



# XVIII KONGRES UZDROWISK POLSKICH

MUSZYNA 4-6 CZERWCA 2009 R.

## INNOWACYJNE KIERUNKI ROZWOJU TURYSTYKI UZDROWISKOWEJ I LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO

Organizatorzy:

---



Miasto i Gmina Uzdrowska  
MUSZYNA



STOWARZYSZENIE  
GMIN  
UZDROWISKOWYCH RP



Recenzenci: prof. dr hab. inż. arch. Eżbieta Węclawowicz-Bilska - Dyrektor Instytutu Projektowania Miast i Regionów Politechnika Krakowska,  
prof. dr hab. n. med. Irena Ponikowska - Krajowy Konsultant w dziedzinie Balneologii i Medycyny Fizykalnej.

Monografia wydana przez:  
Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP  
33-380 Krynica-Zdrój, ul. Czarny Potok 27/24  
tel. (0\*18) 477-74-50, fax (0\*18) 477-74-51

[www.sgurp.pl](http://www.sgurp.pl)  
e-mail: [biuro@sgurp.pl](mailto:biuro@sgurp.pl)

Redakcja  
Jan Golba  
Katarzyna Rymarczyk-Wajda

Fotografie  
Archiwum SGU RP

F.P.H.U. ERIZED Sebastian Marchacz  
33-312 Tęgorborze 37



**Ministerstwo  
Sportu i Turystyki**

Publikacja została sfinansowana ze środków  
Ministerstwa Sportu i Turystyki

# Spis treści

Wstęp ..... 7

Listy okolicznościowe

**Aleksander Grad** (Minister Skarbu Państwa)

*List na XVIII Kongres Uzdrowisk Polskich* ..... 8

**Ewa Kopacz** (Minister Zdrowia)

*List na XVIII Kongres Uzdrowisk Polskich* ..... 10

## WYSTĄPIENIA KONGRESOWE

### PANEL I - UZDROWISKOWY „DO UZDROWISK PO ZDROWIE”

**prof. dr hab. n. med. Irena Ponikowska**

(Krajowy Konsultant w dziedzinie Balneologii i Medycyny Fizykalnej)

*„Tradycja, nowoczesność i innowacyjność w lecznictwie*

*uzdrowiskowym naszych czasów”* ..... 15

**dr n. med. Janka Zálešáková**

(Wiceprezes Europejskiego Związku Uzdrowisk)

*„Jakość i standard usług w uzdrowiskach europejskich”* ..... 23

**mgr Waldemar Serwiński**

(Burmistrz Muszyny)

*„Prezentacja walorów uzdrowiskowych i turystycznych Miasta i Gminy*

*Uzdrowiskowej Muszyna”* ..... 29

**dr n. med. Zbigniew Teter**

(Zastępca Prezesa ds. Służb Mundurowych NFZ)

*„Perspektywy finansowania lecznictwa uzdrowiskowego przez NFZ”* ..... 39

**dr n. med. Jadwiga Kawwa**

(Dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS)

*„Nowe kierunki rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”* ..... 43

**dr Elżbieta Biłobran - Uberman**

(Radca Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)

*„Rehabilitacja lecznicza w systemie ubezpieczeń społecznych rolników”* ..... 49

**dr n. med. Waldemar Andrzej Krupa**

(Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie”)

*„Warunki niezbędne do prawidłowego funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego”* ..... 57

**dr n. med. Katarzyna Wencel**

(Członek Zarządu, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Przedsiębiorstwo Ustroń S.A.)

*„Rehabilitacja uzdrowiskowa - doświadczenia świadczeniodawców*

*po pierwszym roku funkcjonowania”* ..... 63

**Jerzy Szymańczyk**

(Prezes Stowarzyszenia Unia Uzdrowisk Polskich)

*„Bariery rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego”* ..... 67

## PANEL II - GOSPODARCZY „UZDROWISKA I ICH PROBLEMY”

- prof. dr hab. inż. arch. **Elżbieta Węclawowicz - Biłska**  
(Wydział Architektury i Urbanistyki, Dyrektor Instytutu Projektowania  
Miast i Regionów, Politechnika Krakowska)  
*„Zagospodarowanie przestrzenne uzdrowisk w Polsce i w Europie  
- analiza porównawcza”* . . . . . 77
- Elżbieta Wyrwicz**  
(Zastępca Dyrektora Departamentu Turystyki, Ministerstwo Sportu i Turystyki)  
*„Kierunki rozwoju turystyki do 2015 roku ze szczególnym uwzględnieniem  
turystyki uzdrowiskowej”* . . . . . 91
- Włodzimierz Śliwiński**  
(Naczelnik Wydziału ds. Uzdrawisk, Ministerstwo Zdrowia)  
*„Propozycje dotyczące zmian w ustawie uzdrowiskowej - zaawansowanie prac”* . . . . . 97
- dr Reinhard Petry**  
(Dyrektor ds. Marketingu i Zarządzania Europejskiego Związku Uzdrawisk)  
*„Czy w Europie występuje zmierzch uzdrawisk i klasycznego leczenia?  
Marketing uzdrawiskowy w państwach europejskich”* . . . . . 101
- Jan Golba**  
(Prezes Zarządu Stowarzyszenia Gmin Uzdrawiskowych RP)  
*„Gospodarka przestrzenna w uzdrawiskach i wielofunkcyjność uzdrawisk  
największym wyzwaniem dla samorządów”* . . . . . 109
- dr Tomasz Turek**  
(Katedra Prawa Finansowego, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytet Śląski Katowice)  
*„Czynności wykonywane przez inkasenta w świetle uregulowań podatku  
od towarów i usług”* . . . . . 115
- dr n. biol. Grażyna Paják**  
(Bielska Wyższa Szkoła im. J. Tyszkiewiczza, konsultant naukowy  
firmy AQUAcell, Dyrektor Centrum Promocji Zdrowia Herbacell)  
*„Jak utrzymać zdrowie w cywilizowanym świecie”* . . . . . 121
- dr Mieczysław Kucharski**  
(Wiceprezes Zarządu Krajowej Izby Gospodarczej „Przemysł Rozlewniczy”  
*„Przemysł rozlewniczy wód butelkowanych w Polsce”* . . . . . 129
- mgr Jerzy Więcek**  
(Wiceprezes Zarządu Unii Uzdrawisk Polskich, Prezes Spółki „Sanatoria Dolnośląskie” )  
*„Sanatoria Dolnośląskie Spółka z o.o. - przykład kierunkowych  
przekształceń w dolnośląskiej służbie zdrowia”* . . . . . 135

## PANEL III - NAUKOWY „DO UZDROWISK PO KONDYCJĘ - INNOWACYJNE KIERUNKI ROZWOJU TURYSTYKI UZDROWISKOWEJ”

- prof. zw. dr hab. **Andrzej Rapacz, dr Piotr Gryszel, dr Daria Jaremen**  
(Katedra Marketingu i Zarządzania Gospodarką Turystyczną,  
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu)  
*„Innowacje w percepcji przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego  
i klientów uzdrawisk”* . . . . . 145

<b>prof. dr hab. inż. Tadeusz Słomka, dr inż. Alicja Kicińska</b> (Katedra Geologii Ogólnej, Ochrony Środowiska i Geoturystyki AGH Kraków) <i>„Turystyka uzdrowiskowa i rekreacja jako podstawa nowoczesnego produktu uzdrowiskowego”</i> . . . . .	161
<b>dr Diana Dryglas</b> (Katedra Turystyki i Promocji Zdrowia GWSH Katowice) <i>„Innowacje produktowe turystyki uzdrowiskowej”</i> . . . . .	167
<b>dr Małgorzata Januszewska, Elżbieta Nawrocka</b> (Katedra Marketingu i Zarządzania Gospodarką Turystyczną, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu) <i>„Wpływ wiedzy na innowacyjność przedsiębiorstw uzdrowiskowych”</i> . . . . .	175
<b>dr inż. Alicja Kicińska</b> (Katedra Geologii Ogólnej, Ochrony Środowiskowej i Geoturystyki, AGH Kraków) <i>„Nowe propozycje zagospodarowania turystycznego w polskich uzdrowiskach - trasy geoturystyczne w uzdrowiskach beskidzkich”</i> . . . . .	189
<b>dr Andrzej Hadzik</b> (Katedra Turystyki, Rekreacji i Zarządzania, AWF Katowice) <i>„Nowe propozycje zagospodarowania turystycznego kierunku w uzdrowiskach. Teoria i Praktyka”</i> . . . . .	199
<b>dr Tadeusz Burzyński</b> (Dziekan Wydziału Turystyki i Promocji Zdrowia GWSH Katowice, Dyrektor Instytutu Turystyki w Krakowie) <i>„Kształcenie i doskonalenie zawodowe jako element innowacji w uzdrowiskach polskich”</i> . . . . .	213

## **PANEL IV - SPA „DO UZDROWISK PO URODĘ”**

<b>mgr inż. Katarzyna Pytkowska</b> (Pełnomocnik Rektora ds. Nauki i Dydaktyki, Wyższa Szkoła Zawodowa Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia Warszawa) <i>„Znaczenie nowoczesnej edukacji w sektorze SPA”</i> . . . . .	219
<b>dr Andrzej Ignaciuk</b> (Przewodniczący Sekcji Medycyny Estetycznej PTL) <i>„Czy medycyna estetyczna stanowi zagrożenie czy uzupełnienie leczenia uzdrowiskowego?”</i> . . . . .	223
<b>dr Piotr Szelewski</b> (Sekcja Medycyny Estetycznej PTL Warszawa) <i>„Nowoczesny sprzęt i urządzenia w medycynie estetycznej oraz SPA”</i> . . . . .	227
<b>Bolesław Kazalski</b> (Prezes Uzdrowiska Iwonicz-Zdrój S.A.) <i>„Naturalne kosmetyki uzdrowiskowe źródłem zdrowia i urody”</i> . . . . .	235

### **WNIOSKI**

<i>Uchwata XVIII Kongresu Uzdrowisk Polskich</i> . . . . .	241
--	-----



Uroczyste otwarcie XVIII Kongresu Uzdrawisk Polskich w Muszynie. Przemawia Jan Golba - Prezes Zarządu Stowarzyszenia Gmin Uzdrawiskowych RP. Od prawej: dr n. med. Waldemar Andrzej Krupa - Prezes Izby Gospodarczej „Uzdrawiska Polskie”, Jerzy Szymańczyk - Prezes Stowarzyszenia „Unia Uzdrawisk Polskich”, Waldemar Serwiński - Burmistrz Miasta i Gminy Uzdrawiskowej Muszyna



dr n. med. Zbigniew Teter - Zastępca Prezesa ds. Służb Mundurowych NFZ



Wystąpienie dr n. med. Katarzyny Wencel - Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, Przedsiębiorstwo Uzdrawiskowe Ustroń S. A



dr n. med. Waldemar Andrzej Krupa - Prezes Izby Gospodarczej „Uzdrawiska Polskie”



dr Elżbieta Bilobran-Uberman - Radca Prezesa KRUS

# Wstęp

Oddajemy do Państwa rąk opracowanie, które zawiera wszystkie wystąpienia i referaty jakie zostały wygłoszone podczas Kongresu Uzdrowisk Polskich w Muszynie w czerwcu 2009 roku. Praca ma charakter monograficzny, bo podejmuje w sposób kompleksowy zagadnienia związane z uzdrowiskami, a przede wszystkim z: turystyką uzdrowiskową, lecznictwem uzdrowiskowym, zarządzaniem w uzdrowiskach, zasadami organizacji prowadzenia profilaktyki i rehabilitacji, marketingiem, ekonomią, prawem uzdrowiskowym, zdrowym odżywianiem, innowacyjnymi technologiami, gospodarką przestrzenną w uzdrowiskach, architekturą, geologią, itd.

Kongres Uzdrowisk Polskich który w tym roku odbył się w Muszynie zgromadził liczną reprezentację przedstawicieli świata naukowego i praktyków, a także przedstawicieli polityki i biznesu. W ciągu kilku dni uczestnicy biorący udział w 4-ch panelach dyskusyjnych starali się zwrócić uwagę na najważniejsze aspekty życia uzdrowisk i problem związany z jak najlepszą budową oferty uzdrowiskowej. Uczestnicy uzdrowiskowego panelu dyskusyjnego „Do uzdrowisk po zdrowie” mówili o trendach leczniczych w lecznictwie uzdrowiskowym i zachodzących tu zmianach i dyskutowali o kierunkach rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego. Uczestnicy panelu gospodarczego „Uzdrowiska i ich problemy” dyskutowali o zagospodarowaniu przestrzennym uzdrowisk, prawie uzdrowiskowym, gospodarce uzdrowiskowej, zarządzaniu, nowych technologiach, budowie produktu uzdrowiskowego. Z kolei uczestnicy panelu pod nazwą „Po kondycję” dyskutowali o potrzebie budowy szerokiej oferty uzdrowiskowej uwzględniającej nie tylko tradycyjną ofertę powiększoną o profilaktykę i rehabilitację, ale też turystykę uzdrowiskową, spa, wellness, beauty. Panel pod nazwą „Po urodę” mógł wywoływać i wciąż wywołuje wiele kontrowersji, ale udowodnił, że w uzdrowiskach już na dobre zagościła medycyna estetyczna czy kosmetyka, a coraz częstszym produktem uzdrowisk stają się kosmetyki wytwarzane w oparciu o naturalne surowce lecznicze uzdrowisk.

Prezentując Państwu wszystkie referaty i wystąpienia mamy nadzieję, że będą one pomocne nie tylko dla praktyków, ale także dla świata nauki. Trzeba bowiem pamiętać, że uzdrowiska na świecie stale wzbogacają i rozwijają swoją ofertę o nowe usługi i produkty uwzględniając zmieniające się oczekiwania i preferencje klientów. Jeżeli Polska będzie pilnie obserwować dokonujące się zmiany i elastycznie reagować na to co się w tej dziedzinie na świecie dzieje, to jest pewne, że polskie uzdrowiska będą w coraz lepszej kondycji.

**Jan Golba**  
prezes Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP



## MINISTER SKARBU PAŃSTWA

Warszawa, dnia 08 czerwca 2009 roku

### **Szanowni Goście i Uczestnicy XVIII Kongresu Uzdrawisk Polskich w Muszynie -Zdroju,**

z wielką przyjemnością przyjąłem honorowy patronat nad tegorocznym Kongresem Uzdrawisk Polskich, którego motto przewodnie „*Innowacyjne kierunki rozwoju turystyki uzdrawiskowej i lecznictwa uzdrawiskowego*” znakomicie oddaje wyzwania stojące dziś przed tym sektorem.

W dobie współczesnej, uzdrawiska mają do spełnienia zadania jako ośrodki służące nie tylko kuracjom leczniczym, ale również poprawie ogólnego stanu zdrowia człowieka. Działalność uzdrawiskowa, jako działalność z pogranicza turystyki i usług leczniczych ma jeden z największych potencjałów rozwojowych w Polsce.

Uzdrawiska na świecie stale wzbogacają i rozwijają swoją ofertę, o nowe usługi i produkty, uwzględniając zmieniające się oczekiwania i preferencje klientów. Cena pobytu zawiera najczęściej pakiet komplementarnych usług i atrakcji. Rozwój infrastruktury zmierza w kierunku rozwoju funkcji rekreacyjnych oraz kosmetyczno-rekreacyjnych.

Na wzór tendencji w krajach zachodnich, właściwym kierunkiem dla polskich uzdrawisk jest doskonalenie profilu leczniczego i poszerzenie ich działalności o profil wypoczynkowy i profilaktyczny, tworząc uzdrawiskowy produkt turystyczny. Uzdrawiska nie mogą ograniczyć się już tylko do przyjmowania kuracjuszy. Nieodzowne staje się połączenie komplementarnych funkcji: turystycznej i leczniczej w ramach szeroko rozumianej turystyki uzdrawiskowej.

Uzdrawiska polskie chcąc konkurować na rynku usług turystyki uzdrawiskowej w warunkach globalizacji, powinny nastawić się na przygotowanie atrakcyjnej, innowacyjnej i konkurencyjnej oferty obejmującej usługi lecznicze, profilaktyczne oraz związane z aktywnym wypoczynkiem, co pozwoli na efektywny rozwój produktu turystycznego uzdrawisk. Niezbędne staje się, aby uzdrawiska nadązały za oczekiwaniami coraz bardziej wymagających kuracjuszy i turystów.

W warunkach nasilającej się konkurencji oraz ciągle zmieniających się preferencji i upodobań, coraz większego znaczenia nabiera problematyka jakości usług w uzdrawiskach. Ta jakość dotyczy nie tylko poszczególnych usług, lecz



także odnosi się do produktu turystycznego, którym jest miejscowość uzdrowska.

Na produkt turystyczny miejscowości uzdrowskich należy patrzeć całościowo biorąc pod uwagę nie tylko aspekt przedmiotowy, lecz także różnorodność podmiotów odpowiedzialnych za jego współtworzenie, kształtowanie i rozwój. W tworzeniu jakości produktu turystycznego uzdrowskich muszą aktywnie uczestniczyć podmioty oferujące usługi uzdrowskie i turystyczne, jak również samorządy terytorialne i społeczność lokalna. Stworzenie łańcucha wartości produktu turystycznego uzdrowskich powinno stać się wspólnym celem zarówno sektora publicznego, jak i prywatnego na wszystkich szczeblach społeczności lokalnej. Można zatem stwierdzić, że najważniejsze wyzwania stojące przed polskimi uzdrowskimi, to wysoka jakość, innowacyjność i konkurencyjność usług uzdrowskich i turystycznych, a działania wspomnianych wcześniej kreatorów powinny być ukierunkowane na rozwój uzdrowskiej gospodarki turystycznej.

W miejscowościach uzdrowskich funkcjonuje wiele podmiotów świadczących usługi lecznictwa uzdrowskiego. Jednak dominującą rolę w tym segmencie odgrywają uzdrowskie spółki Skarbu Państwa.

Bezsprzecznie, sytuacja uzdrowskich spółek Skarbu Państwa ma wpływ na funkcjonowanie i rozwój całego lecznictwa uzdrowskiego. Istotna jest więc aktywizacja spółek uzdrowskich poprzez szereg działań wspierających inwestycje, które podniosą ich atrakcyjność i przyczynią się do ich dalszego rozwoju. W świetle powyższego, niezbędne jest przeprowadzenie procesu prywatyzacji spółek uzdrowskich, właściwego z uwagi na specyfikę tych podmiotów. Prywatyzacja umożliwi pozyskanie przez spółki inwestora strategicznego, zdolnego zainwestować w nowoczesną bazę leczniczą i hotelową, co w konsekwencji przyczyni się do rozwoju infrastruktury w gminach uzdrowskich.

Wierzę, że uzdrowskie spółki Skarbu Państwa - po ich dokapitalizowaniu przez inwestorów strategicznych – nie tylko wypełnią istniejącą niszę rynkową w zakresie tradycyjnego leczenia uzdrowskiego, ale staną się liderami na europejskim rynku uzdrowskiej turystyki zdrowotnej.

Sądzę, że wnioski i uchwały podjęte podczas obrad tegorocznego Kongresu Uzdrawisk Polskich pozwolą na wypracowanie najbardziej optymalnych kierunków rozwoju i przyczynią się do stworzenia nowoczesnego modelu polskiego lecznictwa uzdrowskiego.

Organizatorom i uczestnikom Kongresu życzę więc owocnych obrad.

   
MINISTER  
Aleksandra Grad



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, dnia 2009-06-01

MZ-OZU-523-17907-1/WS/09

Pan  
Jan Golba  
Jerzy Szymańczyk  
Waldemar Krupa  
Waldemar Serwiński

Szanowni Organizatorzy XVIII Kongresu  
Uzdrowisk Polskich  
w Muszynie

Z okazji XVIII Kongresu Uzdrowisk Polskich organizowanego od szeregu lat przez Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP, Unię Uzdrowisk Polskich i Izbę Gospodarczą „Uzdrowiska Polskie”, życzę wszystkim uczestnikom Kongresu owocnych obrad oraz sukcesów w pracy zawodowej.

Mam nadzieję, że wypracowane w czasie Kongresu stanowiska, dotyczące zagadnień związanych z funkcjonowaniem uzdrowisk polskich pozwolą na opracowanie przez resort zdrowia polityki wobec uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego, która będzie gwarantowała rozwój tej branży.

Przewodni temat Kongresu „Innowacyjne Kierunki Rozwoju Turystyki Uzdrowiskowej i Lecznictwa Uzdrowiskowego”, przyczyni się do wypracowania metod współistnienia w uzdrowiskach lecznictwa uzdrowiskowego poszerzonego o turystykę zdrowotną, co ściśle jest związane z programem rządowym obejmującym „Strategię rozwoju turystyki na lata 2008 -2015”, w którym to programie Ministerstwo Zdrowia bierze czynny udział.

z poważaniem

  
Marek Haber  
Poważaniem  
MINISTRA ZDROWIA  
POWSEKRETARZ STANU



Wystąpienie Krzysztofa Kosińskiego - Dyrektora Departamentu Nadzoru Właścicielskiego i Prywatyzacji IV, Ministerstwo Skarbu Państwa



Wystąpienie dr n. med. Janki Zalesakowej - Wiceprezes Europejskiego Związku Uzdrowisk



dr n. med. Jadwiga Kawwa - Dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS



prof. dr hab. n. med. Irena Ponikowska dziękuje za otrzymane wyróżnienie - Statuetkę Asklepiosa „za wybitne osiągnięcia w obszarze lecznictwa uzdrowskiego”



Wystąpienie Włodzimierza Śliwińskiego - Naczelnika Wydziału ds. Uzdrowisk Ministerstwa Zdrowia



Wystąpienie Elżbiety Wyrwicz - Z-cy Dyrektora Departamentu Turystyki, Ministerstwo Sportu i Turystyki



Goście i uczestnicy XVIII Kongresu Uzdrawisk Polskich



dr Reinhard Petry - Dyrektor ds. Marketingu i Zarządzania Europejskiego Związku Uzdrawisk



Wystąpienie prof. dr hab. inż. arch. Elżbiety Węclawowicz-Bilskiej - Dyrektora Instytutu Projektowania Miast i Regionów, Politechnika Krakowska



Jerzy Szymańczyk - Prezes Stowarzyszenia „Unia Uzdrawisk Polskich” podczas wystąpienia



Recital skrzypcowy K. i J. Danczowskich inaugurujący obrady kongresowe

# **PANEL I UZDROWISKOWY „DO UZDROWISK PO ZDROWIE”**



**prof. dr hab. n. med. IRENA PONIKOWSKA**  
Krajowy Konsultant w dziedzinie Balneologii i Medycyny Fizykalnej  
Katedra Balneologii i Medycyny Fizykalnej  
Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy  
Uzdrowski Szpital Kliniczny w Ciechocinku

# **TRADYCJA, NOWOCZESNOŚĆ I INNOWACYJNOŚĆ W LECZNICTWIE UZDROWSKOWYM NASZYCH CZASÓW**

## **PLAN WYKŁADU:**

- Historyczna i współczesna medycyna uzdrowska, definicje;
- Rola i zadania lecznictwa uzdrowskiego we współczesnej medycynie;
- Kierunki transformacji w polskim lecznictwie uzdrowskim;
- Zmiany i wymogi współczesnej medycyny uzdrowskiej;
- Niekorzystne kierunki zmian i zagrożenia;
- Postępy polskiej medycyny uzdrowskiej;
- Podsumowanie.

## Współczesna medycyna uzdrowiskowa

### - definicja (1)

- To dziedzina wiedzy medycznej obejmująca całokształt działalności prowadzonej w uzdrowisku, ukierunkowanej na udzielanie świadczeń zdrowotnych, opartych przede wszystkim na swoistych metodach leczniczych.
- Medycyna uzdrowiskowa obejmuje: balneoterapię, klimatoterapię, fizykoterapię balneochemię, mikrobiologię i geologię uzdrowiskową.

## Balneologia i medycyna fizykalna

### - definicja (2)

- To dziedzina wiedzy medycznej zajmująca się badaniem oraz zastosowaniem do praktyki naturalnych metod leczniczych i czynników fizycznych do leczenia, prewencji i rehabilitacji chorób przewlekłych.

## Medical Spa w uzdrowisku - definicja (3)

- Jest to działalność rekreacyjna, regeneracyjna, wypoczynkowa, profilaktyczna i kosmetyczna prowadzona w uzdrowisku, wykorzystująca elementy medycyny uzdrowiskowej w celu poprawy stanu zdrowia i atrakcyjnego wyglądu.

## TWÓRCY BALNEOLOGII

- Marcin z Miechowa (1552): rozprawa o wodolecznictwie;
- Józef Struś (1555) z Poznania: praca o wpływie kąpeli na tętno;
- Wojciech Oczko (1578): pierwsze dzieło w języku polskim „Cieplice”. Ojciec Balneologii Polskiej;
- Erazm Sykst (1617): drugie dzieło w języku polskim o lecznictwie uzdrowiskowym;
- Główna gałąź medycyny w XIX i XX wieku
- Aktualnie - dziedzina komplementarna, integracyjna.

Prissnitz Kneipp

Współcześni badacze  
(okres powojenny)  
Prof. Jankowiak  
Prof. Konarska



Ks. Kneipp

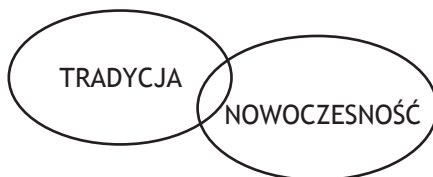
## PROFESOROWIE

G E. Korczyński  
G A. Sabatowski  
G Zenon i Zbigniew Orłowsky  
G J. Żniniewicz  
G J. Dielert

## Rola lecznictwa uzdrowiskowego dawniej i dziś:

- XIX i XX wiek - główna dziedzina medycyny,
- Aktualnie - dziedzina komplementarna, integracyjna.

## Współczesna medycyna uzdrowiskowa:



## Rola lecznictwa uzdrowiskowego we współczesnej medycynie:

1. Wspomagająca i intensyfikująca, koordynująca inne metody leczenia zachowawczego i operacyjnego;
2. Profilaktyczna i promująca zdrowie;
3. Usprawniająca i doskonaląca funkcje ustrojowe poprzez zwiększenie zdolności do samoobrony organizmu;
4. Rehabilitacyjna (balneorehabilitacja) w zakresie chorób układu ruchu i kardiologii.

## Miejsce lecznictwa uzdrowiskowego w udzielaniu świadczeń w szpitalu uzdrowiskowym:

1. Leczenie i rehabilitacja chorych bezpośrednio po leczeniu szpitalnym (głównie stany pooperacyjne).
2. Leczenie uzdrowiskowe zamiast leczenia szpitalnego (w dziedzinach zachowawczych).

## Zadania medycyny uzdrowiskowej:

1. Leczenie chorób przewlekłych o charakterze komplementarnym (uzupełniające, intensyfikujące);
2. Profilaktyka pierwotna i wtórna;
3. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna;
4. Balneorehabilitacja.



## Główne zalety metod

### balneoterapeutycznych:

- skuteczne, łatwo dostępne,
- tanie,
- nie inwazyjne
- wykazują efekty lecznicze o przedłużonym działaniu,
- nie wywołują skutków ubocznych,
- mają charakter fizjologiczny i holistyczny, integracyjny.

### Rehabilitacja uzdrowiskowa:

- wczesna rehabilitacja realizowana w ramach programów leczniczych,
- balneorehabilitacja szpitalna,
- rehabilitacja w ramach prewencji przedrentowej.

### Profilaktyka uzdrowiskowa pierwotna

Dla kogo jest wskazana:

- osobom z czynnikami ryzyka,
- osobom zdrowym z obciążeniem rodzinnymi chorobami (cukrzyca, zawał serca, udar mózgu),
- osobom zdrowym, zmęczonym, przepracowanym, zestresowanym.

### Profilaktyka uzdrowiskowa wtórna

U osób chorych wpływa na:

- zahamowanie naturalnego rozwoju choroby,
- zapobieganie powikłaniom choroby, poprawę jakości życia,
- poprawę sprawności fizycznej i psychicznej.

### Małe koszty, duża opłacalność lecznictwa uzdrowiskowego

- Koszt 21 dniowego leczenia uzdrowiskowego odpowiada kosztom 1 dnia na oddziale OIOM,
- Zmniejszenie zużycia leków (na nadciśnienie, p/bólowych, p/reumatycznych, uspakajających, insuliny i innych).

### Złowrogie skutki farmakoterapii

- W wyniku ubocznych skutków farmakoterapii umiera rocznie w USA 140 tys osób (wg JAMA);
- Wydatki związane z leczeniem następstw niepożądanego działania leków wynoszą 6-17% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną w USA (Pharmacoepidemiology).

## Kaskadowe przepisywanie leków

- Stosowanie leków z powodu choroby podstawowej



- Powstawanie chorób będących skutkiem ubocznym farmakoterapii



- Stosowanie leków na choroby wywołane lekami



- (np. *sterydy-cukrzyca sterydowa-leki p/cukrzycowe*)

## Kierunki transformacji w uzdrowiskach:

1. Medycyna uzdrowiskowa.
2. Rozwój działalności rekreacyjno-wypoczynkowej (hotele, spa, wellness).

## AKTUALNE ZMIANY I WYMOGI WE WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNIE UZDROWISKOWEJ

### Zmiany w lecznictwie uzdrowiskowym (1) - system zarządzania

- Kierunki pozytywne:
  - poprawa jakości zarządzania,
  - zdobywanie certyfikatów jakości,
  - poprawa jakości usług zgodnie z wymogami pacjenta.
- Kierunki negatywne:
  - preferowanie świadczeń niemedycznych,
  - dążenie za wszelką cenę do zaspokojenia wymagań klienta.

### Zmiany w lecznictwie uzdrowiskowym (2) - postęp techniczny (aparatura)

- Korzyści:
  - poprawa efektywności terapii,
  - poprawa bezpieczeństwa dla chorych i personelu,
  - zwiększenie komfortu wykonywania zabiegów,
  - wzbogacenie w nowe rodzaje zabiegów,
  - zmniejszenie kosztów eksploatacyjnych,
  - poprawa estetyki.

### Nowoczesność aparatury

#### - strony negatywne:

- Rezygnowanie z indywidualnego doboru parametrów na rzecz pakietów i programów,

- Rezygnacja z istotnych walorów procedury na rzecz wygody stosowania,
- Zaopatrywanie się w nowe aparaty często nie przebadane klinicznie o małej skuteczności.

*Nowe procedury i urządzenia powinny być przebadane klinicznie w kompetentnym ośrodku naukowym.*

#### **Nowe regulacje unijne w dopuszczaniu wyrobów do obrotu**

- Dyrektywa dla wyrobów medycznych 93/42/EEC- ulega zmianie,
- **Nowa dyrektywa 2007/47/EC**- stawia wymagania przeprowadzenia oceny klinicznej dla wszystkich wyrobów medycznych, ocena ta może opierać się też na krytycznej analizie wyników wszystkich dotąd przeprowadzonych badań klinicznych; po wprowadzeniu do obrotu obowiązującej prowadzenie dalszych obserwacji klinicznych.

**Wymogi naukowe współczesnej medycyny**  
Konieczność prowadzenia badań zgodnie z zasadami EBM, w tym celu niezbędne jest:

- powołanie Krajowego Centrum Medycyny Uzdrawiskowej,
- powołanie ośrodków naukowo-badawczych w uzdrawiskach, prowadzących badania zgodnie z projektem badawczym,
- stworzenie warunków do prawidłowej kwalifikacji chorych do programu badawczego.

#### **Zmiany wynikające z przyczyn epidemiologicznych (3)**

Zmiany w zapotrzebowaniu na usługi medyczne w określonych profilach:

- zmniejszenie zapotrzebowania na leczenie w:
  - Chorobach układu trawienia,
  - Chorobie Heinego Medina,
  - Chorobach dziecięcych (generalnie),
  - Ozena,
  - Krzywica,
  - koklusz, inne.

#### **Zmiany wynikające z aktualnych potrzeb medycznych (4)**

Zwiększenie zapotrzebowania na leczenie chorób:

- kardiologicznych i angiologicznych,

- układu ruchu,
- metabolicznych (cukrzyca, otyłość),
- pulmonologicznych,
- chorób wieku podeszłego (wyż demograficzny).

#### **Choroby nie leczone dotąd w uzdrawisku o dużym rozpowszechnieniu**

- nowe wyzwania:

1. Choroby nowotworowe,
2. Choroby psychiczne (wybrane jednostki chorobowe),
3. Stres pourazowy, zwłaszcza katastroficzny,
4. AIDS, WZW,
5. Stany po przeszczepach narządów (nerki, wątroba, trzustka, szpik kostny),
6. Krańcowa niewydolność nerek-dializoterapia.

#### **Nowoczesność-nowe technologie terapeutyczne w medycynie uzdrawiskowej:**

- Krioterapia ogólnoustrojowa,
- Ciepłolecznictwo ogólne wykorzystujące promieniowanie IR,
- Aparatura do terapii łączzonej,
- Hiperbaria,
- Fotodynamika,
- Halloterapia (Inhalacje solne w komorze solnej),
- Biofotonika.

#### **Niekorzystne kierunki zmian w lecznictwie uzdrawiskowym (1):**

- zamiana zakładów leczniczych na typowe hotele,
- zastępowanie funkcji leczniczych usługami rekreacyjnymi,
- wprowadzanie do zakładów lecznictwa uzdrawiskowego metod niekonwencjonalnych,
- obniżenie jakości usług medycznych,
- rezygnacja z monitorowania leczenia,
- samowolne wprowadzanie profiliw leczniczych, bez spełnienia warunków.

#### **Niekorzystne kierunki rozwoju lecznictwa uzdrawiskowego(2):**

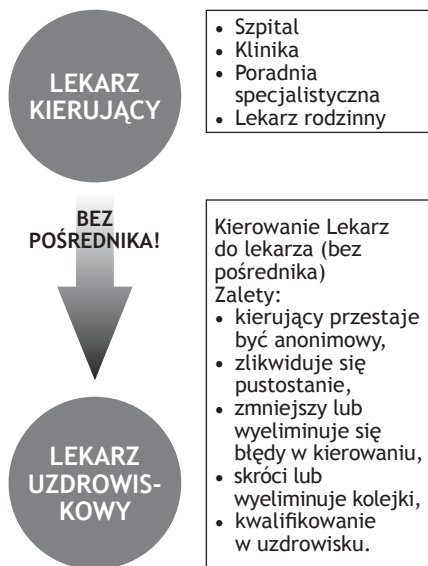
- Nadmierne zagęszczenie obiektów nie tylko leczniczych w strefie A.
- Zanieczyszczenie środowiska.
- Nadmierny hałas, powszechne dyktoteki.

- Nadmierna urbanizacja uzdrowisk, zatracenie charakteru i klimatu uzdrowiska.
- Zmiany priorytetów świadczonych usług w uzdrowiskach (coraz mniej leczenia, coraz więcej wczasów).

#### Zalecane kierunki zmian w szpitalach uzdrowiskowych:

- dokładne określenie zadań i profilu specjalistycznego (leczenie rehabilitacja), wytworzenie marki szpitala;
- poprawa finansowania;
- optymalny czas leczenia;
- poprawa jakości usług zdrowotnych;
- zmiana systemu kierowania i kwalifikowania;
- akredytacja.

#### Zmiana systemu kierowania do szpitali uzdrowiskowych



#### Wskazane kierunki rozwoju sanatorium:

- Prowadzenie profilaktyki, eliminowanie czynników ryzyka,
- Leczenie chorób wieku podeszłego (zakłady opieki długoterminowej),
- Leczenie stacjonarne chorób przewlekłych o małym zaawansowaniu.

#### Zmiany w systemie kierowania do sanatorium:

- Stworzyć należy system umożliwiający wybór przez pacjenta miejsca i czasu leczenia w sanatoriach w Polsce.
- System ten powinien jednak uwzględniać profile i wskazania lecznicze.

#### Poważne zagrożenia dla medycyny uzdrowiskowej (1)

Niskie finansowanie

Skutki:

- mały zakup świadczeń zdrowotnych
- niskie ceny świadczeń
- preferowanie zakupu świadczeń tańszych i gorszej jakości

Skutki:

likwidacja zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, zamiana na hotele

#### Poważne zagrożenia dla medycyny uzdrowiskowej (2):

Nieprawidłowy, przestarzały system kwalifikowania chorych, nieprawidłowa prywatyzacja

Skutki:

ciężej i dłużej chorzy czekają w tej samej kolejce, szpital nie może pełnić swoich zadań;

#### \*Nieprawidłowa prywatyzacja-zmiana funkcji.

#### Poważne zagrożenia dla medycyny uzdrowiskowej (3):

- Hamowanie rozwoju naukowego, w związku ze złą dystrybucją skierowań przez NFZ nie uwzględniającą potrzeb naukowych.



Narodowy Fundusz Zdrowia

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe  
(Wzrostowa skierowanie do uzdrowiska)

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe  
(Wzrostowa skierowanie do uzdrowiska)

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe  
(Wzrostowa skierowanie do uzdrowiska)

### Wellness

- Jest to filozofia życia zmierzająca do bycia zdrowym.
- Uwzględnić obecne trendy:
- zdrowego życia,
- atrakcyjnego wyglądu.

### Wellness, ośrodki spa

Powinny oferować różne formy zdrowego stylu życia:

- zdrowe żywienie,
- żywienie dietetyczne, w tym dietę śródziemnomorską:
  - aktywność fizyczną,
  - relaks,
  - rekreację,
  - kosmetykę ciała.

### Ośrodki spa w uzdrowisku

- kierunki zmian:

- Wprowadzić sensowną, prawidłową filozofię działalności.
- Wyodrębnić spośród ośrodków spa grupę Medical Spa spełniającą określone kryteria.

### Postępy w polskiej medycynie uzdrowiskowej(1):

- Nowe metody balneologiczne i fizykoterapeutyczne mające podstawy naukowe,
- Usprawnienie i unowocześnienie oraz weryfikacja starych metod,
- Renesans dawnych metod w „nowej oprawie technicznej”,

- Nowe programy lecznicze,
- Stała weryfikacja wskazań i przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego.

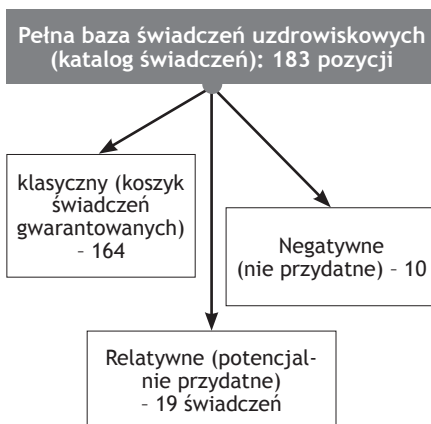
### Postępy w dydaktyce lekarzy (1):

- Systematyczne prowadzenie szkoleń specjalizacyjnego opartego na nowych zasadach edukacyjnych.
- Permanentne szkolenie się lekarzy-system punktacji edukacyjnej.
- Uzupelniające szkolenie w zakresie podstaw medycyny uzdrowiskowej dla lekarzy uzdrowiskowych nie podejmujących specjalizacji.

### Postępy w dydaktyce lekarzy (2):

- Wydawanie nowych podręczników zawierających współczesną wiedzę.
- Wydawanie własnego, wysokiej jakości kwartalnika „Balneologia Polska”.
- Organizowanie kongresów naukowych z udziałem gości zagranicznych z całego świata.

### KOSZYK ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH



### Podsumowanie - rozwój lecznictwa uzdrowiskowego potrzebą naszych czasów

*Ponieważ:*

1. Oferuje usługi skuteczne, tanie i łatwo dostępne, bez skutków ubocznych, nieinwazyjne.

2. Zajmuje się chorobami przewlekłymi, których występowanie będzie stale wzrastać a więc i potrzeby lecznicze.
3. Będzie wzrastać zapotrzebowanie w związku ze wzrostem świadomości zdrowotnej i zamożnością społeczeństwa.
4. Jest to najlepsza forma profilaktyki i promocji zdrowia.
5. Stwarza warunki do leczenia chorych w wieku podeszłym.
6. Ma istotny wpływ na zdrowie społeczeństwa.



dr n. med. JANKA ZÁLEŠÁKOVÁ  
Wiceprezes Europejskiego Związku Uzdrawisk

# JAKOŚĆ I STANDARD USŁUG W UZDRAWISKACH EUROPEJSKICH

## EUROPEJSKIE SPA - członkowie ESPA



### Europejskie SPA

SPA i salony Spa to w większości krajów Europy element systemu ochrony zdrowia.

**Nieodłączna część systemu opieki zdrowotnej i turystyki zdrowotnej.**

**Warunki konieczne dla utworzenia i istnienia Spa w Europie:**

- **Lokalne naturalne źródło zdrowia** (wody zdrojowe, peloidy lecznicze, gazy lecznicze, naturalne lecznicze zasoby morskie, warunki klimatyczne odpowiednie dla uzdrowisk, uznany naturalny system leczenia - Kneipp, Priesnitz),
- **Środowisko wysokiej jakości** (Specyficzne i chronione miejsce spa),
- **Zaplecze medyczne do rehabilitacji i leczenia**, podstawowa i dodatkowa profilaktyka

### Klasyfikacja SPA:

- Termiczne Spa,
- Mineralne Spa,
- Peleoidowe Spa,
- Klimatyczne Spa,
- Kneipp Spa,
- Radon Spa,
- Priesnitz Spa,
- Tallasso Spa.

## Główne produkty europejskich SPA:

Relaks  
Wellness  
Wyjazdy  
Weekendowe  
Pobyty  
Relaksacyjne

Profilaktyka  
- podstawowa  
Regeneracja,  
Detoksykacja  
Regeneracyjne  
Pobyty w SPA

Część systemu opieki zdrowotnej, w wielu krajach opłacana przez firmy ubezpieczeniowe



Rehabilitacja po ostrych schorzeniach  
Choroby chroniczne, profilaktyka - dodatkowa  
Medyczne Pobyty w Spa

## Kurorty medyczne i wellness - warunki

### a) Medyczne

- Licencja wydana przez władze państwowe,
- Naturalne źródła lecznicze i tradycyjne terapie uznane przez władze,
- Bogate zaplecze medyczne (wykwalifikowany personel, np. lekarze, fizjoterapeuci, masażyści, itd.),
- Wdrażanie nowych, nowoczesnych terapii i wyspecjalizowane usługi (np. diagnostyka, testy laboratoryjne, konsulting żywieniowy),
- Pakiety medyczne i profilaktyczne,
- Długość pobytu (ponad dwa tygodnie).

### b) Wellness w spa (medyczne wellness) EUROP /dzień spa w niektórych krajach (Ameryka, Azja)

- Filozofia wellness to harmonia duszy i ciała, oraz dobra kondycja fizyczna,
- Wdrażanie nowych usług w kierunku urody, relaksu i fitness (salony kosmetyczne, aqua parki...),
- Relaksacja i pakiety krótkoterminowe,
- Długość pobytu (nie dłużej niż 1 tydzień).



## Główne grupy schorzeń leczone

### w europejskich spa:

- choroby układu krążenia,
- zaburzenia odżywiania i metabolizmu,
- choroby układu oddechowego,
- schorzenia neurologiczne,
- problemy psychologiczne,
- choroby narządów ruchu,
- schorzenia ginekologiczne,
- choroby układu moczowo-płciowego,
- choroby skóry,
- powrót do zdrowia po terapii onkologicznej.

### Wskazania zgodnie z naturalnym źródłem leczniczym

### Wspólny europejski rynek usług zdrowotnych:

- Usługi zewnętrzne (telemedycyna, usługi laboratoryjne, diagnoza na odległość),
- Usługi za granicą (pacjent w ruchu „mobilność pacjentów“) - TERAPIA SPA,
- Stała obecność w innych państwach członkowskich (cel wyjazdów wakacyjnych),
- Mobilność personelu (lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, pracownicy służby zdrowia)



### POTRZEBA: ZHARMONIZOWANYCH KRYTERIÓW JAKOŚCI

### JAKOŚĆ - różne rzeczy dla różnych ludzi

- fitness dla nas - J.M. Juran (1988),
- zgodność ze specyfikacjami, spełnienie wymagań klienta, jego oczekiwań, potrzeb, oczekiwań dot. przyszłych potrzeb - Ozeki, Asaka (1990),
- Poznam (poczuję) jakość, gdy ją zobaczę, lub porównam.



### Najlepsze z grupy złe produkty - również rzeczywistość - jakościowy produkt ???

## Definicje jakości:

- 1) **W oparciu o klienta** - fitness dla nas, spełnienie oczekiwań klienta → informacje zwrotne, kwestionariusz dla klienta,
- 2) **W oparciu o produkcję** - zgodność ze projektem, specyfikacją lub wymaganiami → „pozbawione wad“ → Normy, oznaczenie jakości, prawo,
- 3) **W oparciu o produkt** - produkt posiada coś, czego nie mają produkty podobne → zwiększona wartość → Marketing, często produkty pozbawione jakości,
- 4) **W oparciu o wartość** - produkt oferuje najlepsze połączenie ceny i cech → Marketing,
- 5) **Transcendentna** - nie wiadomo do końca czemu, ale jest to coś dobrego → Subiektywne narzędzia osobiste.

## Jakość życia związana ze zdrowiem - indeks HRQOL

- Aktywność fizyczna,
- Niepełnosprawność fizyczna,
- Niepełnosprawność umysłowa,
- Fizyczna i umysłowa niepełnosprawność w zakresie funkcjonowania w społeczeństwie,
- Ból,
- Zdrowie psychiczne,
- Witalność,
- Postrzeganie własnego zdrowia.

Stosowany w Czechach do oceny pobytów w spa, przy współpracy 4 spa i uniwersytetu w Czeskich Budziejowicach.

## EUROSPESA@med



EUROSPESA@med - spełnienie standardów terapii spa, higieny i bezpieczeństwa klientów - 400 punktów testowych.

## EUROPESPA®:

- polepszenie usług,
- porównanie jakości struktury produktów z innymi,
- większa przejrzystość rynku,
- motywacja do polepszania usług.

## Potencjał medycznych Spa w przyszłości

### Powszechne czynniki wpływające na działalność spa:

- ewolucja demograficzna,
- trend w stanach zdrowia (nadwaga, nadciśnienie, rak, choroby krążenia, chroniczne choroby narządów ruchu, depresje, leki...),
- służba zdrowia w kraju (stan finansowy), finansowanie profilaktyki,
- edukacja zdrowotna mieszkańców (zdrowe wakacje, zdrowe odżywianie, aktywność fizyczna).
- **JAKOŚĆ WSZYSTKICH USŁUG SPA** - medycyna spa, gastronomia, struktura placówki spa, środowisko spa, brak zanieczyszczeń ...

**Medycyna oparta na dowodach**  
- potrzeba również medycyny spa.  
Brak subwencji dla tej dziedziny medycyny w Europie.

### Trendy demograficzne w Europie:

Europa to kontynent o najniższym współczynniku płodności (np. Francja 1,89. Hiszpania 1. 22).

- **Wzrost przewidywanej długości życia** → znaczący **starzenie się**,
- współczynnik wieku podeszłego (ilość osób starszych jako procent liczby młodych osób),
- zmniejszenie siły roboczej,
- rosnące koszty usług zdrowotnych,
- rehabilitacja będzie coraz ważniejszym elementem systemu opieki zdrowotnej. → **Reha w Spa.**

**Bardzo ważne jest przewidywane życie bez kalectw**

## ZMIANY STYLU ŻYCIA

### Palenie:

- Choroby krążeniowe,
- Rak,
- Choroby układu oddechowego,

**Odżywianie (brak owoców i warzyw, zbyt dużo tłuszczu i cukru w fast foodach):**

- Nadwaga i otyłość (ryzyko raka, DM, CDV),
- Rak,

**Brak aktywności fizycznej:**

- OA, OP, CVD,
- Otyłość,
- Rak,

**Stres, determinanty psycho-społeczne**  
**Szkodliwe nadużywanie alkoholu i innych używek**



## PROFILAKTYKA W SPA

**Główne przyczyny śmiertelności i chorobliwości w Unii Europejskiej:**

### a) Choroby (chroniczne) niezakaźne:

- Niedokrwienie serca i choroby naczyń mózgu,
- Rak,
- Choroby zwyrodnieniowe stawów i osteoporoza,
- Astma i inne schorzenia alergiczne,
- Chroniczne choroby blokujące układ oddechowy,
- Cukrzyca,
- Otyłość,
- Marskość wątroby i inne chroniczne schorzenia wątroby,
- Choroby i zaburzenia umysłowe.

### b) Śmiertelność

- choroby układu krążenia 41 % (max. w Estonii, na Litwie, min. Francja, Portugalia),
- rak 25 %,
- samobójstwo 12 %.

### Cel profilaktyki w spa

**Zdrowe odżywianie** → zapobieganie rakowi, chorobom układu krążenia, DM, otyłości.

**Aktywność fizyczna** → zapobieganie rakowi, chorobom układu krążenia, osteoporozie, OA, otyłości.

**Niepalenie** → zapobieganie pewnym typom raka, chorobom układu krążenia.

Nieuzżywanie narkotyków → zapobieganie zaburzeniom umysłowym i fizycznym.  
Brak stresu → zapobieganie depresji.  
Pozytywne myślenie → stymulacja wszystkich układów organizmu.



**NOWA JAKOŚĆ STYLU ŻYCIA**



**POBYT W SPA**

Mniej pieniędzy w porównaniu z innymi dziedzinami medycyny (brak zainteresowania firm farmaceutycznych).

Bez prowadzenia badań, w przyszłości istnienie kurortów spa z zapleczem medycznym jest zagrożone.

**POTRZEBA EUROPEJSKIEGO INSTYTUTU  
BADAŃ BALNEOLOGICZNYCH**

**Przyszłość europejskich Spa w połączeniu z potrzebami zdrowotnymi**

„Europa potrzebuje nie tylko klientów, lecz również zdrowych obywateli. Populacja Europy umiera z powodu chorób związanych z niezdrowym odżywianiem, brakiem ćwiczeń, paleniem tytoniu i innymi używkami“ - (były komisarz UE M. Kyprianou).

**Programy profilaktyczne** nastawione na zmianę stylu życia i zapobieganie powszechnym chorobom - cel dla Europy i spa.

Zaawansowany wiek europejskich kobiet (zwiększona liczba seniorek) - **programy** nastawione na utrzymanie jakości życia w podeszłym wieku.

**Klasyczne terapie spa** głównie dotyczące chorób narządów ruchu, chorób psychiatrycznych - depresji, chorób krążenia.

**Programy wellness** z zapleczem medycznym dla zdrowych kobiet.

**Badania nad usługami spa/medycyna spa oparta na dowodach**

- **Instytut Badań Balneologicznych**

Uniwersytety i Wyższe szkoły oferujące przeddyplomową i podyplomową edukację w dziedzinie balneologii,

Firmy ubezpieczeniowe - badania ekonomicznych korzyści terapii spa,

Kurorty spa - uprzedmiotowienie własnych produktów zdrowotnych i własnych naturalnych źródeł leczenia,

Profesjonalne stowarzyszenia (Kneippverband, ESPA ?),

Instytuty badania turystyki (ETI w Trier).



mgr WALDEMAR SERWIŃSKI  
Burmistrz Miasta i Gminy Uzdrowskiej Muszyna

# PREZENTACJA WALORÓW UZDROWISKOWYCH I TURYSTYCZNYCH MIASTA I GMINY UZDROWSKOJEJ MUSZYNA

Miasto i Gmina Uzdrawiskowa Muszyna obejmuje jeden z bardziej atrakcyjnych turystycznie obszarów powiatu nowosądeckiego w południowej części województwa małopolskiego. Gmina usytuowana jest na graniczu polsko - słowackim w górach Beskidu Sądeckiego, a także północnej części Gór Czergowskich. Oba te pasma górskie rozdziela malownicza rzeka Poprad, która następnie wdziera się w Beskid Sądecki, a jej dolina od Leluchowa, aż po Rytro tworzy efektowny przełom rzeczny. Miasto i Gmina Uzdrawiskowa Muszyna zajmuje górną, początkową część przełomu Popradu.

Większość gminy znajduje się na obszarze Beskidu Sądeckiego w jego wschodnim, rozleglejszym paśmie - Jaworzyny. Beskid Sądecki położony pośrodku potężnego łańcucha polskiej części Karpat jest rozdzielony właśnie doliną Popradu na dwa pasma: Radziejowej (1262 m n.p.m.) i Jaworzyny (1114 m n.p.m.), zawdzięczające nazwy swym najwyższym szczytom. Pasma są mocno rozczłonkowane, a występujące tu przewyższenia osiągają nawet 900 m. Charakterystyczne są długie grzbiety, opadające ku południowi, pocięte głębokimi dolinami o stromych zboczach i wąskich dnach, które często ozdabiają wodospady. Osobliwościami są wychodnie skał piaskowcowych, a także sporo niewielkich grot i jaskiń szczelinowych powstałych na skutek przesunięć skał.

Drugim masywem górskim, na którego obszarze znajduje się część gminy są Góry Czergowskie. Ich północną część leżącą pomiędzy rzeką Poprad a potokiem Muszynka tworzy grupa górską Zimnego i Dubnego nazywana Górami Leluchowskimi. Pasma to często uważane jest za część gór otworu Beskidu Sądeckiego, jednak z geograficznego punktu widzenia należy go zaliczyć do Gór Czergowskich rozciągających się na Słowacji. Jego najwyższym szczytem jest Kracznik (936 m n.p.m.).

Południowe granice Beskidu Sądeckiego oraz Gór Leluchowskich niemal zupełnie pokrywają się z granicami Popradzkiego Parku Krajobrazowego, który powstał w 1987 roku w celu ochrony walorów przyrodniczych, krajobrazowych, uzdrowiskowych i kulturowych Sądeckizyny. Zajmuje obszar 52 tys. ha, a wraz z otuliną 76 tys. ha, będąc jednym z największych parków krajobrazowych w Polsce.

Pierwsza niezbita wzmianka o Muszynie pochodzi z dokumentów z 1288 roku i dotyczy ugody zawartej między komesem Mironiegiem i jego żoną Bogustawą - spadkobierczynią zmarłego kanonika i scholastyka katedry krakowskiej, Wysza z Niegowici herbu Półkozic. Wysz zapisał swoje dobra, w tym Muszynę, biskupowi krakowskiemu Pawłowi z Przemankowa. Założenie Muszyny należy odnieść jednak do czasów wcześniejszych. Obronne położenie grodu przy ważnym trakcie handlowym wiodącym z Polski do Węgier pozwala przypuszczać, że gród i osada należą do najwcześniejszych na Podkarpaciu. Dobra muszyńskie w rękach biskupów pozostawały do 1772 r., z przerwą w okresie od XIV w. do 1391 r., kiedy wchodziły w skład królewszczyzny. Największy rozkwit Muszyna przeżyła za panowania Kazimierza Wielkiego, dzięki któremu przed 1364 rokiem otrzymała prawa miejskie. Od 1391 r. Klucz Muszyński (dwa miasta i 35 wsi) był traktowany jako samodzielna jednostka administracyjna z własną administracją, wojskiem i sądownictwem, dzięki czemu nazywany był Państwem Muszyńskim. W XV w. nastąpił nagły napływ Wotochów i Rusinów. Ludność ta, wyznania grekokatolickiego, z czasem nazywana Łemkami osiedlana była na prawie wotolskim. Po rozbiorach ziemia muszyńska przeszła na rzecz skarbu austriackiego i zaczęła się jej powolna stagnacja. W 1876 r. przechodząca przez Muszynę linia kolejowa Tanów-Orlov przyczyniła się do gospodarczego ożywienia miasta. W latach dwudziestych XX w. Muszyna była już prężnie rozwijającym się uzdrowiskiem, a w 1934 r. odzyskała prawa miejskie, utracone pod koniec XVIII w. Wybuch II wojny światowej przerwał rozwój Muszyny. Dopiero od 1959 r., kiedy to Muszyna odzyskała status uzdrowiska, na terenie gminy zaczęły powstawać nowoczesne sanatoria i domy wczasowe. Obecnie Muszyna jest prężnie rozwijającym się ośrodkiem turystycznym.

Do zespołu uzdrowisk, który tworzą Muszyna, Złockie i Żegiestów, warto przyjechać przede wszystkim po zdrowie i wypoczynek. Dobrze wyposażone sanatoria i ośrodki wypoczynkowe w profesjonalny sposób zajmują się odnową ciała i ducha. Dostępna jest pełna gama zabiegów z dziedziny balneoterapii, hydroterapii, kinezyterapii i aeroterapii, można leczyć scho-

rzenia układu oddechowego, moczowego, przewodu pokarmowego oraz narządów ruchu. Brak głównych arterii komunikacyjnych i przemysłu, bliskość natury, spokój górskich rzek i potoków oraz korzystny mikroklimat doskonale wpływają na poprawę samopoczucia. W pijalniach oraz licznych ujęciach wód mineralnych można całkowicie za darmo delektować się szczawami wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowymi, żelazistymi. Najlepiej znane to:

- Pijalnia Antoni, Aleja Zdrojowa.  
W 1929 roku, odwiercono pierwszy odwiert wody mineralnej *Antoni*, o głębokości 104 m. Odwiert nazwano od imienia ówczesnego burmistrza Muszyny Antoniego Jurczaka, w uznaniu położonych przez niego zasług dla rozwoju uzdrowiska. Jest to najstarszy odwiert w Muszynie, od którego zaczęła się historia uzdrowiska Muszyna.
- Pijalnia Milusia, ul. Piłsudskiego.  
W latach 1935-1938 inż. Józef Krówczyński w centrum miasta wykonał dwa odwierty: *Milusia* o głębokości 175 m i *Piotr* o głębokości 115 m.
- Pijalnia Cechini, ul. Zazamcze. Ujęcie *Józef*, odwiert o głębokości 142 m wykonany w 2001 r. i *Stanisław* odwiert o głębokości 150 m wykonany w 2000 r.
- **Zródło Anna**, ul. Jasna. Odwiert o głębokości 12 m wykonany został w 1958 r. Uchwałą Miejskiej Rady Narodowej w Muszynie w uznaniu za wieloletnią opiekę nad źródłami Muszyny i dla uczczenia zasług dr Anny Jarockiej Kierowniczkii Laboratorium Balneochemicznego (Balneoprojekt Warszawa) ujęcie zostało nazwane jej imieniem.
- **Zródło Grunwald**, ul. Grunwaldzka. Źródło wytyła ze zbocza doliny Muszyny w dzielnicy Zakościół w pobliżu linii kolejowej i szosy Muszyna-Krynica. Źródło *Grunwald* jest najdawniej znanym źródłem na terenie Muszyny. Pierwsze wiadomości o nim sięgają początku XIX wieku. W 1878 r. słynny uczonec, profesor chemii Uniwersytetu Jagiellońskiego Karol Olszewski badał skład chemiczny wody mineralnej ze źródła „*Grunwald*” w Muszynie. Wyniki tych badań zostały opublikowane

w 1881 r. wraz z analizami tych źródeł szczawy (w liczbie 16) z tego regionu, między innymi z Krynicy, Stotwin i Jastrzębika. Budowa kolei żelaznej Tarnów- Leluchów w 1876 r. spowodowała wzrost zainteresowania Muszyną. Samowypływowy wód mineralnych zaczęto obudowywać ujęciami drewnianymi lub kamionkowymi. Czerpali z nich wodę letnicy, a także okoliczni mieszkańcy, bardziej by ugasić pragnienie czy poprawić kondycję po przepieciu, niż dla systematycznej kuracji. Źródło *Grunwald* zostało w 1911 r. wyposażone w ujęcie kamionkowe, a woda zeń spływała do drewnianej studni. W tym samym roku wykonano ponowną analizę wody z tegoż źródła w *CK Zakładzie Powszechnym do Badania Środków Spożywczych* w Krakowie. Badaną wodę zaliczono wówczas do słabszych szczaw alkaliczno-żelazistych oraz stwierdzono, że nadaje się do użytku jako woda stołowa.

- **Zródło Wapienne**, ul. Podgórna.
- **Zródło Za Cerkwią**, Szczawnik, obok cerkwi - pomnik przyrody.
- **Zródło Iwona**, Jastrzębik - pomnik przyrody.

Muszyna proponuje bliski kontakt z niezniszczoną przyrodą oraz jej osobliwościami. Jednym z takich miejsc jest rezerwat „Las Lipowy Obrożyska” w Muszynie. To jeden z nielicznych w Europie naturalnych lasów lipowych i jeden z najcenniejszych kompleksów lasu liściastego na terenie Beskidów. Porastający górę Mikową, pomiędzy Muszyną i Milikiem, świetlisty grąd złożony jest głównie z lipy drobnolistnej w wieku ok. 200 lat, z domieszką graba, jodły, buka, świerka, jawora i modrzewia. W podszyciu występuje grab i leszczyna, a w runie, kwitnące na wiosnę i wczesnym latem - żywce, marzanka wonna, miódunka čma, zawilce, wawrzynek wilczczyko, gwiazdnica wielkokwiatowa, pierwosnek i inne. W cieplejszych okresach klimatu w Karpatach takich lasów było więcej, ten przetrwał do dziś dzięki korzystnemu mikroklimatowi. Rezerwat powstał w 1919 r., jako jeden z pierwszych w niepodległej Polsce. Obecnie zajmuje powierzchnię 100,38 ha. Przez rezerwat prowadzi 4,2 km ścieżka dydaktyczna, oznaczona biało-zielonym kwadra-

tem. Siedem przystanków tematycznych zwraca uwagę na charakterystyczne fragmenty rezerwatu. Najdogodniejsze dojście do ścieżki dydaktycznej znajduje się przy ul. Lipowej, z wygodnego parkingu obok Ośrodka Rehabilitacyjnego Polskiego Związku Miewidomych; to zaledwie 1500 metrów od muszyńskiego rynku. Spacerując po lesie lipowym na 2-3 godziny można skutecznie zapomnieć o „hatasie” cywilizacji i zrelaksować się w domu sarny, lisa, borsuka, dzika, licznych ptaków i owadów. Zachowanie ciszy sprzyja spotkaniu właśnie tych zwierząt. Występują tu również szczególnie rzadkie gatunki fauny Polski: żbik, niepyllak mnemozyna, mecholówka białoszyja i bocian czarny oraz jedna z największych ostoi salamandry plamistej.

Między Powroźnikiem, a Muszyną, 655 m n.p.m. na północnym stoku Czarnych Garbów, w otoczeniu jodłowego starodrzewu jest miejsce, które przez lata było owiane legendami. Według podań starych mieszkańców Powroźnika, w okolicach tego miejsca mieli bez wieści przepadać ludzie, a „czarne moce” miały wciągać w ponure bagnisko całe zaprzęgi konne zwożące drzewo z lasu. Dzisiaj, nasza wiedza jest już pełna. Owym tajemniczym miejscem jest urokliwy staw górski nazwany „Czarną Młaką”. Powstał kilkadziesiąt lat temu poprzez wypełnienie wodą niecki utworzonej wskutek obsunięcia się zbocza górskiego. Obok lustra wody znajduje się trzęsawisko i torfowisko. Roślinność bagiennej porastająca „Czarną Młakę” w górskim krajobrazie okolic Muszyny uchodzi za osobliwość przyrodniczą i dlatego staw został uznany za pomnik przyrody. Tajemniczość stawu prawdopodobnie spowodowana była trudną jego lokalizacją w terenie. Obecnie każdy turysta bez problemu może do niego trafić. W połowie drogi wojewódzkiej nr 971 łączącej Muszynę z Powroźnikiem rozpoczyna się lokalny czarny szlak, który prowadzi do „Czarnej Młaki” (czas przejścia ok. 0:40 h) i dalej do niebieskiego szlaku PTTK. Na miejscu zostały urządzone ławeczki, tablica informacyjna oraz podest ułatwiający obserwację fauny i flory „Czarnej Młaki”. Otoczenie stawu zmienia się w zależności od pory dnia i roku, a także od... naszego nastawienia. Potrafi być ponure i groźne, ale znaczenie częściej bywa przyjazne, świetliste i ciepłe.

Na granicy Żłockiego i Jastrzębika, a ściślej mówiąc pod powierzchnią ziemi, znajduje się obszar tektonicznie zaangazowany, z nasunięciami i licznymi uskokiemi. Dzięki takiej budowie geologicznej na powierzchnię wydobywa się gaz pochodzący z odgazowania bardzo głębokich stref skorupy ziemskiej. Takie powierzchniowe ekshalacje gazowe nazywamy mofetami. Między wspomnianymi wioskami, na obszarze 0,3 km<sup>2</sup> występuje wiele mofet. Największa, łatwo dostępna i najbardziej atrakcyjna jest wydzielająca dwutlenek węgla mofeta stanowiąca pomnik przyrody nieożywionej im. prof. Henryka Świdzińskiego. Główna tablica informacyjna usytuowana jest przy samej drodze. Płynący poniżej drogi potok Żłocki swoimi wodami częściowo zakrywa miejsca wydobywania się CO<sub>2</sub>, co pozwala z łatwością zauważyć zjawisko. Doskonale widoczne są tu rozrywające się i syczące bąble gazu. Dzięki występującym źródłom mineralnym, bagniste dno potoku zabarwione jest na kolor rdzawo-pomarańczowy, to wszystko porasta intensywna niskopienna roślinność, która dodaje kontrastu. Wszystko wokół tu bulgoce i dycha. Zainstalowane na miejscu tablice informacyjne opisują szczegółowo zjawisko, a schodki i mostek chronią przed pobrudzeniem butów i przypadkową dewastacją pomnika. Mofeta w Żłockiem uznana jest za najefektowniejszą w Polsce.

Atrakcyjne położenie gminy oraz sieć krzyżujących się turystycznych szlaków PTTK oraz szlaków o charakterze lokalnym stwarza dogodne warunki do uprawiania turystyki pieszej.

- **Znaki zielone (PTTK)**, Muszyna - Żłockie - Jaworzyna (1114) - Przelęcz Krzyżowa (768) - Krynica-Zdrój czas przejścia ok. 6:30 h.
- **Znaki żółte (PTTK)**, Muszyna - Czarne Garby (830) - Dubne (904) - Wojkowska - Okopy Konfederatów Barskich - Muszynka, czas przejścia ok. 7:10 h. • Muszyna - Szczawnik - Jaworzynka (1001) - Pusta Wielka (1061) - Żegiestów, czas przejścia ok. 6:15 h.
- **Znaki niebieskie (PTTK)**, Muszyna - Legnava (SK) - Kurczyńska Magura (894) - Andrejovka (SK) - Čirč (SK), czas przejścia ok. 5 h. • Powroźnik - Czarne Garby (830) - Dubne (904) - Kracznik (936) - Leluchów, czas przejścia ok. 3:30 h. • Powroź-



nik - Bradowiec (770) - Szalone (829) - Parkowa (741) - Krynica-Zdrój, czas przejścia ok. 2:40 h. • Żegiestów - Pusta Wielka (1061) - Jaworzynka (1001), Runek (1080) - Przystop (941) - Przełęcz Krzyżowa (768) - Krynica-Zdrój, czas przejścia ok. 7:45 h.

- **Znaki czarne (PTTK)**, Żegiestów - Pusta Wielka (1061), czas przejścia ok. 3 h.
- **Znaki czarne (lokalne)**, Szczawnik - Kotylniczy Wierch (1032) - Wielka Bukowa (1104) - do czerwonego szlaku prowadzącego z Jaworzyny na Runek, czas przejścia ok. 2 h.
- **Znaki czerwone (lokalne)**, Szczawnik - rezerwat Żebracze - do szlaku czarnego prowadzącego ze Szczawnika na Wielką Bukową, czas przejścia ok. 2:05 h. • Szczawnik - Żegiestów-Palenica, czas przejścia ok. 0:45 h.

Wytyczne trasy rowerowe wpływają na rozwój także tego rodzaju turystyki aktywnej:

### **Trasa Rowerowa Turystyczna Pętla Muszyńska**

Przeznaczona dla rowerzystów o dobrej kondycji i umiejętnościach kolarskich, wiedzie zarówno wygodnymi asfaltowymi szosami, leśnymi drogami jak również odcinkiem górskim bardzo stromym i trudnym technicznie. Trasa umiejętnie łączy, akcenty przyrodnicze i historyczne ze współczesnymi elementami regionu. Prowadzi przez rzadko uczęszczane pasma Zimnego i Dubnego. Wytoczona i oznakowana kierunkowskazami i tablicami informacyjnymi obrazującymi za pomocą wykresów, zdjęć i tekstów poszczególne odcinki. Długość 32 km, czas przejazdu ok. 3:25 h, znaki czerwone.

### **Pętla Rowerowa „Wokół Kotylniczego Wierchu”**

Prawie 20 kilometrowa pętla prowadzi dwoma dolinami potoków przecinającymi pasma górskie. Oprócz piękna krajobrazu, wspaniałych lasów, czystego powietrza, ciszy i spokoju amatorom kolarstwa górskiego proponuje ponad 10 km podjazdów i pokonania 678 merów różnicy wysokości. Wytrawni rowerzyści utrzymują, że to jedna z ciekawszych tras w Beskidach. Długość trasy 19,9 km (asfalt 4,2 km, drogi grunto-we 10,8 km, ścieżki 4,9 km), długość pod-

jazdów 10,3 km, różnica wysokości do pokonania 678 m, maksymalna wysokość na trasie 1080 m npm., minimalna wysokość na trasie 516 m npm., znaki niebieskie.

### **Karpacki Szlak Rowerowy**

#### ● **Szlak Główny**

Przebieg trasy nawiązuje do historycznego szlaku handlowego z Węgier do Wieliczki i Krakowa (z pewnymi modyfikacjami wynikającymi ze specyfiki turystyki rowerowej oraz przebiegu obecnie istniejących dróg). Pierwszy odcinek szlaku przebiega od Leluchowa - na granicy polsko-słowackiej (Most Wyszehradzki), przez miasta i gminy o wyjątkowych walorach turystycznych posiadających dobrze rozwiniętą infrastrukturę turystyczną tj. przez: Muszynę, Piwniczną-Zdrój, Rytro, Stary Sącz do Nowego Sącza. Trasa I odcinka Karpackiego Szlaku Rowerowego: Leluchów (Most Wyszehradzki - przejście graniczne ze Słowacją), Muszyna, Żegiestów Zdrój, Wierchomla Wielka, Piwniczna-Zdrój, Głębokie, Sucha Struga, Życzynów, Barcice, Popowice, Żeleźnikowa Wielka, Nowy Sącz- Dąbrówka-zamek, ul. Zdrojowa. Szlak łatwy, najtrudniejszy odcinek pomiędzy Popowicami i Żeleźnikową Wielką, długość I odcinka szlaku - 73 km, na terenie gminy Muszyna - 25 km, znaki czerwone.

#### ● **Transgraniczny Szlak Rowerowy**

Korzystając z tego szlaku można przejechać rowerem wzdłuż różnych pasm górskich. Jego główną zaletą jest to, że na dużych odcinkach prowadzi przez wyludnione, pozbawione ludzi i zabudowań tereny, umożliwia bezpośredni kontakt z przyrodą, nieskażoną cywilizacją a także bezpośrednio obserwacje natury, w tym zwierząt, ptaków i płazów. Szlak prowadzi przez Miasta i Gminy: Sękową, Ujście Gorlickie, Krynicę-Zdrój, Muszynę. Trasa przebiegu szlaku: Długie - Krzywa - Gładyszów - Smrekowice - Kwiatów - Uście Gorlickie - Czarna - Śnietnica - Banica - Izby Mochnaczka Niżna - Tylicz - Powroźnik, następnie trasą Rowerowej Pętli Muszyńskiej do Muszyny - gdzie łączy się z Głównym Szlakiem. Szlak przebiega drogami w zdecydowanej części asfaltowymi, na krótkich odcinkach drogami utwardzonymi i żwirowymi. Szlak łatwy, najtrudniejszy odcinek to Izby-Mochnaczka Niżna, długość szlaku 71,5 km, na terenie gminy Muszyna - 9 km, znaki niebieskie.

Ponad to Muszyna oferuje turystom i kuracjom możliwość przejażdżek konnych zarówno bryczkami jak i wierzchem, korty tenisowe, kryte baseny, miasteczko wodne i boiska sportowe. Korzystne warunki znajdują tu również wędkarze, grzybiarze i myśliwi.

Zimą, długo utrzymująca się pokrywa śnieżna oraz wyciągi narciarskie w Powroźniku, Złockiem, Żegiestowie i stacji narciarskiej w Szczawniku, Dwie Doliny Muszyna - Wierchomla, stwarzają bardzo dobre warunki do uprawiania narciarstwa zjazdowego i biegowego.

O bogatej historii „Klucza Muszyńskiego” świadczą zbiory muzeum regionalnego oraz liczne zabytki.

- **Ruiny zamku** usytuowane na stromym wzgórzu popularnie nazwanym Basztą. Zamek powstał ok. 1390 r. i miał za zadanie bronić granicy i szlaków handlowych oraz pełnić funkcję komory celnej. Był rezydencją starostów biskupiego „państwa muszyńskiego” do 1474 roku, kiedy to został zniszczony podczas najazdu na Polskę króla węgierskiego Macieja Korwina. Odbudowany w stylu renesansowym przez Węgrów (nakazem traktatu z 1474 roku zawartego w Starej Wsi). Od tego momentu pełnił wyłącznie funkcję strażnicy. Wraz z rozwojem techniki wojskowej ranga zamku stopniowo malała, w okresie rozbiorów nastąpiła jego całkowita degradacja. Do dzisiaj zachowały się fragmenty murów od strony potudniowej, sterczyna ściany graniastej wieży, zabezpieczone resztki sklepienia oraz mury wieży zamkowej. Na kamiennym postumencie figura *Najświętszej Marii Panny*, ufundowana przez parafian w 1979 r. Jest to już druga figura ustawiona w tym miejscu, pierwsza pochodziła z 1936 r.
- **Dwór Starostów** przy ul. Kity powstał na przełomie XVIII i XIX w. Przebudowany na początku XX w. (dobudówka wschodnia i weranda). Jest budynkiem parterowym na planie prostokąta, mury, z szeroki frontem. Dach czterospadowy, kryty gontem z wysuniętym okapem. Od strony ulicy i podwórka widoczne są oszklone ganki, a od północy weranda.

- **Kordegarda** przy ul. Kity. Pierwszą wzmiankę o tym budynku spotkać można w inwentarzach Klucza Muszyńskiego z 1732 roku. Obecnie istniejąca kordegarda wystawiona w miejscu dawnej, pochodzi z przełomu XVIII i XIX w. Jest to budynek parterowy, mury i otynkowane. Czterospadowy dach z wysuniętym okapem i lukarnami w poddaszu, kryty czerwoną dachówką. Od frontu widoczny ganek z dachem dwuspadowym.
- **Zabytkowy zespół szeregowej mieszczańskiej zabudowy mieszkalnej** przy ul. Kościelnej pochodzi w większości z przełomu XIX i XX w. Na uwagę zasługują budynki o numerach 7, 18, 41, 46, 49, 51, 54, 55, 57, 59, 61, 75. Domy ustawione są w jednej linii równoległe do ulicy. Charakterystycznym elementem architektonicznym, są drewniane bramy w elewacji frontowej z półkolistym nadprożem. Na szczególną uwagę zasługuje dom z nr 7, w którym mieściła się prawdopodobnie w 1770 roku kwatera konfederatów barskich.
- **Kapliczka św. Jana Nepomucena** ustawiona w północnej części Rynku, została zbudowana na przełomie XVIII i XIX wieku w stylu klasycystycznym. Dach namiotowy kryty białą wieńczy kopułka z krzyżem. W ścianie frontowej znajduje się metalowa bramka z herbem Muszyny, a w ścianach bocznych oszklone półkoliste okna. Kapliczka na początku XX w. pełniła funkcję ołtarza w czasie obchodów Święta Bożego Ciała.
- **Kapliczka św. Floriana** usytuowana w południowej części Rynku powstała na przełomie XVIII i XIX w., prawdopodobnie po wielkim pożarze w 1763 r. Zbudowana jest w stylu klasycystycznym na planie kwadratu. Dach namiotowy kryty białą wieńczy cebulasta kopułka z krzyżem. Mury i otynkowane ściany zdobią półkoliste arkady, zastawione drewnianymi bramkami. Wewnątrz polichromowana rzeźba św. *Floriana* z XVIII wieku. Kapliczka na początku XX w. pełniła funkcję ołtarza w czasie obcho-

- dów Święta Bożego Ciała. Od 1997 r. w kapliczce urządzana jest szopka.
- **Kościół p.w. św. Józefa Oblubieńca.** Wjazdu do miasteczka strzeże biała, wysmukła budowla otoczona kamiennym murem. Została wzniesiona w latach 1676-1728 z kamienia i cegły, a następnie otynkowana. Ściany zewnętrzne podzielone pilastrami, nad nimi przebiega gzyms konsolkowy. Dobrze widoczne otwory strzelnicze oraz nietypowe usytuowanie - w przewężeniu doliny Muszynki, świadczą o charakterze obronnym obiektu. Nie jest to jednak zamek. Kolejny szczegół architektoniczny - nad dwuspadowym dachem wznosząca się barokowa wieżyczka na sygnaturkę z latarnią i baniastym Chetmem zakończona łacińskim krzyżem - wskazuje nam, że jest to kościół. Mimo, że niegdyś mógł odstraszać nieproszonych gości, dzisiaj przyjaźnie wita przyjeżdżających szosą z kierunku Krynicy. Oświetlony nocą robi imponujące wrażenie. Świątynia pierwotnie postawiona na planie krzyża, jednak powodzie w XVIII i XIX wieku zniszczyły prawe i lewe skrzydło, jednonawowa z czteroprzęstową nawą zakończoną węższym, zamkniętym półkoliście prezbiterium. Elewację zewnętrzną zwieńcza trójkątny przyczółek, a pod nim zachęcający do wejścia zabytkowy portal. Wewnątrz sklepienia krzyżowe na gurtach przechodzące w przyściennie filary zakończone gzymsem. Na ścianach polichromia autorstwa J. S. Steca odnowiona na Jubileusz 2000-lecia Chrześcijaństwa. Przed prezbiterium barokowa belka tęczowa ze sceną ukrzyżowania. Główny ołtarz klasycystyczny z rzeźbą Matki Bożej z Dzieciątkiem z ok. 1470 r. zaślaniają barokowym obrazem patrona kościoła - św. Józefa. Na ołtarzu ustawione renesansowe tabernakulum w kształcie świątyni jerozolimskiej, ozdobione płaskorzeźbą zwiastowania. W antependium kurdybany, przywiezione przez hetmana Jabłonowskiego, wracającego po wiktorii wiedeńskiej w 1683 r. Po obu stronach prezbiterium wczesnobarokowe ołtarze,

w prawym (od strony wejścia) obraz św. *Jana Chrzyciela*, w lewym obraz *śmierci św. Józefa*. Po obu stronach nawy głównej sześć kolejnych ołtarzy. Bliższe ołtarza głównego - późnobarokowe z obrazami, po prawej stronie św. *Sebastiana*, po lewej *Najświętszego Serca Pana Jezusa*, który stanowi zasłonę dla wizerunku *Matki Bożej Wspomożenia Wiernych*, w antependium obu ołtarzy kurdybany; środkowe - rokokowe z obrazami św. *Antoniego* i *Matki Bożej Różańcowej*; bliższe wejścia - późnobarokowe z obrazami *Ukrzyżowania Pana Jezusa* i św. *Teresy z Avila*. Pod tęczę późnobarokową chrzcielnicą, podtrzymywana przez dwa anioły, za chrzcielnicą zapełek z obrazem *Chrztu Pana Jezusa w Jordanie*. Po drugiej stronie nawy późnobarokowa ambona, bogato zdobiona liśćmi akantu, zwieńczona figurką św. Michała Archanioła, ważącego ludzkie czyny. Poniżej, w niszach, figurki ewangelistów, kosz ambony ozdobiony jest trzema wizerunkami nauczającego Jezusa. Na ścianach obrazy św. *Marii Magdaleny* i św. *Anny Samotrzeciej* oraz stacje Drogi Krzyżowej. Nad wejściem witraż przedstawiający św. Józefa.

- W kaplicy bocznej neogotycki ołtarz z obrazem *Jezusa Miłosiernego*, relikwiarz św. Faustyna, cztery obrazy ewangelistów oraz figurki św. Otylii i św. Jadwigi Śląskiej, obie z ok. 1470 r. Figurki wraz z rzeźbą *Matki Bożej przywędrowały z Wawelu*. W zakrystii obrazy *Bp Piotra Gembrickiego* - fundatora kościoła oraz *Bp Andrzeja Żaluskiego* - konsekratego świątyni. W obwodzie muru dzwonnica z 1803 r. w kształcie arkady, z trzema dzwonnami oraz kapliczka z przetomu XVIII i XIX w. z rzeźbą Chrystusa przy śtupie wykonana w stylu barokowo-ludowym.
- **Dawna plebania z pierwszej połowy XIX wieku.** Budynek murowany, z dachem czterospadowym krytym blachą. Od frontu widoczny ganek na dwóch śtupach. W piwnicach zachowała się stara studnia, a w obejściu stodoła i szopa.
  - **Cmentarz parafialny** powstał w XVIII w. Widoczne są ślady starych mogił

oraz kamienne i betonowe nagrobki z XIX i XX w. Grób Zygmunta Medveckiego, powstańca z 1863 r. i sybira-ka. Mogiła żołnierzy z I Wojny Światowej. Pomnik ku czci ofiar II Wojny światowej. Na zboczu znajduje się klasycystyczna kaplica z XIX w., z grobami rodziny Krynickich.

### Małopolski Szlak Architektury Drewnianej:

- **Drewniana Cerkiew p.w. św. Jakuba Młodszego Apostoła w Powroźniku** zbudowana prawdopodobnie w latach 1604-1606. Wewnątrz zachowany został wystrój cerkiewny z najstarszymi a zarazem najbardziej cennymi zabytkami tej sztuki na obszarze dawnego „klucza muszyńskiego”. W zakrystii niezwykle dziś rzadko spotykana polichromia figuralna z 1637 r. Ikonostas z XVII w. wykorzystany częściowo jako tyło barokowego ołtarza głównego, w którym znajduje się ikona *Matka Boża z Dzieciątkiem* również z XVII w. Pozostałe ikony umieszczone na bocznych ołtarzach mają także unikatową wartość. Do najstarszych zabytków należy rokokowa ambona z 1700 r. i dzwon z 1615 r. Od 1951 r. kościół rzymskokatolicki.
- **Drewniana Cerkiew p.w. św. Dymitra w Leluchowie** z 1861 r. zbudowana w stylu zachodnio-łemkowskim. Wewnątrz polichromia ornamentalna z początku XX w. oraz częściowo zachowane wyposażenie cerkiewne. W dobrym stanie zachował się ikonostas rokokowo-klasycystyczny z ikonami z 1895 r. prawdopodobnie autorstwa Antoniego i Michała Bogdańskich. Zachowały się dwie ikony: *Veraicon* prawdopodobnie z przełomu XVIII/XIX w. oraz datowana na 1722 rok ikona *św. Mikołaja*. Z wyposażenia przetrwały także krzyże procesyjne i feretrony. Obecnie kościół rzymskokatolicki p.w. Macierzyństwa Najświętszej Marii Panny. Strych cerkwi wykorzystany jest przez kolonię rozrodczą podkowca małego jednego z gatunków nietoperza najbardziej zagrożonego wyginieciem w Europie. Kolonia liczy ok. 135 osobników i na-

leży do najcenniejszych stanowisk tego typu w Polsce.

- **Drewniana Cerkiew p.w. św. Michała Archanioła w Dubnem** z 1863 r. Wewnątrz zachowane wyposażenie cerkiewne z XIX w. Ikonostas rokokowo-klasycystyczny z sześcioma ikonami z 1895 r. pędzla Antoniego Bogdańskiego. Autor ten oprócz figuralnie przedstawionych świętych: św. Mikołaja, św. Michała, Matki Boskiej z dzieciątkiem, Chrystusa Nauczającego, św. Szczepana i św. Wawrzyńca, namalował również scenę przedstawiającą Chrystusa modlącego się w Ogrójcu. Ikona ta pochodzi z ołtarza z ikonostasem. Najstarszym zabytkiem cerkwi jest ikona barokowa *Ukrzyżowanie i Złożenie do Grobu*. Po wysiedleniu ludności łemkowskiej w latach 1945-47, cerkiew została przemianowana na kościół rzymskokatolicki.
- **Drewniana Cerkiew p.w. św. św. Kosmy i Damiana w Wojkowej** z 1792 r. Zbudowana w stylu zachodnio-łemkowskim. Wewnątrz zachowany wystrój cerkiewny. Najstarszym, a zarazem w całości zachowanym zabytkiem, jest rokokowy ikonostas z XVIII w. w typie ikonostasu karpackiego. Jego schemat sprowadza się do pięciu warstw ikon, w dolnej części rozdzielonych Wrotami Carskimi i Diakońskimi. Dolną część ikonostasu tworzą ikony główne (namiestne), kolejny rząd to prazdniki oraz mandylion, powyżej apostołowie, nad którymi znajdują się prorocy i ojcowie kościoła. Pośrodku, pomiędzy nimi znajduje się Chrystus Tronujący. W koronie ikonostasu są patriarchowie. Po wysiedleniu ludności łemkowskiej w latach 1945-47, cerkiew została przemianowana na kościół rzymskokatolicki.
- **Drewniana Cerkiew p.w. św. Łukasza w Jastrzębiku** z pierwszej połowy XIX w. Wewnątrz polichromia ornamentalna z 1806 r. oraz dziewiętnastowieczny ikonostas barokowo-klasycystyczny z osiemnastowiecznymi ikonami. Jedyną dokładnie datowaną ikoną jest *Chrystus Dobry Pasterz* wykonany w 1775 r. w stylu barokowo-ludowym. Wpły-

wy bizantyjskie w wystroju widoczne są w siedmiu ikonach *Deesis* z apostołami z połowy XVII w., które znajdują się na parapecie chóru. Obecnie kościół rzymskokatolicki.

- **Drewniana Cerkiew p.w. św. Dymitra w Szczawniku z 1841r.** Wewnątrz wystrój charakterystyczny dla sakralnego greckokatolickiego budownictwa byłego „klucza muszynskiego”. Większość zabytków pochodzi z XIX w., jednak część ma wcześniejszy rodowód. Późnobarokowy ołtarz boczny z 1729 r. z ikoną *Przemienienia Pańskiego* i obrazem *Chrystusa w Grobie*. W ołtarzu bogata ornamentyka roślinno-geometryczna. Dzwon z 1707 r. Obrazy ludowe: wotywny z 1854 r. *Ukrzyżowanie* i ikona *św. Barbary* z 1867r. Późnobarokowy ikonostas z przełomu XVIII i XIX w. Obecnie kościół rzymskokatolicki.
- **Drewniana Cerkiew p.w. św. św. Kosmy i Damiana w Miliku.** Zbudowana w 1813 r. w stylu zachodniołemkowskim. Wewnątrz polichromia ornamentalna z 1930 r. Ikony *Opłakiwanie Chrystusa* z 1700 r., *Pieta* z XVII w. Niekompletny ikonostas rokokowo-klasycystyczny z 1806 r. Feretrony z ludowymi ikonami Chrystusa na Krzyżu z XVIII w. obrazy *Trójcy* i *Matki Boskiej z Dzieciątkiem* z XIX w. Obecnie kościół rzymskokatolicki.
- **Drewniana Cerkiew p.w. św. Dymitra w Złockiem** powstała w latach 1867-72 w stylu zachodniołemkowskim. Wewnątrz klasycystyczno-rokokowy ikonostas z II połowy XIX w. oraz polichromia figuralno-ornamentalna z 1873 r. Trzy ołtarze boczne w stylu rokokowym z XIX w. Barokowy krucyfiks. Barokowo-ludowy obraz *Chrystusa u słupa* pochodzący z XVIII w. Ikona *Ukrzyżowanie* z 1875 r. oraz *św. św. Cyryl i Metody* z 1870 r. Chrzcielnica z 1963 r. Od 1951 roku kościół rzymskokatolicki p.w. *Narodzenia Najświętszej Marii Panny*.
- **Drewniana Cerkiew p.w. Zaśnięcia Bogurodzicy w Andrzejówce z 1864r.** Wewnątrz późnobarokowy ołtarz z XVIII w. Widoczne niktę ślady malowanego fryzu arkadowego. Niekompletny już dziś ikonostas z XVIII w. Na uwagę zasługują ikony *Matki*

*Boskiej* i *św. Mikołaja*. Obecnie kościół rzymskokatolicki p.w. *Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny*.

- **Murowana Cerkiew p.w. św. Michała Archanioła w Zegiestowie.** Zbudowana w latach 1917-1925 na planie krzyża greckiego, w tradycji budownictwa cerkiewnego. Wystrój wnętrza, częściowo neoromański z okresu 1959-1960. Z dawnego wyposażenia pozostały feretrony z ludowymi ikonami *Zwiastowania* i *Ukrzyżowania Chrystusa Pantokratora* z 1784 r., kielich barokowy z XVIII w., rzeźbiony lichtarz paschalny z przełomu XVIII i XIX w. oraz obraz *Chrystusa w grobie* namalowany na blasze. Cerkiew przemianowana na kościół rzymskokatolicki p.w. *św. Anny* i *św. Michała* w latach 1946-1947.

Szeroka oferta bazy noclegowej gminy zadowoli każdego. Przytulne kwatery agroturystyczne, pensjonaty, domy wczasowe, sanatoria i hotele oferują ponad 4000 miejsc.

W okresie od maja do września organizowane są liczne imprezy kulturalne, podczas których występują gwiazdy polskiej estrady, w tym cykliczne: *Piknik Majowy*, *Noc Świętojańska*, *Święto Wód Mineralnych*, *Jesień Popradzka*. W bibliotece organizowane są wystawy prac miejscowych i zaprzyjaźnionych z Muszyną artystów. Emocji sportowych na najwyższym poziomie dostarczają mecze siatkówki kobiet. Miejscowy zespół, trzykrotny Mistrz Polski, walczy o najwyższe laury w polskiej lidze, a także w europejskich pucharach.



dr n. med. ZBIGNIEW TETER  
Zastępca Prezesa ds. Służb Mundurowych NFZ

# **PERSPEKTYWY FINANSOWANIA LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA**

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym lecznictwa uzdrowiskowego, przez Narodowy Fundusz Zdrowia odbywa się w oparciu o prognozę kosztów oraz projekty planów finansowych przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

Podział ogółu środków pomiędzy Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, dokonuje się zgodnie z art. 118 ust.3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzeniem ministra z dnia 18 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy Centralę i Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych.

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2007 - 2009 r. systematycznie wzrastał z 386 001 000 pln w roku 2007, poprzez wzrost w 2008 r. do kwoty 526 928 000 pln oraz do kwoty 736 980 000 pln w roku 2009. Równoległe wzrastała także wartość kontraktów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

#### Plan finansowy NFZ i wartości kontraktów w latach 2007 - 2009

Lata	Plan finansowy	Wartość kontraktów	Udział %
2007	386 001 000	385 184 403	99,79%
2008	526 928 000	498 455 716	94,60%
2009	736 980 000	668 783 250	90,75%

Procentowy wzrost planu finansowego na 2009 r. w odniesieniu do roku poprzedniego wynosił 40%, zaś procentowy wzrost wartości kontraktów w analogicznym odniesieniu wynosił 34,17%.

Lata	Procentowy wzrost	
	planu finansowego	wartości kontraktów
2008/2007	36,51%	29,41%
2009/2007	90,93%	73,63%
2009/2008	39,86%	34,17%

Na uwagę zasługuje fakt, iż w 2009 roku procentowy wzrost planu finanso-

wego w stosunku do roku 2007 wyniósł aż 90,93%, zaś procentowy wzrost wartości kontraktów odpowiednio do 73,63%.

Narodowy Fundusz Zdrowia zrealizował postanowienia zawarte w dniu 1 lutego 2007 roku, zgłoszone przez Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”. Zgodnie z postanowieniami „Porozumienia Trójstronnego” Narodowy Fundusz Zdrowia:

- wyrównał stawki osobodnia w zakładach podległych MSP do wysokości stawek w resortowych zakładach lecznictwa uzdrowiskowego;
- włączył do cen osobodnia środki przekazane na podwyżki płac;
- zwiększył na 2008 rok środki na lecznictwo uzdrowiskowe do poziomu 1, 2%, a w 2009 roku - do 1,4%;
- zawarł umowy w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe na okres 3 lat;
- wprowadził nowe produkty kontraktowe takie jak: rehabilitacja uzdrowiskowa w warunkach szpitala i sanatorium uzdrowiskowego.

Zatwierdzenie planu finansowego przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów, następuje w terminie do dnia 14 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan. Podstawę prawną zatwierdzenia planu finansowego stanowi art. 121 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wysokość planu finansowego na 2010 rok, w odniesieniu do rodzaju świadczeń lecznictwo uzdrowiskowe, uwarunkowana jest między innymi wprowadzeniem, zgodnie z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (druk 1590), gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w tym gwarantowanego świadczenia w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego (art. 1 ust. 4 projektu ustawy).

Poziom lub sposób finansowania danego świadczenia opieki zdrowotnej (w tym wypadku gwarantowanego świadczenia w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego), lub warunki jego realizacji zostanie określony przez ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze rozporządzeń, określających wykazy gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach. Podstawę prawną poziomu lub



sposobu finansowania danego gwarantowanego świadczenia opieki zdrowotnej stanowi art. 31d. 1. projektu ustawy.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych w zakresie lecznictwa uzdrowskiego w swych zapisach określi:

1. wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie lecznictwa uzdrowskiego, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”, przysługujących świadczeniobiorcom;
2. poziom i sposób finansowania świadczeń gwarantowanych;
3. warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym:
  - wymagania minimalne, jakie powinien spełniać świadczeniodawca przy udzielaniu tych świadczeń;
  - zabiegi w profilach leczniczych, spośród których świadczeniodawca ustala program leczenia balneologicznego dla dzieci;
  - zabiegi w profilach leczniczych, spośród których świadczeniodawca ustala program leczenia balneologicznego dla dorosłych;
  - zabiegi w profilach leczniczych, spośród których świadczeniodawca ustala program leczenia balneologicznego dla dorosłych w ramach rehabilitacji, z uwzględnieniem jednostek chorobowych wg ICD 10;
4. wysokość częściowej odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowskowym.



dr n. med. JADWIGA KAWWA  
Dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

# **NOWE KIERUNKI REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS**

Z doświadczeń wielu instytucji ubezpieczeń społecznych na świecie wynika, że rehabilitacja lecznicza jako podstawowa forma realizacji działań w zakresie prewencji rentowej jest najbardziej skutecznym sposobem zapobiegania lub zmniejszenia stopnia niezdolności do pracy. Dzięki programowi rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej osoby ubezpieczone zyskują nie tylko poprawę stanu zdrowia i funkcjonowania organizmu, ale otrzymują szansę odzyskania lub poprawy utraconej w wyniku procesu chorobowego zdolności do pracy. Należy w tym miejscu podkreślić, że działania prewencyjne są spełnieniem jednego z podstawowych obowiązków lekarza: zapobiegania i przeciwdziałania chorobie oraz jej następstwom.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych analizując polskie potrzeby w omawianym zakresie oraz opierając się na wzorach instytucji ubezpieczeń społecznych wielu krajów, wdrożył w 1996 roku działania dotyczące prewencji rentowej, w tym w szczególności rehabilitację leczniczą, co było zbieżne z kierunkami działań w Unii Europejskiej i na świecie.

Pogram rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzony jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych we współpracy z krajowymi ośrodkami rehabilitacyjnymi na podstawie zapisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74 ze zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. Nr 131, poz. 1457).

Celem w/w programu jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. Dlatego też rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS jest prowadzona w tych grupach schorzeń, które stanowią najczęstszą przyczynę niezdolności do pracy.

## Obecnie program rehabilitacji jest realizowany w:

- schorzeniach narządu ruchu (system stacjonarny i ambulatoryjny),
- schorzeniach układu krążenia (system stacjonarny i ambulatoryjny, a począwszy od 18 maja 2009 r. w ramach programu pilotażowego rehabilitacji monitorowanej telemedycznie),
- schorzeniach psychosomatycznych (system stacjonarny),
- schorzeniach układu oddechowego (system stacjonarny).

ZUS nie posiada własnych ośrodków rehabilitacyjnych, prowadzi rehabilitację na podstawie umów cywilno - prawnych zawieranych z krajowymi placówkami medycznymi. Ich wybór dokonywany jest wyłącznie w drodze postępowania konkursowego.

Z roku na rok poszerza się zakres prowadzonej działalności i tak w roku 2008 zawarto 94 umowy z 58 ośrodkami rehabilitacyjnymi, natomiast na 2009 rok zawarto już 101 umów z 67 ośrodkami rehabilitacyjnymi, na łączną liczbę 73 652 miejsca, gdyż program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS obejmuje około 70 tys. osób ubezpieczonych rocznie.

Co ważne w bieżącym roku polskie uzdrowiska posiadające wysokokwalifikowaną kadrę specjalistyczną i dbające o właściwy poziom stosowanych procedur medycznych oddają do dyspozycji osób kierowanych przez ZUS 57 444 miejsca.

Należy podkreślić, że w 2009 roku aż 8 ośrodków rehabilitacyjnych przystąpiło do współpracy z Zakładem po raz pierwszy. Współpracujące z ZUS placówki medyczne zlokalizowane są zarówno w polskich uzdrowiskach, jak i na terenie dużych aglomeracji miejskich.

Prowadzona w Zakładzie analiza statystyczna dotycząca przyczyn powstawania niezdolności do pracy wskazuje, że od kilku lat choroby układu krążenia są główną przyczyną niezdolności do pracy (w 2007 roku stanowiły 23,2% pierwszorazowych orzeczeń ustalających niezdolność do pracy wydawanych do celów rentowych), natomiast na drugim miejscu (odpowiednio 20,0%) znajdują się schorzenia onkologiczne.

Dlatego też Zakład Ubezpieczeń Społecznych uruchamia w formie pilotażowej nowe programy rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w tych grupach schorzeń.

***Pilotażowy program rehabilitacji leczniczej w schorzeniach układu krążenia w systemie ambulatoryjnym z monitorowaną telemedycznie rehabilitacją w warunkach domowych*** - Potrzeby w zakresie prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej są bardzo duże, ponieważ coraz większa liczba osób zdaje sobie sprawę z jej korzystnego wpływu na stan zdrowia poprzez uzyskanie poprawy wydolności ogólnej i zwiększenie tolerancji wysiłku.

W dobie ogromnego postępu w kardiologii - w zakresie farmakoterapii, kardiologii inwazyjnej oraz kardiochirurgii - ukierunkowanego na zmniejszenie śmiertelności i poprawę jakości życia, rośnie znaczenie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej również w aspekcie przywracania zdolności do pracy osobom z chorobami układu krążenia. Monitorowana telemedycznie rehabilitacja w warunkach domowych zwiększa przede wszystkim dostępność do rehabilitacji kardiologicznej. Jest to szczególnie ważne dla osób, którym obowiązki domowe i rodzinne nie pozwalają na skorzystanie z pełnego turnusu rehabilitacyjnego w oddalonych od miejsca zamieszkania ośrodkach rehabilitacyjnych, czy też kilkutygodniowego codziennego zgłaszania się do placówki ambulatoryjnej w celu realizacji programu.

Począwszy od 18 maja 2009 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych wprowadził w formie pilotażowej program rehabilitacji w schorzeniach układu krążenia w systemie ambulatoryjnym z monitorowaną telemedycznie rehabilitacją w warunkach domowych. Omawiany program składa się z trzech części. W I etapie realizowanym w ośrodku rehabilitacyjnym oceniany jest stan kliniczny pacjenta i zostaje przeprowadzone kwalifikacja do odpowiedniego modelu rehabilitacji kardiologicznej. W konsekwencji zostaje zaplanowany i wdrożony do realizacji indywidualnie ustalony program rehabilitacji. Realizowane są ponadto: edukacja zdrowotna i rehabilitacja psychologiczna obejmująca między innymi psychoedukację, treningi relaksacyjne, psychoterapię zbiorową oraz

indywidualną. Szczególnym elementem tego etapu jest przeszkolenie pacjentów a zakresie trybu rehabilitacji domowej prowadzonej w II etapie oraz w zakresie obsługi sprzętu do przesyłania danych medycznych w tym zapisów EKG.

Podczas II etapu (w warunkach domowych) pacjent samodzielnie wykonuje program ćwiczeń fizycznych będąc w stałym kontakcie z ośrodkiem rehabilitacyjnym sprawującym nad jego aktywnością i stanem zdrowia telemedyczny nadzór. Program w tym etapie rozpoczyna się przekazaniem do ośrodka porannych wartości ciśnienia tętniczego krwi i wagi ciała. Według tych parametrów jest ustalony program ćwiczeń fizycznych, które pacjent ma wykonać w określonym czasie i określonym rytmie. W celu możliwości stałego monitorowania wpływu wykonywanej aktywności na układ krążenia, pacjent (samodzielnie) instaluje zestaw do monitorowania zapisu EKG, a następnie ćwiczy zgodnie z przekazanym instruktażem. Dzięki technologii teletransmisji, rejestruje i przesyła do ośrodka zapis EKG, co umożliwi modyfikację prowadzonych ćwiczeń. W każdej chwili może też sam skontaktować się z nadzorującym personelem.

W III etapie programu, ponownie w ośrodku rehabilitacyjnym, zostaje przeprowadzona końcowa ocena stanu klinicznego pacjenta po zakończeniu rehabilitacji oraz medyczna ocena efektu rehabilitacji w aspekcie odzyskania zdolności do pracy. Pacjent dokonuje także oceny pracy ośrodka rehabilitacyjnego i efektów rehabilitacji wyrażając swoją opinię w anonimowej ankiecie.

Oczekuje się, że w stosunku do pozostałych form rehabilitacji kardiologicznej rehabilitacja monitorowana telemedycznie przyniesie osobom kierowanym przez ZUS konkretne korzyści, między innymi:

- zmniejszenie obciążeń związanych z dojazdem do ośrodka rehabilitacyjnego,
- możliwość pogodzenia rehabilitacji z obowiązkami rodzinnymi i zawodowymi,
- nauka aktywności fizycznej w warunkach domowych,
- poprawa motywacji do samodzielnego kontynuowania aktywności fizycznej po zakończeniu cyklu rehabilitacji.

Rozpoczęta 18 maja 2009 r. realizacja programu pilotażowego w zakresie kardiologii z wykorzystaniem monitorowania telemedycznego potrwa 6 miesięcy tj. do końca października 2009 r. Program będzie prowadzony przez:

- Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie,
- Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie,
- Centrum Kardiologiczne „PRO COR-DE” we Wrocławiu.

Powyższe ośrodki rehabilitacyjne będą realizować program rehabilitacji podczas trwających 24 dni turnusów rehabilitacyjnych, przy czym dla wygody pacjenta jego pobyt w placówce uwzględnia możliwość prowadzenia zajęć terapeutycznych przez 6 dni w tygodniu.

#### **Pilotażowy program rehabilitacji leczniczej w schorzeniach onkologicznych**

- *u osób po operacji nowotworu gruczołu piersiowego,*
- *u kobiet po operacji nowotworu narządu rodowego.*

O potrzebach w zakresie wdrożenia powyższego programu może świadczyć fakt, że jednym z podstawowych celów wieloletniego „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych” obejmującego lata 2007 - 2015 określonego w *ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych”* (Dz. U. Nr 143, poz. 1200 ze zm.) jest upowszechnianie współczesnych metod rehabilitacji u osób ze schorzeniami onkologicznymi.

W tej grupie schorzeń jeśli choroba zostanie rozpoznana w jej wczesnym stadium - szczególnie istotnym warunkiem uzyskania poprawy rokowania co do powrotu do zdrowia, a u części chorych powrotu do aktywności zawodowej jest wczesne włączenie intensywnego leczenia i rehabilitacji. Oczywiście wskazania do rehabilitacji w schorzeniach onkologicznych powinny być ustalane indywidualnie, zależnie od stanu klinicznego, ale zawsze powinny być uwzględnione następujące podstawowe kryteria:

- zakończenie pełnego postępowania diagnostycznego i wykluczenie

obecności przerzutów oraz stanów przedrakowych lub raka przedinwazyjnego,

- zakończenie onkologicznego leczenia pierwotnego (operacyjnego i / lub radioterapii), przy czym kontynuowanie leczenia farmakologicznego w opinii onkologów nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania do rozpoczęcia rehabilitacji,
- niski stopień zaawansowania choroby.

Program pilotażowy będzie dotyczył dwóch rodzajów schorzeń onkologicznych i będzie obejmował rehabilitację osób po operacji nowotworu gruczołu piersiowego i kobiet po operacji narządu rodowego.

Należy podkreślić, że w obu tych przypadkach występują konkretne dysfunkcje organizmu związane z samym schorzeniem, stanem po operacji oraz z zastosowaną terapią onkologiczną. Są to:

- 1) w stanie po operacji gruczołu piersiowego:
  - obrzęk limfatyczny i upośledzenie funkcji kończyny górnej po stronie operowanej,
  - zaburzenia psychiczne towarzyszące chorobie nowotworowej,
  - inne np. kardiomiopatia poantracyklinowa;
- 2) w stanie po operacji nowotworu narządu rodowego:
  - obrzęk limfatyczny kończyn dolnych,
  - zaburzenia czynności pochwy, pęcherza moczowego, odbytnicy i osłabienie siły mięśniowej,
  - zaburzenia psychiczne towarzyszące chorobie nowotworowej.

Rodzaj przedstawionych dysfunkcji warunkuje formę prowadzonego programu rehabilitacji i dlatego rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej w w/w schorzeniach onkologicznych będzie miała charakter kompleksowy, a program pilotażowy obejmie:

- **rehabilitację fizyczną**, a w szczególności kinezyterapię indywidualną i grupową (w tym ćwiczenia oddechowe), drenaż limfatyczny, kompresoterapię z wykorzystaniem pomp pneumatycznych lub/i wielowarstwowego bandażowania mało elastycznym, gęsto tkanym bandażem, masaże klasyczny, ćwiczenia w wodzie, pływanie i zabiegi z zakresu wodolecznictwa;

- **rehabilitację psychologiczną** prowadzoną przez psychologów klinicznych i obejmującą między innymi psychoedukację, psychoterapię indywidualną i grupową oraz serię treningów relaksacyjnych;
- **edukację zdrowotną** - w szczególności w zakresie profilaktyki urazów i higieny skóry, naukę automasażu, przekaz wiedzy o procesie chorobowym, naukę umiejętności życia z chorobą oraz naukę zasad prawidłowego żywienia, w tym pokazy dotyczące diety przeciwnowotworowej.

Przygotowanie realizacji pilotażowego programu rehabilitacji leczniczej w schorzeniach onkologicznych wymaga przede wszystkim przeprowadzenia postępowania konkursowego na wybór ośrodków rehabilitacyjnych do współpracy z Zakładem w powyższym zakresie.

Zgodnie z treścią ogłoszenia o przeprowadzeniu konkursu ofert na wybór ośrodka rehabilitacyjnego zlokalizowanego w Warszawie do realizacji programu w trybie ambulatoryjnym oraz zlokalizowanego w Ustroniu do realizacji programu w trybie stacjonarnym, w dniu 15 czerwca nastąpi otwarcie złożonych do ZUS ofert.

Realizacja programu pilotażowego w schorzeniach onkologicznych u osób po operacji gruczołu piersiowego i u kobiet po operacji nowotworu narządu rodowego potrwa 6 miesięcy tj. do końca listopada 2009 r. i będzie obejmować sześć 24 - dniowych turnusów rehabilitacyjnych, przy czym zajęcia terapeutyczne będą prowadzone przez 6 dni w tygodniu.

Prowadzona w ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z Zakładem kompleksowa rehabilitacja medyczna ma na celu poprawę stanu zdrowia w stopniu umożliwiającym podjęcie pracy. Indywidualnie ustalony program rehabilitacji uwzględnia przede wszystkim powstającą w wyniku choroby dysfunkcję organizmu, aktualną wydolność oraz schorzenia współistniejące. Poza przeprowadzeniem niezbędnych procedur diagnostycznych, w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji stosowane są przede wszystkim: kinezyterapia indywidualna, zbiorowa i ćwiczenia w wodzie, zabiegi fizykoterapeutyczne oraz rehabilitacja psy-

chologiczna i edukacja zdrowotna. Co bardzo ważne, po opuszczeniu ośrodka rehabilitacyjnego większość z osób korzystając z wiedzy zdobytej podczas realizacji programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS zmienia swój dotychczasowy styl życia na bardziej „prozdrowotny”, a kontynuując rehabilitację w warunkach domowych eliminuje lub opóźnia proces powstawania dysfunkcji organizmu. Jeśli efektywność przedstawionych wyżej programów pilotażowych zostanie oceniona pozytywnie, pozwoli to na rozszerzenie zakresu rehabilitacji. Poza tym wdrożenie do realizacji programów pilotażowych z pewnością przyczyni się do przywrócenia prawidłowego funkcjonowania w wymiarze psychofizycznym i społecznym oraz do odzyskania zdolności do pracy przynajmniej części osób poddanych rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w nowych profilach schorzeń.

Piśmiennictwo:

- 1) Kużdżał A. (red.) *Atlas rehabilitacji ruchowej*, Forum Poznań 2009,
- 2) Kwolek A. (red.) *Rehabilitacja medyczna*, Urban & Partner Wrocław 2004.
- 3) Mika T., Kasprzak W. *Fizykoterapia*, PZWL Warszawa 2004.
- 4) Ponikowska I. *Lecznictwo Uzdrawiskowe polską marką wśród krajów Unii*, Materiały z XVII Kongresu Uzdrawisk Polskich, Kudo-wa Zdrój 2008.
- 5) Straburzyńska-Lupa A., Straburzyński G. *Fizjoterapia z elementami klinicznymi*, PZWL Warszawa 2008.





dr ELŻBIETA BIŁOBRAN - UBERMAN  
Radca Prezesa KRUS

# REHABILITACJA LECZNICZA W SYSTEMIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ROLNIKÓW

## Rehabilitacja w prewencji rentowej

Zgodnie z definicją WHO; - „rehabilitacja oznacza kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych i zawodowych w celu usprawnienia osób z naruszoną sprawnością organizmu”.

Rehabilitacja lecznicza w Polsce istnieje dzięki pionierskiej działalności wybitnych polskich ortopedów - twórców znanej na świecie „Polskiej szkoły rehabilitacji” jako efekt trudnych wyzwań terapeutycznych i doświadczeń po II wojnie światowej, walki ze skutkami ran i urazów setek tysięcy ofiar wojny w latach 50-tych u. w.

Należy podkreślić, że twórcy tej szkoły profesorem: Antoni Dega i Marian Weiss są uznawani za prekursorów nowoczesnej rehabilitacji na świecie.

## Według Weissa rehabilitacja medyczna prawidłowo prowadzona musi być:

- 1) powszechna - to znaczy dostępna bezpłatnie każdemu kto jej potrzebuje;
- 2) wczesna;

Odpowiednio wcześnie zapoczątkowana rehabilitacja prowadzi do szybszego powrotu utraconych funkcji organizmu lub ukształtowania prawidłowych funkcji zastępczych, przed powstaniem niekorzystnych /szkodliwych/ stereotypów ruchowych lub czynnościowych.

- 3) kompleksowa;

Zespołowa z wykorzystaniem wszystkich dostępnych środków leczniczych i technicznych /zespół leczący/.

- 4) ciągła - polega na podjęciu i kontynuowaniu leczenia po leczeniu szpitalnym, w opiece ambulatoryjnej i w domu.

## DEFINICJE:

**Rehabilitacja lecznicza** - to proces leczenia, który umożliwia przyspieszenie procesów naturalnej regeneracji organizmu oraz zmniejszenie fizycznych i psychicznych skutków i następstw choroby. W leczeniu poważnych zwłaszcza trwałych uszkodzeń morfologicznych lub utraty funkcji organizmu włączone są elementy kompensacyjne i adaptacyjne.

**Kompensacja** - to proces, który wykorzystuje naturalne możliwości zastępcze or-

ganizmu, umożliwiając wyrównywanie i zastępowanie zaburzeń funkcjonalnych narządów lub ich brak, w sposób dynamiczny i plastyczny.

**Prewencja i rehabilitacja /lecznicza i zawodowa/** stanowią jedną z podstawowych zadań systemów zabezpieczenia społecznego w krajach UE.

Funkcjonujący w Polsce system ubezpieczeń społecznych także uwzględnia prowadzenie przez te instytucje działalności rehabilitacyjnej dla ubezpieczonych zagrożonych utratą zdolności do pracy.

**Konwencja nr.121 z 1964r. MOP** przyjęła, że świadczenia rzeczowe w postaci rehabilitacji należy realizować przy wykorzystaniu wszelkich możliwych środków.

W procesie rehabilitacji wyróżnia się trzy fazy działań: rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną.

Osoby niepełnosprawne na skutek uszkodzenia organizmu nie tracą w większości przypadków wszystkich sprawności. Przeciwnie zachowują zdolność wykonywania wielu czynności, a część ich po zidentyfikowaniu i kompensacyjnym możliwościom organizmu i ich utrwalaniu może stanowić podstawę do ich szkolenia lub kształcenia. U podstaw kompensacji leży fakt, że organizm ludzki charakteryzuje się dynamiczną /plastyczną/ zdolnością adaptacji do zaistniałych zmian.

**Rehabilitacja medyczna** ma na celu zapobieganie zagrażającej utracie zdolności do zarabkowania ubezpieczonego pracownika, poprzez poprawę stanu zdrowia i przywrócenie funkcjonalnej zdolności do pracy /zarabkowania/.

**Rehabilitacja zawodowa** ma na celu dostosowanie ubezpieczonego do wykonywania pracy zawodowej /po ustąpieniu objawów chorobowych i przystosowaniu funkcjonalnym organizmu/ poprzez:

- a) dostosowanie stanowiska pracy /narzędzi lub środków/,
- b) przeszkolenie zawodowe lub dostosowanie funkcjonalne pacjenta,
- c) naukę nowego zawodu.

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego została powołana do życia ustawą z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 98 Nr 7 poz. 25).

## Ustawa nałożyła na Kasę m .in. obowiązek:

- prowadzenia wszechstronnej działalności prewencyjnej mającej na celu ograniczenie liczby wypadków przy pracy rolniczej oraz
- udzielania rolnikom pomocy w odbyciu rehabilitacji leczniczej.

Finansową podstawę działalności Kasy w zakresie prewencji wypadkowej, a także rehabilitacji leczniczej stanowi fundusz prewencji i rehabilitacji.

Fundusz tworzony jest z odpisu od funduszu składkowego (finansującego świadczenia z ubezpieczenia chorobowego, wypadkowego, macierzyńskiego) i z dotacji państwowej.

Art. 64 ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników zobowiązuje KRUS do podejmowania działań na rzecz pomocy ubezpieczonym i osobom uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia (...), w szczególności do:

- kierowania na rehabilitację leczniczą do zakładów rehabilitacyjnych,
- prowadzenia zakładów rehabilitacji leczniczej,
- wspierania rozwoju rehabilitacji ambulatoryjnej na obszarach wiejskich (...).

Szczegółowe zasady reguluje **rozporządzenie w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne** (Dz.U.2005 r. Nr 74 poz. 657).

Rehabilitacja lecznicza realizowana za pośrednictwem Kasy jest rzeczowym świadczeniem zdrowotnym służącym zachowaniu, poprawie lub przywróceniu zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, udzielanym przez zakłady rehabilitacji leczniczej.

Na rehabilitację leczniczą kierowane są osoby:

- uznane okresowo za całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym,
- zagrożone całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym, które w wyniku dalszego leczenia i rehabilitacji rokują jej odzyskanie oraz

- dzieci osób uprawnionych do świadczeń KRUS.

Na rehabilitację leczniczą kierowane są osoby, które nie ukończyły 60 lat (kobiety) i 65 lat (mężczyźni) oraz spełniają jeden z następujących warunków:

- podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy w pełnym zakresie,
- podlegają ubezpieczeniu na wniosek w pełnym zakresie, nieprzerwanie co najmniej 18 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą (okres ten nie jest wymagany, gdy osoba uległa wypadkowi przy pracy rolniczej),
- mają ustalone prawo do okresowej renty rolniczej jeżeli zachowały zdolność do samodzielnej egzystencji.

**Podstawę skierowania na rehabilitację leczniczą stanowi:**

- prawomocne orzeczenie lekarza rzeczoznawcy Kasy/komisji lekarskiej Kasy lub
- wniosek o skierowanie sporządzony przez lekarza leczącego.

Kasa ponosi całkowite koszty rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej łącznie z kosztami zakwaterowania i wyżywienia. Osoba skierowana otrzymuje również zwrot kosztów dojazdu do zakładu rehabilitacji.

Rehabilitacja realizowana przez KRUS ma charakter ubezpieczeniowy i obejmuje dwie grupy chorobowe:

- układ ruchu
- układ krążenia

W latach 1992-2007 do oddziałów regionalnych Kasy wpłynęło ponad 340 tys. wniosków lekarskich ustalających wskazania do skierowania ubezpieczonego (rencisty) lub członków jego rodziny na rehabilitację.

Rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych w centrach i ośrodkach Kasy realizowana jest w formie turnusów rehabilitacyjnych trwających **21 dni**.

Okres trwania rehabilitacji leczniczej może być przedłużony lub skrócony w zależności od potrzeb zdrowotnych.

**Pacjent poddawany jest rehabilitacji leczniczej w ciągu 17 dni zabiegowych.** W czasie pobytu ma zapewnioną

całodobową opiekę lekarsko-pielęgniarską i wykonywane niezbędne badania pomocnicze.

Rokrocznie z rehabilitacji leczniczej za pośrednictwem Kasy korzysta ponad 14 tys. rolników. W ciągu 17 lat skierowano ponad 200 tys. osób.

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego prowadzi siedem zakładów rehabilitacji leczniczej: w Iwoniczu-Zdroju, Jedlcu, Kołobrzegu, Horyńcu- Zdroju, Szklarskiej Porębie, Świnoujściu i Teresinie, które jednorazowo mogą przyjąć prawie 1200 pacjentów.

Placówki te są nowoczesnymi obiektami o wysokim standardzie, gwarantującymi wysoki poziom świadczeń leczniczych i całodobową opiekę lekarsko-pielęgniarską.

Wszystkie zostały powołane jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i były pierwszymi o takim statusie placówkami w Polsce.

W placówkach tych realizowana jest przede wszystkim rehabilitacja osób z chorobami układu ruchu.

### Zakłady rehabilitacyjne KRUS



### Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS „NIWA” w Kołobrzegu



### Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu



### Ośrodek Szkoleniowo - Rehabilitacyjny KRUS w Teresinie



Oprócz rehabilitacji stacjonarnej - w centrach i ośrodkach Kasy prowadzona jest rehabilitacja lecznicza w warunkach dziennego pobytu (bez noclegu i wyżywienia) dla pacjentów zamieszkujących blisko naszych zakładów rehabilitacyjnych. Pacjent otrzymuje zabiegi wg zaleceń lekarskich i ma zapewnioną możliwość odpoczynku.

Od momentu podjęcia działalności rehabilitacyjnej Kasa współpracuje także z placówkami rehabilitacyjnymi innych gestorów - są to zakłady, do których kierowane są osoby głównie z chorobami układu krążenia.

W roku bieżącym Kasa kieruje osoby uprawnione do zakładów opieki zdrowotnej w Natęczowie, Kudowie-Zdroju. Organizacja turnusów w tych ośrodkach wygląda podobnie jak we własnych zakładach rehabilitacji leczniczej. Rolnicy mają zapewniony wysoki poziom usług leczniczych, całodobową opiekę lekarsko-pielęgniarską oraz całodzienne wyżywienie.

Wszyscy rolnicy kierowani na rehabilitację przez KRUS zobowiązani są jedynie do wniesienia, za pośrednictwem placówki rehabilitacyjnej, opłaty miejscowej na rzecz lokalnego samorządu.

Liczba osób, które odbyły rehabilitację leczniczą w podziale na grupy chorobowe w 2008 r.

Oddział, placówka	Ilość rehabilitacji	Grupy chorobowe																	
		Zakaźne i pasyżyniczne	Groźlica	Nowotwory	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	Choroby układu nerwowego	Choroby układu krążenia	Choroba nadeisnieńowa	Choroba niedokrwienia serca	Choroba układu oddechowego	Choroba układu trawiennego	Wzród zoiągka i dwunastnicy	Choroby skóry i tkanki podskórnej	Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	Choroby układu moczowo-płciowego	Cięża, poród i pobióg	Inne choroby niewymienione	Urazy, zatrucia i inne skutki działania czynności zwoertrnych	Pozostałe choroby
Białystok	401	3	0	0	0	40	26	12	10	0	0	0	0	261	0	0	0	71	0
Augustów	214	0	0	0	0	30	20	17	3	0	0	0	141	0	0	0	23	0	
Zambrów	355	0	0	0	0	37	19	5	14	0	0	0	247	0	0	0	52	0	
Bydgoszcz	320	0	0	0	0	46	13	7	6	0	0	0	249	0	0	0	12	0	
Grudziądz	277	0	0	0	1	32	8	3	3	0	0	0	190	0	0	2	44	0	
Włocławek	324	0	0	1	0	9	9	2	3	0	0	0	248	0	0	0	21	0	
Częstochowa	234	0	0	0	0	18	10	2	8	0	0	0	184	0	0	0	22	0	
Katowice	177	0	0	0	0	10	13	3	7	1	0	0	134	0	0	0	18	1	
Bielsko-Biała	129	0	0	0	0	12	10	3	5	2	0	0	92	0	0	0	13	0	
Gdańsk	255	0	0	0	0	34	9	5	2	0	0	0	199	0	0	0	13	0	
Słupsk	188	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	157	0	0	0	15	0	
Szturm	242	0	0	0	0	23	4	2	2	0	0	0	198	0	0	0	17	0	
Kielce	469	0	0	1	0	34	24	14	8	1	0	0	2 346	1	0	0	60	0	
Opatów	315	0	0	0	0	30	15	4	11	0	0	0	234	0	0	0	36	0	
Koszalin	128	0	0	0	0	5	12	2	7	0	0	0	94	0	0	0	17	0	
Szczecin	224	0	0	1	0	6	11	2	7	1	0	0	181	0	0	2	22	1	
Kraków	525	0	0	0	0	10	19	10	9	5	0	0	462	0	0	0	28	1	
Nowy Sącz	447	0	0	0	0	42	40	18	20	0	0	0	249	0	0	1	115	0	
Tarnów	419	0	0	0	0	52	34	20	13	0	0	0	284	0	0	0	48	1	
Lublin	573	0	0	0	0	166	33	14	17	1	0	0	295	0	0	0	78	0	
Radzyń Podlaski	351	1	0	0	0	25	8	7	1	0	0	0	259	0	0	0	58	0	
Biłgoraj	462	0	0	0	0	68	37	16	20	0	0	0	310	0	0	0	45	1	
Chelm	263	0	0	0	0	29	24	14	10	0	0	0	179	0	0	3	28	0	
Łódź	195	0	0	0	0	18	9	5	3	0	0	0	145	0	0	1	22	0	
Tomaszów Maz.	347	0	0	0	0	53	14	7	7	0	0	0	240	0	0	0	40	0	
Zduńska Wola	477	0	0	0	0	27	41	21	18	0	0	0	334	0	0	0	73	2	
Olsztyn	378	0	0	0	0	24	3	2	1	1	0	0	306	0	0	0	44	0	
Opole	328	0	0	0	0	8	16	3	10	1	0	0	266	0	0	2	35	0	
Poznań	305	0	0	1	0	13	40	19	20	0	0	0	224	0	0	0	27	0	
Konin	346	0	0	0	0	14	16	10	6	0	0	0	283	0	0	0	31	2	
Ostrów Wlkp.	385	0	0	0	0	36	36	14	15	7	0	0	266	0	0	6	33	1	
Piła	216	0	0	0	0	28	14	10	1	12	0	0	141	0	0	0	21	0	
Rawicz	237	0	0	0	0	10	19	10	8	1	0	0	181	0	0	0	26	0	
Rzeszów	401	0	0	0	0	48	33	16	15	0	0	0	284	0	0	0	36	0	
Jaśło	245	0	0	0	0	38	20	12	7	2	0	0	142	0	0	0	43	0	
Przeworsk	281	0	0	0	0	9	19	13	6	1	0	0	208	0	0	1	43	0	
Warszawa	237	0	0	1	0	24	7	3	2	2	0	0	186	1	0	0	16	0	
Ostrołęka	302	0	0	0	0	51	25	7	7	0	0	0	183	0	0	0	43	0	
Płock	253	0	0	0	0	15	1	0	1	0	0	0	213	0	0	0	24	0	
Radom	430	0	0	0	0	53	40	10	22	0	0	0	281	0	0	0	55	1	
Siedlce	406	0	0	0	0	67	34	12	20	0	0	0	235	0	0	0	69	1	
Żyrardów	205	0	0	0	0	18	18	9	8	0	0	0	144	0	0	0	25	0	
Ciechanów	343	0	0	0	0	72	32	16	15	0	0	0	213	0	0	0	26	0	
Wrocław	252	0	0	0	0	8	5	2	3	1	0	0	211	1	0	0	24	2	
Jelenia Góra	165	0	0	0	0	10	2	2	0	0	0	0	124	2	0	0	27	0	
Legnica	201	0	0	0	0	28	10	6	4	0	0	0	152	0	0	0	11	0	
Wałbrzych	162	0	0	0	0	9	12	4	8	2	0	0	128	0	0	0	11	0	
Zielona Góra	255	0	0	0	0	29	21	11	10	0	0	0	173	0	0	0	30	2	
Sułgcin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Razem	14 644	4	0	5	1	1484	885	416	403	41	0	0	3 10 492	5	0	17	1691	16	

## Rehabilitacja lecznicza w centrach i ośrodkach rehabilitacyjnych KRUS w 2008 roku

Centra/ Ośrodki	Liczba turnusów w roku	Liczba skierowań		Liczba osobodni / stawka			% Realizacji planowanej liczby osobodni 6:5	% realizacji planowanych wydatków na świadczenia rehabilitacyjne 9:8	Refundacja kosztów podróży do CRR
		Planowanych w roku	zrealizowanych	Planowanych w roku	zrealizowanych	W tym pustostany			
1	2	3	4	5	6	7	11	12	13
Horyniec	13	2800	2799	58800 76	58779	88666,30	99,96%	#ADR	41860,62
Iwonicz	15	2690	2690	56490 73	56490	81063,50	100,00%	#ADR	42630,50
Jedlec	15	2102	2103	44142 70	44142	108760,25	100,00%	#ADR	25715,32
Kołobrzeg	9	2766	2766	58086 75/76	57905	48365,20/66,20	99,68%	99,41%	62219,46
Swinoujście	12	988	988	2074875	20769	33465,20	100,10%	99,83%	28841,40
Szklarska Poręba	15	2599	2599	54579 76	54672	89266,50	100,17%	99,82%	50207,79
<b>Ogółem</b>	<b>79</b>	<b>13945</b>	<b>13945</b>	<b>292 845</b>	<b>292 757</b>	<b>4492</b>	<b>99,96%</b>	<b>99,71%</b>	<b>251475,09</b>

## Rehabilitacja rolników w placówkach współpracujących z Kasą w 2008r.

Zakład	Liczba turnusów w roku	Liczba skierowań		Liczba osobodni / stawka			% realizacji planowanej liczby osobodni 6:5	% Realizacji planowanych wydatków na świadczenia rehabilitacyjne 9:8	Refundacja kosztów podróży do zakładu
		Planowanych w roku	zrealizowanych	Planowanych w roku	zrealizowanych	W tym pustostany			
1	2	3	4	5	6	7	11	12	13
Sanatorium dla Rolników Należców	12	180	180	3780 77	3 780	62,50	100,00%	#ADR	1987,16
Szpital Uzd. „Jan Kazimierz” Duszniki-Zdrój	16	320	318	6720 73	6678	53 60,80	99,38%	#ADR	4647,00
Sanatorium „Budowlani” Augustów	16	201	201	4224 66	4221	44 53,50	100,00%	#ADR	2454,50
<b>Ogółem</b>	<b>44</b>	<b>701</b>	<b>699</b>	<b>14 721</b>	<b>14679</b>	<b>102</b>	<b>99,60%</b>	<b>#ADR</b>	<b>9088,66</b>

## Wielokrotna rehabilitacja KRUS

Lata	Pierwszy raz	Drugi raz	Trzeci raz	Czwarty raz	Piąty raz i kolejny
2008	52,3	23,1	12,8	7,3	4,5
2007	53,6	24,1	12,4	6,7	3,1
2006	56,8	24,6	10,9	5,9	1,9
2005	56,8	24,6	10,9	5,9	0,8
2004	65,2	22,4	9,9	2,1	0,4
2003	67,0	22,2	9,1	1,4	0,3
2002	68,4	21,8	8,2	1,3	0,3
2001	70,6	21,4	6,8	1,0	0,2
2000	74,9	18,5	5,9	,5	0,2
1999	77,1	17,0	4,7	1,0	0,2
1998	78,7	15,6	4,4	1,0	0,3

Warszawa, luty 2009r.

## Wykorzystanie miejsc rehabilitacyjnych

Centra KRUS		Horyniec			Szkłarska Poręba			Iwonicz			Jedlec		
L.p	Oddział Regionalny /Placówka Terenowa	Limit	wykorzystanie	%	Limit	wykorzystanie	%	Limit	wykorzystanie	%	Limit	wykorzystanie	%
1	2	3	4	5	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	Razem	1720	1715	99,71	1237	1299	105,01	1629	1630	100,06	1102	1112	100,91

Centra KRUS		Swinoujście			Kołobrzeg			Ogółem		
L.p	Oddział Regionalny /Placówka Terenowa	Limit	wykorzystanie	%	Limit	wykorzystanie	%	Limit	wykorzystanie	%
1	2	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	Razem	394	487	121,32	1510	1514	100,26	7592	7748	102,05

Opracowano w Biurze Prewencji i Rehabilitacji, Warszawa, marzec 2009r.

### Skierowania na rehabilitację KRUS

Podstawą skierowania na rehabilitację leczniczą stanowi:

- Prawomocne orzeczenie lekarza rzeczoznawcy lub komisji lekarskiej Kasy, wydane ubezpieczonemu - zawierające wskazania do rehabilitacji leczniczej, lub
- Wniosek sporządzony przez lekarza leczącego, wg. wzoru określonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia dla celów leczenia uzdrowiskowego.

Wnioski wpływające do oddziałów regionalnych podlegają weryfikacji pod względem formalnym, czyli ustaleniu uprawnień do świadczeń KRUS.

### Wyniki rehabilitacji w 2008r.

- W 2008 roku z rehabilitacji KRUS skorzystało 14 644 osoby, w tym 13 945 rolników odbyło rehabilitację w centrach własnych Kasy - czyli 95,2% ogółem leczonych.
- Medyczna ocena dokonana przez lekarzy inspektorów OR KRUS na podstawie kart informacyjnych po przebytej rehabilitacji wskazuje, że poprawę lub znaczną poprawę stanu zdrowia uzyskało 85,3 % skierowanych ubezpieczonych, a u 0,2% nastąpiło pogorszenie.
- U pozostałych osób nie nastąpiła zmiana stanu zdrowia.
- W 2007r. skuteczność rehabilitacji wynosiła 90,6% czyli 9,4% skierowanych otrzymało rentę w rok po odbytej rehabilitacji.





dr n. med. WALDEMAR ANDRZEJ KRUPA  
Prezes Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie”

# **WARUNKI NIEZBĘDNE DO PRAWIDŁOWEGO FUNKCJONOWANIA LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO**

Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. nr 167 poz. 139)

#### **Art. 2 pkt 1**

**Lecznictwo uzdrowiskowe jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia.**

Cytowany przeze mnie artykuł „Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych” daje nam możliwość równego startu w staraniu się o pieniądze z Narodowego Funduszu Zdrowia. Wszystkim nam zależy na tym aby lecznictwo uzdrowiskowe rozwijało się i aby środki pozyskiwane z Narodowego Funduszu Zdrowia były coraz większe. Jednakże musimy zdawać sobie sprawę, iż za środkami powinna iść jakość. Jakość naszych usług. Dlatego pozwałam sobie, mam nadzieję, na przypomnienie warunków jakich powinniśmy przestrzegać aby ta jakość była naprawdę wysoka. Wszystkie poniższe dane zostały zaczerpnięte z książki Pani Profesor Ireny Ponikowskiej, Krajowego Konsultanta Balneologii i Medycyny Fizykalnej - „Kompedium Balneologii”.

Przedstawiam poniżej, oczywiście dla przypomnienia, pojęcia jakimi posługujemy się w naszej codziennej pracy w celu określenia rodzajów świadczonych przez nas usług.

#### **WCZESNA BALNEOREHABILITACJA**

**STACJONARNA** - obejmuje pacjentów po ostrym incydencie chorobowym, w okresie zaostrzenia choroby, u których istnieją wskazania do stosowania zabiegów balneofizykalnych. Chorzy wymagają całodobowego nadzoru lekarsko-pielęgniarskiego.

**USŁUGA UZDROWISKOWA STACJONARNA - SZPITAL UZDROWISKOWY** obejmuje pacjentów z zaawansowanymi chorobami przewlekłymi, u których istnieją wskazania do stosowania zabiegów balneofizykalnych w warunkach stacjonarnych. Chorzy Ci mają zachowaną podstawową samoobsługę. Wymagają całodobowego nadzoru lekarsko-pielęgniarskiego.

**USŁUGA UZDROWISKOWA STACJONARNA - SANATORIUM UZDROWISKOWE** obejmuje pacjentów z chorobami przewlekłymi w dobrym stanie ogólnym z zachowaną pełną samoobsługą, u których istnieją wskazania do stosowania zabiegów w warunkach stacjonarnych. Chorzy Ci wymagają całodziennej opieki lekarsko-pielęgniarskiej.

**USŁUGA UZDROWISKOWA AMBULATORYJNA** obejmuje pacjentów z chorobami przewlekłymi w dobrym stanie ogólnym, z zachowaną pełną samoobsługą, sprawnych ruchowo, u których istnieją wskazania do stosowania zabiegów balneofizykalnych w warunkach ambulatoryjnych. Chorzy Ci wymagają okresowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej.

Metody lecznicze jakie stosujemy w naszej pracy w uzdrowiskach, wykazujące kompleksowy charakter naszego leczenia.

#### **METODY LECZNICZE**

- **BALNEOTERAPIA, PELOIDOTERAPIA** (wody mineralne, peloidy, gazy lecznicze);
- **HYDROTHERAPIA;**
- **TERMOTERAPIA;**
- **KINEZYTERAPIA;**
- **FIZYKOTERAPIA** (elektroterapia, fototerapia, ultrasonoterapia, termoterapia i krioterapia);
- **DIETA;**
- **EDUKACJA ZDROWOTNA;**
- **PSYCHOTERAPIA;**
- **FARMAKOTERAPIA;**
- **FITOTERAPIA;**

Przechodząc do norm, jakimi należy się kierować przy organizacji oddziałów w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego należy stwierdzić, iż są one tak opracowane, aby kuracjusz był rzetelnie i fachowo leczony. Można z całą pewnością stwierdzić, iż my w uzdrowiskach leczymy naprawdę chorego człowieka, a nie tylko jego schorzenie.

## Normy obsady lekarskiej w zakładach lecznictwa uzdrowskiego

Profil	Liczba pacjentów na 1 lekarza		
	Wczesna rehabilitacja uzdrowskowa	Szpital uzdrowskowy	Sanatorium uzdrowskowe
Ortopedyczno-urazowe	40	40-50	60-70
Neurologia	25-30	30	50
Reumatologia	40	50	60-70
Kardiologia	25-30	30-40	60
Angiologia	40	50	60
Diabetologia	30	40	50-60
Pulmonologia	40	50	60
Laryngologia	30	50	60-70
Endokrynologia	-----	40	60
Choroby trawienne			
Choroby skóry			
Choroby kobiece	-----	50	60-70
Choroby układu moczowego			
Okulistyka			
Otyłość	-----	50	60-70
Osteoporoza			

## Wymogi dotyczące kwalifikacji personelu lekarskiego w uzdrowsisku

Funkcje-stanowisko	Kwalifikacje zawodowe
<b>Lekarz Naczelny Uzdrowsiska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specjalizacja kliniczna zgodna z jednym z profilów danego uzdrowsiska.</li> <li>• Specjalizacja z balneologii i medycyny fizykalnej (obowiązkowa)</li> <li>• Stopień doktora nauk medycznych.</li> </ul>
<b>Kierownik Zespołu Zakładów Uzdrowskowych</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specjalizacja kliniczna zgodna z jednym z kierunków zakładu.</li> <li>• Specjalizacja z balneologii i medycyny fizykalnej (obowiązkowa).</li> </ul>
<b>Ordynator lub Zastępca ds. Lecznictwa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specjalizacja kliniczna zgodna z kierunkiem oddziału.</li> <li>• Specjalizacja z balneologii i medycyny fizykalnej (obowiązkowa).</li> </ul>
<b>Asystent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przynajmniej ukończenie kursu kwalifikacyjnego (podstawowego) z balneologii i medycyny fizykalnej - certyfikat.</li> </ul>

Oczywiście można by dyskutować, w chwili obecnej, na temat obsady stanowisk kierowniczych, ze względu na brak fachowców i ułomną ustawę uzdrowskową.

Byłoby dobrze, gdyby Minister Zdrowia wydał Rozporządzenie, w którym określiłby normy obsady personalnej w zakładach lecznictwa uzdrowskiego w oparciu o zalecenia Krajowego Konsultanta Balneologii i Medycyny Fizykalnej.

## Przybliżone normy obsady pielęgniarskiej w zakładach lecznictwa uzdrowskiego

Formy lecznicze	Liczba pacjentów na jedną pielęgniarkę	
	Zmiana dzienna	Zmiana popołudniowa i nocna
<b>Wczesna rehabilitacja uzdrowskowa</b>	15-20	30-40
<b>Szpital uzdrowskowy</b>	20-25	50-60
<b>Sanatorium uzdrowskowe</b>	60-70	120-140

Każda pielęgniarka pracująca w uzdrowisku powinna ukończyć kurs kwalifikacyjny (certyfikat).

### Kwalifikacje lekarzy i normy porad ambulatoryjnych

Stanowisko	Kwalifikacje
a/ lekarz poradni uzdrowskowej 35-40 porad dziennie (7 godzin pracy)	Specjalista z balneologii i medycyny fizycznej lub w trakcie specjalizacji
b/ lekarz w gabinecie specjalistycznym (praktyka prywatna) 30-40 porad dziennie (7 godzin pracy)	Specjalista z balneologii i medycyny fizycznej lub w trakcie specjalizacji

### Wymagania dla uzdrowskowych zakładów opieki zdrowotnej podejmujących leczenie w nowych kierunkach leczniczych

Profil	Kadra	Standardowe naturalne metody lecznicze i uzupełniające	Baza diagnostyczna	Warunki klimatyczne	Inne
1. Choroby układu krążenia a) kardiologia b) nadciśnienie	– lek. kardiolog- -balneolog – psycholog – dietetyczki – pielęgniarki	– kinezyterapia – balneoterapia i hydroterapia – diety – edukacja	– podstawowe laboratorium analityczne – pracownie badań czynnościowych	Klimat mało bódźcowy: – nizinny – nadmorski – podgórski	sala intensywnego nadzoru kardiologicznego
b) angiologia	– lek. internista- -balneolog – chirurg- -balneolog	– balneoterapia – kinezyterapia – fizykoterapia – hydroterapia (masaże) – fizykoterapia	– podstawowe laboratorium analityczne – pracownie badań czynnościowych		położenie uzdrowska na terenie płaskim
2. Choroby układu oddechowego (laryngologia i pulmonologia)	– lek. laryngolog- -balneolog – internista- -balneolog	– aerozoloterapia (indywidualne, celkowe, zbiorowe) – kinezyterapia – fizykoterapia	– pracownia badań czynnościowych (spirometria )	dobre warunki higieniczne powietrza	w otoczeniu uzdrowska brak znaczących źródeł zanieczyszczeń
3. Choroby układu trawiennego	– lek. gastroenterolog lub internista- -balneolog – psycholog – dietetyczki	– kuracja pitna (krenoterapia) – balneoterapia – diety – psychoterapia ewent	– pracownia badań czynnościowych		
4. Cukrzyca	– lek. diabetolog- -balneolog – pielęgniarka- -edukator – dietetyczki	– balneoterapia (kąpiele mineralne) – hydroterapia (masaż wirowy) – krenoterapia – kinezyterapia – peloidoterapia – diety i edukacja zdrowotna – fizykoterapia	– laboratorium analityczne – pracownie badań czynnościowych krążenia obwodowego	klimat mało bódźcowy	
5. Choroby układu ruchu	– lek. ortopeda- -balneolog – reumatolog- -balneolog – neurolog- -balneolog – rehabilitacja ruchowa	– peloidoterapia – kinezyterapia – fizykoterapia – krioterapia – balneoterapia			
6. Choroby endokrynologiczne	– lek. endokrynolog- -balneolog	– aerozoloterapia (w tym inhalacje naturalne) – hydroterapia (kąpiele lecznicze) – balneoterapia (kąpiele lecznicze)	– laboratorium analityczne	Odpowiednio do choroby warunki klimatyczne – klimat mało bódźcowy	
7. Otyłość	– lek. internista- -balneolog, endokrynolog lub diabetolog- -balneolog – pielęgniarka- -edukator – dietetyczki	– balneoterapia (kąpiele) – hydroterapia – kinezyterapia – hydroterapia – terenoterapia – diety – edukacja	– laboratorium analityczne		

Profil	Kadra	Standardowe naturalne metody lecznicze i uzupełniające	Baza diagnostyczna	Warunki klimatyczne	Inne
8. Osteoporoza	– lek. endokrynolog–balneolog – reumatolog–balneolog – ortopeda–balneolog – dietetyczka	kinezyterapia fizykoterapia – hydroterapia – dieta	–pracownia densytometryczna		
9. Choroby kobiece	– lek. ginekolog–balneolog	– peloidoterapia – kinezyterapia – fizykoterapia – balneoterapia (kąpiele)	– laboratorium analityczne – bad. cytologiczne – wymazy na grzybicę i rzęsiotka		
10. Choroby układu moczowego a) nefrologia b) urologia	– lek. nefrolog lub urolog–balneolog – dietetyczki	– krenoterapia – kinezyterapia – balneoterapia (kąpiele) – peloidoterapia – dieta	– laboratorium analityczne		
11. Choroby skóry	– lek. dermatolog–balneolog	– fizykoterapia (fototerapia) – balneoterapia (kąpiele) – peloidoterapia – klimatoterapia	– laboratorium analityczne		
12. Choroby krwi układu krwiotwórczego	– lek. hematolog lub internista–balneolog	– kuracja pitna wodami specyficznymi – fizykoterapia (fototerapia ) – klimatoterapia	– laboratorium analityczne		
13. Choroby oczu	– lek. okulista–balneolog	– balneoterapia (płukanie aerozolem) – peloidoterapia – tampony i okłady	– gabinet okulistyczny z podstawowym wyposażeniem		



dr n. med. KATARZYNA WENCEL  
Członek Zarządu, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa  
Przedsiębiorstwo Uzdrawiskowe Ustroń S.A.

## **REHABILITACJA UZDROWISKOWA - DOŚWIADCZENIA ŚWIADCZENIODAWCÓW PO PIERWSZYM ROKU FUNKCJONOWANIA**

## Rehabilitacja to według profesora Wiktora Degi:

- Leczenie usprawniające;
- Proces medyczno-społeczny, który dąży do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego życia;
- Proces przywracania dużej części z utraconych sprawności;
- Stosowanie ćwiczeń ruchowych w połączeniu z zabiegami fizykoterapeutycznymi i terapią zawodową;
- Łagodzenie skutków związanych z chorobą/uszkodzeniem ciała - rehabilitacja psychologiczna, społeczna, zawodowa;
- Zapobieganie lub łagodzenie przebiegu choroby - rehabilitacja profilaktyczna.

## Rehabilitacja w uzdrowisku:

- Realizacja programu rozwoju rehabilitacji Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1969 roku - w zakresie schorzeń narządu ruchu, układu krążenia i układu oddechowego.
- Powrót do idei rehabilitacji w uzdrowiskach w rozmowach Unii Uzdrowisk Polskich, Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia - 2007 rok.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 3 września 2007 roku.
- Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 59/2007 z 19 września 2007 roku.

## Założenia rehabilitacji w uzdrowisku:

- leczenie uzdrowiskowe w formie rehabilitacji uzdrowiskowej w szpitalu uzdrowiskowym - przeznaczone dla osób z **wybranymi (określonymi przez NFZ) schorzeniami układów kostno-stawowego i nerwowego oraz po niektórych urazach**. Skierowanie na ten rodzaj leczenia mogą wystawiać lekarze z poradni specjalistycznej ortopedycznej, neurologicznej, rehabilitacyjnej lub reumatologicznej albo lekarze z oddziałów szpitalnych,
- leczenie uzdrowiskowe w formie rehabilitacji uzdrowiskowej w sanatorium uzdrowiskowym - kierowane do osób z chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, z zaburzeniami wydzielania

wewnętrznego (cukrzyca insulinozależna), ze schorzeniami układu krążenia oraz układu oddechowego. Skierowania wystawiać mogą lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Turnusy trwają 28 dni, w czasie których pacjenci otrzymują pięć zabiegów dziennie w dwóch cyklach: **przed i popołudniowym**, w tym jeden z użyciem naturalnych surowców leczniczych.

## Dlaczego rehabilitacja w uzdrowisku?

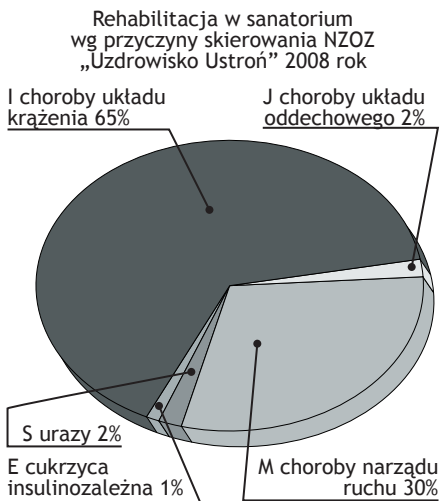
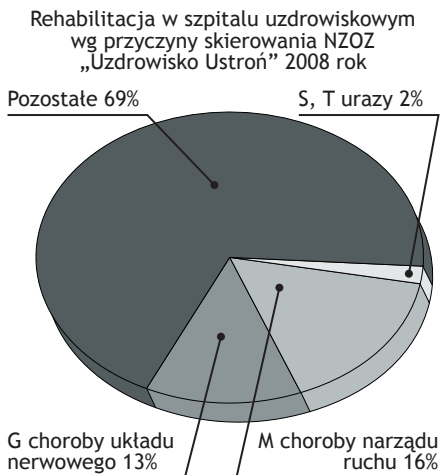
1. Wykwalifikowana kadra - lekarska, fizjoterapeutów, psychologów, pielęgniarek zapewniająca kompleksowość rehabilitacji,
2. Wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny,
3. Różnorodność bazy zabiegowej - możliwość stosowania hydroterapii, fizjoterapii i kinezyterapii, a dodatkowo **tworzyw naturalnych**,
4. Wieloletnie doświadczenie porównywalne z wyspecjalizowanymi ośrodkami rehabilitacyjnymi,
5. Otoczenie geograficzne, klimat.

## Wskazania do rehabilitacji w uzdrowisku wg NFZ

- w szpitalu uzdrowiskowym  
M 05, M 06, M 07, M 08, M 16, M 17, M45  
G 35, G 54, G 55, G 81, G 82, G 83, S 12, S 22, S 32, T 02, T 08, T 09,
- w sanatorium  
M 15, M 50, M 51, M 70, M75, M 80, M 81, M 82, M 91, M 93, M 94, M 96, S 12, S 13, S 14, S 22, S 23, S 24, S 32, S 33, S 34, S 42, S 43, S 44, S 52, S 53, S 54, S 62, S 63, S 64, S 72, S 73, S 74, S 82, S 83, S 84, S 92, S 93, S 94,  
E 10, E 14,  
I 10, I 11, I 12, I 13, I 21, I 25, I 41, I 60, I 64, I 79,  
J 44, J 45, J 47, J 69.



## Przyczyny skierowania na rehabilitację w roku 2008 do Ustronia



Ostre zachorowanie  
(np.: zawał m. sercowego, złamanie szyjki kości udowej)

Interwencja medyczna  
(koronarografia z angioplastyką, wszczepienie endoprotezy)

## CEL LECZENIA:

- Powrót do maksymalnej możliwej do osiągnięcia sprawności psychofizycznej,
- Ograniczenie niepełnosprawności,
- Powrót do pracy,
- Zmniejszenie kosztów farmakoterapii i hospitalizacji.

## Czy:

- Długotrwałe unieruchomienie,
- Ograniczenie sprawności z koniecznością opieki nad pacjentem,
- Wzrost kosztów hospitalizacji, opieki i leków,
- Renta.

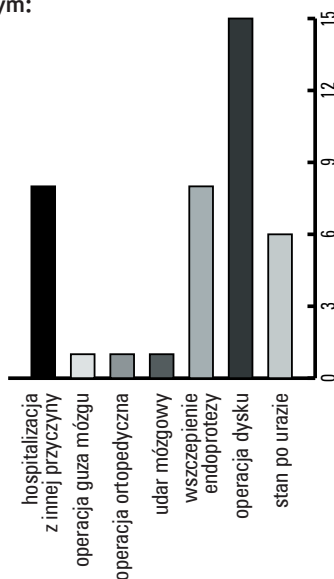
Miejsce rehabilitacji w uzdrowisku w systemie ochrony zdrowia zależy od odpowiedzi na powyższe pytania

## Rehabilitacja w szpitalu uzdrowiskowym po ostrym zachorowaniu

- przeanalizowano historie choroby 278 pacjentów przyjętych do NZOZ „Uzdrowisko Ustroń” w drugiej połowie 2008 roku

Przyjęcia ogółem	278	100%
Stany ostre	41	15,80%

## W tym:

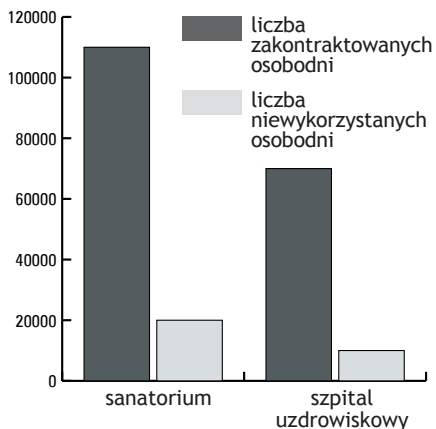


## Czas oczekiwania na rehabilitację

Czas: zachorowanie – wpływ skierowania do NFZ (dni)	Czas: wpływ skierowania do NFZ – termin przyjęcia do Ustronia (dni)	Rozpoznanie wg ICD 10	Suma (dni)
30	90	G54 po operacji dysku	120
180	60	T91 stan po złamaniu kręgosłupa	240
90	120	M16 po wszczępieniu endoprotezy	210
120	150	I69	270 najdłuższy
30	90	T93	120
30	30	G54	60
21	16	G54	37
21	10	T94	31 najkrótszy
<b>Średnio: 58,3</b>	<b>82,8</b>	–	<b>132,1</b>

## Rola rehabilitacji realizowanej w uzdrowisku - pytania

- Miejsce w systemie rehabilitacji finansowanej ze środków publicznych wraz z rehabilitacją przedrentową ZUS i rehabilitacją szpitalną;
- Doprecyzowanie zasad kwalifikacji - rozróżnienie pomiędzy rehabilitacją w szpitalu uzdrowiskowym a sanatorium (współfinansowaną przez pacjenta);
- Usprawnienie kierowania chorych - ograniczenie kosztów leczenia i niepełnosprawności;
- Upowszechnienie wiedzy o tym rodzaju rehabilitacji wśród lekarzy i fizjoterapeutów;
- Czas trwania turnusów - 28?, 24?, 21 dni?



**JERZY SZYMAŃCZYK**

Prezes Stowarzyszenia Unia Uzdrawisk Polskich

Prezes Zarządu Zespołu Uzdrawisk Kłodzkich

# **BARIERY ROZWOJU LECZNICTWA UZDRAWISKOWEGO**

Lecznictwo uzdrowiskowe jako integralna część systemu opieki zdrowotnej (Art. 4.1 Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, Dz.U. 2005.167.1399 ze zm.), funkcjonuje w turbulentnym, zmiennym otoczeniu. Rozwój podmiotów świadczących usługi lecznictwa uzdrowiskowego jest ograniczony i hamowany przez szereg barier i utrudnień o charakterze:

- prawnym,
- ekonomicznym,
- infrastrukturalnym,
- marketingowym,
- społeczno-politycznym,
- a nawet socjologicznym.

## I. BARIERY PRAWNE:

- 1) **Niepewna sytuacja w zakresie kontraktowania lecznictwa uzdrowiskowego** w związku z trwającymi pracami legislacyjnymi nad koszykiem świadczeń zdrowotnych. Konieczne jest perspektywiczne - długofalowe zabezpieczenie finansowania lecznictwa uzdrowiskowego w systemie ubezpieczeniowo - budżetowym NFZ (lub innym) w ramach koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, przy współpłaceniu przez pacjenta za częściowe koszty pobytu i wyżywienia w sanatorium uzdrowiskowym.

Niepewna sytuacja w sposobie kontraktowania lecznictwa uzdrowiskowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w przyszłości, w tym brak pewności, czy te świadczenia medyczne znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych, mogą zaważyć na skutecznym i udanym procesie prywatyzacji.

- 2) **Coroczne kontraktowanie świadczeń w rodzaju lecznictwa uzdrowiskowe**

Taki tryb zawierania umów (tj. w cyklu rocznym), uniemożliwia świadczeniodawcom racjonalne planowanie, realizację długofalowych strategii rozwoju, a także optymalizację wykorzystania bazy uzdrowiskowej. Oczekiwane jest przez świadczeniodawców wprowadzenie systemu

kontraktowania świadczeń zdrowotnych w cyklu trzyletnim.

- 3) **Zbyt sztywne i zbiurokratyzowane zasady przygotowywania ofert do kontraktów dla NFZ na świadczenia zdrowotne w rodzaju lecznictwa uzdrowiskowe**

1. Niezbędne jest uproszczenie przez NFZ zasad i wymogów w zakresie przygotowania ofert konkursowych na świadczenia zdrowotne oraz utrzymanie możliwości prowadzenia negocjacji oraz zawierania umów na świadczenia zdrowotne na poziomie OW NFZ.
2. Przeanalizowania wymagają warunki ustalone przez NFZ w kontraktach, dotyczących ilości pacjentów przypadających na 1 etat lekarza oraz gabinet pielęgniarski.

Rynek pracy objawiający się brakami kadry lekarskiej i pielęgniarskiej wymusza na pracodawcach akceptowanie wysokich wymagań płacowych, co nie znajduje pokrycia w stawkach za tzw. osobodzień za leczenie.

*(Normy pacjentów przypadających na etat lekarski i pielęgniarski wymagają bieżącej ewaluacji z uwzględnieniem m. in. zachodzących zjawisk na rynku pracy).*

3. Ex nunc (od zaraz) wymaga uregulowania w umowach z NFZ, a świadczeniodawcami sprawa dot. tzw. pustostanów i ponoszenia niezawinionych kosztów tzw. gotowości przez świadczeniodawców.

(Istnieje pilna potrzeba zmiany zasad dotyczących kosztów ryzyka pustostanów zgodnie z K.C. oraz zasad wykorzystania wolnych miejsc).

Funkcjonujące obecnie zasady dot. tzw. „giedy” skutkują pustostanami za okres całego turnusu oraz determinują sztywne zakwaterowanie pacjenta.

- 4) Dodatkowej analizy pod kątem racjonalności kosztów wymaga **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2009r. zmieniające rozporządzenie ws. lecznictwa uzdrowiskowego w zakresie zmiany zasad rozliczeń za usługi lecznictwa**, wydłużające o jeden dzień pobytu w turnusie. Powyższa zmiana

- na wygeneruje dodatkowe koszty świadczeniodawcom.
- 5) Zbyt skomplikowane, restrykcyjne i nie uzasadnione merytorycznie, rygory prawne dotyczące wprowadzenia surowców leczniczych do obrotu (sprzedaży):
    1. Surowce lecznicze wymienione w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 14 lutego 2006r. w/s „złóż wód podziemnych zaliczonych do solanek, wód leczniczych i termalnych oraz złóż innych kopalin leczniczych...” (Dz. U. z 2006r. Nr 32, poz. 220 z późn. zm.) wydobywane są na podstawie koncesji wydanych przez Ministra Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa.
    2. Zgodnie z art.9 i art.20 ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004r. Nr 53 poz. 533 z późn. zm.) i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2003r. w/s wniosku o dopuszczenie do obrotu nieprzetworzonych surowców farmaceutycznych używanych w celach leczniczych, produktów leczniczych wytwarzanych metodami przemysłowymi i surowców farmaceutycznych przeznaczonych do sporządzania leków recepturowych i aptecznych oraz wykazu surowców i produktów (Dz. U. z 2003r. Nr125, poz.1167), na przedsiębiorców eksploatujących surowce lecznicze nałożony został obowiązek dostosowania do dnia 31 grudnia 2009r., obrotu produktami leczniczymi do przepisów ustawy z dnia 30 marca 2007r. o zmianie ustawy - Prawo farmaceutyczne i o zmianie niektórych ustaw (Dz.U.Nr75,poz.492). Po upływie tego terminu wprowadzanie kopalin do obrotu musi być zgodne z przepisami Prawa farmaceutycznego.
  - b) Opracowanie nowych rozwiązań prawnych, zgodnych z przepisami Unii Europejskiej w zakresie wprowadzania surowców leczniczych do obrotu.
  - c) Ewentualne, maksymalne uproszczenie procedur dot. surowców leczniczych w prawie farmaceutycznym, jako surowców naturalnych i specyficznych nie wymagających skomplikowanego przetworzenia lub wyłączenie z regulacji prawa farmaceutycznego surowców leczniczych pochodzenia naturalnego.
  - 6) **Ciasny gorset regulacji oraz przepisów dotyczących nadzoru właścicielskiego nad spółkami.** Zasadnym jest uelastycznienie postanowień zawartych w Statutach i umowach spółek Skarbu Państwa pod kątem zwiększenia uprawnień dla zarządów spółek Skarbu Państwa, w celu udroźnienia podejmowania terminowych decyzji we właściwym czasie, w warunkach dynamicznego, konkurencyjnego rynku, tj. skrócenie terminu uzyskania zgody Walnego Zgromadzenia np. na zawarcie przez Spółkę umowy kredytu, wydzierżawienie lokalu lub powierzchni.
  - 7) **Brak jednoznacznego stanowiska prawnego w zakresie stosowania przez uzdrowiskowe spółki Skarbu Państwa działające w oparciu o kodeks spółek handlowych ustawy Prawo zamówień publicznych.** Wyeliminowanie relatywizmu prawnego stosowanego wobec spółek przez różne urzędy i instytucje państwowe.
  - 8) **Brak możliwości sprzedaży produktów leczniczych (lecznicza woda mineralna) w placówkach obrotu pozaaptecznego.** Niezbędne jest znalezienie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dopuszczenia do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego i punktach aptecznych produktów leczniczych mające na celu m.in. opracowanie nowych kryteriów klasyfikacji produktów leczniczych, a w kon-

#### **Wnioski:**

- a) Przedłużenie przez Ministra Zdrowia terminu dostosowawczego dla przedsiębiorców eksploatujących surowce lecznicze.

sekwencji dokonanie zmian wyka-  
zu produktów leczniczych dopusz-  
czonych do obrotu w placówkach  
obrotu pozaaptecznego i punktach  
aptecznych. (*Rozporządzenie Mini-  
stra Zdrowia z dnia 06 lipca 2006 r.  
w sprawie dopuszczenia do obrotu  
w placówkach obrotu pozaaptecz-  
nego i punktach aptecznych produk-  
tów leczniczych, Dz. U. nr 130, poz.  
905 ze zm.*).

## II. BARIERY EKONOMICZNE

1) **Sytuacja gospodarcza Polski** - wyso-  
kie bezrobocie i ograniczenie świad-  
czeń socjalnych wpłynęły na rela-  
tywne obniżenie dochodów polskich  
rodzin, a tym samym na zmniejsze-  
nie skłonności Polaków do wydatko-  
wania środków finansowych na le-  
czenie i wypoczynek w uzdrowisku.

2) **Niekorzystna sytuacja w sektorze  
finansów publicznych**, która prowa-  
dziła do przeznaczania zbyt małych  
(w stosunku do potrzeb) środków na  
infrastrukturę turystyczną, w tym  
okołouzdrawiskową oraz na promo-  
cję polskiej turystyki, turystyki zdro-  
wotnej i polskiego lecznictwa uzdro-  
wiskowego.

3) **Brak środków finansowych na nie-  
zbędne inwestycje i remonty.** Spół-  
ki posiadają potrzeby inwestycyjne,  
modernizacyjne i remontowe zna-  
czenie wykraczające poza ich zdol-  
ność do samofinansowania działalno-  
ści rozwojowej. Wynika to głównie  
z faktu, iż głównym źródłem przy-  
chodów spółek są kontrakty z Na-  
rodowym Funduszem Zdrowia oraz  
z konstrukcji tzw. stawki za osobo-  
dzień, która nie uwzględnia odpi-  
sów na remonty i inwestycje. Niski  
poziom cen oferowany przez NFZ do  
2008r., za świadczenia uzdrawisko-  
we, sprawia, że przychody z działal-  
ności podstawowej spółek nie pokry-  
wają bieżących kosztów. Negatywną  
sytuację ekonomiczną spółek po-  
głębia brak możliwości otrzymania  
środków na inwestycje w ramach do-  
kapitałizowania z Ministerstwa Skar-  
bu Państwa.

4) **Nadmierny fiskalizm, niektórych  
samorządów - gmin uzdrawisko-  
wych oraz powiatów stosowany  
wobec podmiotów realizujących  
świadczenia zdrowotne w ramach  
umowy z NFZ:**

- Sprawa dotyczy tzw. „podatku pre-  
ferencyjnego” od nieruchomości  
w zamian za co, (jedynie gminy  
uzdrawiskowe jako uprzywilejowa-  
ne) pobierają opłatę uzdrawiskową  
oraz otrzymują subwencję budże-  
tową proporcjonalną do pobranej  
opłaty uzdrawiskowej,
- zwiększone „daniny” z tytułu opłaty  
za użytkowanie wieczyste przez sa-  
morząd powiatowy i gminny od 400  
- 500 %,
- nierówne traktowanie świadczenio-  
dawców w zakresie poboru podat-  
ku od nieruchomości NZOZ I SP ZOZ-  
zów.

5) **Niekorzystna dla uzdrawiskowych  
spółek Skarbu Państwa interpre-  
tacja Ministra Finansów w sprawie  
podatku od nieruchomości.** Ko-  
nieczne jest więc dążenie do zmia-  
ny polityki samorządów oraz inter-  
pretacji Ministerstwa Finansów dot.  
stosowania stawki podatku od nie-  
ruchomości dla budynków zajętych  
na prowadzenie działalności go-  
spodarczej w zakresie udzielania  
świadczeń zdrowotnych określonej  
w ustawie z dnia 12 stycznia 1991  
r. o podatkach i opłatach lokalnych  
(Dz. U. z 2006 r. Nr 121 poz. 844 ze  
zm.).

Dotychczasowe stanowisko Minister-  
stwa Finansów w przedmiotowej sprawie  
dopuszczało opodatkowanie preferencyj-  
ną stawką oprócz pomieszczeń (budyn-  
ków) zajętych bezpośrednio na udzielanie  
świadczeń zdrowotnych, również niezają-  
te bezpośrednio na te świadczenia, lecz  
niezbędne do prawidłowego funkcyjono-  
wania zakładu opieki zdrowotnej, wyda-  
je się pozostawać właściwe m.in. z uwagi  
na świadczone przez spółki uzdrawiskowe  
usługi medyczne stacjonarnego leczenia  
uzdrawiskowego w szpitalach i sanatoriach  
uzdrawiskowych.

6) **Ograniczone możliwości aplikowa-  
nia o środki finansowe z funduszy**

**strukturalnych UE.** Konieczne jest zagwarantowanie spółkom Skarbu Państwa działającym w sektorze uzdrowisk, dofinansowania ze środków unijnych w ramach programów na poziomie krajowym oraz zwiększenie możliwości aplikacji środków finansowych przez spółki Skarbu Państwa ze środków unijnych w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych.

W przypadku ograniczonych możliwości absorpcji środków z funduszy strukturalnych UE oraz zapowiedziami Ministerstwa Skarbu Państwa o braku możliwości dokapitalizowania spółek uzdrowiskowych, niezbędne jest podjęcie procesu prywatyzacji, który umożliwi pozyskanie inwestora zdolnego zainwestować w nowoczesną bazę leczniczą i hotelową, co pozwoli spółką skutecznie konkurować z innymi podmiotami na rynku krajowym i zagranicznym.

7) **Brak możliwości odliczenia podatku naliczonego od należnego.** Niezbędne jest umożliwienie rozliczenia podatku VAT przez podmioty prowadzące działalność uzdrowiskową poprzez zmianę przepisów ustawy o podatku od towarów i usług, tj. zniesienie zwolnienia podatkowego i wprowadzenie „zerowej” lub 2-3% stawki podatku VAT na usługi lecznictwa uzdrowiskowego świadczone przez sanatoria i szpitale. (*Ustawa z dnia 11 marca 2004 roku o podatku od towarów i usług, Dz. U. Nr 54, poz. 535 z późn. zm.*).

8) **Zbyt niskie nakłady na lecznictwo uzdrowiskowe.** Konieczne jest zabezpieczenie wzrostu finansowania świadczeń zdrowotnych w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w planach NFZ, adekwatnie do poziomu procentowego wzrostu budżetu NFZ. Wprowadzenie mechanizmu corocznej indeksacji stawek za tzw. „osobodzień” do poziomu inflacji oraz wzrostu cen i usług ogłaszanych rokrocznie przez GUS.

9) **Niepewna sytuacja spółek uzdrowiskowych, które nie będą podlegać prywatyzacji.** Niezbędne jest zagwarantowanie środków na roz-

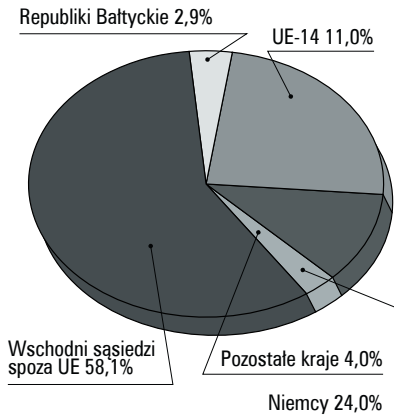
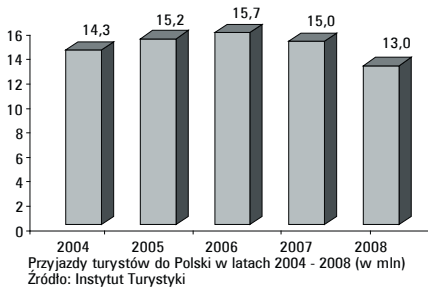
wój spółek uzdrowiskowych (np. poprzez dokapitalizowanie), które nie będą podlegać prywatyzacji zgodnie z zapisami Rozporządzenie Ministra Skarbu Państwa oraz **opracowanie wyraźnej strategii rozwoju uzdrowiskowych spółek Skarbu Państwa.**

*(Rozporządzenie Ministra Skarbu Państwa z dnia 8 października 2008 roku w sprawie wykazu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonych w formie jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, które nie będą podlegać prywatyzacji, Dz. U. Nr 192 z 2008 r. poz. 1186).*

10) **Negatywne efekty światowego kryzysu finansowego.** Niezbędne jest podjęcie pilnych działań ukierunkowanych na ograniczenie negatywnych skutków globalnego kryzysu gospodarczego, skutkującego zapaścią w turystyce, a więc także w turystyce zdrowotnej i uzdrowiskowej.

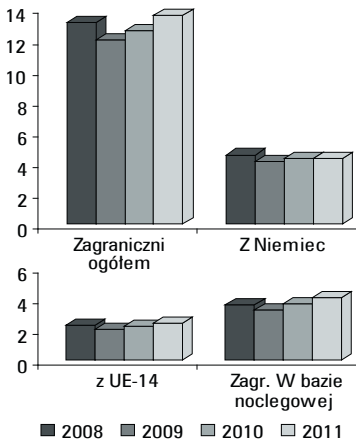
Z roku na rok coraz mniej obcokrajowców przyjeżdża do Polski na wypoczynek i kurację, a spadek jest większy niż w innych krajach. Przed konsekwencjami recesji nie uratuje branży nawet słabszy złoty, a nadzieje na rozwój turystyki krajowej, spowodowany podróżami rodaków po Polsce z powodu wysokich cen zagranicznych wycieczek, może negatywnie zweryfikować pogorszenie sytuacji materialnej polskich rodzin.

W 2009 roku prognozowany jest spadek przyjazdów turystów zagranicznych do Polski (Instytut Turystyki i Wiadomości Turystycznych). W roku ubiegłym było ich ok. 9 % mniej niż w roku 2007. Natomiast bieżący rok według szacunków będzie jeszcze słabszy dla branży. Liczba turystów zagranicznych odwiedzających Polskę spadnie do 12,4 (13 mln w roku 2008, 15 mln w 2007) i będzie to najgorszy wynik tej dekady.



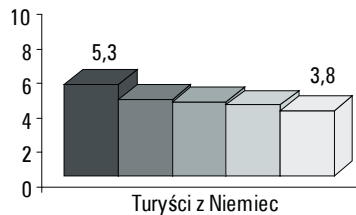
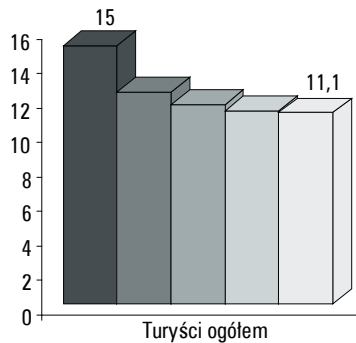
Udział % w ogólnej wielkości spadków przyjazdów 2007-2008  
Źródło: Instytut Turystyki

Prognozy dla Polski 2009-2011 (tur. zagr. w mln)



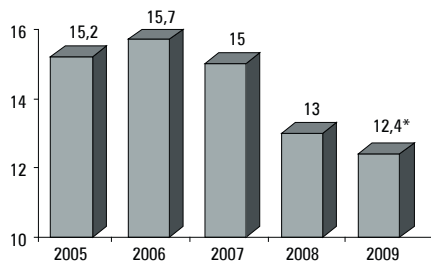
Prognoza alternatywna dla polskiej turystyki zagranicznej do 2011r.

■ 2007 ■ 2008 ■ 2009 ■ 2010 □ 2011



Źródło: Instytut Turystyki

Przyjazdy turystów do Polski w mln osób



\*prognoza  
Źródło: Instytut Turystyki



### III. BARIERY INFRASTRUKTURALNE

- 1) Fatalny stan infrastruktury. Niezbędne jest podjęcie stałych, pilnych działań ukierunkowanych na poprawę infrastruktury drogowej, kolejowej i lotniskowej. Jest to kluczowa sprawa dla rozwoju polskich uzdrowisk. Dużym problemem jest niska dostępność komunikacyjna uzdrowisk polskich, zwłaszcza górskich i ich oddalenie od aglomeracji i rynków zbytu.

#### Polska

powierzchnia: 311 888 km<sup>2</sup>  
ludność: 38 mln  
ilość autostrad w km: 699  
48 portów lotniczych

#### Niemcy

powierzchnia: 357 031 km<sup>2</sup>  
ludność: 82,6 mln  
ilość autostrad w km: 11 515  
390 portów lotniczych

#### Czechy

powierzchnia: 78 866 km<sup>2</sup>  
ludność: 10,2 mln  
ilość autostrad w km: 499  
67 portów lotniczych

### IV. BARIERY MERKETINGOWE

- 1) Brak spójnej koncepcji promocji marki *uzdrowiska polskie w Europie i na świecie*. Polskie uzdrowiska mają zbyt małe wsparcie instytucjonalne w porównaniu z uzdrowiskami zagranicznymi: czeskimi, słowackimi czy niemieckimi. Niedostateczne kreowanie wizerunku Polski i poszczególnych polskich regionów jako celu podróży turystycznych i zdrowotnych na rynkach międzynarodowych. Stworzenie wizerunku jest konieczne, gdyż stanowi siłę przyciągającą turystów oraz znaczną część wartości dodanej oferowanych produktów uzdrowiskowych. Stworzenie wizerunku wymaga jednak długiego czasu, dużych nakładów i stałego umacniania. Obecnie Polska nie posiada spójnej strategii promocyjnej kraju. Wyjątkiem jest dobrze opracowana przez Polską

Organizację Turystyczną „Marketingowa Strategia Polski w sektorze turystyki na lata 2008-2015” (nieestety przy skromnym budżecie 38 mln zł w 2008r.) Ważne jest także skoordynowanie wszystkich działań promujących Polskę - w tej chwili zajmuje się nimi blisko 60 urzędów i instytucji. W efekcie - rozdrobnione działania nie przebijają się do szerokiej opinii.

- 2) Niedostateczna promocja polskiej oferty uzdrowiskowej, na rynku międzynarodowym, ale przede wszystkim krajowym, która jest efektem niskich nakładów finansowych na promocję.

### V. BARIERY SPOŁECZNO-POLITYCZNE

- 1) Brak kompleksowej strategii w dziedzinie rozwoju leczenia uzdrowiskowego.
- 2) Brak jednolitej polityki w zakresie profilaktyki zdrowotnej.
- 3) Zamieszanie kompetencyjne - brak jasno sprecyzowanego podmiotu odpowiedzialnego za funkcjonowanie lecznictwa uzdrowiskowego.
- 4) Niedostateczne wykorzystanie zasobów spółek uzdrowiskowych. Koniecznym jest podjęcie działań ukierunkowanych na lepsze wykorzystanie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia na rehabilitację oraz wczesną rehabilitację stacjonarną, wzorem rozwiązań niemieckich.
- 5) Niedostateczne wykorzystanie potencjału i doświadczeń spółek uzdrowiskowych. W tym zakresie słusznym wydaje się podjęcie działań zmierzających do wykorzystania potencjału uzdrowisk w zakresie promowania profilaktyki i prozdrowotnych zachowań społeczeństwa. Uzdrowiska mogą kształtować modę na zdrowe życie, promować zdrowy tryb życia oraz medycynę zapobiegawczą, a nie tylko naprawczą.
- 6) Niskie poczucie bezpieczeństwa kuracjuszy i turystów przebywających w Polsce. Stan bezpieczeństwa publicznego w polskich mia-

stach i na drogach, postrzeganie Polski jako kraju niebezpiecznego dla turystów.

- 7) Zmieniająca się w wyniku elekcji władza ustawodawcza, wykonawcza i samorządowa, które na ogół nie kontynuują opracowanych przez poprzedników strategii rozwoju, dotyczy to także turystyki oraz sytuacji uzdrowisk.

## VI. BARIERY SOCJOLOGICZNE

- 1) Negatywne stereotypy dotyczące leczenia uzdrowiskowego i uzdrowisk, tj.:
- leczenie uzdrowiskowe oraz pobyt w uzdrowisku są to wczasy za pieniądze NFZ;
  - pobyt w sanatorium dotyczy tylko ludzi starszych i schorowanych.

Wobec istnienia szeregu barier o charakterze interdyscyplinarnym, niezbędne jest opracowanie i pilne wdrożenie Narodowego Programu Pomocy dla Uzdrawisk, Lecznictwa Uzdrawiskowego i Turystyki wzorem Słowacji, Czech, Węgier.

W niniejszej prezentacji nie wskazano wszystkich ograniczeń rozwoju lecznictwa uzdrawiskowego oraz funkcjonowania przedsiębiorców uzdrawiskowych, koncentrując się na barierach kluczowych.

# **PANEL II - GOSPODARCZY „UZDROWISKA I ICH PROBLEMY”**



prof. dr hab. inż. arch. ELŻBIETA WĘCŁAWOWICZ-BILSKA  
Dyrektor Instytutu Projektowania Miast i Regionów,  
Wydział Architektury i Urbanistyki  
Politechnika Krakowska

# ZAGOSPODAROWANIE PRZESTRZENNE UZDROWISK W POLSCE I W EUROPIE - ANALIZA PORÓWNAWCZA

## Wprowadzenie

Według definicji zagospodarowanie to stan i sposób urządzenia środowiska powstały w wyniku działalności człowieka, w który składa się ogół współzależnych obiektów i urządzeń, służących zaspakajaniu różnych potrzeb mieszkańców i użytkowników.

W znaczeniu planistycznym przyjmujemy się, że jest to ogół czynności podejmowanych w związku z realizacją planowanego zamierzenia mającego na celu racjonalne funkcjonowanie i użytkowanie środowiska, z uwzględnieniem jego ochrony oraz ochrony jakości życia mieszkańców i użytkowników.

Sposób zagospodarowania uzdrowisk ma istotny wpływ na stan realizacji procesu leczniczego, który odbywa się nie tylko w zakładach przyrodoleczniczych i sanatoriach ale na terenie całej miejscowości. Powinien więc odpowiadać wymaganiom wynikającym z profili leczniczych danego ośrodka.

W dobie konkurencyjnego rozwoju miejscowości i regionów również na terenie uzdrowisk i w ich regionach obserwuje się takie zjawisko. Uwarunkowania lokalizacji polskich uzdrowisk oraz sposób ich użytkowania w II połowie XX wieku w dużej mierze decyduje o obecnym stanie ich zagospodarowania. W porównaniu z wieloma renomowanymi europejskimi uzdrowiskami i spa polskie założenie nie prezentują się zbyt atrakcyjnie.

Wydaje się, że przestrzeń miejscowości uzdrowiskowych jako przestrzeń lecznicza wymaga kształtowania adekwatnego do funkcji jaką pełni. Jakość tej przestrzeni powinna podobnie jak i inne czynniki lecznicze podlegać okresowej ocenie i weryfikacji przez grono specjalistów. Zarówno z uwagi na spełnianie parametrów terapeutycznych zależnych od profili leczniczych jak i ze względu na standardy przestrzenne, kompozycyjne i estetyczne odpowiednie dla rangi i rodzaju uzdrowiska.

## Uwarunkowania zagospodarowania przestrzennego polskich uzdrowisk

Liczne czynniki decydują o sposobie i możliwościach zagospodarowania polskich uzdrowisk. Wynikają one przede wszystkim z położenia tych miejscowości w kraju, stanu zagospodarowania, urządzenia i użytkowania terenów sąsiednich,

rodzaju powiązań z najbliższym ośrodkiem osadnictwa stałego.

## Lokalizacja w obszarze kraju

Spośród 45 uzdrowisk statutowych istniejących w Polsce większość z nich położona jest w terenach górskich i podgórskich na południu kraju (połowa - 22), niespełna 1/3 na nizinach (13) kilka nad morzem (6). Powoduje to zróżnicowane warunki sytuowania i rozwoju uzdrowisk, oraz wpływa na sposób zagospodarowania przestrzeni tych ośrodków.

Dzisiaj niestety niejednokrotnie obserwuje się, że polega on na powtarzaniu elementów zagospodarowania a zwłaszcza programu przez sąsiadujące ze sobą założenia.

Jednocześnie usytuowanie wielu ośrodków w bezpośrednim sąsiedztwie granicy państwa powoduje, że istotne znaczenie przy decyzjach związanych z zagospodarowaniem ich przestrzeni ma sposób użytkowania terenów po drugiej stronie granicy. W wielu wypadkach, przede wszystkim na południu kraju, w pobliżu polskich uzdrowisk znajdują się liczne założenia słowackie i czeskie. Nierzadko są one położone w bardziej atrakcyjnych topograficznie i kulturowo terenach (np. zespół uzdrowisk tatrzańskich w bezpośrednim kontakcie z Tatrami, czy Bardejovskie Kuplele w sąsiedztwie Bardejova).

W sposobie zagospodarowania polskich uzdrowisk, a zwłaszcza w proponowanym dla nich programie ważnym jest uwzględnienie tego faktu także z uwagi na konkurencyjny rozwój miast i regionów.

## Położenie uzdrowiska w stosunku do terenów sąsiednich

Uzdrowiska, z uwagi na ich związek z otoczeniem, można podzielić na<sup>1</sup>:

- **uzdrowiska solitarne**, czyli położone samotnie w terenach o innych funkcjach,
- **zespoły uzdrowisk**, tworzone przez sąsiadujące ze sobą ośrodki lecznicze.

W grupie uzdrowisk solitarnych można wyróżnić następujące założenia:

- **układy pojedyncze** - gdy uzdrowisko jest jedynym dominującym ośrodkiem leczniczym lub leczniczo - wypoczynkowym w większym obszarze o innej funkcji<sup>2</sup>.

- **aglomeracje uzdrowskowo - wypoczynkowe** - gdy w sąsiedztwie miejscowości uzdrowskowej, występują miejscowości potencjalnie uzdrowskowe, ośrodki wypoczynku, ośrodki spa oraz/lub kąpieliska morskie czy stacje narciarskie<sup>3</sup>.

W grupie zespołów uzdrowsk występują układy:

- **podporządkowane** - gdy w zespole sąsiadujących ze sobą uzdrowsk statutowych jedna miejscowość uzdrowskowa wyraźnie dominuje w regionie<sup>4</sup>.
- **bipolarne czy wielopolarne** - czyli dwa lub więcej współpracujących ze sobą ośrodków, posiadających podobny potencjał, które działają na podstawie kompensacji i kooperacji. Wyróżniono tu dwie sytuacje przestrzenne uzdrowsk bipolarnych, wynikające ze sposobu zagospodarowania sąsiadujących z uzdrowskiem terenów:
- **układy proste** - istnieją wtedy, gdy współpracujące ze sobą uzdrowska nie posiadają zbyt rozbudowanej liczby zespołów wspomagających takich, jak: miejscowości potencjalnie uzdrowskowe, ośrodki sportów narciarskich, obszary wypoczynku letniskowego<sup>5</sup>.
- **układy rozbudowane** - występują w sytuacji, gdy wokół głównych uzdrowsk znajdują się miejscowości potencjalnie uzdrowskowe i liczne ośrodki wypoczynkowo - turystyczne (stacje narciarskie, ośrodki wypoczynku letniego)<sup>6</sup>.
- **założenie konstelacyjne** - jest najbardziej rozbudowanym układem. Występuje wówczas, gdy w obszarze znajduje się kilka porównywalnej wielkości ośrodków lecznictwa uzdrowskowego oraz w duże stacje narciarskie i założenia wypoczynku letniego. Charakterystyczne jest dla regionu o dobrze rozwiniętej infrastrukturze w zakresie funkcji lecznictwa uzdrowskowego, wypoczynku i turystyki<sup>7</sup>.

Obecność w sąsiedztwie uzdrowsk dużych kompleksów leśnych jako jednego z istotnych czynników leczniczych warunkowała zawsze wybór lokalizacji miejscowości o funkcji lecznictwa balneologicznego<sup>8</sup>.

## Powiązanie z jednostkami osadnictwa stałego różnej wielkości

Występujące w Polsce uzdrowska nie są układami samodzielnymi przestrzenne, lecz zawsze występują w powiązaniu, w różny sposób, z ośrodkiem osadnictwa stałego, którym są zarówno miejscowości o statucie miasta, jak i układy wiejskie<sup>9</sup>. Sposób zagospodarowania uzdrowska związanego z sąsiednim miastem czy wsią jest odbierany także poprzez stan zagospodarowania i urzędzenia przestrzeni miejskiej niejednokrotnie połączonej się z założeniem leczniczym. Autorka wyróżnia sześć rodzajów układów przestrzennych wśród uzdrowsk statutowych, z uwagi na związki z sąsiadującym ośrodkiem osadnictwa stałego :

**Układ izolowany** - jest wtedy, gdy założenie lecznicze nie jest związane z układem osadnictwa stałego w sposób bezpośredni, a wręcz jest oddzielone przestrzennie od niego. Odległość ta może wynosić od kilkuset metrów do kilku kilometrów. W Polsce tego typu założeń jest niewiele. Walem tego typu rozwiązania jest możliwość zachowania pełnej izolacji od innych działalności niosących zagrożenie uciążliwością, a tym samym zapewnienie ciszy i spokoju.

**Układ sprzężony** - jest jednym z przykładów powiązania uzdrowska z sąsiednią jednostką osadnictwa stałego. Cechą charakterystyczną tego typu układów jest jasne i proste powiązanie uzdrowska z jednostką osadnictwa stałego. Formy przestrzenne powiązania mogą być rozmaite - aleja, ulica, trakt pieszy. Można tu wyróżnić dwa przypadki:

- **dominacji uzdrowska w układzie przestrzennym**, gdy założenie uzdrowskowe zostało bardzo rozbudowane, a ośrodek osadnictwa stałego nie wykazuje tendencji wzrostu.
- **dominacji miasta w układzie przestrzennym** - który jest typowy dla polskich przykładów. Powoduje to ograniczenia w przestrzennym rozwoju ośrodka leczniczego. Jednocześnie jednak miasto, zwłaszcza średniej wielkości, może oferować kuracjuszom wiele dodatkowych atrakcji kulturalnych oraz związanych z ofertą usługowo - handlową.

**Układ sprzężony równoległy** - jest specyficzną formą układu sprzężonego

i występuje wtedy, gdy założenie uzdrowiskowe jest wyraźnie oddzielone od sąsiadującej miejscowości przez bariery liniowe, jak np.: rzeka, wąwóz, jar, wysoka skarpa, a także droga lub tor kolejowy. Istotnym walorem tego rozwiązania jest niezależność od innych funkcji miejscowości kształtowanie przestrzeni leczniczej w sposób niezwiązany z istniejącą strukturą miejską.

Podobnie jak w układzie sprzężonym prostym można tu wyróżnić dwa rodzaje układów, w których może występować:

- dominacja miasta lub dominacja uzdrowiska.

**Układ zintegrowany** - dotyczy przypadku pełnego złączenia struktury przestrzennej miejscowości ze strukturą uzdrowiska, w sytuacji wyraźnego wykrywalizowanego uzdrowiskowego układu przestrzennego. Uzdrowiska takie są tak silnie połączone z tkanką miejską, że czasami trudno jednoznacznie określić granice poszczególnych założeń.

**Układ wchłonięty** - stanowi formę przestrzenną, w której niewielkie założenie lecznicze zostaje szczelnie otoczone przez inne założenia i rodzaje zabudowy, czasami o różnych funkcjach. Występują one na terenach silnie zurbanizowanych, w obszarach wielkich miast lub w ich regionie. Założenie takie jest narażone na zagrożenia w zakresie czystości powietrza, hałasu. Bardzo niekorzystna jest sytuacja, gdy w sąsiedztwie założenia brak dużych terenów zieleni urządzonej.

**Układ przemieszany** - założenie uzdrowiskowe zdeintegrowane - istnieje wtedy, gdy w różnych rejonach miejscowości są usytuowane, oddzielone przez tereny o innej funkcji, np. mieszkalnictwa stałego, usług założenia lecznicze czy pojedyncze obiekty lecznicze. W zdeintegrowanych/przemieszanych układach występują uciążliwości dla kuracjuszy z uwagi na koncentrację ruchu samochodowego, hałas, niepokój optycznym w bezpośrednim sąsiedztwie terenów leczniczych lub miejsca zamieszkania kuracjuszy.

### **Charakterystyka stanu zagospodarowania polskich uzdrowisk**

Oceniając stan zagospodarowania polskich uzdrowisk należy stwierdzić, że większość z nich została wykreowana w zasadniczym układzie co najmniej 250

-100 lat temu. Z uwagi na braki środków na modernizację w okresie socjalizmu, w większości w znacznym stopniu zachowały się ich historyczne założenia. Najbardziej cenne obszary objęto ochroną konserwatorską w latach 60. XX w. Intensywny rozwój polskich uzdrowisk miał miejsce w latach 60 i 70. Wzniesiono wtedy wiele sanatoriów i obiektów leczniczych ale też i ośrodków wypoczynkowych. Intensywna zabudowa uzdrowisk wpłynęła na nadmierną urbanizację przestrzeni zarówno formalną jak i realną z uwagi na wprowadzaniu architektury o charakterze miejskim, bez próby nawiązania do obiektów tradycyjnych. Równolegle zabudowano znaczne powierzchnie uzdrowisk zabudową mieszkaniową. Licznym wznoszonym obiektem sanatoryjnym i leczniczym nie towarzyszył równoległe proces kreacji założeń zieleni.

### **Historyczne i zabytkowe założenia zdrojowisk polskich**

Większość polskich uzdrowisk powstała na wzorach wcześniej wykreowanych uzdrowisk austriackich, śląskich, także francuskich i włoskich. Stamtąd czerpano wzory rozwiązań przestrzennych, sprawdzone rozwiązania funkcjonalne oraz przeszczepiano wzory kultury spędzania czasu u wód. Główny okres rozwoju uzdrowisk na terenie obecnych ziem polskich miał miejsce od XVII-XIX wieku. Gwałtowne przyspieszenie kreacji uzdrowisk nastąpiło w drugiej połowie XIX w. Wcześniej niż uzdrowiska karpackie i nadmorskie powstawały ośrodki śląskie. Podobnie jak w innych europejskich założeniach uzdrowiskowych centra zostały wyekspozowane reprezentacyjnym charakterem występujących tu okazałych budowli i towarzyszących im zazwyczaj reprezentacyjnych układów zieleni, parków, skwerów, promenad. Założenia terenów zieleni polskich zdrojowisk w niewielkim stopniu zostały przekształcone, sporadycznie rozbudowane. Wszystkie znaczące w przestrzeni uzdrowiska obiekty posiadały atrakcyjne zaprojektowane tereny zieleni, a wewnętrzne pomieszczenia w obiektach wyposażone były w przepychem. Repertuar stosowanych środków przy realizacji tych budynków był bardzo szeroki - od początkowo skromnych drewnianych domów do murowanych obiektów o cechach architektury pałacowej i monumentalnej<sup>10</sup>.



## Zabudowa uzdrowisk w okresie lat 60 i 70

W Polsce po II wojnie światowej, głównie w latach 60 i 70 rozpoczęto intensywną realizację wielu inwestycji leczniczych i sanatoryjnych. Polegała ona na głównie na budowie dużych betonowych sanatoriów o skali znacznie przekraczającej tradycyjną, drobną, często drewnianą zabudowę tych miejscowości. Początkowo te, często realizowane wg typowych projektów, obiekty wznoszono na obrzeżach założeń, z czasem nastąpiła budowa ich w obszarach centralnych<sup>11</sup>. Formy architektury nawiązywały bardziej do przestrzeni wielkomiejskich z charakterystycznym dla tamtych lat bardzo złym wykonawstwem. Do dzisiaj w większości dużych uzdrowisk oraz tych niewielu wykreowanych w tamtych czasach taka zabudowa stanowi o kształcie przestrzeni założeń. Stanowi to podstawowy problem przy projektach związanych z atrakcyjnym zagospodarowaniem uzdrowiska. Stały napór inwestycyjny w obszary centralne, zwłaszcza renomowanych uzdrowisk, spowodował, że z końcem lat 70. pojawiają się w uzdrowiskach wielkokubaturowe obiekty sanatoryjne, dziewięcio- jedenaścokondygnacyjne, wznoszone zarówno w nowych lokalizacjach, jak i w miejscu dawnych, niewielkich drewnianych pensjonatów<sup>12</sup>. W tym czasie wykreowano także kilka nowych założeń uzdrowiskowych głównie w Karpatach w Ustroniu, Polańczyku, w Złockiem. Podejmowane próby szukania nowych form przestrzennych dla tej funkcji niestety nie okazały się udane, także z powodu niedokończonego zagospodarowania i urządzenia wspólnych terenów zieleni. Podobnie jak wcześniejsze próby poszukiwania indywidualnych form dla kształtu architektonicznego sanatoriów<sup>13</sup>.



Przykłady zabudowy sanatoryjnej z lat 60-70

Pomimo wielu nowych sanatoriów, a zwłaszcza domów wypoczynkowych zrealizowanych w polskich uzdrowiskach nie podjęto w tym czasie żadnych większych działań na rzecz powiększenia urządzonych terenów zieleni. Lansując zasadę kreacji dzielnicy uzdrowiskowej, a nie samodzielniego ośrodka uzdrowiskowego, zbudowano w wielu miejscowościach zespoły osiedli mieszkaniowych o wielkomiejskiej zabudowie. Liczne przykłady osiedli pięciokondygnacyjnych bloków spotyka się w wielu uzdrowiskach, ale najbardziej są ekspozowane na stokach w uzdrowiskach karpackich<sup>14</sup>. W innych miejscowościach uzdrowiskowych też wznoszono osiedla mieszkaniowe oraz typowe wielkomiejskie bloki, często o wyższych gabarytach<sup>15</sup>. Zabudowa jednorodzinna realizowana była zazwyczaj na obrzeżach założeń, często powielając i utrwalając wcześniej istniejące układy wiejskie lub znacznie częściej wg podziałów geodezyjnych. W grupie uzdrowisk sytuowanych w strefie oddziaływania dużego miasta lub aglomeracji do końca lat 70. lokalizowano zespoły osiedli mieszkaniowych<sup>16</sup>.

Kolejne realizacje obiektów leczniczych i sanatoryjnych, ale przede wszystkim ośrodków i domów wypoczynkowych oraz zespołów zabudowy mieszkaniowej spowo-

dowały nadmierne zagęszczenie i zabudowy ośrodków lecznictwa uzdrowiskowego.

### Inwestycje ostatnich lat w polskich uzdrowiskach

Od lat 90. pojawiają się w niektórych uzdrowiskach nowe obiekty usługowe: hotele, pensjonaty i lokale gastronomiczne o architekturze szukającej bardzo bliskich powiązań z tradycyjnymi rozwiązaniami formalnymi. Budynki te czasami posiadają rozbudowaną bryłę ze spadzistym dachem. Stosuje się często cytowania form i detali architektury regionalnej, kurortowej, tyrolskiej a czasami skojarzenia z fantazyjnymi formami pałaców i zamków. Zrealizowane są przy zastosowaniu okładzin drewnianych i nowoczesnych materiałów budowlanych<sup>17</sup>. Obserwuje się także przykłady przebudowy historycznych sanatoriów, czy zakładów przyrodolecznicych na obiekty rezydencjalne o dużych przestrzeniach wspólnych, z licznymi pojedynczymi apartamentami z bardzo wysokim standardem wyposażenia, często wraz z garażami umieszczonymi w przyziemiu<sup>18</sup>. W wielu uzdrowiskach podjęto próby modernizacji i adaptacji obiektów sanatoryjnych i przyrodolecznicych powstałych w poprzednim okresie. Nie wszystkie jednak te próby można traktować jako udane<sup>19</sup>.

Z kolei w uzdrowiskach związanych w dużych miastach wielkoskalowa zabudowa miejskich osiedli mieszkaniowych jest sytuowana coraz bliżej ośrodków balneologicznych<sup>20</sup>. Stale powiększająca się powierzchnia zabudowy jednorodzinnej w tych uzdrowiskach charakteryzuje się ostatnio tendencją realizacji zabudowy rezydencjonalnej „obwarowanej”, otoczonej szczelnym murem, niekiedy o wysokości ponad dwóch metrów, jak np. w Swożowicach czy Konstancinie.



Realizacje z lat 90. XX w.

W wielu ośrodkach, korzystając z funduszy unijnych, wykonano wiele prac z zakresu infrastruktury technicznej, wymieniono nawierzchnię ciągów pieszych, promenad, porządkując częściowo główne przestrzenie lecznicze, niekiedy trasy spacerowe w parkach zdrojowych i leśnych. Te inwestycje nierzadko nie wymagające inwencji architektów wniósłoby podobne rozwiązania do wszystkich ośrodków<sup>21</sup>. Podobnie jak rozbudowa programów usług sportowych i rekreacyjnych w wielu uzdrowiskach zwłaszcza górskich polega na realizacji takich samych urządzeń i obiektów, przede wszystkim wyciągów i narciarskich tras zjazdowych oraz szlaków rowerów górskich.

Ostatnie zmiany własnościowe kilku uzdrowisk zaowocowały zarówno poprawą w zagospodarowaniu przestrzeni centrum jak i realizacjami nowych obiektów leczniczych i hotelowych<sup>22</sup>. Prywatyzacja wielu dawnych obiektów sanatoryjnych, zwłaszcza historycznych pensjonatów, czy to przez zwrócenie budynków dawnym właścicielom, czy w wyniku sprzedaży, spowodowała poprawę ich wyglądu estetycznego dzięki licznie prowadzonym modernizacjom i remontom<sup>23</sup>. Czasami jednak w pogoni za zyskiem, przy braku znajomości i zrozumieniu zasad kreacji przestrzeni uzdrowiskowej realizowane są nadal założenia zabudowy mieszkaniowej (tzw. apartamentowce) nawiązujące formalnie do zespołów osiedli wielkomiejskich, czasami o nadmiernej skali założenia i zbyt wielkim gabarycie poszczególnych budynków<sup>24</sup>.

## Przestrzenie zieleni urządzonej w polskich uzdrowiskach

Sposób zagospodarowania przestrzennego miejscowości kuracyjno - zdrojowskich jest odmienny od sposobu kształtowania innych jednostek osadniczych<sup>25</sup>. Centrum uzdrowiska stanowiły zawsze tereny zieleni urządzonej, zarówno w formie parków zdrojowych jak i promenad, skwerów, alei.

Założenia terenów zieleni polskich zdrojowisk w stosunku do założeń pierwotnych w niewielkim stopniu zostały przekształcone, sporadycznie rozbudowane. Pomimo budowy wielu obiektów sanatoryjnych i mieszkalnictwa stałego, nie zakładano nowych dużych terenów zieleni. Tak, że historyczne parki zdrojowe do dzisiaj są główną, często jedyną przestrzenią urządzonej zieleni w całej miejscowości. W ostatnich kilkudziesięciu latach obserwuje się liczne zaniedbania, w wyniku braku statych działań konserwatorskich i pielęgnacyjnych. Tereny zieleni parkowej w wielu polskich zdrojowisk są często jedynymi skomponowanymi dużymi terenami zieleni urządzonej w całej miejscowości<sup>26</sup>. Towarzyszą im większe lub mniejsze płaszczyny wodne, fontanny i wodotryski pełniące głównie funkcje dekoracyjne, oraz lecznicze. Temu samemu celowi służą również łącznie te przemysłowe, w Ciechocinku, i specjalnie wznoszone wyłącznie dla celów terapeutycznych, np. w Konstancinie i Inowrocławiu.

Brak odpowiednio urządzonych i zagospodarowanych zróżnicowanych terenów zieleni, zarówno w formie parków zdrojowych, parków kinezyterapeutycznych, jak i przestrzeni rekreacyjnych i sportowych jest jednym z ważniejszych problemów występujących w polskich uzdrowiskach wszystkich typów. Wśród polskich uzdrowisk są przykłady gdzie wskaźnik powierzchni parkowej na kuracjusza jest bardzo niski<sup>27</sup>. Istotna w związku z tym jest obecność w sąsiedztwie uzdrowisk dużych kompleksów leśnych jako jednego z istotnych czynników leczniczych. Te duże obszary zieleni z jednej strony wpływają na warunki klimatyczne i lecznicze, z drugiej - są nieobojętne ze względów estetycznych, stanowiąc zarówno tło założenia leczniczego, jak i atrakcyjne zamknięcie wielu ciągów pieszych układu. Zachowane duże arealty zieleni wysokiej

systematycznie obejmowane były różnymi formami ochrony wartości przyrodniczych i przyrodniczo - krajobrazowych. Dzisiaj liczne uzdrowiska są położone wewnątrz lub bezpośrednio sąsiadują z obszarami prawnie chronionymi z uwagi na wartości środowiska przyrodniczego i krajobraz lub z dużymi kompleksami lasów, które ingerują w ich przestrzenie<sup>28</sup>. Tym bardziej, że nadal projekty nowych założeń przestrzeni urządzonej zieleni w uzdrowiskach są nieliczne, a wcześniej istniejące założenia przez brak konserwacji i odpowiedniej pielęgnacji bywają zaniedbane.

Uzdrowiska dolnośląskie posiadają większe tereny zieleni, ale także nie zawsze odpowiednio zagospodarowane i konserwowane. W ostatnich projektach planów zagospodarowania przestrzennego wyłącza się je z obszarów ochrony uzdrowiskowej, jak np. ostatnio w Łądku - Zdroju. W większości polskich uzdrowisk, a zwłaszcza w tych, w których realizowano w ostatnich czterdziestu latach duży program budownictwa sanatoryjnego, nie powstały adekwatnej wielkości nowe urządzone tereny zieleni. Nadal obserwuje się tendencje dalszej zabudowy terenów zieleni<sup>29</sup>.

Dodatkowo w wielu przypadkach w bezpośrednim sąsiedztwie parków zdrojowych, deptaków uzdrowiskowych znajdują się parkingi towarzyszące tym terenom na znacznych przestrzeniach. Powierzchnie alejek i ścieżek parkowych w wielu założeniach nadal są pokryte asfaltem o niezbyt równej powierzchni, co powoduje, że po deszczu stają się trudne do pokonania. W innych dzięki ostatnim modernizacjom zmieniono ich nawierzchnie na wszechobecne dzisiaj kostki betonowe.





Tereny zieleni urządzonej w polskich uzdrowiskach



Sposób użytkowania przestrzeni w centrum uzdrowiska

### Sposób użytkowania głównych przestrzeni w uzdrowisku

Przestrzenie centralne uzdrowisk tradycyjnych i zabytkowych są często najbardziej atrakcyjnymi obszarami całych miejscowości. Nierzadko są to założenia monumentalne, pełne historycznej, często chronionej zabudowy. Towarzyszące im szerokie aleje, deptaki, place, otwarte przestrzenie zieleni urządzonej, które były komponowane jako oprawa i przedpola widokowe najważniejszych budowli w uzdrowisku. Tu skupia się życie towarzyskie kuracjuszy, turystów, wczasowiczów, ale także często mieszkańców stałych, zwłaszcza w układach sprężonych, zintegrowanych, przemieszanych i wchłoniętych. Jednocześnie są to w większości polskich uzdrowisk obszary wyraźnie odróżniające się od przestrzeni współcześnie komponowanych. Dzisiaj wiele tych bardzo prestiżowych przestrzeni są zagospodarowywane jako stałe lub czasowe kiermasze pełne tzw. tymczasowych stoisk, zarówno handlowych jak i gastronomicznych rozsiewających zapachy grillowanych wędlin i mięsa<sup>30</sup>. Przestrzenie te z uwagi na ich atrakcyjność często wykorzystu-

je się do masowych imprez rozrywkowych dla różnych użytkowników niekoniecznie dla kuracjuszy. Imprezom tym organizowanym na różnym poziomie towarzyszą często pneumatyczne i inne konstrukcje<sup>31</sup> i urządzenia wznoszone w tych przestrzeniach, które stają się miejscami zwiększonej koncentracji ruchu pieszego i hałasu.

W przestrzeniach centralnych uzdrowisk polskich często fasady obiektów zabytkowych wykorzystywane są jako miejsca dla wieszania banerów reklamowych, umieszczania bilbordów i innych ogłoszeń. Liczne anonse związane z prowadzoną działalnością najczęściej prywatnych gabinetów leczniczych i paralelnicznych oraz inną aktywnością gospodarczą o różnych kształtach i kolorach pojawiają się często w eksponowanych miejscach centrum uzdrowiska. Tak samo nie zawsze ujednolicono informacje o poszczególnych sanatoriach, pensjonatach, zakładach przyrodolecznicznych co wprowadza nieład w przestrzeni. Dodatkowo różnorodność reklam i szyldów sklepowych powoduje chaos estetyczny w tych przestrzeniach.

### Problemy komunikacji i transportu w polskich uzdrowiskach

Gwałtowny rozwój środków komunikacji, wzrost wymiany międzynarodowej oddziałują na sposób zagospodarowania przestrzeni polskich uzdrowisk. Samo położenie wielu ośrodków lecznictwa uzdrowiskowego w bezpośrednim sąsiedztwie granicy państwowej w sytuacji, gdy w ostatnich latach wyraźnie wzrosła liczba nowych lub restytuowanych przejść granicznych, jest przyczyną zwiększenia obciążenia tranzytowym ruchem kołowym wielu dróg przebiegających poprzez lub w bezpośrednim sąsiedztwie założeń uzdrowiskowych. Zjawisko to narasta zwłaszcza w obszarze Polski południowej<sup>32</sup>. Uwarunkowania topograficzne w uzdrowiskach górskich ograniczają możliwości innego prowadzenia dróg niż właśnie poprzez lub w bezpośrednim sąsiedztwie założenia leczniczego. Już wcześniej sygnalizowano w wielu uzdrowiskach niekorzystne zjawiska związane z przebiegiem tras tranzytowych przez przestrzenie lecznicze. W ostatnich latach obserwuje się w niektórych uzdrowiskach łagodzenie rygorów ograniczających wjazd do obszarów leczniczych dla prywatnych samo-

chodów<sup>33</sup> nie tylko pacjentów, ale także mieszkańców miejscowości oraz przyjezdnych turystów i wypoczywających. Obserwowane jest powiększanie powierzchni parkingów w sąsiedztwie dużych sanatoriów i zakładów przyrodoleczniczych przeznaczonych dla kuracjuszy. Te wszystkie działania powodują, że sposób zagospodarowania przestrzeni uzdrowiska staje się pokrewny przestrzeniom miejskim i wpływa na obniżenie komfortu terapii.

### Wybrane kierunki działań na rzecz zwiększenia atrakcyjności zagospodarowania przestrzeni w uzdrowiskach europejskich

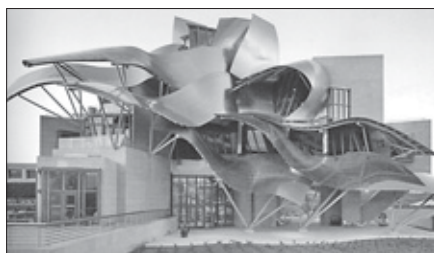
Obserwowany od co najmniej dwudziestu lat ponowny wzrost zainteresowania lecnictwem balneologicznym manifestuje się w wielu krajach Europy zarówno rozbudową i modernizacją tradycyjnych miejscowości uzdrowiskowych, jak i kreacją nowych założeń i ośrodków leczenia balneologicznego. Sposób i zagospodarowania i zabudowy tych zdrojowisk spełnia wysokie standardy lecznicze, techniczne a także estetyczne, co wynika z konkurencyjnego ich rozwoju. Przedstawione przykłady nie wyczerpują wszystkich podjętych inicjatyw w tym zakresie. Stanowią jednak wiodące, ciekawe zestawy działań, czasami długofalowych. Niektóre z nich są możliwe do adaptacji w polskich warunkach.

### Renowacja, modernizacja i rewitalizacja historycznych założeń oraz ich rozbudowa

Ostatnio prowadzone prace konserwatorskie i remontowe w wielu uzdrowiskach przywróciły atrakcyjny wygląd wielu historycznym obiektom i założeniom. Prócz tradycyjnych prac remontowych i odnowień, jakie również mają miejsce w Polsce, w wielu inicjatywach w tym zakresie ciekawe są działania kompleksowe prowadzące do poprawy zagospodarowania całej miejscowości czy nawet regionu. Takie prace przeprowadzono w Druskienikach na Litwie, zmieniając uzdrowisko zabudowane za czasów radzieckich typowymi obiektami w nowoczesny europejski kurort, często odwiedzany przez mieszkańców krajów skandynawskich.

Podobne działania podjęto w Niemczech przebudowując uzdrowiska nad

Bałtykiem np.: w Albeck, Bad Heringsdorf i Bansin odnawiając tradycyjne pensjonaty, zwiększając znacznie ofertę usługową, ale przede wszystkim niezwykle starannie zagospodarowując tereny zieleni zarówno wzdłuż pasma wydm, przy odbudowanym molo, jak i parki zdrojowe wewnątrz struktury poszczególnych miejscowości. Najciekawsze zamierzenia w tym zakresie podjęto we Włoszech. Polegały one między innymi na rewitalizacji historycznych uzdrowisk wokół Neapolu<sup>34</sup> jako jeden z elementów ożywienia i zagospodarowania terenów wypoczynkowych wokół Wezuwiusza, jako alternatywa dla zatłoczonych obszarów nadmorskich.



Hotel Spa w Rioja Alavesa,



Sanatorium projektu Mario Botto



Założenie uzdrowisk Bad Rogner Blumau

### **Realizacja obiektów uzdrowiskowych - sanatoriów autorstwa znanych architektów**

W konkurencyjnym rozwoju w wielu uzdrowiskach europejskich poszukuje się sposobów na przyciągnięcie kuracjuszy, także poprzez atrakcyjne zagospodarowanie przestrzeni oraz realizację obiektów najwybitniejszych architektów i artystów. W ostatnich latach w związku z gwałtownym rozwojem uzdrowisk w Europie i na świecie takich realizacji jest wiele. Można tu wymienić najznakomitsze. Z okazji odnowy uzdrowiska w Bath na 2000 rocznicę jego powstania nowe termy na początku XXI w. wzniesiono wg projektu Nicolasa Grimshowa, znanego angielskiego architekta.

Wśród masowo restytuowanych i powstających od nowa uzdrowisk hiszpańskich projekt dla jednego z nich zlecono kontrowersyjnemu amerykańskiemu architektowi Frankowi Gehry. Hotel Spa z oddziałem uzdrowiskowym o dynamicznej jakby rozwichrzonej formie jest chyba jednym z bardziej oryginalnych obiektów architektury uzdrowiskowej.

Wśród ostatnio zrealizowanych pięciu założeń kąpieliskowo - leczniczych, w austriackiej Styrii, w których wykorzystywane są wody termalne, wyróżnia się niewielki samodzielny ośrodek Rogner - Bad Blumau, zaprojektowany w roku 1989 przez niezwykle oryginalnego wiedeńskiego artystę Friedensreicha Hundertwasser<sup>35</sup>. To unikatowe uzdrowisko jest wizją harmonii natury z architekturą usytuowaną we wspaniałym krajobrazie, z architekturą bajecznie kolorową, uważaną przez niektórych za ekstrawagancką.

W wielu europejskich uzdrowiskach znajdujemy współczesne obiekty zreali-

zowane przez innych znanych architektów Jeana Nouvella, Mario Botta, Petera Zumthora i innych. Niektóre są wynikiem konkursów, inne bywają honorowane nagrodami stowarzyszeń i organizacji architektonicznych, krytyków sztuki i in.

### **Lokalizacja uzdrowiska w naturalnych terenach atrakcyjnych krajobrazowo i kulturowo**

W pogoni za najbardziej atrakcyjnymi lokalizacjami ośrodków uzdrowiskowych wykorzystywane są coraz bardziej niezwykle miejsca na ziemi. Po znanym japońskim uzdrowisku w Beppu, gdzie kuracjusze mogą zażywać kąpeli w naturalnej scenerii wypływających z wnętrza ziemi wód geotermalnych, pojawiają się kolejne realizacje założeń wpisanych w naturalne warunki krajobrazowe lub nawiązujących do tradycyjnych materiałów budowlanych. W sposobie zagospodarowania przestrzeni tych założeń eksponuje się elementy naturalnego środowiska, podporządkowując im poszczególne budowle lub ukrywając je w różny sposób. Wśród wielu rozwiązań związanych z egzotycznym pejzażem kreowanych w ostatnich czasach, niezwykle fascynujące jest założenie Blue Lagoon w Grindavik w Islandii. Uzdrowisko, położone w odległości około 80 km na wschód od Reykjavíku, zostało wzniesione w scenerii otoczonego górami krateru, który wypełnia woda o intensywnie błękitnym kolorze wody. Architektura poszczególnych obiektów usytuowanych bezpośrednio nad taflą wody staje się świetlista i nierealna. Jeszcze bardziej egzotycznych wrażeń doświadczają kuracjusze i turyści zażywający kąpeli wśród wapiennych wodospadów w basenach wypetnionych relikdami starożytnych budowli w Pamukalle w Turcji<sup>36</sup>.



Blue Lagoon w Grindavik - Islandia (po lewej)  
Białe wodospady w Pamukalle - Turcja (po prawej)



Dbałość o zaprojektowane detal i małą architekturę, wykonanych z różnorodnych i dobrej jakości materiałów Bardejovske Kupele - Słowacja (po lewej)  
i Contrexeville - Francja (po prawej)

Bardzo ciekawym przykładem w Toskani jest rejon doliny rzeki Orcia, gdzie znajdują się uzdrowiska termelne Bagno Vignoni, Saturnia Terme i Bagni San Filippo. Prócz kąpeli w basenach można korzystać z leczniczych termalnych wód siarkowych<sup>37</sup> u samych źródeł w naturalnych nieckach na półkach wodospadów lub w zbiorniku poniżej ich, wśród nadrzecznej roślinności podziwiając pejzaż. Kilka nowych hoteli wzniesionych wokół basenów termalnych daje możliwość przebywania na tarasach hotelowym w bezpośrednim ich sąsiedztwie.

### Utrzymywanie dużych terenów urządzonej zieleni w uzdrowisku i jego otoczeniu

Założenia uzdrowiskowe zawsze były kreowane w powiązaniu z dużymi terenami zieleni, różnie zagospodarowanej i rozmiaćte urządzonej. Park zdrojowy, park leśny, rozległe łąki lub miejsca zacienione do ćwiczeń fizycznych, rosaria i inne przestrzenie mniej lub bardziej kameralne dla spędzania czasu stanowiły i nadal są obecne w przestrzeni wielu europejskich

uzdrowisk. Często zależnie od upodobań właścicieli zakładano hodowle oryginalnych roślin, czasami aklimatyzowanych z innych rejonów świata. Stała opieka i pielęgnacja roślinności powoduje, że są nie tylko przestrzeniami dla wypoczynku, ale także pięknie skomponowanymi zielonymi salonami miejscowości.

W historycznym uzdrowisku francuskim Vittel położonym w Wogezach renowacja całego założenia po przejęciu go przez Klub Śródziemnomorski polegała między innymi na perfekcyjnym zaprojektowaniu i urzędzeniu ponad 600 ha parku, dzięki czemu uzyskano niezwykle atrakcyjne przestrzenie zakomponowanej zieleni, co w istotny sposób podniosło komfort pobytu kuracjuszy i zwiększyło renomę uzdrowiska. Pole golfowe, tereny hippiki, rozległe tereny związane z basenem, park zdrojowy ze stuletnimi platanami zwany L'ile Verte, z ogrodem różanym oraz duże przestrzenie leśne tworzą tereny zieleni uzdrowiska Vittel.

Wokół uzdrowiska Karlovy Vary ciągnącego się wzdłuż rzeki Tepla wśród otaczających uzdrowisko lasów wytyczono 21 tras spacerowych, o różnej długości od 2 - 8 km. Kilka starych XIX wiecznych kolejek terenowych, naziemnych może szybko zawieść kuracjuszy na okoliczne wzniesienia i góry. Całkowita długość tras spacerowych i turystycznych wynosi ponad 1000 km. W samym uzdrowisku i jego okolicy znajduje się wiele urządzeń sportowych w tym najstarsze pole golfowe w Czechach z osiemnastoma dołkami, hala do gry w golfa z symulatorem golfowym, liczne boiska do gier kameralnych i zespołowych jak: korty tenisowe, do squashu i siatkówki, baseny, pływalnia, tereny do jazdy konnej, strzelnica i inne.

Z kolei w słowackim uzdrowisku Bardejovske Kupele położonym w Beskidzie Niskim u podnóża Gór Ondawskich i Busov, tereny zieleni urządzonej zajmują ponad 80 % powierzchni założenia. Istotne znaczenia ma tu ponad 150 ha park leśny przechodzący w las, w którym znajdują się baseny, liczne, zróżnicowane trasy spacerowe, miejsca wypoczynku przy źródłach i inne.

Niewielkie uzdrowisko Vyšné Ružbachy otoczone lasami, w których usytuowano stację narciarską, a także plenerowe muzeum rzeźby w trawertynie - miejscowym

kamieniu, położone przy polskiej granicy jest chętnie odwiedzane przez mieszkańców naszego kraju.

W samym założeniu w parku zdrojowym prócz chronionego krateru wody mineralnej, ważnymi urządzeniami są baseny termalne i liczne, dobrze zagospodarowane i utrzymywane trasy spacerowe zarówno w parku, okolicznych lasach jak i poprzez sąsiednie, urządzone łąki.

### **Detal urbanistyczny i mała architektura**

Wyznacznikiem jakości uzdrowiska jest stan i zagospodarowania utrzymania przestrzeni publicznych, a zwłaszcza dbałość o detal urbanistyczny i małą architekturę. Charakterystyczną cechą głównych przestrzeni miejscowości uzdrowiskowych są liczne drobne elementy architektoniczne, kapliczki, altany, zadaszenia nad źródłami i ich obudowa, przekryte deptaki spacerowe, kolumnady, pomniki, muszle koncertowe dla orkiestry zdrojowej a także konstrukcje ogrodowe jak pergole, treliże, murki, obudowy sadzawek i fontann, ławki i inne.

W większości europejskich uzdrowisk te małe budyneczki są usytuowane na starannie skomponowanych i zagospodarowanych placach, często w terenach zieleni. Różnorodność nawierzchni jest tu duża, ale zawsze dominują naturalne materiały budowlane, skomponowane kolorystycznie i fakturowo.

W sąsiadującym z Vittel niewielkim uzdrowisku Contrexeville podjęte działania na rzecz zwiększenia atrakcyjności uzdrowiska polegały na realizacji w terenach sąsiadujących z obiektami leczniczymi szeregu zakomponowanych, powiązanych ze sobą atrakcyjnych wewnątrz urbanistycznych z dominacją wzgórza wodospadów. Zaprojektowano także na jednym z placów całą ścianę kolorowych fontann, a na innym - zadaszony pasaż pieszo-handlowy. Wykończenie poszczególnych elementów z różnorodnych stonowanych ze sobą naturalnych materiałów kamiennych.

### **Podsumowanie i wnioski**

Przywołując za Otto Glausem stwierdzenie, że leczniczymi czynnikami środowiskowymi są między innymi: leśistość terenu, krajobraz, środowisko kulturowe regionu i samej miejscowości uzdrowiskowej, układ przestrzenny i formy architek-

toniczne, które powinny się różnić od otoczenia stałego zamieszkania kuracjuszy<sup>38</sup>, ważnym jest kształt przestrzeni miejscowości uzdrowiskowej, a zwłaszcza sposób jej zagospodarowania.

Lecznictwo uzdrowiskowe odbywa się bowiem zarówno w obiektach i urządzeniach leczniczych jak i na terenie całej miejscowości.

W dobie konkurencyjnego rozwoju uzdrowisk i ich regionów nieoobojętny jest sposób zagospodarowania i urządzenia ich przestrzeni publicznych. Zgodnie z polskim prawodawstwem może się to odbywać na poziomie planowania przestrzennego, w zakresie którego istnieją narzędzia do zaprojektowania tych przestrzeni, zapisania ustaleń i wymagań realizacyjnych. Wydaje się, że dzisiaj poprawa jakości zagospodarowania przestrzeni uzdrowisk polskich jest możliwa do realizacji dzięki środkom unijnym. Ważne jest aby uzyskane efekty dawały podstawę do wyraźnego podniesienia atrakcyjności przestrzeni polskich uzdrowisk zgodnie z europejskimi standardami.

Stąd ważnym jest zapewnienie z jednej strony projektów o wysokich wartościach artystycznych i estetycznych, a z drugiej strony, z uwagi na związek sposobu zagospodarowania przestrzennego uzdrowisk z procesem leczniczym, weryfikacji tego zagospodarowania przez wyznaczonych specjalistów jako jednego z czynników leczniczych.

### **Literatura**

1. Arieff A., Burkhart B., Spa , Köln-London-Los Angeles-Madrid-Paris-Tokyo 2005 r.
2. Badania przestrzenne i programowe uzdrowisk statutowych i miejscowości potencjalnie uzdrowiskowych położonych a dorzeczu Górnej Wisty z punktu widzenia zwiększenia ich atrakcyjności projekt badawczy KBN, Kierownik projektu badawczego Elżbieta Węclawowicz-Bilska lata opracowania 2003 - 2006 mps. Instytut Projektowania Miast i Regionów WA PK.
3. Glaus O., Planen und Bauen moderner Heilbäder. Zürich 1975 r.
4. Groch J., Badania diagnostyczne uzdrowisk polskich z zastosowaniem metod wielowymiarowej analizy porównawczej. Kraków 1991 r.
5. Husovská L., Takátsová J., Slovakia SPAS. Health and beauty walks. Bratislava 2002 r.
6. Rogner-Bad Blumau, Pötlau 1998 r.



7. Stuttgart. Das Leuze Mineralbad und Mineralbad Cannstat Stuttgart b.d.
8. Węćławowicz-Bilska E., Atrakcyjność przestrzeni małych miast i miejscowości uzdrowiskowych w dorzeczu Górnjej Wisty [ w:] Uwarunkowania rozwoju małych miast (red. K. Heffner i T. Marszał) , Biuletyn KPZK PAN z. 226 Warszawa 2006 r.
9. Węćławowicz-Bilska E., Historyczne założenia zdrojowisk w kształtowaniu współczesnych ośrodków balneologicznych w Polsce. ZN PK. Monografia 104. Kraków 1990 r.
10. Węćławowicz-Bilska E., Uzdrowiska Polskie. Zagadnienia programowo-przestrzenne. Kraków 2008 r.
11. Węćławowicz-Bilska E., Zdrojowiska w strefie wpływu dużego miasta i aglomeracji. Zagadnienia programowo-przestrzenne ZN PK Monografia 226. Kraków 1998 r.

### Przypisy

1. Za: E. Węćławowicz - Bilska - Uzdrowiska polskie. Zagadnienia programowo - przestrzenne. Kraków 2008 r.
2. Takimi ośrodkami w Polsce są np.: Potczyn - Zdrój, Wysowa, Horyniec, Polańczyk czy Goczałkowice.
3. Obserwuje to np.: w Szczawnicy sąsiadującej ze stacją narciarską Palenica oraz z miejscowością potencjalnie uzdrowiskową Krościenko i atrakcyjnym centrum turystyczno - kulturalnym w rejonie Jaworek; Ustroń związany ze stacjami narciarskimi na Palenicy w Jaszowcu i na Czantorii oraz Wisła, tradycyjnie związana z lecznictwem uzdrowiskowym i wypoczynkiem oraz Kołobrzeg wraz z sąsiednimi kąpieliskami morskimi takimi, jak: Dźwierzyno, Mrzeżyno, Sianożęty i Ustroń Morskie.
4. Wśród polskich ośrodków, nadal taki układ istnieje pomiędzy uzdrowiskami Busko Zdrój i Solec Zdrój, Świerardów Zdrój i Czerniawa Zdrój; a także Szczawno Zdrój i Jedlina Zdrój.
5. W tej grupie jako przykład można wymienić układ Iwonicz- Zdrój - Rymanów -Zdrój.
6. Przykładem może być zespół uzdrowisk w gminach Krynica i Muszyna. . E. Węćławowicz-Bilska, Uzdrowiska ...op. cit. s. 36-40.
7. Takim układem jest na pewno zespół słowackich uzdrowisk tatrzańskich. Wśród polskich uzdrowisk podobny układ może powstać w rejonie uzdrowisk Popradzkich, zwłaszcza po połączeniu Piwnicznej planowaną kolejką ze Szczawnicą, a zwłaszcza po włączeniu uzdrowiska w Bardejovskich Kupelach oraz ewentualnie w Wysowej. Porównywalne warunki dla kreacji układu konstelacyjnego występują w Sudetach i rejonie nadmorskim, na środkowym i zachodnim wybrzeżu. Ibidem.
8. W bezpośrednim sąsiedztwie 13 polskich uzdrowisk ustanowiono obszary prawnie chronione w formie Parków narodowych, przy 20 założeniach - Parki Krajobrazowe,, a dwa są położone w Obszarze Chronionego Krajobrazu. Tylko w pobliżu siedmiu układów nie ma dużych kompleksów leśnych.
9. W Polsce najwięcej uzdrowisk związanych jest z miastami małymi do 10 tys. ( 19), i średniej wielkości (14, z 11 z miastami kilkunastotysięcznymi, a 3 z miastami około 40 tys.), kilka(8 ) łączy się z ośrodkami wiejskimi, a 4 ośrodki są w dużych miastach.
10. Jak np. teatr w Ciechocinku proj. Schimmelfingha z 1880r., klasyczne łazienki projektu Henryka Marconiego w Busku, neorenesansowe Domy Zdrojowe - J. Majewskiego w Ciechocinku z 1898r. czy wzniesiony wg projektu J. Niedzielskiego i J. Zawiejskiego w Krynicy oraz, też tam założenie Łazienek Mineralnych wg projektu W. Klimczaka, czy wreszcie pięknie skomponowane klasycyzujące założenie w Solcu, zakładem leczniczym i łazienkami proj. inż. Heuricha.
11. Patrz: E. Węćławowicz-Bilska., Historyczne założenia zdrojowisk w kształtowaniu współczesnych ośrodków balneologicznych w Polsce. ZN PK. Monografia 104. Kraków 1990 r.
12. Np. w Krynicy, gdzie z końcem lat 70. wzniesiono jedenastokondygnacyjny dom wczasowo-sanatoryjny Podhale, ale także w innych uzdrowiskach, np. w Inowrocławiu, Kołobrzegu, a współcześnie realizuje się w Świnoujściu-Zdroju.
13. W tej grupie najbardziej znanym są sanatoria Hutnik i Górnik w Szczawnicy.
14. Jak np. w Krynicy osiedle XX -lecia nad dworcem kolejowym i trochę nowsze w rejonie Parku Słotwińskiego; w Szczawnicy - osiedle XX - lecia i rozwiązane z większymi ambicjami w latach 70. osiedle Połoniny; w Iwonicy na stokach Góry Piekielisko, w Polańczyku zabudowa przy wjeździe na półwysep, na którym znajduje się założenie uzdrowiska.
15. Jak np. w Uście, Busku, Wieńcu -Zdroju i innych.
16. Np. w Ciechocinku, Nałęczowie, podkrakowskich Krzeszowicach.
17. Jak np. hotel „Motyl” w Krynicy czy zespół hotelowo- gastronomiczny „Pokusa” w Szczawnicy, hotel SPA Malinowy Zdrój w Solcu Zdroju, hotel SPA Klimek w Muszynie-Złockie.
18. Jak np. modernizowane w ten sposób dawne Łazienki II w Ciechocinku - Pałac Targon, sana-

- torium wojskowe w Krynicy przy ul. Piłsudskiego proj. A. Szyszko-Bohusza czy liczne dawne obiekty sanatoryjne w Międzyzdrojach, Sopotcie, oraz w Świnoujściu.
19. W zewnętrznym wyglądzie obiektów czasami niewiele się zmieniło bowiem na istniejące budynki zwieńczono płasko nałożono spadziście dachy.
  20. Np. przy Śwoszowicach osiedle Kurdwanów czy liczne osiedla w Inowrocławiu, zwłaszcza na południe od uzdrowiska.
  21. Spacerując po uzdrowiskach wydawać by się mogło, że porządkowanie przestrzeni publicznych polegało głównie na poprawie nawierzchni zamieniając zniszczone chodniki asfaltowe na czerwono-szarą kostkę betonową.
  22. Należy tu wymienić przede wszystkim Szczawnicę odzyskaną przez spadkobierców ostatnich właścicieli, którzy doprowadzili do przebudowy i modernizacji plac Dietla nadając założeniu charakter europejskiego kurortu, czy Solec Zdrój, w którym spadkobiercy dawnych właścicieli zrealizowali nowe założenie przy parku zdrojowym - Malinowy Zdrój.
  23. Wzorcowym wydaje się być przykład renowacji pensjonatów położonych wzdłuż ulicy Jana Wiktora w Szczawnicy, które w końcu lat 80. popadły w całkowitą ruinę, a dzisiaj po ich prywatyzacji lub zwróceniu dawnym właścicielom wiele z nich zostało starannie i całkowicie odremontowanych.
  24. Najbardziej zmiennym przykładem takiego postępowania jest realizacja na wydmy szarej w Świnoujściu Baltic Parku, jakkolwiek takie inwestycje powstały w ostatnich latach lub są planowane także w innych uzdrowiskach np. w Ciechocinku.
  25. Patrz: E. Węctawowicz-Bilska, Historyczne założenia zdrojowisk w kształtowaniu współczesnych ośrodków balneologicznych w Polsce. ZN PK. Monografia 104. Kraków 1990 r.
  26. Tak jest np. w Busku, Cieplicach Iwnowicz, Konstancinie - Jeziornej, Krynicy, Kudowie, Polanicy, Rabce, Solcu Szczawnie -Zdroju, Świnoujściu i innych.
  27. np. w Rabce wynosi 15,6m<sup>2</sup> / osobę, a w Konstancinie 8,6 m<sup>2</sup>/osobę.
  28. W bezpośrednim sąsiedztwie 13 polskich uzdrowisk ustanowiono obszary prawnie chronione w formie Parków narodowych, przy 20 założeniach - Parki Krajobrazowe,, a dwa są położone w Obszarze Chronionego Krajobrazu.
  29. jak np. niezbyt fortunny pomysł budowy w parku zdrojowym w Rabce tzw. Muzeum Orderu Uśmiechu.
  30. Tego typu bazyry znajdują się nie tylko w prezentowanym na zdjęciu deptaku w Krynicy, ale również w Świnoujściu, Międzyzdrojach, w sąsiedztwie parku zdrojowego w Busku i w innych.
  31. Prócz powszechnych we wszystkich wesołych miasteczkach trampolin, huśtawek, dmuchanych zjeżdżalni, zamków strachu i innych wznoszone są także ścianki wspinaczkowe, kramy, czasami karuzele, strzelnice itp.
  32. Spośród 45 uzdrowisk statutowych 30 położonych jest w terenach przygranicznych, z czego 22 to podgórskie i górskie uzdrowiska potudniowej Polski.
  33. Co jest widoczne np. w Szczawnicy oraz Rabce. zwłaszcza przy siedzibie Urzędu Gminy w obszarze leczniczym „A”.
  34. Patrz E. Węctawowicz-Bilska , Uzdrowiska polskie...op.cit.s111 i następne.
  35. Odkryte w roku 1979 w czasie poszukiwań ropy naftowej źródła wody termalnej zostały zagospodarowane dla celów lecznictwa. Realizacja projektu trwała kilka lat.
  36. Wapienne formy wodospadów w Pamukalle z uwagi na ich wyjątkowe piękno i unikatowość zostały objęte prawną ochroną, co powoduje ograniczenia w liczbie kąpiących się.
  37. Woda w basenach uzdrowiska Saturnia Therme ma temperaturę 50°C.
  38. O. Glaus, Planen und Bauen moderner Heilbäder. Zürich 1975.

**ELŻBIETA WYRWICZ**  
Zastępca Dyrektora Departamentu Turystyki  
Ministerstwo Sportu i Turystyki

# **KIERUNKI ROZWOJU TURYSTYKI DO 2015 ROKU ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM TURYSTYKI UZDROWISKOWEJ**

## I. Wprowadzenie

Turystyka jest ważną i nowoczesną sferą aktywności gospodarczej, a jednocześnie sferą działalności społecznej. Aktywność turystyczna jest jednym z mierników poziomu życia mieszkańców i wskaźnikiem rozwoju cywilizacyjnego społeczeństw.

Rozwój turystyki jest istotnym impulsem dynamizującym rozwój społeczno-ekonomiczny kraju. Jej znaczenie przejawia się w wysokiej zdolności do generowania nowych miejsc pracy, podnoszenia jakości życia lokalnych społeczności, podwyższenia konkurencyjności regionów. Równocześnie turystyka przyczynia się do odkrywania najcenniejszych zasobów kulturowych i środowiskowych, których eksponowanie poprawia wewnętrzną i zewnętrzną wizerunek kraju, regionów oraz miejscowości.

Turystyka stanowi ważny element rynku wewnętrznego UE, dlatego też na szczeblu UE podejmowane są działania wspierające jej rozwój:

- aktywne promowanie poprawy jakości regulacji prawnych dotyczących turystyki,
- koordynacja polityk sektorowych mających wpływ na turystykę,
- rozwój europejskiego portalu turystycznego,
- europejska nagroda dla najlepszych destynacji turystycznych w Europie,
- organizacja corocznego Europejskiego Forum Turystyki.

### I.1. Turystyka na świecie i w Polsce

Turystyka stanowi jedną z najszybciej rozwijających się gałęzi na świecie, co potwierdzają dane statystyczne Światowej Organizacji Turystyki (UNWTO) i Światowej Rady Podróży i Turystyki (WTTTC), notując po II wojnie światowej stały, nieprzerwany wzrost zarówno w zakresie liczby turystów jak i wpływów z turystyki.

Według UNWTO w 2008 roku odbyło się na świecie 924 mln międzynarodowych podróży turystycznych (o 2% więcej niż w 2007 r.).

Według szacunków Instytutu Turystyki, udział gospodarki turystycznej w PKB Polski w 2008 r. wyniósł 6% (podobnie jak w 2007 r.).

Wydatki cudzoziemców w Polsce w 2008 r. wyniosły 23,5 mld PLN (spadek o 3,2% w stosunku do 2007 r.), a wydat-

ki krajowe mieszkańców Polski na podróże zagraniczne - 9,2 mld PLN (wzrost o 24% w stosunku do 2007 r.).

Wydatki mieszkańców Polski na podróże krajowe w 2008 r. wyniosły 23,9 mld PLN (wzrost o 16%), wydatki na podróże służbowe - 16, 4 mld PLN (wzrost o 8%), a wydatki państwa na turystykę - 3,1 mld PLN (wzrost o 7%).

Według oszacowań Instytutu Turystyki w 2008 roku było:

- 50,2 mln wyjazdów Polaków za granicę (o 5,6% więcej niż w 2007 r.),
- prawie 60 mln przyjazdów cudzoziemców (o 9% mniej niż w 2007 r.),
- liczbę przyjazdów turystów w 2008 roku oszacowano na blisko 13 mln (o 13% mniej niż w 2007 r.). Liczba przyjazdów zmniejszyła się między innymi z uwagi na wejście Polski do strefy Schengen (mniejsza liczba turystów z Białorusi, Ukrainy i Rosji).

### I.2. Turystyka uzdrowiskowa w Polsce

Instytut Turystyki w Warszawie przewiduje, że średnioroczne tempo wzrostu przyjazdów gości do polskich uzdrowisk ma kształtować się na poziomie 3-5%.

Frekwencja tych miejsc opierać się będzie głównie na rosnących dwóch grupach potencjalnych klientów:

- grupie ludzi starszych, tzw. III wieku, w związku z zachodzącymi procesami demograficznymi w Europie,
- dynamicznie rosnącej grupie ludzi młodych, aktywnych zawodowo.

W 2006 roku wg GUS do zakładów uzdrowiskowych przyjechało 490,6 tys. gości, w tym 72,8 tys. cudzoziemców, a w 2007 roku - 551,5 tys. gości, w tym 73,5 tys. cudzoziemców.

## II. Kierunki rozwoju turystyki do 2015 roku

26 września 2008r. Rada Ministrów przyjęła dokument *Kierunki rozwoju turystyki do 2015 roku*.

Jest to dokument programowy, który będzie sprzyjać budowaniu silnych podstaw harmonijnego i zrównoważonego rozwoju sektora turystycznego w Polsce. Zakłada on łączenie aktywności wszystkich podmiotów działających na rzecz rozwoju turystyki i potencjałów będących w ich dyspozycji.

Należy podkreślić fakt, że w jego opracowaniu aktywnie uczestniczyły całe

środowisko turystyczne tj. przedstawiciele administracji samorządowej szczebla regionalnego i lokalnego, przedstawiciele przedsiębiorców, organizacji pozarządowych, świata nauki i wielu innych, którym zależy na rozwoju polskiej turystyki. W bezpośrednim procesie konsultacji wzięło udział około 800 osób.

Zawarte w *Kierunkach rozwoju turystyki do 2015 roku* działania będą sprzyjać budowaniu silnych podstaw gospodarki turystycznej, której rola i znaczenie w gospodarce narodowej stale wzrasta. *Kierunki...* nie tylko pokazują zobowiązania rządu RP, mające na celu harmonijny i zrównoważony rozwój sektora turystycznego w Polsce, ale także wskazują działania, w których realizację powinny być zaangażowane wszystkie podmioty działające na rzecz rozwoju turystyki tzn. jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe, przedsiębiorcy, organizacje branżowe, środowisko naukowe i inni.

Główne moduły, które składają się na niniejszy dokument obejmują misję, cel nadrzędny, cele wiodące, obszary priorytetowe i cele strategiczne, sformułowane przez szeroko rozumiane środowisko turystyczne. Dokument obejmuje także diagnozę gospodarki turystycznej, uwarunkowania rozwoju turystyki i analizę SWOT sektora turystycznego oraz pokazuje powiązania sektora turystycznego z innymi sektorami i dziedzinami gospodarki. Ponadto *Kierunki...* zawierają makroekonomiczne wskaźniki realizacji, źródła finansowania oraz system monitoringu i ewaluacji.

Warto również zaznaczyć, że w skali makroekonomicznej realizacja *Kierunków rozwoju turystyki do 2015 roku* wyraźnie wpisuje się w realizację celów strategicznych Unii Europejskiej określonych w odnowionej Strategii Lizbońskiej, a także priorytetów Strategii Rozwoju Kraju 2007-2015, celu strategicznego Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia 2007-2013 oraz priorytetów Krajowego Programu Reform 2005-2008.

## II. 1. Założenia strategiczne dokumentu - misja, cele, obszary priorytetowe, finansowanie

Rozwój turystyki powinien być podporządkowany osiągnięciu trzech general-

nych wartości tworzących MISJĘ rozwoju turystyki w Polsce:

- turystyka będzie rozwijana jako dziedzina synergiczna w stosunku do innych, ważnych z punktu widzenia rozwoju kraju celów, przyczyniająca się do tworzenia istotnej części dochodu narodowego, budowania pozytywnego obrazu Polski wśród mieszkańców naszego kraju oraz wzmocnienia wizerunku Polski w świecie,
- turystyka będzie eksponującą i wykorzystującą w sposób efektywny, a równocześnie respektującą zasady rozwoju zrównoważonego cenne potencjały kraju, w szczególności dziedzictwo tradycji oraz bogactwo przyrody,
- Polska będzie kierunkiem atrakcyjnym turystycznie dla turystów krajowych i zagranicznych, ze skutecznym funkcjonującym przemysłem turystycznym oraz nowoczesnymi, konkurencyjnymi i wysokiej jakości produktami i usługami turystycznymi.

Celem nadrzędnym jest tworzenie warunków prawnych, instytucjonalnych, finansowych i kadrowych rozwoju turystyki, sprzyjających rozwojowi społeczno-gospodarczemu Polski oraz podniesienie konkurencyjności regionów i kraju, przy jednoczesnym zachowaniu walorów kulturowych i przyrodniczych.

Natomiast do wiodących celów rozwoju turystyki zalicza się:

- a) wzrost znaczenia ekonomicznego turystyki w rozwoju gospodarczym kraju,
- b) wzrost jakości środowiska i życia mieszkańców,
- c) współpraca oraz integracja na rzecz turystyki i jej otoczenia w wymiarze społecznym, przestrzennym i ekonomicznym.

*Kierunki rozwoju turystyki do 2015 roku* będą realizowane i finansowane na 2 poziomach:

- A. Poziomie zadań rekomendowanych przez Międzyresortowy Zespół ds. koordynacji zadań Rządu zawartych w *Kierunkach rozwoju turystyki do 2015 roku*, który zostanie powołany przez Prezesa Rady Ministrów (Poziom I).

B. Poziomie zadań rekomendowanych wszystkim podmiotom działającym na rzecz rozwoju turystyki w Polsce.

**A.**

W celu zapewnienia skutecznej realizacji polityki turystycznej państwa oraz mając na uwadze interdyscyplinarność i wielopłaszczyznowość problematyki rozwoju turystyki planuje się powołanie przez Prezesa Rady Ministrów Międzyresortowego Zespołu ds. koordynacji zadań Rządu zawartych w *Kierunkach rozwoju turystyki do 2015 roku*, w skład którego powinni wejść wysokiej rangi przedstawiciele tych ministerstw i urzędów centralnych, których zakres działania wywiera istotny wpływ na rozwój polskiej turystyki. Przewodniczącym Zespołu i koordynatorem jego prac byłby minister właściwy ds. turystyki.

Przewiduje się, że do zadań Zespołu będzie należało inicjowanie, opiniowanie i rekomendowanie:

1. propozycji rozwiązań legislacyjnych w zakresie obowiązujących regulacji prawnych mających wpływ na rozwój turystyki,
2. kierunków działań zmierzających do wzmocnienia konkurencyjności polskiego produktu turystycznego,
3. działań dotyczących wzmocnienia współpracy w zakresie promocji turystycznej Polski i kształtowania jej wizerunku jako kraju atrakcyjnego turystycznie,
4. kierunków promowania inwestycji turystycznych,
5. kierunków zmian w zakresie standardów kształcenia w turystyce pod kątem potrzeb rynku,
6. projektów działań na rzecz zwiększenia udziału Polaków w turystyce krajowej, w szczególności na rzecz wzrostu dostępności usług dla dzieci i młodzieży, osób niepełnosprawnych, osób starszych oraz rodzin,
7. kierunków zmian związanych z dostępnością transportową do miejsc atrakcyjnych turystycznie,
8. działań związanych z przygotowaniem polskiej branży turystycznej do międzynarodowych wydarzeń kulturalno-sportowych odbywających się w Polsce, m.in. Mi-

strzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012.

**B.**

Założenia *Kierunków* na poziomie II będą realizowane poprzez działania wszystkich podmiotów wspierających rozwój turystyki w Polsce w ramach 4 obszarów priorytetowych:

1) Obszar priorytetowy 1 - Produkt turystyczny o wysokiej konkurencyjności

Do celów operacyjnych obszaru 1 należy:

- I.1. Kreowanie i rozwój konkurencyjnych produktów turystycznych,
- I.2. Rozwój infrastruktury turystycznej,
- I.3. Integracja produktów i oferty turystycznej regionów,
- I.4. Rozwój przedsiębiorczości i działalności organizacji w dziedzinie turystyki,
- I.5. Rozwój wiodących typów turystyki.

2) Obszar priorytetowy 2 - Rozwój zasobów ludzkich na rzecz rozwoju turystyki

Do celów operacyjnych obszaru 2 należy:

- II.1 Przygotowanie kadr operacyjnych gospodarki turystycznej,
- II.2 Rozwój edukacji turystycznej i turystyki społecznej,
- II.3. Monitorowanie potrzeb branży turystycznej w zakresie kadr zawodowych.

3) Obszar priorytetowy 3 - Wsparcie marketingowe

Do celów operacyjnych obszaru 3 należy:

- III.1. Usprawnienie systemu informacji turystycznej,
- III.2. Zwiększenie efektywności działań marketingowych w turystyce, zwłaszcza promocji.

4) Obszar priorytetowy 4 - Kształtowanie przestrzeni turystycznej

Do celów operacyjnych obszaru 4 należy:

- Kształtowanie rozwoju turystyki w sposób zachowujący i podnoszący wartość przestrzeni,
- IV.2. Zwiększenie dostępności turystycznej do regionów przez rozwój transportu.

## II.2. Turystyka uzdrowiskowa w Kierunkach rozwoju turystyki do 2015 roku

Jednym z celów polityki turystycznej państwa, zapisanych w *Kierunkach rozwoju turystyki do 2015 roku* jest wspieranie rozwoju turystyki uzdrowiskowej.

W *Kierunkach...* w Obszarze Priorytetowym I - Produkt turystyczny o wysokiej konkurencyjności, w celu operacyjnym I.5 - Rozwój wiodących typów turystyki znalazło się działanie I.5.1 „Wspieranie rozwoju turystyki uzdrowiskowej, medycznej, rehabilitacyjnej oraz turystyki typu wellness”.

W działaniu I.5.1 „Wspieranie rozwoju turystyki uzdrowiskowej, medycznej, rehabilitacyjnej oraz turystyki typu wellness” podkreślono, iż na jego realizację składać się będą następujące przedsięwzięcia:

1. prowadzenie prac badawczych dla identyfikowania kolejnych miejsc o walorach uzdrowiskowych,
2. przedsięwzięcia podwyższające estetykę i wyposażenie miejscowości uzdrowiskowych,
3. opracowywanie innowacyjnych produktów i usług uzdrowiskowych,
4. prowadzenie działań marketingowych nakierowanych na stworzenie polskiej marki uzdrowiskowej w oparciu o renomę i potencjał najlepszych uzdrowisk.

Rozwojowi turystyki uzdrowiskowej sprzyjają zmiany demograficzne (starzenie się społeczeństwa), położenie geograficzne Polski zwiększające dostępność do usług dla starszych osób z rozwiniętych krajów UE, moda na zdrowy styl życia zwiększająca zainteresowanie usługami uzdrowisk ludzi o stosunkowo dobrym stanie zdrowia i osób młodszych.

Oczekiwane efekty realizacji Działania I.5.1:

- rewitalizacja miejscowości uzdrowiskowych,
- możliwość kreowania nowych ośrodków w oparciu o bogate regionalne zasoby środowiskowe (mikroklimat, źródła itp.),
- duże możliwości wprowadzania innowacji, w tym technologicznych, w ofercie tego typu turystyki, w tym m.in. dla osób niepełnosprawnych,
- możliwość stworzenia w kraju nowych atrakcyjnych miejsc pracy dla lekarzy, pielęgniarek, rehabilitan-

tów itp. (powstrzymanie zjawiska migracji),

- generowanie oferty o wysokiej jakości i dochodowości.

W *Kierunkach...* w Obszarze Priorytetowym II - Rozwój zasobów ludzkich na rzecz rozwoju turystyki przewiduje się działania mające na celu podnoszenie kwalifikacji kadr w turystyce.

Niezwykle istotne znaczenie dla turystyki uzdrowiskowej mają zwłaszcza działania dotyczące kształtowania kompetencji pozwalających na tworzenie innowacyjnych i konkurencyjnych produktów turystycznych oraz właściwą obsługę klientów.

Od jakości zasobów ludzkich zależą możliwości dostosowawcze do szybko zmieniających się potrzeb rynku.

Ważnym elementem kształtowania kadr jest również przygotowanie odpowiednich kadr do obsługi turystów niepełnosprawnych.

Promocja turystyki, w tym również turystyki uzdrowiskowej znalazła swoje odzwierciedlenie w *Kierunkach...* w Obszarze Priorytetowym III - Wsparcie marketingowe.

Podmiotem wiodącym w działaniach realizowanych w ramach tego obszaru priorytetowego jest Polska Organizacja Turystyczna. Niezwykle istotne dla rozwoju turystyki uzdrowiskowej jest podkreślenie w tym obszarze wykorzystania nowoczesnych technologii w rozwoju systemu informacji i rezerwacji turystycznej. Duży nacisk należy położyć również na zwiększenie efektywności działań marketingowych w turystyce, w tym turystyce uzdrowiskowej (poprzez m.in. wspieranie budowy konkurencyjnych produktów turystycznych).

W *Kierunkach...* w Obszarze Priorytetowym IV - Kształtowanie przestrzeni turystycznej znalazły się również działania, które mogą w sposób pośredni służyć rozwojowi turystyki uzdrowiskowej:

- wdrożenie wzorcowych rozwiązań w zakresie proekologicznej infrastruktury turystycznej na obszarach chronionych i ich otulinach,
- wdrażanie innowacji w dziedzinie infrastruktury na rzecz zrównoważonego rozwoju turystyki,
- zwiększenie dostępności turystycznej regionów przez rozwój transportu.

### III. Podsumowanie

Realizacja *Kierunków rozwoju turystyki do 2015 roku* służyć będzie osiągnięciu takich efektów, jak:

- wykorzystywanie nieuaktywnionych lub niewłaściwie użytkowanych potencjałów (ludzki, kulturowy, środowiskowy),
- wzmocnianie kapitału społecznego, kreowanie lokalnych liderów, rozwijanie korzystnych postaw i wartości,
- tworzenie nowych szans dla obszarów o słabszym tempie rozwoju i zwiększanie spójności społecznej i gospodarczej kraju i regionów,
- eksponowanie i zachowywanie cennych wartości kulturowych i środowiskowych,
- stymulowanie przedsiębiorczości oraz postaw innowacyjnych,
- kształtowanie pozytywnego wizerunku kraju i regionów przekładającego się na wzrost atrakcyjności życiowej i inwestycyjnej.

Realizacja zawartych w *Kierunkach...* celów wraz z ich wpisywaniem się w realizację celów Rządu RP, nastąpi poprzez uzyskanie poziomu wybranych wskaźników makroekonomicznych.

Do wskaźników tych należą przede wszystkim:

- udział gospodarki turystycznej w tworzeniu PKB (w %),
- uczestnictwo mieszkańców Polski w wyjazdach turystycznych (w %),
- liczba krajowych podróży turystycznych mieszkańców Polski (w mln),
- liczba cudzoziemców przyjeżdżających do Polski (w mln),
- liczba turystów zagranicznych przyjeżdżających do Polski (w mln),
- oszacowanie wydatków cudzoziemców w Polsce (w mld USD),
- oszacowanie wydatków turystów zagranicznych w Polsce (w mld USD),
- oszacowanie wydatków mieszkańców Polski na krajowe wyjazdy turystyczne (w mld zł).

*Kierunki...* są dokumentem o wysokim poziomie kompleksowości, co przejawia się zarówno w jego strukturze, jak i treści.

Jako podstawowe założenie przyjęto traktowanie turystyki jako dziedziny ściśle powiązanej z wieloma procesami rozwoju i takie jej kształtowanie, które będzie

zgodne z innymi celami społeczno-gospodarczego rozwoju kraju. Dokument zwraca uwagę nie tylko na wewnętrzną spójność podejmowanych działań, ale także na efekt synergii pomiędzy turystyką a środowiskiem przyrodniczym, kulturą, rozwojem społecznym, infrastrukturą etc. W myśl założeń strategicznych, poprzez uczynienie z Polski kraju atrakcyjnego dla turystów krajowych i zagranicznych, turystyka stanie się ważnym narzędziem społeczno-gospodarczego rozwoju regionów.



**WŁODZIMIERZ ŚLIWIŃSKI**  
Naczelnik Wydziału ds. Uzdrowisk  
Ministerstwo Zdrowia

# **PROPOZYCJE DOTYCZĄCE ZMIAN W USTAWIE UZDROWISKOWEJ - ZAAWANSOWANIE PRAC**

Lecznictwo uzdrowiskowe jest działalnością służącą zapobieganiu chorobom i ich leczeniu przy wykorzystaniu urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego i naturalnych surowców leczniczych (wody lecznicze, borowiny) oraz właściwości leczniczych klimatu, a także innych czynników środowiskowych mających korzystny wpływ na wyniki świadczeń zapobiegawczych i leczniczych. Z uwagi na swoją specyfikę wymaga stałego nadzoru nad czynnikami środowiskowymi. Celowość i konieczność prowadzenia takiego monitoringu potwierdza duży wzrost negatywnych oddziaływań antropogenicznych na środowisko naturalne. Powstające zagrożenia środowiska powodują negatywne skutki dla zdrowia ludzi i funkcjonowanie ekosystemów.

Rozwój uzdrowisk, aby był trwały i zrównoważony, powinien uwzględniać fakt, że ochrona środowiska, wzrost ekonomiczny i rozwój człowieka są od siebie zależne i wzajemnie się kształtują, umożliwiając zaspokojenie potrzeb obecnych i przyszłych pokoleń, bez naruszenia harmonii środowiska naturalnego.

Proponowane zmiany wynikają z ponad 2 letniej obserwacji funkcjonowania ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. Nr 167 poz. 1399 z późn. zm.) oraz uwag przesyłanych od podmiotów prowadzących lecznictwo uzdrowiskowe, wojewodów i władz gmin uzdrowiskowych.

Zachowując podstawowe kryteria, zapewniające możliwość prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego, zawarte w obowiązującej ustawie, koniecznym staje się wprowadzenie zmian doprecyzowujących poszczególne przepisy zawarte w cytowanej powyżej ustawie.

Z uwagi na istniejący zakaz lokalizacji w uzdrowiskach zakładów przemysłowych i brak uregulowań prawnych definiujących ten przedmiot, na potrzeby niniejszej ustawy została stworzona definicja zakładu przemysłowego, szczególnie w oparciu o definicje zawarte w ustawie z 27 kwietnia 2001r. Prawo ochrony środowiska (tekst jedn. Dz. U. z 2006r. Nr 129, poz. 902 z późn. zm.).

Nowelizacja rozszerza art.6 precyzujący wykaz zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Do czterech zapisanych w do-

tychczasowej ustawie dodano zakład przyrodolecniczy i zakład lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowany pod ziemią w sztolniach i wyrobiskach. Zakład lecznictwa podziemnego nie musi być zlokalizowany w miejscowościach o statusie uzdrowiska.

Istotnych zmian dokonano w zapisach ustawy, dotyczących powołania i zatrudniania naczelnych lekarzy uzdrowisk. Restrykcyjne przepisy obowiązującej ustawy spowodowały, że dotychczas powołano jedynie czterech naczelnych lekarzy uzdrowisk w województwach takich jak: świętokrzyskie, podlaskie i śląskie. Brak jest naczelnych lekarzy uzdrowisk w pozostałych ośmiu województwach: kujawsko-pomorskim, podkarpackim, dolnośląskim, warmińsko-mazurskim, mazowieckim, zachodnio-pomorskim, lubelskim i pomorskim.

Spowodowane to było wymaganiami 10-letniego stażu pracy w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zakazu zatrudnienia w zakładach, o których mowa powyżej. Lekarze o specjalizacji z balneologii i medycyny fizykalnej, co jest konieczne do wykonywania tej funkcji, w większości pracują w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Naczelny lekarz uzdrowiska przeprowadzający kontrolę nie może być jednocześnie: właścicielem zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, osobą współpracującą z zakładem lecznictwa uzdrowiskowego lub świadczeniodawcą, członkiem organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. W przypadku gdy naczelny lekarz uzdrowiska jest pracownikiem: zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawcy lub gminy uzdrowiskowej, podlega wyłączeniu od udziału w kontroli z mocy ustawy. Funkcję kontrolną zakładu, w którym pracuje naczelny lekarz uzdrowiska, powierza ustawa bezpośrednio Ministrowi Zdrowia. Nowelizacja ustawy uzdrowiskowej skraca również wymagany staż pracy w uzdrowisku do lat 5. Wprowadza się także możliwość powoływania na naczeln-

nego lekarza uzdrowiska, lekarza, który posiada specjalizację w profilu prowadzonym przez uzdrowisko, certyfikat z zakresu balneologii i medycyny fizykanej oraz co najmniej 10 letni staż pracy w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Celem ujednoczenia prowadzonej przez naczelnych lekarzy uzdrowisk dokumentacji, wprowadzono zapis dający możliwość opracowania w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia wzorów druków ewidencyjnych zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego.

W nowelizacji ustawy wprowadzono nowy produkt leczniczy, jakim jest rehabilitacja uzdrowiskowa. Rehabilitacja uzdrowiskowa będzie prowadzona w stacjonarnych zakładach lecznictwa uzdrowiskowego - szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach.

Zaproponowane zmiany w ustawie umożliwią prowadzenie i rozwój lecznictwa uzdrowiskowego, podniosą jakość wydawanych świadczeń oraz staną się czytelne dla pacjentów i władz administracyjnych, a przede wszystkim umożliwią realizację ustawy w zakresie kontroli udzielanych świadczeń w uzdrowiskach poprzez powołanie przez wojewodów naczelnych lekarzy uzdrowisk.

Wykreślono z artykułu 19 ustawy przepis będący upoważnieniem ustawowym dla Ministra Zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia wzorcowego statutu uzdrowiska i wzorcowego statutu obszaru ochrony uzdrowiskowej.

Konieczna była również częściowa zmiana art. 38 ust 1 ustawy zwłaszcza w uporządkowaniu terminologii i procentowego udziału dotyczącego terenów zieleni i terenów biologicznie czynnych. Koniecznym stało się również uściślenie wielkości stref ochrony uzdrowiskowej oraz doprecyzowanie niektórych czynności zabronionych. Minister Zdrowia proponuje w nowelizacji ustawy zmianę brzmienia dotychczasowego art. 38 wprowadzając ust. 3 w treści „gmina, która otrzymała status uzdrowiska lub status obszaru ochrony uzdrowiskowej, przed wejściem ustawy w życie przystąpi do uchwalenia a następnie sporządzenia miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego na zasadach określonych

w odrębnych przepisach z dniem uzyskania decyzji Ministra Zdrowia o możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na swym obszarze”.

Ust.2 artykułu 38 pozostaje bez zmian i dotyczy gmin starających się o uzyskanie statusu uzdrowiska względnie obszaru ochrony uzdrowiskowej.

Powyższy zapis ust. 3 pozwoli 44 gminom uzdrowiskowym rozłożyć wykonania planu na dłuższy nieokreślony okres.

Proponowana zmiana podczas konferencji uzgodnieniowej aby zapis konieczności sporządzenia planu dotyczył wyłącznie strefy „A” ochrony uzdrowiskowej jest nieracjonalny, gdyż strefa „B” i „C” wchodzi w skład obszaru uzdrowiska i stanowi jedną całość.

Wprowadzono zmianę zapisów regulujących sprawy planowej gospodarki leśnej, zwłaszcza w strefie „B” ochrony uzdrowiskowej. Ze względu na możliwość prowadzenia działalności rolniczej w strefie „B” i „C” ochrony uzdrowiskowej zaszła konieczność podziału w poszczególnych strefach ochrony uzdrowiskowej na tereny zieleni obowiązujące w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej i tereny biologicznie czynne w strefie „B” i „C” ochrony uzdrowiskowej.

Biorąc pod uwagę uwarunkowania występujące w poszczególnych uzdrowiskach dokonano korekty wskaźników terenów zieleni i terenów biologicznie czynnych, zmniejszając je w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej z 75% na 65%, w strefie „B” ochrony uzdrowiskowej z 55% na 50% oraz ustalając w strefie „C” ochrony uzdrowiskowej na 45%.

Dokonano również zamian w zakresie zwiększenia możliwości modernizacji budownictwa mieszkaniowego w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej.

Uporządkowano przepisy dotyczące urządzeń emitujących fale elektromagnetyczne mogących znacząco oddziaływać na środowisko.

Dokonano zmiany nazewnictwa z prewentorium uzdrowiskowego dla dzieci na sanatorium dla dzieci. Nazwa prewentorium nie znajduje uzasadnienia w obecnej strukturze zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Sanatorium dla dzieci udziela świadczenia opieki zdrowotnej w dziedzinie lecznictwa uzdrowiskowego w pełnym wymiarze, prewentorium zaś zgodnie z na-

zewnictwem zapewniało wyłącznie świadczenia o charakterze profilaktycznym.

Dokonano ponadto korekty w wymaganiach dotyczących części graficznej operatu i statutu uzdrowiska. Biorąc pod uwagę czytelność zarysu poszczególnych stref uzdrowiskowych oraz naniesionych w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i nazw ulic, zaszła potrzeba zmiany skali map w tej strefie z 1:10000 na 1:5000, jak również połączenia na 1 załączniku strefy „B” i „A” w skali 1:10000 oraz na kolejnym załączniku stref „A”, „B”, „C” w skali 1:25000. Po powyższej korekcie nie zaszła zmiana ilości obowiązujących załączników graficznych.

Powyższe zmiany pozwolą na czytelne przedstawienie stref ochrony uzdrowiskowej i przyczynią się do sprawniejszego uzgadniania warunków zabudowy i zagospodarowania terenów oraz miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego w poszczególnych uzdrowiskach.

W przepisach karnych wprowadzono odpowiedzialność karną w stosunku do prowadzących w strefach ochrony uzdrowiskowej działalność gospodarczą i inwestycyjną niezgodną z zapisami ustawy i statutu.

Wyłączono również upoważnienie do ustalania w drodze rozporządzenia spółek Skarbu Państwa prowadzących leczenie uzdrowiskowe. Zagadnienia dotyczące spółek Skarbu Państwa są uregulowane w odrębnych przepisach i nie należą do zagadnień związanych z przedmiotem nowelizowanej ustawy.

Wprowadzono nowy przepis, którego celem jest jednoznaczne określenie terminu wykonania obowiązku sporządzenia i uchwalenia miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego uzdrowiska.

Wprowadzone propozycje zmian w ustawie o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych pozwolą na prawidłowe prowadzenie lecznictwa uzdrowiskowego w 44 gminach uzdrowiskowych, przyczynią się do poprawy jakości świadczonych usług leczniczych i rozwoju gmin uzdrowiskowych. Zlikwidują również różną interpretację niektórych przepisów ustawy.

Projekt ustawy nie będzie podlegać notyfikacji w rozumieniu przepisów rozpo-

ządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004r. Nr 65, poz. 597).

**dr REINHARD PETRY**  
Dyrektor ds. Marketingu i Zarządzania  
Europejski Związek Uzdrawisk (ESPA)

# **CZY W EUROPIE WYSTĘPUJE ZMIERZCH UZDROWISK I KLASYCZNEGO LECZENIA? MARKETING UZDROWISKOWY W PAŃSTWACH EUROPEJSKICH**

Europejski Związek Uzdrawisk został powołany przez sygnatariuszy, związki uzdrawisk z poszczególnych krajów oraz Fédération Internationale du Thermalisme et du Climatisme /FEMTEC/ z siedzibą w Paryżu. Wśród wielu członków wchodzących w skład EZU należy wymienić:

- Bułgaria,
- Islandia,
- Portugalia,
- Czechy,
- Włochy,
- Rumunia,
- Dania,
- Słowacja,
- Estonia,
- Łotwa,
- Hiszpania,
- Niemcy,
- Litwa,
- Szwajcaria,
- Grecja,
- Luksemburg,
- Turcja,
- Węgry,
- Holandia,
- Serbia\*

\*Obserwator

Europejski Związek Uzdrawisk jest stowarzyszeniem powszechnie uważanym za tzw. stowarzyszenie parasolowe. Oznacza to, że EZU jest stowarzyszeniem stowarzyszeń narodowych z 20 krajów świata.

Jednym z kluczowych zadań Europejskiego Związku Uzdrawisk jest lobbowanie problematyki uzdrawiskowej i spa w strukturach: Komisji Europejskiej, Parlamentu Europejskiego i Rady Europy.

Zadaniem każdego narodowego stowarzyszenia działającego na rzecz uzdrawisk jest podejmowanie wielosektorowych rozmów z decydentami, politykami na temat usług spa, które są bardzo ważne z punktu widzenia ekonomii każdego kraju. Należy przejmować inicjatywę i za wszelką cenę próbować lobbować wszelkie sprawy nurtujące środowiska uzdrawiska.

W ostatnim czasie Rada Europy podjęła decyzję o przyznaniu wolności i autonomii wspólnotom. Tak ważny dla wielu organizacji i podmiotów dokument został podpisany również przez Polskę. Ta decyzja może być szansą do przeanalizowania możliwości wywarcia większej auto-

mii od polskiego rządu. Nieodzowne jest zatem przeanalizowanie wszelkich wytycznych zawartych w powyższych dokumentach, które mogą być szczególnie przydatne na etapie bieżących działań.

**Europejski Związek Uzdrawisk współpracuje również z organizacjami takimi jak:**

- Europejska Sieć Przemysłu Turystycznego (ETIN),
- Europejska Platforma Ubezpieczeń Społecznych (ESIP),
- Światowa Organizacja Turystyki (UNWTO).

**Wśród partnerów należy wymienić:**

- Międzynarodowe Stowarzyszenie Medycznej Hydrologii i Klimatologii (ISMH),
- SSI, Berlin.

**Inni Partnerzy:**

- TUI-Vital,
- FIT Health Travel.

**Główne usługi i działania ESPA:**

- Pierwsze i jedyne stowarzyszenie patronackie uznane przez instytucje UE,
- Działania lobbystyczne na poziomie międzynarodowym, np. konsultacje i wsparcie ustawodawstwa państwowego,
- Przedstawicielstwo w Grupie Roboczej ISO 2 „usługi SPA”, która ustanawia międzynarodowe standardy,
- Portal internetowy [www.espa-ehv.eu](http://www.espa-ehv.eu),
- Sieć zrzeszająca i stworzona dla uzdrawisk i profesjonalnych SPA,
- Wprowadzanie i rozwój standardów jakości dla uzdrawisk, kurortów SPA i usług SPA,
- Sieć zrzeszająca i stworzona dla uzdrawisk i profesjonalnych SPA,
- Wprowadzanie i rozwój standardów jakości dla uzdrawisk, kurortów SPA i usług SPA,
- Certyfikacja uzdrawisk i kurortów SPA (EUROPESPA) [www.europespa.eu](http://www.europespa.eu),
- Zachęcanie do uczciwej konkurencji w branży uzdrawiskowej i SPA,
- Komunikacja i współpraca z członkami i przewoźnikami w Europie i na całym świecie,

- Public relations i promocja wizerunku w Europie i poza nią,
- Wsparcie dla badań i udostępnianie informacji,
- Szkolenia dla personelu uzdrowisk i kurortów SPA.

#### Sytuacja faktyczna:

- Zwiększająca się konkurencyjność na poziomie europejskim,
- Brak jasności w zakresie cen i jakości dla klientów.

#### Wniosek:

Istnieje potrzeba utworzenia skoordynowanych struktur i instrumentów umożliwiających wyklarowanie sytuacji na rynku oraz stworzenie bodźca do poprawy jakości w kurortach SPA i uzdrowiskach w Europie.

Pierwszym instrumentem utworzonym przez ESPA jest:



Drugim instrumentem utworzonym przez ESPA jest:



#### Filozofie SPA na świecie

##### SPA w Europie (ESPA):

Uzdrowiska na najwyższym poziomie, w rozumieniu praw międzynarodowych, są położone w czystym i zdrowym otoczeniu (powietrze, woda, ruch uliczny, hałas) dysponują kwalifikacjami i doświadczeniem w zakresie specjalistycznej profilak-

tyki i rehabilitacji, szczególnie dotyczącej chorób przewlekłych, jak również oferują usługi wellness. W zależności od oferowanych medykamentów, kurort SPA może być sklasyfikowany jako SPA mineralne, termalne, torfowe, nadmorskie, lub Kneipp-SPA.

##### SPA w USA (ISPA):

Kurorty SPA to miejsca specjalizujące się w poprawie ogólnego dobrego samopoczucia poprzez różnorakie profesjonalne usługi pobudzające regenerację umysłową, cielesną i duchową.

- System ochrony zdrowia w USA w znaczącym stopniu różni się od systemu utrwalonego w Europie. Wiele milionów obywateli nie dysponuje ubezpieczeniem. Usługi Spa services nie podlegają refundacji.
- Przed laty istniał odpowiedni system SPA oraz miasta spa takie jak „Palm Springs“ etc.
- „Jednodniowe (dzienne) SPA“ z medycznego punktu widzenia nie jest kwalifikowane jako SPA ale jako usługa z zakresu wellness.
- Rola przemysłu farmaceutycznego.

#### Różnice między Europą i Stanami Zjednoczonymi

- Uznawanie w Europie naturalnych, lokalnych środków leczniczych;
- Stosowanie naturalnych, lokalnych środków leczniczych ma długą tradycję w Europie;
- SPA o charakterze medycznym jest uznawane i refundowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w wielu krajach Europy;
- Prewencja i rehabilitacja są słowami kluczowymi w przypadku wszystkich czynności jakie przeprowadzane są w ramach SPA;
- Komisja UE traktuje zdrowie i prewencję jako słowa kluczowe w „Białej księdze” - strategicznych założeniach dla UE na lata 2008 - 2013 - (COM(2007)630 ost.).

##### Globalny Rynek SPA\*

**Europa** 180 mln noclegów;

**Niemcy** 100 mln noclegów (350 miast SPA na terenie Niemiec);

**Japonia** 130 mln wizyt (inny system świadczenia usług spa - większość bez noclegów);

**USA** 110 mln wizyt;

**Bawaria** 60 mln wizyt.

#### FRANCJA

- 99 Kurortów SPA (nie licząc Thalaso-Spas);
- 490.000 Gości rocznie, średnio 8,8 mln noclegów; około 10.000 gości płaci za siebie;
- 90.000 Miejsc pracy.

#### NIEMCY

Bawaria:

- 53 Kurortów SPA (Heilbäder und Kurorte);
- 3200 Miliardy € w 2005;
- 90.000 Miejsc pracy;
- 50,30 € Przeciętne dzienne wydatki w przeliczeniu na gościa;
- 175.000 Gości dziennie = 64 mld rocznie.

\*Dane Roczne

Zgodnie z powyższymi danymi w Europie na rynku usług SPA zanotowano 180 milionów noclegów. Niemcy uważane są za największy kraj pod względem świadczonych usług SPA (350 miast spa) - 100 mln noclegów. W Japonii odnotowano 130 mln wizyt, w USA 110 mln wizyt.

Niezwykle ciekawie wygląda porównanie powyższych danych z Francją. We Francji przy 99 miejscowości SPA, odnotowuje się 490 tys. gości rocznie i ok. 10 tys. gości komercyjnych. Zatem francuski system opiera się głównie na ubezpieczeniu zdrowotnym. Nie brani są pod uwagę goście płacący sami za siebie. To wielki błąd. Należy zdać sobie sprawę, iż SPA również w Niemczech nie może być finansowane tylko i wyłącznie przez ubezpieczenia zdrowotne. Potrzebni są goście prywatni w pełni pokrywający koszty świadczonych usług. We Francji jeszcze taki system wciąż działa, ale ze względu na kryzys finansowy, dotyczący również francuską służbę zdrowia nie wiadomo jak długo będzie funkcjonował.

#### Noclegi i goście w europejskich SPA

Kraje	Kurorty SPA	Noclegi			Pobyty		
		2004	2005	2006	2004	2005	2006
Niemcy	291	98.550.644	97.689.638	97.745.977	17.214.515	17.623.743	18.064.628
Francja (Termalne)	96	9.469.835	9.052.561	8.824.177	571.575	504.607	492.325
Grecja	50	1.620.000			180.000		
Łotwa (tylko Jurmala)	20	369.353	363.881	390.757	67.614	101.447	124.638
Austria	81	18.200.000	18.030.913	18.057.000	brak danych		
Portugalia	34	839.099	850.000	855.000	98.512	98.521	99.057
Rumunia	61			6.000.000			720.000
Serbia	40	3.964.027	3.778.280	3.927.055	682.000	703.359	711.829
Słowacja	21	2.499.606			137.156		
Hiszpania	128	6.298.000	6.801.840	7.295.000	920.000	1.011.000	1.105.000
Czechy	34	5.429.427	5.777.335	5.669.938	309.258	314.928	327.078
Węgry (tylko Hotele Danubius)	32			3.836.000			426.000

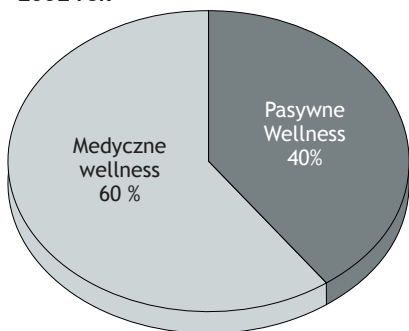
#### Dane ekonomiczne

Kraje	Ilość kurortów /hotelu SPA	Obrót w EURO	Przyjazdy	Obcokrajowcy	Noclegi	Obcokrajowcy	Ilość pobyków opłaconych przez ubezpieczenia społeczne
Niemcy	300	28 mld	19.000.000	1.800.000	101.000.000	5.200.000	2.400.000
Austria	81	4 mld			18.500.000		200.000
Słowacja	25		200.000	65.000	3.300.000	1.100.000	80.000
Serbia	40	70 mln	710.000	30.000	4.000.000	135.000	50.000
Portugalia	34	180 mln	100.000		850.000		85.000
Hiszpania	128	220 mln	1.100.000		7.300.000		
Grecja	50		360.000		3.200.000		

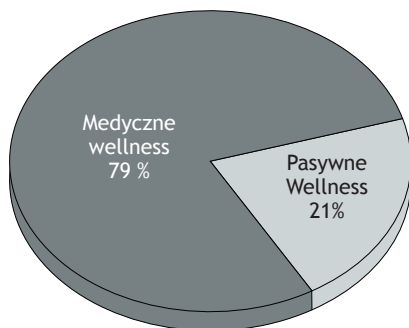


## Popyt w Turystyce Zdrowotnej

2002 rok



2007 rok



### Zmiany w filozofii wellness

W 2002r. przeważało nastawienie na medyczne wellness, udział opieki medycznej w SPA wynosił 60%, istniało duże zainteresowanie. Inaczej przedstawia się sytuacja - pasywnego wellness (mającego niewielki wpływ na zdrowie i dobrą kondycję). W 2007r. dane liczbowe nieco się zmieniły. Należy również zwrócić uwagę na ewolucję filozofii SPA. SPA na dzisiaj to konsumpcja, relaks, dogadanie sobie lepszy wygląd. SPA w przyszłości to odkrywanie samego siebie, równowaga umysłu i ciała, profilaktyka itp.

Quo vadis, wellness?



#### Welles (dotychczas)

- Konsumpcja
- Relaksacja
- Dogadanie sobie
- Lepszy wygląd



#### Wellness (w przyszłości)

- Odkrywanie siebie
- Równowaga umysłu i ciała
- Profilaktyka
- Poprawa swoich kwalifikacji, dojrzewanie

### Preferencje niemieckich turystów korzystających z usług zdrowotnych i wellness

Kraje	Udział [%]		Zmiana [%]
	2007	2002	
Niemcy	40	44	-4
Włochy	12	11	+1
Austria	11	15	-4
Szwajcaria	9	8	+1
Hiszpania	6	6	+/- 0
Tajlandia	5	2	+3
Sri Lanka	5	-	-
Czechy	3	4	-1
Dania	3	1	+2
Węgry	2	5	-3

Powyższa tabela obrazuje zmiany preferencji i zachowań turystów w poszczególnych krajach w 2002 - 2007 roku. Krajami prymwiodącymi są: Tajlandia i Sri Lanka - ponieważ oferują produkty nowe, których ludzie wcześniej nie znali. Wzrost odnotowano również w Danii, a spadek na Węgrzech.

Wartym odnotowania jest fakt, iż w krajach takich jak: Niemcy, Austria, gdzie ubezpieczenia zdrowotne pokrywają część pobytu nie wygrywają (w zestawieniu 2002-2007), a przegrywają ich wskaźnik procentowy się obniżył. A zatem ubezpieczenia zdrowotne są bardzo ważne, ale nie odgrywają kluczowej roli w tym biznesie.

## Niemieckie SPA - Przyjazdy

	Kapieliska mineralne i borowinowe	Sanatoria o klimacie zdrowotnym	Kapieliska lecznicze i morskie	Kapieliska i kurorty z zastosowaniem metody Kneippa	W sumie
1999	5.700.857	3.312.442	4.788.909	1.837.148	15.639.356
2000	6.099.605	3.534.588	5.064.124	1.970.475	16.668.792
2001	6.234.372	3.336.014	5.265.106	2.048.659	16.884.151
2002	6.129.399	3.250.651	5.361.952	1.982.853	16.724.855
2003	6.109.789	3.263.893	5.787.913	1.968.095	17.129.690
2004	6.203.661	3.277.010	5.698.489	2.035.355	17.214.515
2005	6.240.972	3.453.527	5.848.652	2.080.592	17.623.743
2006	6.476.794	3.458.627	6.044.625	2.084.582	18.064.628
2007	7.074.296	3.427.895	6.347.201	2.104.294	18.953.686
Zmiany 2007/99 bezwzględnie	+1.373.439	+115.453	+1.558.292	+267.146	+3.314.330
2007/99 w %	+24,09	+3,49	+32,54	+14,54	+21,19
Zmiany 2007/2006 bezwzględnie	+597.502	-30.732	+302.576	+19.712	+889.058
2007/2006 w %	+9,23	-0,89	+5,01	+0,95	+4,92

## Długość pobytu

	Kapieliska mineralne i borowinowe	Sanatoria o klimacie zdrowotnym	Kapieliska lecznicze i morskie	Kapieliska i kurorty z zastosowaniem metody Kneippa	W sumie
1999	6,88	5,29	6,54	5,63	6,30
2000	6,81	5,18	6,54	5,50	6,23
2001	6,81	5,32	6,52	5,45	6,26
2002	6,75	5,11	6,43	5,32	6,16
2003	6,51	4,99	6,17	5,22	5,96
2004	6,16	4,75	6,07	5,00	5,72
2005	6,02	4,60	5,84	4,85	5,54
2006	5,84	4,50	5,70	4,76	5,41
2007	5,66	4,44	5,70	4,70	5,35

## Perspektywy dla SPA

- Ludzie w Europie starzeją się a jednocześnie stają się bardziej elastyczni. Konsekwencja: wyjeżdżają za granicę.
- Korzystne jest zapewnienie połączenia turystyki typu SPA z kulturalnymi imprezami.
- Zapewnienie pakietów prewencyjnych i relaksacyjnych z uwzględnieniem usług medycznych na miejscu.
- Opracowanie oferty powiązanej ze SPA dla osób przebywających w Środkowej Europie.
- Integracja ofert powiązanych ze SPA dla rodzin i dzieci.
- Oferowanie programów powiązanych ze zdrowym stylem życia oraz wyżywieniem w obrębie SPA.

## Komisja UE i EuGH

- „Komunikacja ze strony komisji“ z 2006-09-26 - SEC (2006) 1195/4)

- Konsultacja dotycząca działań wspólnoty w ramach transgranicznych usług zdrowotnych

## Utworzono grupę wysokiego stopnia

- Decyzje Trybunału Europejskiego zobligowały Komisję Europejską do określenia odpowiednich regulacji. Obejmują one także usługi w SPA, traktowane jako świadczenia zdrowotne.

Jak można stwierdzić, usługi typu SPA mają różny charakter na całym świecie, wspólnym elementem natomiast jest fakt, że są popularne wśród klientów zainteresowanych usługami zdrowotnymi i/ lub relaksacyjnymi.

## Analiza głównych rynków w Europie

- Europa Północna: Wody termalne tylko w Islandii. Tylko kraje nadbałtyckie stosują „kuracje klasyczne“.

- **Europa Zachodnia:** Długa tradycja leczenia - obecnie bez realnych perspektyw na przyszłość.
- **Europa Centralna:** Serce „kuracji klasycznych”. Konkurencja w przypadku gości z Niemiec staje się coraz bardziej intensywna.
- **Europa Południowa:** Portugalia, Hiszpania i Włochy pozostaną głównymi rynkami krajowymi.
- **Europa Południowo-Wschodnia.:** Bułgaria, Serbia, Grecja, Rumunia, Turcja - aby osiągnąć sukces na rynku SPA kraje te muszą zainwestować i zaoferować najwyższą jakość. Brak jest doinformowania.

### **Wnioski końcowe**

Informacja,

Innowacja i

Inwestycja

- to kluczowe warunki pozwalające na osiągnięcie sukcesu na europejskim rynku.

### **Jakość**

Głównym celem jest zapewnienie najwyższej jakości w ośrodkach SPA, centrach zajmujących się terapią i hotelach SPA.



**JAN GOLBA**

- prezes Zarządu Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP

**GOSPODARKA PRZESTRZENNA  
W UZDROWISKACH  
I WIELOFUNKCYJNOŚĆ UZDROWISK  
NAJWIĘKSZYM WYZWANIEM  
DLA SAMORZĄDÓW**

Nie ma wątpliwości, że w dzisiejszych czasach gospodarka przestrzenna w uzdrowiskach poddana została wyjątkowo trudnej próbie. Fatalnie skonstruowane przepisy nie tylko samej ustawy o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym, ale też i inne powiązane z tą ustawą nie pozwalają na szybkie przeprowadzenie procesu takiego zagospodarowania przestrzeni publicznej, która pozostawałoby w harmonii i w zgodzie z historycznie ukształtowanym łańcem urbanistyczno-przestrzennym uzdrowiska.

Eliminowałaby ona istniejące wciąż potworki architektoniczne i nie pozwalała na lokalizowanie w uzdrowiskach różnego rodzaju prowizorek budowlanych, które zazwyczaj zostają zalegalizowane i uzyskują status obiektów trwałych. Jest rzeczą oczywistą, że wielką rolę w tym procesie odgrywa miejscowy plan zagospodarowania przestrzennego gminy. Tymczasem proces konstruowania miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego w uzdrowiskach jest procesem niezwykle skomplikowanym i wymagającym długotrwałego postępowania.

Na gminy uzdrowiskowe w art. 38 ust. 2 ustawy uzdrowiskowej z dnia 28 lipca 2005 r. wydaje się, że zbyt pochopnie nałożono obowiązek uchwalenia planu zagospodarowania przestrzennego w terminie dwóch lat od dnia uzyskania statusu uzdrowiska. Wszyscy ci, którzy zajmują się w jakikolwiek sposób, - od strony praktycznej planowaniem przestrzennym - doskonale wiedzą, że ten zawity termin, w którym należy uchwalić miejscowy plan zagospodarowania przestrzennego, to w polskich warunkach zwykła utopia.

Nie da się w takim terminie uzgodnić projektu planu z wszystkimi organami, jednostkami i instytucjami i uchwalić planu zagospodarowania przestrzennego dla całego uzdrowiska. Powiedzmy sobie wprost, - jeżeli występują protesty i odwołania nie da się go nawet uchwalić w terminie 3 lat od podjęcia prac nad jego uchwaleniem.

Niestety brak planu zagospodarowania przestrzennego powoduje, że inwestor nie może uzyskać pozwolenia budowlanego, a prezydent, burmistrz czy wójt nie może nawet wydać decyzji o warunkach zabudowy, bo zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o planowaniu i zagospodarowaniu

przestrzennym na obszarach, gdzie brak jest obowiązującego planu **gmina utraciła możliwość wydawania decyzji o warunkach zabudowy**. Życie jednak nie znosi próżni. Jeżeli nie da się wybudować obiektu o charakterze trwałym przestrzeni uzdrowiskowej zaczynają wypełniać obiekty tymczasowe, - które jak wiemy z praktyki, - dostępnymi środkami prawnymi bardzo trudno jest wyeliminować z uzdrowiska.

Przekonują się o tym na co dzień szefowie gmin uzdrowiskowych, którzy podejmują takie próby. Co prawda pojawiają się głosy, ba nawet orzeczenia Samorządowych Kolegiów Odwoławczych czy ministerialne opinie, że można wydawać decyzję o warunkach zabudowy, bo przepis o obowiązku sporządzenia planu zagospodarowania przestrzennego dotyczy wyłącznie nowych uzdrowisk, a nie uzdrowisk powstałych ex lege, ale takie stanowisko nie wytrzymuje próby konfrontacji z orzecznictwem innych samorządowych Kolegiów i licznym już orzecznictwem sądowym.

Co gorsza obowiązek sporządzenia planu zagospodarowania przestrzennego w uzdrowiskach powoduje i inne konsekwencje prawne, bowiem w procedurze zatwierdzania podziałów nieruchomości ma zastosowanie art. 94 ust. 3 ustawy o gospodarce nieruchomościami, który zobowiązuje gminę do zawieszania postępowania administracyjnego w sprawie podziału nieruchomości do czasu uchwalenia planu zagospodarowania przestrzennego. Te przepisy nie tylko powodują całkowite wstrzymanie procesu inwestycyjnego, ale powodują w konsekwencji chaos przestrzenny w uzdrowisku, bo nie jest tak w praktyce, że w tej sytuacji nic się nie buduje. Nie jest tak, że nie uchwalą się planów ograniczonych tylko do małych przestrzeni. Nie jest tak, że można wytrzymać społeczny i inwestorski napór na podejmowanie działań planistycznych. Brak miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego powoduje różnorakie negatywne konsekwencje w procesie inwestowania, a uchwalenie planów cząstkowych dokonuje się zawsze w oderwaniu od pogłębionej analizy urbanistyczno-przestrzennej.

Zagospodarowaniu przestrzeni publicznej nie sprzyjają także liberalne przepisy dotyczące prowadzenia handlu

w miejscach absolutnie do tego nie wyznaczonych. Dobitnie przekonał się o tym choćby prezydent Kołobrzegu, który dostępnymi środkami prawnymi próbował wyeliminować nielegalny handel uliczny z uzdrowska. W rezultacie okazało się, że wprowadzenie gminnych przepisów, w których rada gminy może określić teryny na których prowadzenie handlu będzie zabronione, jest po prostu niemożliwe.

I tak jak w przypadku ustawy uzdrowskiej odnoszącej się do planów zagospodarowania, tak w przypadku przepisów porządkowych, niektóre gminy podjęły określone działania i stosują je w praktyce, ale niestety z różnym skutkiem prawnym. Okazuje się bowiem, że jeżeli sprzedawca spełni wymogi dotyczące przepisów fiskalnych i przepisów dotyczących praw konsumentów (są bardzo łatwe do spełnienia), to na Deptaku może prowadzić sprzedaż z: ręki, kosza, stoiska, przyczepy, kontenera, wozu czy nawet sprzedać konia, a cóż dopiero mówić o serkach, koralikach, skórkach czy innych wyrobach.

To prawo powinno być jak najszybciej zmienione, bo jak tak dalej pójdzie to najbardziej cenna przestrzeń publiczna w uzdrowskich przeznaczona dla kuracjuszy czy turystów zamieniona zostanie wkrótce na handlowe bazy z tanimi ciuchami.

Omawiając te kwestie chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jeden przepis, który wynika z ustawy o ochronie przyrody. Być może nikt nie zwrócił uwagi, że art. 27 tej ustawy, który mówił o obowiązku uzgadniania z gminami Obszarów Natura 2000 został zastąpiony od października 2008 r. innym zapisem. Jakim? Otóż bardzo miękkim zapisem: **o obowiązku zasięgnięcia opinii rady gminy.**

Doskonale wiemy ile dwa lata temu było problemów przy ustalaniu Obszarów Natura 2000. Obszary Natura 2000 bardzo często wyznaczane były arbitralnie i bez jakiegokolwiek rozeznania w terenie. Czasami dochodziło do sytuacji kuriozalnych np. wyznaczania obszarów ochronnych dla zwierząt czy ptaków, których nikt w wyznaczonym miejscu ochronnym nigdy nie widział, czy wyznaczania tras przełotu nietoperzy, choć one z wyznaczonej im trasy w ogóle nie chciały korzystać i wybierały własną.

Niestety w chwili obecnej znacznie zwiększyła się liczba i powierchnia projektowanych Obszarów Natura 2000 i ich terytorialny zasięg, a Ministerstwo Środowiska nie musi ich uzgadniać z gminami. Co to oznacza dla gmin? Na to pytanie mogą dziś odpowiedzieć ci, którym przed procesem inwestycyjnym przyszło uzyskać decyzje o środowiskowych uwarunkowaniach i zmuszeni zostali do zwrócenia się o wydanie opinii na temat sporządzenia raportu oddziaływania inwestycji na środowisko do nowo utworzonych Regionalnych Dyrekcji Ochrony Środowiska. Ten proces jest tak ślamazarny i tak trudny, że wiele gmin utraciło przez to możliwość złożenia wniosku o środki unijne na realizowane inwestycje. Wydaje się, że jest jeszcze czas, aby podjąć próbę zmiany tej sytuacji, bo za chwilę nie będziemy mogli już nic zrobić.

To prawda, że ład przestrzenny w wielu polskich uzdrowskach został znacznie zakłócony. To prawda, że kiedy sięgamy do historycznych już planów urbanistyczno-przestrzennych polskich uzdrowskich czy projektów architektonicznych obiektów uzdrowskowych i hotelowych, to znajdujemy tam rozwiązania czy założenia, których dziś nie powstydziliby się nawet najbardziej utytułowany czy utalentowany urbanista czy architekt.

Cieszyć się wypada, że do dziś w wielu polskich uzdrowskach ten unikatowy układ urbanistyczno-przestrzenny i ład architektoniczny wciąż występuje i tworzy niepowtarzalną atmosferę kurortu. Monumentalne pełne przepychu i dopracowane w najdrobniejszych detalach architektonicznych dworce gościnne, teatry, domy zdrojowe, kasyna, sale koncertowe, sale balowe, łaźienki, zakłady zdrojowe, hotele, pensjonaty często nawiązujące wraz z otoczeniem (parki) w swoich założeniach do rozwiązań pałacowych, stanowią do dziś o wyjątkowym klimacie przestrzennym i architektonicznym uzdrowska, który wciąż jest jednym z tych elementów który decyduje o uroku wielu polskich uzdrowskich.

Trzeba pamiętać, że zaprojektowane kiedyś i funkcjonujące do dziś najbardziej prestiżowe i reprezentacyjne budynki uzdrowskich uzupełniane były znakomicie zaprojektowanymi zespołami parkowymi czy ogrodowymi, w których każdy ele-

ment zabudowy nacechowany był swoistą finezją architektoniczną. Parkowe altany, pergole, treliarze, pomniki, rzeźby parkowe, mostki, ogrodzenia, figury, ławki, stawy, ścieżki spacerowe, - były dopracowane w najdrobniejszych szczegółach i dodawały wyrazistości przyjętych rozwiązań architektonicznych i przestrzennych.

Trzeba przypomnieć, że projektantów tych niezwykłych rozwiązań wyłaniano najczęściej w konkursach architektonicznych, do których stawali najbardziej utytułowani urbaniści i architekci.

Parki zdrojowe zaprojektowane na wzór zespołów pałacowo-ogrodowych stanowią do dziś niepowtarzalne rozwiązania jeszcze w wielu uzdrowiskach, ciesząc swoim pięknem i częściowo już odrestaurowane przyciągają wciąż setki tysięcy turystów i kuracjuszy. Inne wciąż jeszcze czekają na swój czas, na swoją rewitalizację.

Nie ma wątpliwości, że istniejąca, - ale też adoptowana z Europy zabudowa uzdrowskowska zasymilowana i przemieszana z rodzimymi tradycjami stanowi dziś w wielu miejscowościach o wartościach materialnych i kulturowych danego kurortu, - daje wyraz jego elitarności i wyjątkowości. Cieszyć się wypada, że w wielu polskich uzdrowiskach te układy urbanistyczno-przestrzenne i obiekty o niepowtarzalnej architekturze wciąż istnieją i są na nowo staraniem władz samorządowych i właścicieli uzdrowisk z wielką pieczołowitością i dbałością o detale odtwarzane.

Okazuje się bowiem, że to co pokryte zostało już patyną czasu jest efektowniejsze, ciekawsze i bardziej praktyczne od tego co tworzy się dziś.

Wydaje się, że o te wartości stworzonych kiedyś układów urbanistyczno-przestrzennych i swoistej architektury kurortowej szczególnie dziś warto zabiegać, aby wyeliminować to co stało się w wielu polskich kurortach w końcówce lat 60-tych XX wieku i trwa z małymi wyjątkami niemal do chwili obecnej.

W tym czasie wyjątkowość i elitarność stylów architektonicznych zastąpiona została nie tyle uproszczeniami i nikomu niepotrzebną w takim miejscu nowoczesnością, - co prostactwem, bałaganem i kakafonią stylów. Dawniejsza logicznie ukształtowana przestrzeń zdrojowa ze

wspaniałą architekturą kurortową i budzącymi zachwyty terenami zorganizowanej przestrzeni parkowej bardzo często jest zastępowana mówiąc bardzo ogólnie bylejąkością, jak to słusznie zauważa wiele osób podejmujących te zagadnienia.

To prawda, że przestrzeń zdrojowa bardzo często i dziś jest dziś ogliedziana ze swojej wyjątkowości, elitarności, piękna i luksusu, a zastępowana bywa ohydnie wyglądającymi obiektami hotelowymi, pensjonatami, a często pośpiesznie skleconymi bazarowymi budkami handlowymi, straganami, - czy namiotami handlowymi. Nie ma wątpliwości, że do polskich uzdrowisk wkroczyło „nowe spojrzenie na ład architektoniczny i przestrzenny”, ale czy to nowe spojrzenie jest lepsze, ciekawsze, piękniejsze? - czy przypadkiem nie objawia się rozwiązaniami architektonicznymi kłócącymi się z historycznie ukształtowaną przestrzenią uzdrowiska? Czy nie charakteryzuje się bardzo często rozwiązaniami doraźnymi zakłócającymi harmonię i ład przestrzenny?

Bazary handlowe, budki, namioty z piwem, foliowe, brezentowe czy plastikowe sklepy czy grillowe ogródki pośpiesznie sklecone z tzw. obrzynkowych desek, które dawniej przeznaczano wyłącznie na opał, wypełniają dziś najbardziej reprezentacyjne miejsca wielu polskich uzdrowisk. Okropnie wyglądające i rażące swoją szpetotą zaczynają nie tyle przysłaniać piękne architektoniczne obiekty, co po prostu zastępować je w przestrzeni publicznej. Z wielkim samokrytycyzmem należy przyznać, że w żadnym uzdrowisku nie udało się dotąd rozwiązać problemu reklamy. Rażą one swoją brzydotą, objawiają się brakiem smaku, obskurnym wykonaniem i fatalną kolorystyką. W tym zakresie zalewa nas tandeta, nihilizm i bylejąkość. Co gorsza nie ma recepty prawnej, aby ten proces zatrzymać, bo przepisy prawa budowlanego są tak skonstruowane, że nie uwzględniają ochrony przestrzeni przed tego typu obiektami. Dlatego gminy często posiłkują się przepisami ustawy o drogach publicznych próbując zatrzymać ten proces. Ale w tym przypadku brak jest jakiegokolwiek jednolitości, bo drogi należą do różnych zarządców dróg, a przepisy prawne nie wymagają od tych jednostek poczucia smaku i estetyki. Niestety to przez liberalne przepisy prawne nie uwzględ-



niające specyfiki uzdrowisk przestrzeń publiczną uzdrowisk w najbardziej reprezentacyjnych miejscach zostaje zawłaszczona nie tylko przez: serki, precelki, skóry, tandetne ciuchy i odpustowe cacuszka, ale bazyry handlowe z tanimi ciuchami i pośpiesznie skleconymi ogródkami piwnymi.

Wstyd to przyznać, ale tak jest, że w zakresie estetycznego wyglądu nie poradziliśmy sobie w wielu uzdrowiskach nawet z ogródkami kawiarniano-piwnymi, które usytuowane w centralnych miejscach uzdrowiska często rażą szpetotą, brakiem stylu i smaku. Skąd się to wszystko bierze? Czy za naszym przyzwoleniem, czy bez? Czy możemy temu w jakiś sposób zaradzić? Czy mamy instrumenty pozwalające nam zatrzymać ten proces? Z reguły działania doraźne pojawiają się w okresach historycznych przetomów społeczno-gospodarczych czy politycznych, kiedy występuje wysokie bezrobocie i potrzeba reorientacji zawodowej wielu osób. Kiedy decyzja negatywna o odmowie zlokalizowania jakiegoś przedsięwzięcia nawet w miejscu niedozwolonym jest wyjątkowo trudna do podjęcia, - no bo jak można odmówić człowiekowi możliwości zarobkowania w sytuacji, kiedy w zakładach nie ma wolnych miejsc pracy. Moim zdaniem to ta sytuacja doprowadziła do tego, że dziś utrwaliły się w naszych uzdrowiskach doraźne rozwiązania lokalizacyjne, które nie powinny się nigdy zdarzyć.

Jednakże wydaje się, że jeżeli jeszcze chcemy mówić o właściwym kierunku rozwoju polskich kurortów, o właściwym kształtowaniu ładu urbanistyczno-przestrzennego uzdrowisk, to musimy jak najszybciej rozpocząć walkę nie tylko o przepisy prawne, ale też o takie uniwersalne zapisy w naszych planach zagospodarowania przestrzennego, które pozwolą wdrożyć właściwy ład przestrzenny i rozwiązania architektoniczne, których nie będziemy się musieli wstydić. Musimy zacząć współpracę z najlepszymi polskimi urbanistami, architektami i prawnikami, którzy pomogą nam te zapisy stworzyć i wdrożyć do praktycznego działania. Być może to właśnie najbliższy Kongres Uzdrowisk powinien się tym problemem szczególnie zająć, bo tu możemy mówić otwarcie o naszych odczuciach.

Polskie uzdrowiska to nie tylko obszary gdzie prowadzone jest wyłącznie leczenie uzdrowiskowe. W większości polskich uzdrowisk funkcje uzdrowiskowe mieszają się nie tylko z turystycznymi, rekreacyjnymi, sportowymi, ale nawet komunalnymi, usługowymi, czy mieszkalnymi. Nikt nie ma wątpliwości, że w większości przypadków nie da się tych funkcji połączyć bez szkody dla leczenia uzdrowiskowego. Ale to są zaszczości, które jednak występują i których nie da się zatłwić jednym pociągnięciem ołówka po kartce papieru. Jest oczywiste, że nagle nie wyprowadzimy ze strefy „A” obiektów usługowych i mieszkalnych. Ale to co możemy zrobić, to na pewno możemy złagodzić istniejącą sytuację i podjąć działania przyszłościowe ukierunkowane na właściwe ukształtowanie modelu rozwojowego polskich uzdrowisk.

Stworzony kiedyś i utrwalany przez lata jednofunkcyjny model polskich uzdrowisk poczynił bardzo wiele szkód. Kosztował nas bardzo wiele i kosztuje nas bardzo dużo do dnia dzisiejszego. To ten jednofunkcyjny model stał się także przyczyną zawłaszczenia przestrzeni publicznej przez niepożądane w uzdrowisku dziedziny życia gospodarczego. Gdyby w przeszłości pozwolono na tworzenie w uzdrowisku infrastruktury turystycznej, rekreacyjnej czy sportowej z prawdziwego zdarzenia, to dziś nie mielibyśmy do czynienia z rozwiązaniami prowizorycznymi czy nawet siłowymi nie przystającymi do ukształtowanego kiedyś ładu urbanistyczno-przestrzennego. Moim zdaniem polskie uzdrowiska czy tego chcą czy nie, a przecież chcą dalej istnieć i rozwijać się, - to muszą rozwijać się wielofunkcyjnie, bo takie jest społeczne zapotrzebowanie. Bogata oferta uzdrowiskowo-turystyczna, uzupełniona o ofertę rekreacyjną, sportową, kulturalną jest w stanie przyciągnąć każdego klienta.

Oferta skupiona wyłącznie na leczeniu uzdrowiskowym trafia tylko do określonego segmentu osób. Tymczasem oba typy działalności nie tylko wzajemnie się nie wykluczają, ale wręcz wzajemnie się uzupełniają. Produktem uzdrowiskowym powinny być całe uzdrowiska oferujące szeroki wachlarz usług poczynając od leczenia uzdrowiskowego, a na turystyce, sporcie, rekreacji i modnych dziś usługach typu spa, wellness i beauty kończąc. Na

szczęście dziś już nikt nie zakazuje właśnie takiego rozwoju uzdrowisk, ale niestety wciąż istnieją bariery prawne, aby można było to bez przeszkód czynić. Budowanie wielofunkcyjnego modelu uzdrowiska jest wciąż bardzo trudne, bo nie ma prostej recepty jak taki model powinien wyglądać. Nie ma recepty jak powiązać zaspokajanie potrzeb wspólnoty lokalnej, która domaga się inwestycji w infrastrukturę komunalną i jak najmniej ograniczeń w działaniu gospodarczym, - z zadaniami uzdrowisk, których funkcjonowanie musi odbywać się na określonych warunkach i musi prowadzić do pewnych ograniczeń w działalności gospodarczej gmin. Wyzwania jakie stoją w tym zakresie przed samorządem w gminach uzdrowiskowych są trudne, ale są z reguły - poza małymi wyjątkami, o których była wcześniej mowa, - do pogodzenia z przepisami uzdrowiskowymi. Daleko większe wyzwania dotyczyć będą gospodarki ekologicznej z uwzględnieniem przepisów prawa o ochronie przyrody. Obyśmy tylko, w tym dążeniu ( a nawet powiedziałbym pędzie) do objęcia jak największych obszarów gmin uzdrowiskowych Obszarami Natura 2000, nie stworzyli czegoś co na lata zahamuje proces właściwego kształtowania przestrzeni publicznej. Obyśmy nie zahamowali właściwie postępującego procesu rewitalizacji polskich uzdrowisk.

dr **TOMASZ TUREK**  
Katedra Prawa Finansowego  
Wydział Prawa i Administracji  
Uniwersytet Śląski w Katowicach

# **CZYNNOŚCI WYKONYWANE PRZEZ INKASENTA W ŚWIETLE UREGULOWAŃ PODATKU OD TOWARÓW I USŁUG**

Dokonując analizy istoty stosunku zobowiązania podatkowego zwrócić należy uwagę, iż na etapie jego faktycznej realizacji może pojawić się podmiot jakim jest inkasent. Legalną definicję inkasenta ustawodawca zawarł w treści art.9 ustawy ordynacja podatkowa<sup>1</sup>, zgodnie z którym inkasentem jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niemająca osobowości prawnej, obowiązana do pobrania od podatnika podatku i wpłaty go we właściwym terminie organowi podatkowemu. Konsekwentnie więc tak jak ma to miejsce w odniesieniu do osoby podatnika, czy płatnika status inkasenta, swoiste „bycie inkasentem” będzie uzależnione od wyraźnej woli ustawodawcy podatkowego. Każdorazowo treść ustawy podatkowej będzie kształtowała konkretne obowiązki, które będą wyznaczały zakres obowiązków charakterystycznych dla instytucji inkasenta. W takim wypadku to regulacje konkretnych ustaw podatkowych, a nie samoistna regulacja art.9 ordynacji podatkowej będą stanowiły podstawy ustanowienia z mocy prawa osoby inkasenta.

Analizując status osoby inkasenta należy podkreślić, iż nie można osoby tej traktować w analogiczny sposób jak podatnika czy płatnika, gdyż te ostatnie osoby zaliczać należy do konkretnych dłużników podatkowych. Natomiast inkasent będzie jedynie podmiotem pośredniczącym w realizacji zobowiązania podatkowego przez podatnika. Rola inkasenta ogranicza się do faktycznego wykonania istniejącego już stosunku prawnego zobowiązania podatkowego, a czynności podatnika sprowadzają się do czynności o charakterze techniczno-rachunkowym<sup>2</sup>. Z punktu widzenia realizacji zobowiązania podatkowego moment pobrania podatku czy opłaty przez inkasenta będzie oznaczał faktyczną realizację zobowiązania dla osoby podatnika.

W praktyce instytucja inkasenta występuje w obszarze podatku i opłat stanowiących dochody budżetów gmin. Możliwości poboru podatku względem podatników będących osobami fizycznymi w drodze inkasa przewidziano dla podatku od nieruchomości<sup>3</sup>, podatku rolnego<sup>4</sup>, leśnego<sup>5</sup> oraz opłat targowej, miejscowej, uzdrowskiej i od posiadania psów<sup>6</sup>. Każdorazowo rada gminy w drodze stosownej

uchwały może zarządzić pobór wyżej wymienionych podatków i opłat w drodze inkasa oraz określić inkasentów i wysokość wynagrodzenia za inkaso.

Z powyższego wynika, iż rada gminy jest uprawniona do podejmowania uchwały w przedmiocie poboru wyżej wymienionych podatków i opłat w drodze inkasa. Stosowna uchwała powinna określać inkasentów konkretnego podatku, czy opłaty, wysokość wynagrodzenia, które z reguły powinno zawierać w sobie stosowny podatek od towarów i usług, terminy wpłaty zainkasowanych podatków czy opłat. W praktyce przyjęto także, że szczegółowe prawa i obowiązki łączące gminę i inkasenta określa dodatkowo umowa inkasa. Rozwiązanie to w praktyce oznacza, iż faktycznie z treści umowy wynika jaki podmiot jest faktycznie stroną umowy inkasa i jakie obowiązki na nim będą spoczywały, a także jakie przysługiwać mu będzie wynagrodzenie.

Fakt podjęcia uchwały w przedmiocie określenia zasad poboru podatków czy opłat w drodze inkasa, a także zawieranie faktycznych umów zlecenia o wykonanie inkasa rodzi wiele niejasności w odniesieniu do objęcia tych czynności obowiązkiem podatkowym w podatku od towarów i usług. Powstaje w tym miejscu pytanie, czy pobieranie w drodze inkasa podatków oraz opłat w wykonaniu uchwały rady gminy jest dla celów podatku VAT zwolnioną od niego usługą, czy też innego rodzaju usługą która musi być opodatkowana stawką podatku VAT w wysokości 22%. Odpowiedź na to pytanie w świetle orzecznictwa sądowego, a także literatury nie jest jednoznaczna.

Według pierwszego poglądu należy przyjąć, iż czynności wykonywane przez inkasentów nie podlegają opodatkowaniu podatkiem VAT. Podstawą dla takiego twierdzenia jest przyjęcie założenia, że każdorazowo na podstawie podjętej przez radę gminy uchwały zostaje nawiązany pomiędzy gminą jako podmiotem publicznym, a inkasentem swoisty stosunek o charakterze stosunku publicznoprawnego. Stosunek taki nie wymaga dla swej skuteczności wyrażenia woli przez adresata normy prawa miejscowego, co oznacza że organ jednostki samorządu terytorialnego nie ma obowiązku i potrzeby zawierania umów cywilnoprawnych z inkasentami

dotyczących jakiegokolwiek sfery będącej przedmiotem uchwały. Występuje bowiem z pozycji władczej, realizując przyznane mu z mocy ustawy uprawnienia. W takim więc przypadku podmiot objęty zakresem postanowień stosownej uchwały rady gminy staje się podmiotem prawa podatkowego, spełniającym funkcję z zakresu administracji publicznej. W myśl bowiem art. 9 ordynacji podatkowej inkasentem jest między innymi osoba prawna obowiązana do pobrania od podatnika podatku i wpłacenia go we właściwym terminie organowi podatkowemu. Konsekwentnie należy twierdzić, iż inkasent zobowiązany jest do wykonywania określonych czynności w interesie stosownego organu administracji publicznej, będącego beneficjentem dochodów o charakterze daninowym, przy czym obowiązek wykonywania funkcji inkasenta powstaje zawsze i wyłącznie na skutek okoliczności, z którymi przepis prawa łączy powstanie takiego obowiązku.

Ewentualne zawarcie na podstawie postanowień uchwały organu stanowiącego gminy umowy zlecenia konkretyzującej zapis stosownej uchwały o ustanowieniu poboru świadczenia daninowego w drodze inkasa pozostaje obojętne z punktu widzenia prawa podatkowego, bo nie zmienia publicznoprawnego charakteru funkcji inkasenta wyznaczonej przez uprawniony organ władzy samorządowej. Umowa zlecenia każdorazowo stanowi jedynie techniczno-organizacyjną formę realizacji funkcji inkasenta mającej charakter publiczny i powierzonej mocą powszechnie obowiązującego aktu prawa miejscowego. Konsekwentnie czynności inkasenta w zakresie poboru podatków i opłat należy traktować jako wypełniające dyspozycję art. 15 ust. 6 ustawy o podatku od towarów i usług<sup>7</sup>. Tak więc podmiot wykonujący publiczną funkcję inkasenta opłaty targowej z upoważnienia władzy publicznej zawartego w stosownej uchwale tego organu jest podmiotem obsługującym organy władzy publicznej w rozumieniu art. 15 ust. 6 ustawy VAT, realizującym zadania nałożone odrębnymi przepisami prawa, ponieważ status inkasenta opłaty targowej wynika z przepisów prawa miejscowego (stosownych uchwał rady gminy), Ordynacji podatkowej (art. 9 i 28) oraz ustaw o podatkowych.

Ponadto można także stwierdzić, iż w przypadku czynności, które realizuje in-

kasent nie jest możliwe wskazanie bezpośredniego podmiotu, który mógłby zostać uznany za beneficjenta tychże czynności o charakterze usługi. Nie będzie w tym przypadku beneficjentem zarówno organ podatkowy, na rzecz którego dokonywana jest wpłata, ani też podatnik, od którego inkasent pobrał podatek. Brak określonego świadczeniobiorcy nakazuje w tym przypadku uznać, iż czynności wykonywane przez inkasenta w ramach jego ustawowych obowiązków za niepodlegające opodatkowaniu podatkiem od towarów i usług.

Podsumowując należy przyjąć, iż inkasent jako podmiot stosunków podatkowoprawnych, wykonujący zadania z zakresu administracji publicznej wykonuje je każdorazowo w konkretnym interesie publicznoprawnym. Podstawą dla obowiązku wykonywania funkcji inkasenta są zawsze okoliczności, z którymi wystąpieniem przepis prawa łączy powstanie takiego obowiązku. Konsekwentnie więc fakt nałożenia obowiązku poboru podatku i wpłacenia go we właściwym terminie organowi podatkowemu oraz sprecyzowanie zakresu tego obowiązku nie może nastąpić w drodze umownej. W odniesieniu konkretnie do pobierania opłat i podatków w drodze inkasa na podstawie przepisów prawa podatkowego oraz określenia wysokości wynagrodzenia z tego tytułu, formą w której następuje uregulowanie tych kwestii jest uchwała rady gminy. Ewentualne zawarcie umowy nie ma wpływu na ocenę stosunku wiążącego podmiot publicznoprawny i osobę inkasenta. Wykonywanie czynności inkasenta polegających na poborze opłat i podatków nosi znamiona czynności jednostronnie zlecanej o charakterze władczym, a więc typowym dla czynności publicznoprawnych. Natomiast dla uznania jakiejś czynności za usługę w świetle postanowień regulacji ustawy o podatku od towarów i usług, a w konsekwencji dla opodatkowania jej tym podatkiem, niezbędne jest istnienie wężła obligacyjnego wiążącego osobę wykonującą daną czynność z osobą będącą tej czynności beneficjentem. Powstanie takiego wężła ma charakter dobrowolny i nie jest możliwe uznanie za usługę w przypadku gdy zaistnienie relacji jest wymuszone przez normę o charakterze *ius cogens*<sup>8</sup>.

Przeciwny pogląd do wyżej zaprezentowanej argumentacji przyjmuje, że czynności wykonywane przez inkasenta podlegają opodatkowaniu podatkiem od towarów i usług na podstawie regulacji art.5 i art.8 ustawy o VAT.

Analizując czynności inkasa jakie wykonuje w ramach swoich obowiązków inkasenta nie można pominąć niezwykle istotnego faktu jakim jest klasyfikowanie tych czynności zgodnie z PKWiU<sup>9</sup>. Rozważać należy, czy czynności inkasa jako związane z dokonywaniem rozliczeń finansowych mogą być kwalifikowane do usług pośrednictwa finansowego - PKWiU 65-67 lub czy mogą być traktowane jako usługi administracji publicznej - usługi finansowe i podatkowe administracji publicznej - symbol PKWiU 75.11.12. Takie kwalifikowanie czynności (usług) inkasenta tak w jednym jak i drugim przyporządkowaniu PKWiU oznaczałoby ich zwolnienie w podatku od towarów i usług zgodnego z treścią art.43 ust.1 pkt 1 ustawy o VAT.

Bezwzględnie trzeba jednak zaznaczyć, iż w PKWiU istnieje także grupowanie oznaczone symbolem 74.87.12-00.00 - usługi świadczone przez agencje inkasa. Czynności te nie korzystają jednak jak wskazane wyżej ze zwolnienia w podatku VAT, co oznacza ich opodatkowanie tym podatkiem. Wobec takiego grupowania i oznaczenia czynności oraz zapisów regulacji podatku VAT przyjąć należy, iż czynności inkasa mieszczą się w grupowaniu 74.87.12-00.00 - usługi świadczone przez agencje inkasa, co oznacza, że pobór podatków i opłat dokonany przez inkasenta znajdujący oparcie w treści uchwały organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego lub posiadający umocowanie umowne stanowi świadczenie na rzecz jednostki samorządu terytorialnego i podlega opodatkowaniu podstawową stawką podatku VAT. Konsekwentnie należy przyjąć, iż należne inkasentowi wynagrodzenie nie będzie się mieściło w pojęciu stosunku administracyjno-prawnego i nie może zostać zakwalifikowane do usług pośrednictwa finansowego - PKWiU 65-67 czy usług administracji publicznej - usługi finansowe i podatkowe administracji publicznej - symbol PKWiU 75.11.12.

Przyjmując, iż czynności wykonywane przez inkasenta należy traktować zgodnie z grupowaniem PKWiU 74.87.12-00.00

jako usługi świadczone przez agencje inkasa poza sporem powinno pozostawać, iż pobór podatków i opłat mieści się w pojęciu świadczenia usług w rozumieniu ustawy VAT.

Należy jednak rozważyć, czy faktycznie czynności te będą korzystały z przymiotu zwolnienia ze względu na podmiot wykonujący te czynności, a więc ocenie poddane zostanie stosowanie zwolnienia podmiotowego wynikającego z art. 15 ust. 6 ustawy VAT. Wskazany przepis stanowi, iż nie uznaje się za podatnika organów władzy publicznej oraz urzędów obsługujących te organy w zakresie realizowanych zadań nalożonych odrębnymi przepisami prawa, dla realizacji których zostały one powołane, z wyłączeniem czynności wykonywanych na podstawie zawartych umów cywilnoprawnych. Przepis ten odpowiada swą treścią art. 4 ust. 5 VI Dyrektywy Rady (77/388/EW) w sprawie harmonizacji ustawodawstwa państw członkowskich w odniesieniu do podatków obrotowych, wspólny system podatku od wartości dodanej, ujednoczona podstawa wymiaru podatków, obowiązującej w 2005 r., obecnie art. 13 ust. 1 Dyrektywy Rady 2006/112/WE w sprawie wspólnego systemu podatku od wartości dodanej (Dz. Urz. UE L z 2006 r. Nr 347, poz. 1).

Podkreślić należy, że przepisy ustawy o VAT nie definiują pojęcia organu władzy publicznej i urzędu. Generalnie można przyjąć, iż podmioty, które zaliczyć można do tej kategorii charakteryzować się winny pewnymi cechami. Przede wszystkim realizacja powierzonych im zadań polegać powinna na wykonywaniu zwierzchniej władzy (imperium) przysługującej państwu czy samorządowi i do działania w jego imieniu. Mogą one w konsekwencji postęgiwać się w swoim postępowaniu środkami przymusu przysługującymi państwu czy samorządowi. Ponadto winny one być wyodrębnione organizacyjnie w sposób pozwalający odróżnić je od innych organów, a ich zakres działania i kompetencje winny być określone przepisami prawa.

W przedmiocie poboru wskazanych na wstępie opracowania podatków i opłat stanowiących dochody budżetu gminy właściwym jest wójt, burmistrz, prezydent miasta. Zakres jego działania, sposób powoływania i wyodrębnienia od innych organów określa ustawa o samo-

rządzie gminnym<sup>10</sup>. Zgodnie z art. 33 tej ustawy swoje obowiązki wójt (prezydent, burmistrz) wykonuje przy pomocy urzędu gminy, którego organizację i zasady funkcjonowania określa wójt zarządzeniem. Natomiast organ stanowiący, jakim jest rada gminy może zarządzić pobór podatku od nieruchomości, podatku rolnego, leśnego oraz opłat targowej, miejscowej, uzdrowskiej i od posiadania psów w drodze inkasa, określić inkasentów i wysokość ich wynagrodzenia.

Z analizy postanowień przepisów Ordynacji podatkowej, a także poszczególnych regulacji podatkowych jednoznacznie wynika, iż osoba inkasenta nie może być traktowana w kategorii organu podatkowego. Przepisy ordynacji podatkowej regulują jedynie kwestię podmiotu uprawnionego do ustalenia dla nich wynagrodzenia (art. 28 § 4 Ordynacji podatkowej) oraz wprowadziła odpowiedzialność inkasenta za niewykonanie obowiązków określonych w art. 9 Ordynacji podatkowej ograniczając ją do podatku pobranego a nie wpłaconego (art. 30 § 2 Ordynacji podatkowej). Zarówno przepisy Ordynacji podatkowej jak i pozostałe regulacje podatkowe nie wyposażyły inkasenta w stosowne prawo do przymusowego wyegzekwowania podatków i opłat. Tak więc w przypadku gdy podmioty zobowiązane, podatnicy pozostają w zwłoce w zapłacie świadczeń daninowych prawo wydania decyzji administracyjnej określającej wysokość podatku czy opłaty nadal przysługuje jedynie organowi podatkowemu (art. 21 § 3 Ordynacji podatkowej). Konsekwentnie na organie podatkowym, a nie inkasencie będzie spoczywał obowiązek i prawo dla realizacji tej decyzji na drodze postępowania egzekucyjnego w administracji, zgodnie z art. 6 § 1 i art. 26 § 1 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji<sup>11</sup>.

Mimo zatem określenia definicji instytucji inkasenta i określenia sposobu jego powoływania w przepisach prawa publicznego (Ordynacji podatkowej i ustawach podatkowych) nie można uznać, iż podmiot wykonujący pobór opłaty targowej jest wyposażony w przymiot władztwa. Nie jest on zatem ani organem władzy publicznej, ani urzędem obsługującym ten organ - wójta burmistrza prezydenta miasta, którym jest w tym przypadku urząd

gminy. W odniesieniu do inkasenta nigdzie nie użyto określenia, iż jest urzędem tego organu podatkowego, ponadto nie jest on nawet przez ten organ powoływany (powołuje go rada gminy, odrębny od wójta organ gminy - art. 11a ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym). Przepis art. 15 ust. 6 ustawy o VAT nie ma zatem zastosowania do inkasentów opłaty targowej<sup>12</sup>.

W tym miejscu zasadnym będzie także przytoczenie tezy wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 czerwca 2008 r. o sygnaturze K 50/05 który stwierdził: *podatnikami podatku od towarów i usług są: osoby prawne, jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej oraz osoby fizyczne, wykonujące samodzielnie działalność gospodarczą, bez względu na cel lub rezultat takiej działalności*” (art. 15 ust. 1 ustawy o VAT). *„Działalność gospodarcza obejmuje wszelką działalność producentów, handlowców lub usługodawców, w tym podmiotów pozyskujących zasoby naturalne oraz rolników, a także działalność osób wykonujących wolne zawody, również wówczas, gdy czynność została wykonana jednorazowo w okolicznościach wskazujących na zamiar wykonywania czynności w sposób częstotliwy. Działalność gospodarcza obejmuje również czynności polegające na wykorzystywaniu towarów lub wartości niematerialnych i prawnych w sposób ciągły dla celów zarobkowych*” (art. 15 ust. 2 ustawy o VAT). *Wśród nich znajdują się też wyeksponowane we wniosku: przychody osób, którym organ władzy lub administracji państwowej albo samorządowej, sąd lub prokurator, na podstawie właściwych przepisów, zlecił wykonanie określonych czynności, a zwłaszcza przychody biegłych w postępowaniu sądowym, dochodzeniowym i administracyjnym oraz płatników i inkasentów należności publicznoprawnych, a także przychody z tytułu udziału w komisjach powoływanych przez organy władzy lub administracji państwowej albo samorządowej.*

Podsumowując należy stwierdzić, iż określony przepisami ordynacji podatkowej status osoby inkasenta jako zbliżonego do statusu „podmiotu prawa publicznego” nie daje podstaw prawnych do kwalifikowania go jako wyłączonego na mocy art. 15 ust. 6 ustawy o VAT spod działania przepisów ustawy o VAT. Przepis

art. 15 ust. 6 ustawy nie może mieć zastosowania jeżeli czynności organu publicznego nie są wykonywane osobiście lecz są powierzone niezależnej osobie trzeciej.

Mając na uwadze powyższe stwierdzić należy, iż otrzymane przez inkasenta wynagrodzenie za wykonywane czynności, chociaż wykonywane w oparciu o uchwałę organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego nie mieści się w pojęciu stosunku administracyjno - prawnego. Nadto wynagrodzenie za usługę nie może korzystać ze zwolnienia w przypadku usługi wykonywane przez inkasenta nie mogą zostać zaklasyfikowane do pojęcia usług w zakresie administracji publicznej zwolnionych z podatku VAT na podstawie poz. 6 załącznika Nr 4 do ustawy o VAT.

Według Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług usługi pobierania w drodze inkasa podatków i opłat od dłużnika w imieniu i na rzecz zleceniodawcy należy kwalifikować do grupowania PKWiU 74.87.12-00.00 „usługi świadczone przez agencje inkasa” w związku z powyższym usługi świadczone przez inkasenta jako podatnika VAT podlegać powinny opodatkowaniu stawką w wysokości 22%.

Zatem dokonywanie poboru podatków i opłat przez osobę inkasenta w wykonaniu stosownej uchwały organu stanowiącego, stanowi świadczenie usług na rzecz jednostki samorządu terytorialnego stosownie do normy zawartej w art. 8 ust. 1 pkt 3 ustawy o VAT, i tym samym podlega opodatkowaniu stawką podstawową w wysokości 22% zgodnie z art. 41 ust. 1 ustawy o VAT.

#### Przypisy

1. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku Ordynacja podatkowa (tj. Dz. U. z 2005 r., Nr 8, poz.60 z późn. zm.).
2. B. Adamiak, J. Borkowski, R. Mastalski, J. Zubrzycki, Ordynacja podatkowa. Komentarz, Wrocław 2003, s.69.
3. Ustawa z dnia 12 stycznia 1991 roku o podatkach i opłatach lokalnych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r., Nr 9, poz.84, z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 15 listopada 1984 roku o podatku rolnym (tekst jednolity Dz. U. z 1993 r., Nr 94, poz.431 z późn. zm.).

5. Ustawa z dnia 30 października 2002 roku o podatku leśnym (Dz. U., Nr 200, poz.1682 z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 12 stycznia 1991 roku o podatkach i opłatach lokalnych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r., Nr 9, poz.84, z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. nr 54, poz. 535; z późn. zm.).
8. Zob. wyrok NSA w Warszawie z dnia 6 września 2007 r. (sygn. akt I FSK 1192/06).
9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 października 2008 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU), (Dz. U. nr 207, poz.1293 z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.).
11. Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2005 r. Nr 229, poz. 1954 z późn. zm.).
12. ob. wyrok WSA w Łodzi z dnia 30 listopada 2007 r. (sygn. akt I SA/Łd 898/07).



dr n. biol. **GRAŻYNA PAJAŁ**  
Bielska Wyższa Szkoła im. J. Tyszkiewicza  
BIELSKO-BIAŁA  
[www.aquacell.pl](http://www.aquacell.pl), [biuro@aquacell.pl](mailto:biuro@aquacell.pl)

## **JAK UTRZYMAĆ ZDROWIE W CYWILIZOWANYM ŚWIECIE**

Zdrowie jest w każdym wieku warunkiem osiągnięcia pełni szczęścia i zadowolenia z życia. Niestety najczęściej doceniamy go chorując. Każdy z nas chciałby być zdrowy, ale tak naprawdę co robimy dla naszego zdrowia? Czy rzeczywiście dostrzegamy zagrożenia?

Cywilizacja XX wieku wprowadziła wiele zmian w naszym otoczeniu, odcinając nas coraz skuteczniej od natury. Niemal połowę życia spędzamy w sztucznym świetle, oglądając słońce z za szyb hermetycznych i dźwiękochłonnych, klimatyzowanych budynków. Na co dzień otoczeni jesteśmy olbrzymią ilością różnorodnych syntetycznych wytworów chemicznych, nie znanych jeszcze 60-70 lat temu. Nasze ciała coraz częściej okrywają materiały obce naturze. Mieszkania i biura dekorują sztuczne rośliny, meble, syntetyczne tapety, boazerie, panele. Coraz częściej nie wyobrażamy sobie życia bez samochodów, telefonów komórkowych, komputerów, radioodbiorników czy telewizorów. W dodatku od lat jesteśmy więźniami sieci wodno-kanalizacyjnych i elektroenergetycznych, które też mają duży wpływ na otoczenie.

W ostatnim dwudziestolecu gwałtownie wzrosło tempo życia. Bombarduje nas coraz więcej nowych informacji. Presja konsumpcji napędzana agresywną reklamą powoduje, rzadko potrafimy z czegoś zrezygnować. W efekcie żyjemy w ciągłym stresie i wiecznej pogoni za zdobyciami cywilizacji. Z dnia na dzień rosną wobec nas wymagania, przybywa nam obowiązków mimo, że doba wciąż ma zaledwie dwadzieścia cztery godziny.

Rozkwit nauki i techniki przyspiesza wprawdzie rozwój cywilizacji, ale wciąż nie jest w stanie zwiększyć zdolności adaptacyjnych organizmu. Dlatego tak wiele osób czuje się źle, a zaburzenie stanu homeostazy (równowagi) odczuwają nie tylko nasze ciała, ale i umysły. W krajach uprzemysłowionych statystyka jest naprawdę nie wesoła: 75% dorosłych cierpi na co najmniej jedną chorobę przewlekłą. Choroby kości, stawów, nadciśnienie, miażdżyca, alergie, otyłość, choroby psychiczne, to tylko niektóre z nich. Z najnowszych badań wynika, że arterioskleroza zaczyna się już w młodości. Co czwarte dziecko choruje na alergię, choroby górnych dróg oddechowych, przewodu pokarmowego, ma nerwicę lub wady postawy.

Według WHO/Światowa Organizacja Zdrowia/ cukrzyca stała się najczęstszą chorobą metaboliczną na świecie, na osteoporozę choruje ponad 200 ml ludzi, a grzybice w krajach rozwiniętych ma około 63% populacji. Nowoczesne leki mogą coraz dłużej utrzymać nas przy życiu, jednak dzięki tabletkom nie jesteśmy zdrowsi, doznajemy tylko chwilowej ulgi w naszych dolegliwościach. Z farmakoterapią często są związane niepożądane efekty uboczne, stosowane środki chemiczne stanowią z jednej strony potężne obciążenie dla organizmu z drugiej oddziaływanie ich jest mało selektywne. Efekt jest doraźny, chwilowo usuwamy objawy, ale przyczyny pozostają.

Interesujące wnioski przedstawia dr. I.Thorwald w książce pt „Pacjenci”. W przeważającej liczbie przypadków, po zgonie pacjentów z transplantowanym sercem stwierdzono, że nowe przeszczepione serce, po kilku czy kilkunastu miesiącach od udanej operacji miało ponownie uszkodzenia charakterystyczne dla usuniętego w trakcie operacji organu.

W latach trzydziestych choroby przewlekłe były przyczyną 50% zgonów, obecnie szacuje się, że śmiertelność z tego powodu wynosi powyżej 95%. Tak gwałtowny rozwój chorób cywilizacyjnych doprowadził w ostatnim dwudziestolecu do zwiększenia tempa badań nad układem odpornościowym. Rozwój fizyki i chemii kwantowej, cytologii i immunologii przynajmniej częściowo pozwolił zrozumieć przemiany zachodzące na poziomie komórki, dzięki którym można wyjaśnić wiele procesów zachodzących w organizmach żywych.

Każdy żywy organizm zbudowany jest z komórek. Przeciętnie człowiek ma ich około 80-100 miliardów. Wszystkie z nich jako żywe elementy cechuje zdolność ruchu, wzrostu, przemiany materii i reakcji na bodźce zewnętrzne. Od prawidłowej pracy tych najmniejszych „żywych cegiełek” zależy stan naszego organizmu. Na przetomej lat 90-tych WHO uznana nową teorię zdrowia i choroby, mówiącą o tym, że każda choroba zaczyna się właśnie na poziomie komórki.

Najnowsze badania naukowe potwierdzają stare prawdy, coraz dobitniej uświadamiając nam, że głównymi czynnikami decydującym o zdrowiu w 65-75% nie-

zmiennie są - sposób myślenia, umiejętność rozładowania stresu, styl życia i sposób odżywiania.

Nasi przodkowie żyli w zgodzie z przyrodą, to ona warunkowała nasz styl egzystencji. Tymczasem my nastawiamy „własne zegary”, nie zawsze zgodnie z naturalnymi potrzebami naszego ciała. Pracujemy, śpimy, bawimy się kiedy mamy ochotę, często wbrew biologicznym rytmom. Pożywienie praktycznie mamy do dyspozycji o każdej porze dnia i roku, w znacznie większej ilości niż potrzebuje tego nasz organizm. Więc najczęściej jemy to co lubimy i tyle ile chcemy.

Spożywając posiłki bardzo rzadko myślimy o karmieniu naszych komórek. Tymczasem odżywianie jest to zaopatrywanie organizmu we wszystkie konieczne do życia substancje roślinne i zwierzęce, których potrzebuje każda komórka, aby mogła żyć, pracować i regenerować się. Nawet najmniejszy kęs pożywienia ma wpływ na ogólny stan naszego organizmu. Skalę problemu widać gdy uzmystowimy sobie, że sumując posiłki średnio do 70 roku życia, zjadamy od 30- 70 ton pożywienia, dodatkowo wypijamy 70 000 m<sup>3</sup> wody, a nasze płuca filtrują ok. 800 000 m<sup>3</sup> powietrza.

Przeciętnie rocznie zjadamy z pożywieniem 4-7.5 kg różnego rodzaju toksyn. Tak duża ilość chemikaliów, nie może być obojętna dla organizmu - efektem często są odczyny alergiczne, wysypki, ataki astmy, stany zapalne żołądka, zła praca jelit, nadpobudliwość, bezsenność, zaburzenia ciśnienia itd. Związki te utrudniają przyswajanie witamin, makro i mikroelementów, a nie strawione pokarmy stają się kolejnymi toksynami, które przenikają do krwi i drażnią układ odpornościowy. Jakościowe niedożywienie, nadmiar syntetycznych związków chemicznych, systematyczne przeciążanie układu odpornościowego jest główną przyczyną tak licznych chorób cywilizacyjnych, które nękają ludność krajów uprzemysłowionych.

Już w latach 60-tych prof. Julian Aleksandrowicz uświadamiał, że „informacja genetyczna w kodzie DNA jest taka sama jak przed tysiącami lat, natomiast dostarczony z pożywieniem budulec nie odpowiada zakodowanym parametrom. Toteż organizm ludzki buduje się i odbudowuje z budulca znacznie gorszego niż był daw-

niej. To tak jakbyśmy stawiali gmach według wspaniałego planu architekta, ale zamiast granitu do budowy wykorzystywaliśmy piasek lub glinę. Gmach z zewnątrz będzie podobny, ale niszczy się znacznie szybciej.”

Prawidłowe odżywianie opiera się na siedmiu podstawowych składnikach, są to: białko, tłuszcz, węglowodany, witaminy, substancje mineralne, błonnik i woda. Jeżeli chociaż jeden z tych niezbędnych do życia składników pokarmowych jest pominięty lub nie dostarczony w wystarczającej ilości lub odpowiedniej jakości, to wówczas osłabieniu ulega wykorzystanie i przetworzenie pozostałych substancji odżywczych. Brak jednego tylko aminokwasu lub jednej witaminy może upośledzić syntezę białek a przez to zaburzyć metabolizm komórki. W efekcie może nastąpić zahamowanie wzrostu, obniżenie wydolności umysłowej, złe samopoczucie.

W 1985 roku komisja do spraw żywienia przy WHO ustaliła dla krajów wysoko rozwiniętych przeciętne normy żywieniowe, ale już w 1991 roku okazało się, że między innymi z powodu coraz doskonalszego przetwarzania produktów spożywczych brakuje w żywności około 40% mikro i makro elementów oraz błonnika. Aż strach pomyśleć jak wygląda ta proporcja obecnie, przy tylu najnowszych technologiach. W rezultacie podświadomie odczuwając niedobory składników odżywczych, najczęściej rekompensujemy je dodatkową porcją pożywienia, dzięki temu tłumiemy głód jakościowy, zaburzając dalej równowagę w organizmie, rujnując komórki, tyjąc.

Współczesne badania uświadamiają, że ponad połowa spożywanych przez nas kalorii pochodzi ze źródeł, których nie znano w czasach naszych przodków. Należą do nich produkty z oczyszczonej bezwartościowej białej mąki, białego ryżu, pożywienie zawierające oksysterole (mleko w proszku i susz jajeczny), na różne sposoby oczyszczony cukier i oleje roślinne wielokrotnie tłoczone. Duża ilość w jadłospisie przemysłowo rafinowanych olei, margaryn, produktów masłopodobnych jest wciąż nowością dla naszego organizmu. W żadnej epoce nie stosowano takich ilości uniwersalnych, rafinowanych ciekłych olei roślinnych, które systematycznie uszkadzają nasze błony komórko-

we, powodują problemy kardiologiczne, przyczyniają się do epidemii nowotworowej. Z miesiąca na miesiąc spożywamy coraz więcej pokarmów nadmiernie przetworzonych, sztucznie konserwowanych barwionych, pożywienia z puszek czy dań przygotowanych i podgrzewanych w kuchenkach mikrofalowych. Z kolei koszem czystej wody, naturalnych owoców, soków wyciskanych, warzyw pijemy w nadmiarze napoje gazowane pozbawione jakichkolwiek wartości odżywczych, zawierające za to znaczne ilości cukru, słodzików, chemiczne substancje smakowe, zapachowe czy konserwujące. Przykładowo ukochany napój młodych ludzi zawiera kwas ortofosforowy utrudniający przyswajanie przez organizm wapna i magnezu, dodatkowo drażni błonę śluzową żołądka, zawiera słodzik będący neurotoksyną. W efekcie rozwijający się organizm nie tylko ma problemy z prawidłową budową kości, ale również z nadmierną pobudliwością i brakiem koncentracji. Zapominamy, że jedzenie nie powinno zaśmieczać lecz ma za zadanie oczyścić i regenerować organizm.

Przez wieki człowiek jadł prosto, skromnie i zdrowo. Popularne były kasze, mąki razowe, nasiona strączkowe, kisonzki z warzyw, kapusta, cebula, czosnek, mleko pite bezpośrednio od krowy, naturalne masło, świeże sery i jaja od „szczęśliwych kur”. Mięso i wędliny jadało się od święta. Pito czystą wysoko energetyczną wodę, kawę z białą, herbaty ziołowe. Słodzono sporadycznie syropem z buraków lub miodem. W miarę rozwoju przemysłu przywykliśmy do wygody, stare dobre nawyki z czasem się zatężyły. Zaczęliśmy jeść potrawy nowe, ładne, kolorowe, sztuczne, ale nie zdrowe.

Od lat słysząc sprzeczne opinie na temat zagrożeń, oglądając nachalne reklamy i czytając różne zalecenia dietetyczne, całkowicie gubimy się w poglądach na temat zdrowych zasad właściwego żywienia.

Z szeroko zakrojonych najnowszych badań różnych naukowców - renomowanych ośrodków badawczo-naukowych, przykładowo - Amerykanów dr. A. Westona - (Weston A., Price Foundation), przewodniczącego wydziału żywienia dr. Waltera Wileta (Harvard School of Public Health), dr. Dawida Ludwiga (Harvard Medical School), Anglika dr. Lee Hopera (Manche-

ster University Dental Hospital) oraz badaczy australijskich - ludzie, w kolejnych pokoleniach uzyskują doskonały stan zdrowia fizycznego i psychicznego tylko wtedy, gdy spożywają bogatą w składniki pokarmowe naturalną żywność oraz witalne rozpuszczalne w tłuszczach witaminy i inne aktywności. Kierując się fizjologią organizmu badacze jednogłośnie twierdzą, że ponad połowa posiłków powinna się składać z produktów zawierających węglowodany naturalne, które są nie tylko łatwiej przyswajane, ale również lepiej tolerowane przez układ odpornościowy. Dzięki nim prawidłowo funkcjonują procesy przemiany materii. Spora ilość błonnikowa pełni w jelitach rolę „miotły”, zmuszając je do prawidłowej pracy. W diecie nie powinno brakować ciemnego pieczywa, kielków, nasion zbóż, płatków, kasz w tym również jaglanej, gryczanej, poppingu, ciemnego ryżu, roślin strączkowych za wyjątkiem soi. Warzywa powinniśmy jadać zarówno świeże w sałatkach, jak i gotowane w zupach lub lekko parowane. Korzystne są również naturalne soki warzywne. Do jadłospisu powinniśmy świadomie włączać roślinne kisonzki oraz ziarna, orzechy, skietkowane nasiona. Z białek powinniśmy jadać produkty mleczne od zdrowych zwierząt wypasanych na pastwiskach, zwłaszcza sfermentowane jogurty, kefiry, zsiadłe mleko, naturalne białe sery, czyste masło, śmietanę oraz jajka ekologiczne. Dodatkowo mięso i ryby z hodowli naturalnej. Tłuszcze w naturze występują razem z produktami zawierającymi białka i węglowodany. Dlatego w diecie powinniśmy stosować tylko tłuszcze naturalne w tym masło, masło sklarowane, oleje tłoczone na zimno zwłaszcza z oliwek, lnu, dyni. Wszystkie dodatki do potraw powinny być wyłącznie naturalne - czyli sól morską nie rafinowaną i sztucznie jodowana i różne zioła i przyprawy roślinne. Nagminnie stosowany biały cukier i aspartam możemy zastąpić miodem, ciemnym cukrem, ksylitolem, stevią czy syropem z agawy.

W efekcie odpowiednia proporcja węglowodanów, białek i tłuszczów, na bazie właściwych dodatków zwiększa dożywienie organizmu. Białko buduje nasze komórki, w owocach, jarzynach i kaszach dodatkowo dostarczamy dużo enzymów, witamin, zaś w dodatkach związku biologicznie czynne i minerały, które nie tyl-

ko pomagają we wszystkich procesach rozwoju organizmu, ale również skutecznie chronią nasze komórki.

Przy nagminnych błędach dietetycznych i wieloletnich problemach z organizmem oprócz właściwych nawyków żywieniowych ratunkiem dla naszych komórek są dostępne na rynku preparaty, zawierające naturalne produkty odżywcze, pochodzenia organicznego, które dostarczają niezbędnych składników budulcowych brakujących w pożywieniu. Przy doborze preparatów uzupełniających należy pamiętać, że organizm ludzki jest przystosowany tylko do łącznego wykorzystania składników odżywczych. Najlepszą formą uzupełnienia codziennego jedzenia jest zapewnienie organizmowi dodatkowych, niewielkich ilości białek, nienasyconych kwasów tłuszczowych, witamin, składników mineralnych, włókien roślinnych, ziół. Dostarczenie w odpowiednich proporcjach wszystkich składników pokarmowych w postaci naturalnej, na bazie ziół i wyciągów z różnych roślin umożliwia zaopatrzenie każdej pojedynczej komórki we wszystkie niezbędne substancje odżywcze jakich potrzebuje. Zaletą takiej diety jest odblokowanie mechanizmu wchłaniania, przez co zjadane pożywienie może być w pełni wykorzystane, a toksyny wyrzucone. Dzięki temu wzrasta przepływ potencjału energetycznego na błonie komórkowej. Następuje wzrost energii komórki, która ponownie łatwiej przyswaja składniki odżywcze, bez problemu usuwa toksyny, wytwarza jeszcze większą energię powodując, że nasze organy pracują z lepszym efektem. Przy takiej diecie czujemy się i wyglądamy lepiej, skutecznie likwidujemy przyczyny powstawania wielu chorób cywilizacyjnych oraz uciążliwą nadwagę. Czując się dobrze dopiero wówczas zaczynamy rozumieć i kochać zasady zdrowego stylu życia. Ciało każdego człowieka doskonale wie samo co jest dla niego najlepsze. To tylko my utraciliśmy instynkt samozachowawczy, nie zwracając uwagi na wołanie naszego organizmu.

Z każdym rokiem rośnie ilość toksyn we wdychanym powietrzu, pitej wodzie i spożywanej żywności. Dodatkowo mnoży się skala szkodliwych bodźców działających na organizm: smog elektro-

magnetyczny, hałas, pośpiech, tłok, nieżyczliwość, irytacja, przemęczenie, strach to zaledwie niektóre z nich. Mimo że już w 1982 roku Światowa Organizacja Zdrowia wiele z tych zjawisk uznała za szkodliwe dla zdrowia człowieka, problem ten wciąż się nasila.

Rosnące skażenie powietrza i żywności zmniejsza tolerancję organizmu na skażenie wody i na odwrót. Zgodne z badaniami WHO aż 80% współczesnych chorób cywilizacyjnych ma związek z jakością spożywanej wody. W krajach wysoko rozwiniętych, gdzie wody z pozoru jest pod dostatkiem, dysponujemy wodą niskiej jakości, uzdatnioną chemicznie i martwą energetycznie.

Badania ostatnich 20-tu lat z dziedziny fizyki kwantowej oraz biologii dowodzą, że we wszechświecie wszystko bezustannie wibruje, całe Uniwersum (jak pisze prof. Ivan Engler w książce - „Woda - fenomen polaryzacji, nośnik informacji, lekarstwo życia”) jest przez te zmienne oddziaływania osiecowane i hierarchicznie zorganizowane. W przyrodzie istnieje stała komunikacja za pomocą drgań, a przyswajanie odbywa się nie tylko na poziomie chemicznym, ale również elektromagnetycznym. Dlatego też wielu światowych ekspertów uważa, że XXI wiek będzie należał do zaniedbanej dotychczas fizyki wody.

Według naukowców ciało człowieka wykonuje 570 bilionów drgań na sekundę; przy czym żadna część naszego ciała na poziomie cząstek elementarnych (poziomie kwantowym), nie funkcjonuje samodzielnie. Przemiany w organizmie zachodzą tak szybko, że w efekcie w ciągu roku wymieniamy ponad 90% całej materii. Dlatego Zdrowie i dobre samopoczucie utrzymywane są przez ciągły proces odnowy organizmu. Wszystko co w tym przeszkaźda prowadzi do systematycznego niszczenia komórek, czyli przedwczesnego starzenia się i narastania chorób. Najnowsze badania potwierdzają, że im więcej mamy w organizmie toksyn, tym trudniej następuje wymiana informacji, gorzej transportowane są składniki odżywcze i wolniej odnawiane komórki. Od sprawności przebiegu tych wszystkich reakcji zależy nasz stan fizyczny i psychiczny.

Zaledwie 25-30% ciała człowieka to materia stała, 70-75% stanowi woda. W ludzkim organizmie średnio na każdą

jedną cząsteczkę białek przypada 10 tysięcy cząsteczek wody. Ostatnie lata uświadomiły badaczom, że właśnie woda jest najlepszym nośnikiem informacji, kanałem umożliwiającym transmisję energii życiowej w wymianie między komórkami.

Obieg energii w organizmie, uzależniony jest od ilości i jakości wypijanej wody. Tym czasem prawie wszyscy pijemy za mało. Współczesna cywilizacja spowodowała masowy dostęp do płynów, które nie zawsze uwadniają nasz organizm. Ciemna herbata, kawa, piwo, sztuczne soki, słodkie kolorowe napoje, przetworzone koktajle mleczne, lody i inne podobne „smakotyki” po jakie sięgamy, częściej pozabwiają nas wody, zamiast dostarczać ją do naszych komórek. Przy braku wody w komórkach naszego ciała nasilają się nieprawidłowe reakcje. Każda dysharmonia zaburza nasze funkcjonowanie, powodując złe samopoczucie, z czasem ból i chorobę.

Współcześnie woda w sieci wodociągowej dzięki ciągłej kontroli sanitarnej jest higienicznie czysta, ale to wcale nie znaczy, że jest zdrowa.

Badania przeprowadzone na uniwersytecie w Wiedniu udowodniły, że współcześnie w rurach ciągnących się wiele kilometrów w linii prostej pod wpływem ciśnienia (3-9 atm) struktury informacyjne wody ulegają zniszczeniu, zaś zawartość tlenu jest znacznie mniejsza niż w naturalnym środowisku. Proces ten potęgują sztuczne pola elektromagnetyczne (promieniowanie satelitarne, urządzenia elektryczne, instalacje radiowe, maszty telefonii komórkowej), tworzywa sztuczne i przeróżne syntetyczne związki chemiczne.

Od dawna nie wystarcza przegotowana woda, niezbędne są urządzenia oczyszczające takie jak dobre filtry węglowo-ceramiczne, filtry osmotyczne, destylatory itp. Tak oczyszczona woda najczęściej jest czysta ale... martwa. Eksperymenty naukowe wykazały, że woda zanieczyszczona chemicznie, po oczyszczeniu w dalszym ciągu wysyła fale elektromagnetyczne, o długościach charakterystycznych dla danych usuniętych substancji. Wówczas nie mamy w wodzie przykładowo chloru, kadmu, ołowiu, glinu itp., ale niewłaściwe wiązania dalej pozostają. Okazuje się, że usuwanie zanieczyszczeń mechanicznych

i chemicznych wody to za mało - niezbędne jest przywrócenie jej właściwej informacji elektromagnetycznej „wody naturalnej”.

„Woda naturalna” o pierwotnej strukturze, to taka, jaką spotykamy w lodowcach, dziewiczych rzekach, czystych jeziorach. W środowisku naturalnym woda, podlega oddziaływaniu pola magnetycznego Ziemi, promieni słonecznych, promieni księżyca, przepływa przez różne rodzaje skał, tańczy z wiatrem, faluje, pieni się, wpada w wiry, opada kaskadami. Ciągły ruch i wszystkie inne czynniki wpływają na jej odnowienie. Wówczas woda niesie w sobie olbrzymie pokłady energii i informacji, które przekazuje wszystkim organizmom żywym. Potrafi się bronić i jak mówi przyrodnicy, ma swój własny system odporności.

Publikacje wielu naukowców z końca XX wieku udowadniają, że woda pozbawiona energii lub energetycznie uboga, nie wykazuje jakichkolwiek uporządkowanych struktur. Z kolei woda wartościowa energetycznie posiada strukturę krystaliczną tzw. heksagonalną. Po zamrożeniu tworzy przepiękne kryształy (zawsze na bazie sześciokąta), które, ulegając ponowemu zagęszczeniu, budują charakterystyczne ugrupowania przypominające układem kryształy kwarcu.. Jak udowodnił Masaru Emoto samo zamrażanie wody, przy obecnym jej obciążeniu, nie zawsze przywraca pierwotną strukturę.

Z końcem XX wieku naukowcy odkryli, że drgania o wysokiej częstotliwości, wytwarzane przez generatory magnetyczne można w sposób trwały przerosić na wodę. Udowodnili, że woda ma „pamięć”- czyli zdolność gromadzenia, przechowywania i przekazywania informacji innym układom zawierającym wodę - w tym również organizmom żywym. Świadomą poprawę struktury fizycznej -nazwano witalizowaniem wody. Od lat są znane witalizatory (www.aquacell), które bezpiecznie i skutecznie przywracają strukturę wodzie. W efekcie następuje nowe uporządkowanie cząsteczek wody, dzięki czemu ulegają zmianie jej parametry fizyczne, które prowadzą do zmiany właściwości wody. Im bardziej trwała jest wewnętrzna struktura, tym bardziej woda odporna jest na negatywne wpływy z zewnątrz.

Dzięki obniżeniu zawartości związków węgla organicznego rozmnażanie mikroorganizmów zostaje zredukowane - co prowadzi do długotrwałej stabilności mikrobiologicznej.

W efekcie właściwe wibracje występujące w wodzie, eliminują szkodliwe substancje i aktywują energię życiową bez żadnych dodatkowych środków.

Tym sposobem po zawieszeniu witalizatora na rurze doprowadzającej, następuje „uporządkowanie drobin wody” i przywrócenie jej pierwotnej struktury. Urządzenie powoduje wzrost ilości rozpuszczonego w wodzie tlenu, nasila procesy redukcji, korzystnie zmienia wartość współczynnika pH, transformuje wapń. W efekcie oczyszczona, a później ożywiona woda z sieci wodociągowej zmienia się odzyskując właściwości wody źródlanej.

Niestety prawa natury są nieubłagane, do właściwych przemian metabolicznych jest niezbędna krystalicznie czysta, wysoko energetyczna woda. Tylko taka, jako nośnik drgań elektromagnetycznych, może wpływać bezpośrednio na procesy regulacyjne naszego ciała. Pragnąc przeciwdziałać negatywnym wpływom środowiska, każdy człowiek powinien wypijać około 0,3l/10kg ciężaru ciała wysoko wartościowej energetycznie wody. Doskonałe efekty daje prysznic i kąpiel, gdyż kontakt strukturalnej wody ze skórą umożliwia przeniesienie energii dalej, zwiększając potencjał na błonach komórkowych.

Doświadczalnie zaobserwowano również wyraźną poprawę leczenia chorób skórnych (np. łuszczyca, grzybice, egzem, alergię...). Pod wpływem „wody ożywionej” następuje przyspieszenie procesu gojenia się ran, poprawa pracy przewodu pokarmowego, wzmacnia się proces przemiany materii, reguluje poziom cukru i ciśnienie krwi.

Uzyskane wyniki jednoznacznie potwierdzają, że pod wpływem ożywionej wody następuje wyraźna poprawa w funkcjonowaniu organizmu. Pijąc regularnie wodę strukturalną dostarczamy organizmowi energii i składników odżywczych, dotleniamy komórki, utrzymujemy równowagę kwasowo-zasadową, poprawiamy gospodarkę enzymatyczną, odzyskujemy równowagę termiczną organizmu, zwiększamy ilość usuwanych toksyn. W efekcie odbudowujemy system immunologicz-

ny. Taka woda bioenergetycznie stymuluje cały organizm, wzmacnia działanie różnych terapii i kuracji naturalnych przywracających stan homeostazy.

Nigdy wcześniej nie było tak dużej potrzeby poprawy komfortu życia i samopoczucia. Dlatego też każda forma „przybliżenia” natury w cywilizowanym świecie jest niezbędna.

Wieloletnie badania uświadamiają, że nawet witalizowanie wody w basenach w 50-70 % przyspiesza jej oczyszczanie, polepsza transport tlenu, eliminuje przemiany beztlenowe, ułatwia rozkład materii organicznej i nasila procesy mineralizacji. Skutecznie eliminuje chlor z wody, zmniejsza jego agresywność, nie dopuszcza do rozwoju bakterii, glonów i grzybów.

Tak zabezpieczona woda pozwala ograniczyć co najmniej w 50% środki czystości i preparaty konserwujące wodę. Eliminuje osady wapnia i rdzy zalegającej w rurach systemów wodociągowych, urządzeń grzewczych i chłodzących. Z kolei zmiana jonizacji powietrza i ograniczenie mikroflory w klimatyzacji, usuwa nieprzyjemne zapachy nie dopuszczając do powstawania jakiegokolwiek odoru.

Wchodzimy w wiek wysokiej techniki mając strukturę „człowieka pierwotnego” pisze prof. Ulrich Warnke w książce „Ryzyko utraty zdrowia”.

Cywilizowany człowiek współcześnie wykorzystuje coraz większą ilość urządzeń technicznych, zasilanych energią elektryczną, które emitują sztuczne pola elektromagnetyczne. Pola te nakładając się na siebie, tworzą smog elektromagnetyczny, setki razy przewyższający elektromagnetyczne tło naturalnego środowiska.

Z badań wynika, że naturalne pola elektromagnetyczne regulują procesy życiowe natomiast sztuczne mogą prowadzić do zaburzeń czynnościowych w żywych organizmach.

Naturalne pola magnetyczne od zawsze sterowały biochemicznymi i fizjologicznymi procesami w naszych ciałach. Wszystkie komórki naszego ciała „rozmawiają” ze sobą wykorzystując różne reakcje biochemiczne oraz bardzo delikatne sygnały elektromagnetyczne niskiej częstotliwości. Stres wywołany sztucznymi polami elektromagnetycznymi wprowadza w organizmie na poziomie molekularnym totalny chaos.

Człowiek nie widzi i nie odczuwa bezpośrednio przenikających go fal elektromagnetycznych, nie tworzy również żadnych mechanizmów chroniących go przed ich działaniem. Dlatego też, najczęściej złe samopoczucie i pojawiające się schorzenia nie są w ogóle kojarzone z oddziaływaniem szkodliwego promieniowania.

Problem ten w pierwszej kolejności dotyczył pracowników wielopiętrowych biurowców, banków, nowoczesnych hoteli i bloków mieszkalnych. Obecnie w dobie komputeryzacji i rozwoju telefonii komórkowej zaczyna dotykać nas wszystkich, zwłaszcza w miastach nie bardzo mamy gdzie uciec....

Przebywając w takich miejscach początkowo odczuwamy nadmierną senność, rozdrażnienie, obniżenie koncentracji. Nieco później chroniczne zmęczenie, zawroty i bóle głowy, zatłkany lub cięknący nos, wysychanie śluzówki oczu, gardła, płytszy oddech, zaburzenia snu i pamięci, z czasem ogólne osłabienie i zmniejszenie odporności organizmu. Tolerancja organizmów jest różna, ale wcześniej czy później objawy te dosięgają prawie każdego. Długoletnie obserwacje wykazują, że po pewnym okresie, na skutek dłuższego oddziaływania szkodliwego promieniowania nasilają się alergie, problemy z układem krążenia, przewodem pokarmowym, ujawniają się choroby układu nerwowego, białaczki, cysty, wrzody, bezpłodność, impotencja itp.

Obecnie setki badań wykazują szkodliwe działanie promieniowania elektromagnetycznego na układ immunologiczny, hormonalny, syntezę enzymów układ nerwowy, umiejętność uczenia się czy na nasze zachowania. Tymczasem my beztrako stawiamy maszty na dachach domów, przedszkoli, biurowców czy szpitali. Na szczęście w gminach uzdrowskich obowiązuje ustawowy zakaz.

Temat smogu elektromagnetycznego choć często pomijany, jest już na tyle znany, że nawet ekskluzywne firmy kosmetyczne z myślą o poszarzałej, pod wpływem sztucznych fal elektromagnetycznych skórze wprowadziła na rynek odpowiednie ochronne kosmetyki.

W ostatnim dziesięcioleciu naukowcy łącząc starą wiedzę z najnowszymi osiągnięciami fizyki kwantowej (zwłaszcza w instytutach wojskowych) zbudowali har-

monizatory pomieszczeń ([www.aquacell.pl](http://www.aquacell.pl)). Te bezpieczne oparte w 100% na naturze urządzenia, wytwarzając odpowiednie częstotliwości „multiwitalne”, osiągają w promieniu od 50 - 1000 metrów harmoniczne wyrównanie pola magnetycznego. Częstotliwości wytwarzane przez taki harmonizator wchodzą w rezonans z polem magnetycznym Ziemi. Tworząc bardziej wyrównywane pola, redukują negatywne działanie promieniowania geopatycznego i smogu elektromagnetycznego.

Cóż procesu gwałtownego rozwoju techniki czy elektroniki nie da się powstrzymać, ale można - wykorzystując współczesną wiedzę - w każdym możliwym momencie „przybliżyć naturę” w cywilizowany świat, osiągając harmonijną, zrównoważoną i zdrową atmosferę w domach, hotelach, zakładach pracy, bankach, szkołach, szpitalach, sanatoriach oraz wszystkich innych pomieszczeniach instytucji publicznych.

W sytuacji gdy wiemy jak się właściwie odżywiać i jak neutralizować skutki uboczne cywilizacji, jesteśmy w stanie funkcjonować prawidłowo. Niestety tylko świadomość zagrożeń i wiedza oparta o współczesne badania naukowe, odarte z komercji może nam pomóc w odzyskaniu i utrzymaniu dobrego stanu zdrowia.

Urządzenia takie jak witalizatory wody (AQUA VITA life) i harmonizatory pomieszczeń (Vita Tronic) dają szansę Gminom Uzdrowskim i miejscowościom turystycznym na zharmonizowanie przestrzeni i „ożywienie wody” tak, aby uzyskać parametry środowiskowe zbliżone do tych czasów, kiedy nie rozciągały się linie wysokiego napięcia, maszty telefonii komórkowej, a woda pobierana była bezpośrednio ze źródła lub specjalnych wodociągów z napowietrzalniaми. Wówczas metody nestora balneologii dr Sebastiana Kneippa, które w pełni opierają się na wodzie strukturalnej, będą dawać zamierzone efekty. To jedyny sposób na to, aby w pełni połączyć starą wiedzę z balneologii ze współczesną medycyną fizykalną.



**dr MIECZYŚLAW KUCHARSKI**

Wiceprezes Zarządu Krajowej Izby Gospodarczej „Przemysł Rozlewniczy”

# **PRZEMYSŁ ROZLEWNICZY WÓD BUTELKOWANYCH W POLSCE**

## Wstęp

Przemysł rozlewniczy wód butelkowanych w Polsce obejmuje naturalne wody mineralne, naturalne wody źródłane i wody stołowe.

**Naturalne wody mineralne** to wody podziemne wydobywane jednym lub kilkoma otworami naturalnymi lub wierconymi, pierwotnie czysta pod względem chemicznym i mikrobiologicznym, charakteryzująca się stabilnym składem mineralnym oraz wartościami mającymi znaczenie fizjologiczne, powodująca korzystne oddziaływanie na zdrowie ludzi, określonymi według wymagań i kryteriów.

**Naturalne wody źródłane** to wody podziemne wydobywane jednym lub kilkoma otworami naturalnymi lub wierconymi, pierwotnie czysta pod względem chemicznym i mikrobiologicznym, nie różniąca się właściwościami i składem mineralnym od wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi określonymi w przepisach o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę.

**Wody stołowe to wody** otrzymywane po dodaniu do wody źródłanej, naturalnej wody mineralnej lub soli mineralnych zawierających jeden lub więcej składników mających znaczenie fizjologiczne, jak: sód, magnez, wapń, chlorki, siarczany, wodorowęglany.

Zupełnie inną kategorią wód butelkowanych są **wody lecznicze**.

Są to wody przeznaczone do obrotu handlowego w opakowaniu jednostkowym, pierwotnie czysta, nie uzdatniana woda podziemna z jednego złoża, której skład chemiczny i właściwości fizyczne warunkują określone działania lecznicze potwierdzone wynikami badań farmakologicznych i klinicznych.

Definicje trzech pierwszych wód zawartych są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z roku 2004 a definicje wód leczniczych w PN-2-110001-1 Butelkowane naturalne wody mineralne i lecznicze.

## 1. Historia rozlewnictwa wód w Polsce

Rozlewnictwo wód w Polsce znane było już w XVIII wieku. Jednakże pierwsze rozlewnie powstały w XIX wieku. W Krynicy w roku 1808 powstała pierwsza rozlewnia butelkowanych wód. W Krościenku nad Dunajcem powstała w roku 1859 i była czynna do roku 1910. Ponowne uruchomienie rozlewni odbyło się dopiero w 1996

roku. Rozlewnia w Szczawnicy powstała w roku 1860. Rozlewnie w roku 1860 wyprodukowały łącznie 152 492 flaszki wody.

Jedyna rozlewnia poza miejscowościami uzdrowskowymi powstała w Ostromecku w 1894 r. W Ciechocinku rozlewnia powstała w 1902 roku, a w Polanicy 1905 roku. W okresie międzywojennym czynne były rozlewnie w Krynicy, Szczawnicy, Ciechocinku, Ostromecku, Niemirowie, Lubieniu, Morsztynie, Truskawcu i Iwonczu (9 rozlewni).

Po drugiej wojnie kolejno uruchamiano zdemontowane rozlewnie. W tym czasie nastąpiła też rozbudowa starych rozlewni. Były to głównie rozlewnie uzdrowskowe. Chociaż już w tym czasie powstawały też niewielkie ale coraz to liczniejsze rozlewnie należące do Gminnych Spółdzielni „Samopomoc Chłopska” oraz Spółdzielni Spożywców „Spotem”. Ta ostatnia nakazem władz centralnych utrzymała dwie duże rozlewnie w Grodzisku Wielkopolskim i w Warszawie (Mazowszanka), które zostały wykonane przez Zjednoczenie „Uzdrowiska Polskie”.

Pierwsze lata 90 ubiegłego stulecia to dynamiczny rozwój rozlewnictwa, głównie za przyczyną powstania prywatnych spółek. Nastąpił upadek więkzości rozlewni Spółdzielczych „Samopomoc Chłopska” oraz ze względu na brak środków, zahamowaniu uległo rozlewnictwo uzdrowskowe.

Do rozwoju rozkwitu w tych latach przyczyniło się sprowadzenie z zagranicy nowych technologii (maszyny) nowe opakowania „Pet”. Do roku 1989 w Polsce było około 40 rozlewni. Jednak już po roku 1990 ta ilość ciągle rosła i szacuje się, że w połowie lat dziewięćdziesiątych było ich wg szacunków 250 - 300 (niektóre funkcjonowały tylko sezonowo). W późniejszych latach ta liczba ciągle malała i w roku 2005 było już 165 rozlewni z tendencją malejącą. Ostatnie dane już z roku 2009 wykazały, że obecnie mamy 130 rozlewni. ( rys . 1).



W tej ilości produkcji wody mieszczą się też butelkowane wody lecznicze, rozlewane w następujących rozlewniach uzdrowiskowych.

Rozlewnia	Nazwa wody	Razem produkcja w mln l
Polanica	Wielka Pieniawa	ca 5
Szczawno	Mieszko, Dąbrówka	
Krynica	Jan, Zuber, Słotwinka	
Wysowa	Franciszek, Henryk, Józef	

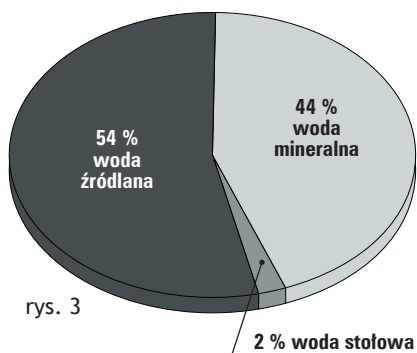
W rozlewniach uzdrowiskowych obecnie produkuje się około 5 mln litrów wody leczniczej. Od 2000 roku następujące rozlewnie uzdrowiskowe albo są nieczynne albo zostały zlikwidowane.

Rozlewnie zlikwidowane: w Nałęczowie, Cieplicach, Kotobrzegu, Krakowie Małym, Potczynie. Nieczynne: Czerniawa, Szczawina, Szczawnica.

W ogólnej liczbie produkcji wody znajdują się też wody źródłane rozlewane do dużych opakowań 5 galonowych. Ich produkcja stanowi blisko 15 % ogólnej ilości produkcji wody w Polsce.

Procentowy udział poszczególnych rodzajów wód wyniósł w roku 2008 (wg Canadean) naturalnych wód mineralnych 44,0 %, naturalnych wód źródłanych 54,0 % i stołowych 2, %. (rys. 3)

**Udział rodzajów wód w 2008 w % pod względem wielkości produkcji wg. szacunków KIG „PR”**



rys. 3

Należy tu wyjaśnić, że wg przepisów krajowych i unijnych naturalne wody mineralne butelkowane to nie tylko wody mineralne z zawartością powyżej 1000 mg/l składników stałych, ale również

wody poniżej 1000 mg/l, które zawierają poniżej 20 mg/l sodu, lub zawierają powyżej 250 mg/l wolnego dwutlenku węgla.

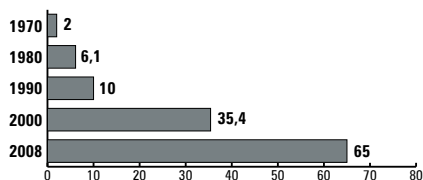
Najwięksi producenci wody w Europie w roku 2007 (wg Canadean) to Niemcy (12,87 mld litrów), Włochy (12,35 mld litrów), Francja (7,5 mld litrów), Hiszpania (6,1 mld litrów), Polska (2,35 mld litrów), Wielka Brytania (1,5 mld litrów).

Natomiast największymi producentami na świecie ( w mln litrów) są: Nestle - 21,3, Danone - 17,6, Coca Cola - 13,1, Pepsico - 8,5, Neptun - 2,1, San Benedetto - 2,0, Crystal Gęgor - 1,1, Hansa Herman - 1,0, Meg - 1,0, Edison-Queiroz - 0,8 („Źródło” nr 26/2008).

#### 4. Konsumpcja butelkowanych wód w Polsce

Do roku 1990 konsumpcja wody butelkowanej była niewielka ale już w roku 2000 zwiększyła się 3,5 krotnie a w latach 2000 - 2008 wzrosła prawie dwukrotnie. Jednakże daleko nam jeszcze do krajów europejskich. Ilustrują to rysunki 4, 5, 6

#### Konsumpcja wód w opakowaniach w Polsce w l/mieszkańca (lata 1970-2008)



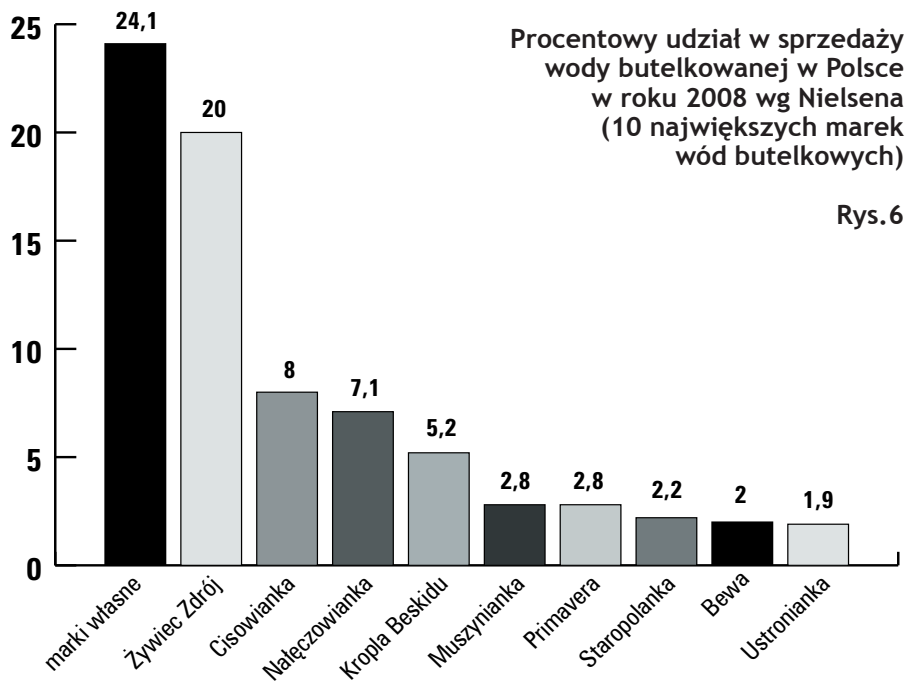
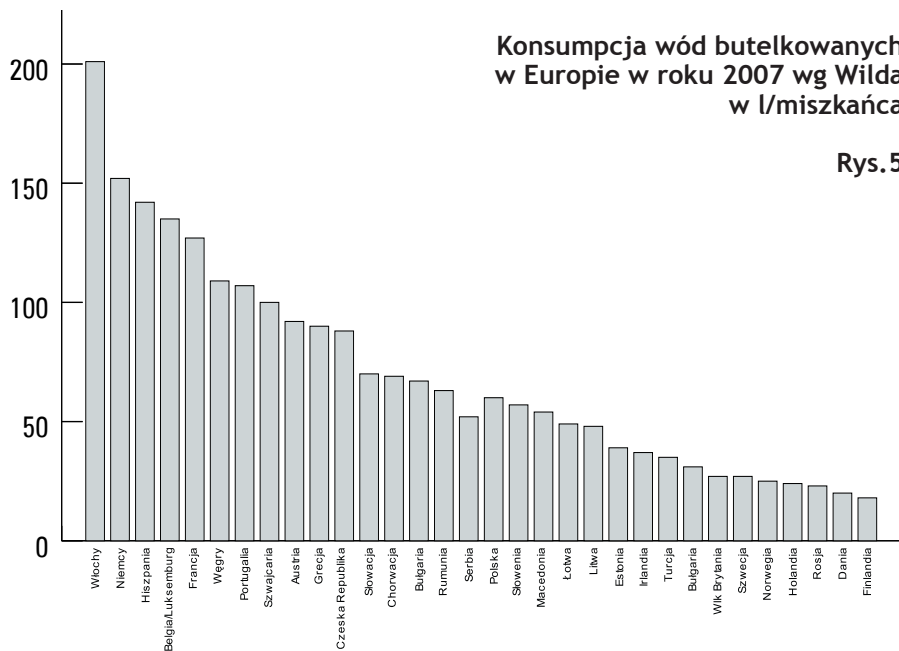
rys.4

Obecnie wg unijnych źródeł konsumpcja wody wynosi: wg Wilda - 60 l/ mieszkańca.

w/g KIG „Przemysł Rozlewniczy” - 65 l/mieszkańca, wg A.C. Nielsena - 76 l / mieszkańca.

Udział w sprzedaży wody butelkowanej największych producentów w Polsce podaje rys. 5.

Wg wstępnych danych Instytutu Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej eksport wody butelkowanej w roku 2008 wyniósł 29 mln litrów. Odbiorcami byli głównie USA, Kanada i Niemcy. Natomiast import wody butelkowanej w tym czasie wyniósł zaledwie 5 mln litrów. Istnieje przesłanki, że pomimo kryzysu go-



spodarczego produkcja i konsumpcja będzie wzrastała powyżej 5 % rocznie.

## 5. Wnioski:

- Historia rozlewnictwa w Polsce ma już 200 lat tradycji. Najbardziej dynamiczny rozwój rozlewnictwa wód nastąpił po roku 1990.

- Polska posiada bardzo duże możliwości eksploatacyjne wód podziemnych dobrej jakości z tym, że możliwości eksploatacji wód mineralnych o wysokiej mineralizacji są ograniczone.

- Pod względem produkcji wód butelkowanych Polska znajduje się na piątym miejscu, a pod względem konsumpcji na miejscu jedenastym.

- Nasze rodzime rozlewnie pod względem technologicznym znajdują się w europejskiej czołówce.

## 6. Literatura.

- Lech, Poprawski, Wojciech Ciężkowski, Mieczysław Kucharski Butelkowane Wody mineralne Polski, wyd. IG „Uzdrowiska Polskie” i „Hydrogeo” ltr, Wrocław 1993r.

- Mieczysław Kucharski, Andrzej Sokółowski, Jakub Sokółowski - Hydrogeologia wód podziemnych Polski przydatnych do rozlewnictwa, Źródło - Wody i napoje” nr 3/9/2003 , wyd. Klg „Przemysł Rozlewniczy”.

- Krzysztof Glinianowicz- System produkcji i dystrybucji Wody w dużych opakowaniach, Źródło - Wody mineralne i napoje „ nr 2/5/2002 , wyd. KIG „Przemysł Rozlewniczy”.

- Iwona Peret Lokalizacja rozlewni wód butelkowanych w Polsce, „Źródło - Wody mineralne i napoje” nr 2/31/2009.

- Mieczysław Kucharski, Początki i dzieje rozlewnictwa wód w Polsce „Źródło - Leksykon rozlewni wód w opakowaniach , wyd. KIG „Przemysł Rozlewniczy” i Press Forum, 2009r.

- Teresa Latour- Skład chemiczny i właściwości fizyko-chemiczne wód naturalnych oraz uwarunkowania ich rozlewania do opakowań jednostkowych, „Źródło - leksykon rozlewni wód w opakowaniach, wyd. KIG „Przemysł Rozlewniczy” i „Press Forum”, 3009r.

## 7. Przepisy prawne dotyczące butelkowanych wód:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych. (Dz. U.2004 nr 120 poz. 1256 z późniejszymi zmianami Dz.U.2004 nr 276 poz. 2738),

- Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 roku o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. 2006 nr 171),

- Dyrektywy:

- Dyrektywa nr 80/77/EEC Rady Europy z 15 lipca 1980 r. dotycząca przybliżenia przepisów prawnych państw członkowskich w zakresie wydobycia i wprowadzania do obrotu naturalnych wód mineralnych.

- Dyrektywa nr 96/70/EC Parlamentu Europejskiego Rady Europy z dnia 28 października 1996 roku uzupełniająca Dyrektywę nr 80/77/EEC.

- Dyrektywa nr 2003/40/EC Rady Europy z 16 maja 2003 roku ustalająca listę, limity stężenia i wymagań dotyczące etykietowania dla składników naturalnych wód mineralnych oraz warunków stosowania procesu napowietrzania ozonem naturalnych wód mineralnych.

**mgr JERZY WIĘCEK**  
Wiceprezes Zarządu Unii Uzdrawisk Polskich,  
Prezes Spółki „Sanatoria Dolnośląskie”

# **SANATORIA DOLNOŚLĄSKIE SP. Z O.O. - PRZYKŁAD KIERUNKOWYCH PRZEKSZTAŁCENÍ W DOLNOŚLĄSKIEJ SŁUŻBIE ZDROWIA**

Spółka „Sanatoria Dolnośląskie” zrealizowała w 2008 r. największy na Dolnym Śląsku i jeden z największych w Polsce programów przekształceń w służbie zdrowia. Program zakładał postawienie w stan likwidacji czterech SP ZOZ-ów, podległych Samorządowi Województwa Dolnośląskiego, w celu przejęcia ich działalności przez istniejącą Spółkę „medyczną” w szpitalu w Sokotowsku, której 100% udziałowcem jest również samorząd województwa.

Zmiany organizacyjne miały być środkiem do osiągnięcia celu, jakim jest poddanie zakładów opieki zdrowotnej mechanizmom rynkowym. W praktyce oznacza to zarówno zmianę sposobu zarządzania jak również wyjęcie zoz-ów spod ograniczeń nałożonych przez prawo na jednostki publiczne takich jak odpłatność za usługi ponadlimitowe oraz stworzenie możliwości rozwoju usług komercyjnych i dywersyfikację przychodów.

#### **Najważniejsze argumenty, które przemawiały za koniecznością przekształceń:**

- niezadowolenie z istniejącego stanu,
- niebilansowanie przychodów z kosztami (ciągłe zadłużanie),
- nieefektywne zarządzanie,
- odsunięcie lokalnych grup interesów od wpływu na zarządzanie szpitalami, sanatoriami,
- zdjęcie bezpośredniej odpowiedzialności Samorządu Wojewódzkiego za dalszy los jednostek,
- konieczność poddania prawom gospodarki rynkowej szpitali i sanatoriów, które powinny być typowymi przedsiębiorstwami,
- przerwanie procedury ciągłego dofinansowywania bieżącej działalności SP ZOZ-ów, co dla samorządu oznacza obniżenie kosztów zarówno finansowych jak i społecznych,
- brak celów strategicznych i planów długookresowych,
- brak określonej polityki w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- nieskoordynowane, niepotrzebne zakupy sprzętu,
- w wielu przypadkach beczynność i brak koncepcji dyrektorów zarządzających,

- fikcyjna odpowiedzialność dyrektorów SP ZOZ za zadłużenie jednostek (brak restrykcji za zadłużenie),
- bariery biurokratyczno - administracyjne związane z prawidłowym gospodarowaniem majątkiem.

#### **Oczekiwane cele przekształceń:**

- przekształcenie dotychczasowych jednostek działających w formie SP ZOZ-ów w jednostki niepubliczne utworzone przez Spółkę,
- stworzenie szans nowych możliwości rozwoju,
- rozwój usług komercyjnych, płatnych,
- dywersyfikacja źródeł przychodu,
- zniesienie barier paralizujących i opóźniających proces decyzyjny (np. związanych ze zmianą statutu SP ZOZ-u i księgi rejestrowej),
- zniesienie wad systemowych SP ZOZ-ów, które są analogiczne jak w firmach państwowych: biurokracja, brak zdrowego rozsądku w prowadzeniu ekonomiki, przerosty zatrudnienia,
- bilansowanie przychodów z kosztami, przeznaczenie zysków na cele rozwojowe Spółki,
- prowadzenie przejrzystej polityki finansowej,
- prowadzenie działalności na podstawie Kodeksu Spółek Handlowych z jasno określonym poziomem odpowiedzialności Zarządu i Rady Nadzorczej,
- podejmowanie opłacalnych przedsięwzięć,
- stworzenie warunków do przyszłej prywatyzacji Spółki.

Dolnośląski program restrukturyzacji służby zdrowia przewidywał, że przekształceniu powinny podlegać w pierwszej kolejności jednostki, które wykazują się najgorszą sytuacją finansową oraz ewentualna zmiana profilu leczenia nie będzie stanowiła zagrożenia dla zapewnienia ciągłości świadczeń medycznych.

#### **Do przekształceń wytypowano:**

- Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Rościszowie;
- Kolejowe Sanatorium Uzdrowskowie w Szczawnie Zdroju (obecnie Sanatorium „Azalia”);



- Kolejowe Sanatorium Uzdrawiskowe w Dusznikach Zdroju (obecnie Sanatorium „Zimowit”);
- Zespół Rehabilitacyjny dla Dzieci „Czarna - Bukowina” w Kudowie Zdroju (obecnie Szpital Rehabilitacyjny Hematologiczny „Orlik”).

Podstawę prawną dokonanych przekształceń stanowiły cztery Uchwały Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 28.12.2007 r. (odrębnie dla każdej jednostki), które wyznaczyły główne cele i fundamentalne założenia w sprawach pracowniczych, zobowiązań i przejęcia majątku. Najważniejsze postanowienia Uchwał zawrzeć można w sześciu punktach:

1. Dalsze nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków udzielania i jakości określonych księgą rejestrową zapewnia Spółka Sanatoria Dolnośląskie z siedzibą w Sokolowsku.
2. Pracownicy Zespołu z dniem 1 lipca 2008 roku stają się w trybie art. 231

kodeksu pracy, pracownikami Spółki z siedzibą w Sokolowsku.

3. Zobowiązania Zespołu po zakończeniu czynności likwidacyjnych stają się zobowiązaniami Województwa Dolnośląskiego.
4. Z dniem zakończenia działalności medycznej pozbawia się SP ZOZ mienia, w tym w szczególności prawa do nieruchomości wykonywanych dla jego działalności statutowej, należności, środków pieniężnych w kasie oraz na rachunkach bankowych, a także zapasów.
5. Mienie, o którym mowa w pkt. 2 Województwo Dolnośląskie wnosi z dniem 1 lipca 2008 roku jako wkład do Spółki z siedzibą w Sokolowsku.
6. Spółka staje się podmiotem praw i obowiązków likwidowanego Zespołu za wyjątkiem zobowiązań, które przejmie samorząd Województwa Dolnośląskiego.

Lokalizację poszczególnych jednostek w stosunku do siedziby Spółki w Sokolowsku obrazuje poniższa mapa:



## Charakterystyka ekonomiczna przyjętych jednostek (2007 r.)

	Przychód (w tys. zł)	Koszty (w tys. zł)	Wynik (w tys. zł)	Ilość łóżek	Zatrudnienie (w osobach)
Szczawno Zdrój	1175,52	1247,06	- 71,54	115	31
Duszniki Zdrój	1557,00	1560,70	- 3,70	130	33
Kudowa Zdrój	1943,70	1950,80	- 7,10	60	40
Rościszów	3522,90	3594,50	- 71,60	84	76
Sokołowsko	6404,70	6352,60	52,10	215	144

### Rodzaje działalności:

#### 1. Leczenie uzdrowiskowe

- *Sanatorium Uzdrowskie „Azalia” w Szczawnie Zdroju*

choroby wewnętrzne, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otorynolaryngologia, rehabilitacja medyczna, urologia, balneologia i medycyna fizykalna, choroby płuc, gastroenterologia, nefrologia, reumatologia.

- *Sanatorium Uzdrowskie „Zimowit” w Dusznikach Zdroju*

choroby wewnętrzne, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otorynolaryngologia, położnictwo i ginekologia, rehabilitacja medyczna, urologia, balneologia i medycyna fizykalna, choroby płuc, gastroenterologia, nefrologia, reumatologia.

#### 2. Leczenie szpitalne

- Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy w Sokołowsku,  
- Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy w Rościszowie.

#### 3. Rehabilitacja stacjonarna dzieci z chorobami hematologicznymi i onkologicznymi

- Szpital „Orlik” w Kudowie Zdroju.

#### 4. Opieka długoterminowa

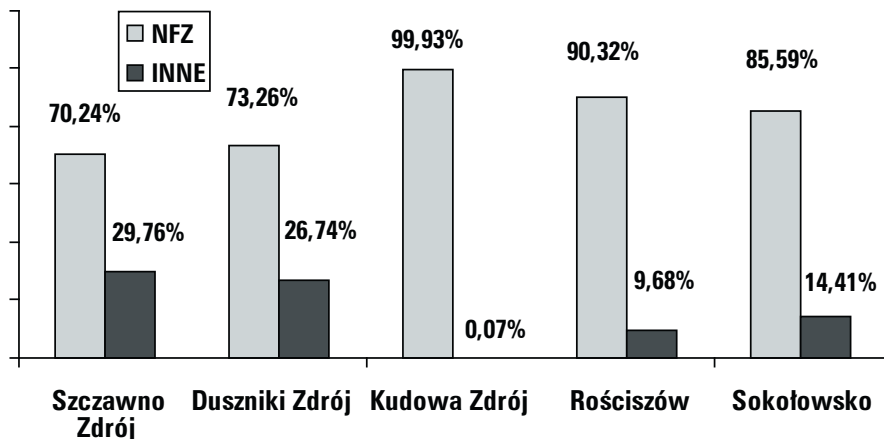
- Zakłady Opiekuńczo Lecznicze „Górnik” i „Odrodzenie” w Sokołowsku,  
- Zakład Opiekuńczo Leczniczy w Rościszowie.

#### 5. Opieka paliatywna

- Oddział Medycyny Paliatywnej w Rościszowie.

#### 6. Rehabilitacja ambulatoryjna w Sokołowsku

### Struktura przychodów



Podjęte przez Sejmik Województwa Dolnośląskiego uchwały stały się początkiem działań organizacyjnych mających na celu sprawne przejście przez Spółkę „Sanatoria Dolnośląskie” zlikwidowanych jednostek. W tym celu opracowano harmo-

nogram czynności z podziałem na zadania dla osób odpowiedzialnych za ich realizację oraz wskazanie terminów wykonania. Cały harmonogram liczył 22 strony. Poniżej przedstawiamy przykładowe zadania trzech komórek organizacyjnych:

Miesiące 2008	I-II	III	IV	V	VI	VII
Prezes oraz Specjalista ds. Organizacyjno prawnych	- zmiany w umowie Spółki, w statucie i księdze rejestrowej NZOZ, - złożenie wniosków o zarejestrowanie zmian	- zmiana nazwy i umowy Spółki, wpis do KRS, - zmiany w statucie NZOZ, w księgach rejestrowych, - ustalenie z NFZ warunków przejścia umów	- opracowanie i uchwalenie Regulaminu Organizacyjnego Spółki, - informacja do NFZ o zmianach w księdze rejestrowej NZOZ „Sanatoria Dolnośląskie”	- informacja do Wydziału Ksiąg Wieczystych o zmianie nazwy, - cesja zezwoleń na prowadzenie turnusów rehabilitacyjnych (Duszniczki Zdroju, Szczawno Zdroj)	- przekazanie pełnomocnictw menadżerom, - wystąpienie do PCPR z informacją o dokonanych zmianach, - wystąpienie w sprawie archiwizacji dokumentów	- przejęcie ZFSS, - wystąpienie o zezwolenie na organizację turnusów rehabilitacyjnych dla sanatoriów w Szczawnie Zdroju i w Dusznikach Zdroju, - podpisywanie Cesji umów z NFZ
Dział personalny	- rozpoczęcie rekrutacji kadry kierowniczej wyższego i średniego szczebla	- opracowanie Regulaminów Wynagradzania i Pracy	- przegląd dokumentacji kadrowo płacowej, - opracowanie systemu dystrybucji i przewozu przesyłek i dokumentów	- przygotowanie informacji dla związków zawodowych, - doręczenie pracownikom informacji o zmianie pracodawcy, - rekrutacja menadżerów	- wystąpienie do likwidatorów w sprawie RP-7 i PIT-11, - przegląd umów zleceń i kontraktów medycznych, - uzgodnienia w sprawie ZFSS	- wprowadzenie danych pracowniczych do ewidencji, prze-rejestrowanie pracowników w ZUS
Infomatycy		- wdrożenie oprogramowania do obsługi FK, Kadry,	-inwentaryzacja zasobów telekomunikacyjnych	- opracowanie nowych rozwiązań informatycznych	- przygotowanie sprzętu i oprogramowania dla jednostek	- wdrożenie oprogramowania do obsługi ŚT, Ruch Chorych

Z punktu widzenia zapewnienia nieprzerwanej działalności medycznej najważniejszym zadaniem do realizacji była cesja umów zawartych przez likwidowane SP ZOZ-y. Zadanie to okazało się niezwykle skomplikowane z następujących powodów:

- ze strony NFZ brak ujednoczonych procedur przejścia umów w trakcie ich trwania, co powodowało różne sposoby postępowania przy cesjach z poszczególnymi oddziałami NFZ (32 umowy w zakresie samego leczenia uzdrowskiego),
- duża ilość przejmowanych kontraktów, co przy niejednorodnym sposobie postępowania wydłużyło ten proces (39 umów),
- przedłużające się procedury zagrażały płynności finansowej z uwagi na to, że NFZ był głównym płatnikiem.

Całość zadań podjętych przez spółkę w obszarze organizacyjno prawnym można przedstawić następująco:

- **Zmiany w rejestrach Spółki:**
- KRS, Rejestr ZOZ, Księgi wieczyste.
- **Cesje umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (ilość - 39).**
- **Cesje umów z kontrahentami (ilość - 300).**

Niezbędne było również opracowanie uregulowań wewnętrznych, które odpowiadałyby zmienionej strukturze organizacyjnej i nowym zadaniom. Opracowano następujące regulaminy wewnętrzne:

- regulaminy: organizacyjny, pracy, wynagradzania, ZFSS, kontroli wewnętrznej,
- instrukcje: inwentaryzacyjna, kancelaryjna,
- pozostałe: zakładowe zasady polityki rachunkowości, system identyfikacji wizualnej, kodeks etyczny oraz misja i wizja Spółki.

Z punktu widzenia biznesowego istotne było przyjęcie dwóch dużych planów strategicznych.

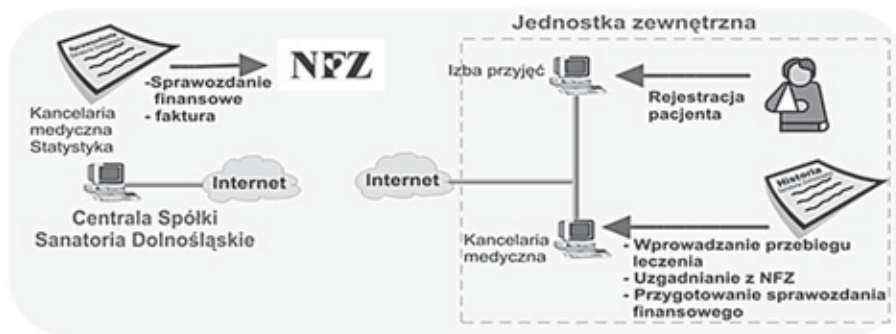
- „Funkcjonowanie Spółki w świetle zmian kapitałowych”,
- Biznesplan inwestycyjny na lata 2009-2013.

Przy połączeniu w jeden organizm gospodarczy jednostek położonych w różnych miejscowościach duże znaczenie miało znalezienie rozwiązania, które umożliwiło-

by sprawny przepływ informacji. W naszym przypadku nieocenionym sprzymierzeńcem stała się informatyka oraz pracownicy, którzy bez wewnętrznych ograniczeń zaakceptowali nowy sposób komunikowania wewnątrz oraz na zewnątrz jednostki.

Poniżej schematy funkcjonowania obiegu dokumentów:

### A. Części medycznej dla NFZ



### B. Części pozostałej działalności



Więcej uwagi należy poświęcić procesowi przekształcenia w sferze pracowniczej. Niezwykle istotne dla organu samorządowego było zapewnienie utrzymania miejsc pracy, dlatego w uchwale zagwarantowano pracownikom przejście na podstawie art. 23<sup>1</sup> Kodeksu Pracy.

Dokonano znacznej zmiany w strukturze zawodowej pracowników bez konieczności redukcji personelu. Należy jednak pamiętać, że ze zmianami re-

strukturyzacyjnymi wiąże się również niezbędne działania mające na celu racjonalizację zatrudnienia. W naszym przypadku wykorzystaliśmy możliwość przesunięcia w niektórych grupach zawodowych na inne stanowiska pracy np. pracownice zlikwidowanych pralni zostały zatrudnione na stanowiskach salowych. Część pracowników skorzystała z możliwości przejścia na emeryturę. Rozwiązanie umów o pracę miało miej-

sce w przypadku dyrektorów likwidowanych SP ZOZ-ów, a także w przypadku pracowników, którzy sami zdecydowali się na zmianę miejsca pracy.

Jednym z najważniejszych działań w sferze organizacyjnej i personalnej było opracowanie nowego schematu organizacyjnego uwzględniającego utworzenie nowych działów i samodzielnych stanowisk pracy odpowiadających nowym zadaniom Spółki np. dział marketingu, zamówień publicznych i środków pomocowych, specjaliści ds. rachunkowości zarządczej i analiz oraz powołanie menadżerów poszczególnych oddziałów.

W spółce podjęto szereg działań w zakresie stworzenia nowoczesnej polityki personalnej polegających na:

- Opracowanie i wdrożenie misji i wizji Spółki,
- Optymalizacja zatrudnienia i odpowiedni dobór kadry,
- Zmniejszenie zatrudnienia w grupie zawodowej pielęgniarek poprzez poprawę organizacji pracy - bardzo istotne ze względu braku na rynku pracy osób o takim wykształceniu,
- Stworzenie centrum zarządzania - pionowy: personalny, ekonomiczny, lecznictwa, marketingu, techniczny, informatyczny,
- Wdrażanie nowoczesnych narzędzi HRM,
- Nawiązanie współpracy z instytucjami zewnętrznymi ( Urzędy Pracy, Uczelnie Wyższe, Szkoły Ponadgimnazjalne itp.) - pozyskiwanie kadry do Spółki.

Przed Zarządem Spółki stanęły wyzwania w postaci oczekiwań właściciela (Samorządu Województwa Dolnośląskiego), jak również pracowników oraz społeczności lokalnej, dla której niejednokrotnie przejęty zoz był największym pracodawcą, sprawnego działania w zakresie usunięcia wieloletnich zaniechań i zaniedbań oraz stworzenia nowych perspektyw. Szansą dla spełnienia tych oczekiwań mógł dać jedynie wzrost przychodów, dlatego priorytetowym działaniem stało się pozyskanie większych kontraktów jeszcze w 2008 roku. Dzięki podjętym działaniom uzyskano w II półroczu następujący wzrost przychodów: Sanatorium w Szczawnie Zdroju 46%, Sa-

natorium w Dusznikach Zdroju 69 %, Szpital Rehabilitacyjny w Kudowie 7 %, Szpital w Rościszowie i Sokotowsku 44 % i 55 %. Zwiększone przychody na kwotę ponad 2 mln zł. pozwoliły na realizację pilnych zadań wynikających z wieloletnich zaniedbań. Między innymi wykonano następujące prace:

- wykonano renowację studni polegającą na usunięciu kilkudziesięcioletnich zanieczyszczeń i w ten sposób rozwiązano problem braku wody pitnej dla Szpitala w Rościszowie,
- przeprowadzono modernizację kotłowni w Szpitalu w Sokotowsku - zainstalowano kocioł na paliwo stałe (ekogroszek),
- dokonano wymiany dźwigu w punkcie żywienia w Rościszowie,
- przeprowadzono remont stołówek w Sanatorium „Zimowit” w Dusznikach Zdroju oraz Zakładu Przyrodoleczniczego w Sanatorium „Azalia” w Szczawnie Zdroju,
- dokonano modernizacji bazy szpitalnej i sanatoryjnej oraz zakupiono sprzęt dla potrzeb wynikających z kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

Ogółem na remonty w 2008 r. wydatkowano ponad 1 milion złotych, na zakup sprzętu medycznego, środków transportu i wyposażenia kolejny 1 milion złotych. Poniesiono również wydatki na sporządzenie dokumentacji projektowej niezbędnej do aplikowania środków w postaci dotacji z UE, PFRON i innych źródeł.

Spółka uzyskała dofinansowanie z funduszy europejskich w ramach środków RPO na zadanie:

- „Poprawa standardu oraz zwiększenie dostępności usług medycznych poprzez zakup sprzętu i aparatury medycznej dla Oddziału Rehabilitacyjnego oraz Laboratorium Szpitala Rehabilitacyjnego Hematologicznego dla Dzieci Orlik”.

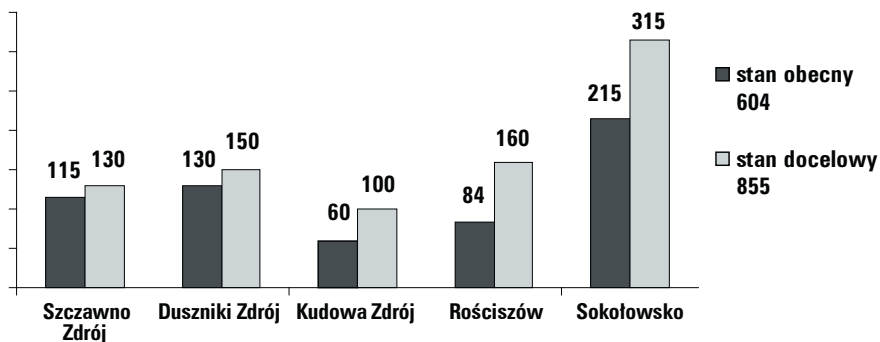
- Priorytet nr 8: Modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku.

- Działanie nr: 8.1. Poprawa jakości opieki zdrowotnej.

W przygotowaniu są kolejne wnioski.

## PLANY ROZWOJOWE

Możliwy wzrost bazy łóżkowej przy wykorzystaniu istniejących, wolnych pomieszczeń i rozbudowę szpitali i sanatoriów obrazuje poniższy wykres:



Na podstawie planu strategicznego na lata 2009-2013 przewidywane są nakłady finansowe na kwotę 67 mln. Inwestycje mają charakter częściowo odtworzeniowy i dostosowawczy do wymagań Ministerstwa Zdrowia i NFZ, jak również prorozwojowy z uwzględnieniem nowych kierunków działalności (spa, wellness, rehabilitacja komercyjna oraz opieka długoterminowa dla osób o podwyższonych wymaganiach).

Intensywność działań inwestycyjnych zależna będzie od stopnia zaangażowania finansowego samorządu wojewódzkiego i własnych możliwości Spółki.

Kadra kierownicza Spółki zgodnie wypracowała kierunki i cele działalności na

bliższy i dalszy horyzont czasowy ujęte w wizji - „Międzynarodowy lider poszukiwanych usług prozdrowotnych, prowadzący systematyczną ekspansję inwestycyjną”.

Celem działania całej załogi jest realizacja wspólnej misji - „Poprzez nowoczesność i profesjonalizm, z pasją i powołaniem otaczamy wszystkich opieką i troską”.

Sukces dokonanych z dniem 01.07.2008 r. zmian i przekształceń Spółka zawdzięcza poświęceniu i zaangażowaniu wielu pracowników oraz wsparciu i współpracy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

**PANEL III  
- NAUKOWY  
„DO UZDROWISK  
PO KONDYCJĘ  
- INNOWACYJNE  
KIERUNKI  
ROZWOJU  
TURYSTYKI  
UZDROWISKOWEJ”**





dr PIOTR GRYSZEL  
dr DARIA JAREMEN  
prof. zw. dr hab. ANDRZEJ RAPACZ  
Katedra Marketingu i Zarządzania Gospodarką Turystyczną  
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

# **INNOWACJE W PERCEPCJI PRZEDSTAWICIELI JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO I KLIENTÓW UZDROWISK**

## 1. Wprowadzenie

W dobie postępującej globalizacji i przemian rynkowych, także wyzwanią wynikających w ostatnim okresie z recesji gospodarczej, na znaczeniu zyskuje nie tylko poprawa konkurencyjności podmiotów gospodarki turystycznej (w tym przedsiębiorstw uzdrowiskowych), lecz także sprawności funkcjonowania określonych jednostek przestrzennych (np. miejscowości i regionów turystycznych, w tym gmin uzdrowiskowych). Głównym celem konkurowania na rynku turystycznym jest poprawienie swojej pozycji w stosunku do konkurentów. Konkurencyjność postrzegają się również jako zdolność do osiągnięcia sukcesu w rywalizacji na rynku turystycznym. Można ją określić jako proces ciągły, który wyraża się w zabieganiu o dostępność do popytu (w turystyce popytu na dobra i usługi turystyczne), a następnie o utrzymanie przez przedsiębiorstwa i regiony turystyczne swojej pozycji przez stałość kontaktów z dostawcami i odbiorcami. Jest to kategoria ekonomiczna, która początkowo znalazła zastosowanie do oceny sektora przedsiębiorstw oraz całej gospodarki, ale współcześnie jest wykorzystywana również w sferze gospodarki regionalnej.

Konkurencja na rynku turystycznym wymaga od przedsiębiorstw oraz regionów recepcji utrzymania lub wzrostu udziału w rynku, a jednym z kluczowych czynników konkurencyjności i sposobem realizacji tego celu jest prowadzenie szeroko rozumianej działalności innowacyjnej. W opinii praktyków i naukowców innowacje należy uznać za najważniejszy czynnik decydujący o pozycji konkurencyjnej przedsiębiorstw i regionów oraz o poziomie ich rozwoju w XXI wieku. W tym kontekście celem opracowania jest zwrócenie uwagi na zagadnienie innowacji w miejscowościach i przedsiębiorstwach uzdrowiskowych, a szczególnie na rozumienie tej kategorii ekonomicznej i jej postrzeganie przez przedstawicieli samorządu terytorialnego, tj. gmin uzdrowiskowych oraz kuracjuszy (klientów) przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Podstawą do formułowania wniosków w tym zakresie są wyniki badań ankietowych, w których uczestniczyli pracownicy samorządowi kilkunastu gmin uzdrowiskowych oraz 397 kuracjuszy przebywających wiosną 2009 roku w czterech uzdrowiskach

Dolnego Śląska, tj. Cieplicach, Świeradowie, Szczawnie i Jedlinie Zdroju.

## 2. Istota i zakres innowacji w turystyce

Innowacje i innowacyjność to pojęcia pojawiające się obecnie dość często w publikacjach naukowych oraz w dyskusjach przedstawicieli świata nauki i praktyki. Pojęcia te nie są ostatecznym celem działalności przedsiębiorstw, gospodarki turystycznej oraz aktywności jednostek samorządu terytorialnego (np. miejscowości i gmin turystycznych). Mają być one środkiem do podwyższenia dochodów (przedsiębiorstw, jednostek samorządu terytorialnego), podnoszenia poziomu konsumpcji obywateli i zapewnienia szans rozwoju społecznego w przyszłości.

Ogólnie przyjmuje się, że innowacje to proces obejmujący wszystkie działania związane z kreowaniem (nowego produktu), a następnie z jego wdrażaniem<sup>1</sup>. Są to twórcze zmiany w systemie społecznym, w strukturze gospodarczej, w technice oraz w przyrodzie. W definicji proponowanej przez OECD za innowacje uznaje się każdą zmianę (zawierającą element nowości) w produktach i procesach wdrożoną w przedsiębiorstwie<sup>2</sup>. Z kolei pod pojęciem innowacyjności rozumie się zdolność podmiotu gospodarczego (organizacji) do systematycznego wdrażania i upowszechniania innowacji. Jest to zatem umiejętność efektywnej alokacji zasobów przedsiębiorstwa (organizacji), oraz jednostek samorządu terytorialnego (np. miejscowości, gmin, regionów), dla ukształtowania optymalnej w danych warunkach konfiguracji przewag konkurencyjnych.

Najczęściej innowacje dzieli się na produktowe i procesowe, a ponieważ nie są one w swej istocie jednorodne, można dokonać ich klasyfikacji, którą zaproponował J. Schumpeter. Wyróżnił on pięć kategorii innowacji:

- wprowadzenie nowego produktu lub istotne udoskonalenie jakości już istniejącego,
- wprowadzenie nowej lub istotnie zmodyfikowanej metody wytwarzania,
- stworzenie nowego segmentu rynku lub skuteczne wejście na geograficznie nowy rynek,

- zdobycie nowego źródła zaopatrzenia w surowce lub półprodukty,
- wprowadzenie nowego typu organizacji przedsiębiorstwa<sup>3</sup>.

Powyższy podział wyznacza szerokie ramy problematyki innowacji. Są one przesłanką budowania przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstw, jednostek przedsiębiorczych oraz czynnikiem kształującym wzrost gospodarczy.

W związku z wysokim poziomem konkurencji w turystyce, która wynika z rosnących potrzeb i oczekiwań turystów oraz dużej liczby podmiotów podaży dóbr i usług turystycznych, niezbędna jest nie tylko stała obserwacja zmian w popycie, lecz również podejmowanie działań dostosowujących oferty w turystyce do tych potrzeb. Oznacza to w praktyce konieczność opracowywania i wprowadzenia na rynek turystyczny nowych lub istotnie zmienionych produktów i usług oraz procesów. Specyfika popytu w turystyce wymaga najczęściej, aby w procesie innowacji dotyczących produktów (oferty) uczestniczyły nie tylko przedsiębiorstwa turystyczne (usługodawcy), lecz także obszary recepcji, tzw. destynacje turystyczne. W tym ostatnim przypadku aktywność innowacyjna dotyczyć będzie również władz samorządowych miejscowości i gmin turystycznych (także uzdrowiskowych). Nie ulega bowiem wątpliwości, że konkurencyjny region turystyczny to obszar charakteryzujący się z jednej strony określonym zbiorem cech (walorów) istotnie kształtujących jego zdolność konkurencyjną, z drugiej strony wdrażający (przy udziale władz samorządowych) strategię innowacji. Można zatem stwierdzić, iż konkurencyjność regionów turystycznych wyznaczają naturalne uwarunkowania i historycznie ukształtowane zasoby, a także podejmowane przez przedsiębiorstwa turystyczne i samorząd lokalny (regionalny) działania zmierzające do uzyskania przewagi na rynku turystycznym. Potwierdza to wcześniejszą konstatację, że innowacje i innowacyjność w turystyce mają zasadnicze znaczenie dla konkurencyjności przedsiębiorstw i regionów turystycznych. Nie sposób jednak nie zauważyć, że w warunkach polskiej gospodarki turystycznej występuje zbyt mało powiązań i kooperacji przedsiębiorstw turystycznych (także uzdrowiskowych) z jednostkami samorządu

lokalnego (gminami turystycznymi, w tym uzdrowiskowymi) na rzecz wzrostu jej innowacyjności.

Prezentując zagadnienie innowacji w turystyce warto również zwrócić uwagę na ich typy. W literaturze wymienia się w odniesieniu do turystyki (także innych sektorów gospodarki) następujące ich typy<sup>4</sup>:

- 1) innowacje regularne (np. promowanie nowych inwestycji podnoszących wydajność, szkolenie przedsiębiorców i pracowników w działaniach sprzyjających efektywności, poprawa jakości oferowanych usług, standardu obiektów i urządzeń infrastruktury turystycznej),
- 2) innowacje nisзовые (np. łączenie istniejących już produktów z nowymi rozwiązaniami, zachęcanie firm turystycznych do nowych aliansów rynkowych, promocja udziału nowych przedsiębiorców w wykorzystywaniu okazji),
- 3) innowacje rewolucyjne (np. przenikanie nowych technologii do przedsiębiorstw turystycznych, wprowadzanie nowych metod przyczyniających się do zmian w strukturze zatrudnienia, wiązanie się z tymi samymi rynkami, ale nowymi metodami),
- 4) innowacje architektoniczne (np. tworzenie popytu na nowe produkty, atrakcje, wydarzenia, zmiany prawne i materialne w istniejącej infrastrukturze, powoływanie ośrodków adaptujących i upowszechniających wiedzę opartą na badaniach operacyjnych).

Powyższy podział innowacji potwierdza szeroki zakres możliwych działań innowacyjnych w turystyce i czyni zasadnym pytanie o skalę tego zjawiska w gospodarce turystycznej w Polsce. Pierwsza dekada XXI wieku przynosi wiele przykładów innowacji w turystyce dotyczących wprowadzania na rynek nowych produktów, doskonalenia kanałów dystrybucji, sposobów i technik obsługi, zmian w organizacji i zarządzaniu turystyką na poziomie lokalnym i regionalnym. W kontekście tych zmian, warto poznać opinie przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego gmin uzdrowiskowych oraz kuracjuszy (klientów) odwiedzających polskie uzdrowiska na temat innowacji w turystyce.

### 3. Wpływ innowacyjności na atrakcyjność turystyczną gmin uzdrowiskowych

Atrakcyjność turystyczna jest pojęciem wieloznacznym i złożonym. Atrakcyjny turystycznie może być jakiś obszar, region, miejscowość turystyczna lub konkretny obiekt. O tym czy dany region lub miejscowość są atrakcyjne turystycznie decydują z jednej strony czynniki obiektywne, takie jak występowanie walorów przyrodniczych, walorów antropogenicznych czy odpowiednich elementów infrastruktury turystycznej i paraturystycznej. Z drugiej strony o atrakcyjności określonego miejsca decyduje subiektywne postrzeżenie wszystkich tych czynników przez turystów, inwestorów i mieszkańców.

Atrakcyjność turystyczna definiowana jest zatem jako siła, z jaką dane miejsce, obiekt lub zjawisko przyciąga odwiedzających lub jako stopień nasycenia wydzielonych układów przestrzennych czynnikami, które zgrupowano w cztery układy zmiennych charakteryzujących. Są to:

- wielkość i jakość walorów przyrodniczych, będących pierwotną siłą warunkującą powstanie i rozwój turystyki na danym obszarze,
- stopień zagospodarowania turystycznego,
- dostępność komunikacyjną do regionu oraz zapewnienie turyście odpowiedniej mobilności w regionie,
- poziom zanieczyszczenia środowiska przyrodniczego<sup>5</sup>.

Istotę atrakcyjności turystycznej można prezentować w trzech znaczeniach<sup>6</sup>:

- atrakcyjność określaną przez różnego rodzaju klasyfikacje, kategoryzacje itp. (atrakcyjność ideograficzna),
- atrakcyjność wynikającą z przyjęcia określonej techniki oceniania,
- atrakcyjność będącą wynikiem subiektywnego postrzegania.

Atrakcyjność turystyczna może mieć charakter uniwersalny lub względny<sup>7</sup>. O uniwersalnym znaczeniu atrakcyjności turystycznej mówi się wówczas, gdy cechy przyrodnicze, kulturowe oraz wyposażenie obszaru w infrastrukturę turystyczną są atrakcyjne dla ogółu turystów. W ujęciu względnym atrakcyjność obszaru rozpatruje się z punktu widzenia określonych form turystyki, np. atrakcyjność dla turystyki narciarskiej, turystyki kulturowej, czy w tym przypadku turystyki uzdrowiskowej.

Rozpoznanie zróżnicowania poziomu atrakcyjności destynacji turystycznej odgrywa istotną rolę w:

- planowaniu prawidłowego wykorzystania jej zasobów przyrodniczych i społecznych zgodnie ze zrównoważonym rozwojem,
- wskazaniu stopnia konkurencyjności względem innych obszarów uznanych za turystyczne,
- stwarzaniu podstaw do określenia działań podnoszących konkurencyjność regionów i podmiotów gospodarki turystycznej zlokalizowanych na jej obszarze,
- kreowaniu przyszłego popytu turystycznego,
- tworzeniu podstaw informacyjnych ułatwiających precyzyjne podejmowanie decyzji inwestycyjnych w turystyce i minimalizacji ryzyka,
- wyodrębnieniu nowych dotąd nie wykorzystywanych turystycznie regionów,
- identyfikacji i rozwoju określonych form turystyki na danym terenie,
- aktywizacji rozwoju turystyki obszaru turystycznego m.in. poprzez wzrost zainteresowania kapitału inwestycjami w turystyce.

Wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań w miejscowościach uzdrowiskowych znacznie podnosi ich atrakcyjność turystyczną z punktu widzenia atrakcyjności obiektywnej, jak i subiektywnej. Do tej pory przedsiębiorstwa i miejscowości uzdrowiskowe nie musiały szczególnie dbać o swą pozycję na rynku turystycznym i atrakcyjność turystyczną. Znaczącą bowiem grupę gości uzdrowiskowych stanowili kuracjusze otrzymujący skierowania do konkretnej miejscowości. Najistotniejszym czynnikiem wyboru uzdrowiska był jego profil leczniczy. Obecnie jednak uzdrowiska dążą do pozyskania jak największej liczby gości komercyjnych przyjeżdżających bez skierowań, w celach profilaktycznych zamiast leczniczych. To sprawia, że podejmując decyzję o wyborze uzdrowiska jako miejsca poprawiającego stan zdrowia, ale i miejsca wypoczynku urlopowego, goście kierują się w znacznej mierze atrakcyjnością turystyczną miejscowości uzdrowiskowej. Na atrakcyjność tą mają natomiast znaczący wpływ działania innowacyjne w zakresie:

- nowej oferty wprowadzanej na rynek,
- udoskonalania już funkcjonującej na rynku oferty,
- poprawy stanu technicznego infrastruktury turystycznej miejscowości uzdrowskiej,
- budowy nowych obiektów świadczących usługi z zakresu lecznictwa uzdrowskiego oraz szeroko rozumianego SPA & Wellness,
- tworzenia szeroko rozumianych atrakcji turystycznych nie związanych bezpośrednio z działalnością uzdrowską, np. parków rozrywki, galerii, oferty wycieczek fakultatywnych, imprez kulturalnych i rozrywkowych.

#### 4. Atrakcyjność i innowacyjność gmin uzdrowskich w świetle badań

##### 4.1. Opis metody i próby badawczej

Jak już wspomniano, dla potrzeb realizacji celu opracowania wiosną 2009 roku przeprowadzono badania ankietowe na dwóch próbach badawczych, tj. grupie przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego (dalej jst) i grupie klientów odwiedzających określone uzdrowska polskie. Zadaniem tych badań było zgromadzenie informacji pozwalających na przedstawienie opinii wspomnianych grup na temat atrakcyjności turystycznej oraz poziomu innowacyjności uzdrowskich w Polsce. Badania miały odpowiedzieć na pytanie czy badane uzdrowska można uznać za atrakcyjne i innowacyjne w oczach samorządowców i odwiedzających. Chodziło także o porównanie ocen sformułowanych przez samorządowców z ocenami i opiniami kuracjuszy.

Na ankietę skierowaną do przedstawicieli władz lokalnych wszystkich gmin uzdrowskich w Polsce<sup>8</sup> odpowiedziało 13 jednostek, tj. Augustów, Busko-Zdrój, Inowrocław, Jelenia Góra, Kamień Pomorski, Konstancin-Jeziorna, Piwniczna-Zdrój, Rabka-Zdrój, Rewal, Solc-Zdrój, Solina, Szczawnica i Świerdów-Zdrój. Wskaźnik zwrotności ankiet wyniósł zatem nieco ponad 30%. Próbę można uznać za stosunkowo dużą, obejmującą 1/3 wszystkich jednostek populacji generalnej. Struktura podmiotów

uzdrowskich jest jednak przypadkowa - zależna od samych badanych i ich skłonności do udziału w badaniach.

Ankieta składała się z 24 pytań, wśród których 8 miało charakter pytań otwartych, a 16 zamknięto-otwartych. Dotyczyły one m.in. określenia stopnia atrakcyjności gminy dla mieszkańców, inwestorów i turystów, stopnia innowacyjności przedsiębiorstw działających w gminie oraz stopnia innowacyjności samej gminy uzdrowskiej, a także rodzaju innowacji jakie pojawiły się w gminie w ostatnich latach oraz polityki w zakresie pobudzania innowacyjności i przedsiębiorczości w gminie. Niestety nie wszystkie zagadnienia poruszone w formularzu ankietowym znalazły odzwierciedlenie w odpowiedziach, zwłaszcza odnosiło się to do pytań otwartych dotyczących problematyki inwestycji w gminie.

Druga próba badawcza składała się z klientów czterech uzdrowskich Dolnego Śląska. Jako metodę gromadzenia danych wykorzystano również technikę ankietową. Formularz zawierał 14 pytań tematycznych i 6 pytań metryczkowych. Większość pytań miała charakter zamknięto-otwarty. Badaniami objęto 397 osób, z czego 135 badanych odwiedziło uzdrowsko Cieplice Zdrój, 113 - Świeradów Zdrój, 99 - Szczawno Zdrój, a 50 - Jedlinę Zdrój. Wśród badanych 59,1% stanowiły kobiety, a 40,9% mężczyźni. Dominowała grupa osób w przedziale wiekowym 56-65 lat (37,2%), drugą co do wielkości grupę wiekową stanowili respondenci w wieku 46-55 lat, takich osób było 30,4% (tab. 1). Większość badanych, tj. 66,5% pochodziła z województwa dolnośląskiego lub województw: wielkopolskiego, śląskiego, mazowieckiego i opolskiego (tab. 2).

Tabela 1. Struktura wiekowa badanych

Wyszczególnienie	Odsetek badanych
do 18 lat	0,5
19-26 lat	1,0
27-35 lat	3,0
36-45 lat	9,1
46-55 lat	30,4
56-65 lat	37,2
66-75 lat	16,2
76 i więcej	2,5

Źródło: opracowanie własne.

**Tabela 2. Struktura badanych wg miejsca zamieszkania**

Wyszczególnienie	Odsetek badanych
dolnośląskie	28,4
kujawsko-pomorskie	4,4
lubelskie	1,1
lubuskie	3,6
łódzkie	4,6
małopolskie	3,9
mazowieckie	7,0
opolskie	6,7
podkarpackie	1,0
podlaskie	1,6
pomorskie	5,7
śląskie	8,0
świętokrzyskie	0,8
warmińsko-mazurskie	2,3
wielkopolskie	16,5
zachodniopomorskie	4,6

Źródło: opracowanie własne.

Wielu spośród ankietowanych bywa w uzdrowiskach stosunkowo często. Takich kuracjuszy było 31,7%, z tym że około 10% badanych korzysta z oferty uzdrowisk co roku, a blisko 22% co 2-3 lata. 34,5% respondentów korzysta z usług uzdrowiskowych od czasu do czasu, a 33,8% badanych przyjechało do uzdrowiska po raz pierwszy (tab. 3). Dla połowy badanych kuracjuszy wizyta w określonej miejscowości uzdrowiskowej, w której uczestniczyli w badaniu, nie była wizytą pierwszą tylko kolejną, a ponad 43% korzystało po raz kolejny z usług tego samego przedsiębiorstwa uzdrowiskowego (tab. 3). Wcześniejsze wizyty badanych były realizowane w różnych latach. Największa liczba osób spośród respondentów uprzednio odwiedziła tę samą miejscowość uzdrowiskową w roku 2007 i/lub 2006. Ponad 20% osób wielokrotnie przebywających w tym samym uzdrowisku, przyjechało lub przyjeżdżało tu przed 2004 (tab. 4). Można zatem przyjąć, iż respondenci byli w stanie zauważyć i opisać zmiany jakie zaszły w ciągu ostatnich lat w ofercie turystycznej zarówno miejscowości, jak i przedsiębiorstwa uzdrowiskowego.

**Tabela 3. Struktura badanych wg częstotliwości przyjazdów do danej miejscowości uzdrowiskowej i danego przedsiębiorstwa uzdrowiskowego**

Wyszczególnienie	Odsetek badanych
Częstotliwość przyjazdu do miejscowości uzdrowiskowej	
Jestem tu po raz pierwszy	50,6
Bywam tu co roku	2,8
Bywam tu dość często	13,6
Jestem tu po raz kolejny	33,3
Częstotliwość przyjazdu do przedsiębiorstwa uzdrowiskowego	
Jestem tu po raz pierwszy	56,7
Jestem tu 2-3 raz	28,7
Byłem tu 4 i więcej razy	14,6

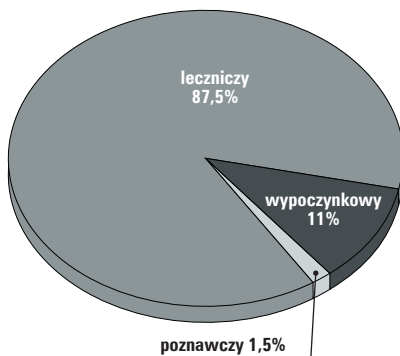
Źródło: opracowanie własne.

**Tabela 4. Struktura badanych wg roku ostatniej wizyty w danej miejscowości uzdrowiskowej**

Wyszczególnienie	Odsetek badanych
Jestem tu po raz pierwszy	50,6
Byłem tu w:	
2008	19
2007	26,2
2006	23,1
2005	11,3
2004	6,7
2003	2,6
2001	2,1
2000 i dawniej	9,2

Źródło: opracowanie własne.

Ponad 90% respondentów przyjechało do uzdrowiska w celach leczniczych, 1,5% dodatkowo chce poznać odwiedzaną obszar, a 11,4% odwiedziło uzdrowisko w celu przede wszystkim wypoczynkowym (rys. 1).



**Rys. 1. Struktura badanych wg celów przyjazdu do miejscowości uzdrowiskowej**  
Źródło: opracowanie własne.

Dla zdecydowanej większości badanych organizatorem pobytu w uzdrowisku był NFZ, ZUS lub KRUS (82,3%), a 13,2% osób przyjazd zorganizowało sobie we własnym zakresie. Sześciu ankietowanych kuracjuszy (1,5%) przyjechało do uzdrowiska za sprawą własnego zakładu pracy (tab. 5). Pobyt blisko 4/5 ankietowanych został sfinansowany w całości lub części przez wymienione wyżej podmioty, a prawie 21% badanych na przyjazd przeznaczyło własne środki (tab. 6).

**Tabela 5. Struktura badanych wg organizatora pobytu w danej miejscowości uzdrowskowej**

Wyszczególnienie	Odsetek badanych
Narodowy Fundusz Zdrowia	66,1
Zakład Ubezpieczeń Społecznych	14,4
Kasa Rolniczych Ubezpieczeń Społecznych	1,8
Biuro podróży	0,3
Zakład pracy	1,5
Pobyt zorganizowany we własnym zakresie	13,2
inne	2,8

Źródło: opracowanie własne.

**Tabela 6. Struktura badanych wg sposobu finansowania pobytu w danej miejscowości uzdrowskowej**

Wyszczególnienie	Odsetek badanych
Środki własne	20,9
Skierowanie z NFZ	48,7
Dopłata do skierowania z NFZ	11,8
Skierowanie z ZUS	14,3
Skierowanie z KRUS	1,5
Dofinansowanie z zakładu pracy	1,5
Dofinansowanie ze środków gminy	0
Inne	1,5

Źródło: opracowanie własne.

#### 4.2. Atrakcyjność turystyczna w oczach przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego i kuracjuszy

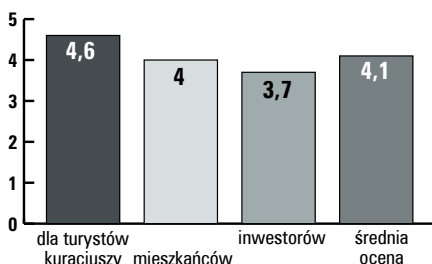
Atrakcyjność turystyczna miejscowości uzdrowskowej ma znaczący wpływ na podejmowanie decyzji o zakupie oferty w tej właśnie miejscowości. Istotny wpływ na kształtowanie atrakcyjności turystycznej gminy ma samorząd gminny. To właśnie decyzje podejmowane na szczeblu gminnym wpływają na opinię turystów,

mieszkańców i inwestorów. Działania jednostek samorządu terytorialnego, które mają istotny wpływ na postrzeganie atrakcyjności turystycznej miejscowości uzdrowskowych, dotyczą najczęściej:

- zagospodarowania przestrzennego, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki gmin uzdrowskowych,
- tworzenia i troski o utrzymanie infrastruktury komunalnej, rozrywkowej i społecznej,
- poprawy dostępności komunikacyjnej,
- dbałości o istniejące walory przyrodnicze i antropogeniczne i ich racjonalne wykorzystanie z poszanowaniem zasad zrównoważonego rozwoju.

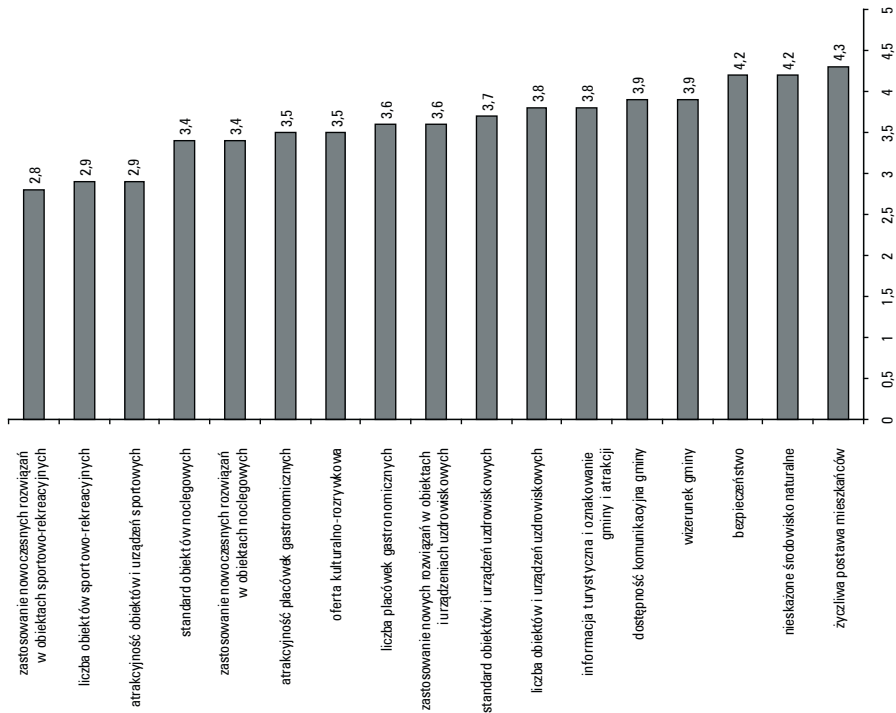
Z przeprowadzonych badań wynika, że przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego bardzo wysoko oceniają stopień atrakcyjności turystycznej swych gmin uzdrowskowych dla turystów, mieszkańców i inwestorów. W skali pięciostopniowej atrakcyjność ta wynosi 4,1 co zaprezentowano na rys. 2.

**Rys. 2. Stopień atrakcyjności gminy dla turystów/kuracjuszy, inwestorów i mieszkańców w opinii przedstawicieli jst.**



Źródło: opracowanie własne.

Interesującym jest, że przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego najniżej ocenili atrakcyjność turystyczną miejscowości uzdrowskowych dla inwestorów (wartość 3,7). Zapewne związane jest to z faktem, iż na obszarze gmin uzdrowskowych, mimo istnienia cennych walorów turystycznych, ich użytkowanie obwarowane jest szeregiem restrykcyjnych regulacji, co utrudnia znacznie tworzenie oferty turystycznej i podejmowanie nowych inwestycji. Może być to związane także z brakami w infrastrukturze komunalnej, za stan której odpowiadają władze lokalne.



**Rys. 3. Czynniki decydujące o atrakcyjności turystycznej miejscowości uzdrowiskowej w percepcji kuracjuszy. Źródło: opracowanie własne.**

Kuracjusze odwiedzający miejscowości uzdrowiskowe oceniając czynniki decydujące o ich atrakcyjności turystycznej na pierwszy miejscu wymieniali życzliwą postawę mieszkańców (4,3), niezakażone środowisko naturalne (4,2) i bezpieczeństwo (4,2). Zaskakującym jest także fakt, iż liczba i atrakcyjność obiektów i urządzeń sportowo - rekreacyjnych (poniżej 3 punktów w skali pięciostopniowej) nie ma zdaniem badanych kuracjuszy istotnego wpływu na atrakcyjność turystyczną miejscowości uzdrowiskowych. Dążenie za wszelką cenę władz gmin uzdrowiskowych do tworzenia nowoczesnej i rozwiniętej infrastruktury sportowo - rekreacyjnej w postaci kompleksów sportowych i aquaparków nie jest zatem w pełni uzasadnione. Większe znaczenie dla postrzegania atrakcyjności turystycznej, zdaniem badanych, mają walory i infrastruktura uzdrowiskowa (jądrowa i rodzajowa), zakres świadczonych usług medycznych oraz in-

nowacyjne formy zabiegów i usług świadczonych w obiektach uzdrowiskowych. Nie bez znaczenia jest także jakość usług oferowanych przez placówki gastronomiczne w miejscowościach uzdrowiskowych.

#### 4.3. Innowacyjność gmin uzdrowiskowych w percepcji przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego

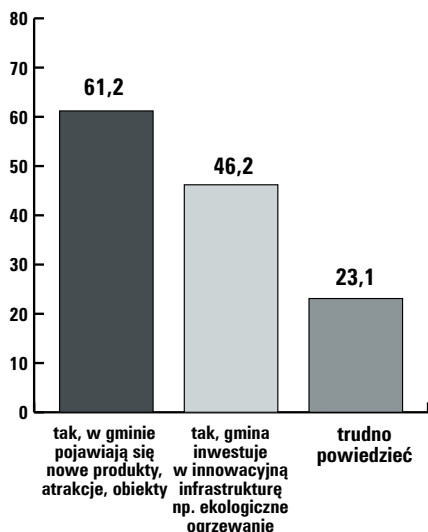
Przeprowadzona na potrzeby realizacji celu badawczego analiza stopnia innowacyjności gmin uzdrowiskowych w oparciu o deklaracje przedstawicieli władz lokalnych obejmowała następujące problemy:

- samoocenę stopnia innowacyjności gminy,
- ocenę poziomu innowacyjności przedsiębiorstw działających na terenie gminy,
- identyfikację przedmiotu i rodzajów innowacji realizowanych w gminie



- zarówno przez jednostki samorządu terytorialnego, jak i przedsiębiorców,
- politykę wspierania zachowań innowacyjnych przedsiębiorców funkcjonujących w gminie i związaną z tym politykę pobudzania przedsiębiorczości i przyciągania nowych inwestycji i inwestorów,
- roli i stanu współpracy w badanych gminach na rzecz innowacji,
- rozpoznanie barier innowacyjności.

W opinii większości przedstawicieli władz lokalnych (blisko 80%) badane gminy można uznać za innowacyjne, ze względu na to, że na ich obszarze pojawiają się nowe produkty, atrakcje, obiekty turystyczne, a także jednostki samorządowe inwestują w innowacyjną infrastrukturę (rys. 4). 23,1% badanych stwierdziło, że trudno jednoznacznie określić czy gminę można zaliczyć do innowacyjnych.



Rys. 4. Samoocena poziomu innowacyjności badanych gmin  
Źródło: opracowanie własne.

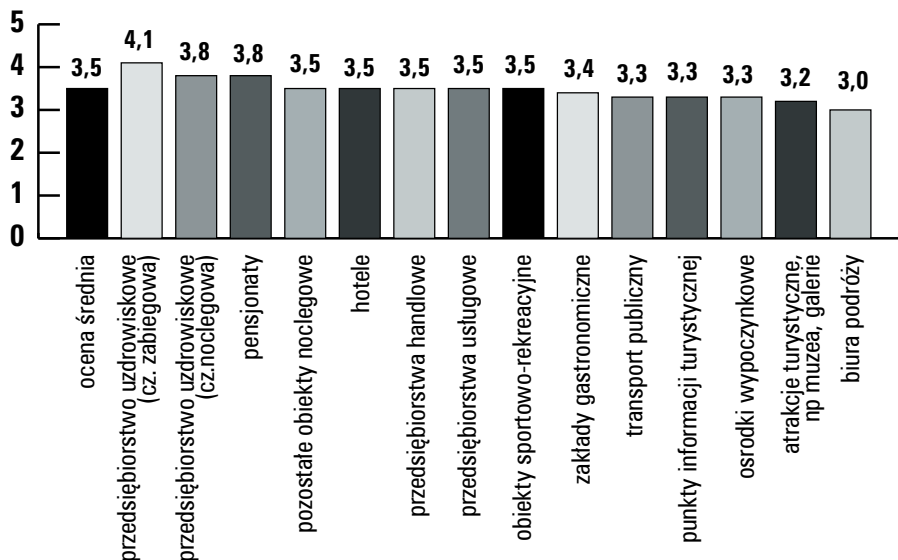
Jako przykłady działań innowacyjnych władz lokalnych, najczęściej podawano:

- budowę i modernizację dróg, ulic, chodników, parkingów,
- budowę i modernizację systemów wodociągowo-kanalizacyjnych,

- modernizację sieci ciepłowniczych,
- budowę oczyszczalni ścieków, stacji uzdatniania wody,
- modernizację budynków szkolnych, ośrodków zdrowia, domów kultury,
- wytyczanie i oznakowanie ścieżek i tras rowerowych oraz pieszych,
- budowę, przebudowę, modernizację obiektów sportowo-rekreacyjnych (np. parki linowe, korty tenisowe, lodowiska, kąpieliska, pływalnie) oraz kulturalnych (teatry, muzea, estrady),
- rewitalizację parków zdrojowych, ogrodów, zabytków, pijalni wód mineralnych,
- poprawę estetyki miejscowości (oświetlenie, iluminacja obiektów zabytkowych, tereny zielone, spacerowe),
- uzbrajanie terenu w infrastrukturę techniczną,
- nowe rozwiązania w zakresie informacji turystycznej,
- informatyzację urzędów gmin i wprowadzanie elektronicznego obiegu dokumentów oraz usług e-urzędu,
- wprowadzenie bezprzewodowego dostępu do Internetu najczęściej w centralnych częściach miejscowości uzdrowskich,
- finansowe wsparcie przedsiębiorców w ramach funduszy poręcze-niowych,
- poszerzenie oferty imprez kulturalno-rozrywkowych,
- wdrożenie systemów zarządzania urzędem gminy opartych na normach ISO,
- rozszerzenie działań promocyjnych.

Analizując wypowiedzi badanych najczęściej nowych rozwiązań wprowadzanych na obszarze gmin dotyczyło infrastruktury technicznej i społecznej (ponad 84% badanych gmin), promocji (61,5%), a także organizacji i wykorzystania w pracy gminy nowoczesnych technologii (68,5%). Należy jednak zauważyć, iż gros zmian, które miały miejsce w badanych gminach ma na celu raczej eliminowanie luk i zapóźnień w stosunku do uzdrowisk państw Zachodniej Europy niż ich wyprzedzanie. Prowadzi raczej do wyrównywania szans niż do zdobywania przewagi konkurencyjnej, niemniej jednak z pewnością korzystnie od-

Rys. 5. Ocena poziomu innowacyjności przedsiębiorstw funkcjonujących na terenie badanych gmin



Źródło: opracowanie własne.

działuje na poziom konkurencyjności badanych jst.

Badania potwierdzają, że stopień innowacyjności gminy zależy nie tylko od przedsięwzięć realizowanych w obszarze aktywności władz lokalnych, ale również od działań podejmowanych przez podmioty gospodarcze, w tym gestorów bazy noclegowej, żywieniowej, uzdrowiskowej i innych przedsiębiorców zaangażowanych w obsługę turystów i kuracjuszy. O stopniu innowacyjności gmin uzdrowiskowych świadczą zatem także zachowania przedsiębiorców. Opinie samorządowców nt. innowacyjności podmiotów gospodarczych bezpośrednio obsługujących turystów działających na terenie badanych gmin prowadzą do następujących wniosków (rys. 5):

1. Poziom tej innowacyjności uznaje się za ponadprzeciętny (3,5 punktów w skali ocen od 1 do 5, gdzie 5 oznaczało poziom najwyższy).
2. Na tle wszystkich podmiotów wyróżniają się przedsiębiorstwa uzdrowiskowe. Przedstawiciele zauważają, że charakteryzują się one stosunkowo wyższym poziomem innowacyj-

ności, zwłaszcza w odniesieniu do bazy zabiegowej (4,1 punktu).

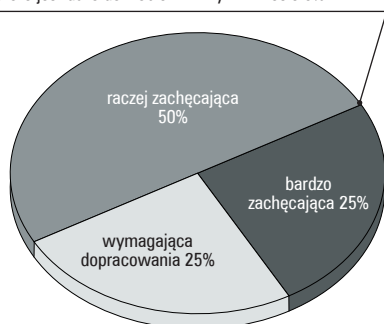
3. Stosunkowo słabiej w tej ocenie, poniżej średniej (3,5 punktu) wypadają biura podróży (3,0), atrakcje turystyczne (3,2), punkty informacji turystycznej, ośrodki wypoczynkowe, transport publiczny (po 3,3) i zakłady gastronomiczne (3,4).

W percepcji przedstawicieli władz lokalnych, obok przedsiębiorstw uzdrowiskowych, stosunkowo wyższą (wyżej niż średnia) skłonnością do innowacji, której odzwierciedleniem jest wdrożenie nowych ulepszonych rozwiązań w zakresie produktów, a także organizacji i zarządzania, cechują się obiekty noclegowe. W ostatnich trzech latach, w przypadku 92% ankietowanych gmin pojawiły się nowe obiekty świadczące usługi hotelarskie. Wiele spośród już działających obiektów przeszło remonty o charakterze nie tylko odtworzeniowym, ale także modernizacyjnym. W przypadku ponad 61% badanych jednostek zanotowano poszerzenie zakresu oferty usług hotelarskich. W 5 na 13 badanych gmin uruchomiono

nowe ośrodki typu spa & wellness. Zdecydowany prym w tym zakresie wiedzie gmina Rewal (5 nowych obiektów Spa & wellness). Po jednym obiekcie oddano do użytku w Inowrocławiu, Piwnicznej-Zdroju, Rabce-Zdroju i Świeradowie-Zdroju. W blisko 85% jst uruchomiono nowe placówki gastronomiczne, a w 80% zmodernizowano dotychczas istniejące. Ponadto daje się zauważyć wzbogacanie oferty kulinarnej (w przypadku 61,5% gmin) i rozrywkowej (46,2%) tych placówek.

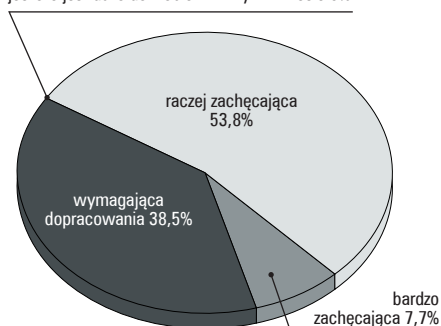
Ocena stopnia innowacyjności przedsiębiorstw działających na terenie gminy uzdrowskiej przez przedstawicieli władz lokalnych jest oceną szczególnego rodzaju. Stanowi swego rodzaju samoocenę własnej aktywności w zakresie zarówno innowacji, jak i pobudzania przedsiębiorczości i tworzenia odpowiedniego klimatu do podejmowania działań innowacyjnych przez podmioty gospodarcze. Można bowiem przyjąć, iż podmioty zorientowane na innowacje występują w tych gminach, w których tworzone są stosunkowo lepsze warunki do rozwoju przedsiębiorstw, w tym również turystycznych. Im skuteczniejsza polityka gospodarcza władz lokalnych w dziedzinie wspierania przedsiębiorczości i pobudzania innowacyjności, tym bardziej innowacyjne przedsiębiorstwa. W odczuciu przedstawicieli władz samorządowych ich polityka proinnowacyjna i polityka w zakresie wspierania przedsiębiorczości lokalnej oraz przyciągania inwestorów branży turystycznej jest raczej zachęcająca (rys. 6, 7). Wyższe oceny dotyczyły działań w kierunku przyciągania i wspierania inwestorów w turystyce niż aktywizowania lokalnej przedsiębiorczości i innowacyjności. Niemniej jednak ponad połowa respondentów uznaje, że stosowane w gminach instrumenty wsparcia przedsiębiorców zachęcają ich do podejmowania działań innowacyjnych jedynie w stopniu średnim, a 30,7% badanych twierdzi, że w bardzo dużym i dużym. Ponad 15% ankietowanych nie potrafiło jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie (rys. 8). Należy zatem stwierdzić, iż pomimo ogólnego zadowolenia z własnych działań na rzecz przedsiębiorczości i innowacyjności, władze lokalne zauważają również niedoskonałości i braki lokalnej polityki gospodarczej w tym zakresie.

jeszcze jest dużo do zrobienia w tym zakresie 0%



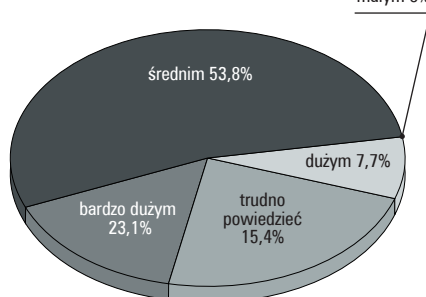
Rys. 6. Ocena polityki w zakresie przyciągania i wspierania inwestorów przez jst w percepcji przedstawicieli badanych gmin  
Źródło: opracowanie własne.

jeszcze jest dużo do zrobienia w tym zakresie 0%



Rys. 7. Ocena polityki pobudzania innowacyjności i przedsiębiorczości przez jst w percepcji przedstawicieli badanych gmin  
Źródło: opracowanie własne.

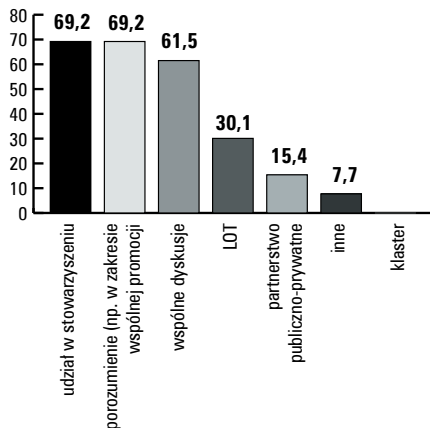
małym 0%



Rys. 8. Stopień w jakim wsparcie władz gmin motywuje przedsiębiorców do zachowań innowacyjnych w percepcji przedstawicieli badanych gmin  
Źródło: opracowanie własne.

Według przyjętej przez Wspólnotę Europejską Strategii Lizbońskiej innowacyjność jest motorem rozwoju gospodarki europejskiej opartej na wiedzy zdolnej do konkutowania z najbardziej rozwiniętymi gospodarkami świata, jak np. gospodarka amerykańska. Warunkiem powodzenia realizacji podstawowego celu wspomnianej strategii jest przyjęcie paradygmatu innowacyjnego rozwoju w polityce realizowanej nie tylko na szczeblu państw i regionów Europy (tzw. Regionalne Strategie Innowacji), ale przede wszystkim miast i gmin. Realizacji wspomnianego paradygmatu powinno sprzyać tzw. usieciwienie procesów gospodarczych, oznaczające współpracę i współdziałanie przy tworzeniu innowacji i ich zastosowań, w której uczestniczą również, a może przede wszystkim, podmioty zwykle między sobą konkurujące (np. przedsiębiorstwa tej samej branży). W tym kontekście podstawowym zadaniem władz lokalnych jest tworzenie i pobudzanie warunków do sieciowej współpracy w gminach. Przejawem tej polityki jest powstawanie różnych struktur współpracy partnerskiej, do których zaliczyć można lokalne organizacje turystyczne, klastry czy konsorcja tworzone w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego (dalej ppp).

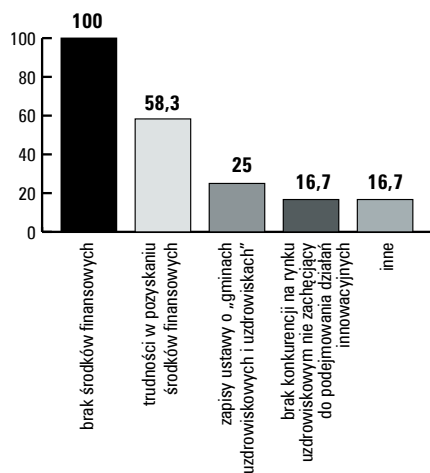
W przypadku badanych gmin uzdrowiskowych niewiele spośród wymienionych form współpracy ma miejsce. Zdecydowana większość przedstawiceli badanych jednostek samorządowych (92%) potwierdza, że współpraca w zakresie działań innowacyjnych istnieje, jednak jeśli przyjrzeć się jej formom, to dominującą jest stowarzyszenie międzygminne oraz porozumienie między gminą a innymi podmiotami, dotyczące przede wszystkim wspólnych działań promocyjnych. W żadnej z badanych gmin nie utworzono dotąd klastra, w dwóch gminach tworzą wysiłki mające doprowadzić do współdziałania w formule ppp, a w czterech gminach funkcjonują lokalne organizacje turystyczne (rys. 9). Współpracę należy zatem uznać za najstabsze ogniwo działań na szczeblu lokalnym, czasami hamujące rozwój gospodarczy gmin.



Rys. 9. Formy współpracy w zakresie działań innowacyjnych w badanych gminach

Źródło: opracowanie własne.

Obok słabo rozwiniętych struktur współpracy, wśród barier działań innowacyjnych (rys. 10), anketowani wymieniali przede wszystkim brak środków finansowych i trudności w ich pozyskaniu, zapisy ustawy o „gminach uzdrowiskowych i uzdrowiskach” oraz brak konkurencji na rynku usług uzdrowiskowych i uzdrowiskach oraz brak konkurencji na rynku usług uzdrowiskowych.



Rys. 10. Bariery działań innowacyjnych w badanych gminach

Źródło: opracowanie własne.

#### 4.4. Innowacyjność gmin uzdrowiskowych w percepcji kuracjuszy

Ocena poziomu innowacyjności gmin uzdrowiskowych w percepcji kuracjuszy (klientów uzdrowisk), zakładała uwzględnienie w badaniach kwestii poprawy atrakcyjności turystycznej oraz dostrzegalnych zmian na lepsze w ofercie przedsiębiorstw turystycznych, w tym uzdrowiskowych. Zapytano zatem kuracjuszy o opinie nt. poziomu określonych elementów oferty uzdrowiskowej oraz kierunku ich zmian. Badaniom poddano przede wszystkim kuracjuszy, którzy korzystali z usług danej gminy i przedsiębiorstwa uzdrowiskowego kolejno już raz. Badani oceniali zatem ofertę gmin uzdrowiskowych i przedsiębiorstw uzdrowiskowych niejako w dwóch okresach: obecnym i poprzednim.

Analizując oceny w układzie dynamicznym, daje się zaobserwować, iż wszystkie one są wyższe od ocen poprzednich średnio o 0,34 punktu (tab. 7). Świadczy to o zauważalnej przez kuracjuszy poprawie atrakcyjności turystycznej badanych obszarów i podmiotów. Jeśli chodzi o same oceny to zbliżają się one do poziomu dobrego, czyli oscylują wokół 4,0 punktów. Najwyżej oceniane są takie elementy infrastruktury uzdrowiskowej, jak: pijalnia wód mineralnych, hale spacerowe, parki zdrojowe i ich zagospodarowanie. Ponad cztery punkty otrzymały również bezpieczeństwo w badanych miejscowościach uzdrowiskowych oraz oferta wycieczek fakultatywnych. Tej ostatniej dotyczy również największa poprawa o 0,6 punktu w porównaniu do oceny wynikającej z wcześniejszego pobytu w uzdrowisku.

**Tabela 7. Ocena elementów atrakcyjności gminy uzdrowiskowej**

Wyszczególnienie	Ocena			Różnica ocen (stan obecny minus stan poprzedni)	Zmiana
	Stan obecny		Stan poprzedni		
	Kuracjusze przebywający w miejscowości po raz pierwszy	Kuracjusze przebywający w miejscowości po raz kolejny	Kuracjusze przebywający w miejscowości po raz kolejny		
1	2	3	4	5	5
pijalnia wód mineralnych	4,3	4,2	3,9	0,3	+
hala spacerowa	4,0	4,2	4,0	0,2	+
estetyka i czystość w parku zdrojowym	4,1	4,1	3,9	0,2	+
zagospodarowanie parku zdrojowego	3,9	4,0	3,6	0,4	+
bezpieczeństwo w parku zdrojowym	4,1	4,2	4,1	0,1	+
ośrodki spa&wellness	3,0	3,1	2,5	0,5	+
atrakcje turystyczne w miejscowości uzdrowiskowej – muzea, galerie, obiekty do zwiedzania	3,3	3,4	2,9	0,5	+
oznakowanie miejscowości uzdrowiskowej	3,5	3,7	3,3	0,5	+
informacja turystyczna	3,6	3,7	3,2	0,5	+
dostępność komunikacyjna miejscowości	3,6	3,9	3,5	0,3	+
oferta wycieczek fakultatywnych	4,0	4,1	3,6	0,6	+
bezpieczeństwo w miejscowości	4,0	4,2	4,0	0,2	+
wieczorki taneczne, dancingi	3,8	3,7	3,6	0,1	+
występy artystów na terenie uzdrowiska i miejscowości uzdrowiskowej	3,3	3,6	3,2	0,4	+
imprezy sportowo-rekreacyjne na terenie uzdrowiska i miejscowości uzdrowiskowej	3,1	3,0	2,6	0,4	+
urządzenia sportowo-rekreacyjne w miejscowości uzdrowiskowej, typu baseny, boiska itp.	3,0	2,7	2,3	0,4	+

Źródło: opracowanie własne.

Według badanych postęp w poziomie świadczeń da się zauważyć również w przypadku:

- liczby i oferty ośrodków spa & wellness (wzrost oceny o 0,5 punktu),
- atrakcji turystycznych, typu muzea, galerie, zabytki (0,5),
- informacji turystycznej i oznakowania miejscowości uzdrowskiej (0,5),
- występów artystycznych (0,4),
- imprez sportowo-rekreacyjnych (0,4),
- urządzeń sportowo-rekreacyjnych (0,4).

Pomimo, że najwyraźniejszą poprawę poziomu wyposażenia i świadczeń odnotowuje się w zakresie urządzeń sportowo-rekreacyjnych (o 0,4 punktu), to nadal oceniane są one najstabiliej (ocena stanu obecnego wg kuracjuszy znających od dawna uzdrowisko kształtuje się na poziomie 2,7 punktu). Podobne uwagi można poczynić odnośnie ośrodków spa & wellness (ocena 3,1, a postęp o 0,5 punktu), organizowanych w miejscowości wydarzeń sportowo-rekreacyjnych (analogicznie 3,0 i 0,4). W latach poprzednich wspomniane tu składowe atrakcyjności turystycznej uzdrowisk były również oceniane zdecydowanie słabiej od innych, a oceny wyraźnie plasowały się poniżej średniej oscylując wokół wartości 2,5.

Na doskonalenie oferty uzdrowisk wskazuje również analiza elementów działalności przedsiębiorstw uzdrowskich funkcjonujących w badanych gminach. Ocena stanu obecnego tych elementów jest zdecydowanie wyższa od oceny stanu poprzedniego (zachowane w pamięci kuracjuszy, a wynikającego z wcześniejszych pobytów w danym przedsiębiorstwie) i to w każdym widocznym dla klienta aspekcie funkcjonowania przedsiębiorstw uzdrowskich. Wyniki badań potwierdzają, że najwyraźniejszą poprawę klienci zaobserwowali odnośnie infrastruktury zabiegowej (wzrost oceny o 0,5 punktu) oraz obsługi recepcji (0,5). W opinii respondentów wykorzystywane do zabiegów urządzenia są coraz bardziej nowoczesne, a gabinety lepiej wyposażone i bardziej estetyczne. Postęp widoczny jest również w wystroju i wyposażeniu obiektów sanatoryjnych (0,4). Ankietowani

zauważają remonty łazienek i pokoi, większą dbałość o zagospodarowanie otoczenie wspomnianych obiektów, a także o czystość i estetykę. Zwracają również uwagę na poziom obsługi, akcentując szczególnie lepszą znajomość języków obcych przez personel recepcji.

Wyniki badań upoważniają do stwierdzenia, że w przedsiębiorstwach uzdrowskich dokonują się zmiany, w tym również o charakterze innowacyjnym (zawierające element nowości dla przedsiębiorstwa i jego rynku). Polegają one przede wszystkim na modernizowaniu istniejących już produktów i procesów technologicznych czy systemów zarządzania (np. wprowadzanie norm ISO 9000). Zmiany te przyjmują raczej charakter imitacyjny, polegający na naśladowaniu lepszych uczestników rynku usług uzdrowskich. Są one najczęściej innowacjami, które nazwać można regularnymi, ukierunkowanymi na poprawę stanu, głównie doskonalenie jakości oferty.

**Tabela 8. Ocena elementów działalności przedsiębiorstwa uzdrowskiego w percepcji kuracjuszy i jej zmiany**

Wyszczególnienie	Ocena			Różnica ocen (stan obecny minus stan poprzedni)	Zmiana
	Stan obecny		Stan poprzedni		
	Kuracjusze przebywający w miejscowości po raz pierwszy	Kuracjusze przebywający w miejscowości po raz kolejny	Kuracjusze przebywający w miejscowości po raz kolejny		
1	2	3	4	5	6
<b>Zakład przyrodolecniczy (zmiana 0,3)</b>					
wygląd ogólny zakładu przyrodolecniczego	3,9	3,9	3,6	0,3	+
czystość na terenie zakładu	4,0	4,1	3,9	0,2	+
oświetlenie	3,9	4,0	3,5	0,4	+
otoczenie zakładu przyrodolecniczego	4,1	4,0	3,7	0,3	+
<b>Baza zabiegowa uzdrowska (0,5)</b>					
wystarczająca liczba urzędzeń i gabinetów zabiegowych	4,0	4,1	3,6	0,5	+
ogólny stan urzędzeń i gabinetów zabiegowych	4,0	4,0	3,6	0,4	+
czystość urzędzeń i gabinetów zabiegowych	4,1	4,3	3,9	0,4	+
nowoczesność urzędzeń i gabinetów zabiegowych	3,9	3,9	3,2	0,7	+
możliwość dokupienia zabiegów	4,2	4,3	3,9	0,4	+
dostępność dodatkowych urzędzeń rekreacyjno-sportowych na terenie uzdrowska	3,5	3,2	2,9	0,3	+
<b>Obiekty sanatoryjne (0,4)</b>					
estetyczne i ładne wnętrza	3,7	3,8	3,5	0,3	+
ładna i odpowiednio wyposażona recepcja	3,6	3,7	3,4	0,3	+
oświetlenie wnętrz obiektów uzdrowska i pokoi	3,7	3,9	3,4	0,5	+
czystość obiektów uzdrowska i pokoi	3,7	4,0	3,7	0,3	+
wystrój i wyposażenie pokoi	3,4	3,6	3,2	0,4	+
komfort i wygoda pokoi	3,5	3,6	3,3	0,3	+
stan łazienek	3,4	3,5	3,0	0,5	+
zagospodarowanie otoczenia obiektów sanatoryjnych	3,7	3,7	3,4	0,3	+
<b>Stołówka (0,2)</b>					
wystrój ogólny i wyposażenie	3,8	3,9	3,5	0,4	+
czystość	3,9	4,3	3,9	0,3	+
smak potraw i napojów	3,8	3,9	3,7	0,2	+
estetyka podania potraw	3,7	3,9	3,6	0,2	+
zróżnicowanie menu	3,6	3,7	3,5	0,2	+
sprawność i uprzejmość obsługi stołówki	4,1	4,2	4,1	0,1	+
<b>Obsługa recepcji (0,5)</b>					
sprawność i kultura obsługi	4,2	4,3	3,9	0,4	+
życzliwość	4,2	4,4	4,1	0,3	+
rzetelność i wiarygodność	4,3	4,3	3,9	0,4	+
znajomość języków obcych	3,8	3,9	3,0	0,9	+
<b>Personel medyczny(0,3)</b>					
kompetencje	4,3	4,4	4,1	0,3	+
wiedza i umiejętności	4,3	4,4	4,1	0,3	+
higiena i wygląd	4,3	4,5	4,3	0,3	+
troska o pacjenta	4,3	4,4	4,1	0,3	+

Źródło: opracowanie własne.

## 5. Podsumowanie

Prezentowane w artykule rozważania zwróciły uwagę na problem konkurencyjności gmin uzdrowiskowych i roli innowacji w jej kształtowaniu. Dokonując oceny innowacyjności miejscowości i przedsiębiorstw uzdrowiskowych można przyjąć, iż świadczą o niej zmiany zachodzące w uzdrowiskach, wskazujące na rosnącą ich atrakcyjność turystyczną oraz polepszającą się jakość oferowanych przez nie usług. Przedstawione w opracowaniu wyniki badań jednoznacznie pokazują, że kuracjusze korzystający z ofert badanych gmin i przedsiębiorstw uzdrowiskowych zauważają zdecydowaną poprawę w zakresie obu wymienionych kategorii. Część z tych pozytywnych zmian z pewnością jest efektem działalności innowacyjnej w zakresie produktów i procesów realizowanych w miejscowościach i zakładach uzdrowiskowych. Wdrażanie innowacji w badanych jednostkach potwierdzają również słowa i deklaracje przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, którzy podawali konkretne ich przykłady, zgodnie twierdząc, iż motorem innowacyjności w gminach są przede wszystkim przedsiębiorstwa uzdrowiskowe.

## Literatura

- 1 Castells M., *Galaktyka Internetu*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2003.
- 2 Jedlińska M., Szubert-Zarzeczný U., *Gospodarka turystyczna*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 1994.
- 3 *Konkurencyjność przedsiębiorstw, nowe podejście*, E. Skawińska (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Poznań 2002.
- 4 Kowalczyk A., *Geografia turystyki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- 5 Nordin S., Svensson B., *The Significance of Governance in Innovative Tourism Destination*, European Tourism Research Institute Mid - Sweden University, Östersund 2005.
- 6 Pomykałski A., *Innowacje*, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2001.
- 7 Schumpeter J., *Teoria rozwoju gospodarczego*, PWN, Warszawa 1960.
- 8 *Turystyka*, W. Kurek (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.



prof. dr hab. inż. TADEUSZ SŁOMKA & dr inż. ALICJA KICIŃSKA  
Katedra Geologii Ogólnej, Ochrony Środowiska i Geoturystyki  
Wydział Geologii, Geofizyki i Ochrony Środowiska  
Akademia Górniczo - Hutnicza Kraków

# **TURYSTYKA UZDROWISKOWA I REKREACJA JAKO PODSTAWA NOWOCZESNEGO PRODUKTU UZDROWISKOWEGO**

Turystyka uzdrowiskowa (zdrowotna) jest jednym z głównych celów przyjazdów osób na obszar zwany uzdrowiskiem. Status uzdrowiska (zgodnie z art. 34 Ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych), nadawany jest miejscowości która musi spełniać (łącznie) 5 warunków: 1) posiadać złoża naturalnych surowców leczniczych, o potwierdzonych właściwościach leczniczych, 2) posiadać klimat o właściwościach leczniczych, 3) na obszarze pretendującym do tytułu uzdrowiska muszą znajdować się zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego przygotowane do lecznictwa uzdrowiskowego, 4) spełniać określone wymagania w stosunku do środowiska, 5) posiadać infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzić właściwą gospodarkę odpadami (Dz. U. Nr 167, poz. 1399).

Obecnie na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej znajduje się 46 miejscowości (w obrębie 12 województw) posiadających status uzdrowiska, wśród których wyróżnić możemy: zdrojowiska klimatyczne, uzdrowiska klimatyczne borowinowe, zdrojowiska borowinowe i zdrojowiska klimatyczne borowinowe (Madeyski 1998). Jednak niezmiernie ciekawym wydaje się być podział ze względu na hipsometrię, według którego 22 uzdrowiska położone są do 300 m n.p.m (na nizinach), a 44 to uzdrowiska podgórskie i górskie. Analizując lokalizacje uzdrowisk polskich na podkładzie mapy geologicznej (Fig. 1) śmiało można stwierdzić, iż to właśnie bu-

dowa geologiczna wpływa na podstawowe warunki istnienia uzdrowisk: występowanie złóż naturalnych surowców leczniczych (np. *wody lecznicze* - a więc solanki, szczawy, wody siarczkowe oraz wody swoiste, *gazy lecznicze* - dwutlenek węgla, siarkowódór, radon i *peloidy* - borowiny, torfy lecznicze, szlamy, gytie, glinki) oraz klimat leczniczy. Przebieg procesów geologicznych ma także decydujący wpływ na geomorfologię terenu. Etapy fałdowań i wypiętrzeń (tzw. orogeny) doprowadziły do powstania łańcuchów górskich: Sudetów i Karpat. Charakterystyczne pasmo wa morfologia gór i dolin sprzyja wysokiej lesistości, wspaniałym krajobrazom, mikroklimatom i bogatej florie i faunie. W opinii turystów (na podstawie badań przeprowadzonych przez Małopolską Organizację Turystyczną) obok walorów leczniczych polskich uzdrowisk na atrakcyjność produktów turystycznych wpływają także: krajobrazy, urozmaicona geomorfologia oraz czyste środowisko przyrodnicze (Tabela 1).

Ankieta wykonana dla czterech małopolskich uzdrowisk jednoznacznie wskazała iż, oprócz walorów leczniczych (zdrowotnych) ważną rolę odgrywają również walory rekreacyjne. Mamy więc do czynienia ze swoistym uzupełnieniem się funkcji uzdrowiskowej z funkcją rekreacyjno-wypoczynkową (Kicińska-Świderska 2006a, 2006b). Specyficzne produkty (markowe) takie jak: festiwal im. J. Kiepury, sptyw tratwami po Dunajcu czy atrakcje kulturowe znajdujące się w bliskim sąsiedztwie uzdrowisk w znaczący sposób wpływają na ocenę ogólną uzdrowiska (Kicińska-Świderska & Słomka 2006).




Lp.	Krynica Zdrój	Muszyna	Piwniczna Zdrój	Szczawnica Zdrój
1.	Pijalnia wód	Krajobraz, góry	Spyw Popradem	Kolej na Palenicę
2.	Krajobraz, góry	Mikroklimat	Krajobraz, góry	Zamki Dunajca
3.	Festiwal Kiepy	Spyw Popradem	Szlaki turystyczne	Krajobraz, góry
4.	Mikroklimat	Pijalnia wód	Pijalnia wód	Spyw Dunajcem
5.	Kolej na Jaworzynę	Bliskość Słowacji	Mikroklimat	Wawóz Homole
6.	Zbiegi lecznicze	Zabiegi lecznicze	Kolej na Jaworzynę	Uzdrowisko
7.	Bliskość Krakowa	Kolej na Jaworzynę	Architektura drewniana	Park zdrojowy
8.	Spyw Dunajcem	Góra Parkowa	Piramida zdrowia	Bliskość Zakopanego
9.	Architektura drewniana	Muzeum	-	Bliskość Krakowa
10.	SPA	Festiwal Kiepy	-	Bliskość Ludźmierza

Tabela 1. Atrakcyjność produktów turystycznych w uzdrowiskach Małopolski wg ocen turystów (na podstawie badań Małopolskiej Organizacji Turystycznej - MOT).




0 200 km



Prekambryjska platforma  
wschodnioeuropejska:

-  Przykryta pokrywą mezozoiczną i kenozoiczną
-  Wyniesione fragmenty krystalicznego podłoża
-  Strefa Teisseyer'a-Tornquista

Paleozoiczne pasma fałdowe

-  Paleozoiczna platforma
-  Depresja waryscyjska
-  Wyniesione paleozoiczne jednostki

Alpejskie pasmo fałdowe



-  Zapadlisko przedkarpackie
-  Karpaty

Fig. 1. Rozmieszczenie uzdrowisk na tle jednostek geologicznych Polski (uproszczone - Słomka 2008)

Istotnym zadaniem w procesie przygotowania nowoczesnego produktu uzdrowskiego jest sprecyzowanie profilu klienta, odwiedzającego polskie uzdrowiska. Według danych Instytutu Turystyki w Krakowie najbardziej liczną grupą (średnia dla Polski) jest przedział wiekowy wahający się między 45-54 lata (ok. 28%), prawie równie liczna jest grupa kuracjuszy w wieku 55-65 lat (ok. 27%), trzecią najliczniejszą grupę stanowią osoby powyżej 65 roku życia, ok. 23%. Niewiele ponad 13% stanowią osoby w wieku 35-44 lata, a młodsze pokolenia to zaledwie 9% przyjezdnych. Analizując wykształcenie przyjezdnych ponad 42% osób posiada wykształcenie śred-

nie, ok. 41% wyższe, a zawodowe niecałkowicie 10%.

Cel przyjazdów do polskich uzdrowisk jest nie tylko leczniczy (24%), najczęstszą przyczyną przyjazdów jest: szeroko rozumiana profilaktyka (32%), wypoczynek (22%) oraz cel poznawczy stanowiący ok. 13% przyjazdów (Fig.2). Ważnymi źródłami informacji o uzdrowiskach są: lekarz kierujący na wyjazd (25%), internet (19%), rodzina, znajomi (12%), foldery, katalogi (8%). Wielu kuracjuszy wraca do miejsca, w którym już raz byli. Ponad 17% to klienci wielokrotni, opierający swój wybór na własnych doświadczeniach, wiedzy którą posiadają o danej miejscowości.

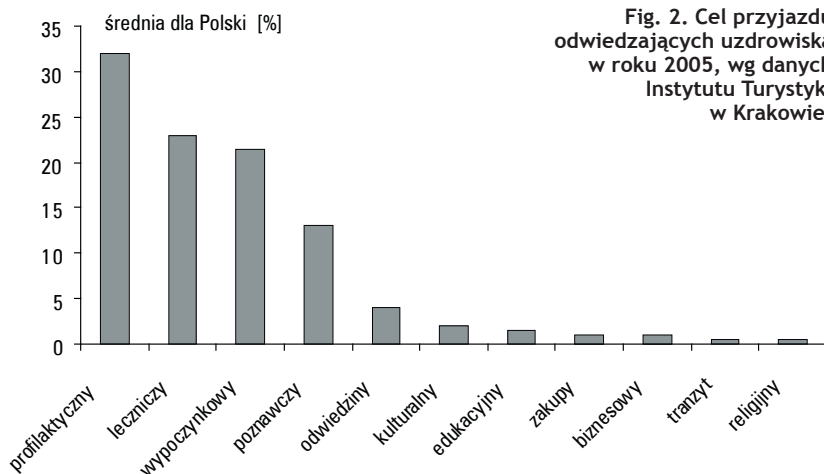


Fig. 2. Cel przyjazdu odwiedzających uzdrowiska w roku 2005, wg danych Instytutu Turystyki w Krakowie.

Dane te znajdują odzwierciedlenie w statystykach dotyczących ruchu turystycznego w małopolskich uzdrowiskach. Na podstawie zestawień MOT i danych GUS

wynika iż kuracjusze stanowią tylko część (czasem niewielką) ruchu turystycznego w polskich uzdrowiskach. Najliczniejszą grupą są odwiedzający, następnie turyści (Tab. 2)

miejsowość	Korzystający (wg GUS)	Odwiedzający	Turyści
Krynica Zdrój	150 462	579 386	458 681
Szczawnica	53 059	204 315	161 746
Rabka Zdrój	25 767	99 221	78 550
Piwniczna Zdrój	17 649	67 961	53 803
Wysowa	16 775	64 596	51 138
Muszyzna	14 491	55 801	44 176
SUMA	323 436	1 245 460	985 986

Tabela 2. Szacunki ruchu turystycznego w małopolskich uzdrowiskach w 2005 roku (na podstawie danych Małopolskiej Organizacji Turystycznej).

Dla wybranych uzdrowisk Małopolski wykonano ankietę, w wyniku której potwierdzono tendencje przedstawione powyżej (Kicińska 2008). O ile stosunek kobiet do mężczyzn wynosił 51:49, o tyle dominującą grupą wiekową są osoby z przedziału 45-54 lata (52%), w wieku 35-44 lata ankietowano 23% ogólnej liczby respondentów. Mieszkańcy miasteczek stanowili 44%, z dużych miast pochodziło 43% przyjezdnych, a z obszarów wiejskich zaledwie 13%. Główny cel przyjazdu został zadeklarowany jako: 42% kuracja uzdrowska, 19% wczasu- wypoczynek aktywny, 11% odwiedziny u krewnych, znajomych oraz interesy, sprawy zawodowe, 9% szkolenia, konferencje i 7% wycieczka do 3%. Z uwagi na ilość przewidywanych noclegów, osoby przyjezdne na kurację uzdrowską stanowiły najpoważniejszy segment klientów, ich pobyt trwał 21 dni (59%), 14 dni (36%) oraz 7 dni (5%). Około dwutygodniowe pobyty planował osoby deklarujące jako główny cel przyjazdu wypoczynek aktywny (56%). Pozostała grupa turystów wykupywała średnio 1-2 noclegi.

Wniosek wyływający z tej analizy jest ważny, ponad 50% ankietowanych przebywa na obszarze uzdrowiska ponad 14 dni. Są to pobyty długoterminowe. Gama zabiegów z jakich korzystają kuracjusze jest bardzo bogata: pijalnie wód mineralnych, baseny, spacery po parkach zdrojowych, zabiegi borowinowe, kąpiele lecznicze, natryski wodolecznicze, masaże wodne, inhalacje, gimnastyka oraz kinezyterapia. Do skorzystania z wymienionych zabiegów przyznała się co najmniej połowa z ankietowanych kuracjuszy. Ponad 50% z ogólnej liczby odwiedzających uzdrowiska (kuracjusze i turyści) deklarowało korzystanie z: pijalni, basenów i spacerów po parkach zdrojowych. Wszyscy ankietowani bardzo mocno podkreślali chęć korzystania z produktów ekoturystycznych, dodatkowych wycieczek turystycznych oraz imprez kulturalnych, np.: spektakli teatralnych, lotów widokowych, warsztatów edukacyjnych i innych.

Dla przykładu dla Szczawnicy podkreślano istnienie wystarczających i pełnych informacji na stronie internetowej i w przewodnikach. Mocno rozwinięta na tym terenie turystyka poznawcza oparta na bogactwach przyrodniczych, w postaci Pienińskiego Parku Narodowego, rezer-

watów przyrody, takich jak: Wysokie Skalki, Wąwóz Homole, Biata Woda, Zaskalskie - Bodnarówka jest silnym magnesem dla osób decydujących się na przyjazd do tej miejscowości. Natomiast brak jest informacji i wiedzy turystów na temat: pasjonującej historii geologicznej tego regionu, miocenkiego wulkanizmu w rejonie Szczawnicy i Krościenka, genezy wód mineralnych i poszukiwania złota oraz innych kruszców już od XV wieku.

Ciekawą i wartą przemyślenia jest nowa propozycja zagospodarowania turystycznego oparta na:

1. przebudowie przystani flisackiej, w duży pawilon edukacyjno-wystawienniczy, w którym każdy uczestnik spływu oglądnie film o historii geologicznej Pienin oraz o genezie przełomu pienińskiego oraz zapoznanie się z licznymi eksponatami;
2. umożliwieniu oglądnięcia filmu o wulkanizmie Pienin, na przykład w istniejących ośrodkach edukacji Pienińskiego Parku Narodowego, połączonego z wycieczką w miejsca gdzie miocenские wulkany zaznaczyły swoją obecność;
3. opracowaniu wycieczki terenowej opowiadającej historię geologiczną, która rozegrała się na dnie morza jurajskiego;
4. wyjaśnieniu kuracjom skąd się wzięły tutejsze wody mineralne i jak należy je wykorzystywać;
5. wykorzystaniu historii związanej z poszukiwaniem złota i srebra dla zorganizowania zabawy polegającej na płukaniu złota w okolicach góry Jarmuty, w której do dziś zachowane są sztolnie z okresu poszukiwań cennych kruszców;
6. wykorzystaniu wód geotermalnych dla celów zdrowotnych i rekreacyjnych, pomysłem wartym skopiowania od naszych południowych sąsiadów.

Podobną listę propozycji można przygotować dla każdego polskiego uzdrowiska. Rozwój i popularyzacja turystyki poznawczej, przyrodniczej pozwala na zaspokojenie oczekiwań współczesnego klienta uzdrowisk niezależnie od tego czy jest on kuracjuszem czy turystą. Nowe formy zagospodarowania polegające na tworzeniu tras geoturystycznych, geoparków, popularyzacji turystyki kulturowej,

kulinarnej, ekoturystyki pozwolą na opracowanie i konstruowanie nowoczesnego produktu uzdrowskiego (Kicińska-Świdowska & Słomka 2004a, 2004b, *Zintegrowany program*..2005). Produktu, który:

- wykorzystuje naturalne bogactwa przyrodnicze,
- gwarantuje ekologiczny charakter oferty,
- umożliwi poprawę zdrowia, kondycji i samopoczucia klienta.

Współczesny rynek uzdrowski jest niewątpliwie bardzo wymagający, silnie zróżnicowany i dynamicznie rozwijający się. Nieustanne podnoszenie jakości usług i standardu polskich uzdrowsk powoduje, iż z rynku krajowego przekształca się on w rynek międzynarodowy (Rapacz 2004, Wołowicz 2003). Obecnie około 2% przyjezdnych cudzoziemców deklaruje jako główny cel przyjazdu właśnie pobyt w polskich uzdrowskach. Należy dołożyć starań aby zwiększyć tę liczbę, głównie poprzez przygotowanie nowoczesnego produktu uzdrowskiego, odpowiadającego na wszystkie potrzeby współczesnego turysty-kuracjusza.

#### LITERATURA:

Madeyski A. 1998. *Charakterystyka polskich uzdrowsk*. [W:] *Uzdrowski Produkt turystyczny*. Centrum Edukacji Kadr Turystycznych w Krakowie, Instytut turystyki w Krakowie.

Kicińska A. 2008. *Wykorzystanie walorów przyrody nieożywionej w turystyce uzdrowskiej na przykładzie uzdrowsk Beskidu Śląskiego*. [W:] *Wiatr I. & Marczak H. (red.) Uwarunkowania ekorozwoju turystyki i rekreacji (ze szczególnym uwzględnieniem gospodarowania i zarządzania środowiskiem)*. Lublin, PTIE. Wyd. Nauk. G. Borowski. 81-89.

Kicińska-Świdowska A. 2006. *Development of ecotourism in the Beskid Śląski Mts*. [W:] *Wagner A., Dobrowolski J. W. (eds.) EURO-ECO 2006 11th inter. Conf.: Interdisciplinary co-operation for the sustainable development of historical cities and protected areas perspectives of sound tourism*: Kraków. 45.

Kicińska-Świdowska A. 2006. *Ochrona zasobów przyrody nieożywionej w świetle koncepcji turystyki zrównoważonej*. [W:] *Dudkiewicz D., Midura F., Wysocka E. (red.) Turystyka i rekreacja jako czynnik podnoszenia atrakcyjności i konkurencyjności*. Warszawa: AlmaMer Wyższa Szkoła Ekonomiczna. 59-67.

Kicińska-Świdowska A. & Słomka T. 2004. *Projektowanie tras geoturystycznych*. *Folia Turistica*. 15. 179-184.

Kicińska-Świdowska A. & Słomka T. 2004. *Rola społeczności lokalnej w należyłym utrzymaniu zasobów przyrody nieożywionej*. [W:] *Kształtowanie jakości produktu turystycznego regionu z zachowaniem rozwoju zrównoważonego: praca zbiorowa (red. nauk.) Gołembski G. [et al.]; Gremium Ekspertów Turystyki*. 295-299.

Kicińska-Świdowska A. & Słomka T. 2006. *The eco-tourist product of the Beskid Śląski Mts*. *Polish Journal of Environmental Studies*. 15. 5C. 76-78.

Międzyresortowy Zespół ds. aktywacji społeczno-gospodarczej uzdrowsk. *Zintegrowany program rozwoju uzdrowsk ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych*. Warszawa. 2005.

Osóbka P. 2003. *Podróże do uzdrowsk*. *Almanach Muszyny*. 81-90.

Rapacz A. 2004. *Problem przywództwa jako wstęp do kształtowania jakości produktu turystycznego - ujęcie teoretyczne i praktyczne*. [W:] *Kształtowanie jakości produktu turystycznego regionu z zachowaniem rozwoju zrównoważonego: praca zbiorowa (red. nauk.) Gołembski G. [et al.]; Gremium Ekspertów Turystyki*. 133-140.

Słomka T. 2008. *Geodiversity of Poland*. *Przeгляд Geologiczny*, vol. 56, nr 8/1. 584-587.

**Ustawa o lecznictwie uzdrowskowym, uzdrowskach i obszarach ochrony uzdrowskiej oraz o gminach uzdrowskowych**, z dnia 28 lipca 2005. *Dz. U. Z 2005r, Nr 167, poz. 1399*.

**Wołowicz T. 2003. Konkurencyjność polskich uzdrowsk i lecznictwa uzdrowskiego w warunkach integracji z Unią Europejską**. *Biuletyn Informacyjny*, 1-2, SGURP, Jedziemy do Wód. 68-78.

**dr DIANA DRYGLAS**  
Katedra Turystyki i Promocji Zdrowia  
Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa w Katowicach

# **INNOWACJE PRODUKTOWE TURYSTYKI UZDROWISKOWEJ**

## Wstęp

W dobie stale rosnącej konkurencji, zmieniających się rynków i technologii, przedsiębiorstwa i miejscowości uzdrowiskowe, które chcą przetrwać i odnieść sukces na rynku krajowym i międzynarodowym powinny wprowadzić innowacje produktowe. Rozwój innowacji produktowych stanowi szansę umacniania przez przedsiębiorstwa i miejscowości uzdrowiskowe swej pozycji na rynku, zdobywania nowych rynków zbytu oraz osiągania przewagi konkurencyjnej.

### 1. Pojęcie innowacji produktowych w uzdrowiskach<sup>1</sup>

W przypadku kształtowania innowacji produktowych turystyki uzdrowiskowej korzystnym zjawiskiem jest występowanie obok siebie różnych produktów turystycznych i uzdrowiskowych w strukturze asortymentowej, które uzupełniają się wzajemnie stanowiąc całość. Kuracjusze i turysta ma w związku z tym możliwość zaspokojenia potrzeb związanych z wypoczynkiem i poprawą zdrowia oraz korzystania w znacznie większym stopniu z komplementarnego produktu turystyki uzdrowiskowej. Komplementarność produktu turystyki uzdrowiskowej świadczy o szerokim zakresie działań innowacyjnych w obszarze aktywności nie tylko przedsiębiorstw uzdrowiskowych czy związanych z turystyką, ale także samorządów terytorialnych.

Innowacje produktowe mogą być stosowane zamiennie z pojęciem „nowy produkt”.

W literaturze przedmiotu zauważa się wiele interpretacji pojęcia „nowego produktu”.

Terminem nowy produkt najczęściej określa się<sup>2</sup>:

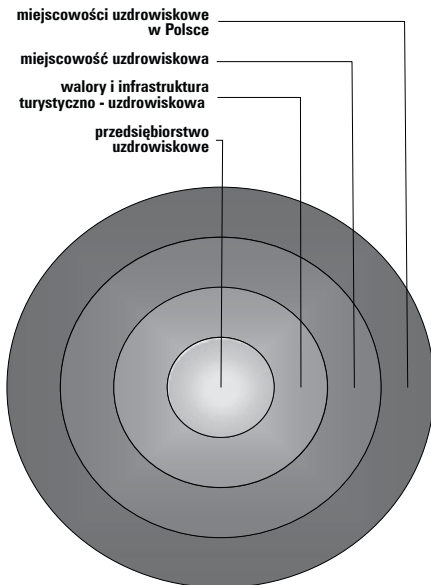
- „całkowicie nowy produkt, dotychczas nie istniejący na rynku (całkowita nowość),
- nowy produkt będący modyfikacją istniejącego już produktu (modyfikacja),
- produkt nowy na danym rynku, istniejący wcześniej na innych rynkach”.

Produkt turystyki uzdrowiskowej nie jest „budowany od podstaw” lecz wymaga pewnych modyfikacji poszczególnych produktów składających się na całościowy

produkt turystyki uzdrowiskowej i wzbogacenia o nowe produkty istniejące bądź nieistniejące na innych rynkach.

W tym kontekście innowacje produktowe mają szeroki zakres, dotycząc kilku warstw w strukturze szeroko rozumianego produktu turystyki uzdrowiskowej (rys. 1).

Rys. 1. Struktura produktu turystyki uzdrowiskowej



Źródło: opracowanie własne.

Pierwszą warstwę produktu turystyki uzdrowiskowej stanowią przedsiębiorstwa uzdrowiskowe tworzące innowacje produktowe w postaci usług czy pakietów usług (impresa turystyczna). Z kolei w obrębie walorów i infrastruktury turystyczno-uzdrowiskowej można wyróżnić innowacje odnoszące się do bardziej złożonych kategorii produktów takich, jak: wydarzenie, obiekt czy szlak. Innowacje produktowe możliwe do realizacji w ramach dwóch wcześniejszych warstw złożą się na innowacje produktowe dostępne na terenie uzdrowiska. Natomiast wyodrębnione innowacje produktowe w obrębie poszczególnych uzdrowisk złożą się na innowacje produktowe wszystkich uzdrowisk w Polsce. Pozwoli to na stworzenie silnej marki produktu turystyki uzdrowiskowej i wy-



różnienie go na krajowym, europejskim i światowym rynku usług turystyki uzdrowiskowej.

Proces innowacji produktowych nie ma miejsca w izolacji lecz we współdziałaniu z innymi elementami takimi, jak:

- orientacja marketingowa samorządów lokalnych oraz gospodarczych podmiotów turystycznych i uzdrowiskowych,
- współpraca podmiotów uczestniczących w kształtowaniu innowacji produktowych turystyki uzdrowiskowej,
- zaawansowane technologie informacyjno-komunikacyjne (ICT),
- zarządzanie jakością usług w uzdrowiskach,
- kształcenie i szkolenie kadry w uzdrowiskach.

Podejście marketingowe traktujące określony obszar czy miejscowość, jako produkt, jest szczególnie istotne dla właściwego definiowania i kształtowania produktu turystycznego w ujęciu przestrzennym. Jest to pojęcie, które powstało w konsekwencji rozwoju marketingu miejsc, określanego w literaturze angielskiej mianem „marketing places”, zwany w języku polskim marketingiem terytorialnym. Marketing ten powinien opierać się na określonej sieci powiązań i właściwych relacjach oraz wszechstronnym dialogu między władzami lokalnymi, regionalnymi i centralnymi, mogącymi wspierać proces rozwoju lokalnej gospodarki turystycznej (w tym infrastruktury turystycznej wzbogacającej ofertę miejscowości uzdrowiskowych), a przedsiębiorstwami turystycznymi i uzdrowiskowymi oraz organizacjami samorządu gospodarczego w turystyce, mieszkańcami tego obszaru i podmiotami zewnętrznymi (np. sąsiednimi gminami mającymi atrakcyjną ofertę dóbr turystycznych czy jednostkami naukowo-badawczymi). Można zatem stwierdzić, iż osią marketingu terytorialnego powinien być marketing relacji<sup>3</sup>. Marketing relacji oznacza zatem budowanie wzajemnie korzystnych, opartych na zaufaniu, długotrwałych stosunków i więzi między stronami, co obniża koszty zawierania transakcji i oszczędza czas. W koncepcji marketingu relacji istotna jest wzajemna wymiana wartości zarówno o charakterze materialnym, jak i niematerialnym.

Niezwykle ważnym czynnikiem wpływającym na powodzenie całego procesu tworzenia innowacji produktowych jest współpraca wszystkich wyżej wymienionych podmiotów, która powinna polegać na wzajemnym wspieraniu się. Ta grupa wspólnie powinna wypracować innowacyjny i konkurencyjny produkt oraz starać się o środki na jego przygotowanie, wzbogacenie, inwestycje i promocję. Jest to szczególnie ważne w przypadku produktu oferowanego przez pewien obszar, który wymaga koordynacji i wysiłku wszystkich podmiotów partycypujących w jego tworzeniu w zakresie:

- implementacji zaawansowanych technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT),
- wprowadzenia zarządzania jakością usług w uzdrowiskach,
- kształcenia i szkolenia kadry w uzdrowiskach.

Zgodnie z istniejącymi tendencjami w krajach europejskich na organach władzy państwowej na szczeblu centralnym i terytorialnym powinno spoczywać przede wszystkim zadanie tworzenia warunków, pobudzania i rozwoju innowacyjności i konkurencyjności przedsiębiorstw turystycznych i uzdrowiskowych.

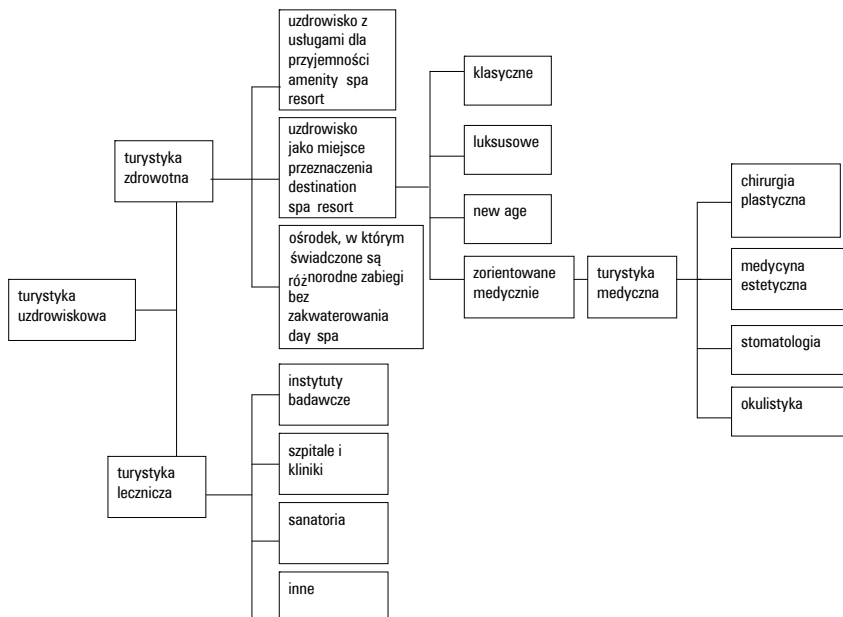
„Obserwując procesy kooperacji krajów Europy Zachodniej, należy przypuszczać, że pożądaną formą powiązań między przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi powinna być kooperacja w układzie horyzontalnym (wśród przedsiębiorstw jednego sektora). Rzeczywistość gospodarcza pokazuje, że konkurencja nie wyklucza kooperacji między przedsiębiorstwami należącymi do tego samego sektora. Współpraca umożliwi bowiem wzrost siły konkurencyjnej uczestniczących w niej przedsiębiorstw, gdyż oznacza łączenie na zasadach synergii i komplementarności wybranych zasobów i kompetencji”<sup>4</sup>. Co więcej, lokalna koncentracja związków kooperacyjnych przyczynia się do wzrostu specjalizacji i konkurencyjności danego obszaru.

Zakres pojęciowy turystyki uzdrowiskowej w ujęciu przestrzennym odnosi się do uzdrowiska. Ze względu na dwie podstawowe funkcje pełnione przez uzdrowiska (lecniczą i turystyczną) w ramach turystyki uzdrowiskowej można wyróżnić, biorąc pod uwagę funk-

cję leczniczą, turystykę leczniczą, która związana jest z nurtem tradycyjnym odnoszącym się do osób chorych oraz biorąc pod uwagę funkcję turystyczną, wy-

różnia się turystykę zdrowotną związaną z kolei z nurtem nowoczesnym, a więc profilaktyką zdrowotną opartą na filozofii *spa i wellness* (rys. 2).

**Rys. 2. Model typów uzdrowisk i ich podział ze względu na świadczone w nich usługi**



Źródło: opracowanie własne na podstawie S.E. Spivack: *Health spa development in the US: A burgeoning component of sport tourism* [w:] *Journal of Vacation Marketing* 1998, vol.4 no.1, s. 70s.

## 2. Innowacje produktowe turystyki uzdrowskowej oparte na wiedzy

Zmodyfikowane i nowe propozycje rynkowe pozwalają przyciągnąć większe rzesze kuracjuszy i turystów do uzdrowisk. Odpowiedź na oczekiwanie nowych przeżyć zmusza przedsiębiorstwa i uzdrowiska do oferowania coraz ciekawszych, niekiedy wyjątkowych możliwości osiągnięcia satysfakcji z pobytu w uzdrowiskach. Oferowanie nietypowych produktów turystycznych i uzdrowskowych, wywołujących pozytywny efekt zaskoczenia, jest szczególnie istotne, gdy obok siebie egzystują podobne uzdrowiska, charakteryzujące się pokrewnymi walorami turystycznymi, sprzyjającymi uprawianiu tych samych form turystyki.

Rozwój innowacji produktowych, które przyczyniają się do kreowania wartości dla klienta i w związku z tym do sukcesu przedsiębiorstwa czy uzdrowiska na rynku, jest efektem wykorzystania wiedzy o klientach odwiedzających uzdrowiska obecnie i w przyszłości, konkurencji i trendach turystyki uzdrowskowej.

Główną przyczyną zapotrzebowania na działania innowacyjne jest zmienność w czasie motywacji człowieka. To właśnie motywy podejmowania podróży do uzdrowisk z jednej strony decydują o formach i sposobach spędzania wolnego czasu, z drugiej zaś strony są źródłami koncepcji nowych produktów turystycznych i uzdrowskowych, lepiej zaspokajających potrzeby kuracjuszy i turystów. Istotny wkład w rozwój innowacji produktowych ma stała ocena aktualnej sytuacji

cji rynkowej. Wiedza na temat już oferowanych produktów w uzdrowiskach, segmentów rynku do jakich są kierowane oraz sposobów ich sprzedaży ułatwia tworzenie innowacji produktowych w uzdrowisku. Ponadto znajomość istniejących tendencji turystyki uzdrowiskowej pozwala na stworzenie innowacyjnych produktów turystyki uzdrowiskowej w Polsce poprzez ich konfrontację z produktami turystyki uzdrowiskowej znajdującymi się na świecie.

Wyróżnia się następujące trendy turystyki uzdrowiskowej:

- edukacja prozdrowotna społeczeństwa,
- profilaktyka zdrowotna,
- indywidualizacja i specjalizacja produktów,
- turystyka medyczna,
- turystyka spa i wellness,
- nawiązanie do tożsamości regionalnej,
- ekologiczna polityka.

Wiedza społeczeństwa na temat dbałości o zdrowie w obecnej rzeczywistości przepelnionej ciągłym stresem, napięciem oraz zanieczyszczonym środowiskiem jest niezbędnym elementem edukacji na szczeblu podstawowym, średnim i wyższym. Zdrowie, które zostało i może zostać zużyte poprzez niekorzystne warunki życia współczesnego człowieka uczestniczącego w ciągłym rozwoju cywilizacyjnym jest wartością droższą niż życie człowieka, którą należy obdarzyć specjalną atencją. Stąd też we współczesnej cywilizacji coraz częściej występuje znaczące zapotrzebowanie na regenerację sił fizycznych, psychicznych i duchowych. Coraz więcej osób, które nie mają jeszcze konkretnych zmian chorobowych odczuwa potrzebę czasowej zmiany miejsca i stylu życia w celach profilaktycznych. Profilaktyka zdrowotna to domena, którą cywilizowany świat uznał za przyszłość lecznictwa. Wynika to przede wszystkim z zagrożeń człowieka XXI wieku chorobami cywilizacyjnymi.

Wyróżnia się profilaktykę pierwotną obejmującą ludzi zdrowych, lecz zagrożonych czynnikami szkodliwymi, a profilaktykę wtórną stosuje się u ludzi już przewlekłe chorych, aby zapobiec dalszemu postępowi choroby. W dzisiejszych czasach widoczne są zmiany potrzeb konsu-

mentów i nowe, profilaktyczne podejście do zagadnień związanych ze zdrowiem wynikające z chęci posiadania atrakcyjnego wyglądu i wydłużania życia. Profilaktyce zdrowotnej towarzyszy nastawienie na indywidualnego klienta i specjalizacja przy tworzeniu produktów turystyki uzdrowiskowej w różnych kategoriach dla określonego segmentu rynku jak, np. tematyczne pakiety usług dla kobiet w ciąży, dla nowożeńców, rodzin, nastolatków, mężczyzn, singli itp. Wśród produktów specjalistycznych na uwagę zasługują turystyka medyczna, która zyskuje na znaczeniu. Koncepcja turystyki medycznej wiąże się ze świadczeniem usług w zakresie chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej, stomatologii i okulistyki. Przenikanie się medycyny i kosmetologii można coraz częściej zaobserwować w uzdrowiskach. Ponadto coraz więcej Polaków, na różne sposoby, dąży do osiągnięcia harmonii między ciałem, umysłem i duszą wykazując dbałość o swój wygląd, estetykę ciała i dobre samopoczucie psychofizyczne. Tradycyjne metody lecznicze oparte na naturalnych zasobach leczniczych stosowane w uzdrowiskach poszerzane są o nowe usługi głównie pielęgnacyjne i związane z *remise en forme* (odzyskanie formy) jak mówią Francuzi oraz te zapewniające dobry stan psychofizyczny. O turystyce *spa i wellness* w uzdrowiskach mówi się jak o wypoczynku przyszłości, połączonym ze stosowaniem kosmetyków i zabiegów opartych na naturalnych surowcach leczniczych licznie występujących w uzdrowiskach polskich. Większość proponowanych produktów w uzdrowiskach krajów Europy Zachodniej opartych jest na programach *spa i wellness* będących filozofią czy stylem życia, które pozwalają osiągnąć równowagę psychofizyczną człowieka.

*Spa i wellness* stanowi interakcję pomiędzy ciałem, duszą i umysłem, a więc elementami określającymi człowieka w sposób holistyczny. Należy mieć świadomość, że to wszystko co robimy i czujemy, o czym myślimy, i w co wierzymy ma wpływ na nasz stan zdrowia. *Spa i wellness* jest nie mającym końca procesem, rozwijającą się świadomością tego, że zdrowie i szczęście możliwe są do osiągnięcia w każdym momencie życia, tu i teraz. *Spa i wellness* mieści w sobie zabiegi, aktywności, zachowania i nastawienia, które po-

prawiają jakość życia i przyczyniają się do jego przedłużenia.

### 3. Przykłady innowacji produktowych w uzdrowiskach

Innowacje produktowe w uzdrowiskach powinny nawiązywać do profilaktyki zdrowotnej związanej ze stosowaniem filozofii *spa* i *wellness*. Wśród innowacji produktowych na terenie uzdrowiska na uwagę zasługuje obiekt *spa*, który jest czymś więcej niż tylko obiektem spełniającym funkcjonalne kryteria. To również pewna idea i filozofia, która realizowana jest dzięki aktywności na wielu polach.

Wiele obiektów *spa* inspirowanych tradycjami Dalekiego Wschodu pojawia się na polskim rynku usług turystycznych. Czy jest to jedyny sposób na stworzenie innowacyjnego ośrodka *spa* w uzdrowisku? A może warto sięgnąć po lokalne czy regionalne tradycje? Obiekty *spa* w polskich uzdrowiskach powinny nawiązywać do tożsamości lokalnej czy regionalnej obszaru na, którym znajduje się obiekt. Nie ma dwóch takich samych uzdrowisk. Każde miejsce ma jakąś swoją historię, legendę, opowieść, którą można efektywnie wykorzystać tworząc silną markę obiektu *spa*. Można wykorzystać tradycje regionu lub charakter miejsca do stworzenia *spa*, którego oferta wcale nie musi być pozbawiona tzw. swojego charakteru wynikającego z przyjętej filozofii funkcjonowania. Nie zawsze bowiem trzeba poszukiwać rozwiązań dosłownych, ale subtelnych, nawiązujących do cech i charakteru miejsca. Wówczas możemy wykorzystać siłę różnych tradycji nie pozbawiając obiektu własnej tożsamości. Rzetelna dawka informacji na temat uzdrowiska jest w stanie zainspirować nas do przygotowania obiektu. W tym celu warto prześledzić lokalne kroniki, dowiedzieć się jakie gatunki flory i fauny występują w okolicy, poszukać lokalnych twórców i zapoznać się z ich twórczością. Jednym słowem spróbować zastanowić się nad tożsamością miejsca. Wprowadzenie elementów lokalnych czy regionalnych może odbywać się na kilku poziomach:

1. Mogą pojawić się jako elementy tożsamości wizualnej, na którą składa się m.in. nazwa obiektu i jego znak graficzny (logotyp). Dzięki niemu nasi klienci będą mogli budować

sobie obraz obiektu już na etapie pierwszego kontaktu. W Polsce bardzo rzadko inwestorzy decydują się na takie rozwiązania, ponieważ profesjonalnych firm zajmujących się tzw. identyfikacją wizualną nie jest aż tak dużo, a usługi tego rodzaju nie należą do najtańszych. Dlatego przeważnie zleca się je w najlepszym razie grafikom, a nie zawodowym projektantom, którzy potrafią przygotować całe systemy identyfikacji. Tymczasem kiepska nazwa i znak nie odpowiadający filozofii miejsca może w dużym stopniu utrudnić dotarcie z odpowiednim przekazem marketingowym.

2. Produkcja kosmetyków stosowanych w obiektach *spa* powinna opierać się na bogactwach naturalnych uzdrowisk czy regionu, w którym się znajduje. Jeżeli w uzdrowisku znajdują się np. pola kukurydzy, to po prostu wprowadźmy kukurydzę do oferty zabiegowej ośrodka.
3. Kolejny poziom, na którym warto wprowadzić elementy lokalne i regionalne to zabiegi pozostające w zgodzie z ideą powrotu do natury oparte na filozofii *spa* i *wellnes*. Można stworzyć pakiety, w których część zabiegów będzie typowo regionalna, a drugą część będą stanowić zabiegi tradycyjne. Odpowiednie aromaty z ziół występujących w uzdrowisku mogą wzbogacić pobyt w saunie i łaźniach. Zwykle mają one doskonałe właściwości inhalacyjne. Warto też wykorzystać naturalną przestrzeń dookoła obiektu i wyprowadzić część zabiegów na świeżym powietrzu.
4. Warto stworzyć specjalne dania nawiązujące do kuchni regionalnej, w ramach których można proponować np. deser wywodzący się z tradycji danego miejsca. Nie muszą to być potrawy drogie czy wymyślne, wręcz przeciwnie - powinny być proste i szybkie w przygotowaniu.
5. Nie chodzi o robienie z obiektu *spa* skansenu etnograficznego. Czasami wystarczą proste rozwiązania: odpowiednia kolorystyka, oświetlenie, zapach, dobór materiałów wy-

kończeniowych związanych z regionem, subtelne lokalne elementy dekoracyjne, zdjęcia miejscowych krajobrazów itp., co złoży się na specyficzną dla danego uzdrowiska aranżację wnętrza.

6. Obiekty *spa* w uzdrowiskach nie powinny odstawać od regionu pojmowanego jako całość. Czyli od mieszkających w nim ludzi, ich kultury, panujących tradycji, zwyczajów, klimatu i warunków naturalnych okolicy. Wszystkie te elementy powinny tworzyć niezwykłą i unikatową całość i harmonizować z otoczeniem.

Takie przejawy innowacji produktowych są już w Polsce podejmowane i warto przy tej okazji wspomnieć o masażu wykonywanym jabłkiem w hotelu w Starych Jabłonkach. Regionalny charakter lokalizacji będzie też podkreślał Głębozczek Vine Resort & SPA położony na Pojezierzu Brodnickim, gdzie oprócz kompleksowej oferty opartej na luksusowej winoterapii, ważnym elementem oferty będą też Łaźnie Brodnickie. Klienci będą mogli w nich zażywać kąpiele inhalacyjnych, połączonych z nakładaniem lokalnego torfu i masażem na oleju z esencjonalnym olejami eterycznymi z lokalnych ziół. Ciekawy punkt na mapie obiektów *spa* stanowi również wrocławskie Tołpa SPA koncentrujące się całkowicie na zabiegach borowinowych, czy Jelenia Struga SPA Resort w Kowarach wykorzystujące m.in. terapie radonem i stosujące wodę antyoksydacyjną. Na uwagę zasługuje również SPA Hotel Diament w Ustroniu, który oferuje kąpiele piwne.

Nawiązanie do walorów przyrodniczych i antropogenicznych w tworzeniu innowacji produktowych w uzdrowisku nieodłącznie wiąże się z prowadzeniem tam ekologicznej polityki. Przejawem zachowań proekologicznych powinno być m.in. segregowanie odpadów, rezygnacja w znacznej części z używania jednorazowych produktów (np. kapci), czy plastikowych butelek. Obiekty uzdrowiskowe powinny posiadać urządzenia ograniczające zużycie wody, instalacje energooszczędne i świetlówki. Jako środków czystości powinny używać tylko detergentów ulegających biodegradacji. Co więcej uzdrowiska powinny się angażować dodatkowo w pro-

gramy ochrony środowiska, szczególnie dotyczące otaczającego je regionu. Poza faktem, że działania te służą dobru środowiska, w bazie którego uzdrowiska mogą tworzyć swoje innowacje produktowe i całej społeczności, mają także wymierne rezultaty marketingowe i finansowe. Uzdrowiska powinny starać się także zwiększyć świadomość ekologiczną wśród społeczności lokalnej oraz kuracjuszy i turystów. W ramach akcji rozpowszechniania świadomości o problemach związanych ze środowiskiem można promować przyjazne środowisku potrawy.

## Podsumowanie

Istotną rolę w dziedzinie podnoszenia stanu zdrowia i profilaktyki społeczeństwa odgrywają uzdrowiska, w których działalność uzdrowiskowa, jako działalność z pogranicza turystyki i usług leczniczych ma jeden z największych potencjałów rozwojowych w Polsce i bogatą tradycję historyczną.

## Bibliografia

Dryglas D., *Kształtowanie produktu turystycznego uzdrowisk w Polsce*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

Kornak A.S., Rapacz A., *Zarządzanie turystyką i jej podmiotami w miejscowości i regionie*, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2001.

Pięrszcionek Z., *Strategia konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa 2003, s. 428-429 cyt. za *Monitoring konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw w procesie integracji ekonomicznej z Unią Europejską*, red. M. Bednarczyk, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2003.

Spivack S.E., *Health spa development in the US: A burgeoning component of sport tourism [w:] Journal of Vacation Marketing 1998*, vol.4 no.1.

*Zarządzanie nowym produktem*, red. A. Sosnowska, SGH, Warszawa 2000.

## Przypisy

1. W dalszej części pracy przy używaniu terminu uzdrowisko, autorka będzie rozumiała miejscowość uzdrowiskową.
2. *Zarządzanie nowym produktem*, red. A. Sosnowska, SGH, Warszawa 2000, s. 47.
3. A.S. Kornak, A. Rapacz, *Zarządzanie turystyką i jej podmiotami w miejscowości i re-*

gionie, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2001, s. 187.

4. Z. Pięrcionek, *Strategia konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa 2003, s. 428-429 cyt. za *Monitoring konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw w procesie integracji ekonomicznej z Unią Europejską*, red. M. Bednarczyk, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2003, s. 101.

dr MAŁGORZATA JANUSZEWSKA, ELŻBIETA NAWROCKA  
Katedra Marketingu i Zarządzania Gospodarką Turystyczną,  
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

# WPŁYW WIEDZY NA INNOWACYJNOŚĆ PRZEDSIĘBIORSTW UZDROWISKOWYCH

## 1. Wstęp

W czasach gwałtownych zmian nic nie jest dane raz na zawsze. Współczesna gospodarka podlega ciągłym przeobrażeniom a wraz z nią zmieniają się pojęcia, paradygmaty, modele i teorie. Współcześni menadżerowie podmiotów gospodarki turystycznej często zapominają słynne sformułowanie Heraklita, że „Dwa razy nie wejdziesz do tej samej wody, bo inne wody nąptyną”, które powinno zwracać im uwagę, że odtwórcze powielanie rzeczywistości, zapożyczanie schematów z granicznych, nie zawsze przydatnych w polskich realiach, nie daje oczekiwanych rezultatów. Nawet znane i cenione przedsiębiorstwa uzdrowskowe, pomimo chlubnej przeszłości ulegają degradacji społecznej i ekonomicznej, jeśli nie są zorientowane na przyszłość poprzez tworzenie nowych rozwiązań, dopasowanych do współczesnych wyzwań.

Konkurencja wymaga od przedsiębiorstw ciągłej innowacyjności i koncentracji na działalności o wysokim wkładzie wiedzy. Z tego powodu w centrum zainteresowania powinny znajdować się innowacje jako źródło poprawy konkurencyjności przedsiębiorstw. Zdolność do tworzenia i absorpcji wiedzy warunkuje wytwarzanie innowacyjnych procesów i unikatowych produktów oraz stanowi najważniejszy czynnik konkurowania we współczesnej gospodarce.

Celem artykułu jest wskazanie na niezbędność zarządzania wiedzą w kształtowaniu działań innowacyjnych przedsiębiorstwa uzdrowskowego. Źródłem informacji jest analiza literatury przedmiotu oraz wyniki badań ankietowych.

## 2. Zarządzanie innowacjami w przedsiębiorstwie uzdrowskowym

Na ogół tak wśród teoretyków, jak i praktyków panuje zgoda, że obecnie jednym z kluczowych czynników konkurencyjności przedsiębiorstw są innowacje. Za prekursora ekonomicznego ujęcia innowacji uważa się Josepha A. Schumpetera, który określił innowację jako:

- wprowadzenie do produkcji wyrobów nowych lub też udoskonalenie dotychczas istniejących, wprowadzenie nowej lub udoskalonej metody produkcji,
- otwarcie nowego rynku,

- zastosowanie nowego sposobu sprzedaży lub zakupów,
- zastosowanie nowych surowców lub półfabrykatów, wprowadzenie nowej organizacji produkcji<sup>1</sup>.

Należy zaznaczyć, że współczesnie w literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele definicji opisujących zjawisko innowacji. Ich różnice wynikają głównie z odmiennego spojrzenia teoretyków na stopień nowości i obszar wdrażanych zmian, a także na ich oddziaływanie na przedsiębiorstwo, rynek czy mezosystemy gospodarcze. Przyjmuje się, że *innowacje* są to twórcze zmiany w systemie społecznym, w strukturze gospodarczej, w technice oraz przyrodzie. W wąskim znaczeniu innowacja jest zmianą w metodach wytwarzania i produktach bazująca na nowej lub nie wykorzystywanej dotychczas wiedzy<sup>2</sup>. Sugerowana przez OECD definicja uznaje za innowację każdą zmianę (zawierającą element nowości) w produktach i procesach, wdrożoną w przedsiębiorstwie<sup>3</sup>. Innowacje traktuje się z jednej strony jako za rezultat produkcji wiedzy, postępu naukowo-technicznego, jako element zasobów niewidocznych<sup>4</sup> a z drugiej strony jako czynnik rozwoju.

Schumpeter i inni teoretycy kształtowali teorie innowacji charakterystyczne dla przedsiębiorstw przemysłowych, jednak działalność usługowa wymaga odmiennego podejścia. Innowacja usługowa to efekt procesu zmian wprowadzonych w obszarze usług. Charakteryzuje się wysokim pierwiastkiem niematerialności, zaangażowaniem czynnika ludzkiego, wysokim wpływem czynników zewnętrznych i ludzkich oraz wynikającą z tego niejednorodnością procesu świadczenia usługi<sup>5</sup>.

Na kluczową rolę innowacji w osiągnięciu pozycji konkurencyjnej zwrócił uwagę M. Porter<sup>6</sup>. Również G. Hamel i C. K. Prahalad twierdzą, iż wykreowanie w przedsiębiorstwie kluczowych kompetencji pozwala zdobyć długotrwałą przewagę konkurencyjną. Źródłem kluczowych kompetencji są nie tyle nowe technologie, co nowe koncepcje zaspokajania potrzeb odbiorców<sup>7</sup>. W sensie społecznym, nie zawsze innowacje mają wymiar pozytywny. Mogą przyczyniać się do znacznej redukcji zatrudnienia, mogą prowadzić do zamykania rynków, degradacji środowiska i walorów turystycznych, niszczenia przed-



siębiorstw czy produktów. Z innowacjami łączą się terminy innowacyjności i działań innowacyjnych, co wymaga wyjaśnienia.

Za innowacyjne zwykle uważa się firmy, które przeznaczają na tę działalność znaczne nakłady finansowe, stale wprowadzają innowacje na rynek i mają dużo nowości w wolumenie produkcji i usług<sup>8</sup>.

Przez *innowacyjność* rozumiemy<sup>9</sup>:

- Skłonność do nowatorstwa,
- Zdolność do tworzenia nowych i modernizowania istniejących produktów i procesów technologicznych, nowych systemów organizacji i zarządzania oraz wprowadzanie innych twórczych i imitacyjnych zmian w podsystemach systemu globalnego społeczeństwa,
- Zdolność adoptowania osiągnięć naukowo-technicznych,
- Motywację przedsiębiorców do ustawicznego poszukiwania nowych koncepcji, pomysłów i wynalazków.

Jeśli przyjmiemy, że innowacyjność jest podstawą oceny zdolności konkurencyjnej to można ją definiować jako umiejętność efektywnej alokacji zasobów przedsiębiorstwa dla ukształtowania optymalnej konfiguracji przewag konkurencyjnych.

*Działanie innowacyjne* to świadoma forma aktywności człowieka mająca na celu zastosowanie innowacji. Inaczej jest to proces obejmujący czynności związane z kreowaniem pomysłu, powstania innowacji a następnie wdrożenie nowego (lub ulepszanego) produktu, procesu lub organizacji. Działania innowacyjne = koncepcja teoretyczna + innowacja + eksploatacja komercyjna.

Współczesne przedsiębiorstwa uzdrowiskowe skazane są na uczestnictwo w procesie zmian dokonujących się w ich otoczeniu. Podstawową cechą nowoczesnego przedsiębiorstwa powinna zatem być zdolność permanentnego przystosowywania się do zmian i umiejętność wykorzystywania ich, co oznacza ciągłą gotowość do wdrażania innowacji. Innowacyjność przedsiębiorstw uzdrowiskowych zależy od wielu czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Do grupy czynników wewnętrznych, nazywanych niekiedy kapitałem innowacyjnym<sup>10</sup>, należy zaliczyć poziom kapitału intelektualnego przedsiębiorstwa, jego uczestnictwo w trans-

ferze wiedzy, indywidualną przedsiębiorczość, elastyczność, jakość zarządzania, gotowość do zmian, otwartość na otoczenie i zdolność do współpracy z podobnymi przedsiębiorstwami lub podmiotami tworzącymi łańcuch wartości a także dostrzeganie roli innowacji w budowaniu trwałej przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa. Do czynników zewnętrznych kwalifikuje się stan edukacji, zasoby wiedzy naukowej, nakłady na B+R, poziom współpracy przedsiębiorstw z sektorem nauki, przepływ wiedzy z innych dziedzin do np. sektora turystycznego, czy sektora usług zdrowotnych, dostępność do instytucji wspomagania innowacji (banki, programy np. *Innowacyjna gospodarka*, izby handlowe, władze państwowe i samorządowe, stowarzyszenia zawodowe, organizacje branżowe). W tabeli 1 uporządkowano cechy innowacyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych i czynniki wpływające na innowacyjność.

Powszechnie przyjmuje się, że działalność innowacyjna jest domeną przedsiębiorstw produkcyjnych. Podmioty uzdrowiskowe jako firmy usługowe napotykały trudności w tworzeniu podstawowych innowacji (główną barierą są wysokie koszty takich przedsięwzięć). Ich zdolność koncentruje się na kopiowaniu i adaptacji innowacji. Jeżeli uznać, że przedsiębiorstwa uzdrowiskowe działają na styku dwóch sektorów: zdrowia publicznego i turystyki to ich specyfika determinuje dyfuzję innowacji. Głównie czynnikami odróżniającymi oba wyróżnione sektory od pozostałych to: wysoki udział usług w produkcji, powszechne zapotrzebowanie na ten produkt, rosnące oczekiwania konsumentów względem jakości, rozproszenie podmiotów świadczących usługi uzdrowiskowe, duży stopień rywalizacji na rynku wewnętrznym i zewnętrznym, komplementarność usług turystycznych i zdrowotnych. Przekształcenie idei w innowację jest procesem, który wymaga zaangażowania wielu aktorów (instytucji badawczych, wyższych uczelni, przedsiębiorstw uzdrowiskowych, jednostek samorządu terytorialnego i innych) oraz wielu zachęt w celu podejmowania projektów niosących konkretną korzyść dla przedsiębiorstw i wartość dla kuracjusza. Podmioty uzdrowiskowe bardzo szybko adaptują różnego rodzaju innowacje

Tabela 1. Atrybuty innowacyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych.

Cechy innowacyjności	Źródła innowacyjności
Stan świadomości, który skłania do zmian i próbuje zmiany	Szanse wynikające z procesów globalizacji, integracji, w tym członkostwa Polski w UE,
	Umiejętność włączenia się i podjęcia działań w globalnych, europejskich, krajowych czy regionalnych sieciach lub innych mezosystemach gospodarczych (np. klastrach). Ze względu na komplementarny charakter produktu uzdrowiskowego i przestrzenny charakter ruchu kuracyjnego ważną jest umiejętność współdziałania z innymi podmiotami rynku zdrowotnego i turystycznego.
	Przedyspozycje w zakresie zarządzania: umiejętność zarządzania strategicznego, zarządzania wiedzą, zarządzania w sieci.
	Stąła obserwacja trendów i zmian na rynku turystycznym, badania popytu i zachowań konkurentów.
	Pozyskiwanie informacji np. poprzez uczestnictwo w targach i wystawach, internalizację wiedzy klienta do systemu zarządzania organizacją.
	Stały dostęp do Internetu
Nacisk na wiedzę i właściwe wykorzystanie systemu edukacyjnego	Okazją do rozwijania proinnowacyjnych umiejętności i postaw są kursy i szkolenia. Korzystanie z różnych form nauczania, programów dostosowanych do potrzeb. Umiejętność korzystania z zasobów Internetu.
	Obecność instytucji wspomagających procesy innowacyjne.
	Nacisk na współpracę uczelni, jednostek badawczo-rozwojowych, przedsiębiorstw uzdrowiskowych, samorządów terytorialnych uzdrowisk.
	Rozwój szkolnictwa wyższego kształcącego przyszłą kadre medyczną dla uzdrowisk, specjalistów ds. turystyki uzdrowiskowej, menedżerów zdrowia, itp.
Systematyczny wzrost nakładów na działalność innowacyjną	Wzrost nakładów na działalność badawczo – rozwojową w przedsiębiorstwie uzdrowiskowym.
	Umiejętność generowania kapitałów własnych i zdolność do wykorzystania finansowych instrumentów zewnętrznych.
Przedsiębiorczość	System motywowania pracowników (promowanie postaw aktywnych, kreatywnych, kształtowanie wynagradzania w zależności od efektywności działalności).
	Przedsiębiorcza kultura organizacyjna przedsiębiorstwa uzdrowiskowego.
	Zdolność do podejmowania ryzyka.

Źródło: opracowanie własne.

ale są słabe w tworzeniu własnych, oryginalnych. Jak pokazują hiszpańskie badania prawie 78% wszystkich innowacji zastosowanych w przedsiębiorstwach turystycznych i uzdrowiskowych stanowią innowacje technologiczne, w tym największy udział mają technologie informacyjne (49%) oraz środowiskowe (19%)<sup>11</sup>.

Nie wszystkie działania innowacyjne kończą się sukcesem. Przejaw niepewności co do powodzenia zamiaru dokonania zmiany i zrealizowania innowacji można by nazwać problemem ambivalencji. Pojawia się kwestia wyboru między zaniechaniem wysiłków i pozostaniem przy dotychczasowych praktykach a perspektywą wprowadzania zmiany stwarzającej<sup>12</sup>:

- możliwość wykorzystania potencjalnych przewag przedsiębiorstwa,
- szansę efektywnego zdyskontowania zidentyfikowanych w otoczeniu możliwości wzmocnienia pozycji przedsiębiorstwa wobec konkurentów,
- okazję usunięcia wewnętrznych słabości przedsiębiorstwa,

- sposobność do zneutralizowania zagrożeń, które w przyszłości mogłyby ograniczyć przetrwanie i rozwój.

Próba wprowadzenia innowacji (głównie podstawowej) nie tylko obarczona jest niepewnością co do stopnia powodzenia przedsięwzięcia, ale również ryzykiem poniesienia strat materialnych i finansowych oraz utratą prestiżu i dobrego wizerunku w otoczeniu w razie niepowodzenia.

Innowacje swym zakresem obejmują całe spektrum zmian w przedsiębiorstwie. Dlatego można wyznaczyć różne typy innowacji. W literaturze przedmiotu dominuje podział na innowacje produktowe, procesowe i organizacyjne, jednak z uwagi na specyfikę produktu uzdrowiskowego<sup>13</sup> do tej działalności zwykle się wykorzystywać innowacje technologiczne, organizacyjne i marketingowe wg Podręcznika Oslo - Oslo Manual 2005. Poniżej zaprezentowano typologię charakterystyczną dla rynku turystycznego.

Tabela 2. Typy innowacji w turystyce

Kryterium	Utrwalanie kompetencji	Zakłócanie/ zwracanie uwagi na przestarzałe kompetencje
<b>Utrzymanie istniejących związków partnerskich</b>	<b>Innowacje regularne</b> - promowanie nowych inwestycji podnoszących wydajność, - szkolenie przedsiębiorców i pracowników w działaniach sprzyjających efektywności, - poprawa jakości,	<b>Innowacje rewolucyjne</b> - dyfuzja nowych technologii w firmach turystycznych, - wprowadzanie nowych metod przyczyniających się do zmian w strukturze zatrudnienia, - wiązanie się z tymi samymi rynkami ale nowymi metodami,
<b>Zakłócanie egzystencji/kreowanie nowych związków</b>	<b>Innowacje niszowe</b> - promocja udziału nowych przedsiębiorców w wykorzystywaniu okazji, - zachęcanie firm do nowych aliansów rynkowych, - łączenie istniejących produktów z nowymi rozwiązaniami,	<b>Innowacje architektoniczne</b> - kreowanie popytu na nowe wydarzenia i atrakcje, - zmiany prawne i materialne istniejącej infrastruktury, - kreowanie ośrodków adoptujących i rozpowszechniających wiedzę.

Źródło: Hjalager A., *Repairing Innovation Defectiveness in Tourism*, „Tourism Management” 1999 nr 23, s.465-466

Trudno jest ocenić poziom innowacyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Można ją wyrazić w formie dwu charakterystyk: kultury innowacyjności (wskaźnikami są tu: planowanie strategiczne, tworzenie budżetu na B+R, współpraca z ośrodkiem naukowym, instytutem badawczym itp., korzystanie z zakupionych patentów, licencji) oraz efektów innowacyjności np. kwot przyznanych z programów unijnych a wspierających inicjatywy innowacyjne, sprzedaż opracowanych przez przedsiębiorstwo licencji lub know-how. Mierzą one nie tylko skłonność do wprowadzania innowacji, ale także rzeczywiste efekty. Na finansowanie badań i rozwoju mogą sobie pozwolić tylko duże korporacje i to one są centrami generowania i wdrażania rozwiązań innowacyjnych. Mniejsze przedsiębiorstwa muszą korzystać z zewnętrznych źródeł innowacji: odpłatnych licencji, patentów, know-how i usług konsultingowych. W literaturze przedmiotu z zakresu zarządzania przedsiębiorstwem turystycznym, proponuje się ocenianie innowacyjności na podstawie liczby produktów lub modyfikacji produktowych, które uznać można za „nowość” na rynku oraz liczby nowatorskich rozwiązań w zakresie świadczenia i sprzedaży usług<sup>14</sup>.

Skuteczność działań innowacyjnych determinowana jest m.in. przez cechy danej innowacji. E. M. Rogers wskazuje cztery atrybuty innowacji, które decydują o stopniu ich rozprzestrzeniania:

- relatywna przewaga - stopień, w jakim innowacja postrzegana jest jako

lepsza od idei dotychczas stosowanych,

- zgodność z istniejącymi wartościami, dotychczasowym doświadczeniem i potrzebami potencjalnych adeptów,
- łatwość zastosowania - stopień postrzegania innowacji jako trudnej do zrozumienia i użytku,
- możliwość poddawania próbom<sup>15</sup>.

Współcześnie podkreśla się istotną rolę wiedzy, jako wyznacznika i swoistego mechanizmu napędowego procesu dyfuzji innowacji. Stąd zdecydowano się na przeprowadzenie badań, których celem jest próba oceny procesu zarządzania wiedzą i jego wpływu na kształtowanie innowacji w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych. Wymaga to jednak wprowadzenia w teoretyczne podstawy zarządzania wiedzą.

### 3. Rola wiedzy w zarządzaniu innowacjami

Spadek znaczenia zasobów materialnych na rzecz niematerialnych wynika ze współczesnych warunków konkurowania. Zasoby niematerialne są z reguły niewymierne, elastyczne i dynamiczne, a także nie wyczerpują się w procesie właściwego ich użytkowania. Źródłem wykorzystania tych zasobów jest wiedza<sup>16</sup>. Wiedza wg H. Davenporta to informacje wzbogacone o doświadczenie, kontekst, interpretację i refleksję<sup>17</sup>, czyli możemy powiedzieć, iż wiedza powstaje i rozwija się (podnosząc swoją jakość) w procesie personalizacji informacji w wyniku badań, odkryć,

przeżyć, doświadczeń, edukacji i intuicji człowieka (co często prowadzi do mądrości - inteligencji jednostki). W praktyce przedsiębiorstw uzdrowiskowych wykorzystanie produktywnie (innowacyjne) wiedzy jest zależne od sprawności zarządzania, a szczególnie zarządzania wiedzą. Badania literaturowe pokazują, iż występuje wiele ujęć tej koncepcji zarządzania. B. Mikula wskazuje cztery podejścia takie, jak: funkcjonalne - realizacja funkcji zarządzania, procesowe - proces postępowania, instrumentalne - wszelkie instrumenty sprawcze i instytucjonalne - system stanowisk powołanych do realizacji celów<sup>18</sup>.

Natomiast I. Hejduk i W. Grudzewski wyróżniają modele: japoński, zasobowy i procesowy<sup>19</sup>. Z uwagi na zjawiska, m.in. zmienność środowiska zewnętrznego, przede wszystkim klienta, działalność ta wymaga szeroko rozumianego doskonalenia zarówno czynności z udziałem wiedzy, jak również samego procesu zarządzania wiedzą<sup>20</sup>. Z drugiej strony należy inaczej niż dotychczas zarządzać - nie tyle przetwarzać informacje, ale projektować i akcelerować wiedzę. W celu zrozumienia w jaki sposób wiedza może być zarządzana w organizacji, aby była produktywna wydaje się konieczne rozważenie natury wiedzy. Wiedza ma charakter jakościowy, formalny i nieformalny, jest różnie interpretowana przez określonych ludzi, ma postać dynamiczną i szybko się dezaktualizuje. Wiedza tworzona jest indywidualnie i zbiorowo, wewnątrz organizacji i międzyorganizacyjnie, z wykorzystaniem różnorodnych procedur, metod i instrumentów. Kolejną cechą wiedzy jest to, że potrafi się materializować, czyli uzewnętrzniać np. w usługach, przynależy do społeczeństwa i krąży w nim różnymi kanałami. Może być wykorzystana przez dużo osób w wielu miejscach naraz (symultaniczność wiedzy), jednak najbardziej wartościowej wiedzy nie da się przenieść i zastosować w innej organizacji, grupie społecznej, czy lokalnej społeczności. Ostatnie badania Audreitscha i Feldmana pokazują, że wiedza wykazuje tendencje do geograficznej koncentracji i jest związana z miejscem jej pochodzenia<sup>21</sup>. Łatwiej jest mierzyć warunki sprzyjające kreowaniu wiedzy, niż samą wiedzę, ponieważ nie istnieje określona granica między tworzeniem wiedzy, a jej zastosowa-

niem. Wartość wiedzy wzrasta w miarę jej użytkowania, a zastosowanie jej wymaga koncentracji w miejscu i czasie. Z punktu widzenia przedsiębiorstwa turystycznego podstawowym problemem nie jest wiedza sama w sobie, ale jej zastosowanie w praktyce.

Badania prowadzone przez Koguta i Zandera<sup>22</sup> dowodzą, iż im bardziej wiedza jest jawna, tym łatwiej i częściej dochodzi do jej transferu wewnątrz organizacji. W odniesieniu do wiedzy jawnej kwestia jest stosunkowo klarowna, gdyż najczęściej wiedza ta występuje w formie skodyfikowanej. Większe problemy dotyczą wiedzy niejawnej, głównie w obszarze dzielenia się nią, stąd istotną kwestią staje się właściwe kształtowanie instrumentów i narzędzi w tym obszarze zarządzania. Za Marschakiem<sup>23</sup> można powiedzieć, że im każdy z członków przedsiębiorstwa ma więcej wiedzy do swojej dyspozycji, tym prawdopodobieństwo sukcesu firmy jest większe. Malmgren<sup>24</sup> z kolei twierdzi, iż sukces firmy w długim okresie będzie zależał od jej przewagi informacyjnej nad rynkiem.

Na podstawie badań KMPG Consulting proponuje się przyjęcie 5 poziomów zaawansowania przedsiębiorstwa turystycznego opartego na wiedzy<sup>25</sup>:

- **przedsiębiorstwo wiedzy chaotycznej** - w takiej organizacji wiedza jest gromadzona i wymieniana sporadycznie. Nie jest systematycznie aktualizowana, a personel nie jest skłonny się nią dzielić. Wiedza nie jest podstawowym zasobem, który generuje zyski;
- **przedsiębiorstwo świadome wiedzy** - w takiej organizacji kierownictwo docenia znaczenie wiedzy w działaniach na rynku, wewnętrzne źródła wiedzy są zidentyfikowane, co pozwala na swobodne wyszukiwanie informacji;
- **przedsiębiorstwo korzystające z wiedzy** - występuje pełna świadomość znaczenia wiedzy, źródła wiedzy są zidentyfikowane oraz zweryfikowane. Stosowane są metody (np. procedury) pozyskiwania informacji i wiedzy, a także mierniki ich oceny;
- **przedsiębiorstwo zarządzane za pomocą wiedzy** - wdrożono zintegrowany system metod i procedur

tworzenia wiedzy, przechowywania i wyszukiwania informacji i wiedzy. Zaawansowane jest zarządzanie strategiczne wiedzą;

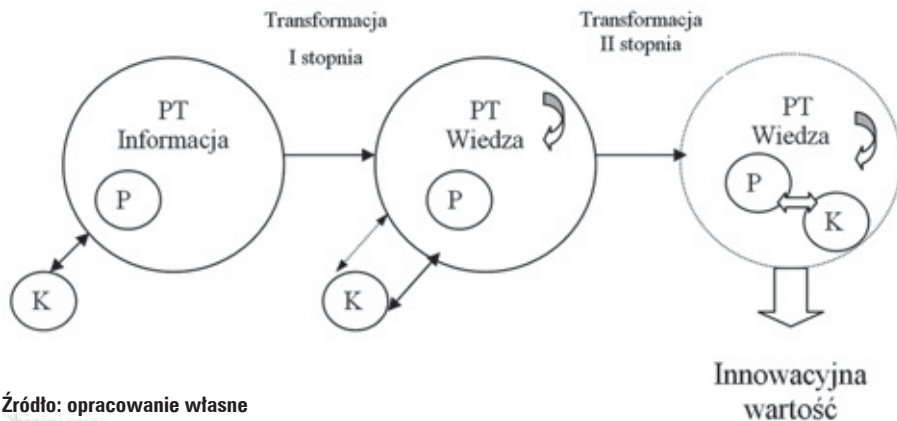
- **przedsiębiorstwo wiedzocentryczne** - traktuje się wiedzę jako podstawowy czynnik osiągnięcia i utrzymania przewagi konkurencyjnej. Metody i procedury tworzenia, magazynowania, dzielenia się wiedzą oraz jej zastosowania stanowią rozwinięty i zintegrowany system. Zarządzanie wiedzą jest główną koncepcją zarządzania przedsiębiorstwem turystycznym.

Bliskie kontakty między pracownikami przedsiębiorstwa uzdrowskiego a jego klientami wpływają na lepsze określenie i innowacyjne zaspokojenie ich potrzeb. Klient nadal pozostaje ostatecznym weryfikatorem oferty przedsiębiorstwa, przy czym jego rola ulega ewolucji. Przystaje być jedynie uczestnikiem transakcji kupna

- sprzedaży, a staje się aktywnym graczem na rynku i podmiotem kształtującym ofertę przedsiębiorstw turystycznych poprzez udział w tworzeniu wartości. W ten sposób staje się współpracownikiem przedsiębiorstwa i współautorem wartości, która oferowana jest na rynku<sup>26</sup>. Od roku 2000 klienci są częścią silnej sieci: współtworzą i wydobyczą wartość biznesu, a za K. Prahaladem i V. Ramaswamy możemy stwierdzić, iż wartość nie wynika z oferty, ale z doświadczenia współtworzenia, w którym bierze udział klient w konkretnym czasie i miejscu, w kontekście konkretnego zdarzenia<sup>27</sup>.

Dodatkowo na gruncie nowej ekonomii instytucjonalnej można powiedzieć, iż zaciera się różnica między personelem a klientem przedsiębiorstwa uzdrowskiego, co umożliwi internalizację wiedzy klienta do systemu zarządzania wiedzą organizacji. Proces przenikania wiedzy klienta do organizacji zaprezentowano na rysunku 1.

**Rysunek 1. Proces przekształcania przedsiębiorstwa w innowacyjne przedsiębiorstwo uzdrowskie oparte na wiedzy.**



**Źródło: opracowanie własne**

**Objaśnienia:**

**Transformacja I stopnia** rozumiana jest jako przekształcenie polegające na traktowaniu klienta nie tylko jako źródła informacji o potrzebach i biernego uczestnika transakcji kupna i sprzedaży, ale jako źródła wiedzy przedsiębiorstwa turystycznego. Przedsiębiorstwo powstające w wyniku tej transformacji to organizacja wykorzystująca wiedzę (ang. *knowledge intensive company*).

**Transformacja II stopnia** to przekształcenie polegające na tworzeniu organizacji jako systemu komunikacji tj. nakładaniu się (przenikaniu do wnętrza) klienta jako obszaru źródłowego i docelowego, a przedsiębiorstwo to takie, które całkowicie się na wiedzy opiera (ang. *knowledge based company*) inaczej zwane wiedzocentryczne. Linia przerywana oznacza zacierającą się granicę między organizacją a oto-

czeniem, szczególnie klientem. Klient dostarcza a firma pozyskuje wiedzę nie tylko dotyczącą satysfakcji, jego potrzeb, ale także wynikającą z jego doświadczeń życiowych i zawodowych, która pozwala na zastosowanie nowych rozwiązań w systemie motywacyjnym, procesach technologicznych i w kulturze organizacyjnej.

**K** – klient (obszar źródłowy wiedzy)  
**PT** – przedsiębiorstwo turystyczne (obszar docelowy wiedzy)

**P** – pracownicy przedsiębiorstwa turystycznego

↔ Relacja towarowo-pieniężna

⋯ Dyfuzja wiedzy

↔ Socjalizacja, internalizacja wiedzy od klienta (zarządzanie wiedzą)

↻ Spirala wiedzy, która się pomnaża, wzbogaca, tworzy<sup>28</sup>.

Internalizacja wiedzy klienta i jego współdziela w tworzeniu innowacyjnej wartości jest możliwy w wyniku wprowadzenia przez przedsiębiorstwo turystyczne określonych warunków. Do najważniejszych możemy zaliczyć: budowanie środowiska wiedzy dla klienta, dialog z klientem, dostęp klienta do wiedzy firmy, tworzenie środowiska współpracy personelu z klientem, przejrzystość w działaniu firmy, m.in. pokazanie zagrożeń w konsumpcji usług turystycznych, tworzenie płaszczyzny wymiany doświadczeń oraz harmonizowanie transferów wiedzy wewnątrz organizacji, między organizacją a klientem, między klientami firmy.

Z powyższego wynika, że transformacja II stopnia prowadzi do zaistnienia innowacyjnego przedsiębiorstwa uzdrowskiego opartego na wiedzy.

#### 4. Metodologia i wyniki badań

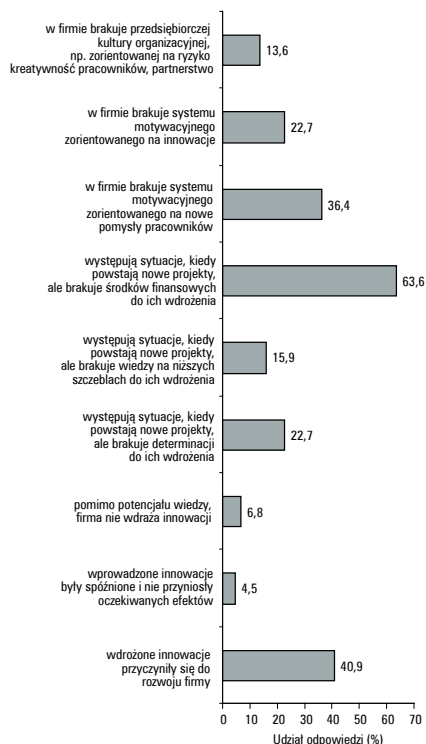
W celu lepszego zobrazowania procesu zarządzania innowacjami przeprowadzono badania w których uczestniczyli przedstawiciele przedsiębiorstw uzdrowskich, głównie spółek Skarbu Państwa<sup>29</sup>. W badaniach wzięto udział 48 respondentów reprezentujących grupę menedżerów i pracowników operacyjnych. Respondenci to w przeważającej większości pracownicy z dużym stażem (respondent przeciętnie pracuje 13,5 roku w przedsiębiorstwie uzdrowskim). Badania zostały wykonane wiosną 2009 roku.

Badania ankietowe pozwoliły określić klimat innowacyjny, źródła wiedzy produktywnej (w tym metody tworzenia wiedzy, formy prezentacji wiedzy, rodzaje transferu wiedzy z wyszczególnieniem kanałów przepływu wiedzy), sposób tworzenia innowacji, rodzaje innowacji, elementy zarządzania wiedzą produktywną.

Pierwszym problemem badawczym było rozpoznanie klimatu innowacyjnego w spółkach uzdrowskich, co prezentuje rysunek 2.

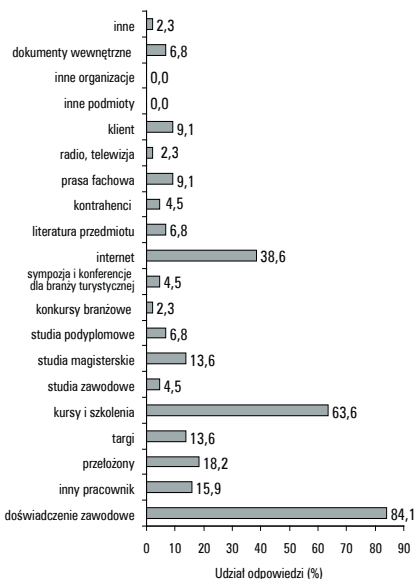
Ogólnie ujmując w badanych podmiotach występują warunki sprzyjające innowacjom, które jednak są osłabiane: słabą sytuacją finansową (64%), niezorientowanym na innowacje i wiedzę pracowników systemem motywacyjnym (odpowiednio 23% i 36%), brakiem determinacji (23%), niskim poziomem wiedzy pracowników niższych szczebli (16%), a także brakiem przedsiębiorczej kultury organizacyjnej (14%).

Rysunek 2. Klimat innowacyjny w przedsiębiorstwach uzdrowskich  
Źródło: opracowanie własne



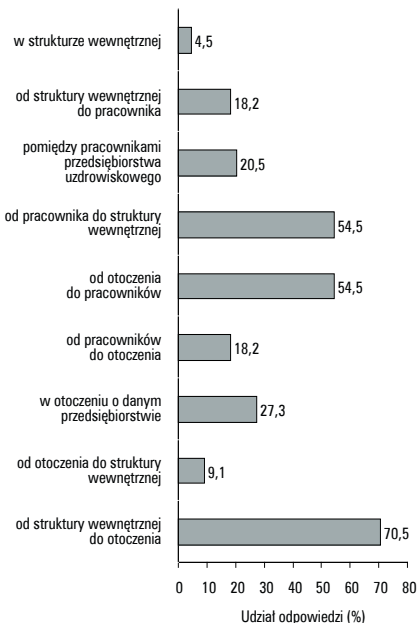
Z punktu widzenia tworzenia innowacji ważne jest zidentyfikowanie źródeł wiedzy produktywnej, dominujących transferów i kanałów jej przepływu. Wyniki zaprezentowano na rys. 3 i 4. Z badania wynika, iż głównym źródłem wiedzy są doświadczenia zawodowe pracowników, kursy i szkolenia, a także internet. Niewielką rolę w tym zakresie odgrywa otoczenie bliższe przedsiębiorstw uzdrowskich, a podkreślenia wymaga słaba pozycja klienta i jego wiedzy. Warty odnotowania jest fakt, że główną pozycją w transferach wiedzy jest przepływ w kierunku od struktury wewnętrznej do otoczenia (rys. 4). Przedsiębiorstwa w ten sposób przekazują wiedzę na zewnątrz za pomocą strony www i katalogów. Natomiast w odwrotnym kierunku od otoczenia do przedsiębiorstwa pośrednikiem w tym transferze jest człowiek - pracownik przedsiębiorstwa uzdrowskiego.

**Rysunek 3. Źródła wiedzy w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych**



Źródło: Opracowanie własne.

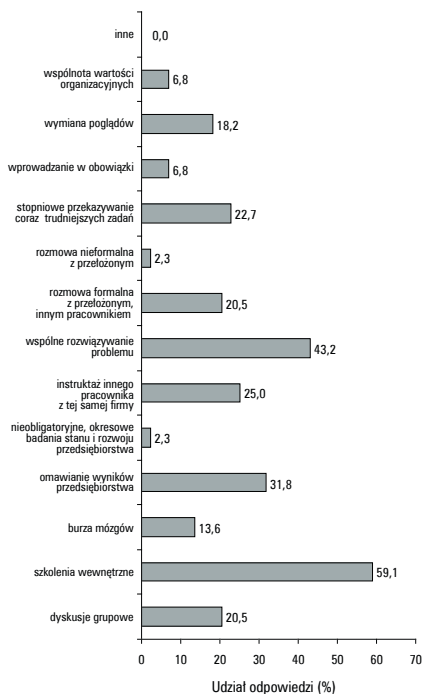
**Rysunek 4. Rodzaje transferu wiedzy**



Źródło: opracowanie własne.

Wydawało się zasadnym przeanalizowanie metod tworzenia wiedzy w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych. Wyniki badań pokazuje (rysunek 5), że głównie wykorzystywane są szkolenia wewnętrzne. Słabo dostrzegane są metody proaktywne tj. burza mózgów, dyskusje grupowe, wymiany poglądów, nieformalne rozmowy z przełożonym lub pracownikami itp. Co w konsekwencji może prowadzić do słabej przedsiębiorczości, właściwej reakcji na zmiany i niskiej skłonności do dyfuzji innowacji do przedsiębiorstwa uzdrowiskowego.

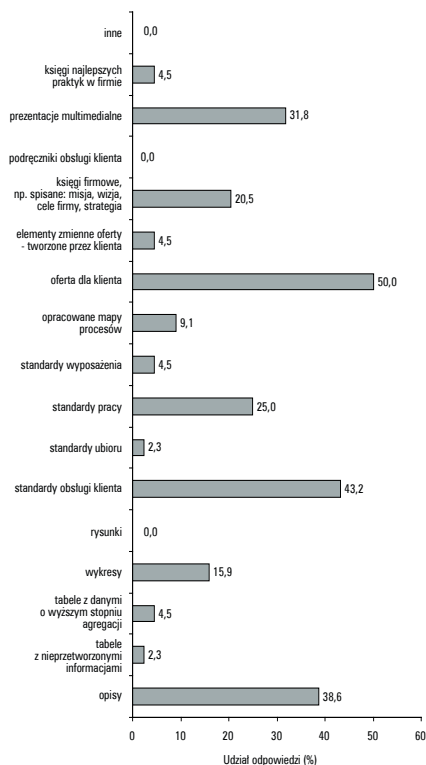
**Rysunek 5. Metody tworzenia wiedzy w przedsiębiorstwie uzdrowiskowym**



Źródło: opracowanie własne

Warto zauważyć, że respondenci wśród form prezentacji wiedzy, dostrzegali najczęściej ofertę dla klienta i standardy obsługi klienta (rysunek 6). Występuje tu jednak sprzeczność, gdyż klient nie był dla badanych źródłem wiedzy a jednocześnie przedsiębiorstwa z myślą o nim gromadziły wiedzę.

**Rysunek 6. Formy prezentacji wiedzy w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych**

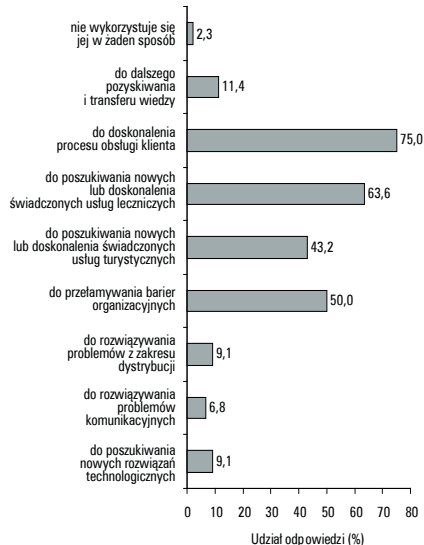


**Źródło: opracowanie własne**

W toku analizy rozpoznano elementy zarządzania wiedzą produktywną (tabela 3), które pokazały, iż kadra menedżerska nie ma zdania w przypadku istotnych dla procesu kreowania innowacji zjawisk, a mianowicie: ok. 1/3 nie wie czy: w firmie wykorzystuje się proaktywną ludzką wyobraźnię oraz twórczą postawę w celu rozwoju firmy, a także ok. 1/5 nie wie czy: w przedsiębiorstwie docenia się przedsiębiorczość pracowników i wspomagają się ją?

Badania ujawniły również sposoby wykorzystania wiedzy w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych (rysunek 7). Wiedza wg respondentów jest poszukiwana i używana do doskonalenia obsługi klienta, do doskonalenia usług medycznych i przełamania barier organizacyjnych. Widocznie te zjawiska wymagają najważniejszych zmian.

**Rysunek 7. Sposoby wykorzystywania wiedzy**



**Źródło: opracowanie własne**

Badania nie wyróżniły rodzajów innowacji najczęściej stosowanych w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych (rysunek 8). Mało zróżnicowany rozkład odpowiedzi może świadczyć o braku polityki innowacyjnej w firmie. Menedżerowie uważają, iż w ich firmach tworzone są w równym stopniu innowacje oryginalne, jak i imitacje. Obserwacja działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych pozwala jednak twierdzić, że w praktyce realizują one przysłowie: „trzeba się uczyć na błędach, ale lepiej uczyć się na cudzych błędach, niż na swoich”, czyli w zarządzaniu przedsiębiorstwem wykorzystuje się benchmarking. Respondenci jednak imitacje przeniesione z innego przedsiębiorstwa zaznaczyli jako najrzadziej stosowane.

Wyniki pokazane na rysunku 9 wskazują, że menedżerowie dostrzegają współpracę z klientem jako sposób tworzenia innowacji, jednak ich wcześniejsze deklaracje zaprzeczają, że jest to współpraca partnerska. Można tą sytuację w praktyce określić jako koegzystencja.

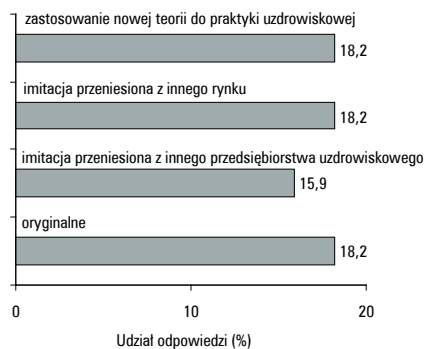


Tabela 3. Elementy zarządzania wiedzą produktywną w przedsiębiorstwie uzdrowiskowym

	falsz	brak zdania	prawda
Dostępna wiedza wykorzystywana jest efektywnie	4,65	6,98	88,37
Docenia się przedsiębiorczość pracowników i wspomaga się ją	6,98	20,93	72,09
Pracownicy wpływają na doskonalenie procesu tworzenia produktu	13,95	13,95	72,09
Przedsiębiorstwo stanowi system zamknięty i korzysta tylko z wiedzy wewnątrz niej tworzonej	74,42	16,28	9,3
Wykorzystuje się proaktywną ludzką wyobraźnię oraz twórczą postawę w celu rozwoju firmy	9,30	30,23	60,47
Przedsiębiorstwo jest otwarte na otoczenie i chętnie korzysta z jego wiedzy	9,30	4,65	86,05
Wiedza istniejąca w firmie jest skrywana	40,91	20,45	38,64
W firmie sformułowano i stosuje się wartości i normy etyczne, zarówno w stosunkach wewnętrznych, jak również w relacjach z klientem	6,98	9,30	83,72
Wiedza jest tworzona przez obserwacje, dyskusje wewnątrz firmy a proces decyzyjny opiera się na konsensusie grupy	6,98	23,26	69,77

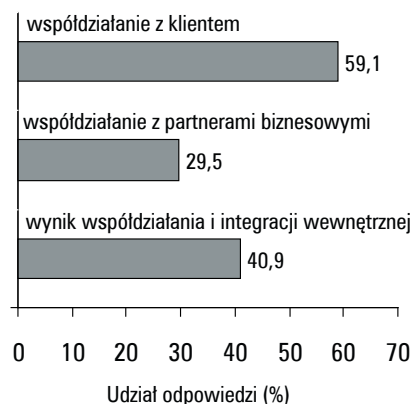
Źródło: opracowanie własne

Rysunek 8. Rodzaje innowacji wykorzystywane w przedsiębiorstwie uzdrowiskowym



Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 9. Metody tworzenia innowacji



Źródło: opracowanie własne

## 5. Zakończenie

Rozpoznanie klimatu innowacyjnego, identyfikacja źródeł wiedzy i elementów zarządzania wiedzą dały podstawę do określenia podejścia do innowacji. W nim można zauważyć pewne słabe strony, a mianowicie: brak rozpoznania rynkowego (np. badania klientów), odpowiedniego przygotowania pracowników do działalności innowacyjnej (doświadczenie zawodowe bez kreatywności w dłuższym okresie nie pozwala na wdrożenie udanych innowacji). Przeprowadzone badania wskazują w szczególności, że:

- polskie przedsiębiorstwa uzdrowiskowe w 93% są organizacjami wdrażającymi innowacje,
- innowacje w 41% przyczyniają się do rozwoju spółek uzdrowiskowych,
- klient jest nadal traktowany przedmiotowo - jako nabywca oferty i jedyna ze stron transakcji wymiany oraz odbiorca informacji promocyjnych,
- w analizowanych podmiotach występują pewne paradoksy, a mianowicie: klient z jednej strony jest traktowany jako członek pasywnej publiczności a z drugiej, dla podniesienia poziomu obsługi klienta wdrażane są innowacje,
- zidentyfikowana powyżej sytuacja dowodzi, iż w przypadku usług świadczonych przez uzdrowiskowe spółki Skarbu Państwa klienci nie współuczestniczą w tworzeniu wartości dla nich prezentowanej, a także nie są współautorami oferty firmy,

- w procesie innowacyjnym, firmy uzdrowskowie dostrzegają potencjał twórczy swoich pracowników, ale nie wykorzystują go do tworzenia innowacji.

Przyszłością uzdrowskowych spółek Skarbu Państwa jest wdrożenie nowych koncepcji zarządzania (np. koncepcji organizacji uczącej się), w których centralną rolę będzie pełnić klient i pozwalających na internalizację wiedzy klienta oraz połączenie jej z wiedzą pracowników i całej organizacji. Może to dać dopiero efekty synergiczne w postaci wiedzy produktowej, która umożliwi wprowadzanie innowacji dających przewagę konkurencyjną w dłuższym czasie.

### Przypisy

1. J.A. Schumpeter, *Teoria rozwoju gospodarczego*, PWN, Warszawa 1960, s.322.
2. X. Decelle, *A Conceptual and Dynamic Approach to Innovation in Tourism*, OECD 2004, s. 5-12.
3. Oslo Manual, Second Edytion, OECD/EC/Eurostat 1996, s.8
4. E. Skawińska (red.) *Konkurencyjność przedsiębiorstw, nowe podejście*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Poznań 2002, s.64-65
5. C. Kupper, *Service innovation - A review of the state of the art*, Institute of Innovation Research and Technology Management, Munich 2001, s.12
6. M.Porter, *Porter o konkurencji*, PWE, Warszawa 2001, s.220.
7. G. Hamel, C.K. Prahalad, *Przewaga konkurencyjna jutra*, Business Press, Warszawa 1999, s. 14
8. zob. W.Janasz, *Modele przedsiębiorstwa innowacyjnego*, „Przegląd Organizacji” 1994, nr 9, s.14; I.Bielski, *Innowacje w polskich przedsiębiorstwach*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa” 2007, nr 3, s. 25.
9. S.Marciniak, *Innowacyjność gospodarki a państwo*, w: *Zmiany instytucjonalne w polskiej gospodarce rynkowej*, pod red. A.Nogi, PTE, Warszawa 2004, s. 124.
10. M.Bratnicki, J.Strużyńska (red.), *Przedsiębiorczość i kapitał intelektualny*, Wydawnictwo AE w Katowicach, Katowice 2001, s. 57; P.Wachowiak (red.), *Pomiar kapitału intelektualnego przedsiębiorstwa*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2005, s. 82.
11. www.finestraturlistica.org

12. W. Świtalski, *Innowacje a konkurencyjność*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005, s.70
13. Usługa w swej istocie jest procesem.
14. A.Peszko, R.Kusa, *Klastry jako stymulatory konkurencyjności przedsiębiorstw i regionów turystycznych*, [w:] J.Kot (red.), *W kierunku gospodarki opartej na wiedzy: innowacyjność, konkurencyjność, współpraca w regionie*, Akademia Świętokrzyska, Kielce 2006, s. 281
15. Za: Wiśniewska J., *Dyfuzyja jako determinanta działalności innowacyjnej przedsiębiorstw* [w]: *Innowacje w rozwoju przedsiębiorczości w procesie transformacji* pod redakcją W. Janasza, Difin, Warszawa 2004, s. 66
16. *Zarządzanie wiedzą w przedsiębiorstwie...*, wyd. cyt., s.127; M. Rowińska-Fronczek, *Własność intelektualna w nowych koncepcjach zarządzania*, Prace Naukowe AE we Wrocławiu nr 784, Wrocław 2000, s. 420-425; S. Sysko-Romańczuk, *Znaczenie wiedzy w kreowaniu przewagi konkurencyjnej małych i średnich przedsiębiorstw*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa” 2007 nr 7, s. 19-27.
17. Za: *Przedsiębiorczość w gospodarce turystycznej opartej na wiedzy*, red. M. Bednarczyk, Fundacja dla Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 7.
18. Na podstawie: B. Mięka, *Organizacje oparte na wiedzy*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2006, s. 119.
19. *Przedsiębiorstwo przyszłości - wizja strategiczna*, red. W. Grudzewski, I. Hejduk, Difin, Warszawa 2002, s. 27-32.
20. Na podstawie rozważań przedstawionych w: *Przedsiębiorstwo zorientowane na wiedzę*, red. G. Kobylko, M. Morawski, Difin, Warszawa 2007, s. 55-56.
21. Za: M. Gorynia, B. Jankowska, *Wpływ klastrów na konkurencyjność i internacjonalizację przedsiębiorstw*, „Gospodarka Narodowa” 2007 nr 7-8, s. 9.
22. B. Kogut, U. Zander, *Knowledge of the Firm, Combinative Capabilities, and the Replication of Technology*, “Organization Science”, 1992, no 3, pp.383-397.
23. T. Marschak, *The Communication Requirements for Individual Agents in Networks and Hierarchies*, The Economics of Informational Decentralization: Complexity, Efficiency and Stability, J. Ledyard (ed.), Kluwer Press, June 1995, p.135.

24. H.B. Malmgren, *Information, Expectations, and the Theory of the Firm*, Quarterly Journal of Economics, 1961Vol. 75, pp.399 - 421.
25. Za: *Czynniki sukcesu polskich przedsiębiorstw na rynkach Unii Europejskiej*, red. Z. Pierścionek, S. Jurek-Stępień, SGH, Warszawa 2006, s. 43-44. W literaturze spotyka się inne klasyfikacje np. J. Darrocha i R. McNaughtona, którzy wyróżniają: przedsiębiorstwa ignorujące zarządzanie wiedzą, przedsiębiorstwa świadome zarządzania wiedzą, przedsiębiorstwa zorientowane na wiedzę naukową, przedsiębiorstwa w pełni zorientowane na zarządzanie wiedzą.
26. Opracowanie na podstawie: C. K. Prahalad, V. Ramaswamy, *Co-opting Customer Competence*, Business Harvard Review 2000, January-February, s. 80.
27. Por. z: C. K. Prahalad, V. Ramaswamy, *Przyszłość konkurencji*, PWE, Warszawa 2005, s. 21.
28. Wg koncepcji japońskiej, więcej na ten temat: I. Nonaka, H. Takeuchi, *Kreowanie wiedzy w organizacji*, Poltext, Warszawa 2000.
29. W badaniach wzięli udział przedstawiciele bez mała wszystkich spółek Skarbu Państwa funkcjonujących w uzdrowiskach a także inne przedsiębiorstwa uzdrowiskowe z Nałęczowa, Świeradowa Zdrój, Polanicy Zdrój i Ciechocinka.
30. Praktyka zarządzania stosowana w przedsiębiorstwie, polegająca nie tyle na naśladownictwie co na uczeniu się i adoptowaniu najlepszych praktyk.



**dr inż. ALICJA KICIŃSKA**

Wydział Geologii, Geofizyki i Ochrony Środowiska

Katedra Geologii Ogólnej, Ochrony Środowiska i Geoturystyki

Akademia Górniczo-Hutnicza Kraków

# **NOWE PROPOZYCJE ZAGOSPODAROWANIA TURYSTYCZNEGO W POLSKICH UZDROWISKACH - TRASY GEOTURYSTYCZNE W UZDROWISKACH BESKIDZKICH**

Teoretycy i praktycy zajmujący się klasyfikowaniem współczesnych form aktywności ruchowej, rekreacyjnej, zdrowotnej czy też zagospodarowaniem wolnego czasu na różne sposoby definiują turystykę uzdrowską, zwykle jako turystykę zdrowotną, leczniczą, sanatoryjną, służącą poprawie zdrowia i kondycji (Różycki 2005). Złożoność tego specyficznego segmentu turystycznego nie podlega dyskusji i przedstawiana była w wielu pracach naukowych czy ekspertyzach dotyczących konkretnych obszarów uzdrowskich. Wszystkie te zabiegi skierowane były na jeden cel- utrzymania lub też zwiększenia sprzedaży oferty uzdrowskowej (Rapacz 2004).

Przygotowując nowe propozycje zagospodarowania turystycznego, oprócz rachunku ekonomicznego, należy rozważyć potrzeby i oczekiwania klientów jacy odwiedzają współczesne polskie uzdrowiska. Z przeprowadzonych ankiet i analiz (Kicińska 2008, Wołowicz 2003, Zintegrowany Program... 2005) jednoznacznie wynika, iż są to osoby znacznie więcej dziś oczekujące od kurortu, niż ich poprzednicy (bądź oni sami) w latach 70, 80 czy 90-tych. Nie bez znaczenia są też ogólnospołeczne zmiany jakie zachodzą bądź się dokonały w naszych czasach, m. in.:

- wydłużanie długości życia,
- bogacenie się przeciętnego Polaka,
- zachowanie dobrej kondycji i sprawności ruchowej osób w średnim i starszym wieku,
- skupianie dużej uwagi do zewnętrznego wyglądu swojego, jak również innych osób,
- chęć zachowania atrakcyjnej sylwetki pomimo wieku i zmian hormonalnych,
- chęć podobać się sobie i innym,
- rozpowszechnianie się mody na wyjazdy do ośrodków SPA,
- promocja i powszechna reklama środków upiększających (kosmetycznych) oznaczonych wyrazami „spa” „wellness”,
- chęć rekompensaty za czasy „komuny” i braku towarów luksusowych,
- chęć wynagrodzenia sobie czasu spędzonego w pracy (dotyczy zwłaszcza pracoholików),
- inne (np. chęć zatrzymania przy sobie partnera, poczucie komfortu, dobrobytu jakim chcemy się otaczać,

powszechne wprowadzanie zwyczajów europejskich).

Niezależnie od przyczyn, jakimi kierują się osoby sięgające po informacje o polskich uzdrowiskach jedno jest pewne - oczekują oni produktów służących poprawie ich:

- zdrowia,
- kondycji,
- wyglądu,
- samopoczucia.

Reasumując, kuracjusze chcą być zdrowi, piękniejsi oraz zadowoleni ze świadczonych im usług podczas pobytu w uzdrowisku. Nie należy zapominać, iż produkty uzdrowskowe powinny i muszą być (pro-)ekologiczne, a więc oparte na naturalnych bogactwach (złożach naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych), leczniczym mikroklimatek i spełniać określone w przepisach o ochronie środowiska wymagania w stosunku do środowiska, posiadać infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, transportu zbiorowego, a także gospodarką odpadami (Dz.U.167, poz. 1399, art. 34, pkt.1).

Organizatorzy współczesnej turystyki podjęli wiele działań mających na celu promocję ekoturystyki, określanej również mianem turystyki zielonej, miękkiej, przyjaznej środowisku (Kicińska-Świdorska & Słomka 2006). Liczne konkursy prowadzone przez krajowe i międzynarodowe organizacje oraz stowarzyszenia przyznające nagrody dla organizatorów turystyki, miejsc destynacji turystycznej czy działań włączających lokalne społeczności w rozwój mają na celu promocję turystyki zrównoważonej, opartej na konstruowaniu produktów turystycznych bazujących na naturalnych bogactwach, przyznających rozwojowi społeczności lokalnych i chroniących środowisko przyrodnicze dla przyszłych pokoleń (Kicińska-Świdorska & Słomka 2004b, Kicińska-Świdorska 2006c, Zaręba 2008). Niezaprzeczalnym jest również fakt większej dostępności do informacji i wiedzy, rozpowszechnianej przez środki masowego przekazu (tj. internet, telewizja, radio, prasa i inne publikatory), prowadzące w konsekwencji do powstanie kolejnego z oczekiwań kuracjuszy - zainteresowania o miejscu do którego zamierza się udać. Zainteresowanie to dotyczy m.in. podstawowych informacji o historii, kultu-

rze terenu otaczającego uzdrowisko, zasobach przyrodniczych (przyrody ożywionej i nieożywionej), zabytkach, wzbudzając chęć zobaczenia, poznania miejsc wyjątkowych (atrakcyjnych) jeśli takowe się tam znajdują.

Jedną z propozycji, nowego zagospodarowania turystycznego odpowiadającą oczekiwaniu kuracjusza/turysty na poprawę kondycji, zdrowia oraz zobaczenia ciekawych miejsc (w konsekwencji poznania walorów przyrodniczych uzdrowiska i okolic) są **trasy geoturystyczne**, jakie przy niewielkim nakładzie finansowym mogłyby powstać w większości polskich uzdrowisk. Zgodnie z definicją podaną przez Kicińską i Słomkę (2004a) trasa geoturystyczna, jest to w szczególności sposób opracowania formy szlaku tematycznego, na którym znajdują się atrakcje geoturystyczne (obiekty i zjawiska geologiczne), które po odpowiednim uprząstąpieniu mogą stać się przedmiotem zainteresowania turystycznego. Na świecie i w Polsce istnieje wiele dobrze znanych obiektów geoturystycznych, które corocznie ściągają tysiące, a nawet miliony zwiedzających np.: wulkany- Etna, Wezuwiusz, Pico de Teide, pasma górskie- Alpy, Tatry, Dolomity, kaniony rzeczne - wielki Kanion Kolorado, przełom Dunajce, wodospady: Niagara, Wilczki i wiele, wiele innych. Niewiele osób zdaje sobie sprawę, iż zwiedzając Kopalnię Soli w Wieliczce znajduje się w obiekcie geoturystycznym, którego podwaliną była miocenska formacja solonośna, a siły przyrody utworzyły arcydzieła i unikaty w postaci choćby Grot Krystalowych (dziś mających status ścisłego rezerwatu przyrody). Oczywiście tak pięknych i spektakularnych obiektów nie da się znaleźć wszędzie, zwłaszcza w bliskim sąsiedztwie polskich uzdrowisk. Jednak bazując na istniejących walorach można się pokusić o stworzenie kilku ciekawych propozycji.

Na przykładzie wybranych uzdrowisk Beskidu Sądeckiego (Krynica, Muszyna, Piwniczna, Żegiestów), zostaną przedstawione propozycje przykładowych tras geoturystycznych (Fig. 1):

- na Jaworzynie Krynickiej,
- na Górze Parkowej w Krynicy,
- w Dolinie Szczawnika,
- w Dolinie Potoku Złockiego,
- w Dolinie Popradu (od Leluchowa po Stary Sącz),

- w sąsiedztwie Rezerwatu Przyrody Barnowiec,
- w Potoku Uhryńskim.

Z uwagi na charakter niniejszego opracowania pokrótce zostaną przedstawione najważniejsze atrakcje znajdujące się na wymienionych trasach. W celu dokładniejszego zaznajomienia się z wybranymi przykładami należy sięgnąć po szczegółowe opracowania (Kicińska-Świdarska & Słomka 2003; Kicińska-Świdarska & Łasak 2005).

### Trasa geoturystyczna w dolinie potoku Uhryńskiego

Trasy geoturystyczne można podzielić według różnorodności kategorii (merytoryczności, czasu i środka transportu, liczebności grupy itd.), jednak podstawowym podziałem jest podział merytoryczny, według którego można wyróżnić trasy ogólnopoznawcze i specjalistyczne (Kicińska-Świdarska A & Słomka 2004). Na trasach specjalistycznych wskazane jest odpowiednie przygotowanie osób zwiedzających, sprwadzające się zazwyczaj do odpowiedniego ekwipunku i głębszej wiedzy z tematyki danej trasy. Przykładem trasy przeznaczonej dla bardziej zaawansowanego turysty jest projekt szlaku biegnący w potoku Uhryńskim i jego okolicy. Wędrówkę rozpoczynamy w centrum wsi Łabowa, gdzie pod mostem odstania się kompleks skał przynależny do warstw bełowskich (punkt 1, Fig. 2). Niespełna 250 metrów dalej widoczny jest kościół p.w. św. Stanisława Biskupa, wybudowany z początkiem XX wieku (2).

W punkcie 3 spotykamy się z historią tych ziem, cmentarzem żydowskim, na którym odnaleźć można grób córki ostatniego rabina. Prawdziwą ciekawostką jest natomiast ścieżka geologiczna (punkt 4), na którą składa się 11 przystanków w korycie potoku (Unrung *et al.* 1969). Jej długość to ok. 3 km, a czas potrzebny do przejścia to niecałe 2 godziny. Każdy przystanek ścieżki został opatrzone tablicą informacyjną, z opisem formacji odstaniającej się obok niej. Zobaczyć tu możemy: niższą część ogniwa margli łuckich w postaci zdiagenezowanych margli z ciemnymi łupkami, warstwy bełowskie zapadające pod różnymi kątami zbudowane z cienkich ławic piaskowców, poprzedzielanych łupkami wraz z bogatym zespołem hieroglifów pochodzenia organicznego. Wschodnie pstrych łupków leżące pod warstwami be-

loweskimi nadają dolinie kolorytu, tworząc charakterystyczny pasiak o barwach czerwono-zielono-niebieskich. Kolejne warstwy inoceramowe, leżące pod pstrymy łupkami zbudowane są z piaskowców mikowowapnistych o charakterystycznym stalowym zabarwieniu. Krótki odpoczynek na polu biwakowym (punkt 5) i kolejna ścieżka przyrodnicza przed nami, tym razem tematycznie jest związana z królową polskich lasów - jodłą (6). Malownicze kapliczki (8), mijane po drodze to pozostałość po Łemkach, którzy tu przed wojną zamieszkiwali te tereny. Trasę kończymy w rezerwacie leśnym Uhryń (9).

### **Trasa geoturystyczna w sąsiedztwie rezerwatu przyrody Barnowiec**

Rezerwaty przyrody są obszarami niezwykle cennymi przyrodniczo, na ich obszarze ruch turystyczny musi być podporządkowany prawom przyrody. Rezerwat Barnowiec, położony w paśmie Jaworzyny Krynickiej należy do rezerwatów leśnych, został utworzony w 1906 roku przez ówczesnego właściciela tych ziem Adama hr. Stadnickiego w celu ochrony drzewostanów bukowych i bukowo-jodłowych, w których wiek drzew dochodzi do 160 lat. Pierwszym punktem naszej trasy są Diabelskie Ściany (punkt 1, Fig. 3), pomnik przyrody nieożywionej utworzony w 1990 roku. Są to wysokie ok. 25-metrowe ambony skalne, reprezentujące ogniwo piaskowca z Piwnicznej formacji magurskiej. Wędrując dalej spotykamy schronisko na Hali Łabowskiej (punkt 2), wybudowane w 1953 roku. Z hali rozciąga się piękna panorama w kierunku południowym, tuż obok schroniska znajduje się pomnik ku czci poległych z III Batalionu Strzelców Podhalańskich. Z kolejnym punktem trasy (3) związana jest legenda o wyrodnym córkach, które nie bacząc na prośby chorej matki pozostawiają ją samą w domu i udają się na potańcówkę. Matka umierając przeklina swoje wyrodne dzieci, a one zamieniają się w skały i tak, w postaci ambon stoją po dziś dzień. Obszar Karpat Zewnętrznych (fliszowych) predysponuje do występowania rowów rozpadlinowych i jaskiń tektonicznych (szczelinowych, dyfuzyjnych). Niedaleko od Skamieniałych Córki znajduje się Jaskinia w Pękniętej Kopie (punkt 4). Nie jest ona wielka, jej długość to 13 metrów, a głębokość 5 m. Otwór wejściowy ma zaledwie wymiary 0,7x1,2

metra, ściany zbudowane są z piaskowca, na przekrojach poprzecznych warstw widoczne są ślady przesunięć wzdłuż szczelin ciosowych. Na północno-wschodnim sklonie góry Sokółowskiej, na powierzchni 15 ha możemy oglądać kręte i głębokie rowy rozpadlinowe (5), wśród których znajdują się głębsze i niedostępne jaskinie. Wędrując po sąsiedztwie rezerwatu nie sposób nie zauważyć porożrzucanych bloków zlepieńców i piaskowców, niewielkie grzyby skalne zbudowane ze skał należących do ogniwa piaskowca z Piwnicznej formacji magurskiej. Trasę kończymy w sercu rezerwatu Barnowskiego, oglądając jedną z największych (50-cio metrową) stromą niszę, wykształconą w grubo- i średnioziarnistych piaskowcach. Dokładniejszy opis trasy został przedstawiony w pracy Kicińskiej-Świdorskiej & Słomki z 2003r.

### **Trasa geoturystyczna na Jaworzynie Krynickiej**

Przebieg tej trasy poprowadzono po istniejących szlakach turystycznych, z wykorzystaniem dodatkowej atrakcji, jaką jest kolej gondolowa (punkt 1 i 2, Fig. 4) wiodąca na szczyt Jaworzyny Krynickiej. Oprócz pięknej panoramy rozciągającej się ze szczytu (1113,8 m. n p m) zobaczyć można pasma Beskidu Sądeckiego porożcinane dolinami, m.in. Czarnego Potoku, po której będzie wiodła nasza trasa. Schodząc ze szczytu mijamy muzeum turystyki górskiej (punkt 3). Znajduje się w nim ekspozycja poświęcona historii turystyki oraz historii partyzantów regionie Sądecczyzny. Diabelski Kamień (4) jest pomnikiem przyrody nieożywionej i grzybem skalnym powstałym w wyniku procesów wietrzenia, zbudowanym z piaskowca z Piwnicznej, podjednostki krynickiej formacji magurskiej. Ze skałką tą jest związana piękna legenda o pastercie i młodym rycerzu. Kolejny punkt (5) to Zagubione Skałki pod Jaworzyną. Są one klasycznym osuwiskiem progowym, zbudowanym z trzech progów skalnych ciągnących się na długości około 100m. Na przekroju ławic piaskowcowych obserwować możemy liczne struktury sedymentacyjne. Dodatkową atrakcją jest grupa drzew bukowych, o wyglądzie pierwotnej puszczy karpackiej. Ostatni punkt trasy (6) to wodospad na Czarnym Potoku, rozwinięty na grubej ławicy „marszałkowskiej” powstały wskutek erozji wstecznej wód płynących doliną.



Zagospodarowanie w postaci ścieżek, tras przemarszu i tablic już częściowo istnieje, uzupełnienia wymagają jedynie brakujące tablice informacyjne i panoramiczne na szczycie Jaworzyny oraz opracowanie i wydanie folderu informacyjnego.

### **Trasa geoturystyczna na Górze Parkowej w Krynicy**

Góra Parkowa w Krynicy jest znanym miejscem spacerowym kuracjuszy. Znajduje się tu niemało, dobrze znanych atrakcji, ale też nie brakuje ciekawostek geoturystycznych i turystycznych, takich jak: stary kamieniołom przy ul. Pułaskiego (punkt 1, Fig. 5) w którym odstaniają się twory należące do ogniwa z Maszkowic (wieku późnoeoceneskiego); odstaniecie piaskowca magurskiego (2); tor saneczkowy na którym w 1958 i 1962 roku rozgrywano Mistrzostwa Świata w saneczkarstwie (3); pijalnia Jana i Józefa zwana Małą Pijalnią oferująca kuracjom szczawy wodorowęglanowo-wapniowe (4); kolejka linowo-terenowa umożliwiająca wjazd na Górę Parkową już od 1937 roku (5). Sam szczyt góry jest nie tylko doskonałym punktem widokowym, ale i rekreacyjnym (6). Znajdują się tutaj rajskie ślizgawki, zjeżdźalnie, a 200 metrów w kierunku wschodnim od szczytu zlokalizowany jest staw, będący pozostałością po eksploatacji borowiny. Kolejny punkt (7) to odstaniecie piaskowca strefy krynickiej, na Polanie Michasiowej, na której eksploatowano borowiny. Zobaczmy tu oczka wodne (punkt 8) oraz źródło Karola zwane Bocianówką. Nieopodal znajduje się Sanktuarium Leśne poświęcone Królowej Krynickich Zdrojów (9), i cztery stawy zwane Czaplami Stawkami (10). Są one pochodzenia osuwiskowego, a dziś stanowią miejsce bytowania łabędzia niemeo, gęsi egipskiej, bernikla kanadyjskiego czy żakarki. Punkt 11 trasy to kaplica p.w. Przemienienia Pańskiego. Jest obiektem należącym do szlaku architektury drewnianej. Trasę kończą dwa punkty, dobrze znane turystom- pomnik A. Mickiewicza (12) i Pijalnia Główna (13).

Jak wykazała przeprowadzona ankieta w Krynicy-Zdroju istnieje duże zapotrzebowanie na tworzenie nowych tras mających charakter wypoczynku aktywnego z mocno rozbudowanym aspektem poznawczym (Kicińska 2008).

### **Trasa geoturystyczna w Dolinie Szczawnika**

Nie każdy zakątek, sąsiadujący z uzdrowiskami posiada piękne i ciekawe atrakcje geoturystyczne. Natomiast każde miejsce ma swoją specyficzną budowę geologiczną i jest świadectwem procesów, które ukształtowały jego obecny wygląd. Trasa biegnąca doliną Szczawnika oprócz chat łemkowskich (punkt 1, Fig. 6) i przepięknej cerkwi (2) p.w. św. Dymitra z 1841 roku zaznajamia ze źródłem „za Cerkwią”, z którego wypływają szczawy wodorowęglanowo-sodowo-wapniowo-magnezowe, o mineralizacji 3500 mg/L, zawierające znaczne ilości wolnego CO<sub>2</sub> i HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>. Jest ono zatwierdzonym w 1998 roku pomnikiem przyrody nieożywionej. Krystaliczność wód płynących doliną Szczawnika spowodowała, iż wykonano tu ujęcie wody pitnej dla Muszyny i okolic (punkt 3). Na lewym zboczu doliny znajduje się kolejny - 4 punkt trasy, jest to 12 metrowa ściana skalna, zbudowana z gruboławicowych piaskowców należących do warstw magurskich, strefy krynickiej, wieku paleogenu. Na przekrojach poprzecznych łatwo obserwować możemy kanały i rozmycia erozyjne, struktury misczkowe i pozostałości po klastach ilastych. Niemal na całej długości potoku w korycie podziwiać możemy malownicze kaskady - niewielkie progi skalne (punkt 5), jakie uformowały się w wyniku erozji wstecznej płynących tędy wód. Wysokość ich waha się od 10-50 cm. Punktem (6) kończącym trasę jest baczka nad Wierchomlą, usytuowana na wysokości 880 m n.p.m. Dolina Szczawnika zyskała ostatnio na popularności, gdyż została połączona wyciągiem krzeslekowym z ośrodkiem narciarstwa zjazdowego działającym w Wierchomli, który obecnie funkcjonuje pod nazwą „Dwie Doliny”.

### **Trasa geoturystyczna w Dolinie Potoku Żłockiego**

Dolina potoku Żłockiego została wyjątkowo hojnie obdarzona przez naturę ciekawostkami geologicznymi i właśnie to bogactwo należy wykorzystać do stworzenia ciekawej trasy geoturystycznej (Kicińska-Świdarska & Łasak 2005). Już w przekopie drogi wiodącej z Jastrzębika do Żłockiego odstaniają się warstwy szczawnickie (punkt 1, Fig. 7) usytuowane bezpośrednio pod kapliczką. Nieco dalej ok. 200 m powyżej

przecięcia potoku z drogą znajduje się odstonięcie pstrych łupków (punkt 2), wieku paleocenońskiego. Niewątpliwie największą atrakcją tego miejsca jest pomnik przyrody (3) na który składa się: mofeta im. H. Świżdzińskiego, źródła wód mineralnych i osady ochry. W górnej części potoku powszechnie są wyziewy dwutlenku węgla. Występują tu one w postaci bełkotek bądź suchych ekshalacji, zajmując pasmo łąk o szerokości 200m i powierzchni ok. 0,4 km<sup>2</sup>. Atrakcją dodatkową tego miejsca jest gęsty, galaretowaty osad barwy rdzawo-pomarańczowej pokrywający dno potoku zwany ochrą. Kolejny punkt trasy (4) pozwala poznać skały należące do ognia piaskowca krynickiego, które to w znacznym stopniu budują dolinę Złockiego. Cerkiew p. w. św. Demetriusza Rycerza i Męczennika zbudowana w latach 1867-72 to kolejna (5) atrakcja opisywanej trasy. Dwa następne punkty 6 i 7 są ogólnodostępnymi pijalniami wód mineralnych. Pierwsza z nich zlokalizowana jest w sanatorium Metalowiec (ujęcia Złockie-2 i Złockie-3), udostępnia szczawiny (0,39%) HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>, Mg-Ca-Na, Fe, CO<sub>2</sub> wydobywane z głębokości 150m. Woda ta uznawana jest za leczniczą. Podobny rodzaj wód udostępniony został w pijalni Cechini. Ostatnim punktem trasy (8) są ruiny zamku muszyńskiego, wzniesionego na wzgórzu zwanym Basztą. Jest to wspaniały punktem widokowy na malowniczo wijącą się dolinę Popradu.

### Trasa geoturystyczna w dolinie Popradu - od Leluchowa po Stary Sącz

Trasy geoturystyczne można pokonywać pieszo, rowerem bądź samochodem. Przykładem trasy samochodowej jest propozycja szlaku biegnącego doliną Popradu. Trasa ciągnie się od przejścia granicznego w Leluchowie po Stary Sącz. Punkt pierwszy (Fig. 8) zlokalizowany jest w Leluchowie. Tutaj godne zobaczenia są: cerkiew p.w. św. Dymitra, otoczona 100-letnimi lipami i nieco dalej osuwisko, znajdujące się w skarpie drogi. Ciekawostką jest dobrze widoczny fałd, utworów fliszowych. W kolejnym punkcie trasy (2) w Muszyniu-Rusinowie widoczna jest nieco zarośnięta nisza nieczynnego kamieniołomu (o wymiarach 15 x 30m), w którym pozyskiwano w celach budowlanych piaskowce należące do formacji magurskiej, ognia piaskowca z Piwnicznej. Jadąc dalej, nie sposób nie podziwiać niewielkiej miejscowości - Mu-

szyny ze wzgórzem zamkowym, na którym znajdują się do dziś ruiny zamku biskupiego (3). Liczne źródła znajdujące się na Zapopradziu (pijalnia Antoni i ujęcie Wanda), muzeum regionalne to dodatkowe atrakcje tego miejsca. Niemalą ciekawostką botaniczną jest rezerwat „Obrozyska” (4), chroniący las grądowy typu *Tilio-Carpinetum* z dominacją lipy. Utworzony w 1919 roku zajmuje powierzchnię ponad 100 ha. Obok 100-letnich lip oglądając można również osuwiska, niekwaśne zagłębienia bezodpływowe czy wały gruzłowe. Na terenie rezerwatu została wytyczona ścieżka przyrodnicza. Oprócz lasu lipowego w Miliku zobaczyć warto cerkiew p.w. św. Kosmy i Damiana (5), we wnętrzu której podziwiać można ikonę Optakiwanie Chrystusa i Pięć. We wsi Andrzejówka najważniejszym zabytkiem jest niewątpliwie cerkiew p.w. Zaśnięcia Bogurodzicy (6). Dolina Popradu niezwykle malowniczo rozdziela pasma budujące Beskid Sadecki, pasmo Jaworzyny i pasmo Radziejowej. Jedno z najpiękniejszych miejsc, jakie możemy tu podziwiać należy półwysp o nazwie Łopata Polska (7). Kolejnym Sądeckim uzdrowiskiem znajdującym się na trasie jest Żegiestów (8). Niegdyś świetnie prosperujące uzdrowisko dzisiaj może zachwycić kuracjuszy ciszą i leczniczym klimatem, oraz cerkwią p.w. św. Anny ze źródłem noszącym to samo imię. Punkt 9 naszej trasy to Wierchomla Wielka, znana jako ośrodek narciarski. W tym miejscu zobaczyć można również ściany skalne zbudowane z piaskowca należącego do ognia piaskowców z Piwnicznej, a na ich powierzchniach ławic kotły eworsyjne, jamki wirowe a także procesy eksfoliacji (jest to pomnik przyrody). Drugim pomnikiem przyrody nieożywionej jest staw infiltracyjny, położony nieco dalej, po lewej stronie drogi. W miejscowości tej znajduje się czynny kamieniołom piaskowca magurskiego, wykorzystywany jest jako surowiec do budowlany i drogowy. Przed nami kolejne uzdrowisko Piwniczna - Zdrój (10). Obok pięknej pijalni wód mineralnych, warty zobaczenia jest zabytkowy rynek, zanim udamy się do wsi Rytro, nad którą wznoszą się ruiny zamku z XIII wieku (11). W Barcicach mijamy kamieniołom piaskowców magurskich, i kończymy naszą trasę w Starym Sączu (12). Jest to urokliwe, zabytkowe miasteczko leżące w widłach Dunajca i Popradu. Zabytkowy rynek,

piękne kamieniczki oraz Klasztor Klarysek otoczony murem sprawiają, iż warto jest zatrzymać się tu na dłużej.

## Podsumowanie

**Trasy geoturystyczne** są jedną z propozycji nowego zagospodarowania turystycznego, o jakie mogą się wzbogacić polskie uzdrowiska. Osoby zainteresowane tym rodzajem oferty łatwo znaleźć we wszystkich kurortach, co wykazały liczne opracowania i ankiety. Szukanie nowych propozycji daje poczucie rozwoju i przeciwdziałania obiegowej opinii o stagnacji czy zastoju panującym w polskich uzdrowiskach. Wystarczy poszukać w informatorach i broszurach europejskich czy światowych ośrodków SPA, jak podobne szlaki tematyczne są mocno reklamowane, i jak dużym zainteresowaniem się cieszą wśród turystów.

Dużą zaletą tras geoturystycznych jest łatwość, szybkość i stosunkowo niewielkie koszty ich wykonania. Szczegółowe informacje dotyczące projektowania i zagospodarowywania tras zawarte są w pracy Kicińskiej i Stomki (2004a). Mocnym atutem zwłaszcza dla turysty wielokrotnego jest duża wariantowość zwiedzania tras: pieszo, konno, rowerem, autem czy autobusem. Istnieje możliwość łączenia ich z innymi szlakami tematycznymi, np. szlakiem architektury drewnianej, ścieżkami przyrodniczymi, czy miejscami atrakcyjnymi turystycznie. W obszarach przygranicznych można rozważyć koncepcję utworzenia tras transgranicznych (Karpackich, Sudeckich, Pienińskiej itd.). Na wykonanie tych przedsięwzięć można uzyskać środki z Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, Eko-Funduszu lub starać się o przyznanie dotacji unijnych.

Trasy geoturystyczne to nie jedyna propozycja rozbudowy istniejącej oferty turystycznej polskich uzdrowisk. Pod rozwagę należy wziąć także organizację:

- **warsztatów tematycznych** np.: garncarskich, zielarskich, kursy zdrowego gotowania, przygotowywania preparatów leczniczych opartych na naturalnych produktach,
- **zajęć terapeutycznych,**
- **warsztatów kulturowych,**
- **warsztatów doskonalących umiejętności** np. manualne, zdobnictwa wnętrza, stroju itp.

Jednak nadrzędnym atutem proponowanych zmian jest fakt, iż mogą być szybko odpowiedziami na oczekiwania osób odwiedzających polskie uzdrowiska, niezależnie od tego czy są one kuracjuszami, turystami weekendowymi czy rezydentami terenów, na których powstaną. Gdyż jak pisał blisko 140 lat temu dr M. Zieleniewski (lekarz zdrojowy Krynicy i sekretarz Komisji Balneologicznej w Krakowie) o polskich uzdrowiskach „*widoki, szczyty i świeżość powietrza nie ustępują w niczem tradycyjalnie powtarzanym cudom Alpejskim, pod pewnym względem nawet je przewyższają*” (vide Osóbka 2003).

Przekształcanie polskich uzdrowisk w europejskie ośrodki SPA nie powinno być upatrywane jako śmiałe plany dorównania „starej” Europie, ale koniecznością i paszportem w ich przyszłość, miejmy nadzieję że świetlaną (Kicińska-Świdorska 2006a).

PRACA JEST WSPÓLFINANSOWANA Z BADAŃ  
STATUTOWYCH KGOŚ, AGH, NR 11.11.140.447

## Literatura:

- KICIŃSKA A. 2008. *Wykorzystanie walorów przyrody nieożywionej w turystyce uzdrowiskowej na przykładzie uzdrowisk Beskidu Sądeckiego*. [W:] Wiatr I. & Marczak H. (red.) Uwagunkowania ekorozwoju turystyki i rekreacji (ze szczególnym uwzględnieniem gospodarowania i zarządzania środowiskiem). Lublin, PTIE. Wyd. Nauk. G. Borowski. 81-89.
- KICIŃSKA-ŚWIDORSKA A. 2006. *Development of ecotourism in the Beskid Sądecki Mts.* [W:] Wagner A., Dobrowolski J. W. (eds.) EURO-ECO 2006 11th inter. Conf.: Interdisciplinary co-operation for the sustainable development of historical cities and protected areas perspectives of sound tourism: Kraków. 45.
- KICIŃSKA-ŚWIDORSKA A. 2006. *SPA - a symbol of luxury or a chance for health resorts of the Beskid Sądecki Mts.?* Polish Journal of Environmental Studies. vol. 15. 5C. 94-95.
- KICIŃSKA-ŚWIDORSKA A. 2006. *Ochrona zasobów przyrody nieożywionej w świetle koncepcji turystyki zrównoważonej*. [W:] Dudkiewicz D., Mi-dura F., Wysocka E. (red.) Turystyka i rekreacja jako czynnik podnoszenia atrakcyjności i konkurencyjności. Warszawa: AlmaMer Wyższa Szkoła Ekonomiczna. 59-67.
- KICIŃSKA-ŚWIDORSKA A. & ŁASAK M. 2005. *Trasa geoturystyczna w dolinie potoku Złockiego*. Geoturystyka. 2.1. 33-42.

KICIŃSKA-ŚWIDERSKA A. & SŁOMKA T. 2003. *Trasa geoturystyczna w sąsiedztwie rezerwatu Baranowiec*. [W:] Jaka turystyka w rezerwach przyrody: materiały z V krajowej konferencji „Ochrona przyrody a turystyka”. UR. Rzeszów. 53-57.

KICIŃSKA-ŚWIDERSKA A. & SŁOMKA T. 2004a. *Projektowanie tras geoturystycznych*. Folia Turistica. 15. 179-184.

KICIŃSKA-ŚWIDERSKA A. & SŁOMKA T. 2004b. *Rola społeczności lokalnej w należyтым utrzymaniu zasobów przyrody nieożywionej*. [W:] Kształtowanie jakości produktu turystycznego regionu z zachowaniem rozwoju zrównoważonego: praca zbiorowa (red. nauk.) Gołembski G. [et al.]; Gremium Ekspertów Turystyki. 295-299.

KICIŃSKA-ŚWIDERSKA A. & SŁOMKA T. 2006. *The eco-tourist product of the Beskid Sądecki Mts*. Polish Journal of Environmental Studies. 15. 5C. 76-78.

Międzyresortowy Zespół ds. aktywacji społeczno-gospodarczej uzdrowisk. *Zintegrowany program rozwoju uzdrowisk ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych*. Warszawa. 2005.

OSÓBKA P. 2003. *Podróże do uzdrowisk*. Almanach Muszyny. 81-90.

PODKŁAD MAPOWY- mapy topograficzne w skali 1: 25 000, wydawca WODGiK

RAPACZ A. 2004. *Problem przywództwa jako wstęp do kształtowania jakości produktu tury-*

*stycznego - ujęcie teoretyczne i praktyczne*. [W:] Kształtowanie jakości produktu turystycznego regionu z zachowaniem rozwoju zrównoważonego: praca zbiorowa (red. nauk.) Gołembski G. [et al.]; Gremium Ekspertów Turystyki. 133-140.

RÓŻYCKI P. 2005. *Klasyfikacja współczesnych form turystyki*. Geoturystyka. 2. 1.13-25.

UNRUG R. (RED). 1969. *Przewodnik geologiczny po zachodnich Karpatach fliszowych*. Wydawnictwa Geologiczne. Warszawa. 223-253.

Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, z dnia 28 lipca 2005. Dz. U. Z 2005r, Nr 167, poz. 1399.

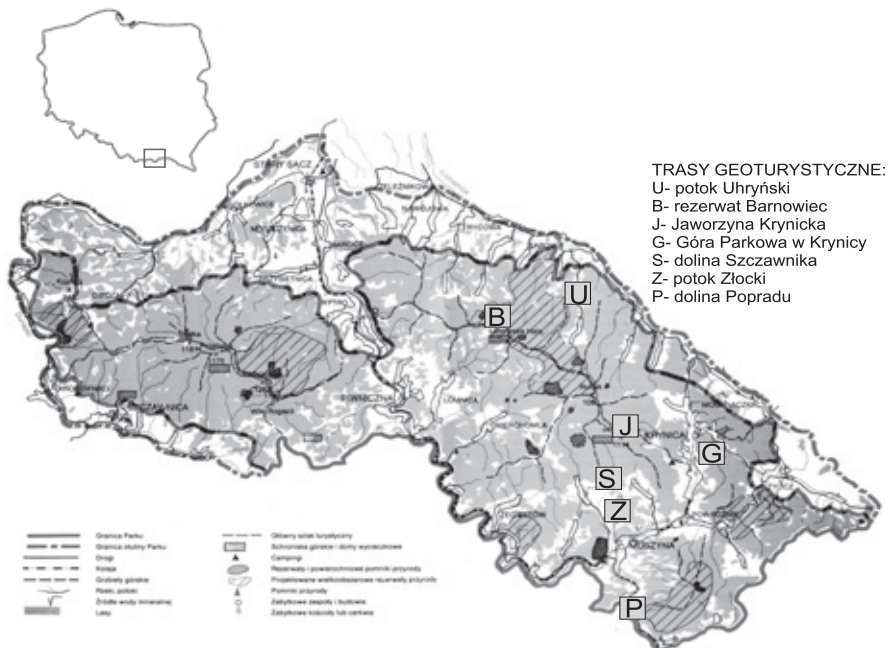
WOŁOWIEC T. 2003. *Konkurencyjność polskich uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego w warunkach integracji z Unią Europejską*. Biuletyn Informacyjny, 1-2, SGURP, Jedziwo do Wód. 68-78.

ZARĘBA D. 2008. *Ekoturystyka*. PWN. Warszawa. 152-154.

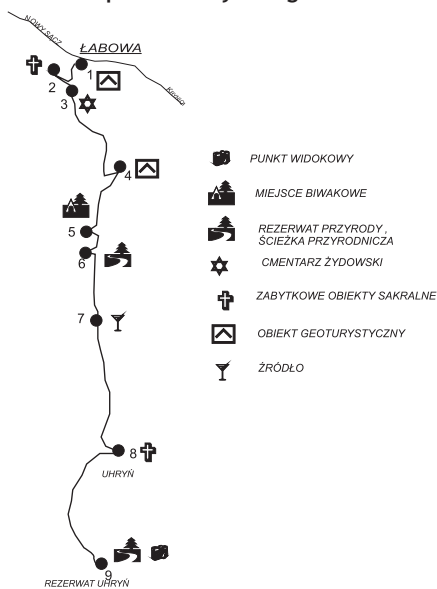
Zintegrowany program rozwoju uzdrowisk ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych. Międzyresortowy Zespół ds. Aktywizacji Społeczno-Gospodarczej Uzdrawisk. Warszawa. 2005.

## SPIS FIGUR:

Figura 1. Położenie tras geoturystycznych na obszarze Beskidu Sądeckiego.

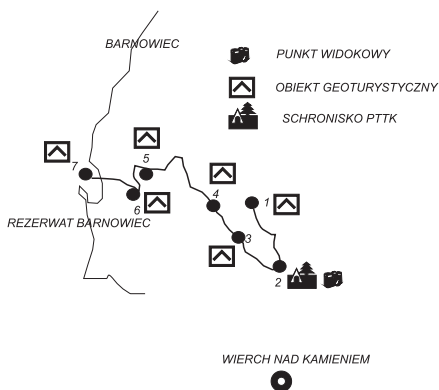


**Figura 2. Schemat trasy geoturystycznej w dolinie potoku Uhryńskiego.**



Opisy punktów: 1- warstwy belowskie, 2- kościół p.w. św. Stanisława, 3- cmentarz żydowski, 4- ścieżka geologiczna, 5- miejsce rekreacyjno-sportowe, 6- ścieżka przyrodnicza, 7- źródło, 8- kapliczki temkowskie, 9- rezerwat Uhryń.

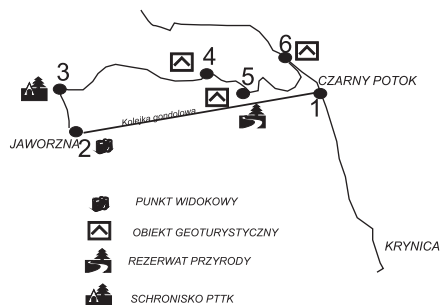
**Figura 3. Schemat trasy geoturystycznej w rezerwacie Barnowiec i jego sąsiedztwie.**



Opisy punktów: 1- Diabelskie ściany (pomnik przyrody), 2- schronisko na Hali Łabowskiej, 3- ambona skalna „Skamienia-

ła Córka”, 4- jaskinia w Pękniętej Kopie, 5- rowy rozpadlinowe i osuwisko, 6- bloki zlepieńców, 7- ściana skalna w rezerwacie Barnowiec.

**Figura 4. Schemat trasy geoturystycznej na Jaworzynie Krynickiej.**



Opisy punktów: 1- stacja dolna kolejki gondolowej, 2- stacja górna kolejki gondolowej (punkt widokowy), 3- schronisko PTTK (wystawa muzealna), 4- Diabelski Kamień (rezerwat przyrody), 5- Zaginione Skatki (rezerwat przyrody), 6- wodospad na Czarnym Potoku.

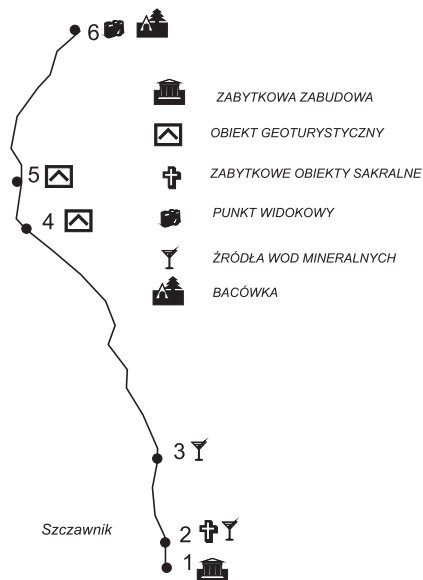
**Figura 5. Schemat trasy geoturystycznej na Górze Parkowej w Krynicy.**



Opisy punktów: 1- stary kamieniołom (odstąpienie ogniwa z Maszkowic), 2- odstąpienie piaskowca magurskiego, 3- tor saneczkowy, 4- Pijalnia Jana i Józefa, 5- ko-

lejka linowo-terenowa, 6- Góra Parkowa (punkt widokowy), 7- odsonięcie piaskowca strefy krynickiej, 8- Polana Michasiowa, 9- Sanktuarium Leśne, 10- Cztery Stawy, 11- kaplica p.w. Przemienienia Pańskiego, 12- pomnik A. Mickiewicza, 13- Pijalnia Główna.

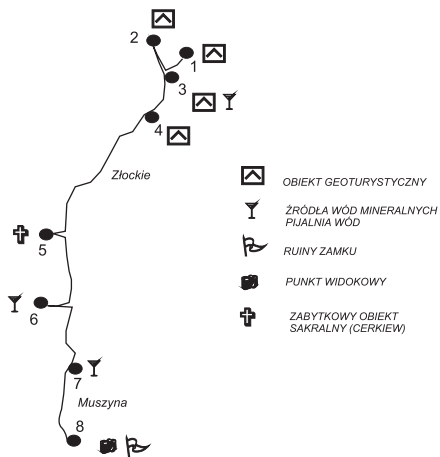
**Figura 6. Schemat trasy geoturystycznej w dolinie Szczawnika.**



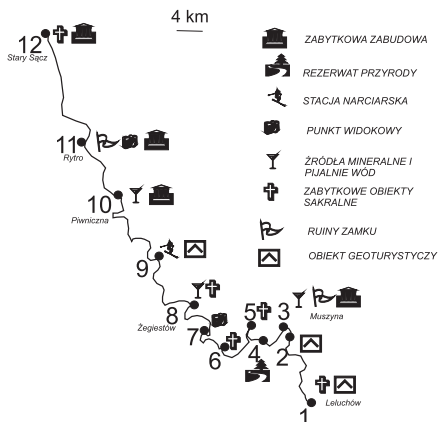
Opisy punktów: 1- Lemkowskię chaty, 2- Cerkiew w Szczawniku i Źródło za Cerkwią, 3- ujęcie wody pitnej w potoku Szczawnik, 4- odsonięcie skalne w dolinie Szczawnika, 5- kaskady, 6- bacówka nad Wierchomlą Małą (punkt widokowy).

**Figura 7. Schemat trasy geoturystycznej w dolinie potoku Złockiego.**

Opisy punktów: 1- warstwy szczawnickie, 2- pstrze łupki, 3- mofeta, źródła wód mineralnych i osady ochry (pomnik przyrody), 4- piaskowiec krynicki, 5- cerkiew w Złockim, 6- pijalnia wód sanatorium Metalowiec, 7- pijalnia wód Cechini, 8-ruiny zamku w Muszynie.



**Figura 8. Schemat trasy geoturystycznej w Dolinie Popradu.**



Opisy punktów: 1- Leluchów- cerkiew p.w. św. Dymitra i osuwisko z fałdem, 2- Stary kamieniołom w Muszynie-Rusinowie, 3- Muszyna i ruiny zamku, muzeum regionalne, pijalnia Antoni, 4- rezerwat „Obrożyńska”, 5- cerkiew p.w. św. Kosmy i Damiana w Miliku, 6- cerkiew p.w. Zaśnięcia Bogurodzicy w Andrzejówce, 7- Łopata Polska, 8- Żegiestów- Źródło, cerkiew p.w. św. Anny i źródło, 9- Wierchomla Wielka, ścianki skalne, staw infiltracyjny, 10- Piwniczna-Źródło, pijalnia wód mineralnych, zabytkowy rynek, 11- Rytro, ruiny zamku. 12- Stary Sącz.

dr **ANDRZEJ HADZIK**  
Katedra Turystyki, Rekreacji i Zarządzania  
Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach

# **TURYSTYKA WELLNESS JAKO PRZYKŁAD INNOWACYJNEGO KIERUNKU W UZDROWISKACH TEORIA I PRAKTYKA**

## Wstęp

W literaturze z zakresu zarządzania innowacje (ang. innovation) utożsamiane są z tworzeniem, rozwojem i wdrażaniem nowych produktów, procesów lub usług, które mają na celu poprawę wydajności, efektywności oraz konkurencyjności podmiotów (Witecka 2007). Innowacje dotyczą produktów, procesów produkcyjnych, procedur zarządczych, a także kształtu przedsiębiorstwa. Podmiot który pierwszy wprowadził nowy rodzaj produktu lub usługi na rynek w marketingu określa się mianem innowatora (ang. first mover).

Innowacyjność skupia się, w odróżnieniu od kreatywności, nie tylko na wychodzeniu z nowymi ideami, czy pomysłami, ale na decydowaniu, które pomysły należy wybrać i wcielić w życie w celu stworzenia wartości. Stąd mówi w zarządzaniu o tzw. innowacji wartości (ang. value innovation) opartej na strategicznym podejściu do wzrostu biznesu<sup>1</sup>. W koncepcji tej dostrzec można odejście od koncentracji na konkurencji, a w zamian kreowanie nowych rynków. Innowacje obejmują proces podejmowania nowych pomysłów celem przekształcenia w ofertę rynkową. Według M. Januszewskiej (2008) innowacyjność jako podstawa oceny zdolności konkurencyjnej jest „... umiejętnością efektywnej alokacji zasobów przedsiębiorstwa dla ukształtowania optymalnej konfiguracji przewag konkurencyjnych.”

Jednymi z ważniejszych są innowacje produktowe. W ujęciu marketingowym nowy produkt widoczny jest zarówno od strony konsumenta, jak i producenta (Rapacz 2001). Pierwszy będzie utożsamiał nowy produkt z zaspokajaniem przez niego nowych potrzeb lub tych samych potrzeb w inny sposób. Z punktu widzenia producenta nowy produkt jest ofertą wcześniej nie proponowaną, która zaspokaja stare lub nowe potrzeby konsumentów. Proces rozwoju nowego produktu składa się z kilku etapów, czyli: poszukiwania idei nowych produktów, wstępnej oceny - selekcji pomysłów, analizy ekonomicznej, rozwoju technicznego, testów marketingowych oraz wprowadzenia produktu na rynek (Rapacz 2001).

Chociaż w literaturze dostrzec można dominację problematyki innowacji produktowych, to obecnie zauważa się znaczenie innowacyjności w usługach, w tym

turystycznych i zdrowotnych (Dąbrowska 2006). Innowacje w turystyce oznaczają zmiany w metodach produkcji i samych produktach wykorzystując do tego celu nową lub wcześniej nie zastosowaną wiedzę. Współczesna turystyka stanowi niezwykle różnorodne zjawisko, charakteryzuje się wielowymiarowym znaczeniem. Jednym z ważniejszych możliwych efektów podróży turystycznych jest ich wpływ na zdrowie społeczeństwa.

Osoby nie spełniające kryteriów zdrowia ujawniają potrzeby zdrowotne, które są często następstwem negatywnych skutków rozwoju cywilizacji. Tego rodzaju potrzeby zaspakajane są dzięki różnym formom turystyki zdrowotnej, która swój rozwój zawdzięcza wzrostowi znaczenia zdrowotnej funkcji turystyki. Widoczna coraz bardziej dbałość o zdrowie poprzez podróże, szczególnie wśród bogatych społeczeństw krajów rozwiniętych, należy według Komisji Turystyki UE do trendów współczesnej turystyki.

Celem opracowania jest pokazanie jednej z nowoczesnych form turystyki zdrowotnej, czyli turystyki wellness. Usługi turystyki wellness mogą decydować o innowacyjności produktu turystyki uzdrowskiej, tym samym stają się ważnym elementem konkurencyjności na rynku uzdrowskim.

## Zdrowie jako dobrostan osiągany poprzez turystykę

Współczesny termin „zdrowie”, które według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)<sup>2</sup> określa się jako pełnię fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko braku choroby, ma wpływ na kształt pojęcia „turystyka zdrowotna”. W naukach społecznych zdrowie analizuje się w oparciu o teorie dóbr, ponieważ jest to zasób przez całe życie specyficznie „konsumowany”, a równocześnie „użytkowany” przez społeczeństwo. Zdrowie stanowi wartość, a nie cel sam w sobie, który można zdobywać i doskonalić. Podróże w celach zdrowotnych bezpośrednio wpływają na poprawę lub polepszenie zdrowia turystów, ale co najważniejsze, pośrednio dzięki tej wartości, pozwalają na poprawę jakości życia nie tylko w sferze biologicznej, ale również społecznej.

W 1948 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) do definicji zdrowia wpro-



wadziła określenie „well-being”, jako „fizyczny i psychiczny stan dobrego samopoczucia i pomyślności, niekoniecznie brak choroby”. Oznaczało to zmianę podejścia do problematyki zdrowia i wpłynęło na rozwój nowych form turystyki zdrowotnej. We współczesnym terminie „zdrowie” zawarte jest pojęcie „wellness”, oznaczające „jakość życia”, „dobre samopoczucie” (Corbin, Welk, Corbin, Welk 2006)<sup>3</sup>.

Zdrowie z wellness cechuje wielowymiarowość, którą należy brać pod uwagę organizując podróże w ramach turystyki zdrowotnej. C. Corbin, G. Welk, W. Corbin, K. Welk (2006) wymieniają różnorakie wymiary zdrowia i wellness (tab. 1). Wellness stanowi integrację wielu aspektów (wymiarów), tzn. socjologicznych,

emocjonalno-duchowych, fizycznych, czy intelektualnych. Wiąż owych wymiarów wellness pozwala zwiększyć potencjał do osiągnięcia odpowiedniej jakości życia, skutecznej pracy oraz poszerzyć udział w życiu społecznym. Istotą wellness jest tutaj pozytywny sposób odczuwania życia. Składa się na niego dobre samopoczucie oraz zdolność do skutecznego funkcjonowania jednostek, będące równocześnie przeciwieństwem negatywnego wymiaru wellness, czyli złego samopoczucia.

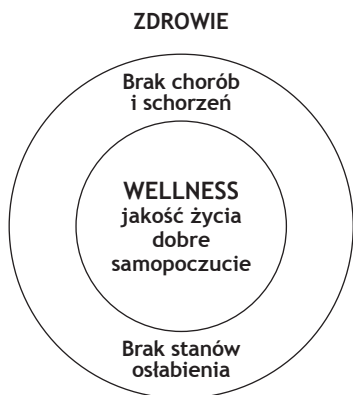
Termin „wellness” stanowi opozycję dla pojęcia „illness”, czyli choroby. Zdrowie z wellness określa się jako stan optymalny obejmujący nie tylko brak choroby, ale także dobry stan psychiczny, stanowiąc szeroko pojęte zadowolenie z życia (ang. life satisfaction).

Tabela 1. Wymiary zdrowia i wellness

Definicje wymiarów		Wymiary wellness	
zdrowie	wellness	ujemne	dotądnie
<b>Zdrowie emocjonalno - umysłowe</b> Obejmuje osoby zdrowe emocjonalnie bez zaburzeń emocjonalno-umysłowych ani chorób (np. depresji), oraz z dobrym samopoczuciem emocjonalnym. Cele zdrowotne dotyczą głównie zdrowia i dobrego samopoczucia umysłowego.	<b>Wellness emocjonalno - umysłowy</b> Dobre samopoczucie emocjonalne jest zdolnością do radzenia sobie z problemami dnia codziennego i własnymi uczuciami pozytywnie, optymistycznie i konstruktywnie.	depresja	szczęście
<b>Zdrowie intelektualne</b> Dotyczy osób zdrowych intelektualnie niecierpiących na żadne choroby atakujące mózg czy inne systemy odpowiadające za procesy uczenia się. Jednostki zdrowe intelektualnie mają także dobre samopoczucie intelektualne.	<b>Wellness intelektualny</b> Zdolność uczenia się i wykorzystywania informacji dla poprawy jakości życia i optymalnego funkcjonowania jednostki.	ignorancja	wiedza
<b>Zdrowie fizyczne</b> Obejmuje osoby zdrowe fizycznie niecierpiące na żadne choroby narządowe i układowe, w tym schorzenia serca. Osoby mają dobrą kondycję i dobre samopoczucie fizyczne.	<b>Wellness fizyczny</b> Zdolność do efektywnego działania w celu wypełniania obowiązków w codziennej pracy i skutecznego wykorzystywania czasu wolnego. Zawiera dobrą kondycję fizyczną i właściwe zdolności motoryczne.	osłabienia	sprawność fizyczna
<b>Zdrowie społeczne</b> Odnosi się do osób zdrowych społecznie niecierpiących na żadne choroby ograniczające funkcjonowanie w społeczeństwie, np. patologie społeczne.	<b>Wellness społeczny</b> Zdolność do korzystnych i udanych kontaktów z innymi osobami oraz ustanawiania pomyślnych relacji poprawiających jakość życia wszystkim, którzy biorą udział w tych obopólnych kontaktach i relacjach.	samotność	życie towarzyskie
<b>Zdrowie duchowe</b> Dotyczy całkowitego wymiaru dobrego samopoczucia i uważane jest za synonim dobrego samopoczucia duchowego.	<b>Wellness duchowy</b> Zdolność do budowania systemu wartości i działania na systemie wierzeń oraz stawiania sobie konstruktywnych i ważnych celów życiowych. Dobre samopoczucie duchowe nierządno oparte na wierze w siły wyższe, pomagające osiągnąć lepszą jakość życia wszystkim ludziom.	niespełnienie	spełnienie
Wellness zintegrowany (ogólne spojrzenie)		negatywne	pozytywne

Źródło: Corbin, Welk, Corbin, Welk (2006).

Powyższe pojmowanie terminu „zdrowia” pozwala na przedstawienie nowoczesnej koncepcji zdrowia składającej się nie tylko z braku chorób i stanów osłabienia (zewnętrzne koło), ale także dobrego samopoczucia i jakości życia (wewnętrzne koło) (rys. 1). Wellness w tej koncepcji jest pozytywnym elementem optymalnego zdrowia, wyrażającym się dobrym samopoczuciem i odpowiednią jakością życia. Owa jakość oznacza zadowolenie jednostek z aktywnego życia, z jak najmniejszą ilością dni z jakąkolwiek dolegliwością.



Rysunek 1. Koncepcja zdrowia optymalnego  
Źródło: Corbin, Welk, Corbin, Welk (2006).

D. Ardell (1986) interpretuje wellnes jako stan zdrowia prezentujący harmo-

nię ciała, umysłu i ducha, na który mają wpływ: odpowiedzialność za zdrowie, fitness, uroda, właściwe odżywianie, relaks, opanowanie stresu, medytacja, aktywność umysłowa, edukacja oraz środowiskowa wrażliwość i społeczny kontakt jako podstawowe elementy (rys. 2).

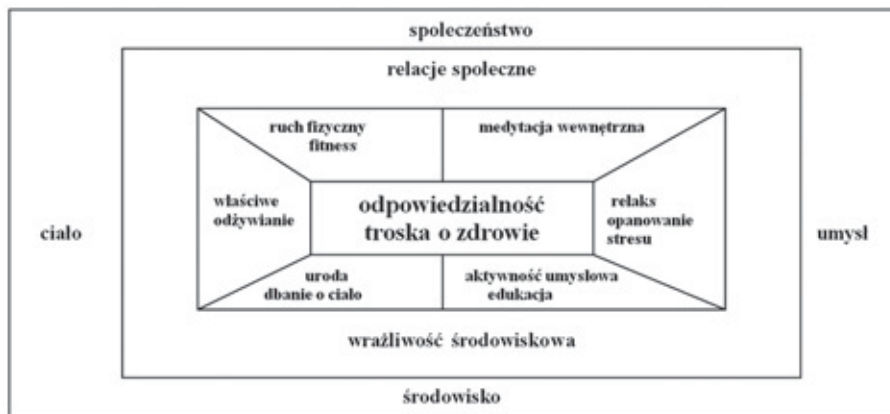
Wśród podróżujących w celach zdrowotnych możemy mieć do czynienia z różnymi turystami pod względem stanu zdrowia rozpatrywanego z punktu widzenia występowania choroby i różnego samopoczucia (rys. 3).

Najlepszym stanem zdrowia możliwym do osiągnięcia przez uprawianie turystyki zdrowotnej jest brak choroby połączony z dobrym samopoczuciem. Rysunek 3b pokazuje jak ważne znaczenie ma osiąganie dla zdrowia turystów dobrego samopoczucia pomimo posiadania dysfunkcji, z którą niektórzy goście zmuszeni są żyć, np. cukrzycą typu I.

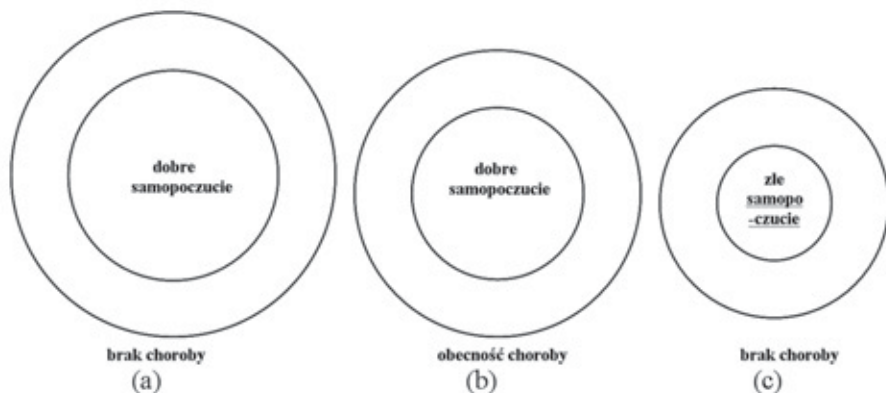
Wyleczenie z choroby nie gwarantuje jeszcze turyście osiągnięcia optymalnego stanu zdrowia, jeśli nie będzie posiadał dobrego samopoczucia (rys. 3c).

### Miejsce nowoczesnych usług turystyki wellness w turystyce zdrowotnej

Zdrowie stanowiące największą wartość dla człowieka może być osiągnięte różnymi drogami. Jednym ze sposobów uzyskania dobrostanu zdrowotnego jest uczestnictwo w turystyce zdrowotnej. Według J. Wolskiego (1970) turystyka zdrowotna obejmuje świadome i dobro-



Rysunek 2. Holistyczny model koncepcji wellness  
Źródło: Weiermair, Mathies (2004).



Rysunek 3. Stany zdrowia turystów ze względu na chorobę i samopoczucie

Źródło: Corbin, Welk, Corbin, Welk (2006).

wolne udanie się na pewien okres poza miejsce zamieszkania w czasie wolnym od pracy, w celu regeneracji ustroju poprzez aktywny wypoczynek psychofizyczny. Charakterystycznymi cechami turystyki zdrowotnej są:

- motywacja wyjazdu nie zawsze związana z odbyciem typowej kuracji;
- korzystanie z niektórych urządzeń leczniczych oraz terapii wyłącznie jako dodatkowa atrakcja aktywnego wypoczynku wybrana w sposób dobrowolny;
- opinia lekarska dotycząca miejsca, okresu i ogólnych zasad pobytu, a także formy aktywnego wypoczynku, jednak niestanowiąca żadnego przymusu związanego z nadzorem medycznym, a uzależniona tylko od samokontroli, świadomości oraz rozważań turysty (Wolski 1986).

Jednym z bardziej znanych amerykańskich badaczy turystyki zdrowotnej (ang. health tourism) jest J. Goodrich, którego koncepcja turystyki zdrowotnej (ang. the concept of health-care tourism) powstała w początku lat osiemdziesiątych XX w. w oparciu o badania w USA i Wielkiej Brytanii (Goodrich i Goodrich 1987). Goodrich (1993) definiuje turystykę zdrowotną od strony podaży jako celowe usiłowanie przyciągnięcia turystów dzięki części turystycznych udogodnień (np. hotelowe SPA) lub miejscom (np. Baden-Baden, Bath),

poprzez promocję usług i urządzeń zdrowotnych, stanowiących dodatek do statych elementów oferty turystycznej.

Uwzględniając zmiany jakie zaszły w turystyce światowej w XX i na początku XXI w. I. Łęcka (2003) dokonała uściślenia pojęcia „turystyka zdrowotna” „... jako wyjazd na dobę lub dłużej poza miejsce zamieszkania w celu regeneracji zdrowia fizycznego, psychicznego, korekcji urody, a także poddania się zabiegom i operacjom w klinikach dokonujących naboru pacjentów poprzez reklamę w turystyce”. Szeroko widzi turystykę zdrowotną M. Tabacchi, która określa ją jako „...każdy rodzaj podróży, który sprawia, że osoba wyjeżdżająca lub jej rodzina czują się zdrowi” (cyt. Łęcka 2003).

M. Mika, R. Pawlusiński (2006) w ramach turystyki zdrowotnej wyróżniają cztery podstawowe formy, tzn.:

- pobyty lecznicze (ang. health-care vacation);
- pobyty w celu przeciwdziałania starzeniu się (ang. anti - aging - vacation);
- pobyty dla odnowy sił witalnych organizmu (ang. wellness - vacation);
- pobyty nakierowane na estetykę i wygląd zewnętrzny (ang. beauty - vacation).

W. Gaworecki (2007) uważa, że turystyka zdrowotna obejmuje podróże o motywach zdrowotnych, gdzie potrzeby dotyczące leczenia, wypoczynku czy profi-

laktyki są realizowane za pomocą różnych jej form. Cytowany autor za najważniejsze motywy podejmowania się trudu uprawiania turystyki zdrowotnej uważa:

- odnowę sił jako główny cel, któremu podporządkowują goście odpowiedni tryb życia w miejscowości odwiedzonej;
- stan zdrowia turysty, który objawia się wyczerpaniem lub przemęczeniem, powodującym potrzebę spędzenia urlopu, wakacji w sposób zaproponowany przez lekarza;
- aktywny model wypoczynku dozwolony indywidualnie.

Autor artykułu uważa, że turystyka zdrowotna stanowi jeden z rodzajów (typów) turystyki, które wyznaczone są za pomocą głównych grup motywów wyjazdów turystycznych. Formami turystyki zdrowotnej są aktywności turystyczne realizujące cel zdrowotny turystów. Obok „klasycznych” form turystyki zdrowotnej widocznych w literaturze, czyli turystyki spa, wellness oraz medycznej, autor wlicza do form analizowanej turystyki aktywności turystyczne zaliczane przez niektórych do rodzajów turystyki (Kurek 2007, Gaworecki 2007)<sup>4</sup>.

W literaturze przedmiotu współczesną turystykę zdrowotną łączy się często z wellness (H. Mueller, E. Kaufmann 2001; Eder 2003; I. Łęcka 2003; Kurek 2007). Mueller, Kaufmann (2001) uważają, że

jedną z form turystyki zdrowotnej jest turystyka wellness (ang. wellness tourism). Turystyka wellness jest sumą wszystkich relacji i zjawisk wynikających z podróży i pobytu ludzi, których głównym motywem jest zachowanie lub polepszenie zdrowia. Według Mueller, Kaufmann (2001) koncepcja holistyczna wellness może być realizowana w specjalistycznych obiektach hotelarskich, które zapewniają pełen profesjonalizm oraz indywidualną opiekę. W obiektach realizujących powyższą koncepcję musi się znaleźć szeroki pakiet usług obejmujący: fitness, troskę o urodę gości, zdrowe odżywianie, relaks, medytację i aktywność umysłową oraz działalność edukacyjną.

Uwzględniając stan zdrowia gości proponuje się umiejscowienie turystyki wellness w turystyce zdrowotnej (rys. 4). Turystyka wellness dotyczy podróży, którzy nie są jeszcze chorzy z punktu widzenia medycznego, jednakże udają się w podróż, ażeby poprzez turystykę zapobiec powstaniu ewentualnym stanom chorobowym. Osoby chore podróżują natomiast w celu wyzdrowienia, korzystając z medycznych usług w ramach turystyki leczniczej.

W praktyce, nierzadko trudno stwierdzić czy dany turysta jest jeszcze zdrowy czy już chory. Czy mamy do czynienia jeszcze z zapobieganiem, poprzez stosowanie różnych usług zdrowotnych, czy może już



Rysunek 4. Miejsce turystyki wellness w zdrowotnej turystyce

Źródło: Mueller, Kaufmann (2001).

te terapie stanowią swego rodzaju leczenie (przerzywana linia na rys. 4).

Turystyka wellness zaczęła się dynamicznie rozwijać w latach XX w., a przyczyną stała się coraz bardziej widoczna dbałość i troska o zdrowie, kondycję, sprawność fizyczną oraz urodę. Obecnie dostrzec można ten trend zwłaszcza w postmodernistycznych krajach rozwiniętych. Wellness, który Łęcka (2003) odnosi do wszelkich ludzkich aktywności na rzecz zdrowego stylu życia w celu zachowania młodości, witalności urody czy dobrego samopoczucia, jest prześląknięty różnymi filozofiami. Obok postmodernistycznej filozofii New Age, można dostrzec powiązania ideologiczne wellness z filozofiami egzystencjalnymi i filozofiami życia różnych kultur, w tym dalekowschodnich - buddyzmu oraz hinduizmu. Łęcka (2003) uważa, że usługi wellness pozwalają rozwiązać zarówno problemy fizyczne i psychiczne turystów, ze szczególnym uwzględnieniem tych drugich. Należą więc do tych terapii przede wszystkim różne metody walki ze stresem, np. trening Schulza, Jacobsona, joga, medytacje.

Jednymi z ważniejszych usług turystyki wellness są usługi rekreacyjno-sportowe, które obok usług: noclegowych, gastronomicznych, transportowych, informacyjnych, typowo leczniczych, bankowych, pośrednictwa i organizacji, przewodnickich i pilotażu, infrastruktury lokalnej, handlowych, rzemieślniczych i ubezpieczeniowych stanowią składowe produktu turystyki uzdrowskiej<sup>5</sup>. Gaworecki (2007) usługi w zakresie kultury fizycznej, definiuje jako „działalność polegającą na stwarzaniu turystom warunków do czynnego wypoczynku i uprawiania sportu masowego”<sup>6</sup>. Według B. Marciszewskiej (1999) „...usługa rekreacyjno-sportowa to użyteczny w sensie gospodarczym i społecznym produkt niematerialny wytworzony przez pracę ludzką w procesie produkcji, poprzez oddziaływanie na człowieka (jego stan zdrowia, psychikę, sprawność fizyczną, stan emocjonalny) dzięki uaktywnieniu potencjału zmierzającego do zaspokojenia wcześniej zidentyfikowanych potrzeb człowieka”. Użyteczność tego typu usług ma wymiar nie tylko gospodarczy, ale również społeczny związany z zaspokajaniem potrzeb aktywności psychofizycznej człowieka. Definicja Marciszewskiej wskazuje ponadto na wykorzystanie w analizowanych usługach po-

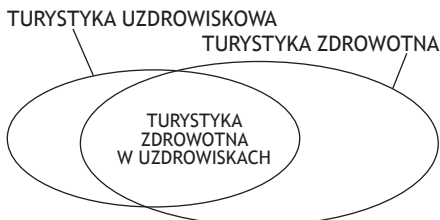
tencjału potrzebnego do ich wytworzenia. Potencjał ten obejmuje nie tylko odpowiedzialne czynności związane z pracą ludzką.

W produkcji obok pracy potrzebne są także inne zasoby, wśród których według klasycznego kryterium należy wyróżnić także kapitał i ziemię. Praca instruktorów rekreacji, trenerów, fizjoterapeutów animatorów nie była by możliwa, gdyby nie odpowiednia infrastruktura w postaci obiektów urządzeń i środków sportowo-rekreacyjnych<sup>7</sup>. Dobrze wyposażone centra sportowo-rekreacyjne przyciągają klientów, którzy przebywając w hotelu, chcą czas wolny spędzić atrakcyjnie i jednocześnie z korzyścią dla zdrowia i urody.

Usługi hotelowych centrów sportowo - rekreacyjnych są bardzo zróżnicowane od najbardziej podstawowych począwszy, na pełnym wyborze w kompleksie zdrowiskowym skończywszy. Jak wynika z badań nasycenie urządzeniami sportowo - rekreacyjnymi w krajowych obiektach noclegowych jest bardzo zróżnicowane. Regułą jest, że największe nasycenie występuje w obiektach zlokalizowanych w miejscowościach turystycznych, w tym uzdrowskich. Wielkość, wyposażenie w urządzenia sportowo-rekreacyjne zależą od potencjału usługowego i kategorii hotelu. W ostatnich latach zarejestrowano ogólny ubytek wyposażenia rekreacyjnego, co jest spowodowane między innymi likwidacją wielu obiektów noclegowych na krajowych obszarach uzdrowskich.

### Turystyka uzdrowska a zdrowotna

Jednymi z ważniejszych miejsc realizacji turystyki zdrowotnej są zdrowiska. Powyższe miejscowości turystyczne w dużym zakresie pozwalają realizować na swoich obszarach różne formy turystyki zdrowotnej (rys. 5).



Rysunek 5. Koncepcja turystyki zdrowotnej uzdrowskiej

Źródło: opracowanie własne.

Uzdrowiska (ang. spas) stanowią obszary, gdzie ma miejsce działalność związana ze świadczeniem usług lecznictwa uzdrowiskowego. Jednak obok pełnienia funkcji leczniczej obszary uzdrowiskowe należą do miejscowości turystycznych realizujących funkcję turystyczną. W Europie termin „spa” jest zarezerwowany dla klasycznych uzdrowisk, jak i dla nowoczesnych centrów zdrowia. Spa zresztą nazywa się jedno z uzdrowisk w Belgii posiadające źródło wód mineralnych położone blisko Liège. Określenie „spa” pochodzi od początkowych liter słów łacińskich „sanitas per aquas” oznaczających „zdrowie dzięki wodom” lub „sanus per aquam” - „zdrowy dzięki wodzie”. Niektórzy tłumaczą słowo „spa” pierwszymi literami terminu łacińskiego „spargere”, czyli „zraszać” (Kurek 2007).

Turystyka w celach zdrowotnych na obszarach uzdrowiskowych należy do podstawowych form turystyki zdrowotnej, realizując równocześnie w kurortach funkcję zdrowotną turystyki (Kurek 2007)<sup>8</sup>. Należy pamiętać, że obszary uzdrowiskowe pozwalają realizować nie tylko tradycyjną turystykę uzdrowiskową opartą o zabiegi balneologiczne, ale także inne

formy i rodzaje turystyki, w tym zdrowotnej. Przykładowo, nowe formy turystyki zdrowotnej, czyli usługi wspomagające ciało i relaksujące oraz koncentrujące się na aspektach duchowych z powodzeniem mogą być proponowane w uzdrowiskach. Podobnie jest z turystyką kwalifikowaną, weekendową oraz wczasową, które są widoczne także na obszarach uzdrowiskowych.

Według autora turystyka uzdrowiskowa obejmuje świadomy i dobrowolny wyjazd do miejscowości uzdrowiskowych (co najmniej na dzień i nie dłużej niż na rok z noclegiem) w czasie wolnym. Nierzadko celem zasadniczym jest poprawa zdrowia lub jego utrzymanie na odpowiednim poziomie za pomocą profilaktyki (w tym usług wellness i spa), rehabilitacji lub leczenia uzdrowiskowego, gdzie podstawowe znaczenie mają świadczone gościom zabiegi przyrodolecnicze.

#### Turystyka spa&wellness w praktyce

Współczesna koncepcja spa lansowana przez gwiazdy hollywoodzkie jest szersza i obok tradycyjnego, tzw. spa sanatoryjnego (leczniczego), realizowanego w kurortach (tzw. wyjazdy do wód), zawiera rów-

Tabela 2. Rodzaje obiektów w ramach tzw. turystyki SPA&WELLNESS

Rodzaj obiektów	Położenie	Długość pobytu	Podstawowe rodzaje zabiegów
Day SPA	Miasta	Kilka godzin (jeden dzień)	Ogólne zabiegi pielęgnacyjne i relaksacyjne, różnorakie zabiegi i terapie, takie jak: masaże ciała i twarzy, kuracje lecznicze, odchudzające
Destination SPA (SPA Destynacja)	Miejscowość turystyczna lub uzdrowiskowa lub miejsce o wyjątkowych walorach turystycznych	Co najmniej dwa dni	Zabiegi pielęgnacyjne i relaksacyjne, szczególnie popularne SPA, osiągnięcia medycyny Dalekiego Wschodu; programy dietetyczne, holistyczne, medytacje
Resort/Hotel SPA	Miejscowość turystyczna lub uzdrowiskowa – funkcjonuje przy istniejącym już hotelu	Co najmniej dwa dni	Zabiegi pielęgnacyjne i relaksacyjne oraz fitness; jazda konna, gra w golfa itp.
Medical SPA (SPA Medyczne)	Miejscowość turystyczna lub uzdrowiskowa lub miejsce o wyjątkowych walorach turystycznych	Co najmniej dwa dni	Profesjonalne zabiegi pod opieką lekarza np. zastrzyki z botoxu, medycyna alternatywna, hydroterapia, kinezyterapia, fizykoterapii oraz różne formy masażu
Mineral Springs SPA (Źródła naturalne SPA)	Miejscowość uzdrowiskowa posiadająca źródła naturalne	Co najmniej dwa dni	Zabiegi oparte o dobroczynne właściwości wody.
Klub SPA	Miasta, miejscowości turystyczne i uzdrowiskowe-funkcjonuje w klubach fitness	Kilka godzin (jeden dzień)	Zabiegi poprawiające ogólną kondycję fizyczną
Cruise Ship SPA (Rejs statkiem SPA)	Statki	Czas trwania rejsu	Ogólne zabiegi pielęgnacyjne oraz fitness; usługi w salach fitness, basenach, pokojach do zabiegów kosmetycznych, saunach i solariach

Źródło: A. Mroczek (2008).

niez usługi w różnego typu ośrodkach spa (np. spa hotelowe, spa dla aktywnych, spa medyczne, spa miejskie) położonych poza uzdrowiskami.

Często termin „spa” jest zbyt szeroko traktowany i obok klasycznych pobytów uzdrowiskowych, gdzie terapia odbywa się „dzięki wodzie” określa również inne pobyty, które mogą, ale nie muszą, obejmować obszary i obiektów uzdrowiskowych (Łęcka 2005). Niekiedy jednak pobyty te mają niewiele wspólnego z filozofią „spa”. Obok tzw. kurortów zdrowia czy resortów (ang. spa health resort) Łęcka (2005) wyróżnia: spa dzienne (ang. day spa), spa przyszłości (ang. future spa), spa objazdowe (ang. mobile spa), spa piękności (ang. beauty spa) oraz spa zdrowia i wypoczynku (ang. medical vacation spa).

Ogólnie powszechny jest współcześnie podział ośrodków tzw. turystyki SPA&WELLNESS zaproponowany przez ISPA (tab. 2).

ISPA wyznaczyło kryteria jakościowe hoteli składające się na tzw. dobrą usługę SPA. Kryteria te to:

- wejście i dostęp do SPA;
- recepcja SPA;
- obszar handlu detalicznego (sklepy, kioski) - szeroka propozycja produktów SPA, ubrań sportowych, voucherów oraz dostępna oferta próbek, obszar powinien być dobrze oświetlony, łatwo dostępny;
- tzw. mokry obszar SPA - przestrzena, dobrze wyposażona, nastrojowa, odpowiednio usytuowana taflowa powierzchnia, gdzie podłogi oraz ściany pokryte są materiałami dającymi się łatwo wyczyścić,
- pokoje zabiegowe - odpowiednia ilość, powinny być przestrzenne, dźwiękoszczelne, gdzie dekoracje, umeblowanie i nastrój powinny wyrażać poczucie komfortu i relaksu;
- pomieszczenia relaksacyjne przed i po zabiegowe powinny tworzyć odpowiedni nastrój, być przestrzenne, oświetlone, umeblowane, wyposażone w napoje orzeźwiające;
- kuchnia SPA - dietetyczna, o odpowiedniej ofercie herbat ziołowych, soków, wód mineralnych. Zakłady gastronomiczne powinny być pojemne, dobrze zlokalizowane, umeb-

lowane, rozplanowane, a surowce i produkty wysokiej jakości;

- sale gimnastyczne i pomieszczenia fitness - usytuowane z dala od pomieszczeń zabiegowych, dźwiękoszczelne z osobnymi szatniami, dobrze oświetlone i wyposażone;
- wystrój i klimat powinny stanowić o równowadze między funkcjonalnością a estetyką;
- występowanie w obiekcie w ramach turystyki wellness zabiegów, terapii i urządzeń takich jak: sauna, łaźnie parowe, kabiny termalne, hydroterapia, bicz szkockie i inne zabiegi prysnicowe, kosmetologia, solarium, usługi fryzjerskie, różnorakie masaże (błotne, olejowe itp.), miejsca relaksacyjne (baseny, ogrody, parki);
- produkty SPA&WELLNESS - firmy powinny korzystać z wysokiej jakości produktów kosmetycznych i używać sprzętu znanych marek;
- certyfikaty - podmioty realizujące wysokiej jakości turystykę wellness powinny potwierdzać swoją działalność międzynarodowym certyfikatem wydawanym przez ISPA (Hałaczkiwicz 2008).

Ponadto Międzynarodowe Stowarzyszenie SPA (ISPA) wyróżnia i definiuje w ramach oferty turystyki wellness 10 elementów (obszarów) doświadczeń, czyli: 1. „wody”, 2. żywność, odżywianie, dietę, 3. ruch, ćwiczenia, fitness, 4. dotyk, masaże, 5. umysł/ciało/ducha, 6. estetykę, pielęgnację skóry, kosmetyki naturalne, 7. przestrzeń, klimat, ekologię, 8. sztukę i wartości socjalno-kulturalne, kulturę SPA, 9. kierownictwo, marketing, działalność; 10. czas, rytm, cykl.

Według International Spa Association w roku 2004 funkcjonowało na świecie 1662 hoteli mających w swej ofercie Spa. Z prognoz wynika, że w najbliższych latach sektor będzie utrzymywał tendencje wzrostową (Sadkowski, Lutycki 2006)<sup>9</sup>.

W niemieckich kurortach uważanych przez fachowców jako modelowe można dostrzec rolę usług turystyki wellness. Niemiecki Związek Uzdrowisk (Deutscher Heilbäderverband) opracował surowe kryteria i procedury, które muszą spełniać uzdrowiska chcące ubiegać się o znak jakości „Wellness w kurorcie”. W wielu nie-

mieckich uzdrowiskach wellness jest podstawą usług w ramach realizowanej w tych miejscowościach turystyki kuracyjnej. Wellness odpowiada za całościową ofertę zdrowia, podobnie jak filozofia tradycyjnego ambulatoryjnego leczenia uzdrowskowego w Niemczech. Jednymi z elementów zabezpieczenia jakości w ramach wellness są składowe tej filozofii wyraźnie wyróżnione przez Deutscher Heilbäderverband (DHV). Należą do niej: medycyna i terapia, natura i kultura, ruch i odprężenie, komunikacja i przeżycia. DHV wysunął postulaty, które charakteryzują zdrowotną turystykę wellness.

Po pierwsze w kurortach niemieckich wellness opiera się na całościowym medycznym zakresie działania, gdzie ważną rolę odgrywa lekarz z dodatkową specjalnością uzdrowskową, będący dla gości swoistym doradcą zdrowotnym. Obok niego ważną rolę w uzdrowskowej filozofii wellness spełniają m. in.: fizjoterapeuci, kardiolodzy, logopedzi, specjaliści od rekreacji i sportu, dietetycy oraz pozostały personel. Wszyscy oni są zobowiązani do uczestnictwa w specjalnych kursach doszkalających organizowanych przez Niemiecki Związek Uzdrowisk (DHV).

Kolejny postulat DHV informuje o tym, że turystyka zdrowotna w kurortach niemieckich bazuje na uznaniu naturalnych sposobów leczenia wykorzystujących ziemię, morze, klimat oraz fizjoterapię wodoleczniczą według Kneipp'a, które są w Niemczech ważnymi środkami zapewniającymi odpowiednią jakość i liczbę propozycji odwiedzającym gościom. W celu realizacji turystyki zdrowotnej wysokiej jakości, bazującej na wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych, widoczna jest opieka prawna źródeł leczniczych, regularne analizy kontroli naturalnych tworzyw leczniczych oraz systematyczne oceny wyleczeń. Wysoka jakość usług turystyki zdrowotnej jest podstawowym zadaniem gestorów bazy noclegowej w niemieckich uzdrowiskach. Odpowiednią jakość usług turystyczno-zdrowotnych osiąga się w tych miejscowościach przede wszystkim poprzez zasady wewnętrznego zarządzania jakością (QM).

W myśl innego postulatu DHV niemieckie uzdrowiska obok szerokiej palety usług zdrowotnych, dzięki dobremu poziomowi infrastruktury towarzyszącej, pro-

ponują szeroką, zdyspersyfikowaną ofertę turystyczno-rekreacyjną. Najczęściej obserwowana oferta rekreacyjna dla komercyjnych gości obejmuje: szereg tzw. usług aktywności psychofizycznych na zewnątrz (niem. Angebote für körperliche Outdoor-Aktivitäten) tj. tenis, jazdę konną, wędrowanie, golf, jazdę na rowerze, oraz wiele form wewnątrz obiektów rekreacyjnych (Angebote für körperliche Indoor-Aktivitäten), tzn. fitness, aerobik, Qi gong, pływanie, tańce.

W uzdrowiskach niemieckich w myśl zaleceń DHV spotkać można wiele propozycji dla tzw. odprężenia psychofizycznego np. medytacje, muzykowanie, czytanie, masaże. Niektóre z ofert mają formę kursów np. kursy rzeźbiarskie, komputerowe, językowe, kucharskie czy internetowe. System wellness realizowany w kurortach niemieckich jako ważny element w turystyce uzdrowskowej pozwala gościom nie tylko na realizację zamierzeń zdrowotnych, ale także na wyuczenie się pewnych czynności i postępowań, które goście mogą realizować w domu. Są to głównie techniki odprężenia, metody właściwego odżywiania, zarządzanie stresem, mające charakter kursów obejmujących wiedzę z zakresu odpowiedniego stylu życia.

Kurorty, chcące realizować wellness w obszarze turystyki zdrowotnej według koncepcji Niemieckiego Związku Uzdrowisk (DHV) i znajdując się w ofercie propozycji Związku, muszą mieć ponadto odpowiednią i szeroką ofertę kulturalną. Poza całodziennymi bibliotekami i czytelniami w kurorcie powinny odbywać się imprezy kulturalne trwające co najmniej dwa dni, otwarte dla gości z przynajmniej stu miejscami. Oprócz tego musi istnieć przynajmniej jedno dostępne centrum na wolnym powietrzu np. park kuracyjny, minimum jedno miejsce pod dachem, np. hala spacerowa, galeria, pawilon sztuki, a także czynna od rana do wieczora oferta gastronomiczna, w tym o charakterze regionalnym. Obok tego kurorty nie mogą pomijać w propozycjach regularnych imprez obejmujących wykłady, aktywności sportowo-rekreacyjne, kursy oraz oferty muzyczne.

Specjaliści DHV wielką wagę przywiązują do walorów związanych z krajobrazem i otoczeniem poszczególnych kurortów, uznając je jako cenne dobro dla



gości. W celu dostępności powyższych walorów, będących elementem produktu turystycznego, kurorty muszą spełniać odpowiednie kryteria dotyczące:

- posiadania odpowiednich pod względem długości i stopnia trudności tras rowerowych i wędrownych;
- organizacji programów wędrowek tematycznych i obserwacji natury;
- sposobu wykorzystania podmiejskiej komunikacji dla celów krajoznawczych.

Wszystkie zadania związane z usługami dla gości w kurortach są podporządkowane przyjeżdżającym w oparciu o zrównoważony rozwój miejscowości, w ramach którego realizowana jest funkcja turystyczna (turystyka zrównoważona)<sup>10</sup>.

### Zakończenie

Według autora rynek turystyki wellness będzie wykazywał dalszy systematyczny rozwój. Będą na niego wpływać głównie:

- starzejąca się część populacji;
- wzrastająca świadomość i odpowiedzialność zdrowotna;
- stres wśród pracującej populacji;
- przesunięcie akcentu z typowo medycznego paradygmatu na zapobieganie i alternatywne praktyki, np. homeopatia;
- różnego rodzaju kampanie na rzecz zdrowia;
- odchodzenie części podróżujących z grupy turystów masowych do gości pragnących głębszych doznań.

Należy pamiętać, że innowacyjne oferty usług turystyki wellness na rynku uzdrowiskowym będą nierzadko uwarunkowane:

- oczekiwaniami gości uzdrowiskowych oraz nowymi potrzebami kuracjuszy i turystów;
- koniecznością dywersyfikacji oferty uzdrowiskowej w stosunku do usług konkurencji;
- chęcią dotarcia do nowych segmentów rynku uzdrowiskowego;
- nowymi technologiami, które wykorzystywane przy okazji świadczenia usług wellness, wspierają proces komunikacji z gośćmi i jego obsługę oraz usprawniają proces świadczenia tego typu usług;
- dążeniem do osiągnięcia większych zysków;

- zwiększeniem lojalności gości wobec usługodawców uzdrowiskowych i świadczonych przez nich usług;
- spadkiem sprzedaży dotychczasowych usług uzdrowiskowych;
- wprowadzeniem na rynek uzdrowiskowy nowych usług, w tym wellness przez podmioty konkurencyjne, a także
- potrzebą realizacji przyjętej koncepcji strategicznego rozwoju podmiotów uzdrowiskowych.

### Bibliografia

- Ardele D. B., 1986, *High Level Wellness*, Ten Speed Press, Berkeley.
- Bacon W., 1998, *Economic systems and their impact on tourist resort development: the case of the Spa in Europe*, *Tourism Economics*, 4, 1.
- Bauer M., 2002, *Wellness und Kur - zwei Seiten einer Medaille?*, Heilbad und Kurort, 9.
- Bennett M., King B., Milner L., 2004, *The health resort sector in Australia: A positioning study*, *Journal of Vacation Marketing*, 10 (2), 122-137.
- Berger R., 1981, *Neue Tendenzen im Tourismus aus der Sicht eines traditionellen Ferienhotels oberster Preisklasse [w:] Neue Tendenzen im Marketing*, Universität Bern, 4.
- Corbin B., Welk G., Corbin W., Welk K., 2006, *Fitness i wellness. Kondycja, sprawność, zdrowie*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań.
- Dąbrowska B., 2006, *Innowacje w usługach a sukces rynkowy. Trendy rozwojowe usług turystycznych w warunkach globalizacji [w:] Turystyka w badaniach naukowych. Prace ekonomiczne*, pod red. A. Nowakowskiej, M. Przydział, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Rzeszów.
- Das Profil der Wellness - Reisenden*, 2004, Institut Für Freizeitwirtschaft, Monachium.
- Dryglas D., 2005, *Kształtowanie produktu turystycznego uzdrowisk w Polsce*, Praca doktorska, UJ, Kraków.
- Eder P., 2003, *Thermalbäder als regionaler Wirtschaftsfaktor - das Beispiel des Steirischen Thermenlandes [w:] Geographie der Freizeit und des Tourismus: Bilanz und Ausblick*, pod red. Ch. Becker, H. Hopfinger, A. Steinecke, Oldenbourg Verlag, Munchen-Wien, 827-840.
- Gaworecki W. W., 2007, *Turystyka*, PWE, Warszawa.
- Golemski G., 2005, *Kompendium wiedzy o turystyce*, PWN, Warszawa.

Goodrich J. N., 1994, *Health Tourism: a new positioning for tourist destinations*, The Haworth Press.

Goodrich J., N., 1993, *Socialist Cuba: A Study of Health Tourism*, Journal of Travel Research, 32 (1), 36-41.

Goodrich J., N., Goodrich G., E., 1987, *Health-Care Tourism: An Exploratory Study*, Tourism Management, September, 217-222.

Hadzik A., 2006, *Spa tourism in the word on selected examples [w:] Conditions of the foreign tourism development in central and eastern Europe. Contemporary models of spa tourism in the aspect of sustainable development*, UW, Wrocław, 9.

Hadzik A., 2006, *The significance of selected determinants of medical tourism development in health-resorts [w:] Movement and health*, Wyd. Politechniki Opolskiej, Opole.

Hadzik A., 2008, *Foreign incoming health resort tourism in Poland on the example of Sudety region [w:] Conditions of the foreign tourism development in central and Eastern Europe, Tourism in geographical environment*, pod red. J. Wyrzykowskiego, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław, 10.

Hałaczekiewicz J., 2008, *Koncepcja SPA w hotelarstwie [w:] Turystyka i sport dla wszystkich w promocji zdrowego stylu życia*, pod red. W. Gaworeckiego WSZTiH, Gdańsk 2008.

Januszewska M., 2008, *Pobudzenie przedsiębiorczości lokalnej i innowacyjności a konkurencyjność obszaru recepcji turystycznej [w:] Turystyka jako czynnik wzrostu konkurencyjności regionów w dobie globalizacji*, pod red. G. Gotembskiego, Wyd. Akademii Ekonomicznej, Poznań.

Kaspar C., 1991, *Die Tourismuslehre im Grundriss*, Verlag Paul Haupt, Bern - Stuttgart.

Kaspar C., 1996, *Gesundheitstourismus im Trend [w:] Jahrbuch der schweizerischen Tourismuswirtschaft 1995/1996*, St. Gallen, 53-61.

Kirschner Ch., 2002, *Heilbäder in Europa: Traditionen und Visionen, Stellung und Bedeutung im künftigen europäischen Gesundheitswesen*, Heilbad und Kurort, 11.

Korporowicz V., 2008, *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*, SGH, Warszawa.

Kurek W., 2007, *Turystyka*, PWN, Warszawa.

Łazarek M., Łazarek R., 2007, *Uzdrowiska w Europie. Terazniejszość i rys historyczny*, Wyższa Szkoła Społeczno - Przyrodnicza, Lublin.

Łęcka I., 2003, *Nowe (?) trendy w turystyce zdrowotnej*, Prace i Studia Geograficzne, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, T. 32.

Łęcka I., 2005, *Uzdrowisko czy kurort? Zmiany funkcji zdrowotnych w miejscowościach uzdrowiskowych i wczasowych na świecie [w:] Kształ-*

*towanie funkcji turystycznych w miejscowościach uzdrowiskowych*, pod red. E. Rydz, Pomorska Akademia Pedagogiczna, Słupsk.

Marciszewska B., 1999, *Konsumpcja usług rekreacyjno-sportowych*, AWF, Gdańsk.

Mika M., Pawlusiński R., 2006, *Some problems of the development of spa & wellness services in the Polish Carpathian Mountains [w:] Conditions of the foreign tourist development in Central and Eastern Europe, Contemporary Models of Spa Tourism*, pod red. J. Wyrzykowskiego, Institute of Geography and Regional Development, Wrocław, 9.

Mroczek A., (2008), *Rola ośrodków SPA&WELLNESS w promocji zdrowego stylu życia [w:] Turystka i sport dla wszystkich w promocji zdrowego stylu życia*, pod red. W. Gaworeckiego, WSZ-TiH, Gdańsk 2008.

Mueller H., Kaufmann E., L., 2001, *Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry*, Journal of Vacation Marketing, 7, 5-17.

*Przedsiębiorstwo turystyczne w gospodarce rynkowej*. 2001, pod red. A. Rapacza. Wyd. Akademii Ekonomicznej, Wrocław.

*Przyszłe trendy w turystyce*, 2004, Europejska Komisja Turystyki, Bruksela.

Sadkowski L., Lutycki P., 2006, *Zanim zapłaczisz za Spa*, „Hotelarz”, nr 10, s.32

Smith Ch., Jenner P., 2000, *Health Tourism in Europe*, Travel and Tourism Analyst, 1.

*Spa Business Report*, 1998, The International Spa Association.

Spivack E., 1998, *Health spa development in the USA: A burgeoning component of sport tourism*, Journal of Vacation Marketing, 4 (1).

Stadtfeld F., 1993, *Europäische Kurorte: Fakten und Perspektiven*, FBV Medien Verlag GmbH, Limburgerhof.

*Tourist Health: A New Branch of Public Health*, 1988, Vol. Edited by Walter Pasini, Italian.

Weber A., 2002, *Trends in der touristischen Entwicklung-Wellness ist kein kurzlebiger Trend*, Heilbad und Kurort, 9.

Witecka J., 2007, *Biznes 9 tom. Słownik pojęć ekonomicznych A-O*. PWN, Warszawa.

Wolski J., 1970, *Turystyka zdrowotna a uzdrowiska europejskich krajów socjalistycznych*, Problemy Uzdrowiskowe, 5.

Wolski J., 1986, *Funkcja wypoczynkowo-turystyczna uzdrowisk polskich*, Problemy uzdrowiskowe, 7-9 (225-227).

Wolski J., 1991, *Turystyka uzdrowiskowa*, Problemy turystyki, 1-2.

## Przypisy

1. Określenie „innowacja wartości” zostało użyte po raz pierwszy przez W. Chan Kima oraz Renée Mauborgne’a w 1997 r.
2. World Health Organization (WHO).
3. Pojęcie „wellness” jako pierwszy użył w 1959 r. amerykański lekarz Halbert Dunn, który połączył w jedną całość słowa „well-being” oraz „fitness”.
4. Według autora niektóre formy turystyki wypoczynkowej oraz kwalifikowanej można zaliczyć równocześnie do form turystyki zdrowotnej, pod warunkiem, że w dużym zakresie realizują motyw zdrowotny. Spośród form turystyki poznawczej, wypoczynkowej oraz kwalifikowanej autor pracy uważa, że do turystyki zdrowotnej można zaliczyć: turystykę przyrodniczą, ekoturystykę, agroturystykę, turystykę rozrywkową oraz większość form turystyki kwalifikowanej. Wymienione formy turystyki zdrowotnej można realizować na różnych obszarach, w tym w uzdrowiskach.
5. W. Gaworecki (2007) zamiast terminu „usługi rekreacyjno-sportowe” używa „usługi wypoczynkowe i usługi w zakresie kultury fizycznej”.
6. Ibidem.
7. Zaliczyć tu należy: boiska, hale sportowe, stadiony, wyciągi narciarskie, plaże, gabinety odnowy i masażu, urządzenia fizjoterapeutyczne, trenażery i inne. Usługi rekreacyjno-sportowe łącznie z odpowiednią infrastrukturą i walorami turystyczno-rekreacyjnymi tworzą podaż rekreacyjno-sportową.
8. Analitycy nie wykluczają, że ze SPA będzie podobnie jak z usługami telefonii mobilnej, na które początkowo stać było tylko nielicznych. Przykładowo w USA branża SPA dołączyła do dwóch branż gigantów - przemysłu spożywczego i samochodowego.
9. Koncepcja turystyki zrównoważonej opiera się o zintegrowaną działalność turystyczną, mającą na celu ochronę przyrody, a także kształtowanie nowych postaw i zachowań turystów oraz organizatorów ruchu turystycznego (Gołembski 2005).
10. Proces starzenia się populacji ma charakter nieunikniony, dotyczy tzw. przejścia demograficznego, uzależnionego od rozwoju cywilizacyjnego. Widoczne jest obecnie przejście od układu „dużo dzieci, wysoka śmiertelność” do układu „mało dzieci, niska śmiertelność” (Łęcka 2003). Około 600 mln ludzi ma obecnie powyżej sześć-

dziesięciu lat, a do 2050 r. będzie to liczba blisko 2 mld. Będą wśród nich również „woopies”, czyli „dobrze sytuowani starzy ludzie”.



**dr TADEUSZ BURZYŃSKI**

Wydział Turystyki i Promocji Zdrowia

Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa w Katowicach

# **KSZTAŁCENIE I DOSKONALENIE ZAWODOWE JAKO ELEMENT INNOWACJI W UZDROWISKACH POLSKICH**

Jednym z najważniejszych elementów systemu turystycznego są kwalifikacje zawodowe. Doskonalenie zawodowe określane jest dzisiaj jako działanie permanentne i staje się jednocześnie instrumentem walki konkurencyjnej na rynku turystycznym. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych jest stałym elementem strategii rozwoju zarówno kraju jak i obszarów i miejscowości turystycznych. O ile problematyka kształcenia turystycznego jest dość rozwinięta, czego wyrazem jest ponad 100 uczelni kształcących kadry dla turystyki, o tyle doskonalenie zawodowe osób pracujących w turystyce jest słabo rozwinięte w skali naszego kraju. W 1994 r. utworzono Centrum Edukacji Kadr Turystycznych typu Open learning Centre przy Instytucie Turystyki w Warszawie oddział w Krakowie. Jednak nie wypracowano modelu jego finansowania i w końcu został zlikwidowany w 2001 r.

W swoim wystąpieniu skoncentruję się na problematyce kształcenia turystycznego, które realizowane jest w strukturach uczelnianych różnego typu. Kształcenie kadr dla turystyki realizowane jest na następujących kierunkach studiów:

- Turystyka i rekreacja - występuje najczęściej w naszym kraju. Kierunek ten powstał w Akademiach Wychowania Fizycznego z połączenia dwóch oddzielnych kierunków studiów; rekreacja fizyczna i obsługa ruchu turystycznego ze względu na brak minimum kadrowego.
- Geografia - najczęściej jako specjalizacja na uniwersytetach np. Jagiellońskim.
- Stosunki międzynarodowe jako specjalizacja - turystyka międzynarodowa.
- Geologia jako specjalizacja geoturystyka.
- Ekonomia jako specjalizacja na kierunku zarządzanie i marketing.
- Agroturystyka jako specjalizacja w Uniwersytetach Rolniczych. W chwili obecnej istnieje możliwość otwierania samodzielnych kierunków studiów licencjackich inżynierskich na kierunku turystyka i rekreacja.

Proces kształcenia i doskonalenia zawodowego w turystyce jest determinowany szeregiem czynników takich jak:

1. Rozwój cywilizacyjny - rozwój gospodarczy oparty na wiedzy, wzrost poziomu edukacji społeczeństw,
2. Postęp naukowy, techniczny, ekonomiczny, organizacyjny widoczny szczególnie w turystyce w takich dziedzinach jak transport, komunikacja, zdrowie,
3. Zmiany popytu i podaży, które mają charakter zmian ciągłych wymagających działań dostosowawczych,
4. Nowe innowacyjne produkty turystyczne - szczególnie widoczne na przełomie XX i XXI wieku. Proces ten będzie dalej trwał co znacząco potęguje go obecny kryzys gospodarczy.

Z kolei ciągłe zapotrzebowanie na nowe kwalifikacje kadr przyczyniają się do rozwoju działań o charakterze edukacyjnym jak:

- Doskonalenie zawodowe kadr pracujących w turystyce lub dostosowujących swoje kwalifikacje do potrzeb turystyki.
- Kursy i szkolenia zarówno o charakterze ogólnym oraz specjalistycznym z zakresu szeroko rozumianego produktu turystycznego.
- Organizowanie tematycznych konferencji i seminariów specjalistycznych.
- Rozwój uprawnień - państwowych, branżowych, sieciowych i firmowych najczęściej w postaci dyplomów - uczelnie - lub certyfikatów oferujących przez firmy szkoleniowe.
- Rozwój szkoleń organizowanych przez poszczególnych producentów towarów i usług. Widoczne jest to także wśród kadry uzdrowiskowej, kosmetologicznej, rehabilitacyjnej i pokrewnych.
- Dynamiczny rozwój prywatnych firm szkoleniowych w tym szkolących dla turystyki.

W chwili obecnej istnieje możliwość uzyskania dofinansowania do programów kształcenia i doskonalenia zawodowego ze środków unijnych. Najczęściej występują te środki na szczeblu centralnym zarządzanym przez Polską Agencję Promocji Przedsiębiorczości, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, MSWiA oraz regionalnym zarządzanym przez Wojewódzki Urząd Pracy oraz Urzędy Marszałkowskie. W chwili obecnej szkolenia dla branży turystycznej występują sporadycznie. Stąd moja propozycja

pod adresem SGU RP aby wspólnie opracować projekt szkoleniowy dla uzdrowisk polskich na wzór szkoleń organizowanych przez Instytut Turystyki w Krakowie, finansowany przez Ministra Spraw Zagranicznych Republiki Włoskiej w latach 2002-2003.

Problematyka kształcenia turystycznego realizowanego przez uczelnie wyższe wynika z atrakcyjności studiów a w mniejszym zakresie z potrzeb gospodarki. Kształcenie kadr dla uzdrowisk zostało uruchomione w Górnośląskiej Wyższej Szkole Handlowej. W uczelni tej powołany został Wydział Turystyki i Promocji Zdrowia o następujących kierunkach:

- Turystyka i Rekreacja-mgr;
  - Kosmetologia - licencjat,
  - Fizjoterapia - licencjat.

Na kierunku Turystyka i Rekreacja realizowane jest kształcenie:

- Studia licencjackie;
  - Turystyka międzynarodowa,
  - Hotelarstwo i gastronomia,
  - Informacja i informatyka w turystyce.
- Studia magisterskie;
  - Turystyka międzynarodowa,
  - Hotelarstwo i gastronomia,
  - **Turystyka uzdrowiskowa i odnowa biologiczna,**
  - **Turystyka zdrowotna i agroturystyka.**

Specjalność : Turystyka uzdrowiskowa i odnowa biologiczna jest przeznaczona dla kadr pracujących w uzdrowiskach jak również dla kadr po studiach kosmetycznych chcących prowadzić działalność gospodarczą w miejscowościach turystycznych.

- Absolwenci przygotowani są do:
- zarządzania usługami turystycznymi i uzdrowiskowymi,
  - prowadzenia działalności gospodarczej.
  - programowanie pobytów w uzdrowiskach,

Do przedmiotów ogólnych należy zaliczyć:

- Regiony turystyczne świata,
- Socjologia czasu wolnego,
- Historia kultury,
- Rynki turystyczne Polski,
- Badania rynku turystycznego,
- Marketing usług turystycznych i rekreacyjnych,
- Informatyka w turystyce i rekreacji,
- Polityka turystyczna,
- Planowanie zrównoważonego rozwoju turystyki,

- Zarządzanie przedsiębiorstwem turystycznym,
- Międzynarodowe projekty inwestycyjne w turystyce.

Ze względu na fakt że na tą specjalizację zapisują się studenci po innych kierunkach niż turystyka i rekreacja uruchomione zostały przedmioty wprowadzające, a mianowicie:

1. System turystyczny.
2. Przepisy prawne w turystyce i ochronie zdrowia.
3. Zachowanie konsumentów na rynku usług turystycznych.
4. Organizacja i usług w turystyce prozdrowotnej.
5. Promocja i informacja w turystyce prozdrowotnej.

Przedmiotami kierunkowymi na specjalizacji są

1. Produkty turystyki uzdrowiskowej i odnowy biologicznej.
2. Działalność biznesowa w turystyce prozdrowotnej.
3. Organizacja obsługi klienta w uzdrowiskach i ośrodkach odnowy biologicznej.
4. Programowanie turystyki prozdrowotnej
5. Etyka menedżera.
6. Przedmioty do wyboru- nowości rynkowe.

Ponadto do przedmiotów uzupełniających występujących na każdej specjalizacji należą:

- Język obcy specjalnościowy
- Native speaker,
  - Proseminarium,
  - Seminarium magisterskie.

Specjalizacja ta jest obecnie bardzo popularna i coraz więcej młodzieży wybiera ją. Profil uczelni - ekonomiczny - powoduje, że punkt ciężkości kształcenia obejmuje zarządzanie produktem turystycznym o charakterze prozdrowotnym.

PROPONUJĘ aby następny Kongres Uzdrowisk Polskich odbył się pod wiodącym tematem:

**KSZTAŁCENIE I DOSKONALENIE ZAWODOWE KADR DLA UZDROWISK.**





**PANEL IV**  
**- SPA**  
**„DO UZDROWISK**  
**PO URODĘ”**



**mgr inż. KATARZYNA PYTKOWSKA**

Wyższa Szkoła Zawodowa Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia w Warszawie

# **ZNACZENIE NOWOCZESNEJ EDUKACJI W SEKTORZE SPA**

## Wstęp

Rynek usług kosmetycznych z sektora określanego najczęściej jako „SPA & wellness” jest rynkiem, który w ostatnich latach rozwija się bardzo dynamicznie. Powstaje coraz więcej salonów specjalizujących się w tego typu usługach a także ośrodków zapewniających możliwość korzystania z usług SPA w połączeniu z wy-poczynkiem czy też terapią uzdrowiskową. Rosnąca konkurencja w tym sektorze rynku powoduje, że podstawowym czynnikiem wpływającym na możliwość przetrwania danego przedsiębiorstwa jest zadowolenie klientów, a to z kolei jest nierozzerwalnie związane z jakością świadczonych usług a więc i wiedzą kadry kierowniczej oraz personelu.

Podstawowymi czynnikami wpływającymi na zadowolenie klienta SPA są: bezpieczeństwo (postrzegane na ogół jako brak niepożądanych efektów ubocznych zabiegów), jakość obsługi oraz wrażenia odbierane podczas zabiegów oraz krótko- i długoterminowe efekty zabiegów. Ze względu na bardzo dynamiczny rozwój kosmologii jako nauki oraz rosnący rynek wyrobów kosmetycznych i aparatury stosowanych w sektorze usług SPA & wellness, jakość obsługi powinna być współcześnie rozumiana zarówno jako jakość bezpośrednich kontaktów z klientem jak i umiejętność zaproponowania produktów i zabiegów odpowiednich dla danego klienta oraz znajomość zasad działania, możliwości i ograniczeń aparatury stosowanej w trakcie zabiegów. Kluczowym czynnikiem staje się więc edukacja.

## Rozwój kosmologii

Kosmologia jest nauką niezwykle dynamicznie rozwijającą się na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. Jest przy tym nauką interdyscyplinarną czerpiącą z medycyny oraz szerokiego zakresu nauk przyrodniczych. Jej metody są warunkowane rozwojem wiedzy o człowieku i techniki, podczas gdy środek warunkuje rozwój chemii i ponownie rozwój wiedzy o człowieku (w zakresie fizjologii i biochemii skóry, fizykochemii warstwy rogowej naskórka itd.). Postęp, który się dokonał w ostatnim okresie dotyczy przede wszystkim fizjologii starzenia się skóry, biochemii i farmakologii, dzięki niemu możemy skuteczniej (i co najważniejsze świadomie!)

chronić się przed skutkami działania promieniowania ultrafioletowego i wolnych rodników, a także rozpoczynamy, w ograniczonym zakresie, regulację procesów fizjologicznych przebiegających w skórze. Znacznie więcej wiemy o fizykochemii warstwy rogowej naskórka (czyli głównej bariery naszego organizmu), dzięki temu możemy ułatwiać wnikanie w głąb skóry różnego rodzaju substancji czynnych, wiemy też dlaczego większość substancji stosowanych w kosmologii, przez barierę tę nie przenika. W końcu, dzięki znajomości fizykochemii warstwy rogowej, zrozumieliśmy mechanizmy nawilżania skóry, co pozwoliło na diametralną zmianę receptoru kosmetyków nawilżających, w stosunku do tych, które stosowano jeszcze przed pięćdziesięciu laty. Rozwój techniki pozwolił na opracowanie i doskonalenie aparatury, której zadaniem jest zwiększanie efektywności tradycyjnych (manualnych) zabiegów kosmetycznych. Rozwój kosmologii jest oczywiście rozwojem ciągłym, tak jak rozwój nauki. Nie wiemy jeszcze wszystkiego o organizmie człowieka, o funkcjonowaniu skóry, włosów, paznokci, kolejne lata przynoszą nowe odkrycia i nowe rozwiązania praktyczne - dlatego edukacja osób związanych z sektorem usług kosmetycznych powinna być edukacją prowadzoną przez całe życie zawodowe. Jest to ważne między innymi ze względu na rosnącą inwazyjność zabiegów profesjonalnych oraz zacieranie granic pomiędzy kosmologią a medycyną estetyczną - bez dogłębnej znajomości tematu, nie da się w tego typu warunkach zapewnić klientowi korzystającemu z usług SPA pełnego bezpieczeństwa.

## Kosmologia w Polsce

Kosmologia jako dziedzina wiedzy ma w Polsce długą tradycję. Nowoczesny i dobrze zorganizowany przemysł kosmetyczny istniejący w Polsce przed II Wojną Światową, został po powojennej nacjonalizacji przekształcony w sieć dużych fabryk, produkujących przede wszystkim na potrzeby byłego ZSRR<sup>1</sup>. Dopiero pod koniec lat 80-tych zaczęły powstawać małe, prywatne zakłady produkujące kosmetyki. Firmy te po przemianach ustrojowych roku 90-go stały się zaczątkiem współczesnego polskiego przemysłu kosmetycznego.

Obecnie w Polsce wszystkie sektory rynku związane z kosmologią przeży-

wają niezwykle dynamiczny rozwój. Liczba salonów piękności wzrosła w ostatnich latach prawie pięciokrotnie, krajowi wytwórcy kosmetyków notują w skali roku nawet ponad 10% wzrost produkcji. Aktualnie działa u nas ponad 400 firm produkujących kosmetyki<sup>2</sup>, liczba SPA i zwykłych salonów kosmetycznych jest szacowana na 25 - 30 tysięcy<sup>3</sup>. Przy tym wszystkim, ze względu na specyfikę struktury społecznej rynek wyrobów i usług kosmetycznych jest ciągle daleki od nasycenia (w porównaniu z krajami Europy zachodniej stopień nasycenia nie przekracza 25 -30%)<sup>4,5,6,7</sup>. Do niedawna czynnikiem hamującym rozwój branży kosmetycznej był brak odpowiedniego zaplecza naukowego i edukacyjnego. Wynikało to z zaszczości związanych z poprzednim systemem politycznym oraz z lekceważącego traktowania kosmologii i chemii kosmetycznej przez część środowisk akademickich. Przy burzliwym rozwoju ilościowym owocowało to stosunkowo niską jakością usług i wyrobów oraz słabym funkcjonowaniem mechanizmów towarzyszących i kontrolnych.

Pierwszym sygnałem zmian było wprowadzenie ponad 10 lat temu elementów kosmologii w specjalizacyjnym kształceniu studentów na Wydziale Chemicznym Politechniki Warszawskiej oraz studiów podyplomowych z zakresu chemii kosmetycznej na Politechnice Łódzkiej. Wkrótce potem przy jednym z uniwersyteckich wydziałów farmaceutycznych wprowadzono studia kosmologiczne obejmujące poza przedmiotami zawodowymi także elementy medycyny i farmakologii.

Od tego momentu liczba ośrodków akademickich prowadzących studia kosmologiczne na poziomie licencjackim zaczęła gwałtownie rosnąć, obecnie są one prowadzone zarówno przy państwowych uniwersytetach jak i w uczelniach prywatnych. Kształcenie tego rodzaju początkowo było oparte albo na programach studiów kierunków paramedycznych (zdrowie publiczne, pielęgniarstwo itp.) uzupełnianych o przedmioty kosmetyczne albo na programach autorskich czerpiących zarówno z nauk medycznych jak i chemicznych.

Drugim, niewątpliwie bardzo ważnym, czynnikiem rozwoju szeroko pojętego kształcenia kosmologicznego stało się przystąpienie Polski do Unii Europejskiej.

Zmiana przepisów prawnych dotyczących zarówno produkcji, dystrybucji i bezpieczeństwa stosowania jak i przepisów związanych z funkcjonowaniem usług kosmetycznych, spowodowała powstanie wielu nowych miejsc pracy i wywołała zapotrzebowanie na dobrze wykształconych specjalistów obejmujących całokształt wiedzy kosmologicznej. Proces ich obsadzania ciągle nie jest zakończony a rynek pracy dla kosmologów jest daleki od wysycenia.

### System kształcenia w Polsce

W ostatnich latach został gruntownie zreformowany system kształcenia w Polsce. Dwa pierwsze etapy nauki (szkoła podstawowa i gimnazjum) mają jednolite programy, następnie uczeń może wybrać liceum o charakterze ogólnokształcącym lub tzw. liceum profilowane o charakterze zawodowym, w którym tok kształcenia jest przystosowany do potrzeb określonych gałęzi gospodarki i stanowi bazę do dalszego, specjalistycznego kształcenia zawodowego. Po ukończeniu liceum lub liceum profilowanego można kontynuować naukę na uczelni wyższej lub w szkołach policealnych.

Studia wyższe w większości kierunków są podzielone na:

- studia I stopnia kończące się uzyskaniem stopnia licencjata lub inżyniera;
- studia II stopnia kończące się uzyskaniem stopnia magistra;
- studia III stopnia, kończące się uzyskaniem tytułu doktora;

wyjątkiem są niektóre kierunki studiów medycznych i farmaceutycznych, dla których nie istnieje podział na I i II stopień.

Studia II stopnia mogą być prowadzone tylko dla tzw. „kierunków magisterskich” definiowanych przez Ministerstwo Edukacji, natomiast dla studiów I stopnia do 2004 dopuszczane było też kształcenie w tzw. specjalnościach zawodowych, które nie miały być identyczne z kierunkami magisterskimi.

Po ukończeniu studiów wyższych, niezależnie od uzyskanego stopnia można brać udział w kształceniu podyplomowym organizowanym zarówno przez uczelnie wyższe jak i różnego rodzaju stowarzyszenia zawodowe i naukowe.

## Kształcenie w zakresie kosmetologii i chemii kosmetycznej

Przemysł kosmetyczny i sektor usług kosmetycznych były do 1999 roku zasilane głównie przez dwie grupy specjalistów:

- lekarzy, najczęściej dermatologów, kończących studia wyższe oraz różnego rodzaju studia i kursy podyplomowe z zakresu medycyny estetycznej,
- kosmetyczki - kończące szkoły policealne, lub kształtące się w tzw. systemie cechowym - bezpośrednio w gabinetach kosmetycznych pod nadzorem mistrza.

W 1999 roku pojawiła się nowa możliwość kształcenia kosmetycznego na poziomie studiów wyższych - na uczelniach rozpoczęto otwieranie specjalności zawodowych o nazwie „kosmetologia”.

Początkowo kosmetologia była nauczana według dwóch schematów.

- na nielekarskich wydziałach państwowych uczelni medycznych otwierano specjalności kosmetyczne łączące podstawową wiedzę medyczną i wykształcenie zawodowe,
- otwierano prywatne wyższe uczelnie zawodowe, których programy kształcenia były programami autorskimi, obejmującymi różne zakresy zagadnień związanych z usługami kosmetycznymi, chemią kosmetyczną, fizykoterapią itp.

Kierunek kosmetologia najprawdopodobniej zostanie ostatecznie przypisany do grupy kierunków medycznych, ale w tzw. standardach kształcenia<sup>8</sup>, obowiązujących dla tego kierunku uwzględniono dość duży zakres przedmiotów chemicznych. Kierunek kosmetologia ostatecznie wprowadzono tylko dla studiów I stopnia, pomimo wcześniejszej publikacji projektu standardów kształcenia dla studiów II stopnia na tym kierunku. W praktyce absolwenci tych studiów mogą kontynuować naukę na kierunkach nielekarskich (zdrowie publiczne) lub innych związanych tematycznie z kosmetologią (np. na towaroznawstwie). Opublikowany w ostatnich dniach projekt rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie zmiany nazw kierunków studiów<sup>9</sup> ma umożliwić prowadzenie studiów na kierunku kosmetologia również w ramach studiów II stopnia.

## Zakończenie

Współczesna kosmetologia jest nauką interdyscyplinarną a na dodatek bardzo intensywnie się rozwijającą. W tej sytuacji jedyną drogą do uzyskania odpowiedniej jakości usług kosmetycznych w sektorze SPA & wellness jest kształcenie przez całe życie - obejmujące nie tylko personel przedsiębiorstwa mający bezpośredni kontakt z klientem, ale także kadre kierowniczą. Jesteśmy (w Polsce) w o tyle dobrej sytuacji, że w naszym kraju kształcenie kosmetyczne jest prowadzone szeroko, na różnych poziomach - również na poziomie studiów wyższych i studiów podyplomowych (także w formach przeznaczonych dla nie-kosmetologów). Jest to zjawisko unikalne w skali Unii Europejskiej, co w połączeniu z dobrymi relacjami pomiędzy środowiskiem kosmetycznym a lekarskim, stawia nas na bardzo mocnej pozycji, jako kraj wiodący w kształceniu tego typu.

## Przypisy

1. K. Pytkowska, Kosmetologia w XX-leciu międzywojennym w Polsce, w: Wydawnictwo jubileuszowe Polskiego Towarzystwa Kosmetologów, Polskie Towarzystwo Kosmetologów, Warszawa 2007
2. Polskie Towarzystwo Kosmetologów, dane niepublikowane
3. K. Pytkowska, opracowanie własne, dane niepublikowane
4. Cosmetics and Toiletries in ..., Euromonitor International, raporty z lat 2000-2007
5. Colipa Statistics 2006, Colipa - The European Cosmetic Toiletry and Perfumery Association, Bruxelles 2006
6. Colipa Statistics 2007, Colipa - The European Cosmetic Toiletry and Perfumery Association, Bruxelles 2007
7. Colipa Statistics 2008, Colipa - The European Cosmetic Toiletry and Perfumery Association, Bruxelles 2008
8. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dn. 12 lipca 2007 w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki
9. Projekt rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego zmieniającego rozporządzenie w sprawie nazw kierunków studiów z dn. 17 czerwca 2009

**dr ANDRZEJ IGNACIUK**  
Przewodniczący Sekcji Medycyny Estetycznej  
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego  
Dyrektor Podyplomowej Szkoły Medycyny Estetycznej PTL

## **CZY MEDYCYNA ESTETYCZNA STANOWI ZAGROŻENIE CZY UZUPEŁNIENIE LECZENIA UZDROWISKOWEGO?**

## Medycyna Estetyczna

### a) Rys historyczny

- 1973r. - powstaje Francuskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej;
- 1975r. - powstaje Union International de Medicine Esthetique - U.I.M.E. z siedzibą w Paryżu. Obecny Prezydent dr Gilda MARZULO z Chile.

**b) Członkowie UIME:** Algieria, Argentyna, Belgia, Brazylia, Chile, Chiny, Kolumbia, Korea, Ekwador, Hiszpania, Stany Zjednoczone, Francja, Włochy, Kazachstan, Maroko, Meksyk, Polska, RPA, Rosja, Szwajcaria, Turcja, Urugwaj, Wenezuela.

## Medycyna Estetyczna w Polsce

W dniu 11 października 1993 r. na ręce Prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, profesora Jerzego Woy-Wojciechowskiego, wpłynęło pismo od piętnastu członków założycieli Sekcji Medycyny Estetycznej PTL o założeniu *SEKCJI MEDYCYN Y ESTETYCZNEJ POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO*.

### Wśród członków założycieli znaleźli się:

- prof. C.A. Bartoletti - Włochy
- prof. dr hab. med. J.A. Polański
- prof. dr hab. med. A. Kukwa
- doc. dr hab. med. H. Kwiatkowski
- dr med. A. Ignaciuk
- dr med. G.V. Oskarbski - Włochy
- doc. dr hab. med. A. Sankowski
- doc. dr hab. med. J. Deszczyński
- dr n. med. H. Deszczyńska
- dr med. W. Deszczyński
- dr med. J. Karpiński
- dr med. G. Karpińska
- dr med. T. Witwicki
- dr n. med. P. Rebandel
- dr med. W. Tomaszewski

Ideę powołania polskiego towarzystwa gorąco popierał profesor Carlo Bartoletti, który w liście do prof. Woy-Wojciechowskiego z listopada 1993 roku pisał:

*„W moim przekonaniu medycyna estetyczna nie może być interpretowana jako faustowski mit poszukiwania wiecznej młodości, ale jako codzienny, dobrze zaprogramowany wysiłek tak pacjenta, jak i lekarza będącego jego przewodnikiem, mający na celu polepszenie i przywrócenie zaburzonych funkcji or-*

*ganizmu. Pozwolę sobie wyrazić moje przekonanie o słuszności inicjatywy powołania Polskiego Towarzystwa Medycyny Estetycznej i żywię nadzieję bliższej współpracy na polu naukowym.”*

W dniu 19 maja 1994 r. odbyło się pierwsze zebranie członków założycieli Sekcji ME PTL, podczas którego, w przeprowadzonym zgodnie ze statutem PTL głosowaniu, wybrano:

Prezesa sekcji - **dr Andrzeja Ignaciuka** oraz dwóch wiceprezów - **dr Andrzeja Sankowskiego** i **dr Waldemara Deszczyńskiego**. Aktualnie do SME PTL należy około 700 lekarzy różnych specjalności.

### Nowe wyzwania:

- I. Przekształcenie SME PTL w Polskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej i Anty-Aging.
- II. Certyfikacja lekarzy medycyny estetycznej.

### Co to jest Medycyna Estetyczna?

Jest to interdyscyplinarna (nie należy do żadnej specjalizacji) dziedzina medycyny zajmująca się estetyką, zdrowiem i dobrostanem psychofizycznym człowieka.

Powstała na skutek zapotrzebowania społecznego (boom w chwili awansu cywilizacyjno-społecznego) i ma celu promocję urody jako odzwierciedlenia dobrze funkcjonującego organizmu.

### Cechy medycyny estetycznej:

- Prewencja;
- Terapia;
- Korekcja;
- Rehabilitacja.

**Podjęcie holistyczne**, defekt estetyczny jako punkt wyjścia do oceny organizmu.

**Metody lekarskie** uznane i poparte naukowo:

- Lekarz pierwszego kontaktu od spraw urody,
- **Współpraca** z innymi z specjalistami: dermatolog, chirurg, flebolog, gerontolog, ortoped, fizjoterapeuta, specjaliści medycyny sportowej, balneolog.



## Cechy zabiegów i wizyty w gabinecie medycyny estetycznej

### Wizyta ogólnolekarska

#### Wizyta określająca:

- kosmetyczny stan skóry,
- wydolność organizmu,
- stan tzw. cellulitu,
- skład organizmu,
- postawę ciała,
- stopień odporności na stress

### Wizyta celowana na defekt estetyczny

Ewentualnie: ocena specjalistyczna, badania dodatkowe.

#### Zalecenia

- Indywidualny program higieny życia ze szczególnym uwzględnieniem problemu, na który skarży się pacjent.
- Terapia lub korekcja nie chirurgiczna.

## Jakie są najczęstsze prośby ze strony pacjentów?

### Starzenie się twarzy:

- zmarszczki,
- przebarwienia,
- utrata objętości,
- pogorszenie jakości skóry,
- zmniejszenie i asymetria ust,
- problemy naczyniowe.

### Defekty estetyczne twarzy:

- asymetrie,
- wrodzone niedoskonałości (np. usta, kości policzkowe),
- nadmierne owłosienie.

### Defekty estetyczne ciała:

- nadwaga ogólna i miejscowy nadmiar tkanki tłuszczowej, tzw cellulit,
- zaburzenia układu żylnego kończyn dolnych,
- zaburzenia owłosienia.

Przyspieszone uogólnione starzenie organizmu - tzw. „silnik który traci moc”.

Inne defekty estetyczne i funkcjonalne - najczęściej nie mające charakteru ewidentnych patologii.

### Najczęstsze terapie i korekcje:

- Korekcja zmarszczek np. toksyną BOTULINOWĄ czy kwasem HIALUROWYM,

- Poprawa jakości i wyglądu skóry: np. peelingi, laser, biostymulacja,
- Poprawa objętości w obrębie twarzy np. kwasem polimlekowym,
- Korekcja ust np. kwasem hialuronowym czy kolagenem,
- Korekcja zmian naczyniowych np. lasery,
- Terapie i korekcje tzw cellulitu - np. karboksyterapia, endermologia, drenaż limfatyczny, ultradźwięki,
- Korekcja i terapia lokalnego nadmiaru tkanki tłuszczowej - lipoliza iniekcyjna, lipoliza laserowa, dieta-terapia,
- Korekcja zmian pochodzenia żylnego kończyn dolnych - skleroterapia, laseroterapia,
- Działania anti-aging - suplementacja, hormonoterapia (endokrynologia), fitness.

### Perspektywy medycyny estetycznej:

- Stały wzrost zainteresowania Medycyną Estetyczną tak ze strony pacjentów jak i lekarzy,
- Podnoszenie poziomu usług,
- Ujednoczenie edukacji w skali Europy,
- Środowisko opiniotwórcze w stosunku do propozycji terapeutycznych i sprzętowych.

### Medycyna estetyczna versus chirurgia plastyczna

- Współpraca z chirurgami tak przed jak i po zabiegu,
- Komplementarność usług,
- Tendencja do wykonywania zabiegów jak **najbezpieczniejszych**, nie wyłączających z życia, z użyciem materiałów nie permanentnych i własnych tkanek,
- **Zmiany po zabiegu** wcale lub prawie niewidoczne (przejściowe),
- Światowa moda na „soft medicine”.

### Medycyna estetyczna a uzdrowiska

Idealny moment na przebadanie się, podjęcie decyzji o zabiegu i ewentualną rekonwalescencję (rzadko trwającą dłużej niż kilka do 10 dni).

- Możliwość codziennego kontaktu z lekarzem po zabiegu (co nie jest łatwe w miejscu zamieszkania),
- Pewna anonimowość pacjenta,

- Zaplecze szpitalno - sanatoryjne,
- Terapie uzupełniające,
- zabiegi fizjoterapeutyczne i wodolecznictwo w zasięgu ręki.

**Od 2002 r. działa 2-letnia Podyplomowa Szkoła Medycyny Estetycznej SME PTL.** Program obejmuje około 380 godzin zajęć (teoretycznych i praktycznych). Studia kończą się testowym egzaminem końcowym, obroną pracy dyplomowej. Dotychczas dyplom ukończenia studiów uzyskało ok. 180 lekarzy. Szkoła współpracuje z podobną instytucją działającą we Włoszech i Hiszpanii.

dr PIOTR SZNELEWSKI  
Seksja Medycyny Estetycznej  
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

# NOWOCZESNY SPRZĘT I URZĄDZENIA W MEDYCYNIE ESTETYCZNEJ ORAZ SPA

## Wykorzystywane Zjawiska Fizyczne

Mechanizm Działania:

- Mechaniczne pociąganie,
- uciskanie powierzchni skóry.

## Fale Akustyczne / Mechaniczne:

- Ultradźwięki,
- Infradźwięki, fala uderzeniowa.

## Zimno - Cryterapia

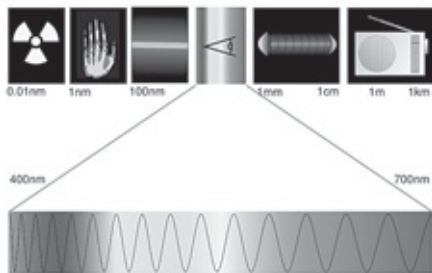
Prąd Elektryczny:

- Elektrostymulacja,
- Transport substancji poprzez skórę.

## Fale Elektromagnetyczne:

- Światłoterapia (światło widzialne, podczerwień):
  - \* niskoenergetyczna,
  - \* wysokoenergetyczna,
- RF („radioczęstotliwość”).

## WIDMO ELEKTROMAGNETYCZNE

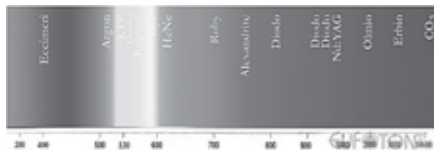


## Źródła światła wykorzystywane w światłoterapii

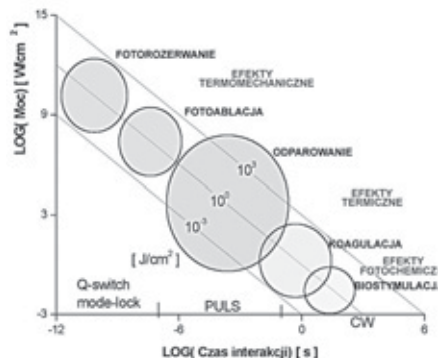
- Lampy żarowe/halogenowe - Sollux, Bioptron, LLLT.
- Lampy plazmowe/światłówki - Clear Light, światłoterapia noworodków.
- Lampy wyładowcze - IPL, Titan.
- Półprzewodnikowe diody świecące - blue light therapy, LLLT.

## Lasery:

- gazowe, np. CO<sub>2</sub>,
- lasery diodowe, np. 808nm, 632nm,
- lasery „na ciele stałym”, np. Neod/YAG 1064nm, Erbium/YAG 2940nm,
- lasery „na kryształach”, np. rubinowy, aleksandrytowy,
- lasery złożone np. KTP 532nm Dioda > Neod/YAG > KTP.



## Jak światło wpływa na materię żywą?



- Efekty foto-chemiczne < 10 mW/cm<sup>2</sup> CW,
- Efekty foto-termiczne > 1 W/cm<sup>2</sup> t ~100ms - kilka s,
- Efekty foto-ablacyjne > 1 MW/cm<sup>2</sup> t ~ mili-s,
- Efekty foto-mechaniczne 100 MW/cm<sup>2</sup> t < ns.

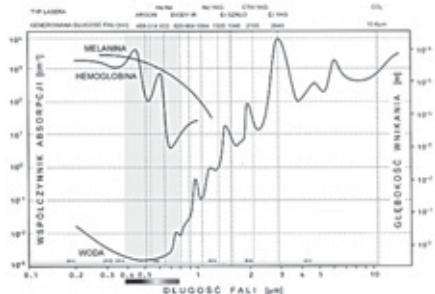
## Wpływ temperatury na tkankę

- <37°C: biostymulacja nietermiczna, procesy foto-chemiczne,
  - 37-43°C: fotobioaktywacja termiczna,
  - 43-60°C: hipertermia,
  - 60-80°C: nieodwracalna denaturacja białek,
  - 60-65°C: kontrakcja kolagenu,
  - 80-90°C: koagulacja tkanek,
  - 90-100°C: odparowanie wody,
  - 100-300°C: odparowanie tkanek,
  - >300°C: zwęglenie
- Efekty fotoablacyjne,  
Efekty fotodestrukcyjne,  
(foto-elektro-mechaniczne).

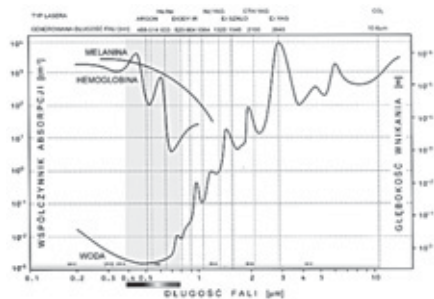




Laser KTP - 532nm LONG PULSE  
 Laser Q-Switch KTP - 532nm/1064nm  
 Laser Aleksandrytowy - 755nm  
 Laser Diodowy - 800/810nm  
 Laser Diodowy - 980nm  
 Laser Nd:YAG - 1064nm LONG PULSE  
 Laser Erb:YAG - 2940nm  
 Laser CO<sub>2</sub> - 10600nm



## IPL (Intense Pulse Light)



IPL + RF

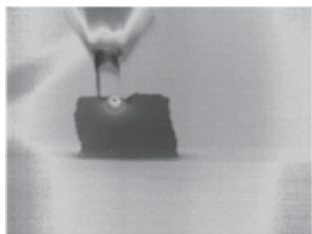
Laser Diodowy + RF



Chłodzenie  
 Energia  
 optyczna  
 Energia  
 elektryczna

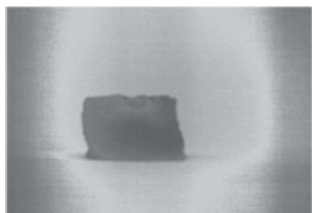
### IPL alone

Beef - SR, 5 pulses, RF at 0 J/cm<sup>3</sup>,  
580-980 nm IPL at 45 J/cm<sup>2</sup>



### RF alone

Beef - SR, 5 pulses, RF at 25 J/cm<sup>3</sup>,  
580-980 nm IPL at 0 J/cm<sup>2</sup>



### Combination IPL + RF

Beef - SR, 5 pulses, RF at 25 J/cm<sup>3</sup>,  
580-980 nm IPL at 45 J/cm<sup>2</sup>



### Chłodzimy powierzchnię skóry:

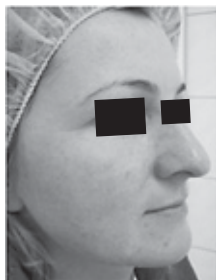
- Kontaktowo,
- Poprzez nawiew zimnym powietrzem.



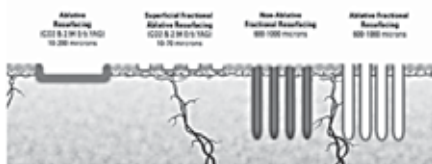
### Lasery Epilacyjne Wysokiej Mocy



### IPL + RF

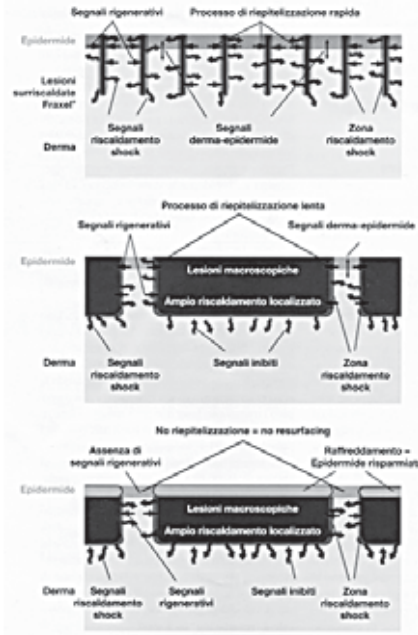


### Lasery Wyspowe „Fracjonujące”

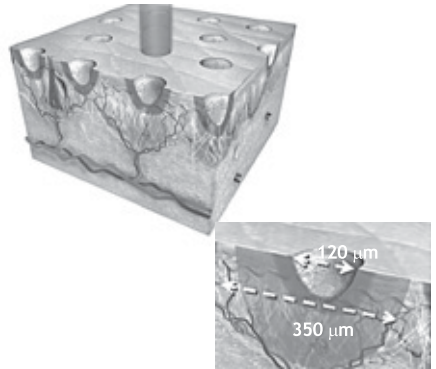


IPL + RF  
Laser Diodowy + RF

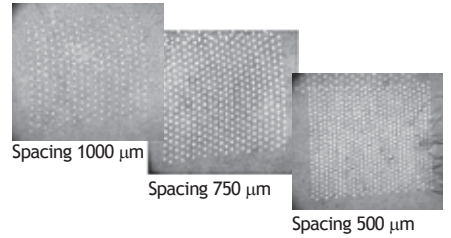
## Lasery Frakcjonujące



## Lasery Frakcjonujące



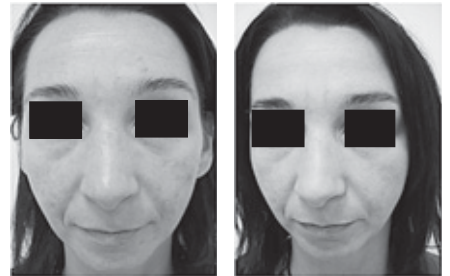
## Laser Frakcjonujący CO<sub>2</sub>



## Lasery Frakcjonujący Er:glass



## Lasery Frakcjonujący CO<sub>2</sub>



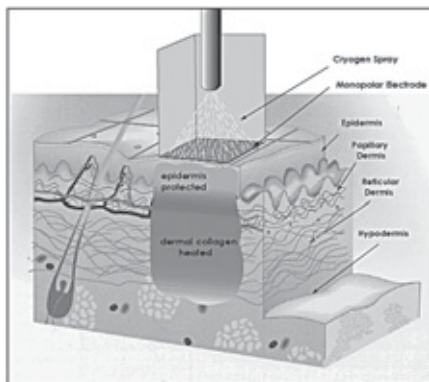
## Lasery Frakcjonujący CO<sub>2</sub>



## Laser Q-Switch



RF ( „radioczęstotliwość” )



### Mezoterapia „bezięłowa”

Elektryczne techniki wspomaganie transportu przez skórę:

- Jon(t)oforeza.
- Elektroosmoza.
- Elektroporacja.
- Urządzenia RF wspomagające transport przez skórę.

Urządzenia ultradźwiękowe wspomagające transport przez skórę (ultradźwięki niskiej częstotliwości, 25-100kHz)

### Body Contouring



Ultradźwięki niskiej częstotliwości, wysokiej mocy - zjawisko kawitacji w tkance tłuszczowej

RF ( „radioczęstotliwość” )  
Thermage ® 6.78MHz



RF 450kHz , 1.00MHz, 4.7MHz, 40MHz



**Ultradźwięki w medycynie estetycznej:**  
Klasyczne, wykorzystywane w rehabilitacji:

- 1 MHz
- 3 MHz

Ultradźwięki niskiej częstotliwości (25-100 KHz):

- małej mocy: wspieranie transportu przez skórę,
- dużej mocy: kawitacja w tkance tłuszczowej.

Body Contouring  
Endermology LPG ®

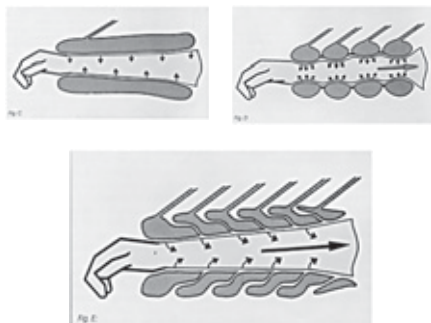




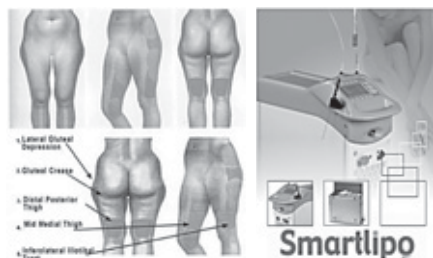
Body Contouring  
 VelaShape®  
 Światło IR  
 Dwubiegunowy prąd RF  
 Podciśnieniowe



Urządzenia do drenażu limfatycznego



Body Contouring  
 Lipo Lazser



Over lapping system

Blue / Red / IR  
 Light Therapy  
 LAMPA PLAZMOWA  
 405 - 420nm  
 800 - 850 nm



Drenaż limfatyczny - masaż metodą  
 Vodder'a



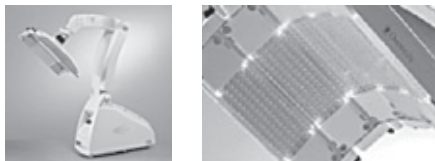
Blue / Red / IR  
 Light Therapy

DIODY LED  
 Peak Wave:  
 Blue 415nm +/- 5nm  
 Radiant Flux (mW)  
 45-50mW per LED  
 4 LEDs per cm<sup>2</sup>  
 Up to 150mW/cm<sup>2</sup>  
 Other Interchangeable Colors:  
 Red = 660nm +/- 5nm  
 Near Infrared = 880nm  
 Infrared = 940nm  
 Green = 525nm  
 Yellow = 590nm  
 White  
 Other colors available  
 upon request

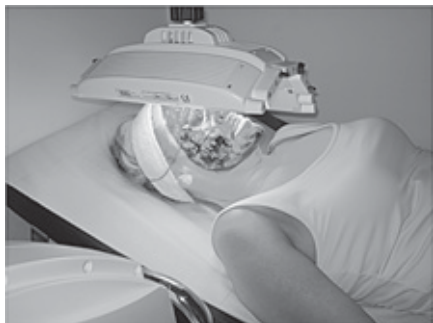
Urządzenia do drenażu limfatycznego



## Terapia LED / PDT



## Terapia LED / PDT



## NAJBLIŻSZA PRZYSZŁOŚĆ:

- FRACTIONAL RF, alternatywa dla ablacyjnych laserów frakcjonujących.

- CRYOLIPOLYSIS
- WYBIÓRCZA ABLACJA RF WŁÓKIEN NERWOWYCH ( bez niszczenia osłonki mielinowej), alternatywa dla toksyny botulinowej.

Wszystkie z powyższych nowoczesnych technologii poszerzają paletę narzędzi medycyny estetycznej oraz SPA. Należy jednak pamiętać o tym, że każda z nich może być nieużyteczna lub nawet szkodliwa w wypadku nieprawidłowej kwalifikacji lub złego wykonania zabiegu.

Najnowocześniejsze urządzenie nie zwalnia nas z myślenia i dbałości na każdym etapie diagnostyki i terapii.

**BOLESŁAW KAZALSKI**  
Prezes Zarządu „Uzdrowisko Iwonicz” S.A.

# **NATURALNE KOSMETYKI UZDROWISKOWE ŹRÓDŁEM ZDROWIA I URODY**

## 1. Iwonickie produkty uzdrowiskowe

„Uzdrowisko Iwonicz” S.A. oprócz leczenia uzdrowiskowego i odnowy biologicznej, zajmuje się również wytwarzaniem leczniczych i kosmetycznych produktów uzdrowiskowych. Wody lecznicze, wykorzystywane w naszym uzdrowisku do prowadzenia kuracji leczniczej, ze względu na smak / wody słone / i zapach / nafty / nie nadają się do rozlewnictwa, dlatego Spółka wykorzystuje je do produkcji leków i kosmetyków. Asortyment produktów jest ciągle poszerzany o nowe, których wybór jest zgodny z najnowszymi trendami utrzymującymi się na rynku.

Do produktów leczniczych należy **sól jodobromowa iwoniczka i borowinowa kostka iwoniczka**. Tradycja warzenia soli jodobromowej z iwonicznych wód leczniczych sięga roku 1867. Od tego czasu nieprzerwanie jest ona wytwarzana i rozprowadzana w sieci aptek w Polsce. Jest uznanym i często stosowanym lekiem, dającym szansę przedłużenia kuracji kąpielowych i inhalacji w warunkach domowych.

Tradycja wytwarzania borowinowej kostki iwoniczkiej sięga roku 1925.

Doświadczenia wynikające z zastosowania naturalnych surowców leczniczych Iwonicza-Zdroju stały się inspiracją do poszukiwania kolejnych zastosowań minerałów zawartych w naszych wodach leczniczych. Dzięki temu Spółka posiada unikalną w warunkach polskich ofertę, w skład której wchodzić będą lecznicze i kosmetyczne produkty uzdrowiskowe.

## 2. Charakterystyka produktów

Zakład Produkcji Zdrojowej wytwarza następujące produkty:

- a. preparaty farmaceutyczne:
  - sól jodobromowa iwoniczka,
  - borowinowa kostka iwoniczka.
- b. preparaty kosmetyczne.

### Seria „NATURALNE ŹRÓDŁO URODY”

- sól do kąpieli,
- solankowy płyn do kąpieli.

### Seria „KURACJA SPA”

- balsam do ciała,
- peeling do ciała,
- żel pod prysznic.

### Seria „PROSTO Z NATURY”

- antycellulitowa emulsja do ciała,
- kojący szampon przeciwłupieżowy,
- lawendowy krem do zmęczonych stóp,
- lawendowa sól do zmęczonych stóp.

### Preparaty farmaceutyczne

**Sól jodobromowa iwoniczka** otrzymuje się w procesie odparowania wód leczniczych o najwyższej mineralizacji / z rejonu Lubatówki/. Sól iwoniczka posiada unikalne walory lecznicze, potwierdzone badaniami klinicznymi.

Tradycyjna metoda warzelniana zapewnia zachowanie w składzie soli wszystkich cennych mikroelementów.



- **Borowinowa kostka iwoniczka** produkowana jest z borowiny leczniczej. Dla nadania jej dodatkowych walorów leczniczych w procesie produkcji dodawana jest sól jodobromowa iwoniczka (10%).



Wartości lecznicze tych produktów są znane od lat. Wielu chorych odczuło bardzo korzystny wpływ ich stosowania na swoje zdrowie, dlatego sól jodobromowa iwoniczka i borowinowa kostka

iwonicka zostały uznane za lecznicze. Dla tych produktów Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w 1999 roku wydał świadectwa rejestracyjne, które aktualnie jest pozwoleniem na dopuszczenie do obrotu z terminem ważności do dnia 02grudnia 2013 roku.

W roku 2006 Główny Inspektor Farmaceutyczny udzielił Spółce zezwolenia na wytwarzanie tych produktów, natomiast w kwietniu bieżącego roku przyznał Certyfikat GMP stwierdzając że Spółka jako wytwórca spełnia wymagania Dobrej Praktyki Wytwarzania zawarte w Dyrektywie 2003/94/EC.

Wytwarzane przez nas produkty lecznicze doskonale nadają się do stosowania zarówno w warunkach sanatoryjnych, gabinetach odnowy biologicznej jak i w warunkach domowych jako przedłużenie leczenia uzdrowskiego lub do samodzielnego prowadzenia kuracji leczniczej.



- **Sól jodobromową iwonicką** stosuje się do kąpieeli i inhalacji.

**Wskazania lecznicze:** zwyrodnienia pourazowe, bóle stawów, schorzenia reumatyczne, ginekologiczne, neurologiczne, dróg oddechowych i skórne (uszczelnienie naczynek).



- **Borowinową kostkę iwonicką** stosuje się do sporządzania okładów będących odpowiednikiem zabiegów borowinowych wykonywanych w uzdrowsku podczas kuracji leczniczej.



**Wskazania lecznicze:** przewlekłe stany zapalne wymagające stosowania termoterapii, przewlekłe schorzenia stawów, ścięgien, mięśni, nerwów, kości, przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego, choroby kobiece.

### Preparaty kosmetyczne Seria „NATURALNE ŹRÓDŁO URODY”.

- **SOLANKOWY PŁYN DO KĄPIEELI** na bazie leczniczej wody termalnej z Uzdrowska Iwonice jest efektem wieloletnich doświadczeń stosowania termalnych wód leczniczych i soli w zabiegach leczniczo-pielęgnacyjnych. Płyn polecany jest także przez Uzdrowską Klinikę Dermatologiczną prof. Langnera do pielęgnacji skóry z łupieżem i łuszczycą. Dostępny jest w czterech wersjach zapachowych: jaśmin, lawenda, róża, leśny.



- **SÓL DO KĄPIELI** z Uzdrowiska Iwonicz, stanowi bogate źródło składników mineralnych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Kąpiel w soli pobudza krążenie, działa odprężająco na organizm i regeneruje skórę, pozostawiając ją miękką i przyjemną w dotyku. Uzdrowską Klinikę Dermatologiczną prof. Langnera do pielęgnacji skóry z łupieżem i łuszczycą. Sól dostępna jest w czterech wersjach zapachowych: jaśmin, lawenda, róża, leśna.



#### Seria „KURACJA SPA”

- **PEELING DO CIAŁA** Unikalny peeling zawierający drobno mieloną leczniczą sól iwoniczką. Doskonałe oczyszcza i wygładza naskórek, pobudza mikrokrążenie, co ułatwia odnowę skóry. Dzięki zawartości oleju słonecznikowego i wosku pszczelego przyjemnie natłuszcza nie dopuszczając do wysuszenia naskórka. Przygotowuje skórę na przyjęcie aktywnych składników Żelu pod prysznic i Balsamu „Iwoniczanka”.



- **ŻEL POD PRYSZNIC** kojąco-nawilżający zawiera specjalnie wyselekcjonowane składniki: leczniczą sól iwoniczką oraz kompleks o działaniu kojąco-nawilżającym. Mikroelementy zawarte w soli iwoniczkiej pobudzają mikrokrążenie, odżywiają i wspomagają naturalną odnowę skóry.



Żel delikatnie myje wzmacniając naturalną barierę hydrolipidową skóry. Relaksuje i odświeża ciało nadając skórze jedwabistą gładkość i promienny kolor.

- **BALSAM DO CIAŁA** ujędrniająco-nawilżający przeznaczony jest do pielęgnacji każdego rodzaju skóry, szczególnie w trakcie i po kuracji odchudzającej. Doskonały po kąpielu lub opalaniu się. Daje znakomite rezultaty przy stosowaniu na skórę suchą i odwodnioną. Zawiera specjalnie wyselekcjonowane składniki: **lecniczą sól iwoniczką, naturalną kofeinę z guarany, olej słonecznikowy.** Delikatnie natłuszcza i zapewnia optymalny stopień nawilżenia skóry. Łagodzi podrażnienia skóry wywołane przez chlorowaną wodę, detergenty, centralne ogrzewanie czy promieniowanie UV. Pobudzając mikrokrążenie odżywia i wspomaga oczyszczanie skóry. Dla lepszego efektu warto zastosować pozostałe kosmetyki „Kuracji SPA”: 1 - 2 razy w tygodniu **Peeling do ciała**, a do kąpeli **Żel pod prysznic**.



#### Seria „PROSTO Z NATURY”

Najnowsza propozycja oparta na wielowiekowej tradycji i najnowszych trendach w kosmetologii z zastosowaniem innowacyjnej nano technologii. Wszystkie kosmetyki tej serii produkowane są w dwóch wersjach opakowań: popularna - opakowania plastikowe i elegancka - opakowania szklane:

- **Antycellulitowa EMULSJA DO CIAŁA** ujędrniająco-wzmacniająca lekka i doskonale wchłaniająca się przeznaczona jest do pielęgnacji całego ciała lub miejsc szczególnie podatnych na powstawanie cellulitu. Zawiera botaniczny kompleks morski z alg i planktonu o działaniu ujędrniająco, antycellulitowym i nawilżającym. Pochodzące z nich minerały doskonale uzupeł-





niąją działanie **jodobromowej soli iwonickiej**. **Alginina** oraz cukry, poprawiając nawilżenie warstwy rogowej skóry, wzmacniają jej elastyczność i miękkość. **Zielona herbata** i **miortzab** lekarski wspomagają system ochrony przed wolnymi rodnikami i pobudzają mikrokążenie.

**Aloes** tonizuje skórę oraz pobudza syntezę kolagenu i elastyny poprawiając gęstość skóry. Systematyczne stosowanie emulsji przez okres minimum 4 tygodni redukuje widoczność „skórki pomarańczowej”.

- **Kojący SZAMPON PRZECIWLUPIEŻOWY** zapewnia wyjątkowo łagodną pielęgnację **każdego rodzaju włosów** z problemem łupieżu. Zastosowane w nim substancje aktywne stanowią idealne połączenie **soli jodobromowej iwonickiej** i naturalnych olejków eterycznych



z produktami nowoczesnej technologii: **innowacyjną nano miedzią** i **octopiroxem**. **Minerały soli iwonickiej** wzmacniają włosy, cebulki włosowe i skórę głowy. **Nano miedź** i kompleks antyseptycznych olejków eterycznych (z drzewa herbacianego, **Copaiby** i **tymianku**) działają przeciwgrzybiczo hamując wzrost drożdżaków odpowiedzialnych za zaostrzenie łupieżu. Ich działanie uzupełniają **octopirox**, który razem z kompleksem łagodząco-nawilżającym reguluje proces złuszczenia naskórka.

- **Lawendowa SÓL ODŚWIEŻAJĄCA** do zmęczonych stóp. **Minerały zawarte w jodobromowej soli iwonickiej** usuwają uczucie zmęczenia, pobudzają metabolizm komórek skóry wspomagając nawilżenie i regenerację naskórka. Ich działanie uzupełniają składniki o właściwościach przeciwbakteryjnych i przeciwgrzybiczych: **inno-**



**wacyjna nano miedź** oraz kompleks naturalnych olejków eterycznych pochodzących z **lawendy, drzewa herbacianego, Copaiby** i **tymianku**. **Sól** dodana do kąpieli stóp daje uczucie re-

laksu i świeżości, przynosi ulgę przegrzany, spocnym i podrażnionym stopom. Dodatkowo zmiękcza naskórek ułatwiając usuwanie zgrubień i zrogowaceń. Stosowana regularnie pielęgnuje skórę stóp i paznokcie oraz zapobiega namnażaniu bakterii i grzybów odpowiedzialnych za powstawanie podrażnień i przykrego zapachu.



- **Lawendowy KREM DO ZMĘCZONYCH STÓP** kojąco-ochronny przeznaczony jest do codziennej pielęgnacji stóp. Usuwa uczucie bólu i zmęczenia, poprawia komfort. Zalecany dla osób o skórze wrażliwej, skłonnej do powstawania otarć. Regularnie stosowany daje także świetne efekty w usuwaniu skutków nadmiernej potliwości. Zawiera **iwonicką sól jodobromową** oraz składniki o działaniu przeciwbakteryjnym i przeciwgrzybiczym: **innowacyjną nano miedź**, **undecylenian cynku**, **kompleks naturalnych olejków eterycznych** (z **lawendy, drzewa herbacianego, Copaiby** i **tymianku**).



Jednocześnie zapobiega namnażaniu bakterii i grzybów, zmniejsza skłonność do powstawania podrażnień i przykrego zapachu.

Produkowane przez nas leki i kosmetyki oprócz sprzedaży wykorzystujemy również we własnej działalności leczniczo - kosmetycznej.

**Sól jodobromowa iwonicka** jest stosowana w profesjonalnym **Ośrodku Terapii Solnej** w Zakładzie Przyrodoleczniczym, w postaci aerozolu solnego w haloterapii.

Produkty kosmetyczne są stosowane do zabiegów w Centrum Kuracji SPA Spółki.

Opracowaliśmy i wykonujemy własne zabiegi firmowe. Należą do nich:

- Lawendowo- solankowa kuracja do zmęczonych i wrażliwych stóp.
- Pielęgnacyjno - wygładzający zabieg na dłonie i paznokcie.

Ich wartość została doceniona w kon-



kursie wSPAniale SPA 2006 Najlepszy Ośrodek Odnowy Biologicznej w Polsce.

W najbliższym czasie Spółka poszerzy listę produkowanych kosmetyków i wprowadzi na rynek dwa kremy, które aktualnie są w fazie badań dermatologicznych.

- Krem zmiękczejący do szorstkiej skóry dłoni, łokci i pięt z leczniczą solą iwoniczką, Medilanem ® i alantoiną.
- Wzmacniający krem do rąk i paznokci z solą iwoniczką, d-Pantenolem i i biodostępnym krzemem.

W celu łatwej identyfikacji wszystkie produkty posiadają zastrzeżony w Urzędzie Patentowym RP znak towarowy :



Specjalistyczne badania tych produktów potwierdziły ich cenne walory użytkowe, docenione w konkursie „ZŁOTA PIECZĘĆ NATURY - 2007 - NAJLEPSZY KOSMETYK NATURALNY” przyznaniem specjalnego wyróżnienia.





# **WNIOSKI XVIII Kongresu Uzdrowisk Polskich**

**MUSZYNA, 4 - 6 CZERWCA 2009 R.**

1. Kongres Uzdrawisk Polskich pozytywnie ocenia realizację przez Narodowy Fundusz Zdrowia trójstronnego porozumienia w sprawie zasad finansowania lecznictwa uzdrawiskowego. Uczestnicy Kongresu oczekują utrzymania w przyszłości współpracy uzdrawisk i NFZ na obecnych zasadach.
2. Uczestnicy XVIII Kongresu Uzdrawisk Polskich uważają za niezbędne przyspieszenie prac nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie kosztów gwarantowanych świadczeń uzdrawiskowych.
3. Należy podjąć rozmowy z Ministrem Zdrowia i NFZ w celu uściślenia rozpoznania kwalifikujących do rehabilitacji w warunkach uzdrawisk, celem objęcia wczesną rehabilitacją większej grupy pacjentów po ostrym stanie choroby.
4. Należy podjąć rozmowy z NFZ i Ministrem Zdrowia w sprawie usprawnienia sposobu kierowania na rehabilitację i leczenie uzdrawiskowe (lekarz powinien kierować do lekarza, bez pośrednika).
5. Kongres Uzdrawisk Polskich stwierdza konieczność powołania placówki naukowo-badawczej (np. Instytut Medycyny Uzdrawiskowej), której zadaniem będzie dokumentowanie skuteczności stosowanych w uzdrawiskach procedur medycznych.
6. Rozmowy z NFZ i MZ w sprawie zróżnicowania lub zrezygnowania ze sztywnego określenia czasu trwania rehabilitacji w warunkach uzdrawiska i leczenia w szpitalu uzdrawiskowym.
7. Rozmowy z NFZ w celu uproszczenia zasad i wymogów dot. przygotowywania ofert konkursowych na świadczenia zdrowotne, w tym obniżenia wymogów dot. norm zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek w stosunku do liczby pacjentów przebywających w podmiotach uzdrawiskowych.
8. Wystąpić do Ministra Zdrowia z wnioskiem o zmianę przepisów w celu wyłączenia surowców leczniczych naturalnych z regulacji ustawy prawo farmaceutyczne.
9. Podjąć działania na rzecz opracowania i wdrożenia Narodowego Programu Pomocy dla Uzdrawisk.
10. Podjąć działania na rzecz jednoznacznego określenia w przepisach prawa przedmiotu podatku od nieruchomości w zakresie odnoszącym się do lecznictwa uzdrawiskowego.
11. Należy zaktualizować wskazania do leczenia uzdrawiskowego dzieci, wprowadzając nowe jednostki chorobowe i wykreślając schorzenia nie występujące wspólnie.
12. Nasilić działania w zakresie promocji polskich uzdrawisk za granicą i podjąć działania w zakresie przystąpienia do Europejskiego Związku Uzdrawisk.
13. Podjąć działania w zakresie zmiany Rozporządzenia z dnia 4 marca 2009r. w zakresie określenia doby hotelowej, lub ustalenia zasad i źródeł finansowania kosztów związanych z wydłużeniem pobytu kuracjuszy w uzdrawiskach.
14. Podjąć działania w zakresie zmian w ustawie o lecznictwie uzdrawiskowym w zakresie uzgodnionym pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a organizacjami uzdrawiskowymi.
15. Podjąć działania na rzecz wprowadzenia 3-letnich kontraktów na leczenie uzdrawiskowe, zawieranych z NFZ oraz kontraktów na rehabilitację zawieranych z ZUS.
16. Podjąć działania zmierzające do organizacji systematycznych spotkań przedstawicieli nauki, medycyny uzdrawiskowej oraz medycyny kosmetycznej, celem popularyzacji nowych metod leczniczych w warunkach uzdrawisk.
8. Wystąpić do Ministra Zdrowia z wnioskiem o zmianę przepisów w ce-

**Za Komisję Uchwał i Wniosków  
Mirosława Boduch**

## Szacunek dla czystości i doskonałości natury



***Bocheńska Lecznicza Sól Jodowo-Bromowa*** to tradycyjny polski sposób na zdrowie. Powstaje na drodze panwiowego odparowania rodzimych solanek miocieskich. Tradycyjna metoda gwarantuje zachowanie w soli naturalnych proporcji pierwiastków terapeutycznie czynnych.

***Bocheńska Lecznicza Sól Jodowo-Bromowa*** Dzięki strukturze pozbawionej zanieczyszczeń i idealnej rozpuszczalności, pozwala na wygodne przygotowanie leczniczej kąpieli solankowej, minimalizując zagrożenie uszkodzenia powierzchni wanny.

***Bocheńska Lecznicza Sól Jodowo-Bromowa*** w przeciwieństwie do innych dostępnych soli, posiada udowodnione lecznicze oddziaływanie na organizm. Przeszła pozytywnie procedury harmonizacji leków, uzyskując aktualne pozwolenie Ministra Zdrowia.

***Bocheńska Lecznicza Sól Jodowo-Bromowa*** działa kompleksowo na cały organizm. Zawiera pierwiastki terapeutyczne w unikalnych, stworzonych przez naturę proporcjach. Pomaga przy zmęczeniu, poprawiając ogólny stan fizyczny oraz działa leczniczo w chorobach: dróg oddechowych, reumatycznych, przemiany materii, układu naczyniowego, ginekologii, dermatologii, schorzeniach pourazowych narządu ruchu...

**Każdy sam musi zdecydować...**

czy potrzebuje soli leczniczej dla prawdziwego wsparcia organizmu?  
czy wyłącznie pielęgnacji solą kąpielową ?

**Porównanie soli leczniczej z solą kosmetyczną to jak porównywanie soku wyciśniętego z pomarańczy z napojem o smaku pomarańczowym.**

Jedno i drugie ma swoje miejsce na rynku, ale oczekiwania wobec nich są zgoła odmienne.

Zakład Przeróbki Solanek Jodowo-Bromowych "SALCO" w Łapczycy k/Bochni  
[www.salco.pl](http://www.salco.pl)

