

REFERATY

mgr Łukasz Matoga, mgr Aneta Pawłowska, mgr Elżbieta Stach
Uniwersytet Jagielloński, Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej,
Zakład Gospodarki Turystycznej i Uzdrawiskowej,
ul. Gronostajowa 7, 30-387 Kraków

Wybrane prawne i organizacyjne aspekty rozwoju lecznictwa uzdrawiskowego w Polsce od XIX w. do współczesności

Słowa kluczowe: lecznictwo uzdrawiskowe, uzdrawiska w Polsce, uregulowania prawne, ustawa uzdrawiskowa, model organizacyjny

Streszczenie: Polska należy do państw o długiej historii i tradycjach lecznictwa uzdrawiskowego. W systemie służby zdrowia uzdrawiska pełnią ważną funkcję jako miejsca realizacji lecznictwa i profilaktyki. Z tego powodu już w przeszłości otaczano je szczególną opieką prawną. Celem artykułu jest przedstawienie rozwoju lecznictwa uzdrawiskowego w Polsce w kontekście wybranych aspektów prawnych i organizacyjnych. Problematyka ta została zaprezentowana na tle zachodzących przemian społeczno-gospodarczych w tym kraju od końca XIX w. do czasów współczesnych. Omówiono podstawowe

akty prawne i definicje pojęć dotyczące działania uzdrawisk, a także zasygnalizowano kwestię instytucjonalnego wspomaganie ich rozwoju w świetle zachodzących obecnie procesów prywatyzacji i komercjalizacji. Jak pokazała kwerenda literatury i aktów prawnych, zarządzanie rozwojem uzdrawisk w Polsce odbywa się przy wykorzystaniu instrumentów legislacyjnych tak dawniej, jak i współcześnie. Umożliwiają one stałe podnoszenie jakości usług leczniczych oraz właściwe zarządzanie ruchem turystycznym. Przyjęty w Polsce model organizacyjny lecznictwa uzdrawiskowego uwzględnia konieczność zarówno ochrony środowiska i naturalnych surowców leczniczych, jak i zaspokojenia potrzeb obecnych i przyszłych pokoleń kuracjuszy i turystów.

Wprowadzenie

Polska dzięki korzystnym warunkom środowiskowym jest jednym z najważniejszych obszarów lecznictwa uzdrowiskowego w Europie. Współcześnie na terytorium tego kraju znajduje się 45 uzdrowisk, które dysponują naturalnymi surowcami leczniczymi w postaci solanek, wód leczniczych, wód termalnych, torfów lub innych kopalin. Miejscowości uzdrowiskowe w większości przypadków położone są na obszarach czystych ekologicznie o udokumentowanych walorach czynników klimatycznych, w tym wysokiej jakości powietrza atmosferycznego, czystych wodach, bogatej lesistości czy harmonijnym krajobrazie. Wiele z nich dysponuje dobrze rozwiniętą bazą leczniczą, ale także noclegową, gastronomiczną czy rekreacyjną. Istniejący stan zagospodarowania turystycznego, infrastruktury komunalnej oraz warunki komunikacyjne stwarzają odpowiednie warunki dla aktywnego wypoczynku, a co najważniejsze poprawy stanu zdrowia przyjeżdżających kuracjuszy.

W Polsce przepisy prawne dotyczące funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego i związanej z nimi turystyki uzdrowiskowej wdrażane są począwszy od XIX w. Celem artykułu było przedstawienie rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce w kontekście wybranych

aspektów prawnych i organizacyjnych od końca XIX w do czasów współczesnych. Szczególną uwagę zwrócono na rozwiązania legislacyjne, w tym ustawy uzdrowiskowe oraz zakres kompetencji różnych podmiotów zarządzających uzdrowiskami w Polsce. Przeprowadzono kwerendę literatury i aktów prawnych odnoszących się do funkcjonowania uzdrowisk w Polsce. Ponieważ uzdrowiska w Polsce przechodziły różne fazy rozwoju, uzależnione od sytuacji politycznej i społeczno-gospodarczej, dla przejrzystości opracowania wydzielono cztery główne okresy, tj. do 1918 r., lata 1918-1945, okres Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (lata 1945-1989), lata 90. XX w. do czasów współczesnych.

Początki lecznictwa uzdrowiskowego na ziemiach polskich do 1918 r.

Początki działalności uzdrowisk w Polsce, podobnie jak w wielu państwach Europy Zachodniej, sięgają okresu średniowiecza. Wówczas wyjazdy w celach religijnych i handlowych zaczynały być uzupełniane formami tzw. czystej turystyki, która oparta była na poznawaniu, wypoczywaniu i leczeniu (Warszyńska, Jackowski 1978). Podróże ukierunkowane na zdrowie i higienę miały charakter elitarny i dotyczyły w szczególności szlachty oraz arystokracji. Pierw-

szym uzdrowiskiem na terytorium Polski były Cieplice Śląskie-Zdrój, do czego przyczyniło się odkrycie leczniczych właściwości wód mineralnych w XIII w. (Małecka, Marcinkowski 2007). Poszukiwania kolejnych źródeł wód leczniczych w Sudetach spowodowały rozwój uzdrowisk w Łądku-Zdroju (XIV w.) czy Kudowie-Zdroju (XVI w.). Miejscowości uzdrowiskowe stanowiły wtedy własność kościelną lub należały do rodów szlacheckich. Ich właścicielami byli królowie, książęta oraz osoby, które od tych pierwszych uzyskiwały prawo lokacji. Nazywano ich wójtami zasadźcami, którzy zazwyczaj zostawali dziedzicznymi sołtysami wsi lub wójtami lokowanego miasta. Do ich obowiązków należało zarządzanie rozwojem miejscowości, sądzenie i pobieranie podatków. Z biegiem czasu uzdrowiska zdobywały zgodę feudalnych właścicieli na tworzenie samorządów.

Wyraźny przełom w rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego przyniósł XVIII w. Miał wtedy miejsce postęp w naukach medycznych, przede wszystkim w balneologii, która zaczęła być szeroko wykorzystywana w leczeniu przewlekłych chorób. Badania właściwości leczniczych źródeł oraz odkrycia kolejnych złóż wód mineralnych przyczyniły się do rozwoju nowych miejscowości i zakładów świadczących usługi uzdrowiskowe, zwłaszcza na obszarach

górkich i podgórkich (Kowalczyk 2001, Kurek 2007). Szczególne zasługi na tym polu miał Józef Dietl, badający właściwości lecznicze wód w Krynicy-Zdroju. Pierwszą w Polsce publiczną pijalnię wód mineralnych udostępniono z kolei w 1795 r. w Świeradowie-Zdroju. W kolejnych latach zwrócono uwagę na korzystne oddziaływanie klimatu nadmorskiego na zdrowie człowieka, co przyczyniło się do rozwoju uzdrowisk nad Morzem Bałtyckim, w tym Kołobrzegu, Sopotu czy Świnoujścia (Warszyńska, Jackowski 1978).

Większość istniejących dzisiaj w Polsce uzdrowisk ukształtowała się w XIX w., co wynikało z mody na „wyjazdy do wód” i rozwoju transportu kolejowego (Kurek 2007, Małecka, Marcinkowski 2007). Wzrost znaczenia tego środka transportu powodował, że kuracjusze odwiedzali przede wszystkim te uzdrowiska, do których można było bezpośrednio dojechać pociągiem. Zwiększająca się liczba osób przyjeżdżających do uzdrowisk spowodowała konieczność szerszego planowania rozwoju obiektów i urządzeń leczniczych. Działania te podejmowane były bezpośrednio na poziomie lokalnym przez właścicieli zakładów leczniczych w porozumieniu z zarządcami poszczególnych miejscowości. Dużą uwagę zwracano na odpowiednią lokalizację i zagospodarowanie

otoczenia domów zdrojowych, które stanowiły miejsca reprezentacyjne każdego XIX-w. uzdrowiska (Węclawowicz-Bilska 1991). Obiekty te posiadały odpowiednio wyposażone sale zabiegowe, baseny, kluby i restauracje. Równocześnie budowano pierwsze pensjonaty, wille i kwatery prywatne, które udostępniane były osobom przyjeżdżającym nie tylko w celach leczniczych, ale również wycieczkowych i krajoznawczych.

Rozpatrując model organizacyjny uzdrowisk na początku XX w., należy wskazać działalność podmiotów wdrażających pierwsze na ziemiach polskich rozwiązania w zakresie świadomego i kompleksowego kształtowania usług lecznictwa uzdrowiskowego. Pierwszymi stowarzyszeniami zajmującymi się działalnością naukową i organizacyjną w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego były Wydział Uzdrowisk Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego (utworzone w 1898 r. w zaborze rosyjskim) i Polskie Towarzystwo Balneologiczne w Krakowie (powstałe w 1905 r. w zaborze austriackim) (Kowalczyk 2001). Towarzystwa te były organami doradczymi zakładów przyrodolecznicych. Celem statutowym ich działalności było przede wszystkim systematyczne badanie właściwości fizycznych i chemicznych wód mineralnych, obserwacje meteorologiczne i kli-

matyczne w zdrojowiskach oraz analiza ich korzystnego oddziaływania na organizm człowieka i leczenie. Opiniotwórcza rola wymienionych podmiotów miała znaczenie dla podejmowania decyzji w zakresie rozbudowy i modernizacji obiektów lecznictwa uzdrowiskowego, co z kolei przyczyniało się do podejmowania niezbędnych inwestycji w tym zakresie. Istotne znaczenie w rozbudowie zagospodarowania turystycznego miały również Towarzystwo Tatrzańskie (utworzone w 1873 r. w zaborze austriackim, od 1919 r. Polskie Towarzystwo Tatrzańskie) oraz Polskie Towarzystwo Krajoznawcze (powstałe w 1906 r. w zaborze rosyjskim).

Większość istniejących ówczesnie miejscowości uzdrowiskowych była prywatną własnością arystokracji, którzy w 1910 r. z inicjatywy hrabiego Jana Potockiego (dysponenta Rymanowa-Zdroju) zjednoczyli się w Związku Uzdrowisk Polskich z siedzibą we Lwowie, a następnie w Warszawie (Kowalczyk 2001). Działania związku realizowane były dwukierunkowo. Z jednej strony obejmowały inicjatywy promocyjne, jak wprowadzenie żniżek na przejazd kolejną dla powracających kuracjuszy, zaś z drugiej – przedsięwzięcia infrastrukturalne, m.in. w zakresie poprawy dostępności komunikacyjnej oraz pozyskiwania kredytów

na rozwój społeczno-gospodarczy uzdrowisk.

Funkcjonowanie lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce w latach 1918-1945

Odzyskanie niepodległości przez Polskę w 1918 r. znacząco wpłynęło na dalszy rozwój lecznictwa uzdrowiskowego, do czego przyczyniły się uchwalone przez Sejm ustawy, m.in. o czasie pracy (1919 r.), płatnych urlopach (1922 r.), jak również pierwsza w historii Polski ustawa o uzdrowiskach (1922 r.). W Polsce międzywojennej za uzdrowiska uważano wszystkie zdrojowiska z cieplicami lub zdrojami leczniczymi, stacje klimatyczne i kąpieliska morskie, które posiadały własny status oraz plan zabudowania. W myśl ustawy, nadzór nad funkcjonowaniem uzdrowisk w Polsce pełnił Minister Zdrowia Publicznego poprzez organ doradczy w postaci Państwowej Rady ds. Uzdrowisk. Spośród ok. 50 istniejących wówczas miejscowości kuracyjnych 6 z nich, tj. Busko-Zdrój, Druskienniki (Litwa), Ciechocinek, Krynica-Zdrój, Inowrocław i Szklno (Ukraina), przeszła na rzecz skarbu państwa. Poza nimi na terytorium Polski funkcjonowały 23 uzdrowiska prywatne (należące do osób fizycznych, towarzystw lekarskich lub instytucji ubezpieczeniowych), 6 uzdrowisk komunalnych (posiadających przywilej pobierania

specjalnej taksy uzdrowiskowej) oraz 15 uzdrowisk mających status użyteczności publicznej (np. Zakopane) (Kulczycki 1970, Małecka, Marcinkowski 2007). W przypadku ostatniej grupy, miejscowości te otrzymywały dofinansowywanie na inwestycje infrastrukturalne ze strony władz państwowych. Uznanie miejscowości za uzdrowisko użyteczności publicznej następowało w drodze rozporządzenia Rady Ministrów na wniosek Ministra Zdrowia Publicznego, pod warunkiem:

- posiadania źródeł o stwierdzonych własnościach leczniczych lub też wyjątkowych warunkach klimatycznych, względnie kąpielowych;
- zapewnienia dostatecznego dopływu wody leczniczej o stałym naturalnym składzie chemicznym oraz zabezpieczeniu jej od zepsucia i użytkowania za pomocą odpowiednich urządzeń technicznych;
- położenia miejscowości w miejscu, w którym nie ma poważnych przeszkód do zabezpieczenia nieodzownych warunków sanitarnych;
- dysponowania koniecznymi urządzeniami zdrowotnymi i leczniczymi.

W okresie międzywojennym każda miejscowość w Polsce, funkcjonująca jako uzdrowisko, powinna była posiadać niezbędne obiekty

i urządzenia określone w ustawie. Należały do nich urządzenia zabezpieczające zaopatrzenie w wodę do picia oraz usuwające wody ściekowe i odpadki, a ponadto pomieszczenia izolacyjne dla osób dotkniętych chorobami zakaźnymi i obsługującej ich służby pielęgniarskiej, a także urządzenia do odkażania i dom przedpogrzebowy. Niedostosowanie się do przepisów ustawy groziło wywłaszczeniem w drodze rozporządzenia Rady Ministrów na rzecz skarbu państwa, a kierujący ośrodkiem podlegali karze pozbawienia wolności. Z punktu widzenia funkcjonowania miejscowości uzdrowskowych po raz pierwszy pojawił się zapis odnoszący się do zakazu wykonywania prac budowlanych i komunalnych, które mogły wywierać szkodliwy wpływ na lokalne warunki sanitarne. Dotyczyło to wznoszenia nowych budowli, zakładania przedsiębiorstw przemysłowych, handlowych i komunikacyjnych, zarządzania kanalizacji, wodociągów i studni oraz dokonywania wyrębów lasów w najbliższej okolicy.

Znaczące zmiany w organizacji lecznictwa uzdrowskowego w Polsce związane były z utworzeniem powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w 1934 r. (ZUS). Jego działalność, poprzez zagwarantowanie społeczeństwu bezpłatnych zabiegów

fizykalnych i pomocy lekarskiej w uzdrowskach, znacząco wpłynęła na zwiększenie się liczby kuracjuszy (Kowalczyk 2001). Wyjazdy lecznicze do uzdrowsk dofinansowywane były przez ZUS na podstawie skierowań lekarskich. W tym czasie 75% skierowań lekarskich wydawanych była w okresie letnim trwającym od czerwca do września, w związku z czym pobyty w celach zdrowotnych charakteryzowały się wyraźną sezonowością. Większość miejscowości uzdrowskowych utrzymywała się z tzw. funduszy kuracyjnych, na które składały się opłaty dodatkowe, takie jak: taksy uzdrowskowe, grzywny, zasiłki ze skarbu państwa, opłaty pobierane za używanie urządzeń uzdrowskowych i uczestnictwo w widowiskach, czy też podatki dla przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą na terenie uzdrowska.

W myśl ustawy uzdrowskowej z 1922 r., szczególna funkcja przypadła stacjonarnym komisjom uzdrowskowym, które powoływano we wszystkich uzdrowskach mających charakter użyteczności publicznej. Do ich kompetencji należały trzy płaszczyzny działań:

- finansowa, w tym zarządzanie funduszem kuracyjnym, zapomogami od rządu i gmin, czuwanie nad całością majątku i zatwierdzanie rocznego budżetu dochodów i wydatków komisji,

ustalanie wysokości opłat i taks uzdrowiskowych,

- planistyczna, w tym opracowywanie projektów zabudowy uzdrowisk, zakładanie szpitali i innych zakładów leczniczych, prowadzenie instytucji badawczych na terenie uzdrowisk,
- regulacyjna, w tym wydawanie zarządzeń sanitarnych mających na celu utrzymanie czystości, porządku i zachowania warunków zdrowotnych na odpowiednim poziomie; wydawanie opinii, od których uzależnione było udzielanie zezwoleń na prowadzenie robót budowlanych, otwieranie przedsiębiorstw i innych zakładów, czy regulowanie spraw mieszkaniowych dla osób przybywających na kuracje.

Decyzje o nowych inwestycjach w zakresie zagospodarowania turystycznego w uzdrowiskach i poprawy ich dostępności komunikacyjnej podejmowane były na poziomie centralnym przez rząd. Szybki rozwój ruchu turystycznego w polskich miejscowościach uzdrowiskowych, wymusił tworzenie pod koniec lat 30. pierwszych planów zagospodarowania przestrzennego (Warszyńska, Jankowski 1978). Były to innowacyjne projekty, które zawierały wytyczne dotyczące warunków zabudowy, korzystania z sieci wodociągowej, kanalizacyjnej i drogowej, ochrony krajobrazu oraz lokalizacji urządzeń

parkowych i leczniczych. Wybuch II wojny światowej uniemożliwił ich realizację. Mimo to pozostały one podstawą teoretyczną i praktyczną dla planów wykonywanych w latach powojennych.

Model lecznictwa uzdrowiskowego w Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej (1945-1989)

Po zakończeniu II wojny światowej wraz z przemianami ustrojowymi i gospodarczymi wprowadzono nowy model organizacji lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce. Jego ideą nadrzędną było zarządzanie ruchem kuracyjnym i turystycznym przez władze na poziomie centralnym. Polski rząd po zakończeniu działań wojennych w uchwalonym przez siebie trzyletnim planie odbudowy kraju na lata 1946-1949 podjął decyzję o odbudowie uzdrowisk (Warszyńska, Jankowski 1978). Zgodnie z polityką władz komunistycznych wszystkie uzdrowiska w kraju miały stanowić własność społeczną, co nastąpiło po przejściu i znacjonalizowaniu wszystkich uzdrowisk prywatnych istniejących przed II wojną światową. W konsekwencji powstało 26 oddziałów Państwowych Przedsiębiorstw Uzdrowiskowych (Pitrus 2007). Ponadto, w 1949 r. powołano do życia Fundusz Wczasów Pracowniczych, co dało początek rozwojowi różnym formom turystyki socjalnej, w ramach której rozwijała

się turystyka uzdrowiskowa – finansowana w znacznej mierze ze środków publicznych.

Turystyka stała się ważną częścią polityki społecznej kreowanej przez władze krajowe. Rozwojem tego sektora usług w PRL zajmował się Wydział Turystyki (1945-1949), a następnie Biuro Turystyki (1949-1952) w ramach Ministerstwa Komunikacji. Nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym i funkcjonowaniem uzdrowisk powierzono z kolei Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej, natomiast Ministerstwu Pracy, Płac i Spraw Socjalnych podporządkowany został ZUS. W kontekście lecznictwa uzdrowiskowego do najważniejszych kompetencji Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej należało wytyczanie kierunków działalności i profili lecznictwa dla poszczególnych uzdrowisk oraz kontrolowanie poziomu świadczeń udzielanych przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego. Ponadto pełnił on funkcję Przewodniczącego Naczelnej Rady Uzdrowisk i Wczasów Pracowniczych, która działając przy Prezesie Rady Ministrów miała wpływ na tworzenie miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego w miejscowościach uzdrowiskowych. Obowiązki w zakresie rozwoju uzdrowisk przekazano z kolei radom narodowym miejscowości. Ich kompetencje obejmowały m.in. podejmowanie

niezbędnych inwestycji w zakresie zagospodarowania leczniczego i wczasowego, zaspokajania potrzeb pobytowych kuracjuszy, wczasowiczów i turystów oraz zapobiegania degradacji środowiska przyrodniczego.

Przekształceniom systemowych uległy również podmioty funkcjonujące poza strukturami rządowymi, a które zajmowały się szeroko pojętymi kwestiami rozwoju uzdrowisk i turystyki. Połączone zostały dwie organizacje: Polskie Towarzystwo Tatrzaskie i Polskie Towarzystwo Krajoznawcze, w konsekwencji czego powstało Polskie Towarzystwo Turystyczno-Krajoznawcze (PTTK) (1950 r.). Ponadto, w 1946 r. zlikwidowano Związek Uzdrowisk Polskich. Rada Ministrów w jego miejsce powołała nowy organ funkcjonujący pod nazwą Zjednoczenie „Uzdrowska Polskie” (1967 r.), który działał z ramienia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (Ogarek 1973). Była to jednostka sprawująca nadzór nad funkcjonowaniem uzdrowisk, z którą uzgadniano wszelkie zmiany w ogólnym lub szczegółowym miejscowym planie zagospodarowania przestrzennego.

Podstawowym aktem prawnym, regulującym funkcjonowanie miejscowości uzdrowiskowych w powojennej Polsce była uchwalona w 1966 r. Ustawa o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym.

W dokumencie tym po raz pierwszy wprowadzono definicję lecznictwa uzdrowiskowego, przez które rozumiano zorganizowaną działalność w zakresie jak najszerszego zapobiegania chorobom i ich leczenia przy wykorzystaniu klimatoterapii (właściwości leczniczych klimatu i krajobrazu), balneoterapii (naturalnych zasobów wód, gazów i peloidów leczniczych), talasoterapii (właściwości leczniczych morza) albo innych czynników środowiskowych mających korzystny wpływ na wyniki leczenia. Funkcjonujące w miejscowościach zakłady lecznictwa uzdrowiskowego mogły być prowadzone wyłącznie przez Ministerstwa: Zdrowia i Opieki Społecznej, Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych i Komunikacji. Kompetencje w tym zakresie posiadały również rady narodowe, organy związków zawodowych lub inne instytucje, które otrzymały zgodę właściwego ministra ds. zdrowia. Jak podaje Wysocka (1981), ustawa określała warunki nadania miejscowości statusu uzdrowiska oraz zasady objęcia przepisami ustawy o uzdrowiskach innych miejscowości, które nie mogły go uzyskać, ale posiadały odpowiednie uwarunkowania przyrodniczo-krajobrazowe. Zniesione zostały komisje uzdrowiskowe, a ich uprawnienia przekazano Naczelnej Radzie Uzdrowisk i Wczasów Pracowniczych oraz na-

czelnym lekarzom uzdrowisk. Były to osoby powoływane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej i sprawowały kontrolę nad poziomem świadczeń medycznych. Do zadań naczelnego lekarza uzdrowiska należała także realizacja „*polityki państwa w dziedzinie lecznictwa uzdrowiskowego i rozwoju uzdrowisk zgodnie z potrzebami i możliwościami lokalnymi*” (Ogarek 1973).

Według ustawodawstwa z okresu PRL, każda miejscowość uznana za uzdrowisko powinna posiadać statut, który uchwalany był przez właściwą terytorialnie wojewódzką radę narodową, po zasięgnięciu opinii władz centralnych w Warszawie. Był to dokument regulujący najważniejsze sprawy związane z funkcjonowaniem miejscowości uzdrowiskowej, tj. określenie jej granic terytorialnych, obszarów ochrony uzdrowiskowej, sposobu użytkowania terenu, zasad ochrony środowiska oraz nakazów i zakazów służących zapewnieniu właściwego ładu społeczno-organizacyjnego. Ustawa wprowadziła obowiązek wyznaczania obszarów ochrony uzdrowiskowej oraz właściwego kształtowania warunków środowiskowych na ich terenach. Nowatorskim i do dziś stosowanym rozwiązaniem było wprowadzenie trzech obszarów ochrony uzdrowiskowej, które oznaczono literami: „A” (obszar obejmujący

teren bezpośrednio przyległy do zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego), „B” (obszar najczęściej obejmujący miejscowość w granicach administracyjnych) oraz „C” (tzw. „otulina” obejmująca tereny mające wpływ na warunki naturalne i klimatyczne uzdrowiska) (Mika, Ptaszycka-Jackowska 2007, Solan 2012). Zasięg poszczególnych obszarów określano dla każdego uzdrowiska oddzielnie w zależności od ukształtowania terenu, uwarunkowań meteorologicznych i klimatycznych, sposobu zabudowania miejscowości i okolicy itd. Dzięki temu rozwijane w nich zagospodarowanie podporządkowane zostało potrzebom lecznictwa uzdrowiskowego.

System lecznictwa uzdrowiskowego w okresie PRL obejmował sześć typów zakładów, tj. przychodnie uzdrowiskowe, uzdrowiskowe zakłady przyrodolecznicze, prewentoria uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe oraz zorganizowane leczenie ambulatoryjne. Najbardziej powszechną formą lecznictwa uzdrowiskowego były pobyty w sanatoriach. Pobyt w sanatorium, organizowany na dobrowolny wniosek pracownika, trwał 24 dni (w ramach przyznawanego mu urlopu wypoczynkowego, rzadziej skierowania lekarskiego) i obejmował korzystanie z bezpłatnych kuracji i zabiegów fizykalnych

pod stałą opieką lekarską i pielęgniarską. W przypadku niektórych z zakładów, np. prewentoriów uzdrowiskowych, pobyt był częściowo odpłatny.

Echo wyżu demograficznego z lat 50. XX w. oraz związany z tym proces starzenia się społeczeństwa, a także postępująca urbanizacja i industrializacja gospodarki spowodowały wzrost popytu na usługi lecznicze w uzdrowiskach. W celu rozproszenia ruchu kuracyjnego określano od jednego do czterech profili medycznych w każdym uzdrowisku w oparciu o posiadane surowce lecznicze (Ogarek 1973). W latach 80. XX w. na terytorium Polski istniały dwie grupy miejscowości związanych z lecznictwem uzdrowiskowym. Pierwszą grupę stanowiło 36 „uzdrowisk statutowych”, czyli miejscowości działających zgodnie z ustawą o uzdrowiskach, natomiast w drugiej grupie znajdowało się kolejne 25 „potencjalnych uzdrowisk”, czyli miejscowości, które nie posiadały statutu, ale zostały objęte niektórymi przepisami ustawy (Wysocka 1981). Rozmieszczenie „uzdrowisk statutowych” było nierównomierne i nawiązywało do kurortów położonych w Karpatach, Sudetach i na wybrzeżu Morza Bałtyckiego. Z tego powodu opracowano strategię rozwoju kolejnych 84 miejscowości uzdrowiskowych położonych zwłaszcza w centralnej

Polsce. Niestety kryzys gospodarczy, jaki miał miejsce na początku lat 80. XX w. uniemożliwił realizację planów strategicznych budowy nowych i rozbudowy starych miejscowości uzdrowiskowych.

W wyniku reformy podziału administracyjnego Polski przeprowadzonej w 1975 r. wiele z istniejących uzdrowisk zaczęło pełnić funkcje administracyjne, z którymi związany był rozwój przestrzenny i ludnościowy. Procesy te zaburzyły prawidłowy rozwój funkcji leczniczej w tych miejscowościach, przez co usługi uzdrowiskowe stały się tłem dla nowych funkcji społeczno-gospodarczych. Oprócz tego, wzrost zanieczyszczenia środowiska przyrodniczego związany z intensywnym rozwojem przemysłu w latach 70. i 80. XX w. wpłynął na znaczące pogorszenie warunków leczniczych i degradację uzdrowisk.

Współczesne kierunki zmian w organizacji systemu lecznictwa uzdrowiskowego Polski

Istotne zmiany w funkcjonowaniu uzdrowisk w Polsce przyniosła transformacja systemowa, jaka miała miejsce od początku lat 90. XX w. Przemiany polityczne i gospodarcze, obejmujące decentralizację władzy, zwiększyły kompetencje samorządu terytorialnego w zakresie przystosowania miejscowości do pełnienia funkcji

uzdrowiskowych oraz programowania w nich rozwoju turystyki. Zagadnienie rozwoju turystyki na szczeblu samorządu gminnego znalazło odzwierciedlenie w zadaniach własnych stawianych organom gminy na podstawie ustawy o samorządzie gminnym (1990 r.). Wśród nich należy wymienić instrumenty planistyczne, w tym strategię rozwoju społeczno-gospodarczego, studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy oraz miejscowy plan zagospodarowania przestrzennego. Wymienione dokumenty mają znaczenie w realizacji ważnego z punktu widzenia lecznictwa uzdrowiskowego zadania, jakim jest zachowanie ładu przestrzennego, gospodarki nieruchomościami, infrastruktury turystycznej i leczniczej, ochrony środowiska i przyrody oraz gospodarki wodnej (Golba 2003; Groch 1997). Kwestie bezpośrednio związane z lecznictwem uzdrowiskowym pozostały jednak domeną organów ustawodawczych i wykonawczych państwa. Organy ustawodawcze zajmują się tworzeniem ram prawnych funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego, natomiast organy wykonawcze – w szczególności Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Sportu i Turystyki – podejmują szeroko pojęte działania o charakterze rządzącym i organizacyjnym.

Aktualnie najważniejszym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie uzdrowisk w Polsce jest Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych. W dokumencie tym za uzdrowisko uznaje się obszar, na którym prowadzone jest lecznictwo uzdrowiskowe, czyli zorganizowana działalność mająca na celu udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego. W ustawie zmniejszono liczbę jednostek opieki zdrowotnej spełniających kryteria zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Obecnie są nimi szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, prewentoria uzdrowiskowe dla dzieci oraz przychodnie uzdrowiskowe. Usługi lecznicze realizowane są w oparciu o wykorzystanie właściwości miejscowych warunków naturalnych, do których ustawodawca zalicza surowce lecznicze, tj. gazy lecznicze i kopaliny lecznicze, m.in. borowiny, wody lecznicze i wody termalne, właściwości lecznicze klimatu, w tym talasoterapię i subterraneoterapię oraz właściwości lecznicze mikroklimatu. Przy tym warto dodać, że zapisy odnoszące się do funkcjonowania miejscowości uzdrowiskowych, ich otoczenia oraz świadczonych w nich usług leczniczych znajdują się również w innych

ustawach, m.in. w Ustawie z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska, Ustawie z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym czy w Ustawie z dnia 28 września 1991 r. o lasach.

W rozumieniu aktualnej ustawy z 2005 r., gminą uzdrowiskową jest jednostka samorządu terytorialnego, której w całości lub w części nadano status uzdrowiska. Status ten potwierdza obecność na danym obszarze naturalnych źródeł surowców leczniczych i klimatu o właściwościach leczniczych, które podlegają ochronie. Wymagane jest również funkcjonowanie zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz infrastruktury technicznej dotyczącej gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej i zbiorowego transportu, jak i spełnienie wymagań w zakresie ochrony środowiska. Obecnie obowiązujące normy, jakie gmina musi spełniać, aby nie stracić statutu uzdrowiska są jedynymi z najbardziej restrykcyjnych w Europie (Golba 2003, Prętki 2012). Wszystkie uzdrowiska są regularnie sprawdzane przez pracowników Ministerstwa Zdrowia. W przypadku stwierdzenia uchybień w zakresie niespełniania przez gminę wymagań zawartych w ustawie, gminy mają pięć lat na usunięcie nieprawidłowości. Miejscowości uzdrowiskowe powinny dysponować urządzeniami de-

dykowanymi kuracjuszom, które umożliwiają wykorzystywanie naturalnych surowców leczniczych i zdrowotnych własności klimatu (Mika, Ptaszycka-Jackowska 2007). Zalicza się do nich przede wszystkim pijalnie, tężnie, parki, ścieżki ruchowe, urządzone odcinki wybrzeża morskiego, lecznicze i rehabilitacyjne baseny uzdrowskie, jak również urządzone podziemne wyrobiska górnicze. Dużo uwagi zwraca się na spełnianie norm dotyczących parametrów środowiska, a zwłaszcza stężenia pyłów, hałasu drogowego, czy prowadzenia prac budowlanych. Przepisy te niejednokrotnie ograniczają rozwój lokalnego biznesu, a także utrudniają podejmowanie inwestycji, które nie są bezpośrednio związane z działalnością uzdrowską.

W rozwoju uzdrowsk coraz częściej partycypują przedstawiciele organizacji pozarządowych. Działalność badawczą i doradczą w zakresie opieki zdrowotnej, kształcenia kadr medycznych i lecznictwa uzdrowskiego prowadzi Polskie Towarzystwo Balneologii i Medycyny Fizykalnej. Podmiotami, które współcześnie działają na rzecz zrównoważonego rozwoju, ochrony zasobów naturalnych i przyrodniczych oraz promocji, krajowej i zagranicznej, uzdrowsk są: Unia Uzdownisk Polskich, Izba Gospodarcza „Uzdrowska Polskie” i Stowarzyszenie Gmin Uzdowni-

skowych RP (SGU RP) (Pitrus 2007). W tym miejscu należy wskazać również procesy klasteringowe, w ramach których poszczególne gminy uzdowniskowe, we współpracy z przedsiębiorstwami, instytucjami otoczenia biznesu czy jednostkami naukowymi, tworzą partnerstwa terytorialne na rzecz podnoszenia konkurencyjności produktowej i usługowej uzdownisk (Janiec, Szajna 2010). Przykładami klastrów są Innowacyjny Klaster Zdrowie i Turystyka „Uzdrowska Perły Polski Wschodniej”, Klaster Innowacyjny „Dla zdrowia – Sudety” oraz Klaster „Uzdrowska Świętokrzyskie”.

Akcesja Polski do Unii Europejskiej w 2004 r. stworzyła nową sytuację prawną, która wymagała przystosowania polskich przepisów do standardów obowiązujących w krajach Wspólnoty. Wprowadzane w ostatnich latach zmiany dotyczą różnych aspektów funkcjonowania uzdownisk i lecznictwa uzdowniskowego. Istotne zmiany przyniosły m.in. rozporządzenia odnoszące się do norm jakości powietrza atmosferycznego czy zasad zaliczania wody jako mineralnej. Od 2010 r. w świetle obowiązujących przepisów wszystkie wody wydobywane spod ziemi, przy zachowaniu naturalnej czystości, mogą otrzymać nazwę *naturalna woda mineralna* pomimo, że do tej pory w Polsce i w innych krajach Europy Środkowej nazwa

ta przysługiwała tylko tym wodom, których zawartość składników mineralnych wynosiła powyżej 1000 mg w 1 kg (zasada przyjęta na Międzynarodowym Kongresie Balneologicznym w Nauheim w 1911 r.). Skutkiem tego na rynku wód mineralnych pojawiają się produkty nie zawierające w swoim składzie odpowiedniej ilości składników mineralnych, które mogłyby mieć znaczenie fizjologiczne powodujące korzystne oddziaływanie na ludzkie zdrowie (Wojtaszek 2011, Salomon, Regulska-Iłłow 2013).

Współcześnie lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce łączy w sobie tradycję i nowoczesność. Polska jest jednym z nielicznych krajów w Unii Europejskiej, który refunduje koszty świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. Cechą charakterystyczną tego sektora działalności jest także duża liczba i zróżnicowanie zakładów specjalizujących się w świadczeniu usług leczniczych i rehabilitacyjnych. Jest ona wynikiem przeprowadzonej od początku XXI w. restrukturyzacji obejmującej prywatyzację uzdrowisk poprzez oddanie ich pod zarząd niezależnym spółkom. Pierwszym sprywatyzowanym polskim uzdrowiskiem była Szczawnica, która od 2006 r. funkcjonuje jako spółka akcyjna. Proces ten związany był z wprowadzeniem zasad wolnego rynku usług medycznych, co zapoczątkowało ograniczanie

finansowania lecznictwa uzdrowiskowego z budżetu centralnego. Kierownictwa placówek uzdrowiskowych zmuszone były do przyjęcia orientacji marketingowej i poszukiwania nowych źródeł finansowania we własnym zakresie. W wielu przypadkach dodatkowym źródłem dochodu stała się sprzedaż usług z zakresu lecznictwa komercyjnego, ambulatoryjnego, czy usług hotelowych (Małecka, Marcinkowski 2007). Przekształcenia własnościowe i wprowadzanie komplementarnych usług komercyjnych przyczyniło się do wzrostu liczby osób opłacających swój pobyt z własnych środków finansowych. Z możliwości tej coraz chętniej korzystają również obcokrajowcy. W 2007 r. potencjał sprywatyzowanych przedsiębiorstw szacowano na 27% miejsc noclegowych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (Hadzik, Szromek 2012). Jest to zatem duża część rynku uzdrowiskowego, która może mieć groźne konsekwencje dla zdrowia publicznego ze względu na możliwość ograniczonego dostępu społeczeństwa do świadczeń zdrowotnych.

Ważnym kierunkiem rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce są również nowopowstające kompleksy basenów geotermalnych oraz hotele spa zlokalizowane w największych uzdrowiskach o uznanej renomie i dobrej do-

stępności komunikacyjnej. Przyciągają one komercyjną ofertą spa i wellness z szerokim wachlarzem zabiegów terapeutycznych i relaksacyjnych wykorzystujących lokalne surowce lecznicze oraz popularne w ostatnim czasie sztuczne jaskinie solne, muzykoterapię czy tlenoterapię. Ponadto wprowadzane są różne formy działalności pozamedycznej wywodzące się z kultur orientalnych, medycyny alternatywnej oraz paramedycyny (Mika, Ptaszycka-Jackowska 2007). Zabiegi te jednak często nie mają potwierdzonej naukowo skuteczności, a ich świadczenie związane jest z sprowadzaniem różnego rodzaju produktów i surowców leczniczych z zagranicy (Małecka, Marcinkowski 2007). Z drugiej strony nowe formy funkcjonowania uzdrowisk wpłynęły na procesy akredytacji oraz certyfikacji produktów i usług przez nie świadczonych. Dotyczy to w szczególności produkcji i sprzedaży wody mineralnej oraz borowiny. Konkurencyjność polskich produktów turystyki uzdrowiskowej wiąże się również z wykwalifikowaną kadrą medyczną, nowoczesną infrastrukturą uzdrowiskową oraz niższymi cenami, w porównaniu z ofertą uzdrowisk w Europie Zachodniej (Golba 2003).

Podsumowanie

1. Większość funkcjonujących

w Polsce uzdrowisk posiada długą historię związaną z rozwojem balneologii w XVIII w. Współcześnie są to dobrze rozwinięte wielofunkcyjne ośrodki turystyczne dysponujące zagospodarowaniem i zapleczem usługowym dla różnych form turystyki. Ma to duże znaczenie w organizacji czasu wolnego kuracjuszy i turystów.

2. Regulacje prawne w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego przyczyniają się do prawidłowego funkcjonowania uzdrowisk oraz zrównoważonego wykorzystania naturalnych surowców leczniczych. Pierwszym aktem prawnym w tym zakresie była ustawa z 1922 r. Współcześnie obowiązująca ustawa z 2005 r. częściowo korzysta z rozwiązań legislacyjnych wprowadzonych w okresie PRL.
3. Aktualne rozwiązania legislacyjne nie uwzględniają trendów zachodzących w sektorze lecznictwa uzdrowiskowego i powiązanej z nim turystyki uzdrowiskowej. Obecnie posiadają one dwa zasadnicze obszary rozwoju – publiczny (socjalny) i komercyjny. Z tego powodu istotne wydaje się uzyskanie wyższego poziomu synergii poprzez zharmonizowanie ram prawnych, organizacyjnych i instytucjonalnych dla obu segmentów rynku uzdrowiskowego.

4. Prywatyzacja, komercjalizacja i procesy klasteringowe, które dotyczą funkcjonowania współczesnych uzdrowisk spowodowały rozszerzenie zakresu usług, nie zawsze mieszczących się w ramach działalności statutowej. Zabiegi lecznicze i rehabilitacyjne uzupełniane i rozszerzane są o usługi z zakresu spa i wellness, kosmetyologii, medytacji oraz medycyny niekonwencjonalnej.

Bibliografia

Golba J., 2003, *Stan prawny uzdrowisk polskich w porównaniu ze stanem prawnym uzdrowisk w krajach Unii Europejskiej – wyzwania, jakie stoją przed Rządem i środowiskiem uzdrowiskowym*, „Jedziemy do wód...” Biuletyn Informacyjny SGU RP, nr 2-3, s. 13-24.

Groch J., 1997, *Uzdrowiska i lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce w okresie transformacji systemu ekonomicznego państwa (na przykładzie uzdrowisk karpackich)* [w:] B. Domański, A. Jackowski (red.), *Geografia, człowiek, gospodarka*, Wydawnictwo Instytutu Geografii i Gospodarki Przestrzennej UJ, Kraków, s. 257-264.

Hadzik A., Szromek A., 2012, *Prywatyzacja zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i jej implikacje społeczne*, Organizacja i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, s. 71-83.

Kulczycki Z., 1970, *Zarys historii turystyki w Polsce*, Sport i Turystyka, Warszawa.

Kurek W., 2007, *Historia turystyki w Polsce* [w:] W. Kurek (red.) *Turystyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 59-65.

Kowalczyk A., 2001, *Geografia turystyki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Janiec M., Szajna W., 2010, *Klastering w Polsce Wschodniej w kontekście krajowym i europejskim*, [w:] J. Hermaniuk, J. Krupa (red.), *Współczesne trendy funkcjonowania uzdrowisk – klastering*, Rzeszów, s. 57-84.

Mika M., Ptaszycka-Jackowska D., 2007, *Formy turystyki zdrowotnej* [w:] W. Kurek, *Turystyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 279-292.

Małecka B., Marcinkowski J.T., 2007, *Rys historyczny rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego*, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, nr 88(2), s. 139-142.

Ogarek G., 1973, *Uzdrowiska. Organizacja i formy świadczeń*, Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa.

Prętki K., 2012, *Podstawy prawne funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego w systemie ochrony zdrowia w Polsce w latach 1918-2005*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Historia polskiej kultury uzdrowiskowej*, Wrocław 2012, s. 173-188.

Salomon A., Regulska-Iłow B.,

2013, *Polskie butelkowane wody mineralne i lecznicze – charakterystyka i zastosowanie*, Bromatologia i Chemia Toksykologiczna, nr XLVI(1), s. 53-65.

Solan M., 2012, *Ramy prawne oraz zakres działalności uzdrowisk w świetle ustawy uzdrowiskowej*, Inżynieria Ekologiczna, nr 30, s. 153-159.

Ustawa z dnia 23 marca 1922 r. o uzdrowiskach.

Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym.

Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych.

Warszyńska J., Jackowski A., 1978, *Podstawy geografii turystyki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 159-192.

Węclawowicz-Bilska E., 1991, *Historyczne założenia zdrojowisk w kształtowaniu współczesnych ośrodków balneologicznych w Polsce*, Wydawnictwo Politechniki Krakowskiej, Kraków.

Wojtaszek T., 2011, *Zmiany w przepisach o naturalnych wodach mineralnych, wodach źródłanych i stołowych*, Przemysł Spożywczy, nr 6, s. 22-26.

Wysocka E., 1981, *Kształtowanie przestrzenne uzdrowisk w Polsce*, Arkady, Warszawa.

Selected legal and organizational aspects of spa health care in Poland since the 19th century to the present day

Keywords: spa health care, spas in Poland, legal regulations, spa act, organizational model

Abstract: Poland belongs to the countries with a long history and traditions of spa health care. In the Polish health care system, spas have an important function as the places of treatment and prevention from various diseases. For this reason already in the past they were under special legal protection. The purpose of the article is to present the development of spa health care in Poland in the context of selected legal and organisational aspects. The issue is presented within the undergoing socio-economic changes in this country since the end of the 19th century to the present day. Both basic legal acts and definitions of concepts concerning the activity of spas have been presented and the issue of institutional support of their development has been indicated in the light of the currently occurring processes of privatisation and commercialisation. As the search query of literature and legal acts showed, the management of the development of spas in Poland happens with the use of legislative instruments, both now and in the past. They enable a steady increase

of the quality of treatment services and appropriate management of tourism. The established organisational model of spa health care in Poland includes the necessity of

the protection of nature and natural treatment resources, as well as, of satisfying the needs of present and future generations of patients and tourists.