



# Jakość głupcze!

Rozmowa z prof. Piotrem Kuną, dyrektorem SPZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi, Menedżerem Roku 2006 w Ochronie Zdrowia



Zarządza pan łódzkim szpitalem od 5 lat. Co udało się panu w tym czasie zrobić?

Całkowicie zmieniłem oblicza szpitala.

Proszę to wyjaśnić.

Szpitalem kieruję relatywnie od niedawna. Z przykrością muszę stwierdzić, że przez poprzednie 25–30 lat niewiele się w nim działo. Gdy obejmowałem kierownictwo, placówka miała zadłużenie sięgające 23 mln zł. To najbardziej lakoniczna definicja stanu, jaki zastałem. Obecnie jednostka ma płynność finansową, a jej przychody w 2005 r. wyniosły blisko 69 mln zł. Wspomniana zmiana oblicza obejmowała niemal wszystkie dziedziny działalności jednostki. Po pierwsze: udało mi się uniknąć drastycznych cięć zatrudnienia, a jednocześnie doprowadzić do porozumienia z pracownikami, w ciągu 3 lat spłacając długi, jakie szpital zaciągnął u dostawców i personelu. Udało mi się także wygospodarować oraz pozyskać środki, dzięki którym z zaniedbanego szpitala placówka zmieniła się w nowoczesne centrum medyczne. Uzyskaliśmy certyfikaty ISO 9001:2000 oraz 14001:1996. Zbudowaliśmy poradnię rehabilitacyjną, doko-

zynając z odsetek. Drugim elementem poprawy stanu finansowego były trudne negocjacje z dostawcami leków czy aparatury. Z wieloma doszedłem do porozumienia (umorzenia części długów czy odsetek). Dotyczyło to także szpitali, które wykonywały dla nas różne badania. Zmniejszyłem zapasy szpitala (głównie leków) o ponad milion złotych, co umożliwiło efektywne obracanie tymi środkami. Przeprowadziłem dokładną analizę wydatków i od samego początku starałem się oszczędzać tam, gdzie było można (np. żeby zmniejszyć zużycie energii elektrycznej, wymieniliśmy 20 tys. zwykłych żarówek 100-watowych na energooszczędne, 20-watowe). Część pracowników szpitala przeszła do firm zewnętrznych (m.in. cała kuchnia i dział żywienia). Zmniejszyło to wydatki na żywienie o blisko milion zł rocznie. Miałem chyba setkę pomysłów. Ograniczone ramy tego wywiadu nie pozwalają na wymienienie nawet niewielkiej ich części.

Dzisiaj wskaźnik płynności finansowej szpitala wynosi 2,73 (jak spółki giełdowe mają wskaźnik 2 są uznawane za bardzo dobre). Czy ma pan także wykształcenie ekonomiczne?

„ Po objęciu funkcji dyrektora nie spałem niemal przez dwa tygodnie i od tamtego czasu cierpię na nadciśnienie. Okazało się, że sukces kosztował mnie sporo zdrowia „

naliśmy termomodernizacji placówki, wyremontowaliśmy część oddziałów klinicznych, wybudowaliśmy blok endoskopowy oraz zakupiliśmy sprzęt i aparaturę medyczną (m.in. najnowszej generacji 64-rzędowy tomograf komputerowy, najnowocześniejszy rezonans magnetyczny, angiograf, dwa aparaty USG, fluoroangiografię, neuronawigację, nowoczesne aparaty EMG i EEG, nóż ultradźwiękowy, całe nowe wyposażenie dla oddziału OIOM i stacji dializ).

W Polsce zadłużonych szpitali jest bardzo dużo. Pan przejął placówkę z 23 mln długu. Czy są jakieś kardynalne działania, pozwalające wydobyć szpital ze spirali długów, a które mógłby pan polecić kolegom-dyrektorom?

Na to pytanie mogę odpowiedzieć, czerpiąc przykład z naszej jednostki. Zadłużony szpital ponosi ogromne koszty obsługi tego zadłużenia. Dlatego pierwszą rzeczą, jaką zrobiliśmy było zawarcie porozumienia z pracownikami (należało rozwiązać problem *trzynastek*, *ustawy 203* oraz dyżurów lekarskich). Zobowiązałem się do spłacenia w ratach długów, ale poprosiłem pracowników o re-

Mój ojciec był menedżerem dużej firmy, zatrudniającej ponad 2 tys. osób. W domu panował swoisty *duch ekonomii*, właściwego zarządzania finansami, począwszy od kieszonkowego, na budżecie domowym skończywszy. Zawsze interesowała mnie też ekonomia (do dzisiaj najchętniej czytam *zielone strony* dziennika *Rzeczpospolita* oraz literaturę ekonomiczną). Nie mam formalnego wykształcenia ekonomicznego. W szpitalu zatrudniam dyrektora finansowego, który jest świetnym fachowcem, oraz kilku radców prawnych. Staram się też przynosić wzorce zarządzania, podpatrzone podczas mojej zagranicznej praktyki.

No właśnie – podróżował pan po świecie, pracował w zachodnich klinikach. Proszę podać przykłady metod zarządzania, które miał pan okazję oglądać na Zachodzie, a które wprowadza pan teraz w kierowanej przez siebie jednostce.

Miałem okazję pracować w szpitalach niemieckich, holenderskich, szwedzkich i amerykańskich. Gdybym, nie licząc się z kosztami, miał skoncentrować się wyłącznie na pacjencie, to



wybrałbym model szwedzki, który w moim odczuciu najlepiej dba o chorego. To, niestety, kosztuje, czego dowodem są kłopoty ekonomiczne systemu ochrony zdrowia w Szwecji. Do Łodzi staram się adaptować model, który podpatrzyłem (bo trudno mówić o jego opanowaniu) w USA, pracując przez 4 lata w szpitalu klinicznym Uniwersytetu Nowojorskiego, a także w trakcie moich wizyt w Mayo Clinic. Szczególnie zafascynował mnie ten drugi szpital, gdzie jakość diagnostyki i leczenia zostały w moim odczuciu doprowadzone do perfekcji. Z nich staram się przenieść na łódzkie realia metody zarządzania. Z jednej strony – zależy mi na nowoczesnym i skutecznym leczeniu, skoncentrowaniu się na potrzebach i oczekiwaniach chorego, z drugiej – muszę pilnować wydatków i dbać o ich maksymalną efektywność. W Szpitalu Barlickiego staramy się szeroko stosować nowoczesne i skuteczne standardy medyczne, ograniczać czas oczekiwania na diagnostykę do niezbędnego minimum, co skraca okres pobytu chorych. Monitorujemy też wszystkie zagrożenia i potencjalne ryzyko dla chorego, któ-

ny – aby przy takich samych środkach, ale przy określonej organizacji pracy, wytyczonych celach i właściwym zarządzaniu i pracy personelem wybić się ponad panujący standard.

**Szpitaly kliniczne mają ostatnio złą prasę – mówi się, że panują w nich feudalne stosunki. Czy nie ma pan kłopotów z kadrami profesorską, o której mówi się, że to naprawdę ona (a nie dyrektor szpitala klinicznego) rządzi placówkami akademii medycznych?**

Trudno jest mi generalizować i odnosić doniesienia prasowe do wszystkich szpitali. Mogę jedynie powiedzieć o szpitalu, którym kieruję. Przede wszystkim organem założycielskim szpitali klinicznych jest uczelnia, czyli rektor. Dyrektor szpitala klinicznego powinien dobrze współpracować z uczelnią i rektorem – to jest podstawa. To przecież w szpitalach klinicznych uczy się medycyny praktycznej. Tak, jak nauczymy naszych studentów, takich będziemy mieli lekarzy. W moim odczuciu w Szpitalu Barlickiego nie można mówić o stosunkach feudalnych, czy o słabej pozycji dyrektora. Dyrektor zarządza szpitalem jednoosobo-

**„ Gdy obejmowałem kierownictwo, szpital miał zadłużenie sięgające 23 mln zł. Obecnie jednostka ma płynność finansową, a jej przychody w 2005 r. wyniosły blisko 69 mln zł „**

re mogą wywołać powikłania i spowodować przedłużenie pobytu w szpitalu i wzrost kosztów leczenia, m.in. zakażenia wewnątrzszpitalne, nosicielstwo potencjalnie groźnych bakterii przez personel medyczny, powstawanie odleżyn i stanów zapalnych przy utrzymywaniu długotrwałych wkłuc dożylnych, upadki chorych i inne. Wymaga to stałego kształcenia personelu i codziennego pilnowania jakości.

**Mamy zapewne wielu dyrektorów, którzy mają podobne doświadczenia, a mimo to zsumowane długi szpitali sięgają (wg różnych źródeł) od 9 do 16 mld zł. Jaka jest tego przyczyna?**

Zgadzam się, że sprawny *management* jest dosyć powszechny, ale niekoniecznie w służbie zdrowia. Dorobiliśmy się tysięcy świetnych menedżerów w różnych dziedzinach gospodarki, ale niewielu w służbie zdrowia. Pragnę też podkreślić, że zarządzanie inaczej wygląda w prywatnym biznesie medycznym, w którym mamy do czynienia z dopływem kapitału. W szpitalach nie ma mowy o kapitale, ale o finansowaniu, które jest takie samo dla wszystkich, dla dobrych i kiepskich szpitali. I tu jest *pies pogrzeba-*

wo i ma możliwości egzekwowania swoich poleceń nawet od profesorów. Część profesorów dokładnie nadzoruje pracę podległego personelu, ale są też tacy, którzy dają pracownikom dużą niezależność. Co jest lepsze? Dla mnie liczy się efektywność pracy i realizacja wyznaczonych zadań. Kadra profesorska jest różna, w większości są to wybitni lekarze i świetni naukowcy, w moim odczuciu bardzo cenni dla szpitala klinicznego. Niestety, dość często są zaabsorbowani wieloma obowiązkami poza szpitalem, dlatego nie poświęcają szpitalowi tyle uwagi, ile powinni. Choć u mnie w szpitalu wszyscy kierownicy klinik są zatrudnieni na etatach ordynatorskich, wyodrębnić można osoby doskonale zarządzające oddziałami mimo licznych obowiązków i takie, które sobie radzą nie najlepiej. Być może dlatego, że część z nich słabo identyfikuje się ze szpitalem? Być może dlatego, że nie potrafią zarządzać oddziałem? W takich sytuacjach staram się pomagać i szukać sposobów na poprawienie efektywności kierowania oddziałem. Prawda jest jednak taka, że szpital kliniczny realizuje liczne zadania (kształcenie studentów i lekarzy, prace naukowe, leczenie chorych), ale nie otrzymuje wystarczających środków. Profesorowie oczekują, że dyrektor szpitala znajdzie na to

» Mój ojciec był menedżerem dużej firmy, zatrudniającej ponad 2 tys. osób. W domu panował swoisty *duch ekonomii*, właściwego zarządzania finansami, poczynając od kieszonkowego na budżecie domowym skończywszy »



wszystko pieniądze, ale w rzeczywistości dostajemy z NFZ takie same pieniądze, jak szpitale powiatowe, czy miejskie, a nasz organ założycielski jest biedniejszy niż powiat czy województwo i nie pomaga nam.

Ze skali mikro przejdźmy do skali makro – do systemu ochrony zdrowia. Pański szpital jest jednostką kliniczną, której narzucono wymogi kształcenia. Tymczasem rektorzy uczelni medycznych nie płacą szpitalom za dydaktykę. Czy wystawia pan rachunek rektorowi łódzkiej uczelni? A jeśli nie, to jak to odbija się na bilansie pana placówki? Czy nie sądzi pan, że ta, dosyć patologiczna w gospodarce rynkowej sytuacja nie powinna ulec zmianie?

Wspomniałem już wcześniej o nierównowadze między wymaganiami i oczekiwaniami, a środkami, jakie otrzymujemy na ich realizację tych wymagań. Mam podpisaną umowę z uczelnią i co roku otrzymuję ok. 200 tys. złotych na pokrycie kosztów kształcenia studentów. Ta suma wynika z wielkości dotacji przekazywanej przez Ministerstwo Zdrowia uczelni, a następnie podzieleniu jej dla szpitali klinicznych w zależności od liczby godzin dydaktycznych. W Szpitalu Barlickiego rocznie odbywa się ponad 200 tys. godzin zajęć dydaktycznych. Otrzymujemy więc mniej niż złotówkę za godzinę nauczania. Czy to wystarcza? Odpowiedź brzmi: nie. Samo utrzymanie auli wykładowej dla 300 słuchaczy i szatni dla studentów kosztuje nas prawie dwa razy więcej, nie wspominając już o kosztach utrzymania kilkunastu sal seminaryjnych i innych pomieszczeń. Ma to negatywny wpływ na koszty działalności szpitala. Moim zdaniem, środki na dydaktykę w wysokości 5 zł za godzi-

nę zajęć (i studenta) powinny być przekazywane wszystkim szpitalom klinicznym, czy to bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia czy też za pośrednictwem uczelni. Taka suma pozwoliłaby na zbilansowanie kosztów i przychodów z tytułu kształcenia studentów.

Co powoduje, że w warunkach permanentnego niedoboru środków człowiek decyduje się na kierowanie szpitalem?

W październiku 2001 r. przekazano szpitale kliniczne uczelniom medycznym razem z zadłużeniem. W tamtym czasie w Szpitalu Barlickiego dług przyrastał o 1 mln zł miesięcznie. Rektor Łódzkiej Akademii Medycznej, znając moje doświadczenia (pracę naukową, wykłady na zachodnich uczelniach itd.) uznał, że jestem osobą, która jeśli czegoś się podejmuje, to doprowadza sprawę do końca. Dlatego złożył mi propozycję prowadzenia jednostki. Moja żona oponowała, natomiast ja, jak każdy mężczyzna, lubię adrenalinę, stres i pracę. Byłem też ciekawy, czy dam sobie radę. Dlatego postanowiłem spróbować. Chcę jednak podkreślić, że po objęciu funkcji dyrektora nie spałem niemal przez dwa tygodnie i od tamtego czasu cierpię na nadciśnienie. Okazało się, że sukces kosztował mnie sporo zdrowia.

Co najbardziej przeszkadza polskiemu dyrektorowi szpitala w jego sprawnym zarządzaniu?

Gorsetem, który ogranicza nasze działanie to status jednostki publicznej. Paradoks działania naszego szpitala polega na tym, że z jednej strony mamy nadwykonania, a z drugiej – wykorzystanie łóżek i potencjału diagnostycznego waha się na poziomie 60 proc. To efekt bardzo niskich kontraktów a tymczasem, gdyby tylko pozwoli-



„ Do Łodzi staram się adaptować model, który podpatrzyłem w USA, pracując przez 4 lata w szpitalu klinicznym Uniwersytetu Nowojorskiego a także w trakcie moich wizyt w Mayo Clinic „

no pobierać nam opłaty, to bez uszczerbku na zdrowiu pozostałych pacjentów mógłbym przyjąć co najmniej 20 proc. więcej chorych. Najgorsze jest to, że politycy zapominają o tym, iż z powodu przyjmowania pacjentów komercyjnych nikt dłużej w kolejce by nie czekał. Jednocześnie zarobione przez szpital pieniądze pozwoliłyby podnieść jakość leczenia chorych, kierowanych do nas przez NFZ. Nasz szpital ma bardzo nowoczesne wyposażenie, którego utrzymanie dużo kosztuje. Mamy liczne certyfikaty jakości. Zatrudniam kadrę lekarską o najwyższych kwalifikacjach. Niestety, dla NFZ nie ma to żadnego znaczenia. Płaci nam za leczenie tyle samo, ile szpitalowi, który ma 10 proc. naszego potencjału i każdy *trudniejszy pacjent* po *odleżeniu* tam kilku dni i tak trafi do nas. Dla mnie to ewidentna niegospodarność i niestety, brak dbałości o dobro przeciętnego chorego. Nie chcę dalej tego wątku kontynuować, bo to wszystko jest efektem decyzji politycznych, a nie merytorycznych wytycznych specjalistów od zarządzania służbą zdrowia. Najzabawniejsze jest jednak to, że gdy któryś z politycznych decydentów zachoruje, to zgłasza się do nas lub do wybranych szpitali warszawskich, a nie tam gdzie np. jest jego najbliższy szpital.

**Czy sądzi pan, że mimo oporów politycznych, mamy szanse w ciągu najbliższych 2–3 lat na częściową komercjalizację usług szpitali publicznych?**

Znając naszych polityków nie przypuszczam, aby doszło do komercjalizacji. Jednocześnie twierdzę, że brak takiej decyzji odbije się czkawką służby zdrowia i całych finansów publicznych. Politycy nie rozumieją, że skromna dopłata, w wysokości, powiedzmy 5 zł miesięcznie (to mniej, niż kosztuje paczka papierosów) za zarejestrowanie się w wybranym przez chorego pozycy w poradni specjalistycznej, w znaczący sposób poratowałaby cały system ochrony zdrowia. Moim zdaniem miałoby to o wiele większe znaczenie dla finansów ochrony zdrowia, niż ciągle podwyższanie składki zdrowotnej, na dystrybucję której i tak pacjent nie ma wpływu.

**Brak współpłacenia nie jest chyba jedyną barierą rozwoju szpitala?**

Drugą jest nierówność w traktowaniu szpitali. W Polsce nikt nie chce płacić za jakość. Nasz szpital zajmuje II miejsce w Polsce w rankingu *Rzeczpospolitej*, od wielu lat jest najlepszym szpitala-

lem w województwie, od kilku lat jest w pierwszej piątce rankingu tygodnika *Wprost*. Jest też wysoko oceniany przez niezależne jednostki, a mimo to wycena punktu jest u nas taka sama, jak w szpitalu, który leczy o wiele gorzej od nas. Najgorsze jednak jest to, że mimo zawarcia kontraktu, NFZ stawia mi ultimatum: *albo podpisuje pan kontrakt, albo będzie pan musiał leczyć do końca lutego 2007 r. wg starych stawek, a po ogłoszeniu nowego konkursu zobaczymy, co będzie się działo dalej*. Tu jednak NFZ czyni zastrzeżenie, że pieniędzy dostaniemy na pewno o wiele mniej niż obecnie. Problem w tym, że od 2000 r. ja ciągle otrzymuję za 1 punkt 10 zł. A ceny przez 6 lat wzrosły o blisko 50 proc. W ten sposób wyczerpałem już wszystkie rezerwy i nie widzę możliwości dalszego obniżenia kosztów bez obniżenia jakości opieki nad chorymi lub bez oszukiwania NFZ. Tylko, że ja na nic takiego nie zgody się.

**Ciągle mówi się o stworzeniu koszyka, sieci szpitalnej... Czy realizacja tych programów wywoła rewolucję w finansowaniu placówek służby zdrowia?**

Jestem zwolennikiem kilku pomysłów ministra Religi (wśród nich leczenia ofiar wypadków ze składki OC). Uważam, że konieczne jest wprowadzenie doubezpieczeń (np. na listę leków, których nie refunduje NFZ), które ułatwią dostęp do najnowszych, nier refundowanych leków. Co do koszyka – w wielu krajach Europy i USA wyceniono koszt ludzkiego życia i dlatego tam podejmuje się ratowanie życia, gdy ma ono rokowania na sukces. Koszyk powinien obejmować te świadczenia, które ratują ludzkie życie i mają udowodniony wpływ na poprawę jego jakości i długości. Dzisiaj w Polsce stosujemy heroiczne i kosztowne procedury podtrzymujące życie w warunkach, o których my lekarze, wiemy, że nie uratują one pacjenta cierpiącego na nieuleczalne śmiertelne schorzenia. Popieram także pomysł ze stworzeniem sieci szpitalnej. Diabeł jednak tkwi w szczegółach, pomysł jest dobry, ale powstaje pytanie: jaki będzie kształt ustawy i rozporządzeń regulujących jej funkcjonowanie? W naszym kraju mamy wiele przykładów dobrych pomysłów i ich fatalnej realizacji, a prawo jest na ogół psute na etapie prac w Sejmie i w Senacie. To wskazuje, że sam pomysł ministra Religi i opracowanie ustawy przez rząd nie gwarantuje sukcesu.

**Czy w zarządzaniu szpitalem w Łodzi popełnił pan jakiś kardynalny błąd?**

Moje zarządzanie na początku było trochę intuicyjne. Nie wiedziałem jak zmienią się przepisy, czym zaskoczy nas parlament i Ministerstwo Zdrowia. Wiedziałem, że trzeba inwestować w jakość i wysoki poziom kadry medycznej. Dotychczasowe działania w szpitalu były rozwojem ekstensywnym, opartym na znalezieniu i wykorzystaniu istniejących rezerw. Z moich planów zrealizowałem 20 proc. Pozostałe 80 proc. jest przede mną. Jednak, aby dalej rozwijać placówkę, będziemy musieli zdobyć środki finansowe z zewnątrz. Wiem, że to może stać się barierą dalszego, zaplanowanego przeze mnie, rozwoju. Problem bowiem polega na tym, że nie ma w Polsce żadnego planu rozwoju sieci szpitali. Szpitale powstają w miejscach, w których nie są potrzebne. Inwestuje się w aparaturę, która i tak nie będzie wykorzystana. Nie wykorzystuje się już posiadanych zasobów. Marnotrawstwo jest gigantyczne i nikt nad tym nie panuje, nie ma żadnej wizji ani planu dla całego kraju. Dostrzegam to i boleję nad tym. Uważam, że poprawa zarządzania zasobami służby zdrowia mogłaby uwolnić nawet 15–20 proc. środków, jakie wydajemy w Polsce na leczenie.

**Pana strategicznym celem jest doprowadzenie do sytuacji, w której Szpital im. Barlickiego będzie najlepszą jednostką w Polsce. Czy nie obawia się pan, że taka deklaracja przysporzy panu wrogów, którzy zrobią wszystko, aby Kunie się nie udało?**

Jestem bardzo pozytywnie nastawiony do świata. Mam dobre relacje z urzędnikami ministerstwa (np. z podsekretarzem stanu Wacławą Wojtałą, którą niezwykle cenię) i pracownikami NFZ. Natomiast z kolegami-dyrektorami mogę się ścigać, ale na pewno nie będę szkodzić i liczę na wzajemność. A nasza jednostka obroni się, nie dzięki mnie, ale dzięki pacjentom, którzy w sytuacji, gdy *pieniądze będą szły za chorym*, spowodują, że Szpital im. Barlickiego będzie miał o wiele większe środki i stanie się najlepszą placówką w Polsce.

**Nikt nie jest doskonały. Jakie wady ma prof. Kuna?**

Ciągle piszę recenzje, prace naukowe czy rozdziały różnych książek i ciągle spóźniam się, nie dotrzymuję terminów. Drugą wadą, wyni-



„ Najzabawniejsze jest jednak to, że gdy któryś z politycznych decydentów zachoruje, to zgłasza się do nas, lub do wybranych szpitali warszawskich, a nie tam, gdzie np. jest jego najbliższy szpital ”

kającą z dyrektorowania szpitalem, jest brak czasu dla rodziny.

**Naukowiec, dyrektor, lekarz, negocjator. Jak udaje się panu pogodzić te role z funkcją ojca i męża?**

To kwestia organizacji oraz umiejętności pracy w każdej sytuacji i momencie (za biurkiem i w pociągu). Największy problem stwarzają zaproszenia i spotkania, które staram się ograniczać do niezbędnego minimum – chodzę tam, gdzie mam coś do powiedzenia oraz sam się czegoś dowiem (niestety, większość takich konferencji jest dosyć jałowych). Dla rodziny w 100 proc. poświęcam urlop, na którym nie pracuję i od świtu do nocy spędzam go z dziećmi oraz żoną Małgorzatą, która jest także lekarzem i bez przerwy się dziwi, skąd czerpię siły

na robienie tego wszystkiego. Mam oczywiście kontakt ze szpitalem, ale przypominam, że moją rolą jest kreowanie wizji i idei, a od ich wdrażania na ponad 1 tys. zatrudnionych w jednostce, mam dziesięciu najbliższych współpracowników.

**Jak pan odreagowuje stres, walczy ze swoim nadciśnieniem oraz ciśnieniem codziennego wysiłku?**

Wstaję o godz. 6, zazwyczaj rano rozmawiam z synem i odwożę go do szkoły. To świetne lekarstwo na stres – rozmowa z dzieckiem. Kiedy wracam do domu wieczorem jest tak późno, że on już śpi. Poza tym uprawiam sport – pływanie, tenis i jazdę na nartach. To pozwala mi obniżyć ciśnienie, i dalej kierować szpitalem.

Rozmawiał Jacek Szczęsny

# Menedżer Zdrowia Prenumerata 2007

Wśród osób, które do 30 listopada br.  
zamówią roczną prenumeratę *Menedżera Zdrowia*  
rozlosujemy nagrody!



Od 2007 r. tylko dla prenumeratorów  
bezpłatny dostęp do ok. 7000 art. w Internecie

~~130,00 zł~~ – 80,00 zł za 10 numerów w 2007 r.

[www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)



Czasopismo można zamówić: / dzwoniąc: +48 61 822 77 81 w. 24 / wysyłając faks: +48 61 822 77 81 w. 21 /  
wysyłając e-mail: [prenumerata@termedia.pl](mailto:prenumerata@termedia.pl)

Wydawnictwo Termedia, ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań, tel./faks +48 61 822 77 81, [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)