PExD

nextmedica

Patient Experience Design

wprowadzenie do poprawy jakości
i bezpieczeństwa leczenia, w oparciu o doświadczenia
pacjentów i personelu medycznego

Metodologia zgodna ze Standardami Akredytacyjnymi Ministerstwa Zdrowia

Leszek Denkiewicz

Warszawa 2017

© Copyright by Next Medica Sp. z o.o.

PARTNERZY

Stowarzyszenie Higieny Leczniczej SHL

Instytut Profilaktyki Zakażeń scientia et sapientia Fundacja

Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń Zdrowotnych

Partnerzy

Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej

WSPÓŁPRACA W ZAKRESIE
KONTROLI ZAKAŻEŃ

Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa

Fundacja Instytut Profilaktyki Zakażeń

Patient Experience Design – metodologia zgodna ze standardami akredytacyjnymi Ministerstwa Zdrowia

Standardy akredytacyjne 2009

PJ 1 W szpitalu opracowano program działań dla poprawy jakości.
PJ 2 W szpitalu dokonuje się regularnej analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją.
PJ 3 W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów.
PJ 4.1 W oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości w szpitalu prowadzone są projekty poprawy.
PJ 4.2 W szpitalu ocenia się efekty wprowadzonych zmian.
PJ 5.1 W szpitalu identyfikuje się i gromadzi dane na temat zdarzeń niepożądanych.
PJ 5.2 W szpitalu analizuje się zdarzenia niepożądane dotyczące pobytu pacjentów.
PJ 5.3 W szpitalu wykorzystuje się wnioski z przeprowadzonych analiz zdarzeń niepożądanych.
CO 8 W szpitalu prowadzi się okresową analizę przyczyn odmów hospitalizacji.
KZ 1.1 W szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń.
KZ 2 W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń.
KZ 2.2 W szpitalu prowadzona jest walidacja danych o zakażeniach.
KZ 4 Kierownictwo i personel szpitala regularnie zapoznają się z wynikami monitorowania zakażeń.
ZA 12 Przebieg i skutki zabiegów są analizowane.
LA 2 W szpitalu prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych.
LA 4 W laboratorium prowadzona jest kontrola jakości wykonywanych oznaczeń.
ZO 5 Dyrekcja wspiera i promuje zarządzanie przez jakość i działania dla poprawy jakości opieki.
ZO 10 Osoby zarządzające są przeszkolone w zakresie zarządzania jakością.
ZZ 5.3 Plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością.

Standardy akredytacyjne 2015

Dla podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne: w trybie hospitalizacji jednego dnia lub w trybie hospitalizacji w podmiotach do 50 łóżek lub w podmiotach wąskoprofilowych

PJ 1 Podmiot prowadzi ocenę wybranych parametrów jakości.
PJ 1.2 Podmiot analizuje powtórne zabiegi.
PJ 1.3 Podmiot analizuje przyczyny zgonów okołozabiegowych.
PJ 2 Podmiot posiada kadrę przygotowaną do doskonalenia jego działalności.
PJ 2.1 W podmiocie funkcjonuje komitet / zespół ds. jakości.
PJ 2.2 Kadra zarządzająca posiada wiedzę o metodach doskonalenia organizacji.
PJ 3.1 Wybrane elementy działalności podmiotu są stopniowo doskonalone.
PJ 3.1 Ocena jakości jest wykorzystywana do identyfikacji problemów wymagających poprawy.
PJ 3.2 Podmiot priorytetyzuje problemy wymagające poprawy.
PJ 3.3 Programy poprawy realizowane są zgodnie z metodologią poprawy jakości.
PJ 3.4 Personel zna postępy w realizacji programów poprawy.
BO 1.3 Podmiot minimalizuje ryzyko wystąpienia błędów w wyniku zmęczenia personelu.
BO 3 Podmiot zapewnia pacjentowi szybką pomoc w przypadku wystąpienia poważnego powikłania lub zdarzenia niepożądanego.
BO 5 Zdarzenia niepożądane występujące w podmiocie są analizowane.
BO 5.1 Podmiot prowadzi analizę przyczynowo - skutkową poważnych zdarzeń niepożądanych.
BO 5.2 Personel medyczny prowadzi okresową analizę zdarzeń niedoszłych (niedokonanych) i zdarzeń niepowodujących szkody.
KP 2 Podmiot analizuje stosowaną praktykę kwalifikacji pacjentów.
KP 6.2 W podmiocie prowadzi się okresową analizę przyczyn długiego oczekiwania na wykonanie świadczeń.
LA 4 Laboratorium prowadzi kontrolę jakości wykonywanych badań.
DO 5 Pracownia podmiotu prowadzi analizę badań powtórzonych.
ZA 10 Przebieg i skutki wykonywanych znieczuleń są analizowane.
KZ 7 Zakażenia i ich zwalczanie są monitorowane.
ZP 1.3 Kadra zarządzająca szkoli personel z zakresu systemów jakości.
ZP 1.4 Kadra zarządzająca szkoli personel z zakresu minimalizacji ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych i ich skutków.
ZP 2 Podmiot posiada spójną i zrozumiałą dla personelu strategię i buduje kulturę organizacyjną.

Wstęp

Prowadzenie projektów poprawy jakości w ochronie zdrowia może być procesem, który sprawi wiele satysfakcji osobom w niego zaangażowanym. Żeby tak się stało, musi on być jednak prowadzony w oparciu o metodologię, która przed wdrożeniem w całej organizacji zagwarantuje, że wprowadzona zmiana jest możliwa do realizacji i przynosi poprawę. Co się może stać, kiedy wprowadzamy zmianę, która nie zadziała lub okaże się zmianą na gorsze? Przede wszystkim możemy pogorszyć efekty leczenia, ale również nietrudno domyślić się reakcji personelu medycznego, kiedy po takim wdrożeniu inspektor ds. jakości pojawi się z nowym projektem.

Wprowadzanie zmian w zasadach leczenia jest procesem bardzo złożonym. Wymaga przełamania naturalnego oporu dokonywania zmian w rutynowo wykonywanych i z tego powodu komfortowych oraz bezpiecznych, aktualnych procesach. Dodatkowym utrudnieniem są problemy systemowe służby zdrowia. Należą do nich przede wszystkim zbyt niskie finansowanie, niedobory co do liczby personelu medycznego oraz biurokratyzacja procesu leczenia. Czy to oznacza, że nie jesteśmy w stanie poprawiać jakości i bezpieczeństwa leczenia? Jestem przekonany, że jest to możliwe, tylko każdy musi szukać dróg ich poprawy w zakresie swoich obowiązków i swojej odpowiedzialności zawodowej. W planowanie i realizację tego procesu musi być zaangażowany cały personel medyczny, administracyjny odpowiedzialny za nadzór nad jakością leczenia oraz kadra zarządzająca placówki leczniczej. Jest to warunkiem powodzenia realizowanych projektów poprawy.

Przedstawiamy Państwu metodologię opartą w głównej mierze na User Experience Design (UX). Jest to metoda przygotowywania nowych lub poprawiania istniejących produktów i usług, oparta na analizie potrzeb i oczekiwań użytkowników. Po odpowiednim dostosowaniu i dzięki swojej uniwersalności, skalowalności i łatwemu wdrażaniu, UX może być i jest z powodzeniem wykorzystywany w efektywnych procesach poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia. Opracowana przez nas metodologia Patient Experience Design, składa się z trzech etapów: diagnozy i przygotowania projektu, testowania i mierzenia rezultatu oraz wdrożenia w całej organizacji. W ten sposób ogranicza się losowość dokonywanych zmian, ułatwia znalezienie słabych punktów i minimalizuje ryzyko.

Zapraszam do lektury.

Leszek Denkiewicz

„Patient Experience” [1]

Widziany z perspektywy **pacjenta**, ukształtowany przez **kulturę placówki** leczniczej, rezultat wszystkich **zdarzeń**, występujących podczas **procesu leczenia**.

[1] Opracowanie własne na podstawie: The Beryl Institute, www.theberylinstitute.org

Patient Experience Design

wprowadzenie do poprawy jakości
i bezpieczeństwa leczenia, w oparciu o doświadczenia
pacjentów i personelu medycznego

- Diagnoza i przygotowanie projektu
- Testowanie i mierzenie rezultatu
- Wdrożenie w całej organizacji

Diagnoza i przygotowanie projektu

1 Cele poprawy jakości w opiece zdrowotnej [1]

Bezpieczeństwo
Eliminacja występowania zdarzeń niepożądanych.

Efektywność
Świadczenie opieki w oparciu o dowody naukowe (Evidence Based Medicine). Unikanie nieskutecznych lub mało skutecznych procedur, występujących np. z powodu rutyny.

Koncentracja na pacjencie
Opieka oparta na doświadczeniach i potrzebach pacjenta. Wysłuchanie ze zrozumieniem, jasna komunikacja i angażowanie pacjenta.

Terminowość
Redukcja czasu oczekiwania na opiekę przez pacjentów. Skrócenie czasu osiągania gotowości do świadczenia opieki przez personel medyczny.

Wydajność
Redukcja marnotrawstwa materiałowego i sprzętowego.

Równość dostępu
Zapewnienie sprawiedliwego i równego dostępu dla wszystkich grup społecznych i narodowościowych, bez względu na popularność, zamożność czy pochodzenie.

2 Liderzy poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia

Personel medyczny: lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy, diagności i pozostali członkowie personelu medycznego są bezpośrednio odpowiedzialni za jakość i bezpieczeństwo leczenia. To oni najlepiej wiedzą, w jakich obszarach nie osiągają możliwych do uzyskania efektów leczenia lub które procesy nie działają prawidłowo. Bardzo ważne, by placówki lecznicze swoją kulturą pracy, kreowały inicjatorów projektów poprawy jakości spośród personelu medycznego.

Specjaliści odpowiedzialni za jakość leczenia: kontrolerzy jakości, osoby odpowiedzialne za szkolenia, członkowie zespołów ds. zakażeń czy inspektorzy BHP są odpowiedzialni za prowadzenie procesów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia. To od ich wiedzy, doświadczenia i umiejętności interpersonalnych zależy powodzenie prowadzonych projektów poprawy.

Kadra zarządzająca: od zaangażowania i wsparcia w projekty poprawy jakości członków zarządów, dyrektorów medycznych, naczelnych pielęgniarek, ordynatorów i pielęgniarek oddziałowych zależy skuteczność realizowanych projektów. To ich postawa, w głównej mierze, kształtuje kulturę pracy placówki skoncentrowanej na potrzebach pacjenta oraz stałej poprawie jakości i bezpieczeństwa leczenia.

---

[1] Opracowanie własne na podstawie: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine Washington, DC, USA: National Academies Press; 2001

3 Zespół projektowy

Odpowiednia wielkość zespołu
musi on uwzględniać udział przedstawicieli wszystkich grup zawodowych uczestniczących w danym procesie.

Zaangażowanie pacjentów
zawsze, jeśli jest taka możliwość i zmiana dotyczy bezpośrednio pacjentów. Pominięcie doświadczeń pacjenta może zadecydować o niepowodzeniu projektu.

Wybór kierownika zespołu
jest to rola kluczowa dla powodzenia projektu. Kierownik powinien cieszyć się autorytetem, mieć wiedzę i umiejętności pozwalające na koordynowanie projektu. Często jest to osoba odpowiedzialna za jakość leczenia lub pomysłodawca zmiany, którą chcemy osiągnąć.

Zaangażowanie decydenta
osoby, która będzie miała bezpośredni wpływ na decyzję o wdrożeniu proponowanej zmiany w całej organizacji.

Wstępne rozpisanie projektu w czasie i przydział zadań
najlepiej z wykorzystaniem wykresu Gantta.

4 Ustalenie celu, który próbujemy osiągnąć

Maksymalnie konkretny
jednoznacznie liczbowo określający efekt, jaki chcemy uzyskać

Zdefiniowany w czasie
określający datę rozpoczęcia i zakończenia projektu

Wymierny
dający możliwość pomiaru wprowadzanych zmian i stopnia realizacji celu

Określający grupę docelową
pacjentów lub część systemu, którego zmiana będzie dotyczyła

Określenie wartości początkowej
linii bazowej, w stosunku do której będziemy mierzyli wielkość zmiany

5 Ustalenie, co możemy zmienić, żeby osiągnąć poprawę

Analiza przyczyn
wystąpienia zdarzenia niepożądanego
(Root Cause Analysis – RCA)

Research
internetowy – krajowy i zagraniczny

UX

Obserwacja
uczestników procesu, którego dotyczy zmiana

Tworzenie mapy procesu,
którego dotyczy zmiana

UX

Ankiety, wywiady i spotkania
z pacjentami lub przedstawicielami grupy, której dotyczy zmiana

Organizacja warsztatu,
którego celem jest ustalenie, co możemy zmienić, bazując na doświadczeniach i kreatywności uczestników procesu

UX

Tworzenie Person
spersonalizowanych, standardowych przedstawicieli procesu, którego dotyczy wprowadzana zmiana; w zależności od procesu może to być pacjent lub personel medyczny

UX

Nagranie wywiadów
z pacjentami i ich grupowa analiza

Burza mózgów
z uczestnikami procesu, ekspertami lub znajomymi

Współpraca
z innymi placówkami

Testowanie i mierzenie rezultatu

1 Planowanie testów i ewaluacja procesów

Testowanie zmiany
jak najprostsze, na jak najmniejszej grupie.
Ważne jest, żeby prowadzone testy
pokazywały personelowi, że zmiana może być skutecznie
wprowadzona do codziennej praktyki.

Duża ilość krótkich i powtarzających się testów
oraz obserwacji lub wykorzystanie standardowo
zbieranych danych.
Cykl testowy wg E. Deminga, Plan-Do-Study-Act

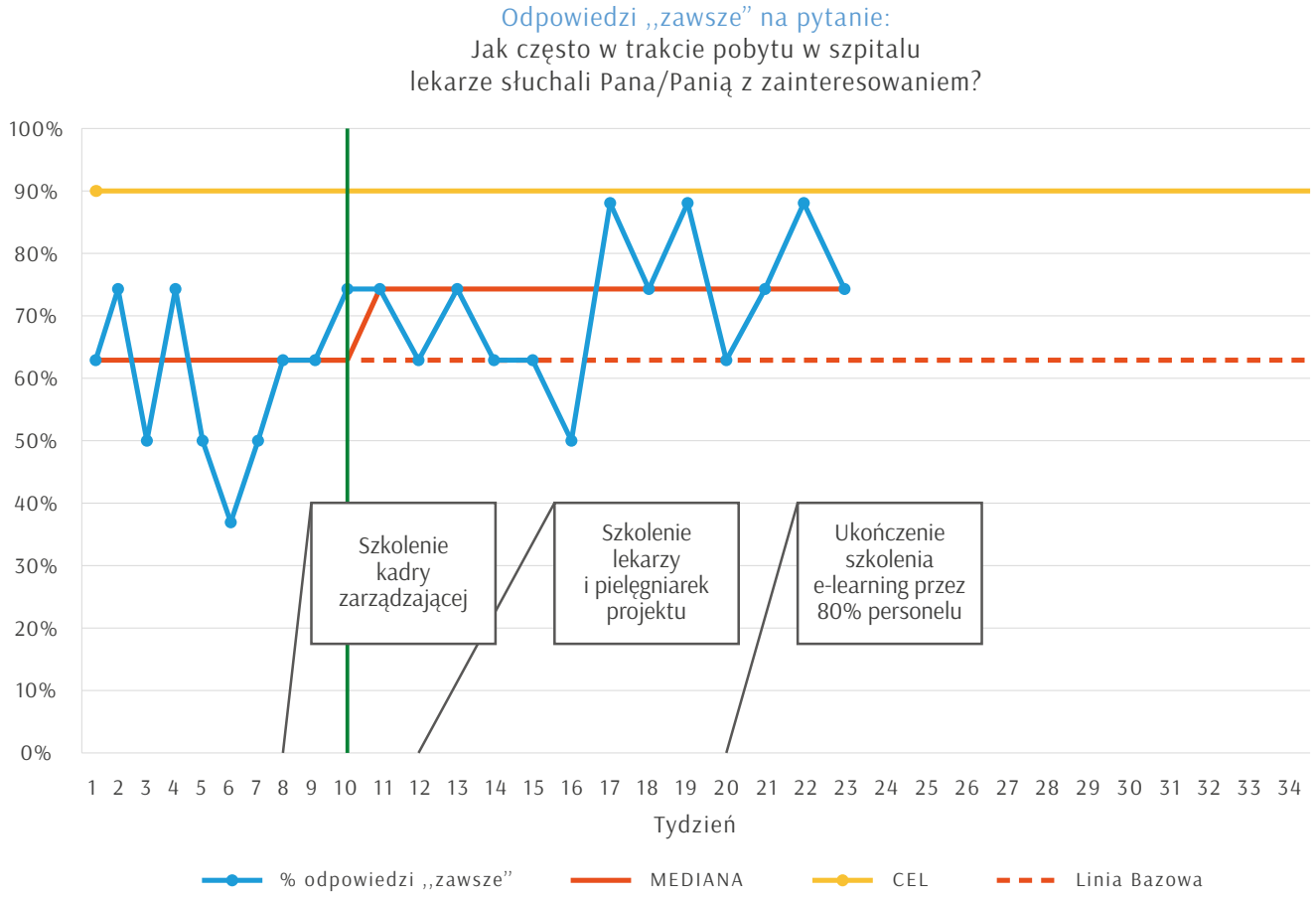
Każdy następny cykl testowy
powinien stabilizować bazę testową i zwiększać
skalę testów.

Zbieranie ilości danych niezbędnych
do przejścia do następnego cyklu testów.
Nie zbieramy więcej danych. Na podstawie zebranych danych
nie będziemy prowadzić badań naukowych.

Udowodnienie, że zmiana przynosi poprawę lub jej brak.

Analiza i prezentacja wyników testów zmiany

z wykorzystaniem między innymi: wykresu analizy wyniku w czasie (run chart), wykresu kontrolnego (control chart), karty kontrolnej, mapowania procesu, diagramu Pareto, mapy ważności (priority matrix), diagramu Ishikawy, histogramu, wykresu rozrzutu, schematu blokowego.



Główne typy wskaźników pomiaru zmiany

Wyniku leczenia – co chcemy osiągnąć, dzięki wprowadzonej zmianie? Pomiar wpływów zmiany na wynik leczenia pacjentów (np. zmiana poziomu hemoglobiny glikowanej u chorych na cukrzycę) lub zmiany systemu (np. ilość błędów w farmakoterapii na 1000 podań).

Procesu – czy proces po zmianie będzie prowadzony zgodnie z obowiązującymi zasadami (np. czy mamy wystarczającą i zgodną z zaleceniami ilość godzin przeznaczonych na wizyty pacjentów lub czy proces leczenia pacjenta przebiega według planu i oparty jest o ,,evidence based medicine''?).

Równowagi systemu – sprawdzenie, czy zmiana nie ma negatywnego wpływu na inne składniki sytemu (np. skrócenie średniego czasu pobytu pacjenta w szpitalu może spowodować większą liczbę powtórnych hospitalizacji).

Ostateczne rozpisanie projektu w czasie

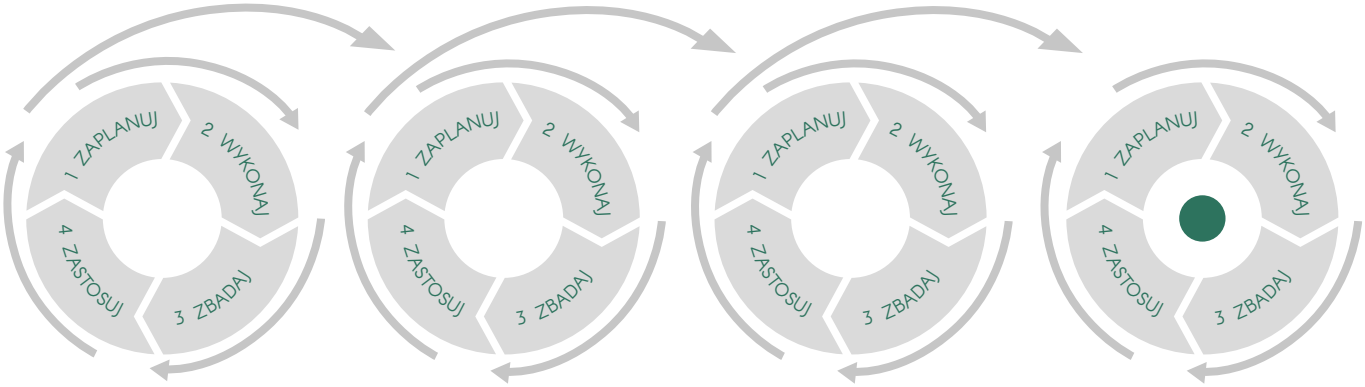
2 Cykl testowy PDSA (plan, do, study, act)[1]

1 Zaplanuj
testy lub obserwacje uwzględniając zasady i osoby zbierające dane.

2 Wykonaj
Prowadzenie testów zgodnie z przygotowanym planem, rozpoczynając od jak najmniejszej skali. Obserwacja, zbieranie danych do analizy i spisywanie uwag uczestników testów.

3 Zbadaj
Opracowanie i analiza wyników przeprowadzonych testów pod kątem zmiany lub jej braku.

4 Zastosuj
Podjęcie decyzji przez zespół projektowy bazującej na wynikach przeprowadzonej analizy: modyfikacja proponowanej zmiany, zwiększenie skali następnego cyklu testowego lub zakończenie testów.



Cykle testowe POWTARZANE są do momentu uzyskania przekonujących wyników ewaluacyjnych - zmiana przynosi POPRAWĘ lub jej brak.

[1] Opracowanie własne na podstawie cyklu ciągłego ulepszania, opracowanego przez Williama Edwardsa Deminga.

3 Podjęcie decyzji o wdrożeniu zmiany

Spotkanie całego zespołu projektowego

łącznie z osobą decyzyjną.
Prezentacja wyników testu i sformułowanie zaleceń do podjęcia decyzji o wdrożeniu lub odrzuceniu zmiany.

Podjęcie decyzji, co do wdrożenia

przez osoby odpowiedzialne, zgodnie z zasadami obowiązującymi w organizacji.

Wystosowanie odpowiedniego komunikatu

W przypadku decyzji negatywnej –
omówienie rezultatów i przedstawienie powodów odrzucenia proponowanej zmiany. Komunikacja musi być zrozumiała i skuteczna.

Wdrożenie w całej organizacji

1 Planowanie wdrożenia

Opracowanie planu wdrożenia
z uwzględnieniem komunikacji wewnętrznej, szkoleń, etapów prac oraz z rozpisaniem wdrożenia w czasie.

Przygotowanie prezentacji i plakatów z wynikami testu zmiany
z wykorzystaniem elementów graficznych i wykresów.

Opracowanie komunikacji wewnętrznej,
spotkanie z ordynatorami i pielęgniarkami oddziałowymi, plakaty, spotkania z personelem, informacje podczas odpraw. Zapoznanie wszystkich uczestników zmienianego procesu z efektami testów i wytłumaczenie im zasadności zmiany.

Opracowanie zasad mierzenia efektów wdrożenia zmiany
z uwzględnieniem wskaźników równowagi systemu.

Przygotowanie dokumentów wprowadzających zmienioną procedurę lub inne procesy
Zarządzenia dyrekcji, uchwała zgodnie z zasadami obowiązującymi w organizacji.

2 Wdrożenie zmiany

Realizacja planu wdrożenia.

Kontrola realizacji nowych procedur lub procesów
Obserwacja, ankieta, wywiad z uczestnikami procesu, przegląd dokumentacji medycznej.

Mierzenie efektów wdrożonej zmiany.

Szkolenia organizacyjne dotyczące nowych, zmienianych procesów.

Szkolenia merytoryczne
niezbędne w przypadku wprowadzania nowych procedur medycznych (np. nowe zasady farmakoterapii przy leczeniu bólu).

Komunikacja wewnętrzna
z prezentacją efektów wdrożonej zmiany.

Komunikacja zewnętrzna
skierowana do pacjentów i/lub pozostałych placówek oraz personelu medycznego. Publikacje na stronie internetowej placówki, artykuły, wykłady i prezentacje w trakcie konferencji i kongresów, udział w sesjach plakatowych.

3 Wdrożenie zmiany w większej skali

W przypadku uzyskania bardzo dobrych efektów wdrożonej zmiany, liderzy powinni zaangażować się w jej propagowanie oraz pomóc we wdrożeniach w innych organizacjach.

Projekty szczególne

Prowadzenie projektów poprawy jakości wymaga każdorazowej analizy w celu wyboru właściwych metod i konkretnych działań, gwarantujących skuteczną realizację. Każdy projekt jest inny. Różnią się również placówki lecznicze, w których projekty te są prowadzone. Mimo tych różnic, pewne rzeczy muszą jednak pozostać niezmienne. Nie można pominąć tych elementów, dzięki którym uzyskuje się pewność, że wprowadzana zmiana jest możliwa i przyniesie poprawę.

Są również projekty, które musimy wdrożyć - np. ze względu na przepisy prawa. Przykładem może być „Okołooperacyjna Karta Kontrolna" albo, powszechnie wdrażana, proponowana przez WHO „Instrukcja Mycia Rąk". W tym przypadku działania projektowe powinny skupić się na skutecznym wdrożeniu przepisów, kontroli realizacji procesu oraz mierzeniu efektów.

Poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia placówki mogą dokonywać również poprzez udział w projektach realizowanych przez zewnętrze organizacje. Przykładem mogą być tutaj inicjatywy, takie jak: „Szpital bez bólu" lub „Dobre relacje z pacjentem".

Autor

Leszek Denkiewicz

Organizator szkoleń i konferencji medycznych. Prowadzi szkolenia z zakresu zarządzania projektami poprawy jakości leczenia. Ukończył kursy organizowane przez Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, USA: „Leading Quality Improvement", „Testing and Measuring Changes with PDSA Cycles", „Responding to Adverse Events", „Root Cause and Systems Analysis" i wiele innych. Pomysłodawca projektu „Dobre relacje z pacjentem", koordynator portalu edukacyjnego dla personelu medycznego „LeczBól.pl". Dyrektor biura Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Ciężkich Krwotoków. Prezes firmy Next Medica.

nextmedica

© Copyright by Next Medica Sp. z o.o. Warszawa 2017

Wszelkie treści zamieszczone w niniejszej publikacji podlegają ochronie prawnej na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity z 2006 r., Dz.U. nr 90, poz. 631 z późn. zm.). Bez zgody autora zabronione jest m.in. powielanie treści, ich kopiowanie, przedruk i przetwarzanie z zastosowaniem jakichkolwiek środków elektronicznych, zarówno w całości, jak i w części.

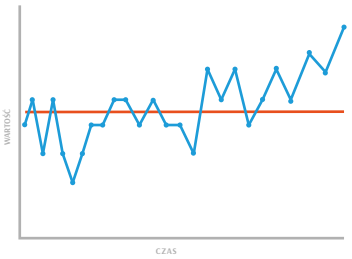
Zabronione jest dalsze rozpowszechnianie, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt ustawy, z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

Cytowanie dozwolone jest jedynie z podaniem źródła tj: „Patient Experience Design. Wprowadzenie do poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia w oparciu o doświadczenia pacjentów i personelu medycznego. Leszek Denkiewicz. © Copyright by Next Medica Sp. z o.o. Warszawa 2017”

Opracowanie graficzne: Aleksandra Ptaszyńska

NASZE PROJEKTY

Patient Experience Design
www.nextmedica.pl



- szkolenie dla kadry zarządzającej - „Rola kadry zarządzającej szpitala w realizacji projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia”
- szkolenie dla kadry ds. jakości - „Prowadzenie projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia w oparciu o doświadczenia pacjentów i personelu medycznego”
- audyt placówki leczniczej „Prowadzenie leczenia skoncentrowanego na potrzebach pacjenta”
- wdrożenia w placówkach leczniczych metodologii prowadzenia projektów poprawy jakości
- konsultacje i doradztwo

Dobre Relacje z Pacjentem
www.dobrerelacjezpacjentem.pl

Dobre Relacje
z pacjentem

- kurs e-learning „Zasady komunikacji interpersonalnej z pacjentem”
- warsztaty dla personelu medycznego „Praktyczne aspekty budowania relacji z pacjentem”
- warsztaty dla kadry zarządzającej „Opieka skoncentrowana na potrzebach pacjenta warunkiem budowania relacji oraz poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia”
- wdrożenia w placówkach leczniczych ciągłego monitoringu opinii pacjentów
- certyfikacja placówek leczniczych „Dobre relacje z pacjentem”

Lecz Ból
www.leczbol.pl

LECZBÓL.PL

- prowadzenie szkoleń zaliczających do certyfikatu „Szpital bez bólu”
- akredytacja Polskiego Towarzystwa Badania Bólu
- kurs e-learning dla lekarzy i pielęgniarek „Ostry ból pooperacyjny”
- kurs e-learning dla lekarzy „Ból przewlekły”

Krwotoki
www.krwotoki.org

- organizacja szkoleń, konferencji i kongresów
- kurs e-learning ,,Aspekty kliniczne hemostazy”
- stała współpraca ze Stowarzyszeniem na Rzecz Leczenia Ciężkich Krwotoków

nextmedica

Kontakt

Next Medica Sp. z o.o.
ul. Kruszyńska 31
01-365 Warszawa

Telefon: +48 665 285 300
E-mail: office@nextmedica.pl