

Ewa Wichrowska

Funkcjonowanie szpitali w amerykańskim systemie ochrony zdrowia



Wolters Kluwer

Ewa Wichrowska

Funkcjonowanie szpitali w amerykańskim systemie ochrony zdrowia

Zamów książkę w księgarni internetowej

proinfo.pl
księgarnia internetowa

Wydawca
Izabella Matecka

Redaktor prowadzący
Hanna Kolenkiewicz

Opracowanie redakcyjne
Katarzyna Paterak-Kondek

Łamanie
Wolters Kluwer Polska

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by
Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2019

ISBN 978-83-8124-890-7

Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 22 535 82 19
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne	11
Wstęp	15
Rozdział 1	
Analiza ekonomiczna systemu ochrony zdrowia	21
1.1. Ekonomiczne aspekty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.....	21
1.1.1. Przepływ pieniądza w systemie opieki zdrowotnej.....	33
1.1.2. Ekonomiczna ocena usług zdrowotnych: koszty a korzyści i wyniki	35
1.1.3. Ubezpieczenia jako metoda ochrony przed ryzykiem.....	43
1.1.4. Finansowanie usług medycznych za pomocą płatnika „trzeciej strony”	46
1.1.5. Zarządzanie managerskie usługami medycznymi a efekt kosztowy.....	49
1.1.6. Rola państwa w ochronie zdrowia	51
1.2. Managerskie aspekty opieki zdrowotnej	55
1.2.1. Polityka TQM.....	66
1.2.2. Przywództwo transformacyjne w rządowych instytucjach opieki zdrowotnej.....	69
Rozdział 2	
Mecenat państwa w ochronie zdrowia w USA	83
2.1. Amerykańskie tradycje w dziedzinie ochrony zdrowia	83
2.2. Współczesność i perspektywy amerykańskiej opieki zdrowotnej.....	86
2.2.1. Priorytety i wybory społeczne w obliczu możliwości ekonomicznych	88
2.2.2. Demograficzne czynniki rozwoju	91
2.3. Polityka rządu federalnego w dziedzinie zdrowia publicznego	92
2.3.1. Departament Zdrowia i agencje publiczne w działaniu dla rozwoju systemu	97
2.3.2. Polityka informacyjna rządu federalnego.....	104

2.3.3. Instrumenty administracyjne i ekonomiczne w walce o jakość opieki.....	105
2.4. Amerykański rynek usług zdrowotnych	117
2.4.1. <i>Medicare</i> i <i>Medicaid</i> narodowe pakiety medyczne – finansowanie dostępu do świadczeń dla populacji szczególnych potrzeb.....	119
2.4.2. Firmy ubezpieczeniowe komercyjne, ubezpieczenia pracodawców, ASO.....	128
2.4.3. Managerska opieka zdrowotna – organizacje opieki zdrowotnej...	130
2.4.4. Organizatorzy opieki: szpitale, lecznictwo ambulatoryjne i długoterminowe, zintegrowane systemy opieki	131
2.4.5. Rynek farmaceutyczny we współpracy ze szpitalami	135
2.4.6. Łańcuch wartości w opiece medycznej i jego funkcjonowanie	137

Rozdział 3

Szpital amerykański – struktura i funkcjonowanie.....	143
3.1. Struktura administracyjna szpitala.....	143
3.1.1. Rada, administrator, organizacja zespołu medycznego, komitety eksperckie	146
3.1.2. Departamenty wsparcia.....	152
3.2. Działalność finansowa szpitala	157
3.2.1. Komórki finansowe szpitala.....	159
3.2.2. Rachunkowość w szpitalu amerykańskim.....	160
3.2.3. Monitorowanie wyniku finansowego.....	194
3.2.4. Szpital a rynek kapitałowy	196
3.2.5. Planowanie i prognozowanie działalności szpitala	199
3.3. Szpital jako świadczeniodawca.....	200
3.3.1. Ambulatorium	201
3.3.2. Departament ratownictwa	202
3.3.3. Oddział przyjęć.....	205
3.3.4. Oddział pielęgnacji i intensywnej opieki medycznej, sale operacyjne.....	206
3.3.5. Oddziały pomocnicze	210
3.3.6. Personel szpitala.....	214
3.3.7. Zagadnienia jakości, dokumentacja i ryzyko medyczne	218

Rozdział 4

Amerykańskie standardy NIAHO, TJC i JCI instrumentem zapewnienia jakości.....	223
4.1. Akredytacja NIAHO	223
4.1.1. Procedury akredytacji.....	226
4.1.2. Charakterystyka obszarów akredytacyjnych	231
4.2. Amerykańskie akredytacje TJC i JCI.....	274

4.2.1. Procedury akredytacji.....	276
4.2.2. Charakterystyka obszarów akredytacyjnych	277
4.3. Inne akredytacje jakościowe.....	289

Rozdział 5

Szpital polski w obliczu zmian systemu ochrony zdrowia – uwarunkowania funkcjonowania.....

5.1. Uwarunkowania realizacji opieki zdrowotnej.....	291
5.1.1. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.....	302
5.1.2. Powoływanie podmiotów leczniczych	306
5.1.3. Warunki fachowe i sanitarne szpitala	307
5.1.4. Ratownictwo medyczne.....	308
5.1.5. Polityka lekowa	311
5.1.6. Polityka informacyjna	312
5.2. Finansowanie działalności szpitala	314
5.3. Zagadnienia jakości leczenia	319
5.3.1. Błędy medyczne i organizacyjne a odpowiedzialność usługodawcy.....	322
5.3.2. Polska akredytacja jakościowa	325
5.4. Inne podmioty w ochronie zdrowia.....	326
5.5. Struktura szpitala polskiego	327
5.5.1. Dyrekcja i rada ordynatorów	328
5.5.2. Rada społeczna szpitala	328
5.5.3. Personel leczący	329
5.5.4. Zagadnienia jakości, dokumentacja, ryzyko medyczne	332
5.5.5. Działalność gospodarcza szpitala	339

Rozdział 6

Badanie możliwości zastosowania amerykańskich koncepcji ekonomicznych, administracyjnych i standardów jakości w szpitalu

polskim	349
6.1. Prezentacja instrumentów badawczych.....	349
6.1.1. Badanie struktury i funkcjonowania szpitali.....	350
6.1.2. Badanie zbieżności polityk jakościowych.....	350
6.2. Prezentacja wybranych szpitali	351
6.2.1. Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny przy ul. Banacha	351
6.2.2. Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus, Centrum Leczenia Obrażeń przy ul. Lindleya.....	354
6.2.3. Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku.....	356
6.2.4. Szpital im. prof. Orłowskiego przy ul. Czerniakowskiej	357

6.2.5. Szpital Czerniakowski przy ul. Stępińskiej.....	359
6.2.6. Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”	360
6.3. Sytuacja szpitala polskiego w świetle ankiety nr 1 i przeprowadzonych badań	362
6.3.1. Struktura administracyjna i zarządzanie	362
6.3.2. Finanse i działalność gospodarcza.....	363
6.3.3. Komunikacja z jednostkami nadzorującymi i świadczeniodawcami	364
6.3.4. Komunikacja wewnętrzna i stosowanie zasad TQM	365
6.3.5. Technologiczne wyposażenie medyczne.....	366
6.3.6. Gotowość ratownicza.....	367
6.3.7. Warunki lokalowe świadczeniodawców	368
6.3.8. Współpraca z rynkiem medycznym	368
6.4. Charakterystyka szpitala polskiego według kryteriów bazowych JCI – ankieta nr 2.....	369
6.4.1. Dostęp do opieki i kontinuum leczenia.....	369
6.4.2. Prawa pacjenta i rodziny	370
6.4.3. Określanie potrzeb medycznych pacjenta	371
6.4.4. Opieka nad pacjentem	373
6.4.5. Edukacja pacjenta i rodziny	374
6.4.6. Zarządzanie jakością, doskonalenie opieki i bezpieczeństwa medycznego	374
6.4.7. Prewencja i kontrola infekcji.....	375
6.4.8. Zarządzanie, przywództwo, kierowanie	375
6.4.9. Zarządzanie obiektem i bhp	376
6.4.10. Kwalifikowanie i edukacja kadry	376
6.4.11. Zarządzanie informacją.....	377

Rozdział 7

Rekomendacje dla polskich szpitali.....	379
7.1. Rekomendacje w dziedzinie administracyjnej i finansowej	379
7.1.1. Forma prawna szpitala a nadzór Ministra Zdrowia.....	382
7.1.2. Forma prawna a działalność gospodarcza	391
7.1.3. Struktura organizacyjna i organy zarządzające.....	393
7.1.4. Polityka TQM.....	395
7.1.5. Dokumentacja i komunikacja.....	397
7.1.6. Ryzyko i błędy medyczne	398
7.1.7. Zarządzanie ratownictwem	399
7.1.8. Współpraca z organizacjami branżowymi i konsumenckimi	403
7.1.9. Wolontariat.....	405
7.1.10. Infrastruktura szpitala	406
7.2. Rekomendacje według kryteriów JCI.....	408

7.2.1. Dostęp do opieki i ciągłość opieki, określanie potrzeb medycznych pacjenta, przebieg opieki	408
7.2.2. Prawa pacjenta i rodziny	410
7.2.3. Edukacja pacjenta i rodziny	411
7.2.4. Zarządzanie jakością, doskonalenie opieki i bezpieczeństwa medycznego, kontrola infekcji.....	411
7.2.5. Zarządzanie, przywództwo, kierowanie.....	412
7.2.6. Zarządzanie obiektem i bhp	412
7.2.7. Kwalifikowanie i edukacja kadry	413
7.2.8. Zarządzanie informacją	413
Zakończenie	415
Bibliografia	421

SŁOWO WSTĘPNE

Pasją Ewy Wichrowskiej było funkcjonowanie ochrony zdrowia, a przede wszystkim szpitali, dążenie do zrozumienia, dlaczego osiągnięta w Polsce skuteczność kliniczna i efektywność ekonomiczna pozostawiają wiele do życzenia. Chciała zaproponować rozwiązania organizacyjne, zarządcze i finansowe, które posłużyłyby podniesieniu stanu zdrowia i zadowolenia pacjentów, a także satysfakcji zawodowej lekarzy i całego personelu medycznego. Uważała, że wyzwaniem stojącym przed polskimi szpitalami powinno być sprostanie wymaganiom sformułowanym przez najbardziej wymagające standardy. Skoncentrowała się na regulacji amerykańskiej, a ponieważ pracowała w ambasadzie amerykańskiej w Warszawie, to miała możliwość zapoznania się zarówno z amerykańską koncepcją finansowania i administrowania szpitalami, jak i standardami federalnymi oraz międzynarodowymi standardami jakościowymi sformułowanymi pod egidą amerykańską.

Autorka skoncentrowała się więc na możliwości wykorzystania doświadczeń dotyczących funkcjonowania szpitali amerykańskich w polskich szpitalach. Celem przyświecającym jej przy pisaniu pracy było sprawdzenie, czy amerykańska koncepcja finansowania i administrowania szpitalami może wpłynąć na poprawę zarządzania polskimi szpitalami oraz na ile amerykańskie standardy federalne (NIAHO) oraz międzynarodowe standardy jakościowe (JCI) również mogą mieć wpływ na ich efektywność. Uważała, że: „Adaptacja amerykańskiego modelu szpitala na gruncie polskim umożliwi polskiemu szpitalom funkcjonowanie w sposób efektywniejszy ekonomicznie i skuteczniejszy klinicznie. Będą one mogły działać w sieci spełniającej wysokie wymagania technologiczne, medyczne i prawne oraz będą one zdolne do współpracy z innymi podmiotami z rynku świadczeń medycznych przy jednoczesnym zachowaniu kontroli państwowej”. Takie ujęcie problemu zyskało na aktualności w chwili, gdy polskie szpitale zaczęły funkcjonować w sieci szpitali.

Dzięki wnikliwym analizom, studiom literaturowym oraz przeprowadzonemu badaniu empirycznemu w sześciu szpitalach o szczególnym znaczeniu, do których należały Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny przy ul. Banacha, Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus, Centrum Leczenia Obrażeń przy ul. Lindleya, Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku, Szpital im. prof. Orłowskiego przy

ul. Czerniakowskiej, Szpital Czerniakowski przy ul. Stępińskiej, Instytut Szpital-Centrum Zdrowia Dziecka, Autorka stwierdziła, że: „stworzenie efektywniejszych ekonomicznie i skuteczniejszych klinicznie polskich szpitali możliwe będzie dzięki przejściu od tradycyjnego modelu ordynatorskiego do modelu managerskiego o zmodyfikowanym ustroju administracyjnym i ekonomicznym”. Ponadto uważała, że: „zmiana uwarunkowań działalności polskich szpitali polegająca na wprowadzeniu konkurencji i konkurencyjności w systemie ochrony zdrowia przy wypełnianiu przez państwo regulacyjnej roli oraz właściwa strukturalizacja, sposób zarządzania, w tym stosowanie TQM i odpowiednie przywództwo wewnątrz szpitali, przyczyni się do poprawy ich efektywności ekonomicznej i skuteczności klinicznej”. Była przekonana, że: „wprowadzenie wytycznych ujętych w standardach JCI dla szpitali światowych mających zastosowanie w sferze medycznej, zarządczej i BHP w szpitalach polskich umożliwi poprawę ich efektywności ekonomicznej i skuteczności klinicznej”.

Aby przekonać do swoich poglądów i przekonań wykorzystwała różne narzędzia badawcze. W trakcie prac nad dysertacją dokonała przeglądu piśmiennictwa poświęconego funkcjonowaniu szpitali amerykańskich. Przedstawiła przegląd najważniejszych dokumentów i aktów prawnych dotyczących standardów i akredytacji amerykańskich. Przeanalizowała także strukturę i funkcjonowanie szpitala amerykańskiego oraz amerykańskie standardy (NIAHO, TJC, JCI) jako narzędzia gwarantujące osiągnięcie jakości w opiece szpitalnej. Przyjrzała się również sposobowi funkcjonowania szpitali polskich. Wszystkie te kroki zostały przeprowadzone, aby zbadać możliwość wykorzystania amerykańskiego podejścia ekonomicznego, administracyjnego, a przede wszystkim standardów jakości w polskim szpitalu. W tym celu przeprowadziła badanie jakościowe przy wykorzystaniu podstawowej techniki tego badania, czyli pogłębionego wywiadu indywidualnego we wspomnianych szpitalach. Przykładowo, scharakteryzowała polski szpital według kryteriów JCI. Mogła to zrobić, gdyż na potrzeby badania skonstruowała autorską ankietę. Opisała także analizy przypadków. Po przeprowadzeniu analizy skutków wprowadzenia modelu szpitala amerykańskiego do polskiego systemu ochrony zdrowia sformułowała rekomendacje i wnioski o znaczeniu praktycznym dla polskich szpitali.

Praca składa się z siedmiu rozdziałów i liczy ponad 400 stron, a w pierwotnej wersji liczyła prawie dwa razy tyle. W pierwszym z nich Autorka dokonała wnikliwego przeglądu literatury z zakresu ekonomii zdrowia i zarządzania podmiotami w ochronie zdrowia, co zaowocowało przedstawieniem najważniejszych problemów ekonomicznych, w tym zarządczych, związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim szpitali. Rozdział ten stanowi wyczerpujące wprowadzenie teoretyczne do przeprowadzonych przez Autorkę badań empirycznych, a także do zrozumienia mechanizmów w szpitalnej części ochrony zdrowia, które stanowią problem organizacyjny i zarządczy.

W rozdziale drugim Autorka scharakteryzowała rolę Rządu Federalnego jako regulatora i kluczowego organizatora systemu ochrony zdrowia, a także zdrowia publicznego w Sta-

nach Zjednoczonych Ameryki. Ten rozdział może zaskoczyć czytelnika polskiego, gdyż ujawnia, jak ważna jest rola państwa w amerykańskiej ochronie zdrowia. Powinna taka być także i w Polsce ze względu na szczególną rolę i zadania, jakie stoją przed rządem mającym zagwarantować obywatelom dostęp do sprawnie funkcjonującej i skutecznej opieki zdrowotnej. To przecież rząd jest odpowiedzialny za status zdrowotny całego społeczeństwa i poszczególnych jednostek. Stąd bierze się konieczność właściwej regulacji prawnej determinującej wszystkie aspekty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako całości oraz poszczególnych świadczeniodawców. W tytule rozdziału pada sformułowanie „mecenat państwa”, co podkreśla związek władzy publicznej z rynkowym funkcjonowaniem szpitali amerykańskich, a także znaczenie zdrowia publicznego. Przykładowo, obiektem zainteresowania stały się instrumenty administracyjne i ekonomiczne w walce o jakość opieki. Uwzględniono m.in. rynek farmaceutyczny we współpracy ze szpitalami, a także badania nad rynkiem dostawców produktów dla ochrony zdrowia. Na podstawie teorii łańcucha wartości Portera prześledzono całą drogę produktów medycznych do końcowych odbiorców.

W rozdziale trzecim Autorka scharakteryzowała szpital amerykański, jego działalność finansową, w tym analitykę kont podmiotów medycznych, ich strukturę administracyjną i funkcjonowanie. Na szczególną uwagę zasługuje kwestia rachunkowości w szpitalu amerykańskim. Jest to problem o niezwyklej wadze w polskich szpitalach, co przekłada się na wycenę świadczeń medycznych w Polsce¹. To przecież rachunek kosztów powinien stanowić podstawowe źródło informacji do dokonywanej wyceny. Autorka porusza również inne ważne kwestie, takie jak monitorowanie wyniku finansowego, a także planowanie i prognozowanie działalności szpitala. Szczegółowo przedstawia wszystkie aspekty dotyczące szpitala jako świadczeniodawcy. Interująca dla polskiego czytelnika jest także kwestia relacji szpitala i rynku kapitałowego.

W rozdziale czwartym przedstawiono federalną akredytację NIAHO (regulującą procedury szpitala amerykańskiego i jego zobowiązania także w stosunku do organów administracji państwowej, co stanowi o jej walorze informacyjnym) oraz akredytację TCJ, a także międzynarodową akredytację JCI, czyli amerykańską akredytację dla zagranicznych szpitali, a także inne akredytacje jakościowe obecne na rynku amerykańskim.

W rozdziale piątym pokazano kluczowe zagadnienia polskiego systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim dotyczące funkcjonowania szpitali, w tym kwestie finansowania, jakości leczenia, strukturyzacji i nadzoru nad placówką. Wnikliwie przeprowadzone opisy stanowią podstawę do zbadania możliwości wykorzystania rozwiązań amerykańskich w polskich szpitalach. Autorka zwróciła uwagę na takie zagadnienia, jak uwarunkowania realizacji opieki zdrowotnej, finansowanie działalności szpitala, jakość leczenia, a także strukturę szpitala polskiego. Rozdział trzeci i piąty stanowią

¹ Między innymi tej tematyce poświęcona jest książka: M. Kludacz-Alessandri, *Model wyceny świadczeń zdrowotnych dla lecznictwa szpitalnego*, Warszawa 2017.

„równoległe” scharakteryzowanie struktury, finansowania i funkcjonowania instytucji szpitala, ale w zupełnie innym wydaniu.

Rozdział szósty poświęcony jest zbadaniu możliwości zastosowania amerykańskich koncepcji ekonomicznych, administracyjnych i standardów jakości w szpitalu polskim, dzięki przeprowadzonej analizie przypadków. Sześć szpitali wzięło udział w badaniu jakościowym przeprowadzonym przez Autorkę przy wykorzystaniu pogłębionego wywiadu indywidualnego i autorskiej ankiety. Chodziło o zbadanie struktury i finansowania szpitali, a także zbieżności polityk jakościowych. Szczególnie interesująca jest charakterystyka szpitala polskiego przeprowadzona zgodnie z kryteriami bazowymi JCI.

Rozdział siódmy zawiera sformułowane przez Autorkę rekomendacje organizacyjne i zarządcze dla szpitali polskich oraz systemowe dla polskiej ochrony zdrowia. Porównując szpitale z dwóch zupełnie różnych sieci, Autorka sformułowała interesujące i cenne wnioski oraz rekomendacje dotyczące, po pierwsze, administracji i finansów ze szczególnym uwzględnieniem dziesięciu aspektów, w tym relacji formy prawnej szpitala i nadzoru Ministra Zdrowia, a także oddziaływania formy prawnej na działalność gospodarczą oraz TQM. Druga grupa rekomendacji została sformułowana w odniesieniu do kryteriów JCI i obejmuje osiem kwestii, m.in. dostępu do opieki, ciągłości opieki, określenia potrzeb medycznych pacjenta i przebiegu opieki.

Zakres badań przeprowadzonych w dysertacji jest bardzo szeroki. Oprócz znakomicie skonstruowanego wprowadzenia teoretycznego opartego przede wszystkim na dorobku ekonomii zdrowia Autorka przedstawiła realia organizacyjne, finansowe i funkcjonowania szpitala polskiego i amerykańskiego. Na tym tle opisała standardy amerykańskie, gdyż uważała, że wykorzystanie doświadczeń szpitali amerykańskich w praktyce polskiego systemu ochrony zdrowia posłuży wszystkim interesariuszom. Osiągnięciem Autorki było zdobycie zaufania merytorycznego w sześciu dużych szpitalach, dzięki czemu mogła przeprowadzić badanie jakościowe i sformułować wnioski wynikające z konfrontacji regulacji i standardów amerykańskich z funkcjonowaniem polskich szpitali, które powinny posłużyć podniesieniu jakości leczenia pacjentów oraz satysfakcji z pracy lekarzy i całego personelu medycznego w polskich szpitalach.

Na podkreślenie zasługuje wkład własny Ewy Wichrowskiej, która dokonała przeglądu dorobku teoretycznego pod kątem analizy empirycznej stanowiącej również badanie własne składające się z badania funkcjonowania szpitali amerykańskich oraz z analizy możliwości wykorzystania doświadczeń amerykańskich w polskich szpitalach. Praca napisana jest z niezwykłą rzetelnością i skrupulatnością, dzięki czemu stanowi wręcz kompendium wiedzy.

Prof. dr hab. Ewelina Nojszewska

WSTĘP

„Służyć życiu, ze wspaiałomyślnym entuzjazmem (...) towarzyszyć, pielęgnować, wzmacniać, leczyć ból ludzki jest zadaniem, które na mocy swojej szlachetności, użyteczności i swego ideału jest bardzo bliskie powołaniu kapłańskiemu”¹. Tak określił istotę zawodu medycznego Jan Paweł II. Podobnie określają etos swej pracy sami lekarze: „Troszczyć się – wsłuchiwać w pacjenta, identyfikując i uspokajając napięcia, uśmierzając i likwidować ból i inne objawy, współodczuwając dostrzegać ogólne i szczególne potrzeby pacjenta i rodziny – pozostaje jednym z najważniejszych zadań lekarza”². By jednak pracownicy ochrony zdrowia mogli bez przeszkód realizować swe życiowe powołania, konieczne jest stworzenie warunków moralnych i materialnych dla opieki nad chorymi. Miejscem, w którym współcześnie w największym stopniu opieka ta jest realizowana, jest szpital.

Zmniejszające się zasoby przy wzroście popytu na świadczenia w polskiej ochronie zdrowia, wydłużające się kolejki do specjalistów, stan infrastruktury i wyposażenia szpitali oraz problem opieki nad starzejącą się populacją wymagają poważnej refleksji nad zmianami w ochronie zdrowia w najbliższych latach.

Problem, jakim jest funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia, a zwłaszcza funkcjonowanie szpitali, na które Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza prawie połowę posiadanego zasobu pieniądza, stanowił podstawę do zdefiniowania przedmiotu badania w dysertacji, jakim jest możliwość wykorzystania amerykańskiej koncepcji funkcjonowania szpitala w polskim systemie ochrony zdrowia. Celem badania jest sprawdzenie, czy amerykańska koncepcja finansowania i administrowania szpitalami może poprawić zarządzanie polskimi szpitalami oraz na ile amerykańskie standardy federalne (NIAHO) i zaprojektowane pod egidą amerykańską międzynarodowe standardy jakościowe (JCI) mogą wpłynąć na efektywność tego procesu.

Teza pracy brzmi: **„Adaptacja amerykańskiego modelu szpitala na gruncie polskim umożliwi polskim szpitalom funkcjonowanie w sposób efektywniejszy ekonomicznie i skuteczniejszy klinicznie. Będą one mogły działać w sieci spełniającej wysokie**

¹ Jan Paweł II, słowa skierowane do pracowników polskiej służby zdrowia, czerwiec 1979.

² H.H. Hiatt, *America's Health in the Balance Choice or Chance?*, New York 1987, s.13.

wymogi technologiczne, medyczne i prawne oraz będą one zdolne do współpracy z innymi podmiotami na rynku świadczeń medycznych przy jednoczesnym zachowaniu kontrolingu państwowego”.

Potwierdzeniu tezy głównej służyć będzie weryfikacja hipotez pomocniczych:

Hipoteza 1: Stworzenie efektywniejszych ekonomicznie i skuteczniejszych klinicznie polskich szpitali możliwe będzie dzięki przejściu od tradycyjnego modelu ordynatorskiego do modelu managerskiego o zmodyfikowanym ustroju administracyjnym i ekonomicznym.

Hipoteza 2: Zmiana uwarunkowań działalności polskich szpitali, polegająca na wprowadzeniu konkurencji i konkurencyjności w systemie ochrony zdrowia, przy wypełnianiu przez państwo roli regulacyjnej oraz właściwa strukturalizacja, sposób zarządzania, w tym stosowanie TQM, i odpowiednie przywództwo wewnątrz szpitali przyczynią się do poprawy ich efektywności ekonomicznej i skuteczności klinicznej.

Hipoteza 3: Wprowadzenie wytycznych ujętych w standardach JCI dla szpitali światowych mających zastosowanie w sferze medycznej, zarządczej i bhp w szpitalach polskich umożliwi poprawę ich efektywności ekonomicznej i skuteczności klinicznej.

Weryfikacji tezy głównej i hipotez pomocniczych dokonano, wykorzystując różne narzędzia badawcze. Po pierwsze, dokonano przeglądu piśmiennictwa poświęconego funkcjonowaniu szpitali amerykańskich. Po drugie, przedstawiono przegląd najważniejszych dokumentów i aktów prawnych dotyczących standardów i akredytacji amerykańskich. Po trzecie, przeprowadzone zostało badanie jakościowe przy wykorzystaniu podstawowej techniki tego badania, czyli pogłębionego wywiadu indywidualnego. Po czwarte, na potrzeby badania skonstruowana została autorska ankieta. Po piąte, opisane zostały analizy przypadków. Po przeprowadzeniu analizy skutków wprowadzenia modelu szpitala amerykańskiego do polskiego systemu ochrony zdrowia sformułowane zostały wnioski o znaczeniu praktycznym.

Pytania badawcze, które stały się przedmiotem analizy, dotyczą zakresu, w jakim amerykańskie koncepcje finansowania szpitali i administrowania mogłyby polepszyć zarządzanie szpitalem polskim. Na ile amerykańskie standardy federalne NIAHO oraz standardy jakościowe JCI adresowane do szpitali na całym świecie, narzucające rozwiązania w kwestiach dostępu do placówki, przebiegu opieki, ciągłości leczenia, praw pacjenta i rodziny, określania potrzeb medycznych, edukacji chorego i bliskich, zarządzania jakością, przywództwa i kierowania, utrzymania ruchu obiektu i stosowania wytycznych BHP oraz kwalifikowania i doskonalenia kadry, mogą posłużyć politykom realizowanym w Polsce. Pytaniem badawczym jest, w jakim stopniu amerykańskie rozwiązania mogą znaleźć zastosowanie w systemie polskiej ochrony zdrowia.

Rozważania uwzględniają ekonomiczne aspekty rynku usług medycznych i samego szpitala amerykańskiego (m.in. plan kont amerykańskich instytucji medycznych) oraz aspekty zarządzania, w tym zarządzania przez jakość (TQM), z szerszym ukazaniem dwóch amerykańskich programów akredytacyjnych oraz strukturalizacji szpitala. Praca ukazuje redystrybucyjną i władczą rolę państwa w gospodarce mieszanej dla zapewnienia dobra społecznie pożądanego – opieki zdrowotnej. Przybliżone zostały polityki Rządu Federalnego, działalność Departamentu Zdrowia i Służb Społecznych i jego agencji oraz amerykańskie pakiety usług medycznych *Medicare* i *Medicaid*. Praca prezentuje również funkcjonowanie szpitali polskich i problemy, z jakimi się spotykają. Punktem wyjścia stały się badania przeprowadzone w sześciu szpitalach z terenu Warszawy i województwa mazowieckiego, między innymi za pomocą amerykańskich standardów akredytacyjnych przeznaczonych dla szpitali światowych. Praca ukazuje też najnowszą akredytację federalną, co pozwala na zapoznanie się ze specyfiką porządkowania zagadnień jakościowych i zarządczych w realiach szpitala amerykańskiego. Przedstawiono też koncepcje definiujące opiekę nad pacjentem jako proces, w którym biorą udział wszyscy pracownicy szpitala. Ukazane zostały argumenty na rzecz rozwoju elektronicznej bazy medycznej oraz diagnostyki za pośrednictwem łączy internetowych. Poruszono kwestie wolontariatu, działania ratownictwa medycznego, infrastruktury budowlanej i architektury obiektów.

Praca składa się z siedmiu rozdziałów. W pierwszym z nich przedstawiony jest przegląd najważniejszych problemów ekonomicznych, w tym zarządczych, związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim szpitali. Istotą rozważań jest przybliżenie rzeczywistych wymogów rynku opieki medycznej i praw nim rządzących, a także podkreślenie roli państwa, jako organizatora (regulatora) ochrony zdrowia na swym obszarze. W rozdziale drugim scharakteryzowano rolę Rządu Federalnego, jako regulatora i kluczowego organizatora systemu ochrony zdrowia i zdrowia publicznego w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Omówione zostały amerykańskie tradycje w działaniach na rzecz opieki medycznej, jej stan obecny i perspektywy na nadchodzące dekady oraz działalność Rządu Federalnego na rzecz finansowania, wspierania i kontroli podmiotów medycznych na tle amerykańskiego rynku świadczeń zdrowotnych i dostępu do opieki medycznej. Celem było ukazanie mecenatu Rządu Federalnego w działaniach na rzecz kontrolingu i wspierania ochrony zdrowia w zestawieniu z rozwiązaniami polskimi.

Przy wyrównywaniu szans w obrębie gospodarki mieszanej ważne jest uświadomienie sobie zarówno rozległości działań, jak i powstających kosztów, które ponosi państwo regulujące obszar ochrony zdrowia. Obecność dużej liczby świadczeniodawców dążących do zysku pociąga niekontrolowany wzrost cen procedur i polis ubezpieczeniowych. Problem ten stał się bodźcem do reformy ochrony zdrowia w warunkach amerykańskich i rozwoju narodowej infrastruktury opieki podstawowej, a także rozbudowania działań na rzecz kontroli jakości świadczeń. W rozdziale trzecim scharakteryzowano szpital amerykański, jego działalność finansową, w tym analitykę kont podmiotów medycznych,

strukturę administracyjną i funkcjonowanie. Omówiono kwestie organizacyjne odnoszące się do działalności medycznej, kształcenia i zatrudniania personelu, sprawy dotyczące jakości usług, dokumentacji medycznej i ryzyk. W rozdziale czwartym przedstawiono federalną akredytację NIAHO (regulującą procedury szpitala amerykańskiego i jego zobowiązania także w stosunku do organów administracji państwowej, co stanowi o jej walorze informacyjnym) oraz międzynarodową akredytację JCI dla szpitali zagranicznych, a także inne akredytacje jakościowe obecne na rynku amerykańskim. W rozdziale tym na podstawie dwu akredytacji ukazane zostały działania regulatorów (publicznego i prywatnego) dla kontroli jakości szpitalnictwa amerykańskiego i światowego. Celem ich dokładniejszego omówienia była zarówno rozległość zagadnień (zarządzanie obiektem, zarządzanie personelem, poprawność kliniczna, zobowiązania względem nadzoru) oraz szczegółowość regulacji niespotykanych w warunkach polskich, lecz praktykowanych w klinikach w wielu krajach świata. W rozdziale piątym pokazano kluczowe zagadnienia polskiego systemu ochrony zdrowia, przede wszystkim dotyczące funkcjonowania szpitali, w tym kwestie finansowania, jakości leczenia, strukturyzacji i nadzoru nad placówką. Rozdział szósty poświęcony jest analizie przypadków. W badaniu jakościowym, przeprowadzonym przy wykorzystaniu pogłębionego wywiadu indywidualnego i autorskiej ankiety, wzięło udział sześć szpitali. W rozdziale przedstawione są wyniki badań oraz przeanalizowana i skomentowana została możliwość wykorzystania kryteriów JCI w tych szpitalach. Zastosowanie arkusza ankiety nawiązującego do amerykańskiego schematu szpitala umożliwiło wychwycenie różnic występujących w placówkach oraz miało za zadanie ujawnienie uwidaczniających się potrzeb wynikających z działalności rynkowej. Zastosowanie ankiety zawierającej międzynarodowe standardy szpitalne umożliwiło szpitalom polskim zapoznanie się z aktualnymi zagadnieniami wymagającymi regulacji i dało okazję do pogłębionego indywidualnego wywiadu. Rozdział siódmy zawiera autorskie rekomendacje organizacyjne i zarządcze dla szpitali polskich oraz systemowe dla polskiej ochrony zdrowia. Przedstawiono propozycję nowej formy organizacyjnej dla placówek publicznych o strukturze korporacyjnej z samorządem pracowniczym jako organem doradczym, z kolegialnym zarządzaniem finansami, bezpośrednim nadzorem Ministra Zdrowia i nowoczesnym zarządzaniem informacją. Skomentowano tu również dodatkowe spostrzeżenia wynikające z wykorzystania standardów JCI w warunkach polskich. Główną część rozprawy kończą: podsumowanie i wnioski weryfikujące postawione hipotezy. W zakończeniu wykazano udowodnienie tezy głównej oraz weryfikację hipotez pomocniczych odnoszących się do modyfikacji szpitali polskich zgodnie ze standardami amerykańskimi w celu poprawy efektywności ekonomicznej i skuteczności klinicznej. Rozprawę uzupełniają treści dodatkowe w aneksie, gdzie umieszczono materiały i ilustracje dotyczące szpitala amerykańskiego.

Gdy rząd zapomina o potrzebach medycznych swych obywateli, lekarze troszczący się o zdrowie pacjentów stają przed dylematem lojalności w leczeniu powierzonych im pacjentów, a stosowaniem się do wymogów alokacji. „Społeczność angażuje się w działalność w dziedzinie ochrony zdrowia, by uzyskać korzyści dla swych członków.

Podobnie jak przy innych działaniach, takich jak zapewnianie kształcenia czy mieszkań. Konieczność wydajności w tych działaniach wypływa z faktu, że nigdy nie będzie wystarczających zasobów by całkowicie zadowolić ludzkie pragnienia³. W realiach amerykańskich dla wypracowania coraz lepszych rozwiązań w zarządzaniu ochroną zdrowia oraz zdrowiem publicznym połączyli swe siły specjaliści z wielu dziedzin: statystycy, biolodzy, lekarze, socjologowie, epidemiolodzy, ekonomiści i specjaliści od zarządzania. Na kształt systemu złożyły się działania liderów związkowych, organizacji profesjonalnych, obywatelskich i konsumenckich.

Warto pokusić się o przygotowanie współczesnego polskiego systemu ochrony zdrowia. Być może ta praca stanie się przyczynkiem do dalszych badań w tej dziedzinie.

Ewa Wichrowska

³ M.F. Drummond, *Principles of economic appraisal in health care*, Oxford–NewYork–Toronto–Melbourne 1980, s. 2.

Rozdział 1

ANALIZA EKONOMICZNA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

1.1. Ekonomiczne aspekty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

Jednym z kluczowych sektorów gospodarki krajów rozwiniętych jest ochrona zdrowia. Jej funkcjonowanie przekłada się na wydłużenie i polepszenie jakości życia, zmniejszenie zapadalności na choroby, zwiększenie produktywności i rozwoju jednostek oraz grup społecznych. Stany Zjednoczone określają swój potencjał systemu ochrony zdrowia mianem przemysłu opieki medycznej (*health care industry*). Medycyna ma długą historię, lecz dopiero rewolucja technologiczna przełomu XIX i XX w., rozwój nauk ścisłych, mechaniki, inżynierii, chemii i biologii zmieniły zakres i skuteczność opieki. Nowoczesne szpitale dziś często zrzeszone w sieciach korporacyjnych, powiązane z różnorodnymi placówkami opiekuńczymi, pojawiły się na mapie cywilizacyjnej przed około 70 laty. W procesie zmian przemysłowych ostatnich dekad uzyskiwały coraz lepsze wyposażenie technologiczne, coraz bardziej wykształconą kadrę medyczną i managerską oraz personel przygotowany do wyzwań stawianych przez nowoczesną technologię¹. Do początku XX w. medycyna nie generowała większych kosztów, ale i nie niosła wielkich możliwości. Badania L. Pasteura nad bakteriami i wirusami, rozwój chemii organicznej, produkcja aktywnych składników leków i środków przeciwbólowych umożliwiły kontrolę dozowania i stężenia komponentów. Leki sulfamidowe, penicylina (1940 r.), antybiotyki ustabilizowały infekcje wewnątrzszpitalne oraz zakażenia pooperacyjne. Rozwinęła się radiologia, kardiologia i encefalografia. W 1895 r. W.K. Roentgen odkrył promienie X, początkowo diagnozujące jedynie układ kostny. Od 1930 r. zastosowanie soli baru umożliwiło ogląd każdego organu. W 1903 r. W. Enthoven wynalazł elektrokardiograf, a w 1929 r. H. Berger skonstruował encefalograf, umożliwiając diagnostykę mózgu. Dywersyfikacja krwi znana była od 1900 r., lecz dopiero wynalazek zamrażania w 1930 r. umożliwił działalność banków. W 1927 r. wprowadzono respirator Drinkera,

¹ J.D. Bronzino, V.H. Smith, M.L. Wade, *Medical Technology and Society: An Interdisciplinary Perspective*, London 1991, s. 1.

zaś pierwsze obejście płuco-serca zastosowano w 1939 r. Lata 40. przyniosły aparaturę do cewnikowania serca i angiografię. Druga rewolucja w medycynie przypadła na lata 50. XX w. i dokonała się dzięki elektronice oraz zastosowaniu technologii wojskowych w warunkach pokoju. Inżynieria biomedyczna, aparatura nowej generacji: elektrokardiografy, spektrofotometry, mikroskopy elektronowe, radioizotopy umożliwiły dalszą, zaawansowaną diagnostykę i terapię chorób. Elektronowa mapa centralnego systemu nerwowego, monitoring akcji serca, medycyna nuklearna, diagnostyka ultradźwiękowa złogów, nowotworów i zakrzepów poprawiły efekty leczenia². Badania nad przeciwciałami (1984 r.) oraz DNA prowadzone na przestrzeni lat 60. i 70. umożliwiły dalszy postęp. Rozwój technologii komputerowych wpłynął na diagnostykę laboratoryjną, chemię i mikrobiologię. Medycyna zaczęła posługiwać się technologicznie zaawansowaną analityką. Badania stały się rutynową praktyką, od której zaczynało się leczenie. W amerykańskich szpitalach SMAC sekwencyjny wielokrotny analizator komputerowy (*Sequential Multiple Analyzer+Computer*) wykonywał w ciągu godziny setki analiz, wymagając jednocześnie 1/10 objętości badanego materiału w stosunku do metod tradycyjnych. Oddziały intensywnej opieki (*Intensive Care Units*) zastosowały komputery do monitorowania krytycznych stanów pacjentów. Codziennością stała się diagnostyka osiową tomografią komputerową (*CAT- computerized axial tomography*) skanującą mózg i ciało oraz tomografia pojedynczego pozytronu (PET) czy rezonans magnetyczny (MRI). Systemy komputerowe umożliwiają przepływ i składowanie dokumentacji medycznej, usprawniają decyzje lekarzy, umożliwiają komunikację nie tylko w obrębie jednego szpitala, lecz łączą świadczeniodawców i jednostki opiekuńcze oraz organizacje działające na różnych poziomach opieki nad pacjentem. Jednym ze sposobów pomocy chorym stała się telemedycyna, która przez środki technologicznej wizualizacji oraz łącza internetowe umożliwia badanie pacjenta znajdującego się setki mil od lekarza. Postęp w medycynie ratuje zdrowie, przedłuża życie i wywiera nieustanny wpływ na jego jakość. Usuwanie katarakty, implanty wewnątrzgałkowe, wymiana stawów, implanty organów z tworzyw, transplantacje organów i szpiku, leki łagodzące problemy psychiczne, szczepienia, opieka nad matką i dzieckiem, usługi opiekuńcze dla starzejącej się populacji, opieka hospicyjna, mało inwazyjne techniki laparoskopowe, komputeryzacja sali operacyjnej pozwalają pacjentom cieszyć się życiem kolejne lata. Rozległy wachlarz usług angażuje naukę, technologię, wyspecjalizowany personel oraz wymaga nakładów i generuje coraz większe wydatki.

Ekonomia zdrowia to młoda nauka ekonomiczna zajmująca się nie tylko kwestią popytu i podaży na dobra i usługi związane ze zdrowiem, lecz finansowaniem, planowaniem i dostosowaniem usług medycznych do potrzeb w skali narodowej czy regionalnej. W jej polu widzenia znajdują się m.in. analiza kosztów, celowości i efektywności procedur, wykładnia uczestnictwa w opiece, warunki finansowania, zdefiniowanie pakietu świadczeń i rozwój instrumentów nadzoru nad usługami. Zdrowie i życie ludzkie wymaga od ekonomii zdrowia odpowiedzialnych analiz dotyczących alokacji czynników

² J.D. Bronzino, V.H. Smith, M.L. Wade, *Medical Technology...*, s. 17.

zasobów (infrastruktura, personel, procedury terapeutyczne), a ograniczoność środków narzuca wybór efektywnej (nie zawsze najtańszej) terapii. Zaawansowana diagnostyka jest w stanie odpowiedzieć na wiele pytań dotyczących „zastanej sytuacji medycznej” pacjenta i uprawdopodobnić przyszłe koszty leczenia. Ekonomia zdrowia, jako nauka społeczna, analizuje też zachowania podmiotów gospodarujących wobec ograniczoności dobra, jakim jest zdrowie, oraz nieskończonego popytu na działania służące jego naprawie i ochronie. Specyfika rynku medycznego różni się jednak od rynków dóbr konsumpcyjnych i sprowadzenie usług medycznych do gry rynkowej jest daleko idącym nieporozumieniem, nieobejmującym całości problemu. Istotną różnicą jest niepewność co do rodzaju usługi i nieprzewidywalność czasu dokonania transakcji.

Pierwszą cechą rynku jest asymetria informacji między lekarzem a pacjentem, który często nie potrafi ocenić stanu swego zdrowia i nie zna wynikających ze sztuki medycznej koniecznych procedur naprawczych, a zdarza się, że jego sytuacja nie pozwala na jakąkolwiek ocenę (ofiara wypadku), co sprawia, że lekarz przejmuje rolę agenta swego pacjenta, działając w najlepszej wierze na korzyść pryncypała³. Klient ma wybór między jednym czy drugim produktem, ale pacjent zdany jest na diagnozę lekarza, co generuje zaufanie i konieczność zdania się na jego wskazówki w kwestii wyboru terapii i kosztów leczenia. W tym miejscu pojawia się problem etyki lekarskiej, polegający na właściwym leczeniu i adekwatnym doradztwie i uczciwym wyborze procesu leczenia, który nie będzie generował niepotrzebnych kosztów na nieuzasadnione procedury i kreujących nienależne przychody po stronie usługodawcy medycznego. Odnosząc się do kwestii kosztów, powstaje również pytanie, kto zapłaci za leczenie pacjenta, który winien być poddany terapii, a nie ma środków na leczenie. Drugą istotną cechą rynku zdrowia jest niepewność co do czasu wystąpienia problemu zdrowotnego, zakresu leczenia, skutków ubocznych i efektu końcowego. Konsumencki zakup nowej motorówki wiąże się z sytuacją „tu i teraz”. W czasie choroby istotną kwestią staje się nie tylko koszt leczenia lub koszt utraconych bieżących dochodów, ale także sytuacja postępującej niezdolności do pracy, przy jednoczesnej konieczności utrzymania siebie czy rodziny.

Efektom nagromadzenia tak wielu ryzyk jest powstanie instytucji ubezpieczyciela czy innych instytucji działających w obszarze tzw. trzeciej strony (*third party*), a więc płatnika istniejącego poza układem lekarz – pacjent. Instytucja ta gromadzi środki na finansowanie opieki, procedur medycznych, odszkodowań za błędy czy niepowodzenia terapii i umożliwia bezkonfliktową współpracę między pacjentem a lekarzem czy podmiotem, w którym prowadzone jest leczenie, np. szpitalem, ambulatorium czy zakładem opiekuńczym. Ubezpieczyciel, choć działa w interesie ubezpieczonego, posiada własne cele gospodarcze. Korzyści ekonomiczne generuje szpital czy jednostka opiekuńcza, jeśli jej zadaniem jest działalność generująca zysk. Organizacje działalności medycznej przybierać mogą formy prawne, np. firm inwestorskich powołanych do osiągnięcia zysku lub firm nieprofitowych wykonujących swą działalność w oparciu o wolontariat i fundacje

³ S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Economic Analysis in Health Care*, Chichester 2007, s. 48.

Funkcjonowanie szpitali w amerykańskim systemie ochrony zdrowia

Ewa Wichrowska (1954–2015) – ekonomistka; wieloletni pracownik Ambasady Stanów Zjednoczonych w Warszawie; specjalistka oraz autorka publikacji z zakresu prawa medycznego.

Książka stanowi kompleksowe omówienie funkcjonowania szpitali w amerykańskim systemie zdrowia. Jej celem jest wykazanie, że adaptacja amerykańskiego modelu szpitala na gruncie polskim umożliwi polskim szpitalom funkcjonowanie w sposób efektywniejszy ekonomicznie i skuteczniejszy klinicznie. Będą one mogły działać w sieci spełniającej wysokie wymagania technologiczne, medyczne i prawne oraz będą zdolne do współpracy z innymi podmiotami na rynku świadczeń medycznych przy jednoczesnym zachowaniu kontroli państwowego.

Wśród wskazanych w książce rekomendacji postępowania dla polskich szpitali wskazano m.in. na zagadnienia dotyczące:

- administracji i finansów, struktury organizacyjnej i organów zarządzających,
- dokumentacji i komunikacji,
- infrastruktury szpitala,
- ryzyka i błędów medycznych,
- zarządzania ratownictwem,
- dostępu do opieki i ciągłości opieki, określania potrzeb medycznych pacjenta, przebiegu opieki,
- praw pacjenta i rodziny oraz edukacji pacjenta i rodziny,
- zarządzania jakością, doskonalenia opieki i bezpieczeństwa medycznego,
- kontroli infekcji,
- zarządzania obiektem i BHP,
- kwalifikowania i edukacji kadry,
- zarządzania informacją.

Publikacja przeznaczona jest dla dyrektorów i menedżerów szpitali. Powinna także zainteresować pracowników administracji rządowej i samorządowej odpowiedzialnych za organizację i funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia.



9788381248907 W01P01

ZAMÓWIENIA:

INFOLINIA 801 04 45 45, FAX 22 535 80 01
ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUWER.PL
WWW.PROFINFO.PL

CENA 99 ZŁ (W TYM 5% VAT)

ISBN 978-83-8124-890-7



9 788381 248907



Wolters Kluwer