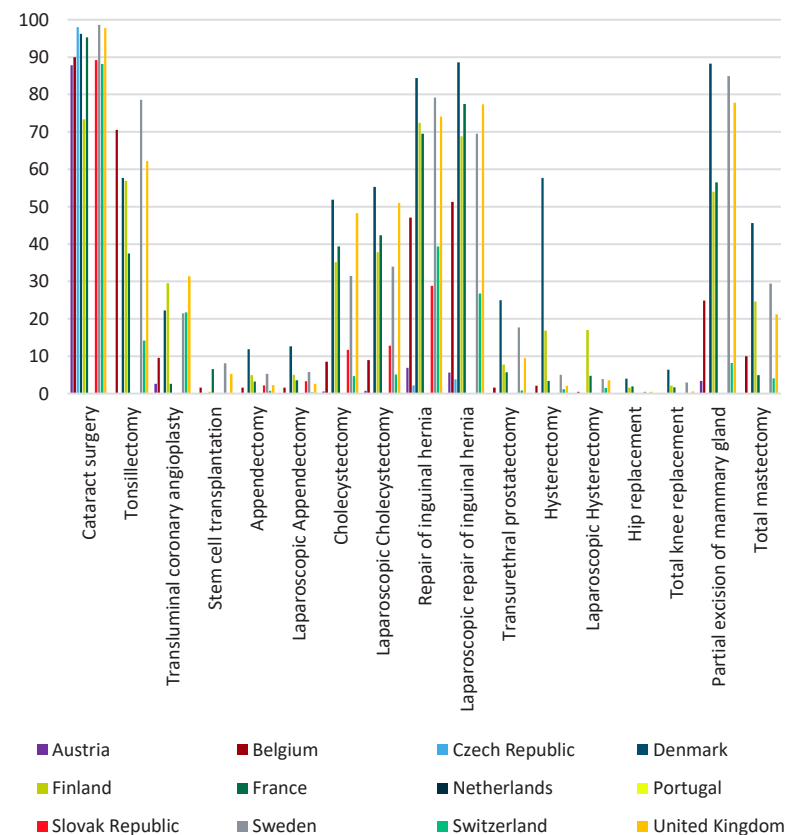
Tabulka 2: Přehled nasmlouvaných odborností v jednodenní péči pro ambulantní a lůžková zařízení

Odbornost	Počet nasmlouvaných výkonů v ambulantní péči	Výkony navíc nasmlouvané v lůžkové péči
Chirurgie (včetně dětské, traumatologie a cévní chir.)	45	Hemoroidektomie s využitím ultrazvukového skalpelu Totální thyreoidektomie (oboustranná subtotální thyreoidektomie) Hemithyreoidektomie (totální lobektomie štítné žlázy)
Plastická chirurgie a popáleninová medicína	42	-
Gynekologie a porodnictví	18	-
Ortopedie	48	-
ORL	17	-
Urologie	17	-
Kardiologie	0	Reimplantace KS bez zákroku na žíle Reimplantace kardioverteru - defibrilátoru Implantace jednoho koronárního stentu Implantace dvou koronárních stentů Repozice nebo výměna permanentní endokardiální elektrody

Podíly JDCH v ČR a zahraničí u nejčastějších výkonů

Jedním ze zdrojů informací o podílech JDCH v jednotlivých zemích je OECD databáze, která však poskytuje podíly jen u vybraných výkonů (např. ortopedické výkony téměř chybí) a pro některé státy jsou informace nedostupné. Z OECD statistik je patrné, že na předních místech v podílu provedených výkonů se drží Dánsko, Velká Británie, Nizozemí, Finsko, Švédsko či Francie (viz Obrázek 3). K nejčastěji prováděným výkonům dle OECD patří operace katarakty (jeden z mála rozvinutých výkonů v JDCH i v ČR), tonzilektomie, cholecystektomie, tříselná kýla či částečná excize prsní žlázy.

Obrázek 3: Výkony nejčastěji prováděné v režimu JDCH dle OECD, 2019



Zdroj: OECD Health Statistics, 2019¹

Leroy et al. (2017) ve své studii taktéž mapovali podíly JDCH v evropských zemích. Některé z výkonů zobrazuje Tabulka 3 (zeleně vyznačeny vždy 3 státy s nejvyšším

¹ Dostupné z: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC

podílem), je však nutné zdůraznit, že data pocházejí z roku 2014 a tudíž v některé z uvedených zemí mohlo dojít k významnému rozvoji JDCH v posledních letech. Například v Německu předpokládáme aktuálně vyšší podíly výkonů v JDCH, dle asociace poskytovatelů ZP (Kassenärztliche Bundesvereinigung²) se ročně provede na území celého Německa cca 1,85 milionů zákroků JDCH, zatímco za hospitalizace cca 17 milionů zákroků (data k 2018), podíl JDCH tedy činí 10 % výkonů.

Tabulka 3: Podíly jednodenní chirurgie v evropských zemích, 2014

Výkon	Belgie	Dánsko	Finsko	Francie	Německo	Irsko	Nizozemí	Norsko	Švédsko	Velká Británie	Přůměrná četnost na 100 000 obyvatel
Katarakta	95	98,4	74,7 (23,9)	88,9	0,6 (80,7)	93,4	98,8	96,2	98,2	96,7	828
Tonzilektomie	70,4	46,1	57,1	23	0,1	3,1	68,3	62,4	70,5	50,2	155
Cholecystektomie	4,3	52,7	32,3	17,3	0	27	5,4	25	27,4	41,9	361
Laparoskopická cholecystektomie	4,7	56,6	35,9	19,3	0	29,3	5,9	26,3	30,9	45	137
Operace tříselné kýly	36	80,6	66	56,3	0,3	56,3	72,8	59,7	78,2	70,4	175
Laparoskopická operace tříselné kýly	34,5	81,1	64,4	63,7	0,2	53,1	77,8	61,7	77,4	72	44
Částečná excize prsní žlázy	28,2	67	41,1	31,8	0,4	69,5	42,4	47,2	60,3	69,1	170
Mastektomie	3,3	14,8	5,1	0,9	0	2,9	0	11,1	12,6	8,1	78

Zdroj: Leroy et al. (2017)

Poznámka: V závorce jsou uvedené podíly výkonů provedených ambulantně

² Dostupné z: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17031.php>

V Rakousku je dle oficiálních statistik³ podíl operací v jednodenních centrech vyšší, než udávají statistiky OECD, v posledních letech však došlo pouze k mírnému nárůstu. Dle statistik bylo v Rakousku celkem provedeno přibližně 1,3 mil. (2019), resp. 1,1 mil. (2020) operačních zákroků, z čehož 283 tis. (2019), resp. 229 tis. (2020) zákroků bylo provedeno v režimu JDCH (tzv. zero-day stays). Podíl JDCH na veškerých chirurgických zákrocích tedy odpovídalo 21,5 % v roce 2019 a 20,5 % v roce 2020. Pro srovnání, v roce 2016 podíl JDCH čítil 19,5 % zákroků, tedy jde o nárůst o 2 p.b. do roku 2019.

V ČR je podíl výkonů v režimu JDCH odhadován kolem 5 % veškerých výkonů (Zdravotnický Deník, 2022). Nejrozvinutější je JDCH u operací katarakty, kde ČR dosahuje až 98 % výkonů v jednodenní péči (OECD, 2021). Druhou oblastí, kde došlo v ČR k významnějšímu rozvoji JDCH, je ortopedie, ačkoliv ve srovnání se zahraničím je podíl výkonů stále relativně nízký. Zdravotní pojišťovny mají údaje o počtech výkonů provedených v ambulantním režimu a v režimu JDCH (včetně nákladů), ale zatím je rutinně nepublikují, údaje je tak možné získat pouze z jednotlivých prezentací (příklad viz Obrázek 4).

Obrázek 4: Vývoj nákladů (v Kč) na jednodenní lůžkovou péči a zákrokové sálky za VZP ČR dle odborností

ODB	Název ODB	2016	2017	2018	2019	2020
511	jednodenní péče na lůžku chirurgie	175 486 423	179 622 489	156 384 758	182 129 721	168 568 819
521	zákrokové sálky chirurgie	624 468	564 475	2 555 524	2 978 965	2 524 855
611	jednodenní péče na lůžku plastické chirurgie	3 661 386	3 143 462	3 068 576	5 437 606	5 927 127
613	jednodenní péče na lůžku gynekologie a porodnictví	6 403 792	5 887 456	8 065 160	14 036 499	18 877 476
616	jednodenní péče na lůžku ortopedie	105 480 705	120 982 070	146 077 048	252 779 289	285 451 670
621	zákrokové sálky plastické chirurgie	0	15 627	47 071	0	23 195
623	zákrokové sálky gynekologie	21 738 205	25 477 534	29 669 976	35 269 080	43 152 324
626	zákrokové sálky ortopedie	640 552	667 550	1 499 834	2 679 574	2 889 174
711	jednodenní péče na lůžku otorinolaryngologie	938 783	2 502 769	5 610 536	6 065 783	4 641 012
716	jednodenní péče na lůžku urologie	2 411 201	2 549 824	610 527	680 826	780 702
721	zákrokové sálky otorinolaryngologie	2 159 298	2 861 115	0	0	0
Celkem		319 544 815	344 274 369	353 589 011	502 057 341	532 836 355

Zdroj: VZP ČR/Jiří Mrázek (Zdravotnický Deník, 2021)

³ Dostupné z:

http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/medizinische_leistungen/127142.html

Modelace dopadu zavedení JDCH v ČR

Pro demonstraci potenciálního dopadu rozvoje JDCH v ČR na úroveň dosaženou v zahraničí předkládáme hrubou modelaci u typických výkonů vhodných k JDCH.

Pro účely modelace bylo nutné přijmout některé předpoklady, zejména z důvodu nedostupnosti dat o počtech výkonů v ČR a jejich nákladech. Zvolili jsme namapování výkonů vhodných pro JDCH (dle doporučení ČCHS a zahraničních odborných společností) na Seznam výkonů a dále na CZ-DRG skupiny, kam se nejčastěji výkony řadí. Pro modelaci byly vybrány početné, dobře definované skupiny. V případě rozdělení CZ-DRG skupin dle komplikací byly použity skupiny bez nebo s minimem komplikací.

Po sestavení seznamu CZ-DRG skupin byl každé přiřazen medián délky hospitalizace (medián zvolen namísto průměru, který byl u některých skupin výrazně ovlivněn outliersy) a počty případů převzaté z webu ÚZIS⁴, který poskytuje tyto údaje pro referenční nemocnice v rámci Klasifikačního systému CZ-DRG 4.0. Data dále obsahují průměrné náklady po DRG skupinách rozdělené na jednotlivé složky – náklady na pobyt (zvláště standardní a intenzivní péče), operační služby, vyžádanou péči a přímé materiálové náklady. Data jsou z roku 2019.

Počty případů z referenčních nemocnic byly extrapolovány na celou ČR s využitím údaje o podílu případů, které tvoří referenční nemocnice na všech případech zdravotních pojištěn v ČR pro danou DRG skupinu (taktéž z dat ÚZIS). Dosažitelný podíl výkonů v režimu JDCH byl získán primárně z Best Practice Tariff „target rates“ publikovaných v letech 2017-2021 v Anglii, popřípadě dle průměru 3 evropských zemí s nejvyšším podílem JDCH pro daný výkon (data OECD) či na základě podílu u podobných výkonů.

Z výše shromážděných dat byla spočítána úspora lůžkodní na pacienta v případě jednodenní hospitalizace namísto standardní délky hospitalizace (mediánu). Po vynásobení úspory lůžkodní počtem pacientů, u kterých by potenciálně mohlo dojít k přesunu do režimu JDCH, byla vypočítána celková úspora lůžkodní za daný výkon.

⁴ <https://drg.uzis.cz/klasifikace-pripadu/web/analyzy-a-publikace/cenik/list-3/sekce-3/>

Tabulka 4: Výstupy hrubé modelace celkového dopadu zavedení JDCH v ČR

Odbornost	Segment úhrady	Výkon	Odhad počtu pacientů s výkonem v ČR	Odhad dosažitelného podílu případů v JDCH	Medián délky hospitalizace	Odhad úspory lůžkodní v ČR	Odhad úspory nákladů
Chirurgie	Bezlimitní	Laparoskopická cholecystektomie	16 203	45 %	5	29 166	103 731 107
Chirurgie	Bezlimitní	Operace tříselné nebo stehenní kýly	6 890	75 %	4	15 503	65 563 948
Chirurgie	Bezlimitní	Operace tříselné nebo stehenní kýly LSK	8 699	80 %	4	20 878	59 184 952
Chirurgie	Bezlimitní	Mastektomie	8 014	50 %	4	14 314	54 161 647
Chirurgie	Paušální	Hemoroidektomie	2 797	60 %	4	5 035	14 929 162
Chirurgie	Bezlimitní	Hemi-tyroidektomie	1 492	15 %	5	895	4 357 476
Chirurgie	Bezlimitní	Appendektomie (i LSK)	6 289	10 %	4	1 887	8 456 355
Chirurgie	Bezlimitní	Operace břišní a pupeční kýly	13 020	85 %	5	40 618	158 269 652
Plastická chir.	Paušální	Uvolnění karpálního tunelu	2 492	90 %	3	4 486	13 597 532
Plastická chir.	Paušální	Operace dupuytrenovy kontraktury	3 767	95 %	3	7 157	36 062 443
Cévní chir.	Paušální	Ligatura a stripping cév	11 238	60 %	3	13 485	44 789 032
Ortopedie	Paušální	Odstranění osteosyntetického materiálu	14 517	60 %	3	17 420	63 083 627
Ortopedie	Paušální	Operace hallux valgus	3 905	85 %	4	9 957	34 151 718
Ortopedie	Paušální	Rekonstrukční artroskopie	8 482	67 %	4	14 993	58 516 072
Ortopedie	Paušální	Složitá artroskopie	26 743	50 %	3	26 743	109 906 781
Ortopedie	Paušální	Jednoduchá artroskopie	4 385	50 %	3	4 385	16 554 837
Urologie	Bezlimitní	Transuret. odstranění nádoru moč. měchýře	6 545	25 %	4	4 909	23 977 227
Urologie	Bezlimitní	Transuretrální odstranění prostaty (TURP)	3 513	15 %	6	2 634	11 932 402
Urologie	Bezlimitní	Odstranění varikokély, hydrokély a spermatokeély	2 743	60 %	3	3 291	14 711 589
ORL	Paušální	Adenotomie	12 600	60 %	3	15 120	57 919 680

Odbornost	Segment úhrady	Výkon	Odhad počtu pacientů s výkonem v ČR	Odhad dosažitelného podílu případů v JDCH	Medián délky hospitalizace	Odhad úspory lůžkodní v ČR	Odhad úspory nákladů
ORL	Paušální	Myringoplastika	2 014	90 %	5	7 251	43 211 297
ORL	Bezlimitní	Tonzilektomie	4 622	75 %	7	20 797	105 619 349
Gynekologie	Paušální	Dilatace a kyretáž, konizace nebo diagnostická hysteroskopie	38 681	60 %	2	23 209	83 539 896
		Celkem	209 651			304 133	1 186 227 780

Výpočet úspory nákladů byl postaven na předpokladu, že nákladové složky – operační služby, vyžádaná péče a přímé náklady – zůstanou v JDCH stejné a k úspoře dojde pouze u pobytových nákladů. S tímto předpokladem byly vypočítány průměrné pobytové náklady na lůžkodní (pobytové náklady dělené mediánem délky hospitalizace) a po vynásobení s dříve vypočítanou úsporou lůžkodní byla spočítána výsledná úspora v nákladech pro daný výkon.

Výsledky (viz Tabulka 4) ukazují, že v případě navýšení podílu typických výkonů operovaných v režimu JDCH na úroveň dosaženou v zahraničí, by bylo možné ušetřit až 300 tisíc lůžkodní ročně, což v přepočtu na náklady odpovídá úspoře až 1,2 mld. Kč. Z celkových nákladů na tyto výkony to odpovídá 17,4 % úspoře, což velmi dobře koresponduje s dříve popsány nálezy anglické studie (Alderwick et al., 2015), kde autoři spočítali úsporu na úrovni 18 % nákladů.

Významná část těchto úspor bude samozřejmě realizována až jako důsledek přizpůsobení existujících kapacit novému způsobu poskytování péče. Je ale dobře přemýšlet o zvýšení efektivity nejen jako o úsporách, ale jako o možnosti, jak zvýšit dostupnost péče, tedy zajistit vyšší počet potřebných plánovaných výkonů v rámci zdrojů (finančních i lidských), které má zdravotnictví dnes k dispozici.

Ve světle výše řečeného je vhodné přiblížit si, k čemu může zvýšení efektivity vést:

- 300 000 ušetřených lůžkodní odpovídá při 60 % obloženosti 1 500 akutních lůžek (cca 50 lůžkových stanic o 30 lůžkách). Úspora minimálně poloviny z nich je realizovatelná
- Úspora personálu v důsledku změny provozu na akutních lůžkách:
 - Při zrušení víkendových směn 40 % snížení potřeby sesterského a ošetrovatelského personálu
 - Při zrušení nočních a víkendových směn 60 % snížení potřeby sesterského a ošetrovatelského personálu
- Možnost poskytnout se stávajícími lidskými a peněžními zdroji o 20 % více elektivních výkonů a významně tak zkrátit čekací doby.

Navíc je třeba připomenout, že výše uvedená modelace je založena na 23 nejčastějších výkonech, zatímco v rámci JDCH je možno provádět cca 200 výkonů. Dosažitelné úspory jsou tedy ještě vyšší.

Současná situace v ČR

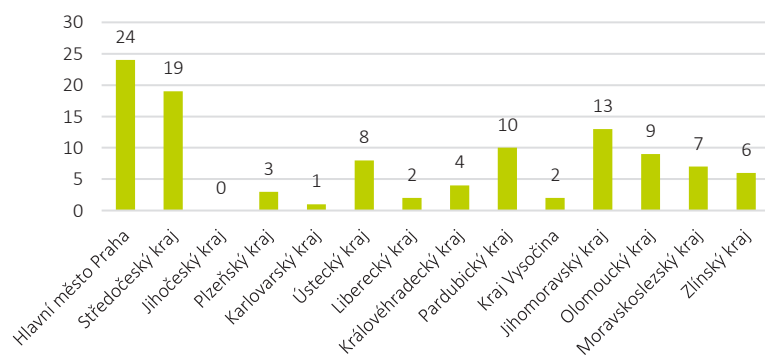
Jednodenní péče je v ČR legislativně upravena v zákoně o zdravotních službách a dále vyhláškami, které upravují požadavky na věcné, technické a personální vybavení (Vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb; Vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče).

Poskytovatel zdravotních služeb, který jednodenní péči poskytuje, musí mít vždy i ambulantní pracoviště stejné odbornosti, přičemž pracoviště jednodenní péče a základní ambulance musí být nasmlouvány v rámci jednoho IČZ (identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb), jinak není možné jednodenní péči tomuto poskytovateli nasmlouvat. Zároveň je nutné doložit oprávnění k poskytování zdravotních služeb pro jednodenní péči, navíc poskytovatelé ambulantní péče a poskytovatelé lůžkové péče bez lůžkového zázemí v předmětné odbornosti musí před uzavřením smlouvy projít výběrovým řízením.

V případě komplikací je pracoviště jednodenní péče povinno zajistit překlad pacienta na vyšší specializované pracoviště, včetně zajištění transportu a všeho potřebného ke zvládnutí komplikace. Pracoviště musí taktéž doložit smluvní zajištění nepřetržité dostupnosti intenzivní akutní lůžkové péče.

Dle posledních veřejně dostupných dat mělo v roce 2020 s VZP smlouvu celkem 108 pracovišť JDCH v 74 zařízeních (lůžkových i ambulantních). Nejvíce JDCH pracovišť se nachází v Praze a Středočeském kraji (viz Obrázek 5) (VZP ČR, 2020).

Obrázek 5: Přehled počtu pracovišť JDCH nasmlouvaných VZP, 2020



Zdroj: VZP ČR (2020)

Jednodenní péče je segmentem, který není upraven v úhradové vyhlášce. Úhrada je stanovena na základě ceníků zdravotních pojišťoven a má formu tzv. balíčků. Balíčkové úhrady vznikly původně z bodových hodnot výkonů zahrnutých do balíčku a hodnoty bodu 1 Kč. U některých výkonů (zejména laparoskopických a endoskopických) následně na základě jednání došlo k navýšení úhrady materiálu. Později došlo k procentnímu navýšení úhrad vycházejícímu z navýšení úhrad v ambulantním sektoru. Začlenění jednodenní péče do systému CZ-DRG je v současnosti stále diskutováno (Zdravotnický Deník, 2021).

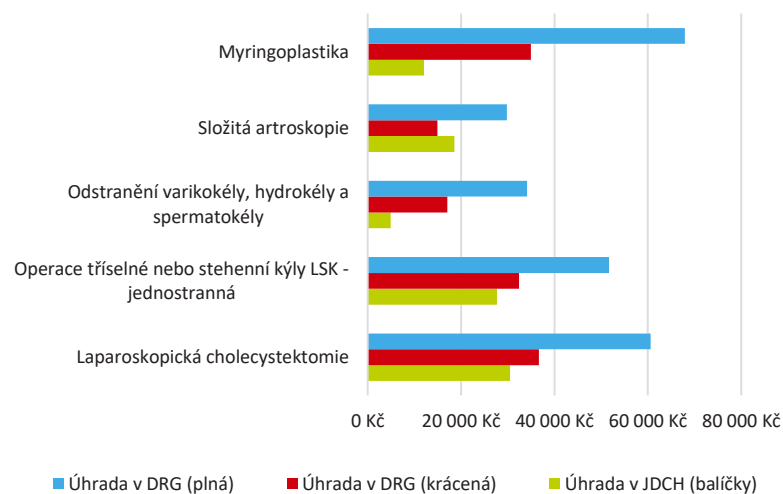
Balíčky jednodenní péče obsahují následující hrazené služby:

- vyšetření nutné k příjmu pojištěnce pojišťovny do jednodenní péče,
- vyšetření nutné pro propuštění pojištěnce pojišťovny do domácího ošetřování,
- operační výkon,
- kompletní anesteziologická péče (vyšetření anesteziologem, vlastní anestézie, kontrolní vyšetření atd.),
- ZUM a ZULP související s výkonem (jak ZUM, ZULP nutný k operačnímu výkonu, tak ZUM, ZULP související s anestézií),
- ošetřovací den jednodenní péče.

Právě dnešní nastavení výše úhrad je jednou z klíčových příčin, proč se JDCH v ČR zatím významně nerozvinula. Při porovnání úhrad u vybraných výkonů provedených za hospitalizace s aktuálními balíčkovými cenami v JDCH (viz Obrázek 6) je patrné, že úhrada za výkon za hospitalizace je ve většině případů významně vyšší, a to i v případě jednodenního hospitalizačního pobytu, který je v CZ-DRG vždy pod dolním tripointem a tudíž zde dochází ke krácení pobytové složky úhrady na polovinu⁵.

⁵ „Pobytová složka úhrady“ není zcela adekvátní označení – ve skutečnosti se nejedná pouze o náklady spojené s pobytem, ale zahrnuje i např. náklady na operační služby. Přesnější označení dle metodiky CZ-DRG jsou „nepřímé náklady“, které jsou definované jako náklady na zdravotní služby, které nelze jednoznačně přiřadit ke konkrétnímu hospitalizačnímu případu (HP) a odpovídají celkovým přepočteným nákladům na HP sníženým o přímé náklady, které zahrnují zejména zvlášť účtovaný materiál (ZUM) a zvlášť účtované léčivé přípravky (ZULP).

Obrázek 6: Úhrady za vybrané výkony v různých režimech provedení – hospitalizace vs. JDCH



Pozn. Úhrada v CZ-DRG vypočítána jako součin relativní váhy, respektive krácené relativní váhy⁶ (v případě pobytu 1 den je hodnota pod dolním trimpointem a dochází ke krácení pobytové složky úhrady na polovinu) a základní středové sazby v ČR; údaje vychází z aktuálního číselníku relativních vah pro CZ-DRG verze 4.0.

Zdroj: Nasmlouvané balíčkové ceny ZP, číselník relativních vah pro CZ-DRG, vlastní zpracování

Uplatnění JDCH v ČR je oproti Evropě stále na začátku a motivace pro poskytovatele k navýšení podílu výkonů v režimu JDCH a rozvoji center jednodenní péče je v současnosti nízká.

⁶ Je třeba zdůraznit, že mechanismus krácení úhrady ve skutečnosti podceňuje reálné náklady, protože pobytová složka neobsahuje jen náklady na pobyt, ale všechny nepřímé náklady, které zahrnují mimo jiné i operační služby (viz poznámka pod čarou č.5). I přes tuto skutečnost jsou balíčkové úhrady ve většině případů nižší.

Podmínky úspěšného rozvoje JDCH v ČR

Pro dosažení vyššího podílu JDCH v ČR je zapotřebí několika zásadních kroků:

- Stanovení JDCH jako jednoho z cílů sledujících zvýšení efektivity českého zdravotnictví
- Finanční motivace pro poskytovatele:
 - Krátkodobá k pokrytí investic poskytovatelů do zavedení JDCH
 - Dlouhodobá – nastavení úhrad reflektujících reálnou spotřebu zdrojů na základě dat od poskytovatelů, ideálně v rámci CZ DRG
 - Odstranění perverzních motivací – například dolního trimpointu na dvou dnech hospitalizace
- Zajištění dostatečné dostupnosti JDCH a konkurence poskytovatelů
- Systematická podpora, měření a bonifikace kvality poskytované péče.

Následující stránky shrnují zkušenosti s podporou rozvoje JDCH v zahraničí a poskytují příklady nástrojů sloužících pro její rozvoj a kvalitu.

Příklady úhradových mechanismů v zahraničí

Úhradový mechanismus by měl motivovat k poskytování péče v rámci JDCH a kompenzovat poskytovatele za náklady na nutnou transformaci. Zároveň by však měl omezit potenciální nežádoucí jevy jako je obcházení indikačních kritérií či indukce případů a motivovat poskytovatele ke kvalitě a zodpovědnosti za případné komplikace pacienta.

Best practice tariffs

Anglie je jednou ze zemí, kde je JDCH věnována pozornost už od 80. let a kde kontinuálně dochází k cíleným snahám posílit její rozvoj. V roce 2010 byly zavedeny tzv. Best Practice Tariffs (BPTs) – nově spočítané tarify na základě optimálního medicínského postupu, které měly motivovat poskytovatele k vyšší kvalitě poskytované péče v různých oblastech, mimo jiné také ke zvýšení podílu jednodenních zákroků.

Mechanismus BPT reflektuje náklady při používání nejlepší praxe, nikoli historické náklady, a zároveň vytváří motivaci ke změně praxe. Platba za JDCH je v některých případech vyšší než platba za plánovaný výkon za hospitalizace, z čehož vyplývá jednoznačná motivace pro používání JDCH. Oblast jednodenní péče se v BPT poprvé objevila v letech 2010/2011 a byla definována pro laparoskopické odstranění žlučníku. V letech 2014/2015 se BPT vztahovalo již na 15 častých výkonů a mezi lety 2017-2021

došlo k dalšímu rozšíření BPTs o 30 „jednodenních“ zákroků (viz Tabulka 5). British Association for Ambulatory Surgery (BADS) pravidelně publikuje vhodné výkony a cílové (dosažitelné) podíly případů (target rates) provedených v JDCH, umožňující NHS lépe nastavovat míru motivace poskytovatelů. Výkony, u kterých bylo dosaženo cílových hodnot podílů JDCH, jsou na roční bázi odebrány ze seznamu BPT úhrad a ponechány/přidány jsou pouze ty, u kterých je podíl JDCH stále nedostačující (Leroy et al., 2017; NHS England and NHS Improvement, 2016-2020).

Tabulka 5: Oblasti péče definované v BPT – JDCH

Oblast péče a příklad výkonů (do roku 2021)	Počet výkonů
Operace prsu (mastektomie, excize)	4
ORL (tympanoplastika, tonzilektomie)	5
Všeobecná chirurgie (hernie, cholecystektomie)	7
Gynekologie (salpingektomie, hysterektomie)	5
Hlava a krk (biopsie uzlin, excize léze příštítné žlázy, hemityroidektomie)	3
Neoperační (biopsie)	4
Oftalmologie	1
Ortopedie (terapeutická artroskopie ramene)	5
Urologie (TURP, TUR)	8
Cévní chirurgie	2

Zdroj: NHS England and NHS Improvement, 2016-2020

Tabulka 6: Příklad vyšších tarifů pro výkony provedené v režimu JDCH (v rámci BPT), Anglie

HRG kód	HRG název	Best practice tarif pro „day case“ (£)	Non-best practice tarif pro elektivní příjem pacienta (£)
CA60A	Tonzilektomie, 19 let a více	1 090	982
CA60B	Tonzilektomie, do 18 let	1 100	993
CA61Z	Adenotonzilektomie	1 201	1 084
GA10K	Laparoskopická cholecystektomie, 19 let a více, s CC skóre 0	1 924	1 739

Stejně tarify pro JDCH a hospitalizační případy ve Francii a dalších zemích

Jako další z příkladů nastavení úhradových mechanismů s orientací na rozvoj JDCH může posloužit Francie. Původně byly ve Francii tarify za jednodenní chirurgii výrazně nižší než tarify za hospitalizační případ, což motivovalo nemocnice hospitalizovat pacienta alespoň 1 noc, bez ohledu na medicínskou potřebnost. S cílem zvýšit podíl jednodenní chirurgie začala Francie v r. 2007 kultivovat systém úhrad za JDCH a pro vybrané GHM (ekvivalent DRG) skupiny snižovat rozdíly mezi tarify. V r. 2009 vznikly pro JDCH speciální kategorie „J“ v rámci 18 z 90 GHM bází, které měly stejnou výšku úhrady jako příslušná GHM v hospitalizačním režimu při nejnižší závažnosti případu (level 1) (viz Tabulka 7).

Tabulka 7: Příklad stejných tarifů za JDCH a hospitalizaci u artroskopie ramene, Francie

GHM Arthroscopies de l'épaule										
GHS	GHM	LIBELLE	Bornes basses	Bornes hautes	TARIF (PUBLIC) (en euros)	TARIF (PRIVÉ) (en euros)	FORFAIT EXB (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (PUBLIC) (en euros)	TARIF EXH (PRIVÉ) (en euros)
2933	08C581	niveau 1	-	3,00	2 292,82	1 333,65	0	-	133	99,48
2934	08C582	niveau 2	-	6,00	3 159,70	1 711,32	0	-	86	73,06
2935	08C583	niveau 3	-	16,00	4 018,08	1 930,50	0	-	389	260,35
2936	08C584	niveau 4	-	-	6 247,18	2 859,35	0	-	-	-
2937	08C58J	en ambulatoire	-	-	2 292,82	1 333,65	0	-	-	-

Zdroj: Haute autorité de Santé (2014)

V roce 2012 byla úhrada za případy jednodenní chirurgie rozdělena následovně (Haute Autorité de Santé, 2014):

1. Stejně tarify (cca 77 % JDCH případů)

- GHM báze s kategorií „J“

V této kategorii platí stejná úhrada jako za případy v hospitalizačním režimu při nejnižším stupni závažnosti případu (level 1). V roce 2012 počet bází narostl z 18 na 39.

- GHM báze bez kategorie „J“

Od r. 2010 byl zrušený limit na dolního outliera pro GHM báze s nízkou průměrnou délkou hospitalizace (1,4 – 2,5 dne) – JDCH případy jsou tedy též placené stejně jako standardní hospitalizace.

2. Rozdíl ve výšce tarifu maximálně 25 % z ceny případu (14,8 % JDCH případů)

Pro některé případy s kategorií „J“, nízkou průměrnou délkou hospitalizace (3 dny a méně), ale s různými skupinami pacientů, je maximální rozdíl v úhradě za hospitalizační případ levelu 1 a případ „J“ stanovený na 25 % ceny hospitalizačního případu.

3. Rozdíly ve výšce tarifu > 25 % ceny případu (8,5 % JDCH případů)

Do této skupiny se řadí případy, které mají či nemají definovanou kategorii „J“, ale klinický průběh případu je odlišný v hospitalizačním a JDCH režimu a průměrná délka hospitalizace je vyšší než 4 dny.

Diferenciace v ocenění JDCH podle typu výkonu má za cíl motivovat (v příp. stejných tarifů), ale zároveň se vyhnout předčasnému propouštění pacientů u výkonů, kde by mohly vznikat nežádoucí motivace.

Stejně tarify pro některé výkony pravděpodobně pomohly při rozvoji JDCH ve Francii – celkový nárůst podílu JDCH mezi lety 2007 (32,7 %) a 2011 (39,5 %) činil + 6,8 p.b., u případů se stejnými tarify se zvýšil z 60,4 % na 78,2 % (+ 17,8 p.b). V roce 2018 byl podíl jednodenní chirurgie na úrovni 57,6 % a dále stoupá. Původní plánovaný cíl ministra zdravotnictví do roku 2022 byl nárůst na 70 % výkonů v režimu JDCH, zpomalující se nárůst v posledních letech však vyvolal otázky ohledně jeho dosažitelnosti (AFCA, 2019).

Tabulka 8: Nárůst podílu výkonů v JDCH do roku 2017 po odbornostech, Francie

Specializace	JDCH 2016	JDCH 2017
ORL	58,0 %	59,9 %
Gynekologie	56,8 %	58,6 %
Ortopedie	43,3 %	45,0 %
Všeobecná a břišní chirurgie	31,2 %	33,2 %
Urologie	40,9 %	41,8 %

Zdroj: Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA, 2019)

Mechanismus motivace poskytovatelů ve formě stejných tarifů v JDCH a za hospitalizace není výjimkou, naopak patří k jednomu ze základních nástrojů na podporu nárůstu JDCH v Evropě. Kromě Francie je tento mechanismus využitý například v Dánsku, kde byl vyvinut zvlášť klasifikační systém pro hospitalizační případy (DkDRG)

a zvlášť pro JDCH (Danish Ambulatory Grouping System – DAGS). Výkony, které se mohou provádět v konvenčním i v JDCH režimu, jsou tzv. „grey zone DRGs“, pro které platí stejné tarify v DkDRG i DAGS.

Podobně byly ve Španělsku (oblast Katalánska) zavedeny stejné tarify pro standardní JDCH výkony jako za hospitalizace, jejichž hlavním cílem byl nárůst JDCH a snížení čekacích dob. Důsledkem byl nárůst JDCH o 75 % mezi lety 2001-2007.

V Norsku probíhaly úspěšné politiky zaměřené na růst JDCH už koncem 80. let. Výkony používané v jednodenní chirurgii původně podléhaly zvláštním tarifům financovaným státem na základě publikovaného sazebníku. Jednalo se o centralizované opatření ke zvýšení jednodenní chirurgie, protože zákroky nespádaly do obecného financování nemocnic. V roce 1997 přešlo financování nemocnic k „activity-based“ modelu, přičemž JDCH zůstala nadále samostatně s oddělenými tarify. V roce 1999 bylo JDCH zařazeno také do „activity-based“ financování a byl zaveden seznam výkonů, pro které jsou JDCH a hospitalizační tarify stejné (Haute Autorité de Santé, 2014).

Rozdělení úhrady na pobytovou a výkonovou část

Rozdílný model financování používá v současnosti Rakousko, kde dochází k rozdělení úhrady na pobytovou a výkonovou část. Platba za hospitalizaci se skládá ze 2 částí:

- Část vztahující se k délce pobytu, vyjádřená v počtu dní (náklady na ošetrovatelskou péči, ubytování atd.)
- Část vztahující se k nákladům na samotný výkon (personální náklady, materiál, náklady na operační sál – kalkulováno z 15 referenčních nemocnic)

Výkony jednodenní chirurgie ze seznamu schválených výkonů jsou hrazené stejně jako jednodenní hospitalizace. Výkony mimo seznam schválených výkonů jsou hrazené ze 100 % za výkonový komponent, ale úhrada za pobytový komponent je snížena (výpočet viz vzorec níže).

$$\text{Úhrada za pobytový komponent (short outlier)} = PC + \frac{(LDF_{score} - PC) * (x+1)}{t+1}$$

- x - počet dní hospitalizace
- LDF - náklad celého případu
- PC - výkonový komponent
- t - hranice pro dolního outliera (v dnech)

Zdroj: Haute Autorité de Santé (2014)

Rozdělení hospitalizace na 2 části tak dává prostor pro férovější ocenění jednotlivých fází případu⁷; zároveň krácení úhrady pro případy mimo seznam schválených výkonů pomáhá předcházet předčasnému propouštění pacientů, kteří by měli přenocovat v nemocnici.

Možná cesta úhrad JDCH v ČR

Na základě uvedených zkušeností ze zahraničí je možné navrhnout vhodný model financování i pro ČR. Technicky vhodnou cestou je zavedení JDCH jako samostatné kategorie v DRG (a případně i v úhradové vyhlášce) a oddělení hospitalizačních případů a JDCH v datech. Sběr a uplatnění nákladových dat bude při současném cyklu aktualizace relativních vah v DRG trvat nejméně tři roky. V mezidobí je vhodné jako motivaci a pokrytí nutných investičních nákladů používat buď jednotnou výši úhrady pro případy řešené za hospitalizace a v rámci JDCH nebo vyjít z v současnosti dostupných nemocničních nákladů a hradit všechny náklady mimo skutečně pobytových nad rámec pobytu pacienta v rámci JDCH. Po 3 letech už by výpočet pro JDCH a hospitalizace probíhal zvláště při zohlednění reálných nákladů na oba typy provedení (ovlivněné zejména skladbou pacientů), což by vedlo k oddělení (nižších) úhrad za JDCH, a (vyšších) za hospitalizační případ. Takové nastavení je možné až v okamžiku, kdy bude JDCH normou u pacientů vhodných pro tento typ provedení výkonu. Dokud se tak nestane, je vhodné zvýhodňovat provedení formou JDCH.

Zajištění dostatečného množství poskytovatelů

Jedním z důvodů pro podporu rozvoje JDCH v ČR je snížení čekacích dob na plánované výkony. Ty se po omezeních přinesených pandemií významně prodloužily, byť toto víme jen z anekdotické evidence. V ČR totiž chybí spolehlivý (být jednoduchý) systém měření čekacích dob na plánované výkony. Jeho zavedení by významně prospělo zajištění dostupnosti zdravotních služeb ve všech regionech ČR a zároveň by poskytlo důležitý parametr sledování dopadu rozšíření JDCH.

⁷ Rozdělení na pobytový a výkonový komponent v Rakousku neodpovídá rozdělení na „pobytovou“ a materiální složku úhrady v ČR, jak bylo vysvětleno dříve (poznámky pod čarou č. 5 a 6). Data sbíraná od referenčních nemocnic v rámci CZ DRG ale takové rozdělení umožňují

K naplnění potenciálu JDCH je třeba dostatečného množství poskytovatelů. Zároveň je nutné si uvědomit, že poskytování JDCH není jednoduchou záležitostí a vyžaduje významné materiální i nemateriální investice. Zvýšení efektivity a kvality péče díky JDCH popsané v předchozích kapitolách je možné jen v situaci organizačně a technicky **zcela oddělených provozů JDCH**. Taková změna (ať už oddělení JDCH v rámci nemocnice nadále poskytující akutní péči v chirurgických oborech nebo vybudování JDCH provozů u dříve pouze ambulantního poskytovatele) vyžaduje významné materiální i nemateriální investice. Nemateriální zahrnují zejména zajištění, přesvědčení a přeškolení personálu a nastavení procesů jak samotného poskytování výkonů, tak podpory pacientů a zajištění kvality (blíže viz další kapitola). Celkově se, zejména na straně nemocnic, jedná o komplexní řízení rozsáhlého změnového projektu. Vzhledem k současným personálním nedostatkům a dalším omezením v nemocnicích, včetně míry pozornosti, kterou dokáže management věnovat problematice JDCH, nelze očekávat, že do JDCH bude investovat dostatečné množství nemocnic tak, aby byl naplněn její potenciál ve všech regionech ČR. Z důvodu urychlení rozvoje JDCH a také z důvodu zajištění dlouhodobé konkurence směřující k dalšímu zvyšování efektivity a kvality je žádoucí zapojit do poskytování JDCH dnešní ambulantní poskytovatele, kteří jsou ochotní a schopní tuto roli naplnit.

V řešení této otázky se můžeme opět inspirovat v Evropě. Na zajištění JDCH se podílí jak nemocnice, tak samostatné jednotky nově zřízené původně ambulantními poskytovateli, viz Obrázek 7. Je však nutné zdůraznit, že situace se zásadně liší v zemích, ve kterých existují poskytovatelé specializované ambulantní péče (obvykle země se systémem veřejného zdravotního pojištění) a v zemích, kde jsou všichni specialisté soustředěni v nemocnicích (obvykle zdravotnictví typu národní zdravotní služby). Například v Dánsku je JDCH poskytována výhradně v nemocnicích, zatímco v zemích se zdravotním systémem bližším ČR, jako je například Německo, jsou JDCH výkony prováděny častěji v samostatných jednodenních centrech. Dle Brökelmanna (2012) je v Německu JDCH poskytována téměř ze 70 % v samostatných specializovaných jednodenních centrech, zatímco 30 % je prováděno v nemocnicích. Toto rozdělení je zčásti dáno historicky, kdy nemocnice do roku 1993 neměly povoleno poskytovat jednodenní chirurgii; samostatná centra jednodenní péče vznikala na popud specialistů a jejich podíl narostl až na zmíněných 70 % výkonů v roce 2012 (Haute Autorité de Santé, 2014).

Obrázek 7: Centra jednodenní péče v Evropě dle typu vlastnictví, 2019



Zdroj: Grand View Research (2020)⁸

S cílem zajištění dostatečné dostupnosti JDCH ale sahaly k tvorbě nových poskytovatelů mimo nemocnice i systémy národní zdravotní služby (NHS) bez ambulantních specialistů. V případě Anglie se kromě nemocnic jednodenní chirurgie rozvíjela i v tzv. „ISTCs“ (Independent Sector Treatment Centres), která mohla být veřejná nebo soukromá. Šlo o jeden z prvních příkladů vpuštění soukromých poskytovatelů do NHS, což určitě nebylo jednoduché rozhodnutí. Péče nabízená těmito centry zahrnovala několik specializací (zejména oftalmologii a ortopedii) a sloužila zejména ke zkrácení čekacích dob a zrychlení uplatnění JDCH. Jejich dnešní podíl na jednodenní chirurgii je vzhledem ke struktuře NHS nízký (pouze 4 % operací katarakty, 7 % operací kyčle a 9 % artroskopii v roce 2007) (Haute Autorité de Santé, 2014).

Vedle podpory rozvoje JDCH a zkrácení čekacích dob je cílem účasti ambulantních poskytovatelů také podpora konkurence dlouhodobě vedoucí ke zvyšování efektivity a kvality.

⁸ Dostupné z webu: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/us-europe-ambulatory-surgery-centers-market>; celá studie a data dostupná pouze na vyžádání

Zajištění kvality péče

Exponenciální růst jednodenní chirurgie v posledních několika desetiletích je výsledkem vývoje v chirurgii – nových operativních technik, jako je endoskopická chirurgie a další typy minimálně invazivní chirurgie. Zároveň si chirurgové stále více uvědomují důležité problémy, jimiž jsou výběr výkonů a vhodných pacientů na základě kvalitních selekčních kritérií, adekvátní informační podpora pacientů a edukace všech zúčastněných v jednodenní péči. Neméně důležité je následné sledování komplikací a pooperačního průběhu a vyhodnocování parametrů kvality, na základě čehož lze zlepšovat péči, zefektivňovat procesy na pracovišti a reagovat na potřeby pacientů.

Předoperační hodnocení pacientů jednodenní chirurgie je důležité zejména z hlediska minimalizace komplikací a pozdních rušení termínů, které vedou k neefektivitám. Výběr by měl být založen na evidence-based postupech a na předpokladu, že přijetí do nemocnice je oprávněné pouze tam, kde bude znamenat výrazné zjednodušení managementu či lepší klinický výsledek (Lemos et al., 2006).

Medicínská kritéria vhodnosti pacienta pro jednodenní péči jsou zejména následující:

1. **ASA skóre (rizikovost pacienta):** Pro operaci jsou vhodní pouze pacienti s ASA skóre I či II (American Society of Anesthesiology clas.). V některých případech lze provést zákrok i u pacienta s ASA III, pokud jsou kompenzovány a pečlivě monitorovány komorbidity po více než 3 měsíce.
2. **Věk:** Věkový rozsah je široce definovaný a liší se v závislosti na specializaci. Například v případě zákroků v pediatrii se jedná o pacienty starší 1 roku, u laparoskopické cholecystektomie se jedná o dospělé pacienty mladší 60 let, v případě křečových žil či operace kýly může být přelomovým věkem 70 let. Tyto věkové hranice se ale posouvají a skutečným limitem je biologický, nikoliv kalendářní věk.
3. **BMI:** Nadváha či obezita patří k rizikovým faktorům, které zvyšují incidenci pooperačních komplikací – často jsou spojené s vysokým krevním tlakem či se selháním srdce. Obecně se doporučuje provádět výkon u pacientů s BMI pod 35.
4. **Komorbidity:** Pacienti s chronickými nemocemi mohou podstoupit zákroky jednodenní chirurgie, pokud jsou jejich onemocnění dlouhodobě stabilizovaná, známá chirurgovi i anesteziologovi a je k nim adekvátně přistupováno. Příklady zahrnují vysoký tlak, diabetes či aterosklerotické onemocnění. Pacienti se závažným stadiem onemocnění, např. selhání ledvin či jater, jsou vyřazeni (Jiang et al., 2020).

Na Slovensku byla za cílem správného výběru pacienta vydána směrnice s výčtem kontraindikací pacienta k provedení JDCH (Odborné usmernenie Ministerstva

zdravotnictva Slovenskej republiky o výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti z 18. 8. 2009). Směrnice nedoporučuje provádění jednodenních výkonů u některých zdravotních komplikací pacienta (např. onkologické nemoci, výrazný imunodeficitní stav pacienta, poruchy srážlivosti krve, závažnější mentální retardace), ale i např. v případě špatných sociálních podmínek pacienta. Zároveň klade podmínky i na charakter samotného zákroku, jako je jeho rozsah (včetně předpokládaných krevních ztrát), délka zákroku (doporučení pod 2 hodiny) či komplexnost pooperační péče.

Další selekční kritéria jsou nemedicínské, spíše sociálního charakteru a zahrnují následující doporučení:

- Pacient má zařízený rodinný doprovod/pečovatele, doprovod souhlasí s dostupností a poskytování pomoci obzvláště v prvních 24 hodinách po operaci,
- Pacient má přístup k soukromému vozu (aniž by sám řídil) či taxi prvních 24 hodin po operaci,
- Pacient je plně seznámen s navrhovaným výkonem, operačním procesem a anestezií = má dostatek informací,
- Pacient rozumí požadavkům a instrukcím k před a pooperačním postupům (dieta, medikace...),
- Pacient má přiměřené domácí podmínky, jako je vnitřní toaleta, telefon, schody nebo výtah podle plánovaného zákroku (Jiang et al., 2020; Lemos et al., 2006).

Především by měl být kladen důraz na zmírnění úzkosti a stresu pacienta a jeho adekvátní informovanost, čehož může být docíleno za pomoci edukačních materiálů – příruček, předoperačních dotazníků nebo edukačních videí.

Poskytování JDCH by mělo splňovat základní podmínku, že péče musí být alespoň tak bezpečná (nebo bezpečnější) a ve stejné kvalitě jako stejné zákroky prováděné v lůžkovém režimu. Nikdy by neměla být kvalita péče podřazena ekonomického prospěchu.

Literatura uvádí nízký výskyt nežádoucích událostí a komplikací během operace a bezprostředně po operaci v JDCH, avšak **JDCH programy musí průběžně sledovat výsledky**, aby mohly udržovat vysokou kvalitu. Pro podporu bezpečného a efektivního prostředí musí být vyvinuty a používány ukazatele kvality (Lemos et al., 2006). Správné dodržování postupů a indikačních omezení je možné podpořit i dobře nastaveným akreditačním požadavkem, kontrolou procesů, vyžadováním kvalitní dokumentace a její pravidelnou kontrolou.

V oblasti sledování kvality publikovala v roce 2014 International Association for Ambulatory Surgery v dokumentu „Day Surgery Manual“ oblasti vhodné k hodnocení

úspěšnosti péče a příslušné ukazatele, které lze k tomuto účelu použít. Mezi oblasti sledování zařadila dostupnost z pohledu délky čekacích dob, postupy k zhodnocení bezpečnosti, podíl plánovaných zákroků provedených v režimu JDCH, pooperační výsledky a bezpečnost (úmrtí, re-hospitalizace, infekce, pooperační krvácení atd.), spokojenost pacienta či podíl zrušených operací (měření produktivity) (International Association for Ambulatory Surgery, 2014). Následující Tabulka 9 shrnuje oblasti sledování a příslušné ukazatele.

Tabulka 9: Příklady oblastí sledování kvality péče v JDCH a příslušných ukazatelů, IAAS

Oblast	Ukazatel
Dostupnost	Mediánová čekací doba
Postupy	% pacientů, kteří dostali posouzení před anestezií % pacientů se standardizovaným předoperačním zhodnocením a testem
Operace	Podíl (plánované) chirurgie provedené v JDCH
Výsledky	Úmrtí do 30 dní po proceduře Neplánovaná hospitalizace přes noc (dle příčiny: operace, anestezie, lékař, sociální důvody, administrativní důvody) Neplánovaná opětovná přijetí (do 24 hodin nebo 7 dnů)
Zdroje	Podíl lůžek JDCH
Bezpečnost	Nevhodný pacient, procedura nebo implantát Pooperační krvácení vyžadující ošetření mezi 2 a 24 hodinami Neplánovaná transfuze Nevolnost a bolest do 2 až 24 hodin Infekce Pooperační sepse Chybné léky
Spokojenost	Spokojenost pacienta
Produktivita	Zrušení pacientem bez oznámení („nepřišel“) Nahlášené zrušení (zdravotní, organizační důvody) Pozdní začátek operace (> 30 minut)

Zdroj: International Association for Ambulatory Surgery (2014)

Podobný seznam byl publikován španělským ministerstvem zdravotnictví v roce 2008 v publikaci „Day Surgery Unit Guide: Standards and Recommendations“ (Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008). Seznam obsahuje navíc např. výpočet indexu komplikací zohledňující rizika či podíl konzultací v akutních případech (viz Tabulka 10).

Výčet indikátorů vhodných ke sledování kvality shrnula též publikace od Nunes et al. (2018), ve které měli autoři za cíl sestavit celkový seznam indikátorů z dostupných portugalských a zahraničních zdrojů k jednodenní chirurgii a zahrnuli tak celkem 21 indikátorů s příslušným počtem referencí, ve kterých se indikátor vyskytl (například nejčastější výskyt až v 13 referencích u sledování spokojenosti pacientů).

Tabulka 10: Příklady sledování kvality péče a komplikací po JDCH, Španělsko

Oblast kvality	Indikátor	Výpočet
Vědecko-technická kvalita a efektivita jednotky JDCH	1. Rušení zákroků	% - zrušení / objednaní pacienti
	2. Nepříznivé události	
	a) Opakované neplánované operace ve stejný den	% - opakované zákroky / pacienti podstupující operace
	b) Neplánovaný pobyt přes noc	% neplánované pobyty přes noc/ pacienti podstupující operace
	c) Konzultace v akutních případech	% - naléhavý případ/ pacienti podstupující operace
	d) Znovupřijetí do nemocnice	% - přijetí / pacienti podstupující operace
	e) Index komplikací zohledňující rizika	Počet pacientů s komplikacemi/ očekávaný počet pacientů s komplikacemi podle rizika komplikace pro každý individuální případ
Systémová efektivita	3. Substituční index	$\frac{\sum \text{DRG vhodných pro JDCH provedených jako JDCH}}{\sum \text{DRG vhodných pro JDCH provedených pomocí konvenční a denní chirurgie}}$
	4. Index JDCH	$\frac{\sum \text{chirurgických DRG provedených jako JDCH}}{\sum \text{chirurgických DRG}}$
Kvalita vnímaná uživateli	5. Index spokojenosti	% pro každou zodpovězenou kategorii

Zdroj: (Spanish) Ministry of Health and Consumer Affairs (2008)

Bibliografie

Acciario, A. L., Ramponi, L., & Adani, R. (2021). *Outpatient paediatric hand surgery: strategy in healthcare implementation and cost-efficient manner. MUSCULOSKELETAL SURGERY*. <https://doi.org/10.1007/s12306-021-00723-w>

AFCA. (2019). *Taux de chirurgie ambulatoire de 2018 : Le ralentissement persistant de sa croissance interroge toujours sur l'objectif de 70% en 2022*. 1–5.

Ahmad, N. Z., Byrnes, G., & Naqvi, S. A. (2008). *A meta-analysis of ambulatory versus inpatient laparoscopic cholecystectomy. Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques, 22(9), 1928–1934*. <https://doi.org/10.1007/s00464-008-9867-2>

Alderwick, H., Robertson, R., Appleby, J., Dunn, P., & Maguire, D. (2015). *Better value in the NHS - The role of changes in clinical practice. The Kings Fund, July, 1–158*. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/better-value-nhs-Kings-Fund-July-2015.pdf

Brökelmann, J. (2012). *Comparison of hospital- and office-based ambulatory surgery in Germany: Surgery in small free standing units offers many advantages. Ambulatory Surgery, 17(4), 83–85*.

Brownlee, A. R., Mitzman, B., Cyzman, R., & Ferguson, M. K. (2020). *Outpatient Thoracoscopic Mediastinal Biopsy: A Safe and Cost-Effective Approach. The Annals of Thoracic Surgery, 110(5), 1726–1729*. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2020.04.056>

Castoro, C., Bertinato, L., Baccaglini, U., Drace, C. A., & McKee, M. (2007). *Policy Brief – Day Surgery: Making it Happen. European Observatory on Health Systems and Policies, 1–32*.

Duncan, P. G., Cohen, M. M., Tweed, W. A., Biehl, D., Pope, W. D. B., Merchant, R. N., & DeBoer, D. (1992). *The Canadian four-centre study of anaesthetic outcomes: III. Are anaesthetic complications predictable in day surgical practice? Canadian Journal of Anaesthesia, 39(5), 440–448*. <https://doi.org/10.1007/BF03008707>

GIRFT, & NHS England. (2020). *National day surgery delivery pack*. September, 1–54. <https://www.gettingitrightfirsttime.co.uk>

Haute Autorité de Santé. (2014). *Day surgery tariffs in France and in other countries: Current situation and future prospects*. February.

Henderson, J., Goldacre, M. J., Griffith, M., & Simmons, H. M. (1989). *Day case surgery: geographical variation, trends and readmission rates*. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 43(3), 301–305. <https://doi.org/10.1136/jech.43.3.301>

International Association for Ambulatory Surgery. (2014). *Ambulatory Surgery Handbook*. http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf

Jiang, L., Houston, R., Li, C., Siddiqi, J., Ma, Q., Wei, S., & Ma, H. (2020). *Day Surgery Program at West China Hospital: Exploring the Initial Experience*. *Cureus*, 12(7). <https://doi.org/10.7759/cureus.8961>

Lemos, P., Jarrett, P., & Philip, B. K. (2006). *Day surgery: Development and practice*. *International Association for Ambulatory Surgery*, 346.

Lemos, P., Regalado, A., Marques, D., Castanheira, C., Malafaia, F., Almeida, M., Lanhoso, M., & Salgado, P. (2003). *The economic benefits of ambulatory surgery relative to inpatient surgery for laparoscopic tubal ligation*. *Ambulatory Surgery*, 10(2), 61–65. [https://doi.org/10.1016/S0966-6532\(02\)00040-9](https://doi.org/10.1016/S0966-6532(02)00040-9)

Leroy, R., Camberlin, C., Lefèvre, M., Mistiaen, P., Van den Heede, K., Van de Sande, S., Van de Voorde, C., & Beguin, C. (2017). *Proposals for a further expansion of day surgery in Belgium*. *KCE Reports*, 282.

Lewis, C., & Bryson, J. (1998). *Does day case surgery generate extra workload for primary and community health service staff?* *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 80(3), 200–202. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9682645>

Manzia, T. M., Quaranta, C., Filingeri, V., Toti, L., Anselmo, A., Tariciotti, L., De Carolis, G., Cacciola, R., Di Lorenzo, N., Sorge, R., Angelico, R., Monteleone, G., & Tisone, G. (2020). *Feasibility and cost effectiveness of ambulatory laparoscopic cholecystectomy. A retrospective cohort study*. *Annals of Medicine and Surgery*, 55(March), 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.04.036>

Ministry of Health and Consumer Affairs. (2008). *Day Surgery Unit Guide: Standards and Recommendations*. Reports, Studies and Research.

Mortuaire, G., Theis, D., Fackeure, R., Chevalier, D., & Gengler, I. (2018). *Cost-effectiveness assessment in outpatient sinonasal surgery*. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 135(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2017.08.004>

NHS England and NHS Improvement. (2016). *National Tariff Payment System Annex F : Guidance on best practice tariffs (Issue December)*.

Nunes, J. S., Gomes, R., Povo, A., & Castro Alves, E. (2018). *Quality Indicators in Ambulatory Surgery: A Literature Review Comparing Portuguese and International Systems*. *Acta Médica Portuguesa*, 31(7–8), 425. <https://doi.org/10.20344/amp.10416>

OECD. (2021). *Health at a Glance 2021*. OECD. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

Singh, N., Brooke-Cowden, G. L., Whitehurst, C., Smith, D., & Senior, J. (2005). *The Auburn elective surgery pilot project*. *ANZ Journal of Surgery*, 75(9), 768–775. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2005.03526.x>

Stiff, G., Haray, P. N., Chilcott, M., Williams, I., Watkins, G., & Foster, M. E. (1996). *Day-case surgery in children under 2 years of age: experience in a district general hospital and survey of parental satisfaction*. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*, 41(6), 408–411. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8997032>

VZP ČR. (2020). *Ročenka VZP ČR za rok 2020*. <https://www.vzp.cz/onas/dokumenty/rocenky>

Warner, M. A. (1993). Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 270(12), 1437–1441. <https://doi.org/10.1001/jama.270.12.1437>

Zdravotnický Deník. (2021). Jednodenní péče je u nás i přes velký potenciál stále popelkou. Změnit by to mohlo převedení úhrad do režimu podobnému DRG. <https://www.zdravotnickydenik.cz/2021/12/jednodenni-pece-je-u-nas-i-pres-velky-potencial-stale-popelkou-zmenit-by-to-mohlo-prevedeni-uhrad-do-rezimu-podobnemu-drg/>

Zdravotnický Deník. (2022). Rychlejšímu rozvoji jednodenní lůžkové péče brání vedle způsobu financování i praktické problémy. <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/01/rychlejsimu-rozvoji-jednodenni-luzkove-pece-brani-vedle-zpusobu-financovani-i-prakticke-problemy/>

Advance Healthcare Management Consulting, s.r.o.

U Háje 296/22, 147 00 Praha 4

Tel.: +420 702 029 953
office@advanceconsulting.cz
www.advanceconsulting.cz

IČ: 24125229
DIČ: CZ24125229

Banka: Raiffeisenbank
č. ú.: 6294429001/5500

OR: vedená Městským soudem v Praze,
oddíl C, vložka 180847

Partner publikace:



www.advanceconsulting.cz