

XIV KONGRES  
UZDROWISK POLSKICH  
12-15 MAJA 2005

Publikacja dofinansowana ze środków  
Ministerstwa Gospodarki i Pracy w Warszawie

XIV KONGRES  
UZDROWISK POLSKICH  
12-15 MAJA 2005

Tradycja i nowoczesność  
– dwa oblicza lecznictwa uzdrowiskowego

Kołobrzeg 2005

Biuletyn wydany przez:

Stowarzyszenie Gmin Uzdrawiskowych RP  
33-380 Krynica-Zdrój, ul. Piłsudskiego 35/4  
tel. (018) 477 74 50; fax (018) 477 74 51  
[www.sgurp.pl](http://www.sgurp.pl); [sgurp@krynica.pl](mailto:sgurp@krynica.pl)

REDAKCJA

Jan Golba

Katarzyna Rymarczyk-Wajda

FOTOGRAFIE

Archiwum SGU RP

DTP

Hanna Bartkiewicz

DRUK

DRUKMAR

ISSN 1427-0900

## PATRONAT HONOROWY

**Marek Balicki** – Minister Zdrowia

**Jacek Socha** – Minister Skarbu Państwa

**Jacek Piechota** – Minister Gospodarki i Pracy

## ORGANIZATORZY

Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP

Izba Gospodarcza „Uzdrowiska Polskie”

Unia Uzdrowisk Polskich

## GOSPODARZE

Uzdrowisko Kołobrzeg S.A.

Urząd Miasta Kołobrzeg



Powitanie gości kongresowych przez Kołobrzeską Orkiestrę Zdrojową.

Otwarcie XIV Kongresu Uzdrowisk Polskich.

Przemawia **Jan Golba** – Prezes Zarządu Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP.

Od lewej; **Wojciech Gucma** – Prezes Zarządu Unii Uzdrowisk Polskich,

**Kazimierz Tatur** – Prezes Zarządu Uzdrowisko Kołobrzeg S.A.,

**Henryk Bieńkowski** – Prezydent Kołobrzegu, Członek Zarządu SGU RP,

**Jolanta Sielicka** – Prezes Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie”





Goście i uczestnicy XIV Kongresu Uzdrowisk Polskich.

Od lewej: **Danuta Michalczak** – Dyrektor Biura Ministra Zdrowia, **Piotr Komornicki** – Burmistrz Iwonicza-Zdroju, Wiceprezes Zarządu SGU RP, **Tadeusz Burzyński** – Dyrektor Instytutu Turystyki w Krakowie, **Elżbieta Wyrwicz** – Dyrektor Departamentu Turystyki w MGiP, **Diana Dryglas** – Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, **Wojciech Kodłubański** – Wiceprezes Polskiej Organizacji Turystycznej, **Zdzisław Krasieński** – Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, **Irena Jędrzejczyk** – Samodzielny Zakład Turystyki i Rekreacji AWF Katowice.





MINISTER ZDROWIA  
MZ-BM-005/51/ACH/05

Warszawa, 11.05.2005 r.

Pan Jan Golba  
Prezes Zarządu Stowarzyszenia  
Gmin Uzdrawiskowych RP

Pani Jolanta Sielicka  
Prezes Zarządu Izby Gospodarczej  
„Uzdrowiska Polskie”

Pan Dr Wojciech Gucma  
Prezes Zarządu Unii Uzdrawisk Polskich

*Szanowni Państwo,*

Uprzejmie dziękuję za zaproszenie do objęcia Honorowym Patronatem XIV Kongresu Uzdrawisk Polskich przebiegającego pod hasłem „Tradycja i nowoczesność – dwa oblicza lecznictwa uzdrawiskowego”.

Mam nadzieję, że środowisko osób związanych z działalnością uzdrawisk podejmie dyskusję nad przyszłością polityki uzdrawiskowej w Polsce, a prowadzona przez nie debata da odpowiedź na pytanie, w jakim miejscu znajduje się lecznictwo uzdrawiskowe, jaka jest jego kondycja, jaki będzie sposób funkcjonowania i struktura własnościowa.

Lecznictwo uzdrawiskowe to dziedzina medycyny o wielowiekowej tradycji, zajmująca stałe miejsce w systemie opieki zdrowotnej, dlatego tak ważne jest wskazanie szans i zagrożeń jego rozwoju.

Organizatorom i Uczestnikom Kongresu życzę owocnych obrad, a także wszelkiej pomyślności w realizacji ważnych dla polskich uzdrawisk zadań.



Część I

MATERIAŁY KONGRESOWE



**Hieronim Kroczyński** – referat wygłoszony z okazji  
750-lecia nadania Kołobrzegowi praw miejskich

## **GŁÓWNE KIERUNKI ROZWOJU KOŁOBRZEGU W CIĄGU DZIEJÓW**

Obchodzimy właśnie 750-lecie nadania lubeckich praw miejskich naszemu miastu. Rocznicą tą może sugerować, że wydarzenie to jest równoznaczne z początkiem Kołobrzegu lub przynajmniej z początkiem kołobrzesckiej osady miejskiej.

Może to zdziwi niektórych naszych gości z innych regionów, ale w roku 1255 Kołobrzeg jako gród i osada wczesnomiejska miał już około 300 lat, a jako osada około 500 lat.

Co najmniej od VI wieku tereny Pomorza zamieszkiwały plemiona słowiańskie. Jedną z licznych tu słowiańskich osad powstała na tzw. Wyspie Solnej w pobliżu ujścia rzeki Parsęty do Morza Bałtyckiego. Dlaczego tu? – Bo tu znaleziono źródła solanki, a z solanki techniką warzelniczą można było pozyskać sól, a sól obok suszenia i wędzenia w dawnych czasach była podstawowym środkiem umożliwiającym przechowywanie w stanie zdatnym do spożycia mięs i ryb. Tak więc wszystko zaczęło się od warzelnictwa soli. Ten kierunek produkcji istniał w Kołobrzegu przez ponad tysiąc lat (dokładnie do roku 1860).

Wróćmy jednak jeszcze do tych zamierzcztych czasów wczesnośredniowiecznych. Oprócz terenów Wyspy Solnej archeolodzy odkryli także ślady najstarszego osadnictwa w rejonie obecnej ul. Armii Krajowej i na terenie Budzistowa. Właśnie tam, na terenie obecnego Budzistowa, w odległości ok. 4 km od morza, pomiędzy prawym brzegiem Parsęty a nieistniejącym już jeziorkiem, w latach 880–890 zbudowano potężny gród otoczony wałem drewniano-ziemnym. Ten moment uważany jest obecnie za początek Kołobrzegu.

Gród kołobrzescki stał się naczelnym ośrodkiem plemiennym w tym regionie o cechach wczesnego miasta. Funkcje te przejął po wcześniejszym grodzie w Bardach, który w tym czasie z nieznanymi przyczyn podupadł. Obok wspomnianego już warzelnictwa soli jego mieszkańcy zajmowali się rybołówstwem, handlem i rzemiosłem. Wśród ryb naczelnymi miejscami zajmowały śledzie (ponad 90%), których bogate ławice występowały wówczas na przybrzeżnych wodach pomorskich.

W drugiej połowie X wieku Pomorze między dolną Odrą a Wisłą weszło w skład państwa polskiego. Gród kołobrzescki został przebudowany i stał się głów-

nym portem ówczesnej Polski, ważnym między innymi dla kontaktów ze Skandynawią. To zapewne stąd wyłynęła córka Mieszka I Świętosława do swojego małżonka Eryka Zwycięskiego.

W roku 1000 na zjeździe gnieźnieńskim Bolesław Chrobry ustanawiając wspólnie z cesarzem Ottonem III stałą organizację kościoła w Polsce, Kołobrzeg wybrał na stolicę biskupią dla Pomorza. Kronikarz Thietmar opisując to wydarzenie określił pierwszego biskupa Reinberna jako „biskupa kościoła salin kołobrzeskich”. Można z tego wnioskować, że warzelnictwo soli było najważniejszą, wyróżniającą ten ośrodek, działalnością gospodarczą.

Narzucone Pomorzanom siłą chrześcijaństwo nie przetrwało długo. Wkrótce też władcy Polski utracili panowanie nad tym regionem.

W drugiej połowie XI w. w rejonie Kołobrzegu i Białogardu zaczęły kształtować się zręby miejscowej organizacji państwowej pod przywództwem lokalnych książąt Gryfitów. Może dlatego Bolesław Krzywousty swoje pierwsze wyprawy zbrojne, zakończone powtórным włączeniem Pomorza do Polski, skierował na Białogard i Kołobrzeg. Kronikarz Gall Anonim podaje, że w Kołobrzegu rezydował książę Pomorzan. W czasie pierwszej wyprawy w 1103 r. gród nie został zdobyty, ale w drugiej w 1107 r. ów książę bez walki uznał się lennikiem polskiego władcy. Po całkowitym opanowaniu Pomorza, na prośbę Krzywoustego przybył tu z misją chrystianizacyjną biskup Bambergu Otton. W grudniu 1124 r. i w styczniu 1125 r. biskup był w Kołobrzegu. Kronikarz Herbord opisując przybycie biskupa do grodu informuje, że „niemal wszyscy jego obywatele obyczajem kupców wyłynęli w sprawach handlowych do dalekich wysp”. Kołobrzeg był więc znaczącym ośrodkiem handlowym.

Po ustabilizowaniu się sytuacji, Kołobrzeg w chrześcijańskim już księstwie zachodniopomorskim (początkowo lenno Polski) był siedzibą jednostki administracyjnej – kasztelanii, która obejmowała teren od Góry Chełmskiej na wschodzie, Radew i górną Drawę na południu i Dębosznicę na zachodzie. Tu była mennica książęca, w której wybito pierwsze monety zachodniopomorskie. Na północnym podgrodzium znajdowała się kolegiata mariacka, którą poświęcił jeszcze biskup Otton. Kapituła kolegiacka prowadziła szkołę. Były tu jeszcze dwa mniejsze kościoły.

Od 1248 r. polowa kasztelanii kołobrzesckiej (z prawej strony Parsęty) przeszła w ręce biskupów kamieńskich (od 1276 r. cała kasztelania). 23 maja 1255 roku, jeszcze dwaj właściciele kasztelanii kołobrzesckiej, książę Wacław III i biskup kamieński Herman wydali dokument lokacyjny nowego miasta na prawie lubeckim. Powstało ono na otoczonej bagnami wysoczyźnie po prawej stronie Parsęty, trochę bliżej morza, gdzie od kilku lat zaczęli się osiedlać koloniści niemieccy. Obecnie jest tam centrum miasta. Stary ośrodek utracił po jakimś czasie charakter miejski, a jego nazwę i wszystkie funkcje gospodarcze przejął nowy

ośrodek. Do nowego miasta przeniosła się także część ludności słowiańskiej ze starego ośrodka, która po jakimś czasie, niestety wtopiła się w społeczność niemiecką. Także kapituła kolegiacka tu urządziła swoją nową siedzibę przy nowym kościele mariackim istniejącym do dziś. Jedynym zabytkiem architektury starego, słowiańskiego Kołobrzegu jest obecnie kościół św. Jana Chrzciciela w Budzistowie.

Widzimy więc, że lokacja na prawie lubeckim to nie początek Kołobrzegu, lecz nowy etap, nowy okres istniejącego tu od kilku wieków znaczącego grodu i znaczącego miasta. Tak, miasta. Tak określają stary słowiański Kołobrzeg dokumenty z tamtych czasów: łac. *civitas* lub *urbs*, niem. *Stadt*, później dodano *Alt-Stadt*, a treść tych określeń potwierdziły badania archeologiczne. W roku 1255 Kołobrzeg upodobnił się do nowoczesnych miast zachodniej Europy pod względem organizacji życia miejskiego, prawa i układu urbanistycznego.

Po osuszeniu bagnistego brzegu Parsęty w ostatniej ćwierci XIV wieku granice miasta biegły obecnymi ulicami: Rzeczna, Wąska, Dubois i Kamienna. Tędy biegły mury obronne, zbudowane na przełomie XIV/XV w.

Już na początku XIV w. Kołobrzeg był członkiem Hanzy. Przewodził regionalnej grupie miast, do której należały: Słupsk, Darłowo, Sławno, Koszalin, Białogard i Trzebiatów.

Przynależność do Hanzy pomogła w korzystnym dla miasta rozwiązaniu wielu ważnych problemów tamtych czasów. Jednym z nich był tzw. problem śledziowy. Ławice śledzi tak obficie występujące na przybrzeżnych wodach pomorskich we wczesnym średniowieczu, przeniosły się teraz na wody duńskie w pobliże Skanii. Problem dotyczył także innych miast południowego wybrzeża Bałtyku i wspólnymi siłami w ramach Hanzy go rozwiązano – oręcznie oczywiście. Po krwawych wojnach hanzeaci pokonali króla duńskiego Waldemara IV i narzucili mu swoje żądania. Wśród 35 zwyciężkich miast – sygnatariuszy pokoju w Stralsundzie (24 V 1370) był też przedstawiciel Kołobrzegu. Podobnie jak inne miasta, Kołobrzeg założył teraz faktorię łowczo-handlową, tzw. *Fitte*, na półwyspie Skanör i Falsterbo, gdzie rządził mianowany przez władze miasta wójt.

Miasta hanzeatyckie udzielały sobie też ze wzajemnością licznych przywilejów handlowych w portach oraz zobowiązywały się do wzajemnej pomocy w przypadku zagrożenia. Przykładem wypełniania tego rodzaju zobowiązań może być wydarzenie z roku 1560. Kiedy wojska moskiewskie zagroziły Rydze, Kołobrzeg natychmiast wysłał zaprzyjaźnionemu miastu pomoc. Były to dwa statki z prowiantem, amunicją i czterema armatami. Gdy niebezpieczeństwo zostało zażegnane władze Rygi umieściły na honorowym miejscu na rynku, w formie pomnika, owe cztery armaty z herbami Kołobrzegu „żeby wszyscy wiedzieli, kto udzielił im pomocy.”

Hanza pomogła też Kołobrzegowi uniezależnić się od swoich suzerenów feudalnych – biskupów kamieńskich. Przez prawie 40 lat w XVI w. Kołobrzeg był nawet wolnym miastem hanzeatyckim.

W końcu średniowiecza i jeszcze w wieku XVI Kołobrzeg był bogatym, znaczącym miastem handlowym nad Bałtykiem liczącym około 6 tys. mieszkańców. Podstawy gospodarcze to: warzelnictwo soli, handel i rybołówstwo. Badacz gospodarczych dziejów miasta prof. Henryk Lesiński tak napisał: „Są to lata największego rozkwitu handlu i żeglugi morskiej miasta, które swą aktywnością morską i udziałem w żegludze między strefą Bałtyku a Europą Zachodnią przewyższało nawet przez dłuższy czas Szczecin.”

Dzięki mecenatowi bogatego miasta i kapituły kolegiackiej średniowieczny Kołobrzeg był też znaczącym ośrodkiem kultury. Do dziś świadczy o tym majestatyczna bazylika mariacka i znajdujące się w niej bezcenne dzieła sztuki średniowiecznej (niektóre z nich, jak np. stalle kanonickie są w swoim rodzaju najstarszymi w Polsce).

Kronikarz pomorski Tomasz Kantzow tak między innymi pisał o Kołobrzegu: „Mieszka w nim dużo szlachetnych i wspaniałych ludzi”. Rozwinięciem tego stwierdzenia jest książka Marcina Rango „Kolberga Togata” wydana w Kołobrzegu w 1668 r. zawierająca spis ludzi wykształconych wywodzących się z tego miasta.

Upadek Kołobrzegu nastąpił w czasie wojny 30-letniej, z której miasto wyszło zniszczone i w dużym stopniu wyludnione. Po wojnie nastąpił podział dawnego księstwa zachodniopomorskiego w związku z bezpotomnym wymarciem książąt. Kołobrzeg znalazł się w granicach Brandenburgii (rok 1653). Początkowo był stolicą brandenburskiej części Pomorza i siedzibą różnych elektorskich urzędów. Tu był też port wojenny, stocznia wojenna i akademia rycerska. Miasto otrzymało status twierdzy. Nowożytnie fortyfikacje bastionowe, które w czasie wojny 30-letniej zaczęli tu budować Szwedzi, otoczyły całe średniowieczne miasto.

Częste oblężenia twierdzy zniszczyły znaczną część starej zabudowy. Najcięższe walki stoczono tu w czasie wojny 7-letniej (trzy oblężenia przez Rosjan 1758, 1760 i 1761) zakończone zdobyciem twierdzy przez oddziały gen. Piotra Rumiancewa i prawie roczną okupacją rosyjską. W 1807 r. twierdzę oblegał bezskutecznie wielonarodowy korpus oblężniczy armii Napoleona pod dowództwem gen. Oliviera Loisona. W jego składzie był też pułk polski pod dowództwem płka Antoniego Sułkowskiego.

Na początku XIX wieku (1802), kiedy stały się modne lecznicze kąpiele morskie, były próby budowy tu ekskluzywnego kąpieliska. W roku 1804 w Berlinie ukazała się drukiem książka entuzjasty takich kąpeli, poznańskiego celnika Jana Henryka Ludwika Helda pt. „Ueber das Meerbad bei Colberg und die beste und wohlfeiste Art sich desselben mit Nutzen zu bedienen” (*O kąpeli morskiej w Kołobrzegu oraz najlepszym i najtańszym sposobie stosowania tejże*). Kołobrzeszkie kąpielisko

rozwijało się bardzo powoli, w cieniu twierdzy, w takim zakresie na jakie zezwalały władze wojskowe. Oprócz prymitywnych jeszcze zakładów kąpeli morskich, odrębnych dla pań i panów, w roku 1830 powstały tu też łazienki solankowe. Zaczęto zakładać tereny zielone.

Powoli rodziło się uzdrowisko. Tak chyba już można nazywać tę nową funkcję naszego miasta, gdyż włączyli się do jej organizacji miejscowi lekarze. Jeden z nich, dr von Büнау, w roku 1852 wydał drukiem pierwszy poradnik dla kuracjuszy w języku niemieckim i polskim. Za ojca kołobrzesckiej balneologii uważa się dra Mosesa Behrenda. Urodził się w Szczecinku w roku 1801, osiedlił się w Kołobrzegu w roku 1848. Wspólnie z kupcem Marcinem Tobiasem wykupił tutejsze łazienki solankowe i uczynił z nich autentyczny zakład leczniczy. Dotychczas były one w rękach amatorów – entuzjastów, a ludzie korzystali z kąpeli na zasadzie „bo to na wszystko pomaga”. Jako balneolog, jak sam pisał, był samoukiem. Na studiach medycznych nie nauczonego go tej specjalności. Kołobrzeskimi solankami zainteresował chemika prof. Wöhlera z Getyngi, który przeprowadził ich fachową analizę. Swoje 18-letnie doświadczenia w leczeniu solanką w Kołobrzegu opisał Behrend w książce „Das Sool-und Seebad Colberg” wydanej w roku 1860. Potomkowie Mosesa Behrenda: syn Feliks i wnuk Walter też byli balneologami i pracowali w kołobrzesckim uzdrowisku.

Zasłużonym balneologiem był też młodszy kolega Behrenda, też urodzony w Szczecinku (ale 24 lata później) dr Herman Emanuel Hirschfeld, który odkrył i pierwszy zastosował do celów leczniczych kołobrzeską borowinę. Fabrykę kołobrzesckiej wody mineralnej założył chemik dr Gustaw Bauck w roku 1862.

Dużą rolę w tutejszym lecznictwie odegrała też fabryka leków ziołowych Karola Lücka założona w 1840 r. Obok propagandowego eliksiru życia, który tu produkowano pod nazwą „Lebens-Essens” znaleźć tu można było wiele skutecznych, autentycznych leków ziołowych. Zięć Lücka Wilhelm Anhalt rozbudował fabrykę o dział kosmetyków. Firma ta pod nazwą AOK istnieje do dziś w Niemczech i ciekawostka: produkuje specyfik do pielęgnacji twarzy o nazwie „Seesand Mandelkleie”, którego recepturę opracował Anhalt w Kołobrzegu w końcu XIX wieku. Produkowano go też w pierwszych latach po wojnie pod nazwą „vitoderma” w Wytwórni Specyfików Państwowego Zarządu Uzdrowisk Pomorza Zachodniego w Ustroniu Nadmorskim (obecnie Morskim). Kołobrzeg w tym czasie był jeszcze wielkim gruzowiskiem.

Wróćmy jeszcze do historii dawniejszej.

Ważne wydarzenia, które pomogły w rozwoju kołobrzesckiego uzdrowiska:

Rok 1859 – budowa kolei żelaznej i uzyskanie bezpośredniego połączenia z Berlinem, trochę później z Poznaniem, Warszawą i innymi ważnymi miastami.

Rok 1861 – likwidacja warzelnii soli i przekazanie wszystkich źródeł solankowych do dyspozycji uzdrowiska.

Rok 1872 – najważniejsza decyzja: likwidacja twierdzy.

Dalej już prosta droga do dynamicznego rozwoju miasta i uzdrowiska. Na dawnych terenach fortecznych wytyczono nowe piękne place i szerokie ulice. Największym terenem budowy była dzielnica uzdrowiskowa. Po trzydziestu latach Kołobrzeg był już wspaniałym uzdrowiskiem o znaczeniu międzynarodowym. Wśród uzdrowisk niemieckich zajmował trzecie miejsce po Berchtesgaden i Garmisch-Partenkirchen.

Uroki kołobrzесьkiego uzdrowiska sprzed I wojny światowej możemy dziś podziwiać oglądając stare albumy. Dostojny gmach domu zdrojowego nad morzem przy molu spacerowym. Powszechnie używana nazwa Strandschloß (pałac nadbrzeżny) chyba słusznie podkreślała jego pałacową architekturę. Dalej, osłonięte parkiem od nadmorskiego wiatru, szpitale uzdrowiskowe, łazienki solankowe, pensjonaty i wszystko co w ekskluzywnym uzdrowisku znajdować się powinno, łącznie z teatrem. A wokół wszędzie starannie wypielęgnowane tereny zielone: ogród różany, bindaż grabowy, domek z mchu, grotta, zakątek królewski. Tego nie da się opisać, to trzeba zobaczyć, dziś już tylko na starych fotografiach.

W tym pięknym uzdrowisku w dniach 5–9 czerwca 1911 roku obradował międzynarodowy kongres do spraw lecznictwa morskiego. Uczestniczyli w nim przedstawiciele Niemiec, Austrii, Węgier, Francji, Włoch i Rosji. Polski na mapie Europy wówczas nie było.

Polacy jednak pewną rolę w tym uzdrowisku odegrali. Znaczącą grupą kuracjuszy byli Polacy, najpierw z zaboru pruskiego, później także z pozostałych, a nawet spotkać tu można było Polaków z odległych stron, jak Wileńszczyzna czy Zaolzie. W książce *Landeskunde von Pommern* z 1911 roku czytamy: „Kołobrzeg jest znanym uzdrowiskiem morskim, przede wszystkim odwiedzanym przez Polaków”. Profesor kołobrzесьkiego gimnazjum Girschner tak napisał: „Ci wytworni Polacy i Polki stanowią niemałą część naszych kuracjuszy i są tu chętnie widziani, gdyż są zawsze mili i ujmujący w formach towarzyskich, czego o niektórych obcych nie zawsze można powiedzieć.”

Piękny rozwój kołobrzесьkiego uzdrowiska przerwała pierwsza wojna światowa. Obiekty uzdrowiskowe, hotelowe i gastronomiczne zamieniono na rezerwowe lazarety. Po zakończonej wojnie, w roku 1919 Kołobrzeg dalej był miastem żołnierzy. Rezerwowe lazarety zamieniono na rezerwowe koszary, w pięknym domu zdrojowym rozlokował się niemiecki sztab generalny, w hotelu „Bellevue” była kwatera naczelnego wodza feldmarszałka Hindenburga. Tu opracowano plan agresji na młode państwo polskie pod kryptonimem „Wiosenne słońce” i tu wydano oddziałom niemieckiej armii rozkazy do zajęcia pozycji wyjściowych do realizacji tego pomysłu. Wstrzymano jednak dalsze działania z powodu stanowczej postawy państw Ententy. Cztery niszczyciele angielskie, które stanęły na kotwicy naprzeciw domu zdrojowego, przekonały wojowniczego Hindenburga, że Zachód traktuje sprawę poważnie.



Po ratyfikacji traktatu wersalskiego i ustabilizowaniu się sytuacji, obok znanych ogólnych powojennych problemów gospodarczych, w Kołobrzegu ujawniły się jeszcze problemy lokalne, jak dewastacja obiektów uzdrowiskowych przez stacjonujących żołnierzy i brak polskich kuracjuszy. Rozwiązanie tych problemów trwało kilka lat. Niektóre obiekty hotelowe jednak zmieniły wówczas funkcje, np. Hotel „Parkowy” na Urząd Finansowy, hotel „Monopol” na dom wczasowy urzędników itd. W latach 30. uzdrowisko kołobrzesckie doszło do równowagi i normalności. Niebawem jednak wybuchła II wojna światowa i znowu nastąpił powrót do rezerwowych lazaretów. Po przejściu wojny w etap wojny totalnej w lutym 1943 roku propaganda niemiecka, przede wszystkim przez wielkie dzieło filmowe „Kolberg”, uczyniła to miasto symbolem wojny totalnej, czyli wojny nie tylko armii ale wojny narodu. W listopadzie 1944 r. Kołobrzeg ogłoszono twierdzą i rozpoczęto przygotowanie miasta do obrony.

Walki o miasto trwały dwa tygodnie: od 4 do 18 marca. Najpierw bezskutecznie walczyły tu oddziały radzieckie, od 8 marca – Polacy. Zdobycie tego miasta Wojsko Polskie opłaciło dużą ofiarą krwi: ponad 1400 poległych, zmarłych z ran i zaginionych bez wieści. 18 marca na tarasie i stoku fortu „Ujście” odbyła się uroczystość zaślubin I i II Armii WP z Morzem Bałtyckim. Uroczystość powtórzono we wszystkich oddziałach polskich znajdujących się na wybrzeżu.

Zdobycie Kołobrzegu, w tamtym czasie, przed 60 laty, w państwach koalicji antyhitlerowskiej było najbardziej znanym czynem wojennym żołnierza polskiego, ze względu na symboliczne traktowanie tego miejsca przez propagandę niemiecką. W Moskwie fetowano zdobywców Kołobrzegu – Polaków 12 salwami artyleryjskimi ze 124 dział. Ukazał się specjalny rozkaz Stalina i liczne komunikaty na Zachodzie. Żołnierzy niemieckich na froncie zachodnim, karmionych własną propagandą, o zwycięstwie kołobrzesckim Anglicy informowali w formie ulotek lotniczych. Znam dwie emisje takich ulotek.

W Polsce Kołobrzeg zaliczono do jednego z 24 najważniejszych pobojozisk II wojny światowej i urnę z kołobrzescką ziemią umieszczono w Grobie Nieznanego Żołnierza w Warszawie.

Kołobrzeg był najbardziej zniszczonym miastem powojennego województwa szczecińskiego. Planom jego odbudowy patronował legendarny twórca Gdyni inż. Eugeniusz Felicjan Kwiatkowski – w tamtym czasie pełnomocnik Rządu RP do spraw odbudowy wybrzeża. 2 kwietnia 1947 r. na konferencji w kołobrzesckim ratuszu, konferencji, której Kwiatkowski osobiście przewodniczył, zaprezentowano i przedyskutowano wizję powojennego polskiego Kołobrzegu. Miał on być, tak jak dawniej wielkim uzdrowiskiem, bazą rybołówstwa i małym portem. Między innymi ten wielki Polak wypowiedział wówczas takie słowa: „Czy w złym, czy w dobrym stanie zastaliśmy Ziemię Odzyskaną, dla naszych synów i wnuków winniśmy je odbudować, by czuli się oni tutaj mocno i korzenie zapuścili głęboko.”

Niestety, w tamtych czasach, odbudowa Kołobrzegu nie mogła być zrealizowana z powodu sytuacji politycznej. Kwiatkowski musiał odejść, a jego współpracownicy zostali rozproszeni jako tzw. „element obcy klasowo”. Niektórzy byli nawet represjonowani. W Kołobrzegu, owszem, rozpoczęto budowanie, ale nie miasta i uzdrowiska, tylko fortyfikacji wzdłuż wybrzeża, które miały być użyte w czasie trzeciej wojny światowej. Mieszkać tu mogli tylko ci, którzy otrzymali specjalne zezwolenie od władz. Przez kilka lat Kołobrzeg, a właściwie to co z niego jeszcze zostało, było miejscem pozyskiwania materiałów budowlanych na odbudowę stolicy.

Zmieniła się sytuacja po tzw. polskim październiku. Sprawa odbudowy Kołobrzegu wróciła. Znalazła się nawet na biurkach ministrów i podniesiona została do rangi państwowej. 13 listopada 1957 r. Komitet Ekonomiczny Rady Ministrów podjął Uchwałę o odbudowie miasta Kołobrzegu.

Tym razem odbudowa ruszyła.

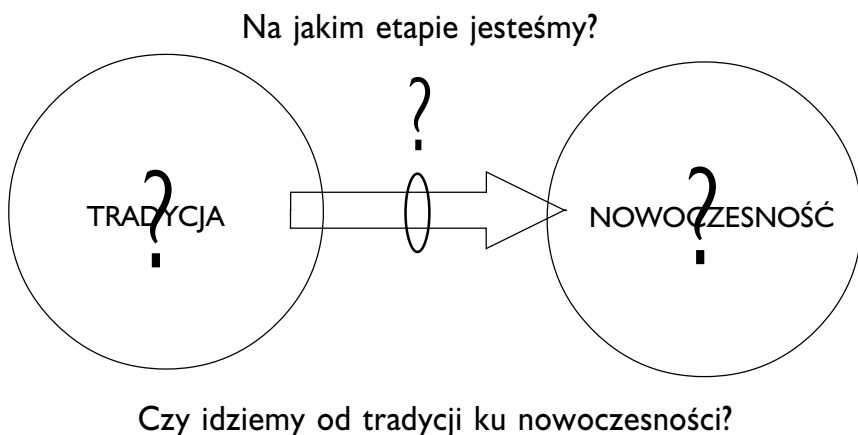
Dziś Kołobrzeg jest dużym uzdrowiskiem. Mieszka tu ponad 45 tys. ludzi, czyli ok. 7 tys. więcej niż w 1939 roku. Myślę, że uzdrowisko – to także przyszłość tego miasta.

dr n. med. Piotr Kalmus

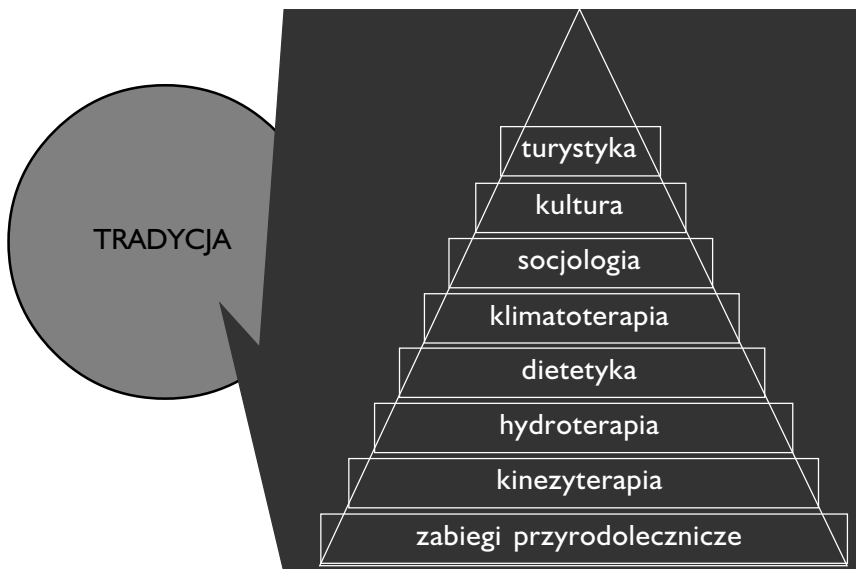
## **UZDROWISKO. TRADYCJA I NOWOCZESNOŚĆ. NA JAKIM ETAPIE JESTEŚMY<sup>1</sup>**

Tradycja i nowoczesność w uzdrowisku. Czy w odniesieniu do uzdrowiska, do lecznictwa uzdrowiskowego, są to pojęcia rozbieżne i wzajemnie się wykluczające? Czy też pojęcia z pozoru tylko odległe, a tak naprawdę w odniesieniu do uzdrowiska i lecznictwa uzdrowiskowego, jednak sobie bliskie? Czy jest tak, jak na rysunku nr 1? Czy w lecznictwie uzdrowiskowym idziemy od tradycji do nowoczesności? Czy zostawiamy za sobą tradycję, patrzymy w kierunku nowoczesności? Czy taki kierunek rozwoju uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego mamy w kraju? Aby podjąć próbę odpowiedzi na postawione pytania należy spojrzeć na oba te pojęcia. Podjąć próbę odpowiedzi na pytanie, jak widzimy tradycję, a jak widzimy nowoczesność w lecznictwie uzdrowiskowym.

Rys. 1. Tradycja i nowoczesność. Czy idziemy od tradycji ku nowoczesności?



<sup>1</sup> Tekst stanowi zapis wystąpienia na sesji plenarnej XIX Kongresu Uzdrowisk Polskich, Kołobrzeg 12–15 maja 2005 r.



Rys. 2. Hierarchia ważności poszczególnych elementów lecznictwa uzdrowiskowego.

Sięgając daleko do pradziejów ludzkości i prób walki z nękającymi człowieka chorobami, bez wątplenia stwierdzić można, że początki medycyny fizycznej, a także medycyny w ogóle, to właśnie zabiegi przyrodolecznicze. Zabiegi, w których człowiek pierwotny próbował wykorzystywać do leczenia naturalne czynniki przyrodnicze. Można powiedzieć obrazowo, że korzenie medycyny uzdrowiskowej tkwią głęboko w pradziejach ludzkości, a wszystko zaczęło się od zabiegów przyrodoleczniczych. Pierwszymi zabiegami przyrodoleczniczymi były zapewne kąpiele w wodach mineralnych, wodach termalnych.

Kolejne elementy leczenia uzdrowiskowego zostały wykrystalizowane w starożytnej Grecji i w starożytnym Rzymie. W pobliżu źródeł wód mineralnych powstawały tam „świątynie zdrowia”. Oprócz kąpeli mineralnych stosowano w nich również masaże, odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne a także diety lecznicze. Na ten właśnie okres datują się też początki hydroterapii. Były to kąpiele, zmywania, natryski. Powstawały słynne łaźnie. Pierwsze na Krecie, ale te najbardziej znane i popularne w starożytnym Rzymie. Na tym etapie rozwoju historycznego lecznictwa uzdrowiskowego do zabiegów przyrodoleczniczych dołączyły zatem kolejne jego elementy: początki szeroko rozumianej fizykoterapii, kinezyterapii, hydroterapii i dietetyki.

Kolejny okres, w którym bujnie rozwijały się uzdrowiska, to wiek XIX. W stuleciu tym nastąpił gwałtowny rozwój lecznictwa uzdrowiskowego a zwłaszcza hydro-

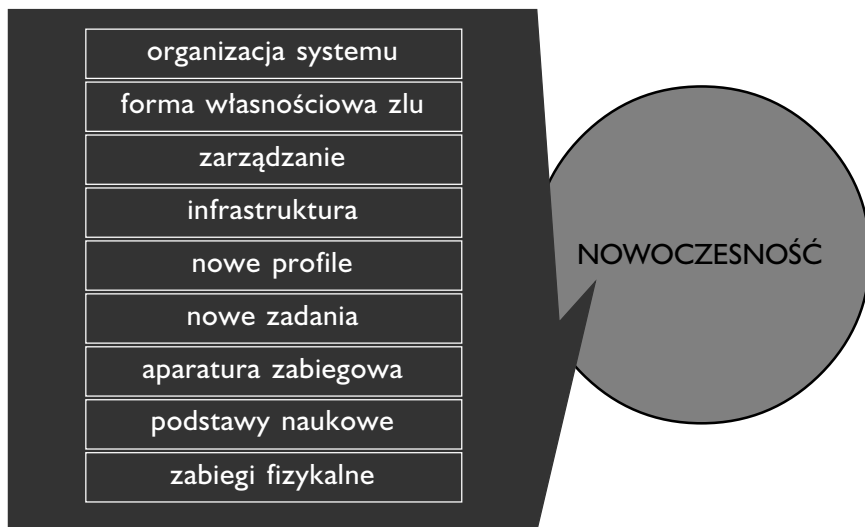
terapii. W tym też okresie miały miejsce pierwsze próby opracowania podstaw naukowych lecznictwa uzdrowiskowego. W XIX w. do uzdrowisk zjeżdżali ludzie znani, uzdrowiska stały się miejscem imprez kulturalnych. Wyjazd do wód był w dobrym tonie, wypadało tam bywać. Możemy zatem powiedzieć, iż na ten okres datują się początki turystyki zdrowotnej. Dlatego też do widocznej na ryc. 2 piramidy, oprócz klimatoterapii, elementów socjologii i kultury dołączyła również turystyka zdrowotna. I w ten sposób, patrząc pobieżnie i w skrócie na tradycyjne leczenie uzdrowiskowe i historię jego rozwoju, uformowała się piramida elementów, które wszystkie mają istotne znaczenie w przebiegu leczenia uzdrowiskowego.

Należy wszakże podkreślić, że rola poszczególnych elementów leczenia uzdrowiskowego i ich znaczenie w jego przebiegu nie są jednakowe. Część z nich stanowi podstawę leczenia uzdrowiskowego, bazę, na której opierają się elementy dodatkowe. Część, stanowi uzupełnienie elementów podstawowych i poszerzenie bogatego wachlarza oddziaływania lecznictwa uzdrowiskowego. Można się oczywiście spierać o pozycję poszczególnych elementów leczenia uzdrowiskowego, nie mniej jest kwestią nie budzącą wątpliwości, iż u podłoża leczenia uzdrowiskowego leżą procedury medyczne ukształtowane przez wielowiekową tradycję, które wzbogacone są o elementy dodatkowe, stanowiące ich nadbudowę i uzupełnienie. Myślę, że ukształtowane w ten historyczny i tradycyjny sposób elementy leczenia uzdrowiskowego nic nie straciły na aktualności do dziś. Niezmieniona też została hierarchia ich ważności.

Idąc od tradycji ku nowoczesności, warto mieć wytyczony kierunek, a jeszcze lepiej jakiś model docelowy, wzór do naśladowania. Niestety bardzo trudno byłoby w chwili obecnej taki model wskazać. Wskazać kraj, posiadający wzorcowe rozwiązania w zakresie organizacji i funkcjonowania uzdrowisk i wzorcowo zorganizowany system lecznictwa uzdrowiskowego. Kraje, z których bierzemy obecnie przykład w dziedzinie gospodarki, prawa, czy też rozwiązań społecznych, niestety nie mogą stanowić dla nas wzoru dla rozwoju uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego. W wielu krajach europejskich ten rodzaj leczenia nie istnieje lub funkcjonuje w formie bardzo zawężonej. Podobnie jest w Stanach Zjednoczonych. Dlatego też skazani jesteśmy na wypracowanie własnego modelu organizacyjnego lecznictwa uzdrowiskowego. Bacznie trzeba jednakże zwracać uwagę, żeby idąc ku nowoczesności nie wejść w ślepią uliczkę lub też nie doprowadzić naszego lecznictwa uzdrowiskowego do katastrofy.

Po krótkim spojrzeniu na tradycję obecną w uzdrowisku i lecznictwie uzdrowiskowym, warto pokrótce rozważyć w jakich aspektach należy widzieć nowoczesność w tym specyficznym dziale medycyny. Niektóre z nich przedstawiono na rysunku 3.

Nad niektórymi warto dłużej się zatrzymać, niektóre zostaną tylko zasygnalizowane, z uwagi na szczupłość niniejszego tekstu.



Rys. 3. Wybrane aspekty nowoczesności w uzdrowisku.

Rozważając aspekty nowoczesności dotyczące zabiegów fizykalnych, koniecznie podkreślić trzeba, iż u podstawy leczenia uzdrowiskowego tkwią bezspornie klasyczne zabiegi balneologiczne, a więc zabiegi wykonywane z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, takich jak wody mineralne, peloidy i gazy lecznicze. Te podstawowe zabiegi wspierane są przez zabiegi z zakresu z hydroterapii, kinezyterapii, fizykoterapii, masażu, inhalacji i szereg innych procedur. Całość stanowi bardzo dużą gamę różnych możliwości zabiegowych i różnorodnych procedur medycznych, które na przestrzeni czasu ulegają nieustannym modyfikacjom, zmianom i unowocześnianiu. Warto zauważyć, iż w procesie rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego obserwujemy nieustannie próby włączenia do grupy uznanych i sprawdzonych procedur zabiegowych, zabiegów paramedycznych, pozamedycznych, czy pseudomedycznych, procedur zupełnie z medycyną nie mających nic wspólnego. Tak się działo w przeszłości i tak się dzieje również obecnie. W związku z tym istnieje potrzeba jasnego określenia, skodyfikowania, ustalenia, które procedury należą do lecznictwa uzdrowiskowego, a które nie. W związku z tym określony został wykaz standardowych procedur uzdrowiskowych. Są to procedury z grupy balneoterapii, z użyciem wód mineralnych, borowiny, gazów leczniczych, klimatoterapia, hydroterapia, termoterapia, światłolecznictwo, ultrasonoterapia, elektrolecznictwo, masaże, kinezyterapia, psychoterapia i edukacja zdrowotna. W tej liście procedur zawarte są procedury uznane za korzystne i te, które powinny być stosowane w ramach leczenia uzdrowiskowego (rys. 4).

## Wykaz standardowych procedur uzdrowiskowych

### I Balneoterapia z użyciem wód mineralnych

1. Kąpiele solankowe.
2. Kąpiele kwasowęglowe
3. Kąpiele siarczkowo-siarkowodorowe
4. Kąpiele radonowe
5. Kąpiele aromatyczne (igliwiowe, ziołowe)
6. Inhalacje z wód mineralnych
7. Irygacje jam ciała (ginekologiczne)
8. Masaż i płukanie jamy ustnej

### II Zabiegi balneologiczne z użyciem borowiny

1. Kąpiele borowinowe w papce
2. Okłady borowinowe
3. Nasiadówki
4. Kąpiele zawiesinowe z pasty borowinowej lub preparatów borowinowych
5. Okłady z pasty borowinowej
6. Tampony borowinowe (ginekologiczne, proktologiczne, oczne)
7. Jontoforeza borowinowa

### III Balneoterapia z użyciem gazów leczniczych

8. Kąpiele w dwutlenku węgla indywidualne i zbiorowe
9. Kąpiele w mieszance tlenowo-ozonowej
10. Kąpiele siarkowodorowe

### IV Klimatoterapia

11. Talassoterapia
12. Subterenoterapia
13. Inhalacje naturalnego aerozolu  
(tężniowy, morski, w komorach po wyrobiskach kopalń)
14. Terenoterapia

### V Hydroterapia

15. Kąpiele całkowite przegrzewające (Walińskiego)
16. Kąpiele kończyn dolnych o zmiennej temperaturze
17. Kąpiele kończyn dolnych lub górnych o stopniowanej temperaturze
18. Kąpiele ciepłe ze szczotkowaniem
19. Kąpiele nasiadowe
20. Kąpiele kinezyterapeutyczne (hydrokinezyterapia)
21. Masaż podwodny
22. Kąpiel perełkowa

23. Kąpiel wirowa kończyn górnych i dolnych
24. Natryski: deszczowy, płaszczowy, biczowy, szkocki
25. Polewania częściowe o stałej i zmiennej temperaturze
26. Płukania i masaż wodny jamy ustnej

#### **VI. Termoterapia**

27. Ciepłolecznictwo: kąpiele całkowite i częściowe, zabiegi parafinowe (kąpiele, okłady, rękawiczki skarpetki)
28. Sauna fińska i parowa
29. Krioterapia: miejscowa i ogólnoustrojowa

#### **VII Światłolecznictwo**

30. Naświetlania światłem widzialnym, miejscowe i ogólne
31. Naświetlania ultrafioletowe, miejscowe i ogólne
32. Naświetlania promieniowaniem podczerwonym
33. Naświetlania światłem spolaryzowanym
34. Naświetlania światłem laserowym niskoenergetycznym (laser biostymulacyjny)

#### **VIII Ultrasonoterapia**

35. Zabiegi ultradźwiękowe
36. Fonoforeza

#### **IX Elektrolecznictwo**

37. Zabiegi z użyciem prądu stałego:  
galwanizacja, jontoforeza, kąpiel elektryczno-wodna
38. Elektrodiagnostyka
39. Zabiegi z użyciem prądów impulsowych małej częstotliwości:  
prądy diadynamiczne, przezskórna stymulacja TENS, prądy Treberta  
elektrostymulacja, tonoliza
40. Zabiegi z użyciem prądów wielkiej częstotliwości: diatermia krótkofalowa,  
diatermia krótkofalowa impulsowa, naświetlanie promieniowaniem mikrofalowym
41. Magnetoterapia – impulsowe pole magnetyczne małej częstotliwości

#### **X Masaże**

42. klasyczny częściowy
43. Segmentarny
44. pneumatyczny

**XI Kinezyterapia:** ćwiczenia zbiorowe i indywidualne, w sali i w wodzie,  
ćwiczenia z użyciem przyrządów, ćwiczenia na wolnym powietrzu

**XII. XIII Psychoterapia:** mała i duża

**XIV Edukacja zdrowotna i psychoedukacja**



Szereg procedur zabiegowych, realizowanych w wielu zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach opaczonego ich „unowocześniania”, nie ma akceptacji do stosowania w ramach leczenia uzdrowiskowego. Opracowanie krajowego konsultanta w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej określa dwie grupy procedur, które w lecznictwie uzdrowiskowym nie powinny się znaleźć. Pierwszą grupę stanowią zabiegi o dotychczas niepotwierdzonej skuteczności, których część może być nawet szkodliwa (rys. 5). Druga grupa to zabiegi przydatne, ale możliwe do zastąpienia innymi zabiegami o mniejszych kosztach (rys. 6). Niestety, wiele z tych zabiegów można odnaleźć obecnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

- tlenoterapia – podawanie mieszanki tlenowej do oddychania
- chelatacja – podawanie dożylnie preparatów chelatujących
- płukanie jelit – hydrocolonoterapia
- ćwiczenia na stołach wibracyjnych – tzw. modelowanie sylwetki ciała
- zabiegi w sztucznych jaskiniach solnych
- zabiegi z użyciem preparatu parafinowo-borowinowego
- ziołowe leki homeopatyczne podawane doustnie, do inhalacji lub kąpeli
- magnetoterapia z wykorzystaniem stałego pola magnetycznego
- masaże stóp – refleksoterapia

Rys. 5. Zabiegi o niepotwierdzonej skuteczności, których część może być szkodliwa<sup>3</sup>

- fango, glinki sprowadzane z zagranicy do zabiegów peloidowych – w zamian borowiny
- zabiegi z użyciem produktów Morza Martwego – w zamian podobnych rodzimych tworzyw
- masaże całkowite – mało przydatne w celach leczniczych
- plastry borowinowe – w zamian zabiegów z pasty borowinowej

Rys. 6. Zabiegi przydatne, ale możliwe do zastąpienia innymi zabiegami o mniejszych kosztach<sup>3</sup>

Kolejny problem, w aspekcie rozważanej nowoczesności w lecznictwie uzdrowiskowym, to problem podstaw naukowych procedur stosowanych w tym dziale medycyny. Jeżeli idziemy ku nowoczesności, medycyna uzdrowiskowa nie może nie

---

<sup>3</sup> Opracowanie krajowego konsultanta ds. balneologii i medycyny fizykalnej dla potrzeb Narodowego Funduszu Zdrowia, 2004 r.

mieć solidnych i ugruntowanych podstaw naukowych, opartych na prowadzonych badaniach naukowych. Należy podkreślić, że nie jest przecież tak, jak to czasami można usłyszeć, że medycyna uzdrowiskowa ma jedynie umocowanie w tradycji, umocowanie w historii, przyzwyczajeniu. Nie jest tak, że nie istnieją badania naukowe potwierdzające skuteczność stosowanych w lecznictwie uzdrowiskowym procedur. Wręcz przeciwnie, podstawy naukowe, medycyny uzdrowiskowej tworzyły się równoległe z podstawami naukowymi medycyny w ogóle. Wystarczy, dla przykładu, wymienić nazwiska Sebastiana Kneipp'a czy Wincentego Priesnitz'a, twórców hydroterapii, na stałe wpisanych w dzieje rozwoju medycyny, nie tylko przecież uzdrowiskowej. Warto wymienić całą plejadę polskich uczonych, którzy w licznych badaniach naukowych potwierdzili skuteczność leczenia uzdrowiskowego, którzy pozostawili po sobie liczne dzieła, tworząc jego podstawy naukowe. Są to m.in. Józef Struś, Wojciech Oczko, Jakub Moneta, Józef Dietl, Zenon Orłowski, Zbigniew Orłowski, Jan Żniniewicz, Józef Jankowiak. Były to oczywiście badania i obserwacje czynione na miarę ówczesnych czasów, jednakże wiele z nich do dziś nie straciło na aktualności. Nie mniej, z drugiej strony, trzeba podkreślić, iż standardy prowadzenia badań naukowych są już w dzisiejszych czasach inne. Wymagane jest prowadzenie badań naukowych w oparciu o nowoczesne standardy, w oparciu zasady medycyny opartej na faktach (EBM – Evidence Based Medicine). Trzeba zauważyć, że skuteczność procedur zabiegowych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego bardzo trudno jest poddać ocenie w badaniu naukowym przeprowadzonym zgodnie z tymi wymaganiami. Bardzo trudno jest wykonać badania zabiegów uzdrowiskowych w oparciu o zasady podwójnie ślepej próby, w której ani pacjent ani lekarz nie wiedzą o rodzaju stosowanego zabiegu. Bardzo trudno wyizolować jeden z elementów leczenia uzdrowiskowego i poddać go analizie, gdyż z samego założenia leczenie uzdrowiskowe jest leczeniem kompleksowym. Jak stworzyć w tych badaniach grupę kontrolną, pozbawioną jakiegokolwiek elementu leczenia uzdrowiskowego. Mając na względzie powyżej opisane problemy, trzeba jednoznacznie stwierdzić, iż brak instytutu balneoklimatycznego, jednostki która prowadziłaby badania naukowe w oparciu o nowoczesne standardy i dostarczała argumentów, które mówiłyby o korzystnym działaniu zabiegów stosowanych w ramach lecznictwa uzdrowiskowego, jest niezwykle dotkliwy. Rozważając powyższe problemy, nie należy jednakże zapominać, iż nie wszystkie leki, które są obecnie powszechnie stosowane mają wykonane badania zgodnie z zasadami medycyny opartej na faktach. Pomimo braku takich badań, leki te stosujemy i uważamy za skuteczne, w oparciu o dostępne badania i lata doświadczeń klinicznych, analogicznie jak ma to miejsce w przypadku zabiegów fizykalnych.

Kolejny element nowoczesności, to aparatura zabiegowa. W ostatnich latach dokonał się ogromny postęp w tej dziedzinie. W jakich aspektach widzielibyśmy sprawę nowoczesności, jeśli chodzi o aparaturę zabiegową? Nowoczesna aparatura

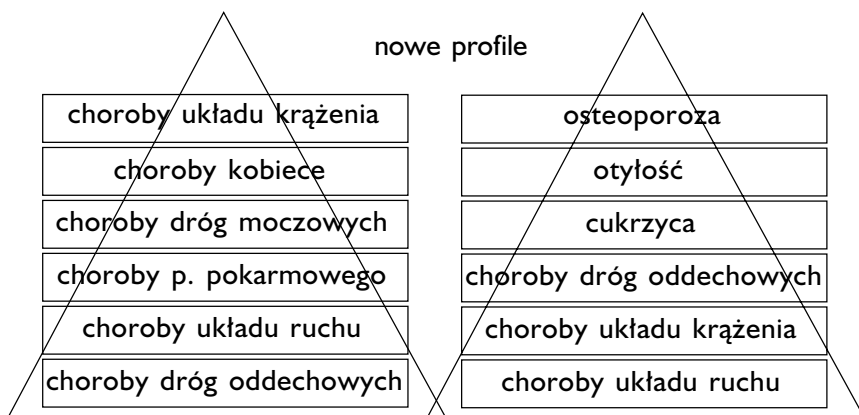
tura zabiegowa winna przede wszystkim zapewnić poprawę efektywności wykonywanego zabiegu, jego lepsze działanie. Nie bez znaczenia jest również poprawa bezpieczeństwa wykonywanego zabiegu, stopniowa eliminacja zabiegów, które mogą wywoływać działania uboczne. Niewątpliwie ważne jest też zwiększenie komfortu i wygody wykonywanego zabiegu dla pacjenta. Zasadniczą sprawą jest umożliwienie, dzięki nowym rodzajom aparatury zabiegowej, wykonywania nowych rodzajów zabiegów. Warto przypomnieć, że szereg powszechnie stosowanych obecnie zabiegów z zakresu fizykoterapii, np. elektroterapia, magnetoterapia, ultrasonoterapia, nie są to zbiegi, które należą do tradycyjnej medycyny uzdrowskiej. Możemy je wykonywać właśnie dzięki temu, że mamy nowoczesną aparaturę zabiegową. Nie bez znaczenia jest również sprawa wygody i bezpieczeństwa pracownika wykonującego zabieg, a także koszt jego wykonania.

Wraz ze zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa, przed medycyną uzdrowską stają nowe zadania. Tradycyjnie, tak jak to w tej chwili ujmujemy, główne zadania medycyny uzdrowskiej to leczenie chorób przewlekłych, rehabilitacja, profilaktyka zdrowotna i edukacja. Jak powinno być w nowoczesnym uzdrowisku w przyszłości, trudno do końca przewidzieć. Nie mniej na pewno zwiększy się w przyszłości rola uzdrowskiej profilaktyki zdrowotnej, tak zresztą jak i w całej medycynie. Prawdopodobnie zwiększy się też rola rehabilitacji. Na pewno nadal potrzebne będzie położenie nacisku na leczenie chorób przewlekłych i edukację zdrowotną. Być może uwypuklą się jeszcze inne aspekty leczenia uzdrowskiego. Nie mniej należy się spodziewać, że pewne przewartościowanie, jeśli chodzi o zadania medycyny uzdrowskiej niewątpliwie w najbliższych latach nastąpi (rys. 7).



Rys. 7. Zadania medycyny uzdrowskiej obecnie i w przyszłości.

Profile lecznicze, czyli grupy schorzeń leczonych w uzdrawiskach, ulegają również zmianom, wraz ze zmianami potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz postępowaniem medycyny. Tradycyjnie, w przeszłości ukształtowana hierarchia ważności profili leczniczych, istotnie różni się od obserwowanej obecnie i tej, która obowiązywać będzie w przyszłości. Przypomnieć wystarczy powszechnie leczoną w przeszłości w uzdrawiskach, przed wprowadzeniem antybiotykoaterapii, gruźlicę płuc, a także szereg innych przewlekłych schorzeń układu oddechowego. Dużą grupę pacjentów uzdrawiskowych stanowiły też osoby z chorobami układu ruchu, lecz były to, inaczej niż dziś, w dużej mierze schorzenia poinfekcyjne, takie jak np. powikłania choroby Heinego-Medina, czy gruźlicy stawów i kości. Jeszcze nie tak dawno masowo kierowano do uzdrawisk pacjentów z chorobami przewodu pokarmowego, głównie z chorobą wrzodową. Podobnie z chorobami dróg moczowych, głównie kamicą i przewlekłymi infekcjami. Schorzenia te dziś są w mniejszości wśród grup chorób kierowanych na leczenie uzdrawiskowe, gdyż z powodzeniem leczone są innymi metodami w sposób szybszy i bardziej efektywny. Podobnie choroby kobiece. W chwili obecnej wyraźnie widać inny rozkład podstawowych profili leczniczych w lecznictwie uzdrawiskowym i należy się spodziewać kolejnych zmian w najbliższej przyszłości. Należy przewidywać, że choroby układu ruchu i układu krążenia, które w tej chwili są na pierwszych miejscach w ilości kierowanych na leczenie uzdrawiskowe pacjentów, pozostaną schorzeniami najczęściej leczonymi w uzdrawiskach również w najbliższej przyszłości. Szerzej kierowane będą na pewno do uzdrawisk schorzenia cywilizacyjne i choroby metaboliczne, o których epidemii mówi się już dziś. Będzie to cukrzyca, otyłość, osteoporoza i wiele innych, korzystnie reagujących na leczenie uzdrawiskowe. Tendencja ta zauważalna jest obecnie.



Rys. 8. Profile lecznicze uzdrawisk dawniej i w przyszłości.

Infrastruktura uzdrowskowa, to kolejny aspekt nowoczesności w funkcjonowaniu uzdrowiska. W nowoczesnym uzdrowisku nacisk winien być położony przede wszystkim na ochronę walorów leczniczych środowiska, zagrożonych postępującą industrializacją i chemizacją środowiska naturalnego. A zatem na ochronę źródeł wód mineralnych, złóż peloidowych, terenów zielonych, ochronę przed hałasem i przed zanieczyszczeniem powietrza. Istotna jest poprawa warunków korzystania z walorów leczniczych uzdrowiska, czyli rozbudowa i unowocześnienie szeroko rozumianych urządzeń lecznictwa uzdrowskowego. Niebagatelna jest również sprawa poprawy komfortu pobytu pacjenta w uzdrowisku i to bardzo szeroko rozumianego. Nie tylko zapewnienie mu odpowiednich warunków sanitarnych, ale także bezpieczeństwo osobiste. Jest to obecnie ważny element, który kuracjusze biorą pod uwagę, wyjeżdżając do uzdrowisk. Systematycznie poprawiać należałoby system komunikacji, usług kulturalnych, handel, gastronomię, rozrywkę. Wszystkie te elementy mieszczą się w szeroko rozumianej infrastrukturze nowoczesnego uzdrowiska.

Nowoczesność to także nowoczesne zarządzanie. Od pewnego czasu zakłady lecznictwa uzdrowskowego działają na rynku usług medycznych, a więc, żeby utrzymać się na tym rynku, muszą przyjąć nastawienie marketingowe. Wymaga to oczywiście nastawienia się na zaspokojenie potrzeb klienta. W związku z tym należy dobrze rozeznaczyć jakie są potrzeby klienta, a w naszym przypadku pacjenta przyjeżdżającego do uzdrowiska. Wiele informacji na ten temat dostarczyły badania przeprowadzone w ramach programu KBN w roku 2001<sup>5</sup>. Były to badania ankietowe przeprowadzone na dużych grupach pracowników i kuracjuszy w szeregu uzdrowisk polskich. Pierwsza piramida na rysunku 9 odzwierciedla poglądy kadry zarządzającej zakładów lennictwa uzdrowskowego na temat tego, jak powinna wyglądać piramida jakości w lecznictwie uzdrowskowym. Jak zarządzający zakładami lennictwa uzdrowskowego widzą hierarchię ważności poszczególnych elementów wchodzących w skład lecznictwa uzdrowskowego. Piramida ta jest bardzo podobna do piramidy, która odzwierciedlała historyczne kształtowanie się poszczególnych elementów lecznictwa uzdrowskowego (rys. 2). U podstaw piramidy, jako elementy najistotniejsze w przebiegu leczenia uzdrowskowego, umiejscowione są procedury ściśle związane aspektem medycznym, a więc kwalifikacje personelu, stosowanie naturalnych surowców leczniczych, edukacja zdrowotna, leczenie dietetyczne, wyposażenie w sprzęt medyczny, konsultacje specjalistyczne i badania dodatkowe. Elementy te uzupełniają standard hotelowy pobytu kuracjusza. W ten sposób my, zarządzający zakładami lennictwa uzdrowskowego, widzimy piramidę jakości w lecznictwie uzdrowskowym.

---

<sup>5</sup> Projekt badawczy KBN Nr I H O2D 037 16



Rys. 9. Piramida jakości w lecznictwie uzdrowiskowym w ocenie kadry kierowniczej zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz jakość oczekiwana przez pacjentów tych zakładów.<sup>6</sup>

Druga piramida przedstawiona na rysunku 9, to piramida wyrażająca hierarchię potrzeb i oczekiwań jakie wyrazili, w stosunku do lecznictwa uzdrowiskowego, pacjenci zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, w tym samym badaniu. Zauważalny jest ogromny rozróżnienie pomiędzy tymi dwiema piramidami. Jako najważniejsze, najbardziej oczekiwane elementy pobytu w uzdrowisku, pacjenci wskazali aspekty niemedyczne, takie jak zakwaterowanie, wyżywienie, jakość obsługi personelu oraz program kulturalno-rozrywkowy, na dalszych miejscach lokując aspekty medyczne związane z pobytem w uzdrowisku. Rodzi się pytanie, czy pacjent wyjeżdżając do uzdrowiska rzeczywiście oczekuje przede wszystkim wysokiego standardu hotelowego a ofertę zabiegową stawia na przedostatnim

<sup>6\*</sup> opr. wł. na podst.: Ponikowska I., Styś A., Iwankiewicz-Rok B., „Typowanie głównych parametrów jakości w lecznictwie uzdrowiskowym”, wyd. A. Marszałek, Toruń 2001.

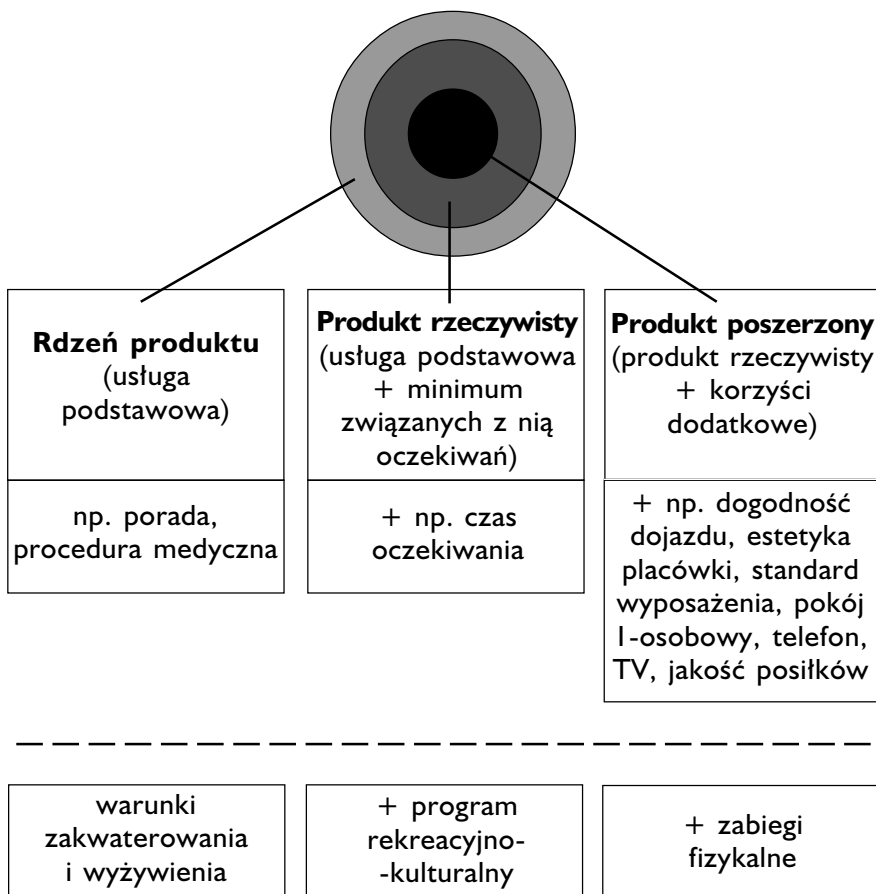
miejscu? Tak mówią badania. Jeżeli jednak tak jest, to jest to sygnał dla nas bardzo niepokojący, który na prawdę nie powinien przejść bez echa. Wiele doświadczeń wskazuje na to, iż w dużej mierze rzeczywiście moglibyśmy potwierdzić takie nastawienie pacjentów. Świadczy to o tym, iż świadomość pacjentów, odnośnie tego, czego mogą oczekiwać w uzdrowisku jest nieodpowiednia. Jaka jest w tym wina niedostatecznej jakości strony hotelowej w zakładach lecznictwa uzdrowskiego? A może promujemy uzdrowiska w nieodpowiedni sposób? Może takie właśnie aspekty pobytu w uzdrowisku istnieją w świadomości pacjentów dlatego, iż reklamując pobyt w uzdrowisku, zwracamy uwagę potencjalnych kuracjuszy nie na te aspekty, na które powinniśmy. Jest wiele dowodów, które potwierdzałyby taką tezę. Wystarczy zapoznać się z niektórymi folderami reklamującymi sanatoria, z których dowiadujemy się, że oferują one luksusowe zakwaterowanie, smaczne wyżywienie, wieczorki taneczne ORAZ zabiegi lecznicze.

Rozważając dalej zagadnienia związane z marketingiem w lecznictwie uzdrowskim, warto zastanowić się nad tym, jak powinien wyglądać produkt w lecznictwie uzdrowskim. Jaka powinna być struktura tego produktu. Każdy produkt, w ujęciu marketingowym, zawiera rdzeń, który stanowi usługę podstawową. Produkt rzeczywisty to usługa podstawowa plus minimum związanych z nią oczekiwań. Otoczkę produktu stanowią korzyści dodatkowe, tworząc w ten sposób produkt poszerzony. W ochronie zdrowia rdzeniem produktu jest procedura medyczna, np. porada lekarska, czy zabieg medyczny. Produkt rzeczywisty tworzy procedura medyczna wraz z np. czasem oczekiwania na wykonanie tej procedury. W ramach produktu poszerzonego ujmuje się dodatkowe korzyści, takie jak np. dogodność dojazdu do placówki medycznej, estetyka placówki, standard wyposażenia, zakwaterowanie, telefon, telewizję i jakość posiłków (rys. 10). I tak powinniśmy konstruować również produkty z zakresu lecznictwa uzdrowskiego, bo przecież jest to medycyna uzdrowska.

Ale spróbujmy skonstruować produkt na podstawie piramidy, która odzwierciedlała oczekiwania pacjentów wobec pobytu w uzdrowisku. Jako rdzeń produktu umieścić by należało zakwaterowanie i wyżywienie, dalej program rekreacyjno-kulturalny i na końcu, jako otoczkę (korzyści dodatkowe) procedury medyczne (rys. 9).

Trzeba z naciskiem podkreślić, że tak skonstruowany produkt, nie jest produktem medycznym, Produkt taki nie spełnia standardów określonych dla produktu medycznego. Jest to produkt turystyczny, produkt hotelu SPA, czy balneohotelu. Niewątpliwie produkt przydatny i potrzebny w szeroko rozumianym uzdrowisku, lecz jako niemedyczny nie powinien być finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków publicznych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia.

### struktura produktu w ochronie zdrowia\*



Rys. 10. Struktura produktu w ochronie zdrowia.<sup>7</sup>

Rozpatrując zagadnienia związane z nowoczesnością w lecznictwie uzdrowiskowym, warto wspomnieć też o formie własnościowej zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Trwa dyskusja, czy część zakładów lecznictwa uzdrowiskowego

<sup>7\*</sup> opr. wł. na podst: Karcz K., Malinowska M., „Fundamentals of marketing MBA in Int. Business”, AE. Katowice 1997.

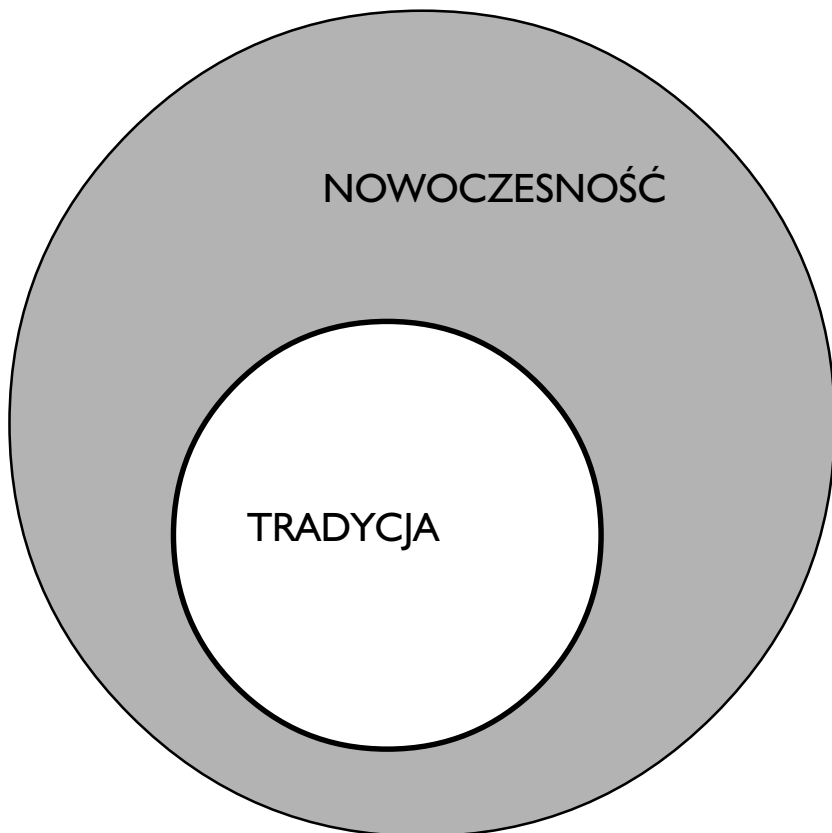


winna zostać w rękach państwa, czy lepsze są spółki, czy własność prywatna, gminna, komunalna. Patrząc na to zagadnienie z punktu widzenia medycznego, w aspekcie funkcjonowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, wydaje się, iż problem formy własnościowej zakładów lecznictwa uzdrowiskowego nie jest najważniejszy. Ważne jest jak są prowadzone w danym zakładzie procedury medyczne, na jakim poziomie jest opieka zdrowotna. Dlatego zagadnienie to nie będzie dalej rozwijane.

Na koniec warto zwrócić uwagę na kwestię organizacji systemu kierowania pacjentów na leczenie uzdrowiskowe. Jest to obecnie system bardzo skomplikowany. Obejmujący wiele etapów. Skierowanie wystawiane jest przez lekarza na druku daleko bardziej obszernym niż skierowania na inne rodzaje leczenia, wymagającym podania wielu danych, niektórych o wątpliwej przydatności w procesie leczenia uzdrowiskowego. Skierowanie wymaga przejścia skomplikowanej, podwójnej, merytorycznej i formalnej, procedury oceny w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Pacjent nie ma możliwości wpływu na miejsce odbycia leczenia uzdrowiskowego. Kierowany jest tam, gdzie kontrakt zawarł Narodowy Fundusz Zdrowia i akurat ma w danej chwili wolne miejsce. Procedura taka stoi w sprzeczności z jedną z podstawowych zasad leżących u podstawy prowadzonej reformy ochrony zdrowia, z zasadą wolnego wyboru lekarza i zakładu opieki zdrowotnej.

Należy pamiętać też, że z uwagi na swą specyfikę, leczenie uzdrowiskowe wiąże się ze zmianą miejsca pobytu, a brak możliwości odbycia podróży do bardzo odległego uzdrowiska wyznaczonego arbitralnie przez oddział NFZ, np. z powodu ograniczeń zdrowotnych pacjenta, czy jego możliwości finansowych, eliminuje część chorych z tego rodzaju leczenia w ogóle. Pacjent niejednokrotnie rezygnuje z wyjazdu do uzdrowiska, a Narodowy Fundusz Zdrowia zmagają się z tzw. „niedojazdami”. Rodzi się pytanie, czy system kierowania pacjentów na leczenie uzdrowiskowe naprawdę musi być tak skomplikowany? Czy jego utrzymywanie, niemal w stanie niezmiennym od okresu obowiązywania socjalistycznej ochrony zdrowia, jest rzeczywiście uzasadnione dobrem pacjenta, czy wynika już tylko z przyzwyczajenia i braku odwagi do podjęcia zmian? Pacjent kierowany na każdy inny rodzaj leczenia, nie przechodzi przecież tak skomplikowanej procedury, zanim to leczenie rozpocznie.

Na zakończenie, wracając do postawionego na wstępie pytania, czy jest tak, że w lecznictwie uzdrowiskowym idziemy od tradycji do nowoczesności? Zostawiamy tradycję a nowoczesność mamy przed sobą? Czy raczej jest tak, że idziemy do nowoczesności, żeby tą nowoczesnością otoczyć tradycję. Otoczyć nowoczesnością to, co w leczeniu uzdrowiskowym jest najważniejsze i co jest jego istotą i specyfiką (rys. 11). Mam nadzieję, że udało mi się Państwu przekonać do tej drugiej tezy.



Rys. 11. Tradycja i nowoczesność w uzdrowisku.

---

**Adres autora:**

22 Wojskowy Szpital Uzdrowiowo-Rehabilitacyjny  
ul. Wojska Polskiego 5  
87-720 Ciechocinek

**Jan Golba** – Prezes Zarządu Stowarzyszenia Gmin uzdrowiskowych RP

## **CZY POLSKIE UZDROWISKA SPROSTAJĄ KONKURENCJI EUROPEJSKIEJ? JAK RZĄDY PAŃSTW EUROPEJSKICH WSPIERAJĄ ROZWÓJ UZDROWISK?**

Od wielu już lat zastanawialiśmy się co się stanie z polskimi uzdrowiskami po wejściu Polski do Unii Europejskiej. Czy polskie uzdrowiska będą w stanie sprostać europejskiej konkurencji? Czy uzyskają przewagę konkurencyjną czy też staną się przysłowiowymi ubogimi krewnymi osławionych miejscowości uzdrowiskowych w Niemczech, Austrii, Szwajcarii, Portugalii, Francji czy Włoch?

Targały nami różne obawy, kiedy patrzyliśmy zazdrośnie na stopień zorganizowania uzdrowisk europejskich, na ich wspianą infrastrukturę uzdrowiskową, turystyczną, rekreacyjno- sportową i kulturalną. Na ich wysoki standard obiektów hotelowych i utrwalone przez lata tradycje leczenia uzdrowiskowego.

Nasze obawy potęgował, funkcjonujący w niektórych państwach stabilny system finansowania leczenia uzdrowiskowego i wypracowany przez lata model wsparcia finansowego uzdrowisk europejskich. Poznaliśmy jakie występują zależności pomiędzy rozwojem uzdrowiska, a rozwojem regionalnym. Obserwowaliśmy jak Niemcy poradziły sobie z procesem transformacji uzdrowisk wschodnioniemieckich. Z uwagą śledziliśmy prywatyzację uzdrowisk węgierskich, czeskich i słowackich oraz skutki tej prywatyzacji. Obserwowaliśmy dokonujące się zmiany oraz trendy i zastanawialiśmy się skąd uzdrowiska niemieckie, czeskie, węgierskie, słowackie (a więc te najbliższe nam systemowo ze względu na klasyczne formy leczenia uzdrowiskowego) pozyskują środki na restrukturyzację, infrastrukturę, podwyższanie standardów obiektów i urzędzeń. Na naszych oczach do wręcz niewyobrażalnych przeobrażeń jakościowych doszło w uzdrowiskach wschodnioniemieckich, i w niewiele mniejszym stopniu węgierskich, czeskich, a nawet słowackich.

Dlatego uważnie analizowaliśmy europejskie systemy socjalne, funkcjonowanie instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, w tym Kas Chorych, tworzenia polityki społecznej poszczególnych państw i funkcjonujących systemów podatkowych.

### **Uzdrowiska typu „spa” i uzdrowiska klasyczne**

Dziś nasza wiedza na temat funkcjonowania uzdrowisk europejskich jest do tego stopnia obszerna i usystematyzowana, że pozwala się nam rozprawić za-

równy z funkcjonującymi w polskim społeczeństwie stereotypami i mitami o rewelacyjnym poziomie rozwoju uzdrowisk europejskich jak też, podjąć merytoryczną dyskusję z tymi, **którzy wciąż na polskie uzdrowiska patrzą przez pryzmat jednego wielkiego szpitala i pacjenta**, a nie specjalnie chronionego obszaru wyposażonego przez naturę w unikatowe surowce lecznicze, na którym zlokalizowano zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i obiekty rekreacyjne, ale też obiekty turystyczne. Ten stereotyp patrzenia na uzdrowisko w naszym kraju jak na szpital, obarczony jest zapewne **po pierwsze**: historią, która stworzyła na terenie naszego kraju uzdrowiska, w których leczenie oparte jest głównie na naturalnych surowcach leczniczych, w postaci wód leczniczych, gazów i peloidów, a tylko w niewielkim stopniu na wodach termalnych czy cechach klimatu, **po drugie**: funkcjonującym przez lata socjalnym modelem uzdrowiska, który cechuje się swoistymi regułami, a raczej rygiem funkcjonowania, **po trzecie**: strukturą własnościową (w Polsce tylko jedna spółka uzdrowiskowa Skarbu Państwa została sprywatyzowana. Uzdrowiska europejskie mają trochę inne lub zupełnie inne tradycje swojego rozwoju i oparte są o inny model finansowania leczenia uzdrowiskowego i strukturę własności. We Włoszech, Hiszpanii, Portugalii, Francji, Słowenii, Belgii, Austrii, na Węgrzech, w Czechach i Słowacji większość uzdrowisk jest uzdrowiskami typu „spa”, które swoją tradycję wynoszą z „rzymskich term” czy arabskich hamamów. Uzdrowiska w polskim wydaniu, czyli funkcjonujące w oparciu o naturalne surowce lecznicze, są w określonym stopniu właściwe Niemcom oraz częściowo Austriakom, Szwajcarom i Francuzom, a z państw bloku wschodniego Czechom i Słowakom. To rodzi nie tylko określone implikacje porównawcze, ale też pytanie o przyszłość, tzn. **jaki rodzaj lecznictwa uzdrowiskowego ma większą przyszłość**. I nie tylko nas dotyczy to pytanie, ale prawie wszystkich państw środkowoeuropejskich. Dlatego już dziś na wszelki wypadek, a może i z potrzeby sprostania konkurencji Niemcy, Austriacy, Szwajcarzy, ale też Czesi i Słowacy wzbogacają czy też urozmaicają swoją ofertę profilaktyczną i rehabilitacyjną, ale też **budują bardzo bogatą ofertę rekreacyjną i odnowy biologicznej**. Na wielu gremiach dyskusyjnych jakże często słyszeliśmy stwierdzenie, że uzdrowiska europejskie w tym niemieckie, czeskie, węgierskie upadają. **Daj nam Boże, aby nasze tak upadły**. Aby tak upadły jak Baden-Baden, St. Moritz, Bad Blumau, Hajduso Boslo, Karlowe Vary, Mariańskie Łaźnie, Saint Trope, San Remo czy wiele innych.

Ci z Państwa, którzy z różnych okazji mieli szansę przyjrzeć się uzdrowiskom niemieckim, austriackim, węgierskim czy francuskim, doskonale wiedzą, że te uzdrowiska tętnią życiem, dają miejsca pracy, wpływają na rozwój całego regionu, mają znakomity wizerunek. Te uzdrowiska zmieniły jedynie swój model funkcjonowania i zaferowały współczesnemu kuracjuszowi i turyście to czego on oczekuje, a nie to co my mu chcemy dać, a on ma to przyjąć bez szemra-

nia. Po prostu **w uzdrowiskach europejskich obowiązują normalne zasady rynkowe w zakresie pozyskiwania klienta.**

Uświadomić sobie musimy także jedną rzecz (która jakoś nie chce dotrzeć do wielu środowisk zajmujących się problematyką uzdrowiskową w Polsce), że uzdrowiska europejskie to takie same uzdrowiska jak nasze, tylko ich oferta różni się od polskiej tym, że zasadzając się na historycznej tradycji podstawą leczenia w tych uzdrowiskach są wody termalne. W niektórych państwach europejskich (posiadających kurorty typu „spa”), nie jest znane leczenie uzdrowiskowe oparte na surowcach leczniczych (wodach leczniczych, gazach, peloidach) i nasze uzdrowiska nie są traktowane jako uzdrowiska w ich przekonaniu i trzeba ogromnego wysiłku marketingowego, aby przekonać mieszkańców tych państw do tego typu leczenia.

Dlatego w naszych uzdrowiskach pojawiają się kuracjusze tylko z tych państw, którym ten model leczenia jest znany (Niemcy, Francuzi, Austriacy).

### **Europejski produkt uzdrowiskowy**

Doskonale wiemy jakie są wskaźniki demograficzne i jakie się z tym wiążą konsekwencje dla turystyki i lecznictwa uzdrowiskowego. Cała Europa i świat dostrzega, że z roku na rok przybywa ludzi starszych bo wydłuża się ich długość życia. Przybywa ludzi nieproduktywnych z dużą ilością czasu wolnego i pieniędzy z wielkimi oczekiwaniami w zakresie poprawy stanu swojego zdrowia, a nawet urody. To są potencjalni klienci uzdrowisk. Ich oczekiwania w stosunku do życia są proste: nie chcą wegetować, chcą aktywnie spędzić resztę swojego życia. I mają na to olbrzymią szansę, bo pod nich buduje się przyszły produkt uzdrowiskowy w państwach europejskich.

Zwróćcie Państwo uwagę jak robią to Niemcy, którzy podzieli swój kraj na jedenaście regionów uzdrowiskowych, z których każdy ma swój wyróżnik marketingowy pod którym kryje się innego typu oferta. I tak region Badenii reklamuje się hasłem: „Zdrowie daje nam szczęście i radość życia”. Bawaria: „Na kurację w Bawarii jest zawsze sezon”. Brandenburgia ma hasło: „Brandenburgia – naturalnie jest zdrowa”. „Hesja: źródłem nowej energii i radości życia”. Meklenburgia: „Meklenburgia sprawi, że poczujesz się wspaniale”. Saksonia Dolna: „Kurort mimo wszystko”. Nadrenia Północna-Westfalia znana ze znakomitego finansowego systemu wsparcia uzdrowisk reklamuje się hasłem: „Źródła nowego życia”. Nadrenia-Palatynat: „Vitaparc”. Saksonia: „Leczenie w Saksonii dla mnie najmiłsze”. Saksonia-Auhalt: „Łagodna kuracja wśród drzew”. Schlezwig-Holstein: „Wspaniale spędzony czas tylko w Schlezwig-Holstein”. Turyngia: „Zdrowie doładowywać poprzez przebywanie wśród natury”. Ideą przewodnią tego ukierunkowanego marketingu jest tworzenie rozpoznawalnych marek regionów poprzez zwrócenie uwagi potencjalnemu kuracjuszowi na miejsca, które natura szczególnie sobie

upodobała. W tych marketingowych hasłach kryje się głęboka myśl, bowiem, potencjalny klient uzdrowiska zanim zapozna się ze szczegółową ofertą, wie czego może oczekiwać w całym regionie. Pokazując ten bardzo symptomatyczny przykład promocji uzdrowisk niemieckich, pragnę zwrócić uwagę, że uzdrowiska europejskie prowadzą bardzo agresywną kampanię reklamową w całej Europie. To dzięki niej licznie wyjeżdżamy do znanych europejskich kurortów i odkrywamy nowe, szerzej nieznane miejsca. Analizując mapę geograficzną uzdrowisk należy stwierdzić, że w zakresie oferty leczniczej, rekreacyjnej i turystycznej nastąpiły wręcz epokowe zmiany. Na rynek uzdrowiskowy, w którym dotąd niezagrożenie liderowały Niemcy i Austria, Szwajcaria szybko weszły Czechy, Węgry i Litwa.

### **Systemy wsparcia uzdrowisk europejskich**

Dzisiejsze uzdrowiska stały się olbrzymimi, dochodowymi przedsiębiorstwami, stymulującymi rozwój regionalny i stanowiącymi ważne ogniwa w gospodarce każdego kraju. Doskonałym tego przykładem są Niemcy, Austria, Czechy, czy Węgry. Ci ostatni tak skutecznie zachęcali do przyjazdu do swoich uzdrowisk, że dziś najważniejszymi klientami Hajduszoboslo i innych miejscowości uzdrowiskowych są Polacy, a pracownicy obiektów turystycznych muszą znać język polski. Węgrzy jako jedyni w Europie wypracowali znakomity system wsparcia finansowego swoich uzdrowisk i miejscowości turystycznych. Jest on bardzo prosty i polega na tym, że do 1 forinta podatku turystycznego pobieranego od turystów państwo dodaje 2 forinty. **Środki te mogą być przeznaczone wyłącznie na budowę infrastruktury turystycznej i uzdrowiskowej.** Ten system stosowany od kilku lat spowodował przełom w infrastrukturze turystyczno-uzdrowiskowej na Węgrzech i pozwolił przyciągnąć olbrzymi kapitał prywatny do uzdrowisk.

We Francji w 5-ciu regionach uzdrowiskowych w okresie od 1989–2003r. realizowano inwestycje uzdrowiskowe przy pomocy subwencji publicznej. Na ten cel przekazano tylko w tych regionach w ciągu ostatnich 15 lat **675 mln euro**. Struktura kierunkowa tej pomocy przedstawia się następująco:

- 16%- inwestycje w osprzętowanie lub poszukiwanie nowych źródeł naturalnych,
- 38%- na budowę nowych zakładów czy też instytucji uzdrowiskowych,
- 10%- na poszerzenie zakresu świadczonych usług,
- 35%- na modernizację ośrodków, budynków, urządzeń rehabilitacyjnych,
- 1%- wdrożenia, szkolenia.

Francuski system finansów publicznych ma za zadanie wspierać wszystkie uzdrowiska na różnych płaszczynach ich działalności uzdrowiskowej i turystycznej. Struktura tej pomocy przedstawia się następująco:

1. rady regionalne zabezpieczają 39% subwencji,
2. rady centralne 21%,

3. udział rządu 16%,
4. pomoc europejska 10%,
5. gminy 14%.

We Francji istnieje jeszcze system tzw. wsparcia bezpośredniego na konkretne przedsięwzięcia. W tym przypadku udział środków publicznych może wynieść nawet 91%.

Włosi nie posiadają wypracowanego, jednolitego systemu wspierania swoich kurortów, ale polityka ich rządu w zakresie udzielania pomocy publicznej dla uzdrowisk jest niezwykle elastyczna. Na przykład w roku ubiegłym mieliśmy do czynienia z uruchomieniem olbrzymich środków na wsparcie inwestycji w miejscowościach turystycznych i uzdrowskowych celem poszerzenia swojej oferty. Włosi bowiem **przewidują, że wzrastająca konkurencja europejska może osłabić ich zdolność konkurencyjną.**

Niemcy ze względu na swoją strukturę administracyjną mają najbardziej skomplikowany system finansowego wspierania uzdrowisk. W zasadzie tak jak i przepisy odnoszące się do funkcjonowania uzdrowisk tak systemy wsparcia są uzależnione od polityki danego landu. Np. w Nadrenii i Westfalii obowiązuje ustawa o uzdrowskach i zarządzenie Ministra Pracy, Zdrowia i Spraw Socjalnych w sprawie popierania kurortów, w których zawarto zasady udzielania pomocy finansowej uzdrowskom. Ciekawostką w tym landzie jest to, że rząd landu nie może odstąpić od przyznania dotacji uzdrowsku. Dotacje przyznaje się na modernizację, uzupełnienie wyposażenia sanatoryjnego oraz podwyższenie komfortu. Prawo do dotacji ma zarówno przedsiębiorca jak i gmina. W momencie zjednoczenia Niemiec, przekształcone uzdrowska wschodniemieckie przeszły przez proces komunalizacji, a środki uzyskane z ich sprzedaży zostały przeznaczone na realizację infrastruktury uzdrowskowej, rekreacyjnej i turystycznej.

Aby odpowiedzieć na pytanie jak rządy państw europejskich wspierają rozwój uzdrowisk pozwoliłem sobie prześledzić przepisy odnoszące się do funkcjonowania uzdrowisk w Niemczech, Austrii, Szwajcarii, Francji, Włoszech, Czechach, Słowacji i Węgrzech. Zdaję sobie jednak sprawę, że ta wiedza jest jednakże wiedzą fragmentaryczną, bowiem aby w pełni odpowiedzieć na to pytanie należałoby prześledzić ustawodawstwo poszczególnych państw odnoszące się do całej gospodarki, a szczególnie ustawodawstwo odnoszące się do problematyki podatkowej. Ale nawet pobieżna analiza systemów podatkowych Francji, Niemiec, Austrii wskazuje, że **polskie podmioty uzdrowskowe mają dziś gorszą pozycję w zakresie opodatkowania, niż ich bliźniacze przedsiębiorstwa w Europie.** Szczególnie dotyczy to podatku VAT, który w Niemczech wynosi „0”, w Austrii 10%, we Francji 5,5%. Z czasem te zapisy powodować będą wzrastającą przewagę konkurencyjną europejskich podmiotów uzdrowskowych, które dziś mając wysoki standard swoich obiektów mogą corocznie pozyskiwać zwroty

VAT-u i przeznaczać je na określone cele. Generalnie w Europie nie ma i nie może być jednolitego systemu prawnego wspierającego realizację inwestycji uzdrowiskowych i pozauzdrowiskowych. Praktycznie rzecz biorąc jak to już wykazano na wielu przykładach, każde państwo europejskie ma swój system wspierania inwestycji w uzdrowiskach, który uzależniony jest od możliwości finansowych państwa, roli i znaczenia lecznictwa uzdrowiskowego oraz turystyki w danym kraju, a także od przyjętej strategii rozwoju regionalnego. **W niektórych państwach nie ma w ogóle żadnego jednolitego systemu wspierania uzdrowisk, a inwestycje wspiera się segmentowo.** W jednym państwie kładzie się nacisk na ekologię i wspiera wszelką aktywność uzdrowisk w tym zakresie. W innych najważniejszą sferą wspierania uzdrowisk jest **drogownictwo**, a w jeszcze innych **rekreacja i turystyka**. Choćby w Austrii znane są przykłady stosowania **dopłat do ogrzewania ekologicznego** (gaz, olej opałowy), a w innych państwach wprowadzenie ulg podatkowych zachęcających do korzystania z rodzimych kurortów. W miarę spójny system wspierania uzdrowisk mają Węgrzy, Szwajcarzy, Niemcy, Austriacy, stąd też w uzdrowiskach tych krajów można zauważyć dobrze rozwiązane dojazdy do uzdrowisk, blisko przebiegające autostrady, lotniska, parkingi zaporowe, tunele, obwodnice oraz pełną infrastrukturę ekologiczną i okołouzdrawiskową. W innych państwach np. we Francji wybiera się wyselekcjonowane programy publiczne i udziela im finansowego wsparcia na szczeblu regionu i państwa. Włosi stosują system akcyjnego wspierania uzdrowisk, jak choćby budowa systemu komunikacyjnego do kurortów w późnych latach 60., czy obecnie środki na poszerzenie oferty.

W przebudowie i restrukturyzacji uzdrowisk coraz częściej uczestniczy Unia Europejska, a jej wsparcie dotąd najbardziej odczuli Niemcy (w uzdrowiskach wschodniemieckich), Francuzi i Hiszpanie. Były to **kompleksy rekreacji wodnej, baseny termalne, obiekty sportowe i rekreacyjne, stacje narciarskie, parki zdrojowe, a nawet kompleksy lecznicze. Z pomocy unijnej korzystały także centra kultury, informacji turystycznej, systemy rezerwacji miejsc realizujące zdania publiczne.** Współczesne ustawodawstwo państw europejskich dostrzega także specyfikę gmin uzdrowiskowych i gmin górskich i w sposób odmienny od pozostałych gmin reguluje zarówno ich kwestie ustrojowe, jak też i finansowe. Wśród form rekompensujących bariery rozwojowe i zabezpieczających środki na realizację specyficznych zadań, a także zachęcających do utrzymania i tworenia uzdrowisk wymienić należy:

- dotacje celowe na realizację infrastruktury uzdrowiskowej i komunalnej spełniającej zaostżone wymogi w zakresie środowiska naturalnego,
- prawo do wprowadzenia miejscowego podatku turystycznego lub taksy zdrojowej,
- podatek od drugiego mieszkania,



- zwiększone udziały w dochodach podatkowych,
- preferencyjne kredyty lub subwencje na budowę publicznej infrastruktury rekreacyjnej, uzdrowiskowej, sportowej,
- wprowadzenie ulg w podatku dochodowym w przypadku realizacji preferowanych w uzdrowiskach inwestycji.

Ten system finansowego wspierania uzdrowisk nie jest jednolity w całej Europie i zależy od pozycji jaką się przypisuje uzdrowiskom w gospodarce i polityce społecznej, ale póki co jest to system, którego w Polsce nie ma w ogóle.

### **System wsparcia w polskich uzdrowiskach**

Choć oficjalnie wiemy, że branża turystyczna w Polsce może liczyć na około 500 mln euro z Unii Europejskiej, to zastanawiamy się, czy polskie podmioty uzdrowiskowe skorzystają z tej oferty. Z jednej bowiem strony, uzdrowiskowe spółki Skarbu Państwa nie spełniają statusu małego przedsiębiorstwa, są spółkami Skarbu Państwa, a z drugiej i te firmy i inne podmioty uzdrowiskowe, nie stać na wymagany udział finansowy w staraniu się o środki unijne.

Wiele urzędów marszałkowskich, posiadających na swoim terenie liczne uzdrowiska, nie dostrzega potrzeby umieszczania w swoich dokumentach planistycznych kwestii związanych z funkcjonowaniem uzdrowisk. Także w Narodowym Planie Rozwoju na lata 2007–2013 kwestia uzdrowisk nie została zauważona. Niewystarczająco zauważono ten problem także w dokumencie pod nazwą „Strategia Rozwoju turystyki na lata 2007–2013”.

O tym, że nie ma aktualnych przepisów dotyczących funkcjonowania uzdrowisk nie ma co mówić, bo mówimy o tym już 15 lat i nic z tego nie wynika.

### **Jaka jest konkurencja na europejskim rynku uzdrowisk?**

Bezsporny prym na europejskim rynku uzdrowisk wiodą Niemcy, Szwajcarzy i Austriacy. Dalej są Portugalczycy, Włosi, Francuzi, Węgrzy i Czesi. Ale państwom tym bardzo szybko wyrasta konkurencja i to bynajmniej wcale nie polska.

Rumuńska Mangalia i bułgarskie Złote Piaski po kilkunastu latach zapaści przeżywają swój „renesans”. I chociaż pod względem infrastruktury turystycznej i uzdrowiskowej państwa te wciąż dzieli przepaść od dotychczasowych liderów turystycznych w Europie, to bardzo szybko nadrabiają straty. Zachodnie firmy już inwestują nawet kilkaset milionów dolarów rocznie w infrastrukturę turystyczną, budując nie tylko hotele, ale także parki rozrywki, kasyna, restauracje i pola golfowe. Boom inwestycyjny w turystyce szczególnie widać w Bułgarii. Zaskakującym jest fakt, że jeszcze nie tak dawno, na tamtejszą rivię przyjeżdżali najwyżej Rosjanie. Dzisiaj w Słonecznym Brzegu czy Złotych Piaskach w sezonie wypoczywają Niemcy, Anglicy i Grecy, a na tegoroczny sezon Brytyjczycy zarezerwowali o 67% więcej wycieczek, niż w roku ubiegłym. W jaki sposób te dwa kraje po-

trafiły w stosunkowo krótkim czasie uzyskać tak wielkie znaczenie na niezwykle trudnym i konkurencyjnym rynku turystyczno-uzdrowiskowym? W Rumunii tak znaczące przemiany były możliwe dzięki środkom z prywatyzacji. Ponad 25 mln dolarów zainwestowali prywatni inwestorzy, głównie z Zachodu i wykupili od Rumunii udziały w ponad 200 państwowych kompaniach turystycznych. Kolejne miliony włożyli w remont zdegradowanych ośrodków wypoczynkowych. Bardzo skuteczne okazały się biura informacji turystycznej, które Ministerstwo otworzyło przy Ambasadach w ponad 20 krajach na świecie, m.in. w Warszawie i Nowym Jorku. **Z pewnością podniesienie standardów obiektów hotelowych i wzmożony przekaz informacji turystycznej zasadniczo wpłynęły na pozytywnie zachodniego klienta.** Jako ciekawostkę należy podać fakt, że Rumunia posiada aż 3000 źródeł wód mineralnych. To aż jedna trzecia wszystkich źródeł w Europie- tak ogromny potencjał leczniczy dopiero teraz stopniowo zostaje wykorzystywany w pełni. Co się stanie za parę lat? Lecznicze wody i ciepły klimat, bogata oferta usług leczniczych, wspaniała historyczna architektura i wreszcie ceny, dwa a nawet trzykrotnie niższe niż w porównywalnej klasy kurortach Grecji czy Chorwacji, bardzo skutecznie przyciągają turystów i kuracjuszy na wybrzeże rumuńskie.

Estonia, Łotwa i Litwa również prześcigają wielu w zachęcaniu Europejczyków do odkrycia swojego kontynentu. Przy pomocy funduszy pomocowych Unii Europejskiej rozbudowuje się tam baza hotelowa, pensjonatowa, powstają nowe gospodarstwa agroturystyczne, poszerza się oferta usługowa. A jeszcze nie tak dawno, w czasach istnienia republik sowieckich tamte strony odwiedzane były głównie przez krajoznawcze wycieczki z innych republik.

Wśród 4 milionów turystów odwiedzających kraje Północnej Europy nie brak również Polaków, którzy bardzo chętnie przyjeżdżają do Wilna, aby ponownie przejść przez szlak polskiej historii i literatury. Nie jest to może działalność uzdrowiskowa ale liczne przyjazdy do Druskiennik (ulubionego miejsca pobytu marszałka Piłsudskiego) potwierdzają, że na rynku uzdrowiskowym wyrósł liczący się konkurent. W państwach Północnej Europy nie zapomniano również o turystach wypoczywających bardziej aktywnie i przygotowano dla nich specjalną ofertę. W narodowym parku Auksztowski obok wspaniałej, dziewiczej przyrody i licznych jezior, można uprawiać sporty wodne, turystykę rowerową czy żeglować po jeziorach. Szczególną popularnością cieszą się spływy kajakowe, trasy rowerowe, słynne eurovelo I I ciągnące się przez cały wschód kraju, poprzez wybrzeże bałtyckie, aż do Łotwy, loty na paralotniach, wycieczki balonowe i nawet skoki na spadochronach. Nie sposób nie wspomnieć o dwóch wyspach – Saarem i Hiuma, które już zdobyły europejską sławę. Porzucone posowieckie poligony stały się miejscem organizowania różnych szkół przetrwania, czy uprawiania paintballu. Na takie atrakcje zjeżdżają się na wyspę Hiumma fanatycy z całej Europy. Władze

miasta w tym roku organizują Balonowe Mistrzostwa Europy tylko po to, aby przyciągnąć rzeszę miłośników tego specyficznego sportu i rozreklamować te miejscowości. Sąsiadująca z nami Słowacja zamierza konkurować z kurortami alpejskimi zarówno w zakresie lecznictwa uzdrowskowego, ale też oferty dla narciarzy. Przeprowadzona ostatnio kategoryzacja ośrodków, inwestycje o wartości prawie miliarda koron, podniesienie poziomu usług i poszerzenie oferty to bilans ostatnich dwóch lat słowackich centrów narciarskich. Wszystkie działania mają na celu przyciągnięcie największej rzeszy amatorów sportów zimowych, wśród których są również Polacy. Już w tym roku na miłośników narciarstwa czeka w całej Słowacji ponad 300 ośrodków, w tym bardzo ekskluzywne hotele, oferujące zabiegi upiększające i regenerujące. Nie bez powodu Słowacy inwestują w ten rodzaj przemysłu alternatywnego, który nie godząc w naturalne wartości kurortów aktywizuje region, stając się głównym dochodowym przemysłem. Narciarz to przecież najbogatszy turysta wydający olbrzymie pieniądze na dobry sprzęt, modne stroje, karnety, hotele, parkowanie samochodu, kosmetyki, itp. O takiego turystę trzeba dbać, bo na bazie jego udziału rozwija się inny przemysł. Słowacy budując wyciągi narciarskie nie mają problemu z uzyskaniem pozwoleń na budowę czy wycinkę określonych arealów lasu. I chwaląc nas za doskonałe i rygorystyczne przepisy z zakresu ochrony przyrody, bardzo skutecznie zachęcają nas do przejazdu do swoich stacji narciarskich i uzdrowsk termalnych.

Zresztą Słowacy i Węgrzy pokazali nam jak poprzez zagospodarowanie wód termalnych można zaktywizować gospodarczo regiony, które dotąd nie miały żadnego znaczenia uzdrowskowego, turystycznego i gospodarczego.

Co ciekawsze głównymi klientami, a nawet inwestorami uzdrowsk termalnych i stacji narciarskich są Polacy, Niemcy, Rosjanie.

Polska mająca nie mniejsze zasoby wód termalnych niż Słowacy, umiejscowionych przecież w terenach o bardzo cennych walorach turystyczno-przyrodniczych nie potrafiła dotąd zagospodarować dla celów balneologicznych żadnego z dziesiątek istniejących odwiertów.

### **W jakim pójść kierunku?**

Pozytywne doświadczenia innych krajów dowodzą, że warto postawić na profesjonalnie przygotowany produkt turystyczny, który nie tylko przyniesie wymierne korzyści turystyce, ale może stać się podstawowym stymulatorem rozwoju regionalnego oraz generatorem nowych miejsc pracy. Uzdrowska mają szczególne znaczenie dla gospodarki turystycznej, gdyż mogą oferować liczne i różnorodne produkty turystyczne, atrakcyjne dla wielu segmentów rynkowych w kraju i za granicą.

To wyjątkowa szansa dla polskich uzdrowsk, które posiadają nie w pełni wykorzystany, ogromny potencjał gospodarczy.

Przeważająca część polskich uzdrowisk leży w regionach o najwyższych walorach przyrodniczych, gdzie dominują obszary zaliczane do pierwszej i drugiej kategorii atrakcyjności turystycznej w kraju. Znaczącą rolę zaczyna odgrywać wykorzystywanie bogatych zasobów leczniczych do rozwijania nowoczesnych produktów turystyki zdrowotnej i rekreacyjnej, tworzących polską markę uzdrowiskową. Na szczęście także polskie uzdrowiska stopniowo przekształcają się w wielofunkcyjne centra zdrowia, turystyki, rekreacji, sportu i kultury, oferując bogaty program usług dla kuracjuszy i wczasowiczów.

Obiekty lecznicze i odnowy biologicznej typu „spa” w wielu naszych uzdrowiskach spełniają wszystkie wymogi w tym światowym biznesie i mogą śmiało konkurować na rynku zagranicznym.

W większości kurortów stawia się nacisk na zdrowie i urodę, a nowe ośrodki oferujące odnowę biologiczną rosną jak grzyby po deszczu. Najprostsze zabiegi z zakresu odnowy biologicznej np. masaże, naświetlania, jacuzzi, czy ćwiczenia fitness, komory jodowo-solne nie są już nowością i funkcjonują w większości sanatoriów i wielu prestiżowych hotelach. Zatem i w Polsce widać pozytywne akcenty światowych przemian w zakresie walki o kondycję i zdrowie człowieka.

W kierunku turystyki uzdrowiskowej zmierza również rozwój infrastruktury kurortów, powstają aqua parki, liczne baseny rehabilitacyjne i inne atrakcje przyciągające turystów jak np. kolejka gondolowa w Krynicy Zdroju. Nie brak również pomysłów na poszerzenie atrakcji w zakresie turystyki krajoznawczej, kulturowej i kwalifikowanej.

Szansą polskiej branży turystycznej jest także obsługa gości biznesowych i oficjalne multilateralne i bilateralne spotkania polityków. To trochę dziwne ale w Polsce nie ma w tym zakresie większych doświadczeń a jedna Krynica-Zdrój organizująca Forum Ekonomiczne Europy Środkowo-Wschodniej na wzór szwajcarskiego Davos wiosny nie czyni. Tymczasem to kurorty europejskie a nawet wschodnioeuropejskie są ulubionym i stałym miejscem spotkań polityków z najwyższego szczebla. Właśnie te wydarzenia najbardziej skupiają uwagę mediów i tysiące ludzi biznesu w kraju i za granicą. Wielka szkoda, że dla spotęgowania tych szans nie tworzy się narodowych programów wspierających duże imprezy ekonomiczne, kulturalne i nie ustala się kalendarza rządowych spotkań w polskich kurortach.

Zgodnie z prognozami najbliższe lata będą jednymi z najlepszych w historii polskich uzdrowisk. Polacy zaczynają doceniać rodzime walory turystyczne, lecznicze, a zagraniczni goście przyjeżdżają do nas coraz chętniej na wypoczynek połączony z zabiegami leczniczymi. Pojawili się nawet zagraniczni inwestorzy, którzy realizują bądź planują w polskich miejscowościach uzdrowiskowych spore inwestycje. Z roku na rok wzrasta wskaźnik wypoczywających zagranicznych turystów- szczególnie Niemców, jak również turystów z Ukrainy i Rosji.

Od kilku lat polskie uzdrowiska dzięki staraniom władz samorządowych i podmiotów uzdrowiskowych przemodelowują się, budując bogatą ofertę i zmieniając swój wizerunek pod klienta. Temu celowi służy budowany w Ministerstwie Gospodarki przez Międzyresortowy Zespół ds. Aktywizacji Uzdrowisk „Program zintegrowanego rozwoju uzdrowisk i gmin uzdrowiskowych”, którego zadaniem jest nie tylko usuwanie barier natury prawnej, nie pozwalających rozwijać się polskim uzdrowiskom, ale także stworzenie programu wsparcia.

Wdrożenie tego programu ma ogromne znaczenie dla uruchomienia inwestycji finansowanych ze środków strukturalnych, tak ważnych w celu podniesienia innowacyjności sektora turystycznego.

Wdrożenie spójnego, gwarantującego rozwój systemu prawnego z pewnością ułatwi rozbudowę infrastruktury towarzyszącej jak: obiekty kultury, sportowe i rekreacyjne, zalewy wodne i obiekty rekreacji wodnej, stacje narciarskie, wyciągi, trasy rekreacyjne, itp., która na dzień dzisiejszy jest jeszcze słabą stroną polskich uzdrowisk. Stabilność prawna zachęci inwestorów do pozostawiania swoich pieniędzy właśnie w naszych uzdrowiskach.

Należy podkreślić, że po wielu latach starań i zabiegów udało się wreszcie skutecznie zainteresować rząd i dużą grupę posłów problemem funkcjonowania polskich uzdrowisk. Jest to niezwykle ważne, bo dotąd kwestia tego ważnego dla gospodarki sektora gospodarczego spychana była na plan dalszy lub w ogóle się nim nie zajmowano. Natomiast obok nas w innych państwach europejskich szybko dostrzeżono, jaką rolę w gospodarce mogą pełnić uzdrowiska i miejscowości turystyczne. Dostrzeżono korzyści jakie płyną dla gospodarki i dla społeczeństwa z dbałości o ten sektor gospodarczy. U nas trzeba było czekać na to aż 15 lat.

**Musimy z bólem przyznać, że łatwiej było w Europie wypromować polskie mleko i mięso niż uzdrowiska, o których na razie trochę wiedzą Niemcy i to tylko z racji przygranicznych kontaktów i niskich cen za usługi, niż z racji ich walorów.** Tym bardziej więc szybko powinniśmy sobie zadać pytanie dlaczego Europejczycy wybierają Czechy, Węgry, Bułgarię czy Rumunię, a nie Polskę, choć przecież poziom naszego leczenia uzdrowiskowego jest bardzo wysoki. A nawet jeżeli wybierają polskie uzdrowiska zachodnie, to dlaczego jeszcze tak mało inwestują? Dlaczego uzdrowiska mające tak znakomite warunki do rozwoju, nie tworzą nowych miejsc pracy? Dlaczego tylko jeden region dolnośląski dostrzegł w uzdrowiskach szansę na rozwój gospodarczy i tworzenie nowych miejsc pracy i poświęcił uzdrowiskom kampanię reklamową?

Dlaczego w Polsce wciąż jesteśmy na etapie dyskusji czy w uzdrowiskach (w strefie A) mogą funkcjonować obiekty turystyczne, wiedząc doskonale, że sanatoriów nie będzie przybywać, bo środki na lecznictwo uzdrowiskowe nie będą wzrastać i życie samo wymusi lokowanie tu także obiektów związanych z ob-

sługą turystów. Czy rzeczywiście turysta stanowi zagrożenie dla leczenia kuracjusza?

Dlaczego zatem Narodowy Fundusz Zdrowia podpisuje umowy na leczenie typu uzdrowiskowego w miejscowościach które uzdrowiskami, a nawet miejscowościami turystycznymi nie są?

Czy przepisy rangi ustawowej mają tworzyć kolejną fikcję czy pomagać w rozwoju uzdrowisk?

Czym dysponujemy w polskich uzdrowiskach i co zrobić, aby wykreować polskie uzdrowiska w Europie?

Spełniając najwyższe wymagania jakościowe usług i gwarantując ich bogactwo ofertowe zarówno w sferze leczenia uzdrowiskowego jak i odnowy biologicznej, profilaktyki, rekreacji, kultury powinniśmy postawić na wykreowanie ekskluzywnej marki „Uzdrowiska Polskie”.

Już dziś bowiem uzdrowiska polskie posiadają:

- utrwalony przez lata wizerunek jako obszaru ekologicznie czystego,
- wysoki poziom leczenia uzdrowiskowego,
- znakomitą nowoczesną bazę lecznictwa uzdrowiskowego uzupełnianą usługami związanymi z odnową biologiczną,
  - unikatowe na skalę europejską naturalne surowce lecznicze i klimat,
  - zróżnicowany pod względem standardu i ceny poziom usług hotelarskich,
  - świetnie wyszkoloną kadrę medyczną ,
  - infrastrukturę turystyczną, uzdrowiskową, rekreacyjną i sportową o wyższym standardzie niż w miejscowościach turystycznych,
  - konkurencyjne w stosunku do uzdrowisk europejskich ceny usług

To są atuty, z którymi możemy spokojnie wejść na uzdrowiskowy i turystyczny rynek europejski wiedząc, że największym naszym atutem jest niska cena usług, wysoki poziom lecznictwa uzdrowiskowego i wysoki poziom wyszkolenia naszej kadry. Jeżeli te atuty oczywiście wykorzystamy, to szybko zapełnimy korzystną dla nas niszę rynkową jaka się wytworzyła na europejskim rynku uzdrowisk.

Trzeba jednakże pamiętać, że naszą słabą stroną jest:

- bardzo słaba, a nawet „podła” dostępność komunikacyjna,
- nie wykreowany za granicą wizerunek marki „Uzdrowiska Polskie” i specyfiki leczenia uzdrowiskowego,
  - bardzo słaba infrastruktura okołouzdrawiskowa i okółoturystyczna,
  - jeszcze zbyt uboga oferta towarzysząca,
- wciąż jeszcze globalnie niski standard obiektów hotelowych pomimo olbrzymiego przełomu jaki się w tym zakresie dokonał,
  - obniżony poziom estetyczny i zachwiany zewnętrzny ogólny wizerunek ładu przestrzennego i urbanistycznego uzdrowiska, na skutek istnienia licznych zrurowanych obiektów, negatywnie wpływających na odczucia estetyczne

Mając wymienione wcześniej atuty i znając swoje słabości, zastanowić się należy, co zrobić aby jak najdłużej wykorzystać naszą przewagę konkurencyjną która powstała na skutek wysokiego poziomu leczenia za stosunkowo niską cenę?

Bezspornie w polskich uzdrowiskach potrzebny jest kapitał. Potrzebny jest kapitał przede wszystkim na: podwyższenie standardu obiektów hotelowych, na wprowadzenie nowych form lecznictwa uzdrowskowego ale też wzbogacenie oferty na budowę infrastruktury towarzyszącej i rozwój przemysłu alternatywnego nie godzącego w wartości uzdrowskowe.

I tu nie wystarczą środki (ok. 200 mln zł), jakie zostaną pozyskane z prywatyzacji i w ramach Programu Aktywizacji Gospodarczej Uzdrawisk, tu jest potrzebny program który zachęci inwestorów do lokowania nowych inwestycji w uzdrowsku. Dodajmy inwestycji znaczonej, czyli takich które uzupełniały będą ofertę leczniczą, a nie w nią godziły.

Dotąd nasze w sumie nie ekspansyjne propozycje spotkały się z oporem wielu resortów, które nie zgadzają się na: wprowadzenie stawki „0” VAT-u, zwolnienie inwestorów z opłat za przedwczesne wylesienia, ustabilizowania nakładów na lecznictwo uzdrowskowe na określonym poziomie, rekompensaty gminom utraconych wpływów podatkowych z przeznaczaniem ich na infrastrukturę uzdrowskową.

Tymczasem polskie uzdrowska rozpaczliwie potrzebują inwestycji, aby w momencie zrównania cen w uzdrowskach polskich i europejskich nie stracić swojej szansy i móc konkurować z uzdrowskami europejskimi. Aby zatrzymać w jak najszerszej mierze swoich obywateli w polskich uzdrowskach i przyjmować kuracjuszy i turystów zagranicznych.

Marzyłoby się nam aby **z polskich uzdrowsk stworzyć „Uzdrowskową strefę ekonomiczną”** i w ten sposób zachęcić inwestorów, do ulokowania swoich pieniędzy w uzdrowskach.

Czy to jest możliwe. Tego nie wiemy, choć wiemy, że to może być trudne, bo przecież nie wolno tworzyć kolejnych stref ekonomicznych, których jest 14 i w których ulokowano aż 19 mld zł, a na zainwestowanie czeka kolejnych 17 mld. Ale przecież na nowych obszarach można tworzyć podstrefy. Teraz strefy zajmują 6638 ha gdy tymczasem limit wynosi 8000 ha.

Jeżeli nie ma pomysłu na ułatwienia inwestycyjne w polskich uzdrowskach i nie da się wprowadzić w żaden sposób pomocy Państwa dla polskich uzdrowsk, to może rząd podaruje nam przynajmniej **podstrefy ekonomiczne w polskich uzdrowskach**.

Nie da się bowiem wykorzystać atutów jakie posiadają polskie uzdrowska, jeżeli nie otrzymają one sensownej pomocy. Jeżeli nie będą dopuszczone do unijnych środków. Jeżeli władze centralne i regionalne będą tylko mówiły o rozwoju turystyki i lecznictwa uzdrowskowego, a nie wspierały jego rozwoju. Jeżeli roz-

wój turystyki i lecznictwa uzdrowiskowego będzie tylko polegał na werbalnych deklaracjach pomocy, a nie na faktycznym usuwaniu barier rozwojowych, wpiisywania tej dziedziny gospodarki w programy narodowe i regionalne, w tworzeniu systemów wsparcia.

Póki co na rynku europejskim jeszcze jesteśmy konkurencyjni, ale jak już mówiłem wcześniej gwałtowne zmiany jakościowe na europejskim rynku uzdrowisk mogą stworzyć sytuację, że za chwilę nie będziemy się na nim w ogóle liczyć.

Naszą rolą jest więc zintegrowanie wielkiej rodziny uzdrowiskowej po to aby do takiej sytuacji nie dopuścić.

Jestem przekonany, że w ciągu tych dwóch kongresowych dni padną konkretne i realne propozycje jak w najbliższej przyszłości zabezpieczyć interesy polskich uzdrowisk.



Jolanta Sielicka – Prezes Izby Gospodarczej „Uzdrowiska  
Polskie”

## **WYKORZYSTANIE PROFESJONALIZMU, TRADYCJI, WALORÓW ŚRODOWISKA UZDROWISK W NOWOCZESNYCH TRENDACH ROZWOJU USŁUG ZDROWOTNYCH I TURYSTYCZNYCH**

### **I. Na wstępie trochę historii**

W swoim wystąpieniu dr Piotr Kalmus przedstawił, że tradycje leczenia „u wód” uznawanych jako „uzdrawiające” sięgają starożytnej Grecji, a później czasów rzymskich.

W starożytności powstały budowle o pięknej architekturze – termy, które przeznaczone były dla kąpeli, wypoczynku – miały dawać „rozkosze dla ciała i ducha”. Rzymskie termy Karakalli wykorzystywały dla leczenia oraz relaksu różnorodne zabiegi wodne jak: polewanie zimną i gorącą wodą, parówki, kąpiele powietrzne. Do dzisiaj zachowały się ruiny term w uzdrowiskach europejskich, jak np. Baden Baden, Vichy, Wies Baden, Trentianske Teplice, St Moritz (Szwajcaria), Stabiane Terme, Abano Terme, Sirmione (Włochy).

Polskie uzdrowiska z okresu XII i XIII wieku to np. Cieplice 1137 r., Łądek 1241 r., zaś o wodach Iwonicza Zdroju wzmiankowano już w 1520 r., Szczawna w 1601, Kudowy 1622, Ustki, Swoszowic w XVI wieku.

W XVI wieku ogromną rolę dla balneologii spełniali wybitni lekarze jak: Wojciech Oczko, Erazm Sixtus, Jan Petrycy. W XVIII, XIX wieku zaczęły funkcjonować takie uzdrowiska jak: Krynica 1793, Busko 1836, Żegiestów 1849, Rymanów 1873, Nałęczów 1880, Rabka 1857, Polanica, Goczałkowice 1856, Duszniki 1826, Inowrocław 1885, Świeradów 1774, Połczyn, Wysowa 1812, Ustroń 1802, Długopole 1802, Ciechocinek 1836 dzięki zbudowanym tężniom solankowym.

W XIX wieku dzięki działalności profesora Józefa Dietla powstała w Krakowie w 1858 roku Komisja Balneologiczna. Rozkwit uzdrowisk w okresie międzywojennym inicjowany był przez Związek Uzdrowisk Polskich w Warszawie i Polskie Towarzystwo Balneologiczne w Krakowie. Powstały wówczas pierwsze sanatoria ZUS w Iwoniczu i Inowrocławiu. Wybudowano nowe zakłady zdrowotne i sanatoria, np. w Krynicy, Szczawnicy, Wieńcu, Żegiestowie, Piwnicznej, Horyńcu, Rabce, Nałęczowie, Kołobrzegu, Dusznikach. Wybudowano dla ce-

łów krenoterapii przepiękne pijalnie wód mineralnych, których formy architektoniczne zachowano do dziś.

## **2. Leczenie uzdrawiskowe, profesjonalizm**

Współczesne formy leczenia uzdrawiskowego są diametralnie inne w porównaniu z tradycyjnym leczeniem. Oparte są na zasadach naukowych, wypracowanych na podstawie wieloletnich badań naukowych oraz obserwacji medycznych.

W procesie leczenia wykorzystywane są czynniki naturalne, takie jak walory środowiska, klimatu, surowce lecznicze w postaci wód mineralnych, peloidów, gazów leczniczych. Aktualnie lecznictwo uzdrawiskowe zajmuje się głównie leczeniem chorób przewlekłych w zakresie różnorodnych profili. Stosowane metodyki leczenia nie wywołują skutków ubocznych, osiągnięte są dobre rezultaty w poprawie stanu zdrowia pacjentów, a proces leczenia jest tańszy w porównaniu z kosztowną terapią farmakologiczną.

Wprowadzie lecznictwo uzdrawiskowe włączone jest do systemu podstawowej opieki zdrowotnej, ale wymagane jest systematyczne prowadzenie badań naukowych, obserwacji medycznych wieloletnich, aby wypracowane metodyki stały się bardziej precyzyjne i efektywne.

Prace badawcze w dziedzinie uzdrawisk w okresie powojennym prowadzone były m.in. w Instytucie Balneoklimatycznym powołanym w 1952 r. (dyrektorzy: prof. Józef Jankowiak i G. Straburzyński). W Instytucie w latach 70–80 pracowało lub współpracowało ok. 20 samodzielnych pracowników naukowych. W ramach Instytutu powołany został Krajowy Zespół Nadzoru Specjalistycznego w dziedzinie balneoklimatologii. Instytut posiadał w swej strukturze np. Zakład Tworzyw Uzdrawiskowych, Ośrodek Badań Peloidów, Zakład Immunobiologii, Zakład Klimatologii ze stacjami biometeorologicznymi w Kołobrzegu, Łądku, Krynicy, Ciechocinku, Zakład Fizjoterapii, Oddziały Kliniczne w Poznaniu i Krynicy, Ośrodki Naukowo-Badawcze w Ciechocinku, Polanicy, Oddział Balneotechniki w Warszawie z Pracownią Techniki i Geologii oraz Ośrodkiem Badawczym w Ciechocinku.

W ramach działalności powstało wiele cennych prac publikowanych i niepublikowanych w dziedzinie balneologii, chemii, geologii, techniki uzdrawiskowej, klimatologii. Wydrukowano wiele pozycji książkowych, które do dziś służą teoretyczną i praktyczną wiedzą, jak np. „Fizykoterapia” J. Jankowiak, „Balneochemia” M. Szmytówna, „Balneologia kliniczna”, „Fizykoterapia ogólna”, „Fizjoterapia” G. Straburzyński, „Podstawy inżynierii uzdrawiskowej”, „Poradnik Balneotechnika” A. Madeyski, „Medycyna uzdrawiskowa w zarysie” I. Ponikowska, J. Sielicka, T. Latour, T. Łaukajtys.

24 lutego 1992 r. Instytut został zlikwidowany i pomimo wielu postulatów kierowanych do Resortu Zdrowia, sprawującego zwierzchni nadzór nad lecz-

nictwem uzdrowiskowym, reaktywowanie tej placówki staje się coraz bardziej mniej realne.

Zlikwidowano również jedyne placówki mające naukową więź i współpracujące z poszczególnymi uzdrowiskami - ośrodki naukowo badawcze, które posiadały ścisły kontakt z Akademią Medycznymi. Ogromną rolę odgrywa więc działalność naukowa w dziedzinie lecznictwa uzdrowiskowego pani **prof. dr hab. Ireny Ponikowskiej – Konsultanta Krajowego, Kierownika Katedry Balneologii i Medycyny Fizykalnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy z siedzibą w Ciecchocinku.**

Tylko niektóre i w coraz mniejszym zakresie prowadzone są badania naukowe przez poszczególne podmioty, firmy świadczące usługi uzdrowiskowe.

Izba Gospodarcza „Uzdrowiska Polskie” wnosiła opinię, aby w regulacji prawnej – projekcie ustawy o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym **uwzględnić zapisy dotyczące reaktywowania ośrodków badawczych oraz uwzględnienia w finansowaniu lecznictwa uzdrowiskowego ze środków przeznaczonych na cele naukowe i szkoleniowe.**

**Profesjonalizm** – w dziedzinie uzdrowisk to podstawa przyszłej działalności. **Nie możemy dopuścić**, aby obniżał się poziom wiedzy naukowej, zmniejszała się kadra specjalistyczna, doszkalająca pracowników uzdrowisk – lekarzy oraz kadre techniczną, zarządzającą, geologiczną, a także średni personel medyczny. Stworzona powinna być też **możliwość finansowania programów lub prac badawczych** przez zespoły specjalistów uzdrowiskowych ze środków KBN lub ze środków Resortu Zdrowia.

Wprawdzie włączenie Polski do krajów Unii Europejskiej daje nam olbrzymią szansę na podniesienie poziomu technicznego przez stosowanie nowoczesnych technologii, materiałów, urządzeń, aparatury, lecz odczuwa się brak specjalistycznej kadry balneotechnicznej. Pozyteczną rolę od wielu lat na rzecz pogłębiania profesjonalizmu i promocji uzdrowisk odgrywają: Polskie Towarzystwo Balneologii i Medycyny Fizykalnej, Polskie Zrzeszenie Inżynierów i Techników Sanitarnych – Główna Sekcja Balneotechniki.

### **3. Trendy związane z rozwojem usług uzdrowiskowych**

#### **Skierowania do uzdrowisk poprzez NFZ**

Pacjenci kierowani są na leczenie uzdrowiskowe przez NFZ na podstawie wniosku wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Dorośli mogą być kierowani na 21 dniowe turnusy lecznicze do: szpitali uzdrowiskowych, sanatoriów uzdrowiskowych oraz na leczenie ambulatoryjne. Turnusy dziecięce trwają 27 dni.

Pobyt w sanatorium jest częściowo opłacany przez pacjenta i odbywa się w ramach urlopu wypoczynkowego. NFZ w skali roku przeznaczają środki na le-

czenie uzdrowiskowe w wysokości 1,1% środków całego Funduszu. Środki Funduszu nie zabezpieczają społecznego zapotrzebowania na świadczenia w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego. Są one systematycznie zmniejszane (z 4,5% do 1,1%) i dlatego środowisko uzdrowisk postuluje o stworzenie zapisów prawnych regulujących zasady finansowania świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego.

### **Skierowania na rehabilitację w ramach prewencji rentowej**

Pacjenci kierowani są na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Zwraca uwagę fakt, że wprowadzony w 1995 roku system prewencji rentowej przez ZUS i KRUS daje wymierne efekty ekonomiczne przez zmniejszenie ilości osób kierowanych na rentę oraz wpływa na poprawę stanu zdrowotności osób pracujących.

### **Turnusy rehabilitacyjne**

Na leczenie uzdrowiskowe w ramach turnusów rehabilitacyjnych kierowani są pacjenci głównie niepełnosprawni. Dofinansowanie do turnusów pochodzi m.in. ze środków PFRON. Czas trwania kuracji ustalono na 14 dni.

### **Nowoczesne trendy usług uzdrowiskowych**

Uzdrowiska polskie dysponują bazą noclegową oraz zabiegową w ilości przekraczającej zapotrzebowanie podstawowych instytucji kierujących na leczenie. Potencjał gospodarczy uzdrowisk obejmuje:

- miejsca w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych w ilości ok. 45 tys.
- miejsca noclegowe w hotelach uzdrowiskowych, pensjonatach, ośrodkach wczasowych, turystycznych w ilości ok. 80 tys.

Do uzdrowisk coraz częściej przyjeżdżają pacjenci komercyjni, osoby pragnące wypocząć, poprawić kondycję, zadbać o sylwetkę, urodę, nabrać sił, osoby uprawiające turystykę. Podmioty oferujące usługi komercyjne wprowadzają różne zachęty, aby produkt przeznaczony do sprzedaży stał się atrakcyjny, stanowił zapotrzebowanie na rynku, został dobrze zdefiniowany.

Jakie obserwujemy trendy rozwojowe mające na celu pozyskanie pacjenta, kuracjusza, turysty komercyjnego?

### **Udoskonalenie produktów istniejących**

Podejmowane działania to np.:

1) **Kształcenie, pogłębianie wiedzy** celem zapewnienia profesjonalnej, specjalistycznej kadry medycznej, pielęgniarskiej, zabiegowej, technicznej, zarządzającej.

2) **Podnoszenie jakości i standardów zamieszkania.**

Na podstawie przeprowadzonych analiz potwierdzono, że warunki pobytu mają często znaczenie pierwszoplanowe dla pacjentów. Zalecane jest, aby obiekty sanatoryjne miały pokoje z własnymi łazienkami, pokoje wieloosobowe (powyżej 2 łóżek) powinny być stopniowo eliminowane. Obiekty powinny być dostosowane dla osób niepełnosprawnych. Nowoczesne trendy to odchodzenie od zabudowy uzdrowisk obiektami dużymi, wielokondygnacyjnymi. Korzystnym byłoby,

aby wkomponowane one zostały w zieleń i posiadały harmonijne zagospodarowanie terenu. Wg dra Otto Glausa budynki sanatoryjne nie powinny „przewyższać wierzchołków drzew”.

W prezentacji przedstawiono stare, piękne obiekty sanatoryjne i nowoczesne: Horyniec Zdrój (14), Ustroń Równica (15), Nałęczów (Sanatorium Nr 1), Łądek (Sanatorium Wojciech), Polanica (Szpital Uzdrowski Wielka Pieniawa), Busko (Sanatorium Marconi), jeden z piękniejszych obiektów Polsce to Szpital - Dom Zdrojowy – 350 miejsc w Szczawnie Zdroju.

Zalecane i korzystne, aby charakter i wystrój obiektów był dostosowany do całej miejscowości.

### **3) Żywnienie, jakość, standard, proponowane diety**

- standardy, jakość, różnorodność, dobór diet, wygląd sali restauracyjnej to aktualne wymogi dla organizacji żywienia w obiektach uzdrowskich,
- niektóre z sanatoriów oferują posiłki w formie bufetu szwedzkiego (np. Sanatorium Pod Tężniami w Ciechocinku). Cieszy się to zainteresowaniem pacjentów, podwyższa znacząco standard ośrodka ale trudnym jest utrzymanie diety przez pacjentów, która jest im zalecona,
- występuje duże zainteresowanie pacjentów komercyjnych stosowanymi formami odchudzania,
- dawne stołówki przekształca się w sale posiłków, restauracje o specjalnym wystroju oraz wyodrębnionym profilu żywienia.

### **4) Zabiegi**

Coraz częściej preferowane są obiekty sanatoryjne posiadające własną bazę zabiegową (obiekty takie zalecane są przez NFZ). Nie zapominać jednak należy, że uzdrowski zakład przyrodolecniczy powinien spełniać warunki jak np.

- zapewnienie fachowego personelu zabiegowego oraz nadzór medyczny,
- działy zabiegowe oraz stanowiska zabiegowe powinny być dostosowane do profilu sanatorium, kierunków leczenia w uzdrowsku,
- obiekt powinien spełniać określony standard, warunki higieniczne, dobre wyposażenie w specjalistyczną aparaturę i zapewniającą bezpieczne wykonanie zabiegu,
- zakład powinien mieć zapewniony dostęp do surowców leczniczych i to najkrótszą drogą, aby nie utracić one swoich właściwości w drodze transportu,
- zakład powinien zapewniać prawidłową ewakuację odpadów płynnych i stałych,
- obiekt oraz poszczególne stanowiska zabiegowe powinny zapewniać dostęp osobom niepełnosprawnym,
- proporcje doboru zabiegów powinny uwzględniać profile uzdrowska oraz preferowane powinny być zabiegi z użyciem surowców leczniczych,
- obiekt powinien spełniać określone wymogami warunki techniczne i tech-

nologiczne.

Nie zawsze te warunki są spełniane przez niewielkie zakłady zabiegowe wyodrębnione w części budynku sanatoryjnego. Dlatego korzystnym jest uwzględnienie w planach uzdrowisk lub zachowanie istniejących wolnostojących zakładów przyrodoleczniczych świadczących usługi pacjentom z innych sanatoriów lub pacjentom ambulatoryjnym.

W prezentacji podano przykłady istniejących zakładów przyrodoleczniczych.

Zwraca uwagę piękno architektury starych obiektów zabytkowych. Łądek Zdrój – zakład Wojciech, Nałęczów – zakład hydropatyczny, Świnoujście – nowoczesny zakład przyrodoleczniczy Rusałka, Busko Zdrój – zakład zabiegowy w Sanatorium Marconi.

Przykłady stosowanych zabiegów podano głównie na przykładzie Sanatorium Uzdrowskiego „Włóknierz” w Busku Zdroju, są to: tzw. kapsuła młodości, kąpiele mineralne wannowe, bicze szkockie, laseroterapia, magnetoterapia, krioterapia, sauna, zawijania borowinowe. Basen do kąpeli wirowych zainstalowany jest w sanatorium „Wrzos” w Ciechocinku.

Obserwuje się występowanie tendencji rozszerzania zakresu i rodzaju zabiegów. Proponowane są pacjentom zabiegi związane z relaksem, psychoterapią lub zabiegi typu SPA, zabiegi związane z poprawą sylwetki, urody, zabiegi kosmetyczne. Przykładem są oferty uzdrowisk Nałęczów, Polanica Zdrój, Ciechocinek, Iwonicz Zdrój, Busko Zdrój.

Coraz częściej powstają jako atrakcje i rozszerzenie asortymentu zabiegów: grotty solne, budowane są baseny przysanatoryjne lub odrębne obiekty basenowe. Posiadają one nowoczesne układy technologiczne, systemy uzdatniania wody, atrakcyjne formy architektoniczne i wystrój wnętrz. Przykłady to: Polanica – basen w Szpitalu Uzdrowskim „Wielka Pieniawa”, Nałęczów – nowoczesny obiekt „Atrium”, Połczyn – basen otwarty pełniący jednocześnie funkcję przeciwpożarową, stare baseny o charakterze zabytkowym to unikalny basen solankowy w Ciechocinku, basen w Cieplicach.

Nadmienić należy, że kuracjusze zagraniczni, zwłaszcza Niemcy, preferują zabiegi z użyciem naturalnych surowców: borowiny, wód leczniczych. Chętnie korzystają też z zabiegów specyficznych dla danego uzdrowiska oraz z różnorodnych form gimnastyki ruchowej. Modą jest korzystanie z zabiegów typu SPA i wellness. Jest to jedna z dziedzin, która oczekuje na dynamiczny rozwój.

**Asortyment zabiegów** – postuluje się, aby był rozszerzony lecz w konsultacji z lekarzami balneologami.

### 5) Urządzenia lecznictwa uzdrowskiego

Ważnym elementem uzdrowisk są urządzenia lecznictwa uzdrowskiego do których zaliczane są: pijalnie wód leczniczych, baseny lecznicze i rehabilitacyjne, ścieżki zdrowia, wyodrębnione i zagospodarowane tereny dla gimnastyki na otwartej

przeźreni, tężnie i miejsca talasoterapii. Obiekty te na ogół wkomponowane są harmonijnie w przestrzeń centralną uzdrowiska. Stanowią swoiste peretki architektoniczne i charakteryzują odrębność poszczególnych uzdrowisk.

Przykłady to: pijalnia zabytkowe w uzdrowisku Krynica – w parku Słotwińskiego, pijalnia Jana w Szczawnie Zdroju – pijalnia wybudowana wraz z hałą spacerową w 1894 roku, następnie spalona w 1992 i odrestaurowana, tężnie w Ciechocinku, Inowrocławiu i Konstancinie.

#### **6) Parki, zieleń, obiekty kulturowe**

Do walorów uzdrowisk zaliczane są w szczególności: występowanie zieleni, parków zdrojowych, wydzielonych ogrodów, różnorodnych form zespołów kwiatowych, charakterystycznego drzewostanu, wyodrębnionych dróg spacerowych, promenad.

W dawnych, a także nowoczesnych uzdrowiskach sytuowane są wśród zorganizowanej zieleni muszle koncertowe. Niemalże każde z uzdrowisk posiadało teatr zdrojowy. W prezentacji przedstawiono przykłady: Ciechocinek – park zdrojowy, teatr letni, Kudowa – park zdrojowy, Połczyn – park zdrojowy, Inowrocław – park zdrojowy z muszla koncertową, Krynica – deptak.

Niestety coraz mniejsze środki przeznaczane są na utrzymanie tych obiektów na terenie uzdrowiska. Gminy ze względu na inne ważne zadania nie zawsze mogą sprostać finansowaniu eksploatacji terenów zieleni uzdrowiskowej ze środków własnego budżetu. Stąd do projektu ustawy uzdrowiskowej wnoszone są postulaty o udzielenie wsparcia finansowego gminom uzdrowiskowym ze względu na ich specjalne zadania związane ze wspomaganie funkcji i promocji uzdrowiska.

### **4. Uczestnictwo turystyki w uzdrowiskach**

Od dawna występują kontrowersje związane z rozwojem funkcji turystycznej uzdrowisk. Zwolennicy tradycyjnego uzdrowiska z archaicznym poglądem, że centra uzdrowisk mają to być oazy wyłącznie leczenia nie doceniają, że wprowadzenie funkcji turystycznej może ożywić, uatrakcyjnić również strefę „A” oraz tereny przylegające do tej strefy. Takie funkcje jak gimnastyka na otwartej przestrzeni, tereny parkowe, solaria, tereny golfowe, korty tenisowe, baseny, obiekty wodolecznictwa, trakty spacerowe, tereny sportów zimowych mogą być przeznaczone dla korzystania przez turystów i ich funkcja nie koliduje z przeznaczeniem strefy „A” na cele lecznictwa.

Wyodrębniono też tzw. turystykę uzdrowiskową dla osób, które przyjeżdżają do uzdrowiska na krótsze pobyty w celach rekreacji, wypoczynku, relaksu, edukacji zdrowotnej, korzystania z badań diagnostycznych.

Współdziałanie lecznictwa i turystyki w uzdrowiskach powinno opierać się o zasadę, aby nie wprowadzać funkcji kolidujących, wiążących się np. z konieczno-

ścią zachowania ciszy dla leczonych pacjentów. Turystyka nie musi być związana tylko z nadmiernym hałasem, zatłoczeniem dróg i wydzieleniem parkingów strefie „A”.

Pani prof. Ponikowska podczas XIII Kongresu w Nałęczowie przedstawiła propozycje „produktów uzdrowiskowych”, które mogą być oferowane m.in. w ramach tzw. turystyki zdrowotnej. Są to np. pobyty w uzdrowisku zalecane pacjentom z chorobami przewlekłymi w okresie mało i średnio zaawansowanym, osobom zdrowym z czynnikami ryzyka występowania chorób, osobom otyłym, osobom zdrowym, aktywnym zawodowo lecz przepracowanym. W ramach turystyki zdrowotnej mogą być oferowane usługi z zakresu profilaktyki, edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia.

**Nie zapominajmy, że turystyka może znacząco poprawić kondycję finansową uzdrowisk. Wymaga jednak ustalenia zasad współdziałania.**

## **5. Planowanie przestrzenne uzdrowisk**

Odgrywa ważną rolę dla prawidłowego funkcjonowania i systemu organizacyjnego uzdrowisk. Niestety wiele uzdrowisk nie posiada zatwierdzonych miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego. Uzdrowiska ulegają degradacji wobec nieprzestrzegania prawa w zakresie zabudowy, zwłaszcza jedno i wielorodzinnej, lokalizacji dróg szybkiego ruchu, parkingów, funkcjonowania handlu i obiektów handlowych kubaturowych w miejscach nieprzewidzianych na ten cel. Występują tendencje lokowania nadmiernej zabudowy na terenach wymagających ciszy i harmonijnego ładu przestrzennego. Odrębnej ochrony i obserwacji wymagają obszary występowania wód leczniczych i złóż borowinowych.

Jednocześnie prawidłowy i przestrzegany plan miejscowy uzdrowiska może doprowadzić do jego harmonijnego rozwoju, przyciągnąć inwestorów, gdyż w turystyce, usługach uzdrowiskowych upatruje się atrakcyjnego produktu.

Na planszy podaję przykład schematu uzdrowiska tradycyjnego oraz uzdrowiska przy aglomeracji miejskiej zaproponowany przez wybitnego szwajcarskiego architekta Otto Glauusa.

Niemalże każde z miast, gmin posiada dokumenty określające strategię jego rozwoju oraz dla celów planowania przestrzennego opracowane studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego.

W przypadku uzdrowisk ustanowione zostały statuty, w których określone są m.in. strefy ochrony uzdrowiskowej, obszary ochrony górniczej, czynności zastrzeżone.

Statuty uzdrowisk w wielu przypadkach nie są respektowane. Również degradacji uległa rola i wpływ ustawowo powołanych przez Ministra Zdrowia Naczelnych Lekarzy Uzdrowisk.



## **6. Tworzenie warunków dla rozwoju uzdrowisk**

Korzystając, że wśród uczestników obrad Kongresu są przedstawiciele władz, przedstawię niektóre problemy, które ważne są dla rozwoju uzdrowisk.

### **1) Nadal nie ustanowiono regulacji prawnych obejmujących całokształt spraw związanych z uzdrowiskami i lecznictwem uzdrowiskowym.**

Wprawdzie powołana została w Sejmie Komisja Nadzwyczajna ds. projektu ustawy o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym, lecz pomimo ogromnego zaangażowania Przewodniczącego Komisji – Pana Posła Kazimierza Sasa oraz grupy posłów z obawą obserwujemy czy ten akt prawny będzie uchwalony przez Sejm obecnej kadencji.

### **2) Brak jest stworzonych priorytetów dla uzdrowisk w programach pomocowych Unii Europejskiej.**

W efekcie bardzo niewielka ilość podmiotów w skali małych i średnich przedsiębiorstw ubiega się o pomoc unijną.

W założeniach do Narodowego Planu Rozwoju i Strategii rozwoju turystyki na lata 2007–2013 pomimo zgłaszanych postulatów m.in. przez Izbę nie objęto priorytetem zagadnień lecznictwa i rozwoju uzdrowisk.

**3) W wyniku prac Międzyresortowego Zespołu ds. Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk przyjęty został przez Rząd dokument: „Zintegrowany program rozwoju uzdrowisk ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych.”** Niestety przyjęty program w ograniczonym zakresie spełnia oczekiwania świadczeniodawców usług uzdrowiskowych. Program nie proponuje stworzenia znaczących preferencji, zwłaszcza finansowych dla rozwoju branży uzdrowiskowej.

Nadal odczuwany jest brak systemowego wsparcia, w szczególności dla przedsiębiorstw świadczących bezpośrednio usługi uzdrowiskowe.

### **4) Istnieje potrzeba uwzględnienia tematyki lecznictwa uzdrowiskowego w programach krajowych realizowanych przez Państwo.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- możliwości realizacji programów naukowych oraz działalności ośrodków naukowo-badawczych w uzdrowiskach,
- realizacji programów związanych z infrastrukturą uzdrowisk,
- podnoszenia standardu i jakości usług uzdrowiskowych,
- wdrażania nowych technologii i rozszerzenia zakresu usług uzdrowiskowych,
- wspierania dawniej tzw. uzdrowisk lub miejscowości potencjalnych w rozwoju, miejscowości na które przewidują uruchomienie funkcji uzdrowiskowej,
- ochrona obiektów zabytkowych uzdrowisk.

**5) Uzdrowiska oczekują na systemowe rozwiązania** problematyki związanej ze stworzeniem warunków dla harmonijnego ich rozwoju i zachowania ładu przestrzennego w ich urbanistycznym rozwoju.

6) **Uważamy za ważne, trwałe umiejscowienie lecznictwa uzdrowiskowego** w systemie ochrony zdrowia i zabezpieczenie nakładów NFZ w skali roku na poziomie ok. 2% całości nakładów NFZ.

7) **Jako Izba Gospodarcza „Uzdrowiska Polskie” zwracamy uwagę na konieczność dostrzeżenia faktu**, że przedsiębiorstwa świadczące usługi w uzdrowiskach, ich kondycja finansowa, możliwości inwestowania, korzystne warunki dla rozszerzenia zakresu ich działalności – **to podstawa rozwoju uzdrowisk.**

Oczekujemy na ukierunkowaną politykę Państwa, oraz podjęcie działań dotyczących likwidacji barier hamujących rozwój firm.

Przedstawiając powyższe wybrane niektóre tematy, wyrażam nadzieję, że obrady obecnego Kongresu, wnioski z obrad wskażą korzystne trendy dla rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego oraz uzdrowisk.

## ZINTEGROWANY PROGRAM ROZWOJU UZDRAWISK I CO DALEJ?

Projekt programu w intencji autorów zakłada zahamowanie dekonjunkury gospodarczej uzdrawisk, która przejawia się spadkiem kuracjuszy i turystów do miejscowości i firm świadczących usługi uzdrawiskowe i turystyczne w tych miejscowościach, tym samym zmniejszeniem obrotów finansowych, spadkiem stopnia wykorzystania bazy uzdrawiskowej i hotelowej. Wszystko to skutkuje koniecznością zmniejszenia zatrudnienia – zwolnień pracowników co powoduje wzrost bezrobocia oraz systematycznym zmniejszaniem dochodów budżetowych firm i miejscowości uzdrawiskowych.

Projekt „Programu” zakłada aktywizację gospodarczą uzdrawisk poprzez

1. Poszerzenie oferty usługowej uzdrawisk dla kuracjuszy w ramach działalności proekologicznej i przyjaznej lecznictwu uzdrawiskowemu w zakresie turystyki i wypoczynku, sportu, rekreacji, rehabilitacji i kultury, zgodnie z zasadami zrównoważonego rozwoju jako podstawy planowania lokalnego. Turystyka powinna stać się atrakcyjnym elementem pobytu uzdrawiskowego z jednej strony, a usługi uzdrawiskowe powinny być stałym i atrakcyjnym elementem pobytów turystycznych z drugiej.

2. Powiązanie rozwoju gospodarczego uzdrawiska z rozwojem lokalnym i regionalnym (w tym szczególnie aktywizacja obszarów wiejskich).

3. Uruchomienie instrumentów prawnych, ekonomicznych i społecznych na rzecz rozwoju działalności uzdrawiskowej i turystycznej.

W wyniku prac Międzyresortowego Zespołu do spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrawisk we współpracy z organizacjami pozarządowymi branży turystycznej i uzdrawiskowej zdefiniowano problemy, stanowiące barierę lub utrudnienie w zakresie funkcjonowania i rozwoju uzdrawisk:

1. Dotychczasowy brak aktualnych rozwiązań prawnych regulujących funkcjonowanie uzdrawisk (ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrawiskach i lecznictwie uzdrawiskowym);

2. Obowiązek uzgadniania z ministrem właściwym do spraw zdrowia warunków lokalizacji inwestycji celu publicznego w przypadku braku lokalnego planu zagospodarowania przestrzennego na podstawie ustawy z dnia 27 marca

2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (Dz. U. Nr 80, poz. 717 oraz z 2004 r. Nr 6, poz.41, Nr 141, poz.1492);

3. Zasady finansowania i podporządkowanie szkół działających przy sanatoriach; obecnie szkoły te podlegają samorządom województw, a w przypadku Dolnego Śląska – powiatom, które z braku środków finansowych dążą do ich likwidacji, co uniemożliwi pacjentom przebywającym na leczeniu uzdrowiskowym kontynuowanie nauki;

4. Koszty tzw. „niedojazdów”, obciążające świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy na leczenie uzdrowiskowe;

5. Konieczność wnoszenia należności i opłat rocznych oraz jednorazowych odszkodowań w razie dokonania przedwczesnego wyrębu drzewostanu w uzdrowiskach określonych w ustawie z dnia 3 lutego 1995 r. o ochronie gruntów rolnych i leśnych (Dz. U. z 2004 r. Nr 121, poz.1266);

6. Słaba kondycja finansowa spółek uzdrowiskowych, uniemożliwiająca podejmowanie działań prorozwojowych, nawet współfinansowanych ze źródeł zewnętrznych.

Strategicznym problemem dla uzdrowisk jest konieczność uwzględnienia lecznictwa uzdrowiskowego w projektowanych rozwiązaniach prawnych jako integralnej części systemu ochrony zdrowia, głównie poprzez zabezpieczenie w budżecie NFZ nakładów na poziomie pozwalającym na rozwój uzdrowisk.

Obecny system finansowania lecznictwa uzdrowiskowego oparty jest na przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135). W systemie tym podmioty uzdrowiskowe nie mają żadnej gwarancji, że Narodowy Fundusz Zdrowia umożliwi im zawarcie umów, nawet jeśli spełniają wyższe wymagania przewidziane dla zakładów uzdrowiskowych. NFZ kontraktuje usługi lecznictwa uzdrowiskowego w zakresie określonej części swego budżetu, przewidzianego na dany rok dla konkretnych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Podpisanie umowy przez NFZ z zakładami lecznictwa uzdrowiskowego nie oznacza zabezpieczenia zleceń dla tych zakładów, mimo ich wolnych mocy przerobowych.

W 2003 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na lecznictwo uzdrowiskowe tylko 330 mln. PLN, co stanowi zaledwie 1% jego budżetu. W 2004 roku kwota przeznaczona na lecznictwo uzdrowiskowe została zwiększona o 5% w stosunku do roku poprzedniego i wynosi 349,5 mln. PLN. Mimo to poziom nakładów na lecznictwo uzdrowiskowe jest nadal niezadowalający.

Ograniczanie profilaktyki, prewencji, a nawet leczenia poszpitalnego w konsekwencji prowadzi do wydatkowania wyższych środków na leczenie ambulatoryjne ogólne i specjalistyczne ze szkodą dla obywateli. Zwiększenie kwoty budżetu NFZ na lecznictwo uzdrowiskowe umożliwiłoby podmiotom gospodarczym lepsze

funkcjonowanie, pełniejsze wykorzystanie swoich mocy przerobowych z korzyścią dla obywateli.

Powyższe stwierdzenia zawarte w „Programie” są w pełni zgodne ze stanowiskiem jednoosobowych spółek Skarbu Państwa zrzeszonych w Unii Uzdrowisk Polskich i pozostałych organizacji branży uzdrowiskowej.

Unia Uzdrowisk Polskich, od początku działalności uznaje, że jedną z dróg możliwości rozwoju jest prywatyzacja, dzięki której można uzyskać środki finansowe nie tylko na przetrwanie ale z myślą o lepszej przyszłości.

Bo przecież przed kilkoma laty dokonano komercjalizacji ówczesnych państwowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych w jednoosobowe spółki Skarbu Państwa właśnie w celu ich prywatyzacji.

Jak powszechnie wiadomo, w ciągu minionych pięciu lat „udało się” sprywatyzować jedno jedyne uzdrowisko – Z. L. „Uzdrowisko Nałęczów”. Dzięki temu „Uzdrowisko Nałęczów”, firma którą mam zaszczyt kierować, zainwestowała w ciągu ostatnich 3 lat ponad 32 mln złotych ze środków nowego właściciela, powstało 3 nowe obiekty uzdrowiskowe dzięki czemu zwiększono zatrudnienie, wyremontowano pozostałe. Pakiet socjalny dla załogi to świadczenia na jej rzecz w dodatkowej wysokości ponad 9 milionów złotych.

W dniu 15 kwietnia bieżącego roku inwestor wręczył przedstawicielom Ministerstwa Skarbu Państwa komplet dokumentów potwierdzających pełną realizację umowy prywatyzacyjnej zawartej w 2001 roku.

We wszystkich pozostałych 25 Spółkach Uzdrowiskowych, mimo kilkakrotnego wywoływania tematu prywatyzacji przez kolejne kierownictwa Ministerstwa Skarbu Państwa praktycznie w tej sprawie nie uczyniono nic, choć w ocenie UUP, co najmniej kilka Spółek, mogłoby być już sprywatyzowanych.

Szczególna sytuacja panuje w Uzdrowisku Szczawnica, gdzie byli właściciele uzyskali prawomocne wyroki sądowe nakazujące zwrot obiektów zaś MSP, nie wiedząc czemu, nie zwraca im tych obiektów. Przy czym właściciele deklarują kontynuację działalności uzdrowiskowej.

Sytuacja Spółek Uzdrowiskowych obecnie jest taka, że ich przychody to głównie kontrakty z NFZ i ZUS, które pokrywają jedynie, i to nie zawsze, niezbędne bieżące koszty opieki nad kuracjuszami, bez możliwości jakiegokolwiek rozwoju.

Międzyresortowy Zespół do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk przygotował wspólną koncepcję prywatyzacji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

Przy opracowywaniu tej koncepcji, mając na uwadze potrzeby wynikające w tym zakresie z polityki zdrowotnej państwa, jako cele główne przyjęto:

- zachowanie profilu spółek, utrzymanie funkcji uzdrowiskowo-leczniczych i ochrona zasobów naturalnych, występujących w uzdrowisku,
- pozyskanie środków na ich rozwój.

**Założono, że procesowi prywatyzacji nie podlegają zasoby kopalin leczniczych.**

Założono także, iż proces prywatyzacyjny powinien przebiegać w taki sposób, aby wywrzeć jak najbardziej korzystny wpływ na rozwój infrastruktury w gminach uzdrowiskowych, co powinno doprowadzić do aktywizacji gospodarczej tych rejonów.

Biorąc pod uwagę założone cele procesu prywatyzacji spółek uzdrowiskowych zaproponowano dokonanie podziału spółek uzdrowiskowych na trzy zasadnicze grupy:

**I. Spółki uzdrowiskowe wyłączone z prywatyzacji.**

W grupie tej powinny znaleźć się spółki uzdrowiskowe, prowadzące pełen profil leczniczy, posiadające większość rodzajów tworzyw leczniczych lub takie, które są unikalne w skali kraju, a nawet Europy. Jest to grupa spółek o szczególnym znaczeniu dla lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce, a jej wyłączenie z prywatyzacji podyktowane jest koniecznością zabezpieczenia interesów ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego.

**II. Spółki uzdrowiskowe, wymagające indywidualnej ścieżki prywatyzacyjnej z wyłączeniem prywatyzacji złóż kopalin leczniczych.**

Do grupy drugiej powinny zostać zaliczone spółki uzdrowiskowe, które z uwagi na swoje położenie i znaczenie dla miejscowości, w których są usytuowane oraz przez wzgląd na unikalne zasoby naturalne, wymagają indywidualnego podejścia do prywatyzacji.

Istotne znaczenie ma w tej grupie utrzymanie wpływu Skarbu Państwa na działalność prywatyzowanych spółek przez okres co najmniej 5 lat od momentu prywatyzacji, toteż zbywanie akcji powinno następować stopniowo, w pakietach.

**III. Spółki uzdrowiskowe, które powinny być sprywatyzowane poprzez zbycie akcji/ udziałów stanowiących własność Skarbu Państwa.**

Grupę tę stanowić będą spółki nie zaliczone do żadnej z powyższych grup. Poddanie ich prywatyzacji odbędzie się przy zachowaniu maksymalnej staranności, z zastrzeżeniem kontynuacji działalności leczniczej i wyłączenia z procesu prywatyzacji zasobów kopalin leczniczych.

Zaszeregowanie poszczególnych spółek uzdrowiskowych do jednej z wyżej wymienionych grup powinno nastąpić na podstawie szczegółowej analizy, według następujących kryteriów, ustalonych przez członków Podzespołu niezbędnych do osiągnięcia prawidłowej realizacji celów, a mianowicie:

- sytuacja finansowo-ekonomiczna spółek (w tym zatrudnienie),
- sytuacja prawna spółek, zwłaszcza w zakresie stosunków właścicielskich (m.in. rozpatrzenie ewentualnych roszczeń reprivatyzacyjnych),
- wielkość oraz ilość posiadanych i wykorzystywanych przez spółki zasobów tworzyw leczniczych, takich jak wody mineralne, wody lecznicze, borowiny,
- profile lecznicze prowadzone przez spółki,

- możliwość rozwoju profilu rehabilitacyjnego,
- wielkość spółek i rozmiary prowadzonych przez nie działalności,
- rozmiar posiadanej bazy technicznej uzdrowisk, w tym przede wszystkim ilość posiadanych urządzeń leczniczych, takich jak łożnie, parki uzdrowiskowe, itp.

Należy podkreślić, iż w swoich pracach nad przyjęciem projektu koncepcji prywatyzacji spółek lecznictwa uzdrowiskowego Zespół oparł się na propozycji przedstawionej przez Ministerstwo Skarbu Państwa, zaakceptowanej przez Ministerstwo Zdrowia, nie analizując szczegółowych materiałów i danych, dotyczących poszczególnych uzdrowisk.

### **Fundusz celowy**

Mając na uwadze potrzeby inwestycyjne spółek uzdrowiskowych, Międzyresortowy Zespół do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk proponuje przeznaczenie części wpływów z prywatyzacji spółek uzdrowiskowych grupy II i III na zasilenie **funduszu celowego** pod nazwą **Fundusz Restrukturyzacji Przedsiębiorców**, utworzonego zgodnie z art. 56 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji (Dz. U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1397, z późn. zm.). Powyższe środki z prywatyzacji uzdrowisk przeznaczone będą na dokonywanie inwestycji w posiadaną bazę zabiegową i hotelową spółek uzdrowiskowych, które będą wyłączone z prywatyzacji (grupa I), głównie na modernizację zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

Zasady funkcjonowania i korzystania ze środków tego funduszu zostaną sformułowane tak, by na potrzeby inwestycyjne spółek uzdrowiskowych, wyłączonych z prywatyzacji została przeznaczona kwota nie niższa niż wpływy z prywatyzacji uzdrowisk przekazane na ten fundusz.

Minister Skarbu Państwa uzgodni z Ministrem Zdrowia i Ministrem Finansów wskaźnik odpisu wpływów z prywatyzacji uzdrowisk na Fundusz Restrukturyzacji Przedsiębiorców i po zatwierdzeniu przez Zespół „Zintegrowanego Programu Rozwoju Uzdrowisk ze Szczególnym Uwzględnieniem Usług Turystycznych” wystąpi z wnioskiem o dokonanie stosownych zmian w ustawie z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji.

Podstawą określenia kwot niezbędnych do zasilenia funduszu będzie program modernizacji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowany przez Ministra Skarbu Państwa. Wysokość środków z prywatyzacji, które zostaną przeznaczone na zasilenie funduszu byłaby ustalona w oparciu o:

- planowane koszty modernizacji spółek uzdrowiskowych (gr. I) wyłączonych z prywatyzacji,
- inne potrzeby finansowe tych spółek,
- wysokość kwot wydzielonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla tej grupy spółek uzdrowiskowych.

Zdaniem Ministerstwa Skarbu Państwa realizacja zakładanej w tym programie koncepcji prywatyzacji spowoduje skutki dla sektora finansów publicznych w postaci zmniejszenia wpływów z prywatyzacji na kwotę maksymalnie 200 mln PLN.

Ministerstwo Skarbu Państwa nie planuje ponoszenia dodatkowych nakładów na działania związane z realizacją programu prywatyzacji.

Natomiast dokładne wyliczenie efektów uzależnione jest od wielkości środków przeznaczonych na fundusz celowy. Im większe środki, tym większe spodziewane efekty w postaci:

- wzrostu wpływów podatkowych zarówno gmin (w podatku od nieruchomości, udział w PIT i CIT), jak i budżetu państwa (wzrost wpływów w PIT i CIT),
- mniejszych wydatków gmin na pomoc społeczną oraz zasiłki dla bezrobotnych,
- wzrostu zatrudnienia w uzdrowiskach, co spowoduje spadek bezrobocia w tych regionach, gdzie poziom bezrobocia jest wysoki,
- wzrostu wartości posiadanej przez spółki majątku, a tym samym wartość samych spółek, których jedynym akcjonariuszem jest Skarb Państwa.

Tak przedstawia się koncepcja prywatyzacji opracowana przez Międzyresortowy Zespół do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk na początku bieżącego roku.

Czujemy się w obowiązku powiedzieć w tym momencie, że zarówno kryteria przypisywania Spółek Uzdrowiskowych jak i kwalifikowanie poszczególnych Spółek do tych grup budziły wiele różnorodnych domysłów, bowiem np. lista Spółek grupy I – wyłączonych z prywatyzacji a nazywanych „państwowymi” czy „narodowymi” była kilkakrotnie rozszerzana, a kolejne Spółki „dopisywano ołówkiem”.

Nie uwzględniano przy tym naszych propozycji dogłębnej analizy zarówno kryteriów jak i argumentów przypisywania poszczególnych Spółek do ściśle określonych grup, uznając, że podstawowym kryterium jest posiadanie unikalnych w skali kraju a nawet Europy leczniczych surowców uzdrowiskowych oraz realizujących najistotniejsze potrzeby zdrowotne naszego społeczeństwa.

Uznając zasadność pozostawienia ściśle określonej, niewielkiej grupy jako uzdrowiska „państwowego” rząd musi im zapewnić źródła finansowania do właściwego funkcjonowania i rozwoju traktując je za pełnoprawny element systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

Zaprzeczeniem tej idei byłaby bowiem sytuacja w której kryterium utworzenia grupy uzdrowisk „państwowych” byłaby ich aktualna sytuacja ekonomiczno-finansowa, a nie potrzeby zdrowotne Polaków.

A trudno się oprzeć wrażeniu, że dotychczasowe propozycje kwalifikacji Spółek do poszczególnych grup tak właśnie były tworzone i kilkakrotnie zmieniane wywołując niepokój wśród załóg. Niezrozumiały był przy tym stosunek do projektów prywatyzacji niektórych pracowników MSP.



W naszym głębokim przekonaniu należy możliwie jak najszybciej określić kryteria, a następnie skład poszczególnych grup Spółek z udziałem zainteresowanych podmiotów a następnie szybko i konsekwentnie realizować plan prywatyzacji, bez względu na barwy polityczne rządowej ekipy. Jest to tym bardziej ważne, że wszyscy nasi sąsiedzi: Czesi, Słowacy, Litwini, a ostatnio Ukraińcy – już to zrobili bądź robią.

### **Szanowni Państwo!**

Kolejne elementy „Programu rozwoju uzdrowisk” określają możliwości finansowego wsparcia rozwoju zasobów ludzkich w uzdrowiskach i gminach uzdrowiskowych z funduszy i programów krajowych oraz funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.

Z żalem musimy przyznać, że praktycznie firmy uzdrowiskowe nie mogą korzystać z żadnego z tych źródeł, bowiem są za duże i na dodatek państwowe, co wyklucza preferencyjne formy wsparcia z wymienionych funduszy.

Jest dla nas rzeczą ciągle niezrozumiałą, że MSP – jako organ pełniący nadzór właścicielski nad Spółkami Uzdrowiskowymi nie zadbało o możliwość pozyskiwania tych funduszy – niezbędnych do rozwijania majątku za który przecież odpowiada, zaś Ministerstwo Zdrowia, które z tego majątku korzysta zadbało o całą sferę publicznej służby zdrowia zupełnie zapominając, że lecnicтво uzdrowiskowe jest realizowane przez Niepubliczne ZOZ, w tym Spółki Uzdrowiskowe. NZOZ a nie Publiczne ZOZ-y w tych Spółkach powstały przecież z woli Ministerstwa Zdrowia.

Po raz kolejny zmuszeni jesteśmy stwierdzić, że takie traktowanie przez właściciela i MZ swych Spółek przy obowiązującym systemie finansowania opieki zdrowotnej w naszym kraju, powoduje coraz trudniejszą sytuację ekonomiczną wielu Spółek uzdrowiskowych którym zaczyna zagrażać widmo upadłości.

Nadzieję, że nie musi tak się stać jest szybkie przyjęcie z uwzględnieniem naszych propozycji przez Radę Ministrów „Zintegrowanego Programu Rozwoju Uzdrowisk” opracowanego w obecnej wersji pod kierownictwem Wiceministra Gospodarki i Pracy Pana Marka Szczepańskiego.

Jestem przekonany, że na naszym Kongresie ogromna większość podziela pogląd, iż doceniając tradycje i otwierając się na nowoczesność lecnicтва uzdrowiskowego naprawdę stać ono może społecznie potrzebną i uznawaną dziedziną naszego systemu ochrony zdrowia oraz gospodarki.

Sprzysłu temu działalność Polskiej Organizacji Turystycznej, która konsekwentnie wspomaga branżę uzdrowiskową promując rozwój lecnicтва i turystyki uzdrowiskowej w kraju i za granicą.

Na zakończenie zmuszeni jesteśmy ponownie przypomnieć, że oczekują na swe pozytywne załatwienie podnoszone przez nas od dłuższego czasu głosne

problemy, o których szczegółowo mówił na ostatnim naszym Kongresie w Nałęczowie Wiceprezes UUP Jerzy Szymańczyk.

Należą do nich:

1. potrzeba stworzenia „dobrego prawa” dotyczącego uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego, czyli tak długo oczekiwanej ustawy uzdrowiskowej,
2. jednoznacznego umiejscowienia lecznictwa uzdrowiskowego w systemie ochrony zdrowia,
3. ustalenia poziomu finansowania lecznictwa uzdrowiskowego w wysokości 2–3% budżetu NFZ w obecnym kształcie funkcjonowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych,
4. stworzenie firmom uzdrowiskowym możliwości korzystania z krajowych i unijnych funduszy wspomagających,
5. rozwiązanie problemu podatku VAT od usług uzdrowiskowych oraz produkcji uzdrowiskowych wód leczniczych i mineralnych,
6. prawne usankcjonowanie odrębności działalności i rozwoju gmin uzdrowiskowych,
7. szybkie zatwierdzenie przez Radę Ministrów „Zintegrowanego Programu Rozwoju Uzdrowisk” w tym koncepcji modelu funkcjonowania państwowych Spółek Uzdrowiskowych.

## LECZENIE UZDROWISKOWE W POLITYCE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA. STAN OBECNY I PERSPEKTYWY

Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie uzdrowiskowe ze świadczeniodawcami wyłonionymi w Konkursie Ofert na rok 2004, zostały zawarte na okres od 1 stycznia 2004 do 31 grudnia 2006 r. Zgodnie z zapisem art. 232 ust.2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (Dz. U. 210 poz. 2135 z 2004 r.) dopuszczono możliwość przedłużenia okresu obowiązywania umów pod warunkiem, że Świadczeniodawca w formie pisemnej, w terminie do 14 dni od wejścia w życie ustawy, oświadczy Funduszowi, że pozostaje nią związany.

Do dnia 15 października br., z oświadczeniami woli wystąpiło 138 na 139 Świadczeniodawców, z którymi zostały zawarte umowy na lata 2004–2006.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w rodzaju leczenia uzdrowiskowego w roku 2005, zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia, to kwota **356 467 000,00 zł.** W 2004 roku

Zakres świadczeń	ZAKUPY 2005 dokonane w drodze renegotjacji umów			
	Skierowania	Osobodni	Wartość	%
Uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych	49 274	1 034 754	69 596 910,60	19,55
Uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci	23 425	632 475	38 275 726,50	10,76
Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych	211 080	4 432 260	231 748 692,00	65,13
Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci	4 915	103 215	5 831 679,00	1,63
Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci pod opieką osoby dorosłej	6 758	141 918	6 464 787,00	1,82
Uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci		228 506	3 946 058,00	1,10
<b>RAZEM</b>	<b>295 432</b>	<b>6 573 128</b>	<b>335 863 853,10</b>	<b>100,00</b>

Narodowy Fundusz Zdrowia dysponował kwotą **339 488 362 zł**. Różnica **16 978 638 zł** stanowi około **5%** wzrost środków na świadczenia zdrowotne z zakresu lecznictwa uzdrawiskowego w stosunku do 2004 roku.

Pozostawiona w planie Centrali NFZ kwota **603 146,90 zł** planowana jest na pokrycie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia uzdrawiskowe dla ubezpieczonych wymienionych w art. 33 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tzn. dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej – do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej nieponoszące odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w prewentorium i sanatorium uzdrawiskowym.

Aktami normatywnymi regulującymi procedurę wystawiania skierowań na leczenie uzdrawiskowe przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia są:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135).

2. Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 roku o uzdrawiskach i lecznictwie uzdrawiskowym (Dz. U. Nr 23, poz. 150 z późn. zm.).

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie lecznictwa uzdrawiskowego (Dz. U. Nr 274, poz. 2724).

4. Uchwała Nr 197/2004 Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2004 roku w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia „Jednolitego sposobu i trybu wystawiania skierowań na leczenie uzdrawiskowe w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia”.

W 2005 roku nastąpiły zmiany systemowe. Dla Oddziałów Wojewódzkich NFZ powstał System Obsługi Lecznictwa Uzdrawiskowego, a dla świadczeniodawców (zakładów lecznictwa uzdrawiskowego) wdrożono System Rozliczeń Uzdrawisk.

Podstawowe założenia systemów:

1. zakontraktowanie według zasad obowiązujących w roku 2004 poprzez „aneksowanie”,

2. jednolity system obsługi skierowań na leczenie uzdrawiskowe w oddziałach wojewódzkich NFZ,

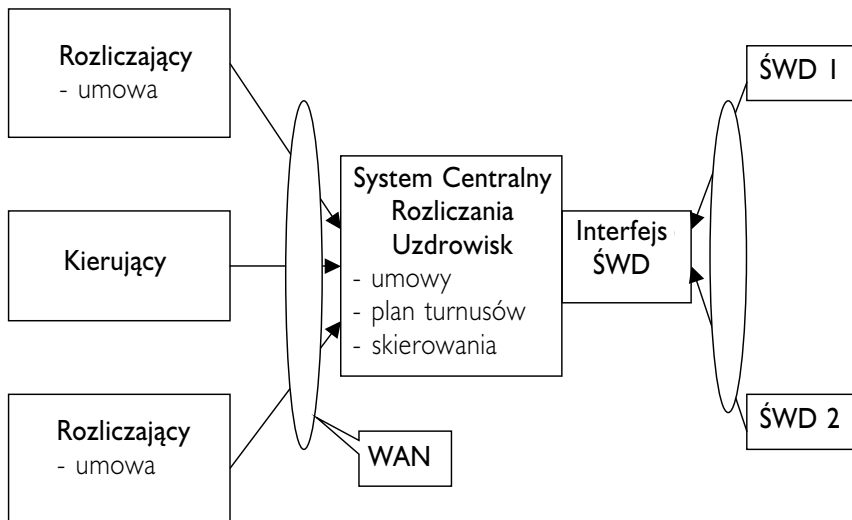
3. jednolity system rozliczeń Świadczeniodawców,

4. internetowe aplikacje dla Świadczeniodawców i oddziałów wojewódzkich,

5. praca na jednej bazie danych,

6. dane osobowe z CWU.

Wprowadzony system informatyczny umożliwił stały i efektywny monitoring w zakresie zagospodarowywania skierowań na leczenie uzdrawiskowe przez Oddziały Wojewódzkie NFZ. Ze względu na „niedojazdy” pacjentów do sanatoriów została stworzona tzw. „gielda”. Świadczeniodawcy mają możliwość



„wystawiania” niezrealizowanych miejsc na giełdę, a oddział kierujący może te miejsca na giełdzie rezerwować.

Wprowadzone zmiany systemu informatycznego w lecznictwie uzdrowskowym spowodowały, iż:

- żadne pliki nie są przesyłane od świadczeniodawców;
- świadczeniodawca wprowadza jedynie dane o wykonaniu;
- szybszy przepływ informacji.

W roku 2005 wprowadzono następujące zmiany w zakresie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju lecznictwo uzdrowskowe:

- rozliczanie turnusowe;
- umożliwienie dokonania przesunięć skierowań i osobodni między turnusami w ramach danego zakresu;
- umożliwienie dokonania przesunięć skierowań i osobodni między Oddziałami Wojewódzkimi NFZ.

**W 2005 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadza kontrole świadczeniodawców, z którymi zawarł umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie uzdrowskowe na 2005 rok.**

Kontrolą objęte są wszystkie zakresy świadczeń, tj.:

1. uzdrowskowe leczenie szpitalne dorosłych;
2. uzdrowskowe leczenie szpitalne dzieci;
3. uzdrowskowe leczenie sanatoryjne dorosłych;
4. uzdrowskowe leczenie sanatoryjne dzieci;

5. uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci pod opieką osoby dorosłej;
6. uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci.

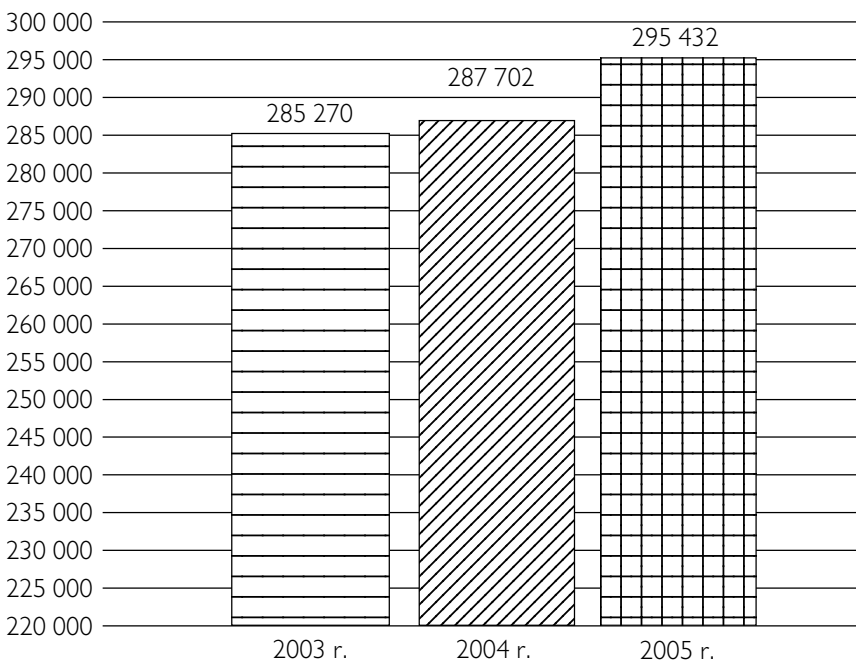
Celem przeprowadzania kontroli u świadczeniodawców jest ocena poziomu świadczeń, udzielanych ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Zakres kontroli kompleksowych w 2005 roku obejmuje:

- organizację i sposób udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępność;
- zgodność z wymaganiami określonymi w „Szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe”;
- zgodność z ankietą złożoną do postępowania konkursowego, ze szczególnym uwzględnieniem:
  - warunków fachowych i sanitarnych, w tym warunków pobytu świadczeniobiorcy;
  - żywienia świadczeniobiorców;

**Tablica nr 1.** Zakontraktowana liczba skierowań ogółem na leczenie uzdrowiskowe w latach 2003–2005.

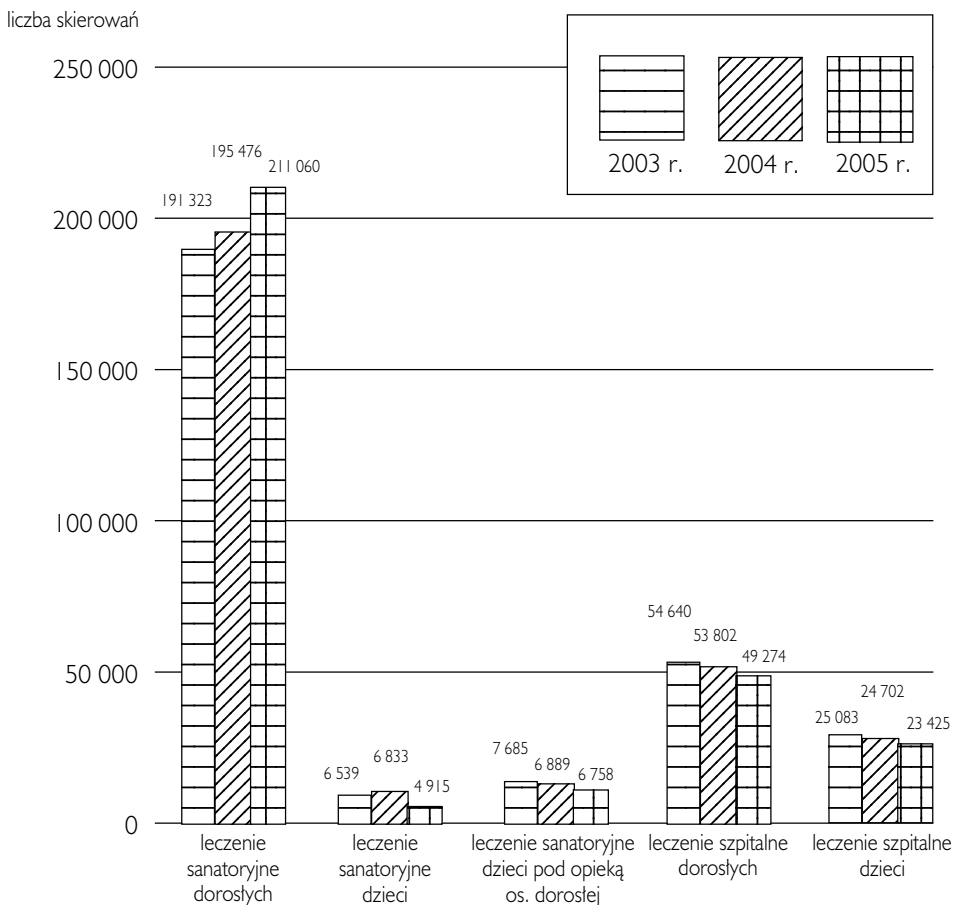
liczba skierowań



- wyposażenia bazy zabiegowej w sprzęt i aparaturę medyczną;
- organizacji przyjęć i wypisów świadczeniobiorców, badań lekarskich i planowania zabiegów;
- zgodności zaplanowanych zabiegów z ich realizacją odnotowaną w dokumentacji medycznej oraz wykazaną w raportach statystycznych i aplikacji internetowej „System Rozliczeń Uzdrowisk”.

Zamieszczone poniżej tablice nr 1 i 2 obrazują zakontraktowaną liczbę skierowań ogółem i w poszczególnych zakresach lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2003–2005.

**Tablica nr 2.** Zakontraktowana liczba skierowań na leczenie uzdrowiskowe w poszczególnych zakresach w latach 2003–2005

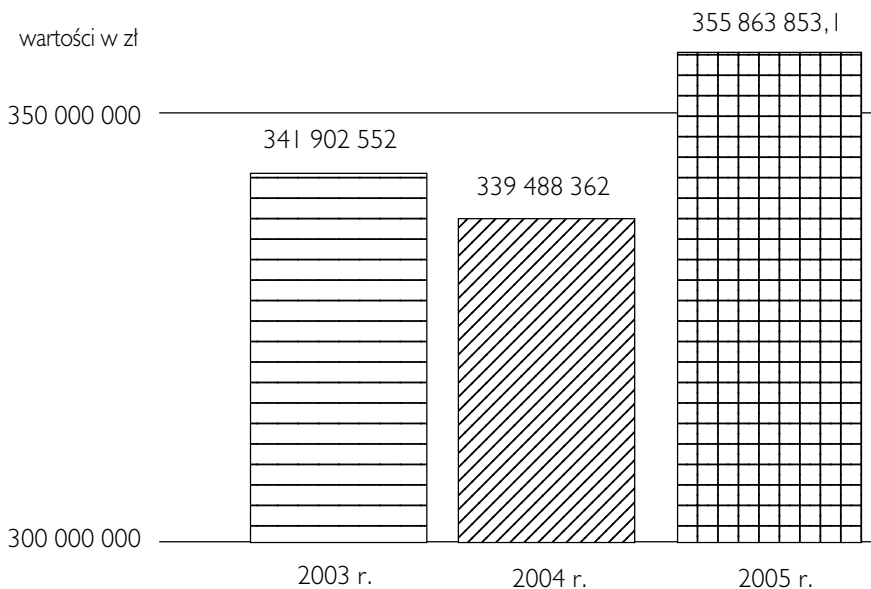


Analiza zakontraktowanej liczby skierowań w latach 2003-2005 wskazuje na tendencję wzrostu ogólnej liczby skierowań. Przyjmując rok 2003 jako rok bazowy należy stwierdzić, że przyrost procentowy liczby skierowań w 2004 roku wyniósł 1%, a w roku 2005 około 4%.

Analiza liczby skierowań w w/w latach w zakresach wykazuje tendencję ewolucyjnego i bieżącego dostosowania kontraktów Narodowego Funduszu Zdrowia do potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych. Świadczy o tym wzrost skierowań z zakresu leczenia sanatoryjnego dorosłych. Ich liczba w 2005 roku w stosunku do 2003 wzrosła o ponad 10%. Spadła jednocześnie liczba skierowań z zakresu leczenia sanatoryjnego dzieci o 25%, leczenia szpitalnego dzieci o 7% oraz leczenia szpitalnego dorosłych o 10%. Decyzję o zmniejszeniu skierowań w zakresie leczenia sanatoryjnego dzieci, leczenia szpitalnego dzieci oraz leczenia szpitalnego dorosłych podjęto po przeanalizowaniu okresu oczekiwania na leczenie uzdrowiskowe. Najdłuższy okres oczekiwania na leczenie sanatoryjne dorosłych spowodował potrzebę zwiększenia liczby skierowań w tym zakresie, a zmniejszenie w innych zakresach.

Analiza wartości podanych w Tablicy nr 3 wykazuje, iż wzrost nakładów finansowych w roku 2005 w stosunku do roku 2004 wynosi 4,8%. Porównanie

**Tablica nr 3.** Wartość kontraktów ogółem na leczenie uzdrowiskowe w latach 2003–2005





nakładów w latach 2003–2004 wykazuje niewielkie ok. 0,7% zmniejszenie środków w roku 2004 w stosunku do roku poprzedniego.

Dużym problemem dla NFZ w realizacji skierowań na leczenie uzdrowiskowe stanowią tzw. „niedojazdy”, czyli zwrot skierowań przez świadczeniobiorców do oddziałów wojewódzkich NFZ.

Mają na to wpływ m.in. następujące czynniki:

- większość świadczeniobiorców jest zainteresowana wyjazdem w okresie wakacyjnym głównie nad morze – głównym powodem podawanym przez rodziców są dodatkowe zajęcia pozaszkolne dzieci;
- duża część zwrotów następowała na kilka dni przed rozpoczęciem turnusu, co powodowało trudność ich ponownego zagospodarowania;
- mała liczba wystawianych skierowań przez lekarzy na leczenie szpitalne i sanatoryjne dzieci.

Poniższe zestawienie ilustruje aktywność Oddziałów Wojewódzkich NFZ w pracach nad właściwym wykorzystaniem miejsc dla ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia w poszczególnych miejscowościach uzdrowiskowych.

Liczba rezerwacji dokonanych przez Oddziały Wojewódzkie NFZ do liczby zakupionych skierowań w miejscowości uzdrowiskowej na zakresy świadczeń

Miejscowość uzdrowiskowa	Oddział wojewódzki na terenie którego jest położona miejscowość uzdrowiskowa	Liczba zakupionych skierowań	Liczba rezerwacji dokonanych przez OW NFZ	% liczby rezerwacji/liczbę zakupionych skierowań
Długopole-Zdrój	Dolnośląski	863	1350	156,43%
Duszynki-Zdrój	Dolnośląski	1416	2500	176,55%
Cieplice-Zdrój	Dolnośląski	2658	3986	149,96%
Kudowa-Zdrój	Dolnośląski	3127	4722	151,01%
Lądek-Zdrój	Dolnośląski	3140	5369	170,99%
Polanica-Zdrój	Dolnośląski	1496	2458	164,30%
Przerzeczyn-Zdrój	Dolnośląski	465	869	186,88%
Szczawno-Jedlina Zdrój	Dolnośląski	2944	5111	173,61%
Świeradów-Zdrój	Dolnośląski	1263	2139	169,36%
Ciechocinek	Kujawsko-Pomorski	12082	20691	171,25%
Inowrocław	Kujawsko-Pomorski	4128	6845	165,82%
Wieniec-Zdrój	Kujawsko-Pomorski	618	916	148,22%

Miejscowość uzdrowskowa	Oddział wojewódzki na terenie którego jest położona miejscowość uzdrowskowa	Liczba zakupionych skierowań	Liczba rezerwacji dokonanych przez OW NFZ	% liczby rezerwacji/liczbę zakupionych skierowań
Krasnobród	Lubelski	345	610	176,81%
Nalęczów	Lubelski	4588	6822	148,69%
Krynica-Zdr.	Małopolski	6386	10898	170,65%
Muszyna	Małopolski	1345	2425	180,30%
Piwniczna-Zdr.	Małopolski	850	1429	168,12%
Rabka-Zdr.	Małopolski	4984	8317	166,87%
Swoszowice	Małopolski	546	798	146,15%
Szczawnica	Małopolski	1632	2908	178,19%
Wieliczka	Małopolski	323	428	132,51%
Wysowa-Zdr.	Małopolski	1225	2057	167,92%
Żegiestów-Zdr.	Małopolski	444	707	159,23%
Konstancin-Jeziorna	Mazowiecki	576	888	154,17%
Horyniec-Zdr.	Podkarpacki	984	1548	157,32%
Iwonicz-Zdr.	Podkarpacki	4089	6720	164,34%
Polańczyk	Podkarpacki	1444	2631	182,20%
Rymanów-Zdr.	Podkarpacki	2970	5244	176,57%
Augustów	Podlaski	234	406	173,50%
Sopot	Pomorski	2482	3994	160,92%
Ustka	Pomorski	2206	3748	169,90%
Goczałkowice-Zdr.	Śląski	2143	3949	184,27%
Ustroń	Śląski	6895	12136	176,01%
Busko-Zdr.	Świętokrzyski	6523	10686	163,82%
Solec-Zdr.	Świętokrzyski	454	869	191,41%
Gołdap	Warmińsko-Mazurski	577	934	161,87%
Kamień Pomorski	Zachodniopomorski	1329	2206	165,99%
Kołobrzeg	Zachodniopomorski	11537	17805	154,33%
Polcyn-Zdr.	Zachodniopomorski	1609	2745	170,60%
Świnoujście (Międzyzdroje)	Zachodniopomorski	3543	5432	153,32%

Analizując powyższą tabelę należy zauważyć, iż kierując ubezpieczonych do poszczególnych miejscowości uzdrowiskowych pracownicy oddziałów wojewódzkich NFZ muszą wielokrotnie komunikować się ze znacząco większą liczbą ubezpieczonych, aby obsadzić poszczególne turnusy w uzdrowiskach według liczby zakupionych przez NFZ skierowań.

W planach Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok przewidywana jest zmiana kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe. Rozważane jest by świadczenia kontraktowały Oddziały Wojewódzkie NFZ, na terenie działania, których znajdują się świadczeniodawcy udzielający tych świadczeń.

Planuje się, by do zadań oddziału kontraktującego należało:

- rozdzielanie miejsc zakontraktowanych pomiędzy wszystkie kierujące Oddziały Wojewódzkie NFZ wg. planów;
- dokonywanie wszelkich zmian dotyczących umów (aneksowanie);
- rozliczanie ze świadczeniodawcami.

**Tomasz Kasiński** - Konsultant Wojewódzki  
ds. Balneologii i Medycyny Fizykalnej  
(Województwo Kujawsko-Pomorskie)

## **LECZNICTWO UZDROWISKOWE – TRADYCJE I NOWOCZESNOŚĆ**

Co jest jeszcze tradycją, a co nowoczesnością w lecznictwie uzdrowiskowym?

### **A. Czym jest i na czym polega leczenie w uzdrowisku?**

#### **1. Definicje wg prof. Ponikowskiej:**

Wpływanie, tanim kosztem, na zachowanie i poprawę zdrowia pacjenta, poprzez zastosowanie specyficznych uzdrowiskowych metod leczniczych „z wyboru”, bądź jako uzupełnienie innych metod terapeutycznych stosowanych w leczeniu wybranych schorzeń, głównie nieinfekcyjnych schorzeń przewlekłych.

#### **2. Pola oddziaływania lecznictwa uzdrowiskowego w obszarze medycyny:**

- pierwotna i wtórna profilaktyka,
- diagnostyka z wykorzystaniem metod i czynników naturalnych,
- leczenie z wykorzystaniem czynników naturalnych oraz diety,
- rehabilitacja psychiczna i fizyczna,
- wychowanie zdrowotne.

#### **3. Cechy lecznictwa uzdrowiskowego:**

- priorytetowe wykorzystywanie czynników naturalnych, oddziałujących na żywy organizm głównie poprzez wywoływanie jego kompleksowej reakcji na stosowane bodźce fizyczne i chemiczne,
  - dążenie do wywołania długotrwałych, pozytywnych reakcji organizmu pacjenta, poprzez systematyczne i odpowiednio dawkowane obciążanie go bodźcami podprogowymi, które – sumując się w czasie – wpływają regulacyjnie na przebieg zachodzących w nim procesów fizjologicznych (trening) i poprawiają jego wydolność,
    - pobudzanie fizjologicznych procesów adaptacyjnych (reakcja obronna na stres) i wykorzystywanie własnych rezerw czynnościowych organizmu (stymulacja naprawcza).

**Zalety** – osiągnięcie efektów terapeutycznych:

- dłużej trwających, niż uzyskiwane przy pomocy allopatii,
- metodami mniej agresywnymi niż w przypadku innych rodzajów terapii,
- metodami pozbawionymi większości niepożądanych reakcji ubocznych,

- pozwalających wyłączyć czasowo leki allopatyczne dla regeneracji torów metabolicznych i zasobów enzymatycznych, za pośrednictwem których działają,
- obejmujących cały organizm, a nie pojedynczy narząd, tkankę bądź układ,
- o większej kompleksowości od wybiórczych, wycinkowo adresowanych do patologii, metod leczniczych przy użyciu farmaceutyków lub skalpela.

#### **Trudności:**

- konieczność poddania się reżimowi terapeutycznemu określoneemu przez personel medyczny,
- konieczność utrzymania systematyczności w stosowaniu bodźców terapeutycznych,
- konieczność poświęcenia odpowiedniej ilości czasu na leczenie,
- brak możliwości uzyskania efektu „magicznej różdżki”, czyli szybko odczuwanego pozytywnego skutku stosowanych metod leczniczych,
- uzyskiwanie stosunkowo słabo i późno odczuwanych efektów terapeutycznych,
- uzyskiwanie efektów leczniczych o ograniczonej trwałości,
- oddziaływanie na objawy, a nie na przyczyny schorzeń.

#### **B. Współcześnie określone funkcje, cele i zadania lecznictwa uzdrowiskowego w ogólnych zadaniach systemu ochrony zdrowia, wg prof. Ireny Ponikowskiej:**

1. **Leczenie schorzeń przewlekłych**, uzupełnianie innych form powszechnie stosowanej terapii w schorzeniach ostrych i podostrych.
2. **Rehabilitacja** układu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, oraz psychorehabilitacja.
3. **Profilaktyczne oddziaływanie zapobiegawcze**, mające na celu eliminację niekorzystnych dla zdrowia czynników bądź odwleczenie w czasie pojawiania się ich negatywnych skutków, a także zapobieganie nawrotom schorzeń już wyleczonych, a zależnych od stylu życia.
4. **Edukacyjne kształtowanie** prozdrowotnego stylu życia, żywienia i wdrażanie metod samokontroli dynamiki schorzeń przewlekłych.

#### **C. Co jest „stare” w lecznictwie uzdrowiskowym?**

- doświadczenie, tradycja,
- pacjenci,
- powszechne uznanie efektywności leczenia prowadzonego w trybie kuracji uzdrowiskowej,
- sam fakt istnienia miejsc o określonej specyfice, uznanych za uzdrowiska,
- obyczaj poświęcania czasu przeznaczanego na regenerację sił na pobyt w miejscowościach uznanych za uzdrowiska,

- utrwalona zwyczajowo pozycja terapii uzdrowiskowej w medycynie,
- stosowanie naturalnych, nie przetworzonych surowców leczniczych w miejscu ich występowania, uznanie leczniczego wpływu klimatu w miejscowościach uzdrowiskowych
- specyficzny „reżim” uzdrowiskowy,
- klasyczna metodologia postępowania balneologicznego,
- nadzorowane leczenie dietetyczne,
- czas trwania kuracji konieczny dla uzyskania efektu leczniczego,
- odczynowość organizmu na czynniki balneofizyczne i klimatyczne,
- możliwość i umiejętność obserwacji subtelnych zmian w stanie zdrowia pacjentów w trakcie trwającej dłużej kuracji i ich wykorzystanie dla skutecznego prowadzenia terapii,
- kompleksowość oddziaływania zarówno czynników wpływających na organizm poprzez bodźce balneofizyczne, dietę, jak i czynników wpływających na psychikę (klimat, krajobraz, muzyka, cisza, oderwanie od powszednich obowiązków).

## **D. Co jest nowe w lecznictwie uzdrowiskowym?**

### **1. Zjawiska pozytywne:**

- nowe metody terapeutyczne, nowa technika i urządzenia, nowe technologie (uwaga na „czary” firm sprzedających bezużyteczne gadżety),
- oferta świadczeń zdrowotnych traktowana jako produkt,
- zabieganie o klienta, czasem o pacjenta,
- rozszerzenie wachlarza usług o świadczenia medyczne pozauzdrowiskowe – diagnostyka, terapia, rehabilitacja, odnowa biologiczna i relaks, spa, kosmetyka,
- nowe metody zarządzania i współlistnienie w uzdrowisku (jako organizacji o wielu obliczach) wielu form działalności, w tym – w części – działalności terapeutycznej. **Ale konieczne przypomnienie, że bez tego – nie ma uzdrowiska!**

### **2. Zjawiska negatywne**

- dyktat krótkiego czasu na terapię,
- eliminacja indywidualnych, dostosowanych do potrzeb pacjentów, działań leczniczych na rzecz wystandaryzowanych programów terapeutycznych, uśrednionych dawek, „samobieżnych automatycznych kombajnów do leczenia wszystkiego dowolną metodą, za „wrzucenie monetę”, byle dało się sprzedać”,
- włączanie paramedycyny, i gadżetów bezwartościowych medycznie, ale dobrze się sprzedających ze względu na modę, nazwę, przebicie firm promujących itd.,
- przedmiotowe traktowanie pacjenta,
- dyktatura „ciemniaków” – pseudodemokratyzacja procesu terapeutycznego,

sprzyjanie upodobaniom „klientów” stojące w sprzeczności z faktycznymi potrzebami **pacjentów**, wynikającymi z wiedzy medycznej,

- brak placówki koordynującej, badawczej, wiodącej w Health Technology Assessment, o odpowiedniej randze,
- stopniowe rugowanie medycyny z uzdrowisk, traktowanie raz jako sztandar, raz jako listek figowy, raz jako niechciane dziecko. Non profit – nie da się pogodzić z potrzebą i koniecznością utrzymania infrastruktury,
- samoistne obniżanie się poziomu wiedzy, fachowości personelu, jakości terapii, brak autorytetów,
- nieuznawanie autorytetów, podważanie ich opinii, czasem tylko w imię doraźnego interesu.

**3. Zjawiska problematyczne**, trudne do oceny, rodzące wątpliwości, przy stwierdzanych częściowych zaletach:

- przeniesienie akcentu na turystykę, niekoniecznie zdrowe atrakcje i rozrywkę,
- dyktat ekonomii – nowa moda uzasadniająca wszystkie odstępstwa od wypracowanych reguł,
- zdrowie traktowane jako towar, metody lecznicze – jak półka w supermarkecie,
- hołdowanie mitom, (np. znaczenia certyfikacji, choć ma ona pewne znaczenie),
- szaleństwo marketingu i sprzedaży usług za wszelką cenę,
- niezdrowa konkurencja (ceny w dół),
- przewaga formy nad treścią (szafa na wysoki połysk i telewizor kolorowy cenione wyżej od higienicznej bazy wannowej oraz odpowiednich kwalifikacji personelu),
- redukcja personelu bezpośrednio związanego z pacjentem, ograniczanie możliwości prowadzenia wnikliwych obserwacji, przeciążanie personelu zadaniami (tu jesteśmy pod ścianą, należy zacząć drogę w przeciwnym kierunku – pacjenci oczekują indywidualnego zajęcia się nimi, opiekuńczości, personalizacji świadczeń; tego nie załatwi się redukując personel fachowy),
- praca taśmowa (konsekwencja poprzedniego),
- podporządkowanie wszystkiemu zasadzie „płacę – wymagam” bez uwzględniania zastrzeżeń wynikających z wiedzy medycznej fachowców, relatywizacja zasad i kanonów postępowania,
- pozyskiwanie całkowicie przypadkowych pracowników działów medycznych: często – nieudaczników, pozbawionych uprawnień, umiejętności i zdrowego rozsądku, ale tanich,
- nowe formy zatrudnienia fachowców (system kontraktowy),
- fala odpowiedzialności za szkody poczynione przy terapii,

- obcokrajowcy – wymagania bytowe, wymagania odnośnie terapii,
- Polska w Europie – nowości w rozliczeniach międzynarodowych, E I I I,
- rozrośnięta biurokracja, szaleństwo nadmiernie szczegółowych rozliczeń, sprawozdań, kontroli,
- automatyzacja procesów administracyjnych i terapeutycznych – komputeryzacja, pogoń za nowoczesnością w planowaniu (tu ryzyko pułapki – niemożność uwzględniania indywidualnych zleceń, korekt terapii, bo „system nie przyjmuje”).

W sumie – przy elastycznym zarządzaniu i jasnym określeniu oraz umiejętnym rozdzieleniu celów działania, pakietów ofertowych, przy klarownym rozróżnieniu czego kto oczekuje (kontrahent – indywidualny lub zbiorowy), przy odrobinie dobrej woli i nie upieraniu się przy ortodoksyjnych postawach, omalże wszystko da się pogodzić – i biznes, i oczekiwania klientów komercyjnych, i zasady postępowania zgodne z wiedzą medyczną wobec pacjentów kierowanych na leczenie.

Ale każdy – zarówno w zespole zakładu, jak i każdy klient/pacjent musi wiedzieć jaka jest oferta, jakie są zadania, co mu przysługuje, co leży w jego obowiązkach, za co ponosi odpowiedzialność i czym co grozi. Leczenie należy zostawić lekarzom, pielęgnowanie – pielęgniarkom, zabiegi – terapeutom, robienie biznesu – zarządzającym. Przy zachowaniu zasad etycznych i stałych, jasno określonych reguł gry.

Jedni bez drugich nie ujadą. Niech uzdrowisko będzie ofertą wielopostaciową, w której jest miejsce dla każdego rodzaju działalności.

Przekształcanie uzdrowisk wyłącznie w szpitale jest tak samo niewłaściwe, i wręcz szkodliwe, jak traktowanie ich wyłącznie jako jarmarki turystyczne. Liczy się racjonalna symbioza.



**Tadeusz Burzyński** – Dyrektor Instytutu Turystyki  
w Krakowie

## **WPŁYW UZDROWISK NA ROZWÓJ GOSPODARCZY KRAJU, REGIONU I BRANŻY TURYSTYCZNEJ**

Sytuacja gospodarcza na świecie wymusza niejako poszukiwania nowych kierunków działalności gospodarczej, które zapewniłyby rozwój gospodarczy w dłuższym okresie. Szereg organizacji międzynarodowych o charakterze globalnym – ONZ, OECD, Światowa Organizacja Turystyki, WTTC – wskazują na turystykę jako dziedzinę o szczególnie prorozwojowych charakterze. Znalazło to swój wyraz w strategiach rozwoju, jakie powstają na szczeblu państw i regionów. Niekorzystne sytuacje, jakie notuje się na świecie – kataklizmy naturalne, terroryzm, wojny czy epidemie – nie są w stanie zahamować tendencji wzrostowych w światowej turystyce. Skoro utrzymuje się tendencja wzrostowa ze strony popytu na podróże turystyczne to automatycznie występuje również konkurencja, która dąży do maksymalnego zaspokajania różnorodnych i zmieniających się potrzeb z tym związanych. Podróże turystyczne mają coraz więcej zwolenników, którzy z kolei mają coraz bardziej zmieniające się preferencje, upodobania, które można sformułować następująco (według TTI):

1. Więcej wakacji spędzanych za granicą, gdzie preferencje obejmują Europę.
2. Krótsze wakacje.
3. Zdrowie, short break, rejsy, all inclusive – jako przeważające produkty.
4. Rosnący zapotrzebowanie na indywidualizację w standaryzacji usług.
5. Wśród motywów uprawiania turystyki będą przeważać:
  - a. zdrowie i przyroda,
  - b. przygoda, rozrywka, przeżycie,
  - c. edukacja połączona ze zdobywaniem doświadczenia.

Dlaczego turystyka staje się tak ważna w procesie rozwoju gospodarczego państw i regionów? Do najważniejszych przyczyn należy wymienić:

- Turystyka przyczynia się do wzrostu zatrudnienia i dobrobytu, i w związku z tym jej znaczenie będzie wzrastać,
- Turystyka tworzy miejsca pracy szybko i stosunkowo niewielkim kosztem,
- Turystyka daje możliwość zatrudnienia różnych kategorii pracowników, na przykład kobiet lub osób młodych, które z pewnych względów mogą znajdować się w niekorzystnym położeniu,

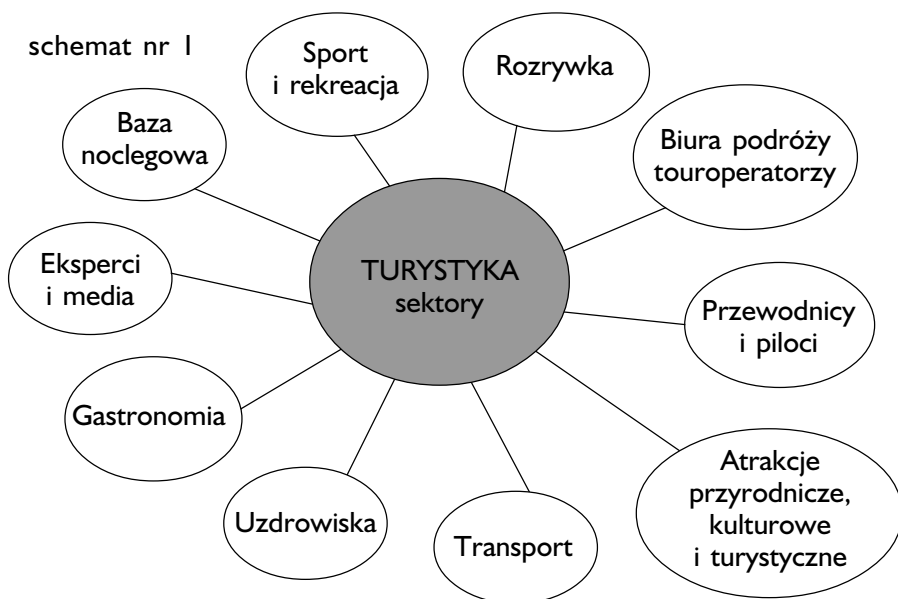
- Turystyka prowadzi do utrwalenia spójności ekonomiczno-społecznej i często, w przypadku regionów mniej rozwiniętych, stanowi skuteczny instrument rozwoju gospodarczego,
- Turystyka może przyczynić się do właściwej ochrony i dowartościowania środowiska naturalnego oraz kulturowego.

Do najczęściej występujących mankamentów związanych z rozwojem turystyki należy zaliczyć:

- tradycyjnie niewystarczające zainteresowanie ze strony rządów tą branżą,
- przestarzałe obiekty i infrastruktura, które wymagają generalnej modernizacji,
- słaba dostępność transportowa do miejscowości i regionów turystycznych (szczególnie występuje brak autostrad ),
- branża zróżnicowana i wewnętrznie podzielona, w dużej części tworzona przez małe i średnie przedsiębiorstwa, co często prowadzi do formuły o mniejszej spójności i do nieefektywnej koordynacji na wielu płaszczyznach,
- duża liczba pomniejszych branż, pomiędzy którymi tradycyjnie nie ma efektywnej współpracy,
- brak systemowego redefiniowania produktów turystycznych jako stałego procesu,
- brak nowoczesnych dostosowanych do wymagań klienta XXI wieku, narzędzi i organizacji zarządzania turystyką,
- ograniczone zastosowanie programowania strategicznego i niewłaściwa współpraca na rzecz rozwoju, co pociąga za sobą zgubne skutki wobec środowiska naturalnego oraz realizację często zbyt kruchych obiektów,
- preferowanie krótkoterminowych inwestycji, co przyczynia się do ograniczenia długoterminowego strategicznego programowania turystyki,
- niezbyt nowoczesne instrumenty kształcenia zawodowego oraz brak wizerunku branży.

Na tle ogólnej słabości turystyki występuje proces poszukiwania jej mocnych stron, aby produkt przeznaczony do sprzedaży był wysokiej jakości i konkurencyjny w stosunku do istniejących w Europie. Do takich produktów należy zaliczyć uzdrowiska z ich obecnym i przyszłym produktem budowanym na bazie dbałości o zdrowie, samopoczucie i urodę. Powiązania turystyki z innymi dziedzinami gospodarki przedstawia schemat nr 1. Jednocześnie schemat ten wskazuje jakie dziedziny gospodarki (sektory) są zaangażowane w proces świadczenia usług turystycznych i uzdrowiskowych.

Natomiast schemat nr 2 przedstawia te dziedziny gospodarki – niejako na zewnątrz gospodarki turystycznej, – które są powiązane z turystyką i uzdrowi-



skami w sposób pośredni. Oczywiście lista tych powiązań nie jest ostateczna i w zależności jakiego rodzaju turystyki to będzie dotyczyło to lista będzie dłuższa lub krótsza. W przypadku rozwoju uzdrowisk lista ta jest zdecydowanie dłuższa ze względu na większą złożoność produktu uzdrowiskowego.

schemat nr 2



Potwierdzeniem, że turystyka i uzdrowiska mają znaczący wpływ na gospodarkę, regiony świadczą fakt, że na jedno miejsce pracy w turystyce przypada w Polsce 3–4 miejsca pracy poza nią (w państwach UE średnio 4–5). W przypadku uzdrowisk wskaźnik ten wynosi: 1 miejsce pracy w uzdrowisku – 6–7 miejsc poza nim. Poniżej przedstawiono rodzaje działalności i zawody, które rozwijają się przy okazji występowania ruchu turystycznego i uzdrowiskowego.

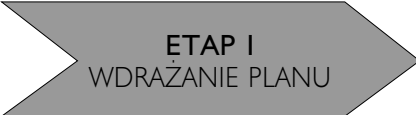


O dużych możliwościach prorozwojowych świadczą poniższe zestawienia dotyczące głównych możliwości i zagrożeń.

czynniki	możliwości	zagrożenia
<b>czynniki społeczno-kulturalne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>wzrost ilości wolnego czasu i <i>time squeeze</i></li> <li>zwiększenie wydatków na zagospodarowanie wolnego czasu w stosunku do innych katedorii konsumpcji</li> <li>zmiany demograficzne</li> <li>większy nacisk na jakość życia, chęć korzystania z kultury i informacji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tendencja marginesowych grup społecznych do spędzania wolnego czasu w mieście „doceiniając na nowo spędzanie wolnego czasu w domu i w mieście”</li> </ul>

czynniki	możliwości	zagrożenia
<p><b>czynniki polityczne</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stabilność polityczna</li> <li>• poczucie bezpieczeństwa rosnące w stosunku do przeszłości</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wzrost konkurencyjności krajów Środkowego Wschodu</li> <li>• istnienie różnic „strukturalnych” między Północą i Południem Europy oraz Północą i Południem Włoch</li> <li>• zatargi i konflikty międzynarodowe</li> </ul>
<p><b>czynniki ekologiczne</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nacisk na „turystykę zrównoważoną” ze strony UE</li> <li>• rozpowszechnienie kodeksów etycznych chroniących dziedzictwo lokalne</li> <li>• rozpowszechnienie eko-auditingu</li> <li>• rozwój nowych produktów turystycznych (agroturystyka, podróże o charakterze sportowym, zdrowotnym)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wzrost zanieczyszczenia w miejscowościach turystycznych (wywołany wzrostem przepływów turystycznych, zużycie nawierzchni, sezonowe obciążenie urzędzeń oczyszczających)</li> </ul>
<p><b>czynniki technologiczne</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zautomatyzowanie działań, przyspieszenie procedur, eliminacja kosztów i marginesu błędów</li> <li>• zachęty do odwiedzania miejsc, o których atrakcyjności decyduje technologia (Center Parks, Diseyland, ecc.)</li> <li>• możliwości tworzenia alternatywnych produktów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• są poszukiwane inne kompetencje niż posiadane obecnie</li> <li>• rozwój procesu integracji pionowej i poziomej na skalę międzynarodową</li> <li>• większa atrakcyjność technologiczna i strategiczna operatorów zagranicznych</li> </ul>
<p><b>czynniki ekonomiczne</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wraz z upadkiem Muru nastąpił koniec „hermetycznej konsumpcji</li> <li>• polepszenie standardów życia w krajach Europy Wschodniej</li> <li>• Globalizacja rynków</li> <li>• rozwój koncepcji konkurencyjności <i>destination</i> jako „miejscowości-firmy”</li> <li>• konsolidacja UE (euro)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wzrost <i>fuzzy set</i> (złożoność popytu)</li> <li>• <i>hard discount</i> turystyki (np. kraje Europy Wsch.)</li> <li>• globalizacja rynków</li> <li>• bezrobocie i spadek siły nabywczej</li> <li>• większa przejrzystość i silniejsza konkurencja między krajami UE (euro)</li> </ul>

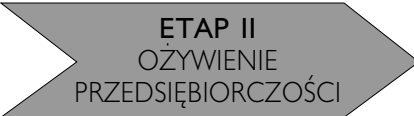
Dlatego aby dalszy rozwój uzdrowisk odbywał się w sposób bezkonfliktowy konieczne jest opracowanie **Zintegrowanego Planu Rozwoju dla Uzdrowiska** obejmującego następujące etapy i zadania i efekty. Jego rezultatem będzie z pewnością wzrost znaczenia działalności uzdrowiskowej w gospodarce miejscowości uzdrowiskowych.



**ETAP I**  
WDRAŻANIE PLANU

PROGRAMOWANIE POLITYKI

- zaprojektowanie przedsięwzięcia oraz jego planu operacyjnego
- wyszczególnienie działań/otoczenia w celu założenia przedsiębiorstwa
- powołanie komitetu techniczno-naukowego
- integracja podmiotów: pakt stowarzyszeniowy
- indywidualna ocena kompetencji
- wybór uczestników
- ukierunkowanie uczestników
- monitoring/ocena



**ETAP II**  
OŻYWIENIE  
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI

PROGRAMOWANIE STRATEGII

**Działanie pobudzające rozwój społeczno-ekonomiczny, nastawione na:**

- integrację obszarów z otoczeniem produkcyjnym
- wzmocnienie przedsiębiorczości
- zintegrowany rozwój
- organizacja praktyk zawodowych i programów wdrażania do zawodu
- monitoring/ewaluacja
- analiza systemu jakości



**ETAP III**  
POMOC TECHNICZNA  
I ZAŁOŻENIE FIRMY

ETAP OPERACYJNY

**Rozwój planów przedsiębiorstwa i zintegrowanych projektów poprzez:**

- analiza sektora wspierającego przedsiębiorstwa
- pomoc techniczna/szkolenia na temat zakładania firmy
- praktyki w firmach oraz odwiedzanie firm
- eksperymentalne projekty pilotażowe
- monitoring/ewaluacja
- wdrażanie planów finansowych



## ZINTEGROWANY ROZWÓJ I INNOWACJE

### **Weryfikacja i funkcjonowanie zintegrowanego planu poprzez:**

- powołanie grup roboczych w ramach sieci przedsiębiorców
- działania o charakterze TEAM LEARNING i sieci przedsiębiorców
- FOLLOW UP – seminaria
- upowszechnianie rezultatów
- monitoring/ewaluacja bieżąca i końcowa
- wsparcie finansowe dla firm

Same założenia nie wystarczą do rozwoju gospodarczego. Konieczne jest szybkie uchwalenie Ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i gminach uzdrowiskowych, która stworzy szersze możliwości rozwoju uzdrowisk w Polsce. Polskim uzdrowiskom brakuje dużo mniej do średniej europejskiej niż innym miejscowościom turystycznym w naszym kraju. Dlatego ich szanse na europejskim rynku są zdecydowanie lepsze. Aby tak się stało musimy dostosować podaż do zmieniającego się popytu i modę na zdrowie i urodę.

## **CZY PRODUKT TURYSTYCZNY POLSKICH UZDROWISK MA PRZEWAGĘ KONKURENCYJNĄ?**

Znaczący potencjał, jakim niewątpliwie dysponują 43 polskie uzdrowiska statutowe, jest niewystarczającym nośnikiem ich rozwoju w dobie dynamicznych zmian i stale rosnącej konkurencji. Polskie uzdrowiska chcąc odnieść sukces na rynku krajowym i międzynarodowym oraz osiągnąć przewagę konkurencyjną powinny przystosować swoje działania do potrzeb i uwarunkowań współczesnego rynku dostarczając możliwie zindywidualizowany i zintegrowany produkt, który odpowiadałby potrzebom trójsegmentowego (kuracjusz, kuracjusz-turysta, turysta), zmiennego i wymagającego rynku.

Pojęcie „produktu turystycznego obszaru” powstało w konsekwencji rozwoju marketingu miejsc, określanego w literaturze anglojęzycznej mianem „marketing places”, zwany w języku polskim marketingiem terytorialnym<sup>1</sup>, a w odniesieniu do turystyki marketingiem miejsc docelowych. Miejscem – w sensie marketingowym – jest więc zarówno gmina miejska, jak również gmina wiejska lub jej wyodrębniona część, wyodrębniony obszar przyrodniczy, wyodrębniony obszar funkcjonalny, a także zespół gmin miejskich i wiejskich w ramach województwa, całe województwo, zespół województw, region, kraina oraz cały kraj<sup>2</sup>.

W literaturze zachodniej i coraz częściej w literaturze polskiej spotkać się można z traktowaniem całej miejscowości turystycznej jako swoistego produktu turystycznego. „Od momentu kiedy turyści podróżują w określonym celu, miejsce docelowe ich pobytu stało się najważniejszym produktem jaki konsumenci kupują”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> W najszerszym ujęciu marketing terytorialny (miasta, gminy, regionu) to całokształt skoordynowanych działań podmiotów lokalnych, regionalnych lub ogólnokrajowych zmierzających do wykreowania procesów wymiany i oddziaływania poprzez rozpoznanie, kształtowanie i zaspokojenie potrzeb oraz pragnień mieszkańców. A. Szromnik, *Marketing terytorialny-geneza, rynki docelowe i podmioty oddziaływania* [w:] *Marketing terytorialny. Strategiczne wyzwania dla miast i regionów*, praca zbiorowa pod red. T. Domańskiego, CB i SF, Uniwersytet Łódzki, Łódź 1997, s. 36

<sup>2</sup> A. Szromnik, *Marketing terytorialny...*, op. cit., s. 36

<sup>3</sup> S. Medlik, V.T.C. Middleton, *The tourist product and its marketing implications* [w:] *International Tourism Quarterly* 1973, no. 3, s. 32, cyt. za *Tourism Marketing and Mana-*



Zgodnie z podejściem marketingowym w turystyce, określone uzdrowisko, a więc pewien obszar wykraczający poza granice gminy, miasta czy wsi stanowiący zarazem integralną część regionu turystycznego, będąc przedmiotem zainteresowania kuracjusza i turysty oraz motywem jego podróży, traktowane jest jako „produkt turystyczny obszaru, który z kolei stanowi przedmiot transakcji kupna-sprzedaży w turystyce”<sup>4</sup>. Przedmiotem tej transakcji nie są realne dobra turystyczne, a jedynie prawo do korzystania z nich i gotowość do świadczenia usług.

Pojęciu „produktu turystycznego obszaru” (community tourism product) odpowiada ogólne ujęcie produktu turystycznego zaproponowane przez V.T.C. Middletona, będące punktem widzenia turysty.

Podstawą utworzenia modelu ogólnego produktu turystycznego (total tourism product) V.T.C. Middletona są korzyści odnoszone przez konsumenta produktu turystycznego. Dlatego słuszne wydaje się rozwiązanie zaproponowane przez V.T.C. Middletona, który wyróżnił dwa poziomy produktu turystycznego<sup>5</sup>:

- całkowity (ogólny) produkt turystyczny obejmuje kombinację wszystkich elementów konsumowanych przez turystę od momentu podjęcia przez niego decyzji o podróży do czasu powrotu do miejsca zamieszkania (można go utożsamić z całkowitym doświadczeniem turysty),

- specyficzne produkty turystyczne (produkty poszczególnych producentów), które tworzą elementy składowe całkowitego produktu turystycznego to poszczególne dobra i usługi, głównie o charakterze komercyjnym, takie jak usługi noclegowe, żywieniowe, transportowe, atrakcje.

Powyższa koncepcja podkreśla „nadrzędność całkowitego produktu turystycznego nad produktami oferowanymi przez poszczególnych producentów, co odzwierciedla sekwencję zachowań nabywców dóbr i usług turystycznych. Bowiem turysta najpierw decyduje, co chce przeżyć w trakcie podróży, czyli decyduje o charakterze produktu całkowitego, a dopiero później kompletuje niezbędne dobra i usługi”<sup>6</sup>. Tak więc, z punktu widzenia marketingu terytorialnego na uzdrowisko jako produkt turystyczny per definitione należałoby spojrzeć z tych dwóch poziomów.

---

*gement Handbook*, praca zbiorowa pod red. S.F. Witt, L. Moutinho, Prentice Hall, London-New York-Toronto-Sydney-Tokyo-Singapore-Madrid-Mexico City-Munich 1995, s.338

<sup>4</sup> A.S. Kornak, A. Rapacz, *Zarządzanie turystyką i jej podmiotami w miejscowości i regionie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2001, s. 125

<sup>5</sup> V.T.C. Middleton, *Managing the Marketing Mix [w:] Tourism Marketing and Management Handbook*, praca zbiorowa pod red. S.F. Witt, L. Moutinho, op. cit., s. 334

<sup>6</sup> E. Dziedzic, *Obszar recepcji turystycznej jako przedmiot zarządzania strategicznego*, Monografie i opracowania SGH nr 442, Warszawa 1998, s. 23

Omawiany model zawiera pięć głównych składników ogólnego produktu turystycznego uzdrowisk<sup>7</sup>:

- walory turystyczne uzdrowiska,
- infrastruktura i usługi w uzdrowisku,
- dostępność komunikacyjna uzdrowiska,
- wizerunek i postrzeganie uzdrowiska,
- cena płacona przez konsumenta.

Wszystkie wyżej wymienione składniki stanowią dopiero bazę dla wykreowania produktu, a sam produkt to dla każdego kuracjusza i turysty całość jego wrażeń, przeżyć i doświadczeń występujących zarówno w miejscu zamieszkania, w trakcie podróży, jak i w miejscu docelowym, ponieważ dopiero patrząc z tej perspektywy mogą oni ocenić, czy zaspokojone zostały potrzeby będące impulsem do podjęcia tej podróży<sup>8</sup>. „Chociaż produkt turystyczny tworzony jest zarówno w miejscu zamieszkania turystów, w trakcie podróży, jak i w miejscu docelowym, to bez wątpienia siłą sprawczą rozwoju turystyki jest owo miejsce docelowe”<sup>9</sup>.

Produkt turystyczny uzdrowisk jest więc złożonym produktem turystycznym obszaru. Oznacza to, że na tego typu produkt należy patrzeć całościowo biorąc pod uwagę nie tylko aspekt przedmiotowy, lecz także różnorodność podmiotów odpowiedzialnych za jego kształtowanie i współtworzenie.

Na produkt turystyczny uzdrowisk będą się składały elementy, które z jednej strony dostarczane są przez miejsce docelowe, a z drugiej przez podmioty, które mają wpływ na kształtowanie, rozwój i zarządzanie uzdrowisk jako całością oraz poszczególnymi produktami materialnymi i niematerialnymi tam zlokalizowanymi.

Wszystkie wyżej wymienione elementy produktu turystycznego uzdrowisk uzależnione są od działań podejmowanych zarówno przez sektor publiczny, prywatny i non-profit, których „rezultaty stanowią składnik produktu turystycznego proponowanego przez daną miejscowość”<sup>10</sup>.

Do grona podmiotów odpowiedzialnych za kształt produktu turystycznego uzdrowisk należy również zaliczyć podmioty o charakterze pozainstytucjonalnym: społeczność lokalną, która tworzy atmosferę przychylności i gościnności oraz osobę turysty czy kuracjusza, którego opinie, przeżycia i zachowania stanowią element dopełniający produkt turystyczny uzdrowisk.

---

<sup>7</sup> V.T.C. Middleton, *Marketing w turystyce*, Polska Agencja Promocji Turystyki, Warszawa 1996, s. 89

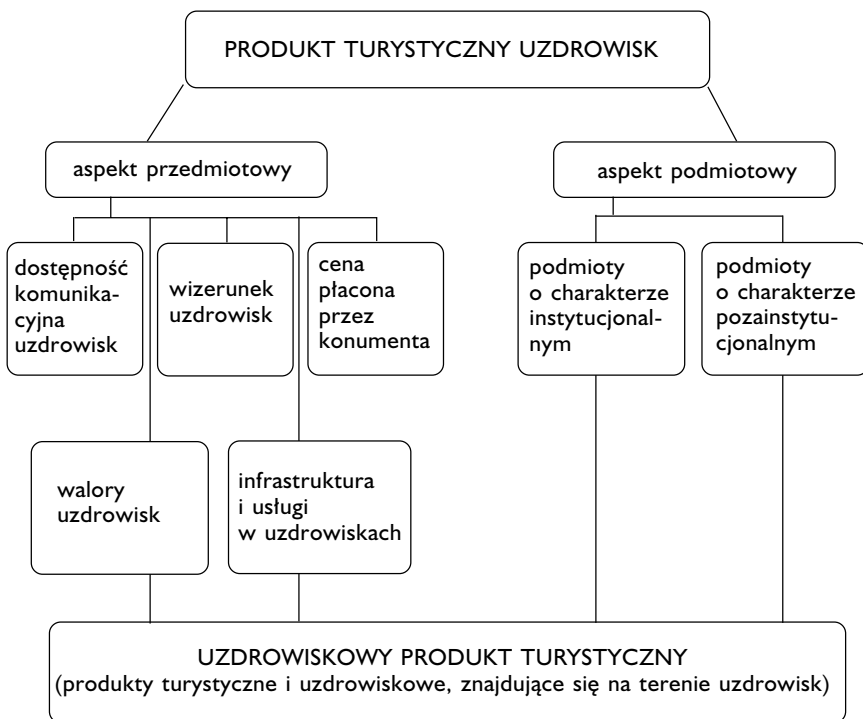
<sup>8</sup> Por. E. Dziedzic, *op. cit.*, s. 22

<sup>9</sup> *Regionalne aspekty rozwoju turystyki*, praca zbiorowa pod red. G. Golemskiego, PWN, Warszawa-Poznań 1999, s. 9

<sup>10</sup> Por. A.S. Kornak, A. Rapacz, *op. cit.*, s. 96

Zadaniem tych podmiotów (z wyjątkiem turystów) jest przygotowanie produktu turystycznego uzdrowisk ukierunkowanego na kompleksowe zaspokojenie potrzeb zgłaszanych przez turystów i kuracjuszy. Aby mówić o produkcie turystycznym uzdrowisk jego elementy powinny być podporządkowane wspólnej koncepcji, tworząc spójny produkt zarówno na poziomie poszczególnych uzdrowisk, jak i całego kraju.

Rys. 1. Schemat produktu turystycznego uzdrowisk



Źródło: Opracowanie własne

Występujące w uzdrowiskach określone walory turystyczne i infrastruktura turystyczna dla nich charakterystyczna, zarazem odróżniająca je od innych miejscowości turystycznych, warunkują rodzaje produktów znajdujących się w uzdrowiskach. Dlatego też w ramach produktu turystycznego uzdrowisk, daje się wyróżnić uzdrowiskowy produkt turystyczny, który powstał ze „złożenia” pro-

duktów turystycznych i produktów uzdrowiskowych<sup>11</sup> tworzących turystykę uzdrowiskową (por. rys. 1).

Na terenie uzdrowisk, łączących komplementarne względem siebie funkcje leczniczą i turystyczną, daje się wyróżnić na podstawie definicji występujących w literaturze przedmiotu turystykę leczniczą i turystykę zdrowotną, których połączenie znajduje swoje odzwierciedlenie w turystyce uzdrowiskowej (por. rys. 2).

W wyniku badań ankietowych przeprowadzonych w miastach i gminach posiadających status uzdrowiska przez autorkę we współpracy z Instytutem Turystyki w Krakowie sp z o.o. i Stowarzyszeniem Gmin Uzdrowiskowych w 2003 r. na próbie 1988 osób wyszczególniono trzy główne cele (leczniczy, profilaktyczny, wypoczynkowy), będące powodem przyjazdu kuracjuszy i turystów do uzdrowisk, z których pierwszy odnosi się do turystyki leczniczej, a dwa pozostałe do turystyki zdrowotnej.

Funkcje profilaktyczna i wypoczynkowa powinny stać się, obok leczenia uzdrowiskowego, drugim filarem turystyki uzdrowiskowej. Przyszłość polskich uzdrowisk leży w odchodzeniu od wyłącznie leczniczego profilu tradycyjnych zabiegów przeznaczonych dla ludzi starszych i schorowanych. Perspektywę stanowi dla nich przejście na różnorodne, niekonwencjonalne i innowacyjne rozwiązania, łączące nowoczesne sposoby leczenia i profilaktyki zdrowotnej z wypoczynkiem turystycznym, zwłaszcza aktywnym i specjalistycznym (**turystyka kwalifikowana**), do czego większość uzdrowisk posiada sprzyjające walory turystyczne.

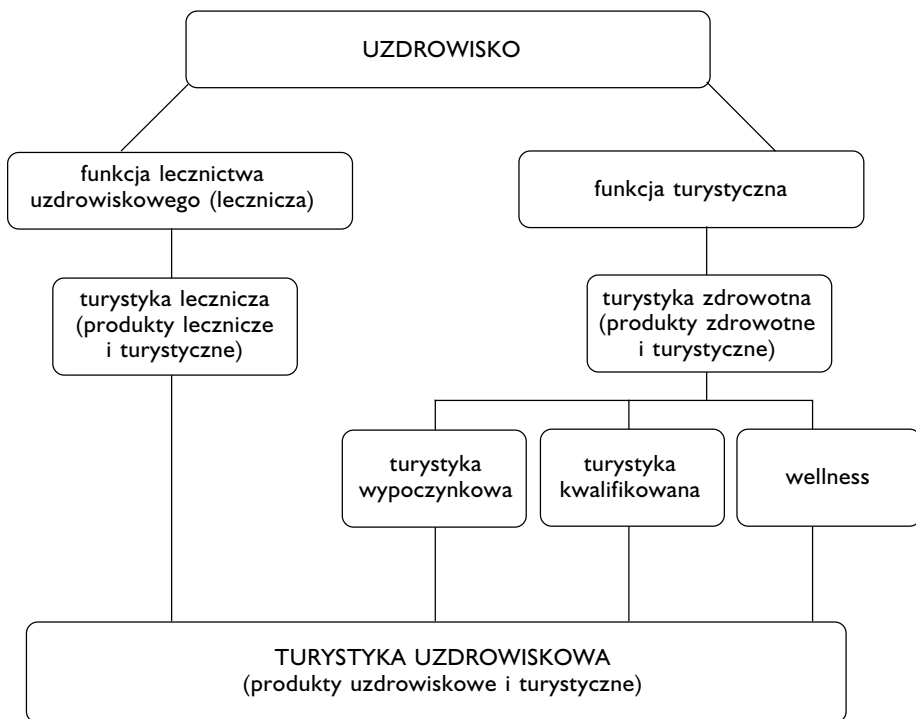
W dzisiejszych czasach widoczne są zmiany potrzeb konsumentów i nowe, profilaktyczne podejście do zagadnień związanych ze zdrowiem wynikające z chęci posiadania atrakcyjnego wyglądu i wydłużania życia. Coraz więcej Polaków, na różne sposoby, dąży do osiągnięcia harmonii między ciałem i duszą wykazując dbałość o swój wygląd, estetykę ciała i dobre samopoczucie psychofizyczne (wellness). O „wellness” mówi się jak o wypoczynku przyszłości, połączonym z zabiegami relaksującymi i upiększającymi. Większość proponowanych produktów w uzdrowiskach krajów Europy Zachodniej i Ameryki opartych jest na programach „wellness” będących filozofią czy stylem życia, które pozwalają osiągnąć równowagę psychofizyczną.

Na wzór tendencji występujących w krajach zachodnich, polskie uzdrowiska powinny poszerzać kierunek profilaktyczny odnoszący się do programów „wel-

---

<sup>11</sup> Produkt uzdrowiskowy to wszystkie dobra i usługi, które można nabyć odpłatnie lub bezpłatnie w miejscowości uzdrowiskowej, a które umożliwiają i uprzyjemniają leczenie i pobyt kuracuszom. Będą to przykładowo obiekty mieszkalne, zakłady przyrodolecznictwa, parki, placówki kulturalne itp., Z. Krasiński, *Rynek usług uzdrowiskowych w Polsce*, Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu, Poznań 2001, s. 29

Rys. 2. Schemat funkcji uzdrowisk



Źródło: opracowanie własne

ness” (odnowy biologicznej, zabiegów nastawionych „na urodę” itp.). Tradycyjne metody lecznicze związane z naturalnymi zasobami leczniczymi takie jak: balneoterapia, klimatoterapia, talassoterapia oraz czynnikami fizycznymi (fizykoterapia) powinny być poszerzone o nowe produkty głównie związane z poprawą urody, pielęgnacją swojego ciała i ducha (wellness), do których zalicza się zabiegi kosmetyczne, lifting, chirurgię plastyczną, implementację zębów i włosów, fitness, muzykoterapię, choreoterapię i inne.

Pozostałe cele przyjazdu do uzdrowisk wymienione przez ankietowanych kuracjuszy i turystów (poznawczy (zwiedzanie miast), kulturalny, biznesowy (służbowy), sportowy, odwiedziny krewnych i znajomych, religijny, zakupy, edukacyjny) pozwalają wyodrębnić pięć rodzajów turystyki (produkty turystyczne) wraz z mieszczącymi się w nich różnymi formami turystyki, które w Strategii Rozwo-

ju Krajowego Produktu Turystycznego Polski zostały wyodrębnione jako polskie marki turystyczne<sup>12</sup>:

- turystyka biznesowa,
- turystyka miejska i kulturowa,
- turystyka na terenach wiejskich,
- turystyka rekreacyjna, aktywna i specjalistyczna (w ramach turystyki uzdrowiskowej)
- turystyka przygraniczna i tranzytowa.

Aktualnie obowiązująca Strategia rozwoju turystyki w latach 2001–2006 nie nawiązuje do wyżej wspomnianej Strategii Rozwoju Krajowego Produktu Turystycznego Polski.

Uzdrowiska w zależności od swoich walorów turystycznych i infrastruktury turystycznej i paraturystycznej powinny specjalizować się w wymienionych wyżej rodzajach produktów i budować programy skierowane na takie segmenty rynku jak: kuracjusz, kuracjusz-turysta, turysta oraz być dostępne przez cały rok. W tym celu uzdrowiska powinny łączyć produkty turystyczne i uzdrowiskowe mieszczące się w pojęciu uzdrowiskowego produktu turystycznego (np. turystykę leczniczą z turystyką zdrowotną), a następnie uzdrowiskowy produkt turystyczny z produktami turystycznymi danej miejscowości (np. uczestnikom turystyki uzdrowiskowej można zaproponować skorzystanie z turystyki miejskiej i kulturowej) tworząc zintegrowany produkt turystyczny polskich uzdrowisk na poziomie lokalnym (poszczególnych uzdrowisk), jak i w skali kraju.

Działaniom zmierzającym do powstania innowacyjnego i konkurencyjnego produktu turystycznego uzdrowisk na rynku krajowym, międzynarodowym i globalnym musi towarzyszyć wiedza.

XXI wiek oznacza nową erę w gospodarce określaną mianem wiedzy. We współczesnej rzeczywistości podstawą długotrwałej przewagi konkurencyjnej jest umiejętność wykorzystywania i wzbogacania wiedzy o klientach, konkurencji, rynku przez podmioty odpowiedzialne za tworzenie produktu turystycznego uzdrowisk.

Decydujące znaczenie w rozwoju innowacyjnego produktu turystycznego uzdrowisk ma wiedza, która staje się zasobem strategicznym, obok tradycyjnych: ziemi, pracy i kapitału<sup>13</sup>. To właśnie owa wiedza ułatwia podmiotom kształtującym produkt turystyczny uzdrowisk podejmowanie trafnych decyzji.

---

<sup>12</sup> *Strategia Rozwoju Krajowego Produktu Turystycznego Polski. Raport końcowy*, Urząd Kultury Fizycznej i Turystyki, Warszawa 1997, s. 30

<sup>13</sup> J. Naisbitt, *Megatrendy*, Wydawnictwo Zyski i Spółka, Poznań 1997, cyt. za R. Żelazny, *Bariera rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Polsce...*, op. cit., s. 87

Budowanie produktu turystycznego uzdrowisk powinno być oparte na wiedzy<sup>14</sup>, której efektem wykorzystania jest rozwój innowacji produktowych<sup>15</sup> prowadzących do rozwiązań poprawiających jakość, standard lub sposób zaspokajania potrzeb i oczekiwań kuracjuszy i turystów, co stanowi źródło jego przewagi konkurencyjnej na rynku.

Wszelkie działania dotyczące kształtowania produktu turystycznego uzdrowisk powinny nawiązywać do rozwoju innowacji produktowych (por. rys. 3, następna strona) związanych bądź to z modyfikacją dotychczasowego produktu, bądź z wprowadzeniem na rynek zupełnie nowej oferty, co wymaga:

- charakterystyki uzdrowisk i poddania diagnozie produktu turystycznego uzdrowisk,
- rozpoznania aktualnych i przyszłych potrzeb rynku, co pozwoli na identyfikację cech produktu turystycznego uzdrowisk na poziomie kraju i poszczególnych uzdrowisk,
- inwestycyjnych warunków wdrożenia produktu turystycznego uzdrowisk,
- produktu turystycznego opartego na wiedzy,
- komercjalizacji produktu turystycznego uzdrowisk,
- kontroli i oceny komercjalizacji produktu.

Produkt turystyczny uzdrowisk nie musi być „budowany od podstaw” lecz wymaga pewnych modyfikacji poszczególnych produktów składających się na całościowy produkt uzdrowisk i wzbogacenia o nowe produkty istniejące bądź nieistniejące na innych rynkach.

Turysta i kuracjusz bowiem odwiedzający wybrane przez siebie uzdrowisko lub korzystający z oferty konkretnego przedsiębiorstwa ma w sobie subiektywne przekonanie, iż znajdzie w niej coś nowego lub że oferta, z której skorzysta, przyniesie mu nowe przeżycia i wrażenia.

Ze względu na to, że potrzeby turystów i kuracjuszy ulegają ciągłym zmianom, podobnie jak zdolność konkurentów do ich zaspokajania, kształtowanie produktu turystycznego uzdrowisk jest procesem ciągłym.

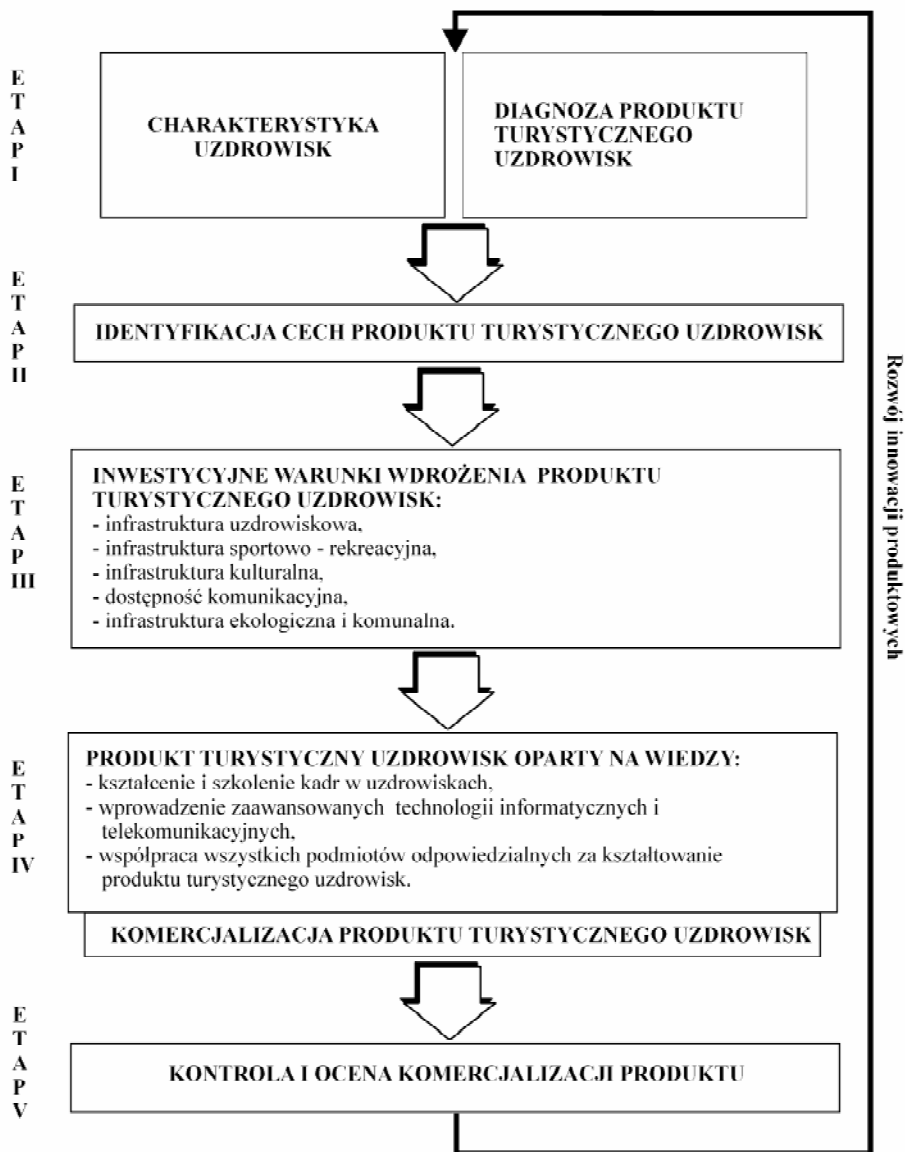
Wiedza ma wymiar opierający się na kapitale ludzkim i informacji wykorzystywanej coraz częściej przez zastosowanie zaawansowanych technologii informatycznych i telekomunikacyjnych.

---

<sup>14</sup> Na szczycie w Lizbonie w 2000 r. Rada Europy przyjęła 10-letnią Strategię Lizbońską, której celem jest przekształcenie się przez UE do 2010 r. w najbardziej dynamiczną i konkurencyjną gospodarkę opartą na wiedzy.

<sup>15</sup> Szerzej na ten temat G. Hamel, C. Prahalad, *Przewaga konkurencyjna jutra*, Business Press, Warszawa 1999, s. 13

Rys. 3. Etapy kształtowania produktu turystycznego uzdrowisk



Źródło: opracowanie własne



Główni kreatorzy produktu turystycznego uzdrowisk: poszczególne podmioty podaży usług turystycznych i uzdrowiskowych, jak również samorządy terytorialne i społeczność lokalna muszą aktywnie uczestniczyć w tworzeniu jakości produktu, która wyraża jego zdolność do zaspokajania potrzeb nabywców.

Stąd też konkurowanie jakością wymaga od gospodarczych podmiotów turystycznych i uzdrowiskowych oraz samorządu lokalnego kompleksowego stosowania zasad marketingu na wszystkich etapach projektowania i świadczenia usług.

Uzyskany poziom jakości produktu turystycznego uzdrowisk nie stanowi jedynie wyniku realizowania **marketingu zewnętrznego**, ale także **marketingu wewnętrznego i interakcyjnego**<sup>16</sup>.

O ile **marketing zewnętrzny** obejmuje działania polegające na przygotowaniu produktu, określeniu jego ceny, sposobów dystrybucji i promocji, o tyle „marketing wewnętrzny oznacza budowanie zespołu zadowolonych, lojalnych i wydajnych pracowników w celu osiągnięcia wysokiego poziomu jakości personelu”<sup>17</sup>. Poza licznymi elementami podstawowymi związanymi z motywowaniem pracowników do pracy, istotnymi elementami są także właściwa organizacja pracy oraz bezustanne badanie oczekiwań i propozycji pracowników, a w przypadku samorządu lokalnego także potrzeb i propozycji społeczności lokalnej. Przejawi się to m.in. w odpowiedniej postawie pracowników wobec ludności miejscowej wobec kuracjuszy i turystów (życzliwość, gościnność, wiarygodność, rzetelność) i w zaangażowaniu mieszkańców i pracowników w działania zmierzające do poprawy estetyki i czystości uzdrowiska. Działania kierowane do wewnątrz przedsiębiorstwa czy miejscowości uzdrowiskowej mają na celu zgranie pracowników i mieszkańców uzdrowiska, uświadomienie im wspólnej misji, strategii i celów przedsiębiorstwa czy miejscowości uzdrowiskowej oraz uzyskanie ich poparcia w dążeniu do ich wypełnienia. Złe stosunki panujące w przedsiębiorstwie pomiędzy pracownikami bądź między społecznością lokalną a samorządem lokalnym powodują niską jakość obsługi klienta zewnętrznego (kuracjusza i turysty).

Na styku marketingu zewnętrznego i wewnętrznego często umieszczany jest system określany mianem **marketingu interakcyjnego**, nakierowanego na osiągnięcie wyższej specjalności personelu w procesie obsługi klienta.

Na pierwszy plan wysuwają się tutaj wzajemne kontakty pracowników świadczących usługi, społeczności lokalnej i konsumentów (kuracjuszy i turystów), którzy są coraz bardziej wymagający i domagają się wysokiego standardu obsługi. Po-

---

<sup>16</sup> *Strategia kształtowania produktu turystycznego regionu sudeckiego*, praca zbiorowa pod red. A. Rapacza, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1997, s. 196

<sup>17</sup> Tamże, s. 196

nadto niska jakość jednej z usług wpływa na jakość całego produktu turystycznego uzdrowisk.

Reakcją wielu organizacji usługowych na wzrastające wśród konsumentów pragnienie współuczestnictwa w wytwarzaniu usługi, wywołane potrzebą indywidualizacji produktu powinno być świadome włączenie klienta w proces kształtowania usługi. Klient chce mieć wpływ na kształt ostatecznie nabywanej usługi, bo daje mu możliwość realizacji własnych pomysłów, jest powodem do satysfakcji i przynosi poczucie wyjątkowości.

Wiodące znaczenie dla osiągnięcia przewagi konkurencyjnej produktu turystycznego uzdrowisk mają kwalifikacje i sposób zachowania się osób bezpośrednio kontaktujących się z klientami oraz ich indywidualne predyspozycje zawodowe. Inwestycje w kwalifikacje człowieka są najtańszym sposobem podnoszenia poziomu jakości produktu turystycznego uzdrowisk. Istotnym problemem w uzdrowiskach są kadry, a konkretnie ich stopień przygotowania do pracy z kuracjuszami i turystami. Przy czym problem kadr nie ogranicza się do osób zatrudnionych bezpośrednio w branży turystycznej (informacji, obiektach noclegowych, gastronomicznych) i uzdrowiskowej, ale obejmuje także sferę paraturystyczną.

W celu podniesienia kwalifikacji pracowników podmiotów gospodarczych i samorządowych w uzdrowiskach, szczególne znaczenie powinno się przypisać szkoleniom w dziedzinie obsługi klienta. Szkolenia powinny uwzględniać ogólne zasady obsługi klienta, wiadomości z dziedziny komunikowania się, umiejętności nawiązywania kontaktu z członkami zespołu, techniki i strategię postępowania z trudnymi klientami, umiejętność skutecznego prowadzenia rozmów przez telefon itp.

Poza merytoryczną wiedzę, podstawowym tematem szkoleń powinny być sposoby zachowania pracownika podczas interakcji oraz rozwój jego psychologiczno-społecznych kompetencji, czyli „zdolności takich jak: samodzielność, pewność siebie, zdolność do pracy w zespole, empatia, dojrzałość, zdolność adaptacji, zdolność radzenia sobie z konfliktami zarówno wewnętrznymi, jak i występującymi w czasie interakcji”<sup>18</sup>. Dysponowanie powyższymi cechami pozwala na pełne wykorzystanie fachowej wiedzy posiadanej przez pracownika w kontakcie z klientem i przełożenie jej na zadowolenie klienta.

Dbłość o wysoką jakość usług wymaga uświadomienia, że stałe podnoszenie jakości usług wpływa dodatnio na stosunki panujące między pracownikami, na kontakty z klientem rozwijając w pracownikach szacunek i życzliwość wobec klientów oraz na rozwój samego pracownika (poczucie własnej wartości i dumy z wykonywanych zadań).

---

<sup>18</sup> M. Kachniewska, *Zarządzanie jakością usług turystycznych*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2002, s. 174

Złożoność produktu turystycznego uzdrowisk zwraca uwagę na potrzebę realizacji już obecnie, a tym bardziej w przyszłości, strategii kooperacji, bowiem samotna walka o przetrwanie i sukces poszczególnych podmiotów tworzących produkt turystyczny uzdrowisk nie jest skuteczną strategią jego rozwoju. Dopiero wzajemne relacje i powiązania międzyludzkie, oparte na wspólnie stosowanych normach, wyznawanych wartościach i zaufaniu tworzą kapitał społeczny, który ułatwia współpracę między podmiotami (przestrzennie oddalonymi) obniżając poziom ryzyka wspólnej działalności. Kapitał społeczny jest gwarantem nawiązywania relacji pomiędzy nie spokrewnionymi instytucjami. Można zatem stwierdzić, iż osią marketingu terytorialnego powinien być **marketing relacji**<sup>19</sup>, który jest pojęciem szerszym od marketingu interakcji.

Marketing relacyjny powinien opierać się na określonej sieci powiązań i właściwych relacjach oraz wszechstronnym dialogu między władzami lokalnymi, regionalnymi i centralnymi, mogącymi wspierać proces rozwoju lokalnej gospodarki turystycznej (w tym infrastruktury turystycznej wzbogacającej ofertę miejscowości uzdrowiskowych), a przedsiębiorstwami turystycznymi i uzdrowiskowymi oraz organizacjami samorządu gospodarczego w turystyce, mieszkańcami tego obszaru i podmiotami zewnętrznymi (np. sąsiednimi gminami mającymi atrakcyjną ofertę dóbr turystycznych czy jednostkami badawczo-rozwojowymi).

Współpraca między podmiotami partycypującymi w tworzeniu produktu turystycznego uzdrowisk powinna polegać na ich wzajemnym wspieraniu się poprzez właściwe i umiejętne kształtowanie i wykorzystanie instrumentów wsparcia instytucjonalnego i pozainstytucjonalnego będących w ich dyspozycji, które służą zarazem budowie przewagi konkurencyjnej produktu.

Zgodnie z istniejącymi tendencjami w krajach europejskich na organach władzy państwowej na szczeblu centralnym i terytorialnym powinno spoczywać przede wszystkim zadanie tworzenia warunków, pobudzania i rozwoju innowacyjności i konkurencyjności przedsiębiorstw turystycznych i uzdrowiskowych. Istotną rolę w tym zakresie odgrywają instrumenty wsparcia instytucjonalnego takie jak: klaster, parki technologiczne, inkubatory przedsiębiorczości, centra doradcze itp.

Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe i turystyczne, które w zdecydowanej przewadze występują w polskich uzdrowiskach jako mikro, małe i średnie przedsiębiorstwa skoncentrowane terytorialnie wraz z jednostkami badawczo-rozwojowymi (instytuty badawcze, uczelnie) i innymi instytucjami wobec nich komplementarnymi znajdującymi się w bliskości przestrzennej powinny tworzyć klaster. Klaster charakteryzuje się intensywnymi przepływami informacji i wiedzy oraz wysokim poziomem konkurencji i jednocześnie kooperacji. Obserwując proce-

---

<sup>19</sup> A.S. Kornak, A. Rapacz, op. cit., s. 187

sy kooperacji krajów Europy Zachodniej, należy przypuszczać, że pożądaną formą powiązań między przedsiębiorstwami powinna być kooperacja w układzie horyzontalnym (wśród przedsiębiorstw jednego sektora)<sup>20</sup> o charakterze konkurencyjnym, mimo, że „współdziałanie polskich MSP odbywa się głównie w ramach układu pionowego w postaci łańcuchów kooperacyjnych łączących producentów, podwykonawców, zaopatrzeniowców, sprzedawców”<sup>21</sup>.

„Tymczasem rzeczywistość gospodarcza pokazuje, że konkurencja nie wyklucza kooperacji między przedsiębiorstwami należącymi do tego samego sektora. Współpraca umożliwia bowiem wzrost siły konkurencyjnej uczestniczących w niej przedsiębiorstw, gdyż oznacza łączenie na zasadach synergii i komplementarności wybranych zasobów i kompetencji”<sup>22</sup>. Co więcej, lokalna koncentracja związków kooperacyjnych przyczynia się do wzrostu specjalizacji i konkurencyjności danego obszaru.

Wśród inicjatyw samorządu terytorialnego i przedsiębiorstw prowadzących do osiągnięcia zdolności do tworzenia i adaptacji innowacji, poza ich wzajemną kooperacją, ważne miejsce zajmuje współdziałanie tych podmiotów z jednostkami badawczo-rozwojowymi. Tego typu kontakty umożliwiają również parki technologiczne, których głównym celem jest transfer wiedzy i innowacji do przedsiębiorstw.

Katalizatorem procesów zakładania i rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych i turystycznych powinny być również tworzone na terenie uzdrowisk inkubatory przedsiębiorczości i centra doradztwa organizowane przez samorząd terytorialny. Organy władzy publicznej na szczeblu centralnym i terytorialnym poza tworzeniem prawnych i gospodarczych warunków funkcjonowania produktu turystycznego uzdrowisk, powinny również podejmować działania zmierzające do promocji na rynku krajowym i światowym polskich uzdrowisk jako krajowego

---

<sup>20</sup> *Strategia kształtowania produktu turystycznego regionu sudeckiego*, praca zbiorowa pod red. A. Rapacza, op. cit., s. 231

<sup>21</sup> *Raport o stanie sektora małych i średnich przedsiębiorstw w Polsce w latach 2000–2001*, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa 2002, s. 199, cyt. za *Monitoring konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw w procesie integracji ekonomicznej z Unią Europejską*, praca zbiorowa pod red. M. Bednarczyk, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2003, s. 101

<sup>22</sup> Z. Pierścioneek, *Strategia konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 428–429 cyt. za *Monitoring konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw w procesie integracji ekonomicznej z Unią Europejską*, praca zbiorowa pod red. M. Bednarczyk, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2003, s. 101

zintegrowanego produktu turystycznego oraz lokalnego produktu turystycznego określonego uzdrowiska.

Podstawę dla tego typu działań daje możliwość skorzystania z narzędzi rozwijających się w oparciu o zaawansowane technologie informatyczne i telekomunikacyjne.

Jedną z wielu możliwości wykorzystania „rewolucji elektronicznej” jest stworzenie wspólnego portalu internetowego przez wszystkie uzdrowiska statutowe w Polsce w ramach promocji i komunikacji z rynkiem krajowym, europejskim i światowym, który został już nazwany przez Międzyresortowy Zespół do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk<sup>23</sup> portalem-Kurorty Polskie i wprowadzić go do Internetowego Systemu Informacji Turystycznej i Promocji Polski (ISIT), Europejskiego Portalu Turystycznego promującego Europę jako zespół atrakcyjnych, zarówno dla turystów z państw europejskich, jak i pozaeuropejskich obszarów turystycznych oraz globalnych systemów rezerwacji (GDS). Ponadto każde uzdrowisko statutowe w Polsce powinno budować lokalne systemy informacji oparte na internecie.

Samo wykorzystanie portalu nie powinno ograniczać się do dostarczania informacji na temat produktu turystycznego polskich uzdrowisk w wymiarze ogólnokrajowym, lecz powinien zawierać informacje o lokalnym produkcie turystycznym poszczególnych uzdrowisk. Warto postawić na dostarczenie kompleksowych informacji o uzdrowiskach, licząc na to, że kiedy klient zdecyduje się już na podróż, dopiero wtedy rozpocznie poszukiwania konkretnej oferty.

Jak każde rozwiązanie, tak i portale posiadają swoje wady i zalety. Do zalet korzystania z tego typu rozwiązań z pewnością można zaliczyć relatywnie tanią promocję i budowanie marki uzdrowisk.

Użycie technologii interaktywnych do promocji pozwala dotrzeć do zupełnie nowych klientów – bez względu na odległość i porę dnia informacje o produkcie są zawsze dostępne w internecie. Kilka wersji językowych zawierających podstawowe informacje z pewnością pomoże w przyciągnięciu zagranicznych klientów, którzy w zaciszu własnego domu zapoznają się szczegółowo z ofertą, złożą rezerwację i dokonają zapłaty on-line.

Do problemów związanych z tworzeniem i użytkowaniem tego typu rozwiązań można za to zaliczyć przede wszystkim kapitał potrzebny do stworzenia portalu. Do trudności można zaliczyć także mobilizację wielu podmiotów, tj. gospodarstw domowych, urzędów i przedsiębiorstw. Należy pamiętać, że sam portal powi-

---

<sup>23</sup> Międzyresortowy Zespół do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk, *Zintegrowany program rozwoju uzdrowisk ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych*, Warszawa 2003, s. 24

nien być wynikiem współpracy, która to musi mieć solidne fundamenty m.in. w postaci umów, a także stosownych procedur oraz wzajemnego zaufania.

Co więcej, systemy informatyczne i telekomunikacyjne (np. Systemy Informowania Kierownictwa, Systemy Wspomagania Decyzji, Systemy Zarządzania Relacjami z Klientami – CRM, Elektroniczna Wymiana Danych – EDI itp.) mają za zadanie pozyskiwać wiedzę i informacje z różnych źródeł, kodyfikować i tworzyć nową wiedzę oraz umożliwić „dzielenie się” wiedzą i informacją. Podstawowymi źródłami wiedzy i informacji zewnętrznej są jednostki badawczo-rozwojowe, kuracjusze i turyści oraz przedsiębiorstwa będące konkurentami, lub nie będące w bezpośredniej konkurencji, ale posiadające poszukiwane informacje. Niemniej ważny jest proces tworzenia i transferu informacji wewnątrz przedsiębiorstw turystycznych i uzdrowiskowych oraz samorządów lokalnych oraz pomiędzy nimi i jednostkami badawczo-rozwojowymi. „Na skutek niezwykle tempa rozwoju zaawansowanej technologii informatycznej i telekomunikacyjnej powstaje nowy wymiar otoczenia-otoczenie komunikacyjne, którego nazwa odzwierciedla istotę „dzielenia się” informacjami – czyli komunikację oraz płaszczyznę ich wymiany – przestrzeń informatyczna (infoprzestrzeń)”<sup>24</sup>.

Szczególnym warunkiem kształtowania innowacyjnego i konkurencyjnego produktu turystycznego uzdrowisk jest pozyskiwanie wiedzy i informacji z zewnątrz, co powinno odbywać się poprzez sieciową formę współpracy między jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą a podmiotami publicznymi, prywatnymi i non-profit odpowiedzialnymi za tworzenie produktu turystycznego uzdrowisk. Realizowane prace badawcze nie powinny służyć jedynie zaspokojeniu potrzeby ciekawości badaczy, lecz także identyfikacji, szukaniu i wdrażaniu rozwiązań pomocnych w budowie produktu turystycznego uzdrowisk. Wzajemne przenikanie się nauki i praktyki uaktywnia pętlę generowania i transferu wiedzy, ciągłego uczenia się i doskonalenia.

Istotne jest zatem stworzenie zintegrowanego systemu gromadzenia, przetwarzania, udostępniania i prezentacji danych stanowiących wyniki badań naukowych w obszarze turystyki i uzdrowisk, który pozwoli na dostosowanie produktu turystycznego uzdrowisk do potrzeb i oczekiwań kuracjuszy i turystów na zmieniającym się rynku konsumenckim, poznanie profilu klienta, ułatwi tworzenie strategii i planów związanych z rozwojem produktu turystycznego uzdrowisk, co z kolei umożliwi większą sprzedaż produktu, zmniejszenie się ewentualnych strat i w efekcie tworzenie przewagi rynkowej nad konkurencją.

---

<sup>24</sup> M. Bednarczyk, *Organizacje publiczne. Zarządzanie konkurencyjnością*, PWN, Warszawa-Kraków 2001, s. 69

Należy zatem dla wszystkich uzdrowisk statutowych w Polsce wprowadzić jeden, spójny system gromadzenia i przetwarzania danych z jednostek badawczo-rozwojowych oparty o te same zasady metodologiczne. Zastosowana metodologia powinna korespondować z praktykami stosowanymi w innych krajach Unii Europejskiej i pozwalać na wymianę danych z innymi jednostkami badawczymi za granicą.

Podsumowując można pokusić się o stwierdzenie, że o tempie rozwoju produktu turystycznego polskich uzdrowisk i uzyskaniu przez niego przewagi konkurencyjnej zadecyduje w dużej mierze organizacja szkoleń i kształcenie kadry turystycznej i uzdrowiskowej, współpraca podmiotów tworzących produkt turystyczny uzdrowisk oraz tempo wdrażania zaawansowanych technologii informatycznych i telekomunikacyjnych w uzdrowiskach poprzez rozwój takiej inicjatywy jak e-uzdrowiska. Przyczyni się ona do wzbogacania wiedzy poprzez dostęp do systemów gromadzenia i przetwarzania informacji i danych, wpłynie na lepszą komunikację między podmiotami kształtującymi produkt turystyczny uzdrowisk a odbiorcami w kraju i za granicą, jak również między samymi podmiotami partycypującymi w jego tworzeniu oraz pozwoli na nawiązywanie więzi z otoczeniem, integrację ze środowiskiem zewnętrznym (naukowo-badawczym) prowadzącą do sieciowej formy współpracy, doprowadzi do poprawy jakości usług turystycznych i uzdrowiskowych. W efekcie umożliwi to uzyskanie przewagi konkurencyjnej produktu turystycznego uzdrowisk na rynku krajowym i pozwoli na jego zaistnienie na rynku międzynarodowym i globalnym.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

1. Bednarczyk M., *Organizacje publiczne. Zarządzanie konkurencyjnością*, PWN, Warszawa-Kraków 2001.
2. Dziedzic E., *Obszar recepcji turystycznej jako przedmiot zarządzania strategicznego*, Monografie i opracowania SGH nr 442, Warszawa 1998.
3. Hacel G., Prahalad C., *Przewaga konkurencyjna jutra*, Business Press, Warszawa 1999.
4. Kachniewska M., *Zarządzanie jakością usług turystycznych*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2002.
5. Kornak A.S., Rapacz A., *Zarządzanie turystyką i jej podmiotami w miejscowości i regionie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2001.
6. Krasieński Z., *Rynek usług uzdrowiskowych w Polsce*, Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu, Poznań 2001.
7. *Marketing terytorialny. Strategiczne wyzwania dla miast i regionów*, praca zbiorowa pod red. T. Domańskiego, CB i SF, Uniwersytet Łódzki, Łódź 1997.

8. Middleton V.T.C., *Marketing w turystyce*, Polska Agencja Promocji Turystyki, Warszawa 1996.
9. Międzyresortowy Zespół do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk, *Zintegrowany program rozwoju uzdrowisk ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych*, Warszawa 2003
10. *Monitoring konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw w procesie integracji ekonomicznej z Unią Europejską*, praca zbiorowa pod red. M. Bednarczyk, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2003.
11. *Regionalne aspekty rozwoju turystyki*, praca zbiorowa pod red. G. Gołembkiego, PWN, Warszawa-Poznań 1999.
12. *Strategia kształtowania produktu turystycznego regionu sudeckiego*, praca zbiorowa pod red. A. Rapacza, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1997.
13. *Strategia Rozwoju Krajowego Produktu Turystycznego Polski. Raport końcowy*, Urząd Kultury Fizycznej i Turystyki, Warszawa 1997.
14. *Tourism Marketing and Management Handbook*, praca zbiorowa pod red. S.F. Witt, L. Mountinho, Prentice Hall, London-New York-Toronto-Sydney-Tokyo-Singapore-Madrid-Mexico City-Munich 1995.



## **Elżbieta Wyrwicz** – Dyrektor Departamentu Turystyki w Ministerstwie Gospodarki i Pracy

Szanowni Państwo,

W imieniu Pana Marka Szczepańskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Gospodarki i Pracy, który bezpośrednio nadzoruje dział administracji rządowej „Turystyka” oraz w swoim własnym pragnę serdecznie powitać i podziękować za zaproszenie na obrady XIV Kongresu Uzdrowisk Polskich. Niestety Pan Minister nie może osobiście wziąć udziału w dzisiejszym spotkaniu ze względu na inne, ważne obowiązki służbowe, za co serdecznie Państwa przeprasza.

**Międzyresortowy Zespół do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk** (dalej **Zespół**) został powołany przez Prezesa Rady Ministrów zarządzeniem z dnia 2 lipca 2003 roku. Głównym celem powołania Zespołu było opracowanie „**Zintegrowanego Programu Rozwoju Uzdrowisk ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych**”. Cel ten został osiągnięty.

**Efektom szerokich konsultacji i prac Zespołu było określenie w „Zintegrowanym Programie Rozwoju Uzdrowisk, ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych” dziewięciu najważniejszych działań rządu RP** podejmowanych we współpracy z instytucjami rządowymi i organizacjami pozarządowymi, działającymi w turystyce, niezbędnych dla wsparcia uzdrowisk i gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska. Działania te, zawarte w Sprawozdaniu z prac Międzyresortowego Zespołu ds. Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk zostały przyjęte przez Radę Ministrów w dniu 4 stycznia 2005 r., tym samym zobowiązując poszczególne resorty do realizacji nałożonych na nie zadań.

Treść „Zintegrowanego Programu Rozwoju Uzdrowisk” została przyjęta podczas 9. posiedzenia plenarnego i opublikowana na stronach internetowych Departamentu Turystyki Ministerstwa Gospodarki i Pracy.

**Do najważniejszych zadań Ministerstwa Gospodarki i Pracy wynikających z wyżej wymienionych działań należą:**

**Działanie 2: Przygotowanie i przyjęcie przez Radę Ministrów projektu regulacji normującej funkcjonowanie gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.**

**Celem działania** jest usunięcie barier i stworzenie formalnych podstaw do prawidłowego funkcjonowania i rozwoju gospodarczego uzdrowisk i gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.

Resortem odpowiedzialnym za realizację jest Ministerstwo Gospodarki i Pracy we współpracy z Ministerstwem Finansów.

W Ministerstwie Gospodarki i Pracy trwają obecnie prace nad projektem ustawy o uzdrowiskach i gminach uzdrowiskowych.

Projekt ten obejmuje zakresem regulacji:

- zasady nadawania obszarowi statusu uzdrowiska, statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej lub statusu stacji klimatycznej,
- odrębności w zakresie ustroju gmin posiadających status uzdrowiska i status obszaru ochrony uzdrowiskowej,
- dodatkowe zadania jakie nakładane są na gminy, które posiadają status uzdrowiska, status obszaru ochrony uzdrowiskowej lub status stacji klimatycznej oraz określa źródła finansowania tych zadań.

**Projekt zawiera dwie możliwości uzyskania statusu uzdrowiska, a tym samym statusu gminy uzdrowiskowej (art.4).**

**Pierwsza** dotyczy tych miejscowości uzdrowiskowych, które już spełniają warunki do otrzymania statusu uzdrowiska i gminy uzdrowiskowej tzn. posiadają złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych, posiadają na swoim terenie zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urzędnictwa uzdrowiskowego,

spełniają określone w przepisach prawa o ochronie środowiska wymagania w stosunku do środowiska, posiadają właściwą infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej i w zakresie transportu zbiornego, a także właściwą gospodarkę odpadami.

**Druga** możliwość dotyczy dojścia do statusu uzdrowiska poprzez status obszaru ochrony uzdrowiskowej. Status obszaru ochrony uzdrowiskowej nadaje się tym miejscowościom, które spełniają część warunków przewidzianych dla uzdrowisk, ale na ich terenie nie funkcjonują jeszcze zakłady lecznictwa uzdrowiskowego. Status obszaru ochrony uzdrowiskowej nie daje tytułu do pobierania opłat uzdrowiskowych, lecz daje prawo pobierania opłaty miejscowej, która jest o 50% wyższa od opłaty miejscowej pobieranej w miejscowościach nie będących obszarami ochrony uzdrowiskowej ani stacjami klimatycznymi. Uzyskanie statusu ochrony uzdrowiskowej pozwala na uruchomienie w danej miejscowości zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i dojścia do statusu uzdrowiska ze wszystkimi wynikającymi stąd konsekwencjami.

Tworzenie obszarów ochrony uzdrowiskowej przewidziano więc dla miejscowości mających potencjalne warunki do funkcjonowania uzdrowisk, ale które nie wypełniły jeszcze ostatniego warunku dla funkcjonowania uzdrowiska tzn. nie uruchomiły na swoim terenie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

**Projektowane przepisy wprowadzają pojęcie „stacji klimatycznej”.** Miejscowości, które posiadają klimat o potwierdzonych właściwościach leczniczych mają możliwość dodania do nazwy miejscowości określenia „stacja klimatyczna”. Posiadanie statusu stacji klimatycznej wiąże się wyłącznie z prawem pobierania opłaty miejscowej, podwyższonej o 50% w stosunku do innych miejscowości turystycznych (nie uzdrowiskowych). Wykaz tych miejscowości ustala wojewoda.

Zgodnie z projektowanymi przepisami ustawy strefy ochronne „A”, „B”, i „C” to obszary, co do których przewidziano określone rygory gospodarowania w celu ochrony właściwości leczniczych oraz ładu i porządku na terenie uzdrowska lub obszaru ochrony uzdrowskiej. **Poszczególne strefy ochronne, „A”, „B”, i „C” zostały zróżnicowane ze względu na wprowadzone w nich rodzaje zakazów, które są precyzyjnie określone w statucie uzdrowska lub obszaru ochrony uzdrowskiej.**

W projekcie ustawy bezpośrednio określono dodatkowe zadania gmin uzdrowskich oraz gmin posiadających status obszaru ochrony uzdrowskiej, jak również status stacji klimatycznej.

**Przepisy projektu ustawy określają odrębności ustrojowe gmin uzdrowskich i gmin posiadających status obszaru ochrony uzdrowskiej.** Podstawę prawną dla określenia tych odrębności stanowi art. 38 ustawy o samorządzie gminnym. Projekt niniejszej ustawy stanowi *lex specialis* w stosunku do ogólnych przepisów regulujących funkcjonowanie gmin.

Zgodnie z art. 16 projektu w gminie uzdrowskiej oraz w gminie posiadającej status obszaru ochrony uzdrowskiej rada gminy powołuje stałą komisję uzdrowską określając przedmiot jej działania i skład osobowy.

W skład komisji uzdrowskiej wchodzi nie mniej niż 5 członków wyróżniających się znajomością tematyki uzdrowskiej i doświadczeniem w sprawach będących przedmiotem działalności komisji uzdrowskiej. Komisja uzdrowska jest organem opiniodawczo-doradczym rady gminy w sprawach dotyczących uzdrowska oraz obszaru ochrony uzdrowskiej. Do zadań komisji uzdrowskiej należy w szczególności: opiniowanie projektu operatu uzdrowskiego; opiniowanie projektu statutu uzdrowska; opiniowanie projektu miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego obejmujących tereny wchodzące w skład stref ochronnych; opiniowanie gminnych programów ochrony środowiska; opiniowanie projektów programów zamierzeń inwestycyjnych gminy dotyczących obszaru uzdrowska oraz inne zadania powierzone przez Radę Gminy.

Zgodnie z projektem ustawy **gmina uzdrowska wykonuje zadania specyficzne, nie występujące w innych gminach, bo też obszar uzdrowska jest obszarem szczególnej ochrony.** W projekcie ustawy określono możliwe źródła finansowania tych zadań. Zgodnie

z przepisami projektu ustawy gmina uzdrowska dla realizacji dodatkowych zadań ma prawo do pobierania **opłaty uzdrowskiej** na zasadach określonych w przepisach odrębnych; **rekompensaty utraconych dochodów** na zasadach określonych w przepisach odrębnych, z tytułu obniżenia stawek podatku od nieruchomości, zajętych na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładach lecznictwa uzdrowskiego oraz **opłat za korzystanie z parków uzdrowskich.**

Projekt ustawy o uzdrowiskach i gminach uzdrowiskowych zawiera przepisy, które są przedmiotem rozbieżności stanowisk Ministerstwa Gospodarki i Pracy oraz Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Środowiska.

Rozbieżności te dotyczą następujących kwestii:

- zmiany w ustawie o podatkach i opłatach lokalnych dotyczące rekompensat utraconych dochodów dla gmin uzdrowiskowych z tytułu obniżenia stawek podatku od nieruchomości (MF);
- wprowadzenia opłaty uzdrowiskowej (MF);
- definicji uzdrowiska i stref ochrony ABC (MZ);
- konieczność doprecyzowania przepisów w ustawie o ochronie gruntów rolnych i leśnych w zakresie stosowania zwolnień z opłat rocznych przy zmianie przeznaczenia gruntów leśnych na rolne. Według MŚ sprawy opłat za grunty podlegające rekultywacji są już uregulowane w obowiązującej ustawie o ochronie gruntów rolnych i leśnych.

Projekt przedmiotowej ustawy jest po etapie uzgodnień międzyresortowych i posiada pozytywną opinię Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Jednocześnie trwają w Sejmie prace nad poselskim projektem ustawy.

**Działanie 6:** Upowszechnienie wśród środowiska uzdrowisk i gmin, w których znajdują się uzdrowiska, wiedzy na temat możliwości, zasad i sposobów wykorzystania środków z funduszy strukturalnych (w ramach zadania III – „Wykorzystanie funduszy strukturalnych na rozwój uzdrowisk i gmin na terenie których znajdują się uzdrowiska”).

Celem działania **jest lepsza absorpcja funduszy strukturalnych, umożliwiająca rozwój uzdrowisk i gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.**

Za realizację tego działania odpowiada Polska Agencja Rozwoju Turystyki S.A.

**Źródła finansowania:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy, urzędy marszałkowskie, gminy, w których znajdują się uzdrowiska i inne źródła.

Gminy, na terenie których znajdują się uzdrowiska mogą realizować projekty inwestycyjne, nastawione na rozwój funkcji leczniczo-wypoczynkowych na zasadach ogólnych w ramach dwóch działań **ZPORR** tj. **Działanie 1.4** „Rozwój turystyki i kultury” oraz **Działanie 3.1** „Obszary wiejskie”.

W przygotowanych na lata 2004–2006 sektorowych programach operacyjnych i w Zintegrowanym Programie Rozwoju Regionalnego „ZPORR” brak jest preferencji dla przedsięwzięć wspierających rozwój polskich uzdrowisk i gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.

W wyniku działań Zespołu w **Uzupełnieniu do ZPORR** wprowadzono następujące zapisy zwiększające szanse gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska na uzyskanie dofinansowania z funduszy strukturalnych w latach 2004–2006:

W Działaniu 1.4 oraz w Działaniu 3.1 wprowadzono do grupy projektów „projekty inwestycyjne gmin uzdrowiskowych”.

Ponadto, zmodyfikowano zapisy dotyczące zasad korzystania z dofinansowania przez podmioty opieki zdrowotnej w ramach Uzupelnienia ZPORR, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 9 maja 2005r., zmieniającym rozporządzenie w sprawie przyjęcia Uzupelnienia Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego” – 2004–2006 (Dz. U. z 2005 r. Nr.87, poz. 745):

- **Poddziałanie 1.3.2.** (Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia): Beneficjentami tego poddziałania mogą być także spółki prawa handlowego prowadzące działalność w zakresie ochrony zdrowia, utworzone przez ministra właściwego, zakłady opieki zdrowotnej (opieka stacjonarna – szpitale, opieka ambulatoryjna – przychodnie), jednostki samorządu terytorialnego (szczebla powiatowego i wojewódzkiego), związki, porozumienia i stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe "non profit" oraz regionalne centra krwiodawstwa.
- **Poddziałanie 3.5.2.** (Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia): W ramach wyżej wymienionych działań wsparcie mogą uzyskać zakłady opieki zdrowotnej, działające w publicznym systemie ochrony zdrowia tzn. posiadające umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W ramach **Działania 6** w maju 2005r. Ministerstwo Gospodarki i Pracy sfinansuje przedsięwzięcia realizowane przez PART. S.A. na łączną wartość **87.500 zł**. Należą do nich:

1) cykl bezpłatnych **szkoleń tematycznych** dla przedstawicieli gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska (samorządów, przedsiębiorstw uzdrowiskowych oraz branży turystycznej),

2) opracowanie **poradnika** (w wersji elektronicznej do zamieszczenia na stronach internetowych) dot. pozyskiwania środków finansowych na rozwój uzdrowisk, skierowanego do samorządów jak również do podmiotów branży turystycznej, przedsiębiorstw uzdrowiskowych oraz stowarzyszeń. Będzie on poszerzoną wersją materiałów szkoleniowych, zawierającą szereg teoretycznych i praktycznych uwag dotyczących możliwości wsparcia uzdrowisk ze środków unijnych.

Tematem szkolenia będą możliwości, zasady i sposoby wykorzystania środków z funduszy strukturalnych oraz pozostałych zewnętrznych źródeł finansowych w obszarze funkcjonowania i rozwoju uzdrowisk w Polsce.

Szkolenia te są przeznaczone dla przedstawicieli środowisk uzdrowiskowych i samorządów gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska. Szkolenia będą realizowane w formie **wykładów, zajęć warsztatowych i dyskusji**.

Szkolenia zostaną przeprowadzone w wybranych miejscowościach, posiadających odpowiednie zaplecze i bazę konferencyjną:

**Wrocław 23.05.2005r.** - uzdrowiska dolnośląskie i śląskie, **Sopot 25.05.2005 r.** – uzdrowiska z woj. pomorskiego i zachodniopomorskiego, **Warszawa 30.05.2005r.** – uzdrowiska z pozostałych części kraju, w tym mazowieckie, podlaskie, lubelskie, **Kraków 31.05.2005r.** – uzdrowiska z woj. małopolskiego, podkarpackiego, ew. śląskiego.

**Działanie 7:** Uwzględnienie specyfiki rozwoju turystyki w gminach, na terenie których funkcjonują uzdrowiska poprzez umieszczenie odpowiednich zapisów w projekcie Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013.

**Cel działania:** zwiększenie dostępności do funduszy strukturalnych oraz rozwój gospodarczy uzdrowisk i gmin, w których funkcjonują uzdrowiska.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy

**Sposób realizacji:** Przygotowanie projektu zapisów w oparciu o szerokie konsultacje z organizacjami, reprezentującymi uzdrowiska i gminy, na terenie których zlokalizowane są uzdrowiska.

**W dniu 11 stycznia 2005 roku Rada Ministrów przyjęła „Wstępny projekt Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013”.**

W dokumencie tym znalazły się zapisy ogólne dotyczące działań związanych z rozwojem turystyki w tym okresie programowania. Należą do nich:

### **1. Rozwój regionalnych produktów turystycznych**

Działanie będzie polegało na tworzeniu odpowiedniej infrastruktury turystycznej z poszanowaniem zasady zrównoważonego rozwoju.

### **2. Budowa zintegrowanego systemu promocji produktów turystycznych dla turystów zagranicznych.**

Działanie będzie polegało na kompleksowej skoordynowanej promocji turystycznej Polski oraz regionalnych produktów turystycznych, wspieraniu realizacji projektów promocyjnych regionalnych, ponadregionalnych i transgranicznych, stworzeniu spójnego systemu informacji turystycznej oraz systemu badań marketingowych promocji turystycznej regionów.

**3. Promowanie „przyjaznych dla środowiska” produktów i usług** m.in. rozwój rolnictwa ekologicznego, turystyki ze szczególnym uwzględnieniem ekoturystyki i agroturystyki.

**4. Kreacja oraz rozwój konkurencyjnych produktów turystycznych** dzięki wprowadzeniu systemu badań w obszarze turystyki w celu dostosowania produktów turystycznych do oczekiwań klientów i wymogów rynku, zacieśnieniu

współpracy między przedsiębiorstwami turystycznymi, jednostkami samorządów terytorialnych, Polską Organizacją Turystyczną oraz Regionalnymi Organizacjami Turystycznymi, stworzeniu systemu umożliwiającego gromadzenie regionalnych danych.

#### **5. Wspomaganie systemów rozwijających turystykę**

Działanie będzie polegało na uruchamianiu rozwiązań proaktywnych, działań podnoszących poziom bezpieczeństwa oraz wdrażających technologie teleinformatyczne, innowacje produktowe i procesowe w turystyce.

**6. Doskonalenie zawodowe i kształtowanie kadr** w tym społecznych, istotnych z perspektywy rozwoju gospodarczego i integracji społecznej, takich jak np. kadry obsługi ruchu turystycznego, poprzez działania edukacyjne i szkoleniowe w zakresie wzmocnienia zasobów ludzkich.

Obecnie trwają konsultacje społeczne i intensywne prace nad przygotowaniem programów operacyjnych Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007-2013. Departament Turystyki MGIP bierze czynny udział w tym przedsięwzięciu dbając by turystyka znalazła należyte miejsce w jak największej liczbie programów.

Dotychczas udało się wprowadzić propozycje zapisów w ramach:

- **Programu Operacyjnego dla przedsiębiorców „Innowacje-Inwestycje-Otwarta gospodarka 2007–2013”**. Są to:

**Działanie 3.7.** „Wsparcie projektów budowy i rozwoju konkurencyjnych, innowacyjnych lub unikalnych produktów turystycznych o charakterze ponadregionalnym, a w szczególności projektów tworzenia i modernizacji infrastruktury turystycznej” oraz

**Działanie 4.3.** „Budowa i rozwój zintegrowanego systemu działań marketingowych produktów turystycznych o zasięgu ponadregionalnym”.

- **Programu Operacyjnego „Spójność i konkurencyjność regionów”**

W programie tym przewiduje się wsparcie w kreowaniu ponadregionalnych produktów turystycznych. Beneficjentami obydwu programów mogą być podmioty uzdrowiskowe, w przypadku pierwszego programu – przedsiębiorcy, drugiego – gminy uzdrowiskowe.

**Działanie 8:** Przygotowanie konkurencyjnych produktów turystycznych w ramach zadania IV „Promocja polskich uzdrowisk i turystyki uzdrowiskowej”.

**Cel działania:** zwiększenie konkurencyjności polskiej turystyki na rynku krajowym i zagranicznym.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy we współpracy z Polską Organizacją Turystyczną (działania realizowane głównie przez Regionalne i Lokalne Organizacje Turystyczne).

**Sposób realizacji:** m.in. opracowywanie planów i programów budowy zintegrowanych produktów miejsca oraz systemów regionalnych sieci turystycznych

o spójnym charakterze i określonym standardzie usług. Działanie wspomże także aktywizację procesów powstawania i rozwoju produktów lokalnych, w tym wyrobów kulinarnych i rzemieślniczych, produktów o oryginalnym charakterze, atrakcyjnych dla grup potencjalnych nabywców.

**Harmonogram działań:** 2005 r.

**Źródła finansowania:** budżety samorządów terytorialnych oraz regionalnych i lokalnych organizacji turystycznych.

Ministerstwo Gospodarki przewiduje w 2005 roku dofinansowanie niżej wymienionych działań:

- Wydania poradnika pt. „Nowoczesny model uzdrowisk szansą rozwoju gmin uzdrowiskowych” oraz zorganizowania seminarium;
- Opracowania naukowo-badawczego pt. „Czynniki wpływające na jakość i konkurencyjność usług turystycznych w miejscowościach uzdrowiskowych”;
- Zorganizowania ogólnopolskiej konferencji nt. „Podnoszenia atrakcyjności turystycznej gmin uzdrowiskowych w celu rozwijania ich funkcji turystyczno-wypoczynkowych”.

**Działanie 9:** Zabezpieczenie w budżecie państwa środków finansowych (2 mln PLN rocznie) na promocję polskich uzdrowisk i turystyki uzdrowiskowej w Polsce.

**Cel działania:** rozwój promocji polskich uzdrowisk i turystyki uzdrowiskowej.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

**Sposób realizacji:** przygotowanie propozycji do uzgodnienia w trakcie prac nad budżetem Ministerstwa Gospodarki i Pracy na 2006 rok.

W Ministerstwie Gospodarki i Pracy trwają intensywne prace nad projektem **Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013** oraz projektem **Strategii Rozwoju Turystyki na lata 2007–2013**.

Naszymi partnerami w konsultacjach dotyczących wyżej wymienionych dokumentów strategicznych w imieniu środowiska uzdrowiskowego są: Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP, Izba Gospodarcza „Uzdrowiska Polskie” i Unia Uzdrowisk Polskich.

Licząc na Państwa aktywne włączenie się w tok konsultacji dotyczących treści wyżej wymienionych dokumentów i wniesienie konstruktywnych propozycji, które wzbogacą treść zapisów dotyczących rozwoju uzdrowisk i wpłyną na zwiększenie absorpcji funduszy strukturalnych w tej dziedzinie.

Życzę Państwu owocnych obrad.



**Piotr Komornicki** – Wiceprezes Stowarzyszenia Gmin Uzdrawiskowych RP, Burmistrz Iwonicza-Zdroju

## **UZDROWISKO W GOSPODARCE TURYSTYCZNEJ REGIONU**

Uzdrowisko to renomowany, działający od długiego okresu czasu ośrodek nastawiony na obsługę specyficznego ruchu turystycznego, polegającego na świadczeniu niepowtarzalnych zabiegów zdrowotnych, ale również na świadczeniu bardzo prostej i typowej usługi wypoczynkowej. Choć wiele środowisk w samych uzdrowiskach nie chce zaakceptować tej drugiej funkcji, to ze względów bytowych i ekonomicznych nabiera ona coraz większego znaczenia. Zresztą od początku swego istnienia uzdrowiska przyciągały ofertą nie tylko ludzi wymagających procedur medycznych, ale także ogromne rzesze klienteli przyjeżdżającej po relaks i wypoczynek, który dla nich w tym miejscu i specyficznej atmosferze był spełnieniem wysublimowanych indywidualnych potrzeb. W efekcie spowodowało to, że większość uzdrowisk oprócz klasycznej oferty leczniczej dysponuje bardzo szeroką ofertą turystyczną i kulturalną, która w sposób zasadniczy podnosi atrakcyjność pobytu dla wszystkich – również dla tych, którzy zmuszeni są korzystać z dobrodziejstw leczniczych walorów kurortu ze względów zdrowotnych.

Pozwalam sobie przypomnieć tę trywialną prawdę dlatego, że chce zwrócić uwagę na rolę uzdrowisk w Polsce na rozwój turystyki w regionach. Wiele miejscowości ma nadzieję uzyskiwać w przyszłości znaczące dochody z turystyki nie mając w tym względzie żadnych doświadczeń. Wiele gmin i powiatów w swoich „strategiach” zapisało turystykę jako jeden ze sposobów zabezpieczenia pracy i dochodów dla swoich obywateli, nie zdając sobie sprawy jak trudnej działalności chcą się podejmować. Nie wystarczy przecież mieć bazę noclegową i czyste powietrze, żeby tłumy bogatych i chętnych przyjechały z radością zostawiać swe pieniądze. Atrakcje muszą być rzeczywiste, a towarzyszyć im musi doskonale działający marketing, opierający się o faktyczne walory miejscowości i regionu. W przeciwnym wypadku ilość turystów będzie znikoma, a ci którzy przyjadą już nigdy nie powtórzą swego błędu. Zdecydowana większość uzdrowisk działa jak turystyczny magnes, stanowiący atrakcję już zorganizowaną, ale czasem dla nas samych jest odkryciem, że **uzdrowisko stanowi też regionalne, czy nawet krajowe centrum rozwoju ruchu turystycznego.**

Z przykrością zauważam, że niektóre województwa, czy powiaty opracowując wieloletnie programy rozwoju przez turystkę tej roli nie dostrzegają. A przecież to jest marketing, który „robi się sam”. Klienci uzdrowisk odwiedzają okolicę, a turyści z okolicy odwiedzają uzdrowisko. W ten sposób tysiące ludzi trafia w miejsca, o których wcześniej nie wiedziało. Powracając, namawiają innych do przyjazdu. Im większa atrakcyjność turystyczna całego regionu tym większa szansa na lepsze dochody z tej trudnej gałęzi gospodarki. Działania programowe powinny być jednak spójne na wszystkich szczeblach zarządzania i winny się charakteryzować profesjonalizmem.

Wieloletnie doświadczenia i obserwacje wskazują, że centra ruchu turystycznego promieniują na całą okolicę powodując rozwój bazy noclegowej, powstawania nowych ofert turystycznych, a nawet powodują zmianę kierunków produkcji rzemieślniczej i przemysłowej, nastawiając je na obsługę przyjezdnych. Uważam też stanowczo, że wszelkie próby zatrzymywania w turystyce klienta „dla siebie” (niestety w lecznictwie uzdrowiskowym bardzo częste) powodują w ostatecznym rozrachunku jego zniechęcenie. Natomiast serwowanie atrakcji regionu dla każdego kto odwiedza kurort staje się inwestycją na przyszłość dzięki której poprawiamy własną ofertę, a także przyczyniamy się do rozwoju całej okolicy. Atrakcyjność całego regionu rośnie. Wtórnie rośnie też atrakcyjność naszej uzdrowskiej oferty.

Pozwolę też zwrócić uwagę na niezwykle znaczenie oferty kulturalnej uzdrowisk, które dzięki niej stawać się mogą atrakcyjnymi ośrodkami kulturalnymi, odwiedzanymi, choć na kilka godzin. Z moich własnych obserwacji wiem, że atrakcje kulturalne przynoszą znaczące dochody w placówkach gastronomicznych, handlowych, a także powodują zwiększony popyt na usługi noclegowe. Pozwalam sobie zacytować zdanie właściciela jednej z iwonickich kawiarni: „Dobrze przygotowana impreza kulturalna na iwonickim deptaku przynosi mi więcej dochodu w ciągu dwóch dni, niż dwa jesienne miesiące”. Nie bójmy się więc inwestować w tę formę poprawy atrakcyjności naszej oferty. Myślę, że w tym zakresie samorządy powinny zostać znacząco wsparte przez ośrodki lecznictwa uzdrowskiego, gestorów bazy noclegowej i gastronomicznej, a także handlowców.

## Wojciech Kodłubański – Wiceprezes Polskiej Organizacji Turystycznej

### Szanowni Państwo!

Pozwólcie, że przywołam tylko informacje, które ukazały się w ciągu ostatniego tygodnia w turystycznym biuletynie prasowym, opracowywanym od 2 lat przez POT i wysyłanym do 40 najważniejszych urzędników w kraju:

- „Agora” – W Kołobrzegu w październiku wykupili niemieccy turyści miejsca w sanatoriach i lepszych pensjonatach. Podobnie jak w Kudowie Zdroju czy Polanicy. W tym roku może wypoczywać w Polsce nawet 5 mln Niemców. Moda na Polskę cały czas rośnie. W minionym roku turyści niemieccy zostawili w Polsce ponad mld EURO. W tym roku również nastąpi wzrost przyjazdów gości zagranicznych, w tym z Niemiec. Jest ich tak wielu, że zwrócił na to uwagę nawet tygodnik „Der Spiegel” – chwali się Jerzy Terlecki, Burmistrz Polanicy Zdroju. Od zeszłego roku specjalnością Polski jest leczenie sanatoryjne. Bardzo dużo kuracjuszy niemieckojęzycznych jest w Krynicy Zdroju. Dzielne wyżywienie itd. to 1/3 oferty niemieckiej.

- „Życie Warszawy” – W katalogu renomowanych niemieckich biur podróży coraz więcej miejsca jest poświęcone wakacjom „Spa Wellnes” i siedmiu polskim ośrodkom uzdrowiskowym. Sześć z nich leży w województwie zachodniopomorskim. Pomysł jest prosty. Jesteśmy zagonieni, zmęczeni codzienną szarpaniną tak, że zwykły urlop w górach i na plaży nie wystarczy. Organizujemy specjalne turnusy lecznicze, zabiegi kosmetyczne, wyciszające itd.

Sąsiedztwo Niemiec, a przez Bałtyk także Szwecji, jest bardzo ważne. Turyści z zagranicy bardzo chętnie przyjeżdżają do Polski, otrzymują tu znakomitej jakości usługi turystyczne, kuracyjne, znacznie tańsze jak u siebie. Kołobrzeg, Świnoujście, Międzyzdroje mają bardzo znaną markę w Niemczech. Dwa wyjazdy w roku do Kołobrzegu, Świnoujścia, Międzyzdrojów kosztują mniej niż jeden pobyt w ośrodku na sąsiedniej wyspie Uznam.

- I ostatni fragment z prasy regionalnej – Tymczasem uzdrowisko Cieplice Zdrój w województwie dolnośląskim przygotowuje się na kuracjuszy z Niemiec, którzy za terapię płacą. Pobyt w sanatoriach i zabiegach kosztuje prawie 3 razy mniej niż w kurortach niemieckich. Kierownictwo Spółki szacuje, że w Cieplicach będzie się leczyło kilka tysięcy zagranicznych gości. To głównie dzięki nim udało się wyremontować sześć obiektów zdrowotnych, które mają już europejski standard i są reklamowane przez niemieckie biura podróży.

Panie i Panowie, jak widać z powyższego, Polska stoi przed olbrzymią szansą rozwoju turystyki. Stoją przed nią również nasze uzdrowiska. Gminy, obiekty infrastruktury uzdrowiskowej i branża turystyczna.

Uzdrowisko to nie tylko pacjent. To również kuracjusz albo inaczej – kuracjusz, który w szpitalu nazywany jest pacjentem, a w uzdrowisku kuracjuszem-turystą.

W roku 2004 14 mln turystów z zagranicy – z łącznej liczby ponad 60 mln obcokrajowców, którzy przekroczyli granicę naszego kraju – zostawiło w Polsce ponad 5,8 mld USD. Część z tych pieniędzy trafiła do uzdrowisk i gmin uzdrowiskowych. Dlatego też tak ważna jest promocja – szczególnie zagraniczna – uzdrowisk. Promocja robiona wspólnie przez samorządy, zarządy uzdrowisk i branżę turystyczną.

Mamy pełną świadomość, że ta współpraca nie wszędzie wygląda dobrze. Z reguły współpraca ta dopiero jest nawiązywana. Polska Organizacja Turystyczna namawia Państwa od 2 lat do tworzenia lokalnych organizacji turystycznych, do łączenia publiczno-prywatnych środków: samorządowych, branży turystycznej i uzdrowisk. W ostatnim półroczu, jak wiemy, nie powstała żadna lokalna organizacja turystyczna, a jedynie działania tych organizacji będą wspierane przez POT. Każdy samorząd sam decyduje o kierunku i kształcie swojej promocji. Jeżeli natomiast będzie chciał to robić z agencją rządową, to my podpowiemy pewne, sprawdzone już w Europie, rozwiązania. Podpowiemy, w których targach i w jakiej formie warto wziąć udział, jakie wydawnictwa czy materiały promocyjne wydać lub wyprodukować.

Wspólne działania POT realizuje już ze Stowarzyszeniem Gmin Uzdrowiskowych RP, Izbą Gospodarczą „Uzdrowiska Polskie” i Unią Uzdrowisk Polskich, a promocja prowadzona jest zarówno na rynkach Europy Zachodniej, USA jak i Rosji i Ukrainy. Jeszcze w 2005 r. POT wyda folder promocyjny o turystyce uzdrowiskowej w nakładzie 70.000 w czterech językach.

W roku 2006 Polska Organizacja Turystyczna zamierza przeprowadzić dużą kampanię, promującą turystykę uzdrowiskową, na którą przeznaczy znaczne środki. Dzisiaj już zapraszam Państwa do współpracy, współorganizacji i współfinansowania tej kampanii.

Edward Wiśniewski – Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi Wydział Zamiejscowy w Kołobrzegu

## KONKURENCYJNOŚĆ POLSKICH UZDROWISK BAŁTYCKICH

Polska posiada aktualnie 6 statutowych uzdrowisk nadmorskich. Ich zwięzłą charakterystykę statystyczno-konkurencyjną przedstawił m.in. Z. Krasieński<sup>1</sup>. W pracy tej stwierdzono, że uzdrowską konkurencję przybrzeżną można wygrać:

- atrakcyjnością urbanistyczną i ciekawymi zabytkami,
- wysokiej jakości bazą zabiegową, zaopatrywaną w lokalne produkty lecznicze,
- posiadaniem krytych basenów z ogrzewaną wodą,
- wysokiej jakości bazą noclegową,
- dobrze zagospodarowaną plażą,
- różnorodnością urządzeń rekreacyjnych,
- trasami spacerowymi w parkach, molami,
- występami orkiestry zdrojowej,
- zagospodarowaniem turystycznym.

Artykuł jest próbą oceny konkurencyjności tych uzdrowisk na tle innych w basenie Morza Bałtyckiego oraz uzdrowisk krajowych, leżących w głębi kraju.

### I. Formy konkurencji uzdrowisk

*Konkurencja* jest procesem w wyniku którego zostają określone warunki występowania i rozwoju zjawisk gospodarczych. W warunkach gospodarki rynkowej jednostki ekonomiczne (podmioty gospodarcze, jednostki terytorialne) funkcjonują w ramach konkurencyjnych *struktur*.

1. W procesie wolnej konkurencji (*konkurencji doskonałej*) działalność poszczególnych uzdrowisk ulegałaby ujednoczeniu w skali masowej.

2. W rzeczywistości rynkowej dominuje *konkurencja niedoskonała* w różnych formach: *polipolistycznej, monopolistycznej i oligopolistycznej*, z uwagi na liczbę podmiotów/ obiektów działających na rynku oraz rodzaju przedmiotu wymiany czy oferty usług (z punktu widzenia jego homo- lub heterogeniczności).

a) Warunkami występowania konkurencji polipolistycznej są:

---

<sup>1</sup> Krasieński Z., Perspektywy rozwojowe uzdrowisk polskiego wybrzeża Zeszyty Naukowe ZSB-IKM, nr 4, Kołobrzeg, 2001, s. 44–52.

- istnienie na rynku wielu obiektów, z których każdy ma znikomy udział w ogólnej wielkości podaży,
  - swoboda wejścia/wyjścia na/z rynku,
  - wysoki stopień homogeniczności produktów.
- b) Konkurencja monopolistyczna łączy w sobie elementy monopolu i konkurencji doskonałej; warunkami jej występowania są:
- zjawisko zróżnicowania produktów, przy istnieniu wielu obiektów,
  - istnienie konkurencji pozacenowej między nimi.
- c) Konkurencja oligopolistyczna pojawia się, gdy:
- istnieje kilka / kilkanaście obiektów,
  - mają one stosunkowo duży udział w ogólnej podaży,
  - rynek jest przejrzysty (dobra informacja) i dostępny,
  - decyzje, działania, reakcje są współzależne,
  - działalność oparta na zarządzaniu strategicznym<sup>2</sup>.

W procesach rywalizacji rynkowej bierze się zasadniczo pod uwagę cztery parametry: cenę, jakość produktu, koszty produkcji i koszty sprzedaży.

M. Porter wyodrębnia konkurencję traktowaną jako *statyczną* rywalizację, polegającą na minimalizowaniu kosztów jednostkowych i konkurencję jako proces *dynamiczny*<sup>3</sup>.

W pierwszym ujęciu istotne znaczenie odgrywa względna przewaga czynników produkcji (zasobów) oraz efekty skali. Konkurencja jako proces dynamiczny polega na innowacjach i poszukiwaniu różnic strategicznych. W tak pojmowanej konkurencji istotne znaczenie ma lokalizacja działania, która może zapewnić osiągnięcie przewagi konkurencyjnej, jej trwałość i wzrost.

W przypadku uzdrowisk efektywność zależy też od kontekstu konkurencyjności: regionalnego, krajowego czy globalnego.

M. Porter wymienia cztery czynniki, których współdziałanie i wzajemne relacje wpływają na przewagę konkurencyjną:

1. czynniki produkcji (dostępne zasoby i zdolność do ich tworzenia),
2. warunki popytu dot. struktury i charakteru rynku krajowego,
3. sektory pokrewne i wspomagające ( rynki międzynarodowe),
4. strategia i struktury: sposób tworzenia, organizowania i zarządzania.

## **2. Pomiar konkurencyjności miast uzdrowiskowych**

Według A. Klasika „konkurencyjność miasta oznacza jego przewagę lub dyktans w stosunku do innych miast tworzących wspólną grupę z punktu widzenia

---

<sup>2</sup> Wiśniewski E., Mikroekonomia, Wydawnictwo Politechniki Koszalińskiej, Koszalin 2004.

<sup>3</sup> Porter M., Competitive Strategy, Free Press, New York 1985.

pewnych kryteriów"<sup>4</sup>. Można podjąć próbę ustalenia tego dystansu i wydzielić dwa problemy:

- a. wyodrębnienie grup strategicznych miast,
- b. określenie dystansu między miastami w danej grupie.

Ocenie mogą podlegać np. miasta uzdrowiskowe, dzieląc je najpierw na grupy strategiczne (podobny profil konkurencyjności), względnie jednorodnie.

Algorytm obliczania miar konkurencyjności składa się z kilku faz:

- c. określenie dla każdej grupy miasta-wzorca (punkt odniesienia w układzie porównawczym),
- d. budowa miary agregatywnej, kwantyfikującej poziom konkurencyjności miast,
- e. propozycje miar dystansu między:
  - a/ miastem należącym do grupy a miastem-wzorcem,
  - b/ miastem należącym do grupy a przeciętnym poziomem konkurencyjności w tej grupie,
  - c/ miastem i innym dowolnym w tej grupie,
  - d/ grupami strategicznymi.

Proceduralnie (wskazania eksperckie) definiuje się miasto-wzorzec (prace D. Strahl<sup>5</sup>) według najbardziej korzystnych wartości cech (dla stymulant, destymulant i nominant). Później następuje normalizacja wartości cech i tworzenie miary agregatywnej konkurencyjności miast, aby obliczyć dystans ekonomiczny między nimi.

Według T. Markowskiego do głównych czynników konkurencyjności miasta zalicza się:

1. efektywność środowiska gospodarczego i społecznego, generującego dużą ilość efektów synergii,
2. istnienie podmiotów innowacyjnych,
3. dostępność węzłowa (przestrzenna) – możliwość szybkich kontaktów z centrami decyzyjnymi i rynkowymi,
4. jakość życia kulturowego,
5. jakość usług publicznych (transport publiczny, szkolnictwo, handel, bezpieczeństwo, klimat fiskalny, partnerstwo sektora publicznego i prywatnego),
6. stan środowiska naturalnego, jego zasoby i możliwości regeneracji,
7. skuteczność i doświadczenie władz samorządowych w zarządzaniu miastem<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Klasik A., Analiza konkurencyjności i strategii konkurencyjne miast, [w:] Konkurencyjność regionów Polski Południowej, Materiały konferencyjne, AE we Wrocławiu, Wrocław 1998.

<sup>5</sup> Strahl D., Porównanie regionów o różnym poziomie konkurencyjności, [w:] Konkurencyjność miast i regionów Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2001.

<sup>6</sup> Markowski T., Zarządzanie rozwojem miast, PWN, Warszawa 1999.

### **3. Metodyka badań diagnostycznych uzdrowisk bałtyckich**

Studia dotyczące problematyki konkurencyjności uzdrowisk bałtyckich pozwoliły na sformułowanie hipotezy badawczej, zakładającej istnienie korelacji pomiędzy warunkami do prowadzenia działalności uzdrowiskowej, a stopniem rozwoju innych funkcji miastotwórczych.

Celem metodycznym była próba przedstawienia pewnej procedury badawczej przydatnej w badaniach diagnostycznych uzdrowisk. Cel praktyczny polegał na dążeniu do uzyskania wyników, które mogłyby być traktowane jako sugestie dotyczące dalszego rozwoju uzdrowisk i poprawy ich konkurencyjności.

Dla zrealizowania tak określonych celów przyjęto koncepcję asudium analitycznego, opartego na metodach taksonomicznych z zakresu wielowymiarowej analizy porównawczej.

Badaniem objęto 15 uzdrowisk polskich, w tym sześć bałtyckich. Analizę stanu ich rozwoju przeprowadzono na podstawie 33 przyjętych kryteriów, stanowiących tzw. sektory analizy, z których 27 zostało określonych cechami mierzalnymi, a 6 – niemierzalnymi. Spośród licznych zagadnień objętych zakresem treści poszczególnych kryteriów najwięcej dotyczyło problemów związanych z aktualnym stanem rozwoju funkcjonalnego uzdrowisk. Przypadły na nie 23 sektory analizy, w tym 13 związanych z funkcją leczniczo-uzdrowiskową i turystyczną.

Postępowanie badawcze zmierzało do stopniowej redukcji cech oraz szeregowania i grupowania obiektów. Umożliwiło to ich identyfikację oraz ocenę stanu rozwoju, a także analizę powiązań i dysproporcji występujących między wybranymi miernikami tego rozwoju.

Zasadniczym wymogiem na etapie analizy zbioru danych było określenie charakteru zmiennych, polegające na wyróżnieniu wśród nich dwóch pozbiorów: stymulantów i destymulantów. Stymulanta jest taka zmienna, której wysokie wartości należy uznać za pożądane z punktu widzenia badanego zjawiska; destymulanta odznacza się zależnością odwrotną<sup>7</sup>. Określenie stymulant i destymulant było warunkiem umożliwiającym zastosowanie tzw. metody wzorca rozwoju – procedury pozwalającej na hierarchiczną klasyfikację badanych uzdrowisk. Podstawę klasyfikacji obiektów stanowiła taksonomiczna miara ich rozwoju – wielkość syntetyczna, będąca wypadkową wszystkich zmiennych określających jednostki badanej zbiorowości.

Stosując algorytm Hellwiga ustalono elementy macierzy obserwacji, następnie standaryzowano je i skonstruowano hipotetyczny wzorzec (lub antywzorzec) rozwoju, które powstają przez optymalne lub pesymalne wartości poszczegól-

---

<sup>7</sup> Hellwig Z., Wielowymiarowa analiza porównawcza i jej zastosowanie w badaniach wielocechowych obiektów gospodarczych, PWE, Warszawa 1981.



nych zmiennych. Współczynnik rozwoju uzdrowiska przyjmuje wartości w przedziale (0,1). Im wyższy jest poziom rozwoju uzdrowiska, tym bliższa jedności jest wartość miary.

**Tab.I.** Przykładowe sektory analizy i ich cechy diagnostyczne.

Numer sektora	Opis i znaczenie cech diagnostycznych
I	<p><u>Funkcja leczniczo-uzdrowiskowa i turystyczna</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- liczba łóżek w bazie turystycznej,</li> <li>2- liczba łóżek w bazie sanatoryjnej / powierzchnia uzdrowiska,</li> <li>3- liczba kuracjuszy lecznictwa otwartego / powierzchnia uzdrowiska x liczba mieszkańców,</li> <li>4- liczba udzielonych zabiegów lecznictwa otwartego / liczba mieszkańców,</li> <li>5- liczba udzielonych zabiegów ogółem / liczba osób zatrudnionych w lecznictwie uzdrowiskowym,</li> <li>6- liczba udzielonych zabiegów leczniczych ogółem / liczba kuracjuszy ogółem,</li> <li>7- liczba udzielonych zabiegów lecznictwa otwartego / liczba kuracjuszy,</li> <li>8- wielkość zasobów wód leczniczych wykorzystywanych / liczba osób zatrudnionych w lecznictwie uzdrowiskowym,</li> <li>9- liczba kuracjuszy lecznictwa zamkniętego / liczba łóżek w bazie sanatoryjnej,</li> <li>10- liczba kuracjuszy ogółem / powierzchnia uzdrowiska,</li> <li>11- liczba łóżek w bazie sanatoryjnej / liczba osób zatrudnionych w lecznictwie uzdrowiskowym,</li> <li>12- liczba osób zatrudnionych w turystyce / liczba osób zatrudnionych ogółem,</li> <li>13- liczba łóżek w bazie turystycznej / powierzchnia uzdrowiska x liczba mieszkańców,</li> <li>14- liczba turystów / powierzchnia uzdrowiska,</li> <li>15- liczba turystów / liczba łóżek w bazie turystycznej.</li> </ol>
20	<p><u>Infrastruktura techniczna i społeczna</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- powierzchnia parków i zieleńców,</li> <li>2- długość dróg o nawierzchni ulepszonej,</li> <li>3- liczba mieszkańców korzystających z sieci wodociągowej,</li> <li>4- liczba bibliotek, filii i punktów bibliotecznych,</li> <li>5- liczba oczyszczalni ścieków,</li> </ol>

	<p>6- liczba miejsc na widowni w kinach, teatrach,          7- powierzchnia uzdrowiska x liczba mieszkańców / liczba przychodni lekarskich x liczba aptek i punktów aptecznych,          8- powierzchnia uzdrowiska / liczba punktów sprzedaży detalicznej,          9- powierzchnia uzdrowiska x liczba mieszkańców / liczba placówek pocztowo-telekomunikacyjnych,          10- liczba miejsc konsumenckich / powierzchnia uzdrowiska,          11- liczba mieszkańców / liczba „małych obiektów sportowych”.</p>
27	<p><u>Wielkość uzdrowiska</u>          1- powierzchnia uzdrowiska,          2- liczba mieszkańców,          3- liczba osób zatrudnionych w turystyce,          4- liczba łóżek w bazie sanatoryjnej,          5- liczba łóżek w bazie turystycznej,          6- liczba kuracjuszy lecznictwa otwartego,          7- liczba udzielonych zabiegów leczniczych ogółem.</p>

Źródło: Opracowanie własne

Sektory analizy:

- 1- Funkcja leczniczo-uzdrowiskowa i turystyczna
- 2- Funkcja leczniczo-uzdrowiskowa
- 3- Lecznictwo uzdrowiskowe zamknięte
- 4- Lecznictwo uzdrowiskowe otwarte
- 5- Wielkość zasobów wód leczniczych
- 6- Zużycie wód leczniczych
- 7- Wykorzystanie zasobów wód leczniczych
- 8- Funkcja turystyczna
- 9- Atrakcyjność turystyczna
- 10- Inne funkcje miastotwórcze
- 11- Funkcja rolnicza
- 12- Funkcja przemysłowa
- 13- Funkcja mieszkalna
- 14- Funkcje usługowe
- 15- Funkcja handlowa
- 16- Funkcja ochrony zdrowia i opieki społecznej
- 17- Funkcja gospodarki komunalnej i mieszkaniowej
- 18- Funkcja oświaty i wychowania

- 19- Funkcja transportu i łączności
- 20- Infrastruktura techniczna i społeczna
- 21- Infrastruktura leczniczo-uzdrowiskowa i turystyczna
- 22- Dostępność komunikacyjna
- 23- Odległość od wielkich ośrodków miejskich
- 24- Dojazdy do pracy z innych miejscowości
- 25- Dojazdy do pracy do innych miejscowości
- 26- Zanieczyszczenie atmosferyczne
- 27- Wielkość uzdrowiska

**Tab.2.** Przykładowe wskaźniki rozwoju obliczone dla poszczególnych sektorów analizy (cech diagnostycznych)

Lp.	Uzdrowisko	Sektor 1	Sektor 9	Sektor 23	Sektor 26
1	Ciechocinek	0,52	0,18	0,14	0,25
2	Inowrocław	0,13	0,18	0,25	0,55
3	Kamień Pomorski	0,03	0,18	0,85	0,95
4	Kołobrzeg	0,59	0,36	0,71	0,37
5	Konstancin-Jeziorna	0,15	0,01	0,16	0,42
6	Nałęczów	0,06	0,35	0,31	0,27
7	Sopot	0,21	0,29	0,95	0,33
8	Świnoujście	0,05	0,36	0,89	0,32

Źródło: Opracowanie własne

**Tab.3.** Współczynniki rozwoju obliczone dla cech syntetycznych (II rzędu)

Lp.	Uzdrowisko	F1-Urbanizacja	F2-Lecznictwo uzdr.	F3-Turystyka
1	Ciechocinek	0,54	0,97	0,55
2	Inowrocław	0,88	0,19	0,32
3	Kamień Pomorski	0,52	0,04	0,14
4	Kołobrzeg	0,99	0,65	0,95
5	Konstancin-Jeziorna	0,36	0,25	0,17
6	Nałęczów	0,29	0,29	0,25
7	Sopot	0,99	0,25	0,98
8	Świnoujście	0,74	0,02	0,70

Źródło: Opracowanie własne

Integralnym elementem opracowania było poszukanie relacji zachodzących między wybranymi miernikami rozwoju uzdrowisk. Analiza ta pozwoliła skonstruować diagramy relacji w postaci macierzy, z możliwością interpretowania pozycji danego uzdrowiska.

Tab. 4 ilustruje fragment macierzy współczynników korelacji między poszczególnymi cechami syntetycznymi zredukowanymi – wyłącznie dla uzdrowisk bałtyckich.

**Tab.4.** Fragment macierzy współczynników korelacji między cechami syntetycznymi (dla uzdrowisk bałtyckich).

Lp.	Cechy syntetyczne	1.	2.	3.	4.
1.	Funkcja leczniczo-uzdrowiskowa	1,00	0,21	0,06	0,10
2.	Funkcja turystyczna	0,21	1,00	0,11	0,48*
3.	Dostępność komunikacyjna	0,06	0,11	1,00	0,62**
4.	Wielkość uzdrowiska	0,10	0,48*	0,62**	1,00

Źródło: Opracowanie własne (\* - korelacja średnia, \*\* - korelacja wyraźna)

## Wnioski

1. Postępowanie badawcze, którego celem była w pierwszym rzędzie ocena stanu rozwoju funkcjonalnego uzdrowisk bałtyckich, wykazało istotne różnice cechujące omawiane miejscowości, jak też ich odmienność do uzdrowisk w głębi kraju.

2. Dzięki zastosowaniu znacznej liczbie zmiennych stanowiących podstawę oceny możliwe jest poznanie złożonego charakteru uwarunkowań decydujących o poziomie rozwoju uzdrowisk.

3. Grupa uzdrowisk bałtyckich stanowi specyficzny zbiór miejscowości, w których funkcja leczniczo-uzdrowiskowa jest wyraźnie skorelowana z funkcją turystyczną, a ujemnie z funkcją przemysłową (portową).

4. Klasyfikacja II stopnia i diagramy relacji między wybranymi miernikami rozwoju sytuują uzdrowiska bałtyckie na dobrych pozycjach.

5. Ocena stanu rozwoju uzdrowisk jest fundamentalną w stosunku do konstrukcji efektywnych strategii konkurencyjności dla uzdrowisk bałtyckich, szczególnie na tle nadmorskich uzdrowisk niemieckich.

## LITERATURA

1. Hellwig Z., *Wielowymiarowa analiza porównawcza i jej zastosowania w badaniach wielocechowych obiektów gospodarczych*, PWE, Warszawa 1981.
2. Krasieński Z., *Perspektywy rozwojowe uzdrowisk polskiego wybrzeża*, Zeszyty Naukowe ZSB-IKM , nr 4, Kołobrzeg 2001.
3. Klasik A., *Analiza konkurencyjności i strategię konkurencji miast*, [w:] *Konkurencyjność regionów Polski Południowej*, AE Wrocław, Wrocław 1998.
4. Markowski T., *Zarządzanie rozwojem miast*, PWN, Warszawa 1999.
5. Pietraszek B., Wiśniewski E., *Konflikt funkcji uzdrowiskowej z innymi funkcjami miastotwórczymi w Kołobrzegu*, [w:] *Perspektywy rozwoju uzdrowisk polskiego wybrzeża Bałtyku*, WSTiH Sopot, Gdańsk 2001.
6. Porter M., *Competitive strategy*, Free Press, New York 1985.
7. Strahl D., *Porównanie regionów o różnym poziomie konkurencyjności*, [w:] *Konkurencyjność miast i regionów*, AE Kraków, Kraków 2001.
8. Węclawska-Bilska E., *Regionalne i przestrzenne uwarunkowania nadbałtyckich miejscowości uzdrowiskowych w Polsce*, Gdańsk 2001.
9. Wiśniewski E., *Mikroekonomia*, Wyd. Politechnika Koszalińska, Koszalin 2004.

**Wojciech Fułek** – Wiceprezydent Sopotu, Wiceprezes Stowarzyszenia Gmin Uzdrowskich RP

## **INFRASTRUKTURA TOWARZYSZĄCA W NADMORSKICH MIEJSCOWOŚCIACH UZDROWSKOWYCH**

Uzdrowiska położone nad morzem dysponują – co jest oczywiste – nie tylko odmiennymi warunkami klimatycznymi, ale i odmienną, czasami wręcz unikalną infrastrukturą towarzyszącą. I jeśli nawet zakłady zabiegowe i balneologiczne oraz parki zdrojowe z reguły nie odbiegają nad morzem od standardu innych polskich uzdrowisk, to jednak odmiennosć i specyfikę takich uzdrowisk najłatwiej docenić bezpośrednio w pasie brzegowym. Tu zlokalizowane są najczęściej promenady oraz trasy spacerowe dla kuracjuszy i turystów, ścieżki rowerowe oraz inne tereny i urządzenia rekreacyjne. Nawet urządzone odcinki piaszczystych plaż mogą pełnić uzupełniającą rolę terapeutyczną i wspomagającą leczenie uzdrowskie – nie tylko zresztą w okresie letnim, ale i przez cały rok. Nawet aktywne uprawianie sportów wodnych (żeglarstwa czy windsurfingu) może mieć leczniczy wpływ np. na chorych dotkniętych chorobami astmatycznymi. Morska bryza i leczniczy jod wpływa bowiem kojąco na schorzenia układu oddechowego, a talassoterapia powoli staje się jedną z głównych specjalizacji lecznictwa uzdrowskiego w miejscowościach nadmorskich.

Nie wdając się jednak w długie rozważania na tematy medyczne, pozostawiając sprawy lecznictwa fachowcom, chciałbym zwrócić szczególną uwagę na dość specyficzny aspekt okołouzdrawiskowej infrastruktury towarzyszącej w miejscowościach nadmorskich, ściśle związany z lokalizacją i wykorzystujący naturalne warunki. Mam na myśli konstrukcje i budowle określone mianem mola (z łac. *moles* – nasyp, grobla), w zasadzie do tej pory nie zaliczane nawet do obiektów o znaczeniu uzdrawiskowym, a określane raczej mianem atrakcji turystycznych. Takie konstrukcje (betonowe lub drewniane) istnieją nad polskim morzem niemal we wszystkich pomorskich miejscowościach uzdrawiskowych, stanowiąc w każdej z nich centralny punkt odniesienia na nadmorskiej trasie spacerowej, wokół którego ogniskuje się (zwłaszcza w okresie letnim) ruch i aktywność kuracjuszy. Należałoby też przypomnieć, iż mola te powstawały z reguły jako obiekty towarzyszące zakładom leczniczym i domom zdrojowym. Klasycznym przykładem jest tu historia najdłuższego drewnianego mola nie tylko nad polskim morzem, ale i w Europie. Otóż liczące dziś 511, 5 m sopockie

molo było zbudowane w roku 1827 jako kolejna „kuracyjna” inwestycja założyciela sopockiego uzdrowiska – lekarza wojsk napoleońskich, Jana Jerzego Haffnera. Dr Haffner zbudował najpierw (w roku 1823) Zakład Kąpielowy (doprowadzając do niego morską wodę), później założył parki, wybudował dom Zdrojowy i zbudował pierwsze, drewniane molo o długości ok. 30 metrów, które początkowo służyło wyłącznie jako pomost pomocniczy od obsługi ręcznie obsługiwanej pompy, która tłoczyła morską wodę do kabin kąpielowych na brzegu. Ta drewniana konstrukcja, która już po kilku latach stała się również obiektem spacerowym, była wówczas co roku na zimę rozbierana i odtwarzana na wiosnę. Systematycznie wydłużana, stała się z czasem nie tylko główną atrakcją uzdrowiska, ale i punktem odniesienia, wokół którego konstruowano całą zabudowę towarzyszącą: Dom Zdrojowy, Park Zdrojowy, skwer kuracyjny z centralnie zlokalizowaną fontanną i muszlami koncertowymi oraz zlokalizowane symetrycznie po obu stronach molach kompleksy Łazienek Kąpielowych (Północne i Południowe na które składały się osobne kąpieliska dla panów, dla pań i rodzinne (Familienbad) z kabinami, przebieralniami, drewnianymi pomostami. Zabudowa taka w większości popularnych później uzdrowisk (Swinemunde – Świnoujście, Misdroy – Międzyzdroje, Bad Kolberg – Kołobrzeg, Weltbad Zoppot – Sopot) powstawała mniej więcej w połowie XIX wieku, kiedy kuracyjne wyprawy „do wód” stawały się coraz bardziej popularne, a lekarze zaczęli zachwalać również zdrowotne właściwości morskich kąpeli.

Taki zdrojowy kompleks opisywała m.in. Magdalena Samozwaniec w książce „Maria i Magdalena” na terenie dzisiejszego Świnoujścia (Swinemunde), gdzie wyjątkowo pomost mola nie był tylko nadwodną konstrukcją spacerową, ale również jedyną drogą prowadzącą do najbardziej charakterystycznej budowli uzdrowiska – Pałacu na Wodzie. Molo łączyło tam zatem morski brzeg z domem zdrojowym, bo taką funkcję spełniał właśnie budynek zbudowany na drewnianej nadmorskiej platformie. Zabudowę (najczęściej zaplanowaną jako jedno założenie) zdrojową uzupełniały drewniane łazienki kąpielowe, w których zażywano morskich, leczniczych kąpeli.

W uzdrowisku Kołobrzeg (Bad Kolberg) główna oś spacerowa również prowadziła z okazałego Pałacu Zdrojowego i położonego nieopodal słynnego Ogrodu Różanego wprost na molo (w okresie przedwojennym jeszcze o konstrukcji drewnianej). W drewniane konstrukcje „nadwodnego ganku” (jak pisała pisarka Deotyma) wyposażano też z reguły co bardziej atrakcyjne i nawiedzane przez „letników” nadbałtyckie kąpieliska, bowiem również takie miejsca pełniły rolę letnich miejscowości kuracyjnych. Na liście polskich uzdrowisk nadbałtyckich, opisanych w książce dr Antoniego Sabatowski „Klimatoterapia oraz hydroterapia ogólna i zdrojowiskowa z opisem uzdrowisk polskich” (Lwów 1923) znalazły się w związku z tym m.in. Hel, Gdynia, Karwia, Jastarnia. W miejscowościach tych budowano

też mola, pełniące już zarówno rolę spacerowo-klimatyczną, jak i żeglugową, bowiem przy nasadzie mola najczęściej lokalizowano też przystanie żeglugi morskiej. Wielkość jednostek pływających uzależniona była od długości mola i masywności konstrukcji oraz głębokości morza w tym miejscu. W okresie międzywojennym takie drewniane mola zbudowano m.in. na Helu, w Juracie, Jastarni, Pucku, w Gdyni oraz Orłowie. Na terenach należących do Niemiec mola znajdowały się m.in. w Swinemunde, Bad Kolberg, Misdroy (Międzyzdroje). Tylko w granicach administracyjnych Wolnego Miasta Gdańska (Freie Stadt Danzig) mola zbudowano w Jelitkowie (Glettkau), Brzeźnie (Brosen) oraz Westerplatte i w Sopocie. W każdym z tych przypadków molo było tylko jednym z elementów (obok domów zdrojowych i łaźni kąpielowych) zabudowy nadmorskiej, przeznaczonej głównie dla kuracjuszy.

Najciekawsza jest historia mola sopockiego, o którego początkach już wspominałem. Liczący blisko 180 lat obiekt liczy dziś 511, 5 m w linii prostej i do dziś pozostaje najdłuższym tego typu drewnianym obiektem w Europie. Najdłuższe molo spacerowe na świecie, odnotowane w Księdze Rekordów Guinnessa, mieści się w angielskiej miejscowości Southend on Sea (skądinąd jest to miasto „bliźniacze” Sopotu) i liczy ponad 2 kilometry długości (!) Jest to jednak molo posadowione na dość wysokiej (z uwagi na przypyły i odpływy) konstrukcji metalowej, wąskie i na jego głowicę (na której umieszczono stację ratownictwa wodnego) prowadzi torę elektrycznej kolejki.

Molo sopockie od swojego powstania było wielokrotnie przedłużane. Na początku liczyło dokładnie 31,5 i było konstrukcją sezonową oraz – podobnie jak dziś – posadowioną na drewnianych palach wbitych w morskie dno. Molo było wówczas niejako przedłużeniem (podobnie było niemal we wszystkich znanych mi przypadkach) rekreacyjno-spacerowej przestrzeni Parku i Placu Zdrojowego, na którym latem roiło się od kuracjuszy i gości. Całe założenie przestrzenne (w przypadku Sopotu ozdobione dodatkowo pod koniec XIX wieku do dziś funkcjonującą fontanną w centrum placu) zwieńczały zabudowania Domu Zdrojowego, co jakiś czas przebudowywanego. Pierwszy Dom Zdrojowy – o charakterze parterowego drewnianego pawilonu – wybudował jeszcze w roku 1824 założyciel uzdrowiska dr Haffner i przetrwał on (rozbudowany w roku 1837) do roku 1880. Mieścił on luksusowe – jak na owe czasy – wyposażone pokoje, salę koncertowo-teatralną, taras widokowy i restaurację. Nowy, drugi w historii uzdrowiska Kurhaus, uwieczniony już na licznych pocztówkach, o drewnianej konstrukcji z bocznymi wieżami przetrwał do roku 1909. Wówczas wybudowano kolejny kompleks, już murowany, wielki obiekt, zamykający plac z fontanną również boczną zabudową (z muszlami koncertowymi i oszklonymi arkadami spacerowymi, prowadzącymi na molo). Ten monumentalny gmach (a w zasadzie całą sieć zabudowań okalających plac) zniszczono bezpowrotnie w marcu 1945 roku.



Z dawnej zabudowy ocalały tarasy oraz przyziemie Domu Zdrojowego z charakterystyczną rotundą, zwieńczoną zrekonstruowaną niedawno kopułą. W tej chwili trwają prace nad projektem budowy kolejnego Domu Zdrojowego z pijalnią wód w tym samym, co niegdyś miejscu. Tuż obok Domu Zdrojowego zlokalizowano zakład balneologiczny, rozbudowany w roku 1903 do dzisiejszych rozmiarów.

Wracając do mola, to prawie od początku swojej historii, pełniło ono również funkcję przystani żeglugowej. Kiedy konstrukcja mola była jeszcze zbyt krótka, aby przybijały do niego większe jednostki, pasażerów dowożono z mola małymi łódkami na pokład spacerowych stateczków. Z czasem konstrukcję mola uzupełniono na końcu o przystań, do której przybijały już większe jednostki i pasażerowie mogli na nie wsiadać bezpośrednio z pomostu mola. Takie użytkowe, żeglugowe funkcje mola pełniły również we wszystkich innych znanych mi miejscowościach uzdrowiskowych.

Już w roku 1858, pisarka Jadwiga Łuszczewska, znana później jako Deotyma, wymieniała molo jako największą atrakcję uzdrowiska, bowiem „...najsilniej nęci przechadzka ciągnąca się za nadbrzeżnym ogrodem, nazywana steckiem. Jest to pomost na falach, rzucony w morze i ubrany ławkami. Tam podróżni najtłumniej się garną; są godziny, w których przecisnąć się nie można po nadwodnym ganku, bo też dziwne, ile to proste urządzenie nastręcza uroków. Oblany falami, nad falami zawieszony, siedzisz jak gdyby w nieruchomej łodzi...”

W roku 1901, w wyniku specjalnej petycji, władze uzdrowiska zadbały o oświetlenie zakończenia drewnianego pirsu (który liczył już wtedy ok. 100 metrów) z uwagą na bezpieczeństwo żeglugi na zatoce. Dwa lata później wybudowano latarnię morską, która mieściła w budynku nowego Zakładu Leczniczko-Kąpielowego. Pokład mola stanowił też doskonałą platformę widokową dla kuracjuszy, którzy chętnie oglądali stąd regaty żeglarskie, parady jachtów (m.in. z udziałem żaglowców cara Mikołaja I oraz cesarza niemieckiego Wilhelma II) oraz manewry i ćwiczenia statków wojskowych floty rosyjskiej i niemieckiej.

W roku 1910 molo osiągnęło już imponującą długość 315 metrów przy szerokości 10. Główny podest zwieńczała prostokątna platforma, do której dobijać mogły już nawet większe jednostki pasażerskie. Systematycznie rozbudowywane sopockie molo swój dzisiejszy kształt i wymiary osiągnęło ostatecznie w latach 1926-27, kiedy to Sopot obchodził jubileusz 25-lecia nadania praw miejskich i 100-lecia mola. Przeprowadzono wtedy największy remont mola w dotychczasowej historii, sfinansowany przez sopockie kasyno i zrealizowano zarzucony wcześniej projekt z roku 1880 roku dobudowy ponad 100-metrowej bocznej ostrogi, stanowiącej jednocześnie pewien rodzaj falochronu oraz pierwszy element planowanej przystani jachtowej, która ostatecznie jednak nie powstała. Na zwieńczeniu mola dobudowano specjalną głowicę, przystosowaną do obsługi nawet

wielkich statków pasażerskich, kursujących m.in. na linii Świnoujście – Sopot – Piława – Królewiec – Kłajpeda.

Drewniane pale, utrzymujące całą konstrukcję o długości ponad 0,5 km, posiadają średnicę 30–60 cm i wbite są w morskie dno na głębokość od 5 do 12 metrów. Boczna ostroga, znacznie uszkodzona podczas ostatnich zimowych sztormów liczy 132 metry długości. Ponadstumetrowa głowica, zwieńczająca mola, pokryta drewnianym pokładem, pod koniec lat 80-tych uzyskała betonowo-żelbetową konstrukcję wzmacniającą, chroniącą ją przed morskim żywiołem.

Sopockie molo, choć znacznie ucierpiało podczas działań wojennych w roku 1945, szczęśliwie ocalało i stanowi główną atrakcję uzdrowiska do dzisiejszego dnia, choć mało kto zdaje sobie tak naprawdę sprawę z tego, iż taki obiekt posiada nie tylko walory turystyczne, ale i kuracyjno-lecznicze. Warto zatem zauważyć, iż nadmorskie mola (ewentualnie czasami falochrony i nabrzeża w portach, pełniące również często funkcje spacerowe) w takich miejscowościach jak Kołobrzeg (gdzie zniszczoną drewnianą konstrukcję zastąpiła po wojnie betonowa), Ustka, Kamień Pomorski, Rewal czy Świnoujście stanowią dziś dość kosztowny i kłopotliwy dla władz samorządowych, choć wyjątkowo atrakcyjny dla kuracjuszy element infrastruktury uzdrowiskowej. Element, który wymaga nie tylko specjalnych względów (np. sopockie molo znajduje się pod opieką Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków), ale i specjalnych funduszy, aby utrzymywać go w odpowiednim stanie. I trzeba mieć świadomość, że nie wszystkie uzdrowiska potrafią sobie z takim „nadwodnym gankiem” poradzić samodzielnie, zwłaszcza jeśli mola nie uznaje się za okołouzdrawiskowy obiekt o znaczeniu strategicznym.

# UCHWAŁA XIV KONGRESU UZDROWISK POLSKICH

Kołobrzeg, 12–15 maja 2005 r.

Uczestnicy XIV Kongresu Uzdrowisk Polskich, reprezentującego wszystkie środowiska związane z działalnością polskich uzdrowisk, po raz kolejny zwracają uwagę na brak kompleksowych, systemowych rozwiązań, dotyczących tej działalności w sferze lecznictwa uzdrowiskowego, wizji funkcjonowania i prywatyzacji spółek uzdrowiskowych oraz specyfiki gmin uzdrowiskowych. Nie powtarzając uwag i problemów, wymienionych w głównej uchwale XIII Kongresu Uzdrowisk Polskich Nałęczów 2004, które – niestety – nie straciły na aktualności, zwracamy uwagę na kilka szczegółowych aspektów działalności uzdrowiskowej, pozostawiając je uwadze wszystkich środowisk, zainteresowanych dalszym losem polskich uzdrowisk:

1. apelujemy do marszałków, zarządów poszczególnych województw oraz radnych sejmików wojewódzkich o wyraźne zaakcentowanie i zapisanie miejsca i roli uzdrowisk we wszystkich opracowywanych dokumentach strategicznych, inwestycyjnych i planistycznych,

2. po raz kolejny podnosimy problem konieczności jak najszybszego uchwalenia przez Sejm RP ustawy lub ustaw o gminach uzdrowiskowych, uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym,

3. wnioskujemy do Rządu oraz posłów o uwzględnienie w Narodowym Planie Rozwoju na lata 2007–2013 szczególnej roli gmin uzdrowiskowych, uzdrowisk, spółek uzdrowiskowych i innych podmiotów uzdrowiskowych dla gospodarki narodowej,

4. wnioskujemy o reaktywowanie ośrodków naukowo – badawczych oraz o uwzględnienie finansowania prac badawczych z zakresu tematyki uzdrowiskowej ze środków przeznaczonych na programy badawcze Ministerstwa Zdrowia, a także z innych funduszy,

5. do Ministra Gospodarki i Pracy zwracamy się z wnioskami o:

- a) rozważenie możliwości wprowadzenia w istniejących na terenie kraju wolnych strefach ekonomicznych tzw. „uzdrowiskowych podstref ekonomicznych”, związanych z działalnością uzdrowiskową i pozwalających na pozyskanie kapitału inwestycyjnego dla uzdrowisk,

- b) wystąpienie z wnioskami do odpowiednich organów lub dokonanie zmiany przepisów prawnych, mających na celu umożliwienie uzdrawiskowym spółkom Skarbu Państwa i innym podmiotom uzdrawiskowym składanie wniosków o przyznanie środków, pochodzących z funduszy Unii Europejskiej,
- 6. do Ministra Finansów wnioskujemy o rozważenie możliwości wprowadzenia zerowych stawek VAT na usługi charakterze uzdrawiskowym,
- 7. do Narodowego Funduszu Zdrowia wnioskujemy o:
  - a) utrzymanie w roku 2006 dotychczasowych zasad centralnej kontrakcji świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia uzdrawiskowego,
  - b) kontraktowanie świadczeń typu leczenie uzdrawiskowe wyłącznie w obiektach, znajdujących się na terenie miejscowości posiadających status uzdrawiska,
  - c) kontraktowania usług leczenia uzdrawiskowego z podmiotami, spełniającymi wymogi sanitarne i technologiczne, oraz świadczącymi usługi leczenia na bazie naturalnych surowców leczniczych,
  - d) zwiększenie roli podmiotów uzdrawiskowych w świadczeniu usług rehabilitacji leczniczej.

Kongres wyraża zaniepokojenie systematycznym wycofywaniem się władz oświatowych z finansowania szkół przykładowych oraz zespołów opieki pozaszkolnej, co w poważnym stopniu obciąża finansowo zakłady leczenia uzdrawiskowego.

Część II

DZIAŁALNOŚĆ  
MIĘDZYRESORTOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW  
AKTYWACJI SPOŁECZNO-GOSPODARCZEJ  
UZDROWISK



# ZARZĄDZENIE NR 48 PREZESA RADY MINISTRÓW Z DNIA 2 LIPCA 2003 ROKU

w sprawie utworzenia Międzyresortowego Zespołu  
do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrawisk

Na podstawie art. 12 ust. 1 pkt 3 i ust. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 199) zarządza się, co następuje:

## § 1

1. Tworzy się Międzyresortowy Zespół do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrawisk, zwany dalej „Zespołem”.
2. Zespół jest organem doradczym Rady Ministrów.

## § 2

1. Zadaniem Zespołu jest przygotowanie zintegrowanego programu rozwoju uzdrawisk, ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych.
2. Do zadań Zespołu należy w szczególności:
  - 1) dokonanie przeglądu regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania uzdrawisk, zdefiniowanie barier rozwoju uzdrawisk i określenie sposobów ich likwidacji; opracowanie projektu systemu prawno-ekonomicznego, stymulującego rozwój uzdrawisk;
  - 2) przygotowanie koncepcji prywatyzacji zakładów lecznictwa uzdrawiskowego;
  - 3) przygotowanie propozycji działań, zmierzających do skutecznego zarządzania zasobami ludzkimi, związanymi z działalnością uzdrawiskową, w tym turystyczną oraz promowanie nowych form zatrudnienia;
  - 4) określenie możliwości, form i zakresu wzbogacania podstawowych funkcji uzdrawiska o funkcję wypoczynkowo-turystyczną;
  - 5) przygotowanie propozycji kierunków i zakresu finansowego wsparcia uzdrawisk, z uwzględnieniem Sektorowych Programów Operacyjnych i Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego.

### § 3

1. W skład Zespołu wchodzi:

- 1) przewodniczący – przedstawiciel ministra właściwego do spraw turystyki;
- 2) wiceprzewodniczący – przedstawiciel ministra właściwego do spraw skarbu państwa;
- 3) wiceprzewodniczący – przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia,
- 4) członkowie w randze podsekretarza stanu, wyznaczeni przez:
  - a) ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
  - b) ministra właściwego do spraw środowiska;
  - c) ministra właściwego do spraw transportu;
  - d) ministra właściwego do spraw rozwoju wsi.
  - e) sekretarz – wyznaczony przez przewodniczącego.

2. Przewodniczący może zapraszać do udziału w pracach Zespołu inne osoby, w tym przedstawiciele zainteresowanych organów administracji publicznej, instytucji i organizacji, a także ekspertów.

### § 4

1. Posiedzenia Zespołu zwołuje przewodniczący z własnej inicjatywy lub na wniosek wiceprzewodniczącego.

2. Z posiedzeń Zespołu sporządza się protokół.

### § 5

1. W celu realizacji zadań Zespół współdziała z organami administracji rządowej i samorządem terytorialnym oraz organizacjami pozarządowymi, działającymi na rzecz rozwoju gmin z uzdrowiskami.

2. Przewodniczący może zlecać opracowanie ekspertyz, niezbędnych do realizacji zadań Zespołu.

### § 6

Tryb pracy Zespołu określa regulamin uchwalony przez Zespół.

### § 7

1. Opracowanie będące realizacją zadań wymienionych w § 2 ust. 2 przewodniczący Zespołu przedstawi do dnia 31 grudnia 2003 r. właściwym ministrom, o których mowa w § 3 ust. 1.

2. Sprawozdania z realizacji zadań Zespołu przewodniczący przedstawia Radzie Ministrów za pośrednictwem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej.



## § 8

Obsługę prac Zespołu zapewnia Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej.

## § 9

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

# **SPRAWOZDANIE Z PRAC MIĘDZYRESORTOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW AKTYWIZACJI SPOŁECZNO-GOSPODARCZEJ UZDROWISK**

## **1. Podstawa prawna powołania Zespołu.**

Międzyresortowy Zespół do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk, zwany dalej Zespołem, został powołany zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 lipca 2003 r. w sprawie utworzenia Międzyresortowego Zespołu do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk, jako organ doradczy Rady Ministrów, na podstawie art. 12 ust. 1 pkt 3 i ust. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 roku o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 199, Nr 80, poz. 717 oraz z 2004 r. Nr 238, poz. 2390).

## **2. Cel działania Zespołu.**

Zadaniem Zespołu było przygotowanie zintegrowanego programu rozwoju uzdrowisk, ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych.

Do zadań Zespołu należało w szczególności:

1. dokonanie przeglądu regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania uzdrowisk, zdefiniowanie barier rozwoju uzdrowisk i określenie sposobu ich likwidacji oraz opracowanie projektu systemu prawno-ekonomicznego stymulującego rozwój uzdrowisk,
2. przygotowanie koncepcji prywatyzacji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego,
3. przygotowanie propozycji działań, zmierzających do skutecznego zarządzania zasobami ludzkimi, związanymi z działalnością uzdrowiskową, w tym turystyczną, oraz promowania nowych form zatrudnienia,

4. określenie możliwości form i zakresu wzbogacania podstawowych funkcji uzdrowiska o funkcję wypoczynkowo-turystyczną,

5. przygotowanie propozycji kierunków i zakresu finansowego wsparcia uzdrowisk z uwzględnieniem sektorowych programów operacyjnych i Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego.

### **3. Skład i organizacja prac Zespołu.**

W skład Zespołu powołani zostali niżej wymienieni przedstawiciele ministerstw właściwych do spraw: turystyki, skarbu państwa, zdrowia, finansów publicznych, środowiska, transportu i rozwoju wsi:

1. **Pani Małgorzata Okońska-Zaremba** – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej – Przewodnicząca Zespołu (od marca 2004 r. – **Pan Marek Szczepański**, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Gospodarki i Pracy),

2. **Pani Ewa Kralkowska** – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Wi-  
ceprzewodnicząca.

Od sierpnia 2004 r. – **Pan Paweł Sztwiertnia** – Podsekretarz Stanu w MZ.

Od 30 listopada 2004 r. - **Pan Zbigniew Podraza** – Sekretarz Stanu w MZ.

3. **Pan Krzysztof Szamałek**, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Środowiska.

Od 18 listopada 2004 r. – **Pan Andrzej Mizgajski**, Podsekretarz Stanu w MŚ,

4. **Pan Piotr Sawicki**, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów,

5. **Pan Józef Woźniakowski**, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Skarbu Państwa.

Od sierpnia 2004 r. – **Pan Dariusz Marzec** Podsekretarz Stanu w MSP,

6. **Pan Witold Górski**, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Infrastruktury,

7. **Pan Andrzej Chodkowski**, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Od grudnia 2003 r. – **Pani Daria Oleszczuk**, Podsekretarz Stanu w MRiRW.

8. **Pani Elżbieta Wyrwicz**, Dyrektor Departamentu Turystyki w Ministerstwie Gospodarki i Pracy – Sekretarz Zespołu.

Prace Międzyresortowego Zespołu do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk realizowane były podczas posiedzeń plenarnych oraz w pięciu podzespołach roboczych, zajmujących się poszczególnymi zadaniami, wymienionymi w zarządzeniu. Za prace każdego z podzespołów odpowiedzialne były resorty i instytucje, zgodnie z ich kompetencjami w zakresie realizowanych zadań:

- 1) podzespól I – wiodące Ministerstwo Zdrowia,
- 2) podzespól II – wiodące Ministerstwo Skarbu Państwa,
- 3) podzespól III – wiodące Ministerstwo Gospodarki i Pracy,
- 4) podzespól IV – wiodąca Polska Organizacja Turystyczna,
- 5) podzespól V – wiodąca Polska Agencja Rozwoju Turystyki S.A.

**Skład podzespołów stanowi załącznik nr I do niniejszego sprawozdania.**

Posiedzenia plenarne Zespołu odbyły się w dniach 15 i 30 lipca 2003 r., 10 i 18 grudnia 2003 r., 22 i 30 września 2004 r., 6 października 2004 r. i 18 listopada 2004 r.

W posiedzeniach plenarnych Zespołu brali udział także przedstawiciele instytucji rządowych i organizacji pozarządowych, związanych z branżą turystyczną i uzdrowską (Załącznik I).

Koordynatorem prac Zespołu było Ministerstwo Gospodarki i Pracy (dawne MGPIPS).

#### **4. Rezultaty prac Zespołu.**

Mając na uwadze rozwój uzdrowisk, a przede wszystkim dbałość o dostęp obywateli polskich do prawidłowo funkcjonującego lecznictwa uzdrowskiego, Zespół określił na pierwszym posiedzeniu plenarnym w dniu 15 lipca 2003 r. priorytetowe zadania do realizacji. Należały do nich w szczególności :

- przegląd regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania uzdrowisk oraz opracowanie przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej ustawy o uzdrowskach, obszarach ochrony uzdrowskiej, lecznictwie uzdrowskim i gminach uzdrowskich oraz o zmianie niektórych ustaw,
- opracowanie projektu koncepcji prywatyzacji zakładów lecznictwa uzdrowskiego.

**W wyniku prac Zespołu zrealizowano następujące zadania:**

**Dokonano przeglądu regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania uzdrowsk** (m.in.: ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowskach i lecznictwie uzdrowskim (Dz. U. Nr 23, poz. 150 z późn. zm.), ustawa z dnia 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody (Dz. U. 92, poz. 880, ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. Nr 27, poz. 96 z późn. zm.), ustawa z dnia 3 lutego 1995 r. o ochronie gruntów rolnych i leśnych (Dz. U. z 2004 r. Nr 121, poz. 1266), ustawa z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (Dz. U. Nr 80, poz. 717 oraz z 2004 Nr 6, poz. 41, Nr 141, poz. 1492).

W związku z tym, iż ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowskach i lecznictwie uzdrowskim nie przystaje do współczesnych realiów przygo-

towano rządowy projekt ustawy o uzdrowiskach, obszarach ochrony uzdrowiskowej, lecznictwie uzdrowiskowym i gminach uzdrowiskowych oraz o zmianie niektórych innych ustaw. Ustawa ta została przyjęta przez Sejm w dniu 8 stycznia 2004 roku, lecz odrzucona w całości przez Senat.

Niezbędne jest więc pilne opracowanie nowych projektów ustaw, które będą uwzględniały zarówno problematykę rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego jak i możliwości funkcjonowania gmin uzdrowiskowych.

Obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad kolejnym projektem ustawy. Zgodnie z decyzją kierownictwa resortu będzie się on odnosił tylko do funkcjonowania uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego.

Regulacje dotyczące funkcjonowania gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska będą zawarte w odrębnym akcie prawnym przygotowanym przez Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

**Przeгляд regulacji prawnych pozwala na stwierdzenie, iż najważniejszymi barierami prawnymi utrudniającymi funkcjonowanie i rozwój uzdrowisk oraz gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska są:**

1. Dotychczasowy brak aktualnych rozwiązań prawnych regulujących funkcjonowanie uzdrowisk (ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym).

2. Obowiązek uzgadniania z ministrem właściwym do spraw zdrowia warunków lokalizacji inwestycji celu publicznego w przypadku braku lokalnego planu zagospodarowania przestrzennego na podstawie ustawy z dnia 27 marca 2003r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym.

3. Konieczność wnoszenia należności i opłat rocznych oraz jednorazowych odszkodowań w razie dokonania przedwczesnego wyrębu drzewostanu w uzdrowiskach określonych w ustawie z dnia 3 lutego 1995 roku o ochronie gruntów rolnych i leśnych;

4. Słaba kondycja finansowa spółek uzdrowiskowych, uniemożliwiająca podejmowanie działań prorozwojowych, nawet współfinansowanych ze źródeł zewnętrznych.

**Zespół opracował także koncepcję prywatyzacji spółek uzdrowiskowych.**

Przy opracowywaniu koncepcji, mając na uwadze potrzeby wynikające w tym zakresie z polityki zdrowotnej państwa, za której realizację odpowiada Minister Zdrowia, jako główne cele przyjęto:

- zachowanie profilu spółek, utrzymanie funkcji uzdrowiskowo-leczniczych i ochrona zasobów naturalnych, występujących w uzdrowisku,
- pozyskanie środków na ich rozwój.

**Założono, że procesowi prywatyzacji nie podlegają zasoby kopalin leczniczych.**

Założono także, iż proces prywatyzacyjny powinien przebiegać w taki sposób, aby wywrzeć jak najbardziej korzystny wpływ na rozwój infrastruktury w gminach uzdrowiskowych, co powinno doprowadzić do ich aktywizacji gospodarczej.

Biorąc pod uwagę założone cele procesu prywatyzacji spółek uzdrowiskowych zaproponowano dokonanie podziału spółek uzdrowiskowych na trzy zasadnicze grupy:

**I. Spółki uzdrowiskowe wyłączone z prywatyzacji.**

W grupie tej powinny znaleźć się spółki uzdrowiskowe prowadzące pełen profil leczniczy, posiadające większość rodzajów tworzyw leczniczych lub takie, które są unikalne w skali kraju, a nawet Europy. Jest to grupa spółek o szczególnym znaczeniu dla lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce, a jej wyłączenie z prywatyzacji podyktowane jest koniecznością zabezpieczenia interesów ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego.

**II. Spółki uzdrowiskowe, wymagające indywidualnej ścieżki prywatyzacyjnej, z wyłączeniem prywatyzacji złóż kopalin leczniczych.**

Do grupy drugiej powinny zostać zaliczone spółki uzdrowiskowe, które z uwagi na swoje położenie i znaczenie dla miejscowości, w których są usytuowane oraz przez wzgląd na unikalne zasoby naturalne, wymagają indywidualnego podejścia do prywatyzacji.

Istotne znaczenie ma w tej grupie utrzymanie wpływu Skarbu Państwa na działalność prywatyzowanych spółek przez okres co najmniej 5 lat od momentu prywatyzacji, toteż zbywanie akcji powinno następować stopniowo, w pakietach.

**III. Spółki uzdrowiskowe, które powinny być sprywatyzowane poprzez zbycie akcji/ udziałów stanowiących własność Skarbu Państwa.**

Grupę tę stanowią będą spółki nie zaliczone do żadnej z powyższych grup. Poddanie ich prywatyzacji odbędzie się przy zachowaniu maksymalnej staranności, z zastrzeżeniem kontynuacji działalności leczniczej i wyłączenia z procesu prywatyzacji zasobów kopalin leczniczych.

Zaszeregowanie poszczególnych spółek uzdrowiskowych do jednej z w/w grup powinno nastąpić na podstawie szczegółowej analizy, według następujących kryteriów:

- sytuacja finansowo-ekonomiczna spółek (w tym zatrudnienie),
- sytuacja prawna spółek, zwłaszcza w zakresie stosunków właścicielskich (m.in. rozpatrzenie ewentualnych roszczeń reprivatyzacyjnych),
- wielkość oraz ilość posiadanych i wykorzystywanych przez spółki zasobów tworzyw leczniczych, takich jak wody mineralne, wody lecznicze, borowiny,

- profile lecznicze prowadzone przez spółki,
- możliwość rozwoju profilu rehabilitacyjnego,
- wielkość spółek i rozmiary prowadzonych przez nie działalności,
- rozmiar posiadanej bazy technicznej uzdrowisk, w tym przede wszystkim ilość posiadanych urządzeń leczniczych, takich jak łożnie, parki uzdrowiskowe, itp.

**Należy podkreślić, iż w swoich pracach nad przyjęciem projektu koncepcji prywatyzacji spółek lecznictwa uzdrowiskowego Zespół oparł się na propozycji przedstawionej przez Ministerstwo Skarbu Państwa, zaakceptowanej przez Ministerstwo Zdrowia, nie analizując szczegółowych materiałów i danych, dotyczących poszczególnych uzdrowisk.**

### **Fundusz celowy**

Mając na uwadze potrzeby inwestycyjne spółek uzdrowiskowych, Zespół proponuje przeznaczenie części wpływów z prywatyzacji spółek uzdrowiskowych grupy II i III na zasilenie **funduszu celowego** pod nazwą **Fundusz Restrukturyzacji Przedsiębiorców**, utworzonego zgodnie z art. 56 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji (Dz. U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1397, z późn. zm.). Powyższe środki z prywatyzacji uzdrowisk przeznaczone będą na dokonywanie inwestycji w posiadaną bazę zabiegową i hotelową spółek uzdrowiskowych, które będą wyłączone z prywatyzacji (grupa I), głównie na modernizację zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

Zasady funkcjonowania i korzystania ze środków tego funduszu zostaną sformułowane tak, by na potrzeby inwestycyjne spółek uzdrowiskowych, wyłączonych z prywatyzacji została przeznaczona kwota nie niższa niż wpływy z prywatyzacji uzdrowisk przekazane na ten fundusz.

Minister Skarbu Państwa uzgodni z Ministrem Zdrowia i Ministrem Finansów wskaźnik odpisu wpływów z prywatyzacji uzdrowisk na Fundusz Restrukturyzacji Przedsiębiorców i po zatwierdzeniu przez Zespół „Zintegrowanego Programu Rozwoju Uzdrowisk ze Szczególnym Uwzględnieniem Usług Turystycznych” wystąpi z wnioskiem o dokonanie stosownych zmian w ustawie z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji.

Podstawą określenia kwot niezbędnych do zasilenia funduszu będzie program modernizacji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowany przez Ministra Skarbu Państwa.

Wysokość środków z prywatyzacji, które zostaną przeznaczone na zasilenie funduszu byłaby ustalona w oparciu o:

- planowane koszty modernizacji spółek uzdrowiskowych (gr. I) wyłączonych z prywatyzacji,
- inne potrzeby finansowe tych spółek,

– wysokość kwot wydzielonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla tej grupy spółek uzdrowiskowych.

Zdaniem Ministerstwa Skarbu Państwa realizacja zakładanej w tym programie koncepcji prywatyzacji spowoduje skutki dla sektora finansów publicznych w postaci zmniejszenia wpływów z prywatyzacji na kwotę maksymalnie 200 mln PLN.

Ministerstwo Skarbu Państwa nie planuje ponoszenia dodatkowych nakładów na działania związane z realizacją programu prywatyzacji.

Natomiast dokładne wyliczenie efektów uzależnione jest od wielkości środków przeznaczonych na fundusz celowy. Im większe środki, tym większe spodziewane efekty w postaci:

– wzrostu wpływów podatkowych zarówno gmin (w podatku od nieruchomości, udział w PIT i CIT), jak i budżetu państwa (wzrost wpływów w PIT i CIT),

– mniejszych wydatków gmin na pomoc społeczną oraz zasiłki dla bezrobotnych,

– wzrostu zatrudnienia w uzdrowiskach, co spowoduje spadek bezrobocia w tych regionach, gdzie poziom bezrobocia jest wysoki,

– wzrostu wartości posiadanego przez spółki majątku, a tym samym wartość samych spółek, których jedynym akcjonariuszem jest Skarb Państwa.

Ponadto w wyniku prac Zespołu **określono możliwości wzbogacenia podstawowych funkcji uzdrowiska (leczenie, rehabilitacja, profilaktyka) o funkcję wypoczynkowo-turystyczną, z uwzględnieniem roli promocji.**

Podkreślono, że w Polsce, zgodnie z tendencjami światowymi, wzrasta rola uzdrowisk jako celu wyjazdów urlopowych (głównie krótkoterminowych) w celu poprawy kondycji fizycznej i duchowej.

Podstawowym zadaniem dla branży turystycznej jest wykreowanie produktów turystycznych, które stanowią gotową do sprzedaży ofertę turystyczną składającą się z usług i towarów ułatwiających wypoczynek, rehabilitację, regenerację i profilaktykę zdrowotną z uwzględnieniem obszarów wiejskich.

**Polska Organizacja Turystyczna jako organ koordynujący promocję polskiej turystyki w kraju i za granicą planuje podjęcie następujących zadań w zakresie promocji i rozwoju polskich uzdrowisk i turystyki uzdrowiskowej:**

– kreowanie wizerunku uzdrowisk jako kurortów,

– tworzenie ogólnopolskiej strategii rozwoju i promocji uzdrowisk polskich,

– realizację wydawnictw promujących poszczególne uzdrowiska i turystykę uzdrowiskową,

– udział uzdrowisk w stoiskach organizowanych przez Polską Organizację Turystyczną na targach turystycznych krajowych i zagranicznych,

– organizację imprez studyjnych dla dziennikarzy i touroperatorów krajowych i zagranicznych, organizację szkoleń, seminariów i konferencji, prowadze-

nie badań i analiz marketingowych w dziedzinie turystyki uzdrowiskowej, włączając turystykę na obszarach wiejskich,

- włączenie uzdrowisk i ich produktów turystyczno-uzdrowiskowych do systemu informacji turystycznej,
- pomoc w realizacji projektów inwestycyjnych w dziedzinie turystyki uzdrowiskowej.

**Przygotowano również propozycje kierunków i zakresu finansowego wsparcia uzdrowisk** z uwzględnieniem sektorowych programów operacyjnych i Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego przyjętego rozporządzeniem Ministerstwa Gospodarki i Pracy z dnia 1 lipca 2004 r. w sprawie przyjęcia Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego 2004–2006 r. (Dz. U. Nr 166, poz. 1745) uwzględniając poprawę skuteczności wsparcia finansowego gmin i spółek uzdrowiskowych, w tym z funduszy strukturalnych w okresie 2004–2006.

W trakcie prac Zespołu stwierdzono, iż w przygotowywanych obecnie programach operacyjnych nie ma żadnych preferencji dla przedsięwzięć wspierających rozwój polskich uzdrowisk i gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska. W ZPORR nie wydzielono obszarów uzdrowiskowych jako terenów szczególnego wsparcia – tak jak uczyniono to w stosunku do obszarów przemysłów restrukturyzowanych, obszarów poprzemysłowych, powojskowych i miejskich.

Gminy, na terenie których funkcjonują uzdrowiska mogą realizować projekty inwestycyjne, nastawione na rozwój funkcji leczniczo-wypoczynkowych na zasadach ogólnych, w ramach dwóch działań Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego: tj.: Działania 1.4. „Rozwój turystyki i kultury” oraz Działania 3.1. „Obszary wiejskie”.

Należy podkreślić, iż w wyniku działań podjętych przez Zespół, dla zwiększenia szans gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska na uzyskanie dofinansowania z funduszy strukturalnych w latach 2004–2006 wprowadzono w Uzupelnieniu ZPORR w Działaniu 1.4. i Działaniu 3.1. do grupy projektów – **„projekty inwestycyjne gmin uzdrowiskowych nastawionych na rozwój funkcji leczniczo-wypoczynkowych”**.

Ponadto w wyniku prac Zespołu zmodyfikowano zapisy dotyczące zasad korzystania z dofinansowania przez podmioty opieki zdrowotnej w ramach uzupełnienia ZPORR – poddziałania: **1.3.2 „Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia”** oraz **3.5.2. „Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia”**.

W ramach wyżej wymienionych działań wsparcie mogą uzyskać zakłady opieki zdrowotnej, działające w publicznym systemie ochrony zdrowia, tzn. posiadające umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.



W wyniku szerokich konsultacji i prac Zespołu w „Zintegrowanym Programie Rozwoju Uzdrowisk, ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych” zostały określone najważniejsze działania niezbędne dla wsparcia uzdrowisk i gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.

**Najważniejsze działania rządu Rzeczypospolitej Polskiej podejmowane we współpracy z instytucjami rządowymi i organizacjami pozarządowymi działającymi w turystyce, niezbędne dla wsparcia uzdrowisk i gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska, określone w „Zintegrowanym Programie Rozwoju Uzdrowisk ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych”.**

### **I. Uwarunkowania prawne funkcjonowania uzdrowisk**

**Działanie 1: Przygotowanie i przyjęcie przez Radę Ministrów projektu ustawy normującej funkcjonowanie uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego.**

**Cel działania:** umożliwienie prawidłowego funkcjonowania uzdrowisk i podmiotów gospodarczych, prowadzących lecznictwo uzdrowiskowe

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Zdrowia.

**Harmonogram działań:** IV kwartał 2004 r. - I kw. 2005 r.

**Działanie 2: Przygotowanie i przyjęcie przez Radę Ministrów projektu regulacji normującej funkcjonowanie gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.**

**Cel działania:** usunięcie barier i spowodowanie rozwoju gospodarczego gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy we współpracy z Ministerstwem Finansów.

**Sposób realizacji:**

a. określenie kondycji finansowej gmin uzdrowiskowych w oparciu o dane z 2003 roku – Ministerstwo Finansów – IV kw. 2004 r. – I kw. 2005 r.,

b. opracowanie projektu aktu prawnego dotyczącego funkcjonowania gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska – II kw. 2005 r.

**Harmonogram działań:** IV kw. 2004 r. – II kw. 2005 r.

**Działanie 3: Opracowanie i wdrożenie nowych zasad dotyczących możliwości obniżenia opłat za wyłączenie z produkcji gruntów leśnych pod inwestycje turystyczne w gminach, na terenie których znajdują się uzdrowiska.**

**Cel działania:** obniżenie kosztów inwestycji w gminach, w których znajdują się uzdrowiska, rozwój infrastruktury uzdrowiskowej, przyczyniający się do wzrostu atrakcyjności miejscowości uzdrowiskowych.

**Sposób realizacji:** dochodzenie do rozwiązań systemowych w trybie obowiązujących przepisów o ochronie gruntów leśnych, na podstawie wspólnych uzgod-

nień. Ministerstwa Gospodarki i Pracy, Ministerstwa Środowiska i Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Środowiska we współpracy ze Stowarzyszeniem Gmin Uzdrowiskowych RP oraz Ministerstwem Gospodarki i Pracy.

**Harmonogram działań:** I kwartał 2005 r. – przygotowanie propozycji rozwiązań systemowych, ewentualna nowelizacja przepisów ustawy z dnia 3 lutego 1995 r. o ochronie gruntów rolnych i leśnych (I połowa 2005 r.).

**Działanie nr 4: Usunięcie bariery związanej z obowiązkiem uzgadniania decyzji lokalizacyjnej z Ministrem Zdrowia,** zawartej w ustawie z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym.

**Cel działania:** uproszczenie formalności związanych z realizacją inwestycji budowlanych na terenie gmin uzdrowiskowych.

**Sposób realizacji:** Ministerstwo Infrastruktury przygotowało projekt ustawy o zagospodarowaniu przestrzennym gmin, który został przyjęty przez Radę Ministrów.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Infrastruktury

## II. Prywatyzacja spółek uzdrowiskowych.

**Działanie 5: Opracowanie procedury przygotowawczej, niezbędnej dla wdrożenia koncepcji prywatyzacji spółek uzdrowiskowych.**

**Cel działania:** prywatyzacja zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, uzyskanie środków z prywatyzacji uzdrowisk na dofinansowanie spółek uzdrowiskowych, które będą wyłączone z prywatyzacji.

**Sposób realizacji:** Uzgodnienie w oparciu o potrzeby modernizacyjne spółek uzdrowiskowych grupy I i wysokość środków uzyskanych z NFZ dla tej grupy spółek proponowanej stawki odpisów z przychodów z prywatyzacji spółek uzdrowiskowych na Fundusz Restrukturyzacji Przedsiębiorców.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Skarbu Państwa w ścisłej współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Finansów.

**Harmonogram działań:** do końca I kwartału 2005 r.

## III. Wykorzystanie funduszy strukturalnych na rozwój uzdrowisk i gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.

**Działanie 6: Upowszechnienie wśród środowiska uzdrowisk i gmin, w których znajdują się uzdrowiska, wiedzy na temat możliwości, zasad i sposobów wykorzystania środków z funduszy strukturalnych.**

**Cel działania:** Lepsza absorpcja funduszy strukturalnych, umożliwiająca rozwój uzdrowisk i gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.

**Sposób realizacji:** przygotowanie i wdrożenie kompleksowego programu dla spółek uzdrowskowych i samorządu terytorialnego.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy we współpracy z Polską Agencją Rozwoju Turystyki S.A.

**Harmonogram działań:** 2005 r.

**Źródła finansowania:** MGiP, urzędy marszałkowskie, gminy, w których znajdują się uzdrowiska i inne źródła.

**Działanie 7: Uwzględnienie specyfiki rozwoju turystyki w gminach, na terenie których funkcjonują uzdrowiska** poprzez umieszczenie odpowiednich zapisów w projekcie Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013.

**Cel działania:** zwiększenie dostępności do funduszy strukturalnych oraz rozwój gospodarczy uzdrowisk i gmin, w których funkcjonują uzdrowiska.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy

**Sposób realizacji:** Przygotowanie projektu zapisów w oparciu o szerokie konsultacje z organizacjami, reprezentującymi uzdrowiska i gminy, na terenie których zlokalizowane są uzdrowiska.

**Harmonogram działań:** IV kw. 2004 r. – I kw. 2005 r.

#### **IV. Promocja polskich uzdrowisk i turystyki uzdrowskowej.**

**Działanie 8: Przygotowanie konkurencyjnych produktów turystycznych.**

**Cel działania:** zwiększenie konkurencyjności polskiej turystyki na rynku krajowym i zagranicznym.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy we współpracy z Polską Organizacją Turystyczną (działania realizowane głównie przez Regionalne i Lokalne Organizacje Turystyczne).

**Sposób realizacji:** m.in. opracowywanie planów i programów budowy zintegrowanych produktów miejsca oraz systemów regionalnych sieci turystycznych o spójnym charakterze i określonym standardzie usług. Działanie wspomże także aktywizację procesów powstawania i rozwoju produktów lokalnych, w tym wyrobów kulinarnych i rzemieślniczych, produktów o oryginalnym charakterze, atrakcyjnych dla grup potencjalnych nabywców.

**Harmonogram działań:** 2005 r.

**Źródła finansowania:** budżety samorządów terytorialnych oraz regionalnych i lokalnych organizacji turystycznych.

**Działanie 9: Zabezpieczenie w budżecie państwa środków finansowych (2 mln PLN rocznie) na promocję polskich uzdrowisk i turystyki uzdrowskowej w Polsce.**

**Cel działania:** rozwój promocji polskich uzdrowisk i turystyki uzdrowskowej.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

**Sposób realizacji:** przygotowanie propozycji do uzgodnienia w trakcie prac nad budżetem Ministerstwa Gospodarki i Pracy na 2006 rok.

**Harmonogram działań:** I – II kw. 2005 r.

Zintegrowany Program Rozwoju Uzdrowisk, ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych został przyjęty przez Międzyresortowy Zespół do spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk.

Opracowano w Departamencie Turystyki  
Ministerstwa Gospodarki i Pracy

### **Załącznik nr I**

Skład osobowy podzespołów roboczych biorących udział w pracach Międzyresortowego Zespołu do spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej uzdrowisk

#### **Podzespół I:**

wiodące – Ministerstwo Zdrowia

Pani Maria Łaniewska – Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego, Ministerstwo Zdrowia.

Pani Alicja Koebe-Ciesek – Naczelnik Wydziału Systemu Finansowania Gmin, Departament Finansów Samorządu Terytorialnego, Ministerstwo Finansów.

Pani Jadwiga Stachowiak – Główny Specjalista, Departament Geologii i Koncesji Geologicznych Zespół Hydrologii, Ministerstwo Środowiska.

Pan Andrzej Chwas – Naczelnik Wydziału, Departament Nadzoru Właścicielskiego II, Ministerstwo Skarbu Państwa.

#### **Podzespół II:**

wiodące – Ministerstwo Skarbu Państwa

Pan Zbigniew Gryglas – Zastępca Dyrektora Departamentu Nadzoru Właścicielskiego II, Ministerstwo Skarbu Państwa.

Pani Elżbieta Wyrwicz – Dyrektor Departamentu Turystyki – Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

Pan Marian Kucharski – Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Regionalnej i Rolnictwa – Ministerstwo Finansów.

Pani Dagmara Korbasińska – Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia.

### **Podzespół III:**

wiodące – Ministerstwo Gospodarki i Pracy

Pani Anna Świebocka-Nerkowska – Zastępca Dyrektora Departamentu Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego, Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

Pani Ewa Wróbel – Naczelnik Wydziału Departamentu Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego – Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

Pani Elżbieta Biłobran-Uberman – Koordynator Departamentu Dialogu Społecznego, Ministerstwo Zdrowia.

Pan Krzysztof Mosiej – Departament Nadzoru Właścicielskiego II, Ministerstwo Skarbu Państwa.

Pani Helena Pietrachowicz – Główny Specjalista, Departament Turystyki, Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

### **Podzespół IV:**

wiodąca: Polska Organizacja Turystyczna

Pan Andrzej Kozłowski – Prezes Polskiej Organizacji Turystycznej

Pan Wojciech Kodłubański – Wiceprezes Polskiej Organizacji Turystycznej.

Pani Krystyna Dąbkowska – Główny Specjalista, Departament Rozwoju Wsi, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

Pani Grażyna Rosińska – Ministerstwo Zdrowia.

Pani Mariola Jaczewska-Pielaszek – Departament Nadzoru Właścicielskiego II, Ministerstwo Skarbu Państwa.

### **Podzespół V:**

wiodąca: Polska Agencja Rozwoju Turystyki S.A.

Pan Jacek Dębis – Menadżer Projektu, Polska Agencja Rozwoju Turystyki S.A.

Pan Marek Żukowski – Polska Agencja Rozwoju Turystyki S.A.

Pan Leszek Krzykowski – Główny Specjalista, Ministerstwo Finansów.

Pani Jadwiga Jaworska – Główny Specjalista, Ministerstwo Zdrowia.

Pan Janusz Pretzel – Departament Nadzoru Właścicielskiego II, Ministerstwo Skarbu Państwa.

Pani Olga Piekarzewska – Naczelnik Wydziału Strategii, Współpracy Regionalnej i Programów Pomocowych, Departament Turystyki, Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

W posiedzeniach plenarnych Zespołu brali udział także przedstawiciele instytucji rządowych i organizacji pozarządowych, związanych z branżą turystyczną i uzdrowską, m.in.:

Pan Bogdan Błaszczuk – Poseł na Sejm RP

Pan Krzysztof Ciesielski – Asystent Ministra Krzysztofa Szamałka, Ministerstwo Środowiska

Pani Teresa Poławska – Radca Ministra, Ministerstwo Finansów  
Pani Jolanta Sielicka – Prezes Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie”  
Pan dr Tadeusz Burzyński – Instytut Turystyki w Krakowie Sp. z o.o.  
Pan Jan Golba – Prezes Zarządu Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP  
Pan Wojciech Gucma- Prezes Zarządu „Unii Uzdrowisk Polskich”  
Pan Grzegorz Łoza – „Unia Uzdrowisk Polskich”.

MIĘDZYRESORTOWY ZESPÓŁ DO SPRAW AKTYWIZACJI  
SPOŁECZNO-GOSPODARCZEJ UZDROWISK

ZINTEGROWANY PROGRAM  
ROZWOJU UZDROWISK  
ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM  
USŁUG TURYSTYCZNYCH

Warszawa, dnia 7 stycznia 2005 roku

Projekt „Zintegrowanego programu rozwoju uzdrowisk, ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych” przygotowano w Departamencie Turystyki Ministerstwa Gospodarki i Pracy w oparciu o materiały, opracowane przez członków Międzyresortowego Zespołu do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk, powołanego przez Prezesa Rady Ministrów zarządzeniem nr 48 z dnia 2 lipca 2003 r.

Prace Zespołu realizowane były na posiedzeniach plenarnych oraz w pięciu podzespołach roboczych, nadzorowanych przez resorty i instytucje, zgodnie z ich kompetencjami w zakresie realizowanych zadań:

**1) podzespół I** (wiodące – Ministerstwo Zdrowia) – mający na celu dokonanie przeglądu regulacji prawnych, dotyczących funkcjonowania uzdrowisk, zdefiniowanie barier rozwoju uzdrowisk i określenie sposobów likwidacji tych barier; opracowanie projektu systemu prawno-ekonomicznego, stymulującego rozwój uzdrowisk,

**2) podzespół II** (wiodące – Ministerstwo Skarbu Państwa) – mający na celu przygotowanie koncepcji prywatyzacji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego,

**3) podzespół III** (wiodące – Ministerstwo Gospodarki i Pracy) – mający na celu przygotowanie propozycji działań, zmierzających do skutecznego zarządzania zasobami ludzkimi, związanymi z działalnością uzdrowiskową, w tym turystyczną, oraz promowania nowych form zatrudnienia,

**4) podzespół IV** (wiodąca – Polska Organizacja Turystyczna) – mający na celu określenie możliwości, form i zakresu wzbogacenia podstawowych funkcji uzdrowiska o funkcję wypoczynkowo-turystyczną,

**5) podzespół V** (wiodąca – Polska Agencja Rozwoju Turystyki S.A) – mający na celu przygotowanie propozycji kierunków i zakresu finansowego wsparcia uzdrowisk z uwzględnieniem sektorowych programów operacyjnych i Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego.

Podczas ośmiu posiedzeń plenarnych istotny wkład w prace Zespołu wnieśli także przedstawiciele organizacji pozarządowych związanych z branżą turystyczną i uzdrowiskową m.in. Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP, Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie” oraz Unii Uzdrowisk Polskich.

W trakcie prac poszczególnych podzespołów wykorzystane zostały także następujące opracowania:

1. „Kierunki aktywizacji gospodarczej uzdrowisk polskich” – przygotowane przez Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych na zlecenie Ministerstwa Gospodarki i Pracy,

2. „Program budowy krajowego produktu markowego – turystyka uzdrowiskowa” – przygotowane przez Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych na zlecenie Ministerstwa Gospodarki i Pracy,



3. „Koncepcja promocji uzdrowisk i turystyki uzdrowiskowej” – przygotowana przez Polską Organizację Turystyczną,

4. „Propozycje kierunków i zakresu finansowego wsparcia uzdrowisk, z uwzględnieniem sektorowych programów operacyjnych i Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego” – przygotowane przez Polską Agencję Rozwoju Turystyki S.A.

Przewiduje się, iż realizacja zadań „**Zintegrowanego Programu Rozwoju Uzdrowisk, ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych**” nastąpi w okresie od IV kwartału 2004 do końca 2005 roku.

## SPIS TREŚCI

Indeks użytych skrótów .....	155
Wprowadzenie .....	156
I. Uwarunkowania rozwoju uzdrowisk i miejscowości uzdrowiskowych oraz turystyki uzdrowiskowej .....	157
A/ Uwarunkowania międzynarodowe .....	157
B/ Uwarunkowania krajowe .....	160
II. Rola uzdrowisk, usług leczniczych i turystycznych jako elementu rozwoju społeczno-gospodarczego regionu .....	165
III. Problematyka rozwoju gmin uzdrowiskowego .....	167
IV. Regulacje prawne dotyczące funkcjonowania uzdrowisk .....	169
V. Koncepcja prywatyzacji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego .....	171
VI. Możliwości finansowego wsparcia uzdrowisk .....	175
A/ Możliwości wsparcia finansowego rozwoju zasobów ludzkich w uzdrowiskach i gminach uzdrowiskowych .....	175
Fundusze i programy krajowe .....	176
Fundusze strukturalne Unii Europejskiej .....	178
B/ Finansowanie rozwoju polskich uzdrowisk z funduszy strukturalnych UE .....	180
VII. Formy i zakres wzbogacenia podstawowych funkcji uzdrowiska o funkcję wypoczynkowo-turystyczną .....	184
VIII. Podsumowanie .....	186
IX. Najważniejsze działania rządu Rzeczypospolitej Polskiej podejmowane we współpracy z instytucjami rządowymi i organizacjami pozarządowymi działającymi w turystyce, niezbędne dla wsparcia uzdrowisk i gmin na terenie których znajdują się uzdrowiska .....	189
X. Załącznik A – Skład osobowy Zespołu .....	192
Załącznik B – Tabele i wykresy .....	195

### Indeks użytych skrótów

EFS	Europejski Fundusz Społeczny
FP	Fundusz Pracy
GUS	Główny Urząd Statystyczny
MF	Ministerstwo Finansów
MGiP	Ministerstwo Gospodarki i Pracy
MI	Ministerstwo Infrastruktury
MRiRW	Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi
MŚ	Ministerstwo Środowiska
MSP	Ministerstwo Skarbu Państwa
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
LOT	Lokalne Organizacje Turystyczne
PART S.A.	Polska Agencja Rozwoju Turystyki S.A.
PKB	produkt krajowy brutto
POT	Polska Organizacja Turystyczna
ROT	Regionalne Organizacje Turystyczne
SPO RZL	Sektorowy Program Operacyjny Rozwój Zasobów Ludzkich
SPO WKP	Sektorowy Program Operacyjny Wzrost Konkurencyjności Przedsiębiorstw
UM	Urząd Marszałkowski
WTO	Światowa Organizacja Turystyki ( <i>World Tourism Organization</i> )
WTTC	Światowa Rada Podróży i Turystyki ( <i>World Travel and Tourism Council</i> )
ZPORR	Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego



## WPROWADZENIE

Aktualna sytuacja uzdrowisk oraz gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska, jest przedmiotem troski rządu i całej branży turystycznej. Z roku na rok pogarsza się kondycja ekonomiczna wielu podmiotów gospodarki uzdrowiskowej, a infrastruktura lecznicza ulega postępującej degradacji.

W tej sytuacji potrzebne są działania, zmierzające do usuwania regresywnych zjawisk i tworzenia możliwości rozwojowych. Do podstawowych należą kwestie legislacyjne, finansowe i własnościowe. Są to zwłaszcza:

- przygotowanie rozwiązań prawnych, zapewniających prawidłowe funkcjonowanie uzdrowisk i podmiotów lecznictwa uzdrowiskowego,
- przygotowanie rozwiązań prawnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie gmin, na terenie których zlokalizowane są uzdrowiska,
- przyspieszenie rozstrzygnięć prywatyzacyjnych w sprawie spółek Skarbu Państwa,
- opracowanie systemu finansowego wsparcia inwestycji infrastruktury uzdrowiskowo-turystycznej realizowanej przez gminy, na terenie których zlokalizowane są uzdrowiska w celu polepszenia standardu obiektów leczniczych spółek uzdrowiskowych, będących własnością Skarbu Państwa oraz poprawy ich konkurencyjności.

Znaczącą rolę powinno odegrać wykorzystanie bogatych zasobów naturalnych surowców leczniczych polskich uzdrowisk do rozwijania nowoczesnych produktów turystyki zdrowotnej i rekreacyjnej, tworzących polską markę uzdrowiskową. Polskie uzdrowiska powinny przekształcać się w wielofunkcyjne centra zdrowia, turystyki, rekreacji, sportu i kultury, oferując różnorodny program usług dla kuracjuszy i odwiedzających gości.

Ważnym zagadnieniem jest promowanie nowych form zatrudnienia oraz stworzenie programów, kreujących nowe miejsca pracy.

Z uwagi na fakt, iż problematyka, dotycząca rozwoju uzdrowisk, znajduje się w kompetencji różnych resortów, niezbędne było zintegrowane działanie wszystkich resortów we współpracy z instytucjami rządowymi i organizacjami pozarządowymi. Dlatego też Prezes Rady Ministrów RP, zarządzeniem nr 48 z dnia 2 lipca 2003 r., powołał **Międzyresortowy Zespół do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk, którego zadaniem było** przygotowanie „Zintegrowanego Programu Rozwoju Uzdrowisk ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych”.

Zakłada się, iż realizacja zadań „Zintegrowanego Programu...” będzie miała wpływ na zahamowanie dekonjunkury gospodarczej uzdrowisk, przejawiającej się spadkiem:

- przyjazdów pacjentów, kuracjuszy i turystów,
- obrotów handlowych,
- wykorzystania bazy noclegowej,
- zatrudnienia,
- dochodów budżetowych gmin.

**Program niniejszy przewiduje aktywizację gospodarczą uzdrowisk w Polsce poprzez:**

1. Poszerzenie oferty usługowej uzdrowisk dla kuracjuszy w ramach działalności proekologicznej i przyjaznej lecznictwu uzdrowiskowemu w zakresie turystyki i wypoczynku, sportu, rekreacji, rehabilitacji i kultury, zgodnie z zasadami zrównoważonego rozwoju jako podstawy planowania lokalnego. Turystyka powinna stać się atrakcyjnym elementem pobytu uzdrowiskowego z jednej strony, a usługi uzdrowiskowe powinny być stałym i atrakcyjnym elementem pobytów turystycznych z drugiej.

2. Powiązanie rozwoju gospodarczego uzdrowiska z rozwojem lokalnym i regionalnym (w tym szczególnie aktywizacja obszarów wiejskich).

3. Uruchomienie instrumentów prawnych, ekonomicznych i społecznych na rzecz rozwoju działalności uzdrowiskowej i turystycznej.

## **I. UWARUNKOWANIA ROZWOJU UZDROWISK I MIEJSCOWOŚCI UZDROWISKOWYCH ORAZ TURYSTYKI UZDROWISKOWEJ**

### **A/ Uwarunkowania międzynarodowe**

Według Światowej Organizacji Turystyki (WTO) podróże i turystyka mają największy udział w tworzeniu produktu krajowego brutto oraz kreowaniu miejsc pracy. Turystyka posiada potencjał mogący zmieniać struktury społeczne oraz jakość życia. Na jej rozwój stawia coraz więcej państw. Turystyka ma bezpośredni wpływ na rozwój w sektorach: hotelarskim, gastronomicznym, transportowym, biur podróży, uzdrowiskowym, a także pośrednio w takich dziedzinach gospodarki jak m.in.: usługi, przemysł rolno-spożywczy, budownictwo, produkcja sprzętu i ekwipunku sportowo-turystycznego, sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego, wyposażenie wnętrz, infrastruktura drogowa, sektor bankowy i ubezpieczeniowy.

Według danych, opublikowanych przez WTO i Światową Radę Podróży i Turystyki (WTTC), gospodarka turystyczna daje:

- ok. 11% zatrudnienia, stając się jednym z największych pracodawców na świecie,
- ponad 10% światowych wpływów podatkowych,
- ponad 10% nakładów inwestycyjnych.

Wysoki przyrost ruchu turystycznego w skali światowej jest wynikiem pomyśl-

nego rozwoju gospodarczego, stabilizacji politycznej oraz szybkiego rozwoju środków transportu, w tym przede wszystkim motoryzacji indywidualnej. Turystyka traktowana jest jako niewidzialny eksport towarów i usług oraz źródło znacznych dochodów, mających istotne znaczenie w kształtowaniu bilansu płatniczego wielu krajów. Kapitał przeznaczany na inwestycje w turystyce odznacza się wysoką stopą wzrostu i szybkiego zwrotu. Przyjmuje się, że w skali światowej czas zwrotu zainwestowanych środków finansowych w turystyce wynosi średnio od 6 do 10 lat, co sprawia, że inwestycje w usługi turystyczne wykazują bardzo wysoką dynamikę.

Około 50% światowej turystyki koncentruje się w Europie. Wynika to z faktu posiadania przez ten kontynent wysokiej klasy naturalnych walorów przyrodniczych i kulturowych, doskonale rozwiniętej sieci komunikacyjnej dla wszystkich typów transportu, wysokiego standardu usług turystycznych, bogatej oferty programowej, wysokiej gęstości bazy noclegowej i gastronomicznej o zróżnicowanym profilu, a także wysokokwalifikowanej kadry zatrudnionej w turystyce. Poważny wpływ na to ma wysoki stopień zasobności finansowej Europejczyków.

Turystyka wpływa w znaczący sposób na wzrost zatrudnienia. Według danych Eurostat zatrudnienie w turystyce w krajach Unii Europejskiej stanowi od 6 do 11% ogólnego zatrudnienia. Obroty z turystyki międzynarodowej rosną szybciej niż obroty z turystyki krajowej. Szacuje się, że w latach 1995–2010 liczba turystów odwiedzających kraje europejskie wzrosnie o ok. 57%. Według szacunków Unii Europejskiej, turystyka stanowi 5% PKB tworząc 2,2 miliona przedsiębiorstw i dając 7,7 miliona miejsc pracy<sup>1</sup>. Proces rozszerzania Unii o kraje Europy Środkowo-Wschodniej oraz wprowadzenie waluty euro stworzy kolejne szanse na zwiększenie rynku turystycznego. W najbliższych 10 latach przewidywany jest 2,5–4% roczny wzrost dynamiki obrotów turystycznych i 1–1,5% wzrost zatrudnienia w turystyce.

Zachodzące w Europie zmiany demograficzne mają istotny wpływ na rozwój trendów w turystyce. Odsetek ludności powyżej 60 roku życia w krajach rozwiniętych zwiększy się w kolejnych pięciu dekadach z 20% do jednej trzeciej. Ten segment rynku nazywany jest „rynkiem srebrnych głów”.

Równolegle obserwuje się wzrost popularności turystyki młodzieżowej, a także różnych form turystyki aktywnej, której ofertą zainteresowane są coraz starsze pokolenia. Wynika to w znaczący sposób ze zmiany stylu życia, który determinowany jest przez wyczerpującą pracę umysłową przy ograniczonym wysiłku fizycznym, zmieniającą preferencje wypoczynku na częstsze i krótsze wyjazdy wycieczkowe.

---

<sup>1</sup> WTO NEWS, IV kwartał 2003 r.

W chwili obecnej na światowym rynku usług turystycznych uwidacznia się wyraźna tendencja wzrostu zainteresowania turystyką uzdrowiskową wraz z nowymi rodzajami usług o charakterze prozdrowotnym (poza lecnictwem szpitalnym). Jednocześnie oczekuje się profesjonalnej obsługi i atrakcyjnego pobytu ze strony branży turystycznej. Usługi w uzdrowiskach w zakresie turystyki, organizacji podróży i rozrywki stają się stałym elementem gry rynkowej. Ich komercjalizacja powoduje, że są one jednym z ważniejszych elementów przemysłu turystycznego na świecie.

W związku z wejściem Polski do Unii Europejskiej przewiduje się również w naszym kraju zwiększenie popytu na usługi uzdrowiskowe ze strony turystów zagranicznych.

Do głównych powodów zainteresowania turystyką uzdrowiskową w Europie i w Polsce zalicza się:

1. Zmiany w popycie społeczeństw ukierunkowane na poprawę zdrowia, preferowanie miejscowości o uznanych walorach jakościowych i bezpieczeństwie pobytu.
2. Wysoką jakość zasobów przyrodniczych.
3. Wysoki poziom usług leczniczych, turystycznych, kulturalnych, sportowo-rekreacyjnych oraz uzupełniających, świadczonych kuracjom, turystom i podróżnym.
4. Przewagę jakościową miejscowości uzdrowiskowych w zakresie infrastruktury, świadczonych usług (długoletnie tradycje), surowców naturalnych i wykształconej profesjonalnej kadry medycznej.
5. Dynamiczny rozwój innowacji na rynku nowych produktów w ramach turystyki zdrowotnej, poprzez rehabilitację, poprawę urody i sylwetki oraz samopoczucia fizycznego i psychicznego.
6. Przeprowadzanie reformy ochrony zdrowia mającej na celu zmniejszenie nakładów publicznych na świadczenie usług uzdrowiskowych przy jednoczesnej, częściowej komercjalizacji tych usług.
7. Wykorzystywanie uzdrowisk wraz z otoczeniem turystycznym do tworzenia centrów lokalnego (subregionalnego) rozwoju gospodarczego, opartego na wysokim poziomie jakości i innowacyjności oraz jako generatora zatrudnienia.

Obserwuje się także wzrost zainteresowania administracji publicznej następującymi problemami:

- podnoszeniem poziomu zdrowotności społeczeństwa,
- rozwojem gospodarczym sektora uzdrowisk i turystyki oraz jego otoczenia społecznego i ekonomicznego,
- rozwojem lokalnym realizowanym w oparciu o zasady zrównoważonego rozwoju,
- poziomem jakości usług publicznych,



- rozwojem obszarów wiejskich, dla których turystyka i uzdrowiska stanowią źródło koniunktury gospodarczej,
- rozwojem edukacji poprzez stałe podnoszenie kwalifikacji kadr wymuszane rozwojem technologii oraz zmieniającymi się wymogami rynku krajowego i międzynarodowego.

### **B/ Uwarunkowania krajowe**

Uzdrowiska w Polsce są w większości położone w najbardziej atrakcyjnych regionach turystycznych i wypoczynkowych. Wzrost popularności uzdrowisk datuje się na koniec XIX wieku. Na rozwój tego typu turystyki w Polsce ma niewątpliwie duży wpływ wielowiekowa tradycja wyjazdów do wód, atrakcje krajoznawcze w miejscowościach uzdrowiskowych, np.: muzea, parki, zabytki sakralne i rezydencjonalne oraz organizowanie stałych imprez artystycznych, zwłaszcza muzycznych, także o randze międzynarodowej, przyciągających licznych stałych bywalców.

Dużą atrakcją wielu uzdrowisk jest także specyficzna infrastruktura zdrojowa i lecznicza, nie spotykana w innych miejscowościach wypoczynkowych. W uzdrowiskach znajdują się pijalnie wód mineralnych, zakłady przyrodolecznicze, przychodnie zdrojowe, termalne baseny kąpielowe, łącznie solankowe, a także piękne parki zdrojowe i specjalne plenerowe tereny spacerowe, szeroko wykorzystywane zarówno przez kuracjuszy jak i turystów. Niektóre miejscowości mają rozbudowaną infrastrukturę sportową i rekreacyjną, przez co stanowią popularne ośrodki turystyki specjalistycznej, centra sportów zimowych i wodnych oraz bazy górskiej turystyki kwalifikowanej.

Liczne polskie uzdrowiska położone są w aglomeracjach wielkomiejskich, a niektóre leżą w ich szeroko rozumianych granicach. Ta bliskość źródeł popytu turystycznego w postaci ludności dużych miast, w połączeniu z walorami rekreacyjnymi wielu zdrojowisk, sprzyja różnym formom wypoczynku krótkookresowego, lecz jednocześnie często powoduje nadmierny napór turystyki weekendowej o charakterze „masowym”.

Choć podstawową funkcją uzdrowisk jest leczenie uzdrowiskowe oraz rehabilitacja i profilaktyka zdrowotna, to dzięki profesjonalnej kadrze oferującej usługi hotelowe i gastronomiczne (w szpitalach, sanatoriach, pensjonatach i pokojach gościnnych), rekreacyjne i kulturalno-rozrywkowe, w uzdrowiskach może być prowadzona działalność wypoczynkowo-turystyczna.

W chwili obecnej polskie uzdrowiska dysponują znacznym potencjałem recepcyjnym, co umożliwi obsługę większej liczby turystów krajowych i zagranicznych. Według danych GUS oraz Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP, w gminach uzdrowiskowych na terenie Polski znajduje się ok. 2 tys. obiektów

### Analiza SWOT

analiza mocnych i słabych stron  
oraz szans i zagrożeń rozwoju polskich uzdrowisk

Mocne strony	Słabe strony
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bogate zasoby przyrodnicze i naturalne uzdrowisk: wody lecznicze, wody geotermalne, zróżnicowana rzeźba terenu, specyficzne warunki bioklimatyczne, parki krajobrazowe, lasy, wody, gazy i peloidy.</li> <li>2. Bogaty potencjał kulturowy,</li> <li>3. Zróżnicowane zasoby turystyczne - baza noclegowa, gastronomiczna, sieć szlaków turystycznych i ścieżek tematycznych.</li> <li>4. Wielowiekowa tradycja świadczenia usług uzdrowiskowych.</li> <li>5. Wysoki poziom kwalifikacji kadr i usług medycznych.</li> <li>6. Dobrze rozwinięta infrastruktura ekologiczna i komunalna oraz sieć sklepów, poczta, banki itd.</li> <li>7. Poczucie potrzeby permanentnego doskonalenia zawodowego własnych kadr w uzdrowiskach.</li> <li>8. Proturystyczne nastawienie społeczności lokalnej – władza, podmioty gospodarcze, społeczeństwo.</li> <li>9. Wysokie poczucie bezpieczeństwa wśród turystów i kuracjuszy.</li> <li>10. Wysoki standard bazy leczniczej.</li> <li>11. Różnorodność profili leczniczych w oparciu o występujące kopaliny lecznicze.</li> <li>12. Różnorodność regionalna w całym sektorze uzdrowisk.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brak atrakcyjnych i konkurencyjnych produktów dla turystów i kuracjuszy mimo posiadanych zasobów.</li> <li>2. Niezadowalający standard bazy turystycznej.</li> <li>3. Niska jakość usług turystycznych w obiektach turystycznej bazy noclegowej i leczniczej.</li> <li>4. Słaba innowacyjność turystyki i jej otoczenia.</li> <li>5. Słaby marketing miejscowości i produktów.</li> <li>6. Słabo wykwalifikowana kadra do obsługi turystów i podróżnych.</li> <li>7. Ograniczone możliwości finansowe gmin i lokalnej branży uzdrowiskowej i turystycznej, hamujące rozwój inwestycji.</li> <li>8. Słaba dostępność komunikacyjna uzdrowisk.</li> </ol>

Szanse	Zagrożenia
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zróżnicowanie geograficzne i specjalizacyjne polskich uzdrowisk.</li> <li>2. Środki finansowe z Unii Europejskiej na rozwój gmin uzdrowiskowych szczególnie w zakresie infrastruktury i doskonalenia kadr.</li> <li>3. Potrzeba i zrozumienie społeczne dla profilaktyki zdrowotnej.</li> <li>4. Wzrost zainteresowania turystyką uzdrowiskową w Europie i w Polsce jako przyczyna rozwoju lokalnej i regionalnej gospodarki, generującej nowe miejsca pracy.</li> <li>5. Moda na „czyste powietrze”, zdrowy, aktywny wypoczynek i ekologiczną żywność.</li> <li>6. Wzrost świadomości społeczności lokalnych w zakresie rozwoju własnej gospodarki poprzez rozwój „czystych przemysłów” jak turystyka, uzdrowiska, sport, rekreacja, kultura, rehabilitacja, rozrywka.</li> <li>7. Rewitalizacja centrów zabytkowych polskich uzdrowisk jako ważnego elementu dziedzictwa narodowego.</li> <li>8. Tendencje w dążeniu do uzyskiwania certyfikatów jakości przez firmy i miejscowości turystyczne.</li> <li>9. Inwestowanie w rozwój pozamedycznych usług związanych ze: zdrowiem, równowagą psychofizyczną, rozrywką, przy jednoczesnym zachowaniu działalności uzdrowiskowej jako ważnego elementu struktury produktów turystyki uzdrowiskowej.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brak jasno sprecyzowanej polityki turystycznej i uzdrowiskowej Rządu (wraz z partnerstwem rządowo-samorządowym i publiczno-prywatnym).</li> <li>2. Zbyt powolna likwidacja zanieczyszczeń środowiska naturalnego.</li> <li>3. Nieskuteczna polityka promocji gospodarczej w kraju i za granicą.</li> <li>4. Brak środków na skuteczną politykę promocji turystycznej w kraju i za granicą.</li> <li>5. Brak jasno sprecyzowanych w polityce zdrowotnej instrumentów i mechanizmów funkcjonowania i rozwoju uzdrowisk a w szczególności w zakresie zmian struktury własnościowej spółek uzdrowiskowych, finansowania inwestycji i lecznictwa.</li> <li>6. Brak systemowych regulacji prawnych dotyczących gmin, na terenie których funkcjonują uzdrowiska.</li> <li>7. Brak systemowego wsparcia dla uzdrowisk podobnego do istniejących w państwach Unii Europejskiej (np. Włochy, Węgry, itp.).</li> </ol> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;"><b>Źródło: Program budowy krajowego produktu markowego – turystyka uzdrowiskowa opracowany przez Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP oraz Instytut Turystyki w Krakowie Sp. z o.o.</b></p>

noclegowych, dysponujących ponad 120 tys. miejsc. W gminach tych największy odsetek stanowią obiekty bazy wczasowo-kolonijnej i zakładów uzdrowiskowych (ok. 15% całej bazy noclegowej). Stopień wykorzystania miejsc noclegowych w gminach uzdrowiskowych wynosił niestety zaledwie 51% i świadczy o dużych, niewykorzystanych rezerwach recepcyjnych (m.in. w takich miejscowościach jak Augustów, Cieplice, Krynica, Ustroń).

Zaledwie 2% obiektów noclegowych (tj. 46) stwarza swoim gościom możliwości korzystania z urządzeń sportowo-rekreacyjnych, zarówno własnych, jak i obcych, udostępniając kryte baseny kąpielowe. Oferta ta, w porównaniu do uzdrowisk europejskich, jest dość uboga i w małym stopniu atrakcyjna.

W gminach uzdrowiskowych na terenie obiektów noclegowych działało 1300 zakładów gastronomicznych, głównie stołówek oraz barów i kawiarni.

Należy podkreślić, iż na rynku krajowym rola turystyki uzdrowiskowej jest niedostatecznie doceniana. Odnotowuje się brak przekonania, że wypoczynek w uzdrowiskach może wiązać się nie tylko z leczeniem ludzi chorych, ale może także stanowić cały kompleks atrakcji turystycznych, skupionych wokół szeroko pojętej promocji zdrowia od zabiegów profilaktycznych zapobiegających różnym schorzeniom po dbanie o sylwetkę.

Mimo to turystyka uzdrowiskowa w Polsce jest jednym z priorytetowych produktów markowych, skierowanych na rynki zagraniczne i rynek krajowy. Przewiduje się, że w najbliższych latach rozwój uzdrowisk i turystyki uzdrowiskowej w Polsce będzie związany:

- ze wzrostem popytu na wyjazdy krótkookresowe do miejsc położonych blisko miejsca zamieszkania,
- ze wzrostem zainteresowania wyjazdami w celach zdrowotnych i rozrywkowych,
  - z dalszym rozwojem turystyki biznesowej i specjalistycznej,
  - z napływem turystów zagranicznych.

Uzdrowiska w stosunku do innych miejscowości turystycznych posiadają szczególne atrybuty, takie jak np.:

- wydzielona fizycznie powierzchnia uzdrowiska w ramach obszaru miejscowości o zastrzonych rygorach w zakresie ochrony środowiska i bezpieczeństwa,
- infrastruktura komunalna, turystyczna i rekreacyjna o wyższym standardzie niż w innych miejscowościach turystycznych,
- duże obszarowo, zagospodarowane tereny zielone np. parki zdrojowe, parki krajobrazowe, rezerваты, lasy ochronne,
  - liczne zakłady lecznictwa uzdrowiskowego,
  - urzędnictwa lecznictwa uzdrowiskowego jak: tężnie, pijalnie, baseny, solaria,
  - koncentracja na małym obszarze znacznej bazy hotelowo-gastronomicznej,
  - występowanie na ich obszarze kopalin leczniczych,

- występowanie wód geotermalnych na ich obszarze lub w pobliżu.

Bardzo ważnym zagadnieniem jest określenie przyszłego popytu oraz zakresu dostosowania istniejącej podaży do zmieniających się potrzeb. Nie ma żadnego doskonałego ani nawet dobrego systemu, który pozwalałby właściwie ocenić ten rodzaj popytu. W głównej mierze, popyt ten zależy przede wszystkim od stanu zamożności społeczeństwa, nawyku leczenia i wypoczynku, dostępności usług leczniczych i turystycznych, a także swoistej mody na zaspokajanie tego rodzaju potrzeb. Przy tej ocenie, oddzielić jednak trzeba popyt na usługi uzdrowiskowe od popytu na usługi turystyczne, choć w pewnym stopniu usługi te wzajemnie się uzupełniają.

Ponadto popyt na pobyty o charakterze typowo uzdrowiskowym uzależniony jest tradycyjnie od takich czynników jak:

- ogólny stan zdrowia społeczeństwa,
- średnia długość życia człowieka,
- aktywność zawodowa,



- nastawienie klasy średniej i bogatej na szybką regenerację sił po pracy (odnowa biologiczna),
- polityka państwa przejawiająca się łatwym dostępem do świadczeń uzdrowiskowych,
- świadomość społeczeństwa i jego nawyki leczenia.

Na bazie doświadczeń Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP, Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie” oraz Unii Uzdrowisk Polskich stwierdzić można, że popyt na pobyty o charakterze typowo uzdrowiskowym jest co najmniej dwukrotnie wyższy od stopnia jego zaspokojenia. Natomiast popyt na pobyty typowo turystyczne jest zdecydowanie niższy, ale nie dlatego, że brak jest wystarczającej liczby turystów, lecz z tego powodu, że oferta polskich uzdrowisk jest zdecydowanie uboższa od oferty kurortów europejskich.

Rzeczywisty stan rozwoju uzdrowisk polskich obrazuje analiza SWOT (mocnych i słabych stron oraz szans i zagrożeń). Została ona opracowana w oparciu o wnioski i uwagi zarządów poszczególnych gmin uzdrowiskowych, przedsiębiorstw uzdrowiskowych, jak również ekspertów biorących udział w pracach Międzyresortowego Zespołu do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk. Uwzględniono w niej jedynie najważniejsze elementy oceny, dotyczące zarówno uzdrowisk, miejscowości uzdrowiskowych i regionów, w których uzdrowiska są zlokalizowane.

Pomimo posiadania olbrzymiego potencjału społeczno-gospodarczego polskie uzdrowiska przeżywają regres swojego rozwoju. Jedną z jego zasadniczych przyczyn są zmniejszające się z roku na rok środki przyznawane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na prowadzenie leczenia uzdrowiskowego. Ponadto istnieją także inne bariery, których usunięcie może doprowadzić do aktywizacji gospodarczej miejscowości uzdrowiskowych, co w konsekwencji stworzy dodatkowe miejsca pracy, a budżetowi państwa przyniesie określony dochód.

## **II. ROLA UZDROWISK, USŁUG LECZNICZYCH I TURYSTYCZNYCH JAKO ELEMENTU ROZWOJU SPOŁECZNO-GOSPODARCZEGO REGIONU**

Działalność uzdrowiskowa związana jest z problematyką społeczną, polityczną, gospodarczą, leczniczą, kulturową oraz zagospodarowania przestrzennego. Działalność uzdrowiskowa ma duży wpływ na rozwój regionu i szczególnie korzystnie wpływa na wzrost zatrudnienia. W gminach uzdrowiskowych drzemie ogromny potencjał gospodarczy.

Postęp techniczny, technologiczny, gospodarczy i kulturalny społeczeństw oraz rosnąca rola konkurencji na rynku krajowym i zagranicznym stworzyły zapotrzebowanie na nową jakość lecznictwa uzdrowiskowego i nowe produkty turystyczne na świecie i w Polsce, co z kolei miało istotny wpływ na wyodrębnienie nowych funkcji uzdrowisk:

- miejsce leczenia pacjentów z wykorzystaniem miejscowych walorów leczniczych (wody lecznicze, wody geotermalne, gazy i peloidy),
- centrum zdrowia i usług czasu wolnego,
- centrum wakacyjne (letnie i zimowe), zlokalizowane w górach, nad jeziorami oraz nad morzem,
- centrum sportu i rekreacji,
- centrum kultury i edukacji,
- centrum konferencyjne, kongresowe i szkoleniowe.

L.p.	Gmina/ Miasto	Nazwa uzdrowiska
1.	Augustów	Augustów
2.	Brześć Kujawski	Wieniec Zdrój
3.	Busko Zdrój	Busko Zdrój
4.	Bystrzyca Kłodzka (Długopole)	Długopole Zdrój
5.	Ciechocinek	Ciechocinek
6.	Duszniki Zdrój	Duszniki Zdrój
7.	Goczałkowice Zdrój	Goczałkowice Zdrój
8.	Gołdap	Gołdap
9.	Horyniec	Horyniec Zdrój
10.	Inowrocław	Inowrocław
11.	Iwonicz Zdrój	Iwonicz Zdrój
12.	Jelenia Góra (Cieplice)	Cieplice Śląskie Zdrój
13.	Jedlina Zdrój	Jedlina Zdrój
14..	Kamień Pomorski	Kamień Pomorski
15.	Kołobrzeg	Kołobrzeg
16.	Konstancin Jeziorna	Konstancin
17.	Kraków	Swoszowice
18.	Krasnobród	Krasnobród
19.	Krynica Zdrój	Krynica Zdrój
20.	Kudowa Zdrój	Kudowa Zdrój
21.	Lądek Zdrój	Lądek Zdrój
22.	Muszyna	Muszyna, Żegiestów
23.	Nałęczów	Nałęczów

24.	Niemcza	Przerzeczyn Zdrój
25.	Piwniczna	Piwniczna Zdrój
26.	Polanica Zdrój	Polanica Zdrój
27.	Solina Polańczyk	Polańczyk
28.	Połczyn Zdrój	Połczyn Zdrój
29.	Rabka Zdrój	Rabka Zdrój
30.	Rymanów	Rymanów Zdrój
31.	Sękowa	Wapienne
32.	Solec Zdrój	Solec Zdrój
33.	Sopot	Sopot
34.	Supraśl	Supraśl
35.	Szczawnica	Szczawnica
36.	Szczawno Zdrój	Szczawno Zdrój
37.	Świeradów Zdrój	Świeradów Czerniawa
38.	Świnoujście	Świnoujście
39.	Ustka	Ustka
40.	Ustroń	Ustroń
41.	Uście Gorlickie	Wysowa

Źródło: wykaz gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.

Łącząc w sobie sektor prywatny i publiczny, przemysł turystyczny wymaga działań prorozwojowych i zintegrowanego zarządzania po to, aby zapewnić wzrost ekonomiczny oraz korzyści społeczne takie jak: zachowanie kultury i tradycji, ochronę środowiska czy generowanie zatrudnienia

Turystyka we wszelkich swych odmianach angażuje poważne zasoby ludzkie, przy czym kwalifikacje potrzebne do jej świadczenia nie stanowią szczególnej bariery. Przy ogólnym wzroście bezrobocia na świecie, sektor usług czasu wolnego staje się szansą rozwoju tych obszarów, które posiadają odpowiednie zasoby i atrakcje potrzebne do ich rozwoju.

Warto podkreślić, iż na tych obszarach, bardzo często o ograniczonych możliwościach rozwoju przemysłu, koncentruje się również znaczna część bezrobocia.

Dekoniunktura gospodarcza i spowolnienie tempa wzrostu rozwoju gospodarczego kraju, wzrost bezrobocia w skali całego kraju, załamanie rynku inwestycyjnego, a także nieudana reforma służby zdrowia odbiły się na sytuacji społeczno-gospodarczej kraju w latach 2001–2002. Problemami tymi w szczególności zostały dotknięte miejscowości, których jedynym przemysłem i podstawą



gospodarki jest lecznictwo uzdrowiskowe i turystyka. Odzwierciedleniem tego stanu rzeczy, jest istniejące dość duże bezrobocie w gminach uzdrowiskowych (np. w Krynicy Zdroju czy Jedlinie Zdroju).

Coraz większego znaczenia nabiera rozwój tych dziedzin gospodarki, które mogą stanowić lokalne źródło rozwoju i zatrudnienia, co przedstawia poniższy rysunek prezentujący bezpośredni i pośredni wpływ uzdrowisk i turystyki na rozwój różnych dziedzin gospodarki.

Dla przemysłu turystycznego typowe są mikro i małe przedsiębiorstwa (agencje turystyczne, hotele i restauracje). Większość z tych przedsiębiorstw wykazuje wysoki stopień elastyczności, która pozwala odpowiadać bez trudu na zmiany rynku, tworząc liczne możliwości zatrudnienia.

Przemysł turystyczny odgrywa pozytywną rolę w gospodarce kraju stymulując rozwój gospodarczy biednych i strukturalnie nierozwiniętych regionów. Ponadto wywiera pozytywny wpływ na rozwiązywanie lokalnych problemów społecznych, na rozwój kultury i tradycji w regionach. Przemysł turystyczny przyciąga miejscowych i turystów wzbogacając budżety gmin i regionów w dodatkowe środki finansowe.

### III. PROBLEMATYKA ROZWOJU GMIN UZDROWISKOWYCH

Na gminy, na terenie których usytuowane są uzdrowiska oraz na podmioty gospodarcze świadczące usługi lecznicze, nałożone są specyficzne obowiązki i ograniczenia, charakterystyczne tylko dla tego typu gmin i podmiotów, m.in.:

- ograniczenie lub całkowity zakaz prowadzenia niektórych rodzajów działalności gospodarczej,
- obowiązek uzgadniania z Ministrem Zdrowia oraz z Urzędem Górniczym decyzji o warunkach zabudowy i lokalizacji obiektów budowlanych (inwestycje celu publicznego) w strefie A uzdrowiska – art. 53, ust. 4, pkt. I i art. 64, ust. 1 ustawy z dnia 27 marca 2003 r. o *planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym*,
- zakaz realizacji inwestycji, które mogłyby spowodować utrudnienie w realizacji leczenia i wypoczynku oraz stanowić zagrożenie dla surowców naturalnych,
- tworzenie warunków do funkcjonowania zakładów i urzędów lecznictwa uzdrowiskowego, rozbudowy infrastruktury sanatoryjnej, turystycznej i komunalnej w celu zaspokojenia potrzeb osób przebywających w gminie w celach leczenia uzdrowiskowego (zabezpieczenie stref ochrony sanitarnej wód leczniczych, tworzenie i utrzymanie parków, dużych terenów zieleni, ścieżek spacerowych, deptaków, promenad, budowa i utrzymanie infrastruktury uzdrowiskowej itp.),
- ponoszenie opłat (60% opłat wpływa do gmin, 40% na konto Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska) z tytułu usuwania drzew i krzewów w uzdro-

wisku, co zazwyczaj czyni nieopłacalnymi inwestycje w zakresie budowy tras i wyciągów narciarskich (ustawa z dnia 16 kwietnia 2004 r. o *ochronie przyrody*),

- ponoszenie zwiększonych o 50% opłat jednorazowych i rocznych za tzw. przedwczesne wylesienia lasów pod każdą inwestycję, w tym również wyciągi i trasy narciarskie (ustawa z dnia 3 lutego 1995 r. o *ochronie gruntów rolnych i leśnych*),

- utrzymanie ogólnie dostępnych pijalni wód leczniczych.

Gminy, na terenie których znajdują się uzdrowiska, realizują wyżej wymienione obowiązki nie tylko dla ich mieszkańców, ale głównie dla osób przebywających czasowo na terenie uzdrowisk. Gminy te nie posiadają jednak żadnych preferencji w pozyskiwaniu środków na realizację wyżej wymienionych zadań. W skali kraju brak jest ogólnego, systemowego rozwiązania w postaci systemu finansowego wsparcia gmin, realizujących zadania o szczególnym charakterze.

Baza uzdrowiskowa, odziedziczona po gospodarce socjalistycznej, mimo zrealizowanych licznych przedsięwzięć modernizacyjnych, wymaga całkowitej przebudowy, poczynając od zmiany przepisów prawnych, modernizacji zakładów i urzędzeń przyrodoleczniczych, urzędzeń ochrony środowiska, budowy i rozbudowy infrastruktury drogowej, transportowej i sanatoryjnej, poprawy bezpieczeństwa i usprawnienia komunikacji z gminami, w których znajdują się uzdrowiska.

## **Wykaz gmin, na terenie których zlokalizowane są uzdrowiska**

### **IV. REGULACJE PRAWNE DOTYCZĄCE FUNKCJONOWANIA UZDROWISK**

Utworzenie obszaru uzdrowiskowego, na którym funkcjonują zakłady uzdrowiskowe (szpitale, sanatoria), zakłady przyrodolecznicze (pijalnie, tężnie, solaria) i inne podmioty uzdrowiskowe, wiąże się z nałożeniem na te podmioty oraz na gminę uzdrowiskową określonych praw i obowiązków, regulujących ich funkcjonowanie.

Obecnie uzdrowiska i gminy uzdrowiskowe funkcjonują w oparciu o niżej wymienione regulacje prawne:

1. Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o *uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym* (Dz. U. Nr 23, poz. 150 z późn. zm.);

2. Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. *Prawo geologiczne i górnicze* (Dz. U. Nr 27, poz. 96 z późn. zm.);

3. Ustawa z dnia 16 kwietnia 2004 r. r. o *ochronie przyrody* (Dz. U. Nr 92, poz. 880);

4. Ustawa z dnia 27 marca 2003 r. o *planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym* (Dz. U. Nr 80, poz. 717 oraz z 2004 r. Nr 6, poz. 41, Nr 141, poz. 1492);

5. Ustawa z dnia 28 września 1991 r. o *lasach* (Dz. U. 00.56.679 z późn. zm.),
6. Ustawa z dnia 3 lutego 1995 r. o *ochronie gruntów rolnych i leśnych* (Dz. U. Z 2004 r. Nr 121, poz.1266)),
7. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. *prawo budowlane* (Dz. U. 00.106.1126 z późn. zm.),
8. Ustawa z dnia 27.04.2001 Prawo ochrony środowiska (Dz. U. z 2001r. nr 62, poz. 627 z późn zm.),
9. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o *zmianie ustawy o podatkach i opłatach lokalnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw* (Dz. U.02.200.1683),
10. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 2003 r. zmieniające rozporządzenie w *sprawie stawek opłat eksploatacyjnych* (Dz. U.03.185.1804).

W wyniku prac Międzyresortowego Zespołu do spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk we współpracy z organizacjami pozarządowymi branży turystycznej i uzdrowiskowej zdefiniowano problemy, stanowiące barierę lub utrudnienie w zakresie funkcjonowania i rozwoju uzdrowisk:

1. Dotychczasowy brak aktualnych rozwiązań prawnych regulujących funkcjonowanie uzdrowisk ( ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym);
2. Obowiązek uzgadniania z ministrem właściwym do spraw zdrowia warunków lokalizacji inwestycji celu publicznego w przypadku braku lokalnego planu zagospodarowania przestrzennego na podstawie ustawy z dnia 27 marca 2003r. o *planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym* (Dz. U. Nr 80, poz. 717 oraz z 2004 r. Nr 6, poz.41, Nr 141, poz.1492);
3. Zasady finansowania i podporządkowanie szkół działających przy sanatoriach; obecnie szkoły te podlegają samorządom województw, a w przypadku Dolnego Śląska – powiatom, które z braku środków finansowych dążą do ich likwidacji, co uniemożliwi pacjentom przebywającym na leczeniu uzdrowiskowym kontynuowanie nauki;
4. Koszty tzw. „niedojazdów”, obciążające świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy na leczenie uzdrowiskowe;
5. Konieczność wnoszenia należności i opłat rocznych oraz jednorazowych odszkodowań w razie dokonania przedwczesnego wyrębu drzewostanu w uzdrowiskach określonych w ustawie z dnia 3 lutego 1995 r. o *ochronie gruntów rolnych i leśnych* (Dz. U. z 2004 r. Nr 121, poz.1266);
6. Słaba kondycja finansowa spółek uzdrowiskowych, uniemożliwiająca podejmowanie działań prorozwojowych, nawet współfinansowanych ze źródeł zewnętrznych.

Strategicznym problemem dla uzdrowisk jest konieczność uwzględnienia lecznictwa uzdrowiskowego w projektowanych rozwiązaniach prawnych jako integralnej części systemu ochrony zdrowia, głównie poprzez zabezpieczenie

w budżecie NFZ nakładów na poziomie pozwalającym na rozwój uzdrowisk.

Obecny system finansowania lecznictwa uzdrowiskowego oparty jest na przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135). W systemie tym podmioty uzdrowiskowe nie mają żadnej gwarancji, że Narodowy Fundusz Zdrowia umożliwi im zawarcie umów, nawet jeśli spełniają wyższe wymagania przewidziane dla zakładów uzdrowiskowych. NFZ kontraktuje usługi lecznictwa uzdrowiskowego w zakresie określonej części swego budżetu, przewidzianego na dany rok dla konkretnych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Podpisanie umowy przez NFZ z zakładami lecznictwa uzdrowiskowego nie oznacza zabezpieczenia zleceń dla tych zakładów, mimo ich wolnych mocy przerobowych.

W 2003 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na lecznictwo uzdrowiskowe tylko 330 mln. PLN, co stanowi zaledwie 1% jego budżetu. W 2004 roku kwota przeznaczona na lecznictwo uzdrowiskowe została zwiększona o 5% w stosunku do roku poprzedniego i wynosi 349,5 mln. PLN. Mimo to poziom nakładów na lecznictwo uzdrowiskowe jest nadal niezadowolający.

Ograniczanie profilaktyki, prewencji, a nawet leczenia szpitalnego w konsekwencji prowadzi do wydatkowania wyższych środków na leczenie ambulatoryjne ogólne i specjalistyczne ze szkodą dla obywateli. Zwiększenie kwoty budżetu NFZ na lecznictwo uzdrowiskowe umożliwiłoby podmiotom gospodarczym lepsze funkcjonowanie, pełniejsze wykorzystanie swoich mocy przerobowych z korzyścią dla obywateli.

## V. KONCEPCJA PRYWATYZACJI SPÓŁEK UZDROWISKOWYCH

### **Ogólne informacje o spółkach uzdrowiskowych w Polsce**

Działalność spółek uzdrowiskowych jest związana ze sprzedażą produktu podstawowego, jakim jest usługa w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego. Spółki zajmują się również produkcją wyrobów zdrojowych oraz innymi usługami, generującymi niewielką część przychodów.

Ważnym źródłem przychodów dla wielu spółek uzdrowiskowych jest produkcja i sprzedaż wyrobów zdrojowych: wody mineralnej, leczniczej oraz innych produktów o właściwościach leczniczych (np. napoje smakowe, sól jadalna, sól do kąpieli, borowina, szlam, ług leczniczy).

Zakres usług oferowanych przez spółki uzdrowiskowe w ramach produktu podstawowego, obejmuje usługi:

- hotelowe,
- żywieniowe,

- medyczne (które można podzielić z punktu widzenia rodzaju świadczonych usług na:
  - leczenie,
  - rehabilitację,
  - profilaktykę).

Działalność w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego jest prowadzona w oparciu o różne jednostki organizacyjne: szpitale i sanatoria uzdrowiskowe, przychodnie uzdrowiskowe oraz zakłady przyrodolecznicze. Główny ciężar leczenia spoczywa na szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych. Podmioty te sprzedają usługi medyczne, jak i zakwaterowanie oraz wyżywienie. Funkcję pomocniczą wobec nich pełnią przychodnie uzdrowiskowe i zakłady przyrodolecznicze.

Obecnie w Polsce działa 26 spółek uzdrowiskowych, z czego 25 to jednoosobowe spółki Skarbu Państwa i jeden sprywatyzowany Zakład Leczniczy „Uzdrowisko Nałęczów” S.A.

Kluczowym zadaniem Międzyresortowego Zespołu do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk było przygotowanie wspólnej, międzyresortowej koncepcji prywatyzacji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

Powołany w tym celu Podzespół, pracujący pod przewodnictwem przedstawicieli Ministerstwa Skarbu Państwa, przygotował projekt koncepcji prywatyzacji spółek uzdrowiskowych, przyjęty na posiedzeniu Międzyresortowego Zespołu w dniu 10 grudnia 2003 roku.

Przy opracowywaniu wspomnianej koncepcji, mając na uwadze potrzeby wynikające w tym zakresie z polityki zdrowotnej państwa, za której realizację odpowiada Minister Zdrowia, Podzespół przyjął za główne cele:

- zachowanie profilu spółek, utrzymanie funkcji uzdrowiskowo-leczniczych i ochrona zasobów naturalnych, występujących w uzdrowisku,
- pozyskanie środków na ich rozwój.

**Założono, że procesowi prywatyzacji nie podlegają zasoby kopalni leczniczych.**

Założono także, iż proces prywatyzacyjny powinien przebiegać w taki sposób, aby wyrzucić jak najbardziej korzystny wpływ na rozwój infrastruktury w gminach uzdrowiskowych, co powinno doprowadzić do aktywizacji gospodarczej tych rejonów.

Biorąc pod uwagę założone cele procesu prywatyzacji spółek uzdrowiskowych zaproponowano dokonanie podziału spółek uzdrowiskowych na trzy zasadnicze grupy:

### **I. Spółki uzdrowiskowe wyłączone z prywatyzacji.**

W grupie tej powinny znaleźć się spółki uzdrowiskowe, prowadzące pełen profil leczniczy, posiadające większość rodzajów tworzyw leczniczych lub takie,

które są unikalne w skali kraju, a nawet Europy. Jest to grupa spółek o szczególnym znaczeniu dla lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce, a jej wyłączenie z prywatyzacji podyktowane jest koniecznością zabezpieczenia interesów ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego.

### **II. Spółki uzdrowiskowe, wymagające indywidualnej ścieżki prywatyzacyjnej z wyłączeniem prywatyzacji złóż kopalin leczniczych.**

Do grupy drugiej powinny zostać zaliczone spółki uzdrowiskowe, które z uwagi na swoje położenie i znaczenie dla miejscowości, w których są usytuowane oraz przez wzgląd na unikalne zasoby naturalne, wymagają indywidualnego podejścia do prywatyzacji.

Istotne znaczenie ma w tej grupie utrzymanie wpływu Skarbu Państwa na działalność prywatyzowanych spółek przez okres co najmniej 5 lat od momentu prywatyzacji, toteż zbywanie akcji powinno następować stopniowo, w pakietach.

### **III. Spółki uzdrowiskowe, które powinny być sprywatyzowane poprzez zbycie akcji/ udziałów stanowiących własność Skarbu Państwa.**

Grupę tę stanowić będą spółki nie zaliczone do żadnej z powyższych grup. Poddanie ich prywatyzacji odbędzie się przy zachowaniu maksymalnej staranności, z zastrzeżeniem kontynuacji działalności leczniczej i wyłączenia z procesu prywatyzacji zasobów kopalin leczniczych.

Zaszeregowanie poszczególnych spółek uzdrowiskowych do jednej z wyżej wymienionych grup powinno nastąpić na podstawie szczegółowej analizy, według następujących kryteriów, ustalonych przez członków Podzespołu niezbędnych do osiągnięcia prawidłowej realizacji celów, a mianowicie:

- sytuacja finansowo-ekonomiczna spółek (w tym zatrudnienie),
- sytuacja prawna spółek, zwłaszcza w zakresie stosunków właścicielskich (m.in. rozpatrzenie ewentualnych roszczeń reprivatyzacyjnych),
- wielkość oraz ilość posiadanych i wykorzystywanych przez spółki zasobów tworzyw leczniczych, takich jak wody mineralne, wody lecznicze, borowiny,
  - profile lecznicze prowadzone przez spółki,
  - możliwość rozwoju profilu rehabilitacyjnego,
  - wielkość spółek i rozmiary prowadzonych przez nie działalności,
  - rozmiar posiadanej bazy technicznej uzdrowisk, w tym przede wszystkim ilość posiadanych urządzeń leczniczych, takich jak tężnie, parki uzdrowiskowe, itp.

Należy podkreślić, iż w swoich pracach nad przyjęciem projektu koncepcji prywatyzacji spółek lecznictwa uzdrowiskowego Zespół oparł się na propozycji przedstawionej przez Ministerstwo Skarbu Państwa, zaakceptowanej przez Ministerstwo Zdrowia, nie analizując szczegółowych materiałów i danych, dotyczących poszczególnych uzdrowisk.

### Fundusz celowy

Mając na uwadze potrzeby inwestycyjne spółek uzdrowiskowych, Międzyresortowy Zespół do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk proponuje przeznaczenie części wpływów z prywatyzacji spółek uzdrowiskowych grupy II i III na zasilenie **funduszu celowego** pod nazwą **Fundusz Restrukturyzacji Przedsiębiorców**, utworzonego zgodnie z art. 56 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji (Dz. U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1397, z późn. zm.). Powyższe środki z prywatyzacji uzdrowisk przeznaczone będą na dokonywanie inwestycji w posiadaną bazę zabiegową i hotelową spółek uzdrowiskowych, które będą wyłączone z prywatyzacji (grupa I), głównie na modernizację zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

Zasady funkcjonowania i korzystania ze środków tego funduszu zostaną sformułowane tak, by na potrzeby inwestycyjne spółek uzdrowiskowych, wyłączonych z prywatyzacji została przeznaczona kwota nie niższa niż wpływy z prywatyzacji uzdrowisk przekazane na ten fundusz.

Minister Skarbu Państwa uzgodni z Ministrem Zdrowia i Ministrem Finansów wskaźnik odpisu wpływów z prywatyzacji uzdrowisk na Fundusz Restrukturyzacji Przedsiębiorców i po zatwierdzeniu przez Zespół „Zintegrowanego Programu Rozwoju Uzdrowisk ze Szczególnym Uwzględnieniem Usług Turystycznych” wystąpi z wnioskiem o dokonanie stosownych zmian w ustawie z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji.

Podstawą określenia kwot niezbędnych do zasilenia funduszu będzie program modernizacji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowany przez Ministra Skarbu Państwa.

Wysokość środków z prywatyzacji, które zostaną przeznaczone na zasilenie funduszu byłaby ustalona w oparciu o:

- planowane koszty modernizacji spółek uzdrowiskowych (gr. I) wyłączonych z prywatyzacji,
- inne potrzeby finansowe tych spółek,
- wysokość kwot wydzielonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla tej grupy spółek uzdrowiskowych.

Zdaniem Ministerstwa Skarbu Państwa realizacja zakładanej w tym programie koncepcji prywatyzacji spowoduje skutki dla sektora finansów publicznych w postaci zmniejszenia wpływów z prywatyzacji na kwotę maksymalnie 200 mln PLN.

Ministerstwo Skarbu Państwa nie planuje ponoszenia dodatkowych nakładów na działania związane z realizacją programu prywatyzacji.

Natomiast dokładne wyliczenie efektów uzależnione jest od wielkości środków przeznaczonych na fundusz celowy. Im większe środki, tym większe spodziewane efekty w postaci:

- wzrostu wpływów podatkowych zarówno gmin (w podatku od nieruchomości, udział w PIT i CIT), jak i budżetu państwa (wzrost wpływów w PIT i CIT),
- mniejszych wydatków gmin na pomoc społeczną oraz zasiłki dla bezrobotnych,
- wzrostu zatrudnienia w uzdrowiskach, co spowoduje spadek bezrobocia w tych regionach, gdzie poziom bezrobocia jest wysoki,
- wzrostu wartości posiadanego przez spółki majątku, a tym samym wartość samych spółek, których jedynym akcjonariuszem jest Skarb Państwa.

## **VI. MOŻLIWOŚCI FINANSOWEGO WSPARCIA UZDROWISK**

### **A) Możliwości wsparcia finansowego rozwoju zasobów ludzkich w uzdrowiskach i gminach uzdrowiskowych**

Polskie uzdrowiska posiadają atrakcyjne położenia geograficzne, dobre warunki klimatyczne, bogate złoża surowców leczniczych, liczną bazę leczniczo-rekreacyjną, gastronomiczną, hotelarską, kulturalno-rozrywkową i obsługiwane są przez profesjonalną kadrę.

Niestety, wiele uzdrowisk i gmin uzdrowiskowych z powodu zaniedbań, niewłaściwej regionalnej polityki gospodarczej i prywatyzacyjnej znalazło się w trudnej sytuacji ekonomicznej (wiele z tych miejscowości położonych jest w województwach o najwyższym bezrobociu np.: tereny objęte restrukturyzacją górnictwa, tereny z występującym strukturalnym bezrobociem). Często praca w ośrodkach uzdrowiskowych jest jedynym źródłem utrzymania dla rodzin ze względu na likwidację miejscowych zakładów pracy.

W wyniku zmian społeczno-gospodarczych w Polsce tworzy się szansa dla rozwoju turystyki uzdrowiskowej. Od wykwalifikowanych kadr zależy bowiem polityka w regionach, właściwe zarządzanie zasobami surowcowymi, materialnymi i ludzkimi. Poprawa jakości wykształcenia kadr i dostosowania jego poziomu do wymogów unijnych będzie możliwa dzięki wykorzystaniu funduszy strukturalnych Unii Europejskiej np. Europejskiego Funduszu Społecznego (w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich oraz w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego), a także dzięki środkom pochodzącym z Funduszu Pracy (FP).

Gminy uzdrowiskowe i spółki uzdrowiskowe dostrzegły wspólny interes w rozwoju uzdrowisk i traktują właściwe przygotowanie kadr jako konieczny element wzrostu konkurencyjności gmin uzdrowiskowych. Obowiązek podnoszenia kwalifikacji kadr dotyczy zarówno doksztalcania kadr pracujących jak i przekwalifikowania części bezrobotnych.



Z badań wykonanych przez Stowarzyszenie Uzdrowisk Polskich RP i Instytut Turystyki w Krakowie, zawartych w *Programie Budowy Krajowego Produktu Markowego – Turystyka Uzdrowiskowa* wynika, że wszyscy respondenci opowiedzieli się za koniecznością doskonalenia zawodowego w uzdrowiskach. Doskonaleniem zawodowym zainteresowani są pracownicy wszystkich szczebli, zatrudnieni bezpośrednio przy obsłudze kuracjuszy w szpitalach, zakładach przyrodoleczniczych w jednostkach rehabilitacyjnych a także w innych usługach np.: w gastronomii, obsłudze atrakcji turystycznych, administracji publicznej, bazach noclegowych, gastronomii, kulturze i rozrywce, sporcie i rekreacji, w handlu, usługach i transporcie.

Wśród kadry największe zapotrzebowanie na szkolenia występuje w zakresie: podnoszenia konkurencyjności własnej firmy, jakości własnej oferty, tworzenia i zarządzania produktem turystyczno-uzdrowiskowym, nauki języków obcych, źródeł i metod finansowania inwestycji z zakresu usług czasu wolnego, turystyka uzdrowiskowa, obsługa klienta, podnoszenie kwalifikacji pracowników gastronomii, podnoszenie kwalifikacji rehabilitantów, system rezerwacji, technika sprzedaży.

Ze względu na trudną sytuację ekonomiczną przemysłu uzdrowiskowego i okół uzdrowiskowego oraz znaczący wzrost poziomu bezrobocia w gminach uzdrowiskowych zebrano informacje na temat możliwości uzyskania przez gminy uzdrowiskowe pomocy w aktywizacji lokalnych rynków pracy oraz rozwoju turystyki. Pod tym kątem przeanalizowane zostały fundusze strukturalne, programy przedakcesyjne i inne programy.

Ze szczegółowej analizy wyżej wymienionych funduszy i programów wynika, że nie istnieją specyficzne działania skierowane wyłącznie do gmin uzdrowiskowych, a Ministerstwo Gospodarki i Pracy nie może bezpośrednio pomóc gminom uzdrowiskowym, np. poprzez udzielenie dotacji.

Niemniej jednak wiele z działań finansowanych z funduszy krajowych, przedakcesyjnych i strukturalnych oraz *Program Aktywizacji Obszarów Wiejskich* pokrywa się z potrzebami uzdrowisk.

### **Fundusze i programy krajowe**

W celu podniesienia jakości zasobów ludzkich i zwalczania bezrobocia gminy uzdrowiskowe mogą korzystać z niżej wymienionych programów:

**Instrumentarium związanego z Funduszem Pracy dla inicjowania przez samorząd wojewódzki programów regionalnych mogących obejmować wsparcie przebiegu restrukturyzacji zatrudnienia w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych** (art. 65 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocii zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).

Problematyka skutecznego zarządzania zasobami ludzkimi, związanymi z działalnością uzdrowiskową, w tym turystyczną oraz promowaniem nowych form zatrudnienia jest nierozzerwalnie związana z procesami restrukturyzacji przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Działania restrukturyzacyjne będą wymuszać na przed-

siębiorstwach zmianę kwalifikacji zawodowych, szkolenia, a także „odchudzanie” kadr. Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe powinny zatem podjąć współpracę z organami samorządu wojewódzkiego celem wykorzystania rozwiązań prawno-ekonomicznych umożliwiających inicjowanie programów wspieranych środkami Funduszu Pracy.

### **Instrumentarium związane z inicjowaniem lokalnych programów rynku pracy przez starostów współfinansowanych ze środków Funduszu Pracy.**

Działania związane między innymi z promowaniem nowych form zatrudnienia, tworzeniem nowych miejsc pracy lub przekwalifikowywaniem kadr powinny uwzględniać również możliwość inicjowania programów specjalnych, które wykorzystują pakiet ponad 20 narzędzi ekonomiczno-prawnych (m.in. ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*).

Programy specjalne można podzielić na dwie zasadnicze grupy:

- programy specjalne o charakterze zatrudnieniowym mają na celu zapewnienie przedsiębiorstwom odpowiednich pracowników (np. doposażenie stanowisk pracy z warunkiem przyjęcia nowych osób skierowanych przez urząd pracy),
- programy specjalne o charakterze adaptacyjnym mają na celu dostosowanie kwalifikacji uczestników programu do obecnych i przyszłych tendencji na rynku, często nawet przed zwolnieniem z pracy (np. szkolenia osób w ramach zatrudnienia rotacyjnego).

### **Inkubatorów przedsiębiorczości na materialnej bazie przedsiębiorstw uzdrowiskowych.**

Samorządy lokalne powinny wspólnie z przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi przeanalizować możliwość wykorzystania dotychczasowych doświadczeń związanych z „Projektem rozwoju małej przedsiębiorczości” – TOR#10.

Ten rodzaj pomocy ma na celu wspieranie małych przedsiębiorstw w pierwszym, najtrudniejszym okresie ich działalności. Zadaniem inkubatorów jest dostarczanie małym firmom odpowiedniej do potrzeb powierzchni na działalność gospodarczą (liberalne warunki najmu), udostępnienie pełnego zakresu usług tj.: obsługi biurowej oraz usług wspierających takich jak: doradztwo ekonomiczne, finansowe, marketing i zarządzanie. Inkubatory są sprawdzoną formą promocji i wspomaganie nowo powstających firm oraz tworzenia nowych miejsc pracy.

### **Doświadczeń ośrodków wspierania przedsiębiorczości i funduszy rozwoju przedsiębiorczości oraz informacji z Punktów Konsultacyjno-Doradczych.**

Ośrodki Wspierania Przedsiębiorczości działające w ramach sieci „TOR#10” posiadają różnorodną ofertę świadczonych usług. Część ośrodków specjalizuje się w szkoleniach, pozostałe koncentrują działania na udzielaniu konsultacji i świadczeniu usług informacyjnych. Również Punkty Konsultacyjno-Doradcze mogą być przydatne w uzyskaniu różnorodnych informacji z zakresu przedsiębiorczości.

Fundusze Rozwoju Przedsiębiorczości są obok Funduszu Pracy jednym z niewielu źródeł pozabankowego wsparcia finansowego dla osób podejmujących działalność gospodarczą.

Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe, które będą prowadziły procesy restrukturyzacji zatrudnienia mogą wykorzystać w kampaniach informacyjnych współpracę z lokalnymi Ośrodkami Wspierania Przedsiębiorczości i Funduszami Rozwoju Przedsiębiorczości.

### **Fundusze Strukturalne Unii Europejskiej**

Od 1 maja 2004 r. Polska może korzystać z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. Wiele spośród działań przewidzianych w programach operacyjnych ma na celu przeciwdziałanie bezrobociu i wykluczeniu społecznemu poprzez rozwój zasobów ludzkich. Programy operacyjne, które oferują możliwości dofinansowania działań z tego zakresu są następujące:

#### **Sektorowy Program Operacyjny Rozwój Zasobów Ludzkich (SPO RZL)**

W ramach SPO RZL w przypadku gmin uzdrowiskowych możliwe będzie skorzystanie z **Działania 1.6 „Integracja i reintegracja zawodowa kobiet”**. Działanie ma na celu udzielenie wszechstronnego wsparcia kobietom na rynku pracy i podniesienie ich kwalifikacji zawodowych. W ramach konkursowego schematu a) „Wspieranie równości kobiet i mężczyzn na rynku pracy”, możliwe będzie sfinansowanie następujących typów projektów:

- kursy szkoleniowe dla kobiet – podnoszące ich kwalifikacje zawodowe,
- kursy szkoleniowe dla kobiet – w zakresie nabywania i wykorzystania umiejętności i wiedzy na temat elastycznego podejścia do zawodu oraz rozwijania własnej działalności gospodarczej,
- subsydiowane staże pracy,
- przyznanie jednorazowych środków na podejmowanie własnej działalności gospodarczej, w szczególności na obszarach wiejskich,
- tworzenie programów specjalnych, innowacyjnych i inicjatyw lokalnych na rzecz zatrudnienia kobiet, w tym tworzenie nowych miejsc pracy dla bezrobotnych kobiet.

W przypadku gmin uzdrowiskowych oraz podmiotów gospodarczych działających na ich terenie możliwe będzie także skorzystanie z **Działania 2.3 „Rozwój kadr nowoczesnej gospodarki”** (na realizację działania przewidziano 253,3 milionów EURO, z czego prawie 190 mln EURO pochodzić będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego).

W ramach konkursowego schematu a) „Doskonalenie umiejętności i kwalifikacji kadr” będą finansowane następujące typy projektów:

- szkolenia ogólne i pomoc doradcza dla kadr zarządzających i pracowników przedsiębiorstw (podwyższenie kwalifikacji, nabycie nowych kwalifikacji

i umiejętności) oraz szkolenia związane ze zmianami technologicznymi (np.: system edukacji na odległość, kursy zawodowe w zakresie języków obcych),

- studia podyplomowe dla pracowników przedsiębiorstw i kadry zarządzającej mające na celu podwyższenie lub zdobycie nowych kwalifikacji,
- praktyczne szkolenia i staże dla pracowników przedsiębiorstw odbywane w instytucjach naukowo-badawczych,
- szkolenia i pomoc doradcza dla kadr zarządzających i pracowników przedsiębiorstw w zakresie usprawnienia zarządzania (zwłaszcza zasobami ludzkimi), identyfikacji potrzeb w zakresie kwalifikacji pracowników, poprawy organizacji pracy, zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy oraz uelastycznienia form świadczenia pracy,
- podwyższanie umiejętności i kwalifikacji pracowników o niskim poziomie przygotowania do pracy (np. o niskich kwalifikacjach).

W ramach pozakonkursowego schematu b) „Promocja rozwiązań systemowych w zakresie rozwoju potencjału adaptacyjnego i gospodarki opartej na wiedzy” realizowane mogą być następujące typy projektów:

- wdrażanie projektów skierowanych na rozwój kadr przedsiębiorstw o charakterze ponadlokalnym, regionalnym, krajowym oraz o znaczeniu sektorowym, np. BHP, języki obce, itp.,
- projekty promujące dialog na rzecz zmian w organizacji pracy, w tym wynikających z wymagań BHP, badawcze w zakresie nowych form organizacji pracy,
- projekty badawcze i promocyjne (popularyzatorskie) w zakresie powiązań między światem nauki i przedsiębiorstw oraz promujące ideę doskonalenia zawodowego w przedsiębiorstwach,
- projekty promujące aktywne wsparcie dla przedsiębiorczości (zaadresowane głównie do samorządów lokalnych) i promujące przedsiębiorczość (np. wśród młodzieży),
- projekty podnoszące jakość szkolenia i usług doradczych dla przedsiębiorstw,
- pilotażowe projekty szkoleniowo-doradcze w zakresie pracy atypowej (np. rotacja pracy, telepraca).

### **Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego (ZPORR)**

W ramach Priorytetu 2 ZPORR przewidziane są Działania (m.in. Działanie 2.1. „Rozwój umiejętności powiązany z potrzebami regionalnego rynku pracy i możliwości kształcenia ustawicznego w regionie”) w celu wzmocnienia zasobów ludzkich na szczeblu regionalnym oraz dostosowanie ich do regionalnego i lokalnego rynku pracy. Działania Priorytetu 2 ZPORR będą realizowane na szczeblu regionalnym przez Urzędy Marszałkowskie oraz Wojewódzkie Urzędy Pracy.

## **B) Finansowanie rozwoju polskich uzdrowisk z funduszy strukturalnych UE**

propozycje kierunków i zakresu finansowego wsparcia uzdrowisk z uwzględnieniem sektorowych programów operacyjnych i Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego.

Wsparcie rozwoju polskich uzdrowisk z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej może dotyczyć pomocy dla gmin uzdrowiskowych oraz dotacji dla przedsiębiorstw uzdrowiskowych, w tym spółek Skarbu Państwa.

### **Pomoc dla gmin uzdrowiskowych w ramach ZPORR.**

Wsparcie dla gmin uzdrowiskowych odbywa się na takich samych zasadach jak pomoc dla pozostałych gmin. W żadnym programie operacyjnym nie wydzielono specjalnego działania dotyczącego wyłącznie wsparcia dla gmin uzdrowiskowych.

Gminy uzdrowiskowe mogą realizować projekty inwestycyjne nastawione na rozwój funkcji leczniczo-wypoczynkowych na zasadach ogólnych, w ramach dwóch działań **Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego**:

- **Działanie 1.4. „Rozwój turystyki i kultury”** dotyczy dużych projektów (o wartości powyżej 1 mln euro) z zakresu kultury i turystyki. W ramach tego działania mogą być realizowane m.in. takie projekty infrastrukturalne, jak:

- budowa i modernizacja publicznej infrastruktury turystycznej (obiektów i urządzeń rekreacyjnych, noclegowych, gastronomicznych i innych);
- inwestycje materialne w sferze kultury (ze szczególnym uwzględnieniem obiektów zaliczanych do dziedzictwa kulturowego);
- tworzenie systemów informacji kulturalnej i turystycznej.

- **Działanie 3.1. „Rozwój obszarów wiejskich”** przeznaczone jest do realizacji w miejscowościach do 20 tysięcy mieszkańców. Działanie to dotyczy bardzo szerokiego zakresu projektów infrastrukturalnych dotyczących m.in.: gospodarki wodno-ściekowej, gospodarki odpadami, lokalnej infrastruktury drogowej, kompleksowego uzbrojenia terenu pod inwestycje. Również w ramach tego działania wsparciem mogą być objęte przedsięwzięcia z zakresu rozwoju kultury i turystyki obejmujące poprawę stanu lokalnej infrastruktury kulturalnej i turystycznej.

Dla zwiększenia szans gmin uzdrowiskowych na uzyskanie dofinansowania z funduszy strukturalnych w latach 2004-2006 wprowadzono w Uzupełnieniu ZPORR w Działaniu 1.4. i Działaniu 3.1. do grupy projektów – „**projekty inwestycyjne gmin uzdrowiskowych nastawionych na rozwój funkcji leczniczo-wypoczynkowych**”.

Zapisy, dotyczące uzupełnień działań 1.4 i 3.1 ZPORR, są niezwykle istotne ze względu na możliwą komplementarność działań regionalnych oraz specyfikę

projektów inwestycyjnych wynikającą z różnej wielkości gmin uzdrowiskowych (istnieją gminy uzdrowiskowe liczące zarówno ponad 20 tys. mieszkańców np. Kołobrzeg, Sopot, jak i duża grupa mniejszych gmin uzdrowiskowych).

### **Pomoc dla przedsiębiorstw uzdrowiskowych w ramach ZPORR.**

W ramach **Działań 1.3. „Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia” oraz 3.5. „Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia” Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego** wsparcie mogą także uzyskać zakłady opieki zdrowotnej działające w publicznym systemie ochrony zdrowia, tzn. posiadające umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz jednostki samorządu terytorialnego szczebla wojewódzkiego i powiatowego, związku, porozumienia i stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego, spółki prawa handlowego, organizacje pozarządowe prowadzące działalność w zakresie ochrony zdrowia, których projekty zgodne są ze Strategią Rozwoju Województwa a także Wojewódzką Strategią Ochrony Zdrowia.

#### **Poddziałanie 1.3.2 – „Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia”.**

**Podstawowym celem** niniejszego poddziałania jest poprawa jakości usług medycznych świadczonych przez wysokospecjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej.

#### **Celami szczegółowymi są:**

- a/ ograniczenie regionalnych dysproporcji w infrastrukturze zdrowotnej,
- b/ poprawa jakości i dostępności do systemu ratownictwa medycznego,
- c/ poprawa jakości leczenia specjalistycznego i wysokospecjalistycznego zarówno stacjonarnego jak i ambulatoryjnego.

W ramach tego poddziałania przewiduje się m.in. wzmocnienie funkcjonowania regionalnych ośrodków diagnostycznych i terapeutycznych, zapewniających specjalistyczną opiekę medyczną.

W ramach wyżej wymienionego poddziałania realizowane będą projekty związane z:

- przebudową, modernizacją obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia,
- wymianą wyeksploatowanych nośników energii,
- termoizolacją budynków,
- przebudową i wyposażeniem sal operacyjnych,
- zakupem sprzętu komputerowego,
- modernizacją i zakupem nowych urządzeń medycznych,
- zakupem środków transportu sanitarnego itd.

#### **Poddziałanie 3.5.2 – „Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia”.**

Głównym celem poddziałania jest podniesienie standardu świadczonych usług medycznych na podstawowym poziomie przez lokalne ośrodki zdrowia dla zapewnienia dostępu do wysokiej jakości podstawowej opieki medycznej na ob-

szarach wiejskich i w małych miastach. Ponadto podziałanie to ma na celu ograniczenie terytorialnych dysproporcji w infrastrukturze ochrony zdrowia i poprawę jakości wyposażenia i stanu budynków ośrodków zdrowia. Niniejsze podziałanie jest skierowane na przebudowę, modernizację i wyposażenie w sprzęt obiektów infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu lokalnym.

W przypadku praktyk lekarskich, pielęgniarskich oraz praktyk położnych, mających status przedsiębiorstwa w myśl ustawy o swobodzie działalności gospodarczej i spełniających kryterium mikroprzedsiębiorstwa (tj. zatrudniające średniorocznie mniej niż 10 pracowników), działających nie dłużej niż 3 lata na rynku mogą one uzyskać wsparcie w ramach **działania 3.4 „Mikroprzedsiębiorstwa”**, niezależnie od tego czy mają podpisany kontrakt z NFZ. Celem działania 3.4 jest ułatwienie mikroprzedsiębiorstwom dostępu do specjalistycznego doradztwa oraz zwiększenie zdolności inwestycyjnej w początkowym okresie funkcjonowania przedsiębiorstwa.

W ramach **Sektorowego Programu Operacyjnego Restrukturyzacja i Modernizacja Sektora Żywnościowego oraz Rozwój Obszarów Wiejskich** istnieje możliwość wsparcia w zakresie **Działania 2.3. „Odnowa wsi oraz zachowanie dziedzictwa kulturowego”**, które w pewnym zakresie może przyczynić się do rozwoju małych gmin uzdrowiskowych (miejscowości do 5 tysięcy mieszkańców). W jego ramach będą realizowane projekty dotyczące m.in.: budowy, urządzania placów zabaw, boisk sportowych, ścieżek rowerowych, szlaków pieszych służących do użytku publicznego, kształtowania centrów wsi poprzez remont lub budowę placów, parkingów, urządzania terenów zielonych, parków i innych miejsc wypoczynku, remontu obiektów zabytkowych użytkowanych na cele publiczne oraz miejscowych pomników historycznych.

Ponadto w ramach **Działania 2.4 „Różnicowanie działalności rolniczej i zbliżonej do rolnictwa w celu zapewnienia różnorodności działań lub alternatywnych źródeł dochodów”** wspierane będą projekty osób fizycznych (rolników i ich domowników) realizowane w związku z uruchomieniem lub rozwojem działalności dodatkowej w zakresie między innymi agroturystyki oraz usług związanych z turystyką i wypoczynkiem, rzemiosła i rękodzielnictwa oraz sprzedaży bezpośredniej produktów pochodzących w większości z własnego gospodarstwa.

Pomoc finansowa może dotyczyć niżej wymienionych kosztów kwalifikowalnych:

- rozbudowa, nadbudowa, przebudowa, remont połączony z modernizacją istniejących budynków mieszkalnych i gospodarczych na cele agroturystyczne oraz ich wyposażenie,
- urządzenie miejsc do wypoczynku, zakup wyposażenia i sprzętu turystycznego lub rekreacyjnego dla działalności turystycznej, a także zwierząt służących do celów terapeutycznych, sportowych i rekreacyjnych.

Projekty w ramach tego działania realizowane mogą być w miejscowościach łączących do 5 tys. mieszkańców, należących do gmin wiejskich lub miejsko-wiejskich.

### **Pomoc dla przedsiębiorstw uzdrowiskowych – Sektorowy Program Operacyjny „Wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw” (SPO WKP)**

W ramach SPO WKP gminy uzdrowiskowe lub podmioty gospodarcze, działające na terenie tych gmin, będą mogły ubiegać się dotacje w ramach następujących działań:

**Działanie 1.1. – „Wzmocnienie instytucji wspierających działalność przedsiębiorstw”** - celem działania jest poprawa dostępu przedsiębiorców do wysokiej jakości usług świadczonych przez instytucje wspierania biznesu. Realizowane w ramach tego działania projekty mają poprawić ofertę instytucji otoczenia biznesu oraz ich sieci w zakresie świadczonych przez nie usług dla przedsiębiorców. O finansowanie projektów będą mogły ubiegać się instytucje wspierania biznesu oraz sieci tych instytucji nie działające w celu osiągnięcia zysku.

**Działanie 1.2. – „Poprawa dostępności do zewnętrznego finansowania inwestycji przedsiębiorstw”** - celem tego działania jest ułatwienie przedsiębiorcom dostępu do zewnętrznych źródeł finansowania inwestycji. Zgodnie z założeniami rządowego programu „Kapitał dla przedsiębiorczych” środki finansowe w ramach działania przeznaczone będą na dokapitalizowanie regionalnych i lokalnych funduszy pożyczkowych oraz poręczeniowych, jak również na wsparcie funduszy kapitału początkowego typu *seed capital*. Projektodawcami w ramach działania będą instytucje finansowe zarządzające funduszami.

**Działanie 2.1. – „Wzrost konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw poprzez doradztwo”** - jest skierowane tylko do grupy małych i średnich przedsiębiorstw i dotyczy wsparcia doradczego m.in. dotyczącego następujących dziedzin: prowadzenie przedsiębiorstwa na Jednolitym Rynku Europejskim, projektowanie, wdrażanie i doskonalenie systemów zarządzania jakością, zarządzania środowiskiem oraz bezpieczeństwem i higieną pracy, certyfikaty zgodności dla wyrobów, usług, surowców, maszyn i urządzeń, aparatury kontrolno-pomiarowej i kwalifikacji personelu i inne.

**Działanie 2.2. „Wsparcie konkurencyjności produktowej i technologicznej przedsiębiorstw”** – jest skierowane do wszystkich przedsiębiorstw bez względu na ich wielkość i strukturę własności. W jego ramach przedsiębiorstwa uzdrowiskowe, na ogólnych zasadach, będą mogły się ubiegać o dotacje przeznaczone na nowe inwestycje oraz działania promocyjne za granicą.

**Działanie 2.3. – „Wzrost konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw poprzez inwestycje”** - wsparcie inwestycji poprawiających ich poziom technologiczny i organizacyjny oraz unowocześnienie ich oferty produktowej”.



**Działanie 2.4. „Wsparcie dla przedsięwzięć w zakresie dostosowania przedsiębiorstw do wymogów ochrony środowiska”** – przeznaczony jest dla wszystkich grup przedsiębiorstw i dotyczy projektów w następujących dziedzinach: gospodarki wodno-ściekowej, inwestycje w zakresie ochrony powietrza, inwestycje w zakresie gospodarki odpadami przemysłowymi i niebezpiecznymi.

### **Zasady korzystania z dofinansowania przez podmioty opieki zdrowotnej w ramach SPO – WKP**

W ramach SPO WKP dofinansowaniem mogą być objęte zakłady opieki zdrowotnej, które prowadzą działalność na terenie RP i mają status przedsiębiorstwa prowadzącego działalność gospodarczą w myśl ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. O dofinansowanie nie mogą ubiegać się zakłady opieki zdrowotnej, utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego, Akademie Medyczne (państwowe uczelnie medyczne, lub państwowe uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych) Minister Zdrowia, Prezes Rady Ministrów oraz minister właściwy do spraw zdrowia.

Przyjęto zasadę, że zawarcie umowy z NFZ nie będzie warunkowało ubiegania się o dofinansowanie w ramach SPO WKP, jednakże należy brać pod uwagę spełnienie przez beneficjenta pomocy warunku o trwałości projektu przez co najmniej 5 lat.

## **VII. FORMY I ZAKRES WZBOGACENIA PODSTAWOWYCH FUNKCJI UZDROWISKA O FUNKCJĘ WYPOCZYNKOWO-TURYSTYCZNĄ**

Wprowadzenie nowoczesnych metod kuracji, niekonwencjonalnych i innowacyjnych rozwiązań połączonych z aktywnym i specjalistycznym wypoczynkiem turystycznym, a także urozmaicenie oferty uzdrowiskowej stanowią perspektywę dla wielu polskich uzdrowisk. Ponadto, ich konkurencyjność na rynku europejskim zostanie wzmocniona, poprzez wprowadzenie szerokiego wachlarza usług substytucyjnych i komplementarnych.

Podstawowym zadaniem dla branży turystycznej jest wykreowanie proponowanych produktów turystycznych, które stanowią gotową do sprzedaży spaketyzowaną ofertę turystyczną, składająca się z usług i towarów ułatwiających wypoczynek, rehabilitację, regenerację i profilaktykę zdrowotną. Podobne założenie należy przyjąć przy budowie, rozwoju i promocji polskich uzdrowisk i turystyki uzdrowiskowej.

Uzdrowiska spełniają trzy podstawowe funkcje tj. funkcję leczniczą, zdrowotną i wypoczynkową.

Ponadto na terenie uzdrowisk szczególną szansę rozwoju mają następujące formy turystyki:

- aktywna, rekreacyjna i kwalifikowana,
- kulturowa i miejska,
- biznesowa (z kongresową włącznie),
- wiejska.

W uzdrowiskach funkcjonuje wiele podmiotów gospodarczych, tj.:

1. podmioty działające w sferze lecznictwa uzdrowiskowego:

- zakłady lecznictwa uzdrowiskowego: zakłady przyrodolecznicze, przychodnie uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe;
- urzędnictwo lecznictwa uzdrowiskowego: pijalnie uzdrowiskowe, tężnie, parki ścieżki ruchowe, urządzone odcinki wybrzeża morskiego, uzdrowiskowe baseny lecznicze i rehabilitacyjne, urządzone podziemne wyrobiska górnicze;

2. podmioty działające w sferze turystyki, rekreacji, sportu itp.:

- turystyczna baza noclegowa: hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, schroniska, kwatery agroturystyczne;
- urzędnictwo sportowe i rekreacyjne: koleje gondolowe, nartostrady, tory saneczkowe, parki wodne, inne;
- działające na rzecz kuracjuszy i turystów, w szczególności: restauracje, kawiarnie, kluby i inne;
- zakłady wytwarzające produkty uzdrowiskowe;
- oferujące atrakcje kulturalne, w szczególności: teatry, kina, muzea;
- wspomagające rozwój turystyki i mające wpływ na świadczenia usług dla kuracjuszy i turystów, np. zakład kosmetyczny, zakład fryzjerski.

Promocja i rozwój polskiej turystyki uzdrowiskowej powinny być przede wszystkim zintegrowane i w znacznym stopniu wspomagane poprzez wspólne działania instytucji zainteresowanych jej rozwojem.

Polska Organizacja Turystyczna (POT) działająca w oparciu o ustawę z dnia 25 czerwca 1999 roku (Dz. U. nr 62, poz. 689 z późn. zm.) jest państwową osobą prawną, powołaną dla wzmocnienia promocji polskiej turystyki w kraju i za granicą. POT jako jeden z kierunków działań w promocji turystyki przyjęła rozwój produktów turystycznych w oparciu o gminy uzdrowiskowe.

Ścisła współpraca uzdrowisk i samorządów terytorialnych owocuje tworzeniem, a następnie sprawnym funkcjonowaniem **Regionalnych i Lokalnych Organizacji Turystycznych (ROT i LOT)**. Regionalne i Lokalne Organizacje Turystyczne są podstawowym ogniwem w systemie zarządzania promocją i rozwojem turystyki w Polsce na szczeblu lokalnym i regionalnym. Jednym z argumentów za wyborem tej formuły prawnej jest możliwość ubiegania się o środki na realizację projektów promocyjnych o znaczeniu regionalnym i ponadregionalnym w ramach ZPORR.

Aby regionalne i lokalne organizacje turystyczne mogły powstawać i z powodzeniem przyczyniać się do rozwoju turystyki w miejscowościach, w których funkcjonują uzdrowiska, niezbędne jest większe zaangażowanie samorządów terytorialnych w promocję polskich uzdrowisk i włączenie się do realizacji opracowanej przez POT „Koncepcji promocji i rozwoju polskiej turystyki”. Niezbędne jest wspólne przygotowywanie materiałów promocyjnych, dla których Polska Organizacja Turystyczna udostępni swoją szatę graficzną i logo oraz zapewni dla nich kanały dystrybucji, zaś uzdrowiska i gminy uzdrowiskowe powinny zapewniać wkład merytoryczny do tych wydawnictw, umieszczając w nich m.in. informacje na temat profili leczniczych uzdrowisk, posiadanych zasobów złóż mineralnych (wody mineralne, źródła termalne, borowiny, klimat itp.) oraz informację na temat jakie atrakcje turystyczne czekają na potencjalnego turystę w danym uzdrowisku itp.

Niezbędna jest także ścisła współpraca gestorów bazy noclegowej i sanatoryjnej z samorządem terytorialnym.

Polska Organizacja Turystyczna jako organ koordynujący promocję proponuje podjęcie następujących zadań w zakresie promocji i rozwoju polskich uzdrowisk i turystyki uzdrowiskowej:

- kreowanie wizerunku uzdrowisk jako kurortów,
- tworzenie ogólnopolskiej strategii rozwoju i promocji uzdrowisk polskich,
- realizacja wydawnictw promujących poszczególne uzdrowiska i turystykę uzdrowiskową,
- udział uzdrowisk w stoiskach organizowanych przez Polską Organizację Turystyczną na targach turystycznych krajowych i zagranicznych,
- organizacja imprez studyjnych dla dziennikarzy i touroperatorów krajowych i zagranicznych, organizacja szkoleń, seminariów i konferencji, prowadzenie badań i analiz marketingowych w dziedzinie turystyki uzdrowiskowej, włączając turystykę na obszarach wiejskich,
- włączenie uzdrowisk i ich produktów turystyczno-uzdrowiskowych do systemu informacji turystycznej,
- pomoc w realizacji projektów inwestycyjnych w dziedzinie turystyki uzdrowiskowej.

## VIII. PODSUMOWANIE

I. Ustawa o uzdrowiskach, obszarach ochrony uzdrowiskowej, lecznictwie uzdrowiskowym i gminach uzdrowiskowych nie została w ostateczności uchwalona, a ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. regulująca lecznictwo uzdrowiskowe nie przystaje do współczesnych realiów. Niezbędne jest zatem pilne opracowa-

nie nowych projektów ustaw, normujących funkcjonowanie uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego oraz gmin, na terenie których funkcjonują uzdrowiska.

W toku prac nad kolejnymi rządowymi projektami ustaw, niezbędne jest przeprowadzenie szerokiej konsultacji społecznej, zgodnie z metodologicznymi podstawami oceny skutków regulacji (OSR). Niezbędne jest osiągnięcie kompromisu między administracją rządową, samorządową oraz organizacjami, reprezentującymi zainteresowane rozwiązaniami ustawowymi strony.

2. Strategicznym problemem dla funkcjonowania uzdrowisk jest uwzględnienie lecznictwa uzdrowiskowego w projektowanych rozwiązaniach prawnych jako integralnej części systemu ochrony zdrowia, pozwalającego na wykorzystanie potencjału uzdrowisk.

3. Przygotowana w ramach prac Zespołu „Koncepcja prywatyzacji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego” opiera się na dwóch podstawowych założeniach:

a/ wyłączenie określonej grupy spółek uzdrowiskowych z procesu prywatyzacji,

b/ przeznaczenie części wpływów z prywatyzacji spółek uzdrowiskowych (grupa II i III) na potrzeby rozwojowe bazy zabiegowej i uzdrowiskowej spółek grupy I poprzez zasilenie tymi wpływami Funduszu Restrukturyzacji Przedsiębiorców.

4. W trakcie prac Zespołu stwierdzono, iż w przygotowywanych obecnie programach operacyjnych nie ma żadnych preferencji dla przedsięwzięć wspierających rozwój polskich uzdrowisk i gmin uzdrowiskowych. W ZPORR nie wydzielono obszarów uzdrowiskowych jako terenów szczególnego wsparcia – tak jak uczyniono to w stosunku do obszarów przemysłów restrukturyzowanych, obszarów poprzemysłowych, powojskowych i miejskich.

Gminy uzdrowiskowe mogą realizować projekty inwestycyjne, nastawione na rozwój funkcji leczniczo-wypoczynkowych na zasadach ogólnych, w ramach dwóch działań Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego: Działania 1.4. i Działania 3.1.

Należy podkreślić, iż w wyniku działań podjętych przez Międzyresortowy Zespół do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk dla zwiększenia szans gmin uzdrowiskowych na uzyskanie dofinansowania z funduszy strukturalnych w latach 2004-2006 wprowadzono w Uzupełnieniu ZPORR w Działaniu 1.4. i Działaniu 3.1 do grupy projektów – **„projekty inwestycyjne gmin uzdrowiskowych nastawionych na rozwój funkcji leczniczo-wypoczynkowych”**.

Ponadto w wyniku prac Zespołu zmodyfikowano zapisy dotyczące zasad korzystania z dofinansowania przez podmioty opieki zdrowotnej w ramach ZPORR – poddziałania: **1.3.2 „Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia”** oraz **3.5.2. „Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia”**.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż spółki uzdrowiskowe mają słabą kondycję finansową, uniemożliwiającą podejmowanie działań prorozwojowych, nawet współfinansowanych ze źródeł zewnętrznych. Nie posiadają także zdolności kredytowej stanowiącej jeden z warunków otrzymania dotacji. Mają więc niewielkie szanse na uzyskanie pomocy w ramach SPO „Wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw”.

Bardzo ważnym elementem wdrażania Zintegrowanego Programu są działania promocyjne, koordynowane przez Polską Organizację Turystyczną, a realizowane zwłaszcza przez Lokalne Organizacje Turystyczne, utworzone w gminach, na terenie których zlokalizowane są uzdrowiska.

Realizacja „Zintegrowanego Programu Rozwoju Uzdrowisk ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych” będzie miała wpływ na:

- aktywizację gospodarczą gmin uzdrowiskowych, dla których lecznictwo uzdrowiskowe, turystyka, rekreacja, sport, kultura stanowią główną funkcję rozwoju,
- rozwój przedsiębiorczości wśród społeczności lokalnej,
- wdrożenie nowych produktów turystyki zdrowotnej opartych na jakości i innowacyjności – atrybutach nowych technologii,
- bezkonfliktową współpracę zainteresowanych podmiotów na rzecz trwałego, zrównoważonego rozwoju,
- aktywizację innych dziedzin życia społeczno-gospodarczego, dla których usługi czasu wolnego staną się kołem zamachowym,
- rozwój edukacji, w szczególności szkolenie zawodowe osób dorosłych.

Efektom realizacji zadań zawartych w „Zintegrowanym Programu...” powinien być wzrost:

- przyjazdów turystów i kuracjuszy do uzdrowisk i miejscowości uzdrowiskowych,
- dochodów budżetowych,
- obrotów w branży turystycznej, uzdrowiskowej i branżach współpracujących,
- konkurencyjności polskich uzdrowisk na arenie międzynarodowej, szczególnie europejskiej.

Wdrożenie zintegrowanego programu rozwoju uzdrowisk oraz gmin, na terenie których zlokalizowane są uzdrowiska, przyczyni się do wzrostu zatrudnienia w wielu dziedzinach, w tym związanych z szeroko pojętymi usługami czasu wolnego, wzrostu dochodów samorządów, przedsiębiorstw i mieszkańców, a tym samym wpłynie na poprawę sytuacji ekonomiczno-społecznej i będzie podstawą rozwoju regionalnego. Zmiany umożliwiające rozwój uzdrowisk są więc szansą na ożywienie lokalnego rynku pracy oraz pełniejsze wykorzystanie warunków przyrodniczych i kulturowych regionów.

**IX. NAJWAŻNIEJSZE DZIAŁANIA RZĄDU  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
PODEJMOWANE WE WSPÓŁPRACY  
Z INSTYTUCJAMI RZĄDOWYMI I ORGANIZACJAMI  
POZARZĄDOWYMI DZIAŁAJĄCYMI W TURYSTYCE,  
NIEZBĘDNE DLA WSPARCIA UZDROWISK I GMIN,  
NA TERENIE KTÓRYCH ZNAJDUJĄ SIĘ UZDROWISKA.**

**I. UWARUNKOWANIA PRAWNE FUNKCJONOWANIA UZDROWISK**

**Działanie 1: Przygotowanie i przyjęcie przez Radę Ministrów projektu ustawy normującej funkcjonowanie uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego.**

**Cel działania:** umożliwienie prawidłowego funkcjonowania uzdrowisk i podmiotów gospodarczych, prowadzących lecznictwo uzdrowiskowe

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Zdrowia.

**Harmonogram działań:** IV kwartał 2004 r. – I kw. 2005 r.

**Działanie 2: Przygotowanie i przyjęcie przez Radę Ministrów projektu regulacji normującej funkcjonowanie gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.**

**Cel działania:** usunięcie barier i spowodowanie rozwoju gospodarczego gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy we współpracy z Ministerstwem Finansów.

**Sposób realizacji:**

a. określenie kondycji finansowej gmin uzdrowiskowych w oparciu o dane z 2003 roku – Ministerstwo Finansów – do końca 2004 r.

b. opracowanie projektu aktu prawnego dotyczącego funkcjonowania gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska – II kwartał 2005 roku.

**Harmonogram działań:** IV kw. 2004 – II kw. 2005 r.

**Działanie 3: Opracowanie i wdrożenie nowych zasad dotyczących możliwości obniżenia opłat za wyłączenie z produkcji gruntów leśnych pod inwestycje turystyczne w gminach, na terenie których znajdują się uzdrowiska.**

**Cel działania:** obniżenie kosztów inwestycji w gminach, w których znajdują się uzdrowiska, rozwój infrastruktury uzdrowiskowej, przyczyniający się do wzrostu atrakcyjności miejscowości uzdrowiskowych.

**Sposób realizacji:** dochodzenie do rozwiązań systemowych w trybie obowiązujących przepisów o ochronie gruntów leśnych, na podstawie wspólnych uzgodnień. Ministerstwa Gospodarki i Pracy, Ministerstwa Środowiska i Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Środowiska we współpracy ze Stowarzyszeniem Gmin Uzdrowiskowych RP oraz Ministerstwem Gospodarki i Pracy,

**Harmonogram działań:** I kwartał 2005 r.– przygotowanie propozycji rozwiązań systemowych, ewentualna nowelizacja przepisów ustawy z dnia 3 lutego 1995 r. o ochronie gruntów rolnych i leśnych (I połowa 2005 r.),

**Działanie 4: usunięcie bariery związanej z obowiązkiem uzgadniania decyzji lokalizacyjnej z Ministrem Zdrowia, zawartej w ustawie z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym.**

**Cel działania:** uproszczenie formalności związanych z realizacją inwestycji budowlanych na terenie gmin uzdrowiskowych.

**Sposób realizacji:** Ministerstwo Infrastruktury przygotowało projekt ustawy o zagospodarowaniu przestrzennym gmin, który został przyjęty przez Radę Ministrów.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Infrastruktury.

## II. PRYWATYZACJA SPÓŁEK UZDROWISKOWYCH.

**Działanie 5: Opracowanie procedury przygotowawczej, niezbędnej dla wdrożenia koncepcji prywatyzacji spółek uzdrowiskowych.**

**Cel działania:** prywatyzacja zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, uzyskanie środków z prywatyzacji uzdrowisk na dofinansowanie spółek uzdrowiskowych, które będą wyłączone z prywatyzacji.

**Sposób realizacji:** Uzgodnienie w oparciu o potrzeby modernizacyjne spółek uzdrowiskowych grupy I i wysokość środków uzyskanych z NFZ dla tej grupy spółek proponowanej **stawki odpisów z przychodów** z prywatyzacji spółek uzdrowiskowych na Fundusz Restrukturyzacji Przedsiębiorców.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Skarbu Państwa w ścisłej współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Finansów

**Harmonogram działań:** do końca I kwartału 2005 r.

## III. WYKORZYSTANIE FUNDUSZY STRUKTURALNYCH NA ROZWÓJ UZDROWISK I GMIN NA TERENIE KTÓRYCH ZNAJDUJĄ SIĘ UZDROWISKA.

**Działanie 6: Upowszechnienie wśród środowiska uzdrowisk i gmin, w których znajdują się uzdrowiska, wiedzy na temat możliwości, zasad i sposobów wykorzystania środków z funduszy strukturalnych.**

**Cel działania:** Lepsza absorpcja funduszy strukturalnych, umożliwiająca rozwój uzdrowisk i gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska.

**Sposób realizacji:** przygotowanie i wdrożenie kompleksowego programu dla spółek uzdrowiskowych i samorządu terytorialnego.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy we współpracy z Polską Agencją Rozwoju Turystyki S.A.

**Harmonogram działań:** 2005 r.

**Źródła finansowania:** MGiP, urzędy marszałkowskie, gminy, w których znajdują się uzdrowiska i inne źródła.

#### **Działanie 7: Uwzględnienie specyfiki rozwoju turystyki w gminach uzdrowiskowych poprzez umieszczenie odpowiednich zapisów w projekcie Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013.**

**Cel działania:** zwiększenie dostępności do funduszy strukturalnych oraz rozwój gospodarczy uzdrowisk i gmin, w których funkcjonują uzdrowiska.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy

**Sposób realizacji:** Przygotowanie projektu zapisów w oparciu o szerokie konsultacje z organizacjami, reprezentującymi uzdrowiska i gminy, na terenie których zlokalizowane są uzdrowiska.

**Harmonogram działań:** IV kw. 2004 r. – I kw. 2005 r.

#### **IV. PROMOCJA POLSKICH UZDROWISK I TURYSTYKI UZDROWISKOWEJ.**

##### **Działanie 8: Przygotowanie konkurencyjnych produktów turystycznych.**

**Cel działania:** zwiększenie konkurencyjności polskiej turystyki na rynku krajowym i zagranicznym.

**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy we współpracy z Polską Organizacją Turystyczną (działania realizowane głównie przez Regionalne i Lokalne Organizacje Turystyczne).

**Sposób realizacji:** m.in. opracowywanie planów i programów budowy zintegrowanych produktów miejsca oraz systemów regionalnych sieci turystycznych o spójnym charakterze i określonym standardzie usług. Działanie wspomaga także aktywizację procesów powstawania i rozwoju produktów lokalnych, w tym wyrobów kulinarnych i rzemieślniczych, produktów o oryginalnym charakterze, atrakcyjnych dla grup potencjalnych nabywców.

**Harmonogram działań:** 2005 r.

**Źródła finansowania:** budżety samorządów terytorialnych oraz regionalnych i lokalnych organizacji turystycznych.

##### **Działanie 9: Zabezpieczenie w budżecie państwa środków finansowych (2 mln PLN rocznie) na promocję polskich uzdrowisk i turystyki uzdrowiskowej w Polsce.**

**Cel działania:** rozwój promocji polskich uzdrowisk i turystyki uzdrowiskowej.



**Resort odpowiedzialny za realizację:** Ministerstwo Gospodarki i Pracy

**Sposób realizacji:** przygotowanie propozycji do uzgodnienia w trakcie prac nad budżetem Ministerstwa Gospodarki i Pracy na 2006 rok.

**Harmonogram działań:** I – II kw. 2005 r.

„Zintegrowany Program Rozwoju Uzdrowisk, ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych” przyjął Międzyresortowy Zespół do spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk.

*Opracowano w Departamencie Turystyki  
Ministerstwa Gospodarki i Pracy*

## **X. A/ ZAŁĄCZNIK DO „ZINTEGROWANEGO PROGRAMU ROZWOJU UZDROWISK, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM USŁUG TURYSTYCZNYCH”**

### **Skład osobowy Międzyresortowego Zespołu ds. Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk**

**1. Pani Małgorzata Okońska-Zaremba** – Przewodnicząca Zespołu, Podsekretarz Stanu, Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej.

Od marca 2004 – **Pan Marek Szczepański** - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Gospodarki i Pracy.

**2. Pani Ewa Kralkowska** – Wiceprzewodnicząca Zespołu, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Od sierpnia 2004 r. – **Pan Paweł Sztwiertnia** – Podsekretarz Stanu w MZ.

Od 30 listopada 2004 r. – **Pan Zbigniew Podraza** – Sekretarz Stanu w MZ.

**3. Pan Krzysztof Szamałek**, Sekretarz Stanu, Ministerstwo Środowiska.

Od 18 listopada 2004 r. – **Pan Andrzej Mizgajski**, Podsekretarz Stanu w MŚ.

**4. Pan Piotr Sawicki**, Podsekretarz Stanu, Ministerstwo Finansów,

**5. Pan Józef Woźniakowski** – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Skarbu Państwa.

Od sierpnia 2004 r. – **Pan Dariusz Marzec**, Podsekretarz Stanu w MSP.

**6. Pan Witold Górski**, Podsekretarz Stanu, Ministerstwo Infrastruktury,

**7. Pan Andrzej Chodkowski** – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Rolnictwa i Rozwoju Wsi . Od grudnia 2003 r. – **Pani Daria Oleszczuk** – Podsekretarz Stanu w MRiRW.

**8. Pani Elżbieta Wyrwicz**, Sekretarz Zespołu, Dyrektor Departamentu Turystyki w Ministerstwie Gospodarki i Pracy.

**Skład osobowy podzespołów roboczych biorących udział w pracach Międzyresortowego Zespołu do spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk:**

**Podzespół I:**

wiodące – Ministerstwo Zdrowia

Pani Maria Łaniewska – Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego, Ministerstwo Zdrowia.

Pani Alicja Koebe-Ciesek – Naczelnik Wydziału Systemu Finansowania Gmin, Departament Finansów Samorządu Terytorialnego, Ministerstwo Finansów.

Pani Jadwiga Stachowiak – Główny Specjalista, Departament Geologii i Koncesji Geologicznych Zespół Hydrologii, Ministerstwo Środowiska.

Pan Andrzej Chwas – Naczelnik Wydziału, Departament Nadzoru Właścicielskiego II, Ministerstwo Skarbu Państwa.

**Podzespół II:**

wiodące – Ministerstwo Skarbu Państwa.

Pan Zbigniew Gryglas – Zastępca Dyrektora Departamentu Nadzoru Właścicielskiego II, Ministerstwo Skarbu Państwa.

Pani Elżbieta Wyrwicz – Dyrektor Departamentu Turystyki – Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

Pan Marian Kucharski – Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Regionalnej i Rolnictwa – Ministerstwo Finansów.

Pani Dagmara Korbaśńska – Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia.

**Podzespół III:**

wiodące – Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

Pani Anna Świebocka-Nerkowska – Zastępca Dyrektora Departamentu Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego, Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

Pani Ewa Wróbel – Naczelnik Wydziału Departamentu Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego – Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

Pani Elżbieta Biłobran-Uberman – Koordynator Departamentu Dialogu Społecznego, Ministerstwo Zdrowia.

Pan Krzysztof Mosiej – Departament Nadzoru Właścicielskiego II, Ministerstwo Skarbu Państwa.

Pani Helena Pietrachowicz – Główny Specjalista, Departament Turystyki, Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

#### **Podzespół IV:**

wiodąca: Polska Organizacja Turystyczna.

Pan Andrzej Kozłowski – Prezes Polskiej Organizacji Turystycznej.

Pan Wojciech Kodłubański – Wiceprezes Polskiej Organizacji Turystycznej.

Pani Krystyna Dąbkowska – Główny Specjalista, Departament Rozwoju Wsi,  
Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

Pani Grażyna Rosińska – Ministerstwo Zdrowia.

Pani Mariola Jaczewska-Pielaszek – Departament Nadzoru Właścielskiego II, MSP.

#### **Podzespół V:**

wiodąca: Polska Agencja Rozwoju Turystyki.

Pan Jacek Debis – Menadżer Projektu, Polska Agencja Rozwoju Turystyki.

Pan Marek Żukowski – Polska Agencja Rozwoju Turystyki.

Pan Leszek Krzykowski – Główny Specjalista, Ministerstwo Finansów.

Pan Jadwiga Jaworska – Główny Specjalista, Ministerstwo Zdrowia.

Pan Janusz Pretzel – Departament Nadzoru Właścielskiego II, Ministerstwo  
Skarbu Państwa.

Pani Olga Piekarszewska – Naczelnik Wydziału Strategii, Współpracy Regionalnej i Programów Pomocowych, Departament Turystyki, Ministerstwo Gospodarki i Pracy.

Ponadto w pracach Zespołu udział wzięli inni przedstawiciele instytucji rządowych i organizacji pozarządowych, m.in.:

Pan Bogdan Błaszczyk – Poseł na Sejm RP.

Pan Krzysztof Ciesielski – Asystent Ministra Krzysztofa Szamałka, Ministerstwo Środowiska

Pani Teresa Poławska – Radca Ministra, Ministerstwo Finansów

Pani Jolanta Sielicka – Prezes Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie”

Pan Dr Tadeusz Burzyński – Instytut Turystyki w Krakowie Sp. z o.o

Pan Jan Golba – Prezes Zarządu Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP

Pan Wojciech Gućma – Prezes Zarządu „Unii Uzdrowisk Polskich”

Pan Grzegorz Łoza – Unia Uzdrowisk Polskich.

## X. B/ ZAŁĄCZNIK DO „ZINTEGROWANEGO PROGRAMU ROZWOJU UZDROWISK, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM USŁUG TURYSTYCZNYCH”

Mapa nr 1: Mapa spółek uzdrowskich



**Źródło** (dotyczy wszystkich wykresów i tabel zawartych w Załączniku): *Program budowy krajowego produktu markowego – turystyka uzdrowskowa* opracowany przez Stowarzyszenie Gmin Uzdrowskich RP oraz Instytut Turystyki w Krakowie.

Tabela nr I: Podstawowe profile lecznicze oferowane w ośr. uzdrowisk. w Polsce

	Nazwa Spółki	Prowadzone profile lecznicze								
		narządów ruchu i reumatyczne	układu krążenia	układu oddechowego	układu wydzielnia wewnętrznego i przemiany m.	układu trawienia	kobiece	układu moczowego	skóry	stany po zółtacze zakaźnej
1	Uzdrowisko Busko-Zdrój S.A.									
2	Przedsiębiorstwo Uzdrowisko Ciechocinek S.A.									
3	Uzdrowisko Cieplice Sp. z o.o.									
4	Uzdrowisko Horyniec Sp. z o.o.									
5	„Solanki” Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o.									
6	Uzdrowisko Iwonicz S.A.									
7	Uzdrowisko Kamień Pomorski Sp. z o.o.									
8	Uzdrowisko Kołobrzeg S.A.									
9	Uzdrowisko Konstancin-Zdrój Sp. z o.o.									
10	Uzdrowisko Krynica-Żegiestów S.A.									
11	Zespół Uzdrowisk Kłodzkich S.A.									
12	Zespół Uzdrowisk Krakowskich S.A.									
13	Uzdrowisko Łądek-Długopole S.A.									
14	Uzdrowisko Połczyn S.A.									
15	Uzdrowisko Przerzeczyn Sp. z o.o.									
16	Uzdrowisko Rabka S.A.									
17	Uzdrowisko Rymanów S.A.									
18	Uzdrowisko Szczawnica S.A.									
19	Uzdrowisko Szczawnno-Jedlina S.A.									
20	Uzdrowisko Świeradów-Czerniawa Sp. z o.o.									
21	Uzdrowisko Świnoujście S.A.									
22	Uzdrowisko Ustka Sp. z o.o.									
23	Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe Ustroń S.A.									
24	Uzdrowisko Wieniec Sp. z o.o.									
25	Uzdrowisko Wysowa S.A.									
<b>Razem</b>		18	16	15	10	5	6	4	3	1

**Tabela nr 2:** Baza noclegowa gminach uzdrawiskowych według rodzajów obiektów noclegowych w 2002 r.

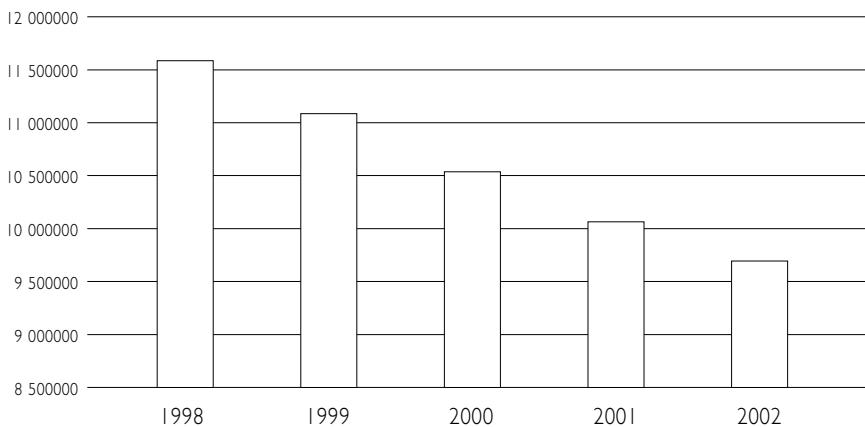
Rodzaje obiektów	liczba obiektów		miejsca noclegowe w tys.
	ogółem	całoroczne	
<b>ogółem</b>	<b>850</b>	<b>669</b>	<b>80 408</b>
ośrodki wczasowe	222	163	20 364
zakłady uzdrawiskowe	111	111	20 158
pozostałe niesklasyfikowane	110	88	4 887
hotele	85	85	7 767
pensjonaty	68	68	4 338
ośrodki szkoleniowo-wypoczynkowe	67	63	6 983
kwatery agroturystyczne	57	32	819
schroniska młodzieżowe	27	10	1 540
ośrodki kolonijne	21	5	2 538
zespół ogólnodostępnych domków turystycznych	18	3	1 432
domy pracy twórczej	12	11	591
poła biwakowe	12	0	3 770
domy wycieczkowe	12	11	835
schroniska	11	11	520
kempingi	10	1	3 710
ośrodki do wypoczynku sobotnio-niedzielnego	5	5	86
motele	2	2	70

**Tabela nr 3:** Struktura placówek sanatoryjnych wraz z wielkością bazy noclegowej w poszczególnych miejscowościach uzdrawiskowych →

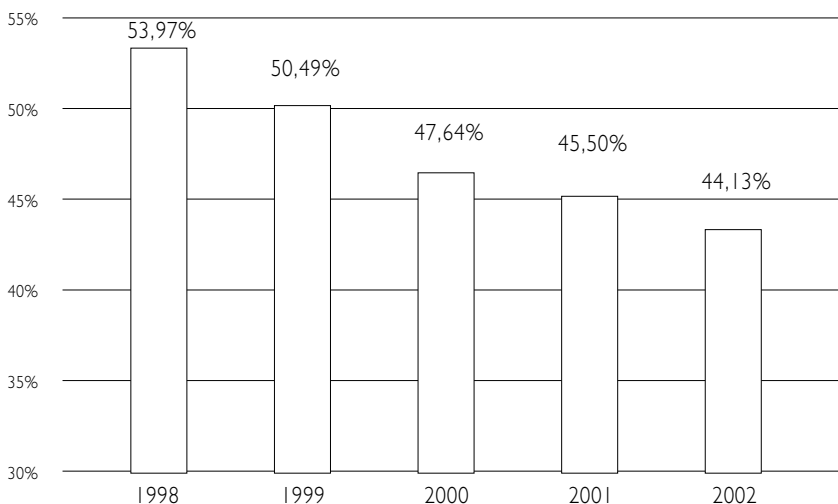
Tabela nr 3

L.p.	miasta i gminy uzdrowiskowe	liczba placówek	łóżka w tys.
	ogółem	281	35 464
1	Kołobrzeg	30	5 504
2	Ciechocinek	23	3 369
3	Rabka Zdrój	17	1 653
4	Busko-Zdrój	14	1 782
5	Krynica	12	1 440
6	Iwonicz Zdrój	12	1 320
7	Lądek Zdrój	11	712
8	Szczawnica	10	1 005
9	Muszyna	9	1 130
10	Świnoujście	9	1 064
11	Szczawnno Zdrój	9	791
12	Ustroń	8	1 897
13	Rymanów Zdrój	8	1 150
14	Połczyn Zdrój	8	1 136
15	Duszniki Zdrój	8	617
16	Polanica Zdrój	8	529
17	Nałęczów	7	1 208
18	Kudowa Zdrój	7	559
19	Kamień Pomorski	7	417
20	Konstancin Jeziorna	7	264
21	Inowrocław	6	1 527
22	Ustka	5	772
23	Jelenia Góra	5	552
24	Uście Gorlickie	5	464
25	Bystrzyca Kłodzka	5	294
26	Solina	4	709
27	Goczałkowice Zdrój	4	626
28	Brześć Kujawski	4	297
29	Świeradów Zdrój	3	694
30	Horyniec	3	528
31	Jedlina Zdrój	3	166
32	Niemcza	3	162
33	Solec Zdrój	2	-
34	Gołdap	1	-
35	Sopot	1	-
36	Augustów	1	-
37	Piwniczna	1	-
38	Krasnobród	1	-
39	Sękowa Wapienne	-	-
40	Supraśl	-	-

**Wykres nr 1:** Liczba udzielonych noclegów w bazie noclegowej w uzdrowiskach statutowych w Polsce w latach 1998–2002

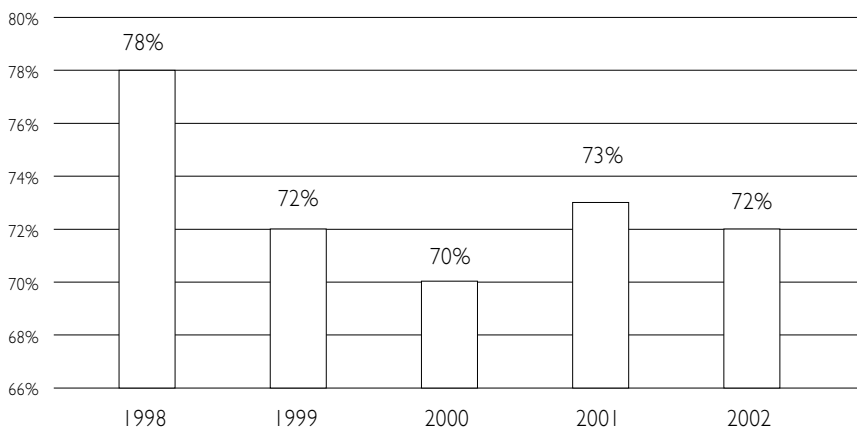


**Wykres nr 2:** Stopień wykorzystania miejsc noclegowych w uzdrowiskach statutowych w Polsce w latach 1998–2002

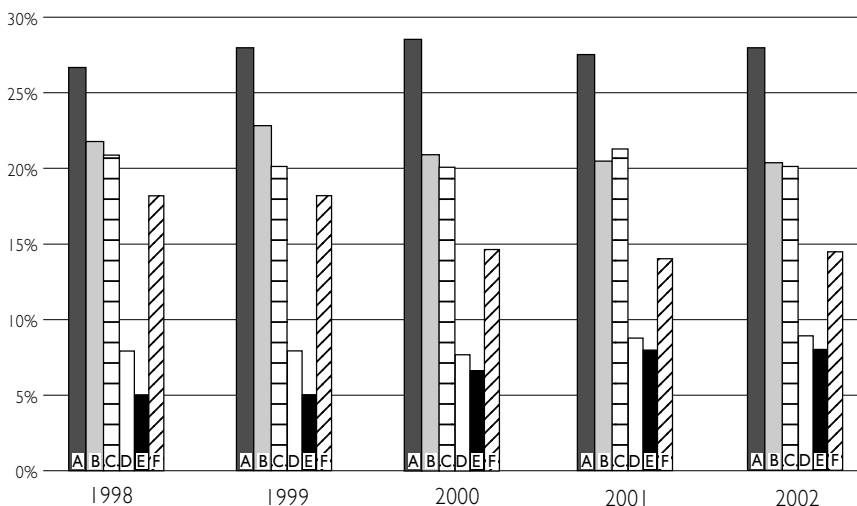




**Wykres nr 3:** Stopień wykorzystania łóżek w placówkach lecznictwa uzdrowskiego w Polsce w latach 1998–2002



**Wykres nr 4:** Struktura udzielonych noclegów w uzdrowiskach statutowych Polski w wybranych województwach w latach 1998–2002



A: Zachodnio-Pomorskie

B: Pomorskie

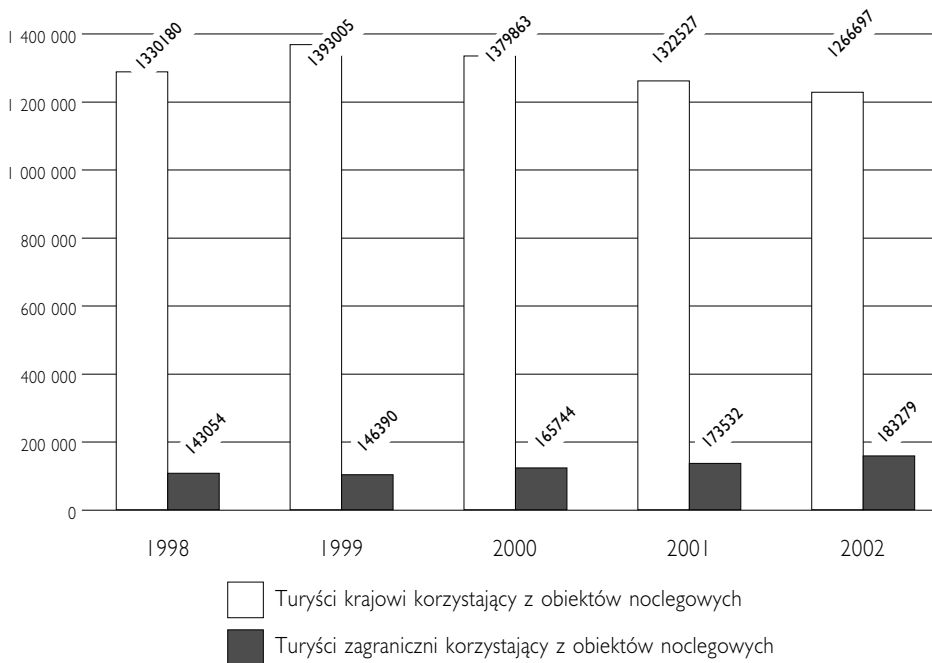
C: Małopolskie

D: Kujawsko-Pomorskie

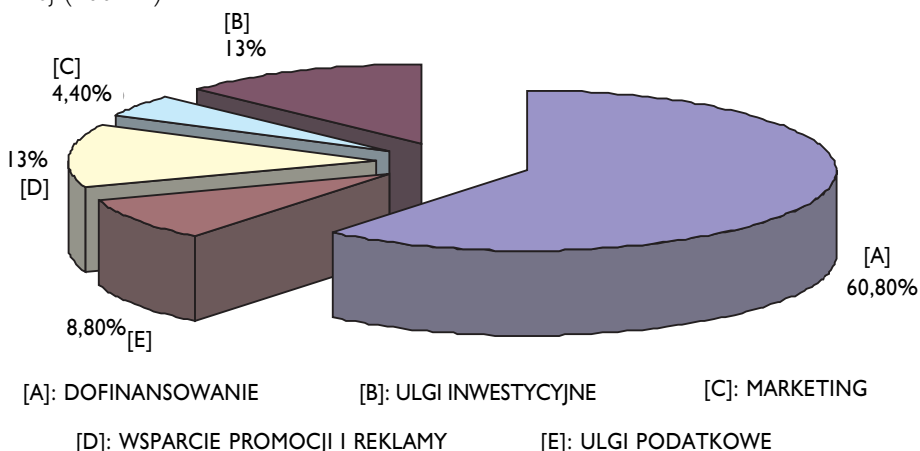
E: Dolnośląskie

F: Pozostałe 7 województw

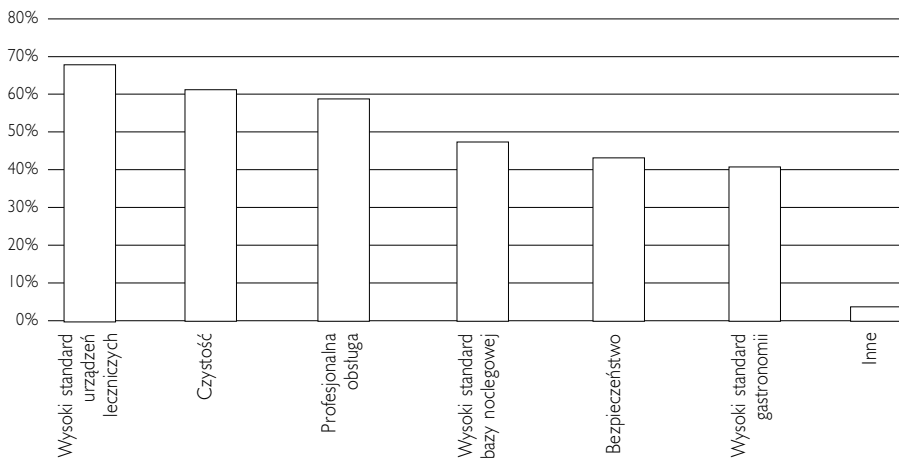
**Wykres nr 5:** Turyści krajowi i zagraniczni korzystający z turystycznych obiektów noclegowych w uzdrowiskach statutowych w latach 1998–2002



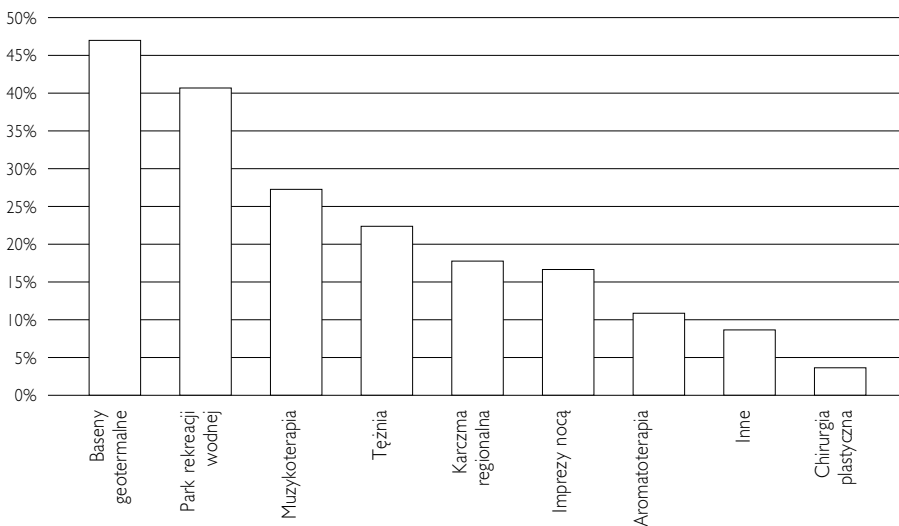
**Wykres nr 6:** Rodzaje oczekiwanej przez gminy uzdrowskie pomocy zewnętrznej (2002 r.)



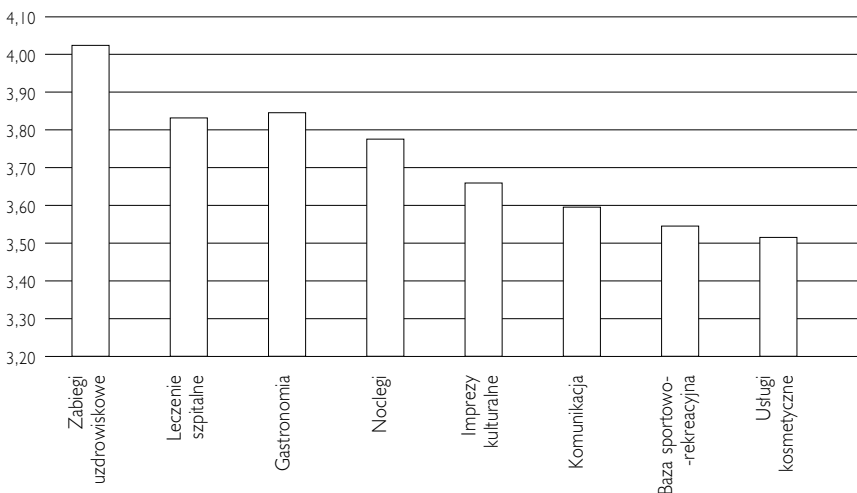
**Wykres nr 7:** Wartości, które powinno posiadać uzdrowisko aby stać się wizytówką kraju



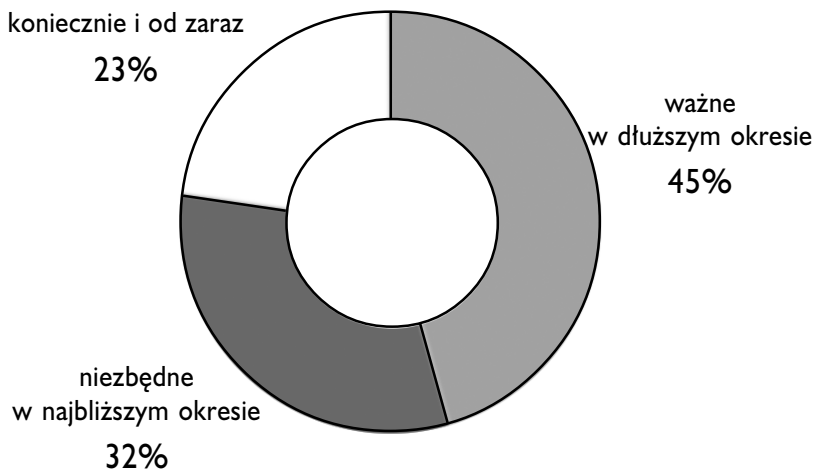
**Wykres nr 8:** Usługi, z których skorzystanoby, gdyby były w uzdrowisku



**Wykres nr 9:** Ocena relacji cen do jakości usług w uzdrowisku – w skali od 2 do 5



**Wykres nr 10:** Struktura obrazująca potrzebę doskonalenia zawodowego w uzdrowiskach





# SPIS TREŚCI

<b>Marek Balicki</b> (Minister Zdrowia) List na XIV Kongres Uzdrowisk Polskich .....	8
<b>Część I</b> .....	9
<b>Materiały kongresowe</b>	
<b>Hieronim Kroczyński</b> <i>Główne kierunki rozwoju Kołobrzegu w ciągu dziejów – referat z okazji 750-lecia nadania Kołobrzegowi praw miejskich</i> .....	11
<b>Piotr Kalmus</b> (Towarzystwo Balneologii i Medycyny Fizykalnej) <i>Uzdrowisko. Tradycja i nowoczesność. Na jakim etapie jesteśmy</i> .....	19
<b>Jan Golba</b> (Prezes Zarządu Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP, Dyrektor Generalny Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie) <i>Czy polskie uzdrowiska i gminy uzdrowiskowe sprostać konkurencji europejskiej. Jak rządy państw europejskich inspirować rozwój uzdrowisk</i> .....	35
<b>Jolanta Sielicka</b> (Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie”) <i>Wykorzystanie profesjonalizmu, tradycji, walorów środowiska uzdrowisk w nowoczesnych trendach rozwoju usług zdrowotnych i turystycznych</i> .....	49
<b>Wojciech Gucma</b> (Prezes Zarządu Unii Uzdrowisk Polskich, Prezes Zarządu „Uzdrowisko Nałęczów” S.A.) <i>Projekt zintegrowanego programu rozwoju uzdrowisk i co dalej?</i> .....	59
<b>Arkadiusz Kosowski</b> (Dyrektor ds. Służb Mundurowych NFZ) <i>Leczenie uzdrowiskowe w polityce Narodowego Funduszu Zdrowia. Stan obecny i perspektywy</i> .....	67
<b>Tomasz Kasiński</b> (Wojewódzki Konsultant Balneologii i Medycyny Fizykalnej) <i>Co jest jeszcze tradycją, a co nowoczesnością w leczeniu uzdrowiskowym</i> .....	76
<b>Tadeusz Burzyński</b> (Dyrektor Instytutu Turystyki w Krakowie) <i>Wpływ uzdrowisk na rozwój gospodarczy kraju, regionu i branży turystycznej</i> .....	81

<b>Diana Dryglas</b> (Uniwersytet Jagielloński w Krakowie) <i>Czy produkt turystyczny polskich uzdrowisk ma przewagę konkurencyjną ...</i>	<b>88</b>
<b>Elżbieta Wyrwicz</b> (Dyrektor Departamentu Turystyki w Ministerstwie Gospodarki i Pracy) .....	<b>105</b>
<b>Piotr Komornicki</b> (Burmistrz Iwonicza-Zdroju, Wiceprezes Zarządu Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP) <i>Uzdrowisko w gospodarce turystycznej regionu .....</i>	<b>113</b>
<b>Wojciech Kołtubański</b> (Wiceprezes Polskiej Organizacji Turystycznej) .....	<b>115</b>
<b>Edward Wiśniewski</b> (Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania, Oddział w Kołobrzegu), <i>Konkurencyjność uzdrowisk bałtyckich .....</i>	<b>117</b>
<b>Wojciech Fułek</b> (Wiceprezydent Sopotu, Wiceprezes Zarządu Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP), <i>Infrastruktura towarzysząca w uzdrowiskach nadmorskich .....</i>	<b>126</b>
<b>Uchwała XIV Kongresu Uzdrowisk Polskich .....</b>	<b>131</b>
<b>Część II .....</b>	<b>133</b>
<b>Działalność Międzyresortowego Zespołu do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk</b>	
Zarządzenie Prezesa Rady Ministrów w sprawie utworzenia Międzyresortowego Zespołu do Spraw Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk .....	<b>135</b>
Sprawozdanie z prac Międzyresortowego Zespołu ds. Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrowisk .....	<b>137</b>
Zintegrowany program rozwoju uzdrowisk ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych .....	<b>151</b>

