

Raport o niewykorzystanym potencjale systemu ochrony zdrowia

Bariery, czynniki wspierające i narzędzia
polityki zdrowotnej służące
rozwojowi chirurgii jednego dnia

Czerwiec 2026

Spis treści

Przedmowa.....	3
Streszczenie wykonawcze.....	4
Wprowadzenie	6
Metodyka.....	9
Definicja chirurgii jednego dnia	11
Czym jest chirurgia ambulatoryjna/jednego dnia?	12
Jakie procedury i specjalności są przenoszone do chirurgii jednego dnia?	14
Aspekty jakości, bezpieczeństwa i równości.....	18
Bezpieczeństwo.....	18
Bezpieczeństwo całej ścieżki opieki.....	19
Kwalifikacja pacjentów i ocena przedoperacyjna	20
Projektowanie ścieżki okołoperacyjnej.....	20
Wypis pacjenta	21
Rekonwalescencja oraz wsparcie po wypisie	21
Równość w dostępie do opieki zdrowotnej.....	22
Rekonwalescencja domowa.....	24
Komunikacja w ochronie zdrowia a nierówności zdrowotne	25
Bariery rozwoju chirurgii jednego dnia.....	27
Bariery operacyjne i organizacyjne.....	28
Dedykowana infrastruktura i zabezpieczona zdolność do realizacji świadczeń planowych	28
Priorytety zarządcze i zdolność do wdrażania zmian	29
Niewłaściwie ukierunkowane zachęty finansowe	30
Zróżnicowanie praktyki klinicznej i kultury organizacyjnej między zespołami	31
Bariery związane z pacjentami	32
Czynniki wspierające rozwój chirurgii jednego dnia	33
Projektowanie ścieżki opieki	34
Rekonwalescencja domowa	36
Kadry medyczne	38
Technologie	40
Narzędzia polityki zdrowotnej i finansowej	41
Rekomendacje polityczne	44
Podsumowanie	47
Referencje	48
Załączniki	52
Kwestionariusz badania	52
Wywiady	60
Rada doradcza	64
Uczestnicy	64
Agenda dyskusji.....	65
Podsumowanie omawianych zagadnień	67

Przedmowa



Dr David Bunting

Konsultant w zakresie chirurgii górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz rekonstrukcyjnej chirurgii powłok brzusznych, North Devon District Hospital

Członek zarządu International Association of Ambulatory Surgery

Były prezes British Association of Day Surgery

Systemy ochrony zdrowia na całym świecie stoją przed wspólnym i coraz pilniejszym wyzwaniem: jak zapewnić większą liczbę świadczeń większej liczbie pacjentów przy ograniczonych zasobach, jednocześnie utrzymując najwyższe standardy jakości, bezpieczeństwa oraz doświadczeń pacjentów. W obliczu rosnących list oczekujących na leczenia planowe, niedoborów kadrowych oraz ograniczonej przepustowości szpitali potrzeba innowacyjnych i trwałych rozwiązań nigdy nie była większa.

Chirurgia jednego dnia stanowi jedną z najważniejszych możliwości rozwoju współczesnych systemów ochrony zdrowia. W ostatnich dekadach postęp w zakresie technik operacyjnych, anestezjologii, opieki okołoperacyjnej oraz ścieżek rekonwalescencji znacząco poszerzył zakres procedur możliwych do realizacji w tym modelu. Zabiegi, które wcześniej wymagały wielodniowej hospitalizacji, mogą być obecnie wykonywane bezpiecznie i skutecznie w trybie jednodniowym, umożliwiając pacjentom powrót do zdrowia w warunkach domowych oraz ograniczając obciążenie szpitalnych łóżek i zasobów.

Pomimo jednoznacznych dowodów potwierdzających korzyści wynikające z chirurgii jednego dnia, jej wdrażanie pozostaje nierównomierne. Nadal obserwuje się znaczne różnice między krajami, organizacjami ochrony zdrowia, specjalnościami oraz zespołami klinicznymi. W wielu systemach potencjał chirurgii jednego dnia nie jest w pełni wykorzystywany z powodu barier organizacyjnych, finansowych, operacyjnych i kulturowych, które nadal sprzyjają tradycyjnemu modelowi leczenia szpitalnego.

Niniejszy raport stanowi istotny wkład w dyskusję dotyczącą sposobów, w jakie systemy ochrony zdrowia mogą sprostać tym wyzwaniom. Opierając się na międzynarodowych dowodach naukowych, opiniach ekspertów, wywiadach oraz perspektywie interesariuszy, przedstawia kompleksową analizę barier utrudniających rozwój chirurgii jednego dnia, czynników sprzyjających jej wdrażaniu oraz narzędzi polityki zdrowotnej wspierających trwałe i skuteczne zmiany.

Raport jednoznacznie wskazuje, że chirurgia jednego dnia powinna być postrzegana nie jako marginalne usprawnienie organizacji świadczeń, lecz jako kluczowy element strategii realizacji leczenia planowanego. Wyniki pokazują, że systemy osiągające najlepsze rezultaty cechują się przemyślanym projektowaniem ścieżek opieki, zapewnieniem zabezpieczonych zasobów, odpowiednio dostosowanymi mechanizmami finansowania, rozwojem kadr oraz konsekwentnym wdrażaniem opieki skoncentrowanej na pacjencie. Jednocześnie raport podkreśla, że rozwój chirurgii jednego dnia powinien odbywać się z zachowaniem najwyższych standardów bezpieczeństwa, jakości, równości dostępu oraz poszanowania prawa pacjenta do wyboru.

Przedstawione rekomendacje mają charakter praktyczny, opierają się na dostępnych dowodach naukowych i są istotne zarówno dla kadry zarządzającej ochroną zdrowia, klinicystów, decydentów, jak i menedżerów odpowiedzialnych za organizację świadczeń. Wyznaczają jasny kierunek bezpiecznego i szerokiego wdrażania chirurgii jednego dnia, z uwzględnieniem uwarunkowań funkcjonowania złożonych systemów ochrony zdrowia.

W obliczu dążeń systemów ochrony zdrowia do zwiększenia efektywności, poprawy wyników leczenia oraz budowania odporności na przyszłe wyzwania, zasady przedstawione w niniejszym raporcie zasługują na szczególną uwagę. Dostępne dowody jednoznacznie wskazują, że wszędzie tam, gdzie jest to klinicznie uzasadnione, chirurgia jednego dnia powinna stać się preferowanym modelem opieki. Osiągnięcie tego celu będzie wymagało przywództwa, odpowiednich inwestycji oraz zaangażowania, jednak korzyści dla pacjentów, personelu medycznego i całego systemu ochrony zdrowia są znaczące.

Streszczenie

Niniejszy raport analizuje bariery, czynniki sprzyjające oraz instrumenty polityki zdrowotnej związane z bezpiecznym i szerokim wdrażaniem chirurgii jednego dnia. Wskazuje, że w przypadku procedur, dla których jest to klinicznie uzasadnione, chirurgia jednego dnia powinna stać się standardowym modelem postępowania, ponieważ umożliwia zwiększenie leczenia planowanego, ograniczenie obciążenia łóżek szpitalnych, obniżenie kosztów oraz poprawę doświadczeń pacjentów.

Na podstawie przeglądu międzynarodowej literatury, badania ankietowego przeprowadzonego wśród 256 pracowników ochrony zdrowia z dziesięciu krajów, pogłębionych wywiadów oraz opinii rady doradczej, raport wskazuje, że nawet w stosunkowo rozwiniętych systemach ochrony zdrowia nadal istnieje znaczący niewykorzystany potencjał rozwoju chirurgii jednego dnia. Wynika to z faktu, że dedykowane ścieżki opieki, zabezpieczone zasoby oraz skuteczne wsparcie rekonwalescencji domowej nie zostały jeszcze w pełni wdrożone.

Raport wskazuje, że odsetek zabiegów wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia wzrasta, gdy systemy ochrony zdrowia celowo projektują ścieżki opieki dedykowane temu modelowi leczenia.

Bariery rozwoju chirurgii jednego dnia

Dostępne dowody wskazują, że bariery utrudniające rozwój chirurgii jednego dnia mają charakter wieloczynnikowy. Obejmują one konkurencję z opieką doraźną i leczeniem szpitalnym o dostęp do sal operacyjnych, łóżek, sal wybudzeń oraz personelu, niewystarczające zaangażowanie kadry zarządzającej, mechanizmy finansowania sprzyjające hospitalizacji, zróżnicowanie praktyk klinicznych między zespołami oraz bariery związane z pacjentami, takie jak choroby współistniejące, ograniczone wsparcie w domu, duża odległość od miejsca leczenia czy niska pewność co do rekonwalescencji domowej. Raport wskazuje, że odsetek zabiegów wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia wzrasta, gdy systemy ochrony zdrowia świadomie projektują ścieżki opieki dedykowane temu modelowi leczenia.

Cechy systemów osiągających najlepsze wyniki

Systemy osiągające najlepsze wyniki tworzą dedykowane ścieżki chirurgii ambulatoryjnej, zapewniają wydzielone zasoby dla leczenia planowych, dostosowują mechanizmy finansowania, standaryzują procesy okołoperacyjne i wypisu pacjentów, inwestują w rozwój kompetencji personelu oraz traktują chirurgię jednego dnia jako priorytet systemowy. Raport podkreśla, że rozwój chirurgii jednego dnia musi opierać się na zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów i równego dostępu do świadczeń. W przypadku wielu procedur chirurgia jednego dnia jest co najmniej tak samo bezpieczna jak leczenie stacjonarne, pod warunkiem właściwej kwalifikacji pacjentów, stosowania protokołów przyspieszonej rekonwalescencji, funkcjonalnych kryteriów wypisu oraz zapewnienia jasnych procedur postępowania w razie konieczności interwencji po wypisie.



Implikacje dla równości pacjentów

Nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej w obszarze chirurgii jednego dnia nadal się utrzymują i wpływają zarówno na dostęp do świadczeń, jak i ich wyniki. Rozszerzanie chirurgii jednego dnia bez uwzględnienia poziomu kompetencji zdrowotnych pacjentów, możliwości transportu, dostępu cyfrowego, barier językowych oraz warunków rekonwalescencji domowej może prowadzić do pogłębienia tych nierówności. Komunikacja z pacjentami stanowi istotny element w kontekście przeciwdziałania nierównościom w dostępie do opieki zdrowotnej.

Rekomendacje

Główna implikacja dla polityki zdrowotnej polega na budowie stabilnych, zabezpieczonych i skoncentrowanych na pacjencie ścieżek opieki, tak aby chirurgia jednego dnia stała się standardowym modelem postępowania wszędzie tam, gdzie jest to klinicznie uzasadnione:

- + **Należy uczynić chirurgię jednego dnia standardowym modelem postępowania**, gdzie jest to klinicznie uzasadnione, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa pacjenta oraz poszanowaniu jego wyboru.
- + **Należy chronić zasoby dla leczenia planowego poprzez wydzielenie zasobów dla chirurgii jednego dnia** oraz, w miarę możliwości, tworzenie dedykowanych placówek lub odrębnych ścieżek leczenia.
- + **Zaleca się zastosowanie trzystopniowej strategii rozwoju:** priorytetyzację procedur o wysokiej częstotliwości i niskiej złożoności, ograniczenie nieuzasadnionych różnic w praktyce klinicznej w przypadkach o ustalonych standardach leczenia oraz selektywne rozszerzanie zakresu nowe procedury i grupy pacjentów złożonym profilu.
- + **Należy uwzględnić równość w dostępie do opieki zdrowotnej już na etapie projektowania**, biorąc pod uwagę transport, kompetencje zdrowotne, język, dostęp cyfrowy oraz wsparcie domowe i warunki społeczne.
- + **Należy tworzyć stabilne, odrębne ścieżki chirurgii jednego dnia**, oparte na ujednoliconych protokołach dotyczących kwalifikacji pacjentów, opieki okołoperacyjnej, wypisu oraz wsparcia po wypisie.
- + **Należy wzmocnić komunikację z pacjentem i opiekę po wypisie**, aby pacjenci rozumieli zasady rekonwalescencji domowej, wiedzieli, kiedy zgłosić się po pomoc, oraz mieli dostęp do wsparcia po wypisie.

Wprowadzenie

Systemy ochrony zdrowia na całym świecie mają trudności z zapewnieniem świadczeń planowych odpowiadających rosnącemu zapotrzebowaniu, co prowadzi do wydłużania list oczekujących oraz pogłębiania się zaległości w realizacji leczenia¹. Systemy ochrony zdrowia na całym świecie mają trudności z zapewnieniem świadczeń planowych odpowiadających rosnącemu zapotrzebowaniu, co prowadzi do wydłużania list oczekujących oraz pogłębiania się zaległości w realizacji leczenia. Dzięki postępowi w zakresie technik małoinwazyjnych², wdrożeniu standaryzowanych ścieżek rekonwalescencji i wypisu³ ze szpitala oraz zwiększonemu zainteresowaniu decydentów tym obszarem, coraz szerszy zakres zabiegów może być obecnie wykonywany w trybie chirurgii jednego dnia.

Istnieją znaczne różnice w zdolności systemów ochrony zdrowia do przenoszenia zabiegów z leczenia szpitalnego do trybu ambulatoryjnego.

Realizacja zabiegów w trybie chirurgii jednego dnia pozwala zespołom operacyjnym zwiększyć przepustowość i wydajność^{4,6,7} pracy, obniżyć koszty oraz zużycie zasobów⁸, a także poprawić doświadczenia i satysfakcję pacjentów⁹. Jednocześnie istnieją znaczne różnice w zdolności systemów ochrony zdrowia do przenoszenia zabiegów z hospitalizacji do trybu ambulatoryjnego, zarówno między krajami⁴, jak i między szpitalami i zespołami w obrębie poszczególnych państw¹⁰⁻¹² oraz pomiędzy różnymi procedurami i specjalnościami^{2,13}.

Niniejszy raport łączy dane pochodzące z wielu źródeł w celu analizy barier, czynników sprzyjających oraz instrumentów polityki zdrowotnej związanych z bezpiecznym zwiększaniem udziału chirurgii jednego dnia w systemach ochrony zdrowia. Opiera się na przeglądzie światowej literatury dotyczącej wyników osiągniętych przez poszczególne kraje, modeli finansowania, projektowania ścieżek opieki, wyników leczenia oraz wyłaniających się dobrych praktyk, a także na wywiadach ze specjalistami klinicznymi i opinii panelu ekspertów posiadających doświadczenie we wdrażaniu, zarządzaniu i rozwijaniu usług w chirurgii jednego dnia.



W skład panelu ekspertów weszli:



Profesor Jaideep Pandit
Przewodniczący
oraz profesor anestezjologii,
Uniwersytet Oksfordzki, Wielka Brytania



Jaana Perttunen
Prezes Europejskiego Stowarzyszenia
Pielęgniarek Bloku Operacyjnego
(EORNA), Finlandia



Laurens Van Houte
Kierownik Oddziału Chirurgii,
Medisch Spectrum Twente, Holandia



Dr Shaan Chhabra
Koordynator ds. transformacji i usprawniania
przepływu pacjentów, Newham Hospital,
Barts Health NHS Trust, Wielka Brytania



Daniela Matos
Pielęgniarka oddziałowa,
Unidade Local de Saúde de Santo António,
Portugalia



Dr Francesco Venneri
Dyrektor Centrum Zarządzania Ryzykiem
Klinicznym i Bezpieczeństwa Pacjentów,
Region Toskania, Włochy



Dr Jarosław J. Fedorowski
Prezes Polskiej Federacji Szpitali (PFSz),
Polska

Przeprowadzono wywiady z:



Professor Tim Briggs CBE
Kierownik programu GIRFT oraz dyrektor
krajowy NHS England ds. poprawy jakości
klinicznej, odzyskiwania planowych
świadczeń i pilnej opieki (UEC), Wielka
Brytania



Dr David Bunting
Konsultant w zakresie chirurgii górnego
odcinka przewodu pokarmowego oraz
rekonstrukcji ściany brzucha, North
Devon District Hospital. Członek zarządu
(Management Body Officer) International
Association of Ambulatory Surgery. Był
prezydent British Association of Day
Surgery, Wielka Brytania



Professor Karine Nouette-Gaulain
Profesor anestezjologii, intensywnej terapii
i medycyny okołoperacyjnej,
CHU de Bordeaux, Francja



Dr Bjarne Skjødt Hjaltalin
Ordynator Oddziału Chirurgii Jednego Dnia,
Szpital Amager i Hvidovre,
Dania



Raport wskazuje, że istnieją możliwości dalszego wzrostu liczby procedur realizowanych w trybie chirurgii jednego dnia

Badanie zostało zaprojektowane w celu określenia, gdzie interesariusze dostrzegają niewykorzystany potencjał chirurgii jednego dnia, jakie bariery najczęściej uniemożliwiają kwalifikującym się pacjentom leczenie w trybie jednodniowym oraz które praktyczne interwencje mogłyby przyspieszyć postęp. Wyniki te stanowią praktyczne uzupełnienie opublikowanej literatury i pomagają zidentyfikować obszary, w których ambicje polityczne nadal rozmiągają się z realiami operacyjnymi.

Raport wskazuje, że istnieją możliwości dalszego wzrostu liczby procedur realizowanych w trybie chirurgii jednego dnia, również w krajach o bardziej dojrzałych systemach. Najlepsze wykorzystanie tego potencjału można osiągnąć poprzez uczynienie chirurgii jednego dnia standardem dla odpowiednich procedur oraz rozwój odrębnych ścieżek opieki w tym zakresie, z zapewnioną, wydzieloną przepustowością i zabezpieczonymi zasobami.

Metodyka

Niniejszy raport opiera się na przeglądzie dostępnej literatury dotyczącej barier i czynników wspierających chirurgię jednego dnia. Wykorzystano narzędzie oparte na sztucznej inteligencji, Undermind.ai, w celu zebrania odpowiednich źródeł w języku angielskim z całego świata, opublikowanych w ciągu ostatnich 5 lat.

Undermind jest narzędziem opartym na sztucznej inteligencji opracowanym do prowadzenia przeglądów literatury naukowej. Wykorzystuje ono bazę danych Semantic Scholar, obejmującą ponad 200 milionów publikacji (w tym PubMed oraz inne zbiory z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu). Recenzent dokonał oceny abstraktów zebranych artykułów w celu potwierdzenia ich adekwatności. Do wstępnego przeglądu włączono 64 publikacje. Na ich podstawie wyodrębniono tematy dotyczące barier i czynników sprzyjających rozwojowi chirurgii jednego dnia, a następnie przeprowadzono dodatkowe ukierunkowane wyszukiwania szarej literatury oraz starszych publikacji naukowych w celu uzupełnienia szczegółów tam, gdzie było to konieczne.

W celu uzupełnienia wyników analizy przeprowadzono badanie ankietowe, aby poznać perspektywę pracowników ochrony zdrowia dotyczącą przyszłego rozwoju chirurgii jednego dnia.

Dodatkowo przeprowadzono cztery częściowo ustrukturyzowane wywiady z pracownikami ochrony zdrowia zaangażowanymi w chirurgię jednego dnia. Wszystkie cytaty i przypisania zawarte w niniejszym raporcie zostały zamieszczone za zgodą osób udzielających wywiadów.

256

pracowników ochrony zdrowia w 10 krajach było objętych badaniem przeprowadzonym przez firmę Censuswide zrealizowanym w okresie od 2 do 22 kwietnia 2026 r¹⁴.

Badanie obejmowało chirurgów (n=63), anestezjologów (n=25), pielęgniarki bloku operacyjnego (n=60), kierowników bloku operacyjnego (n=32), specjalistów ds. zaopatrzenia (n=35) oraz kadrę zarządzającą szpitali (n=41), którzy są zaangażowani w zarządzanie, organizację, zakupy lub realizację procedur chirurgii jednego dnia co najmniej raz w miesiącu.

Wielka Brytania (n=52)

Francja (n=28)

Austria (n=25)

Włochy (n=25)

Kraje nordyckie ((Norwegia (n=17), Szwecja (n=18), Dania (n=15), łącznie n=50)

Niemcy (n=26)

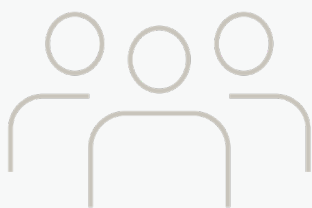
Zjednoczone Emiraty Arabskie (n=25)

Królestwo Arabii Saudyjskiej (KSA) (n=25)



Na koniec, radzie doradczej złożonej z siedmiu pracowników ochrony zdrowia z sześciu różnych krajów, zajmujących się chirurgią jednego dnia, przedstawiono wstępną wersję niniejszego raportu. Następnie przeprowadzono moderowaną dyskusję w celu analizy i weryfikacji ustaleń raportu oraz opracowania rekomendacji¹⁵.

Po spotkaniu rady doradczej przeprowadzono dodatkowe, ukierunkowane przeszukiwanie literatury dotyczącej bezpieczeństwa pacjentów oraz nierówności w dostępie do świadczeń w chirurgii jednego dnia. Następnie raport został zaktualizowany, a rekomendacje dopracowane na podstawie dyskusji prowadzonych podczas posiedzenia rady doradczej. Opracowaną wersję dokumentu ponownie przekazano członkom rady w celu uzyskania dodatkowych uwag i opinii.



Definicja chirurgii jednego dnia

W różnych krajach na świecie stosowane są odmienne określenia odnoszące się do chirurgii jednego dnia, a także różne sposoby definiowania i organizacji tego modelu opieki. Wykorzystywana terminologia często odzwierciedla krajowe rozwiązania dotyczące finansowania i zarządzania świadczeniami zdrowotnymi, a także miejsce chirurgii jednego dnia w systemie odpowiedzialności, rozliczania oraz organizacji opieki nad pacjentem.

Podczas gdy niektóre kraje definiują chirurgię jednego dnia jako pobyt krótszy niż 24 godziny⁹, inne stosują bardziej restrykcyjną definicję „zera dni hospitalizacji”, ponieważ jest ona łatwiejsza do identyfikacji w rutynowo gromadzonych danych¹⁶.

Tabela 1

Pojęcie	Najczęstsze znaczenie	Przykład stosowania w danym kraju	Zastrzeżenia
Chirurgia jednego dnia	Planowy zabieg operacyjny zakończony wypisem w dniu wykonania operacji	Anglia, Irlandia oraz kraje nordyckie ^{4,10}	
Chirurgia ambulatoryjna	Zabieg niewymagający nocnego pobytu w szpitalu, wykonywany w wyspecjalizowanych jednostkach chirurgii ambulatoryjnej	Ameryka Północna i Hiszpania ^{6,17,18}	Termin może odnosić się zarówno do ścieżki opieki, jak i do miejsca udzielania świadczeń
Chirurgia ambulatoryjna	Zabieg operacyjny wykonywany poza hospitalizacją stacjonarną	Niemcy, Szwajcaria i Stany Zjednoczone ^{6,17,18}	Niekiedy obejmuje szerszy zakres niż wypis w dniu zabiegu, uwzględniając pobyty krótsze niż 24 godziny (lub 23 godziny)
Chirurgia ambulatoryjna	Warunki finansowania chirurgii jednego dnia na Węgrzech	Węgry ¹⁹	

Niniejszy raport wykorzystuje definicję Międzynarodowego Stowarzyszenia Chirurgii Ambulatoryjnej (IAAS): „operacja lub procedura, z wyłączeniem zabiegów gabinetowych lub ambulatoryjnych, w przypadku której pacjent zostaje wypisany tego samego dnia roboczego”. Podobnie jak IAAS, raport stosuje zamiennie terminy „chirurgia jednego dnia” oraz „chirurgia ambulatoryjna”.

Czym jest chirurgia ambulatoryjna/ jednego dnia?

Chirurgia jednego dnia to model opieki obejmujący cały proces leczenia, umożliwiający przeprowadzenie planowanego zabiegu chirurgicznego bez nocnego pobytu w szpitalu u odpowiednio zakwalifikowanych pacjentów²⁰.

Warunkiem bezpiecznej realizacji zabiegów w trybie chirurgii jednego dnia jest wdrożenie kompleksowej ścieżki opieki, obejmującej: ^{3,9,21}

- + odpowiednią kwalifikację pacjentów,
- + techniki anestezjologiczne i chirurgiczne wspierające szybki powrót do zdrowia,
- + standaryzowane procedury okołoperacyjne,
- + jasno określone kryteria wypisu,
- + opiekę i wsparcie po wypisie,
- + monitorowanie procesu rekonwalescencji oraz mechanizmy umożliwiające szybką reakcję w przypadku wystąpienia komplikacji lub trudności w powrocie do zdrowia w warunkach domowych.



Czym jest chirurgia ambulatoryjna/
jednego dnia?



Chirurgia jednego dnia nie jest jedynie skróconą wersją hospitalizacji, lecz odrębnym modelem organizacji opieki. Z doświadczeń ekspertów wynika, że systemy osiągające najlepsze wyniki w rozwoju chirurgii jednego dnia wdrażają specjalnie zaprojektowane ścieżki opieki, zamiast skupiać się wyłącznie na przyspieszaniu tradycyjnych procesów leczenia szpitalnego. Podejście to wymaga kompleksowego przeprojektowania sposobu świadczenia opieki. W najbardziej zaawansowanych systemach chirurgia jednego dnia stanowi preferowaną i domyślną opcję leczenia dla odpowiednio zakwalifikowanych pacjentów oraz procedur.



Dr David Bunting

Konsultant w zakresie chirurgii górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz rekonstrukcji ściany brzucha, North Devon District Hospital. Członek zarządu (Management Body Officer) International Association of Ambulatory Surgery. Były prezydent British Association of Day Surgery, Wielka Brytania.

“

Celem jest uczynienie chirurgii jednego dnia standardem opieki. Gdy uda się przekroczyć ten etap i stanie się ona nową normą, zwykle nabiera wystarczającego tempa, aby ją utrzymać, ponieważ z samej swojej natury jest ona znacznie bardziej zrównoważona niż inne typy chirurgii.”

Na poziomie systemowym utrzymujący się wzrost chirurgii jednego dnia może umożliwić zmniejszenie liczby łóżek przeznaczonych dla pacjentów planowych lub ich przekierowanie na inne potrzeby. Może to obniżyć całkowite koszty systemu oraz uwolnić ograniczoną przepustowość oddziałów stacjonarnych dla pacjentów, którzy rzeczywiście bardziej wymagają hospitalizacji. Na przykład program chirurgii planowej w Irlandii oszacował, że zwiększenie liczby procedur jednodniowych oraz skrócenie czasu hospitalizacji w 14 specjalnościach chirurgicznych mogłoby przynieść oszczędność około 41 500 osobodni hospitalizacji rocznie²³, szersze dowody wskazują, że dedykowane ścieżki chirurgii jednego dnia mogą obniżać koszty i zwiększać przepustowość i skracać czas oczekiwania poprzez zwiększenie dostępności leczenia planowych^{3-5,19,24}.

“



Daniela Matos

Pielęgniarka oddziałowa, Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugalia¹⁵

W moim ośrodku mamy 11 sal operacyjnych, a każdego dnia wykonuje się około 200 zabiegów. W głównym bloku operacyjnym dla pacjentów hospitalizowanych osiągnięcie takiego samego wyniku zajmuje tydzień, więc nasza produktywność jest bardzo wysoka. Czas przygotowania sali między pacjentami wynosi około 8-9 minut dzięki odpowiedniemu przeszkoleniu. Osiągamy wysokie wskaźniki satysfakcji pacjentów oraz mało powikłań.”

Rozszerzanie zakresu procedur i specjalności realizowanych w ramach chirurgii jednego dnia



Jaana Perttunen

Prezes Europejskiego Stowarzyszenia
Pielęgniarek Bloku Operacyjnego, Finlandia¹⁵

“

W Finlandii odsetek zabiegów wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia stale rośnie i w niektórych specjalnościach sięga już 90%. W szerokim zakresie wykorzystujemy aplikacje mobilne, które umożliwiają pacjentom komunikację ze szpitalem. Większość pacjentów kierowanych na planowe leczenie zgłasza się do szpitala dopiero w dniu zabiegu, chyba że konieczny jest dłuższy dojazd. Po operacji pacjenci mogą zostać wypisani w momencie, który jest bezpieczny z medycznego punktu widzenia i jednocześnie dogodny dla nich. Obecnie rozwijamy kolejne rozwiązania cyfrowe umożliwiające pielęgniarkom wspieranie pacjentów na każdym etapie ścieżki chirurgicznej. Kluczowe znaczenie mają edukacja pacjentów oraz kompetencje pielęgniarskie wspierające proces leczenia i rekonwalescencji.”

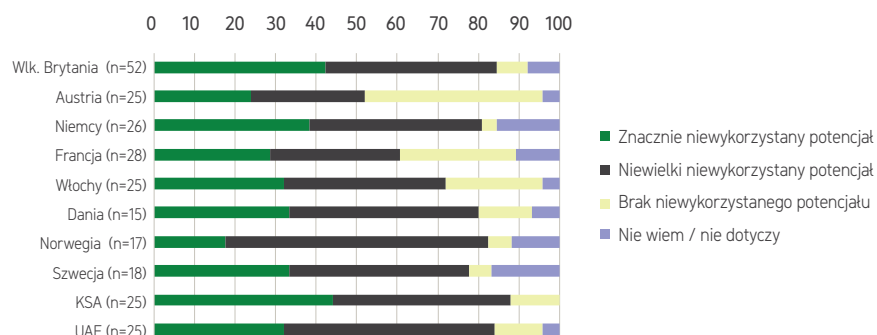
Historycznie chirurgia jednego dnia była najbardziej odpowiednia dla drobnych, wysoko wolumenowych i mało złożonych procedur^{4,12}. Jednak jej zakres stale się poszerza – od zabiegów niewielkich do niektórych operacji

o wyższej złożoności^{2,19,25–27}, dzięki rozwojowi technik chirurgicznych², procedur i przyspieszonej rekonwalescencji. Obejmuje to robotykę²⁸, techniki anestezyjologiczne oraz podejścia przyspieszonej rekonwalescencji, a także standaryzowane protokoły okołoperacyjne^{25,29}.

Przejście na chirurgię jednego dnia obejmuje coraz więcej specjalności, jednak odbywa się w różnym tempie na świecie^{2,4}. Trend ten potwierdzają dane badania¹⁴, w którym respondenci wskazali niewykorzystany potencjał chirurgii jednego dnia we wszystkich analizowanych specjalnościach, co sugeruje, że w wielu systemach ochrony zdrowia proces tej transformacji znajduje się jeszcze na stosunkowo wczesnym etapie.

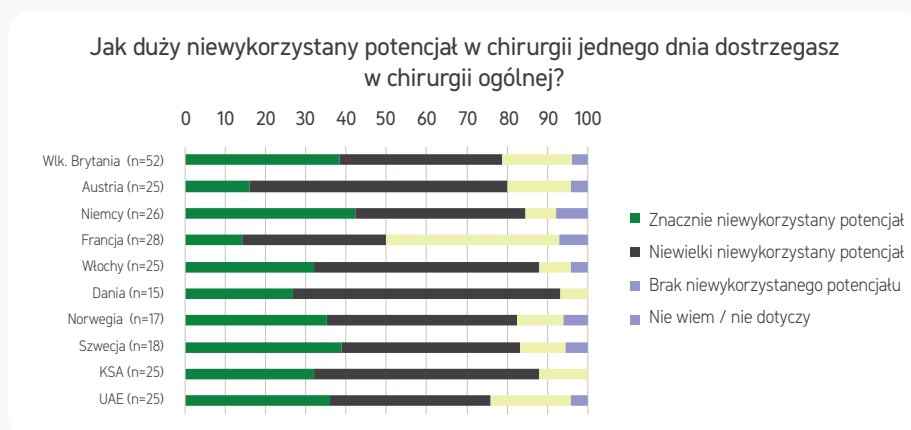
Wykres 1a

Jak duży niewykorzystany potencjał w chirurgii jednego dnia dostrzegasz w ortopedii?

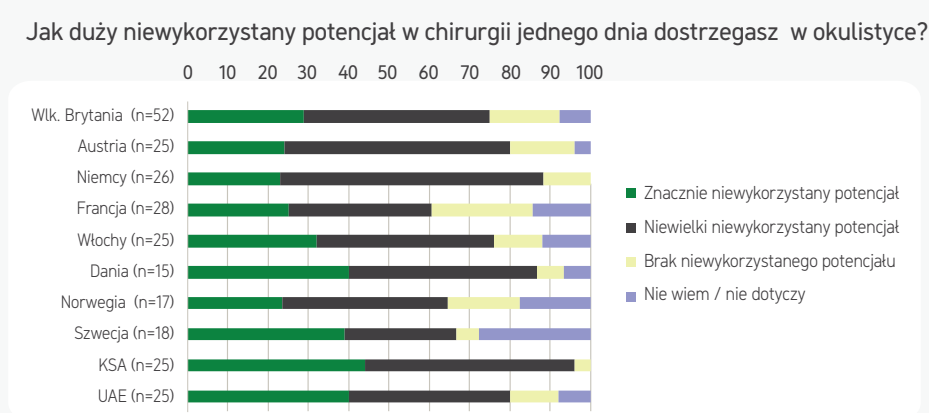


Jakie procedury i specjalności są przenoszone do chirurgii jednego dnia?

Wykres 1b



Wykres 1c



Źródło: badanie dotyczące chirurgii jednego dnia Mölnlycke, Censuswide, 2-22 kwietnia 2026 r. Grupa badana: wszyscy respondenci n=256

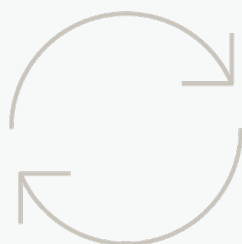
Pozytywne nastawienie do dalszego rozwoju chirurgii jednego dnia różniło się pomiędzy poszczególnymi krajami. Respondenci z Wielkiej Brytanii i Danii należeli do największych optymistów, szczególnie w odniesieniu do ortopedii, okulistyki oraz chirurgii ogólnej. W Niemczech również wskazywano na znaczący potencjał dalszego rozwoju, zwłaszcza w obszarze chirurgii ogólnej. Z kolei respondenci z Arabii Saudyjskiej (KSA) szczególnie wysoko oceniali możliwości zwiększenia liczby zabiegów w trybie chirurgii jednego dnia w ortopedii i okulistyce.

Odmienne stanowisko prezentowali uczestnicy badania z Francji i Austrii, którzy byli bardziej ostrożni w ocenie potencjału dalszego rozwoju w niektórych dobrze ugruntowanych specjalnościach. Wyniki te sugerują, że postrzeganie możliwości dalszego zwiększania udziału chirurgii jednego dnia zależy od stopnia dojrzałości lokalnych ścieżek opieki oraz poziomu wdrożenia tego modelu leczenia w danym systemie ochrony zdrowia.

Zabiegi wykonywane w dużych wolumenach nadal mają kluczowe znaczenie dla zwiększania udziału chirurgii jednego dnia. To właśnie te procedury stanowią najprostszy punkt wyjścia dla systemów ochrony zdrowia projektujących i rozwijających ścieżki chirurgii jednego dnia, a jednocześnie najlepiej nadają się do realizacji w tym trybie.

Kilka często wykonywanych planowych procedur chirurgicznych można uznać za wskaźniki skuteczności systemu ochrony zdrowia we wdrażaniu chirurgii jednego dnia. Do takich procedur należą między innymi:

- + Cholecystektomia laparoskopowa²⁴
- + Hernioplastyka¹²
- + Chirurgia okulistyczna^{30,31}



Jakie procedury i specjalności są przenoszone do chirurgii jednego dnia?

Postęp technologiczny zmienia zakres procedur, które mogą być bezpiecznie realizowane w trybie chirurgii jednego dnia, otwierając nowe możliwości w kolejnych dziedzinach medycyny. Przykładowo, w urologii rozwój małoinwazyjnych technik laserowych sprawia, że zabiegi wykonywane z powodu łagodnego rozrostu gruczołu krokowego są coraz częściej przeprowadzane w ramach chirurgii jednego dnia.

Kolejnym obszarem o dużym potencjale rozwoju chirurgii jednego dnia jest endoprotezoplastyka stawów. W Wielkiej Brytanii metaanaliza obejmująca 17 badań wykazała, że odsetek ponownych hospitalizacji po wykonaniu całkowitej alloplastyki stawu w trybie chirurgii jednego dnia wynosił 1,9%, w porównaniu z 2,0% wśród pacjentów hospitalizowanych, co wskazuje na bardzo zbliżony profil bezpieczeństwa³² obu modeli opieki.

Realizacja tych bardziej złożonych procedur w trybie chirurgii jednego dnia charakteryzuje się również wysoką akceptacją pacjentów. W jednym z badań od 80% do 96% pacjentów zadeklarowało, że ponownie wybrałoby endoprotezoplastykę wykonywaną bez konieczności nocnego pobytu w szpitalu.

Jest to spójne z wynikami badania ankietowego¹⁴, gdzie ortopedia (77%) odnotowała jeden z najwyższych poziomów postrzeganego znacznego niewykorzystanego potencjału, co wskazuje, że klinicyści coraz częściej uznają duże zabiegi stawowe za wykonalne w trybie jednodniowym przy wsparciu odpowiednich ścieżek opieki.

Wykres 2

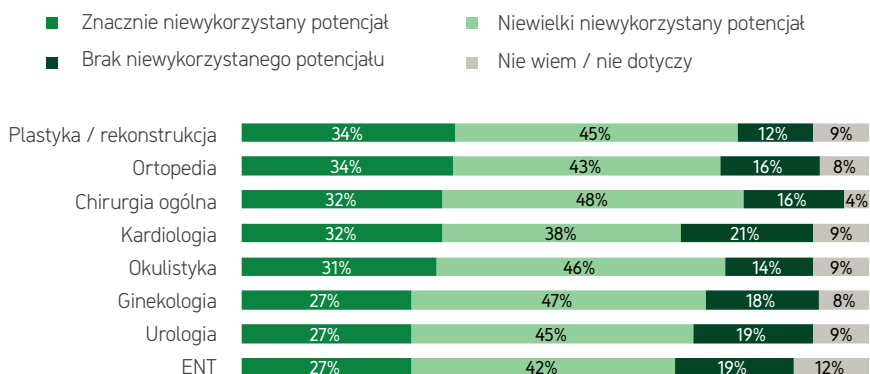
Aż

80%

respondentów dostrzega niewykorzystany potencjał w ścieżkach chirurgii jednego dnia

Jak duży niewykorzystany potencjał w chirurgii jednego dnia dostrzegasz w każdej z poniższych specjalności?

Wszyscy respondenci, n=256



Źródło: badanie dotyczące chirurgii jednego dnia Mölnlycke, Censuwide, 2-22 kwietnia 2026 r.
Grupa badana: wszyscy respondenci (n=256)

Należy jednak podkreślić, że choć postęp technologiczny umożliwił rozszerzenie zakresu chirurgii jednego dnia w wielu specjalnościach, jego pełny potencjał może zostać wykorzystany jedynie wtedy, gdy będzie mu towarzyszyć odpowiednie przeprojektowanie ścieżek opieki. Celem jest stworzenie warunków, w których procedury kwalifikujące się do chirurgii jednego dnia będą standardowo realizowane właśnie w tym modelu leczenia.

Systemy ochrony zdrowia znajdujące się na wcześniejszym etapie rozwoju chirurgii jednego dnia powinny wdrażać strategię opartą na trzech filarach²². Po pierwsze, należy tworzyć wzorcowe ścieżki opieki dla procedur wykonywanych w dużej liczbie i charakteryzujących się stosunkowo niskim stopniem złożoności, które szczególnie dobrze nadają się do realizacji w trybie jednego dnia.

Po drugie, konieczne jest ograniczanie nieuzasadnionej zmienności praktyki klinicznej oraz zapewnienie powszechnego wdrożenia procedur, dla których istnieją dowody potwierdzające bezpieczeństwo realizacji w trybie chirurgii jednego dnia, lecz które nadal nie są w ten sposób wykonywane standardowo w placówkach.

Jakie procedury i specjalności są przenoszone do chirurgii jednego dnia?



Po trzecie, powinny poszerzać zakres procedur możliwych do wykonywania w trybie chirurgii jednego dnia poprzez identyfikowanie „nowych” zabiegów i grup pacjentów, które wraz z rozwojem technik medycznych stają się odpowiednie do leczenia w tym modelu.

W praktyce oznacza to²²:

1. Koncentracja na procedurach wykonywanych w dużych wolumenach w celu budowy dojrzałych ścieżek chirurgii jednego dnia oraz szybkiego zwiększenia dostępnej zdolności do realizacji świadczeń.

2. Wykorzystanie przeprojektowania ścieżek opieki, standaryzowanych protokołów oraz wsparcia wdrożeniowego do przekształcania procedur potencjalnie kwalifikujących się do chirurgii jednego dnia w procedury rutynowo realizowane w tym modelu.

3. Selektywne rozwijanie kompetencji i możliwości organizacyjnych dla bardziej zaawansowanych procedur, tak aby mogły być wykonywane w trybie chirurgii jednego dnia wszędzie tam, gdzie jest to klinicznie uzasadnione.

Możliwości rozwoju chirurgii jednego dnia nie ograniczają się już do prostych zabiegów – coraz częściej obejmują również procedury o większym stopniu złożoności oraz szersze grupy pacjentów. Respondenci badania wskazali istotny niewykorzystany potencjał (znaczny lub umiarkowany) nie tylko w specjalnościach tradycyjnie kojarzonych z chirurgią jednego dnia, ale także w ortopedii (77%, w tym 34% wskazało znaczny potencjał), kardiologii (70%, 32%), urologii (72%, 27%) oraz chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej (79%, 34%)¹⁴. Wyniki te podkreślają szerokie możliwości dalszego rozwoju chirurgii jednego dnia i wskazują na znaczący potencjał zwiększenia przepustowości szpitali dzięki upowszechnieniu tego modelu opieki.

Wykres 3



Źródło: badanie dotyczące chirurgii jednego dnia Mölnlycke, Censurwide, 2-22 kwietnia 2026 r.
Grupa badana: wszyscy respondenci (n=256)

Aspekty jakości, bezpieczeństwa i równości

Bezpieczeństwo

Bezpieczeństwo pacjenta powinno stanowić centralny element wszelkich działań ukierunkowanych na zwiększanie odsetka procedur jednodniowych. W przeciwieństwie do tradycyjnej chirurgii stacjonarnej, w chirurgii jednego dnia większa część procesu rekonwalescencji odbywa się w warunkach domowych, poza bezpośrednim nadzorem personelu medycznego^{9,34}. Oznacza to konieczność uwzględnienia istotnych kwestii dotyczących zarówno kwalifikacji procedur do tego modelu, jak i doboru odpowiednich pacjentów^{35,36}.

W obecnej praktyce chirurgia jednego dnia konsekwentnie wykazuje bezpieczeństwo co najmniej porównywalne z chirurgią stacjonarną^{16,32,37}. W analizach porównawczych przeprowadzonych w USA przypadki ambulatoryjne charakteryzowały się niższym odsetkiem powikłań i readmisji w 13 z 14 badanych procedur¹⁶. Należy jednak podkreślić, że taki profil bezpieczeństwa został osiągnięty dzięki właściwej selekcji pacjentów oraz wdrożeniu dobrze zaprojektowanych, uporządkowanych ścieżek opieki, które maksymalizują szanse na bezpieczny przebieg zabiegu i rekonwalescencji bez powikłań¹⁶.

Istotne wnioski dotyczące bezpieczeństwa wynikają z analiz wyników w obrębie poszczególnych grup procedur. W Anglii artroplastyka wykonywana w trybie jednodniowym różniła się pomiędzy typami endoprotezoplastyki: częściowa endoprotezoplastyka stawu kolanowego wydawała się bezpieczna w trybie jednego dnia. Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego była zasadniczo bezpieczna, jednak wymagała krzywej uczenia się, w pierwszych 6. przypadkach wykonywanych w danym ośrodku obserwowano wyższe ryzyko ponownej hospitalizacji. Z kolei całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego wiązała się ze zwiększonym ryzykiem reoperacji, szczególnie w zakresie manipulacji w znieczuleniu ogólnym stosowanej w leczeniu pooperacyjnej sztywności¹³.

Wyniki te podkreślają konieczność ostrożnego podejścia do uogólniania w obrębie poszczególnych kategorii zabiegów chirurgicznych oraz potrzebę odrębnej oceny bezpieczeństwa dla każdej procedury.



Bezpieczeństwo całej ścieżki opieki

Bezpieczeństwo pacjenta należy uwzględniać na każdym etapie ścieżki leczenia — od kwalifikacji pacjenta i oceny przedoperacyjnej, aż po wypis i rekonwalescencję domową.

Tabela 2

Etap ścieżki opieki	Praktyki wspierające bezpieczeństwo	Potencjalne punkty ryzyka
Kwalifikacja i ocena przedoperacyjna	Ocena ryzyka pacjenta, złożoności procedury, planu znieczulenia, możliwości placówki oraz wsparcia w warunkach domowych ^{35,36,38,39}	Niezrealizowanie wypisu w dniu zabiegu, nieplanowane przyjęcia do szpitala ⁴⁰⁻⁴²
Opieka okołoperacyjna	Protokoły Enhanced Recovery After (ERAS), szybko działające techniki znieczulenia, analgezja oszczędzająca opioidy, skuteczna profilaktyka pooperacyjnych nudności i wymiotów (PONV), techniki chirurgii małoinwazyjnej oraz wczesna mobilizacja pacjenta.	Ból, pooperacyjne nudności i wymioty (PONV), opóźniona mobilizacja, wydłużona rekonwalescencja, konieczność pozostania w szpitalu na noc ^{29,41,46}
Wypis	Kryteria wypisu oparte na stanie pacjenta (a nie na czasie od zabiegu): stabilne parametry życiowe, zdolność do chodzenia, kontrola bólu i nudności, akceptowalne krwawienie. Pisemne instrukcje, obecność osoby towarzyszącej, transport do domu, wsparcia podczas pierwszej nocy po zabiegu ^{29,34,47,48}	Opóźniony wypis, niebezpieczny wypis, możliwe do uniknięcia ponowne hospitalizacje ^{40,49}
Rekonwalescencja domowa	Jasno określona ścieżka eskalacji, proaktywny kontakt następnego dnia po zabiegu, zdalne monitorowanie pacjenta, przegląd i kontrola leczenia farmakologicznego, monitorowanie i śledzenie objawów ^{34,50-52}	Nierozpoznane pogorszenie stanu pacjenta, niekontrolowane objawy, błędy w farmakoterapii, konieczność korzystania z pilnej pomocy medycznej ^{40,51}
Nadzór i monitorowanie jakości	Rutynowe monitorowanie liczby nieplanowanych przyjęć, ponownych zgłoszeń do szpitala, powikłań, niepowodzeń wypisu, wyników rekonwalescencji raportowanych przez pacjentów oraz różnic w praktyce pomiędzy ośrodkami ^{16,7,16,53}	Możliwe do uniknięcia różnice pomiędzy praktykami klinicznymi i organizacyjnymi oraz niewykorzystane możliwości poprawy jakości opieki ^{16,40}



Dr Francesco Venneri

Dyrektor Centrum Zarządzania Ryzykiem
Klinicznym i Bezpieczeństwa Pacjentów,
Region Toskania, Włochy¹⁵

Metaanaliza pacjentów z obturacyjnym bezdechem sennym wykazała, że chirurgia jednego dnia może być bezpiecznie realizowana przy aktywnym przesiewie, przestrzeganiu algorytmicznego postępowania okołooperacyjnego oraz zwiększonej czujności po zabiegu.⁴²

“

Kwalifikacja pacjenta i ocena przedoperacyjna

Istnieje ryzyko niedoszacowania złożoności stanu pacjenta. W efekcie pacjent może zostać uznany za odpowiedniego do leczenia w trybie ambulatoryjnym, podczas gdy w rzeczywistości występują u niego nierozpoznane lub niewystarczająco ocenione czynniki ryzyka.”

Bezpieczeństwo chirurgii jednego dnia rozpoczyna się już na etapie oceny kwalifikacyjnej. W wielu systemach ochrony zdrowia odchodzi się od sztywnych kategorii kwalifikacji pacjentów na rzecz podejścia dynamicznego, uwzględniającego choroby współistniejące, stopień inwazyjności procedury, technikę znieczulenia, warunki wykonania zabiegu oraz wsparcie społeczne i środowisko domowe³⁵. Podejmując decyzję o kwalifikacji pacjenta do chirurgii jednego dnia, należy ocenić zarówno jego fizjologiczną zdolność do tolerowania zabiegu, jak i czynniki kontekstowe, takie jak dostęp do wsparcia w środowisku lokalnym, warunki mieszkaniowe, odległość od szpitala czy poziom kompetencji zdrowotnych, które mogą wpływać na możliwość bezpiecznego przestrzegania zaleceń dotyczących rekonwalescencji^{36,38}.

W literaturze wskazuje się kilka czynników fizjologicznych, które są najczęściej związane z wyższym ryzykiem przyjęcia do szpitala lub ponownego zgłoszenia się do opieki po wypisie. Do czynników tych należą: podeszły wiek, otyłość, choroby układu oddechowego, choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca, obturacyjny bezdech senny, kruchość oraz większe obciążenie chorobami współistniejącymi^{37,40–42,54}. Czynniki te nie muszą automatycznie wykluczać pacjentów z chirurgii jednego dnia^{37,55}, ale mogą wymagać zwiększonego nadzoru i intensywniejszej opieki.

Poza oceną fizycznej zdolności pacjenta do poddania się zabiegowi literatura wskazuje również na szereg czynników społecznych wpływających na kwalifikację do chirurgii jednego dnia. Należą do nich bliskość placówki medycznej, dostęp do transportu oraz możliwość uzyskania wsparcia w warunkach domowych^{29,34,35,48}. Przykładowo program Getting It Right First Time (GIRFT) w Anglii rekomenduje, aby pacjenci mieszkali w odległości nie większej niż godzina jazdy od szpitala, który w razie wystąpienia powikłań byłby w stanie zapewnić odpowiednią opiekę. W przeciwnym razie może być konieczne zapewnienie pacjentowi zakwaterowania w lokalnym hotelu na pierwszą noc po zabiegu przed powrotem do domu⁵⁵. Są to istotne aspekty wpływające na bezpieczeństwo pacjenta i powinny być uwzględniane na równi z oceną jego zdolności fizjologicznej.

Projektowanie ścieżki okołooperacyjnej

Po właściwej kwalifikacji pacjentów kolejnym kluczowym elementem wpływającym na bezpieczeństwo jest ścieżka okołooperacyjna. W analizowanej literaturze protokoły Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) były często wskazywane jako istotna strategia wspierająca bezpieczeństwo^{34,43,44}. Do kluczowych elementów ERAS należą: edukacja pacjenta przed zabiegiem, optymalizacja żywienia (w tym skrócenie okresu głodzenia) i nawodnienia, techniki znieczulenia w trybie fast-track, analgezja oszczędzająca opioidy, profilaktyka PONV, kontrola gospodarki płynowej, stosowanie technik małoinwazyjnych tam, gdzie to możliwe, oraz wczesna mobilizacja^{34,43,44}. Jedno z badań wykazało, że ciągła edukacja personelu oraz informacje zwrotne poprawiają przestrzeganie tych protokołów, a w konsekwencji prowadzą do lepszych wyników leczenia⁴⁵.

Wypis

Literatura konsekwentnie zaleca stosowanie fizjologicznych, a nie czasowych kryteriów wypisu^{34,47}. Zamiast wypisywania pacjenta po określonym czasie, ocena powinna opierać się na liście kontrolnej obejmującej parametry fizjologiczne, takie jak stabilne parametry życiowe, pełna świadomość oraz zdolność do samodzielnej mobilizacji przy kontrolowanym bólu i nudnościach³⁴, co wskazuje, że pacjent może bezpiecznie kontynuować opiekę w warunkach domowych. Funkcjonalne kryteria wypisu mogą różnić się w zależności od specjalności^{29,48} aby uwzględnić specyfikę różnych typów zabiegów.

Rekonwalescencja w domu i wsparcie po wypisie

“

Należy zapewnić pacjentowi możliwość szybkiego uzyskania pomocy w razie potrzeby po zabiegu.

Kluczowe jest, aby pacjent czuł się bezpiecznie i miał możliwość skontaktowania się z personelem medycznym po operacji. To jedna z najczęściej zgłaszanych potrzeb.”



Dr Bjarne Skjødtt Hjaltnin

Ordynator Oddziału Chirurgii Jednego Dnia,
Szpital Amager i Hvidovre, Dania⁵⁶

W jednym z badań przeprowadzonych w USA wykazano, że wiele ambulatoryjnych procedur uznawanych za małoinwazyjne nie było objętych rutynowym nadzorem nad zakażeniami miejsca operowanego, mimo że wiązały się one z istotnym ryzykiem wystąpienia takich zakażeń⁶¹.

Większy nacisk na rekonwalescencję domową to jedna z cech charakterystycznych chirurgii jednego dnia^{34,35}. Oznacza to większą odpowiedzialność pacjenta za proces zdrowienia oraz przeniesienie części obowiązków na pacjentów i ich rodziny w kontroli objawów, samoopieki oraz podejmowania decyzji o ewentualnym zgłoszeniu się po pomoc^{9,57,58}. Wiele problemów związanych z bezpieczeństwem można ograniczyć poprzez odpowiednią selekcję pacjentów^{36,38,59}, ale niepowodzenia ścieżki opieki w chirurgii jednego dnia częściej występują po wypisie niż na sali operacyjnej⁴⁰. W jednym z badań przeprowadzonych w USA odsetek ponownych hospitalizacji po procedurach wykonywanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 4,8%. Wyższe ryzyko obserwowano u pacjentów w starszym wieku, obciążonych chorobami współistniejącymi oraz w przypadku niektórych grup zabiegów⁴⁰.

Ból pooperacyjny i krwawienie należą do najczęstszych przyczyn ponownego zgłaszania się pacjentów po pomoc medyczną po chirurgii jednego dnia⁴¹, co podkreśla znaczenie skutecznej kontroli tych objawów jeszcze przed wypisem^{43,44}. Istotnym zagrożeniem są również zakażenia miejsca operowanego, które niemal zawsze wymagają ponownej hospitalizacji — **aż 93% takich przypadków wymaga leczenia w warunkach stacjonarnych⁶⁰.**

Pojawiają się coraz liczniejsze dowody dotyczące wykorzystania elektronicznego monitorowania objawów u pacjentów wracających do zdrowia w domu po zabiegach chirurgicznych. W jednym z badań obejmujących pacjentów poddawanych ambulatoryjnym zabiegom onkologicznym elektroniczne zgłaszanie objawów, połączone z reakcją personelu pielęgniarskiego, ograniczyło liczbę potencjalnie możliwych do uniknięcia pilnych wizyt medycznych⁵². Z kolei inne badanie wykazało, że opieka zdalna z wykorzystaniem automatycznego monitorowania pacjentów poprawiała wykrywanie błędów w stosowaniu leków oraz przynosiła lepsze efekty w zakresie kontroli bólu⁵¹.

Równość w dostępie do opieki



Dr Shaan Chhabra

Koordinator ds. transformacji i usprawniania przepływu pacjentów, Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Wielka Brytania¹⁵

“

Równość nie dotyczy wyłącznie dostępu do świadczeń, ale również wykluczenia. Pacjenci mogą być wykluczani z wielu powodów i w różnych okolicznościach. Niektórzy mają trudności z poruszaniem się po systemie ochrony zdrowia, napotykają bariery językowe lub nie mają zapewnionego transportu. Czasem nie mogą poradzić sobie z rekonwalescencją w domu i musimy to uwzględnić.”

Nierówności zdrowotne są powszechnym problemem we wszystkich obszarach ochrony zdrowia i dotyczą również chirurgii jednego dnia. Są one szczególnie widoczne na etapie wypisu pooperacyjnego, gdzie niższy poziom kompetencji zdrowotnych, ograniczony dostęp do transportu oraz gorsze warunki domowe mogą stanowić istotne bariery⁹.



Literatura wyróżnia kilka obszarów, w których nierówności odgrywają istotną rolę:

Tabela 3

Rodzaj nierówności	Dowody z literatury	Analiza skutków
Położenie geograficzne i deprivacja społeczna	Nowe ośrodki chirurgii ambulatoryjnej w Stanach Zjednoczonych częściej powstawały w powiatach dysponujących lepszymi zasobami oraz o niższym poziomie deprivacji społecznej ¹⁸ .	Bez odpowiedniej interwencji zasoby mogą rozwijać się tam, gdzie korzyści ekonomiczne są największe, a nie tam, gdzie niezaspokojone potrzeby zdrowotne są największe.
Rasa i pochodzenie etniczne	Po usunięciu endoprotezoplastyki biodra z listy procedur wyłącznie szpitalnych wzrost zabiegów ambulatoryjnych dotyczył głównie pacjentów rasy białej ⁶² .	Rozwój chirurgii jednego dnia może pogłębiać nierówności w dostępie do świadczeń, jeśli bariery ograniczające dostęp nie zostaną odpowiednio zaadresowane.
Dochód	W obszarach o niższych dochodach odnotowano słabszą odbudowę wolumenu procedur po pandemii w badaniu ⁶³ dotyczącym ambulatoryjnych przesunięć w USA.	Korzyści z rozwoju chirurgii jednego dnia i odbudowy systemu mogą być rozłożone nierównomiernie.
Ubezpieczenie i sektor opieki zdrowotnej	Pacjenci objęci publicznym ubezpieczeniem w Hiszpanii znacznie częściej otrzymywali leczenie przepukliny w trybie ambulatoryjnym niż pacjenci z ubezpieczeniem prywatnym lub opłacający leczenie samodzielnie ¹² .	Zachęty dla świadczeniodawców i modele biznesowe wpływają na dostęp do ścieżek leczenia jednodniowego.
Rodzina i wsparcie w domu	Pacjenci z niewystarczającym wsparciem domowym mogą mieć większe trudności po zabiegach jednodniowych ⁹ .	Czynniki społeczne są istotne — sama kwalifikacja kliniczna nie jest wystarczająca bez odpowiednich warunków do rekonwalescencji domowej.
Dostęp cyfrowy	Korzystanie z rozwiązań cyfrowych jest zróżnicowane społecznie i może pogłębiać nierówności, jeśli stanowi podstawową formę wsparcia ⁶⁴ .	Wysokiej jakości ścieżki opieki niewymagające narzędzi cyfrowych powinny być utrzymane równoległe z rozwojem innowacji cyfrowych.



Dr Francesco Venneri

Dyrektor Centrum Zarządzania Ryzykiem
Klinicznym i Bezpieczeństwa Pacjentów,
Region Toskania, Włochy¹⁵

“

Rekonwalescencja domowa

Kto przejmie opiekę nad pacjentem po wypisie, zwłaszcza w przypadku osób bez rodziny, mieszkających w domach opieki lub w lub w innych formach opieki zbiorowej? Są to wszystkie aspekty, które należy uwzględnić, bo to może istotnie wpływać na wyniki leczenia po operacji.”

Nierówności zdrowotne wpływają zarówno na dostęp do opieki, jak i na wyniki leczenia po zabiegu^{62,65}, przy czym rekonwalescencja w warunkach domowych stanowi istotny czynnik pogłębiający te nierówności w kontekście chirurgii ambulatoryjnej^{9,57,58}.

Chirurgia ambulatoryjna przenosi znaczną część opieki pooperacyjnej do domu pacjenta^{9,57}. Muszą oni przejąć zadania takie jak monitorowanie objawów, kontrola bólu i mobilizacji oraz podejmowanie decyzji o właściwym momencie zgłoszenia się po pomoc. Pacjenci bez silnego wsparcia, co stanowi wyzwanie w różnych grupach demograficznych, mają największe trudności w sprostaniu tym wymaganiom⁹. Istnieje również ryzyko, że postrzeganie chirurgii jednego dnia przez pacjentów oraz sposób jej przedstawiania przez klinicystów mogą nasilać ten problem: pacjenci często przystępują do zabiegu w przekonaniu, że rekonwalescencja będzie krótka i mało uciążliwa, tymczasem okazuje się ona bardziej bolesna i trudniejsza, niż się spodziewali⁵⁷.

W jednym z badań jakościowych przeprowadzonych wśród pacjentów ortopedycznych opisano szereg negatywnych emocji towarzyszących rekonwalescencji po zabiegu. Pacjenci zgłaszali poczucie osamotnienia, niepewność co do prawidłowego przebiegu zdrowienia oraz zależność od bliskich w zakresie higieny i wykonywania codziennych czynności⁵⁸. Wiele z nich potrzebowało wsparcia i zapewnienia ze strony personelu pielęgniarskiego, jednak obawiało się kontaktować z poradnią, by nie sprawiać kłopotu⁵⁸. Rutynowe telefoniczne kontakty po wypisie stanowią ważny element opieki, zapewniając pacjentom łatwo dostępny sposób uzyskania odpowiedzi na pytania i rozwiania wątpliwości, których w innym przypadku mogliby nie zgłosić⁶⁶.

W tym kontekście najbardziej narażeni na trudności w okresie pooperacyjnym są pacjenci mieszkający samotnie i pozbawieni stabilnego wsparcia ze strony rodziny lub opiekunów^{9,57}.





Komunikacja z pacjentem a nierówności zdrowotne



Dr Francesco Venneri

Dyrektor Centrum Zarządzania Ryzykiem
Klinicznym i Bezpieczeństwa Pacjentów,
Region Toskania, Włochy¹⁵

“

Istnieją bariery językowe, związane nie tylko z językami obcymi, ale również z dialektami oraz różnicami w poziomie wykształcenia. Pacjent może nie w pełni rozumieć specjalistyczny język, którym posługuje się personel medyczny, co może wpływać na jego zdolność do przestrzegania zaleceń i aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia. Dlatego kluczowe znaczenie ma przekazywanie informacji w sposób prosty i zrozumiały, z ograniczeniem nadmiernie specjalistycznej terminologii.”

Zdolność pacjentów do zrozumienia i właściwej interpretacji informacji medycznych stanowi istotne nierówności zdrowotne w chirurgii jednego dnia. W tym modelu opieki komunikacja z pacjentem jest często skrócona i odbywa się pod presją czasu. Bezpośrednio przed zabiegiem lub po jego zakończeniu, gdy pacjent może być zestresowany, odczuwać pośpiech lub pozostawać pod wpływem działania środków sedacyjnych^{9,67,68}.

W literaturze anglojęzycznej ograniczona znajomość języka angielskiego jest często powiązana z gorszymi wynikami opieki, zwłaszcza w odniesieniu do przebiegu procesu leczenia^{67,69}, w tym rozumienia formularzy świadomej zgody oraz zaleceń przekazywanych przy wypisie⁶⁸. U pacjentów z ograniczoną znajomością języka angielskiego obserwowano gorszą kontrolę bólu po wypisie, jeśli podczas przekazywania zaleceń nie zapewniono obecności tłumacza⁶⁸.

Jeżeli komunikacja z pacjentem jest niewystarczająca, może on sprawiać wrażenie klinicznie stabilnego w momencie wypisu, jednocześnie nie rozumiejąc w pełni zasad bezpiecznej rekonwalescencji domowej⁶⁹.

Kompetencje zdrowotne stanowią kolejny obszar, w którym mogą ujawniać się nierówności. Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych jest istotnym czynnikiem sprzyjającym lepszej jakości rekonwalescencji po chirurgii ambulatoryjnej⁷⁰. Jednocześnie interwencje mające na celu poprawę kompetencji zdrowotnych pacjentów chirurgicznych są rzadko stosowane, bardzo zróżnicowane i słabo oceniane w dostępnej literaturze⁷¹, co wskazuje na niedopasowanie między potrzebami pacjentów a obecną praktyką.

Pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w komunikacji z pacjentami zarówno w okresie okołoperacyjnym, jak i pooperacyjnym. Dzięki bezpośredniemu kontaktowi z pacjentami stanowią one niezwykle ważne źródło wsparcia, informacji i wskazówek na każdym etapie opieki.



Daniela Matos

Pielęgniarka oddziałowa, Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugalia¹⁵

“

W Portugalii chirurgia jednego dnia rozwija się dynamicznie od momentu jej wprowadzenia w 2008 roku. Prowadzimy bardzo szczegółową ocenę przedoperacyjną, realizowaną telefonicznie, a coraz częściej także w formie cyfrowej. Kontakt z pacjentem ma miejsce na każdym etapie, podczas którego przekazuje lub otrzymuje on informacje.

Po ocenie wstępnej chirurg wspólnie z pacjentem decyduje o kwalifikacji do zabiegu, następnie pacjent odbywa wizytę u anestezjologa i pielęgniarki, po czym ustalany jest termin operacji. W momencie zakończenia konsultacji pacjent ma już wyznaczoną datę zabiegu. Następnie jest on kontaktowany w ramach kolejnych konsultacji online z zespołem pielęgniarskim w celu ponownej oceny, czy wszystko przebiega prawidłowo.

W dniu zabiegu pacjent trafia do łóżka lub fotela przedoperacyjnego. Zapewnione jest ścisłe spełnienie kryteriów kwalifikacyjnych, obowiązkowe pytania dotyczące kompetencji zdrowotnych oraz obecności osoby odpowiedzialnej za pacjenta. Pacjenci mają stały dostęp do kontaktu telefonicznego i aplikacji mobilnej, dając ciągłe wsparcie i zaangażowanie w proces opieki.”



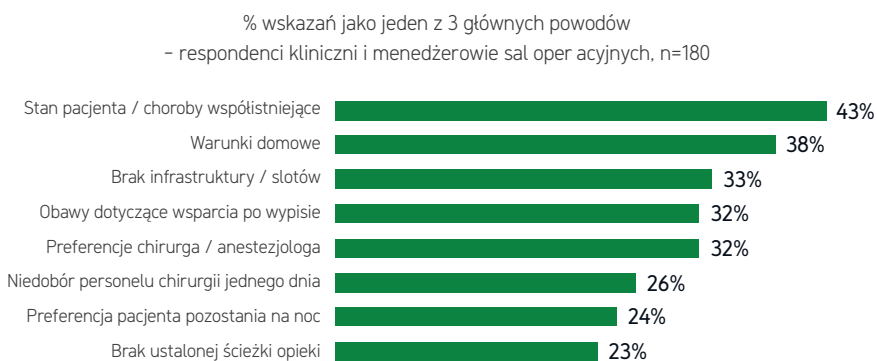
Bariery rozwoju chirurgii jednego dnia

Bariery we wdrażaniu chirurgii jednego dnia jako standardu mają charakter wieloczynnikowy i mogą różnić się pomiędzy krajami, specjalnościami oraz poszczególnymi ścieżkami leczenia.

Wyniki badania wyraźnie to potwierdzają — respondenci wskazywali na połączenie czynników klinicznych, operacyjnych, kadrowych oraz związanych z pacjentem jako powody, dla których przypadki graniczne lub potencjalnie kwalifikujące się nie są realizowane w trybie jednodniowym¹⁴. Żadna pojedyncza bariera nie dominowała, co sugeruje, że rozwój chirurgii jednego dnia wymaga rozwiązań systemowych, a nie pojedynczych interwencji¹⁴.

Wykres 4

Dlaczego przypadki graniczne nie są realizowane w trybie chirurgii jednego dnia?



Źródło: badanie dotyczące chirurgii jednego dnia Mölnlycke, Censuwide, 2–22 kwietnia 2026 r. Badana grupa: respondenci kliniczni oraz menedżerowie sal operacyjnych, n=180.

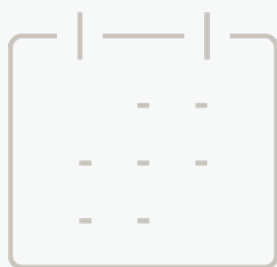




Bariery operacyjne i organizacyjne

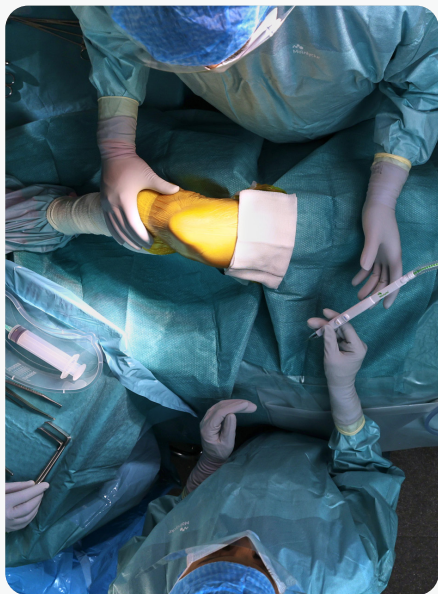
Dedykowana infrastruktura i zabezpieczone zasoby dla leczenia planowego

Dowody z wywiadów oraz doświadczenia interesariuszy wskazują na „konkurencję” pomiędzy planową chirurgią jednego dnia a chirurgią w trybie nagłym o dostęp do sal operacyjnych, łóżek, przestrzeni w salach wybudzeń oraz uwagi personelu. W badaniu 28% respondentów wskazało, że procedury, które mogłyby być bezpiecznie wykonywane w trybie jednodniowym, są często lub zawsze realizowane jako hospitalizacja stacjonarna¹⁴. Stanowi to istotną barierę praktyczną, szczególnie w jednostkach o bardzo wysokim wykorzystaniu sal operacyjnych. W sytuacji, gdy pacjenci w trybie jednodniowym współdzielą tę samą przestrzeń fizyczną, zasoby personelu oraz ścieżki eskalacji z pacjentami hospitalizowanymi i w trybie pilnym, chirurgia jednego dnia może być wypierana, odwoływana lub przekształcana w hospitalizację całodobową^{3,29}. Podważa to wiarygodność ścieżki leczenia oraz zaufanie klinicystów do modelu chirurgii jednego dnia.



Systemy osiągające najlepsze wyniki chronią zasoby chirurgii jednego dnia, tworząc dedykowane ośrodki chirurgii ambulatoryjnej tam, gdzie jest to możliwe, lub poprzez tzw. „wirtualną separację”, obejmującą wydzielone listy operacyjne, dedykowane zasoby sal wybudzeń i wypisu oraz jasno określone ścieżki eskalacji w sytuacjach, gdy pełne rozdzielenie nie jest możliwe. Potwierdzają to wyniki badania, w którym 33% respondentów wskazało, że przypadki graniczne nie są wykonywane w trybie chirurgii jednego dnia z powodu braku odpowiedniej infrastruktury lub dostępności list operacyjnych. W krajach nordyckich odsetek ten był jeszcze wyższy (42%), co pokazuje, że nawet stosunkowo dojrzałe systemy ochrony zdrowia mogą mierzyć się z praktycznymi ograniczeniami zasobów¹⁴.

W Wielkiej Brytanii jednym z kluczowych czynników umożliwiających osiągnięcie jednych z najwyższych na świecie wskaźników chirurgii jednego dnia było tworzenie, gdzie to możliwe – dedykowanych ośrodków leczenia planowego dla wysokowolumenowych, niskozłożonych procedur oraz oddzielnych ośrodków dla chirurgii planowej i pilnej⁷². W USA⁷³ i w Kanadzie⁷⁴ wyspecjalizowane ambulatoryjne centra chirurgiczne zapewniają wydzieloną przestrzeń przeznaczoną wyłącznie do wykonywania procedur ambulatoryjnych. Respondenci z Wielkiej Brytanii częściej niż ogół badanych wskazywali także obawy dotyczące wsparcia po wypisie jako przyczynę niewykonywania zabiegów w trybie chirurgii jednego dnia (49% vs 32%). Sama infrastruktura nie wystarczy, jeśli nie towarzyszą jej równie dobrze rozwinięte ścieżki rekonwalescencji i opieki po wypisie.



Przegląd ten wykazał, że na różnice w odsetku zabiegów wykonywanych w trybie ambulatoryjnym wpływają profil świadczonych usług, liczba wykonywanych procedur oraz dostępna infrastruktura, co wskazuje, że organizacja pracy szpitala jest jednym z kluczowych czynników determinujących rozwój chirurgii jednego dnia¹¹.

Priorytety zarządcze i zdolność do wdrażania zmian

Jedną z najważniejszych barier utrudniających zwiększanie udziału chirurgii jednego dnia, wskazywaną w wywiadach, jest brak priorytetowego traktowania tego modelu na poziomie organizacji oraz brak wystandaryzowanych ścieżek opieki zaprojektowanych z myślą o realizacji zabiegów w trybie jednodniowym.

Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że placówki, które konsekwentnie maksymalizują wykorzystanie chirurgii jednego dnia, traktują ją jako priorytet zarządczy. Oznacza to określoną odpowiedzialność, wyznaczone cele wdrożeniowe oraz skoordynowane działania obejmujące planowanie zabiegów, kwalifikację przedoperacyjną, pracę bloków operacyjnych, oddziałów i sal wybudzeń, proces wypisu, zaopatrzenie oraz analizę danych. W warunkach presji operacyjnej rozwój chirurgii jednego dnia może zostać zahamowany, jeśli uwaga kierownictwa i dostępne zasoby są skoncentrowane na innych priorytetach lub gdy liderzy obawiają się, że działania na rzecz zmian będą postrzegane jako ingerencja w autonomię kliniczną.

Podczas prac rady doradczej usłyszeliśmy, że skuteczne programy rozwiązują ten problem poprzez wdrożenie wspólnego modelu zarządzania kliniczno-operacyjnego, z jasno określonym zakresem odpowiedzialności i uprawnień decyzyjnych, silnymi kompetencjami w zakresie zarządzania projektami i zmianą. Znaczenie ma również systematyczne monitorowanie wyników, wykorzystywanie informacji zwrotnej oraz bieżące rozwiązywanie problemów zarówno na poziomie list operacyjnych, jak i całych ścieżek opieki. Wyniki badania wskazują, że konsekwencja w zakresie organizacji procesów nadal pozostaje wyzwaniem. Respondenci wskazywali na możliwe do uniknięcia bariery procesowe, jak preferencje klinicystów, ograniczony dostęp do list operacyjnych czy obawy dotyczące ścieżek eskalacji, obok problemów związanych z infrastrukturą¹⁴.

W Europie Niemcy przez wiele lat należały do krajów wolniej wdrażających chirurgię jednego dnia, choć ostatnie reformy przyczyniły się do wzrostu liczby zabiegów wykonywanych w tym trybie. W porównaniu z innymi wysoko rozwiniętymi systemami ochrony zdrowia poziom wykorzystania chirurgii jednego dnia pozostawał jednak relatywnie niski. W literaturze wskazuje się, że historycznie było to związane z mechanizmami finansowania premijującymi hospitalizację stacjonarną⁴. Jednocześnie przegląd badań z wykorzystaniem metod mieszanych wykazał znaczące różnice w skali wykonywania zabiegów ambulatoryjnych nawet pomiędzy szpitalami funkcjonującymi w ramach tego samego systemu finansowania¹¹.

Szczególne wyzwanie pojawia się w sytuacji, gdy chirurgia jednego dnia funkcjonuje w tej samej przestrzeni co leczenie stacjonarne. Konkurencja o personel, przestrzeń i zasoby utrudnia utrzymanie chirurgii jednego dnia jako domyślnego modelu postępowania³. Wiele krajów osiągających wysokie wskaźniki chirurgii jednego dnia, w tym USA, rozwija wyspecjalizowane centra chirurgii ambulatoryjnej przeznaczone wyłącznie do wykonywania procedur w tym trybie, eliminując w ten sposób konkurencję o zasoby.

Podstawowym warunkiem rozwoju chirurgii jednego dnia jest dostosowanie organizacji pracy szpitala do tego modelu. Jeśli organizacja bloków operacyjnych, ścieżki pacjenta, logistyka transportu oraz kultura pracy pozostają podporządkowane modelowi leczenia stacjonarnego, zwiększenie udziału chirurgii jednego dnia będzie utrudnione.

Niewłaściwie ukierunkowane zachęty finansowe

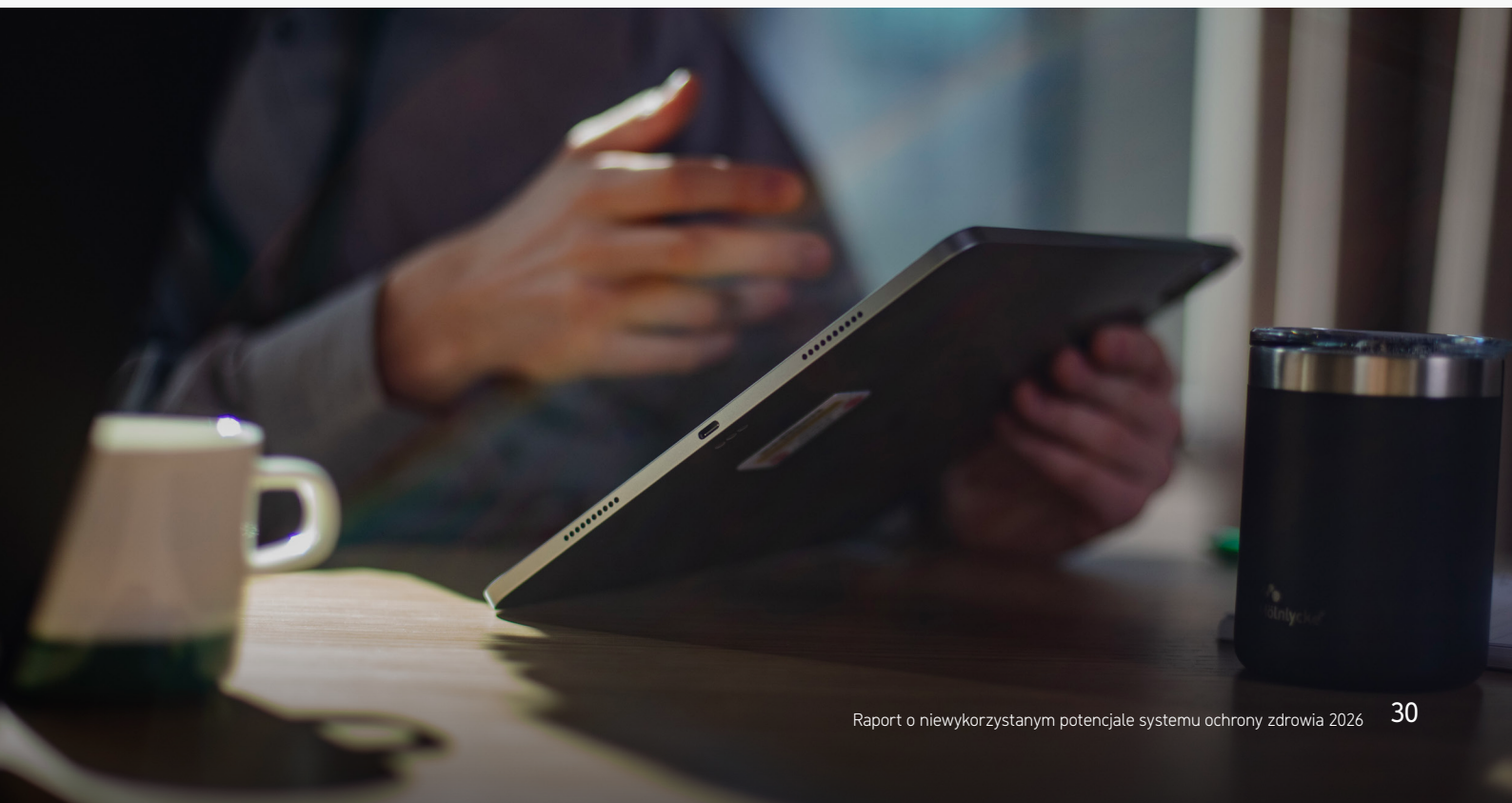
Niewłaściwie zaprojektowane mechanizmy finansowania mogą stanowić trudną do przezwyciężenia barierę dla rozwoju chirurgii jednego dnia w krajach, w których występują⁴.

Porównanie wskaźników chirurgii jednego dnia w 13 krajach OECD wykazało, że wszystkie 3 państwa osiągające wówczas najslabsze wyniki (Austria, Niemcy i Szwajcaria) charakteryzowały się niewłaściwie skonstruowanymi bodźcami finansowymi⁴. W Austrii dodatkowym utrudnieniem był fakt, że chirurgia ambulatoryjna i leczenie stacjonarne podlegały odmiennym systemom finansowania i były finansowane przez różnych płatników, co istotnie ograniczało możliwość przenoszenia świadczeń do trybu ambulatoryjnego⁴.

W Niemczech utrwalony instytucjonalny podział między ambulatoryjną opieką specjalistyczną świadczoną przez praktyki lekarskie a leczeniem szpitalnym powodował, że szpitale wykonujące zabiegi w trybie chirurgii jednego dnia otrzymywały wynagrodzenie według stawek przeznaczonych dla prywatnych praktyk. Nie pokrywało ono jednak wyższych kosztów stałych ponoszonych przez nie. Z kolei w Szwajcarii wykonywanie zabiegów w trybie jednodniowym w ramach systemu płatności opartych na jednorodnych grupach pacjentów (DRG) prowadziło do zmniejszenia przychodów szpitala zamiast generować oszczędności, tworząc niekorzystny bodziec finansowy zniechęcający do rozwoju chirurgii jednego dnia⁴.

Nawet w krajach, gdzie mechanizmy finansowania są właściwie dostosowane, brak wydzielonych środków finansowych oraz zabezpieczonych zasobów dla chirurgii jednego dnia może powodować kierowanie zasobów do leczenia stacjonarnego jako bardziej ugruntowanego modelu opieki¹¹.

Oprócz odpowiedniej organizacji i infrastruktury chirurgii jednego dnia, niewłaściwie skonstruowane mechanizmy finansowania mogą stanowić istotną barierę systemową dla przenoszenia świadczeń z leczenia stacjonarnego do trybu jednodniowego, premiując mniej efektywny model udzielania świadczeń⁴.



Zróżnicowanie praktyki klinicznej i kultury organizacyjnej między zespołami



Professor Jaideep Pandit

Przewodniczący oraz profesor anestezjologii,
Uniwersytet Oksfordzki, Wielka Brytania¹⁵

“

Samo szkolenie chirurgiczne może stanowić barierę. Chirurgi są często uczeni postrzegania niektórych zabiegów jako wymagających hospitalizacji, zarówno z uzasadnionych powodów, jak i z przyczyn mniej przekonujących. Mogą niechętnie podchodzić do przenoszenia procedur z leczenia szpitalnego do chirurgii jednego dnia, niezależnie od tego, czy wynika to z uwarunkowań psychologicznych, przyzwyczajenia, inercji organizacyjnej czy wcześniejszych negatywnych doświadczeń.”

Badania pokazują, że lokalna zmienność praktyk klinicznych może stanowić istotne wyzwanie w systemach ochrony zdrowia. Np. w Irlandii w 2019 r. odsetek zabiegów cholecystektomii laparoskopowej wykonywanych w trybie jednodniowym wahał się od 0% do ponad 90% pomiędzy szpitalami, przy czym różnice między zespołami chirurgicznymi stanowiły istotne źródło tej zmienności¹⁰. W USA utrzymuje się niewyjaśniona zmienność między instytucjami, nawet po uwzględnieniu cech pacjentów, szczególnie w zakresie zabiegów piersi, endokrynologicznych oraz przepuklinowych¹⁶.

Dodatkowo, choć w naszym badaniu 44% respondentów postrzega chirurgię jednego dnia jako obszar „satysfakcjonujący i wysokiej jakości”, 31% nadal uważa ją za pracę o „niższym statusie” niż chirurgia stacjonarna¹⁴.

Raport wskazuje na istotne napięcia między ogólnie tworzonymi politykami i regulacjami a oddolną kulturą kliniczną kształtowaną przez lekarzy specjalistów. Aby w pełni wykorzystać korzyści płynące z chirurgii jednego dnia, należy ograniczyć tę rozbieżność. Równoległe z działaniami systemowymi ukierunkowanymi na rozwój chirurgii jednego dnia należy wypracowywać wspólne standardy i normy postępowania klinicznego. Ważne jest identyfikowanie i upowszechnianie przykładów najlepszych praktyk klinicznych w ramach systemu ochrony zdrowia, bo innowacje są inicjowane przez pojedynczych lekarzy oraz zespoły chirurgiczne.

“

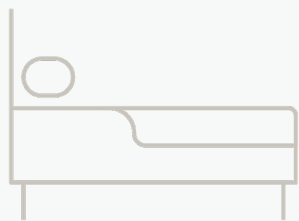
Jeśli chcemy rozwiązać ten problem, zmiana musi być prowadzona przez cenionych klinicystów i opierać się na danych, a dopiero następnie wspierana organizacyjnie – nie odwrotnie.”



Profesor Tim Briggs CBE

Kierownik programu GIRFT oraz dyrektor krajowy NHS England ds. poprawy jakości klinicznej, odzyskiwania planowych świadczeń i pilnej opieki (UEC), Wielka Brytania⁷⁵

Bariery związane z pacjentami



Choć w wielu krajach chirurgia jednego dnia cieszy się wysoką akceptacją pacjentów, a rekonwalescencja domowa jest preferowana względem hospitalizacji, należy nadal koncentrować się na doświadczeniach pacjentów, zwłaszcza że model ten przenosi znaczną część procesu zdrowienia ze szpitala do domu.⁹ Nawet niewielkie zabiegi mogą wiązać się z bólem, nudnościami i zmęczeniem, dlatego systemy ochrony zdrowia powinny dysponować skutecznymi mechanizmami pozwalającymi odpowiednio przygotować pacjentów, stosować protokoły przyspieszonej rekonwalescencji oraz monitorować ich stan w warunkach domowych. W miarę poszerzania zakresu procedur wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia utrzymanie wysokiej jakości doświadczeń pacjentów powinno pozostać jednym z priorytetów.

To jeden z głównych wniosków płynących z badania. Najczęściej wskazywanym powodem, dla którego zabiegi nie są wykonywane w trybie chirurgii jednego dnia, był stan zdrowia pacjenta, choroby współistniejące lub złożoność procedury (43%). Kolejnym najczęściej wymienianym czynnikiem były warunki domowe pacjenta, tj. samotne mieszkanie, odległość od szpitala czy brak opiekuna (38%). Obawy dotyczące wsparcia po wypisie ze szpitala oraz możliwości szybkiej interwencji w przypadku wystąpienia powikłań wskazało 32% respondentów¹⁴.

Ponadto akceptacja chirurgii jednego dnia różni się pomiędzy krajami. W niektórych państwach, np. w Japonii, dłuższy pobyt w szpitalu jest elementem kultury⁷⁶ i oczekiwań społecznych, co może sprawiać, że chirurgia jednego dnia jest sprzeczna z oczekiwaniami pacjentów.

Wyniki badania wskazują na różnice kulturowe oraz odmienne poziomy dojrzałości organizacyjnej systemów ochrony zdrowia. Respondenci z Wielkiej Brytanii podkreślali znaczenie bezpiecznego wypisu ze szpitala oraz wsparcia pacjentów w okresie rekonwalescencji w domu. Z kolei respondenci z krajów nordyckich częściej wskazywali na ograniczenia związane z dostępnością sal operacyjnych i infrastruktury. Bariery zmieniają się wraz z rozwojem systemu. Mniej rozwinięte systemy ochrony zdrowia muszą zwiększyć swoją zdolność do realizacji chirurgii jednego dnia, natomiast bardziej dojrzałe systemy koncentrują się na budowaniu zaufania pacjentów, zapewnieniu bezpiecznego wypisu oraz wysokiej jakości i niezawodności ścieżki opieki¹⁴.



Czynniki wspierające rozwój chirurgii jednego dnia

W krajach osiągających najlepsze wyniki wysokie wskaźniki wykonywania zabiegów w trybie chirurgii jednego dnia są efektem jasno określonej polityki ukierunkowanej na rozwój tego modelu leczenia, odpowiednio dostosowanych mechanizmów finansowania oraz wdrażania praktyk klinicznych.

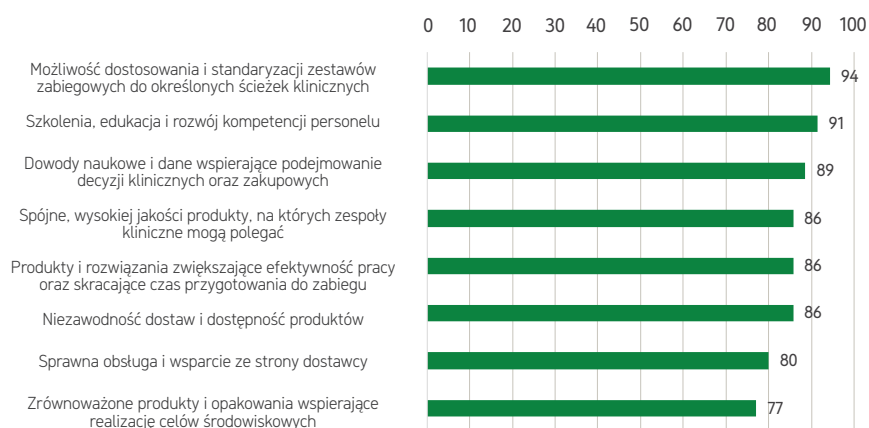
Przekłada się to na wysoko ustandaryzowane ścieżki postępowania, zapewnienie odpowiednich zasobów oraz przyjęcie zasady, że kwalifikujące się zabiegi powinny być standardowo wykonywane w trybie chirurgii jednego dnia. Kraje te zazwyczaj wyznaczają ambitne cele dotyczące odsetka zabiegów realizowanych w tym trybie i systematycznie poszerzają zakres wykonywanych procedur oraz grup pacjentów kwalifikowanych do chirurgii jednego dnia.

Wyniki badania potwierdzają tę interpretację. Respondenci wskazali najskuteczniejsze sposoby przyspieszenia rozwoju chirurgii jednego dnia: jednocześnie wdrażanie działań dotyczących organizacji ścieżki opieki, infrastruktury, nowoczesnych technologii oraz aktywnego angażowania pacjentów. Żadne pojedyncze rozwiązanie nie jest wystarczające. Niezawodność i standaryzacja są ogólnie kluczowe¹⁴.

Wykres 5

Przy wyborze dostawcy lub partnera rozwiązań dla produktów i usług chirurgii jednego dnia, jak ważne są, jeśli w ogóle, następujące kwestie?

% ważności – tylko respondenci z działu zakupów, n=35



Źródło: badanie Mölnlycke dotyczące chirurgii jednego dnia, Censuwide, 2-22 kwietnia 2026 r. Badana grupa: respondenci z działów zakupów, n = 35.

Projektowanie ścieżki opieki



W miarę rozwoju chirurgii jednego dnia systemy ochrony zdrowia odchodzą od modelu skoncentrowanego na łóżkach szpitalnych i leczeniu realizowanym głównie w warunkach szpitalnych, w którym jedynie niewielka część procedur wykonywana jest w trybie chirurgii jednego dnia. Zastępują go systemy oparte na projektowaniu ścieżek opieki, w których kluczowe znaczenie mają działania realizowane przed zabiegiem (ocena ryzyka, cyfrowa kwalifikacja pacjentów) oraz po zabiegu (wczesna mobilizacja i zdalna obserwacja pacjenta)¹⁵. Członkowie rady doradczej podkreślali, że skuteczne zarządzanie całą ścieżką opieki powinno iść w parze z decyzjami chirurgów dotyczącymi kwalifikowania kolejnych procedur do wykonywania w trybie chirurgii jednego dnia¹⁵.

Projektowanie ścieżek pacjenta ukierunkowane na wypis tego samego dnia jest warunkiem koniecznym do zwiększania liczby zabiegów w trybie chirurgii jednego dnia. Respondenci badania doprecyzowali: 27% wskazało większą standaryzację ścieżek klinicznych i protokołów wypisu jako jedną z głównych praktycznych różnic potrzebnych do rozwoju chirurgii jednego dnia, a kolejne 26% wskazało dedykowane programy szkoleniowe personelu¹⁴.

Ważne jest, aby ścieżki chirurgii jednego dnia były odrębnym przepływem pacjentów, niezależnym od procesów³ (i najlepiej od lokalizacji oddziałów stacjonarnych). Wydzielona dostępność zabiegów ambulatoryjnych jest najsilniejszym sygnałem instytucjonalnym, że przypadki jednodniowe mają być standardem. Tam, gdzie nie można stworzyć osobnego budynku lub ośrodka, ochronę tej ścieżki można zapewnić poprzez wydzielony czas na salach operacyjnych, zarezerwowaną przestrzeń pooperacyjną, dedykowaną kwalifikację i wypis oraz oddzielenie od obszarów ratunkowych^{3,24}. Było to jedno z najsilniej popieranych działań w badaniu – 32% respondentów wskazało wyspecjalizowane ośrodki lub huby chirurgii jednego dnia jako kluczowy czynnik rozwoju. W Europie Środkowej poparcie było jeszcze wyższe (42%), co sugeruje, że infrastruktura pozostaje istotnym ograniczeniem w niektórych krajach¹⁴.



W badaniu

94%

respondentów z działów zakupów uznało możliwość dostosowania i standaryzacji zestawów zabiegowych do określonych ścieżek klinicznych za ważną przy wyborze dostawcy lub partnera rozwiązań¹⁴.



Personalizacja sprzętu i materiałów jednorazowych jest ważna dla efektywnego rozwoju chirurgii jednego dnia. Była to najwyżej oceniana opcja w grupie, co sugeruje, że respondenci uznali konfigurowalne zestawy zabiegowe jako narzędzie usprawniające pracę sali operacyjnej, redukujące opóźnienia i zwiększające płynność oraz niezawodność list zabiegów jednodniowych.

Chirurgia jednego dnia wymaga większej standaryzacji i oparcia na protokołach niż leczenie stacjonarne, ponieważ system ma mniej „buforów” na opóźnienia i trudniej je później nadrobić. Dlatego rozwój chirurgii jednego dnia powinien być priorytetem zarządzania szpitalem. Po wdrożeniu protokołów ważne jest też ich przestrzeganie, m.in. poprzez szkolenia, checklisty, audyty, zbieranie informacji zwrotnej i szybkie rozwiązywanie problemów. Dzięki temu ścieżki pacjenta są spójne między zespołami.

Ścieżki chirurgii jednego dnia powinny obejmować: 3,9,11,20,29,55

- + Ustandaryzowane, wcześniej opracowane protokoły postępowania
- + Określoną listę odpowiednich procedur
- + Jasne kryteria kwalifikacji i wykluczenia pacjentów
- + Stopniowane przyjęcia realizowane zgodnie z zasadą „dokładnie na czas”
- + Odpowiednie przygotowanie pacjenta oraz kompleksową ocenę przedoperacyjną
- + Wczesną mobilizację i funkcjonalne kryteria wypisu (zamiast kryteriów opartych na czasie od zabiegu)
- + Wypis prowadzony przez pielęgniarki
- + Planowanie zabiegów u kwalifikujących się pacjentów we wczesnych godzinach dnia
- + Wsparcie po wypisie
- + Monitorowanie pacjenta oraz jasno określone kryteria eskalacji postępowania, w tym zapewnienie niezawodnego dostępu do wsparcia po wypisie
- + Ciągłe szkolenia personelu i wsparcie we wdrażaniu procedur

Rekonwalescencja domowa

To, co się dzieje w szpitalu, czyli sprawna kwalifikacja przedoperacyjna, zabieg i wypis, stanowi kluczowy element skutecznie funkcjonującego modelu chirurgii jednego dnia, ale ważne jest jednak zapewnienie pacjentowi odpowiedniego wsparcia podczas rekonwalescencji domowej²⁰.

Rekonwalescencja domowa po chirurgii jednego dnia przenosi odpowiedzialność za opiekę ze zespołu szpitalnego na pacjenta lub opiekuna, dlatego wymaga jasnego przekazania zaleceń. Powinna zaczynać się jeszcze przed opuszczeniem szpitala, poprzez kompleksową edukację pacjenta poprzez przekazanie pacjentowi instrukcji w formie pisemnej i ustnej – ponieważ badania pokazują, że mogą zapomnieć nawet 80% informacji przekazywanych ustnie⁷⁴. Była to najczęściej wybierana interwencja w badaniu – 34% respondentów wskazało edukację pacjenta jako kluczowy element zmiany oczekiwań wobec chirurgii jednego dnia i rekonwalescencji domowej¹⁴, co podkreśla, że przygotowanie i pewność pacjenta są równie ważne jak efektywność organizacyjna w szpitalu.



Profesor Karine Nouette-Gaulain

Profesor anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny okołoperacyjnej, CHU de Bordeaux, Francja⁷⁸

“

Problem z opieką ambulatoryjną polega na tym, że pacjenci boją się wracać do domu. Odczuwają lęk i często trzeba ich uspokajać: jeśli coś pójdzie nie tak, zostaną na noc w szpitalu. Gdy zabieg się zakończy, są jednak gotowi do powrotu do domu.”

Wraz z przeniesieniem rekonwalescencji do domu w chirurgii jednego dnia większe znaczenie mają profilaktyka zakażeń i pielęgnacja ran. Zakażenia pooperacyjne mogą być trudniejsze do wczesnego wykrycia w warunkach domowych i często pojawiają się po opuszczeniu opieki zespołu chirurgicznego⁷⁹. Dlatego ścieżki leczenia powinny mieć jasne instrukcje o pielęgnacji rany, pomagając pacjentom odróżniać prawidłowe gojenie od powikłań oraz zachęcać do stosowania odpowiednich opatrunków i zasad kontroli zakażeń^{79,80}. Powinny im zapewniać dostęp do konsultacji medycznej w razie potrzeby. To ważne przy rozszerzaniu chirurgii jednego dnia na bardziej złożone procedury lub grupy pacjentów wysokiego ryzyka. Możliwa jest poprawa wyników poprzez odpowiednie przygotowanie pacjenta przed zabiegiem, np. zalecenie mycia antybakteryjnego przed operacją⁸¹.

“



Dr David Bunting

Konsultant w zakresie chirurgii górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz rekonstrukcji ściany brzucha, North Devon District Hospital. Członek zarządu (Management Body Officer) International Association of Ambulatory Surgery. Były prezydent British Association of Day Surgery, Wielka Brytania.

Zawsze w badaniach stwierdzaliśmy, że w ponad 95% przypadków pacjenci wolą chirurgię jednego dnia, bo wolą wracać do zdrowia w domu.”



Pacjenci muszą rozumieć różnicę między normalnym bólem po operacji a poważnymi powikłaniami⁷⁹. Powinni mieć też łatwy dostęp do pomocy medycznej w razie problemów. Ważne jest podejście proaktywne do leczenia bólu, a nie tylko reagowanie na objawy. Nudności i wymioty pooperacyjne są jedną z głównych przyczyn nieplanowanych ponownych przyjęć do szpitala⁸². Dlatego ścieżki leczenia powinny obejmować leki przeciwwymiotne do stosowania w domu⁸³.

Pacjenci powinni rozumieć realistyczny czas powrotu do zdrowia, w tym kiedy mogą wrócić do codziennych czynności, tj. prowadzenie samochodu, aktywność fizyczna i praca, aby nie zaburzyć procesu rekonwalescencji⁸⁴.

Ciągłe monitorowanie i kontakt z pacjentem w warunkach domowych są kluczowe⁹. Centrum Opieki Okołooperacyjnej zaleca kontakt telefoniczny pielęgniarki z pacjentem w ciągu 24 godzin, aby wykryć drobne problemy, zanim się nasilą⁸⁵. Wiąże się to z większym zadowoleniem pacjentów i poczuciem bezpieczeństwa⁶⁶.



Kadry medyczne

Chirurgia jednego dnia funkcjonuje najefektywniej wtedy, gdy jest realizowana przez dedykowany zespół. Aby osiągnąć wysoką wydajność, personel musi mieć jasno określone role na poszczególnych etapach ścieżki opieki oraz doświadczenie w realizacji procedur jednodniowych^{9,29}.

Dobrze zorganizowana ścieżka powinna dzielić każdy przypadek na etapy, z jasno przypisaną odpowiedzialnością personelu za poszczególne zadania^{3,9,28}.

Tabela 4

Funkcja w ścieżce leczenia	Jakie są jej zadania?	Dlaczego to ważne?
Kwalifikacja i ocena wstępna	Ocena kwalifikacji klinicznej, wsparcia społecznego oraz możliwości bezpiecznej rekonwalescencji domowej	Zapobiega nieudanym wypisom w dniu zabiegu i niewłaściwej kwalifikacji ^{9,29}
Koordinacja list operacyjnych	Umieszczanie zakwalifikowanych pacjentów wcześniej na liście operacyjnej	Zapewnia czas na uruchomienie pacjenta, kontrolę objawów i bezpieczny wypis ²⁹
Rekonwalescencja i wypis	Stosowanie funkcjonalnych kryteriów wypisu obejmujących kontrolę bólu, nudności, mobilność i krwawienie.	Ujednolica decyzje o wypisie, ograniczając zależność od indywidualnej oceny i kryteriów czasowych ²⁹
Edukacja pacjenta	Wyjaśnienie pacjentowi przebiegu rekonwalescencji domowej i kiedy należy prosić o pomoc medyczną	Pomaga odpowiednio przygotować pacjenta do rekonwalescencji po zabiegu ⁹
Wsparcie po wypisie	Zapewnienie kontaktu telefonicznego, monitorowania pacjenta po wypisie oraz wsparcia w razie potrzeby	Zwiększa poczucie bezpieczeństwa pacjentów i wcześniej wykrywa problemy ⁹
Wsparcie w zakresie danych i koordynacji	Monitorowanie przebiegu opieki, wyników leczenia i powikłań we wszystkich ośrodkach lub oddziałach	Wspiera standaryzację i ciągłe doskonalenie ^{3,29}

Te funkcje nie pasują dokładnie do istniejących modeli leczenia stacjonarnego, dlatego muszą być opracowane dla chirurgii jednego dnia, wraz z odpowiednim szkoleniem i rozwojem personelu przechodzącego do pracy w trybie ambulatoryjnym. Zgadza się to z wynikami badania ankietowego, gdzie 26% respondentów wskazało specjalistyczne programy szkoleniowe dla personelu sal operacyjnych, oddziałów i sal wybudzeń jako priorytetową interwencję, a w innym pytaniu 88% respondentów uznało szkolenia, edukację i rozwój kompetencji za ważne w ofercie dostawców i partnerów¹⁴.

Pielęgniarki powinny być szczególnie uwzględnione w zespole chirurgii jednego dnia – to właśnie one spędzają najwięcej czasu z pacjentami i odgrywają kluczową rolę w bezpiecznym prowadzeniu ich przez cały proces leczenia¹⁵. Operacja to dla pacjentów bardzo trudny moment, dlatego pielęgniarki zapewniają wsparcie praktyczne i emocjonalne, dbając o to, by ich potrzeby były wysłuchane i zaspokojone¹⁵.



Jaana Perttunen

Prezes Europejskiego Stowarzyszenia
Pielęgniarek Bloku Operacyjnego, Finlandia¹⁵

“

Prowadzenie pacjentów przez cały proces chirurgii jednego dnia to niezwykle ważna rola pielęgniarek.”



Technologie

Przy odpowiednich ścieżkach leczenia i zachętach organizacyjnych technologia jest kluczowym czynnikiem umożliwiającym rozwój chirurgii jednego dnia.

Np. chirurgia robotyczna jest coraz częściej zgodna z modelami ambulatoryjnymi, ponieważ umożliwia małoinwazyjne zabiegi i skraca czas rekonwalescencji²⁸. Ponad 50% robotycznych prostatektomii radykalnych w USA jest obecnie wykonywanych w trybie wypisu tego samego dnia, co wiąże się z ok. 20% niższymi kosztami w porównaniu z hospitalizacją stacjonarną⁸⁶.



Dr David Bunting

Konsultant w zakresie chirurgii górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz rekonstrukcji ściany brzucha, North Devon District Hospital. Członek zarządu (Management Body Officer) International Association of Ambulatory Surgery. Były prezydent British Association of Day Surgery, Wielka Brytania.

“

Platformy robotyczne umożliwiają wykonywanie wielu operacji przepuklin brzusznych, które wcześniej wymagały kilku dni hospitalizacji (nawet 4–5 nocy z drenami), a teraz można je wykonywać w trybie jednodniowym – bez użycia drenów.”

W rekonwalescencji domowej cyfrowe narzędzia zdrowotne i zdalne monitorowanie pomagają umożliwić wcześniejszy i bezpieczny wypis pacjenta ze szpitala. Telemedyczne wizyty kontrolne dają dużą satysfakcję – „bardzo dobrą” ocenia je 80,6% pacjentów – oraz przynoszą znaczące oszczędności kosztów (ponad 1 mln dolarów w ciągu 5 lat). W Australii model ostrej cholecystektomii w chirurgii jednego dnia z wykorzystaniem zdalnego monitoringu pozwolił skrócić rekonwalescencję o 1,7 dnia na pacjenta oraz zmniejszyć koszty o 1 416 AUD na przypadek w porównaniu do standardowej hospitalizacji⁸⁷.

“

Obserwujemy coraz częstsze użycie zdalnego monitorowania pacjentów w domu. Platformy „wirtualnych oddziałów” były początkowo stosowane w medycynie ratunkowej w trybie opieki jednodniowej, a obecnie są wykorzystywane także w opiece pooperacyjnej. Pacjenci, którzy wracają do domu z systemem zdalnego monitoringu, dają większe poczucie bezpieczeństwa klinicystom i samym pacjentom w przypadku określonych procedur.”

Narzędzia polityki zdrowotnej i finansowej

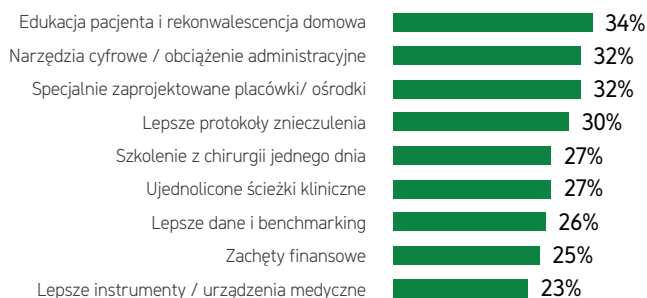
Wykres 6

32%

wskazało, że narzędzia cyfrowe i ograniczenie obciążenia administracyjnego najbardziej pomogłyby w rozwoju chirurgii jednego dnia

Co w Twojej organizacji najbardziej pomogłoby rozwinąć chirurgię jednego dnia? (wybierz maksymalnie 3 odpowiedzi)

% osób, które wskazały daną odpowiedź w top 3- wszyscy respondenci, n=256



Źródło: badanie Mölnlycke dotyczące chirurgii jednego dnia, Censuwide, 2-22 kwietnia 2026 r.
Badana grupa : wszyscy respondenci.

Biorąc pod uwagę wyraźne korzyści chirurgii jednego dnia w zakresie oszczędności kosztów⁴, zwiększenia dostępności zasobów^{19,23}, efektywności⁴ i satysfakcji pacjentów⁹, istnieje silna potrzeba, aby traktować ją jako standardowe podejście. Bariery i czynniki sprzyjające rozwojowi chirurgii jednego dnia są wieloczynnikowe, dlatego polityka musi być starannie zaprojektowana i uwzględniać potencjalne nierówności zdrowotne oraz kwestie bezpieczeństwa pacjentów.



Professor Tim Briggs CBE

Kierownik programu GIRFT oraz dyrektor krajowy NHS England ds. poprawy jakości klinicznej, odzyskiwania planowych świadczeń i pilnej opieki (UEC), Wielka Brytania.⁷⁵

“

Udowodniliśmy wraz z British Association of Day Surgery, że zwiększanie zabiegów jednodniowych nie wiąże się z wyższym wskaźnikiem ponownych przyjęć ani powikłań. Jednocześnie ważne jest zadowolenie pacjentów, że mogą mieć zabieg i wrócić do domu tego samego dnia.”

Wyniki badania potwierdzają potrzebę nadania chirurgii jednego dnia priorytetu¹⁴. Respondenci wskazali, że głównymi czynnikami napędzającymi rozwój tego modelu są jednocześnie: innowacje kliniczne, rosnące oczekiwania pacjentów, presja na zwiększenie efektywności, względy bezpieczeństwa oraz jasno określone cele polityki zdrowotnej. Oznacza to, że rozwój chirurgii jednego dnia wynika z działania wielu czynników jednocześnie, a nie z pojedynczego rozwiązania czy instrumentu polityki zdrowotnej¹⁴.



Jednym z istotnych mechanizmów wspierających rozwój chirurgii jednego dnia jest benchmarking oraz porównywanie wyników pomiędzy krajami. Przegląd obejmujący 13 krajów OECD⁴ wykazał, że wszystkie uznały rozwój chirurgii jednego dnia za priorytet strategiczny, jednak różniły się stopniem, w jakim wspierały ten cel poprzez regulacje, reformy systemu finansowania i mechanizmy monitorowania i rozliczania wyników efektów. Porównywanie wyników między krajami pokazuje, że niski odsetek zabiegów wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia nie jest nieunikniony, a poprawa jest możliwa. Ułatwia uzasadnienie wdrażania innych działań i zmian w polityce zdrowotnej poprzez wskazanie obszarów, w których dany system wypada gorzej od innych. Benchmarking pomaga uczynić rozwój chirurgii jednego dnia mierzalnym wskaźnikiem efektywności, motywując lokalne systemy ochrony zdrowia do osiągania wyznaczonych celów i wykazywania zgodności z przyjętymi standardami.

Zachęty finansowe mogą wysyłać do systemu wyraźny sygnał, w jakie obszary należy inwestować i którym nadać priorytet. Przykładem są Węgry, gdzie decydenci najpierw przekierowali niewykorzystane zasoby szpitalne z leczenia stacjonarnego do chirurgii jednego dnia. Początkowo obowiązywały limity zabiegów jednodniowych, ale zostały one zniesione w 2015 roku. Aby zwiększyć ich liczbę, w 2017 roku wprowadzono 10% wyższą wycenę procedur wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia, lepiej dostosowując system finansowania do zakładanych celów¹⁹. W efekcie w latach 2010–2019 odsetek zabiegów wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia wzrósł na Węgrzech z 42% do 80%, a liczba hospitalizacji spadła w tym samym okresie o 17%. Systemy ochrony zdrowia powinny eliminować finansowe bariery dla rozwoju chirurgii jednego dnia⁴.

27% respondentów wskazało presję kosztową i budżetową jako jeden z głównych czynników napędzających rozwój chirurgii jednego dnia¹⁴.



Regulacje i odpowiednia polityka zdrowotna skutecznie wspierają rozwój chirurgii jednego dnia nawet bez dodatkowych zachęt finansowych. Przykładem jest Szwajcaria, która wykorzystwała obowiązkowe przepisy nakazujące wykonywanie wybranych procedur w trybie ambulatoryjnym, utrzymując ten trend nawet po zniesieniu dodatkowego finansowania w 2017 roku⁵. Chirurgia jednego dnia stała się opłacalna dla szwajcarskiego systemu ochrony zdrowia, co zwiększyło jej atrakcyjność z punktu widzenia płatnika publicznego i pozwoliło utrzymać postępy osiągnięte wcześniej dzięki zachętom finansowym. Badania wskazują, że odpowiednia polityka skutecznie wspiera rozwój chirurgii jednego dnia, jeśli idzie w parze z bezpiecznym wykonywaniem tych zabiegów w praktyce klinicznej¹⁴. Najczęstszym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi chirurgii jednego dnia były udoskonalenia technik operacyjnych i protokołów rekonwalescencji (36%), wyprzedzając czynniki finansowe i regulacyjne. Działania i regulacje wspierające rozwój chirurgii jednego dnia są najbardziej skuteczne, gdy towarzyszą im realne możliwości ich wdrożenia w praktyce klinicznej¹⁴.

Należy ostrożnie podchodzić do zachęt finansowych, ponieważ są one mało precyzyjnym narzędziem. W Anglii wprowadzenie systemu Best Practice Tariff przyniosło pozytywne efekty – zwiększyła się liczba wybranych procedur wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia. Z czasem korzyści osłabły. Ponadto zachęty finansowe doprowadziły do przesunięcia zasobów i inwestycji z innych planowych procedur, które nie były objęte programem. Oznacza to, że część osiągniętych korzyści odbyła się kosztem rozwoju innych obszarów opieki planowej⁸⁸. Wyniki badania potwierdzają potrzebę ostrożnego stosowania zachęt finansowych. Respondenci nie uznali samej presji finansowej za wystarczający czynnik rozwoju chirurgii jednego dnia. Najważniejsze działania wspierające jej dalszy rozwój to edukacja pacjentów, dobrze zaprojektowana infrastruktura, narzędzia cyfrowe oraz przeprojektowanie ścieżek opieki¹⁴.

Dowody z Irlandii pokazują, że zachęty finansowe muszą być wdrażane wraz ze zmianami operacyjnymi, przeprojektowaniem opieki oraz zabezpieczeniem odpowiedniej dostępności zasobów. W Irlandii ani finansowanie oparte na aktywności, ani ukierunkowane wyższe wyceny za laparoskopową cholecystektomię w trybie jednodniowym nie spowodowały zmiany w odsetku zabiegów wykonywanych w trybie jednego dnia ani w średniej długości hospitalizacji⁸⁹. Przykład Irlandii pokazuje, że reformy finansowe mogą zawieść, jeśli są zbyt słabe w stosunku do wysiłku operacyjnego wymaganego do ich wykorzystania. Szpitale mogą „wchłonąć” sygnał finansowy, nie zmieniając organizacji opieki. Działania polityki zdrowotnej są skuteczne wtedy, gdy motywują do traktowania chirurgii jednego dnia jako priorytetu zarządczego.

Jednym z silnych kierunków polityki jest tworzenie wydzielonej i chronionej przestrzeni dla chirurgii jednego dnia. Analizowane dane wielokrotnie pokazywały, że współdzielone lokalizacje zacierają granice między opieką stacjonarną a ambulatoryjną, prowadząc do sytuacji, w której zabiegi chirurgiczne „domyślnie” trafiają do trybu hospitalizacji. Złotym standardem ochrony chirurgii jednego dnia są dedykowane placówki, stworzone specjalnie do tego celu. Decydenci i kierownictwo szpitali rozważają inne sposoby zabezpieczenia zasobów i dostępności dla chirurgii jednego dnia.



Dr David Bunting

Konsultant w zakresie chirurgii górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz rekonstrukcji ściany brzucha, North Devon District Hospital. Członek zarządu (Management Body Officer) International Association of Ambulatory Surgery. Były prezydent British Association of Day Surgery, Wielka Brytania.

“

Jednym z najważniejszych elementów jest zapewnienie wydzielonych łóżek dla chirurgii jednego dnia, chronionych przed wykorzystywaniem ich na potrzeby nieplanowanych przyjęć medycznych i chirurgicznych.”

Działania polityczne mające na celu zwiększenie odsetka zabiegów w trybie chirurgii jednego dnia powinny uwzględniać całościowe spojrzenie na problem, identyfikując bariery i czynniki ułatwiające w systemie oraz dążyć do stworzenia odrębnej i ustandaryzowanej ścieżki dla chirurgii jednego dnia. Jest wiele sposobów osiągnięcia tego celu — od regulacji, przez sygnały finansowe, po mechanizmy rozliczalności — ale wszystkie powinny być oceniane pod kątem ryzyka powstawania niepożądanych skutków i niezamierzonych zniekształceń systemu. Wyniki badania potwierdzają ten wniosek. Respondenci wskazali, że przejście w kierunku chirurgii jednego dnia jest napędzane przez innowacje, oczekiwania pacjentów, ograniczenia budżetowe, presję list oczekujących oraz jasno określone cele¹⁴. Najbardziej skuteczne modele polityki łączą i spójnie wykorzystują różne czynniki, zamiast opierać się na jednej, odrębnej interwencji.

Trzeba uwzględniać praktyki kliniczne, identyfikując innowatorów oraz skalując i czerpiąc z ich doświadczeń. Zwiększanie odsetka zabiegów jednodniowych jest procesem napędzanym przez politykę i kulturę organizacyjną. Oba te aspekty muszą być brane pod uwagę.

“

Im skuteczniej uda się oddzielić leczenie planowe od opieki w trybie pilnym i nagłym, tym lepiej.”



Professor Tim Briggs CBE

Kierownik programu GIRFT oraz dyrektor krajowy NHS England ds. poprawy jakości klinicznej, odzyskiwania planowych świadczeń i pilnej opieki (UEC), Wielka Brytania⁷⁵

Rekomendacje polityczne



Dr Shaan Chhabra

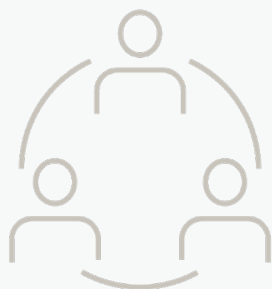
Koordinator ds. transformacji i usprawniania przepływu pacjentów, Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Wielka Brytania¹⁵

“

W Wielkiej Brytanii rozwój chirurgii jednego dnia wiąże się z dwoma głównymi problemami: zróżnicowaniem i planowaniem. W przypadku niektórych rodzajów zabiegów zintegrowane systemy opieki (ICB) realizują nawet 95% procedur w trybie chirurgii jednego dnia, podczas gdy inne, niekiedy działające w tym samym regionie, osiągają jedynie około 60%. Około 20% przypadków chirurgii jednego dnia w NHS jest odwoływanych na etapie przedoperacyjnym lub w ciągu 24 godzin przed zabiegiem, co utrudnia planowanie i organizację pracy.

Niedawny projekt, w którym uczestniczyłem i który dotyczył ograniczania liczby powikłań, przyniósł bardzo interesujące wnioski. Zaobserwowaliśmy, że na gorsze zrozumienie możliwości wprowadzania usprawnień wpływały takie czynniki jak brak wspólnej tożsamości i jasno określonego celu zespołu, późne przyjmowanie pacjentów wynikające z nieuporządkowanych procesów, nadmierne powiązanie z infrastrukturą szpitalną prowadzące do konkurencji o łóżka oraz ograniczone dzielenie się danymi. Dla mnie był to wyraźny dowód na to, że kiedy zespoły mają możliwość świadomego organizowania pracy wokół chirurgii jednego dnia, mogą osiągać znacznie lepsze wyniki

Rekomendacje zostały omówione i dopracowane podczas spotkania rady doradczej ds. chirurgii ambulatoryjnej, a następnie ponownie przeanalizowane.



Bezpieczeństwo pacjenta jest najważniejsze

Chirurgia jednego dnia jest ważna w skracaniu list oczekujących na zabiegi planowe, poprawie efektywności szpitali i zwiększaniu przepustowości oraz ochronie dostępności łóżek. Jest ona odpowiednia tylko wtedy, gdy jest bezpieczna dla pacjentów. Wszelkie zachęty do zwiększania liczby zabiegów w trybie chirurgii jednego dnia powinny być analizowane pod kątem ryzyka niepożądanych skutków, które mogłyby obniżyć bezpieczeństwo pacjentów i odpowiednio korygowane. Chirurgia jednego dnia powinna zawsze przynosić wartość dla pacjenta.

Bezpieczeństwo pacjenta powinno być zapewnione na każdym etapie ścieżki chirurgii jednego dnia, szczególnie podczas kwalifikacji i planowania przedoperacyjnego oraz w rekonwalescencji domowej. Pacjentom należy wyznaczyć osobę kontaktową w systemie ochrony zdrowia na wypadek powikłań pooperacyjnych oraz rozumieć, co stanowi prawidłowy przebieg rekonwalescencji. Należy zapewnić jasne ścieżki eskalacji w razie problemów.

Personel medyczny powinien koncentrować się na głównych przyczynach ponownych hospitalizacji, zwracając szczególną uwagę na kontrolę bólu, nudności i wymioty pooperacyjne oraz zakażenia miejsca operowanego (również w przypadku procedur małoinwazyjnych).

Uczynić chirurgię jednego dnia standardem postępowania tam, gdzie jest to klinicznie uzasadnione.



Dr Bjarne Skjød Hjaltalin

Ordynator Oddziału Chirurgii Jednego Dnia,
Szpital Amager i Hvidovre, Dania⁵⁶

“Chirurgia jednego dnia powinna być standardem postępowania, a odstępstwa od niej powinny być uzasadniane przez lekarzy.”

Systemy ochrony zdrowia powinny dążyć do tego, aby ścieżki chirurgii jednego dnia były standardem dla procedur bezpiecznych klinicznie i odpowiednich dla pacjentów kwalifikujących się do takiego trybu leczenia. Można to osiągnąć na różne sposoby, m.in. poprzez wydzieloną i chronioną dostępność zasobów, dedykowane placówki, odpowiednie standardy organizacyjne, mechanizmy rozliczalności oraz zachęty finansowe. Pacjentowi należy zapewnić możliwość wyboru, a jego satysfakcję i akceptację należy monitorować jako istotne wskaźniki skuteczności opieki.

Podejście w 3 krokach do rozwoju chirurgii jednego dnia:

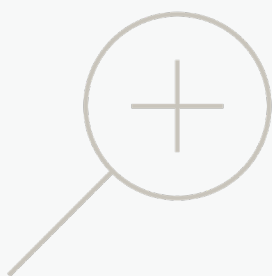
1. Wykonywanie dużej liczby prostych procedur w trybie jednodniowym jako standard, gdzie to bezpieczne dla pacjenta
2. Ograniczanie różnic w sposobie wykonywania zabiegów, które są bezpieczne i możliwe, ale realizowane są różnie
3. Rozszerzanie zakresu chirurgii jednego dnia przez identyfikowanie nowych procedur i grup pacjentów, które mogą być do niej kwalifikowane



Polityka powinna koncentrować się na budowaniu stabilnych ścieżek leczenia

Chirurgia jednego dnia powinna mieć odrębne ścieżki od chirurgii stacjonarnej i być projektowana od podstaw z uwzględnieniem jej specyfiki. Z punktu widzenia bezpieczeństwa kluczowe jest staranne kwalifikowanie pacjentów, planowanie przedoperacyjne oraz dobra komunikacja. Choć standaryzacja jest ważna, nowe obszary chirurgii jednego dnia powinny rozwijać własne, dopasowane ścieżki postępowania.

Systemy ochrony zdrowia powinny także uwzględniać powiązania między ośrodkami chirurgicznymi a opieką środowiskową i społeczną, traktując ścieżkę pacjenta jako proces wykraczający poza sam szpital lub klinikę.



Jako pracownicy ochrony zdrowia, którzy w okresie okołoperacyjnym mają najwięcej bezpośredniego kontaktu z pacjentami, pielęgniarki powinny mieć odpowiednie uprawnienia i wystarczająco dużo czasu, aby poświęcić go na komunikację i kontakt z pacjentem.

Ujednolicić ścieżki leczenia z zachowaniem elastyczności

Wdrażać standaryzację ścieżek leczenia w sposób elastyczny – tak, aby zapewniać jednolite procesy (jasne zasady odpowiedzialności, powtarzalności i efektywności), jednocześnie pozostawiając ścieżki opieki na tyle elastyczne, by uwzględniać różnice między procedurami i sytuacjami klinicznymi. Innowacje, takie jak spersonalizowane zestawy proceduralne, mogą wspierać takie podejście w różnych typach zabiegów.

Zabezpieczyć dostępność chirurgii planowej poprzez ochronę i wydzielenie zasobów dla chirurgii jednego dnia oraz tworzenie dedykowanych placówek

Unikać automatycznego kierowania pacjentów na hospitalizację, chroniąc i wydzielając zasoby dla chirurgii jednego dnia, zapewniając możliwość eskalacji opieki dla pacjentów, którzy jej rzeczywiście potrzebują.

Uwzględniać równość już na etapie projektowania

Systemy ochrony zdrowia powinny identyfikować i monitorować lokalne nierówności zdrowotne. Nie powinny one automatycznie wykluczać pacjentów z chirurgii jednego dnia, lecz skłaniać do wprowadzania odpowiednich rozwiązań zapewniających bezpieczny dostęp dla osób bardziej wrażliwych. Szczególną uwagę należy zwracać na rekonwalescencję domową oraz angażować odpowiednie usługi środowiskowe, gdy pacjenci nie mają silnego wsparcia rodzinnego.

Pacjent powinien być traktowany całościowo – jego sytuacja społeczna powinna być równie ważna jak czynniki kliniczne.

Komunikować się z pacjentami w sposób prosty i zrozumiały

Systemy ochrony zdrowia powinny traktować komunikację z pacjentami jako priorytetowy element planowania ścieżek leczenia. Pacjenci powinni otrzymywać informacje w najprostszej formie, bez specjalistycznego języka medycznego, a w razie potrzeby z udziałem tłumacza. Kluczowe informacje należy przekazać, gdy pacjenci najlepiej je zapamiętują i zapewnić czas na zadawanie pytań. Wszystkie istotne informacje powinny być dostarczane ustnie i pisemnie. Po operacji powinny być również prowadzone rutynowe wizyty kontrolne, aby pacjenci mogli zgłaszać ewentualne problemy i wątpliwości.

Pracownicy ochrony zdrowia powinni poświęcać pacjentom odpowiednią ilość czasu oraz słuchać ich z empatią i uwagą, bo okres związany z operacją jest dla nich szczególnie trudny i wiąże się z dużą podatnością na stres. Pacjenci powinni dobrze rozumieć, na czym polega chirurgia jednego dnia, jakie są konsekwencje rekonwalescencji domowej oraz mieć możliwość podjęcia decyzji i wyrażenia świadomej zgody na leczenie.

Podsumowanie

Chirurgia jednego dnia stwarza znaczące możliwości poprawy doświadczeń pacjentów, przy jednoczesnym obniżaniu kosztów oraz zwiększaniu dostępności zasobów dla leczenia planowego wymagającego hospitalizacji. Mimo to na świecie nadal obserwuje się znaczne zróżnicowanie odsetka procedur wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia, a w niektórych systemach jej rozwój postępuje powoli, nawet jeśli został uznany za priorytet strategiczny. Raport wskazuje na potrzebę szeroko zakrojonych działań wspierających rozwój chirurgii jednego dnia. Powinny one koncentrować się w pierwszej kolejności na procedurach wysokowolumenowych i niskozłożonych, a następnie obejmować stopniowe poszerzanie zakresu procedur realizowanych w tym modelu poprzez wdrażanie standaryzowanych protokołów i ścieżek opieki oraz wykorzystanie różnorodnych narzędzi polityki zdrowotnej wspierających przechodzenie do chirurgii jednego dnia.

Referencje

1. Siciliani L. Waiting times for health services, health, and labour market outcomes. *Eur J Public Health* [Internet]. 2026 Mar 1;36(Supplement_2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41329126/>
2. Turney BW, Cornu JN, Schatteman P, et al. Evolution of the Endoscopic Surgical Approach for Benign Prostatic Obstruction in European Countries. *Eur Urol Focus* [Internet]. 2025 Apr;11(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40189998/>
3. Rieder L, Schoder J. Strategies for Successful Hospital-Based Outpatient Care: Insights from Switzerland and Germany. *Hospitals (Lond)* [Internet]. 2025 Jun;2(2). Available from: <https://www.mdpi.com/2813-4524/2/2/13>
4. Kreutzberg A, Eckhardt H, Milstein R, et al. International Strategies, Experiences, and Payment Models to Incentivise Day Surgery. *Health Policy (New York)*. 2023 Dec;140:104968.
5. Baumann A, Wyss K. The Shift from Inpatient Care to Outpatient Care in Switzerland Since 2017: Policy Processes and the Role of Evidence. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021 Jan;125(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33579560/>
6. Glowka L, Tanella A, Hyman J. Quality Indicators and Outcomes in Ambulatory Surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Aug;36:624–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37871296/>
7. Rodriguez L, Bloomstone J. Benchmarking Outcomes for Day Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Mar;37 3:331–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938080/>
8. Brügger B, Bähler C, Schwenkgenks M, et al. Surgical Procedures in Inpatient Versus Outpatient Settings and Its Potential Impact on Follow-up Costs. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021 Jul;125(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34348846/>
9. Sig JR, Nielsen C, Bille Camilla and Thomsen JB, et al. Patients' Experiences of Day Surgery: A Qualitative Systematic Review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2025 Mar;82(1):247–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40159718/>
10. Brick A, Walsh B, Kakoulidou T, et al. Variation in Day Surgery Rates Across Irish Public Hospitals. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024 Nov;152:105215. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39837055/>
11. Messerle R, Hoogestraat F, Wild EM. Which Factors Influence the Decision of Hospitals to Provide Procedures on an Outpatient Basis? -Mixed-methods Evidence from Germany. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024 Oct;150:105193. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39488029/>
12. Guillaumes S, Hidalgo N, Bachero I, et al. Outpatient Inguinal Hernia Repair in Spain: A Population-Based Study of 1,163,039 Patients—Clinical and Socioeconomic Factors Associated with the Choice of Day Surgery. *Updates Surg* [Internet]. 2022 Oct;75(1):65–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36287386/>
13. French J, Deere K, Sayers A, et al. Day case hip and knee replacement in England: a population-based cohort study using linked National Joint Registry and Hospital Episode Statistics data. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088192/>
14. Censuswide. Survey of clinicians and hospital managers involved in day surgery (n=256). Field work was carried out between 2–22 April 2026. 2026.
15. Mölnlycke Healthcare. Outpatient surgery advisory board 7 May 2026. Data on file. 2026.
16. Zhang C, Shariq O, Bews K, et al. Outpatient Surgery Benchmarks and Practice Variation Patterns: Case Controlled Study. *Int J Surg* [Internet]. 2024 Mar;110(10):6297–305. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38526509/>
17. Morales-García D, García MZ, Lanza JCC, et al. DUCMA 2.0 Project: Update on the Current Situation of the Outpatient Surgery Units in Spain. *Cir Esp* [Internet]. 2024 Jan;102(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38224773/>
18. Berlin NL, Brownlee S, Yu E, et al. Growth of Ambulatory Surgery Centers More Likely in Higher-Resourced Counties with Lower Deprivation, 2014–2021. *Health Affairs Scholar* [Internet]. 2025 Oct;3(11). Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12596691/>
19. Pónusz R, Endrei D, Kovács D, et al. The Development of One-Day Surgical Care in Hungary Between 2010 and 2019. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Jun;22. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9210767/>
20. International Association for Ambulatory Surgery. Day Surgery Handbook [Internet]. 2014. Available from: https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/day_surgery_manualLiaas.pdf
21. Hirsi AA, Danielsen O, Varnum C, et al. Day-case hip and knee arthroplasty does not increase healthcare system contacts: a prospective multicenter study in a public healthcare setting. *Acta Orthop* [Internet]. 2025;96:265–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40099463/>
22. Mölnlycke Healthcare. Interview with Mr David Bunting. 1 April 2026. Data on file.

23. Royal College of Surgeons in Ireland. Model of Care for Elective Surgery [Internet]. 2014. Available from: <https://www.rcsi.com/surgery/practice/publications-and-guidelines>
24. Ayyaz F, Joyner J, Cheetham M, et al. Association of Day-Case Rates with Post COVID-19 Recovery of Elective Laparoscopic Cholecystectomy Activity Across England. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2024 Apr;107(1):54–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38563060/>
25. Wainwright T. The Current Status of Daycase Hip and Knee Arthroplasty Within the English National Health Service: A Retrospective Analysis of Hospital Episode Statistics Data. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021 Mar;103(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33739152/>
26. Danielsen O, Jensen CB, Varnum C, et al. Day-case success or why still in hospital after total hip, total knee, and medial unicompartmental knee arthroplasties? *Bone Jt Open* [Internet]. 2024;5(11):977–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39496281/>
27. French J, Deere K, Sayers A, et al. Trends in hip and knee replacement length of stay and patient demographics in England: a population-based study of 1,455,842 primary procedures. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088116/>
28. Ricciardi R, Seshadri-Kreaden U, Yankovsky A, et al. The COMPARE Study: Comparing Perioperative Outcomes of Oncologic Minimally Invasive Laparoscopic, da Vinci Robotic, and Open Procedures: A Systematic Review and Meta-analysis of the Evidence. *Ann Surg* [Internet]. 2025 May 1;281(5):748–63. Available from: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2025/05000/the_compare_study_comparing_perioperative.8.aspx
29. Danielsen O, Varnum C, Jensen CB, et al. Implementation of Outpatient Hip and Knee Arthroplasty in a Multicenter Public Healthcare Setting. *Acta Orthop* [Internet]. 2024 May;95:219–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38715473/>
30. Wada S, Miyake M, Hata M, et al. Annual Trends of Ophthalmic Surgeries in Japan's Super-Aged Society, 2014–2020: A National Claims Database Study. *Sci Rep* [Internet]. 2023 Dec;13(1). Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-49705-x>
31. Kabata Y. Trends in Ophthalmic Surgery Among Older Patients in Japan (Fiscal Years 2018 to 2022): A National Claims Database Study on Surgical Shifts and the COVID-19 Pandemic's Impact. *Cureus* [Internet]. 2025 Jun;17(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40656271/>
32. Dey S, Gadde R, Sobti A, et al. The safety and efficacy of day-case total joint arthroplasty. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021;103(9). Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10335200/>
33. Hoffmann JD, Kusnezov NA, Dunn JC, et al. The Shift to Same-Day Outpatient Joint Arthroplasty: A Systematic Review. *J Arthroplasty* [Internet]. 2018 Apr 1;33(4):1265–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29224990/>
34. Rohi A, Olofsson M, Jakobsson J. Ambulatory Anesthesia and Discharge: An Update Around Guidelines and Trends. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022 Oct;35(6):691–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194149/>
35. Rajan N, Rosero E, Joshi G. Patient Selection for Adult Ambulatory Surgery: A Narrative Review. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1415–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784328/>
36. Young SM, Osman B, Shapiro F. Safety considerations with the current ambulatory trends: more complicated procedures and more complicated patients. *Korean J Anesthesiol* [Internet]. 2023;76(5):400–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36912006/>
37. Courtney PM, Boniello AJ, Berger RA. Complications Following Outpatient Total Joint Arthroplasty: An Analysis of a National Database. *J Arthroplasty* [Internet]. 2017 May 1;32(5):1426–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034481/>
38. Filipovic MG, Schwenter A, Luedi M, et al. Modern preoperative evaluation in ambulatory surgery – who, where and how? *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022;35:661–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194141/>
39. Hodgson JAB, Cyr KL, Sweitzer B. Patient Selection in Ambulatory Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Jan;37(3):357–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938082/>
40. Bongiovanni T, Parzynski C, Ranasinghe I, et al. Unplanned hospital visits after ambulatory surgical care. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34283840/>
41. Alharthi AA, Mohammed A, Jamil M, et al. Evaluation of Risk Factors for Unanticipated Hospital Admission Following Ambulatory Surgery – An Observational Study. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2022 Sep;16(4):419–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36337418/>
42. Ceban F, Yan E, Pivetta B, et al. Perioperative Adverse Events in Adult Patients with Obstructive Sleep Apnea Undergoing Ambulatory Surgery: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Anesth* [Internet]. 2024 May;96:111464. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38718686/>
43. Joshi G. Enhanced Recovery Pathways for Ambulatory Surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020 Sep;33(6):711–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33002957/>
44. Cukierman D, Cata J, Gan TJ. Enhanced Recovery Protocols for Ambulatory Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Apr;37(3):285–303. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938077/>
45. Afonso A, McCormick P, Assel M, et al. Enhanced Recovery Programs in an Ambulatory Surgical Oncology Center. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1391–401. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784326/>

46. Emery SL, Jeannot E, Dallenbach P, et al. Minimally Invasive Outpatient Hysterectomy for a Benign Indication: A Systematic Review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2024 May;53(8):102804. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38797369/>
47. Fang L, Wang Q, Xu Y. Postoperative Discharge Scoring Criteria After Outpatient Anesthesia: A Review of the Literature. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2023 Jan;38(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36670045/>
48. Philteos J, Baran E, Noel CW, et al. Feasibility and Safety of Outpatient Thyroidectomy: A Narrative Scoping Review. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2021;12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34394008/>
49. Shah S, Qureshi F, Stanley S, et al. Unplanned Hospital Admissions Within 24 h After 53,185 Surgical Procedures at a U.S. Ambulatory Surgery Center. *Perioperative Medicine* [Internet]. 2024 Aug;13(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39138487/>
50. Sun W, Wu F, Du Y, et al. Construction of the whole-process nursing service system for day surgery patient based on the Kano model: A pilot cluster randomized controlled trial. *Digit Health* [Internet]. 2024;10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39372810/>
51. McGillion M, Parlow J, Borges F, et al. Post-Discharge After Surgery Virtual Care with Remote Automated Monitoring-1 (PVC-RAM-1) Technology Versus Standard Care: Randomised Controlled Trial. *The BMJ* [Internet]. 2021 Sep;374(30). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34593374/>
52. Simon B, Assel M, Tin A, et al. Association Between Electronic Patient Symptom Reporting With Alerts and Potentially Avoidable Urgent Care Visits After Ambulatory Cancer Surgery. *JAMA Surg* [Internet]. 2021 Jun;156(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34076691/>
53. Pinto J, Matias A, Sá L, et al. Quality Indicators in Ambulatory Care Surgery: A Scoping Review. *Nurs Econ* [Internet]. 2022;40(5). Available from: <https://www.proquest.com/openview/8bef025f13ceadedcd7278991ba3a6a6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30765>
54. Alder CC, Bronsert MR, Meguid R, and Stuart CM, et al. Preoperative Risk Factors and Postoperative Complications Associated with Mortality After Outpatient Surgery in a Broad Surgical Population: An Analysis of 2.8 Million ACS-NSQIP Patients. *Surgery* [Internet]. 2023 Jun;174(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37290998/>
55. GIRFT. Day Case First: National Day Surgery Delivery Pack [Internet]. 2024. Available from: <https://www.gettingitrightfirsttime.co.uk/wp-content/uploads/2024/09/National-Day-Surgery-Delivery-Pack-V2.0-September-2024.pdf>
56. Mölnlycke Healthcare. Interview with Mr Bjarne Skjødt Hjaltalin. 30 April 2026. Data on file.
57. Thoen CW, Sæle M, Strandberg RB, et al. Patients' experiences of day surgery and recovery: A meta-ethnography. *Nurs Open* [Internet]. 2024 Jan 1;11(1):e2055. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop.2.2055>
58. Larsson F, Strömbäck U, Rysst Gustafsson S, et al. Postoperative Recovery: Experiences of Patients Who Have Undergone Orthopedic Day Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing* [Internet]. 2022 Aug 1;37(4):515–20. Available from: <https://www.jopan.org/action/showFullText?pii=S1089947221003610>
59. Rajan N. The high-risk patient for ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020;33(6):724–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093300/>
60. Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, et al. Surgical Site Infections Following Ambulatory Surgery Procedures. *JAMA* [Internet]. 2014 Feb 19;311(7):709–16. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1829988>
61. Linsenmeyer K, Branch-Elliman W, Kalver E, et al. Surgical Site Infections in Outpatient Surgeries: Less Invasive Procedures Contribute Substantially to the Overall Burden. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2019 Oct 1;40(10):1191. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7328464/>
62. Tsai TC, Brownlee S, Dai D, et al. Disparities in Access to Outpatient Surgery Related to Removal of Procedures From Medicare's Inpatient-only List. *Ann Surg* [Internet]. 2024 Apr;281(5):779–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38660795/>
63. Chen AT, Saynisch PA, Song H, et al. Inpatient to Outpatient Shifts in Surgical Care: Persistence of COVID-19 Era Changes and Socioeconomic Variations. *Medical Care Research and Review* [Internet]. 2025 Dec;83(2):156–64. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10775587251396718>
64. Theiss LM, Wood L, Shao C, et al. Disparities in Perioperative Use of Patient Engagement Technologies - Not All Use is Equal. *Ann Surg* [Internet]. 2023 Jan 1;277(1):E218–25. Available from: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2023/01000/disparities_in_perioperative_use_of_patient.57.aspx
65. Janeway MG, Sanchez SE, Chen Q, et al. Association of Race, Health Insurance Status, and Household Income With Location and Outcomes of Ambulatory Surgery Among Adult Patients in 2 US States. *JAMA Surg* [Internet]. 2020 Dec 1;155(12):1123–31. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2770165>
66. Rajala M, Kääriäinen M, Tanhua A, et al. Patients' Perspectives on Postoperative FollowUp Calls in Day Surgery: A Qualitative Study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2025 Sep 1;39(3):e70077. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12209737/>
67. Joo H, Fernández A, Wick EC, et al. Association of Language Barriers With Perioperative and Surgical Outcomes: A Systematic Review. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2023 Jul 3;6(7):e2322743–e2322743. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2807136>

68. Luan-Erfe BM, Erfe JM, Decaria B, et al. Limited English Proficiency and Perioperative Patient-Centered Outcomes: A Systematic Review. *Anesth Analg* [Internet]. 2023 Jun 1;136(6):1096–106. Available from: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2023/06000/limited_english_proficiency_and_perioperative.13.aspx
69. Dai X, Ryan MA, Clements AC, et al. The Effect of Language Barriers at Discharge on Pediatric Adenotonsillectomy Outcomes and Healthcare Contact. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* [Internet]. 2021 Jul 1;130(7):833–9. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0003489420980176>
70. Wu C, Lin K, Fan Q, et al. The effect of health literacy on early postoperative recovery of patients undergoing outpatient surgery. *Technology and Health Care* [Internet]. 2024 Mar 14;32(2):1091–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38073342/>
71. Maria J, Wängdahl J, Karuna D. Health literacy friendly organizations – A scoping review about promoting health literacy in a surgical setting. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2024 Aug 1;125:108291. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399124001587>
72. Clarke G. Surgical hubs: key to tackling hospital waiting lists? [Internet]. 2024. Available from: <https://www.health.org.uk/features-and-opinion/blogs/surgical-hubs-key-to-tackling-hospital-waiting-lists>
73. Jain S, Rosenbaum PR, Reiter JG, et al. Assessing the Ambulatory Surgery Center Volume-Outcome Association. *JAMA Surg* [Internet]. 2024 Apr 1;159(4):397–403. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2814240>
74. Pace D, Hounsell C, Boone D. Ambulatory surgery centres: a potential solution to a chronic problem. *Canadian Journal of Surgery* [Internet]. 2023 Mar 17;66(2):E111. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9998099/>
75. Mölnlycke Healthcare. Interview with Professor Tim Briggs. 23 April 2026. Data on file.
76. Muramatsu N, Liang J. Hospital length of stay in the United States and Japan: a case study of myocardial infarction patients. *Int J Health Serv* [Internet]. 1999;29(1):189–209. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10079404/>
77. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* [Internet]. 2003 May 1;96(5):219. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC539473/>
78. Mölnlycke Healthcare. Interview with Professor Karine Nouette-Gaulain. 10 April 2026. Data on file.
79. National Institute for Health and Care Excellence. Surgical site infections: prevention and treatment. NICE Guidance [Internet]. 2019; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
80. WHO. Global guidelines for the prevention of surgical site infection [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475>
81. Berriós-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surg* [Internet]. 2017 Aug 1;152(8):784–91. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2623725>
82. Brown EG, Burgess D, Li CS, et al. Hospital readmissions: necessary evil or preventable target for quality improvement. *Ann Surg* [Internet]. 2014;260(4):583–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25203874/>
83. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesth Analg* [Internet]. 2020 Aug 1;131(2):411–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32467512/>
84. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology* [Internet]. 2013 Feb;118(2):291–307. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23364567/>
85. Centre for Perioperative Care & GIRFT. National Day Surgery Delivery Pack [Internet]. 2020. Available from: https://www.cpoc.org.uk/sites/cpoc/files/documents/2020-09/National%20Day%20Surgery%20Delivery%20Pack_Sept2020_final.pdf
86. Kumar N, Miocinovic R, Beris TD, et al. Comparison of same-day discharge robotic-assisted radical prostatectomy in an ambulatory surgery center versus hospital setting. *J Robot Surg* [Internet]. 2026 Dec 1;20(1):48-. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11701-025-03014-9>
87. Kuwornu JP, Brain D, Ng KS, et al. Cost-Effectiveness of Day Surgery With Remote Patient Monitoring for Acute Cholecystitis: Economic Modeling Study. *JMIR Perioper Med* 2025;8:e76807 <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807> [Internet]. 2025 Oct 20;8(1):e76807. Available from: <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807>
88. Britteon P, Kristensen S, Lau YS, et al. Spillover Effects of Financial Incentives for Providers onto Non-Targeted Patients: Daycase Surgery in English Hospitals. *Health Econ Policy Law* [Internet]. 2023 May;18(3):1–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37190849/>
89. Valentelyte G, Keegan C, Sørensen J. Hospital Response to Activity-Based Funding and Price Incentives: Evidence from Ireland. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2023 Sep;137:104915. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37741112/>

Załączniki

Pytania ankietowe

Q1

W codziennej pracy, jak często – jeśli w ogóle – spotykasz się z każdą z poniższych sytuacji?

	Zawsze	Często	Czasem	Okazyjnie	Nigdy	Nie wiem/nie dotyczy	Wolę nie mówić
Zabiegi, które mogłyby być bezpiecznie wykonywane w trybie chirurgii jednego dnia, ale przeprowadzane w ramach hospitalizacji	7%	22%	30%	32%	8%	1%	1%
Presja zwiększania liczby zabiegów w trybie chirurgii jednego dnia negatywnie wpływa na decyzje kwalifikacji pacjentów	7%	22%	30%	28%	12%	1%	0%
Pacjenci są wypisywani po zabiegu w trybie chirurgii jednego dnia, mimo braku pewności, iż są na to gotowi	9%	16%	24%	32%	18%	1%	0%
Pacjenci są wypisywani po zabiegu w trybie chirurgii jednego dnia bez zapewnienia odpowiedniego wsparcia podczas rekonwalescencji domowej	4%	19%	28%	27%	22%	0%	0%
Pacjenci zakwalifikowani do chirurgii jednego dnia mają opóźnione zabiegi, bo sale operacyjne są niedostępne.	7%	25%	33%	24%	10%	1%	0%

R: chirurdzy, anestezjolodzy oraz pielęgniarki bloku (148)

	Zawsze	Często	Czasami	Okazjonalnie	Nigdy	Nie wiem/nie dotyczy	Wolę nie mówić
Planowany rozwój chirurgii jednego dnia jest opóźniony z powodu braku odpowiednich placówek lub inwestycji	9%	19%	34%	26%	11%	0%	1%
Presja ze strony płatników, regulatorów lub krajowych celów dotyczących zwiększania odsetka chirurgii jednego dnia.	9%	20%	34%	32%	3%	0%	1%

R: kierownicy bloków operacyjnych, osoby odpowiedzialne za zakupy oraz kadra zarządzająca szpitala (108)

	Zawsze	Często	Czasem	Okazyjnie	Nigdy	Nie wiem/nie dotyczy	Wolę nie mówić
Trudności w rekrutacji lub utrzymaniu personelu do pracy w chirurgii jednego dnia	10%	27%	33%	23%	5%	0%	1%

R: Kierownicy bloków operacyjnych lub kadra zarządzająca szpitala (73)

	Zawsze	Często	Czasem	Okazyjnie	Nigdy	Nie wiem/nie dotyczy	Wolę nie mówić
Opóźnienia w pozyskiwaniu lub dostępności sprzętu i materiałów potrzebnych do chirurgii jednego dnia	9%	14%	20%	43%	14%	0%	0%

R: Zakupy (35)

	Zawsze	Często	Czasem	Okazyjnie	Nigdy	Nie wiem/nie dotyczy	Wolę nie mówić
Listy zabiegów w trybie chirurgii jednego dnia są odwoływane lub skracane z powodu ograniczeń operacyjnych	8%	21%	39%	27%	5%	0%	0%

R: Wszyscy (256)

Q2

Jak oceniasz każdy z poniższych elementów w swojej obecnej placówce?

	Bardzo słabo	Raczej słabo	Ani słabo, ani dobrze	Raczej dobrze	Bardzo dobrze	Nie wiem / nie dotyczy
Szkolenie i przygotowanie personelu do procedur chirurgii jednego dnia	2%	12%	17%	36%	31%	1%
Standaryzacja ścieżek i protokołów chirurgii jednego dnia	3%	9%	18%	44%	27%	0%
Procesy kwalifikacji pacjentów i oceny przedoperacyjnej w chirurgii jednego dnia	5%	11%	22%	36%	27%	0%
Dostępność infrastruktury oraz sprzętu do chirurgii jednego dnia	2%	11%	17%	41%	29%	1%
Warunki pracy i dobrostan personelu w chirurgii jednego dnia w porównaniu z pracą w oddziałach szpitalnych	5%	8%	22%	38%	28%	0%
Dostępność miejsc i możliwości w zakresie opieki pooperacyjnej oraz wypisu pacjentów	4%	10%	24%	38%	24%	0%

N: All (256)

Q3

Biorąc pod uwagę pacjentów i procedury kwalifikujące się do chirurgii jednego dnia, które z poniższych miejsc udzielania świadczeń, jeśli w ogóle, osiąga Pana/Pani zdaniem lepsze wyniki w każdym z poniższych obszarów?

	Znacznie lepsze w chirurgii jednego dnia	Raczej lepsze w chirurgii jednego dnia	Podobne, raczej lepsze w chirurgii jednego dnia	Raczej lepsze w chirurgii stacjonarnej	Znacznie lepsze w chirurgii stacjonarnej	Nie wiem
Odsetek powikłań chirurgicznych oraz zakażeń pooperacyjnych	11%	30%	30%	19%	9%	1%
Niezaplanowane ponowne przyjęcia do szpitala lub powroty do hospitalizacji	11%	29%	30%	21%	7%	2%
Ból zgłaszany przez pacjentów oraz ich doświadczenia związane z rekonwalescencją	12%	26%	30%	20%	10%	1%
Niższe całkowite koszty opieki zdrowotnej dla szpitali i płatników	22%	28%	24%	15%	9%	2%
Zmniejszenie działań niepożądanych związanych ze znieczuleniem	11%	32%	29%	18%	9%	0%
Wyższa przepustowość i większa efektywność operacyjna zespołów	11%	35%	25%	18%	10%	1%

R: Wszyscy (256)

Q4

Jak duży niewykorzystany potencjał chirurgii jednego dnia dostrzega Pan/Pani w każdej z poniższych specjalności, tzn. gdzie większa liczba procedur mogłaby być realnie wykonywana w trybie chirurgii jednego dnia, lecz obecnie nie jest realizowana w ten sposób?

Specjalność	Brak niewykorzystanego potencjału	Pewien niewykorzystany potencjał	Znaczny niewykorzystany potencjał	Nie wiem / nie dotyczy mojej roli
Ortopedia	16%	43%	34%	8%
Chirurgia ogólna	16%	48%	32%	4%
Okulistyka	14%	46%	31%	9%
Ginekologia	18%	47%	27%	8%
Urologia	19%	45%	27%	9%
Laryngologia	19%	42%	27%	12%
Chirurgia plastyczna / rekonstrukcyjna	12%	45%	34%	9%
Kardiologia (np. interwencje z użyciem cewników)	21%	38%	32%	9%

R: Wszyscy (256)

Q5

Które z poniższych czynników, jeśli występują, najsilniej wspierają rozwój chirurgii jednego dnia w Pana/Pani organizacji? (Proszę wybrać maksymalnie 3 odpowiedzi)

	Wszyscy
Udoskonalenia technik chirurgicznych oraz protokołów rekonwalescencji	36%
Preferencje pacjentów dotyczące wypisu tego samego dnia i rekonwalescencji domowej	30%
Ograniczenie ryzyka zakażeń szpitalnych oraz poprawa bezpieczeństwa pacjentów	27%
Presja kosztowa lub budżetowa	27%
Krajowe lub regionalne cele systemu ochrony zdrowia dotyczące odsetka chirurgii jednego dnia	26%
Presja kosztowa lub budżetowa	25%
Skracanie list oczekujących na zabiegi planowe lub redukcja zaległości	25%
Rozwój wyspecjalizowanych centrów chirurgii jednego dnia lub ośrodków/hubów chirurgicznych	24%
Presja na poprawę efektywności sal operacyjnych	22%
Zmiany w polityce, regulacjach lub systemie refundacji	21%
Nie wiem	0%
Inne, proszę określić	0%

R: Wszyscy (256)

Q6

W odniesieniu do każdej z poniższych par stwierdzeń proszę wskazać, które stanowisko najlepiej odzwierciedla Pana/Pani opinię.

Stwierdzenie po lewej stronie	Zdecydowanie zgadzam się ze stwierdzeniem po lewej	Raczej zgadzam się ze stwierdzeniem po lewej	Neutralnie /po środku	Raczej zgadzam się ze stwierdzeniem po prawej	Zdecydowanie zgadzam się ze stwierdzeniem po prawej	Stwierdzenie po prawej stronie
Chirurgia jednego dnia jest postrzegana przez personel jako satysfakcjonujący i wysokiej jakości obszar pracy	15%	29%	25%	22%	9%	Chirurgia jednego dnia jest postrzegana przez personel jako mniej prestiżowa lub mniej wymagająca niż chirurgia z hospitalizacją
Chirurgia jednego dnia sprzyja lepszej współpracy i koordynacji między członkami zespołu	13%	29%	23%	23%	11%	Chirurgia jednego dnia utrudnia skuteczną współpracę zespołową
Personel medyczny ma realny wpływ na projektowanie ścieżek chirurgii jednego dnia	14%	26%	23%	27%	10%	Ścieżki chirurgii jednego dnia są w dużej mierze projektowane bez wystarczającego udziału personelu, który je realizuje
Chirurgia jednego dnia działa najlepiej, gdy jest realizowana w dedykowanej jednostce z własnym zespołem	16%	29%	21%	24%	10%	Chirurgia jednego dnia dobrze funkcjonuje w ramach ogólnego środowiska bloku operacyjnego szpitala
Decyzje o kwalifikacji pacjentów do chirurgii jednego dnia są podejmowane wspólnie przez zespoły kliniczne i zarządzające	13%	25%	27%	24%	12%	Decyzje dotyczące kwalifikacji pacjentów do chirurgii jednego dnia są podejmowane przez jedną grupę, bez udziału innych
Obciążenie i tempo pracy w chirurgii jednego dnia są odpowiednie i możliwe do utrzymania w dłuższej perspektywie	12%	24%	27%	25%	13%	Chirurgia jednego dnia jest postrzegana przez personel jako obszar o niższym statusie lub mniejszej złożoności niż leczenie szpitalne

R: wszyscy (256)

Q7

Które z poniższych działań, jeśli w ogóle, mogłoby w największym stopniu przyczynić się do rozwoju chirurgii jednego dnia w Pana/Pani organizacji? (Proszę wybrać maksymalnie 3 odpowiedzi)

	Wszyscy
Edukacja pacjentów w celu zmiany oczekiwań dotyczących chirurgii jednego dnia i rekonwalescencji domowej	34%
Wyspecjalizowane centra chirurgii jednego dnia lub ośrodki zabiegowe	32%
Narzędzia cyfrowe zmniejszające obciążenie administracyjne i zapewniające szybszy dostęp do informacji	32%
Lepsze protokoły anestezyjologiczne umożliwiające wybudzenie i rekonwalescencję (np. znieczulenie regionalne, krótko działające leki)	30%
Standaryzowane ścieżki kliniczne i procedury dla poszczególnych zabiegów	27%
Specjalistyczne programy szkoleniowe dla zespołów chirurgii jednego dnia	27%
Lepsze dane i benchmarking wyników chirurgii jednego dnia	26%
Jasne zachęty finansowe do leczenia pacjentów w trybie jednodniowym	25%
Lepiej zaprojektowane narzędzia i urządzenia do procedur chirurgii jednego dnia	23%
Nie wiem	1%
Inne, proszę określić	0%

R: Wszyscy (256)

Q8

Na podstawie własnego doświadczenia, jakie są główne przyczyny, dla których pacjenci potencjalnie kwalifikujący się do chirurgii jednego dnia nie są leczeni w tym trybie? (Proszę wybrać maksymalnie 3 odpowiedzi)

	Wszyscy
Sprawność pacjenta, choroby współistniejące lub złożoność procedury	43%
Warunki domowe pacjenta (mieszkanie samemu, odległość od szpitala, dostępność opiekuna)	38%
Brak odpowiedniego zaplecza chirurgii jednego dnia lub dostępnych list operacyjnych	33%
Obawy dotyczące opieki po wypisie lub możliwości eskalacji w przypadku powikłań	32%
Preferencja chirurga lub anestezjologa, aby pozostawić pacjenta w szpitalu	32%
Brak dostępności odpowiedniego personelu do chirurgii jednego dnia	26%
Preferencja pacjenta dotycząca pozostania na noc w szpitalu	24%
Brak ustalonej ścieżki chirurgii jednego dnia dla danego zabiegu	23%
Inne, proszę określić	0%
Nie wiem	0%

R: Chirurdzy, anestezjolodzy, pielęgniarki bloku operacyjnego LUB menedżerowie bloku operacyjnego (180)

Q8a

Co najbardziej zwiększyłoby Pana/Pani pewność w zakresie rozszerzania zakresu chirurgii jednego dnia w Pana/Pani organizacji? (Proszę wybrać maksymalnie 3 odpowiedzi)

	All
Standaryzowane zestawy zabiegowe, które skracają czas przygotowania i zmniejszają zmienność między przypadkami	42%
Lepsze protokoły opieki nad raną pooperacyjną dla pacjentów wracających do domu	38%
Rozwiązania w zapobieganiu zakażeniom dostosowane do środowiska chirurgii jednego dnia o wysokiej przepustowości	36%
Programy szkoleniowe i edukacyjne budujące kompetencje w zakresie chirurgii jednego dnia w zespołach	36%
Dane i benchmarking wyników chirurgii jednego dnia według typu procedury	30%
Wsparcie w przeprojektowaniu ścieżek pacjenta, by ograniczyć zbędne czynności i poprawić pracę bloku operacyjnego	30%
Narzędzia cyfrowe usprawniające zarządzanie materiałami, pracę w dniu operacji i analizę aktywności	21%
Zrównoważone rozwiązania ograniczające odpady bez kompromisu dla bezpieczeństwa	21%
Nie wiem	1%
Inne, proszę określić	0%

R: Wszyscy (256)

Q9

Przy wyborze dostawcy lub partnera oferującego produkty i rozwiązania wspierające chirurgię jednego dnia, jak ważne są dla Pana/Pani poniższe kwestie?

	W ogóle nieważne	Nieważne	Raczej ważne	Bardzo ważne	Nie wiem / nie dotyczy mojej roli
Spójne, wysokiej jakości produkty, na których mogą polegać zespoły kliniczne	4%	8%	36%	51%	2%
Niezawodne dostawy i dostępność w razie potrzeby	3%	13%	34%	50%	1%
Szybka reakcja i wsparcie ze strony dostawcy	2%	13%	44%	41%	0%
Produkty i rozwiązania, które poprawiają efektywność bloku operacyjnego i skracają czas przygotowania	3%	10%	41%	45%	1%
Dowody i dane wspierające decyzje kliniczne i zakupowe	2%	11%	45%	41%	2%
Szkolenia, edukacja i rozwijanie kompetencji klinicznych	3%	8%	30%	57%	2%
Zrównoważone produkty i opakowania wspierające cele środowiskowe	2%	14%	41%	41%	2%
Możliwość dostosowania i standaryzacji zestawów zabiegowych do konkretnych ścieżek klinicznych	2%	11%	43%	43%	1%

R: Wszyscy (256)

Q10

Jakich zmian, jeśli w ogóle, oczekuje Pan/Pani w swojej organizacji w ciągu najbliższych 2-3 lat w każdym z poniższych obszarów?

	Znaczący spadek	Niewielki spadek	Bez zmian	Niewielki wzrost	Znaczący wzrost	Nie wiem
Wolumen procedur chirurgii jednego dnia	2%	9%	27%	33%	30%	0%
Zakres typów zabiegów wykonywanych w trybie jednodniowym	1%	11%	27%	42%	18%	1%
Inwestycje w dedykowane obiekty lub sprzęt do chirurgii jednego dnia	2%	12%	18%	41%	26%	1%
Wdrażanie standaryzowanych ścieżek i protokołów chirurgii jednego dnia	3%	12%	20%	41%	24%	0%
Zmniejszenie działań niepożądanych związanych ze znieczuleniem	11%	32%	29%	18%	9%	0%
Wyższa przepustowość i efektywność pracy zespołów operacyjnych	11%	35%	25%	18%	10%	1%

R: Wszyscy (256)



Dr David Bunting

Konsultant w zakresie chirurgii górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz rekonstrukcji ściany brzucha, North Devon District Hospital. Członek zarządu (Management Body Officer) International Association of Ambulatory Surgery. Były prezydent British Association of Day Surgery, Wielka Brytania.

1 kwietnia 2026

Wywiady

Pytania:

- + Z Twojej perspektywy – jako praktykującego chirurga i krajowego lidera w dziedzinie chirurgii jednego dnia – jakie są najważniejsze powody, dla których niektórym regionom Wielkiej Brytanii udało się skutecznie rozwinąć chirurgię jednego dnia, gdy inne nadal pozostają w tyle?
- + W chirurgii górnego odcinka przewodu pokarmowego i chirurgii jamy brzusznej, gdzie – Twoim zdaniem – w najbliższych latach istnieje największy potencjał do bezpiecznego przeniesienia większej liczby zabiegów do trybu ambulatoryjnego lub chirurgii jednego dnia?
- + Jakie elementy organizacji ścieżki pacjenta i modelu świadczenia usług są najważniejsze, aby chirurgia jednego dnia dobrze funkcjonowała w praktyce, zwłaszcza w realiach obciążonego systemu NHS*?
- + W miarę rozszerzania chirurgii jednego dnia na bardziej złożone zabiegi i grupy pacjentów, w jaki sposób świadczeniodawcy powinni podchodzić do kwalifikacji pacjentów, aby nie stać się zbyt ostrożnymi?
- + Jak duże znaczenie mają innowacje i nowe technologie – tj. techniki małoinwazyjne, chirurgia robotyczna, lepsze metody leczenia bólu oraz cyfrowa opieka pooperacyjna – dla dalszego rozwoju chirurgii ambulatoryjnej i jednego dnia w Wielkiej Brytanii?
- + Jakie doświadczenia Wielkiej Brytanii w zakresie rozwoju chirurgii ambulatoryjnej i jednego dnia są, Twoim zdaniem, najbardziej wartościowe i możliwe do przeniesienia do innych systemów ochrony zdrowia? Jakich rozwiązań unikać bez odpowiedniego dostosowania do lokalnych warunków?



**Prof. Karine Nouette-Gaulain,
MD, PhD**

Kierownik Oddziału Anestezjologii,
Intensywnej Terapii i Medycyny
Okotooperacyjnej, Szpital Dziecięcy
oraz Szpital Położniczy Aliénor
d'Aquitaine Uniwersytecki Szpital w Bordeaux
(CHU de Bordeaux)

10 kwietnia 2026

Pytania:

- + Z Twojego doświadczenia, jak modele chirurgii ambulatoryjnej i chirurgii jednego dnia ewoluowały we Francji w ciągu ostatnich kilku lat i jakie zmiany uważasz dziś za najbardziej przełomowe?
- + W systemie ochrony zdrowia we Francji, jakie czynniki – kliniczne, organizacyjne lub systemowe – w największym stopniu przyczyniły się do przyspieszenia przechodzenia na ścieżki chirurgii z wypisem pacjenta w dniu zabiegu?
- + W jakim stopniu rozwój chirurgii ambulatoryjnej wymaga – Twoim zdaniem – nadania większego priorytetu dedykowanej infrastrukturze i zasobom, aby uniknąć ciągłej konkurencji między planowymi zabiegami chirurgicznymi a świadczeniami wykonywanymi w trybie pilnym o dostęp do sal operacyjnych i zasobów klinicznych?
- + Z perspektywy anestezjologii i intensywnej terapii, jakie postępy okazały się najważniejsze dla zwiększenia bezpieczeństwa i niezawodności wypisu pacjentów w dniu zabiegu w przypadku coraz szerszej grupy pacjentów i procedur?



Prof Tim Briggs

Kierownik programu GIRFT oraz dyrektor krajowy NHS England ds. poprawy jakości klinicznej, odzyskiwania planowych świadczeń, NHS Wielka Brytania

23 kwietnia 2026

Pytania:

- + Z perspektywy polityki krajowej, jakie –Twoim zdaniem – są najskuteczniejsze narzędzia zwiększania odsetka chirurgii jednego dnia w NHS, szczególnie w procedurach, gdzie są duże różnice między poszczególnymi szpitalami?
- + Z Twojego doświadczenia z programem GIRFT, jakie są główne przeszkody, które sprawiają, że szpitale nie przenoszą większej liczby odpowiednich zabiegów do chirurgii jednego dnia, nawet jeśli dowody kliniczne to wspierają?
- + Jak bardzo poprawa zależy od krajowych zasad i polityki, a jak bardzo od liderów w szpitalach, jeśli chodzi o zmniejszanie różnic w chirurgii jednego dnia między ośrodkami?
- + W jakim stopniu obecne mechanizmy finansowania, zachęty i ramy oceny wyników wspierają szpitale w priorytetyzowaniu chirurgii jednego dnia i ścieżek ambulatoryjnych w ramach odbudowy leczenia planowego?
- + W miarę jak coraz więcej opieki przenosi się do modeli chirurgii jednego dnia, jak decydenci i liderzy kliniczni powinni podchodzić do procesu zdrowienia pacjentów w domu i co musi być zapewnione, aby byli oni bezpiecznie i spójnie wspierani po wypisie ze szpitala?
- + Patrząc w przyszłość, jakie dalsze zmiany w polityce lub priorytety krajowe miałyby największy wpływ na to, aby wysokiej jakości chirurgia jednego dnia i rekonwalescencja domowa stały się standardem w całym NHS?
- + Z Twojego doświadczenia w ortopedii, gdzie widzisz największe możliwości rozszerzenia chirurgii jednego dnia i jakie wnioski ortopedia może zaoferować całemu systemowi?



Bjarne Skjødt Hjaltalin MD, MPG

Ordynator / lekarz prowadzący, Oddział
Chirurgii Jednego Dnia, Szpitale Amager
i Hvidovre

30 kwietnia 2026

Pytania:

- + Z Twojego doświadczenia w anestezjologii, intensywnej terapii i medycynie ratunkowej, jakie są najważniejsze zabezpieczenia kliniczne, które umożliwiają bezpieczne rozszerzanie chirurgii jednego dnia?
- + Z własnego doświadczenia, jakie były największe praktyczne bariery w skalowaniu chirurgii jednego dnia w Twoim szpitalu?
- + Z własnego doświadczenia, jakie są kluczowe czynniki, które umożliwiły Danii postęp w chirurgii ambulatoryjnej i jednego dnia?
- + Patrząc konkretnie na Danię, jakie trendy będą kształtować rozwój chirurgii jednego dnia w ciągu najbliższych 5–10 lat?
- + Jakie wnioski z doświadczeń Danii uważasz za najbardziej istotne dla innych europejskich systemów ochrony zdrowia?

Raport „Reimagining Day Surgery” został przeanalizowany i omówiony przez panel ekspertów klinicznych podczas 120-minutowego spotkania doradczego. Panel odbył się za pośrednictwem Microsoft Teams w czwartek 7 maja w godzinach 17:00–19:00 czasu BST.

Rada doradcza

Uczestnicy:



Chair: Mr Chris Hopson

Były dyrektor ds. strategii NHS Anglia



Professor Jaideep Pandit

Przewodniczący oraz profesor anestezjologii, Uniwersytet Oksfordzki, Wielka Brytania



Laurens Van Houte

Kierownik Oddziału Chirurgii, Medisch Spectrum Twente, Holandia



Daniela Matos

Pielęgniarka oddziałowa, Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugalia



Dr Jarosław J. Fedorowski

Prezes Polskiej Federacji Szpitali (PFSz), Polska



Jaana Perttunen

Prezes Europejskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Bloku Operacyjnego (EORNA), Finlandia



Dr Shaan Chhabra

Koordynator ds. transformacji i usprawniania przepływu pacjentów, Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Wielka Brytania



Dr Francesco Venneri

Dyrektor Centrum Zarządzania Ryzykiem Klinicznym i Bezpieczeństwa Pacjentów, Region Toskania, Włochy

Agenda dyskusji

Porządek obrad	Opis
Powitanie i przedstawienie uczestników	Przegląd celów i programu spotkania; przedstawienie członków rady doradczej.
Sekcja I A: Chirurgia jednego dnia w systemie ochrony zdrowia w moim kraju.	Uczestnicy przedstawiają trzyminutowy przegląd aktualnego stanu chirurgii jednego dnia w swoim kraju lub systemie ochrony zdrowia. Celem jest krótkie porównanie sposobu, w jaki chirurgia jednego dnia jest obecnie definiowana, organizowana i traktowana priorytetowo w różnych systemach opieki zdrowotnej, a także wskazanie najważniejszych podobieństw i różnic między nimi.
Sekcja I B: Dyskusja i refleksje dotyczące prezentacji.	Celem tej sesji jest omówienie najważniejszych wspólnych zagadnień, różnic oraz ich konsekwencji dla przygotowywanego raportu. Uczestnicy identyfikują najistotniejsze wzorce występujące w różnych systemach ochrony zdrowia oraz wskazują ważne kwestie wyeksponowane w raporcie końcowym. Pytania do dyskusji: 1. Jakie były najważniejsze podobieństwa i różnice pomiędzy przedstawionymi systemami ochrony zdrowia i co mówią one o barierach oraz czynnikach sprzyjających rozwojowi chirurgii jednego dnia 2. Które zagadnienia, przykłady lub wnioski z prezentacji powinny zostać mocniej uwzględnione w raporcie?
Sekcja II: Omówienie raportu	Dyskusja grupowa mająca na celu przedstawienie uwag do projektu raportu oraz ocenę, czy właściwie przedstawia możliwości rozwoju chirurgii jednego dnia w różnych systemach ochrony zdrowia. Pytania do dyskusji: 1. Czy raport w jasny sposób przedstawia potencjał i znaczenie chirurgii jednego dnia? 2. Czy raport zachowuje odpowiednią równowagę między przedstawieniem chirurgii jednego dnia jako szansy na rozwój a uwzględnieniem praktycznych ograniczeń związanych z wdrażaniem? 3. Czy raport w sposób adekwatny odzwierciedla przedstawione wyzwania? Rozważ, jak odnosi się to do Twojego systemu ochrony zdrowia, jeśli nie został on szczegółowo omówiony w raporcie. + Presja na łóżka szpitalne + Niedobory kadrowe + Efektywność procesów na salach operacyjnych + Zaległości w leczeniu planowym + Ograniczenia finansowe + Inne, które Twoim zdaniem zostały pominięte
Sekcja III:	Sesja ta ma na celu ocenę, czy raport koncentruje się na właściwych procedurach, specjalnościach oraz możliwościach rozwoju chirurgii jednego dnia / chirurgii ambulatoryjnej. Grupa powinna zweryfikować, czy zaproponowane ramy priorytetyzacji odzwierciedlają rzeczywistą praktykę w różnych systemach ochrony zdrowia oraz czy w obecnym projekcie raportu nie brakuje istotnych specjalności, procedur lub nowych trendów. Uczestnicy powinni również rozważyć: gdzie istnieją największe możliwości szybkiego zwiększenia wydajności i przepustowości, w jakich obszarach postęp jest wolniejszy niż oczekiwano, które dziedziny najprawdopodobniej będą kształtować przyszły kierunek rozwoju chirurgii jednego dnia i chirurgii ambulatoryjnej. Pytania do dyskusji: 1. Czy proponowane podejście do priorytetyzacji ma sens? + Procedury o dużej skali z dojrzałymi ścieżkami leczenia jednodniowego + Procedury z silnymi dowodami, ale niskim poziomem wdrożenia + Procedury „frontierowe”, które mogą stać się wykonalne w przyszłości 2. Które specjalności lub procedury są najważniejsze w Twoim systemie ochrony zdrowia?

Porządek obrad	Opis
Sekcja IV: Osiąganie efektywności na bloku operacyjnym	Ta sesja ma na celu ocenę, czy rekomendacje zawarte w projekcie raportu są wystarczająco praktyczne, adekwatne i możliwe do wdrożenia w różnych systemach ochrony zdrowia. Dyskusja będzie koncentrować się na tym, czy raport wskazuje właściwe działania, priorytety i narzędzia wspierające szersze wdrażanie chirurgii jednego dnia i chirurgii ambulatoryjnej w różnych kontekstach organizacyjnych. Uczestnicy powinni rozważyć: w jaki sposób raport może najlepiej wspierać klinicystów, zespoły zarządzające oraz decydentów, jakie dodatkowe wytyczne, przykłady lub adaptacje mogą być potrzebne, aby rekomendacje były bardziej przekonujące i użyteczne w praktyce. Pytania do dyskusji: 1. Czy przedstawione w projekcie rekomendacje odzwierciedlają najważniejsze działania niezbędne do przyspieszenia rozwoju chirurgii ambulatoryjnej/chirurgii jednego dnia? 2. Które z rekomendacji mają największe szanse na wdrożenie w Państwa systemie ochrony zdrowia? 3. Które z rekomendacji mogą okazać się najtrudniejsze do wdrożenia lub budzić największe kontrowersje? 4. Czy raport dostarcza wystarczających wskazówek dotyczących następujących obszarów? + Przebudowy zasobów kadrowych + Chronionej dostępności do leczenia planowego + Zachęt finansowych i systemów refundacji + Bezpieczeństwa i równości w dostępie do świadczeń + Wykorzystania narzędzi cyfrowych i zdalnego monitorowania pacjentów
Kolejne kroki i następne działania	Przegląd kolejnych kroków, harmonogramu opracowania raportu oraz zaproszenie do dalszego przekazywania opinii i uwag.

Spotkanie Rady Doradczej koncentrowało się na zatwierdzeniu wniosków i rekomendacji zawartych w projekcie raportu dotyczącym chirurgii jednego dnia / chirurgii ambulatoryjnej, a także na zebraniu międzynarodowych perspektyw dotyczących barier, czynników sprzyjających oraz przyszłych możliwości rozwoju opieki jednodniowej.

Podsumowanie omawianych tematów

1. Aktualny stan chirurgii jednego dnia w różnych systemach ochrony zdrowia

Członkowie rady doradczej podzielili się perspektywami, jak chirurgia jednego dnia jest obecnie definiowana, realizowana i priorytetyzowana w ich krajach oraz systemach ochrony zdrowia. Dyskusje dotyczyły różnic w polityce zdrowotnej, poziomie wdrożenia, modelach refundacji, infrastrukturze oraz ścieżkach klinicznych.

Kluczowe obszary dyskusji obejmowały:

- + Różnice w krajowych definicjach i sposobach mierzenia chirurgii jednego dnia / chirurgii ambulatoryjnej
- + Stopień, w jakim chirurgia jednego dnia jest priorytetyzowana w polityce zdrowotnej i strategiach szpitalnych
- + Bariery ograniczające rozwój, w tym ograniczenia kadrowe i infrastrukturalne oraz wyzwania związane z systemem refundacji
- + Przykłady skutecznych podejść, które przyspieszyły wdrażanie i rozwój tego modelu opieki

2. Wspólne tematy i wnioski między systemami

Po prezentacjach grupa dokonała refleksji nad podobieństwami i różnicami pomiędzy systemami ochrony zdrowia oraz rozważyła ich konsekwencje dla raportu.

Dyskusja koncentrowała się na:

- + Wspólnych wyzwaniach wpływających na chirurgię jednego dnia niezależnie od kraju
- + Czynnikach systemowych sprzyjających wyższemu poziomowi wdrożenia
- + Wnioskach możliwych do przeniesienia pomiędzy systemami ochrony zdrowia
- + Obszarach, które – na podstawie powtarzających się w prezentacjach tematów – powinny zostać silniej podkreślone w raporcie

3. Refleksje nad projektem raportu

Rada przeanalizowała, czy raport w sposób adekwatny przedstawia potencjał chirurgii jednego dnia oraz czy właściwie odzwierciedla realia stojące przed systemami ochrony zdrowia.

Kluczowe punkty dyskusji obejmowały:

- + Czy raport jasno przedstawia strategiczne znaczenie chirurgii jednego dnia
- + Zachowanie równowagi pomiędzy podkreślaniem szans a uwzględnieniem praktycznych wyzwań wdrożeniowych
- + Stopień, w jakim raport odzwierciedla główne presje systemów ochrony zdrowia, w tym:
 - Ograniczenia dostępności łóżek
 - Niedobory kadrowe
 - Efektywność pracy bloków operacyjnych
 - Zaległości w leczeniu planowym
 - Presje finansowe
- + Identyfikacja dodatkowych wyzwań lub czynników kontekstowych, które powinny zostać uwzględnione

4. Priorytetyzacja procedur i przyszłe możliwości

Dyskusja koncentrowała się na tym, czy raport obejmuje właściwe procedury, specjalności oraz możliwości rozwoju i wzrostu.

Tematy obejmowały:

- + Adekwatność proponowanych ram priorytetyzacji
- + Możliwości rozszerzenia ugruntowanych ścieżek chirurgii jednego dnia dla procedur wysokowolumenowych
- + Procedury z silnymi dowodami naukowymi wspierającymi leczenie w trybie ambulatoryjnym, ale z ograniczonym wdrożeniem
- + Procedury „frontierowe” i nowe, które w przyszłości mogą stać się odpowiednie dla trybu ambulatoryjnego
- + Możliwości i różnice specyficzne dla poszczególnych specjalności w różnych systemach ochrony zdrowia
- + Obszary, w których postęp był wolniejszy niż oczekiwano, oraz przyczyny tego stanu rzeczy

5. Osiąganie efektywności na bloku operacyjnym i w systemie ochrony zdrowia

Rada rozważyła, czy rekomendacje zawarte w raporcie są praktyczne, możliwe do wdrożenia oraz istotne w różnych systemach ochrony zdrowia.

Dyskusja koncentrowała się na:

- + Działaniach najbardziej prawdopodobnych do przyspieszenia wdrażania chirurgii jednego dnia
- + Rekomendacjach realistycznych i możliwych do osiągnięcia w różnych systemach ochrony zdrowia
- + Obszarach, które mogą napotkać wyzwania wdrożeniowe lub opór interesariuszy
- + Rola:
 - Przebudowy zasobów kadrowych i zmian w strukturze kompetencji
 - Chronionej dostępności dla leczenia planowego
 - Mechanizmów finansowania i zachęt refundacyjnych
 - Bezpieczeństwa i równości w dostępie do świadczeń
 - Technologii cyfrowych oraz ścieżek zdalnego monitorowania pacjentów

