

UZDROWISKA POLSKIE - WYZWANIA I SZANSE

INOWROCŁAW
2015



UZDROWISKA POLSKIE - WYZWANIA I SZANSE

INOWROCŁAW
2015

Publikacja wydane przez:

Stowarzyszenie Gmin Uzdrawiskowych RP
33-380 Krynica-Zdrój, ul. Czarny Potok 27/24
tel. 18 477 74 50, fax. 18 477 74 51

ISBN 978-83-932604-1-6

www.sgurp.pl
e-mail: biuro@sgurp.pl

Redakcja:

Jan Golba
Iwona Drozd

Fotografie:

Archiwum SGU RP
Archiwum UM Inowrocławia

Wydawnictwo i Drukarnia NOVA SANDEC
33-300 Nowy Sącz, ul. Lwowska 143
tel./fax 18 547 45 45, tel. 18 441 02 88
e-mail: biuro@novasandec.pl
www.novasandec.pl

Organizatorzy:



SPIS TREŚCI

Wstęp	5
WYSTĄPIENIA KONGRESOWE.....	9
PANEL I – SAMORZĄDY	9
Finansowanie lecznictwa uzdrowiskowego w nowej perspektywie. <i>dr n. med. Zbigniew Teter, Zastępca Prezesa ds. Służb Mundurowych NFZ.....</i>	11
Doświadczenie marki jako element przewagi konkurencyjnej uzdrowisk. <i>dr hab. Magdalena Florek, Best Place – Europejski Instytut Marketingu Miejsc, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu</i>	27
Jakość w polskich uzdrowiskach na tle uzdrowisk europejskich. <i>dr Diana Dryglas, Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie, Katedra Geologii Ogólnej i Geoturystyki</i>	33
Perspektywy finansowania kompleksowych projektów z zakresu ochrony środowiska naturalnego oraz OZE. <i>Wojciech Stawiany, ekspert Departament Ochrony Klimatu, NFOŚiGW.....</i>	45
Tężnia Solankowa w Inowrocławiu, jako przykład współpracy pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a jednostką naukowo-badawczą w celu optymalnego wykorzystania naturalnych surowców leczniczych i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego. <i>dr Teresa Latour, Kierownik Zakładu Tworzyw Uzdrowiskowych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w Warszawie.....</i>	51
PANEL II – LECZNICTWO UZDROWISKOWE.....	57
Produkty uzdrowiskowe w prewencji pierwotnej, wczesna dalsza rehabilitacja oraz potwierdzenie wyników leczenia uzdrowiskowego. <i>dr Janka Zálešáková, Prezydent Słowackiego Stowarzyszenia Uzdrowisk, V-ce Prezydent Europejskiego Stowarzyszenia Uzdrowisk, Prezes BALNEOTHERMA LLC</i>	59
Procedury i standaryzacja w lecznictwie uzdrowiskowym. <i>dr n. med. Robert Szafkowski, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Balneologii i Medycyny Fizycznej</i>	67

Uzdrowisko oraz obszar ochrony uzdrowiskowej obszarem specjalnym w kontekście przepisów prawa. <i>Bogusława Michalak-Trybus, Dyrektor SU „Piast” w Iwoniczu Zdroju, Członek Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie”</i>	71
Geriatrya w uzdrowiskach. <i>prof. nadz. dr nauk med. Waldemar Andrzej Krupa, Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie”</i>	85
Zewnętrzne uwarunkowania działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Uzdrowisko Wieniec - nowa jakość leczenia uzdrowiskowego. <i>dr Małgorzata Januszewska – Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Katedra Marketingu i Zarządzania Gospodarką Turystyczną Jerzy Szymańczyk Prezes Zarządu Stowarzyszenia Unia Uzdrowisk Polskich, Prezes Zarządu Uzdrowiska Wieniec sp. z o.o.</i>	111
PANEL III – TURYSTYKA.....	127
Wellness w uzdrowiskach <i>Camille Hoheb, M. S. Opieka Zdrowotna Stany Zjednoczone</i>	129
140- lecie Uzdrowiska. Uzdrowisko i jego znaczenie dla miasta <i>Edmund Mikołajczak Tadeusz Chęsy Prezes Zarządu „Solanki” Uzdrowisko Inowrocław</i>	135
Możliwość budowy wsparcia promocyjnego uzdrowisk w projekcie unijnym Polskiej Organizacji Turystycznej. <i>dr Bartłomiej Walas, Wiceprezes Polskiej Organizacji Turystycznej</i>	145
Współpraca uczelni, podmiotów i jednostek samorządu terytorialnego szansą na rozwój turystyki i uzdrowisk w regionie kujawsko-pomorskim. <i>Maciej Andrzejewski, Mariusz Barczak, Robert Brudnicki, Ryszard Maciołek, Kazimierz Marciniak, Andrzej Potoczek, Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy</i>	151
Uchwały i wnioski XXIV Kongresu Uzdrowisk Polskich	165
Partnerzy XXIV Kongresu Uzdrowisk Polskich	169

Szanowni Państwo,

Oddajemy do Państwa rąk publikację zawierającą wystąpienia i prezentacje wygłoszone podczas XXIV Kongresu Uzdrowisk Polskich w Inowrocławiu.

Tegoroczny Kongres odbył się w dniach 28-30 września. Patronat Honorowy nad XXIV Kongresem Uzdrowisk Polskich objął Minister Zdrowia - Marian Zembala.

Spotkaliśmy się w jednym z najsłynniejszych miast uzdrowiskowych w Polsce – Inowrocławiu. Klimat Inowrocławia tworzy przede wszystkim jego uzdrowisko z pięknym parkiem zdrojowym i wspaniałą tężnią solankową, jedyną tego rodzaju budowlą o kształcie wieloboku. W parku uzdrowiskowym urzekają iluminacje świetlne tężni solankowej, malownicze kompozycje dywanów kwiatowych, a w klimat „afrykański” wprowadzają palmy ustawiane tam w sezonie wiosenno-jesiennym. W centrum miasta, na Rynku, zachwyca fontanna mieniąca ciepłą paletą barw w rytm muzyki, a odrestaurowane kamieniczki dodają miejscu niepowtarzalnego uroku.

Mottem spotkania było hasło: „Uzdrowiska Polskie – Wyzwania i Szanse”. W trakcie Kongresu poruszone zostały tematy związane z finansowaniem lecznictwa uzdrowiskowego, kompleksowych projektów z zakresu ochrony środowiska naturalnego, jakością w polskich uzdrowiskach oraz koniecznością opracowania procedur i standaryzacji w lecznictwie uzdrowiskowym. Wystąpienia gości zagranicznych dały możliwość porównania i oceny obecnego stanu polskich uzdrowisk w porównaniu do uzdrowisk europejskich i światowych.

Przedstawione w trakcie Kongresu praktyczne przykłady współpracy uczelni wyższych, podmiotów oraz jednostek samorządu terytorialnego pokazały, że podejmowane wspólnie działania są ogromną szansą na rozwój turystyki i uzdrowisk w każdym regionie.

Pozostajemy z nadzieją, że XXIV Kongres Uzdrowisk Polskich stanie się dla wielu z Nas inspiracją do podejmowania odważnych i innowacyjnych rozwiązań mających na celu szeroko pojęty rozwój polskich uzdrowisk.

W imieniu organizatorów

Dr Jan Golba

*Prezes Zarządu Stowarzyszenia
Gmin Uzdrowiskowych RP*



Uzdrowiska Polskie - Wyzwania i Szanse

XXIV KONGRES UZDROWISK POLSKICH

INOWROCŁAW 2015

Szanowni Państwo,

z prawdziwą przyjemnością witam Państwa jako gospodarz XXIV Kongresu Uzdrawisk Polskich, który odbył się w Inowrocławiu w dniach 28 – 30 września 2015 roku.

Organizacja w naszym pięknym Mieście tego ogólnopolskiego i najbardziej prestiżowego spotkania przedstawicieli branży uzdrowiskowo – turystycznej w kraju, była i jest dla nas wielką przyjemnością i zaszczytem. Mamy w Inowrocławiu bardzo dobry, sprawdzony sposób zarządzania strefą uzdrowiskową. Cieszymy się więc, że uczestnicy Kongresu docenili wkład Inowrocławia w rozwój uzdrowisk polskich, czego odzwierciedleniem jest stwierdzenie Prezesa Zarządu Stowarzyszenia Gmin Uzdrawiskowych RP - pana Jana Golby, który powiedział iż „Inowrocław to uzdrowisko zaliczane do ekstraklasy i to europejskiej”.

Prezydent Miasta Inowrocławia



Ryszard Brejza



XXIV KONGRES UZDROWISK POLSKICH



Ministerstwo Zdrowia
Patronat Honorowy Ministra Zdrowia

Komitet naukowy i honorowy:



Ministerstwo
Sportu i Turystyki

Adam Korol - Minister Sportu i Turystyki



Ministerstwo
Skarbu
Państwa

Andrzej Czerwiński - Minister Skarbu Państwa



Ewa Mes - Wojewoda Kujawsko-Pomorski



MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA
KUJAWSKO-POMORSKIEGO
Piotr Całbecki



Narodowy Fundusz
Ochrony Środowiska
i Gospodarki Wodnej

Małgorzata Skucha - Prezes NFOŚiGW



*Rafał Szymtke - Prezes Polskiej Organizacji
Turystycznej*

prof. dr Kazimierz Marciniak
Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

dr n. med. Robert Szafkowski
Krajowy Konsultant w Dziedzinie
Balneologii i Medycyny Fizykajnej

Ksiądz Arcybiskup Wojciech Polak
Prymas Polski


prof. dr hab. Andrzej Rapacz
Kierownik Katedry Marketingu i Zarządzania Gospodarką
Turystyczną Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

Organizatorzy:



Stowarzyszenie
Gmin
Uzdrowiskowych RP



Sponsorzy wiodący: 



Sponsor:



Patronat medialny:



WYSTĄPIENIA KONGRESOWE

XXIV Kongres Uzdrowisk Polskich

PANEL I – SAMORZĄDY

XXIV Kongres Uzdrowisk Polskich

DR N. MED. ZBIGNIEW TETER
Zastępca Prezesa ds. Służb Mundurowych NFZ

**FINANSOWANIE
LECZNICTWA
UZDROWISKOWEGO
W NOWEJ PERSPEKTYWIE**

FINANSOWANIE LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO W NOWEJ PERSPEKTYWIE

dr n. med. Zbigniew Teter

Zmiany w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, wpływające na świadczenia zdrowotne w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe.

Od 1 stycznia 2015 r., dla świadczeń zdrowotnych lecznictwa uzdrowiskowego, stosuje się znowelizowane przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. Jedną z głównych przyczyn dokonania zmian w rozporządzeniu funkcjonującym do 31 grudnia 2014 r. było wprowadzenie ułatwień dla świadczeniodawców, w zakresie kwalifikacji personelu medycznego. Kolejnym elementem ułatwiającym organizację udzielania świadczeń przez świadczeniodawców jest przeliczenie etatów lekarskich - wprowadzenie zasady proporcjonalności. Niemniej jednak w wyniku propozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, Świadczeniodawców oraz we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, powstał projekt rozporządzenia, który w nieznacznym stopniu zmienia dotychczasowe przepisy. Zmiany obejmują przepisy dotyczące personelu lekarskiego. Rozszerzono m.in. definicję lekarza uzdrowiskowego osób dorosłych o specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. W leczeniu sanatoryjnym dorosłych i dzieci, rehabilitacji uzdrowiskowej w sanatorium oraz leczeniu ambulatoryjnym, wprowadzono możliwość udzielania świadczeń przez lekarza z I stopniem specjalizacji w dziedzinie klinicznej tożsamej lub pokrewnej z kierunkiem leczniczym uzdrowiska, po kursie w zakresie podstaw balneologii. Aspektem, na który jeszcze warto zwrócić szczególną uwagę, to rezygnacja

z wymogu bezpośredniego nadzoru, w części dotyczącej zapewnienia przez świadczeniodawcę nadzoru nad zakładem przyrodolecznym.

Kolejne zmiany w przepisach prawa, na które warto zwrócić uwagę to nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400). Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynikała z nowelizacji art. 137 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na mocy którego nastąpiła zmiana procedury ustalania ogólnych warunków umów. Przed zmianą art. 137, projekt OWU opracowywał Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, a następnie był on uzgadniany z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych i reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców. Obecnie obowiązujące brzmienie art. 137 ustawy o świadczeniach określa upoważnienie ustawowe do wydania wskazanego rozporządzenia dla Ministra Zdrowia, bez konieczności zasięgnięcia opinii ww. podmiotów. W przedmiotowym projekcie OWU zawarto przepisy określające mechanizmy otrzymywania przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne. Zgodnie z wytycznymi, średni wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych wynosi 300 zł. W tym miejscu należy jednak nadmienić, iż do konsultacji publicznych trafił projekt rozporządzenia zmieniającego OWU. W związku z postulatami środowiska pielęgniarek i położnych, co do podwyższenia ww. kwoty, w projekcie podwyższono średni wzrost wynagrodzenia do 400 zł. Ponadto projekt zapewnia dalszy średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia o:

- 800 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwotę 400 zł, o której mowa powyżej;
- 1 200 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwotę 800 zł;
- 1 600 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym kwotę 1 200 zł.

Kolejną istotną zmianą, jest przekazanie kompetencji ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w zakresie szczegółowego określania kryteriów oceny ofert. Przepis ten w art. 148 ustawy o świadczeniach ulegnie zmianie od 1 stycznia 2016 r. Ustawodawca nie przewiduje w zakresie stosowania kryteriów oceny ofert żadnych przepisów przejściowych. W konsekwencji projekt rozporządzenia jest już w trakcie przygotowań przez Ministerstwo Zdrowia. Do istniejących kryteriów oceny ofert zostanie dodane m.in. kryterium związane z posiadaniem przez świadczeniodawcę umowy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, dotyczącej przekazywania danych niezbędnych do określenia taryfy świadczeń.

Podkreślić w tym miejscu należy, iż zgodnie z obecnym stanem prawnym, określenie kwalifikacji danego świadczenia gwarantowanego oraz poziomu finansowania tego świadczenia należy do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mówi art. 31c ustawy

o świadczeniach. W związku z powyższym, świadczenia lecznictwa uzdrowiskowego znalazły się w planie taryfikacji Agencji na 2016 rok, niemniej jednak aby nastąpiła wycena świadczeń muszą zostać zawarte umowy, o których mowa powyżej.

Ponadto warto przyrzeć się zmianie już wprowadzonej do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dotyczącej udzielania świadczeń w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Wytoczne Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE zostały zaimplementowane do polskiego porządku prawnego ustawą z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach, która weszła w życie 15 listopada 2014 r. Obowiązująca ustawa stanowi, że Świadczeniobiorca ma prawo do skorzystania ze świadczenia udzielonego na terytorium Unii Europejskiej, ponosząc uprzednio koszty za udzielone świadczenia, a następnie ubiegając się o ich zwrot. Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów, o ile dane świadczenie jest przewidziane w koszyku świadczeń gwarantowanych, jest uzyskanie przez świadczenioborcę, przed skorzystaniem ze świadczeń, skierowania. Niemniej jednak w przypadku leczenia uzdrowiskowego, ustawodawca uwarunkował zwrot kosztów leczenia za granicą ze środków publicznych koniecznością oceny skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza specjalistę w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, pod względem celowości leczenia uzdrowiskowego, przed skorzystaniem z tych świadczeń. To ważna informacja z punktu widzenia świadczeniobiorcy, dla którego upoważnienie do zwrotu kosztów leczenia, nie sprowadza się jedynie do posiadania skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.

Reasumując należy stwierdzić, iż zarówno wprowadzone zmiany w przepisach prawa oraz te, które są w trakcie zmian służą przede wszystkim idei poprawy organizacji udzielania świadczeń. Zachęcam również do zapoznawania się z projektami rozporządzeń Ministra Zdrowia, będących przedmiotem konsultacji społecznych oraz zgłaszania ewentualnych uwag/propozycji, które będą miały na celu poprawę jakości, zabezpieczenia oraz dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych ze środków publicznych.

ZMIANY PRZEPISÓW PRAWA

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMÓW

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. (data ogłoszenia: 15.09.2015) w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, reguluje m.in. kwestie dotyczące pielęgniarek.

Zgodnie z § 2, świadczeniodawcy są zobowiązani w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia rozporządzenia do **przekazania dyrektorowi OW NFZ informacji o liczbie pielęgniarek i położnych**, wykonujących u tego świadczeniodawcy zawód w rozumieniu ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Na podstawie danych, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu jest obowiązany w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

ZMIANY W ROZPORZĄDZENIU W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH

W wyniku propozycji Narodowego Funduszu Zdrowia oraz we współpracy z Ministerstwem Zdrowia przygotowano projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznic-

stwa uzdrowiskowego, który zawiera rozszerzenie przepisów dotyczących **personelu lekarskiego**:

- **lekarz uzdrowiskowy osób dorosłych** – definicja została rozszerzona o lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie medycyny fizykalnej i balneoklimatologii oraz specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych, po kursie z podstaw balneologii;
- **lekarz uzdrowiskowy dzieci** – definicja została rozszerzona o lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie medycyny fizykalnej oraz specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu.

W poniższych zakresach świadczeń:

- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych;
- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat;

została rozszerzona definicja lekarza prowadzącego o lekarza ze specjalizacją I stopnia.

- **lekarz prowadzący leczenie** – równoważnik co najmniej 1 etatu na pierwsze rozpoczęte 50 łóżek, każde kolejne rozpoczęte łóżko – równoważnik co najmniej części wymiaru etatu proporcjonalnie do liczby łóżek w oddziale, będący **lekarzem uzdrowiskowym dziećmi lub lekarzem ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie klinicznej**

tożsamej lub pokrewnej z kierunkiem leczniczym uzdrowiska, po kursie w zakresie podstaw balneologii.

ROZWÓJ LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO

Na podstawie **art. 42 ust. 2 ustawy** z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2012 r. poz. 651 i 742), w latach 2012-2015, **rozporządzeniami Rady Ministrów nadano status obszaru ochrony uzdrowiskowej** nw. obszarom:

- miastu Frombork i sołectwom Bogdany i Ronin położonym na obszarze gminy Frombork;
- Osiedlu Zdrojowemu położonemu na obszarze miasta na prawach powiatu Skierniewice oraz sołectwom: Maków, Krężce i Dąbrowice położonym na obszarze gminy Maków;
- sołectwu Latoszyn i sołectwu Podgrodzie położonym na obszarze gminy Dębica.

Jednocześnie rozporządzeniem Rady Ministrów nadano **status uzdrowiska** miastu Uniejów wraz z sołectwami: Spycimierz, Spycimierz-Kolonia, Zieleń i Człopy położonym na obszarze gminy Uniejów.

LECZNICTWO UZDROWISKOWE PLAN FINANSOWY, KONTRAKTÓW LATACH 2008 - 2016

PLAN FINANSOWY NFZ NA 2016 ROK

6,5 % PKB

SKŁADKA ZDROWOTNA 9%

CECHY BUDŻETU NFZ:

1. zależny od przyływu składki (ograniczony)
2. zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów
3. niewystarczający (za mały)
4. niewykorzystany
5. bardzo dobrze oceniany

PRZYCHODY NFZ (w tys. zł)

2014 – 66 909 138

2015 – 69 625 856

2016 – 72 365 683

KOSZTY ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (w tys. zł)

2014 – 64 517 195

2015 – 66 927 434

2016 – 69 503 866

LICZBA ZAKONTRAKTOWANYCH SKIEROWAŃ NA LECZENIE UZDROWISKOWE

2014 – 387 119

2015 – 393 143

ROK	PF NFZ (świadczenia w zł)	Plan finansowy UZD (w zł)	Wartość kontraktów UZD (w zł)	Udział wartości kontraktów w PF UZD	Udział PF UZD w PF NFZ
2008	52 359 434 000	526 928 000	498 455 716	94,60%	1,01%
2009	55 523 114 000	669 572 000	668 119 631	99,78%	1,21%
2010	57 161 002 000	549 875 000	548 934 298	99,83%	0,96%
2011	58 399 651 000	573 486 000	570 584 437	99,49%	0,98%
2012	62 153 649 000	601 931 000	592 423 070	98,42%	0,97%
2013	63 873 538 000	609 801 000	608 130 540	99,73%	0,95%
2014	64 492 246 000	618 616 000	616 743 738	99,70%	0,96%
2015	66 927 434 000	626 830 000	624 753 778	99,67%	0,94%
2016	69 503 866 000	639 017 000	–	–	0,92%

PORÓWNANIE PLANU FINANSOWEGO UZD NA 2016 ROK DO PLANU FINANSOWEGO UZD W 2015 ROKU

OW NFZ	PLAN FINANSOWY 2016 (w zł)	PLAN FINANSOWY 2015 (w zł)	RÓŻNICA PF 2016 - PF 2015 (w zł)	% wzrost
DOLNOŚLĄSKI OW NFZ	60 632 000	59 622 000	1 010 000	1,69%
KUJAWSKO-POMORSKI OW NFZ	34 000 000	32 133 000	1 867 000	5,81%
LUBELSKI OW NFZ	40 600 000	39 954 000	646 000	1,62%
LUBUSKI OW NFZ	14 200 000	13 700 000	500 000	3,65%
ŁÓDZKI OW NFZ	43 000 000	42 000 000	1 000 000	2,38%
MAŁOPOLSKI OW NFZ	51 000 000	50 000 000	1 000 000	2,00%
MAZOWIECKI OW NFZ	102 890 000	102 890 000	-	0,00%
OPOLSKI OW NFZ	12 700 000	12 700 000	-	0,00%
PODKARPACKI OW NFZ	32 594 000	31 955 000	639 000	2,00%
PODLASKI OW NFZ	20 000 000	18 700 000	1 300 000	6,95%
POMORSKI OW NFZ	26 500 000	26 000 000	500 000	1,92%
ŚLĄSKI OW NFZ	70 000 000	70 000 000	-	0,00%
ŚWIĘTOKRZYSKI OW NFZ	25 425 000	25 200 000	225 000	0,89%
WARMIŃSKO-MAZURSKI OW NFZ	20 876 000	19 876 000	1 000 000	5,03%
WIELKOPOLSKI OW NFZ	61 500 000	60 000 000	1 500 000	2,50%
ZACHODNIOPOMORSKI OW NFZ	23 100 000	22 100 000	1 000 000	4,52%
RAZEM	639 017 000	626 830 000	12 187 000	1,94%

PLAN FINANSOWY UZD NA 2016 ROK A PLAN ZAKUPU ŚWIADCZEŃ

OW NFZ	PLAN FINANSOWY 2016	PLAN ZAKUPU ŚWIADCZEŃ 2016	% WYKORZYSTANIA ŚRODKÓW
DOLNOŚLĄSKI OW NFZ	60 632 000	60 538 279	99,85%
KUJAWSKO-POMORSKI OW NFZ	34 000 000	33 969 202	99,91%
LUBELSKI OW NFZ	40 600 000	40 592 689	99,98%
LUBUSKI OW NFZ	14 200 000	14 193 377	99,95%
ŁÓDZKI OW NFZ	43 000 000	42 980 000	99,95%
MAŁOPOLSKI OW NFZ	51 000 000	50 999 427	100,00%
MAZOWIECKI OW NFZ	102 890 000	102 871 400	99,98%
OPOLSKI OW NFZ	12 700 000	12 699 992	100,00%
PODKARPACKI OW NFZ	32 594 000	32 593 989	100,00%
PODLASKI OW NFZ	20 000 000	19 990 248	99,95%
POMORSKI OW NFZ	26 500 000	26 499 347	100,00%
ŚLĄSKI OW NFZ	70 000 000	69 940 045	99,91%
ŚWIĘTOKRZYSKI OW NFZ	25 425 000	25 409 674	99,94%
WARMIŃSKO-MAZURSKI OW NFZ	20 876 000	20 874 185	99,99%
WIELKOPOLSKI OW NFZ	61 500 000	61 499 986	100,00%
ZACHODNIOPOMORSKI OW NFZ	23 100 000	23 098 575	99,99%
RAZEM	639 017 000	638 750 412	99,96%

POLSKA - OGÓŁEM

LECZNICTWO UZDROWISKOWE		WARTOŚĆ ZAWARTYCH UMÓW
LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW	144	624 753 778
LICZBA MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	349	



INOWROCŁAW

LECZNICTWO UZDROWISKOWE – KUJAWSKO-POMORSKI OW NFZ		WARTOŚĆ ZAWARTYCH UMÓW
LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW	26	109 931 547
LICZBA MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	61	
INOWROCŁAW		WARTOŚĆ ZAWARTYCH UMÓW
LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW	5	29 821 085
LICZBA MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	14	

**KONTRAKTOWANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ – OKRES
OBOWIĄZYWANIA UMÓW**

Okres obowiązywania umów w OW NFZ	Sposób kontraktowania
do 31 grudnia 2015 roku	
1. Łódzki	Konkurs ofert
2. Małopolski	1. Aneksowanie umów do 30.06.2016 2. W II kwartale 2016 roku przewidywane ogłoszenie konkursu ofert na lata 1.07.2016 – 30.06.2021

Okres obowiązywania umów w OW NFZ	Sposób kontraktowania	
do 31 grudnia 2016 roku		
1. Dolnośląski	ANEKSOWANIE	
2. Lubelski		
3. Mazowiecki		
4. Podkarpacki		
5. Podlaski		
6. Śląski		
7. Świętokrzyski		
do 31 grudnia 2018 roku		
1. Pomorski		
2. Warmińsko – Mazurski		
3. Zachodniopomorski		
do 31 grudnia 2019 roku		
1. Kujawsko - Pomorski		

DYREKTYWA TRANSGRANICZNA A FINANSOWANIE LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO

Na podstawie przepisów prawa, świadczeniobiorca ma prawo do skorzystania ze świadczenia udzielonego na terytorium Unii Europejskiej, ponosząc uprzednio koszty za udzielone świadczenia, a następnie ubiegając się o ich zwrot, zgodnie z **art. 42b** ustawy o świadczeniach:

„Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, zwanego dalej „zwrotem kosztów”.

AGENCJA OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

Zgodnie z obecnym stanem prawnym, określenie kwalifikacji danego świadczenia gwarantowanego oraz poziomu finansowania tego świadczenia należy do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mówi art. 31c ustawy o świadczeniach:

„Minister właściwy do spraw zdrowia zleca Prezesowi Agencji przygotowanie rekomendacji dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w sprawie jego zakwalifikowania, jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób

kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania.”

Świadczenia lecznictwa uzdrowiskowego znalazły się w planie taryfikacji Agencji na 2016 rok, niemniej jednak aby nastąpiła wycena świadczeń muszą zostać zawarte umowy, o których mowa w art. 31 Ic ust.4 ustawy o świadczeniach:

„W przypadku konieczności pozyskania danych od podmiotów innych niż wymienione w ust. 3, Agencja zawiera umowy z tymi podmiotami, które zapewniają najwyższą jakość i kompletność przekazywanych danych (...)”

POLITYKA SENIORALNA A REALIZACJA SKIEROWAŃ NA LECZENIE UZDROWISKOWE

DŁUGOFALOWA POLITYKA SENIORALNA W POLSCE NA LATA 2014–2020

Polityka senioralna jest to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się.

Obszar dotyczący ochrony zdrowia osób starszych jest identyfikowany jako **jeden z najważniejszych w polityce senioralnej w Polsce.**

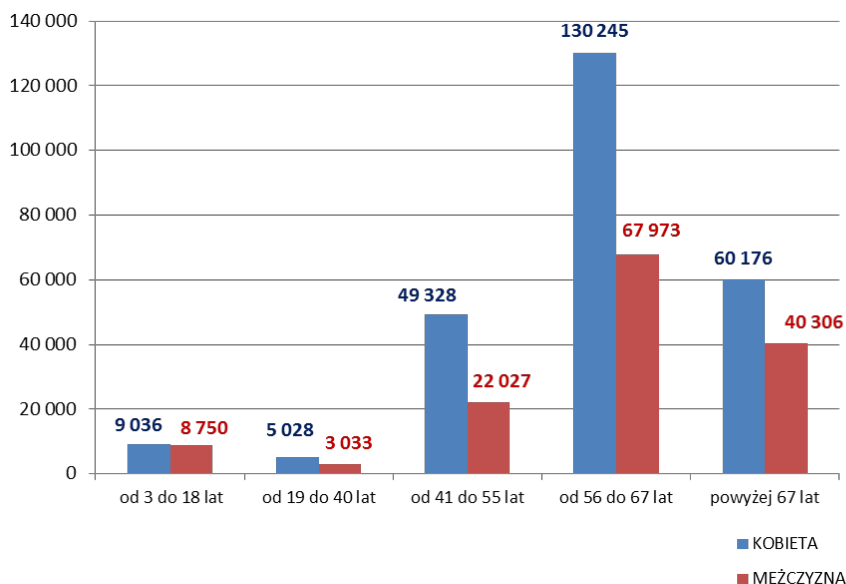
Według dokumentu „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, zarówno kobiety, jak i mężczyźni po 50. roku życia doświadczają różnego rodzaju chorób, ale w większym stopniu do-

tyczy to kobiet niż mężczyzn. Najwyższy odsetek osób w Polsce cierpi na nadciśnienie tętnicze (odpowiednio: ponad 50% kobiet i ponad 35% mężczyzn w wieku 50 lat), zapalenie stawów (odpowiednio około 40%, ponad 25%) oraz doświadczyło zawału serca (około 1/5 kobiet i mężczyzn).

Ten krótki opis stanu zdrowia Polaków znajduje odzwierciedlenie na wykresie przedstawiającym liczbę świadczeniobiorców, którzy skorzystali z leczenia uzdrowskiego w 2014 roku.

LICZBA ŚWIADCZENIOBIORCÓW, KTÓRZY SKORZYLI Z LECZENIA UZDROWSKOWEGO W 2014 ROKU

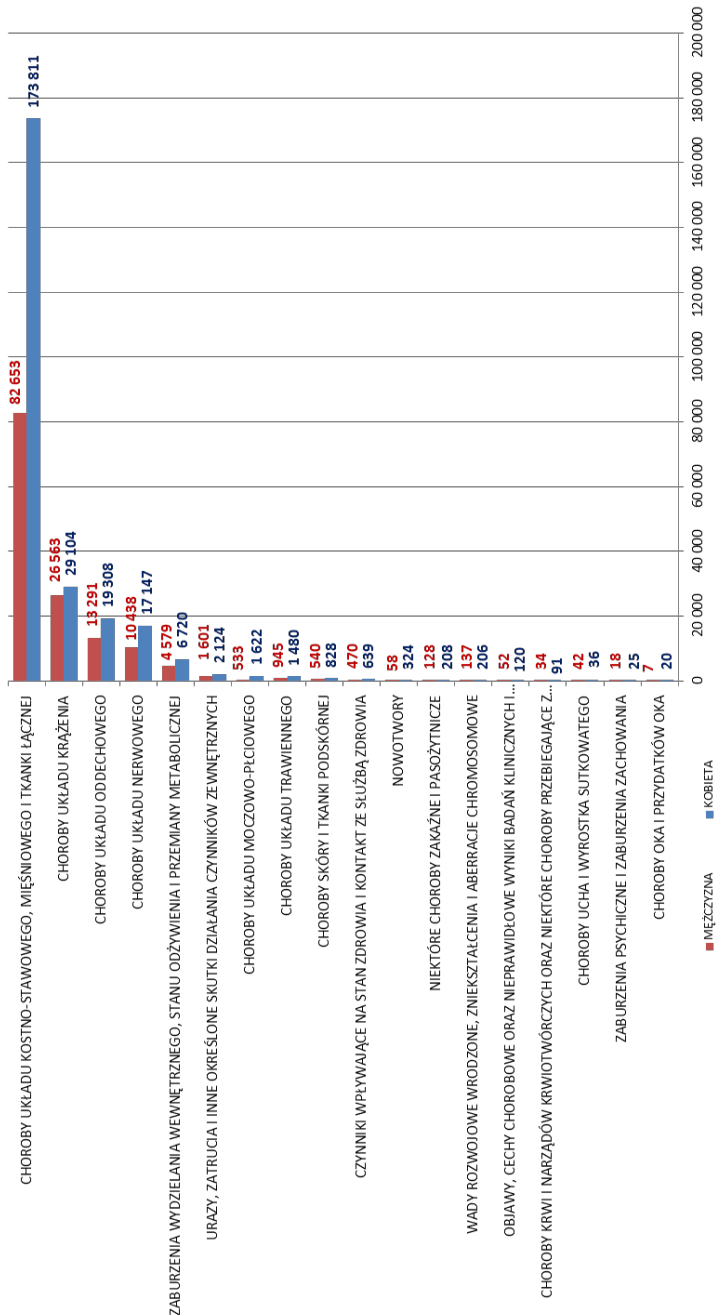
GRUPA WIEKOWA	KOBIETA	MĘŻCZYZNA	RAZEM
od 3 do 18 lat	9 036	8 750	17 786
od 19 do 40 lat	5 028	3 033	8 061
od 41 do 55 lat	49 328	22 027	71 355
od 56 do 67 lat	130 245	67 973	198 218
powyżej 67 lat	60 176	40 306	100 482
RAZEM	253 813	142 089	395 902



**ZREALIZOWANE W 2014 ROKU SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE W PODZIALE NA
JEDNOSTKI CHOROBOWE WG ICD-10**

KOD ICD-10	NAZWA ICD-10	KOBIETA	MEŹCZYZNA	RAZEM	% UDZIAŁ JEDNOSTEK CHOROBYCH WG ICD-10
M00-M99	CHOROBY UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO, MIĘŚNIOWEGO I TKANKI ŁĄCZNEJ	173 811	82 653	256 464	64,78%
I00-I99	CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA	29 104	26 563	55 667	14,06%
J00-J99	CHOROBY UKŁADU ODDYCHOWEGO	19 308	13 291	32 599	8,23%
G00-G99	CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO	17 147	10 438	27 585	6,97%
E00-E90	ZABURZENIA WYDZIAŁANIA WEWNĘTRZNEGO, STANU ODŻYWIENIA I PRZEMIANY METABOLICZNEJ	6 720	4 579	11 299	2,85%
S00-T98	URAZY, ZATRUCIA I INNE OKREŚLONE SKUTKI DZIAŁANIA CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH	2 124	1 601	3 725	0,94%
K00-K93	CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO	1 480	945	2 425	0,61%
N00-N99	CHOROBY UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO	1 622	533	2 155	0,54%
L00-L99	CHOROBY SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ	828	540	1 368	0,35%
Z00-Z99	CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA STAN ZDROWIA I KONTAKT ZE SŁUŻBĄ ZDROWIA	639	470	1 109	0,28%
C00-D48	NOWOTWORY	324	58	382	0,10%
Q00-Q99	WADY ROZWOJOWE WRODZONE, ZNIEKSZTAŁCENIA I ABERRACJE CHROMOSOMOWE	206	137	343	0,09%
A00-B99	NIKTÓRE CHOROBY ZAKAŹNE I PASOŻYTNICZE	208	128	336	0,08%
R00-R99	OBJAWY, CECHY CHOROBOWE ORAZ NIEPRAWIDŁOWE WYNIKI BADAŃ KLINICZNYCH I LABORATORYJNYCH JEDNOSTEK CHOROBYCH GDZIE INDIKACJA NIESKASYFIKOWANE	120	52	172	0,04%
D50-D89	CHOROBY KRWI I NARZĄDÓW KRWIOTWÓRCZYCH ORAZ NIKTÓRE CHOROBY PRZEBIEGAJĄCE Z UDZIAŁEM MECHANIZMÓW AUTOIMMUNOLOGICZNYCH	91	34	125	0,03%
H60-H95	CHOROBY UCHA I WYROSTKA SUTKOWATEGO	36	42	78	0,02%
F00-F99	ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA	25	18	43	0,01%
H00-H59	CHOROBY OKA I PRZYDATKÓW OKA	20	7	27	0,01%
	RAZEM	253 813	142 089	395 902	100,00%

ZREALIZOWANE W 2014 ROKU SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE W PODZIALE NA JEDNOSTKI CHOROBY WG ICD-10



LECZNICTWO UZDROWISKOWE - CO PISZĄ...



Dziennik Zachodni 14.04.2015 r.
Jak często pacjenci mogą wyjeżdżać do sanatorium?

Nowiny 27.02.2015 r.
Skierowanie „do wód” wystawia lekarz rodzinny albo specjalista.

Express ilustrowany 26.01.2015 r.
Sanatorium ze zwrotu.

Nasz Dziennik 22.01.2015 r.
Sanatorium za darmo? Jakie wymagania trzeba spełnić, aby wyjechać do sanatorium w ramach NFZ?

Gazeta Wyborcza Rzeszów 26.02.2015 r.
Do uzdrowiska nie tylko na zabiegi lecznicze

Gazeta Wyborcza 25.02.2015 r.
Do sanatorium z NFZ. Blisko 400 tys. osób wyjechało w ubiegłym roku do sanatorium z NFZ.

rynekseniora.pl 21.04.2015 r.
Prezes Uzdrowiska Ustroń: leczenie uzdrowiskowe to zwińczenie terapii.
Publiczne pieniądze na leczenie uzdrowiskowe w naszym kraju wydawane są w prawidłowy sposób - podkreślał podczas VII Europejskiego Kongresu Gospodarczego w Katowicach Bartosz Sadowski, prezes Przedsiębiorstwa Uzdrowiskowego Ustroń SA.

DR HAB. MAGDALENA FLOREK

Fundacja Best Place - Europejski Instytut Marketingu Miejsc
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

**DOŚWIADCZENIE MARKI
JAKO ELEMENT PRZEWAGI
KONKURENCYJNEJ
UZDROWISK**

DOŚWIADCZENIE MARKI JAKO ELEMENT PRZEWAGI KONKURENCYJNEJ UZDROWISK

Dr hab. Magdalena Florek

Pod koniec roku 2014 Ericsson ConsumerLab zaprezentował czwartą edycję corocznego raportu, prezentującego 10 najważniejszych trendów konsumenckich 2015 roku. Jednym z nich jest przeżywająca obecnie rozkwit „ekonomia dzielenia się” (określana też jako „ekonomia dostępu” lub „wspólna konsumpcja”). Zjawisko to -znane od stosunkowo dawna w ekonomii (nazwali je Marcus Felson i Joe L. Spaeth w 1978 r.) - to w skrócie system oparty na wspólnym korzystaniu z dóbr i usług. Osoba, która posiada jakieś dobra bądź umiejętności, decyduje się udostępnić je innym osobom zarówno bezpłatnie, jak i w formie przynoszącej zyski jednej ze stron, czy też za wymianę barterową. Wspólny rdzeń tych usług to możliwość swobodnej wymiany pomiędzy zwykłymi ludźmi i chęć oszczędzania poprzez dzielenie się tym, co się ma, jednocześnie inwestując nieco swój czas. Oszczędności jakie zyskują uczestnicy dzięki tej formie dostępu są dużą

zaletą tego systemu, jednak przede wszystkim polega ono na wymianie dokonywanej między jednym człowiekiem a drugim, dlatego też często mówi się o ekonomii peer-to-peer (P2P). Przykładem zastosowania ekonomii dzielenia się/dostępu są znane usługi: Airbnb, Blablacar, Spotify, system rowerów miejskich.

Ekonomia dzielenia się opiera się na tendencji społeczeństwa do korzystania z danych dóbr, bądź usług, w razie potrzeby, zazwyczaj na żądanie, a nie posiadania ich na wyłączność, na własność. W efekcie konsumenci coraz mniejszą wagę przykładają do posiadania rzeczy na własność, a istotniejszy staje się dla nich dostęp do dóbr lub usług wtedy, gdy są potrzebne. Zaoszczędzony w ten sposób czas i pieniądze współczesny konsument woli przeznaczyć na przeżycia i doświadczenie.

Marketerzy już jakiś czas temu dostrzegli, że dostarczenie niezapomnianych przeżyć i zaangażowanie

konsumentów/klientów w markę staje się kluczem do sukcesu. Trend ten jest bardzo zauważalny w turystyce. Eksperci od turystyki i marketingu uważają, że w przyszłości destynacje będą wybierane według formuły: NIE DOKĄD ALE DLACZEGO (Marketingowa Strategia Polski w sektorze turystyki na lata 2012-2020). Turyści będą szukać miejsc, które zapewnią im doświadczenia, których poszukują. To poziom doświadczeń i emocje jakie miejsca będą w stanie dostarczyć będą źródłem ich przewagi konkurencyjnej nad innymi destynacjami.

Doświadczenia są rdzeniem satysfakcji zarówno dla konsumentów, jak i dla właścicieli marek, m.in. marek uzdrowisk.

Doświadczenia mają ogromną siłę budowania związków pomiędzy marką a klientem ponieważ inaczej niż towary czy produkty, doświadczenia są osobiste dla kupującego. Doświadczenia egzystują w świadomości osób, które angażują się na poziomie emocjonalnym, cielesnym i duchowym. Towary są zamiennie, dobra są materialne, usługi są niematerialne ale tylko doświadczenia są zapamiętywalne, dzięki czemu możliwe jest budowanie stałych związków w klientem.

Dla właścicieli marek z kolei, dostarczanie doświadczeń, szczególnie tych unikatowych, umożliwia nakładanie wyższego poziomu cen na swoje produkty i usługi.

Wyzwaniem staje się jednak komercjalizacja owych doświadczeń. Najlepsze marki dokonują tego angażując zmysły swoich klientów. Im więcej zaangażowanych zmysłów, tym

silniejsza percepcja marki w umysłach konsumentów.

Uzdrowiska/spa z natury swojej oferty mają znakomity punkt wyjścia do tego by angażować zmysł wzroku (np. poprzez design), słuchu (np. poprzez muzykę, dźwięki), węchu (np. zapachy naturalne, aromamarketing), smaku (np. serwowane potrawy, testowanie), dotyku (np. wyposażenie wnętrza, odzież). Istotne jest by odbierane sygnały poprzez zmysły tworzyły spójną całość i wywoływały określone emocje. Nie należy jednak zapominać o samej jakości produktu, która jest bazą dla zadowolenia klientów.

Dla uzdrowisk/spa doświadczenia powinny być zatem budowane na bazie:

1. jakości i oryginalności produktów i usług oraz
2. na emocjach i zmysłach. Można tego dokonać poprzez:
 - kształtowanie wysokiej jakości produktów i usług, unikatowych i zintegrowanych pakietów ofert odpowiadających na potrzeby grup docelowych, np.: harmonia ciała, umysłu i ducha; zdrowa dieta, zarządzanie stresem, detoksykacja, itd.;
 - podkreślanie autentycznych, bazujących na lokalnych zasobach metodach leczenia/relaksacji, dostarczanie doświadczeń bezpośrednio wynikających z lokalnej, unikatowej tradycji (np. sauna, onsen) i zasobów naturalnych (np. wybrzeże, góry, wydmy, itd.);

Należy przy tym pamiętać, że doświadczenie marki jest definiowane i kształtowane za każdym razem kie-

dy następuje interakcja z marką (są to tzw. punkty styku marki - wszystkie momenty kontaktu pomiędzy marką a konsumentem). Są to zarówno kontakty przed zakupem oferty (np. reklama, strona internetowa, kontakt telefoniczny), w trakcie korzystania

z niej (np. obsługa klienta/personel, jakość usług) oraz po konsumpcji (np. newsletter, programy lojalnościowe). Renoma i siła marek budowane są bowiem sekunda po sekundzie, doświadczenie za doświadczeniem.



Kanazawa Onsen, Japonia, fot. Magdalena Florek

DR DIANA DRYGLAS

Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie
Katedra Geologii Ogólnej i Geoturystyki

JAKOŚĆ W POLSKICH UZDROWISKACH NA TLE UZDROWISK EUROPEJSKICH

JAKOŚĆ W POLSKICH UZDROWISKACH NA TLE UZDROWISK EUROPEJSKICH

dr Diana Dryglas

Problematyka jakości w kontekście europejskich uzdrowisk stanowi wyzwanie zarówno dla świata nauki, jak i praktyki. Zróżnicowanie uzdrowisk europejskich pod względem standardów jakości wynikające z obowiązujących w poszczególnych krajach uzdrowiskowych regulacji prawnych bądź ich braku utrudnia wypracowanie wspólnej metodologii w zakresie oceny i analizy porównawczej poziomu jakości w uzdrowiskach. Ponadto, trudność w rozważaniach nad jakością w europejskich uzdrowiskach wiąże się ze złożoną naturą pojęcia jakości, rozumieniem pojęcia uzdrowiska, jak również z narzędziami pomiaru jakości w uzdrowiskach.

Odpowiedzialność za jakość produktu pojawiła się w XVIII w. p.n.e. w kodeksie Hammurabiego, króla Babilonii. Prawo to odzwierciedla troskę o jakość w starożytności. Kodeks Hammurabiego nie pozostawiał marginesu na popełnienie błędu wyznając zasadę „oko za oko, ząb za ząb”. Lekcje ze

starożytności? Czy wynieśliśmy z nich naukę w kwestii jakości?

Dzisiaj możemy mówić o trzech trendach w rozumieniu jakości: europejskim, amerykańskim i japońskim, który odwołuje się do filozofii kaizen, w myśl której jakość sprowadza się do niekończącego się procesu doskonalenia.

Geneza uzdrowisk sięga czasów starożytnych cywilizacji: indyjskiej, babilońskiej, egipskiej, chińskiej, greckiej i rzymskiej, które w swojej filozofii życia prezentowały silne związki z naturą i światem duchowym. Rzymskie łaźnie były zarządzane przez balneatorów, silnych i dobrze zbudowanych mężczyzn, którzy posiadali wiedzę i umiejętności w zakresie balneoterapii używając przyrządów do czyszczenia i gąbki. Współcześnie miejsce balneatorów zajęły w większości uzdrowisk kobiety, które wykorzystują odmienne urządzenia uzdrowiskowe. Co więcej w czasach rzymskich uzdrowiska stanowiły wyrafinowane kompleksy, które składały się z wielu po-

mieszkań i dodatkowych budynków, które pełniły szeroko pojętą funkcję wypoczynkowo-rozrywkową. Dzisiaj możemy zaobserwować pewne podobieństwa w konstrukcji uzdrowiska na przykładzie uzdrowiska i w Széchenyi w Budapeszcie.

Rozumienie pojęcia uzdrowisko w Europie przysparza wiele trudności zarówno praktykom, jak i akademikom z powodu jego złożonej i zróżnicowanej natury. Wynikają one z wielości definicji tego słowa zawartych w przepisach prawnych i opracowaniach badawczych, specyfiki uzdrowisk w różnych krajach europejskich oraz z różnic lingwistycznych.

Generalnie rzecz ujmując wyróżnia się dwa podejścia w definiowaniu uzdrowiska:

- pierwsze niemedyczne stosowane w marketingu dla oznaczenia usług, urządzeń i obiektów pełniących rolę upiększające i relaksujące. Ponadto definicja uzdrowiska w znaczeniu niemedycznym została zaproponowana przez Międzynarodowy Związek Uzdrowisk (International Spa Association ISPA), który reprezentuje północno-amerykańskie podejście (experience-ispacom). Definicja ta jest zbieżna z definicją pojęcia wellness, co wprowadza w błąd zarówno odwiedzających uzdrowiska, producentów produktów uzdrowiskowych, jak również osoby zajmujące się tym zagadnieniem na polu naukowym,
- drugie medyczne pojawia się na terenie Europy wprowadzone przez Europejski Związek Uzdro-

wisk (European Spas Association ESPA) (Kirschner, 2005).

W kontekście definicji medycznej możemy wyróżnić trzy typy uzdrowisk europejskich ze względu na specyfikę występującej w nich infrastruktury i produktów uzdrowiskowych, takie jak: uzdrowiska balneo oparte na balneoterapii, talaso związane z zbieganiami opartymi na produktach morskich i uzdrowiska termalne.

Ocena i analiza jakości w uzdrowiskach realizowana jest z poziomu przedsiębiorstwa uzdrowiskowego i miejscowości uzdrowiskowej.

W 2006 r. Europejski Związek Uzdrowisk (ESPA) przejawiał inicjatywę tworząc dwa znaki jakości dla firm uzdrowiskowych: EuropeSpa med i EuropeSpa wellness. W Europie 27 firm uzdrowiskowych uzyskało certyfikat jakości ze znakiem EuropeSpa med. Wśród audytowanych firm znalazła się Klinika Uzdrowiskowa „Pod Tężniami” w Ciechocinku, która w 2012 r. uzyskała certyfikat jakości EuropeSpa med. Natomiast w kategorii EuropeSpa wellness 10 firm uzdrowiskowych uzyskało certyfikaty jakości. Warty podkreślenia jest fakt, że Europejski Związek Uzdrowisk wydał również w 2012 r. pozycję książkową nt. „Quality standard for medical spas and medical wellness providers in Europe”, w której przedstawiono kryteria pomiaru jakości firm uzdrowiskowych (infrastruktura, bezpieczeństwo, zabiegi, surowce naturalne, usługi, żywienie) w odniesieniu do struktury, procesu i rezultatu.

Znacznie bardziej skomplikowany wydaje się być pomiar jakości uzdro-

wiska rozumianego jako pewien obszar. Do tej pory nie opracowano jednolitych wytycznych w tym zakresie dla miejscowości uzdrowiskowych w Europie.

Wstępną analizę jakości miejscowości uzdrowiskowych przeprowadzono z wykorzystaniem przepisów prawa na przykładzie trzech państw europejskich: Polski, Słowacji i Niemiec. Dobór tych państw nie był przypadkowy, gdyż posiadają one najbardziej restrykcyjne prawo uzdrowiskowe.

Podobieństwa w zakresie jakości uzdrowisk w wymienionych wyżej państwach widoczne są w zakresie dokumentów regulujących funkcjonowanie uzdrowisk, jak również wymogów potwierdzających lecznicze właściwości surowców naturalnych. Z kolei różnice dotyczą stref ochrony uzdrowiskowej i ochrony środowiska

przyrodniczego na terenie miejscowości uzdrowiskowych.

W kontekście powyższych ustaleń można stwierdzić, że o ile wypracowano wspólną definicję uzdrowiska w Europie, jak również opracowano standardy jakości dla firm uzdrowiskowych o tyle polskie i europejskie uzdrowiska stoją przed wyzwaniem sformułowania standardów jakości dla miejscowości uzdrowiskowej.

Literatura:

Kirschner,Ch. (2005). Glossar. Germany: European Spas Association.

Quality standard for medical spas and medical wellness providers in Europe, (2012), ESPA.

www.experienceispa.com.

JAKOŚĆ W POLSKICH UZDROWISKACH NA TLE UZDROWISK EUROPEJSKICH

...Chcąc znać przyszłość trzeba poznać przeszłość!

LEKCJE ZE STAROŻYTNOŚCI?

Jakość dla opieki zdrowotnej w Kodeksie Hammurabiego nie pozostawia marginesu błędu: usługodawcy musieli być bez skazy lub mieć szczęście:

§218 Jeśli lekarz operuje poważną ranę używając lancet z brązu i spowoduje śmierć człowieka, lub otworzy ro-

pień w oku człowieka stosując lancet z brązu i zniszczy wzrok, będzie miał odcięte palce.

TRZY TRENDY W POJMOWANIU JAKOŚCI

- **PODEJŚCIE EUROPEJSKIE** - oparte na definicji jakości Arystotelesa, który definiował jakość jako „to, co sprawia, że rzecz jest taka jaka jest”. Definicja ta kładła nacisk na zespół tworzących rzecz cech i właściwości.
- **PODEJŚCIE AMERYKAŃSKIE** - opiera się na marketingowym

stwierdzeniu, że jakość bez klienta nie ma sensu, jakość jest pojmowana jako stopień spełnienia jego oczekiwań. Orientacja na klienta jest silnie zakorzeniona w kulturze amerykańskiej jednak przeniknęła do teorii zarządzania przez jakość w krajach europejskich.

- **PODEJŚCIE JAPOŃSKIE** - nie uznaje żadnej jednolitej, obowiązującej definicji jakości. Mówi się, że jakość kojarzy się ze wszystkim co można poprawić. Jest to podejście związane z ciągłym doskonaleniem jakości.

BALNEATOR

- Łazienki rzymskie zarządzane były przez balneatora,
- mężczyznę, który był wykształcony w dziedzinie balneologii,
- jak również posiadał umiejętności w zakresie uwodzenia klientów,
- mycia,
- złuszczenia naskórka,
- ekstrakcji włosów,
- i masażu rzymskiej elity.

STRUKTURA ŁAŻNI RZYMSKIEJ

- apodyterium (przedsiónek z szatnią),
- tepidarium (małe ciepłe pomieszczenie (35°C), czasami bez basenu z ciepłą wodą, ogrzewane przez system grzania podłogowego i ściennego i sala do wypoczynku),
- oleoterion (sala do masażu, w której namaszczano ciało olejkami),
- laconicum (łaźnia sucha (80°C),
- caldarium (basen z gorącą wodą

i fontanna (labrum) z zimną wodą do schłodzenia, dzisiaj- łaźnia parowa),

- frigidarium (pomieszczenie z basenem z zimną wodą).

ZNACZENIE SŁOWA SPA

Stosowane w marketingu jako narzędzie do wywoływania skojarzeń upiększania, relaksu, luksusu.

- usługi spa,
- kosmetyki spa,
- urządzenia spa,
- jedzenie spa,
- drinki spa,
- wydarzenia spa,
- wydarzenia spa dla zwierząt.

ZNACZENIE SŁOWA SPA W USA

Według ISPA (International Spa Association) - Międzynarodowy Związek Uzdrowisk Spa to miejsce poświęcone wzmocnieniu całkowitego dobrostanu przez różnorodne profesjonalne usługi, które odnawiają ciało, umysł i duszę.

ZNACZENIE SŁOWA SPA W EUROPIE

- Bath, baño, bad, bains, kúpele, fűrdő, teplice, zdroj –uzdrowiska z termalną, mineralną czy leczniczą wodą, w różnych językach,
- W tłumaczeniu tych wyrazów z języka ojczystego na angielski używa się słowa spa mimo, że nazwy miejscowości z ww. członem nie zawsze oznaczają uzdrowisko w znaczeniu nadanym przez European Spas Association (ESPA).

- W Europie zgodnie z definicją ESPA słowo spa jest rozumiane jako:

Spa to najwyższy poziom miejscowości wypoczynkowej, uznany przez państwo zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi uzdrowisk bazujących na naturalnych surowcach leczniczych, takich jak:

- woda lecznicza,
- gazy lecznicze,
- peloidy,
- leczniczy klimat,
- potwierdzone naukowo i będące częścią medycyny.

RODZAJE UZDROWISK W EUROPIE

Region/kraj	Infrastruktura uzdrowiskowa	Produkty uzdrowiskowe	Rodzaj uzdrowiska
Kraje niemieckojęzyczne German-speaking countries, Kraje bałtyckie (Estonia, Łotwa, Litwa) Centralna i Środkowa Europa i Rosja	Sanatorium, klinika, pijalnia wody, tężnia, łaźnia, deptak, park zdrojowy, hala spacerowa, dom zdrojowy, muszla koncertowa, amfiteatr.	Balneoterapia, Klimatoterapia, Subterraneoterapia, Fizjoterapia, Terapia Kneippa, Dietetyka.	Uzdrowisko balneo
Zachodnie kraje nad Oceanem Atlantyckim	Centra talasoterapii	Woda morską, Błoto morskie, Algi, Klimatoterapia, (helioterapia), Sylwoterapia.	Uzdrowisko talaso
Kraje Europy Południowej (Cypr, Grecja, Włochy, Malta, Portugalia, Południowa Francja, Hiszpania, Turcja), Centralna i Środkowa Europa i Rosja	Centra termalne	Lecznicza woda termalna	Uzdrowisko termalne

UJEDNOLICENIE KRYTERIÓW POMIARU JAKOŚCI W ODNIESIENIU DO EUROPEJSKICH FIRM UZDROWISKOWYCH JEST TRUDNE ZE WZGLĘDU NA:

- odrębnie istniejące systemy finansowania lecznictwa uzdrowiskowego,

- status własnościowy zakładów leczniczych,
- miejsce lecznictwa uzdrowiskowego w systemie społeczno-gospodarczym danego kraju.



STATYSTYKA ZNAKU JAKOŚCI EUROPESPA MED

EuropeSpa med	Czechy	Niemcy	Węgry	Islandia	Litwa	Polska	Rumunia	Słowacja
Kliniki	1	5	-	1	-	1	-	-
Hotel spa	6	-	1	-	3	-	1	-
Hotel medyczny wellness	-	-	-	-	-	-	-	8
Obiekty dla matek z dziećmi	-	-	-	-	-	-	-	-
Suma	27							



STATYSTYKA ZNAKU JAKOŚCI EUROPESPA WELLNESS

EuropeSpa wellness	Chorwacja	Grecja	Rumunia	Turcja
Hotel spa (wellness)	1	-	-	7
Termalne spa	-	1	-	-
Day spa	-	-	1	-
Suma	10			

POMIAR JAKOŚCI EUROPEJSKICH FIRM UZDROWISKOWYCH OPARTY NA „QUALITY STANDARD FOR MEDICAL SPAS AND MEDICAL WELLNESS PROVIDERS IN EUROPE”, ESPA 2012

Pomiar jakości	Kryteria jakości					
	infrastruktura	bezpieczeństwo	zabiegi	surowce nat.	usługi	wyżywienie
Struktura	np. przynajmniej 50% lekarzy ma swój własny gabinet zabiegowy	np. plan w zakresie higieny, czystości, bezpieczeństwa	np. seminaria na temat żywienia z praktyką	Np. analizy potwierdzające lecznicze właściwości surowców naturalnych nie rzadziej niż raz na 10 lat	np. badanie jakości usług z wykorzystaniem „tajemniczego klienta”	np. zróżnicowane menu, jedzenie w formie bufetu zabezpieczone przed zarazkami
Proces	np. tylko profesjonalny certyfikowany sprzęt	np. medyczny sprzęt jest regularnie serwisowany	np. badania pozwalające potwierdzić zdolność pacjenta do terapii	np. bieżące chemiczne, fizyczne i mikrobiologiczne analizy wody leczniczej i peloidów nie mogą odbiegać o więcej niż 20% od podstawowych wartości, na których opiera się raport balneologiczny	np. menadżer ds. jakości przewidziany przez system zarządzania jakością	np. aktualny system HACCP
Rezultat	właściwie zaprojektowana i wyposażona firma	wolne od zanieczyszczeń środowisko naturalne	poprawa i utrzymanie zdrowia	potwierdzone właściwości leczniczych surowców naturalnych	satysfakcja	zdrowe żywienie

UJEDNOLICENIE KRYTERIÓW PO- MIARU JAKOŚCI W ODNIESIENIU DO UZDROWISK EUROPEJSKICH ROZUMIANYCH JAKO OBSZAR JEST JESZCZE TRUDNIEJSZE ZE WZGLĘDU NA:

- prawny status uzdrowiska,
- wielość przepisów prawa w odniesieniu do funkcjonowania uzdro-

wisk w obrębie danego kraju (np. ustawa o ochronie środowiska, wody, lasów, ustawy geologiczne i górnicze itp.),

- brak odrębnych przepisów prawa regulujących funkcjonowanie uzdrowisk w niektórych państwach europejskich.

PORÓWNANIE JAKOŚCI UZDROWISK W WYBRANYCH KRAJACH EUROPEJSKICH W OPARCIU O PRZEPISY PRAWA

Prawne wytyczne w zakresie jakości	Niemcy	Słowacja	Polska
Nazwa dokumentu	Standardy jakościowe i definicje klasyfikacji kurortów, miejscowości wypoczynkowych i źródeł leczniczych, tworzone przez Niemieckie Zrzeszenie Uzdrowisk (Deutscher Heilbäderverband) i Niemiecki Związek Turystyki (Deutscher Tourismusverband) 22.10.1998, Bonn 1998 Ustawa o uzdrowiskach w kraju związkowym Nadrenia-Westfalia z 5.12. 2007	Ustawa Rady Narodowej Republiki Słowackiej z dnia 27.10. 2005 r. o naturalnych surowcach leczniczych, uzdrowiskach naturalnych, miastach uzdrowiskowych i naturalnych wodach mineralnych oraz o zmianach i uzupełnieniach niektórych przepisów. (j. t. Dz. U nr 276 z 2007 r.)	Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2005 r. Nr 167, poz.1399 z późn. zm.)
Uznanie właściwości leczniczych surowców naturalnych	Lecznicze właściwości naturalnych surowców wymagają przeprowadzenia analiz naukowych. Nie wymaga się jednak naukowych analiz czynników terapeutycznych bioklimatu i czystości powietrza ograniczając się do uznania, że 60% wartości wskaźników ustawowych jest wystarczające dla uznania, że spełnione są warunki dla funkcjonowania uzdrowiska.	O uznaniu wody mineralnej leczniczej i warunków klimatycznych sprzyjających leczeniu decyduje Państwowa Komisja ds. Uzdrowisk a analizy prowadzone są przez akredytowane laboratoria. Wodę mineralną można uznać za leczniczą jeśli poświadczono jest przynajmniej przez okres 5 lat jej oddziaływanie lecznicze w praktyce balneologicznej.	Potwierdzenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu dokonują jednostki uprawnione do tego przez ministra zdrowia, na podstawie udokumentowanych badań potwierdzających te właściwości, których weryfikacja odbywa się nie rzadziej niż raz na 10 lat

Prawne wytyczne w zakresie jakości	Niemcy	Słowacja	Polska
Strefy ochrony uzdrowskiej	Nie wymagają, aby na terenie uzdrowska tworzyć jakieś szczególne strefy ochronne o stopniowanej skali. Dyrektywy dla terenów ochronnych... (...), wprowadzają obowiązek ustanawiania stref ochrony sanitarnej dla źródeł wód leczniczych. Jest to strefa ścisłej ochrony sanitarnej źródła obejmująca jego „bezpośrednie otoczenie”, i strefa ochrony pośredniej obejmująca „otoczenie pośrednie”.	Nie wymagają, aby na terenie uzdrowska tworzyć jakieś szczególne strefy ochronne o stopniowanej skali. W Słowacji występuje przede wszystkim daleko posunięta ochrona obszarów wokół ujęć z wodą leczniczą (tzw. pasma ochronne I i II stopnia)	W uzdrowsku wyznaczono trzy strefy ochrony uzdrowskiej oznaczone literami A, B, C.
Ochrona środowiska przyrodniczego	Przepisy niemieckie wymagają, aby w miejscowościach wypoczynkowych i kąpieliskach morskich występowała „nieskazitelną” czystość powietrza.	Duże znaczenie nadaje się kwestiom związanym z ochroną przyrody w uzdrowskach. Zakon č.49/2002 Z.z. o ochrane prírody a krajiny.	W uzdrowskach obowiązują normy niższe niż normy ustanowione dla innych obszarów w zakresie poziomu hałasu w strefie A i zakazu lokalizacji stacji bazowych telefonii ruchomej, stacji nadawczych radiowych i telewizyjnych.

JAKI JEST CEL UJEDNOLICENIA JAKOŚCI W UZDROWSKACH EUROPEJSKICH?

- Tworzenie rozpoznawalnej marki na świecie,
- Zwiększenie konkurencyjności na rynku usług zdrowotnych,
- Przekazywanie wskazówek firmom

od ubezpieczeń zdrowotnych, to-uroperatorom i turystom na temat standardów jakości,

- Dokonanie analizy porównawczej jakości w uzdrowskach europejskich.

WOJCIECH STAWIANY

ekspert

Departament Ochrony Klimatu NFOŚiGW

**PERSPEKTYWY FINANSOWANIA
KOMPLEKSOWYCH PROJEKTÓW
Z ZAKRESU OCHRONY
ŚRODOWISKA
NATURALNEGO ORAZ OZE**

PERSPEKTYWY FINANSOWANIA KOMPLEKSOWYCH PROJEKTÓW Z ZAKRESU OCHRONY ŚRODOWISKA NATURALNEGO ORAZ OZE

Wojciech Stawiany

Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej (NFOŚiGW), jest państwową osobą prawną w rozumieniu ustawy o finansach publicznych i głównym źródłem finansowania w Polsce inwestycji proekologicznych. Od 26 lat stanowi najważniejsze ogniwo polskiego systemu finansowania ochrony środowiska i gospodarki wodnej, dysponując największym potencjałem finansowym.

Narodowy Fundusz ma bogatą ofertę finansową dostosowaną do oczekiwań szerokiego grona beneficjentów: samorządów, przedsiębiorstw, podmiotów publicznych, organizacji społecznych i osób indywidualnych. W sektorze finansów publicznych Narodowy Fundusz jest również największym w Polsce partnerem międzynarodowych instytucji finansowych w obsłudze środków zagranicznych przeznaczonych na ochronę środowiska. Wraz z wojewódzkimi funduszami ochrony środowiska i go-

spodarki wodnej NFOŚiGW tworzy system funduszy ekologicznych.

W oparciu o **Strategię działania NFOŚiGW na lata 2013-2016** z perspektywą do 2020 roku oraz Wspólną Strategię działania Narodowego Funduszu i wojewódzkich funduszy ochrony środowiska i gospodarki wodnej na lata 2013-2016 z perspektywą do 2020 roku, realizujemy politykę ochrony środowiska w Polsce. Służą temu stabilne przychody, doświadczone kadry oraz wypracowane formy współpracy z beneficjentami.

Głównymi formami finansowania działań i inwestycji prośrodowiskowych są:

- Dotacje
- Pożyczki (o korzystnej stopie oprocentowania); w niektórych programach priorytetowych z możliwością dofinansowania po uzyskaniu założonego efektu ekologicznego

- Kredyty udzielane przez banki ze środków NFOŚiGW
- Dopłaty do demontażu pojazdów wycofanych z eksploatacji
- Dopłaty do oprocentowania kredytów
- Inwestycje kapitałowe
- Dopłaty do oprocentowania lub ceny wykupu obligacji
- Częściowa spłata kapitału kredytów

Obszarami dofinansowania są:

- Ochrona wód i gospodarka wodna
- Adaptacja do zmian klimatu i ochrona atmosfery
- Efektywność energetyczna
- Odnawialne źródła energii
- Ochrona powierzchni ziemi
- Gospodarka odpadami, w tym ich recykling
- Ochrona przyrody i krajobrazu
- Państwowy Monitoring Środowiska
- Zapobieganie klęskom żywiołowym
- Geologia i górnictwo
- Edukacja ekologiczna
- Ekspertyzy i prace naukowo-badawcze

Narodowy Fundusz prowadzi samodzielnie gospodarkę finansową, działając na podstawie ustawy Prawo ochrony środowiska i zgodnie z unijną zasadą „**zanieczyszczający płaci**”.

Przychodami Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska są: opłaty i kary za korzystanie ze środowiska, opłaty eksploatacyjne i koncesyjne, opłaty sektora energetycznego (wynikające z Ustawy prawo energetyczne), opłaty wynikające z ustawy o recyklingu pojazdów wycofanych z eksploatacji oraz ze sprzedaży jednostek przyznanej emisji gazów cieplarnianych – od 2009 roku NFOŚiGW jest Krajowym Operatorem Systemu Zielonych Inwestycji.

Narodowy Fundusz zapewnia wykorzystanie funduszy zagranicznych, przeznaczonych na ochronę środowiska, m.in. z Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego – w okresach programowania 2007 – 2013 oraz 2014 – 2020 jesteśmy instytucją wdrażającą wskazane osie priorytetowe Programu Operacyjnego **Infrastruktura i Środowiska**, Programu LIFE+, Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Narodowy Fundusz oferuje beneficjentom pomoc w sprawnej i terminowej realizacji projektów. Zapewnia wsparcie finansowe przede wszystkim dla projektów, które realizują środowiskowe zobowiązania Polski, wynikające z członkostwa w Unii Europejskiej. Wspiera także działania Ministra Środowiska w wypełnianiu polskich zobowiązań w ramach m.in. Konwencji Klimatycznej, Konwencji o Różnorodności Biologicznej, programu NATURA 2000.

Efekty naszej działalności

W okresie 1989-2014 Narodowy Fundusz zawarł umowy o dofinansowanie projektów, wypłacając ze środków krajowych ok. 36,6 mld zł. W tym okresie dofinansowano również przedsięwzięcia ekologiczne kwotą ok. 23,4 mld złotych ze środków europejskich pozostających w dyspozycji i obsługiwanych przez Narodowy Fundusz

W powyższym okresie nasi beneficjenci osiągnęli następujące efekty ekologiczne:

- Liczba zbudowanych, bądź zmodernizowanych oczyszczalni ścieków – 4042
- Średniodobowa ilość ścieków oczyszczonych – 8,4 km³
- Liczba zbudowanych lub zmodernizowanych instalacji przerobu odpadów – 104
- Masa odpadów poddawanych odzyskowi, w tym recykling – ponad 2,3 mln Mg/rok
- Redukcja lub uniknięcie emisji CO₂ – ponad 12,4 mln Mg/rok
- Liczba zmodernizowanych obiektów – 2749

Strategia NFOŚiGW na lata 2013-2016 z perspektywą do 2020 roku

„Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej – lider systemu finansowania ochrony środowiska i gospodarki wodnej w Polsce

nastawiony na EFEKT” jest zapisem wizji w realizowanej obecnie Strategii działania NFOŚiGW na lata 2013-2016 z perspektywą do 2020 r.

Oznacza to, że NFOŚiGW będzie dążył do tego, aby być instytucją:

- **E** ekologiczną (respektującą i promującą zasady zrównoważonego rozwoju),
- **F** finansującą (efektywnie wspierającą finansowo działania w zakresie środowiska i gospodarki wodnej)
- **E** elastyczną (dostosowującą się do potrzeb odbiorców),
- **K** kompetentną (w sposób kompetentny i rzetelny wypełniającą obowiązki instytucji publicznej),
- **T** transparentną (realizującą swoje zadania w sposób etyczny, jawny i przejrzysty).

Cel generalny Strategii działania NFOŚiGW „**Poprawa stanu środowiska i zrównoważone gospodarowanie jego zasobami przez stabilne, skuteczne i efektywne wspieranie przedsięwzięć i inicjatyw służących środowisku**” jest realizowany w ramach czterech priorytetów:

- Ochrona i zrównoważone gospodarowanie zasobami wodnymi
- Racjonalne gospodarowanie odpadami i ochrona powierzchni ziemi
- Ochrona atmosfery
- Ochrona różnorodności biologicznej i funkcji ekosystemów

W ramach powyższych priorytetów horyzontalnie realizowane są działania związane z edukacją ekologiczną, ekspertyzami, innowacyjnością, niskoemisyjną i zasobooszczędną gospodarką, monitoringiem środowiska i zapobieganiem zagrożeniom, a także wspieraniem systemów zarządzania środowiskowego.

Strategia działania NFOŚiGW wyznacza ambitne cele dla NFOŚiGW jako instytucji dynamicznej i kreatywnej, organizacji zdolnej do sprawnego i elastycznego funkcjonowania, która osiąga rezultaty w odpowiedzi na potrzeby samorządów, przedsiębiorców i obywateli, wynikające z konstytucyjnej zasady zrównoważonego rozwoju.

Ochrona klimatu – efektywność energetyczna i rozproszone odnawialne źródła energii

Jednymi z ważniejszych obszarów, którymi zajmuje się Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki, także konstruując swoją ofertę programową na lata 2015-2020, jest: Ochrona klimatu – efektywność energetyczna i odnawialne źródła energii, w tym rozproszone.

We współpracy z wojewódzkimi funduszami ochrony środowiska i gospodarki wodnej realizowany jest m.in. program KAWKA, którego efektem są projekty inwestycyjne w kilkudziesięciu miastach Polski najbardziej dotkniętych skutkami niskiej emisji; działania objęte programem KAWKA są realizowane m.in. w uzdrowisku Szczawno – Zdrój

NFOŚiGW pełni rolę Krajowego Koordynatora Porozumienia Burmistrzów w Polsce – ważnej inicjatywy Komisji Europejskiej, angażującej władze lokalne i obywateli

w działania dla zwiększenia efektywności energetycznej i wykorzystania odnawialnych źródeł energii.

Narodowy Fundusz w porozumieniu z resortami: środowiska, rozwoju i infrastruktury oraz gospodarki, jest realizatorem „Ogólnopolskiego systemu wsparcia doradczego dla sektora publicznego, mieszkaniowego oraz przedsiębiorców w zakresie efektywności energetycznej i OZE”.

W ramach tego projektu zamierzamy m.in. wykształcić ponad 2 tysiące gminnych energetyków

DR TERESA LATOUR

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
Państwowy Zakład Higieny
Zakład Tworzyw Uzdrawiskowych

**TĘŻNIA SOLANKOWA W INOWROCŁAWIU
JAKO PRZYKŁAD WSPÓŁPRACY POMIĘDZY
JEDNOSTKĄ SAMORZĄDU
TERYTORIALNEGO A JEDNOSTKĄ
NAUKOWO- BADAWCZĄ W CELU
OPTYMALNEGO WYKORZYSTANIA
NATURALNYCH SUROWCÓW
LECZNICZYCH I URZĄDZEŃ LECZNICTWA
UZDRAWISKOWEGO**

TĘŻNIA SOLANKOWA W INOWROCŁAWIU JAKO PRZYKŁAD WSPÓŁPRACY POMIĘDZY JEDNOSTKĄ SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO A JEDNOSTKĄ NAUKOWO- BADAWCZĄ W CELU OPTIMALNEGO WYKORZYSTANIA NATURALNYCH SUROWCÓW LECZNICZYCH I URZĄDZEŃ LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO

Dr Teresa Latour

Tężnie solankowe- inhalatorium na otwartej przestrzeni

Pierwsze tężnie wybudowane w latach 1824- 1859 w Ciechocinku służyły pierwotnie do wstępnego zatężania solanki przed jej odparowaniem w lokalnej warzelni soli. Procesowi zatężania towarzyszy odrywanie się drobnych cząsteczek, powstających w trakcie cyrkulacji solanki po ścianach tężni gęsto wypełnionych drobnymi gałązkami tarniny i tworzenie aerozolu solnego. Obecność aerozolu w powietrzu strefy okołotężniowej, potwierdzona badaniami prowadzonymi przez pracowników byłego Instytutu Medycyny Uzdrowiskowej w Poznaniu (3, 4, 5) wskazuje, że tężnie solankowe z udziałem lokalnych czynników klimatycznych mogą być uznane za inhalatorium na otwartej przestrzeni. Spowodowało to powstanie nowych obiektów o różnej wielkości najpierw w Konstancinie

(lata 70-te XX w.), potem w Inowrocławiu (lata 90-te XX w.) a w 2014r. również w Wieliczce i Gołdapi. Tężnie w Inowrocławiu o długości ścian 320m, wybudowano wg projektu inż. Lucjana Grabskiego i zatężano na nich najpierw solankę otrzymywaną przez ługowanie soli z kopalni soli „Solino”. Obecnie zatężana jest lecznicza woda podziemna chlorkowa- sodowa z odwiertu Ł-1 w Inowrocławiu.

Aktualne przepisy z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (1, 2) zaliczają tężnie do „urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego”.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące tych urządzeń (2) określa bardzo ogólne wymagania dla tężni, cytowane poniżej:

1. Do wytwarzania aerozolu leczniczego na tężni powinna być wykorzystywana woda uznana za leczniczą;

2. Konstrukcja i rozwiązania techniczne powinny zapewniać uzyskanie aerozolu o właściwościach leczniczych, potwierdzonych wynikami badań i ocen przeprowadzonymi w trybie art. 36 ustawy o uzdrowiskach (1);
3. Instalacje doprowadzające solankę na pomost górny, pompa i cała armatura powinny być wykonane z materiałów odpornych na działanie chemiczne i żrące solanki oraz nie powinny działać chemicznie z używaną wodą leczniczą;
4. Tężnia powinna działać na podstawie instrukcji funkcjonalnej, określającej sposób wytwarzania aerozolu, zakres i częstotliwość monitorowania warunków sanitarno-higienicznych i funkcjonalnych, w tym jakość używanej wody i stan techniczny urządzeń;
5. Wzdłuż tężni powinny być wybudowane trasy spacerowe z ławkami, dostosowanymi do potrzeb osób niepełnosprawnych;
6. W pobliżu tężni powinny się znajdować ustępy ogólnie dostępne;
7. W widocznych miejscach przy tężni powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z tężni.

Spośród wymienionych wymagań, szczególnie ważna jest konieczność opracowania „Instrukcji funkcjonalnej” dla tego urządzenia oraz potwierdzenie, że wytwarza ono aerozol o właściwościach leczniczych, udokumentowanych wynikami badań i oceną – przeprowadzoną w trybie art. 36 ustawy z dnia 28.07.2005 o lecznictwie uzdrowiskowym (1). W przywołanym

artykule tej ustawy nie podano jednak wymagań dotyczących zarówno zakresu badań jak też kryteriów oceny aerozolu jako środka leczniczego.

Spełnienie tych podstawowych wymogów możliwe jest zatem jedynie w oparciu o wyniki systematycznych badań walidacyjnych, wykonywanych przynajmniej w 1 sezonie eksploatacji danej tężni, przy ścisłej współpracy pomiędzy gospodarzem tężni oraz instytucją wykonywującą badania aerozolu i solanki, w celu określenia ich właściwości mających znaczenie dla uzyskania efektów leczniczych.

Współpraca taka została nawiązana w 2015r. z inicjatywy Urzędu Miasta Inowrocław z Zakładem Tworzyw Uzdrawiskowych NIZP-PZH – instytucją uprawnioną do wydawania świadectw potwierdzających właściwości lecznicze naturalnych surowców uzdrawiskowych. Jest to pierwszy Samorząd Terytorialny, który podjął taką współpracę.

Uwarunkowania dla wykorzystania tężni jako urządzenia lecznictwa uzdrawiskowego

Efekty lecznicze wynikające z przebywania kuracjuszy w strefie okołotężniowej, w tym korzystny i leczniczy wpływ na drogi oddechowe są uzależnione głównie od stężenia soli w aerozolu utrzymującym się w strefie okołotężniowej i jego składu chemicznego.

Stężenie aerozolu i jego skład chemiczny są wynikiem:

- stężenia ogólnego składników mineralnych w solance oraz jej typu: Cl-Na; Cl-Na, J; Cl- Na- Ca-Mg,

- konstrukcji tego obiektu i wielkości powierzchni ścian tężni oraz ich wypełnienia tarniną,
- sposobu prowadzenia obiegu solanki (spływanie na całej powierzchni ścian),
- czynników klimatycznych (słońce, wiatr, temperatura) w okresie udostępniania tężni.

Program i zakres badań walidacyjnych aerozolu solnego oraz czynników warunkujących efektywność leczenia w strefie okołotężniowej w Inowrocławiu.

Badania walidacyjne będą wykonywane w II półroczu 2015r. i co najmniej I półroczu 2016r. Próby aerozolu pobierane będą z częstotliwością co najmniej 1 raz w miesiącu lub częściej, w zależności od warunków atmosferycznych (temperatura, wilgotność i ruch powietrza nasłonecznienie) rejestrowanych przez Próbkobiorcę.

Miejsca poboru próbek aerozolu wytypowano w różnych punktach na ścieżkach spacerowych w strefie okołotężniowej i innych miejscach.

Zakres badań aerozolu oraz solanki obejmuje:

- ogólne stężenie składników mineralnych oraz zawartość składników charakterystycznych dla danej solanki (sód, chlorki, wapń, magnez, jodki),
- właściwości organoleptyczne solanki cyrkulującej na tężni (barwa, zapach, osady) oraz w niektórych przypadkach badania mikrobiologiczne.

Zarówno zakres oznaczeń, punkty poboru prób oraz częstotliwość będą dostosowywane do wstępnych wyników uzyskanych w pierwszej serii badań. Wyniki te będą też podstawą do korygowania dotychczasowego sposobu funkcjonowania tężni w celu zapewnienia maksymalnej efektywności.

Planowane wykorzystanie wyników badań walidacyjnych

W oparciu o uzyskane wyniki zostanie opracowana instrukcja, w której określone będą:

a) zasady funkcjonowania tego obiektu dla uzyskania aerozolu o optymalnych właściwościach dla jego wykorzystania w celach leczniczych,

b) czas i miejsca przebywania kuracjuszy w strefie okołotężniowej,

c) zakres i częstotliwość badań kontrolnych, które będą prowadzone systematycznie na miejscu przez obsługę tężni lub zlecane uprawnionej jednostce naukowo-badawczej.

Uzyskane wyniki będą też podstawą do wydania przez Zakład Tworzyw Uzdrawiskowych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego oceny właściwości aerozolu w strefie okołotężniowej w Inowrocławiu, jako środka leczniczego w ramach kuracji uzdrawiskowej. Wraz z wynikami badań innych tężni, wyniki te mogą być też materiałem pomocniczym przy opracowaniu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie funkcjonowania i kontroli tężni jako inhalatorium na otwartej przestrzeni.

Cytowane dokumenty i piśmiennictwo:

1. Ustawa a dnia 28.07.2005r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. nr 167, poz. 1399) z późniejszymi zmianami.

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.08.2006r. (Dz. U. Nr 161 poz. 1142) w sprawie określenia wymagań jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego.

3. Borowicz, A., Jastrzębska B., Tyczka S.: Badania porównawcze

koncentracji aerozolu na Wybrzeżu Bałtyku oraz w strefie okołotężniowej w Ciechocinku. *Balneologia Polska*, 1963, T. XIV, 1-2, 79-83.

4. Burkacka-Łaukajtys E., Zwolska K.: Badania środowiskowe w Ciechocinku – wpływ jodu aerozolu strefy okołotężniowej na czynność bakteriolologiczną powietrza. *Balneologia Polska*, 1973, T. XVIII, 1-3, 337-342.

5. Latour T., Jastrzębska B., Górniok A.: Badania środowiskowe w Ciechocinku – możliwość przenikania jodu z aerozolu strefy okołotężniowej do gleby i roślinności. *Balneologia Polska*, 1973, T. XVIII, 1-3, 343-348.

PANEL II – LECZNICTWO UZDROWISKOWE

XXIV Kongres Uzdrowisk Polskich

DR JANKA ZÁLEŠKOVÁ

Prezydent Słowackiego Stowarzyszenia Uzdrawisk
V-ce Prezydent Europejskiego Stowarzyszenia Uzdrawisk
Prezes BALNEOTHERMA LLC

**PRODUKTY UZDROWISKOWE
W PREWENCJI PIERWOTNEJ,
WCZESNA DALSZA
REHABILITACJA ORAZ
POTWIERDZENIE WYNIKÓW
LECZENIA UZDROWISKOWEGO**

PRODUKTY UZDROWISKOWE W PREWENCJI PIERWOTNEJ, WCZESNA DALSZA REHABILITACJA ORAZ POTWIERDZENIE WYNIKÓW LECZENIA UZDROWISKOWEGO

dr Janka Zálešáková

HEALTH CURE (spa therapy, balneotherapy) traditional European phenomenon

PREVENTION, THERAPY, REHABILITATION
STIMULUS -> REAKTION -> ADAPTATION

HEALTH -> human – environment balance between the capacity of human organism and requirements of environment in certain situations of life and age. This balance can be actively formed again and again in special changes in life (illness, ageing).

Spa place – ecologic and social space to stabilize physical, mental and social balance.

Health resort medicine – stimulation of human capacity for work and vitality.

PRIMARY PREVENTION IN SPAS

Focusing spa activities to primary prevention of major chronic diseases are response to current situation development of health problems in EU linked with poor lifestyle habits and ageing.

Programms are consistent with scientific (also political) documents relating to this issue.

MAIN PROBLEMS

- Increasing overweight and obesity (at any age) as risk factor for CVD, cancer, metabolic diseases, neurodegenerative diseases, osteoarthritis, osteoporosis, etc.
- Dramatic global increase of DM typ II

CONSEQUENCE OF CHANGING LIFESTYLE IN SHORT TIME esp. POOR EATING HABITS and PHYSICAL INACTIVITY

PREVENTION IN SPAS

Multimodal behavioural interventions

- Health education
- Physical activities under the guidance of qualified personel
- Healthy nutrition and eating habits
- Management of psychosocial

stress factors

- Recognition of risk factors of main chronic diseases
- Motivation to personal responsibility for own health during spa stay



BUILD and VALIDATE NEW HABITS OF HEALTHY LIFESTYLE

ENHANCE HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE

PRIMARY PREVENTION

future priority of healthcare in EU

Expectation of Europeans

- Independence in old age
- Improvement of mental and physical health at any age

Expectation of society

- Maintenance of employability
- Reduction of healthcare spendings
- Reduction in social expenditure

PRIMARY PREVENTION OF OBESITY

Implementing lifestyle modifying programmes during spa stay

Spa programme will include:

- education in healthy nutrition, nutritional value and metabolic pathways of main nutrients, importance of micronutrients
- various ways of healthy cooking
- adapted physical activity under specialized guidance for everyday activity

The aim is to achieve

- reduction of BMI and abdominal obesity
- optimisation of saccharides and lipid metabolism
- optimisation of blood pressure
- motivation for lifestyle modification
- practical skills for everyday life
- mental retuning to positive attitude towards new habits

The programs are designed not only for children and adolescents but also for adults, who transfer new lifestyle habits to the family and friends.

Aim for Europe

Add two healthy life years

to the average lifespan of Europeans

HLY - Healthy life Years (european structural indicator of health)

EU 28 (2013) - 61,5 y.

CZ - 64 y.

Poland - 59, 2

SR - 54,3 y.

Iceland - 71, 7 y.

Norway - 71, 0 y.

Source: Eurostat

Evaluation and evidence of spa benefits - necessity

Target

- Argumentation in contact with other medical professionals and insurance companies
- Quality control of spa care
- Quality evaluation of spa therapies

- Possibility of comparison with other spa facilities

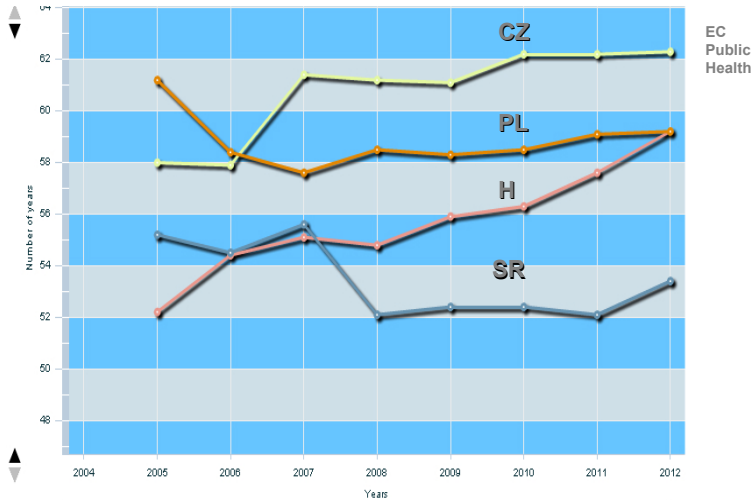
- Standard questionnaires to evaluate quality of life

Tools of evaluation

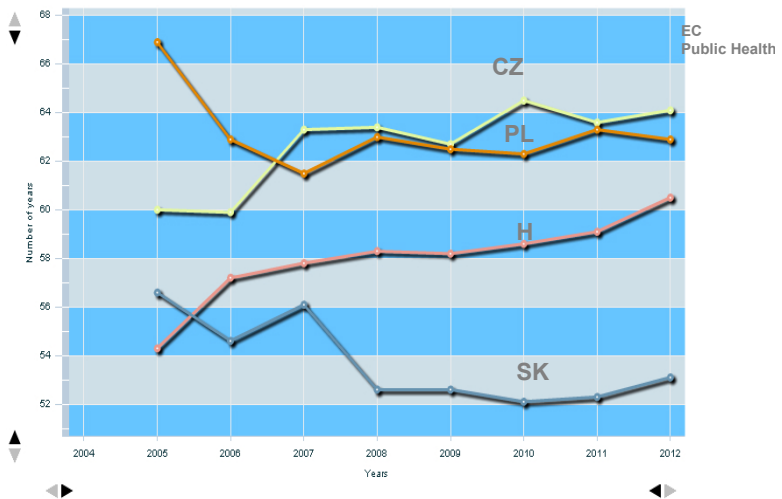
- According diagnosis (physician, physiotherapeut, nurse...)

- Evaluation of results - part of healthcare dokumentation

HEALTHY LIFE YEARS AT BIRTH - MEN, FROM 2004 ONWARDS, TIME SERIES OF 8 YEARS



HEALTHY LIFE YEARS AT BIRTH - WOMEN, FROM 2004 ONWARDS, TIME SERIES OF 8 YEARS



Recognition by other medical professionals

- Are there specific effects of natural healing resources?
- How are treated natural resources offered as natural healing sources?
- Are all treatments of balneotherapy recognised?
- Is there in spa facilities well-educated personnel?

Acceptance by Health insurance companies

- Benefits worth the costs ?
- How long persist the benefits after spa therapy?
- Brings spa treatment better results than outpatients treatment in residence?
- Is there evidence that primary prevention in spas brings expected and long-lasting results?

Explicit content of medical services

Harmful and misleading advertisement, clients are not confident with the spa products, some of therapies are not recognised.

Do spas make mistakes by themselves?

- Lack of international cooperation in research linked with spa therapy
- Lack of spas, research institutions, universities that have an interest and appropriate personnel and technical equipment for research
- Lack of cooperation of medical professionals with spa management and spa owners
- Excessive commercialisation of

spa products which leads to favor short wellness stay as a main spa product

- Unverified fashion „treatments“ offered on spa websites
- Therapies are used by clients often without medical consultation, but spas advertised products as medical

It is necessary to distinguish reputable medical spa stays from adventure short stays that are on offer of ordinary Spa hotels

Promotion of spa medicine must be based on evidence collected from valid research

And then

Spa medicine can stay as an inseparable part of western school medicine

Early further rehabilitation care

- From acute hospital bed directly to spa facility to shorten working disability
- Minimalization of complications
- Environment change as an enhancing factor of rehabilitation
- Patients could be in closer contact with relatives
- Balneotherapy is added value to the physical medicine

Optimal model

Hospital - spa facility – insurance company

ARE TRADITIONAL MEDICAL SPAS endangered?

CAUSES

- **Many products** labeled as spa treatment - paramedical activities, exotic experience promoted as spa therapy, abuse of medical spas image by hotels that are not recognised, misleading marketing activities
- **Competition** among medical facilities, medical specializations, pharmaceutical industry

Lack of scientific results in balneotherapy (EBM)

Lack of funds in health insurance companies

Unstable legislation, frequent changes of conditions for spa business (very often without professional consultation)

Lack of medically educated experts in top management of spa facilities



**BALNEOTHERAPY
AS A PART OF HEALTHCARE**

photo © Spil LOCKY

- 1. Recovery after acute medical conditions**
 - a) Medical rehabilitation after traumatism and surgeries in various conditions, not only in musculo-skeletal conditions.
 - b) Recovery after life threatening disorders: acute myocardial infarction, cerebrovascular diseases, cancers at the end of oncological treatment...
- 2. Management of chronic diseases**
 - a) Balneotherapy treatment as part of a management of chronic diseases.
 - b) Educational spa stays in the early stages of chronic diseases or functional changes (e.g. newly identified diabetes mellitus, functional spine syndromes ...) and/or ageing.
- 3. Prevention of common occurring diseases**
 - a) Prevention for people at risk of developing serious diseases (positive family history, obesity, dyslipoproteinemia, people working in dangerous environment ...).
 - b) Primary prevention of the most commonly occurring life-style diseases in order to modify daily lifestyle habits.



photo © Spil Dufin

DR N. MED. ROBERT SZAFKOWSKI

Krajowy Konsultant w Dziedzinie Balneologii i Medycyny Fizykalnej

**PROCEDURY
I STANDARYZACJA
W LECZNICTWIE
UZDROWISKOWYM**

PROCEDURY I STANDARYZACJA W LECZNICTWIE UZDROWISKOWYM

dr n. med. Robert Szafkowski

Lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce jest to zorganizowana forma udzielania świadczeń zdrowotnych wykorzystująca naturalne surowce lecznicze do leczenia chorób przewlekłych. W naszym kraju posiadamy system prawny stanowiący podstawę funkcjonowania tej formy leczenia. Mamy zbadane liczne naturalne surowce lecznicze i miejscowości, którym nadano status uzdrowisk. Funkcjonuje system 18 profili leczniczych, jak również system kierowania na leczenie prowadzony przez NFZ w oparciu o opracowane wskazania i przeciwwskazania do leczenia w poszczególnych profilach leczniczych.

Jednak lecznictwo uzdrowiskowe ma również wiele słabości. Do najważniejszych z nich można zaliczyć zbyt małe środki finansowe przeznaczane na tą formę leczenia, brak nakładów na badania naukowe pozwalające na rozwój dyscypliny i brak

opracowanych procedur oraz standardów leczenia w uzdrowisku. Standardy potrzebne są dla zapewnienia wysokiej jakości i skuteczności leczenia, stanowią podstawę rzetelnej wyceny świadczeń uzdrowiskowych oraz oceny skuteczności terapii.

Szczególne znaczenie w procesie standaryzacji w lecznictwie uzdrowiskowym odgrywają procedury balneologiczne, stanowiące o specyfice tej formy leczenia. Różnorodność surowców leczniczych i brak wytycznych międzynarodowych dodatkowo podnoszą trudność takiego opracowania. Standardy wprowadzą jednolitą metodykę zabiegów pozwalającą uzyskać optymalne efekty terapeutyczne w oparciu o dostępne badania naukowe i doświadczenia kliniczne.

We wszystkich działach medycyny standardy opracowywane są przez towarzystwa naukowe skupiające ekspertów w danej dziedzinie. Dla

lecnictwa uzdrowiskowego takim gremium jest Polskie Towarzystwo Balneologii i Medycyny Fizykalnej. Aktualnie zespół ekspertów delegowany przez Zarząd Główny opracowuje standardy leczenia, które mają uzyskać status wytycznych towarzystwa. Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia mogą wykorzystać je jako zalecenia obowiązujące

w ramach realizacji świadczeń leczenia uzdrowiskowego. Standardy i materiał opracowany podczas ich sporządzania będą stanowić również podstawę do wykonania rzetelnej wyceny świadczeń medycznych realizowanych w uzdrowisku przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

BOGUSŁAWA MICHALAK-TRYBUS

Dyrektor SU „Piast” w Iwoniczu Zdroju
Członek Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie”

**UZDROWISKO ORAZ
OBSZAR OCHRONY UZDROWI-
SKOWEJ OBSZAREM
SPECJALNYM W KONTEKŚCIE
PRZEPISÓW PRAWA**

UZDROWISKO ORAZ OBSZAR OCHRONY UZDROWISKO- WEJ OBSZAREM SPECJALNYM W KONTEKŚCIE PRZEPISÓW PRAWA

Bogusława Michałak-Trybus

OBSZAR SPECJALNY W DOKTRY- NIE PRAWA ADMINISTRACYJNEGO (przykłady)

- **wg. A. Wasilewskiego** – jest to wyodrębniona przestrzeń, w granicach, której mają być realizowane wymagające takiego wyodrębnienia zadania i cele państwa¹,
- **wg. L. Jastrzębskiego** – podział na trzy kategorie obszarów specjalnych ochrony przyrody:

a) obszar specjalny – podstawę utworzenia musi stanowić interes publiczny np. ochrona zdrowia, środowiska itp.,

b) strefy ochronne- względy funkcjonalne, sanitarne, ochronne przed ujemnymi skutkami otoczenia (np. obszar górniczy, strefa ochronna ujęć wód leczniczych, zachowanie właściwości klimatu),

¹ A. Wasilewski, *Obszar górniczy. Zagadnienia prawne*, Warszawa 1969, s 107 in..

c) strefy zagrożenia lasów – ochrona przeciw zagrożeniu zanieczyszczeniem przemysłowym.

Za kryterium podziału przyjął instrumenty prawne tj. rzeczywiste działanie prawne podmiotów prawa, którego podstawę stanowią obowiązujące przepisy kompetencyjne zorientowane na uzyskanie zdefiniowanego skutku prawnego (celu)².

- **wg. J. Stelmasiaka** – teren obowiązywania szczególnego reżimu prawnego, który wyłącza lub ogranicza dotychczasowe ustawodawstwo dla zapewnienia realizacji zadań państwa ze względu na cel jego utworzenia. Termin „obszar specjalny” est latissimo concept³,

² L. Jastrzębski, *Ochrona środowiska w prawie administracyjnym*, *Studia Juridica*, t. II, Warszawa 1974, tenże, *Prawne zagadnienia ochrony przyrody*, Warszawa 1980.

³ Est latissimo concept, (łac.) jest najszerszym pojęciem.

a w jego zakres wchodzi pojęcia: „obszar ochronny” i pochodne od niego, w tym „strefa ochrona”⁴.

PRAWNA ISTOTA OBSZARU SPECJALNEGO

Korelacja (związek) między wyodrębnioną częścią terytorium, a sui generis⁵ odnoszącym się do należytego zachowania się w granicach tego obszaru. Przejawia się: w zastąpieniu lub poszerzeniu przepisów powszechnie obowiązujących, a także we wskazanych przypadkach jednocześnie, stworzeniem ustawodawstwa na potrzeby danego obszaru. Przesłankę stanowi zamiar redukcji albo kasacji działalności ujemnej w skutkach dla prymatu celu utworzenia danego rodzaju obszaru specjalnego⁶.

CECHY OBSZARU SPECJALNEGO

- podstawa tworzenia – akt normatywny powszechnie obowiązujący,
- determinantą wyodrębnienia przestrzeni jest realizacja preferencyjnych zadań i celów państwa,
- teren, na którym obowiązują szczególnie reżim prawny (skutki administracyjno – prawne tj. system nakazów i zakazów),
- prawdopodobieństwo wystąpienia skutków cywilno – prawnych np. ograniczenie prawa własności (ustanowienie obszaru ograniczonego użytkowania),

⁴ J. Stelmasiak, Instytucja strefy ochronnej jako prawny środek ochrony środowiska, Lublin 1986, s. 88-89.

⁵ A sui generis, (łac.) swoiste prawo, w swoim rodzaju, szczególnie.

⁶ J. Boć, K. Nowacki, E. Samborska – Boć, Ochrona środowiska, Wrocław 2008, s. 299 i n..

- instytucja odpowiedzialności prawnej – administracyjnej, cywilnej, a w szczególności karnej (sankcje),
- ciężary publiczne (np. podatki, opłaty, grzywny),
- możliwość uzyskania dodatkowych przywilejów (np. dotacje),

UZDROWISKO ORAZ OBSZAR OCHRONY UZDROWISKOWEJ – ANALIZA PORÓWNAWCZA (obecny stan prawny)

CECHY WSPÓLNE

- z mocy prawa wymóg sporządzenia przez jednostkę samorządu terytorialnego operatu uzdrowiskowego, w formie dokumentu zawierającego charakterystykę obszaru z uwzględnieniem badań – **co najmniej w okresie 3 lat**- pod względem możliwości uznania go za uzdrowisko lub obszar ochrony uzdrowiskowej,
- nadanie lub pozbawienie obszaru przyznanego statusu następuje na mocy ustawy,
- Obszar, który:
 - posiada złoża naturalnych surowców oraz klimat o potwierdzonych właściwościach leczniczych,
 - spełnia wymagania w stosunku do środowiska określone w przepisach o ochronie środowiska,
 - posiada infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego,
 - prowadzi gospodarkę odpadami,

- ochrona środowiska stanowi jeden z celów utworzenia danego obszaru,
 - szczególny reżim prawny – m.in. poprzez wydzielenie trzech stref ochrony uzdrowiskowej, granic terenu i zakładu górniczego, podleganie regulacjom prawnym o charakterze *lex specialis*⁷ różnych gałęzi lub działów prawa,
 - uchwalenie statutu (Rada Gminy),
 - przywilej poboru opłaty lokalnej – uzdrowiskowej lub miejscowej.
- uzdrowiskowej – nie otrzymuje tzw. dotacji uzdrowiskowej,
 - teren, na którym nie jest prowadzone lecnicztwo uzdrowiskowe, nie znajdują się do tego celu przeznaczone zakłady i urządzenia lecnicztwa uzdrowiskowego,
 - funkcja turystyczno – wypoczynkowa, ochrony środowiska, w tym naturalnych surowców leczniczych – wykorzystywanych np. w lecnicztwie uzdrowiskowym, kosmetologii⁸.

RÓŻNICE

Uzdrowisko obszar:

- na terenie którego prowadzone jest lecnicztwo uzdrowiskowe,
- wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych,
- na którym znajdują się zakłady lecnicztwa uzdrowiskowego i urządzenia lecnicztwa uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia lecnicztwa uzdrowiskowego,
- funkcje – lecnicza (ochrona zdrowia), profilaktyki zdrowotnej, turystyczna, ochrony środowiska,
- dotacja z budżetu państwa dla jednostki samorządu terytorialnego – gminy uzdrowiskowej, z przeznaczeniem na zadania wskazane przepisami prawa.

Obszar ochrony uzdrowiskowej

- gmina, na której obszarze się znajduje nie posiada statusu gminy

⁷ *Lex specialis*, (łac.) reguła szczególna.

EWOLUCJA REGULACJI PRAWNYCH KWALIFIKUJĄCYCH UZDROWISKO DO RODZAJU OBSZARÓW SPECJALNYCH

I. Ustawodawstwo austriackie

a) Najwyżej zatwierdzona Uchwała Rady Państwa o ochronie źródeł mineralnych A.D. 19 luty 1885 r.

- źródła wód mineralnych posiadających właściwości lecznicze uznano za mające ogólnie – społeczne znaczenie,
- nakazano w miejscowościach graniczących ze źródłami ustanowić okręg ochronny w celu uruchomienia i zabezpieczenia przed uszkodzeniami i zniszczeniami,
- granice okręgu ochronnego wyznaczał minister dóbr państwa po dokonaniu badań geologicznych i zasięgnięciu opinii rady górniczej,

⁸ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecnicztwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2012 r., poz. 651, z późn. zm.).

- w granicach okręgu ochronnego obowiązywał zakaz prowadzenia robót świdrowych lub podziemnych, zwiększających przepływ wody do źródeł, zbierania i rozporządzania nią bez uzyskania uprzednio decyzji władzy górniczej, na którą przysługiwało zaskarżenie,
 - osoba w zamiarze mająca w granicach okręgu ochronnego wznieść nową budowlę, fabrykę, zakład przemysłowy, dokonać wycinki lasu lub prowadzić ziemne roboty (kanalizacja, studnia, piwnica), na co najmniej 2 miesiące przed przystąpieniem do realizacji obowiązana była zawiadomić władze górnicze. W przypadku, gdy uznały powyższe za szkodliwe dla źródeł przysługiwało im, zaskarżalne przez stronę zawiadamiającą, prawo odmowy w terminie zawitym – 2 -óch miesięcy,
 - umocowanie do wydania przepisów zobowiązujących, co do środków, jakie powinny być przestrzegane w granicach okręgu ochronnego, utrzymania w należytym stanie źródeł wód mineralnych, porządku pod względem sanitarnym znajdujących się przy nich Zakładach Lecznicych przyznano ministrowi dóbr państwa po uzyskaniu zgody wydanej przez ministra spraw wewnętrznych,
 - minister dóbr państwa, po wskazaniu sposobu wynagrodzenia właścicieli, na mocy Najwyższej decyzji, dla ochrony źródeł i prawidłowego urzędzenia znajdujących się przy nich zakładów leczniczych miał prawo, o ile było niezbędnym zamknąć studnie w miejscowościach zaludnionych, znieść istniejące budowle, zamknąć uznane za bezwarunkowo szkodliwe fabryki i zakłady przemysłowe,
 - przepisy powyższe miały zastosowanie także do leczniczych błot mineralnych,
 - za naruszenie przepisów dotyczących prowadzenia prac ziemnych, wznoszenia budowli czy fabryk bez uzyskania zgody władzy górniczej przewidziano karę pieniężną w wysokości nie wyższej niż 300 rs. lub aresztu, nie dłużej niż 3 miesiące,⁹
- b) Ustawa z 4 listopada 1891 r. obowiązująca dla Królestwa Galicji i Lodomerii wraz z Wielkim Księstwem Krakowa**
- wymóg posiadania statutu oznaczającego granice terytorialne i organizację zakładu (organy zakładu – Komisja zdrojowa/klimatyczna, Zarząd zakładu, Lekarz zdrojowy/klimatyczny i ich zadania) przez zdrojowisko lub uzdrowisko (stacja klimatyczna) otwarte dla publicznego użytku na mocy zezwolenia władz państwowych,
 - przyznanie przywileju utworzenia funduszu kuracyjnego, ustalania wymiaru i pobierania taksy (kuracyjnej, na muzykę) i opłaty (m. in. od przedsiębiorców, zabaw, koncertów), jak również stosowania w uzasadnionych przypadkach zwolnień od poboru,

⁹ Odpis [w:] „Medycyna” t. XIII Warszawa 1895, GBL, syg. 3019, s. 325 i n..

- prawo zmian wysokości taksy i opłat, ustanowienia regulaminu najmu mieszkań, utrzymania dróg i ścieżek, przepisów kąpielowych, cen mieszkań i innych cenników przyznano za zadanie Komisji zdrojowej/klimatycznej,
- o przyznaniu danemu zdrojowisku okręgu ochronnego orzekwały władze górnicze¹⁰.

c) Ustawa budownicza dla wsi i pomniejszych miast i miasteczek z dnia 13 października 1899 r.

- określono, iż zakład zdrojowy winien mieć wytyczone granice, drogi dojazdowe, obszar parku, oznaczenie planowanych w przyszłości inwestycji,
- nakazano uwzględnienie w planach budowlanych infrastruktury sanitarno- higienicznej (urządzeń, wodociągów, kanalizacji, śmietników),
- stanowiła uzupełnienie ustawy uzdrowskiej¹¹.

Należy zaznaczyć, iż zasady utworzenia okręgu ochronnego regulowało także ustawodawstwo górnicze ustanowione na obszarze:

- Zaboru austriackiego – Powszechna Ustawa Górnicza z dnia 23 maja 1854 r. (Dz. U. p. austr. Nr 146),
- Zaboru pruskiego – Powszechna Ustawa Górnicza z dnia

24 czerwca 1865 r. (Zb. ust. z 1865 r. str. 705),

- Zaboru rosyjskiego – Ustawa Górnicza z 1912 r. (Zb. Pr. Ces. Ros. tom VII wyd.1912)12.

II. Ustawodawstwo okresu międzywojennego

a) Ustawa z dnia 23 marca 1922 r. o uzdrowiskach

- podstawa prawna do tworzenia uzdrowisk o charakterze użyteczności publicznej (rozporządzenie Rady Ministrów na wniosek Ministra Zdrowia Publicznego, po zasięgnięciu opinii Państwowej Rady do Spraw Uzdrowisk), obligatoryjny wymóg posiadania statutu i planu zabudowy,
- przyznanie preferencji uzdrowiskom o charakterze użyteczności publicznej – prawo do specjalnej opieki ze strony Państwa – w okresach kuracyjnych, w czasie pokoju, zwolnienie od powinności kwaterunkowych i rekwizycji wojskowych, do korzystania z odpowiedniej pomocy ze strony Skarbu Państwa przy wprowadzaniu przez nie urządzeń zdrowotnych wskazanych niniejszą ustawą (dot.m.in. zaopatrzenia w wodę pitną, usuwania ścieków, odpadków), ponoszenia opłat przez Skarb państwa za wyznaczenie okręgów ochrony górniczej i sanitarnej, tworzenia funduszu kuracyjnego (m.in. z poboru taksy, opłat, zapo-

¹⁰ Krajowy Dziennik Ustaw i Rozporządzeń dla Królestwa Galicji i Lodomerii wraz z Wielkim Księstwem Krakowa, Rocznik 1891, BUW, syg. 032.686.

¹¹ Krajowy Dziennik Ustaw i Rozporządzeń dla Królestwa Galicji i Lodomerii wraz z Wielkim Księstwem Krakowa. Nr 133 z 1899 r., Nr 57 z 1907 r. i Nr 91 z 1909 r..

¹² Podane podstawy prawne z okresu zborów także m. in. [w:] Rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 30 czerwca 1932 r. o opłatach od uprawnień górniczych Dz. U. z 1932 r. Nr 56, poz. 543.

móg otrzymywanych od gmin lub rządu, grzywnien, darowizn, zapisów).

- Wymóg wskazania w statucie oraz na planie sytuacyjnym uzdrowiska (1:10.000), wraz z położeniem każdego źródła chronionego:

» granic uzdrowiska (w miarę możliwości pokrywających się z granicami związku komunalnego),

» granic okręgów ochronnych:

- **sanitarnego** obejmujących obszar w granicach terytorialnych uzdrowiska, sąsiednie tereny objęte planem regulacyjnym i rozbudowy uzdrowiska, tereny, na których znajdują się źródła wody pitnej lub lecznicze (Minister Zdrowia Publicznego w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych i zasięgnięciu opinii państwowej Rady do Spraw Uzdrowisk),

- **ochrony górniczej** (jeden lub kilka) w celu zabezpieczenia źródeł przed niekorzystnymi zmianami (np. dot. wydajności, zanieczyszczeń) – po przeprowadzeniu badań przez Państwowy Instytut, w razie potrzeby opinii specjalnej komisji powołanej przez właściwą władzę górniczą II instancji oznaczał oraz dokonywał zmian Minister Przemysłu i Handlu w porozumieniu z Ministrem Zdrowia Publicznego, zakaz prowadzenia robót mogących wywołać ujemne zmiany i nie podlegały przepisom ochrony sanitarnej,

» organizację komisji uzdrowiska, zapewniał ochronę walorów leczniczych danego uzdrowiska, jak również przyrody np. okręg sani-

tarny wokół Zakopanego obejmował całe Tatry po stronie polskie,

- ustanowienie do roku czasu od przyznania uzdrowisku charakteru użyteczności publicznej miejscowych przepisów budowlanych – zasady wznoszenia, przebudowy, urządzania zakładów i urządzeń użyteczności publicznej, przepisy drogowe, sanitarne – zatwierdzał Minister Robót Publicznych w porozumieniu z Ministrem Zdrowia Publicznego. Mogły zostać ustanowione dodatkowe specjalne przepisy dla danego uzdrowiska,
- właściwe władze administracyjne otrzymały uprawnienie do wstrzymywania zezwoleń na roboty, rozpoczęcia lub prowadzenia robót uznanych za szkodliwe po dokonaniu wypłaty odszkodowania lub bez wypłaty w przypadku prowadzenia w/w niezgodnie z ogłoszonymi przepisami lub zagrożający źródłom albo uzdrowisku (decyzja zaskarżalna),
- za nieprzestrzeganie przepisów lub zarządzeń wydanych na podstawie ustawy wprowadzono sankcje:
 - » w drodze administracyjnej – areszt do 6 tygodni i grzywnę do 50.000 mk., lub jednej z tych kar (zaskarżalne),
 - » wprowadzono możliwość pozbawienia prawa rzeczowego poprzez wywłaszczenie z całego obszaru uzdrowiska lub jego części wraz ze zdrojami na rzecz Skarbu Państwa właściciela uzdrowiska, któ-

re uznano za posiadające charakter użyteczności publicznej, w przypadku dokonywania szkodliwej eksploatacji, nie wykorzystywania właściwego zasobów zdrojów leczniczych, prowadzenia dla uzdrowiska szkodliwej gospodarki, dopuszczenia do stanu zagrożenia warunków zdrowotnych, o ile nie zostały rozpoczęte działania naprawcze po upływie roku lub usunięcie braków w całości po upływie prekluzyjnego terminu określonego przez Ministra Zdrowia Publicznego¹³,

b) Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1917 r.

- Do kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego weszły m. in. sprawy z zakresu:
 - » nadzoru nad wszystkimi sprawami zdrowotnymi w państwie,
 - » zdrojowiska i uzdrowiska,
 - » ochrony czystości powietrza, wody i gleby,
- Do obowiązków ciał samorządowych należały m.in.
 - » piecza nad czystością powietrza i gleby, należytnym usuwaniem wód zużytych i nieczystości,
 - » nadzór nad przestrzeganiem wszelkich ustaw, przepisów i zarządzeń sanitarnych¹⁴,

c) Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 listopada 1930 r. Prawo Górnicze

- utrzymano obowiązek tworzenia

¹³ Dziennik Ustaw z 1922 r. Nr 31, poz.254 z późn. zm.

¹⁴ Dziennik Praw Państwa Polskiego z 1919 r. Nr 63,poz. 371.

okręgów ochrony górniczej, określenia organizacji i pracy zakładu górniczego,

- zakaz prowadzenia poszukiwań górniczych w obrębie okręgów ochrony górniczej źródeł wód leczniczych oraz obszarach przyległych w przypadku, gdy miałyby to zagrażać bezpieczeństwu źródeł,
- wprowadzono nakaz informowania właściciela źródeł leczniczych, jeżeli dokonał rejestracji w wyższym urzędzie górniczym, o zamiarze prowadzenia na terenach przyległych do w/w okręgów poszukiwań górniczych¹⁵.

Warto dodać, iż domniemanie ochrony walorów naturalnych uzdrowisk wynikało również z przepisów ustawy z dnia 10 marca 1934 roku o ochronie przyrody (Dz.U. z 1934 r. Nr 31, poz. 274 z późn. zm.).

PRAWODAWSTWO OD ROKU 1945 DO CHWILI OBECNEJ

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

- polityka rozwoju uzdrowisk w gestii władz centralnych – władztwo administracji państwowej,
- kompetencja Ministra Zdrowia do ustalania wszelkich zasad z zakresu funkcjonowania uzdrowiska,
- uchwalanie, zmiana statutu uzdrowiska w gestii wojewódzkiej rady narodowej właściwej ze względu na położenie miejscowości (po

¹⁵ Dziennik Ustaw z 1930 r. nr 85, poz. 654.

zasięgnięciu opinii wojewódzkiej komisji związków zawodowych i Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej),

- statut ustalał: granice uzdrowiska, obszar ochrony uzdrowiskowej, dozwolone czynności, które mogły być wykonywane na obszarze ochrony uzdrowiskowej bez ujemnego wpływu na warunki naturalne i środowiskowe, wykaz spraw, które winny być poddawane konsultacji z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej lub innym organem służby zdrowia oraz inne postanowienia wynikające z potrzeb i warunków danej miejscowości uzdrowiskowej,
- wprowadzono obowiązek posiadania decyzji administracyjnej o utworzeniu dla poszczególnych złóż wód lub gazów leczniczych, znajdujących się na obszarze ochrony uzdrowiskowej obszaru górniczego, odpowiednika wcześniejszego terminu- okręg ochrony źródeł wód leczniczych - obligatoryjny załącznik do statutu,
- nałożenie na gminy (zadania rad narodowych), obowiązku zapewnienia warunków do prowadzenia leczenia uzdrowiskowego przez uzdrowisko m.in. dbałość o zachowanie warunków naturalnych, zapewnienie urządzeń komunalnych, kulturalnych i usługowych dla zaspokojenia potrzeb kuracjuszy,
- przywilej pobierania przez gminę opłaty uzdrowiskowej – z przeznaczeniem na kształtowanie czynników środowiskowych,

- sankcję za podjęcie czynności zastrzeżonych w statucie uzdrowiska, bez otrzymania uprzednio zezwalającej na działanie decyzji przez właściwy organ lub lekarza naczelnego uzdrowiska stanowiła kara aresztu do 3 miesięcy i grzywny do 4500 zł lub jedna z tych kar orzeczona w trybie orzecznictwa karno-administracyjnego.

Dodatkowa zmiana ustawodawcza – wprowadzenie dwóch funkcji – leczniczej i turystycznej uzdrowisk w konsekwencji stanowiła podstawę do poszerzenia katalogu przepisów prawnych w zakresie stosowania reżimu prawnego oraz środków ochrony uzdrowiskowej.¹⁶

b) Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych – różnicowanie nakazów i zakazów

- wprowadzenie definicji:
 - » „obszar ochrony uzdrowiskowej”,
 - » „gmina uzdrowiskowa” – transformacja ustrojowa,
- wydzielenie trzech rodzajów stref ochrony uzdrowiskowej:

Strefa „A”

- procentowy udział zieleni nie mniej niż 65 %obszaru, na którym są zlokalizowane lub planowane są zakłady lub urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego lub inne obiekty niezbędne dla zaspokojenia potrzeb obsługi pacjenta lub turysty

¹⁶ Dziennik Ustaw z 1966 r. Nr 23, poz. 150 z późn. zm..

nie utrudniające funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego,

- zakaz budowy, w rozumieniu przepisów ustawy **Prawo budowlane**¹⁷, m.in. zakładów przemysłowych, budynków jednorodzinnych, stacji paliw, autostrad i dróg ekspresowych, parkingów naziemnych o ilości miejsc przekraczających 15% liczby miejsc noclegowych danego rodzaju zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, stacji bazowych telefonii ruchowych, nadawczych i telewizyjnych, innych emitujących fale elektromagnetyczne, obiektów budowlanych negatywnie oddziałujących na środowisko, zapór, elektrowni wodnych i wiatrowych,
- uruchamiania m. in. składowisk odpadów, pól biwakowych i campingowych, prowadzenia targowisk, działalności rolniczej, organizacji rajdów samochodowych, imprez masowych, pozyskiwania surowców innych niż lecznicze, prowadzenia wyciętu drzew leśnych i parkowych, prowadzenia działań mających negatywny wpływ na fizjografię uzdrowiska, jego układ urbanistyczny lub właściwości klimatu,

STREFA „B”

- procentowy udział terenów zielonych nie mniej niż 50 %, obejmuje teren przyległy do strefy „A” w formie jej otuliny,
- obszar przeznaczony dla miejscowej infrastruktury nie mającej

¹⁷ Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane, tj. Dz.U. z 2010 r. Nr 243, poz.1623.

negatywnego wpływu na właściwości lecznicze uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej oraz uciążliwości dla pacjenta i nierozłącznie związana z zaspokojeniem potrzeb miejscowej ludności i osób przebywających na tym obszarze lub objęty granicami parku narodowego, rezerwatu przyrody albo jest lasem, morzem lub jeziorem,

- zakaz budowy m.in. stacji paliw mniej niż 500 m od strefy „A”, urządzeń emitujących fale elektromagnetyczne oddziałujących negatywnie na strefę „A”, parkingów naziemnych powyżej 50 miejsc postojowych, wyciętu drzew leśnych i parkowych, zakładów przemysłowych, uruchamiania składowisk odpadów, punktów skupu złomu, pozyskiwania surowców innych niż lecznicze oraz prowadzenie innych działań wskazanych przepisami prawa,

STREFA „C”

- procentowy udział terenów biologicznie czynnych – nie mniej niż 45%,
- obszar przyległy do strefy „B”,
- przeznaczenie – otulina strefy „B”, wpływ na zachowanie walorów krajobrazowych, klimatycznych, ochrona złóż naturalnych surowców leczniczych,
- zakaz: budowy zakładów przemysłowych, pozyskiwania surowców innych aniżeli lecznicze, prowadzenia robót melioracyjnych i innych działań o negatywnym wpływie na fizjografię, układ urbanistyczny

ny, właściwości lecznicze, klimatu, wyrębu drzewostanu oprócz cięć pielęgnacyjnych¹⁸.

c) Przykładowe regulacje prawnie powiązane z zagadnieniem przedmiotowym

Dla obszarów uzdrowiskowych rygor ochrony walorów krajobrazu oraz zasobów naturalnych kopalin, określały i obecnie regulują także przepisy zawarte w ustawach oraz wydanych do nich aktach wykonawczych, do tytułów których ustawa uzdrowiskowa z 2005 r. odsyła bezpośrednio, lub w których uwzględniono potrzeby uzdrowiskowe m.in.:

- **prawo geologiczne i górnictwo** – tworzenie obszarów i zakładów górniczych, wymóg posiadania koncesji na wydobycie kopalin w formie decyzji administracyjnej¹⁹,
- **prawo ochrony przyrody** wskazujące, iż ochrona przyrody obejmuje się obszar, którego ochrona leży w interesie publicznym ze względów np. naukowych, historycznych, zdrowotnych i społecznych oraz ze względu na swoiste cechy krajobrazu, wzmożona ochrona zieleni poprzez podwojenie stawek opłat za usuwanie drzew i krzewów oraz kar pieniężnych za dokonywanie tych czynności bez wymaganego zezwolenia²⁰,

¹⁸ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, op...cit...

¹⁹ Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. Prawo geologiczne i górnictwo, Dz. U. z 2011 r. Nr 163, poz., 981 z późn. zm..

²⁰ Ustawa z dnia 16 kwietnia 2004 r. O ochronie przyrody, tj. Dz. U. 2009r. nr 151, poz. 1220 z późn. zm..

- **ustawa o zagospodarowaniu przestrzennym** – nakaz uwzględnienia ochrony środowiska, zdrowia, potrzeb interesu publicznego, konsultacji w zakresie ustalenia lokalizacji inwestycji celu publicznego m. in z ministrem właściwym do spraw zdrowia w odniesieniu do inwestycji lokalizowanych w miejscowościach uzdrowiskowych czy właściwym organem administracji geologicznej – w odniesieniu do udokumentowanych złóż kopalin²¹,
- **ustawa o lasach oraz ustawa o ochronie gruntów** –zapewnienie specjalnej ochrony lasom położonym na obszarze stref ochronnych uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej. Z mocy samego prawa są one lasami ochronnymi²²,
- **prawo ochrony środowiska** – delegacja ustawowa dla Ministra Środowiska do określenia zróżnicowanych dopuszczalnych poziomów substancji w powietrzu, poziomów hałasu w środowisku (rozporządzenia) po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia – obowiązują więc zaostrzone normy dozwolonego zanieczyszczenia powietrza oraz stopnia poziomu hałasu²³,

²¹ Ustawa z dnia 27 marca 2003 r. O planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym, Dz. U. Nr 80, poz. 717 z późn. zm.

²² Ustawa z dnia 28 września 1991 r., tj. Dz. U. z 2011 r., Nr 12, poz. 59 z późn. zm., Ustawa z dnia 3 lutego 1985 r. O ochronie gruntów rolnych i leśnych, tj. Dz. U. z 2015, poz. 909.

²³ Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska, tj. Dz. U. z 2008 r., Nr 25, poz. 150 z późn. zm., Ustawa z dnia 3 października 2008 r.

- **ustawa o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami** – przepisy chronią dobra kultury wpisane w rejestr zabytków, o ile znajdują się na obszarze uzdrowiska lub ochrony uzdrowiskowej²⁴,
- **ustawa o podatkach i opłatach lokalnych** – przywilej poboru na obszarze uzdrowiska opłaty uzdrowiskowej, a na obszarze ochrony uzdrowiskowej opłaty miejscowej²⁵.

Unormowania prawne, w odniesieniu do przedmiotowego zagadnienia, zawierają w treści wskazanie: odstępstw od reguły oraz instrumenty ochrony praw i odpowiedzialności prawnej za naruszenie lub nienależyte stosowanie norm obowiązującego prawa.

Istotnym jest obowiązek implementacji prawa unijnego do krajowego porządku prawnego Transponowane do prawa krajowego przepisy, w szczególności zawarte w dyrektywach, zapewniające określone prawa i nakładające określone obowiązki muszą posiadać charakter przepisów bezwzględnie wiążących. Zaznaczyć należy, iż m.in. wynikiem powyższego jest zmiana uwarunkowań prawnych w zakresie systemu oceny i zarządzania jakością powietrza. W obecnie obowiązującym stanie prawnym znacznie zaostrome zosta-

ły wymogi w niniejszym zakresie²⁶.

PRZESŁANKI POZBAWIENIA OBSZARU UZDROWISKA LUB OBSZARU OCHRONY UZDROWISKOWEJ STATUSU OBSZARU SPECJALNEGO

- brak posiadania surowców leczniczych (wyeksploatowanie, zanieczyszczenie, zaniechanie eksploatacji z mocy prawa),
- badania klimatu nie wskazują na jego właściwości lecznicze,
- niewłaściwe stosowanie prawa,
- bezprawne prowadzenie działalności zagrażającej środowisku na terenie objętym ochroną,
- nie spełnienie norm dopuszczalnego zanieczyszczenia powietrza oraz norm hałasu,
- nie uzyskanie przez gminę świadectwa potwierdzającego właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych,
- nie dokonanie uaktualnienia operatu uzdrowiskowego,
- do oceny właściwości leczniczych surowców naturalnych i klimatu nie przedstawienie udokumentowanych badań z okresu co najmniej 3 lat przed złożeniem wniosku o potwierdzenie tych właściwości,
- nie wykonanie zaleceń w zakresie

O udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko, Dz. U. Nr 199, poz. 1227 z późn. zm..

²⁴ Ustawa z dnia 23 lipca 2003 r. O ochronie zabytków i opiece nad zabytkami, Dz. U. z 2003 r. Nr 162, poz. 1568 z późn. zm..

²⁵ z dnia 12 stycznia 1991 r. O opłatach i podatkach lokalnych, t.j. Dz.U. 2014, poz.849 z późn. zm..

²⁶ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/50/WE z dnia 21 maja 2008 r. w sprawie jakości powietrza i czystszej powietrza dla Europy, Dz. Urz. UE L 152 z 11.06.2008 r., s.1, Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/107/WE z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie arsenu, kadmu, niklu, rtęci i wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych w powietrzu Dz.Urz. UE L 23 z 26.01.2005 r., s. 3.

warunkowego przyznania statusu uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej – dotyczy zapisów w obowiązujących obecnie podstawach prawnych funkcjonowania w/w obszarów (tj. w treści dotychczasowych decyzji).

PODSUMOWANIE

Mając na uwadze:

- istotę uzdrowiska oraz obszaru ochrony uzdrowiskowej,
- zakres obowiązującego reżimu prawnego,
- wypracowaną teorię prawa ochrony środowiska,
- doktrynalne założenia i koncepcje,
- uwarunkowania historyczne,
- zarówno uzdrowisko jak i obszar ochrony uzdrowiskowej jest obszarem specjalnym, który poddany ochronie z mocy prawa w dobie XXI wieku pełni dwie funkcje:
- zasadniczą – ochrony walorów uzdrowiskowych
- wtórną – ochrony walorów turystycznych

WYKAZ LITERATURY

1. Bar M., Jednorowska J., Prawo ochrony środowiska. Podręcznik, Wrocław 2005
2. Boć J., Nowacki K., Samborska – Boć E., Ochrona środowiska, Wrocław 2008
3. Golba J. Analiza aktualnej sytuacji prawnej uzdrowisk polskich, Biuletyn SGURP 2004
4. Gruszecki K. Prawo ochrony środowiska. Komentarz, Warszawa 2008
5. Jastrzębski J. Prawne zagadnienia ochrony przyrody, Warszawa 1980
6. Jastrzębski L. Ochrona środowiska w prawie administracyjnym, Studia Juridica, tom II, Warszawa 1974
7. Leoński Z. Materialne prawo administracyjne, Warszawa 2009
8. Lipiński A. Prawne podstawy ochrony środowiska, Warszawa 2010
9. Paczuski R. Ochrona zasobów leczniczych środowiska przyrodniczego Rzeczypospolitej Polskiej. Zagadnienia administracyjno-prawne, Warszawa 1990
10. Pawlikowski J.G., Prawodawstwo ochronne [w:] Skarby przyrody i ich ochrona, red. W. Szafran, Warszawa 1932
11. Rakoczy B, Pchalek M. Wybrane problemy prawa ochrony środowiska, Warszawa 2010
12. Sommer J. Obszary specjalne w prawie ochrony środowiska [w:] Instytucje prawa ochrony środowiska. Geneza, rozwój, perspektywy, red. W Radecki, Warszawa 2010
13. Stelmasiak J., Instytucja strefy ochronnej jako prawny środek ochrony środowiska, Lublin 1986
14. Szuszkiewicz J. Kuracjusz, wczasowicz czy turysta, Aura 1976, Nr 8
15. Wasilewski A., Obszar górniczy. Zagadnienia prawne, Warszawa 1969
16. Wolski J. Uzdrowiska polskie jako ośrodki odnowy sił [w:] Środowisko naturalne a rekreacja, red. A. Giziński, Wrocław-Poznań 1980
17. Żarska B. Ochrona krajobrazu, Warszawa 2005

**PROF. NADZ. DR NAUK MED.
WALDEMAR ANDRZEJ KRUPA**

Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie”

GERIATRIA W UZDROWISKACH

GERIATRIA W UZDROWISKACH

prof. nadz. dr nauk med. Waldemar Andrzej Krupa

Termin **geriatria** wprowadził rosyjski psycholog Mikołaj A. Rybnikow (1880 – 1961) w roku 1909. Oznaczył gałąź gerontologii i medycyny zajmującej się aspektami zdrowia i opieki zdrowotnej, które zajmują się profilaktyką, diagnostyką, schorzeniami i leczeniem osób starszych. Punktem wyjścia kierunku geriatрії jest gerontologia, wiedza o procesach starzenia się, zarówno fizjologicznego jak i patologicznego.

Geriatria jest dziedziną medycyny zajmująca się schorzeniami wieku podeszłego. Historycznie wywodzi się z interny, jako „królowej nauk medycznych”, ale aktualnie obejmuje również inne zagadnienia związane ze schorzeniami wieku podeszłego, czerpiąc z m.in. z medycyny rodzinnej, neurologii czy psychiatrii.

Na świecie żyje już ponad 600 mln. osób po 60 roku życia. Około 5,7 mln. Polaków przekroczyło już 60 rok

życia, co stanowi 15% ludności kraju. Z tej liczby około 2 mln. osób (35%) to osoby niepełnosprawne, co powoduje narastanie potrzeb rehabilitacyjnych. Ponad 2 miliony Polaków chwili obecnej ma przekroczony 75 rok życia. Stąd ogromna potrzeba zainteresowania się rehabilitacją.

Organizacja Narodów Zjednoczonych określa iż stare społeczeństwo to takie którym procent ludności powyżej 65 roku życia jest równy lub wyższy od 7. Te granice Polska osiągnęła w roku 1968. Pod koniec 2008 roku procent ten wynosił 13,5 a w roku 2060 będzie to około 36.¹

Starość jest niewątpliwie jednym z najtrudniejszych okresów w życiu człowieka, gdyż traci pozycję zawodową, traci kolejno swoich bliskich, przyjaciół, krewnych. Jest to okres, w którym w coraz większej liczbie sytuacji potrzebuje opiekuna, po-

¹ Wieczorkowska -Tobis K. i WSP. "Fizjoterapia w geriatрії" PZWL Warszawa 2011

magającego w zaspokojeniu podstawowych potrzeb. To również okres, w którym w sposób szczególnie należy dbać o własne zdrowie. Starzenie się to długotrwały, stopniowo rozwijający się proces, w wyniku, którego powstają w organizmie, obok zmian atroficznych, nowe mechanizmy zapewniające utrzymanie przy życiu jednostki w danych warunkach. Starość jest nieuniknionym etapem w życiu człowieka i ma charakter statyczny, natomiast starzenie się jest procesem, a więc zjawiskiem dynamicznym². Starzenie się jest więc procesem rozwojowym, jednym ze stadiów życiowych człowieka i nie może być ani cofnięte, ani odwracalne. Równie ważne dla zdefiniowania starości jest określenie początku tego okresu.

Proces starzenia się jest uwarunkowany od wielu czynników i sposobu oraz warunków życia. Genetyka organizmu, sposób odżywiania, a również czysty stres odgrywają istotną rolę w tym procesie. Podziałów okresu starczego jest wiele.

Umowne okresy życia człowieka

Wiek (lata) Określenie danego okresu życia

- 0 – 29 - Okres młodości (wiek rozwojowy – wiek edukacji)
- 30 – 59 - Okres dojrzałości (wiek średni – wiek produkcyjny)
- 60 – 120 - Okres starości wg(WHO) i jej fazy
- 60 – 74 - Starość wczesna (wiek podeszły-wiek III)
- 75 – 89 - Starość pośrednia (faza starości pełnej)

² Orzechowska G., „Aktualne problemy gerontologii społecznej”. WSP, Olsztyn 1999.

- Od 90 - Starość późna (faza długowieczności)

Różne określenia wieku człowieka

Wiek biologiczny – zmiany związane z biegiem czasu zachodzące we wszystkich tkankach i organach człowieka

Wiek kalendarzowy – liczba lat, miesiące, dni które minęły od chwili narodzin.

Wiek psychologiczny – indywidualny, zróżnicowany. Mogą następować zakłócenia umysłowe dotyczące pamięci, emocji, zachowań i uczuć.

Wiek czynnościowy – świadczy o możliwości do wykonywania różnych zadań, które sprzyjają poprawie samopoczucia i warunków życia, pomimo towarzyszących ograniczeń

Proces starzenia się organizmu prowadzi do stopniowego zmniejszania się aktywności komórek, tkanek i narządów. Niska aktywność osób w wieku podeszłym jest wynikiem działania trzech czynników: rzeczywistych zmian starczych, trybu życia ograniczającego ruch, występujących równoległe zmian chorobowych.

Biologiczne starzenie się człowieka jest związane ze zmianami w funkcjonowaniu jego układu nerwowego oraz w wyglądzie człowieka jakie zachodzą wraz z wiekiem. Oprócz zmian w rozwoju fizycznym, człowieka starość dotyka także zmiany w strukturze osobowości, które przede wszystkim są widoczne w schematach poznawczych, czynnościowych oraz motywacyjnych. Natomiast zgodnie ze stereotypem społecznym człowiek stary, jest już niedołączony i schorowany i wymaga jedynie opieki. Starość bardzo często

zaskakuje ludzi, którzy na ogół rzadko myślą o tej fazie życia. Nie wszyscy są na nią przygotowani. Dla jednych może być w miarę pogodna, ale jest także smutna, uciążliwa, przykra i samotna³. Starzenie się społeczeństw, polegające na zwiększaniu się udziału ludzi starszych w stosunku do ogółu populacji, jest jednym z podstawowych problemów dzisiejszych czasów. Zjawisko to jest procesem o charakterze dynamicznym i wiedzie do stanu statycznego, zwanego starością demograficzną. Jej podstawowym miernikiem stosowanym w literaturze jest udział ludności w wieku 60 (65) lat i więcej w stosunku do ogółu populacji danego obszaru. Z kolei miarą dynamiki tego procesu jest najczęściej przyrost ludności w najstarszych grupach wieku, bądź punktowe zmiany w ich udziałach. Wiedząc, że na poziom starzenia się społeczeństw ma wpływ nie tylko liczebność ludności starej, ale także zmiany w liczebności grupy najmłodszej (0–14 lub 0–19 lat), często w analizach stosuje się iloraz tych dwóch grup wiekowych, znany jako współczynnik obciążenia bądź indeks starości demograficznej⁴.

W Polsce zjawisko starzenia się społeczeństwa zaznaczyło się po raz pierwszy na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX w. Proces starzenia się ludności polskiej nabrał szczególnie przyspieszenia w związku z transformacją społeczną i ekono-

miczną, która rozpoczęła się w końcu lat osiemdziesiątych⁵.

Proces starzenia się ludności jest wynikiem przeobrażeń ilościowych i jakościowych zachodzących w relacjach pomiędzy poszczególnymi grupami wieku ludności, uwarunkowanych szeregiem czynników demograficznych i społeczno-ekonomicznych. Do bezpośrednich należą: rodność, umieralność i migracje ludności. W zakresie ruchu naturalnego natężenie urodzeń ma najważniejszy wpływ na poziom i dynamikę starzenia się ludności. Wzrost liczby urodzeń przyczynia się do wzrostu udziału dzieci w strukturze populacji, a tym samym do obniżenia udziału ludności najstarszej. Z kolei spadek liczby urodzeń prowadzi do zmniejszenia udziału najmłodszych grup wiekowych, a tym samym do postarzenia ludności przez wzrost udziału roczników najstarszych, natomiast wpływ poziomu umieralności (przy ustabilizowanym współczynniku zgonów niemowląt) nie jest jednoznacznie określony. W zależności od natężenia zgonów w poszczególnych grupach wieku, zmiany w tym zakresie mogą wpływać hamująco bądź przyspieszająco na proces starzenia się ludności. Jeżeli zmniejsza się umieralność wśród niemowląt, to tym samym zwiększa się udział roczników młodych. Spadek umieralności w tej grupie powoduje zatem obniżenie się odsetka ludności najstarszej. Wydłużanie się przeciętnej trwania życia i spadek umieralności w starszych grupach wieku powoduje

³ Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Program ONZ ds. Rozwoju. UNIC, Warszawa 1999.

⁴ Długosz Z., J. Kurek, „Starzenie się ludności w Polsce na tle regionów Unii Europejskiej”, „Polityka Społeczna”, 2011, nr 4, s. 12 – 14.

⁵ Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Program ONZ ds. Rozwoju. UNIC, Warszawa 1999.

natomiast wzrost odsetka populacji najstarszej, co prowadzi do postarzenia się społeczeństw w układach globalnych (kraj) i wewnątrz regionalnych⁶.

Od roku 2005 widoczna jest przewaga liczba urodzeń nad rejestrowaną liczbą zgonów. W latach 2008 - 2010 przewaga urodzeń była dość znacząca. W roku 2012 obie krzywe ponownie zbliżają się do siebie, co może wskazywać, że w kolejnych latach będziemy ponownie mieć do czynienia z ujemnym przyrostem naturalnym. Niski przyrost naturalny jest zagrożeniem zwłaszcza w korelacji ze wzrostem umieralności ludności. Pierwsza grupa czynników wpływających na poziom umieralności to wskazany wielokrotnie proces starzenia się społeczeństwa. Druga grupa czynników determinujących poziom umieralności związana jest z rozwojem społeczno-gospodarczym. Sprzyjają temu procesowi zarówno czynniki demograficzne, jak i poza demograficzne: bezrobocie, trudne warunki bytowania, brak poczucia stabilizacji, niewłaściwy sposób odżywiania się.⁷ Trzecią grupę czynników stanowi rozwój chorób cywilizacyjnych. Głównymi przyczynami umieralności w Polsce są choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe. Szczególnie niepokojący jest wzrost natężenia zgonów przedwczesnych, w tym głównie mężczyzn w wieku do

⁶ Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Program ONZ ds. Rozwoju. UNIC, Warszawa 1999.

⁷ Rydz E., U. Wirkus, „Współczesne przemiany demograficzno – osadnicze na obszarach wiejskich na przykładzie gminy Lipnica”, [w:] Słupskie prace geograficzne nr 2, PAP, Słupsk 2005, s. 39.

50 roku życia. Taka struktura urodzeń i zgonów w sposób znaczący wpływa na proces starzenia się demograficznego ludności i bezpośrednio stanowi zagrożenie dla struktury ekonomiczno – społecznej państwa.

Niska dynamika dzietności oraz wzrastająca długość życia powodują starzenie się społeczeństwa. Proces starzenia się związany jest z szeregiem zmian strukturalnych i czynnościowych: zmniejszaniem się beztłuszczowej masy ciała, wzrostem procentowej zawartości tkanki tłuszczowej, zmniejszaniem się masy i siły mięśni szkieletowych, spadkiem elastyczności mięśni, ścięgien i więzadeł.

Spadek masy, siły i mocy mięśni szkieletowych jest częstą przyczyną niepełnosprawności i braku stabilności posturalnej.

Równocześnie jednak należy zwrócić baczną uwagę na szereg potrzeb ludzi starych definiowanych jako społeczno-psychologiczne. Są to:

Potrzeba przynależności – inaczej zwana potrzebą integracji lub towarzysstwa. O jej zaspokojeniu lub nie świadczy intensywność kontaktów, osamotnienie, więź z dawnym środowiskiem, miejsce w rodzinie.

Potrzeba użyteczności i uznania – wyraża się ona poprzez udział w zinstytucjonalizowanych formach aktywności społecznej lub w wykonywaniu różnych czynności na rzecz rodziny.

Potrzeba niezależności – związana jest ona ze stopniem samodzielności osoby starszej w nowym dla niej środowisku i w nowych warunkach.

Potrzeba bezpieczeństwa – chodzi tu o bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne. Składa się na nie możliwość oraz stopień korzystania z instytucji i urzędzeń miejskich, samopoczucie w osiedlu, oparcie w rodzinie i gronie przyjaciół.

Potrzeba satysfakcji życiowej – dotyczy ona subiektywnego zadowolenia z własnego usytuowania w nowym środowisku. Jest najbardziej syntetycznym wskaźnikiem zaadaptowania się osoby starszej w nowych dla niej realiach.

Problem w tym, by starość nie oznaczała bezwzględnie ograniczenia aktywności życiowej człowieka i wiązała się z jego uzależnieniem.

Najczęściej mówi się o uzależnieniu psychicznym, które może być stymulowane wystąpieniem warunków, w których wyraża się osobowość zależna. Uzależnienie w tym przypadku to kompleksowy manewr stosowany przez kogoś, kto jest słaby lub za takiego się uważa, wobec innych ludzi, których ocenia jako silnych i zdolnych do udzielania mu pomocy⁸. Uzależnienie psychiczne może ujawniać się w sytuacjach zadziałania czynników, które przyczyniają się do niezaspokojenia potrzeby niezależności. Główne przyczyny tak rozumianego uzależnienia to: pogarszający się stan zdrowia, zła sytuacja materialna, konieczność rezygnacji z prowadzenia samodzielnego gospodarstwa we własnym mieszkaniu i przeniesienia się np. do dzieci, krewnych lub domu pomocy społecznej, utrudnienia komunikacyjne

⁸ Rydz E., U. Wirkus, „*Współczesne przemiany demograficzno – osadnicze na obszarach wiejskich na przykładzie gminy Lipnica*,” [w:] Słupskie prace geograficzne nr 2, PAP, Słupsk 2005, s. 39.

bądź korzystanie z innych form pomocy społecznej⁹.

Jednym z głównych problemów współczesności w państwach rozwijających się jest proces gwałtownego starzenia się społeczeństwa oraz rozwój chorób cywilizacyjnych z równoczesnym wydłużeniem się średniej długości życia¹⁰. W Polsce 60. rok życia przekroczył co szósty mieszkaniec¹¹. Do 2020 roku liczba osób starszych będzie stanowiła blisko 20% ogółu społeczeństwa.

Proces starzenia przebiega w niżej wymienionych płaszczyznach:

biologicznej - obniżenie sprawności i wytrzymałości fizycznej, utrata masy mięśniowej, kostnej i wody. Skóra staje się mniej jędrna, powstają zmarszczki, pojawiają się przebarwienia. Ściany naczyń krwionośnych stają się mniej elastyczne, co powoduje niedokrwienie narządów i tkanek. Na skutek obniżenia elastyczności żył łatwiej powstają sińce, krwiaki. Pojawiają się schorzenia kardiologiczne. Układ odpornościowy jest mniej sprawny. Pojawiają się problemy w układzie płciowo – moczowym tj. nietrzymanie moczu u kobiet czy przerost prostaty u mężczyzn. Układ pokarmowy - utrata smaku i zapachu, obniżone wytwarzanie hormonów i enzymów, zwolniona perystaltyka jelit, wytwarzanie śliny, braki w użębieniu;

⁹ Sztur – Jaworska B., „Społeczne kwestie ludzi starszych” W: B. Rysz – Kowalczyk (red.), *Studia o kwestiach społecznych*, IPS, Warszawa 1991.

¹⁰ Kuncewicz E., E. Gajewska, „Istotne problemy rehabilitacji geriatrycznej” *Geriatr Pol* 2006;2:136-40

¹¹ Skalska A., T. Grodzicki, „Zmiany naczyniowe związane ze starzeniem się a zagrożenie niepełnosprawnością- możliwości prewencji, leczenia i rehabilitacji” Tom 1. *Rehab Meda* 2001;3:9-16

psychologicznej - charakterystyczne cechy regresu z rozwojem, które są czynnikiem indywidualnym i różnorodnym. Zmiany dotyczą wrażliwości zmysłów, wśród których jedynie zmysł bólu zostaje na tym samym poziomie. Słabnie umiejętność skupienia uwagi i koncentracji. Zdolność psychoruchowa maleje, a czas reakcji i czas wykonania różnorodnych czynności wydłuża się.

Następuje deficyt pamięci. Pamięć długoterminowa słabnie zaś pamięć mechaniczna i bezpośrednia maleje w większym stopniu. Obniża się sprawność intelektualna, zdolność myślenia formalno-logicznego oraz wyobrażenia przestrzennego;

społeczno-socjalnej - warunki ekonomiczne, relacje z bliskimi, znajomymi ulegają rozluźnieniu. Śmierć współmałżonka, bliskich, znajomych w podobnym wieku jest potwierdzeniem samotności. Obniżona sprawność fizyczna i różnorodność pokoleń zniechęca do uczestnictwa w życiu towarzyskim.

Starość inaczej wiek starczy, jest końcowym okresem starzenia się, który nieuchronnie kończy się śmiercią. Za początek starości przyjmuje się wg Światowej Organizacji Zdrowia 60-65 rok życia. Ludzie starzy nie stanowią jednolitej grupy zarówno pod względem stanu zdrowia, sprawności fizycznej, psychicznej jak i pod względem sytuacji życiowej, z tego względu powstał podział starości na podokresy: starość wczesna – wiek podeszły – 60-74 r.ż. starość późna – 75-89 r.ż. starość bardzo późna – okres długowieczności – powyżej 90 r.ż.¹²

¹² Grodzicki J., T. Kocemba, J. Skalska (red.): „Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej”. Gdańsk 2007

Starzenie się jest to normalny długotrwały i nieodwracalny proces fizjologiczny, zachodzący w osobniczym rozwoju żywych organizmów, także człowieka. Procesy starzenia rozpoczynają się u człowieka już w wieku średnim, między 30 a 40 rokiem życia i nasilają się z upływem czasu, jest to więc zjawisko dynamiczne przebiegające w czasie. Na szybkość postępowania procesu mają czynniki genetyczne, środowiskowe i styl życia. Ustalenie granicy między starzeniem naturalnym a chorobowym jest trudne.¹³

Starzenie dzielimy na:

- **prawidłowe (fizjologiczne)** - proces, który jest uwarunkowany genetycznie, postępuje bez powikłań chorobowych. Przebieg ma bardzo indywidualny, uzależniony jest od predyspozycji i nie mamy na niego wpływu,
- **chorobowe (wtórne, patologiczne)** - proces uwikłany, szybciej postępujący spowodowany przez przewlekłe schorzenia i czynniki środowiskowe tj. niewłaściwy mikroklimat, hałas, sposób odżywiania, aktywność fizyczną, nałogi, stres, uzależnienia.

Na postęp tego procesu mamy wpływ i możemy go opóźnić przez właściwy styl życia.¹⁴

¹³ Wieczorowska Tobis K., „Zmiany narządowe w procesie starzenia”. Praca pogładowa. Zakład Geriatrii i Gerontologii, Katedra i Zakład Patofizjologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2008, s. 108

¹⁴ Wieczorkowska – Tobis K.: „Zmiany narządowe w procesie starzenia”. Artykuły pogładowe. 2008

Pacjent geriatryczny to osoba która ukończyła 65 lat. Odsetek osób powyżej 65 roku życia wynosi w naszym kraju około 13,1 %. Prezentuje oni szereg nakładających się na siebie chorób typu **in-aging lub off-aging**. Ten pierwszy typ, to choroby które przebiegają odmiennie i nietypowo dla procesu starzenia. Natomiast off-aging to schorzenia typowe dla okresu starości. Zalicza się do nich otępienia, osteoporozę, upadki, zaburzenia funkcji zwieraczy oraz u chorych leżących - odleżyny.

CECHY CHARAKTERYSTYCZNE STARZENIA SIĘ:

Zmiany w wyglądzie zewnętrznym

Z wiekiem obserwuje się obniżenie wzrostu (w cm) u kobiet i mężczyzn. Jest to związane z osłabieniem przyczepów pewnych grup mięśni oraz ze zmianami zwyrodnieniowymi w kręgosłupie. Również ponad 10% kobiet powyżej 50 r.ż. choruje na osteoporozę, która zmienia strukturę kości, powoduje garbienie się oraz obniżenie wzrostu.

Starzenie się skóry jest wynikiem działania czasu, czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Pierwszy objaw to suchość spowodowana utratą zdolności do wiązania i zatrzymywania wody w naskórku, czego następstwem jest utrata elastyczności skóry. Pojawiają się drobne zmarszczki mimiczne wokół kącików oczu i ust, naskórek staje się coraz cieńszy i szorstki a w wyniku niejednorodnego wydziela-

nia melaniny pojawiają się liczne brązowe plamy w miejscach odkrytych.

Zmiany w narządach zmysłu

Z wiekiem dochodzi do pogorszenia funkcjonowania wielu zmysłów, jest to związane z degeneracją komórek zmysłowych, jak i ze zmianami do jakich dochodzi z biegiem czasu w starzejącym się mózgu.

Narząd wzroku – z biegiem lat soczewka staje się grubsza i cięższa, powoduje to upośledzenie widzenia bliskich przedmiotów. Pierwszymi objawami zmian mogą być np. kłopoty z czytaniem drukowanych liter. Prawie u $\frac{3}{4}$ osób pomiędzy 65 a 70 r.ż. występuje dalekowzroczność a u połowy osób powyżej 60 r.ż. rozwija się katarakta.

Zaburzenia słuchu – zaobserwowano u 1/3 ludzi powyżej 65 r.ż. Początek tego procesu i tempo jego narastania wykazują indywidualne różnice.

Zapach i smak – w raz z wiekiem maleje zdolność rozpoznawania zapachów. Wiele schorzeń może powodować pogorszenie zmysłu powonienia. Również z wiekiem obserwuje się pogorszenie rozpoznawania czterech podstawowych smaków: słonego, kwaśnego, gorzkiego i słodkiego.

Przy kwalifikowaniu chorych w wieku podeszłym i starym, do leczenia uzdrowiskowego, należy brać pod uwagę wiek biologiczny (ogólną sprawność organizmu i wydolność poszczególnych narządów), a nie tylko wiek metrykalny. Z reguły, jeśli uzna się za celowe zakwalifikowanie do leczenia uzdrowiskowego osoby w wieku podeszłym lub starym,

to należy ją kierować do uzdrowiska położonego najbliżej miejsca zamieszkania. Przy zakwalifikowaniu na leczenie uzdrowiskowe należy pamiętać o tym, że przeciwwskazania dotyczą zarówno choroby podstawowej, jak i chorób współistniejących. Przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego obejmują ciężki stan ogólny pacjenta i znaczny stopień upośledzenia sprawności organizmu (zniedołączenie, całkowite unieruchomienie, niezdolność do samoobsługi).

Leczenie uzdrowiskowe ma charakter złożony -kompleksowy. Równoczesne stosowanie kilku metod leczniczych pozwala na zwiększenie efektywności leczenia.

W medycynie uzdrowiskowej w celach leczenia stosuje się szereg metod leczniczych, z których znaczna część jest charakterystyczna jedynie dla lecznictwa uzdrowiskowego.¹⁵

Metodami leczniczymi w lecznictwie uzdrowiskowym są:

- **leczenie**
- **rehabilitacja**
- **leczenie dietetyczne**
- **edukacja zdrowotna**
- **psychoterapia**
- **farmakologia**

LECZENIE I REHABILITACJA

Przed ustaleniem planu rehabilitacji jest konieczna pełna diagnostyka.

W przypadku wieku starszego nie ma tzw. jednej przyczyny.

¹⁵ Krupa W.A., „Metody stosowane w lecznictwie uzdrowiskowym na podstawie Sopotu, Perspektywy rozwoju uzdrowisk polskiego wybrzeża Bałtyku” WST i H Gdańsk 2001, s.260.

Istnieje obraz wielonarządowej niedomogi na skutek wcześniejszych chorób, urazów i niedoborów pokarmowych.

O sukcesie rehabilitacji można mówić wtedy, gdy osoba starsza potrafi utrzymać pod względem fizycznym, psychicznym i społecznym harmonijny kontakt ze swoim środowiskiem.

Rehabilitacja medyczna ukierunkowana na przywrócenie sprawności chorych stanowi fundamentalną część szerokiego procesu rehabilitacji.

Cele rehabilitacji ludzi starych

zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej i opieki społecznej.

Brak aktywności fizycznej i siedzący tryb życia zmniejszają niezależność, przyczyniając się do występowania wielu chorób przewlekłych. Aktywny tryb życia może pomóc w opóźnieniu pojawienia się słabości fizycznej i chorób, znacznie w ten sposób zmniejszając koszty opieki zdrowotnej i społecznej.

Zwiększenie zdolności do pracy osób w podeszłym wieku.

Osoby starsze mogą wносить duży wkład w życie społeczne. Fizycznie aktywny styl życia pomaga im utrzymać niezależność czynnościową i optymalizuje stopień w jakim są one w stanie aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym.

Propagowanie pozytywnego i aktywnego obrazu osób starszych.

Społeczeństwo, które sprzyja aktywnemu fizycznie stylowi życia osób starszych, może lepiej czerpać korzyści z bogactwa ich doświadczeń i wiedzy.

Polski model rehabilitacji, potwierdzony wieloletnimi doświadczeniami

zakłada, iż rehabilitacja powinna być:

- **powszechna** – Pełna dostępność do wszystkich form rehabilitacji dla każdego pacjenta, który jej potrzebuje.
- **wczesna** – Założeniem jest, jak najszybsze podjęcie właściwej rehabilitacji u każdego pacjenta, który jej potrzebuje. Nie można pozwolić na sytuację, w której pacjent będzie musiał oczekiwać na rehabilitację, zarówno szpitalną jak i ambulatoryjną, przez kilka dni, tygodni czy miesięcy. Wczesna rehabilitacja odnosi się zarówno do usprawniania pacjenta przed planowanym zabiegiem operacyjnym, jak i zaraz po zabiegu. Przykładem wczesnej rehabilitacji przed planowanym zabiegiem operacyjnym, jak i po zabiegu. Mogą być ćwiczenia przy łóżku chorego: ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia bierne, ćwiczenia czynne, ćwiczenia czynno – bierne
- **kompleksowa** – Kompleksowość w rehabilitacji medycznej odnosi się do wszechstronnego podejścia do pacjenta. Pacjent zawsze postrzegany jest jako podmiot, wokół potrzeb i problemów którego skupia się wysiłek całego zespołu rehabilitantów. Potrzeby i problemy pacjenta muszą być rozwiązywane pod kątem leczniczym, psychologicznym, zawodowym i społecznym.
- **ciągła** – Ciągłość oznacza, iż rehabilitacja powinna być prowadzona w sposób nieprzerwany. Pozwala to na uzyskanie optymalnych

efektów prowadzonej rehabilitacji i prowadzi pacjenta z powrotem do czynnego życia społecznego i zawodowego. Należy pamiętać, że w wielu chorobach wrodzonych, chorobach przewlekłych, chorobach będących następstwem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, ciągła rehabilitacja staje się jedyną, uznawaną formą leczenia. Dodatkowo odgrywa ona również ważną rolę w profilaktyce oraz zapobiega lub w znacznym stopniu opóźnia dalszy postęp choroby. Ciągłość rehabilitacji oznacza konieczność kontynuacji leczenia rehabilitacyjnego po opuszczeniu ośrodka szpitalnego czy ośrodka rehabilitacyjnego.

Program rehabilitacji powinien być zlecony przez lekarza specjalistę danej dziedziny medycyny oraz powinien zostać skonsultowany z lekarzem specjalistą w zakresie rehabilitacji.

W przypadku osób z chorobami układu krążenia w proces rehabilitacji powinni być zaangażowani lekarze kardiolodzy, lekarze zajmujący się rehabilitacją leczniczą, kinezyterapeuci, psycholodzy, socjolodzy, dietetycy. Takie podejście do rehabilitacji odnosi się do pojęcia jej interdyscyplinarności.

Rehabilitacja większej części pacjentów ma charakter leczenia funkcjonalnego czyli możliwie najpełniejszego powrotu do aktywności życia społecznego. Problemy pacjenta muszą być rozwiązywane pod kątem leczniczym, psychologicznym, zawodowym i społecznym.

W wielu chorobach przewlekłych, wrodzonych bądź po uszkodzeniach

ośrodkowego układu nerwowego ciągle rehabilitacja staje się jedyną, uznaną formą leczenia, odgrywającą również dodatkowo ważną rolę w profilaktyce dalszego postępu choroby.

Rehabilitacja medyczna stanowi obecnie integralną część leczenia. Jest dorobkiem polskiej szkoły rehabilitacji, zatwierdzonym w 1972 roku przez Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowotnej.

W dzisiejszych czasach ciężko byłoby wskazać specjalność medyczną, w której nie jest zalecane wczesne zapoczątkowanie rehabilitacji. W specjalnościach takich jak: medycyna urazowa i ortopedyczna, neurologia, kardiologia wczesną rehabilitację (przyłóżkową) zaleca się wprowadzać już od pierwszej doby.

Rehabilitacja może być prowadzona w: szpitalu, domu opieki, przychodni, domu pacjenta. Optymalnie powinna być prowadzona przez wieloosobowy zespół (lekarze różnych specjalności, fizjoterapeuci, pielęgniarki, pracownik socjalny, psycholog, terapeuta zajęciowy, logopeda) koordynowany przez specjalistę rehabilitacji lub geriatrę.

W rehabilitacji osób starszych często stosowane jest zaopatrzenie ortopedyczne: protezy, sprzęt pomocniczy (kule, laski, podpórki, wózki, specjalne obuwie). Często potrzebne są także urządzenia ułatwiające samoobsługę i zapewniające bezpieczeństwo (np. odpowiednie wyposażenie kuchni i łazienki, sprzęt ułatwiający mycie i ubieranie się).

Takie postępowanie w dużym stopniu wpływa zarówno na przeżycie pacjenta jak również na dalszą jakość życia.

Z pojęciem rehabilitacji medycznej w sposób nierozzerwalny łączy się pojęcie fizjoterapii, przez którą rozumie się przede wszystkim: – całokształt działań wykorzystujących środki fizykalne, które stosowane w sposób planowany zmierzają do przywrócenia zdrowia i sprawności fizycznej. Ćwiczenia fizyczne mają działanie miejscowe kształtując parametry biomechaniczne i ogólne, wywierają wpływ na cały układ, powodując zmiany systemowe, głównie w zakresie układu krążeniowo – oddechowego.

W obrębie układu ruchu ćwiczenia powodują: utrzymanie pełnego zakresu ruchu, kształtowanie się powierzchni stawowych, zapewnienie odpowiedniej elastyczności więzadeł, torebek stawowych i powięzi, zwiększanie masy i siły mięśni, ulepszenie przepływu krwi przez naczynia, zapobieganie ograniczeniom ruchomości w stawach, zapobieganie osłabieniu mięśni i ich zanikom, zapobieganie obrzękom, przywrócenie prawidłowej ruchomości w stawach oraz siły i wytrzymałości mięśni, reedukację nerwowo – mięśniową, poprawę koordynacji i równowagi, korekcję wad postawy, poprawę czynności układu krążeniowo – oddechowego, pobudzanie i poprawę czynności ośrodkowego układu nerwowego, zwiększenie wydolności i sprawności ogólnej

Poprzez aktywność ruchową uzyskujemy m.in.:

- poprawę lub zachowanie zadowalającego poziomu wydolności fizycznej,
- stabilizację optymalnego ciężaru ciała,

- zachowanie siły mięśniowej stabilizującej stawy, zwłaszcza kręgosłupa,
- zwiększenie dopływu dodatnich bodźców psychicznych, związanych z ćwiczeniami,
- wzrost odporności.

Ruch zapobiega także powstaniu i rozwojowi chorób cywilizacyjnych, w tym choroby niedokrwiennej serca i chorób metabolicznych, m.in. poprzez:

- poprawę sprawności układu krążenia,
- występowanie u osób aktywnych skłonności do racjonalnego żywienia,
- tendencję do zmniejszenia ilości wypalanych papierosów lub porzucenie nałogu;
- zmniejszenie nasilenia negatywnego stresu psychicznego

Rehabilitacja osób starszych wiąże się z pewnymi ograniczeniami w porównaniu z innymi okresami życia. W starzejącym się organizmie dochodzi do wielu zmian fizjologicznych i patofizjologicznych pogarszających możliwość jego funkcjonowania, a także rehabilitacji. Osoby starsze charakteryzuje tzw. zjawisko wielochorobowości (polipatologia), czyli współwystępowanie kilku chorób przewlekłych jednocześnie, które obniżają poziom sprawności funkcjonalnej i zdolności adaptacyjnej organizmu. Najczęstsze patologie występujące u seniorów to choroba zwyrodnieniowa stawów (ok. 80 % osób powyżej 75 roku życia), nadciśnienie tętnicze (60-70%) oraz choroba niedo-

krwienna serca (ok. 30% osób w podeszłym wieku).¹⁶ U osób w podeszłym wieku częściej występują schorzenia neurologiczne, zaburzenia poznawcze, upośledzenie słuchu i wzroku.

Ze względu na niewyraźną granicę między stanem zdrowia a stanem chorobowym u osób starszych prewencja jest w znacznym stopniu zintegrowana z rehabilitacją. Podmiotem oddziaływania rehabilitacji jest niepełnosprawny człowiek, dlatego też wiele osób starszych wymaga rehabilitacji nie tylko z powodu choroby, lecz również ze względu na obniżenie się sprawności funkcjonalnej wraz z wiekiem. Rehabilitacja osób starszych powinna być prowadzona, wielopłaszczyznowo, musi uwzględniać hierarchię potrzeb pacjenta, koncentrując się przede wszystkim na rehabilitacji dotyczącej osiowego problemu zdrowia, np. udaru mózgu, zawału serca, zapalenia płuc czy złamania szyjki kości udowej. Podstawowym celem powinno być podtrzymanie i przywrócenie sprawności do wykonywania podstawowych a następnie złożonych czynności życia codziennego. W leczeniu uzdrowiskowym osób w podeszłym wieku stosuje się następujące środki terapeutyczne fizjoterapii: balneoterapia, kinezyterapia, fizykoterapia, termoterapia

Balneoterapia – razem z peloidoterapią oraz klimatoterapią stanowią najważniejsze, metody lecznicze stosowane w leczeniu uzdrowiskowym. Balneoterapia wykorzystuje

¹⁶ Jajor J.S, Nonn - Wasztan, E. Rostkowska, W. Samborki.; „Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych”, Nowiny Lekarskie 2013,82,1,89-96

wody mineralne (kąpiele solankowe, kwasowęglowe, siarczkowo-siarkowodorowe oraz radoczynne), peloidy (kąpiele i okłady borowinowe) i gazy.

Kinezyterapia – najważniejsza metoda w rehabilitacji osób starszych, obejmuje ćwiczenia lecznicze oraz metody kinezyterapeutyczne.

Wpływ wysiłku fizycznego na organizm człowieka jest wielostronny.

W wyniku wysiłku fizycznego następuje: wzrost aktywności fibrynolitycznej osocza, wzrost gęstości mineralnej kości /leczenie osteoporozy/, zwiększenie energii, kosztem tkanki tłuszczowej, wzrost cholesterolu HDL, spadek cholesterolu całkowitego i frakcji LDL, spadek ciśnienia tętniczego krwi, wzrost krążenia wieńcowego¹⁷, wzrost przepływu krwi w naczyniach, szczególnie mięśniach kończyn, zmniejszenie oporów naczyniowych¹⁸, poprawa wentylacji płuc

Aktywność fizyczna powoduje rozwijanie i usprawnianie narządu ruchu. Terapia ruchem powoduje kształtowanie się powierzchni stawowych, zwiększenie elastyczności więzadeł i torebek stawowych. Zwiększa się ponadto w sposób wyraźny siła mięśni. Wzrasta wytrzymałość. Poprawia się w końcu praca układu nerwowego, lepiej dokrwionego przez zwiększoną pracę układu krążenia.

Zadaniami kinezyterapii są:

- ocena stanu funkcjonalnego pa-

¹⁷ Krupa W. A.: „Rehabilitacja kardiologiczna w uzdrowiskach polskich. Otwórz oczy-zobacz polskie uzdrowiska„Krynica –Zdrój 2007, s.8.16

¹⁸ Demcyszak I.: „Fizjoterapia w chorobach układu sercowo-naczyniowego”. WM Górnicki Wrocław 2009, s23.

cjenta czyli ustalenie rodzaju i stopnia dysfunkcji,

- dobranie odpowiednich dla danego chorego metod i technik ćwiczeń
- opracowanie programu ćwiczeń aktualnych i dalszych,
- wprowadzenie obiektywnych metod oceny stanu funkcjonalnego pacjenta,
- zapobieganie powikłaniom: przykurczom, odleżynom i powikłaniom krążeniowo - oddechowym¹⁹

Do celów kinezyterapii należą:

Zapobieganie ograniczeniom ruchomości w stawach, zapobieganie osłabieniu mięśni i ich zanikom, zapobieganie obrzękom, przywracanie prawidłowej ruchomości w stawach oraz siły i wytrzymałości mięśni, reedukacja nerwowo-mięśniowa, poprawa koordynacji i równowagi, korekcja wad postawy ciała, poprawa czynności układu krążeniowo-oddechowego, pobudzanie i poprawa ośrodkowego układu nerwowego, zwiększenie wydolności i sprawności ogólnej.²⁰

W wyniku działań kinezyterapii oczekujemy również na przygotowanie chorego do życia w niepełnosprawności.

Podział ćwiczeń może być robiony ze względu na ich rodzaj oraz ilość chorych ćwiczących wspólnie.

Ćwiczenia lecznicze wykorzystują różne rodzaje pracy mięśniowej do utrzymania lub poprawy ruchomości

¹⁹ Kiwerski J." Rehabilitacja medyczna" PZWL 2007 str.70

²⁰ Kwolek A., „Rehabilitacja medyczna.” Urban & Partner Wrocław 2007 s.375

w stawach, a także zwiększenie siły, mocy i wytrzymałości mięśniowej. Kinezyterapia osób starszych obejmuje nie tylko zwiększanie sprawności mięśni czy ścięgien, ale też usprawnianie pracy układu oddechowego i innych. Stosuje się również ćwiczenia koordynacji ruchów, pionizacji, nauki chodzenia, ćwiczenia oddechowe, ogólnokondycyjne i relaksacyjne.

Kinezyterapia w podeszłym wieku musi być dopasowana do indywidualnych warunków. Konieczne jest zwrócenie uwagi zarówno na fizyczny, jak i psychiczny stan pacjenta, jego motywację, zdolność do koordynacji ruchowej oraz ogóle uwarunkowania fizjologiczne. Przeprowadzanie ruchowych zajęć nie powinno mieć przy tym forsownego charakteru. Istotna jest dokładność wykonywanych ćwiczeń (jak najmniej skomplikowanych) a także ich systematyczność. Regularnie praktykowane ćwiczenia mogą korzystnie wpłynąć na pracę układu krwionośnego, poziom ciśnienia tętniczego, zmniejszyć ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej czy udaru.

Masaż leczniczy

Duże znaczenie ma masaż leczniczy, który wraz z ćwiczeniami biernymi jest z jednej strony dobrze tolerowany, natomiast z drugiej jest niejednokrotnie z konieczności jedną z nielicznych metod możliwych do zastosowania u zniedołężniałych pacjentów.

Termoterapia

Biorąc pod uwagę wskazania, przeciwwskazania do wymienionych zabiegów oraz zmiany w organizmach seniorów należy wziąć pod uwagę,

parametry zabiegów stosowanych w procesie leczenia:

- Parafinoterapia: w przypadku pacjentów geriatrycznych temperatura zabiegu nie może przekraczać 40 stopni mając na względzie kruchość naczyń krwionośnych.
- Sauna - do schorzeń spotykanych u osób starszych, a przeciwwskazanych do sauny zaliczamy: chorobę wieńcową, przebyty zawał serca, niewydolność krążenia, miażdżycę, choroby naczyń, nadciśnienie samoistne i złośliwe, jaskrę.
- Krioterapia - u ludzi starszych krioterapia może być zabiegiem niewskazanym ze względu na stan skóry chorego

Decyduje o tym przede wszystkim współistnienie chorób krążeniowo-naczyniowych, czy też miażdżycy. Fakt obniżonego uwodnienia tkanek u osób starszych również stanowi problem. Związane z tym zaburzenia przewodnictwa nerwowego mogą wpływać negatywnie na wyniki terapii a zaburzenia czucia mogą przyczynić się do uszkodzeń tkanek. Bezpieczną formą użycia zimna wydają się być zimne nadmuchy powietrza jako mniej agresywne.

Fizykoterapia – obejmuje światłolecznictwo, elektroterapię, laseroterapię, termoterapię, hydroterapię, leczenie polem magnetycznym i ultradźwięki.

- prądy interferencyjne - ze względu na wszystkie zaburzenia kardiologiczne i naczyniowe towarzyszące pacjentom po 65 roku życia ale także młodszym stanowią

- przeciwwskazanie do wykonywania zabiegów z wykorzystaniem prądów interferencyjnych. W rehabilitacji osób starszych niejednokrotnie potrzebne jest zaopatrzenie ortopedyczne: protezy, ortozy, sprzęt pomocniczy (kule, laski, podpórki, wózki, specjalne obuwie).
- prądy TENS - istotnym przeciwwskazaniem do stosowania stymulacji u pacjentów geriatrycznych jest między innymi wszczepiony rozrusznik serca, stan po udarze mózgu, obszary z zaburzeniem czucia, bóle psychogenne, bóle w neuropatiach obwodowych wywołane zaburzeniami przemiany materii.
- pole magnetyczne małej częstotliwości - często występujące u osób starszych endoprotezy nie stanowią przeszkody w stosowaniu zabiegów. U pacjentów po 65 roku życia warto zwiększyć wartość indukcji magnetycznej o 1-2 mT. - Przeciwwskazania obejmują ogólne przeszkody oraz wszczepiony rozrusznik serca oraz inne stymulatory.
- ultradźwięki - wbrew powszechnie panującym opiniom o szkodliwości tego typu leczenia należy stwierdzić, iż jest ono nieprawdziwe. Właściwie wykonane zabiegi, przy użyciu nowoczesnej, sprawnej aparatury jest dla organizmu człowiek zupełnie nieszkodliwe. Dlatego też może być stosowane w leczeniu ludzi starych.

Uwagi ogólne o leczeniu uzdrowiskowym ludzi starych

Prowadząc rehabilitację osób w wieku podeszłym i starczym / a trze-

ba powiedzieć iż większość kuracjuszy sanatoryjnych jest w tym wieku /, musimy pamiętać o tym iż:

STAROŚĆ TO NIE JEST CHOROBA.

Jest to fizjologiczny okres w życiu człowieka, będący następstwem przeżycia poprzednich okresów. Z poprzednich okresów wywodzą się w znacznej mierze występujące w starości choroby. Często skrycie rozwijały się, a dają znać o sobie momencie znacznego osłabienia organizmu, czyli w starości. Oczywiście nie zawsze wiek biologiczny jest równy wiekowi metrykalnemu, ale na ogół zmiany morfologiczne i czynnościowe narządów odpowiadają wiekowi metrykalnemu.²¹

Przy wysyłaniu człowieka starego do sanatorium i następnie zlecając mu zabiegi należy pamiętać o tym, że proces starzenia powoduje zmiany w narządach wewnętrznych ograniczające często uniemożliwiające korzystanie z pewnych zabiegów.

W sercu następuje spadek objętości wyrzutowej i pojemności minutowej serca prowadzące w następstwie do niedokrwienia wszystkich narządów. Rozwijająca się równolegle miażdżycy powoduje zmiany w elastyczności tętnic i czasami ich całkowite zamykanie. Opory w układzie krążenia prowadzi do powstawania nadciśnienia tętniczego.

Poprzez osłabienie mięśni oddechowych i powstawanie zmian zwy-

²¹ Straburzyńska-Lupa A., Straburzyński G., "Fizjoterapia z elementami klinicznymi" PZWL Warszawa, 2008

rodzeniowych w układzie kostnowstawowym dochodzi do trudności w oddychaniu i tym samym zmniejszeniu poboru tlenu i oddawaniu dwutlenku węgla.

Nasila się znacznie proces odwapnienia kości prowadząc do osteoporozy. Zmiany zwyrodnieniowe w stawach i ścięgnach prowadzą do powstawania bólu i ograniczeń ruchowych.

Proces niedokrwienia mózgu prowadzi do stopniowego postępującego procesu ograniczania działania świadomego. Poprzez zmiany mózgowo dochodzi do postępującej autyzacji starego człowieka.

Biorąc pod uwagę wszystkie te czynniki należy w sposób bardzo ostrożny dawkować zabiegi człowiekowi staremu.

Należy stosować:

- dawki łagodniejsze od stosowanych powszechnie,
- nie zwiększać siły bodźca a raczej wydłużyć czas zabiegu,
- starać się codziennie korygować dawki zabiegów, ponieważ w ciągu doby mogą zdarzać się różne nieprzewidziane reakcje starego organizmu.
- Koniecznie uwzględniać odpowiednio długi wypoczynek po zabiegach

Pamiętać o tym, iż zabiegi dobieramy do wieku biologicznego, a nie metrykalnego. Często może się zdarzyć iż pacjent jest znacznie bardziej obciążony zdrowotnie, niż wynikałoby to z jego metryki.

Szczególnie ostrożnym należy być przy dawkowaniu zabiegów termoterapii. Zwykle ludzie starzy bardziej potrzebują ciepła, ale też szybciej może dojść do oparzeń ze względu na starcze troficzne zmiany skóry. To samo dotyczy krioterapii.²²

Stosując balneoterapię w postaci okładów borowinowych należy brać pod uwagę te podane wyżej zastrzeżenia. Wszelkiego typu kąpiele u ludzi starych winny być tylko częściowe. Nie należy stosować kąpeli całocielowych ze względu na obciążenie dla układów krążenia i oddechowego. Ponadto należy kierować starych ludzi do pomieszczeń zabiegowych posiadających odpowiednią ilość uchwytów i mat antypoślizgowych. Kuracjusza starego nie wolno pozostawiać samego w pomieszczeniu zabiegowym. Unikać należy stosowania wszelkiego typu natrysków, a już na pewno biczyszkokkich ponieważ łączą działanie ciśnienia strumienia wody z odpowiednią temperaturą i przy zmianach krążeniowo-narządowych mogą zaszkodzić choremu.²³

Stosując zabiegi z zakresu elektroterapii należy pamiętać o tym, iż kuracjusze w starszym wieku często mają implanty metalowe w kościach i mogą również mieć implantowane stymulatory, najczęściej obecnie serca. Oczywiście stanowi to określone przeciwwskazanie do pewnych zabiegów.

Chorzy w wieku starszym dobrze tolerują wysiłek fizyczny w postaci

²² Ponikowska I. Ferson D. „Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa” MEDI Warszawa 2009

²³ Straburzyńska-Lupa A., Straburzyński G: „Fizjoterapia z elementami klinicznymi” PZWL Warszawa 2008

ćwiczeń, ale pod warunkiem odpowiedniego doboru rodzaju wysiłku. Chodzi o to aby grupy ćwiczące były tak dobrane by wszyscy reprezentowali tę samą wydolność krążeniowo- oddechową i sprawność układu ruchu. Ponadto należy badać stan układu krążenia przed i po wykonaniu tego typu zabiegu.

Masaże, oczywiście dostosowane do wieku i stanu kuracjusza mogą być stosowane i są dobrze przez nich znoszone.

Należy zdawać sobie sprawę z faktu, iż im starszy człowiek tym dłużej przystosowuje się do otoczenia. Jest to istotne szczególnie wtedy gdy pacjent przyjeżdża do uzdrowiska. Musi kilka dni odpocząć i jeżeli trzeba mu dać w tym czasie zabiegi, winny być one delikatne. Zabiegi należy zwiększyć w momencie pełnej adaptacji i aklimatyzacji pacjenta.

Należy również korzystać z możliwości terapii zajęciowej i ćwiczeń grupowych pod postacią spacerów. Uzdrowiska posiadają tereny spacerowe i zawsze można zorganizować ciekawy spacer który pozwoli na odpowiednią poprawę układów ruchu i krążeniowo- oddechowego, a równocześnie integruje kuracjuszy. Tym bardziej, że im bardzo potrzeba kontaktu z drugim człowiekiem, ponieważ w większości są to ludzie samotni.

U osób starszych ćwiczenia fizyczne powinny poprawiać wydolność tlenową, wzmacniać mięśnie, ale również poprawiać gibkość, równowagę i koordynację ruchów.

Natężenie różnych form aktywności fizycznej musi być oczywiście od-

powiednio dobrane, aby nie wywoływało nadmiernego zmęczenia. Należy również pamiętać o tym, że u osób starszych, a zwłaszcza mało aktywnych, nawet niewielki wysiłek może być ogromnym wysiłkiem, sięgającym granic wydolności. Rodzaj i wielkość obciążeń wysiłkiem fizycznym muszą więc być dostosowane do wieku ćwiczącego, stanu jego układu krążenia i oddechowego oraz narządu ruchu i chorób współistniejących. Można jednak sformułować pewne zalecenia ogólne. Regularna aktywność fizyczna u osób starszych powinna zawierać trzy elementy: ćwiczenia wytrzymałościowe, siłowe oraz rozciągające.

Ćwiczenia aerobowe (wytrzymałościowe), czyli marsz, bieg, pływanie, jazda na rowerze, powinny być wykonywane 2 razy w tygodniu, po co najmniej 20 minut.

Intensywność ćwiczeń powinna być taka, aby ćwiczenia odbywały się na poziomie 40- 60% rezerwy częstości skurczów serca (różnicy pomiędzy maksymalną częstością skurczów serca w czasie próby wysiłkowej i w spoczynku). Drugą miarą oceny intensywności wysiłku jest tzw. skala Borga, czyli skala ciężkości odczuwania wysiłku fizycznego. W 20- stopniowej wersji tej skali wysiłek powinien być na poziomie 11-13 punktów, to oznacza wysiłek lekki do umiarkowanego. Ćwiczenia siłowe (oporowe) powinny być wykonywane 2 razy w tygodniu, po 20 minut, i zawierać 1 zestaw obejmujący 8-10 ćwiczeń angażujących najważniejsze grupy mięśniowe. Intensywność obciążeń powinna być dobierana w ten sposób, aby każde

ćwiczenie wykonywać 10-15 razy (10-15 powtórzeń danego ruchu). Trzecią grupę stanowią ćwiczenia rozciągające (gimnastyka, stretching) powinny być wykonywane najlepiej codziennie, 5-10 minut. Korzystając z tych zaleceń zwiększamy szansę nie tylko długiego, ale również aktywnego życia o kilkanaście lat. Nie tylko dodajemy lat do życia, lecz również życia do lat.²⁴

W wyniku zwiększonej i systematycznej aktywności ruchowej w organizmie ludzi starszych zachodzą pozytywne zmiany:

W układzie oddechowym:

poprawa wentylacji i wzrost pojemności życiowej płuc, pogłębienie oddechu, zwolnienie rytmu oddechowego i zmiana dystrybucji przepływu krwi przez płuca, usprawnienie czynności oddechowych przepony, wzmocnienie siły mięśni oddechowych, poprawa ruchomości klatki piersiowej.

W układzie ruchu:

zwiększone ukrwienie i odżywianie stawu, pobudzenie kałek maziowych, wzmocnienie mięśni i ruchomości w stawach, poprawienie zakresu ruchomości kręgosłupa, lepsze odżywienie kości (wzrost wytrzymałości na urazy mechaniczne).

W układzie krążenia:

zwiększenie pojemności skurczonej i minutowej serca, zmniejszenie tętna spoczynkowego oraz wysiłkowego, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, lepsze zaopatrzenie tkanek

²⁴ Szałtynis D., Kochańczyk T.: „Sport dla wszystkich. Aktywność fizyczna w promocii zdrowego starzenia” Warszawa TKKF 1997

poziomu mioglobiny w mięśniach, wzrost ilości czerwonych krwinek oraz zawartości hemoglobiny, powiększenie pojemności tlenowej organizmu.

W układzie nerwowym:

poprawa percepcji wzrokowej i koordynacji psychoruchowej, usprawnienie przewodnictwa (korzystny wpływ na poprawienie pamięci i wszelkich procesów umysłowych), wydzielane podczas wysiłku endorfiny mają wpływ na zmniejszone odczuwanie bólu, a także głębsze uczucie zadowolenia czy dobry nastrój po zakończonym wysiłku,

W układzie trawiennym:

zmniejszenie poziomu cukru we krwi poprzez lepszą utylizację glukozy, zwiększone zużycie glukozy przez pracujące mięśnie, obniżenie masy ciała u osób otyłych, zmniejszenie odporności tkanek na działanie insuliny, zmniejszenie dobowego zapotrzebowania na doustne leki przeciwcukrzycowe i insulinę, wzrost zapasów glikogenu w wątrobie i usprawnienie jego udziału w przemianach energetycznych.

Oczywiście prowadzenie aktywności ruchowej musi być akceptowane przez ćwiczących. Aby rekreacja ruchowa miała przynieść odpowiednie rezultaty trzeba przekonać ludzi starych do słuszności jej prowadzenia.

Leczenie dietetyczne

Dieta jest ważnym elementem leczenia większości chorób leczonych w uzdrowisku. W chorobach trawienia, cukrzycy, osteoporozie, miażdżycy czy dnie moczanowej odpowiednia dieta jest częścią programu leczniczego.

Dieta wraz z aktywnością fizyczną w istotny sposób wpływa na występowanie chorób metabolicznych.

Żywnienie powinno odpowiadać wzorcom żywienia prawidłowego oraz spełniać dwie funkcje: dostarczyć pacjentowi wszystkich składników odżywczych oraz należyj ilości energii a także spełnić funkcję edukacyjną czyli przekonać pacjentów do nowo zalecanego modelu żywienia oraz przedstawić możliwość jego realizacji.

*Pobyt w sanatorium powinien wyedukować chorego w sposobie żywienia wskazanego dla jego schorzenia.*²⁵

Podstawową zasadą zdrowego żywienia winno być:

- dostarczanie organizmowi odpowiednich do jego stanu ilości energii,
- stwarzanie diety różnorodnej wykorzystującej wszystkie niezbędne dla organizmu składniki,
- spożywanie kilka razy dziennie jarzyn i owoców,
- ograniczenie mięsa do 2-3 razy w tygodniu,
- ograniczenie tłuszczów zwierzęcych (najwyżej 30% ogólnej ilości kalorii dziennej diety),
- ograniczenie cukru w każdej postaci,
- ograniczenie spożycia soli,
- znaczne ograniczenie spożywania alkoholu (3 lampki wina tygodniowo)²⁶.

²⁵ Hasik J., J. Gawęcki, „Żywnienie człowieka zdrowego i chorego”. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2000, tom 2

²⁶ Ponikowska I., Ferson D.: „Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa”. MEDI Warszawa 2009, s.199.

W uzdrowiskach stosuje się różne rodzaje diet leczniczych wynikające z potrzeb kuracjuszy. Dieta lecznicza ma na celu ochronę chorego leczonego narządu, dostarczenie wszystkich potrzebnych organizmowi składników, które w czasie choroby nie zawsze są dostarczane.

W przypadkach potrzeby leczenia dietetycznego stosowane są diety:

Niskoenergetyczna – w zależności od rodzaju schorzenia, bądź stosowanej terapii 600-800 kcal dziennie. Oczywiście leczenie to winno odbywać się pod nadzorem lekarza, a dieta mimo niskiej kaloryczności, winna być urozmaicona.

Dieta cukrzycowa – dostosowana indywidualnie do chorego, uwzględniająca jego wagę, poziom cukru, przyjmowane leki. Ściśle pod kontrolą lekarską.

Dieta wysokowapniowa - w przypadku osteoporozy.

W konkretnych przypadkach chorobowych stosowane są diety wskazane dla danego schorzenia /dieta bezglutenowa, bezmięsna itd. /.

Wszystkie diety w uzdrowiskach układają i nadzór nad produkcją posiłków sprawują dyplomowani dietetycy.

Bardzo istotnym elementem stosowania diety jest nauczenie kuracjusza jakie produkty, w jakich ilościach i konfiguracjach, spożywać powinien. Stosuje się edukację indywidualną w przypadku kiedy choroba podstawowa wymaga leczenia dietetycznego, lub pogadanki dietetyko-lekarskie dla wszystkich kuracjuszy

Zapotrzebowanie osoby starszej, na składniki pokarmowe, różni się od zapotrzebowania osoby młodej. W obu przypadkach należy uwzględnić podaż składników pokarmowych takich jak węglowodany, białka, tłuszcze, witaminy i składniki mineralne.²⁷

Trudno opracować jednolitą dietę, która kierowana by była do wszystkich osób w wieku starszym. Racjonalny sposób odżywiania zapewni właściwą podaż składników pokarmowych, które opóźnią proces starzenia.

W późnym okresie życia zapotrzebowanie na energię maleje, wzrasta zapotrzebowanie na witaminy i składniki mineralne. Żywnienie powinno dostarczać właściwą ilość energii i składników odżywczych. Dieta powinna uwzględniać współistniejące choroby, aktywność fizyczną, wiek i płeć.²⁸

Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna powinna być częścią składową każdego programu leczniczego w uzdrowisku.

Dopiero w uzdrowisku, chory człowiek ma szansę pozyskania wiedzy na temat swojej choroby, oraz zachowań prozdrowotnych.²⁹

Na temat własnego schorzenia kuracusz uzyskuje informacje od lekarza leczącego. Informację o przyczynie choroby, jej przebiegu, metodach leczenia, perspektywie wyleczenia bądź uzyskania poprawy. Podobną

²⁷ Celejowa I., „Klucz do zdrowego żywienia. W nowym stuleciu żyjemy długo i zdrowo.” WSP. Łódź 2001

²⁸ Gabrowska E., M. Spodaryk, „Zasady żywienia osób w starszym wieku.” Gerontologia Polska. Praca pogładowa, tom 14, nr 2, s. 57 - 62

²⁹ Ponikowska I.: „Medycyna uzdrowskowa w zarysie” Watext. Warszawa 1995, s..225.

rolę spełniają też rozmowy z pielęgniarkami, które dodatkowo szkolą w zakresie wykonywania iniekcji, czy mierzenia poziomu cukru we krwi (np. cukrzyków), mierzenia ciśnienia krwi (u chorych leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego).

Lekarze wygłaszają prelekcje na temat zdrowego stylu życia, zapobiegania chorobom cywilizacyjnym. Zapobieganie chorobom cywilizacyjnym wiąże się oczywiście ze stosowaniem odpowiedniej diety, ale też ze zwiększonym wysiłkiem fizycznym. Podstawową zasadą zdrowego stylu życia powinno być angielskie przysłowie:

„wyprowadzaj psa codziennie, nawet jeżeli nie masz psa”

Ruch na świeżym powietrzu jest podstawą zdrowia i pozwala uniknąć w wielu przypadkach przyjmowania leków / np. przeciwbólowych/

Oczywiście należy również mówić o zgubnych skutkach nadużywania alkoholu, szczególnie u osób chorych na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, bądź po udarze mózgu.

Kolejnym tematem jest informacja o skutkach nadmiernej ekspozycji na słońce. Równocześnie zwraca się uwagę na szkodliwość nadmiernego korzystania z solariów.

Prowadzi się wykłady na temat możliwości wystąpienia chorób nowotworowych i konieczności badania kobiety w zakresie profilaktyki raka piersi i dróg rodnych, mężczyźni raka prostaty.

Szkoli się kuracjuszy na tematy szkodliwego wpływu niektórych substancji biologicznych, chemicznych i fizycznych na organizm człowieka.

Dietetycy opowiadają o zdrowym żywieniu, zapobieganiu otyłości. Kuracjusze w trakcie pobytu w uzdrowisku dowiadują się o podstawach prawidłowego żywienia oraz o diecie jaką powinni stosować w leczeniu swojego schorzenia.

Często należy obalać mity żywieniowe wyznawane przez kuracjuszy, niesłuszne opinie na temat prowadzenie takiej czy też innej diety.

Oczywiście w każdym z tych występów nie może zabraknąć informacji o szkodliwości palenia papierosów. Jest to tym bardziej istotne, iż palenie szkodzi nie tylko osobie palącej ale też innym w jej otoczeniu, ponieważ powietrze z dymem wdychają również współmieszkańcy, czy też koledzy z pracy.

Palenie papierosów jest jednym z czynników powstawania miażdżycy i doprowadza do zawałów serca oraz udarów mózgu.

Prowadzone są również szkolenia kuracjuszy w zakresie kinezyterapii. Chorzy którzy powinni ćwiczyć w domu, są instruowani jakie ćwiczenia, w jaki sposób i jak często powinni wykonywać. Szkolenia te prowadzą wykwalifikowani fizjoterapeuci prowadzący zajęcia z kinezyterapii.³⁰

Podstawowym jej celem w uzdrowisku jest kształtowanie prawidłowych nawyków żywienia i aktywności

³⁰ Krupa W.A.: „Metody stosowane w lecznictwie uzdrowiskowym na podstawie Sopotu. Perspektywy rozwoju uzdrowisk polskiego wybrzeża Bałtyku” WSTiH Gdańsk 2001, s.260.

fizycznej oraz porzuceniu nałogów.³¹

Spotkania edukacyjne z pacjentami mają na celu propagowanie zasad racjonalnego odżywiania, kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych stanowiących strategię minimalizowania chorób dieto-zależnych wśród społeczeństwa. Promocja racjonalnego odżywiania i edukacja żywieniowa odgrywa ważną rolę w zachowaniu prozdrowotnym.

Zdrowe nawyki żywieniowe należy propagować w formie krótkich, wielokrotnie powtarzanych spotkań. Forma edukacji winna być starannie dobrana do możliwości uczestników, którzy swoje zwyczaje i upodobania żywieniowe kształtowali przez wiele lat. Promocja powinna prowadzić do modyfikacji żywieniowych i stylu życia.

Psychoterapia

Uzdrowisko jako miejsce relaksu i wypoczynku sprzyja leczeniu uzdrowiskowemu. Jest to fachowe działanie polegające na uzyskaniu korzystnej modyfikacji nastawienia pacjenta do jego stanu zdrowia oraz zwiększenie efektywności terapii uzdrowiskowej.³²

Trzeba pamiętać iż do uzdrowisk przyjeżdżają ludzie zmęczeni, zestresowani, po przeżyciach. Bardzo często z wieloma kompleksami dotyczącymi schorzenia lub kalectwa. Często są to ludzie niepełnosprawni fizycznie i psychicznie. Zdarza się, iż są obciążeni świadomością nieuleczalności swo-

³¹ Krupa W.A., „Wybrane elementy medycyny uzdrowiskowej”, Turystyka uzdrowiskowa, pod red. M. Boruszczak, WSTiH Gdańsk 2010.

³² Krupa W.A., „Wybrane elementy medycyny uzdrowiskowej”, Turystyka uzdrowiskowa, pod red. M. Boruszczak, WSTiH Gdańsk 2010, s.106

jej choroby.³³

Istotnym problemem ludzi starych jest depresja. Depresja jest problemem kilkunastu procent populacji wśród osób starszych. Objawia się poprzez obniżony nastrój, duży spadek energii, brak zainteresowań. Często wiąże się to również z problemami ze snem jak i znacznie zmniejszonym apetytem. Objawy mogą być różne od zwiększonej aktywności lub nadpobudliwości, bądź wręcz przeciwnie zwolnionym tempem myślenia, zahamowaniem ruchowym, trudnościami na skupieniu się oraz pesymistycznym postrzeganiem przyszłości. Aby można było stwierdzić depresję u pacjenta objawy powinny występować przez dłuższy czas. Często podłożem depresji starczej są problemy z chorobami somatycznymi np.: cukrzyca, miażdżycą, niedotlenieniem mózgu, nadciśnieniem lub udarem mózgu. Osoby starsze często bywają niezadowolone ze swojego życia, może to mieć silny wpływ na podłożu psychicznym. Śmierć bliskiej osoby oraz inne nieszczęścia mogą być również przyczyną tej choroby. Leczenie depresji nie jest jednak proste, pobyt w uzdrowisku to jeden z najlepszych sposobów radzenia sobie z nią. Depresja staje się jednym z najważniejszych problemów geriatrycznych XXI wieku. Od dawna sugerowano, że systematyczny wysiłek fizyczny odgrywa znaczącą rolę w lepszym subiektywnym postrzeganiu jakości życia. Ostatnie lata przyniosły szereg danych potwierdzających korzystny wpływ rehabilitacji na różne aspekty jakości ży-

cia i mniejsze prawdopodobieństwem wystąpienia depresji u osób starszych wykonujących systematyczny wysiłek fizyczny w porównaniu z mniej aktywnymi seniorami. Uzdrowiska zapewniają pomoc lekarzy psychiatrów, którzy przeprowadzają odpowiedni program leczenia. Zmiana otoczenia oraz poznanie nowych ludzi ma również pozytywny wpływ przy leczeniu depresji. Dobra terapia może okazać się terapia ze zwierzętami. W leczeniu **osób starszych** ogromne znaczenie ma poprawa ogólnego stanu zdrowia, istotna jest również poprawa krążenia, gdyż zaburzenia krążenia często wpływają na pogorszenie procesów postrzegania.

Farmakologia

Farmakologia jest jedną z metod leczenia w czasie kontroli uzdrowiskowej.

Większość chorób przewlekłych wymaga systematycznego stosowania leków. Są to między innymi nadciśnienie tętnicze, przerost prostaty u mężczyzn, cukrzyca i inne. Leczenie to powinno być wkomponowane w program leczniczy i modyfikowane w zależności od potrzeb zdrowotnych organizmu. Do tego mogą dojść schorzenia nagłe w postaci przeziębień i grypy a nawet świeżo zdiagnozowane w uzdrowisku schorzenia. W każdym z tych przypadków należy wdrożyć leczenie.

Uwagi ogólne

Prawidłowo skonstruowany program leczenia uzdrowiskowego uwzględni wszystkie czynniki, wpływające na jakość życia seniora i wytycza konkretne cele.

Stosowane metody lecznicze mają na celu poprawę ogólnego samopoczucia, zachowanie niezależnego trybu życia, zmniejszenie ryzyka

³³ Ponikowska I., Ferson D.: „Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa”. MEDI Warszawa 2009, s.212.

zachorowania na niektóre choroby i łagodzenie ich przebiegu, działanie przeciwbólowe oraz minimalizację skutków niepełnosprawności.

Pacjent geriatryczny wymaga zindywidualizowanego podejścia oraz terapii długofalowej, kompleksowej z elementami profilaktyki.

BIBLIOGRAFIA

Celejowa I, Klucz do zdrowego żywienia. „W nowym stuleciu żyjemy długo i zdrowo”. WSP. Łódź 2001

Demczyszak I.: „Fizjoterapia w chorobach układu sercowo-naczyniowego”. WM Górnicki Wrocław 2009

Długosz Z., J. Kurek, „Starzenie się ludności w Polsce na tle regionów Unii Europejskiej. „Polityka Społeczna”, 2011,

Gabrowska E., M. Spodaryk, „Zasady żywienia osób w starszym wieku”. Gerontologia Polska. Praca pogładowa, tom 14, nr 2,

Grodzicki J., T. Kocemba, J. Skalska (red.) „Geriatryka z elementami gerontologii ogólnej”, Gdańsk 2007

Hasik J. J. Gawęcki, „Żywność człowieka zdrowego i chorego”. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2000, tom 2

Jajor J., S. Nonn-Wasztan, E. Rostkowska, W. Samborki.; „Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych”, Nowiny Lekarskie 2013, 82, 1, 89-96

Kiwerski J. „Rehabilitacja medyczna” PZWL 2007

Krupa W. A.: „Rehabilitacja kardiologiczna w uzdrowiskach polskich.” Otwórz oczy-zobacz polskie uzdrowi-

ska, „Krynica –Zdrój 2007,

Krupa W.A. „Metody stosowane w leczeniu uzdrowiskowym na podstawie Sopotu, Perspektywy rozwoju uzdrowisk polskiego wybrzeża Bałtyku, WSTiH Gdańsk 2001,

Krupa W.A., Wybrane elementy medycyny uzdrowiskowej,” Turystyka uzdrowiskowa, pod red. M. Boruszczak, WSTiH Gdańsk 2010,

Kuncewicz E., E. Gajewska, „Istotne problemy rehabilitacji geriatrycznej.” Geriatria Polska 2006;

Kwolek A., „Rehabilitacja medyczna”. Urban & Partner Wrocław 2007

Orzechowska G., „Aktualne problemy gerontologii społecznej”. WSP, Olsztyn 1999.

Ponikowska I. Ferson D. „Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa” MEDI Warszawa 2009

Ponikowska I.: „Medycyna uzdrowiskowa w zarysie”. Watext. Warszawa 1995,

Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Program ONZ ds. Rozwoju. UNIC, Warszawa 1999.

Rydz E., U. Wirkus, „Współczesne przemiany demograficzne – osadnicze na obszarach wiejskich na przykładzie gminy Lipnica, „[w:] Słupskie prace geograficzne nr 2, PAP, Słupsk 2005,

Skalska A., T. Grodzicki, „Zmiany naczyniowe związane ze starzeniem się a zagrożenie niepełnosprawnością- możliwości prewencji, leczenia i rehabilitacji”. Tom 1. RehabMeda 2001

Straburzuńska-Lupa A., Straburzyński G.: „Fizjoterapia z elementami klinicznymi” PZWL Warszawa 2008

Szałtynis D., Kochańczyk T.: „Sport dla wszystkich. Aktywność fizyczna w promocji zdrowego starzenia” Warszawa TKKF 1997

Sztur – Jaworska B., „Społeczne kwestie ludzi starszych”. W: B. Rysz – Kowalczyk (red.), Studia o kwestiach społecznych, IPS, Warszawa 1991.

Wieczorkowska – Tobis K.: „Zmiany narządowe w procesie starzenia.” Artykuły poglądowe. 2008

Wieczorkowska - Tobis K. i WSP „Fizjoterapia w geriatrici” PZWL Warszawa 2011

Wieczorkowska Tobis K., „Zmiany narządowe w procesie starzenia”. Praca poglądowa. Zakład Geriatrii i Gerontologii, Katedra i Zakład Patofizjologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2008

DR MAŁGORZATA JANUSZEWSKA

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Katedra Marketingu
i Zarządzania Gospodarką Turystyczną

JERZY SZYMAŃCZYK

Prezes Zarządu Stowarzyszenia Unia Uzdrawisk Polskich
Prezes Zarządu Uzdrawiska Wieniec sp. z o.o.

**ZEWNĘTRZNE UWARUNKOWA-
NIA DZIAŁALNOŚCI PRZED-
SIĘBIORSTW UZDROWISKO-
WYCH. UZDROWISKO WIENIEC
- NOWA JAKOŚĆ LECZNICTWA
UZDROWISKOWEGO.**

ZEWNĘTRZNE UWARUNKOWANIA DZIAŁALNOŚCI PRZEDSIĘBIORSTW UZDROWISKOWYCH. UZDROWISKO WIENIEC - NOWA JAKOŚĆ LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO.

dr Małgorzata Januszewska, Jerzy Szymańczyk

ZEWNĘTRZNE UWARUNKOWANIA DZIAŁALNOŚCI PRZEDSIĘBIORSTW UZDROWISKOWYCH

Wstęp

Obserwacja funkcjonowania przedsiębiorstw uzdrowiskowych wskazuje, że w realizacji większości inicjatyw gospodarczych następują różnorodne, zarówno pozytywne, jak i negatywne zmiany. Złożoność otoczenia (złożoność sytuacji) powoduje konieczność myślenia upraszczającego, a zwiększająca się niepewność decyzji menedżerskich, których głównymi źródłami są: brak lub niekompletność wiedzy o obiektywnie istniejących rzeczach, świadomość własnych ograniczeń decydenta, presja czasu, niejasność sytuacji, powoduje konieczność uwzględniania tych ograniczeń w funkcjonowaniu na rynku.

Celem artykułu jest zidentyfikowanie głównych czynników otoczenia zewnętrznego i określenie ich wpływu na funkcjonowanie przedsiębiorstw uzdrowiskowych.

1. Istota zewnętrznego otoczenia przedsiębiorstwa

Otoczeniem przedsiębiorstwa jest to wszystko, co znajduje się poza firmą i może wywierać na nią wpływ (wykorzystując wejścia informacyjne i zasileniowe). Na otoczenie składają się zjawiska i procesy zachodzące na zewnątrz i wewnątrz przedsiębiorstwa.

Otoczenie przedsiębiorstwa można podzielić:

- wg kryterium wpływu na przedsiębiorstwo - na otoczenie ogólne i otoczenie celowe,

- wg kryterium zmienności - na otoczenie stałe, zmienne i burzliwe,
- wg kryterium skali wpływu - na otoczenie lokalne, regionalne, krajowe i międzynarodowe.

Na podstawie obserwacji i wielu badań przeprowadzonych na grupie przedsiębiorstw uzdrowiskowych przez Katedrę Marketingu i Zarządzania Gospodarką Turystyczną Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, wybrano do analizy czynniki otoczenia ogólnego, zmiennego, krajowego i międzynarodowego. Oczywiście ich pełna charakterystyka przekracza ramy niniejszego opracowania.

2. Wybrane determinanty otoczenia ogólnego (krajowego i międzynarodowego) przedsiębiorstw uzdrowiskowych.

W otoczeniu międzynarodowym za megazmianę uznaje się transformację. Najczęściej mówi się o transformacji w wąskim ujęciu, jako o zmianie reguł postępowania pod wpływem przekształceń systemowo-własnościowych. W związku z transformacją pojawiają się: procesy restrukturyzacji przedsiębiorstw i przekształcenia gospodarcze w poszczególnych krajach. W literaturze spotyka się także szerokie ujęcie procesów transformacyjnych, które obejmują globalizację, integrację i przekształcenia systemowe (transformacja ustrojowa i gospodarcza). Do opisu otoczenia przedsiębiorstw uzdrowiskowych przyjęto szerokie ujęcie transformacji.

Transformacja ustrojowa polega na wprowadzeniu nowego porządku prawnopolitycznego w postaci

systemu demokracji parlamentarnej. Charakterystyczną cechą procesu transformacji jest głębokość zmian ustrojowych, która doprowadziła do dychotomii czyli niespójności instytucji odziedziczonych ze „starego” systemu i równoczesnego funkcjonowania instytucji „nowego” układu. Transformacja gospodarcza w Polsce jest przedsięwzięciem kompleksowym, dotyczącym wielu aspektów systemu ekonomicznego. Można w niej wyróżnić: stabilizację i kontrolę makroekonomiczną, liberalizację gospodarczą, demonopolizację, deregulację związaną z prywatyzacją, decentralizację państwa (odrodzenie samorządu terytorialnego, samorządu gospodarczego i zawodowego) połączoną ze zmianą systemu instytucji gospodarczych, a także reformę rynków i reformę przedsiębiorstw.

Proces transformacji w turystyce zależał od charakteru i przebiegu przekształceń ustrojowych, czyli kształtu zmian w gospodarce, systemie politycznym i strukturze społecznej w Polsce. W przebiegu transformacji od gospodarki centralnie planowanej do rynkowej zauważa się ogromny i nieodwracalny postęp. W turystyce stworzono przesłanki konkurencji rynkowej, nastąpiła zmiana charakteru stosunków negocjacyjnych między dostawcami i odbiorcami. Rynek sprzedawcy zastąpiony został rynkiem nabywcy. Turystyka krajowa i zagraniczna zostały zliberalizowane, zmieniła się rola państwa wobec turystyki. Dynamicznie rozwija się prywatna przedsiębiorczość, powstały aktywne rynki finansowe, które oferują dla pod-

miotów turystycznych nowoczesne instrumenty finansowe, na giełdzie papierów wartościowych notowane są przedsiębiorstwa turystyczne.

Turystyka stała się dziedziną, w której najszybciej zadziałały mechanizmy i prawa rynku. Działalność uzdrowiskowa jako segment rynku turystycznego, charakteryzowała się wolniejszym tempem zmian w ramach transformacji systemowej. Zakłócenia w ich przebiegu wiązały się ze strukturą i charakterem świadczonych usług uzdrowiskowych oraz dużym wpływem sektora zdrowia na działalność uzdrowiskową. Zachodzące pod koniec XX wieku zmiany systemu opieki zdrowotnej, rosnące jego koszty, oczekiwanie ze strony kuracjuszy wyższej jakości usług zdrowotnych, przyniosły nowe wyzwanie dla uzdrowisk. Istotą tych zmian było kwestionowanie roli państwa w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. W dyskusjach padały argumenty odwołujące się do podejść liberalnych i neoliberalnych, które przekształcają prawo do ochrony zdrowia w towar i upatrują w mechanizmie rynkowym rozwiązania istniejących trudności. Nie zaobserwowano, jak to miało miejsce wśród innych przedsiębiorstw turystycznych, aktywności w tworzeniu nowych podmiotów uzdrowiskowych. Stąd dla funkcjonowania rynku uzdrowiskowego tak istotny stał się proces prywatyzacji państwowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych.

Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe dopiero w ostatnich latach stały się podmiotami gry rynkowej, co wpłynęło na ich konkurencyjność. Jednak kuracjusze

przyzwyczajeni do bezpłatnych usług z trudem akceptują zmiany polegające na coraz większym udziale prywatnych środków w finansowaniu świadczeń uzdrowiskowych. Może to przyczynić się do zmian w popycie na te usługi.

Proces transformacji systemowej w Polsce nie został zakończony. Budowanie instytucji gospodarki rynkowej i społeczeństwa obywatelskiego nadal trwa. Polska turystyka wciąż boryka się z problemem nie w pełni ukształtowanych instytucji gospodarki rynkowej, brakiem wystarczającego kapitału potrzebnego na rozwój i inwestycje, niską jakością infrastruktury turystycznej, komunikacyjnej, informatycznej i telekomunikacyjnej, a także towarzyszącej, niskim stopniem implementacji nowoczesnych metod i technik zarządzania.

Proces transformacji (także w turystyce) do końca XX w. opierał się na trzech głównych filarach: stabilizacji, liberalizacji i prywatyzacji. Transformacja (obecnie i w przyszłości) w turystyce powinna opierać się na triadzie: postęp techniczno-organizacyjny, konkurencja i współpraca.

Globalizacja nie jest procesem jednolitym i spójnym, odznacza się bowiem wielowymiarowością i złożonością. Uruchomiła ona nowe, silne mechanizmy, które mają pozytywne i negatywne skutki, z jednej strony wyrównują warunki a z drugiej różnicują sytuację na rynkach wewnętrznych, jak i międzynarodowym. Globalizacja kreuje wolnorynkowy mechanizm swobodnej alokacji czynników produkcji (wolny przepływ kapitałów prowadzi do wzrostu efektywności kapitału), co skutkuje wyrównywaniem się

cen, a w konsekwencji równymi szansami na dochody. Jednak mikroekonomiczne mechanizmy konkurencji powodują ograniczenie zatrudnienia, duże dysproporcje w dochodach i wykluczenia społeczne na bardzo dużą skalę. Powyższe zjawiska coraz bardziej zagrażają stabilności popytu. Sytuacja się komplikuje z powodu braku instytucji państwa globalnego, które zastąpiłyby słabnące państwa narodowe.

Globalizacja i turystyka jako zjawiska społeczno-gospodarcze są ściśle ze sobą powiązane. Turystyka międzynarodowa stała się potężnym narzędziem globalizacji. Można powiedzieć, że dzięki podróżom, wyjazdom zagranicznym, wymianie międzynarodowej proces globalizacji trwa już od czasów, kiedy człowiek zaczął przekraczać granice państw, odwiedzać inne kraje, stykać się z innymi kulturami. Z drugiej strony obserwowany proces w kulturze, polityce, a także innych dziedzinach gospodarki (np. transporcie, wymianie handlowej) wpływa na przekształcenia o charakterze globalnym w turystyce. W turystyce uzdrowskiej obserwujemy wszystkie przejawy globalizacji tj. globalizację konsumpcji (przenikanie wzorców konsumpcji), popytu (tworzenie popytu na produkty wcześniej kojarzone z innymi krajami, polaryzacja upodobań), produkcji (sieć powiązań, specjalizacja, standaryzacja) i sektora (związana z internacjonalizacją przedsiębiorstw i wzrostem znaczenia strategii marketingowych na rynku międzynarodowym).

Charakterystyczną cechą współczesnej gospodarki światowej są po-

stępujące i pogłębiające się procesy integracji międzynarodowej (regionalnej). Przebiegają one w większości krajów i regionów świata bez względu na poziom rozwoju gospodarczego, zamożność społeczeństwa, ich udział w międzynarodowym podziale pracy, kulturę, historię i tradycję. Istota integracji regionalnej wyraża się w dążeniach do scalania odrębnych dotąd gospodarek narodowych, ich struktur, systemów i mechanizmów funkcjonowania w jeden większy, wspólny organizm. Tłem dla procesów integracji regionalnej jest globalizacja, która pogłębiania międzynarodową integrację we wszystkich możliwych dziedzinach. W tym ujęciu jej skutkiem jest znikanie znaczenia granic państwowych jako barier izolujących od siebie społeczeństwa, co powoduje, że procesy rozwoju cywilizacyjnego stają się coraz bardziej współzależne.

Kierunki rozwoju sektora turystyki, w tym uzdrowskiej nie są przedmiotem wspólnej polityki UE, ale ważne aspekty jego funkcjonowania wynikające z: zasad działania rynku wewnętrznego, ochrony środowiska, ochrony zdrowia, polityki konkurencji, ochrony konsumenta, polityki wobec małych i średnich przedsiębiorstw, polityki regionalnej, są przedmiotem wspólnotowych uregulowań. W odniesieniu do turystyki uzdrowskiej, na poziomie UE są podejmowane działania także w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej, wymiany informacji między państwami członkowskimi, ujednociania statystyki, promowania dobrych praktyk, ochrony turystów i prowadzenia badań.

Należy zwrócić uwagę, że w polityce UE przywiązuje się szczególną uwagę do zrównoważonego rozwoju. Znalezienie właściwej równowagi pomiędzy swobodnym rozwojem turystyki, a ochroną środowiska naturalnego z jednej strony oraz rozwojem konkurencyjnej działalności gospodarczej z drugiej strony może okazać się poważnym wyzwaniem. Stąd nadrzędnym wyzwaniem dla podmiotów uzdrowiskowych jest zachowanie konkurencyjności przy jednoczesnym uwzględnieniu zasad zrównoważonego rozwoju.

Można uznać, że rynki usług turystyczno-uzdrowiskowych są zintegrowane dopiero wówczas, gdy:

- konsumenci mogą swobodnie przemieszczać się do innego kraju i tam korzystać z oferty turystycznej,
- następuje koordynacja polityki na rzecz rozwoju turystyki,

- osoby świadczące usługi turystyczne mogą bez przeszkód oferować i sprzedawać usługi na obszarze UE,
- istnieje liberalizacja prawa przepływu usług turystycznych i środków finansowych za ich realizację między krajami wspólnego rynku,
- dostawcy usług turystycznych mogą swobodnie ustanawiać stałe oddziały w kraju importera w celu wytwarzania i sprzedaży usług na miejscu,
- rozliczenia w obrocie usług turystycznych następuje we wspólnej walucie.

Dla sektora turystycznego swoboda przepływu usług jest szczególnie istotna. Unijne usługi stanowią tylko 20% handlu europejskiego, mimo że sektor usług stanowi przeciętnie 70% działalności w każdym kraju członkowskim.

Tabela 1. Uwarunkowania otoczenia ogólnego i zmiennego funkcjonowania przedsiębiorstw uzdrowiskowych

Wynikające z otoczenia międzynarodowego	Wynikające z otoczenia krajowego
<ul style="list-style-type: none"> • procesy koncentracji kapitału oraz integracyjne przedsiębiorstw • wzrost znaczenia korporacji międzynarodowych • wzrost konkurencji na rynku globalnym • przepływy bezpośrednich inwestycji zagranicznych • szybki postęp technologiczny • gospodarowanie oparte na wiedzy, prowadzące do wzrostu znaczenia prac B + R i innowacji • napływ turystów zdrowotnych z granicy ograniczający dostępność i jakość usług uzdrowiskowych dla rezydentów. 	<ul style="list-style-type: none"> • niestabilność norm i regulacji prawno-administracyjnych • otwarcie rynku krajowego na napływ przedsiębiorstw zagranicznych, towaru i kapitału • wzrost znaczenia polityki w zakresie turystyki i ochrony zdrowia, • wzrost znaczenia nauki i wdrażania innowacji, • braki w infrastrukturze, • niestabilność sceny politycznej • rosnące znaczenie strategii restrukturyzacji sektora ochrony zdrowia.

Źródło: opracowanie własne

Podsumowując, można stwierdzić, że megazmiany zasadniczo determinują funkcjonowanie przedsiębiorstw uzdrowskich i przyczyniają się do przemian wewnętrznych głównie w zakresie oferty, polityki personalnej, zarządzania marketingowego, zarządzania kosztami. Kardynalne uwarunkowania przedstawiono w tab. 1.

3. Wybrane determinanty otoczenia sektorowego

Popyt turystyczny jest bardzo podatny na zewnętrzne zmiany zachodzące w otoczeniu w przeciwieństwie do podaży, która w krótkim okresie jest względnie stała. Fakt, że w dobie obecnej globalizacji turbulencje otoczenia stale wzrasta, dodatkowo potęguje ryzyko gwałtownych zmian w popycie turystycznym, a w rezultacie wymusza także konieczność dostosowania się do nich podaży turystycznej. Podmioty gospodarcze w dużej mierze nie tylko nie są w stanie kontrolować tych zmian, ale też często nie mogą ich przewidzieć czy nawet w wystarczający sposób zrozumieć. Często zatem próby działania w pojedynkę są skazane na niepowodzenie. Dlatego uznaje się, że pomocna może okazać się kooperacja. Organizacje powinny odrzucić niezależne strategie działania przyjęte dla osiągnięcia indywidualnych celów i starać się dostrzegać powiązania własnej działalności z działaniami innych podmiotów. Powinny zatem postrzegać region turystyczny (uzdrowisko lub grupę uzdrowisk) w kategoriach systemowych. Turbulencje otoczenia, przy jednoczesnej wysokiej elastyczności popytu turystycznego, może stanowić ważną stymulantę rozwoju różnorodnych form kooperacji.

Przykładem takiego działania jest Polska Grupa Uzdrowisk, zrzeszająca cztery przedsiębiorstwa (trzy z Dolnego Śląska – Uzdrowisko Cieplice Sp. z o.o., Świeradów-Czerniawa Sp. z o.o., Uzdrowiska Kłodzkie S.A. i jedno zachodniopomorskie Połczyn S.A.).

Kolejnymi czynnikami mogącyymi wpływać na rozwój podmiotów uzdrowskich są rosnące oczekiwania turystów i wzrastająca różnorodność motywów podróżowania. Współcześnie, dzięki większej świadomości turystów, znaczenie zyskuje turystyka indywidualna – turyści coraz częściej sami przygotowują ofertę wyjazdu. Dzięki dostępności on-line do oferty regionów położonych nawet w najdalszym końcu świata mogą oni uzyskać informacje o standardzie, jakości usług, które porównują z innymi dostępnymi ofertami. Coraz wyraźniej odczuwają ponadto brak czasu wolnego, który jako dobro rzadkie zyskuje wyższą cenę. Dlatego motyw podróżowania szybko się zmieniają, a turyści poszukują coraz bardziej wyszukanych i zróżnicowanych ofert zapewniających nowe doznania. W związku z tym podmioty tworzące podaż turystyczną, w tym przedsiębiorstwa uzdrowskie, muszą sprostać tym oczekiwaniom, oferując produkt odpowiadający potrzebom turystów dojrzałych, świadomych, niezależnych i bardziej wymagających. W sytuacji ograniczonych zasobów indywidualnych sektora prywatnego, a także globalnych tendencji ograniczania wydatków sektora publicznego, staje się to coraz większym wyzwaniem.

Istotnym problemem turystyki uzdrowiskowej jest jej definicyjne. Brak jednoznacznego określenia jej istoty wpływa na zamieszanie w sprzedaży oferty uzdrowisk, barierę w badaniach nad ich funkcjonowaniem, problemy prowadzenia polityki turystyki zdrowotnej. Istotę turystyki uzdrowiskowej należy interpretować poprzez cechy charakterystyczne i motywacje osób podróżujących, zaś w mniejszym stopniu poprzez miejsca docelowe do których turyści zdążają. Definiowanie turystyki uzdrowiskowej powinno uwzględniać zmiany w czasie np. większy nacisk na unikatowość oferty i lokalną tradycję, a także rozwój produktu o elementy medycyny i wellness.

Do tej pory zwykle się oddzielać turystykę uzdrowiskową jako odrębny typ turystyki zdrowotnej. Jednak lata dwutysięczne rozszerzyły typową ofertę uzdrowisk i nie ma uzasadnienia do stosowania takiej typologii.

Raczej należy mówić o dwóch rodzajach turystyki zdrowotnej, turystyce medycznej i turystyce wellness wyodrębnionych z punktu widzenia celu podróży - zdrowia. Jest ono widziane jako kontinuum (rys.1), gdzie na jednym końcu znajduje się reaktywne podejście do zdrowia (organizm człowieka odpowiada na zastosowany w procesie leczenia bodziec), a na drugim końcu podejście proaktywne (postawa, w której człowiek jest sam odpowiedzialny za zdrowie). Podejście medyczne (reaktywne) charakteryzuje się leczeniem istniejących chorób, stosowaniem terapii, poprawianiem np. niedoskonałości urody. Podejście proaktywne koncentruje się na poprawie jakości życia. Oznacza posiadanie umiejętności zauważania nadarzających się sposobności, poszukiwania nowych alternatyw i rozwiązań oraz korzystania z nich.

Na podstawie kontinuum zdrowia, sformułowanego przez J. Travi-



Rys. 1. Kontinuum zdrowia

Źródło: S. E. Fair Wellness and Physical Therapy. Jones & Bartlett Publishers. p. 9

s'a, można zaproponować turystykę reaktywną (turystykę medyczną), w ramach której turyści korzystają z usług leczniczych i turystykę proaktywną (turystykę wellness) oferującą usługi edukacyjne, wypoczynkowe, relaksacyjne i zdrowotne. Oferta podmiotów uzdrowiskowych jest współcześnie bardzo zróżnicowana i można ją umieścić po stronie proaktywnej np. działalność Medical Spa Dukat w Dąbkach, Kompleks Wellness&Spa Uzdrowiska Wieniec Zdrój i po stronie reaktywnej np. Sanatorium Agat w Cieplicach Zdrój, Szpital Uzdrowski „Excelsior” w Ciechocinku.

Do innych uwarunkowań otoczenia sektorowego przedsiębiorstw uzdrowiskowych należy wyszczególnić m.in. niesprawność systemu ochrony zdrowia i systematyczne próby jego poprawiania, niesprawność mechanizmu rynkowego w ochronie zdrowia (monopolizacja po stronie płatnika, dobra publiczne, efekty zewnętrzne, asymetria informacji, pokusa nadużycia, negatywna selekcja), wysoką atrakcyjność turystyczną uzdrowisk i rosnącą konkurencję ze strony krajowych i zagranicznych podmiotów turystycznych i placówek medycznych.

4. Podsumowanie

Zamiast wniosków, w podsumowaniu zaprezentowano skutki zmian otoczenia zewnętrznego dla przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Wśród najważniejszych należy wymienić:

- Determinanty choć wywołane są różnymi przesłankami, działają wspólnie i wzajemnie potęgują skutki.
- Uwarunkowania wymuszają szerokie otwarcie, a konfrontacja z uzdrowiskami zagranicznymi (w wyniku rozwoju turystyki przyjazdowej) narzuca konieczność ciągłej poprawy konkurencyjności.
- Otoczenie powoduje zmiany w mechanizmach i sposobach rywalizacji, m.in. zwiększenie roli zasobów niematerialnych.
- Obniżanie zaangażowania państwa w uzdrowiskach podwyższa ich konkurencyjność w długim okresie.
- Działania integracyjne i globalizacja powodują wyrównywanie poziomu cen.
- Zwiększenie konkurencji i rozbijanie struktur monopolistycznych wymusza większą efektywność działania menedżerów w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych.
- Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe w dużej mierze nie tylko nie są w stanie kontrolować turbulentnego otoczenia, ale też często nie mogą jego zmian przewidzieć, czy nawet w wystarczający sposób zrozumieć.
- Próby działania w pojedynkę są skazane na niepowodzenie.
- Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe powinny odrzucić niezależne strategie działania przyjęte dla osiągnięcia indywidualnych celów i starać się dostrzegać powiązania własnej działalności z działaniami innych podmiotów.

Uzdrowisko Wieniec - nowa jakość lecznictwa uzdrowiskowego

HISTORIA

Uzdrowisko Wieniec-Zdrój położone jest na malowniczej kujawskiej ziemi wśród sosnowych żywicznych lasów na terenie gminy Brześć Kujawski 6 km od Włocławka. Historia uzdrowiska bierze swój początek w 1889 roku, kiedy to baron Leopold Julian Kronenberg, za namową swoich przyjaciół z kręgu ludzi nauki ze środowiska geologicznego, uzyskał koncesję na poszukiwanie pokładów minerałów na gruntach swojego majątku w Wieńcu i okolicznych lasach. Historyczną datą wykorzystania na ogromną skalę walerów leczniczych Wienieckiej ziemi był 4 maja 1922 roku, kiedy to mjr rezerwy Stanisław Smolka wraz z kilkoma osobami zwrócili się do dyrekcji lasów państwowych z prośbą o wydzierżawienie 7 ha lasów państwowych. Przystąpiono wówczas do wiercenia odwiertu (1-E), z którego wytrysnęła samo wypływem z głębokości 114,8 m na wysokość 6 m ponad powierzchnię terenu, woda o wydajności 6 metrów sześciennych na godzinę. Z inicjatywy mjr rezerwy Stanisława Smolki, po analizie chemicznej wody wykonanej przez Państwowy Instytut Farmaceutyczny a także w związku z odkryciem bogatych złóż borowiny, zawiązano formalnie spółkę p.n. Zdrojowisko Siarczane Wieniec. W skład spółki z o.o. weszli: Stanisław Smolka, ks. prałat Stanisław Pruski, Witold Piasecki, Antoni Olszakowski, Stefan Narębski, Jerzy Bojańczyk, Bolesław Kaczorowski i wielu innych

uczniów. Formalnie zawiązano spółkę 19 kwietnia 1923 r. w kancelarii notarialnej we Włocławku. W okresie międzywojennym w latach 1923-1939 następowała rozbudowa uzdrowiska. Do Wieńca-Zdroju zjeżdżali się w tym czasie kuracjusze z Włocławka i Warszawy. Po wybuchu II wojny światowej nastąpił szybki i dynamiczny rozwój uzdrowiska. W okresie II wojny światowej w Wieńcu leczono rannych niemieckich żołnierzy frontowych. Po wojnie w Wieńcu-Zdroju ustanowiono Państwowe Przedsiębiorstwo Uzdrowisko Wieniec-Zdrój i wybudowano prewentorium dla dzieci. U uruchomiona została sanatoryjna szkoła dla dzieci. Od 1972 roku ponownie uruchomione zostało sanatoryjne leczenie dorosłych. W dniu 30 listopada 2010 roku udziały spółki Uzdrowisko Wieniec sprzedano prywatnemu inwestorowi – Krzysztofowi Grządzielowi, co otworzyło kolejny nowy rozdział rozwoju zdrojowiska Wieniec.

DAWNA BAZA UZDROWISKA

Do połowy 2015 roku potencjał łóżkowy Uzdrowiska wynosił 350 miejsc a zatrudnienie nie przekraczało 100 osób. Baza Uzdrowiska była niedoinwestowana. Uzdrowisko Wieniec-Zdrój było jednym z najmniejszych podmiotów w branży uzdrowiskowej.

INWESTYCJA – ZMIENIAJ SIĘ ALBO GIŃ

Od 2011 roku na terenie uzdrowiska w Wieńcu-Zdroju powstawał pawilon, w którym obecnie znajduje się niemal 900 łóżek, 500 pokoi jed-

no i dwuosobowych wyposażonych we własną łazienkę. Budowa nowego budynku hotelowego to nie wszystko, bo remontowane są także pozostałe obiekty. Wszystkie są ze sobą połączone podziemnymi przejściami, które mają ułatwić poruszanie się po budynkach, zwłaszcza przy trudnych warunkach atmosferycznych. Takie połączenie jest unikatowym rozwiązaniem w skali kraju jak i Europy. Pod nadzorem konserwatora został wycięty chory drzewostan i samosiejki w parku, w którym powstały nowe alejki z kostki granitowej. Naprawiona również została sieć oświetleniowa, dzięki czemu można bezpiecznie spacerować tu po zmroku. Po modernizacji baza łóżkowa wynosić będzie 1200 miejsc. Dodatkowo stworzono 200 nowych miejsc pracy. Uzdrowisko Wieniec-Zdrój staje się jednym z największych podmiotów uzdrowskich w kraju.

UZDROWISKO

Na terenie uzdrowiska znajdują się 2 szpitale, 5 sanatoriów, przychodnia uzdrowska z 3 poradniami, zakład przyrodoleczniczy z pijalnią wody, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy oraz nowy Pensjonat Medical SPA na 900 miejsc, mini Aquapark o powierzchni 350 m² z miejscami do zmagania sportowych, rwącą rzeką, z tak zwanym grzybkiem i biczami wodnymi, 8 jacuzzi, w tym jedno z miejscową solanką i trzy z różnymi temperaturami wód. Ponadto pensjonat posiada kilka saun, komorę śniegową, bilard, kręgielnię, miejsce do tenisa stołowego, salę do aerobiku i fitness oraz salę restauracyjno – dancingową. Obiekty

sanatoryjno – wypoczynkowe usytuowane są w kompleksie leśnym gdzie panuje łagodny leczniczy klimat nizinny śródleśny. Wieniec-Zdrój charakteryzuje się dużym nasłonecznieniem. Zaletą klimatu tej miejscowości jest duża zawartość w powietrzu fitocydów tj. olejków eterycznych z drzew i krzewów szpilkowych.

LECZNICTWO – KIERUNKI LECZENIA

Uzdrowisko Wieniec-Zdrój, jako jedyne w kraju, od blisko 100 lat, w procesie leczenia wykorzystuje łącznie naturalne surowce wód leczniczych siarkowych i mineralnych z unikalną zawartością selenu oraz borowiny pochodzącej z własnych złóż. Korzystając z tych wyjątkowych zasobów naturalnych surowców leczniczych oraz walorów mikroklimatu Uzdrowisko specjalizuje się w leczeniu schorzeń:

- układu narządu ruchu: reumatologiczne, ortopedyczno - urazowe, osteoporoza,
- układu krążenia: stany po przebytym zawale, nadciśnienie tętnicze,
- układu oddechowego: dolnych dróg oddechowych,
- układu nerwowego, psychosomatyki,
- chorób przemiany materii, cukrzycy, otyłości, miażdżycy.

Uzdrowisko Wieniec-Zdrój świadczy szeroki wachlarz zabiegów z zakresu: hydroterapii, peloidoterapii, aerorozoloterapii, kriolecznictwa, elektro i magnetoterapii, światłolecznictwa, masaży, kinezyterapii, krenoterapii, rehabilitacji w basenie uzdrowskim.

Organizowane są pobyty prywatne i z dofinansowaniem z ZUS, NFZ, PFRON.

Profesjonalny i życzliwy zespół medyczny wykonuje ponad 70 różnych zabiegów balneologicznych, kinezyterapeutycznych i fizykoterapeutycznych. Bogate zasoby naturalnej wody leczniczej oraz złoża borowiny określają profil leczniczy Wieńca-Zdroju. Unikatowe wody lecznicze zawierają związki siarki i stosowane są głównie do kąpeli, w trakcie których siarka przenika przez skórę wywierając działanie miejscowe i ogólne.

Leczenie uzdrowskowe jest wspomagane przez edukację zdrowotną. Dzięki niej kuracjusze dowiadują się jak podtrzymać efekty oddziaływań leczniczych również po zakończeniu pobytu w uzdrowisku.

Kuracji w Wieńcu-Zdroju towarzyszą również: Naturalna woda mineralna „Selenka” Wieniec-Zdrój o niezwykłych właściwościach, bogata w selen, magnez, wapń i potas, stanowi konieczne uzupełnienie minerałów codziennego życia każdego człowieka oraz Woda lecznicza ze źródła 3E – stosowana do kuracji pitnych w schorzeniach przewodu pokarmowego, zaburzeniach przemiany materii.

NATURALNE BOGACTWA UZDROWISKA

„Selenka” – naturalna woda mineralna – zawiera selen pierwiastek życia.

Woda lecznicza – siarczanowo-chlorkowo-wapniowo-sodowo-fluorkowo-siarczkowa.

Borowina – wydobywana z własnych złóż.

SPECJALIZACJA

Medycyna Anti-Aging (przeciwstarzeniowa)

Zjawisko kultury popularnej społeczeństwa zorientowanego na młodość, w którym jednostki angażują się w poszukiwanie środków do zwalniania i odwracania procesu starzenia się, zarazem forma nowoczesnej geriatry skierowanej „przeciw starzeniu się” (ang. anti-aging). Zajmuje się wczesnym wykrywaniem, profilaktyką i leczeniem różnych dolegliwości związanych z wiekiem i starzeniem się organizmu. Lekarz po przeanalizowaniu wyników badań, określa wiek biologiczny pacjenta, który może różnić się znacznie od jego wieku kalendarzowego. Ocenia również, co spowodowało przedwczesne zestarzenie się organizmu, a następnie zaleca odpowiednie do stanu pacjenta zmiany w dotychczasowym stylu życia, takie jak np. wprowadzenie diety o większej ilości owoców i warzyw.

Turnusy leczenia otyłości – BODY FIT

Aby pomóc w walce z otyłością, specjalistyczna kadra medyczna kompleksowo określa plan leczenia. Pod okiem wykwalifikowanego personelu zapewniona jest opieka medyczna, w tym m.in. współpraca psychologa i dietetyka, ustalony zostaje także optymalny plan treningu fizycznego. Dzięki nowoczesnym technologiom diagnostycznym przygotowana jest indywidualna analiza składu ciała, dokonywany jest pomiar m. in. zawartości wody, tłuszczu i stopnia otyłości. Powyższe badanie w ujęciu kompleksowym pozwala monitorować proces

leczenia, jak również podejmować działania mające na celu bezpieczną realizację programu leczenia. W uzdrowisku Wieniec-Zdrój udzielane są zabiegi wspomagające odchudzanie: masaże, drenaż limfatyczny, kąpiele. Prowadzone są zajęcia edukacyjne i uświadamiające jak skutecznie gimnastykować się, wykorzystywać każdą chwilę na aktywny wypoczynek.

Turnusy rehabilitacji ortopedycznej

Rehabilitacja ortopedyczna to proces, który wykorzystując wieloletnie doświadczenie specjalistów Uzdrowiska Wieniec-Zdrój, pozwala na osiągnięcie zamierzonych efektów. Troszcząc się o gości, kuracjuszy i pacjentów wykwalifikowani rehabilitanci w sposób kompleksowy zajmują się schorzeniem i pomagają w osiągnięciu możliwie najlepszej zdolności pozwalającej na funkcjonowanie w życiu codziennym.

Uzdrowisko Wieniec-Zdrój specjalizuje się w rehabilitacji po protezoplastyce, urazach i operacjach, w schorzeniach narządu ruchu oraz rehabilitacji po urazach kręgosłupa i kontuzjach sportowych.

Z roku na rok oferta Uzdrowiska wzbogacana jest nie tylko o nowe profile świadczonych usług rehabilitacyjnych i zdrowotnych ale także o działalność rekreacyjną SPA & Wellness oraz wypoczynkowo - hotelową.

Kuracjusze i miłośnicy zdrowego trybu życia mogą już korzystać z nowo wybudowanego Pensjonatu Jutrzenka Medical SPA, który jest jednym z najbardziej luksusowych obiektów uzdrowskowo-sanatoryjnych w Polsce.

PENSJONAT JUTRZENKA

Medical SPA – jeden z najbardziej luksusowych pensjonatów uzdrowskowo-sanatoryjnych w Polsce.

Wnętrze pensjonatu to połączenie stylowej elegancji i przestrzeni z najwyższą dbałością o detale. Pensjonat poszerzył ofertę Uzdrowiska o działalność rekreacyjną SPA & Wellness oraz wypoczynkowo - hotelową. Dysponuje 500 komfortowo i wygodnie urządzonymi pokojami typu Komfort i LUX – 1 i 2 -osobowymi, pokojami rodzinnymi, apartamentami oraz pokojami dla osób niepełnosprawnych.

JUTRZENKA MEDICAL SPA to nowo wybudowany obiekt, bez barier architektonicznych z komfortową jadalnią, gabinetami lekarskimi oraz własną bazą zabiegową: gabinetami fizykoterapii, kinezyterapii, masażu leczniczego, salą fitness oraz salą do prowadzenia zajęć edukacji zdrowotnej. Pensjonat połączony jest podziemnym tunelem komunikacyjnym z Sanatorium Hutnik oraz Zakładem Przyrodolecznictwem, w którym znajduje się basen rehabilitacyjny i baza zabiegowa oferująca szeroki wachlarz zabiegów balneologicznych.

Relaks w Strefie SPA & Wellness:

Aquapark (basen rekreacyjny z podwodną muzyką, rwąca rzeka, ławeczki z hydromasażem, gejzery, grzybek wodny, 8 jacuzzi).

Strefa Saun z łaźnią parową, sauną fińską, kabiną infrared, caldarium i sanatorium, ścieżką Kneippa, kubłem lodowatej wody, prysznicem wrażeń, grotą lodową oraz salonem wypoczynkowym z łaźnią solankową.

6 nastrojowych gabinetów SPA, salon masażu tajskiego, salon kosmetyczny.

W Pensjonacie Jutrzenka znajduje się: kręgielnia z bilardem, tenisem stołowym, „piłkarzykami”, siłownia, aerobik i sala fitness. Ponadto do dyspozycji gości kurortu jest przestronna sala restauracyjno-taneczna i kawiarnia.

Centrum SPA

Ekskluzywne wnętrza, niepowtarzalna kameralna atmosfera, bogata oferta profesjonalnych zabiegów sprawia, iż nawet krótka wizyta zapewnia relaks i poprawia samopoczucie. Strefa SPA & Wellness to obecnie 6 gabinetów, w których można skorzystać z zabiegów luksusowej pielęgnacji twarzy i ciała na bazie kosmetyków amerykańskiej marki Repechare. Pobyt w Spa pomoże zadbać o urodę i choć na chwilę zapomnieć o troskach dnia codziennego oddając się błogiej relaksacji. W trosce o komfort i satysfakcję klientów wszystkie gabinety wyposażone są w nowoczesny sprzęt

najwyższej jakości. W ofercie Uzdrowska znajduje się również masaż tajski wykonywany przez dyplomowane masażystki pochodzące z Tajlandii.

KONFERENCJE I ROZRYWKA

Pensjonat Jutrzenka Medical SPA to miejsce idealne zarówno na zjazdy, sympozja, szkolenia, konferencje jak i na biznesowe spotkania w kameralnej atmosferze luksusowego hotelu.

O wyjątkowości obiektu świadczą m.in. doskonałe położenie w centralnej Polsce, w odległości 10 km od autostrady A1, możliwość przyjęcia grupy liczącej nawet 400 osób oraz profesjonalnie wyposażone w nowoczesny i niezbędny sprzęt multimedialny sale konferencyjne.

Nad sprawnym przebiegiem konferencji zawsze czuwa delegowany koordynator spotkania, który swoją kompetencją i profesjonalizmem, gwarantuje końcowy sukces każdego wydarzenia.

PANEL III – TURYSTYKA

XXIV Kongres Uzdrowisk Polskich

CAMILLE HOHEB

M. S. Opieka Zdrowotna Stany Zjednoczone

WELLNESS W UZDROWISKACH

WELLNESS W UZDROWISKACH

Camille Hoheb



Wellness Tourism Worldwide

Improving Well-Being & Economic Growth Through Travel

Quick Reference Guide: Drivers to Wellness Travel



Converging Trends Contributing to Wellness Travel

Epidemic levels of stress, obesity, sleep problems and lack of balance between home and work are drivers to the surging interest in wellness. In response, wellness vacations are used to jump-start a health regimen, detox from a digital world, de-stress and learn healthier behaviors. Trends over the last several decades have led to the rise of wellness tourism including the following:

Demographic Shift

According to the World Health Organization, more people will live into their 90's and by 2050, the number of 60 year olds will double. How well we age depends on lifestyle and environment.

Epidemic Levels of Stress

Stress contributes to a variety of diseases resulting in increased medical costs, lost productivity and disruption individuals, families and businesses. Stress is also the top reason for taking a vacation, and is a prime motivation for wellness travel.

Rise of Wellness Consumerism

With a broken "sick care" medical system that focuses on the treatment of disease rather than disease prevention, more people are drawn to a healthy lifestyle and approach to holistic health. Because of this, Chinese Traditional Medicine, massage, meditation and yoga are on the rise and are expected to increase.

Spiritual Seekers

While research shows a decrease in organized religion there's an uptick in those seeking a sense of purpose and higher meaning.

Experiences Not Things

There's a growing body of evidence that buying experiences (especially vacations), not material purchases leads to cherished moments, increased fulfillment and happy memories.

Wellness Tourism Worldwide

WTW is a leader in education, development and promotion of wellness travel. We work with companies, destinations and entrepreneurs to increase engagement and boost revenue by improving the well-being of passengers, guests and customers.

Our Mission

To improve well-being and economic growth through travel.

Our Vision

To make wellness travel accessible, fun and rewarding for as many people as possible.

Our Services

- Live Events: Keynotes, panels & conferences
- Workshops, Webinars & Training
- Customized Research & White Papers
- Networking Platform
- Exhibiting & Sponsorship Opportunities
- Advertising & Media Events
- Advisory Services

Contact Us!

Website: wellnesstourismworldwide.com

Twitter: @wtwtweets

Facebook.com/wellnesstourismworldwide.com



Wellness Tourism Worldwide

Improving Well-Being & Economic Growth Through Travel

Quick Reference Guide: Wellness Travel Consumers



Why Wellness Travel?

Wellness is a proactive lifestyle that one takes with them on the road. Wellness cuts across age, gender and culture. Because wellness means different things to different people, trip motivations and trip behavior varies with differences among age groups and genders.

Wellness Travel Demographics

Wellness travelers generally range from 30-65, mostly educated, professionals females although more solo men, couples and family trips are gaining in popularity.

About Solo Wellness Travel

With an abundance of noise, stress and over-crowding in today's urbanized world, a vacation that soothes the soul is attractive to overworked people of all ages and professions. Men and women both are motivated to take a wellness trip but for different reasons.

About Couples Wellness Travel

Couples, often worn down by every day life, choose a healthy vacation to renew themselves and their relationship. From yoga and meditation retreats to hiking and fitness getaways, to weekend workshops, there is a wide range of wellness travel experiences appealing to couples of all ages.

About Family Wellness Travel

Parents encouraging their kids to have healthy behaviors at home are going to want to continue eating well and being active while traveling. For other parents, a low stress trip that connects the family through shared activities is what makes a wellness vacation meaningful and memorable.

Wellness Tourism Worldwide

WTW is a leader in education, development and promotion of wellness travel. We work with companies, destinations and entrepreneurs to increase engagement and boost revenue by improving the well-being of passengers, guests and customers.

Our Mission

To improve well-being and economic growth through travel.

Our Vision

To make wellness travel accessible, fun and rewarding for as many people as possible.

Our Services:

- Live Events: Keynotes, panels & conferences
- Educational Workshops, Webinars & Training
- Customized Research & White Papers
- Networking Platform
- Exhibiting & Sponsorship Opportunities
- Advertising & Media Events
- Advisory Services

For more info:

www.wellnesstourismworldwide.com



Wellness Tourism Worldwide

Improving Well-Being & Economic Growth Through Travel

Quick Reference Guide: What is Wellness Travel?

What is Wellness Tourism?

Wellness travel is purpose driven travel encompassing discovery, connectivity, transformation and fulfillment through positive engagement with people, cultures and nature.

Wellness Travel Characteristics

It's not the mode or class of travel that matters but the attitude and intention of planning and immersing oneself in meaningful and memorable experiences to enhance well-being.

Transportation, Accommodation & Experiences

An excerpt from **The Guide to Selling Wellness Travel** (Hoheb, 2013) shows the wide assortment of choices in taking a wellness trip. *"Wellness tourism can be individual, family or group travel. Transportation can be by planes, trains, automobiles, motor coaches, boats or by other local methods such as buses, water taxis, caravans, camels or donkeys. Accommodations can include camping, cabins, castles, villas, farms, ranches, lodges, university dorms, bed and breakfasts, hotels, resorts, rentals and other forms of overnight accommodations. Cultural tours, visits to national parks, girlfriend getaways, intergenerational trips, veteran reunions, personal enrichment trips, stress reduction, meditation retreats and health related vacations can all impart a sense of well-being depending on individual preferences."*

Wellness Travel in the News

- [Airports, Airlines & Lodging: How Wellness Has Changed Travel](#) (4Hoteliers.com, March 2015)
- [Resolution: Renewal](#) (Delta Sky Magazine, January 2015)
- [How Family & Wellness Travel Overlap](#) (TravelAgeWest.com, December 2014)
- [The Best Vacations for Your Mind, Body & Soul](#) (Huffington Post, March 2014)
- [Top Wellness Travel Trends Forecast of 2014](#) (Meetings Focus, October 2013)
- [Establishing Yourself as a Wellness Travel Agent](#) (MultiBrief, May 2014)
- [Lack of Vacation Time Places Wellness Travel Front & Center](#)
- [Wellness Travel Considered a Necessity to Improve Health](#)



Understanding Wellness Lifestyles

Wellness means different things to different people and includes a wide range of experiences from food and adventure to enriching family travel experiences to renewal and personal empowerment. Wellness is a proactive lifestyle that includes more than fitness or nutrition and encompasses both psychological and physical health along with interaction and interdependence with others & with the environment.

About Wellness Tourism Worldwide

WTW is a leader in education, development and promotion of wellness travel. We work with companies, destinations and entrepreneurs to increase engagement and boost revenue by improving the well-being of passengers, guests and customers.

Our Deliverables:

- Live Events: Keynotes, panels & conferences
- Educational Workshops, Webinars & Training
- Customized Research & White Papers
- Networking Platform
- Exhibiting & Sponsorship Opportunities
- Advertising & Media Events
- Advisory Services

For more info: www.wellnesstourismworldwide.com

EDMUND MIKOŁAJCZAK
TADEUSZ CHĘSY

Prezes Zarządu „Solanki” Uzdrowisko Inowrocław

140- LECIE UZDROWISKA. UZDROWISKO I JEGO ZNACZENIE DLA MIASTA

140- LECIE UZDROWISKA. UZDROWISKO I JEGO ZNACZENIE DLA MIASTA

Edmund Mikołajczak , Tadeusz Chęsy

Od kiedy rozpoczęto na Kujawach terapię solankową?

Odpowiedź na to pytanie nawiązywać musi równocześnie do początków kąpieli solankowych w rejonie dzisiejszego Inowrocławia. A te mogły mieć miejsce już w starożytności, na co wskazują zachowane ślady eksploatacji solanki, którą poddawano procesowi warzenia w celu uzyskania czystej krystalicznej soli. Słynny szlak bursztynowy winien właściwie przynajmniej na odcinku kujawskim nosić nazwę bursztynowo-solnego, bowiem produkcja soli i handel tym kruszcem stanowiły tutaj równie intratne zajęcie co handel bursztynem. Prof. Józef Bednarczyk odkrył na Rąbinie ślady pochodzących z III-V wieku urządzeń spełniających funkcję współczesnych łąźni solankowych. To najstarsze znane tego typu urządzenia w Europie!

W wiekach średnich stary szlak handlowy dalej tętnił życiem. Produkcja soli stanowiła istotny czynnik aktywności gospodarczej ludzi żyjących wtedy na Kujawach. Z XI-XII wieku pochodzi warzelnia odkryta przy dzisiejszej Bazylice. Archeolodzy odślepnili ślady odstojników, w których oczyszczano słoń wodę doprowadzaną z pobliskiego źródła. Produkcja soli skończyła się w XIV wieku z nieznanym powodów. Jak pisze Czesław Sikorski, odnowienie zjednoczonego Królestwa Polskiego w 1320 roku stworzyło korzystniejsze warunki do rozwoju, a w końcu monopolu żup krakowskich.

Z odnowionego przywileju lokacyjnego nadanego inowrocławianom przez Kazimierza Jagiellończyka w 1450 roku wynika, że w mieście istniała łąźnia publiczna (*balneum civile*). Wydaje się wielce prawdopodobne

przypuszczenie, że mieszkańcy korzystali z kąpiele solankowych, gdyż studnia publiczna z wodą słodką mieściła się poza murami. Zachowała się ponadto legenda sięgająca wczesnego średniowiecza, wedle której kąpiele solankowe miały jakoby wyleczyć z niepłodności księżną Judytę, żonę Władysława Hermana i matkę Bolesława Krzywoustego. Wypada jednak zauważyć, że podobną opowieść można usłyszeć w Inowłodzu nad Pilicą, gdzie również występują źródła mineralne, a nadto stoi do dziś kościół pochodzący z fundacji książęcej. W każdym razie legenda o Judycie, nawet jeśli nie dotyczy wyłącznie Inowrocławia, daje pewien sygnał o stosowanych wtedy metodach leczniczych. Oczywiście nie możemy z całą pewnością stwierdzić, na ile dawne kąpiele w solance, jeśli w ogóle miały miejsce, wynikały z konieczności, to jest braku wody słodkiej, na ile zaś stanowiły element świadomej terapii zdrowotnej. Wiemy jednak, że balneologia znana była starożytnym, wobec tego nie można wykluczyć, że i na szlaku bursztynowym znano właściwości lecznicze soli.

Naukowe potwierdzenie walorów kąpiele solankowych zawdzięczamy dopiero badaniom XIX-wiecznym, kiedy to dowiedziono, że zwiększają one ukrwienie skóry, normalizują ciśnienie krwi, pobudzają przemianę materii. Już pod koniec XVIII wieku wielki niemiecki przyrodnik Aleksander von Humboldt wskazywał na możliwość występowania pokładów solonośnych na Kujawach, również pod Inowrocławiem. Kilkadziesiąt lat później przypuszczenia te potwier-

dził Karl von Oeynhausen, który przybył do Inowrocławia w celu zbadania wiarygodności raportów mówiących o występowaniu słonej wody w studniach. Władze pruskie przez długi czas nie wykazywały specjalnego zainteresowania poszukiwaniami soli kamiennej na Kujawach, które traktowano wyłącznie jako rejon rolniczy. Dopiero po 1868 roku zaistniały warunki polityczne i ekonomiczne, które pozwoliły na rozpoczęcie próbnych wierceń. Znacznie wcześniej rozwinął się Ciechocinek, gdyż tam już w latach 1824-1833 wzniesione zostały potężne tężnie solankowe. Nowoczesne lecznictwo z zastosowaniem solanki stało się w ten sposób faktem.

Jak doszło do powstania inowrocławskiego źródła?

Inowrocław, posiadający podobne walory co nadwiślański Ciechocinek, mógł aspirować do roli kolejnego źródła nizinnego o tym samym profilu leczniczym. Mógł poza tym liczyć na całkiem nową klientelę, jako że leżące nad Wisłą starsze uzdrowisko kujawskie służyło mieszkańcom zaboru rosyjskiego i zwane było nawet „Małą Warszawą”, natomiast Inowrocław kierował swą ofertę na całą Rzeszę Niemiecką. Tak jak Ciechocinek miał swego męża opatrzniciowego – Konstantego Leona Wolickiego, dzięki któremu tamtejsze bogactwa stały się dobrem narodowym, tak w Inowrocławiu pojawił się dr praw Zygmunt Wilkoński, którego przedsiębiorczość i determinacja miały przynieść wspa-
niałe owoce.

Po zjednoczeniu Niemiec w latach 70. XIX wieku nastąpił okres korzystnej koniunktury i w efekcie w Inowrocławiu obserwowaliśmy proces, którego cechą był równoległy rozwój wielu dziedzin życia gospodarczego, a w ślad za gospodarką również społecznego i kulturalnego. Po pierwszych udanych odwiertach, które dowiodły zalegania soli kamiennej już na głębokości nieco ponad 100 metrów, powstała kopalnia, niemal w tym samym czasie państwowa salina, tj. warzelnia soli, a nieco później pierwsza na ziemiach polskich fabryka sody w pobliskich Mątwach. Równocześnie powstał ważny węzeł kolejowy i nowe fabryki, m.in. produkujące sprzęt rolniczy, zapoczątkowano budowę infrastruktury komunalnej, błyskawicznie rozwijał się handel, usługi i rzemiosło. W ciągu ledwie ćwierćwiecza od początku wielkiego boomu liczba ludności Inowrocławia potroiła się i miasto stało się trzecim po Poznaniu i Bydgoszczy ośrodkiem Wielkiego Księstwa Poznańskiego. W ten proces zaangażowało się wielu przedsiębiorczych Kujawian, a jednym z pionierów industrializacji tych ziem był Michał Levy, wielce zasłużony, choć może nieco zapomniany, przedsiębiorca żydowski.

Sam źródło to pomysł Polaka dra Zygmunta Wilkońskiego, który równocześnie gospodarował na roli, zakładał młyn parowy, cukrownię janikowską, Bank Ludowy. Uzdrowisko stanowiło wspaniałe dopełnienie wszystkich tych przedsięwzięć. Stanowiło owoc koniunktury, ale chyba nie tylko jej. Było efektem odwagi i determinacji

Wilkońskiego. To jego wizja i koncepcja, która rodziła się pewnie w bólach, gdyż od narodzin spółki do jej sądowej rejestracji minęły aż trzy lata (1872-1875). Uzdrowisko było więc nie tylko owocem korzystnej koniunktury, ale dziełem konkretnych ludzi. Przypomnijmy w tym miejscu imiennie trzech inowrocławian, którzy założyli spółkę akcyjną „Solanki Inowrocławskie”; obok Zygmunta Wilkońskiego byli to jeszcze Oskar Triepcke i Samuel Hoeniger.

Przy urządzaniu parku wielkie zasługi położył przewodniczący Towarzystwa Upiększania Miasta Lucjan Grabski. Legendarny inowrocławski proboszcz, a potem biskup sufragan gnieźnieński ks. Antoni Laubitz, wypowiedział nad jego trumną takie oto słowa:

Śp. Lucjan był mężem opatrzniościowym. Opatrzność zesłała go nam, żeby pokazać, co my wobec ciężkich warunków w jakich żyjemy zrobić możemy, jeśli chcemy. Co jest kluczem do zrozumienia jego nadzwyczajnego żywota? Odpowiedź jest taka: obok niepowszedniego uzdolnienia – niestrudzona Praca i obowiązkowość!

Świat zmieniają właśnie wizjonerzy, ludzie potrafiący patrzeć w przyszłość. I przy tym ciężko i wytrwale pracować! To dobre przesłanie również na współczesne czasy.

W efekcie potrafiono pokonać wszelkie trudności, pozyskać sojuszników – wielu Kujawian z burmistrzem Friedrichem Neubertem na czele, po-

zyskać fundusze (wydawanie akcji), potrafiono nawet zadbać o szczególny patronat! Jednym z pierwszych obiektów był wzniesiony w 1885 roku zakład leczniczy dla dzieci skorfulicznych, tj. chorych na gruźlicę, pod wysokim patronatem niemieckiej pary książęcej (od 1888 roku cesarskiej) – Wilhelma i Wiktorii.

Zdrój na Nowym Świecie. Czy rzeczywiście w Inowrocławiu narodził się nowy świat?

Nowy Świat – tak nazywano część pół Grodzka przejętych przez ostatniego w czasach zaborów polskiego burmistrza miasta Łukasza Jastrzębskiego. Taką też nazwę nadano gospodzie kąpielowej (*Kurhaus*) zbudowanej w 1880 roku przy ulicy Pakoskiej.

Na Nowym Świecie wyrosły Solanki, które rychło stały się symbolem miasta i pod tym względem nic nie uległo zmianie aż do chwili obecnej. Samo uzdrowisko miało w swych 140-letnich dziejach różnych gospodarzy. Najpierw była to spółka akcyjna, potem własność miejska, następnie państwowa, obecnie od 2010 roku prywatna. Bez względu jednak na właściciela, zawsze traktowane było jako swego rodzaju dziedzictwo Inowrocławia i powód do dumy jego mieszkańców.

Wszystko zaczęło się od wystawienia w 1876 roku pawilonu kąpielowego (dziś siedziba dyrekcji i biura usług), potem wzniesione zostały: pawilon kąpielowy nad Stawkiem, wspomniane już – *Kurhaus* i zakład

leczniczy dla dzieci, potem kolejne obiekty. Z czasem powstały nietuzinkowe pawilony lecznicze, niebanalne wille i pensjonaty. Pijalnia wód mineralnych otrzymała architektoniczny wizerunek przypominający egipską mastabę, wzięwalnia miała kształt klasycystycznego pałacu, zakład borowinowy nawiązywał do polskiej architektury dworskiej, natomiast Sanatorium Ubezpieczalni Krajowej (dzisiaj Medical Spa) to przykład budowli modernistycznej, dzieło Mariana Pospieszalskiego. Narodziły się nie tylko Solanki, ale rychło powstała cała dzielnica zdrojowa, która połączyła uzdrowisko z centrum miasta. To był rzeczywiście Nowy Świat, do którego przybywali kuracjusze z różnych stron kraju. Osiedlali się w Inowrocławiu lekarze wszelkich specjalności, rozwijali swoje interesy hotelarze, restauratorzy i kupcy. Poszerzała się oferta kulturalna; powstał teatr, zaistniały warunki dla rozwoju szkolnictwa muzycznego. Inowrocław przyciągał ciekawych ludzi, specjalistów różnych branż.

Naturalnie, nie wszystko przebiegało gładko i bezkonfliktowo. Dla przykładu na forum Rady Miejskiej ostro walczone o charakter ulicy Solankowej. Inż. Leon Czarliński popierał ideę, by ulica ta otrzymała zabudowę wyłącznie willową, by zachowała wyjątkowy, spacerowy, wolny od zgiełku charakter. Polemizował z tym Bernhard Schwersenz, który wołał tu widzieć szeroko rozwinięty handel. Ostatecznie ulica Solankowa zachowała do pewnego stopnia własne oblicze, postawione tutaj pensjonaty prezentują urozmaicone style architektoni-

cze, w których widoczne są echa kultury europejskiej. Szczególną uwagę zwracają: tzw. pałac mieszczkański wzniesiony w stylu włoskiego neorenesansu (obecnie Muzeum im. Jana Kasprowicza), dom w stylu neogotyku angielskiego, w którym przed wojną zamieszkiwał prezydent Apolinary Jankowski, neorenesansowy dom budowniczego Kazimierza Przyłuskiego, pensjonat w stylu tyrolskim czy „Biały Dworek” nawiązujący do architektury staropolskiej.

Wizytówką miasta pozostawał zawsze park solankowy. Zaczęło się od skromnych 4 ha, a dzisiaj obszar zieleni parkowej obejmuje już 85 ha. Można właściwie wydzielić trzy części Solanek, a podział ten wiąże się z kolejnymi etapami rozwoju parku. Największe wrażenie wywierają niezmiennie tzw. stare solanki, niegdyś ogrodzone, a wstęp do nich wymagał wykupienia stosownego biletu. W latach 20. XX wieku powstały nowe Solanki rozciągające się bardziej w kierunku południowym wokół stawu zwanego niegdyś Kołaczek. Wreszcie w ostatnich latach park po raz kolejny uległ wydatnemu powiększeniu o pola wsi Rąbinek, gdzie powstał sztuczny zbiornik wodny wraz z różnego rodzaju nowymi atrakcjami. Solanki to przede wszystkim zieleń, miejsce spacerów i wypoczynku. W parkowych alejkach, ogrodach papieskich, pijalni wód, przy tężni solankowej mieszkańcy Inowrocławia spotykają się z pochodzącymi z różnych stron kuracuszami. Uzdrowskowi goście przybywali niegdyś z całego Cesarstwa Niemieckiego, dziś głównie

z Polski, ale coraz częściej również i z zagranicy. To powiew wielkiego światła. Tężnia, wzniesiona na przełomie tysiącleci jako trzecia w Polsce (po ciechocińskiej i konstancińskiej), była zamysłem i dziełem społecznym. Stanowi dowód troski mieszkańców o swój kurort i jego właściwy rozwój. Rada Miejska doceniła i uhonorowała Jana Oseta, głównego inicjatora budowy, czyniąc go oficjalnie patronem tężni.

Po II wojnie światowej w znacjonalizowanym uzdrowisku dało się zauważyć siemniężność nowego systemu, ale nawet w tych warunkach rodziły się wartościowe inicjatywy, żeby wspomnieć o zakładzie geriatrycznym utworzonym z inicjatywy Bogdana Snarskiego. Stosowany przez niego lek *geriocainum* przyciągał pacjentów z wszystkich stron kraju. Ważną rolę odegrał powstały w 1951 roku inowrocławski oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, za którego sprawą do uzdrowiska zjeżdżali z wykładami oraz na różnego rodzaju spotkania i zjazdy najlepsi polscy lekarze – Adamanis, Jasiński, Moll. Najmocniejsze kontakty utrzymywano ze środowiskiem naukowym Poznania. Oferta lecznicza naszego zdroju uległa poważnemu rozszerzeniu w latach 60. i 70., kiedy to powstały nowe sanatoria branżowe: Energetyk, Metalowiec, Modrzew, nowy gmach Sanatorium Kolejowego oraz największy, jak dotąd, obiekt – „Kombatant” (obecnie „Kujawiak”). Najnowsze inicjatywy to adaptacja willi leżących przy ulicy Wilkońskiego, Medical Spa i oczywiście wspomniana już tężnia solankowa, a także inwestycje mające

charakter uzupełniająco: hala widowiskowo-sportowa, odnowiony stadion, boiska sportowe, baseny. To rzeczywistość Nowy Świat – cała dzielnica składająca się na zachodnią część miasta. Piękny widok na cały inowrocławski zdroj rozciąga się z tarasu sanatorium Energetyk.

Czy zdroj zmienił ludzi? Jak wpłynął na życie społeczne miasta?

To jedno z kluczowych pytań, którego zbyt często sobie nie zadajemy. Na ogół zwracamy bowiem uwagę na sprawy materialne – na architekturę, sanatoria, park. A tymczasem oblicze socjologiczne miasta ma kolosalne znaczenie dla jego ogólnego wizerunku. Bez uzdrowiska nie byłoby w mieście całych pokoleń lekarzy, pielęgniarek, jak również – przynajmniej w znaczącej części – ludzi kultury czy przedsiębiorców, zwłaszcza tych nastawionych na obsługę kuracjuszy. Nie byłoby więc olbrzymiego potencjału intelektualnego, który przecież musiał mieć istotny wpływ na życie umysłowe Inowrocławia.

Niektórzy znani „inowrocławianie z wyboru” z całą pewnością nie pojawiliby się na Kujawach, gdyby nie Solanki. Dotyczy to takich lekarzy jak Wilhelm Warschauer, prezes *Ärzte Verein Kujawien*, Tomasz Graczykowski, Stanisław Suszczyński czy Bogdan Snarski. Miasto bez uzdrowiska nie byłoby też na tyle atrakcyjne, żeby przyciągnąć przedsiębiorczych przemysłowców czy ambitnych urzędników, którym nie bardzo odpowiadałoby życie na

nudnej prowincji. Dzięki szybkiemu rozwojowi Inowrocław przelomu XIX i XX wieku był miastem interesującym i zachęcającym do osiedlenia i wiązania z nim swoich szans życiowych.

Podkreślić wypada wielkie zasługi kolejnych burmistrzów (potem prezydentów), zarówno niemieckich, jak i polskich, zwłaszcza dr. Józefa Krzymińskiego oraz Apolinarego Jankowskiego. Mieli niemałe wsparcie w dr. Władysławie Łabiszewskim oraz dyrektorach zdroju - Walentym Kortusie i dr. Stanisławie Sroczyńskim. Co ciekawe, większość ważnych dla miasta osób przybyła z innych stron kraju, najczęściej z Wielkopolski. Potrafili się oni utożsamiać się z nowym miejscem, pokochać je i uznać za swoje. Tak rzecz się ma m.in. z obecnym prezesem zarządu firmy „Solanki” Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o. Tadeuszem Chęsym.

Inowrocław posiadał walory, które przyciągały. Odbywały się tutaj zjazdy naukowe, przybywali znamienici goście, żeby wspomnieć odwiedzających Solanki w okresie międzywojnia: Władysława Grabskiego, Cyryla Ratajskiego, Janusza Kusocińskiego, gen. Józefa Hallera, upamiętnionego przed paroma laty pomnikiem gen. Władysława Sikorskiego, Władysława Raczkiewicza, Stefana Starzyńskiego, Ludwika Sempolińskiego. Pamiętnym wydarzeniem był koncert Witolda Małcużyńskiego, a w ostatnich latach swoje dęby w specjalnej honorowej alei zasadzili tak wybitni przedstawiciele kultury jak Irena Kwiatkowska, Krzysztof Penderecki, Wojciech Kilar, Vadim Brodski czy Honorowy Obywatel Inowrocławia Grzegorz Turnau,

który już dziesięciokrotnie występował przy tężni solankowej wspólnie z gronem krakowskich artystów.

Zdrój miał ożywczy oraz inspirujący wpływ na miejscową społeczność, która zorganizowała różnego rodzaju stowarzyszenia mające wzbogacać miasto i promować uzdrowisko – przed wojną były to: Towarzystwo Lekarzy Zdrojowych, Towarzystwo Upiększania Miasta Inowrocławia, Towarzystwo Miłośników Zdrojowiska, a po wojnie Polskie Towarzystwo Lekarskie czy Towarzystwo Miłośników Miasta Inowrocławia (obecnie Towarzystwo Miłośników Inowrocławia). Warto w tym miejscu wspomnieć o wydawanych z inicjatywy dr. Sroczyńskiego „Wiadomościach Zdrojowych”, licznych badaniach naukowych, zjazdach, w tym Ogólnopolskim Zjeździe Balneologicznym w 1954 roku i niezapomnianych „Dniach Geriatrycznych” z lat 60. ubiegłego stulecia. W Inowrocławiu działały ośrodki badawcze Akademii Medycznej w Poznaniu oraz Akademii Medycznej w Białymstoku. W uzdrowisku gościli znakomici naukowcy – Franciszek Adamanis, Kazimierz Jasiński czy Jan Moll.

Wreszcie słowo o parku solankowym. Solanki to dla inowrocławian pewien styl, wręcz sposób bycia, miejsce kojarzące się ze świętem, życiem towarzyskim, różnymi formami rekreacji. To kreujące poczucie estetyki kwiatowe dywany, ciekawe, niekiedy egzotyczne rośliny, rzeźby z najbardziej popularnym chyba zegarem słonecznym w formie pawia - dzieło Henryka Siwickiego); to również moda, jako że do Solanek nie wypadało wy-

brać się nieodpowiednio ubranym (tak przynajmniej przez całe dziesięciolecie bywało, ostatnio obyczaj uległy rozluźnieniu). Wreszcie Solanki to fotografia i muzyka. Nie byłoby w Inowrocławiu tylu zespołów muzycznych i koncertów, fotograficznych atelier (Stanisław Droszcz), pomników. Solanki to duma inowrocławian, coś co nas wyróżnia. To promocja miasta. Mówimy Solanki – myślimy Inowrocław. W każdym z nas (myślę o inowrocławianach) ma w sobie coś z Nowego Świata, odrobinę Solanek.

To, jak się wydaje, nie jest kwestią przypadku, że z Inowrocławia wywiodło się tak liczne grono znakomitych lekarzy: Kazimierz Nowakowski, Leon Surzyński, Jan Moll, Antoni Pruszewicz, córka wspomnianego już Władysława Łabiszewskiego – prof. Florentyna Łabiszewska-Jaruzelska, córka Tomasza Graczykowskiego – Alicja Graczykowska-Koczorowska, Włodzimierz Głowacki, Michał Grobelski, Józef Krzyński jr, Józef Grande, zmarły przed paroma miesiącami w wieku stu lat były naczelny chirurg Wojska Polskiego Bogdan Wróblewski, Lech Torliński, Witold Brodziński.

Czym byłby dziś Inowrocław bez uzdrowiska?

Uzdrowisko stanowi w Inowrocławiu element większej całości. To najładniejsza część miasta, które jak każdy tego typu średniej wielkości ośrodek (około 70 tysięcy mieszkańców) ma charakter wielofunkcyjny. W Inowrocławiu nie ma odwrotu od

uzdrowiska, symbioza miasta ze zdrowiem jest tak samo silna, jak w przypadku węgierskiego kurortu Tapolca stanowiącego dzielnicę Miskolca, czy śląskich Cieplic Zdroju będących częścią Jeleniej Góry.

Naturalnie, uzdrowisko nie może być listkiem figowym dla wszystkich miejskich problemów. Miasto nie może opierać się wyłącznie na lecznictwie uzdrowiskowym, może jednak i powinno w pełni otworzyć się na kuracjuszy. Mieszkańcy wszystkich dzielnic miasta winni przyciągać gości sanatoryjnych, przede wszystkim ofertami atrakcyjnego i pożytecznego spędzania wolnego czasu. Z kolei uzdrowisko winno służyć również samym mieszkańcom i trzeba przyznać, że ten aspekt jest coraz bardziej widoczny. Inowrocławianie naprawdę mają po co przychodzić do Solanek, gdzie czekają na nich nie tylko spacerowe aleje, ale także usługi lecznicze, rekreacyjne, kulturalne, szeroko rozumiane wrażenia estetyczne. Czy jednak kuracjusze mają po co udać się do centrum lub okolicznych miejscowości? Tu chodzi przecież o parę tysięcy stałych gości! W tej materii sporo jeszcze pozostaje do zrobienia.

Czym byłby Inowrocław bez uzdrowiska? – powtórzmy zadane już wcześniej pytanie. Byłoby średniej wielkości prowincjonalnym miastem bez własnego indywidualnego oblicza. Zwłaszcza teraz, gdy nie ma już

kopalni soli, a gospodarka miejska nie gwarantuje zatrudnienia i wielu zwłaszcza młodych ludzi emigruje. Założone 140 lat temu na Nowym Świecie uzdrowisko dawało miastu szansę na własną twarz. Tę historyczną szansę miasto wykorzystało. Powstał rzeczywiście Nowy Świat (trzecia część całej gminy miejskiej), jakiego nie ma żadne kujawskie miasto. Przedwojenny Inowrocław zmienił nawet na pewien czas swą nazwę na Inowrocław-Zdrój (1922) oraz otrzymał status miasta użyteczności publicznej. Kolejne pokolenia muszą o to „solankowe dziedzictwo” nieustannie dbać, gdyż nic nie jest dane raz na zawsze.

Wiele atutów dawnego Inowrocławia przeminęło – upadły niektóre gałęzie przemysłu, utracił dawne znaczenie węzeł kolejowy, zamknięto kina w centrum miasta. Na naszych oczach wkracza natomiast nowa rzeczywistość, powstają ciekawe obiekty, rodzą się nowe inicjatywy. To zjawisko do pewnego stopnia naturalne. Wśród tych atutów, które pozostały i niezmiennie trwają, znajdują się Solanki. Są z nami już 140 lat! Niech pozostaną jak najdłużej, i służą nie tylko Polakom. Bez uzdrowiska i Solanek słowo „Inowrocław” miałoby dziś zupełnie inną treść, o wiele skromniejszą i uboższą. Sądzę, że inowrocławianie zdają sobie z tego sprawę, bez względu na polityczne opcje i poglądy.

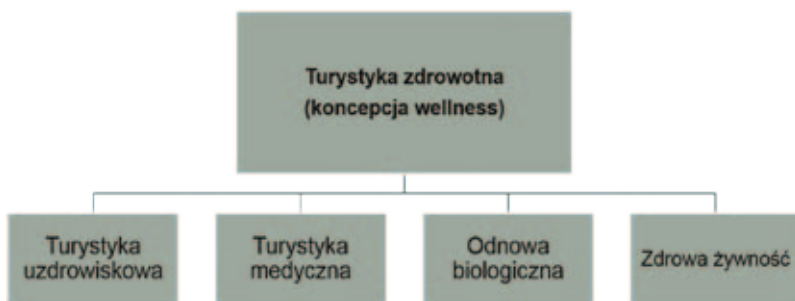
DR BARTŁOMIEJ WALAS

Wiceprezes Polskiej Organizacji Turystycznej

**MOŻLIWOŚĆ BUDOWY
WSPARCIA PROMOCYJNEGO
UZDROWISK W PROJEKCIE
UNIJNYM POLSKIEJ
ORGANIZACJI TURYSTYCZNEJ**

MOŻLIWOŚĆ BUDOWY WSPARCIA PROMOCYJNEGO UZDROWISK W PROJEKCIE UNIJNYM POLSKIEJ ORGANIZACJI TURYSTYCZNEJ

dr Bartłomiej Walas



Medycyna uzdrowiskowa – mocno popierając profilaktykę – stanie się medycyną XXI wieku.



Najpopularniejsze kraje docelowe w światowej turystyce medycznej to Kuba, Kostaryka, Republika Południowej Afryki, Jordania, Izrael, Turcja, Litwa, Węgry, Indie, Tajlandia i Malezja.

Ponad 50 krajów traktuje turystykę medyczną jako element strategii rozwoju gospodarczego swojego kraju. (IMTEC, Monako, 2013)

- Turcja, rynek turystyki medycznej w Turcji wzrósł 32% rocznie w latach 2010-2014. Turcja stawia sobie za cel osiągnięcie 1 mln pacjentów w roku 2016 z przychodami sięgającymi 10 mld USD,
- Tajlandia, w 2011 roku rynek turystyki medycznej w Tajlandii osiągnął ok. 3,1 mld USD,
- Indie, w latach 2009-2011 liczba turystów medycznych w indyjskich klinikach wzrosła o 30%. Rynek szacowany na około 2,2 mld USD,

- Singapur, rynek wart ok. 1,6 mld USD,
- Korea, do roku 2020 rząd Korei Południowej przewiduje 1 milion medycznych turystów rocznie,
- Malesja, w porównaniu z rokiem 2003 rynek medyczny wzmacnił się ośmiokrotnie (liczba pacjentów z zagranicy w okresie 2003-2011 wzrosła średnio o 23,6% rocznie). Rynek szacowany jest na 590 mln USD.

4. Czechy, 9%,
5. Turcja, 9%,
6. Hiszpania, 7%.

Branżowy program promocji usług prozdrowotnych w ramach poddziałania 3.3.2. POIR „promocja gospodarki w oparciu o polskiej marki produktowe- „marka Polskiej Gospodarki-Brand”.

NAJBARDZIEJ POPULARNE ZABIEGI MEDYCZNE W EUROPIE TO:

42% chirurgia plastyczna,

- 32% stomatologia,
- 9% leczenie otyłości,
- 4% leczenie niepłodności,
- 4% operacje ortopedyczne.

Usługi i produkty z obszaru turystyki zdrowotnej (wellnes, spa, uzdrowiska) oraz aktywnej i specjalistycznej wpisują się w KIS 2. DIAGNOSTYKA I TERAPIA CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH ORAZ W MEDYCYNIE SPERSONALIZOWANEJ, pkt. VI. OPIEKA SKOORDYNOWANA – LECZENIE.

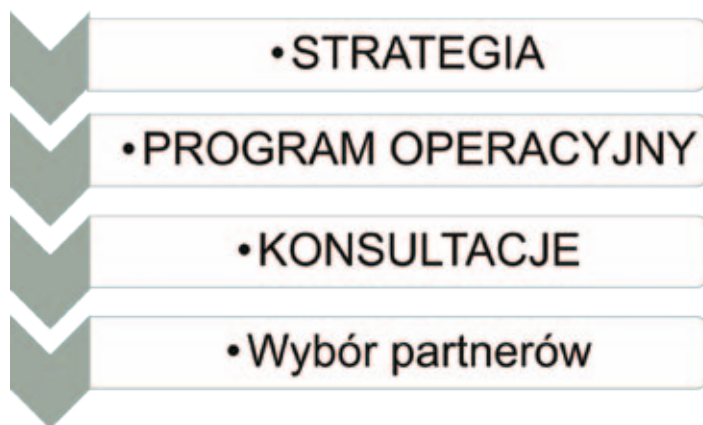
NAJCZĘSTSZE KIERUNKI DOCELOWE W EUROPIE TO:

1. Belgia, 16%,
2. Węgry, 15%,
3. Polska, 10%,

ZBUDOWAĆ MARKĘ: POLAND IS WELL

Dwa komponenty:

1. Działania promocyjne
2. Wsparcie dla uczestników (MŚP) działań



**JAKIE RYNKI?
GŁÓWNIEMIE POZA UNIJNE
(WYMÓG PROJEKTU)**

Jakie produkty?

Jakie mierniki?

Jakie kryteria wyboru partnerów?

PROPONOWANE RYNKI:

Rosja?

Ukraina?

Zatoka Perska

Skandynawia

Niemcy – tylko dwie imprezy targowe
ewentualnie USA

PRZYKŁAD – RYNEK AMERYKAŃSKI

		ZAKRES	PRODUKT
WELLNESS&SPA	NIE		
POBYTY LECZNICZE W UZDROWISKACH	TAK	KARDIOCHIRURGIA, ORTOPEDIA, CHIRUR- GIA SZCZĘKOWA	OPERACJA I POBYT REHABILITACYJNY
POBYTY WYPOCZYN- KOWE W UZDROWI- SKACH	TAK, W OGRANICZO- NYCH SEGMENTACH: STARSZE POKOLENIE DIASPORY POLSKIEJ I ŻYDOWSKIEJ		Ciechocinek Krynica Polanica Kudowa

JAKIE OBSZARY PROGRAMU?

1. Jakość kadry – szkolenia-potrzeby i wymagania rynku ?
2. Narzędzia promocyjne
3. Trwałe kanały sprzedaży

**MACIEJ ANDRZEJEWSKI, MARIUSZ BARCZAK,
ROBERT BRUDNICKI, RYSZARD MACIOŁEK,
KAZIMIERZ MARCINIAK, ANDRZEJ POTOCZEK**

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

**WSPÓŁPRACA UCZELNI,
PODMIOTÓW I JEDNOSTEK
SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO
SZANSĄ NA ROZWÓJ TURYSTYKI
I UZDROWISK W REGIONIE
KUJAWSKO-POMORSKIM**

WSPÓŁPRACA UCZELNI, PODMIOTÓW I JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO SZANSĄ NA ROZWÓJ TURYSTYKI I UZDROWISK W REGIONIE KUJAWSKO-POMORSKIM

Maciej Andrzejewski, Mariusz Barczak, Robert Brudnicki, Ryszard Maciołek, Kazimierz Marciniak, Andrzej Potoczek

Wstęp

Wyróżnikiem przemian współczesnej gospodarki jest jej znacząca reorientacja, polegająca na stopniowym przechodzeniu od gospodarki materiałochłonnej, opartej na ekonomii skali, do gospodarki opartej na wiedzy (por. Piech, 2004)¹. Zasoby materialne państw i regionów, dotychczas stanowiące podstawę konkurowania, w obecnej rzeczywistości tracą na swoim znaczeniu a o szansach rozwoju – w coraz większym stopniu – decyduje potencjał intelektualny oraz wiedza (tj. zasoby niematerialne) uwzględniająca najnowsze osiągnięcia współczesnej nauki. Budowa „nowej gospodarki” lub „gospodarki opartej na wiedzy” (określanej mia-

¹ Piech K., 2004, Gospodarka oparta na wiedzy i jej rozwój w Polsce, e-mentor nr 4 (6) 2004, (zaskazy internetowe – dostęp 25.10.2015 r.)

nem GOW), w której kluczową rolę odgrywają wiedza oraz innowacje, staje się w XXI w. priorytetowym zadaniem mającym służyć osiągnięciu wysokiego poziomu rozwoju gospodarczego oraz konkurencyjności.

Według OECD, gospodarka oparta na wiedzy „bezpośrednio bazuje na produkcji, dystrybucji oraz stosowaniu wiedzy i informacji (*directly based on the production, distribution and use of knowledge and information*)”². Z kolei według Andrzeja K. Koźmińskiego (2001)³, jest to gospodarka, w której przedsiębiorstwa opierają swoją przewagę konkurencyjną na wiedzy, zaś jej budowanie odbywa się poprzez

² The Future of the Global Economy. Towards a Long Boom?, 1999, OECD, Paris

³ Koźmiński A.K., 2001, Jak tworzyć gospodarkę opartą na wiedzy?; [w:] Strategia rozwoju polski u progu XXI wieku, Warszawa, Kancelaria Prezydenta RP i Komitet Prognoz Polska 2000 plus, PAN, Warszawa

„tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu i sukcesowi przedsiębiorstw opierających przewagę konkurencyjną na wiedzy”.

Podstawą do wykształcenia GOW są bez wątpienia innowacje oraz planowa polityka proinnowacyjna prowadzona na szeroką skalę przez państwo. Warunkiem koniecznym dla sprawnego funkcjonowania systemu innowacji (w państwie czy regionie) jest przede wszystkim ściśle powiązanie sektora naukowo-badawczego (wymienianego w grupie fundamentalnych uwarunkowań rozwoju GOW obok kapitału ludzkiego, instytucji finansowych i kredytowych oraz infrastruktury informatycznej) z przedsiębiorstwami. W działaniu tym szczególnie ważnym jest, aby współpraca była postrzegana jako istotna dla rozwoju obu stron. Jak podają E. Stawasz i P. Głodek⁴ „nie jest, bowiem tak, że wiedza przepływa jedynie z uczelni do gospodarki. Ważne są również informacje wpływające do uczelni. Uczelnie bowiem nie mogą funkcjonować w oderwaniu od realiów gospodarczych – ich działalność naukowa, w pewnym stopniu, musi być odpowiedzią na potrzeby rozwiązań technicznych czy organizacyjnych istniejących w gospodarce”.

Problematyka transferu wiedzy między praktyką i nauką oraz wpływ takiej współpracy na rozwój gospodarki w regionach jest obecnie przed-

miotem ożywionego zainteresowania tak ze strony nauki, podmiotów gospodarczych, polityki jak i praktyki zarządzania innowacjami.

1. Formy współpracy uczelni i środowiska biznesowego

Współpraca uczelni i biznesu w warunkach kształtowania gospodarki opartej na wiedzy determinowana jest – po obu stronach – licznymi uwarunkowaniami o charakterze zewnętrznym.

Na uczelni szczególnie mobilizująco wpływają: 1) potrzeba dostosowania procesu kształcenia do standardów europejskich w ramach procesu bolońskiego, 2) zmiana podejścia w kreowaniu oferty kierunków i specjalności studiów na rynek pracy z podażowego na popytowy (tj. zgodny z oczekiwaniami przedsiębiorstw co do kwalifikacji i kompetencji absolwentów, uwzględniający postęp technologiczny i organizacyjny), 3) poszukiwanie funduszy na badania oraz 4) potrzeby regionów (por. KRASP, FRP 2009)⁵. Obecnie niezwykle ważną determinantą rozwoju współpracy staje się także konieczność komercjalizacji wiedzy i wyników badań naukowych. Komercjalizacja wiedzy naukowej jest doskonałą szansą na rozwój uczelni zarówno w aspekcie finansowania inwestycji jak i rozwoju intelektualnego poprzez stymulowanie do twórczej pracy i oryginalnych osiągnięć (por.

⁴ Stawasz E, Głodek P., 2008, The Network of Academic Entrepreneurship Incubators, [in:] Evaluating, Experiencing and Creating Entrepreneurial and Enterprising Networks, P. Kyro, S. Speer, G. Braun (eds.) University of Tampere, Tampere, p. 194-207.

⁵ KRASP, FRP, (2009), Strategia rozwoju szkolnictwa wyższego: 2010-2020. Projekt środowiskowy, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

W. Masierak 2010)⁶. Natomiast relacje biznesu ze środowiskiem akademickim – jak podają H. Włodarkiewicz-Klimek, D. Nadolna, W. Migas, J. Kałkowska (2008)⁷ – zasadniczo kształtowane są przez „dynamicznie zmieniającą się sytuację gospodarczą i konieczność elastycznego dostosowywania się do niej, specjalizację i dywersyfikację działalności organizacji sprzyjające poszukiwaniu szczególnych kwalifikacji i kompetencji na rynku pracy, postęp technologiczny i innowacyjność wymagające ciągłego wzrostu wiedzy zatrudnionych”.

W przypadku transferu wiedzy z uczelni do biznesu istotne są szczególnie jego dwa przypadki, tj. kształcenie studentów (edukacja) oraz współpraca z biznesem (np. poprzez działalność badawczo-rozwojową). W zależności od charakteru przekazywanej wiedzy, występować mogą różne sposoby transferu. W dziedzinie edukacji bardzo ważną formą jest prowadzenie zajęć dydaktycznych przez przedstawicieli praktyki gospodarczej (tzw. wykłady i warsztaty eksperckie), opieka nad praktykantami lub praktykami zawodowymi. Ważnym elementem wkładu biznesu w edukację na poziomie studiów staje się zaangażowanie w opiniowanie programów

⁶ Masierak W., 2010, Transfer wiedzy i technologii w Polsce. Szanse i zagrożenia dla polskich uczelni, [w:] Transfer wiedzy w praktyce – rozwiązania w Finlandii i w Polsce, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne w Bydgoszczy Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszcz, Bydgoszcz.

⁷ Model współpracy uczelni i środowiska biznesowego w kreowaniu kwalifikacji i kompetencji studentów i absolwentów, Politechnika Poznańska, (zasoby internetowe - dostęp 25.10.2015 r.).

kształcenia i doskonalenie programów kształcenia pod kątem lepszego dostosowania do potrzeb rynku pracy.

Przejawem zachodzącego transferu wiedzy, szczególnie komercjalizacji wyników nauki (przepływu wiedzy naukowej do gospodarki) są coraz częściej podejmowane wspólne projekty w oparciu o bazę techniczną firm i zaplecze naukowe uczelni. Zaangażowane po obu stronach środki mają służyć w takich przypadkach powstawaniu nowych, innowacyjnych produktów lub usług. Współpraca tego typu z jednej strony umożliwia uczelniom finansowanie badań, a z drugiej zdobywanie doświadczenia przez pracowników naukowych poza uczelnią, tj. w przedsiębiorstwach. W Polsce rozwijająca się współpraca nauki i praktyki przyniosła już pierwsze efekty w postaci nowych opracowań, patentów i wdrożeń (nierzadko niejako przy okazji powstawały też oryginalne prace dyplomowe, artykuły naukowe, dysertacje doktorskie, rozwinęły się firmy spin-off i spin-out).

Współpracy uczelni i przedsiębiorstw sprzyjają różne projekty oraz programy wsparcia. Szczególnie ważne są krajowe programy opracowane przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR) – agencję wykonawczą Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, stanowiące platformę dialogu między środowiskiem nauki i biznesu (jednym z zadań NCBiR jest właśnie wspieranie komercjalizacji badań i transferu wiedzy naukowej do gospodarki).

2. Lecznictwo uzdrowiskowe w obszarze polityki rozwoju województwa kujawsko - pomorskiego

Skuteczne działanie w konkurencyjnym środowisku wymaga nieustannego rozwoju potencjału oraz budowania przewag konkurencyjnych umożliwiających współzawodnictwo w zakresie poprawiania efektywności gospodarowania i podnoszenia jakości życia. Konieczne jest w związku z tym wykreowanie nowych możliwości oraz zaangażowanie istniejących potencjałów, co zmusza do podjęcia wysiłku modernizacji oraz oparcia działania na wszechstronnej innowacyjności, kreatywności i przedsiębiorczości polegającej na poszukiwaniu i wdrażaniu nowych rozwiązań jak też wykorzystywaniu dotychczasowych doświadczeń. Szanse i możliwości przeprowadzenia owej modernizacji, a także kształtowania długookresowej pozycji konkurencyjnej regionu zależą będą zarówno od zdolności do adaptacji podmiotów społeczno-gospodarczych, jak i od wielu innych kluczowych czynników wewnętrznych charakteryzujących jednostkę terytorialną. Sprostanie rosnącym wymaganiom modernizującego się społeczeństwa staje się wyzwaniem i bodźcem rozwojowym dla jednostek samorządu terytorialnego, co będzie wymagało aktywnej polityki lokalnej, szerokiego wykorzystania potencjału społecznego, jak też podjęcia działań zdolnych do zaspokojenia rosnących potrzeb i aspiracji mieszkańców oraz oczekiwań partnerów zewnętrznych. Stąd istotny staje się proces moderni-

zacji mający stanowić główny obszar działań na rzecz poprawy pozycji konkurencyjnej. Działania w tym zakresie powinny wynikać z uświadomionej potrzeby przebudowy oraz zasadniczego przyspieszenia w wybranych obszarach rozwoju regionalnego.

Proces modernizacji regionu powinien wynikać z przyjętej strategii rozwoju regionalnego jako najważniejszego dokumentu planistycznego określającego kierunki rozwoju województwa. Pojęcie modernizacji należy tu rozumieć jako przebudowę i zasadnicze przyspieszenie, które może być związane ze zmianą profilu społeczno-gospodarczego województwa, względnie może wiązać się z wykreowaniem całkiem nowych walorów oraz wizerunku województwa. Tak pojmowana idea modernizacji powinna się opierać na zmodyfikowanej koncepcji polityki rozwoju województwa, określonej w aktualnych dokumentach programowych oraz bazować na diagnozie społeczno-gospodarczej odnoszącej się do uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych funkcjonowania województwa. Planowane działania w zakresie modernizacji powinny koncentrować się na działaniach priorytetowych z punktu widzenia rozwoju regionu. Między innymi istotne będzie kształtowanie ładu przestrzennego i ochrony środowiska obejmujące zapewnienie ładu różnorodności przyrodniczej i kulturowej województwa, eliminację zagrożeń, konfliktów i szkodliwych ingerencji inwestycyjnych w środowisko, w tym także rozwijanie lecznictwa uzdrowiskowego oraz promowa-

nie turystyki medycznej. Ważne jest zatem zidentyfikowanie zagadnień, które będą podstawą modernizacji i nadanie im priorytetowego znaczenia jako swoistym lokomotywowi rozwoju, a także skoncentrowanie się na aktywności promocyjnej. Konieczna stanie się też większa koncentracja i selektywność planowanej interwencji, zwłaszcza w zakresie obszarów specjalizacji regionu, budowania potencjału innowacyjnego oraz zarządzania publicznego.

Z punktu widzenia procesu rozwojowego województwa zidentyfikowanych i wyróżnionych zostało kilka specyficznych dla kujawsko-pomorskiego rodzajów przedsiębiorczości, dla których w najbliższych latach prognozuje się szczególnie korzystne warunki rozwoju, ze względu na znaczący i nie do końca wykorzystany potencjał endogeniczny. Odnosi się to w dużym zakresie do lecznictwa uzdrowskiego, które powinno zbudować podstawy dla wykreowania sektora gospodarki uzdrowskiej, rozumianego jako ogół działalności gospodarczych, miejsc pracy oraz dochodów związanych z obsługą kuracjuszy w uzdrowskach. Z rozwojem uzdrowskich wiąże się także szansa realizacji przez przedsiębiorców prywatnych usług typu wellness, medycyny estetycznej czy rehabilitacji. W stosunku do istniejących uzdrowskich w Ciechocinku, Inowrocławiu i Wieńcu Zdroju zamierza się opracować i wdrożyć dostosowane do specyfiki każdego z tych ośrodków pakiety działań integrujących i koordynujących wszelkie dziedziny istotne dla ich funkcjonowania tak w zakresie

wzmacniania potencjału świadczenia usług medycznych, jak i zagospodarowania przestrzennego, rozwoju infrastrukturalnego i wsparcia przedsiębiorczości. Ważną w tym kontekście sprawą jest ochrona tych uzdrowskich przed zagrażającymi im czynnikami środowiskowymi i urbanistycznymi. Rozwiązania będą zmierzać do wyeliminowania tak zwanych niskich emisji, czyli zapylenia związanego przede wszystkim z lokalnymi i domowymi kotłowniami, ograniczenia ruchu kołowego i bałaganu przestrzennego.

Województwo posiada duże możliwości w zakresie rozwoju turystyki zdrowotnej związanej z organizacją pobytów ukierunkowanych na poprawę zdrowia. Wskazuje się też na możliwości wsparcia tej dziedziny jako nowej kategorii turystycznego produktu markowego, która ze względu na swój całoroczny charakter może mieć istotne znaczenie dla rozwoju lokalnej gospodarki. Zakłada się także podjęcie działań związanych z rozwojem edukacji oraz kształcenia wykwalifikowanych kadr na potrzeby tego rodzaju działalności. Szczególny potencjał dla rozwoju turystyki zdrowotnej wykazują już funkcjonujące uzdrowska, a także północna część województwa (Geotermia Grudziądz, Bory Tucholskie i Krajna ze względu na walory przyrodnicze). Swoją odrębną pakiet strategiczny będzie miała też miejscowość Marusza koło Grudziądza, która powinna zostać wypromowana jako ośrodek usług rehabilitacyjno-zdrowskich. Uznając wagę tego segmentu gospodarki, samorząd województwa przejął w 2012 roku

Uzdrowisko Ciechocinek SA uznając, że to najlepsze rozwiązanie zarówno dla regionu jak i lokalnej społeczności. Zatrudniająca ponad pół tysiąca osób spółka zarządza trzema szpitalami uzdrowiskowymi z 750 miejscami, zespołem sanatoryjnym na 120 miejsc i sanatorium z 160 miejscami, a także słynnymi łożniami solankowymi i fontanną Grzybek.

Województwo kujawsko-pomorskie jest jednym z krajowych liderów w dziedzinie lecznictwa uzdrowiskowego a władze samorządowe konsekwentnie budują i wzmacniają sektor gospodarki uzdrowiskowej, który angażując podmioty publiczne i prywatne generuje miejsca pracy a także zwiększa zamożność lokalnych środowisk. Region kujawsko – pomorski znajduje się na czwartym miejscu w kraju pod względem liczby posiadanych szpitali sanatoriów i uzdrowiskowych oraz zakładów rehabilitacji leczniczej, a pod względem statystyki dotyczącej obsługiwanych kuracjuszy województwo zostało sklasyfikowane na drugim miejscu w kraju, jeśli chodzi o liczbę gości krajowych i na trzecim pod względem liczby gości zagranicznych. Celem dobrego wykorzystania i rozwijania posiadanych w tym zakresie zasobów podejmowane są wysiłki na rzecz konsekwentnego, skoordynowanego i wielopłaszczyznowego wspierania gospodarki uzdrowiskowej przez samorząd województwa.

Turystyka zdrowotna w powiązaniu z usługami medycznymi została wskazana jako jedna z tak zwanych inteligentnych specjalizacji, czyli filarów na których oparty będzie przyszły

rozwój, które odpowiednio wsparte powinny się stać lokomotywami wzrostu gospodarczego i postępu społecznego. Podstawą rozwoju opartego na inteligentnych specjalizacjach jest polityka, której idea zawarta jest w skoncentrowanej terytorialnie innowacyjnej aktywności, gdzie istotne znaczenie ma uwzględnienie kontekstu przestrzennego oraz potencjałów endogenicznych. Niezwykle ważne jest tutaj założenie, że wzmacniany powinien być posiadany potencjał do rozwijania nowoczesnych dziedzin i sfer aktywności, co będzie sprzyjać rozwojowi danego obszaru. W konsekwencji chodzi o działanie oparte na identyfikacji oraz wyborze dziedzin o największym potencjale, mające wpływ na zapewnienie przewagi konkurencyjnej regionu w skali krajowej i międzynarodowej. Istotne jest także wspieranie potencjału naukowo – badawczego i wdrożeń w omawianym zakresie, tak aby w wymierny sposób kształtować obecną i przyszłą pozycję regionu, w tym także w zakresie budowania podstaw dla rozwoju gospodarki opartej na wiedzy, polegającej na wykorzystywaniu osiągnięć nauki w procesie kształtowania się różnych form lecznictwa uzdrowiskowego. Można przyjąć założenie, że skupienie się na określonych obszarach pozwoli uzyskać efekt skali, a także rozwijać wyróżniające się i oryginalne zakresy specjalizacji. Dzięki temu stworzone zostaną optymalne możliwości wykorzystania potencjału regionu poprzez jak najlepsze dopasowanie kierunków rozwoju aktywności lokalnej w zakresie przedsiębiorczości, nauki i kształcenia do ich specyficznych uwarun-

kowań społeczno-gospodarczych województwa. Powstaną także warunki do zacieśniania współpracy pomiędzy uczelniami a społecznością lokalną i biznesem oraz poprawią się możliwości podejmowania optymalnych rozstrzygnięć dotyczących finansowania działań w ramach perspektywy 2014–2020, wspieranej środkami UE.

Zagadnienie dotyczące lecznictwa uzdrowiskowego stanowiło też element projektu Kontraktu Terytorialnego dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego, w którym zwrócono uwagę na potrzebę wsparcia profilaktyki zdrowotnej w kontekście uwarunkowań społecznych oraz problemów demograficznych. Jednocześnie zaplanowano do realizacji przedsięwzięcie pod nazwą „Medycyna a zdrowie człowieka. Kujawsko-pomorski interdyscyplinarny program diagnozy spersonalizowanej i opieki zdrowotnej”, które wykonane będzie w ramach konsorcjum naukowo-badawczego z udziałem Przedsiębiorstwa Uzdrowisko Ciecchocinek SA w Ciecchocinku. Efektem tego przedsięwzięcia powinno być inicjowanie badań w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej w aspekcie diagnostycznym, klinicznym i leczniczym, a także nauk o żywności i żywieniu w celu wypracowania powiązań pomiędzy jednostkami badawczo-edukacyjnymi a biznesem w zakresie obejmującym szeroko pojmowane usługi zdrowotne, w tym lecznictwo uzdrowiskowe. Planowane do podjęcia w ramach Kontraktu Terytorialnego działania mają na celu wzmocnienie interwencji skierowanej

na realizację przedsięwzięć istotnych z punktu widzenia rozwoju regionu. Dzięki koordynacji działań prorozwojowych ukierunkowanych na osiągnięcie celów wyznaczonych w stosunku do określonego obszaru jak też wskazaniu instrumentów zapewniających optymalne dostosowanie wsparcia finansowego i organizacyjnego do uwarunkowań, potrzeb i specyfiki regionalnej.

Podejmowane działania wpisują się w szerszy zakres zagadnień zidentyfikowanych jako problemy rozwojowe w obszarze ochrona zdrowia. Potencjał usług medycznych oferowanych w województwie obejmuje zarówno usługi szpitali o profilu ogólnym jak również szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych. Regionalna baza medyczna szpitali o profilu ogólnym jest rozwinięta w mniejszej skali niż wynika to z potencjału ludnościowego. Jednocześnie przewagą konkurencyjną województwa w stosunku do innych regionów jest duży potencjał funkcji uzdrowiskowej, co daje województwu jedną z czołowych pozycji wśród polskich regionów oraz wysoki udział procentowy (nawet 20% w zależności od rozpatrywanego zagadnienia) w zakresie obsługi ruchu uzdrowiskowego w skali kraju a Ciecchocinek i Inowrocław należą do grupy największych uzdrowisk nizinnych w kraju. Jednocześnie postuluje się podjęcie perspektywicznych i długotrwałych działań związanych ze zwiększeniem dostępności do wysokiej jakości usług w obszarze ochrony zdrowia ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia i wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu.

Zwiększenie dostępu oraz poprawa jakości usług zdrowotnych i społecznych wpisuje się w szeroko pojmowany zakres działań związanych ze wzmacnianiem potencjału społecznego regionu, gdzie istotne staje się dostosowanie infrastruktury ochrony zdrowia jak i infrastruktury społecznej wraz z poprawą jakości usług leczenia uzdrowiskowego do istniejących i przewidywanych potrzeb tak pod względem jakościowym i ilościowym. Realizowane w tym zakresie przedsięwzięcia należy zakwalifikować do sfery polityki publicznej, której koncepcje jak i kierunki działań są odpowiednio zróżnicowane, co jest uwarunkowane specyfiką regionu a także charakterem zidentyfikowanych problemów i dziedzin życia społeczno-gospodarczego wymagających określonego rodzaju wsparcia. Mieści się to w kategorii prowadzonej przez samorząd województwa polityki rozwoju regionalnego oraz polityki przestrzennej jako systemu zintegrowanych przedsięwzięć planistycznych wraz z procesem ich wdrażania. Istotnym elementem jest tutaj szeroko pojmowane partnerstwo społeczne oraz instytucjonalne, co umożliwi połączenie podejmowanych działań z potrzebami i oczekiwaniami środowiska jak też pozwala na włączenie przedstawicieli sfery społecznej, gospodarczej czy publicznej w realizację podejmowanych przedsięwzięć. Z tego punktu widzenia trzeba zwrócić uwagę na specyfikę działań współczesnej administracji samorządowej, która przede wszystkim koncentruje się na zarządzaniu rozwojem, uczestniczy w procesie zarządzania publicznego oraz

świadczenia usług publicznych, co jest bezpośrednio związane z realizowaną przez samorząd terytorialny misją w zakresie podnoszenia potencjału konkurencyjnego regionu. Bardzo ważny jest tutaj proces planowania, jego metodologia oraz uwzględnienie specyfiki jednostki terytorialnej jak też odpowiedni dobór i wykorzystanie instrumentów zarządzania rozwojem skutecznie wspierających realizację wytyczonych celów. Dzięki temu możliwe jest tworzenie warunków dla świadczenia określonego rodzaju usług oraz kreowania i wdrażania polityk rozwoju, których perspektywicznym celem jest poprawa warunków i jakości życia mieszkańców danego obszaru z uwzględnieniem jego specyfiki oraz wymogów zmieniającego się otoczenia.

3. Działalność badawczo-rozwojowa w obszarze turystyki medycznej i uzdrowiskowej Wydziału Zarządzania i Nauk Społecznych Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy

Zgodnie z modelem uniwersytetu II generacji, zwanego także „uniwersytetem przedsiębiorczości”, na którym wzoruje się Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy i którego zadania są konsekwentnie podejmowane przez jednostki podstawowe Uczelni, w tym inowrocławski Wydział Zarządzania i Nauk Społecznych (WZiNS) WSG, obok kształcenia i badań naukowych do misji Uczelni należy utrzymywanie szerokich relacji z otoczeniem społeczno-gospodarczym. Jednym z naturalnych obszarów współpracy,

biorąc pod uwagę uzdrowski charakter miejscowości, która jest siedzibą Wydziału stanowi działalność badawczo-rozwojowa na rzecz sektora turystyki medycznej i uzdrowskiej.

Dlatego też, w ścisłej współpracy z władzami Miasta Inowrocławia oraz przedsiębiorcami podjęto szereg przedsięwzięć badawczych, z których warto wymienić projekt pt. „Strategia rozwoju produktu turystycznego Miasta Inowrocławia”, będący uzupełnieniem badań terenowych wykonywanych przez studentów polsko-francuskich studiów realizowanych na poziomie Master w Bydgoszczy. Pierwsze spotkanie w ramach inowrocławskiego atelier, odbyło się już w maju 2007 r. W ramach prac projektowych przygotowana została metodyka i narzędzia badawcze dla badania ruchu turystycznego w Inowrocławiu oraz podstawy metodyczne badań nad koncepcją zarządzania miejscem docelowym. Działania badawcze uzupełnione zostały cyklem warsztatów i szkoleń, przeprowadzonych w ramach projektu pt. „Turystyka - wspólna sprawa”, podczas których inowrocławska grupa partnerska pod nazwą „Na Piastowskim Szlaku”, opracowała zarówno optymalny model zarządzania miejscem docelowym, jak i szereg produktów sieciowych, w tym nagrodzony w ogólnopolskim konkursie projektowym produkt pn. „Twoje zdrowie z soli i kujawskiej roli”. Warto podkreślić, że w konkursie udział wzięło 49 grup partnerskich z 16 województw. Inowrocławski projekt okazał się najlepszy i pokonał produkty rywali m.in. z Torunia i Ciechocinka.

Bezpośrednim efektem wymienionych działań było formalne utworzenie 26 marca 2008 r. organizacji zarządzającej obszarem turystycznym (DM – destination management) - Inowrocławskiej Lokalnej Organizacji Turystycznej, której zadanie polega w praktyce na integrowaniu na poziomie lokalnym działań przedsiębiorców prowadzonych w sferze turystyki i rekreacji, organizacji społecznych oraz władz samorządowych w kierunku realizacji wspólnie przyjętej praktyki, strategii, czy też polityki rozwoju (tzw. „model kooperacji”). Jako wyraz uznania dla wkładu Uczelni w powstanie InLOT, WSG została przyjęta w poczet członków założycieli organizacji a dziekan WZiNS wybrany został do Zarządu InLOT . Od roku 2013 WSG jest stałą się członkiem wspierającym InLOT.

Wydział poprzez realizację w kolejnych latach projektów badawczych, aktywnie wspiera lokalne środowisko gospodarki turystycznej np. w okresie 03/2009 – 02/2011 roku zrealizowany został program badawczy pt. „Badanie jakości obsługi klientów w uzdrowskich województwa kujawsko-pomorskiego”, a w okresie 03/2009 – 12/2009 w partnerstwie z Powiatowym Urzędem Pracy w Inowrocławiu zrealizowano projekt badawczy nt. „Badanie potrzeb szkoleniowych pracodawców i pracowników na terenie powiatu inowrocławskiego”. W systemie ciągłym odbywały się w latach 2009-2011 seminaria naukowe pt. „Systemy zarządzania obszarem docelowym w gospodarce turystycznej”.

Kolejnym obszarem współpracy WZiNS z samorządem i lokalną branżą turystyczną jest opracowywanie programów i planów studiów, uwzględniających specyfikę i potrzeby pracodawców. Odpowiedzią na potrzeby w zakresie kształcenia kadr dla branży turystycznej było przygotowanie merytoryczne i organizacyjne, zarówno programów studiów dla specjalności „zarządzanie turystyką i hotelarstwo”, realizowanej na studiach I stopnia jak i studiów podyplomowych realizowanych od semestru letniego 2008/2009 na kierunku „nowoczesne zarządzanie OOB i SPA” oraz od lutego 2010 r. kursów zawodowych pilota wycieczek turystycznych. Od samego początku działalności Wydziału Zarządzania i Nauk Społecznych WSG, kadra dydaktyczna prowadząca seminaria dyplomowe na poszczególnych specjalnościach studiów, szczególną uwagę przykładała do aplikacyjnego charakteru prac dyplomowych. W ramach zajęć seminaryjnych, rozpoczęto prace nad realizacją projektów badawczych obejmujących problematykę, która była odpowiedzią na zapotrzebowanie, jakie zgłaszały władze miejskie i powiatowe w Inowrocławiu. Dotyczyła ona następujących obszarów: transport i logistyka, finanse i inwestycje, turystyka i rekreacja. Główne założenia współpracy z samorządem i otoczeniem gospodarczym w zakresie aplikacyjności kształcenia to identyfikacja problemów badawczych (tematy realizowane w ramach projektów studenckich i w ramach badań prowadzonych celem przygotowania prac dyplomowych) oraz realizacja badań w przedsiębiorstwach przez

zatrudnionych w nich studentów, głównie studiów niestacjonarnych, których wyniki zostały następnie wykorzystane do opracowania prac dyplomowych. W rezultacie prowadzenia powyższych działań, w roku 2011 wydane zostało pierwsza zwarta praca naukowa, zawierająca wyniki badań zarówno nauczycieli akademickich i studentów oraz wnioski i wskazania o charakterze aplikacyjnym, które mogły być wykorzystane przez władze miasta i regionu inowrocławskiego. Podjęcie lokalnej tematyki w badaniach studentów docenili przedstawiciele samorządu, nagradzając prace dyplomowe już podczas pierwszego dyplomatorium, jakie odbyło się na Wydziale w roku 2010. W zakresie tematyki uzdrowskiej nagrody otrzymało czterech studentów za prace zatytułowane: „Rola menadżera w zarządzaniu na przykładzie Sanatorium Uzdrowskiego” i „Analiza jakości obsługi kuracjuszy w Uzdrowsku Inowrocław”. Wspomagając realizację projektów rewitalizacyjnych dzielnicy uzdrowskiej Inowrocławia, WZiNS zaprosił pracowników Urzędu Miasta Inowrocławia do udziału w bezpłatnych studiach podyplomowych z zakresu „Zarządzanie procesami rewitalizacji obszarów przemysłowych”, gdzie zdobyta wiedza wykorzystana została w procesie rewitalizacji Parku Zdrojowego. Kadra naukowo-dydaktyczna Wydziału odpowiedzialna była za przygotowanie oraz implementację programu i planu studiów w ramach projektu finansowanego z funduszu Europejskiej Współpracy Terytorialnej Central Europe pt. „Cobra Man” w okresie 12/2008 – 11/2011. Działania

nia miały na celu opracowanie i wdrożenie nowego europejskiego profilu zawodowego oraz przygotowanie nowatorskiego w skali europejskiej programu studiów podyplomowych. Z myślą o kadrze medycznej inowrocławskich sanatoriów WZiNS uruchomił i zrealizował w latach 2011-2013 dwie edycje studiów podyplomowych „menedżer w ochronie zdrowia”, finansowanych w ramach EFS, które ukończyło 32 pracowników inowrocławskich placówek służby zdrowia.

Trzecim ważnym obszarem aktywności Wydziału, nawiązującym do problematyki uzdrowiskowej jest działalność naukowa. Najważniejszymi projektami badawczymi zrealizowanymi przez pracowników WZiNS w ostatnich latach były: „Analiza potencjału województwa kujawsko-pomorskiego pod względem medycznym i uzdrowiskowym” oraz „Przygotowanie koncepcji strategii Klastra Turystyki Medycznej i Uzdrawiskowej”. Na zlecenie Kujawsko-Pomorskiej Organizacji Pracodawców Lewiatan (KPOP Lewiatan) w ramach projektu finansowanego z RPO województwa kujawsko-pomorskiego poddane zostały szczegółowej analizie zagadnienia w obszarze „potencjał regionu kujawsko – pomorskiego pod względem uzdrowiskowym i medycznym”. Opisana została m.in. dynamika wzrostu rynku prywatnej opieki medycznej w województwie kujawsko-pomorskim, scharakteryzowano zaplecze medyczne i uzdrowiskowe regionu, zaprezentowano informacje dotyczące kadry lekarzy i personelu medycznego, w tym po-

ziom ich wykształcenia i doświadczenia, opisano najnowsze technologie i metody leczenia wykorzystywane w regionie, scharakteryzowano uzdrowiska znajdujące się w województwie kujawsko – pomorskim oraz zrealizowano badanie ankietowe na próbie 50 podmiotów (strategicznych dla województwa) z branży medycznej i uzdrowiskowej celem określenia ich potencjału leczniczego.

Wyniki prac badawczych pracowników Wydziału, posłużyły do opracowania strategii rozwoju turystyki medycznej i uzdrowiskowej i utworzenia Klastra Turystyki Medycznej i Uzdrawiskowej województwa kujawsko-pomorskiego. Celem dostarczenia członkom klastra informacji o potencjalnych rynkach zbytu usług uzdrowiskowo-medycznych pracownicy WZiNS w latach 2014/2015 zrealizowali dwa kolejne projekty badawcze, dotyczące analizy usług medycznych rynku niemieckiego i usług medycznych rynku rosyjskiego. Wyniki tych badań zostały udostępnione przedsiębiorstwom branży medycznej z województwa kujawsko-pomorskiego. Projekty wykonane zostały na zlecenie KPOP Lewiatan w ramach projektu „Branża medyczna siłą regionu kujawsko-pomorskiego”, finansowanego z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Rezultatem wymienionych projektów było opracowanie i wydanie drukiem ekspertyz odnoszących się do specyfiki finansowania leczenia za granicą, preferencji zagranicznych pacjentów, cech charakterystycznych płatników/ubezpieczycieli/operatorów zajmujących się turystyką

medyczną. Ekspertyzy obejmują dane porównawcze cen usług, informacje dotyczące aspektów prawnych, szans i możliwości oraz zagrożeń związanych z eksportem usług medycznych. Jak widać prace badawcze wykony-

wane na rzecz branży uzdrowiskowej i medycznej przez WZiNS charakteryzują się wysokim poziomem aplikacyjności, a ich wyniki mają praktyczny i użytkowy charakter.

XXIV KONGRES UZDROWISK POLSKICH
28 – 30 wrzesień 2015 w Inowrocławiu

„UZDROWISKA POLSKIE – WYZWANIA I SZANSE”

UCHWAŁY I WNIOSKI

UCHWAŁY I WNIOSKI

XXIV KONGRESU UZDROWISK POLSKICH
28 – 30 wrzesień 2015 w Inowrocławiu
pod hasłem
„Uzdrowiska Polskie – Wyzwania i Szanse”

SKŁAD KOMISJI:

- 1. Michalak-Trybus Bogusława** – reprezentująca Izbę Gospodarczą „Uzdrowiska Polskie”
- 2. Gil Stanisław** – reprezentujący Izbę Gospodarczą „Uzdrowiska Polskie”
- 3. Furmanek Wacław** – reprezentujący Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich
- 4. Pelyńska Agnieszka** – reprezentująca Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich
- 5. Dzierżewicz Leszek** – Burmistrz Ciechocinka, reprezentujący organizatora wiodącego XXIV Kongres Uzdrowisk Polskich – SGU RP
- 6. Przybyło Ewa** – Burmistrz Rabki-Zdroju, reprezentująca Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP

UCHWAŁY I WNIOSKI:

Mając na względzie konieczność wzmocnienia świadomości decydentów, w zakresie możliwości lepszego wykorzystania potencjału uzdrowisk i turystyki uzdrowiskowej, jako polskiego produktu markowego, który będzie skutecznie konkurował na światowym rynku usług medycznych i zdrowotnych,

Uczestnicy XXIV Kongresu Uzdrowisk Polskich **wnoszą o podjęcie działań zmierzających do:**

1. Określenia i wypracowania procedur oraz standaryzacji świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego.

2. Wprowadzenia zmian do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiada-

dać zakłady i urzędnia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U.06.161.1142), tj. wydłużenie obowiązującego obecnie terminu (31.12.2016 r.) dostosowania zakładów i urzędów lecznictwa uzdrowiskowego do wymogów przedmiotowego rozporządzenia.

3. Wprowadzenia zmian do obecnie obowiązujących rozwiązań legislacyjnych oraz przygotowania projektu zmian do ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2012 r. poz. 651, 742)

4. Umożliwienia lekarzom uzyskania specjalizacji w zakresie dziedziny medycznej - balneologia i medycyny fizykalnej poprzez:

a. zwiększenie miejsc na specjalizację,

b. wprowadzenie tzw. „krótkiej ścieżki specjalizacyjnej” dla lekarzy posiadających, co najmniej dwie specjalizacje.

5. Wprowadzenia zmian w ustawie prawo geologiczne i górnicze w odniesieniu do koncesji dotyczących bogactw naturalnych znajdujących się w uzdrowiskach tj. wód leczniczych, torfów leczniczych, gazów w gestii lokalnych samorządów. Postuluje się, aby znalazły się one w gestii lokalnych samorządów, bo tylko w ten sposób można umożliwić sprawiedliwy dostęp do nich wszystkich podmiotów działających w tej branży, bez faworyzowania kogokolwiek.

6. Doprowadzenia do takich zapisów ustawy o podatkach i opłatach lokalnych, aby nie budziła ona wątpliwości dotyczących kwalifikacji stawki podatku od nieruchomości i stosowania opłaty uzdrowiskowej.

7. Wprowadzenia obowiązku państwowego monitorowania obszaru uzdrowiska w odniesieniu do zanieczyszczeń powietrza.

XXIV KONGRES UZDROWISK POLSKICH
28 – 30 wrzesień 2015 w Inowrocławiu

„UZDROWISKA POLSKIE – WYZWANIA I SZANSE”

PARTNERZY

PARTNERZY

XXIV KONGRESU UZDROWISK POLSKICH

POLSKA GRUPA UZDROWISK - PGU

Polska Grupa Uzdrowisk została powołana do życia w 2011 roku. Obecnie jest największą, bo składającą się z sześciu kurortów, siecią uzdrowisk w całej Polsce, w składzie: Uzdrowiska Kłodzkie, a wraz z nimi Uzdrowiska: Polanica, Duszniki i Kudowa, a także Uzdrowisko Cieplice, Uzdrowisko Połczyn oraz Uzdrowisko Świeradów -Czerniawa. Kurorty te posiadają najszerszą ofertę lecznictwa i turystyki uzdrowiskowej, w oparciu o unikatowe na skalę kraju i Europy surowce lecznicze, takie jak wody mineralne, borowina, świerk, czy solanka.

To jedne z najlepiej rozpoznawalnych polskich źródeł, które mogą się pochwalić nie tylko całoroczną ofertą i wysoką jakością usług leczniczych i rehabilitacyjnych, ale także wielowiekową tradycją w lecznictwie uzdrowiskowym.

Polska Grupa Uzdrowisk to dzisiaj nie tylko tradycyjne lecznictwo i rehabilitacja oparta o naturalne produkty lecznicze i wyjątkowe warunki klimatyczne, ale także najwyższej jakości usługi rekreacyjne, regeneracyjne oraz kosmetyczne. Poprzez szeroką i różnorodną ofertę pobytów leczniczych, wypoczynkowych oraz SPA & wellness, Polska Grupa Uzdrowisk kreuje modę na wyjazdy do uzdrowisk, dzięki którym każdy z gości ma szansę na odpoczynek pod fachowym okiem lekarzy i specjalistów rehabilitacji. Dzięki temu propagowany jest zdrowy i aktywny styl życia. Ponadto o komplementarności usług świadczy dostępność naturalnych produktów kosmetycznych oraz szerokiej gamy wód mineralnych, sygnowanych marką Staropolanka i Wielka Pieniawa, które są atutem każdego kurortu Polskiej Grupy Uzdrowisk. Tym samym, Polska Grupa Uzdrowisk kieruje swoją ofertą zarówno do pacjentów ze skierowaniem z Narodowego Funduszu Zdrowia lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jak również do klientów pełnopłatnych, komercyjnych.



 Polska Grupa
Uzdrowisk

Uzdrowisko Cieplice Sp. z o.o. - Grupa PGU
Obiekt Uzdrowskiowy **Edward**



 Polska Grupa
Uzdrowisk

Uzdrowisko Polczyn Grupa PGU S.A.
Obiekt Uzdrowskiowy **Gryf**



UZDROWISKO
ŚWIERADÓW
Polska Grupa Uzdrawisk

Polska Grupa
Uzdrawisk

Uzdrowisko Świeradów - Czerniawa Sp. z o.o. Grupa PGU
Hotel Zdrojowy **Sanus**




UZDROWISKA
KŁODZKIE
Polska Grupa Uzdrawisk

Polska Grupa
Uzdrawisk

Uzdrowiska Kłodzkie S.A. - Grupa PGU
Dom Zdrojowy **Wielka Pieniawa**



BGK
BANK GOSPODARSTWA
KRAJOWEGO



Dzięki BGK przyszłość
zaczyna się dziś.

Bank Gospodarstwa Krajowego to państwowy bank rozwoju, który inicjuje i realizuje programy służące wzrostowi ekonomicznemu Polski. Stanowi centrum kompetencyjne w finansowaniu projektów infrastrukturalnych, eksportu, spółek komunalnych i samorządów. Rozwija systemy poręczeń i gwarancji mające na celu pobudzenie przedsiębiorczości. Angażuje się w programy służące poprawie sytuacji na rynku mieszkaniowym i dostępu Polaków do mieszkań. Zarządza programami europejskimi i dystrybuje środki unijne w skali krajowej i regionalnej. Jest instytucją wiodącą w procesie konsolidacji finansów publicznych.

BGK LINIA 801 66 76 55 BGK.PL

Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „CUPRUM”

Bezpieczne i korzystne ubezpieczenia dla sektora uzdrowisk polskich

TUW-CUPRUM rozpoczęło działalność ubezpieczeniową w 1994 roku, jako drugie Towarzystwo w Polsce funkcjonujące w formule ubezpieczeń wzajemnych.

Założycielami były spółki Grupy Kapitałowej **KGHM Polska Miedź S.A.**, a pierwszymi członkami podmioty tej Grupy, lokalni przedsiębiorcy oraz odbiorcy i kooperatorzy Polskiej Miedzi, którzy utworzyli **Związek Wzajemności Członkowskiej „Polska Miedź”**. Pod koniec lat 90-tych idea wzajemności została doceniona również przez **Lasów Państwowe**, które utworzyły swój związek w 1999 roku.

Celem działalności TUW-CUPRUM nie jest bezpośrednie osiąganie zysku (zasada „non-profit”) lecz wspólne pokrywanie szkód powstałych wśród jego członków. Stanowi to fundamentalną różnicę w porównaniu z funkcjonującymi na polskim rynku komercyjnymi zakładami ubezpieczeń nastawionymi na osiąganie zysku dla spółki i akcjonariuszy.

Dzisiaj TUW-CUPRUM jest jedynym zakładem ubezpieczeń w Polsce stosującym zasadę systematycznego zwrotu składek z tytułu rozliczenia technicznego rachunku ubezpieczeń za rok obrotowy – czyli nadwyżki, które TUW-CUPRUM wyp racjuje, zamieniają się na ulgi i zwroty składek dla klientów.

Oszczędności klientów są znaczne, bowiem średnie zwroty składek w latach 1995-2014 sięgają **40%**, a w ostatnich trzech latach (2012-2014) odpowiednio **74%, 52% i 70%**.

Produkty TUW-CUPRUM mają prostą konstrukcję i odpowiadają rzeczywistym potrzebom klienta.

TUW-CUPRUM stawia na partnerską relację, dlatego wspólnie z klientem analizuje ryzyko i szkodowość w prowadzonej działalności. Jest również otwarte w zakresie wypracowywania indywidualnych programów ochrony ubezpieczeniowej.

Związek Wzajemności Członkowskiej „Uzdrowiska Polskie”

Aktualnie w TUW-CUPRUM trwają prace nad utworzeniem nowych związków. Jeden z nich dotyczy **branży uzdrowiskowej**. Więcej na temat **ZWCz „Uzdrowiska Polskie”** na stronie www.tuw-cuprum.pl/uzdrowiskapolskie.

Koncepcja utworzenia nowej grupy w TUW-CUPRUM dla uzdrowisk pojawiła się w okresie zwiększonego zainteresowania ubezpieczeniami wzajemnymi w tej branży, co zostało także wzmocnione rekomendacjami płynącymi od firm, które już ubezpieczają się na zasadach wzajemności.

Bardzo dobre wyniki TUW-CUPRUM w zakresie wypracowywania korzyści dla ubezpieczonych oraz rekomendacje aktualnych klientów pokazują, że utworzenie nowego związku dla uzdrowisk będzie przejawem racjonalizacji zakresu oraz kosztów ochrony ubezpieczeniowej.

Wybrane rekomendacje

*Wieloletnia, korzystna współpraca pozwala nam rekomendować TUW-CUPRUM jako niezawodnego partnera biznesowego o wyjątkowym doświadczeniu w zakresie ubezpieczeń majątkowo-osobowych dla sektora przemysłu wydobywczego oraz firm wymagających niestandardowego zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie – **KGHM Polska Miedź S.A.***

*Z pełnym zaufaniem, podpartym wieloletnim doświadczeniem, rekomendujemy formę ubezpieczeń wzajemnych w TUW-CUPRUM, jako przejaw tradycyjnych ubezpieczeń w ramach nowoczesności – **Dyrekcja Generalna Lasów Państwowych***

*Z przyjemnością rekomendujemy TUW-CUPRUM jako organizatora tradycyjnie pojmowanych, a jednocześnie niezwykle nowoczesnych i elastycznych rozwiązań ubezpieczeniowych – **KGHM TFI S.A. – podmiot zarządzający Polską Grupą Uzdrowisk oraz INTERFERIE S.A.***

Zapraszamy do świata ubezpieczeń wzajemnych.

www.tuw-cuprum.pl/uzdrowiskapolskie



Uroczyste otwarcie XXIV Kongresu Uzdrawisk Polskich w Inowrocławiu. Od lewej: Monika Śliwińska - Dyrektor KCK w Inowrocławiu, Jan Golba - Prezes Zarządu SGU RP, Ryszard Brejza - Prezydent Inowrocławia.



Statuetki Asklepiosa



Prezydent Inowrocławia - Ryszard Brejza otrzymuje Statuetkę Asklepiosa z rąk Prezesa Zarządu SGU RP - Jana Golby.



Jan Golba - Prezes Zarządu SGU RP wręcza Statuetkę Asklepiosa Adamowi Pałysowi - Wójtowi Solca-Zdroju



Wystąpienie Camille Hoheb (USA) na temat Wellness w uzdrowiskach.



Wystawa sprzętu uzdrowiskowego i rehabilitacyjnego.

ISBN 978-83-932604-1-6

